

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante "Misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione", convertito in legge con modificazioni, dall'art.1, Legge 9 marzo 2006, n.80, ove all'art. 6, 1 comma, si è demandato alle Regioni l'adozione di "disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale";

- la Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4, recante "Disciplina degli accertamenti della disabilità. Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale", con la quale si è, tra l'altro, prevista una disciplina unitaria del percorso di riconoscimento della disabilità, al fine di superare l'attuale frammentazione della organizzazione degli accertamenti riguardanti le condizioni di invalidità, cecità e sordità civili, dell'handicap di cui alla L. 104/92 e successive modifiche e al DPCM n. 185/06, nonché le condizioni per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità ai sensi della L. 68/99.

Atteso che nella relazione di accompagnamento al Progetto di legge di cui alla propria deliberazione n. 1171/2007, si sottolineava come la proposta di legge regionale si ponesse l'obiettivo di unificare la eterogenea disciplina delle relative procedure prevedendone la semplificazione anche tramite un'unica valutazione della disabilità, effettuata da un'apposita Commissione, più snella, ma composta in modo tale da assicurarne comunque una competenza multidisciplinare, deputata a valutare i profili socio-sanitari dei bisogni, a cui gli operatori dei servizi pubblici territoriali competenti partecipano in orario di

lavoro e nell'esercizio delle proprie competenze istituzionali, in particolare attraverso:

- un'unica domanda, presentata in forma contestuale dalla persona interessata per tutte le condizioni di disabilità;
- la riunificazione in un'unica Commissione aziendale dei numerosi organismi già titolari delle funzioni previste per l'accertamento delle condizioni stabilite;
- la determinazione di tempi certi ed uniformi per l'effettuazione degli accertamenti necessari;
- le alternative a disposizione del cittadino interessato nel caso di mancata condivisione del giudizio della Commissione.

Ritenuto di dare attuazione a quanto stabilito dall'articolo 5, primo comma, della citata l.r. n. 4/08 circa la necessità di rendere coerente l'esercizio delle funzioni di accertamento e di valutazione della disabilità, facenti capo alle Aziende U.S.L. con i principi di semplificazione sopra richiamati attraverso l'approvazione di n. 8 specifici allegati alla presente deliberazione, di cui costituiscono parte sostanziale ed integrante, concernenti le modalità di presentazione della domanda e di espletamento degli accertamenti, riguardanti:

- a) il modello unico di domanda di riconoscimento della disabilità presentata dall'interessato;
- b) le certificazioni mediche da allegare alla prima istanza e alla eventuale domanda di adeguamento della valutazione, individuando gli elementi essenziali che esse devono contenere;
- c) la documentazione sanitaria (esami clinici, strumentali e di laboratorio) da produrre per documentare le patologie e i relativi deficit funzionali già certificati;
- d) i compiti della segreteria amministrativa a supporto delle funzioni di accertamento;
- e) le indicazioni operative ai fini dell'informatizzazione delle procedure di accertamento e di valutazione della disabilità;

- f) le modalità di svolgimento delle visite per delega e di effettuazione delle visite domiciliari;
- g) le modalità di presentazione dell'istanza di riesame e dell'espletamento dei relativi accertamenti
- h) le modalità e gli obiettivi per l'eventuale contenimento dei tempi di attesa per l'effettuazione degli accertamenti.

Ritenuto, al fine di rendere coerente l'esercizio delle funzioni di accertamento e di valutazione della disabilità facenti capo alle Aziende U.S.L. con i principi di semplificazione sopra richiamati, facilitando, in tal modo, l'accesso a tutti i percorsi agevolanti e di integrazione anche alle procedure riguardanti l'accertamento delle condizioni di disabilità, di dare attuazione a quanto stabilito dall'articolo 3, ottavo comma, della citata l.r. n. 4/08 circa la necessità di far partecipare alle commissioni di accertamento della disabilità gli operatori sanitari e sociali dei servizi pubblici territoriali competenti in orario di lavoro e nell'esercizio delle proprie competenze istituzionali, definendo, di conseguenza, l'entità dei compensi, da corrispondere ai soli medici rappresentanti delle associazioni di categoria dei richiedenti, nella misura di una quota fissa pari a euro 30,00 (trenta) per la partecipazione a ogni seduta della commissione, maggiorata da una quota pari a euro 3,00 (tre) per ogni persona effettivamente valutata;

Dato atto del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche sociali Dott. Leonida Grisendi, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 450 del 3 aprile 2007;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Giovanni Bissoni;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1. di approvare, per quanto in premessa esposto e che qui si richiama integralmente, gli allegati 1,2,3,4,5,6,7 e 8, quali parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;
2. di stabilire l'entità dei compensi, da corrispondere ai soli medici rappresentanti delle associazioni di

categoria dei richiedenti, nella misura di una quota fissa pari a euro 30,00 (trenta) per la partecipazione a ogni seduta della commissione, maggiorata da una quota pari a euro 3,00 (tre) per ogni persona effettivamente valutata;

3. di pubblicare il presente provvedimento, comprensivo degli allegati, nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - -

LOGO AUSL

All'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____

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

Il/La sottoscritto/a (oppure)

In qualità di rappresentante legale di* _____

(nome)
nato/a a _____ il _____
(cognome)

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 _____ n. _____ CAP _____ città _____
(cognome) (nome)**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 _____ a _____ il _____
2. di essere: cittadino _____ italian _____ 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.

Alla presente domanda allega:

1. il certificato medico rilasciato sul modello predisposto in data _____ dal
Dott./ssa _____
2. fotocopia del documento di identità
3. copie dei verbali di eventuali visite precedenti effettuate presso altre Commissioni
4. documentazione sanitaria in fotocopia (cartelle cliniche, lettere di dimissioni ospedaliere, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, di esami di laboratorio, ecc.)

Il/la sottoscritto/a acconsente inoltre al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che avverrà solo ai fini istituzionali e comunicato ai terzi incaricati esclusivamente per gli adempimenti connessi all'ottenimento dei benefici richiesti.

Data _____ Firma del/la richiedente _____

AVVERTENZE PER LA FIRMA (ai sensi D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE:

a) l'interessato/a non sa o non può firmare

La domanda dovrà essere accettata previo accertamento dell'identità del/la dichiarante dal

dipendente addetto il quale attesta che la dichiarazione è stata resa in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

b) l'interessato/a non è in grado di firmare per un impedimento temporaneo (motivi di salute)

L'istanza è sostituita dalla dichiarazione resa al pubblico ufficiale dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da un altro familiare in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante:

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITÀ DI _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____
(specificare il grado di parentela)

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

DATA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

c) rappresentanza legale

Se l'interessato/a è soggetto/a alla potestà dei genitori, a tutela, a curatela e/o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore o dall'interessato/a stesso/a con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno (quando affianca il beneficiario e non lo sostituisce negli atti).

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITÀ DI _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____
(genitore o rappresentante legale)

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

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

___l___ Sig./ra

_____ nat ___ 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. _____

(*)le 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 _____
- Ipoacusia (allegare esame audiometrico con impedenzometria 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 _____

<input type="checkbox"/> SI RICHIEDE VISITA DOMICILIARE: Motivazione dell'intrasportabilità: _____ _____
Compilazione a cura del medico legale della AUSL:
<input type="checkbox"/> Richiesta ACCOLTA
<input type="checkbox"/> Richiesta NON ACCOLTA: motivazione _____ _____ _____
Firma

Data _____

FIRMA DEL MEDICO

Si rilascia su richiesta dell'interessato.

(timbro del medico curante e N. di telefono)

Modalità di compilazione del certificato medico da allegare alla domanda per il riconoscimento della disabilità

Il certificato medico da allegare alla domanda di invalidità è suddiviso in alcune sezioni.

È molto importante compilare il certificato integralmente in ogni sua parte, datarlo e firmarlo da parte del medico che lo redige

La sezione relativa ai dati anagrafici della persona interessata è da compilare in modo accurato; è fondamentale precisare il domicilio nel caso sia diverso dalla residenza.

La sezione dedicata al medico che redige la certificazione reca l'elenco delle patologie invalidanti e documentabili dell'assistito, in ordine decrescente di rilevanza assistenziale, al fine di permettere una valutazione appropriata della situazione clinica dell'assistito.

In caso di aggravamento segnalare solo le patologie sopraggiunte dopo l'ultimo accertamento in commissione.

Nelle *patologie certificate* sono riportati i documenti sanitari ritenuti maggiormente rilevanti.

Va segnalato se il/la paziente è in trattamento per una patologia oncologica di recente diagnosi o comunque "attiva". In tali casi, come previsto dalla legge 80/2006, la convocazione a visita deve avvenire entro 15 giorni dalla presentazione della domanda.

La sezione utile per la concessione di protesi e ausili prevede:

A) al fine della concessione dei pannoloni è necessario barrare la voce relativa all'incontinenza specificando la causa;

B) per le protesi acustiche, barrare la voce ipoacusia allegando un esame audiometrico rilasciato dalla struttura pubblica corredato da un'impedenzometria.

Relativamente alla segnalazione che consenta di collocare il proprio assistito nella Commissione appropriata, va barrata UNA SOLA casella in base al quadro clinico dominante. Anche in caso di visita domiciliare occorre sempre specificare il tipo di seduta.

La sezione conclusiva riguarda la richiesta di visita domiciliare, da limitare ai seguenti casi :

- Patologia con prognosi infausta *quoad vitam* e pericolo di vita imminente;
- Patologia di natura ed entità tale per cui il trasporto può acuire o aggravare lo stato morboso;
- Patologia motoria che renda particolarmente difficile il trasporto;
- Patologia cognitiva o psichica con grave alterazione del grado di collaborazione;

- Condizione di grave disagio sociale (stato di abbandono, motivata difficoltà al reperimento di un mezzo di trasporto ecc.).

La documentazione e le certificazioni mediche da allegare alla prima istanza e alla domanda di adeguamento della valutazione (aggravamento) con gli elementi essenziali

1. Certificato del medico curante come da fac-simile e documentazione sanitaria già in possesso dell'interessato/a come già specificato nel certificato di presentazione del caso.
2. In caso di aggravamento certificato del medico curante come da fac-simile; in aggiunta allegare solo la documentazione sanitaria rilasciata in data successiva all'ultimo accertamento effettuato presso la Commissione.
3. Per il riconoscimento della cecità civile (ai sensi delle leggi 382/70 e 138/2001 e successive modifiche e integrazioni), è necessario allegare un certificato medico redatto dallo specialista oculista che, oltre alla diagnosi, deve contenere l'indicazione del residuo visivo corretto in ciascun occhio con relativa correzione e il campo visivo computerizzato binoculare, possibilmente completato da quello distinto in OD e in OS e che utilizzi il programma campo visivo % 100 punti o il programma 120 screening.
4. Per il riconoscimento della sordità civile (ai sensi delle leggi 381/70 e 95/06) è necessario allegare un certificato medico attestante la diagnosi corredato di esame audiometrico ed esame impedenzometrico.

c) la documentazione sanitaria specialistica (esami clinici, strumentali e di laboratorio) da produrre per documentare le patologie ed i relativi deficit funzionali già certificati

a. PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO:

- i. certificato specialistico (recente) recante la diagnosi, l'obiettività rilevata specificando la valutazione funzionale della classe NYHA, la terapia in atto e consigliata, nonché la prognosi (intesa anche come indicazione ad eventuali trattamenti chirurgici, riabilitativi e/o al tipo e alla periodicità dei controlli necessari);
- ii. In base alla specifica patologia è necessario produrre a integrazione della certificazione specialistica tutta la documentazione che la persona ha acquisito a scopo clinico, quale per esempio:
 - Elettrocardiogramma
 - Ecocardiogramma
 - Test da sforzo
 - Ecodoppler del distretto vascolare interessato dalla patologia
 - Controllo del Pace-Maker e/o del defibrillatore (ICD)

- b. PATOLOGIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:
- i. certificato specialistico (recente) con diagnosi, obiettività e valutazione funzionale del grado di insufficienza respiratoria, nonché le eventuali complicanze cardiache; la terapia in atto (se ossigenoterapia specificandone le modalità) e la prognosi, la necessità di follow-up nel tempo;
 - ii. In base alla specifica patologia è necessario produrre a integrazione la documentazione clinica in possesso della persona interessata:
 - prove di funzionalità respiratoria
 - emogasanalisi
 - piano terapeutico per ossigenoterapia e/o ventilazione meccanica
 - prescrizione uso di CPAP in caso di OSAS.
- c. APPARATO DIGERENTE:
- i. certificato specialistico (recente) recante la diagnosi, l'obiettività corredata della valutazione funzionale, la storia clinica del caso;
 - ii. esami laboratoristici e strumentali attestanti la patologia (incluso l'esame istologico laddove effettuato per la formulazione della diagnosi, per esempio nei casi di Morbo di Crohn o di Rettocolite ulcerosa) e la funzionalità d'organo.
- d. APPARATO URINARIO:
- i. certificato specialistico (recente) con diagnosi, obiettività e relativa valutazione funzionale (nel caso di insufficienza renale cronica lo specialista deve indicare se la persona è in trattamento dialitico, la tipologia e con quale frequenza, se è trapiantabile o non candidabile al trapianto, evenienza quest'ultima da indicare esplicitamente al fine di evitare la revisione ai sensi del D.M. 2 agosto 2007, allegato punto 3);
 - ii. indicazione di incontinenza urinaria, diagnosi, emendabilità chirurgica, tipo di presidio eventualmente prescritto (pannolone, catetere vescicole, ecc.).
- e. APPARATO ENDOCRINO:
- i. certificato specialistico (recente) del centro di riferimento, con diagnosi, valutazione del compenso metabolico, presenza di eventuali complicanze, terapia, follow-up previsto;
 - ii. In base alla specifica patologia è necessario produrre a integrazione: esami laboratoristici e strumentali specifici per il tipo di patologia ed attestanti la tipologia ed entità di eventuali complicanze, ev. esami ecografici.
- f. APPARATO LOCOMOTORE:

- i. visita fisiatrica e/o ortopedica e/o reumatologica (recente) con indicazione della diagnosi, la descrizione del tipo e dell'entità delle limitazioni funzionali, dell'eventuale emendabilità delle stesse e con quali modalità, l'eventuale prescrizione di protesi, di ortesi e/o di ausili, la terapia prescritta e la prognosi formulata
- ii. La compromissione dell'autonomia personale va documentata mediante la valutazione delle ADL e delle IADL
- iii. Referti radiologici (Rx, TC, RMN) dei distretti interessati dalla patologia, corredati di iconografia.

g. SISTEMA NERVOSO :

- i. visita neurologica (recente) con indicazione della diagnosi, la descrizione del tipo e dell'entità dei deficit funzionali, le ortesi e/o gli ausili prescritti e/o in uso, le necessità terapeutiche e la prognosi
- ii. Referti di elettromiografie (EMG), TC, RMN, ecc.
- iii. in caso di demenza la certificazione specialistica deve essere integrata dai tests psicometrici per la valutazione del grado di deterioramento mentale (almeno MMSE)
- iv. in caso di ritardo mentale, esso va documentato con il QI valutato mediante tests appropriati
- v. La compromissione dell'autonomia personale va documentata mediante la valutazione delle ADL e delle IADL.

g.a) EPILESSIA:

- i) certificato neurologico specialistico con diagnosi, andamento clinico, terapia in corso, tipologia delle crisi e frequenza delle stesse, follow-up previsto
- ii) accertamenti strumentali (EEG, TC, RMN, SPECT, ecc.).

h. APPARATO PSICHICO :

- i. visita psichiatrica o del neuropsichiatria infantile (recente) con indicazione della diagnosi, della terapia e della prognosi
- ii. La compromissione dell'autonomia personale va documentata mediante testistica appropriata, specificando le scale utilizzate
- iii. La certificazione specialistica (psichiatrica o del neuropsichiatra infantile) deve indicare nei casi di gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione oltre alla diagnosi e alla valutazione prognostica, anche la valutazione e la descrizione delle funzioni intellettive, delle abilità cognitive, delle capacità e delle competenze affettive e relazionali, qual è il grado di autonomia personale, quali sono le possibilità di adattamento sociale (ex allegato al DM 2 agosto 2007, punto 10, al fine di emettere un giudizio di non rivedibilità).
- iv. In caso di dipendenza da sostanze relazione del SERT/Centro Alcológico (nell'evenienza di doppia diagnosi è necessaria la valutazione congiunta del Centro di Salute Mentale e del SERT/Centro Alcológico).

i. APPARATO Uditivo e Vestibolare:

- i. certificato specialistico (recente) con la diagnosi, l'epoca di insorgenza del deficit funzionale, la valutazione funzionale, l'indicazione di eventuale emendabilità, eventuale prescrizione di protesi acustica, la prognosi;
 - ii. esame audiometrico, esame impedenziometrico e/o prove di funzionalità vestibolare;
 - iii. Potenziali Evocati Uditivi (quando non attendibile o eseguibile l'esame audiometrico).

- j. APPARATO VISIVO:
 - i. certificato specialistico (recente) con la diagnosi e la valutazione funzionale (acuità visiva naturale e con correzione in entrambi gli occhi), eventuale indicazione di emendabilità, eventuale prescrizione di protesi/ausili, la terapia, la prognosi;
 - ii. campo visivo in tutti i casi di patologie oculari che ne possono causare la compromissione;
 - iii. potenziali visivi evocati (PEV, quando non sono attendibili o non sono eseguibili altri accertamenti).

- k. PATOLOGIA IMMUNITARIA:
 - i. certificato specialistico (recente) con la diagnosi, l'obiettività corredata della valutazione funzionale ed eventuali complicanze, la terapia, la prognosi e il follow up.
 - ii. certificato reumatologico (recente) con l'indicazione della diagnosi, la descrizione del tipo e dell'entità delle limitazioni funzionali, l'eventuale emendabilità delle stesse, l'eventuale prescrizione di protesi, di ortesi e/o di ausili, la necessità terapeutica e la prognosi.

- l. PATOLOGIA ONCOLOGICA:
 - i. certificato specialistico (recente) con la diagnosi, l'obiettività, la valutazione funzionale e le eventuali complicanze d'organo secondarie, la terapia, la prognosi e i termini (come tempi e impegno) del follow-up;
 - ii. esame istologico;
 - iii. altri accertamenti di volta in volta attestanti il coinvolgimento di organi e/o di apparati;
 - iv. eventuale certificato specialistico nei casi di documentata reazione psicopatologica in trattamento.

- m. PATOLOGIE CROMOSOMICHE E/O GENETICHE E/O CONGENITE
 - i. certificato specialistico con la diagnosi e la mappa genetica. Nel certificato sono precisati il grado di compromissione dell'autonomia personale, la valutazione prognostica e il grado di compromissione funzionale di organo e/o di apparato sulla base degli accertamenti effettuati (ex allegato al DM 2 agosto 2007, punto 9, al fine di emettere il giudizio di non rivedibilità).

Inoltre l'interessato/a (o il suo legale rappresentante) dovrebbe produrre le copie delle cartelle cliniche e le lettere di dimissione dei ricoveri ospedalieri (almeno di quelli più significativi e più recenti), quando non acquisibili direttamente dagli operatori, previo consenso delle persone interessate.

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL MODELLO UNICO DI RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ L.R. 4/2008 E ATTIVITÀ DI SCAMBIO DEI DATI CON IL RURER

FASE 1 : RICEVIMENTO DELLA DOMANDA

VERIFICA DELLA COMPLETEZZA DELL'APPOSITO MODULO

Occorre verificare:

- se la residenza è in uno dei Comuni compresi nell'area di riferimento;
- se il richiedente è cittadino italiano oppure cittadino europeo o straniero, nel qual caso deve possedere il **permesso di soggiorno** di durata non inferiore ad 1 anno (da presentare in fotocopia);

Permesso di Soggiorno

Il permesso di soggiorno è un documento che consente agli stranieri di soggiornare in territorio italiano per un tempo determinato.

Dove

Le richieste di rilascio di permesso di soggiorno superiore a 90 giorni, del suo rinnovo, nonché il rilascio della carta di soggiorno e di aggiornamento dei dati devono essere presentate presso il Commissariato competente per residenza, oppure presso l'Ufficio Immigrazione della Questura, nel caso non sia presente alcun Commissariato. Le richieste di aggiornamento del permesso di soggiorno per l'inserimento di figli minori nati in Italia, di duplicato, di permesso di soggiorno di durata fino a 90 giorni per cure mediche o gravidanza e le carte di soggiorno per cittadini di Paesi appartenenti all'Unione Europea si presentano presso l'Ufficio Immigrazione della Questura.

1. Permesso di soggiorno per lavoro subordinato
2. Permesso di soggiorno per lavoro autonomo
3. Permesso di soggiorno per attesa occupazione
4. Permesso di soggiorno per studio
5. Permesso di soggiorno per motivi di famiglia
6. Permesso di soggiorno per turismo.

Carta di Soggiorno

Consente agli stranieri il soggiorno a tempo indeterminato in Italia. Deve essere vidimata ogni 10 anni. È un importante strumento che favorisce l'integrazione.

Il titolare della carta di soggiorno può:

- * entrare ed uscire dall'Italia senza bisogno del visto;
- svolgere qualsiasi tipo di attività lecita che non sia riservata a cittadini italiani;
- accedere ai servizi e alle prestazioni della Pubblica Amministrazione;
- partecipare alla vita pubblica del luogo in cui vive.

Inoltre la cittadina straniera titolare della carta di soggiorno ha diritto di chiedere l'assegno di

maternità per ogni figlio nato dal 1 luglio 2000 in poi (la domanda va presentata all'INPS o al proprio comune di residenza, a seconda che siano stati versati o meno contributi per la tutela previdenziale della maternità).

Dove

- Per ottenere il rilascio della carta di soggiorno o per avere indicazioni o informazioni sulle previsioni di legge in tema di ricongiungimento familiare ci si può rivolgere all'Ufficio Immigrazione della Questura di residenza.
- Al 14° anno di età i minori stranieri vengono cancellati dalla **carta di soggiorno** dei genitori, dovendone avere una propria, ex art. 30 del D.Lgs 286/98.

- se si tratta di una domanda di aggravamento, deve essere indicato sul modulo, deve essere allegata la copia del precedente verbale di riconoscimento della disabilità (se l'accertamento è stato effettuato da un'Azienda U.S.L. diversa) e l'aggravamento deve essere **documentato** (v. controllo della documentazione allegata);
- se si tratta di una domanda di riesame, deve essere presentata sull'apposito modulo con i riferimenti della valutazione da riesaminare e la copia del certificato emesso notificato non più di 60 giorni prima della domanda;
- il modulo deve essere firmato rispettando le note per la firma riportate sul modello di domanda.

- **Legge 80/06: iter correlato al disposto dell'art 6, comma 3 bis**

Premesso che le persone con patologia oncologica considerati sono quelli "di recente diagnosi", secondo un principio condiviso anche a livello interregionale:

- il verbale rilasciato nell'immediatezza dell'accertamento è timbrato dalla Commissione AUSL con il riferimento alla Legge 80/06, art. 6, comma 3 bis;
- la Commissione Medica di Verifica Provinciale dell'INPS (CMVP-INPS) viene contestualmente allertata.

CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Occorre verificare che sia allegato:

- **l'apposito certificato medico**, attestante le patologie da cui è affetta la persona, rilasciato dal medico di medicina generale oppure da un medico specialista, **sempre in originale**;
- l'altra documentazione sanitaria deve essere **allegata in fotocopia** già all'atto di presentazione della domanda; **una particolare attenzione va rivolta a certificazioni mediche rilasciate da strutture pubbliche o private accreditate e/o da specialisti che prestano servizio in tali strutture con i quali poter conferire per discutere del caso, in maniera che possano contribuire alla valutazione dello stesso** (nel modello di domanda va specificato se l'interessato è seguito dai servizi sociali o da unità di valutazione operanti nell'Azienda U.S.L.)
- in caso di cecità civile è necessario il certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione e/o un campo visivo binoculare (possibilmente integrato da uno a 120 punti distinto per OS e OD), nei casi previsti dalla L.

138/2001, **in originale**; per la domanda di **sordità** è richiesto il certificato di un medico, possibilmente otorinolaringoiatra, **in originale**, nonché un esame audiometrico, **anche in fotocopia**;

- la domanda di riconoscimento della *condizione di handicap* è presente nel modello unico se il/la richiedente barra la voce che fa riferimento alla legge stessa;
- nel caso di spunta di voci che fanno riferimento alla L. 68/99 si procede (integrandola al modello) dopo che si è verificata - attraverso la documentazione allegata - la sussistenza dello stato invalidante e/o delle condizioni richieste dalla legge per attivare il percorso.

RICEVUTA DELLA DOMANDA PER L'UTENTE

- Il cittadino che presenta domanda *personalmente* riceve una fotocopia della stessa, sulla quale l'ufficio appone il timbro con la data di ricevimento insieme alla ricevuta di presentazione;
- se l'interessato deve presentare domanda di presidi protesici alla SAUB, si raccoglie la richiesta dello specialista con i codici del tipo di ausilio e si trasmette copia di tutto all'operatore addetto;
- se la domanda è presentata da un patronato, oltre alla copia timbrata verrà rilasciata all'ente anche copia dell'apposito modulo di ricevuta con le riserve della Commissione al procedimento di attuazione secondo la L.R. 4/2008.

TIPI DI DOMANDE

- a) domanda di **primo riconoscimento** (vedi sopra);
- b) domanda di **aggravamento/adeguamento**: l'interessato si è già sottoposto a un accertamento per la disabilità, ma le sue condizioni di salute si sono modificate e pertanto presenta una **nuova domanda** per ottenere una nuova valutazione. *La documentazione sanitaria da allegare deve comprendere tutte le certificazioni*, i referti specialistici, le copie delle cartelle cliniche (rilasciate all'interessato nel periodo intercorrente tra l'accertamento precedente e la nuova domanda e visita) che attestino le modificazioni del quadro clinico preesistente.
 - La **domanda di aggravamento/adeguamento**, se accolta, **costituisce una nuova istanza** e quindi ogni eventuale beneficio economico decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di presentazione della domanda stessa;
 - nei casi contemplati dall'art. 6, comma 3 bis, della L. 80/2006 è possibile presentare una domanda di aggravamento solo dopo l'avallo della precedente valutazione da parte della CMVP-INPS;
 - nel caso fosse in pagamento una precedente prestazione, con il procedimento di ricostituzione, l'INPS, in base alle indicazioni fornite dai competenti Uffici Invalidi Civili dei Comuni preposti alla fase concessoria, provvede a integrare la quota in base al nuovo beneficio riconosciuto;
- c) domanda di **riesame**: l'interessato che ritiene di non essere stato valutato adeguatamente rispetto alle sue condizioni presenta la domanda di riesame

entro 60 giorni dalla notifica del certificato di riconoscimento, integrandola di copia dello stesso e di tutta la documentazione di approfondimento di cui dispone per la rivalutazione, purché non sia successiva alla data dell'accertamento (in tal caso si configurerebbe un aggravamento). Sarà quindi competenza della commissione di accertamento valutare, al fine anche di contenere un possibile contenzioso, se vi siano gli estremi per procedere a una revisione cautelativa in autotutela (riesame), oppure se si tratta di un aggravamento delle condizioni di salute. L'accertamento può essere eseguito su atti, se la documentazione disponibile è probante, rivisitando la persona interessata se è necessario o se la stessa lo richiede. Il giudizio deve comunque essere espresso collegialmente e da una commissione diversa dalla precedente;

Il verbale relativo al riesame deve comunque essere trasmesso alla CMV dell'INPS Provinciale competente, fermo restando che, se la stessa CMVP avesse già espresso parere difforme dalla Commissione AUSL, avendo redatto un nuovo verbale, non può essere presentata domanda di riesame.

- d) domanda di **visita per delega**, richiesta dall'Ufficio Invalidi di un'altra Azienda U.S.L. per un cittadino ivi residente e domiciliato temporaneamente in uno dei comuni che afferiscono alla Azienda U.S.L. ricevente:
- per le sedi di erogazione delle prestazioni all'interno della regione Emilia-Romagna, inviando/ricevendo il fascicolo dall/all'Ufficio Invalidi Civili nella sede dove il richiedente è domiciliato. La Commissione compila il verbale definitivo, che verrà poi inviato alla CMVP-INPS attraverso il RURER. All'atto della restituzione da parte dello stesso, si invierà la copia all'interessato/patronato, si farà copia del fascicolo da conservare agli atti e si inoltrerà il fascicolo presso la sede AUSL di residenza per gli ulteriori adempimenti (fase concessoria, ove prevista) e l'archiviazione;
 - per le sedi di erogazione delle prestazioni ai cittadini residenti al di fuori del territorio regionale dell'Emilia-Romagna, ricevendo la richiesta di **visita per rogatoria** si darà seguito alla stessa seguendo l'iter previsto dalla normativa nazionale in vigore, utilizzando comunque i sistemi informatizzati e inviando tale valutazione al RURER per assolvere ai debiti informativi specificando la provenienza della richiesta e precisando che la valutazione è stata espressa come proposta valutativa;
- e) domanda di invalidità **post-mortem**. *Gli eredi della persona che aveva presentato anche domanda di accertamento dello stato di invalidità e che dovesse decedere prima della visita, possono presentare istanza di valutazione post-mortem.* La pratica è valutata agli atti, sulla scorta della documentazione sanitaria di struttura pubblica o privata accreditata prodotta. La domanda deve comprendere:
- 1) richiesta in carta semplice firmata dagli eredi;
 - 2) certificato di morte;
 - 3) atto sostitutivo di notorietà contenente il nome del/degli eredi;
 - 4) documentazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica o privata accreditata, in fotocopia;

- f) **revisione d'ufficio**, disposta dalla Commissione per verificare le condizioni della persona dopo un certo periodo di tempo dal primo accertamento, solo nei casi passibili di miglioramento o in età evolutiva, quando necessario. Tali pratiche si archiviano normalmente, tenendo uno scadenziario con i nominativi e i numeri di protocollo, mese per mese, convocando l'interessato/a tre mesi prima della scadenza prevista, in tempo utile per evitare l'interruzione nell'erogazione dei benefici. È necessario che l'interessato produca la documentazione sanitaria, in fotocopia, rilasciatagli nel periodo intercorso dalla data dell'ultima visita a quella della nuova eccezion fatta per i casi previsti dal D.M. 2 agosto 2007 per i quali si dispone come procedere sugli atti;
- g) **revisioni richieste dal Comune** che intende verificare se permangono i requisiti sanitari per la concessione dei benefici economici o, nel caso dei minori divenuti maggiorenni, il diritto alla concessione dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità. Il Comune invia all'AUSL - almeno quattro mesi prima della scadenza - una lettera in cui richiede di sottoporre a visita la persona, in maniera da rispettare i tempi e di non sospendere l'erogazione del beneficio economico. Le persone in questione devono essere convocate il più presto possibile, con priorità rispetto alle altre domande e quando la persona interessata è inviato a revisione dal Comune per il compimento del 18° anno di età, le deve essere fatta compilare - se maggiorenne - o al genitore/tutore/amministratore di sostegno (se l'interessato è ancora minorenni o se è legalmente interdetto o amministrato) una nuova istanza ai fini del diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità.

Si procederà come al punto a) che rimanda al concetto di MODELLO UNICO.

FASE 2: PROTOCOLLO DELLA DOMANDA

Le domande devono avere un protocollo unico nominativo, legato alla persona e specifiche di riferimento correlate al tipo di certificazione (per esempio: 1-IC (invalidità civile), 1-H (handicap ai sensi della L. 104/92), 1-C (cecità civile), 1-S (sordità civile), 1-D (collocamento mirato al lavoro ai sensi della L. 68/99), 1-A (alunno con handicap ai sensi del DPCM 185/2006), ecc.).

La pratica deve essere unica, in maniera da semplificarne anche l'archiviazione.

FASE 3: PREPARAZIONE DELLE SEDUTE

SEDUTA

- **Composizione delle Commissioni di accertamento**

Le Commissioni di accertamento della disabilità devono, ai sensi della L.R. 4/2008, essere così composte:

- presidente medico specialista in Medicina legale, dipendente o convenzionato con l'Azienda U.S.L.;
- un componente specialista nella patologia prevalente, dipendente o convenzionato con l'Azienda U.S.L.;
- un operatore sociale dei servizi pubblici territoriali;
- un medico del lavoro, dipendente o convenzionato, dell'Azienda U.S.L., quale componente aggiuntivo, che partecipa agli accertamenti finalizzati anche al collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità;
- un medico in rappresentanza dell'Associazione di categoria del richiedente.

La Commissione delibera validamente con due componenti oltre al presidente.

CONVOCAZIONI

La convocazione deve arrivare all'utente di norma entro 30 giorni dalla data della domanda e una copia della lettera di convocazione va allegata al fascicolo personale.

Per evitare di convocare **persone decedute** è necessario effettuare prima il controllo sull'anagrafica. Nel caso in cui alla prima convocazione l'interessato/a non si presenti, la seconda convocazione deve essere effettuata con raccomandata A.R., la cui ricevuta di ritorno va inserita nel fascicolo. Si procede all'archiviazione solo in caso di ingiustificata seconda assenza. La convocazione, quando autorizzata dall'interessato/a, può essere effettuata anche per e-mail.

VISITE A DOMICILIO

Se il/la richiedente non è in grado di recarsi in ambulatorio per effettuare l'accertamento, deve emergere tale impossibilità dalla certificazione sanitaria prodotta (v. apposito modello di certificato medico). Se l'impossibilità è successiva, può essere comunicata ed evinta dalla documentazione sanitaria prodotta.

FASE 4: STAMPA DEL VERBALE DI SEDUTA

- Il verbale di accertamento deve essere compilato in ogni sua parte dai componenti la Commissione che devono stamparlo in cinque copie, di cui una – quella dell'interessato – priva della diagnosi e firmarle tutte in originale.
- Nel caso il verbale riguardi il riconoscimento di cui alla L. 104/92 e s.m.i., le copie sono tre, di cui una – quella dell'interessato – priva della diagnosi. Anche in questo caso devono essere tutte firmate in originale dai componenti della Commissione.
- Nel caso il verbale riguardi il riconoscimento di cui alla L. 68/99, le copie sono tre integrali e un estratto di verbale per l'interessato/a. Anche in questo caso devono essere tutte firmate in originale dai componenti della Commissione.

VERBALI DI ACCERTAMENTO

Controllare che ci siano tutte le copie dei verbali, firmate in originale dai componenti (almeno tre) della Commissione di accertamento della disabilità (cinque copie per invalidità, cecità, sordità civili, firmate tutte in originale; tre copie per la L. 104/92, tutte firmate in originale, assieme a due copie della scheda interna, di cui una da conservare agli atti dell'Unità Operativa di Medicina Legale e una per la CMVP-INPS; tre copie e un estratto di verbale per la L. 68/99, tutte firmate in originale da almeno tre componenti).

FASE 5: INVIO DELLE PRATICHE ALLA CMVP-INPS

DOCUMENTAZIONE

Si trasmette alla sezione provinciale dell'INPS competente per territorio, tutta la documentazione contenuta nel fascicolo personale in originale.

Eccezione: non vengono trasmesse le pratiche di visita per delega effettuate per le AUSL EXTRA RER (in quanto si trasmette direttamente all'AUSL richiedente il verbale provvisorio). **Le visite per delega effettuate per altre sedi delle AUSL comprese nella RER vengono gestite nella sede di visita.** La commissione visitatrice compila il verbale (invalidità civile e/o legge 104 e/o L. 68/99) e lo invia alla CMVP-INPS; alla restituzione SI PROVVEDE ALLA NOTIFICA DELL'ESITO ALL'INTERESSATO/A e il fascicolo è restituito all'Ufficio Invalidi di residenza, tenendone una copia quando l'Azienda U.S.L. competente per territorio di residenza è diversa (UN'ALRA PROVINCIA - vedi TIPI DI DOMANDE → *visite per delega*).

La trasmissione dei fascicoli è accompagnata dall'invio di 2 copie dell'elenco di trasmissione, di cui una si fa timbrare, per ricevuta (la stessa che apparirà come evento di trasmissione al RURER), dall'ufficio della CMVP-INPS.

La CMVP-INPS deve per legge valutare le pratiche entro 60 giorni dal loro ricevimento. Fino a quando non ci sarà un'interfaccia che colleghi la CMVP-INPS al RURER, LA DATA di trasmissione del cartaceo alla stessa DEVE ESSERE CONTESTUALE ALL'EVENTO DI TRASMISSIONE AL RURER (entro 7 giorni dalla definizione della valutazione AUSL). Nel caso in cui la CMVP-INPS confermi il giudizio espresso dalla Commissione integrata dell'AUSL, la pratica è restituita con il timbro di approvazione. Se la CMVP-INPS non si pronunzia entro il termine dei 60 giorni (+ 7 giorni di margine per la riconsegna dei fascicoli a decorrere dalla data di inoltro - RURER - tempo necessario all'inserimento dei dati per renderli disponibili sul RURER in attesa della loro interfaccia), la valutazione si intende confermata (silenzio-assenso) e l'ente dovrà restituire le pratiche sulla base degli elenchi in scadenza forniti dall'AUSL. Se la CMVP-INPS non conferma la valutazione espressa dalla Commissione dell'AUSL, la pratica viene restituita con la motivazione della sospensione e l'eventuale indicazione degli adempimenti richiesti all'AUSL. In caso di sospensione per visita diretta e modificazione del giudizio, la pratica viene restituita con una copia del verbale emesso dalla CMVP-INPS; il verbale AUSL viene annullato e sostituito da quello della CMVP-INPS che deve essere anche RESO DISPONIBILE IN VIA TELEMATICA ATTRAVERSO IL RURER.

FASE 6: INVIO DELLE PRATICHE AL COMUNE PER LA FASE CONCESSORIA

Il Comune Capoluogo effettua quindi l'istruttoria amministrativa (v. fase concessoria) volta al pagamento da parte dell'INPS, che è anche l'ente erogatore, dei seguenti benefici economici:

1. assegno ordinario d'invalidità, solo per i soggetti di età compresa fra i 18 e i 65 anni, ai quali è stata riconosciuta una percentuale d'invalidità dal 74% al 99%;
2. pensione ordinaria d'inabilità, solo per i soggetti di età compresa fra i 18 e i 65 anni, ai quali è stata riconosciuta una percentuale d'invalidità del 100%;
3. indennità di accompagnamento, per soggetti di qualsiasi età con percentuale di invalidità del 100% + accompagnamento;
4. indennità di frequenza per minori;
5. pensione ai ciechi assoluti;
6. pensione e indennità speciale ai ciechi parziali;
7. indennità di accompagnamento per ciechi assoluti;
8. pensione e indennità di comunicazione per sordi.

Quando si invia il verbale agli interessati/patronati, nei casi in cui vi è il requisito sanitario per il diritto al beneficio economico, si allega la modulistica del Comune che serve per l'espletamento, da parte di quest'ultimo, della fase concessoria (istruttoria amministrativa). Gli stessi saranno già disponibili in formato XML sul RURER in seguito all'approvazione da parte della CMVP-INPS compresi quelli accettati per silenzio-assenso oltre i termini stabiliti resi tali dagli automatismi dello stesso RURER (che conteggia anche i 7 giorni che ci servono per inserire la data di reso fino a quando non si saranno interfacciati).

ITER seguito dal Comune per il riconoscimento delle provvidenze economiche Fase CONCESSORIA

- L'iter inizia con la presentazione della **domanda** alla Commissione AUSL competente per territorio, da parte dell'interessato/a o dal suo rappresentante legale o da ente di patronato/associazione con mandato di assistenza.
- Alla domanda deve essere allegata la **certificazione medica** come da fac-simile allegato.
- La Commissione AUSL procede all'esame delle domande di riconoscimento della disabilità, secondo l'ordine cronologico di presentazione **entro 60 giorni** dalla data della domanda. Effettuato l'accertamento, la Commissione esprime il proprio giudizio medico-legale redigendo gli appositi verbali e certificazioni.
- I verbali devono essere trasmessi per il controllo alla competente Commissione Medica di Verifica Provinciale dell'INPS (CMVP-INPS).
- Quest'ultima ha **60 giorni** di tempo per le eventuali osservazioni in merito e qualora non condivide il giudizio espresso dalla Commissione AUSL può sottoporre il richiedente a visita diretta, redigendo proprio verbale.
- La CMVP-INPS restituisce il verbale suddetto alla Commissione dell'AUSL dopo aver apposto il proprio timbro, al massimo **entro 60 + 7 giorni**; in caso contrario l'AUSL è per legge legittimata a notificare il giudizio (silenzio-assenso).
- L'AUSL provvede quindi a recapitare i verbali ai cittadini e, nel caso vi siano i requisiti sanitari per l'attribuzione di benefici economici, al Comune per gli ulteriori adempimenti.

- **Avverso i verbali emessi dalle Commissioni AUSL**, l'interessato/a presentare istanza di riesame sull'apposito modello allegato, nei tempi e nei modi di cui all'art. 4 della L.R. 4/2008, rispettando rigorosamente i tempi in modo da consentire comunque il **ricorso** giurisdizionale entro 6 mesi dalla notifica. Fanno eccezione i verbali di cui all'art. 6, comma 3 bis, della L. 80/06, già consegnati all'interessato/a in sede di accertamento e per i quali si devono attendere i 60 giorni previsti dalla normativa statale per l'eventuale sospensione della procedura da parte della CMVP-INPS.
- L'Azienda USL, unitamente ai verbali, invia agli interessati i moduli da compilare e sottoscrivere per l'istruttoria amministrativa da parte del Comune, che li fornisce periodicamente in copia all'AUSL.
- Il Comune esaminato e valutato il modulo istruttorio debitamente compilato, se non sussistono prestazioni incompatibili con quella da assegnare, predispone il provvedimento con cui concede il beneficio economico spettante.
- I dati contenuti nel provvedimento con ulteriori dati necessari per la liquidazione devono essere trasmessi all'INPS.
- L'INPS preleva i dati trasmessi dal Comune e predispone i modelli per la liquidazione e provvede al rilascio del libretto di pensione e alla liquidazione delle somme spettanti.
- L'iter sopra descritto è quello ordinario relativo alle prime liquidazioni con l'istruttoria debitamente compilata in ogni sua parte ed in cui non è dichiarata la sussistenza di prestazioni che possono essere incompatibili con la provvidenza dovuta.

FASE 7: NOTIFICA DEL VERBALE

La procedura *deve* essere completata nel minor tempo possibile dalla data della domanda e il verbale definitivo deve essere notificato all'interessato/a. La notifica avviene tramite invio postale (raccomandata A.R.) per il cittadino che presenta la domanda personalmente. La ricevuta della cartolina postale va allegata al fascicolo personale. Per i cittadini che presentano domanda tramite gli Enti di Patronato, con formale mandato di assistenza, la notifica avviene consegnando la copia del verbale al Patronato; poiché la consegna al Patronato deve equivalere a una spedizione postale con raccomandata A.R., si fa firmare al funzionario del Patronato l'elenco cumulativo di trasmissione di tutti i verbali. Sulla cartella del fascicolo personale dell'interessato viene riportata la data di notifica al Patronato e i verbali vengono accuratamente conservati agli atti dell'Ufficio.

FASE 8: ARCHIVIAZIONE

Alla fine del percorso sopra indicato si archiviano:

- i fascicoli personali delle pratiche definitivamente chiuse, ordinate per numero progressivo, in appositi faldoni;

- periodicamente si devono archiviare le lettere della CMVP-INPS, inerenti le visite di verifica, nei relativi fascicoli personali degli interessati.

VARIE

In caso di richiesta da parte dell'interessato di assegnazione di protesi e/o ausili, l'Ufficio Protesi della SAUB sarà informato sulle necessità espresse dal richiedente fornendo copia della domanda e degli ausili prescritti dal medico specialista che ne avrà specificato i codici; nonché abilitato alla visualizzazione dei dati relativi alle valutazioni. Ciò per ridurre i disagi ai cittadini e anche per evitare che la persona interessata venga a conoscenza della valutazione prima che sia stata resa definitiva e ufficiale dalla CMVP-INPS, come previsto dalla normativa attualmente in vigore.

Ugualmente per l'esenzione ticket (verbale avallato dalla CMVP-INPS, prassi da ripetere in caso di revisioni), per il rilascio delle certificazioni a persone con sensibile riduzione della capacità deambulatoria, per le cure odontoiatriche, ecc.

La corretta applicazione della L.R. 4/2008 implica il collegamento informatico in rete di tutti gli Enti coinvolti nel processo di accertamento e valutazione della disabilità e di concessione ed erogazione dei conseguenti benefici, attraverso il RURER (Repository Unico Regionale dell'Emilia-Romagna) che comporta la collaborazione di tutti gli attori.

L'implementazione del RURER consiste della fase iniziale qui descritta e di una fase successiva che consentirà un livello più elevato di interoperabilità con i diversi attori. La pianificazione di detta fase è affidata al Coordinamento dei Servizi Sanitari.

RU-RER – Repository Unico della Regione Emilia-Romagna

Sommario

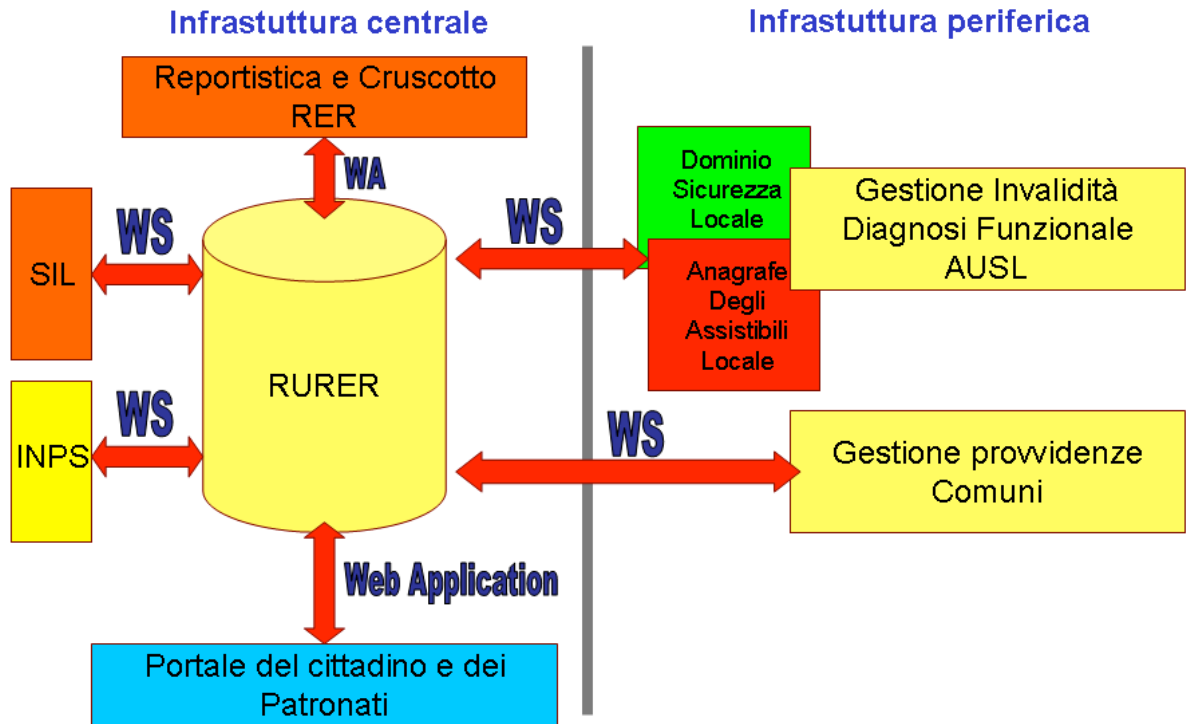
RU-RER – Repository Unico della Regione Emilia-Romagna 17

Sommario	27
Architettura del RURER	27
Descrizione sintetica delle principali funzionalità del sistema RURER	29
Modulo di gestione delle domande di disabilità e produzione dei verbali in uso presso le ASL.....	29
Modulo di gestione delle pratiche in ambito Comunale.....	30
Le interfacce del RURER.....	31

Architettura del RURER

L'architettura del RURER è schematizzabile nel seguente modo:

Architettura Del Sistema RURER



Come si può notare dal diagramma il sistema si compone di una parte centrale e di una parte periferica:

- **nella parte centrale** risiedono il repository – o archivio centrale – attraverso il quale interoperano i diversi attori e le principali interfacce di colloquio con i diversi enti;
- **nella parte periferica** sono collocate le due principali applicazioni che costituiscono il sistema RURER, il modulo di gestione verbali e diagnosi funzionale e il modulo di supporto alle attività comunali.

I principali attori che oggi interoperano con il RURER sono:

- le Aziende Unità Sanitarie Locali della regione Emilia-Romagna, coinvolte nell'accertamento della disabilità;
- i Comuni titolari della fase concessoria;
- le Province per il collocamento mirato attraverso i Servizi per le Politiche del Lavoro;
- l'INPS attraverso le Commissioni Mediche di Verifica Provinciali e come ente erogatore delle provvidenze economiche, laddove riconosciute.

Una volta completato il collegamento dei vari attori al RURER, sarà possibile aprire il sistema in consultazione al cittadino e ai patronati, per visualizzare lo stato di avanzamento delle pratiche e le eventuali scadenze nell'ambito di un percorso di accertamento di disabilità.

Descrizione sintetica delle principali funzionalità del sistema RURER

Viene di seguito fornita una sintetica descrizione delle principali funzionalità dei principali moduli applicativi che costituiscono il RURER.

Modulo di gestione delle domande di disabilità e produzione dei verbali in uso presso le AUSL

Il modulo di gestione delle domande e di redazione dei verbali è la parte del sistema RURER in uso presso le aziende sanitarie. Tale modulo si compone delle seguenti funzionalità.

Funzionalità di amministrazione:

- **gestione degli utenti e gestione password di accesso:** consente di definire gli utenti che possono accedere al modulo;
- **gestione dei ruoli:** funzionalità che consente di definire sottoinsiemi di abilitazioni che verranno poi concessi ad ogni utente definito;
- **allineamento con le banche dati dell'AUSL:** in questa categoria rientrano genericamente tutte quelle funzionalità di supporto che consentono il corretto allineamento con il sistema informativo dell'AUSL, ad esempio possono consentire l'allineamento con l'anagrafe degli assistibili, con il sistema CUP, ecc...; possono variare in numero e natura per ogni Azienda Sanitaria che partecipa al progetto;
- **Funzionalità di gestione delle configurazioni:** gestione delle configurazioni del modulo.

Funzionalità amministrative e di segreteria:

- **gestione delle domande:** funzionalità che consente la protocollazione delle domande e di tutti gli adempimenti amministrativi conseguenti;
- **gestione degli appuntamenti:** funzionalità di assegnazione degli appuntamenti per effettuazione visite;
- **gestione dello scadenziario:** gestione informatizzata di uno scadenziario per gli accessi successivi del paziente; viene impiegato principalmente dalle Unità Operative di Medicina Legale delle Aziende USL per pianificare la costruzione dei calendari, in maniera che siano compatibili con il numero di accessi attesi in base alle scadenze assegnate;
- **gestione del colloquio con il RURER:** invio dei verbali chiusi al RURER e dei ritorni informativi conseguenti;

Funzionalità di gestione amministrativa (insieme di funzionalità accessorie alle funzionalità amministrative e di segreteria):

- **gestione anagrafica pazienti:** funzionalità di consultazione dei dati anagrafici dei pazienti a partire dall'anagrafe dei pazienti assistibili dell'Azienda Sanitaria territoriale; in qualche AUSL, oltre alla consultazione, è possibile anche l'aggiornamento del dato anagrafico;
- **gestione dell'archivio medici:** gestione dell'archivio medici e di tutte le informazioni necessarie a caratterizzare il ruolo di un determinato professionista all'interno della commissione di accertamento, oltre che degli aspetti connessi alla remunerazione dei medici di categoria;
- **gestione dei calendari:** funzioni per la generazione dei calendari di disponibilità in base a settimane, tipo di appuntamenti o con configurazione libera;
- **gestione delle commissioni di accertamento:** funzionalità per la definizione delle commissioni integrate;
- **gestione dei compensi:** funzione di ausilio per il calcolo dei gettoni di presenza dei medici di categoria (quando presenti) e statistiche relative alla presenza dei professionisti nelle diverse sedute.

Gestione dei verbali:

- **gestione dei verbali di accertamento degli stati di invalidità, cecità, sordità civili ai sensi della legge 104/92 e s.m.i.:** gestione dei verbali e produzione delle stampe;
- **gestione della diagnosi funzionale e scheda professionale:** gestione della diagnosi funzionale prevista dalla legge 68/99;
- **gestione patenti "speciali":** gestione delle certificazioni rilasciate dalle Commissioni Mediche Locali per le patenti di guida.

Report:

- **gestione della reportistica a fini di rilevazione dell'attività e a fini amministrativi.**

Modulo di gestione delle pratiche in ambito Comunale

Il modulo di gestione delle pratiche è di ausilio al personale del Comune per l'effettuazione dell'istruttoria sul caso e per gestire la comunicazione con AUSL e INPS. Tale modulo si compone delle seguenti funzionalità.

Funzionalità di amministrazione:

- **gestione degli utenti e gestione password di accesso:** consente di definire gli utenti che possono accedere al modulo;
- **gestione dei ruoli:** funzionalità che consente di definire sottoinsiemi di abilitazioni che verranno poi concessi ad ogni utente definito;
- **Funzionalità di gestione delle configurazioni:** gestione delle configurazioni del modulo.

Gestione pratica per la concessione delle provvidenze:

- **gestione anagrafica cittadini:** funzionalità di consultazione dei dati anagrafici dei cittadini;

- **gestione verbali:** visualizzazione dei verbali provenienti dalle commissioni mediche AUSL;
- **gestione pratica ed istruttoria:** gestione delle informazioni reddituali e definizione della istruttoria ai fini delle eventuale erogazione delle provvidenze;
- **gestione rapporti con INPS:** gestione della comunicazione delle provvidenze a INPS ed esito dell'invio; tutto il colloquio avviene attraverso il RURER
-

Le interfacce del RURER

Il RURER mette a disposizione di tutte le aziende sanitarie una serie di interfacce che consentono il colloquio con alcuni attori del processo senza dover replicare l'interfaccia in ogni singola realtà:

- interfaccia bidirezionale con INPS;
- interfaccia verso il Sistema Informativo Lavoro della Regione Emilia- Romagna (SIL-ER).

L'interfaccia verso INPS consente l'inoltro dei dati sanitari e dei dati relativi alla situazione reddituale, rispettivamente inviati da AUSL e Comuni. L'interfaccia con INPS è bidirezionale in quanto fornisce un ritorno informativo relativamente alle pratiche inoltrate.

L'interfaccia con il sistema SIL-ER permette l'inoltro dei dati relativi alla diagnosi funzionale prodotta dalle commissioni AUSL alle Province (Comitati Tecnici Provinciali) per gli aspetti di competenza.

I dati che transitano nel RURER vengono consuntivati in riepiloghi anonimi che sono messi a disposizione degli Enti coinvolti e della Regione. Tale importante ricaduta non presuppone alcun onere aggiuntivo, ma deriva direttamente dall'architettura adottata per il sistema. I dati forniti nella reportistica – o in eventuali cruscotti interattivi che verranno definiti – in quanto aggregati ed anonimi, sono conformi a quanto prevede la vigente normativa sulla privacy.

In prospettiva (vedi seconda fase), esisterà anche un accesso diretto al RURER, mediante un'applicazione Web utilizzabile da internet, per consentire l'accesso al sistema direttamente al cittadino interessato e ai Patronati/Associazioni che eventualmente lo rappresentano.

PROCEDURA VISITE PER DELEGA

(vedi anche protocollo segreterie)

La *visita per delega* è richiesta dall'Ufficio Invalidi di un'altra Azienda U.S.L. per un cittadino ivi residente e domiciliato temporaneamente in uno dei comuni che afferiscono alla Azienda U.S.L. ricevente.

Residenti nella regione Emilia Romagna

- La Commissione **esprime il giudizio valutativo** e compila il verbale definitivo, che verrà quindi inviato alla CMVP-INPS attraverso il RURER. La pratica segue poi l'iter già indicato nel protocollo delle segreterie.

Non residenti nella regione Emilia Romagna

- La **visita per rogatoria** avviene seguendo l'iter previsto dalla normativa nazionale in vigore. La Commissione formula **una proposta valutativa** utilizzando comunque i sistemi informatizzati e inviando tale valutazione al RURER per assolvere ai debiti informativi specificando la provenienza della richiesta.

PROCEDURA VISITE DOMICILIARI

La *visita domiciliare* può essere richiesta dal medico curante compilando l'apposito spazio presente sul certificato medico da allegare alla domanda. Deve essere indicata la motivazione dell'intrasportabilità del richiedente, ovvero deve essere esplicitato che il trasporto costituisce grave pregiudizio per la salute. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione sanitaria specialistica (esami clinici, strumentali e di laboratorio) che attesti le patologie e i deficit funzionali, come già indicato al punto b) *sulla documentazione e le certificazioni mediche*. La richiesta di visita a domicilio può essere chiesta anche successivamente alla presentazione della domanda presentando documentazione sanitaria probante.

Il presidente della commissione per l'accertamento della disabilità esamina le richieste ed esprime parere scritto di accoglimento o meno delle richieste, compilando lo spazio apposito previsto nel certificato medico da allegare alla domanda. Il parere di non accoglimento della richiesta deve sempre essere adeguatamente motivato.

Le visite domiciliari sono effettuate dal presidente della commissione o da un medico da lui delegato e il giudizio valutativo è espresso dalla commissione per l'accertamento della disabilità validamente costituita e riunita in tempi tali da permettere la soddisfazione dei bisogni socio-sanitari derivanti dalla disabilità nel minor tempo possibile (fatte salve le disposizioni contenute nella Legge 80/06).

ALLEGATO 7

NITA' OPERATIVA DI MEDICINA LEGALE

ALL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI _____
Commissione Medica per l'accertamento della disabilità

Il/La sottoscritto/a (oppure)

In qualità di rappresentante legale di*

_____ (cognome)
_____ (nome)
nato/a 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 corrispondenz _____
Presso:
via _____ (cognome) n. _____ CAP _____ città _____ (nome)

CHIEDE IL RIESAME

della valutazione sotto specificata (ai sensi della L.R. n. 4 del 19.02.2008 e del relativo regolamento):

data domanda _____ protocollo n. _____
data visita _____ esito della _____
notificata il _____ valutazione _____

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Amministrazione che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alle minorazioni riconosciute.

Ai fini di cui sopra consapevole delle sanzioni civili e penali 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 200 n. 445.

DICHIARA:

A)

nat _____ a _____ il _____

B) è cittadino ___italian___ dell'Unione Europea straniero con regolare permesso di soggiorno scadente
il _____

- _____ carta _____ di _____ soggiorno _____ rilasciata

il _____

C) è residente

in _____

D) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dipendono/non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

Alla presente domanda si allega:

1. copia del riconoscimento di invalidità

2. _____ atto di
notifica _____

3. fotocopia del documento di identità.

4. documentazione sanitaria in copia (lettere di dimissioni, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, esami di laboratorio ecc.)

Il sottoscritto acconsente inoltre al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che avverrà solo ai fini istituzionali e comunicato ai terzi incaricati esclusivamente per gli adempimenti connessi all'ottenimento dei benefici richiesti.

Data _____
richiedente _____

Firma del

*** AVVERTENZE PER LA FIRMA** (ai sensi DPR n. 445 28/12/2000)
IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE:

a) l'interessato non sa o non può firmare

La domanda dovrà essere raccolta previo accertamento dell'identità del dichiarante dal dipendente addetto il quale attesta che la dichiarazione è stata resa in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

DOCUMENTO DI IDENTITA' N. _____ RILASCIATO

IL _____

DA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE
ADDETTO _____

b) l'interessato non è in grado di firmare per impedimento temporaneo (motivi di salute)

L'istanza è sostituita dalla dichiarazione resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante:

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITA' DI

parentela _____ (specificare il grado di
DOCUMENTO DI IDENTITA' N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____ FIRMA DEL DICHIARANTE _____

DATA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

c) rappresentanza legale

Se l'interessato è soggetto alla potestà dei genitori, a tutela, a curatela e/o amministrato le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore o dall'amministratore di sostegno.

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITA' DI _____
(genitore o rappresentante legale)

DOCUMENTO DI IDENTITA' N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

In merito all'istanza di riesame prevista all'art. 4 della legge regionale, essa va riferita alle situazioni in cui la persona interessata alleggi una valutazione non conforme alle aspettative, documentando le proprie motivazioni, anche al fine di limitare il contenzioso, favorire il ripristino del rapporto di fiducia e far condurre audit finalizzati al miglioramento delle attività di valutazione.

L'istanza di riesame può essere accettata solo in riferimento a valutazioni espresse dalle Commissioni operanti presso le Aziende U.S.L., ferma restando la necessaria trasmissione della nuova certificazione, ai sensi di legge, per un riesami della CMV Provinciale dell'INPS competente.

In ogni caso, se la CMVP avesse già espresso un parere difforme dalla Commissione dell'AUSL, emettendo un suo verbale, non può essere presentata la domanda di riesame.

Modalità e obiettivi per il contenimento dei tempi di attesa

Nella prima fase di applicazione della L.R. 4/2008, primi cinque articoli, tutte le Aziende U.S.L. sono tenute a garantire il rispetto dei termini di cui al sesto comma dell'art. 3.

A tale scopo le A.U.S.L. predispongono una pianificazione delle attività specialistiche da integrare con le attività di valutazione della disabilità, distinguendo per specialità coinvolta, basandosi sui dati relativi agli accertamenti medico-legali collegiali eseguiti negli anni precedenti.

Poiché l'andamento delle domande non sembra mostrare particolari variazioni stagionali nell'arco dell'anno, nel piano aziendale di produzione dei servizi specialistici deve essere inclusa la porzione della stessa attività che, espletata in collaborazione con le Unità Operative di Medicina Legale e con gli operatori sociali, consente di assicurare la migliore continuità dell'attività in questione.

La frequenza delle sedute dedicate all'attività valutativa deve essere modulata tenendo conto al contempo di due opposte esigenze:

1. eseguire un congruo numero di accertamenti per ogni seduta
2. minimizzare i tempi di attesa.

Le Aziende U.S.L. sono altresì tenute a comunicare alla Regione Emilia-Romagna la pianificazione adottata (nella forma di criteri, più che di specifica articolazione delle sedute), nonché i risultati ottenuti, in modo da consentire il monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa e la pianificazione a livello regionale della riduzione degli stessi.