

# La nuova procedura per il riconoscimento dell'invalidità, cecità, sordità, handicap e disabilità

a cura dell'Assistente Sociale  
Dr.ssa Fabrizia Capitani

Associazione Crescere  
*con la Sindrome di Turner e altre Malattie Rare*  
**ONLUS** ex art. 10 c. 8 dlgs n°460/1997



Incontro  
sul tema

La nuova procedura di  
accertamento per invalidità  
handicap e disabilità

**17 Aprile – 29 Maggio 2010 ore 10**

Aula Magna della Clinica Pediatrica Padiglione 10  
Policlinico S.Orsola-Malpighi Via Massarenti 11 Bologna



con la partecipazione di



# L'evoluzione Normativa

1) La vecchia procedura della regione Emilia Romagna  
(L.R. 19 febbraio 2008 n° 4)

2) La nuova procedura  
INVCIV2010  
(L. 3 agosto 2009 n° 102)

# La procedura secondo la L.R. 4/2008 fino al 31/12/2010

Invalidità civile, sordità, cecità civile, stato di handicap, integrazione scolastica, collocamento mirato al lavoro

Presentazione della domanda all'Azienda Usl di Residenza



Visita è effettuata da una commissione integrata

L'esito è comunicato alla commissione provinciale di verifica dell'INPS che effettua un controllo formale e di merito.



L'esito è comunicato dall'Azienda Usl inviando lettera raccomandata (a.r.) al richiedente

Decorsi 60 giorni dalla trasmissione all'Inps, il verbale si intende convalidato per silenzio-assenso



Eventuale riesame o ricorso

La convocazione:  
entro 15 giorni per patologie oncologiche  
60 giorni per gli abitanti in Emilia Romagna  
90 sul territorio nazionale

# Il certificato medico

## CERTIFICATO MEDICO

Da allegare alla domanda per il  riconoscimento  rivalutazione  
DELLA DISABILITÀ AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 FEBBRAIO 2008, N. 4

SI CERTIFICA CHE

Il Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

è affetto/a dalle seguenti patologie (in ordine decrescente di rilevanza assistenziale):

**NB:** in caso di rivalutazione segnalare le motivazioni socio-sanitarie sopraggiunte rispetto all'ultimo accertamento effettuato presso la Commissione per l'accertamento della disabilità

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

(\*Ne patologie certificate sono documentate dai seguenti esami clinici, strumentali, di laboratorio, dimissioni ospedaliere

segnalare se paziente oncologico/a con diagnosi recente e in trattamento  
note del curante \_\_\_\_\_

L'assistito/a in riferimento alla concessione di protesi, ausili e agevolazioni del caso è altresì affetto/a da:

- Incontinenza urinaria e/o fecale, causata da \_\_\_\_\_
- Ipocusia (allegare esame audiometrico con impedenziometria di struttura pubblica)
- Ipovisione (allegare referto visita oculistica ed eventuale campimetria)

Sulla base del quadro clinico predominante si ritiene utile la presenza di:  GERIATRA  FISIATRA

PSICHIATRA  ONCOLOGO  NEUROLOGO  INTERNISTA  NP/IA  
 ALTRO \_\_\_\_\_

SI RICHIEDE VISITA DOMICILIARE: Motivazione dell'intrasportabilità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Compilazione a cura del medico legale della AUSL:

- Richiesta ACCOLTA
- Richiesta NON ACCOLTA: motivazione \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

Si rilascia su richiesta dell'interessato.

Modello del certificato numero 11 di 10/04/2008

# Un unico modulo di domanda (frontespizio: pg. 1/2)

Commissione per l'accertamento della disabilità  
ai sensi della L.R. 4/2008

Il/la sottoscritto/a (oppure)  
In qualità di rappresentante legale di\* \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Eventuale altro recapito dove si desidera ricevere la corrispondenza:  
Presso: \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ (cognome) n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

con la presente istanza di essere sottoposto/a all'accertamento della disabilità ai sensi della Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4 e dei relativi regolamenti **per l'accesso a tutti i percorsi integrativi e agevolazioni previste dalle norme vigenti e che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e alle disabilità certificate** per il riconoscimento/rivalutazione di:

- invalido civile** - ai sensi della Legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive modifiche e integrazioni e accertamento ai sensi della L. 104/92
- cieco civile** - ai sensi della L. 382/1970 e della L. 138/2001 e accertamento ai sensi della L. 104/92
- sordo** - ai sensi della L. n. 381/1970 e della L. 95/2006 e accertamento ai sensi della L. 104/92
- invalido per cause di guerra, di lavoro o per servizio** - ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104
- collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità** - ai sensi della L. 68/1999 e del D.P.C.M. 13 gennaio 2000 (accertamento riservato alle persone con disabilità, in età lavorativa, che intendano accedere al collocamento mirato al lavoro) per:
  - passaggio nella quota* delle persone con disabilità
  - accesso alle liste* per il collocamento mirato

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA:**

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
2. di essere: cittadino \_\_\_\_\_ italiano \_\_\_\_\_ dell'Unione Europea straniero con regolare permesso di soggiorno con scadenza il \_\_\_\_\_ o carta di soggiorno rilasciata il \_\_\_\_\_
3. di essere residente in \_\_\_\_\_
4. che le infermità per le quali richiede il riconoscimento quale invalido/cieco/sordo civile non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

# La legge 3 agosto 2009 n° 102

- \* È la conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 1° luglio n° 78. In particolare l'art. 20 stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, gli accertamenti medico-legali diretti al riconoscimento dell'invalidità civile e della situazione di handicap e disabilità sono effettuati dalle Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali (ASL), così come attualmente composte, con l'ulteriore integrazione di un medico dell'INPS, quale membro effettivo.
- \* In ogni caso, dispone la norma, l'accertamento definitivo spetta all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS).
- \* Le domande, dirette ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, handicap o disabilità, sempre a decorrere dal 1° gennaio 2010, dovranno essere presentate alle sedi provinciali dell'INPS dove ha la residenza il richiedente. L'INPS provvederà a trasmettere le domande pervenute alle ASL territorialmente competenti che svolgeranno i relativi accertamenti medico-legali.

## Altri due importanti riferimenti normativi:

- \* La determinazione del Commissario Straordinario dell'INPS 20 ottobre 2009, n° 189. Dal titolo: «Il nuovo processo dell'invalidità civile alla luce dell'art. 20 del D.L. n° 78/2009 convertito nella legge 102 del 3 agosto 2009. Gli aspetti organizzativi e procedurali del nuovo sistema.»
- \* La circolare INPS n° 131 del 28/12/2009. Dal titolo: «Art. 20 del D.L. n°78/2009 convertito con modificazioni nella Legge 102 del 3 agosto 2009 - Nuovo processo dell' Invalidità Civile - Aspetti organizzativi e prime istruzioni operative. Istruzioni contabili. Variazioni al piano dei conti.

# La procedura per il riconoscimento dell'invalidità, sordità, cecità civile, handicap e disabilità. (Schema grafico)

Invalidità, sordità, cecità,  
handicap, disabilità



**Entro 30 giorni**

Certificato medico  
con dati anagrafici  
Patologie con i codici  
nosologici ICD9, se  
affetti da patologie  
elencate nel D.M.  
02/08/07,  
patologie oncologiche

se digitale

presentazione della domanda all'INPS  
direttamente on line chiedendo il PIN  
o tramite patronato

se cartaceo

solo tramite patronato.

Tramite lettera raccomandata convocazione della visita  
entro 15 giorni se affetti da patologia oncologica, entro 30  
giorni nelle altre patologie.

La visita ambulatoriale si effettua alla commissione c/o  
Azienda Usl in caso di intrasportabilità è possibile  
chiedere la visita domiciliare.

Il giorno della visita è necessario presentare la documentazione  
sanitaria, si consiglia di portarne una copia: sarà trattenuta agli  
atti. La commissione è integrata con la presenza di un medico  
dell'INPS.



Il verbale, in caso di approvazione all'unanimità, è validato dal Responsabile del Centro Medico dell'INPS e viene spedito (in due versioni, una contenente tutti i dati sensibili, una solo il giudizio finale per gli usi amministrativi) all'interessato direttamente dall'INPS stesso.



Se il parere, invece è a maggioranza, l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti che vengono esaminati dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Questi può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere ad una nuova visita nei successivi 20 giorni.


La visita, in questo caso, viene effettuata, oltre che da un medico INPS, diverso da quello presente in commissione ASL e da un medico rappresentante delle associazioni di categorie (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e, nel caso di valutazione handicap, da un operatore sociale.



# Il modulo di domanda: Istante maggiorenne (frontespizio: pg. 1/3)

**INPS**  
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. A (istante maggiorenne)  
COD. AP66



## Domanda di invalidità civile - 1/3

ALL'UFFICIO INPS DI

Il sottoscritto

COGNOME  NOME

SECONDO COGNOME   SESSO  M  F

NATO/A IL   CODICE FISCALE

A   PROV.   STATO

Chiede di essere sottoposto ad accertamento sanitario ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993 n. 537 e relativo regolamento (con il relativo riconoscimento del beneficio economico) per il  Riconoscimento  Aggravamento quale:  
(Avvertenze: selezionare la/caselle corrispondenti ai/riconoscimenti richiesti).

Invalido civile ai sensi della legge 30.03.71 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni.  
Indicare ai fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico  sì  no

Cieco civile ai sensi della legge 27.05.70, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni;

Sordo civile ai sensi della legge n. 26.05.70, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni (barrare la casella solo in caso di sordità presente alla nascita o insorta prima del compimento del 12° anno, altrimenti barrare la casella invalido civile);

Portatore di handicap ai sensi della legge 05.02.92, n. 104;

Collocamento mirato ai sensi art. 1 Legge n. 68 del 12.03.1999 (dal 15° anno al 65°).  
(Avvertenze: selezionare la/caselle corrispondenti ai/riconoscimenti richiesti).

**Dichiara**

a) di essere:

cittadino italiano

cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

cittadino extracomunitario in possesso di:  permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_  
- data di scadenza \_\_\_\_\_  
 carta di soggiorno oppure permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. \_\_\_\_\_  
- data di scadenza \_\_\_\_\_

apolide

rifugiato politico titolare di permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_  
- data di scadenza \_\_\_\_\_

beneficiario di protezione sussidiaria titolare di permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_  
- data di scadenza \_\_\_\_\_

cittadino della Repubblica di S. Marino

# Il modulo di domanda: Instante minorenne (frontespizio: pg. 1/3)

**INPS**  
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Mod. B  
(istante minorenni e/o inabilitato e/o interdetti)  
COD. AP 67



### Domanda di invalidità civile - 1/3

ALL'UFFICIO INPS DI \_\_\_\_\_

Dati del rappresentante legale:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SESSO  M  F CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

STATO \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore  tutore  amministratore di sostegno  curatore

Chiede che il Sig. \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SECONDO COGNOME \_\_\_\_\_ SESSO  M  F

NATO/A IL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

venga sottoposto ad accertamento sanitario ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993 n. 537 e relativo regolamento (con il relativo riconoscimento del beneficio economico) per il  Riconoscimento  Aggravamento quale:  
(Avvertenza: selezionare la/e casella/e corrispondente/i riconoscimento/i richiesto/i).

Invalido civile ai sensi della legge 30.03.71 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni.  
Indicare ai fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 285, se minorato psichico  sì  no

Cieco civile ai sensi della legge 27.05.70, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni;

Sordo civile ai sensi della legge n. 26.05.70, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni (barrare la casella solo in caso di sordità presente alla nascita o insorta prima del compimento del 12° anno, altrimenti barrare la casella Invalido civile);

Portatore di handicap ai sensi della legge 05.02.92, n. 104;

Collocamento mirato ai sensi art. 1 Legge n. 68 del 12.03.1999 (dal 15° anno al 65°).  
(Avvertenza: selezionare la/e casella/e corrispondente/i riconoscimento/i richiesto/i)

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi della legge n. 445/2000.

Dichiaro che il Sig. \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_

a)  cittadino italiano

cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

cittadino extracomunitario in possesso di:  permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_  
- data di scadenza \_\_\_\_\_

carta di soggiorno oppure permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. \_\_\_\_\_  
- data di scadenza \_\_\_\_\_