

Controlli I.N.P.S. sulle invalidità.

Scritto da Administrator
Mercoledì 15 Settembre 2010 11:11

In arrivo una lettera raccomandata A/R dell'I.N.P.S. che chiede di inviare, entro 15 giorni, la documentazione sanitaria relativa allo "stato invalidante" che ha dato luogo alla prestazione di cui si è titolari, nonché, eventualmente, ulteriore successiva certificazione sanitaria in proprio possesso. La richiesta dell'I.N.P.S. rientra

nel Piano straordinario di verifica sulle invalidità civili previsto dal D. Legge 78/2010 conosciuto come "Manovra correttiva". L'I.N.P.S. ha fissato queste regole, senza aver avuto alcuna indicazione dal Ministero del lavoro, nella Circolare 76 del 22 giugno 2010.

Chi rientra nei controlli:

1) i titolari di indennità di accompagnamento (ciechi e invalidi) e di comunicazione ma solo di età compresa fra i 18 e i 67 anni; 2) i titolari di assegno mensile di assistenza (invalidi parziali) ma solo di età compresa fra i 40 e i 60 anni. Le verifiche non riguardano, né i minori, né gli anziani oltre i 67 anni di età, né gli invalidi al 100% che ricevono la sola pensione d'invalidità (riconosciuta mediante patologia DM 2 agosto 2007).

Comportamento verso l'I.N.P.S.:

Inviare documentazione medica in possesso la quale, quest'ultima, viene valutata dai sanitari I.N.P.S. La valutazione è, quindi, essenzialmente sugli atti, il che può essere un vantaggio perché evita il disagio di una visita, ma rappresenta anche un rischio come tutte le valutazioni non effettuate anche sulla persona.

Cosa fa l'I.N.P.S. :

Controlli I.N.P.S. sulle invalidità.

Scritto da Administrator

Mercoledì 15 Settembre 2010 11:11

1) riconoscere la patologia come grave, stabilizzata o ulteriormente aggravante (ad esempio le neoplasie) non prevedendo più alcun ulteriore successivo controllo; 2) confermare l'invalidità accertata; 3) rettificare l'invalidità precedentemente accertata e quindi revocare indennità, pensione, assegno, senza nemmeno visitare l'interessato. Se l'interessato non invia documentazione o se la documentazione viene ritenuta insufficiente per l'adozione di una qualsiasi delle tre decisioni, l'I.N.P.S. convoca a visita. Taluna documentazione deve pervenire all'istituto di previdenza sociale entro 15 giorni dalla data di ricezione della lettera.

Cosa inviare all'I.N.P.S. :

La documentazione è la seguente: 1) Verbali di invalidità, handicap (Legge 104/1992), disabilità ai fini lavorativi (Legge 68/1999) di cui si è in possesso; 2) Documentazione sanitaria in particolare se relativa alle patologie (che risultano nei verbali di invalidità) soprattutto, certificati, relazioni, referti rilasciati da centri specialistici e di riabilitazione, ancor meglio se pubblici; 3) Eventuali lettere di dimissioni da ricoveri ospedalieri recenti e non. Le semplici relazioni del medico di famiglia non hanno valore probatorio. Se, in seguito alla valutazione di questa documentazione, l'I.N.P.S. revoca la prestazione sulla base dei soli documenti presentati, si consiglia di avviare immediatamente il ricorso al giudice, presentando oltre alle motivazioni di merito, anche quelle di forma: non c'è stata valutazione diretta. Per il ricorso, che deve essere proposto entro 180 giorni dalla notifica (nello specifico ci riferiamo alla data di ricezione della lettera ove l'I.N.P.S. comunica di non riconoscervi l'invalidità), potete rivolgervi ad uno dei nostri legali anche in via telematica (mail e fax seguite da lettera con copia documentativa autenticata). Se l'I.N.P.S. , invece, convoca a visita, ci si deve presentare alla convocazione o, in caso di grave rischio per la salute, richiedere la visita domiciliare con il supporto di una specifica certificazione del medico curante. Durante la visita si può presentare ulteriore documentazione specialistica e ci si può far assistere – a proprie spese, da un medico di fiducia (va bene anche quello di famiglia). Ulteriore documentazione sanitaria, più recente, da aggiungere a quella più di cui si è già in possesso, rientra nei termini dei 15 giorni dalla data di ricezione della lettera.

IGNORARE LA LETTERA DELL'I.N.P.S. :

Comporta, in automatico, la convocazione immediata a visita ma, come vantaggio si ha più tempo per ottenere ulteriori certificazioni specialistiche; la valutazione non avviene solo sugli atti, ma anche con visita diretta sulla persona. Non dimentichiamo, poi, che l'I.N.P.S. , richiedendo la documentazione "che ha dato luogo a riconoscimento dell'invalidità" agli interessati, è al limite della liceità, poiché ai sensi della Legge 241/1990 non potrebbe chiedere nuovamente documentazione di cui la Pubblica Amministrazione è già in possesso, ovvero

Controlli I.N.P.S. sulle invalidità.

Scritto da Administrator

Mercoledì 15 Settembre 2010 11:11

consegnata alla prima visita. Questa scelta ha senso se recuperare documentazione è complesso, oppure se non ci si fida, date le particolarità della propria disabilità, inerente alle valutazioni sugli atti dei medici dell'I.N.P.S. . In ogni caso, il mancato invio della documentazione non comporta la sospensione o la revoca delle provvidenze economiche, ma solo la convocazione a visita in automatico. È però necessario disporre delle certificazioni previste dal D.M. 2/2007 rilasciate da strutture specialistiche pubbliche, accreditate o convenzionate. Non è pensabile ottenere quella documentazione, se già non se ne dispone, nei 15 giorni richiesti dall'I.N.P.S. . Chi è affetto da una patologia grave, che abbia già dato titolo all'indennità di accompagnamento, il Decreto ministeriale 2 agosto 2007, prevede per ciascun gruppo di patologie la relativa documentazione sanitaria specifiche comprovanti e non contestabili (come abbiamo citato precedentemente, tipo le persone affette da neoplasie oppure, distrofie gravi) comportando così l'esclusione dai controlli. Elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria.

I NON RIENTRANTI NELL'OBBLIGO DI CONTROLLO E RIPRODUZIONE DOCUMENTATIVA:

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

«ESTRATTO DA: Gazzetta Ufficiale del 27 settembre 2007, numero 225».

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.