

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 NPIA
 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 10/04/04

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).

- Invalide 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 _____