



FIMMGTO-NOTIZIE

Newsletter della Sezione Provinciale del Sindacato
dei Medici di Medicina Generale
LA SEGRETERIA PROVINCIALE INFORMA
a cura di Ivana Garione, Marco Morgando e Aldo Mozzone

NUOVO CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE

Cara/o Collega,

abbiamo raccolto in questo numero di FimmgTo le domande che più frequentemente ci vengono poste dai colleghi circa il nuovo certificato per il riconoscimento dell'invalidità civile e abbiamo cercato di dare le risposte più esaustive, dopo aver anche chiesto chiarimenti ai responsabili dell'INPS.

Fino a quando si può compilare il modello INPS in cartaceo?

Solo fino a fine Febbraio. A partire **dal 1° Marzo 2010** la compilazione e trasmissione dei Certificati Medici introduttivi al riconoscimento di invalidità civile, sordità, cecità, handicap e disabilità sarà possibile esclusivamente per via telematica.

Numero certificato: cosa significa?

È il numero che identifica la pratica: verrà stampato in automatico dopo la compilazione del certificato medico sia sul certificato stesso sia sull'attestato di trasmissione del certificato.

Pertanto il medico **non deve** inserire nessun numero in questo campo.

Codice Tessera Sanitaria: quale?

Si tratta di un dato facoltativo pertanto **si può non inserire**: è il codice che compare sul retro della tessera sanitaria che ha sul frontespizio il codice fiscale e sul retro un codice denominato "numero di identificazione della tessera sanitaria" che è appunto quello che viene, sul modulo, chiamato codice tessera sanitaria.

Che differenza c'è tra il campo diagnosi e la codificazione ICD9? (in altri termini quali patologie devo mettere in diagnosi e quali in ICD9? Non è un' inutile ripetizione?)

Il campo diagnosi (così come il campo anamnesi, obiettività) è un campo libero su cui il medico scrive le diagnosi del paziente (è stato previsto molto ampio: ha le

dimensioni di un normale foglio F4). Saranno queste diagnosi che guideranno la Commissione di accertamento di invalidità per concedere o rifiutare l'invalidità. Invece i codici ICD9 hanno un puro valore statistico e sono richiesti dall'ISTAT. Non è necessario codificare tutte le malattie del paziente: occorre inserire almeno un codice ICD9 ovviamente scegliendo la patologia più importante.

Le compilazioni dei 3 campi "Anamnesi , Obiettività, Diagnosi" sono obbligatori ?

Sì

La compilazione del campo terapia è obbligatoria ?

No

Nella casella "Certifico che" sono obbligato a barrarne una? Che significato hanno?

Le voci che compaiono nel campo "Certifico che" vanno barrate esclusivamente se sussistono le condizioni descritte nelle voci stesse.

Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore/non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua:

è la stessa frase che occorreva inserire sui vecchi modelli cartacei se il Medico riteneva che il paziente avesse diritto a richiedere l'indennità di accompagnamento. Va perciò barrata se sussiste tale diritto.

Affetta da malattia neoplastica in atto:

occorre barrarla in quei malati neoplastici che al momento della compilazione del certificato sono in trattamento acuto (chemio o radioterapia), o sono appena stati operati o sono in fase terminale o pre-terminale. In questi casi verranno i convocati dalle Commissioni entro 15 giorni .

Naturalmente non va barrata se il paziente ha avuto una neoplasia 10 anni prima ed ora è stabile.

Affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007:

si tratta di un decreto che elenca delle patologie gravi rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante.

Se il paziente ha una di queste patologie verrà convocato entro 15 giorni. Inviemo il decreto in allegato.

Il certificato è rilasciato ai fini della domanda di..... : che significato hanno le voci ?

Invalidità: è il comune certificato di invalidità.

In caso di certificato di aggravamento si compila lo stesso certificato inserendo le malattie che sono già state valutate e le nuove malattie o l'eventuale peggioramento

di quelle già valutate. Non è necessario specificare quali malattie sono già state valutate in quanto le Commissioni hanno gli atti precedenti.

Cecità e Sordità: vanno barrate se l'invalidità è richiesta anche per queste voci. Importante in questi casi che il paziente abbia una documentazione relativa alla cecità o sordità abbastanza recente altrimenti rischia di essere respinto dalla commissione.

Handicap: la casella va biffata quando il paziente chiede l'applicazione della legge 104/92.

La Commissione valuta in questo caso lo svantaggio sociale che la malattia comporta al paziente (per esempio la necessità di essere accompagnato da un familiare alle visite mediche o di essere aiutato per altre necessità). L'applicazione della 104 concede al parente dei permessi di lavoro interamente pagati per badare al paziente.

Disabilità: la casella va biffata se il paziente chiede l'applicazione della Legge 68/99 che prevede il "collocamento mirato", intendendo con questa espressione l'inserimento lavorativo del disabile attraverso un'attenta valutazione delle capacità residue in relazione alla disabilità e prevedendo, dove necessario, percorsi di formazione, stage e tutoraggio aziendali. In questo caso la Commissione Invalidità civile valuta, mediante protocolli già stabiliti, non il grado di invalidità ma le "capacità residue".

Per la disabilità ed il collocamento mirato il cittadino deve essere già invalido civile almeno al 46% (se non lo è già deve fare una nuova domanda contestuale alla richiesta di L.68/99).

Cosa si intende per intrasportabilità ?

Non significa che il paziente non può essere trasportato ma significa che il paziente può subire danni dal trasporto (pericolosità del trasporto).

Dopo aver compilato il certificato e averlo inviato il medico cosa fa?

Il medico stampa il certificato e l'attestato di trasmissione on-line del certificato e lo consegna al paziente. Il certificato e l'attestato vengono salvati sul sito INPS e si possono leggere e stampare (non modificare) alla voce: visualizza certificati.

Il paziente cosa deve fare ?

Ricevuto il certificato di invalidità spetta al Cittadino fare domanda all'INPS per essere sottoposto a visita per l'accertamento di invalidità: dalla data di trasmissione del certificato il cittadino ha solo 30 giorni per presentare la domanda per avere l'invalidità.

Tale domanda la può fare egli stesso facendosi dare il PIN dalle sedi INPS o la fa fare ai vari patronati e associazioni di cittadini.

Il paziente porterà il certificato medico alla Commissione all'atto della visita.

Questa modalità è temporanea e durerà fino a che non sia possibile un collegamento informatico tra i sistemi INPS e ASL.

Se il Cittadino lascia scadere i 30 giorni cosa succede ?

Il certificato medico è nullo e dovrà tornare dal medico per ricominciare l'iter.

Se il Cittadino ha un danno INAIL (malattia professionale o infortunio sul lavoro) questo può essere valutato ai fini dell'invalidità civile?

Le patologie riconosciute di competenza INAIL non possono essere valutate in ambito di invalidità civile.

Di seguito ti comunichiamo i riferimenti di posta elettronica di alcuni funzionari dell'INPS che si sono resi disponibili nel caso in cui i medici certificatori avessero dei problemi o dei dubbi riguardo alla procedura di certificazione:

Dottor Vito Sanna (Resp. medico provinciale) vito.sanna@inps.it

Dottor Manlio Dimattei : manlio.dimattei@inps.it

Per le questioni strettamente informatiche : Dottor Roberto Rispoli :

roberto.rispoli@inps.it

**L'AFORISMA: Da quando ho imparato a camminare mi piace correre -
(Friedrich Nietzsche)**

Decreto ministeriale - Ministero dell'economia e delle finanze, 2 agosto 2007

"Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante."

(Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 27 settembre 2007, . 225)

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
di concerto con
IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 9 marzo 2006, n. 80, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione;

Visto, in particolare, l'[art. 6](#), comma 3, della citata [legge n. 80 del 2006](#), con il quale, nel sostituire il comma 2 dell'[art. 97](#) della legge 23 dicembre 2000, n. 388, si stabilisce che i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione, sono esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap e domanda ad un decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, la individuazione, senza ulteriori oneri per lo Stato, delle patologie e delle menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione e l'indicazione della documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali, qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione;

Considerata la necessità di provvedere alla individuazione delle patologie rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di verifica sulla permanenza della disabilità:

Decreta:

Art. 1.

1. In attuazione dell'[art. 6](#), comma 3, della [legge 9 marzo 2006, n. 80](#), di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, è approvato l'elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2.

1. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 2 agosto 2007

Il Ministro dell'economia e delle finanze
Padoa Schioppa

Il Ministro della salute
Turco

Elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria, in attuazione della legge 9 marzo 2006, n. 80, art. 6, comma 3.

Il presente elenco comprende le gravi menomazioni di cui all'art. 6, terzo comma, della [legge 9 marzo 2006, n. 80](#) "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione", per tali intendendosi le menomazioni o le patologie stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione. L'elenco è presentato in un prospetto in cui sono indicate:

12 voci relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria;

per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la patologia o la menomazione, da richiedere alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali o agli interessati, solo qualora non sia stata acquisita agli atti o non più reperibile.

L'elenco viene rivisto con cadenza annuale.

Le persone affette da patologie o menomazioni comprese nell'elenco sono esonerate da tutte le visite di controllo o di revisione circa la permanenza dello stato invalidante; la relativa documentazione sanitaria va richiesta alle commissioni preposte all'accertamento che si sono espresse in favore dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione; oppure agli interessati, qualora non risulti acquisita agli atti da parte delle citate commissioni. È fatta salva la facoltà per i soggetti interessati di integrare la documentazione sanitaria con ulteriore documentazione utile allo scopo.

1) Insufficienza cardiaca in IV classe NHYA refrattaria a terapia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione NHYA sulla base degli accertamenti effettuati e risposta ai presidi terapeutici.

2) Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione della funzionalità respiratoria sulla base degli accertamenti eseguiti.

Indicazione di trattamento con ossigenoterapia o ventilazione meccanica in corso.

3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Indicazione di trattamento dialitico in corso.

4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia

personale.

Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta possibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

5) Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale, sulla base degli accertamenti effettuati come alle voci 2 e/o 4 e/o 8.

6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologia e/o chirurgica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Persistente compromissione neurologica.

Referti di esami specialistici.

7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Stadiazione internazionale della specifica patologia.

Compromissione funzionale secondaria di organi od apparati.

8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione funzionale: tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; ampiezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica

Compromissione funzionale di organo e/o di apparato, sulla base degli accertamenti effettuati.

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

11) Deficit totale della visione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione

dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: visus naturale e corretto in OO (spento, motu manu, ombra luce); ERG e PEV destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in OO o diagnostica con neuroimmagini.

12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.