

verso il perfezionamento delle procedure in atto applicate.

E' fatto obbligo alle aziende di rilasciare all'utente il verbale in duplice copia di cui una copia riportante tutti i dettagli diagnostici e un'altra contemplante l'oscuramento dei dati relativi all'accertamento dello stato patologico, secondo le indicazioni di legge sopra richiamate. Ciò al fine di consentire al cittadino l'utilizzo del verbale per il corretto accesso ai diversi benefici.

#### 4 Disposizioni legislative vigenti

Con l'occasione questa Regione intende richiamare le aziende unità sanitarie locali all'ottemperanza delle disposizioni normative in materia che vengono all'uopo richiamate:

*D.P.R. n. 698/94*

La Regione invita ad una migliore gestione dei tempi in atto utilizzati per l'espletamento delle procedure per l'accertamento delle invalidità civili e dell'handicap. La razionalizzazione dei predetti tempi sarà agevolata anche dalla gestione unificata e informatizzata delle istanze.

*Legge 9 marzo 2006, n. 80*

Si invitano le aziende unità sanitarie locali al puntuale rispetto dell'art. 6, comma 3 bis, della legge 9 marzo 2006, n. 80, concernente l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap per i soggetti con patologie oncologiche, che talvolta risulta disatteso.

*D.I. del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute del 2 agosto 2007*

Al fine di rendere operative le procedure per mantenere il godimento del riconoscimento dello stato invalidante per le 12 patologie individuate dal citato decreto interministeriale, è fatto obbligo alle aziende di porre in essere tutte le azioni necessarie, finalizzate alla ricognizione dei soggetti già sottoposti a visita e rientranti nelle previste patologie stabilizzate o ingravescenti, per i quali d'ufficio i servizi competenti dovranno provvedere all'aggiornamento della permanenza dello stato invalidante, avendo cura della relativa notifica agli interessati.

*Legge n. 68/99 - Norme per il diritto al lavoro dei disabili*

La valutazione, ai fini del collocamento mirato dei disabili, prevede che la commissione deputata all'accertamento dei soggetti aventi diritto si pronunci con un giudizio di merito, presupposto fondamentale per il successivo inserimento nelle liste speciali provinciali dell'Agenzia regionale per l'impiego. Per quanto detto, si sottolinea l'importanza del rispetto cronologico delle istanze, al fine di non incorrere in involontarie discriminazioni, determinando ipotetiche penalizzazioni a parità di condizioni fra soggetti aventi diritto al collocamento mirato.

Si sollecitano, pertanto, le aziende ad un migliore monitoraggio dell'iter procedurale inerente il predetto beneficio, con particolare attenzione per i soggetti sottoposti a "rivedibilità" e dando comunque piena attuazione al sistema normativo previsto in materia.

\* \* \*

Per quanto sopra richiamato, le Aziende in indirizzo dovranno produrre, con cadenza bimestrale, una relazione sullo stato di attuazione della predette disposizioni,

che dovrà essere indirizzata ai dipartimenti A.S.O. e I.R.S. della scrivente Amministrazione.

Con la presente circolare si intende avviata una sperimentazione metodologica-organizzativa, nonché un esame approfondito delle problematiche inerenti la materia, i cui esiti saranno oggetto di monitoraggio a cura di questo Assessorato, che provvederà, a 6 mesi dall'avvio delle nuove procedure, ad emanare le linee guida regionali sulla valutazione, accertamento e riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile.

*L'Assessore: LAGALLA*

**Allegati**

ISTANTE MAGGIORENNE

(Scrivere stampatello o comunque in modo chiaro)

ACCERTAMENTO     REVISIONE     AGGRAVAMENTO

*All'Azienda unità sanitaria locale n. ....  
Commissioni mediche per l'accertamento  
delle invalidità civili*

SEDE

.....I..... sottoscritt.....  
nat..... a .....  
provincia di ..... il .....  
residente a ..... provincia di .....  
via/piazza ..... n. ....  
c.a.p. .... stato civile .....  
professione ..... tel. ....  
codice fiscale ..... tessera sanitaria .....

Domicilio ovvero indirizzo presso cui si desiderano ricevere comunicazioni o notifiche: .....

Chiede

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e del relativo regolamento per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità quale: (1)

- invalido civile    ai sensi delle leggi 30 marzo 1971, n. 118 e 15 ottobre 1990, n. 295 e successive modifiche ed integrazioni (indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295 se minorato psichico)  SI  NO
- cieco civile    ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modifiche ed integrazioni
- sordomuto    ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 381 e successive modifiche ed integrazioni
- portatore di handicap    ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni
- disabile ai fini dell'inserimento lavorativo    ai sensi della legge 23 marzo 1999, n. 68, art. 1, comma 4, e D.P.C.M. 13 gennaio 2000

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile e/o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta commissione.

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 e/o alle minorazioni riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:

Dichiara

a) di essere nat... a .....  
provincia di ..... il .....

b) di essere  cittadin... italian...  cittadin... U.E.  
 cittadin... extra U.E.;

c) di essere residente a ..... provincia  
di ..... via/piazza ..... n. ....;

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento  
non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione  
agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:  
— la certificazione medica (modello 1), che fa parte integrante  
della presente istanza, attestante la natura delle infermità invali-  
danti rilasciata dal dr. ....  
in data .....

— fotocopia di un valido documento di riconoscimento e della  
tessera sanitaria (o codice fiscale);

— in caso di richiesta di revisione o aggravamento fotocopia  
del precedente verbale di accertamento;

— altra documentazione integrativa.

Data .....

Firma (2)

Richiedente impossibilitato a firmare a causa di .....

Firma

(firma del dichiarante con indicazione  
del rapporto di parentela o ruolo rivestito)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'  
AI SENSI DELLA LEGGE N. 15/68

.....l... sottoscritt...  
nat... il .....

Dichiara

sotto la propria responsabilità

— di essere/non essere stato sottoposto a visita collegiale ai  
sensi e per gli effetti della legge in materia di invalidità civile;

— di non avere pendente alcun ricorso gerarchico o giurisdizionale  
ai sensi della vigente normativa;

— di autorizzare, ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 e  
successive modifiche ed integrazioni, l'utilizzo dei propri dati personali  
per gli adempimenti di competenza della commissione.

Data .....

Firma (2)

(1) Avvertenza: barrare con una X le caselle corrispondenti ai ricono-  
scimenti richiesti.

(2) Avvertenza:  
— la presente richiesta deve essere firmata davanti all'addetto alla ricezione,  
o, in alternativa, consegnata da altra persona già firmata, ovvero spedita,  
allegando la fotocopia di un valido documento di riconoscimento del firmatario.

— La richiesta di chi non sa, non può firmare a causa di un temporaneo  
impedimento per ragioni di salute o di chi è impossibilitato a firmare,  
può essere sottoscritta da un parente prossimo (coniuge, figlio, parente fino  
al terzo grado), dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno  
allegando la copia del proprio valido documento di riconoscimento.

ISTANTE MINORE DI ANNI 18 O INTERDETTO

(Scrivere stampatello o comunque in modo chiaro)

ACCERTAMENTO  REVISIONE  AGGRAVAMENTO

All'Azienda unità sanitaria locale n. ....  
Commissioni mediche per l'accertamento  
delle invalidità civili

SEDE

.....l... sottoscritt...  
nat... a .....

provincia di ..... il .....  
residente a ..... provincia di .....  
via/piazza ..... n. ....  
c.a.p. .... tel. .... nella qualità  
di .....

Cognome ..... nome .....  
nat... a .....  
provincia di ..... il .....

residente a ..... provincia di .....  
via/piazza ..... n. ....

c.a.p. .... codice fiscale .....  
tessera sanitaria ..... stato civile .....

Domicilio ovvero indirizzo presso cui si desiderano ricevere comunicazioni o notifiche: .....

Chiede

che il minore/interdetto di cui sopra sia sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e del relativo regolamento per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità quale: (1)

invalido civile ai sensi delle leggi 30 marzo 1971, n. 118 e 15 ottobre 1990, n. 295 e successive modifiche ed integrazioni (indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295 se minorato psichico)  SI  NO

cieco civile ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modifiche ed integrazioni

sordomuto ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 381 e successive modifiche ed integrazioni

portatore di handicap ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni

disabile ai fini dell'inserimento lavorativo ai sensi della legge 23 marzo 1999, n. 68 e D.P.C.M. 13 gennaio 2000

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile e/o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Amministrazione che siano concessi al minore o interdetto di cui sopra i benefici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e/o alle minorazioni riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:

Dichiara

che il suddetto minore o interdetto

a) è nat... a .....  
provincia di ..... il .....

b) è  cittadin... italian...  cittadin... U.E.  cittadino... extra U.E.;

c) è residente a ..... provincia  
di ..... via/piazza ..... n. ....;

d) che le infermità per le quali è richiesto il riconoscimento non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:  
— la certificazione medica (modello 1), che fa parte integrante della presente istanza, attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata dal dr. ....  
in data .....

— fotocopia di un valido documento di riconoscimento e della tessera sanitaria (o codice fiscale);

— in caso di richiesta di revisione o aggravamento fotocopia del precedente verbale di accertamento;

— altra documentazione integrativa.

Data .....

Firma (2)

Richiedente impossibilitato a firmare a causa di .....

Firma

(firma del dichiarante con indicazione  
del rapporto di parentela o ruolo rivestito)

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'  
AI SENSI DELLA LEGGE N. 15/68**

.....l. sottoscritt.....  
nat. .... il .....

Dichiara  
sotto la propria responsabilità

che il suddetto minore o interdetto

— è/non è stato sottoposto a visita collegiale e per gli effetti della legge in materia di invalidità civile;

— non ha pendente alcun ricorso gerarchico o giurisdizionale ai sensi della vigente normativa;

— di autorizzare, ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, l'utilizzo dei dati personali per gli adempimenti di competenza della commissione.

Data .....

Firma (2)

(1) Avvertenza: barrare con una X le caselle corrispondenti ai riconoscimenti richiesti.

(2) Avvertenza:  
— la presente richiesta deve essere firmata davanti all'addetto alla ricezione, o, in alternativa, consegnata da altra persona già firmata, ovvero spedita, allegando la fotocopia di un valido documento di riconoscimento del firmatario.

— La richiesta di chi non sa, non può firmare a causa di un temporaneo impedimento per ragioni di salute o di chi è impossibilitato a firmare, può essere sottoscritta da un parente prossimo (coniuge, figlio, parente fino al terzo grado), dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno allegando la copia del proprio valido documento di riconoscimento.

**Modello 1**

**CERTIFICATO MEDICO**

Allegato alla domanda di

RICONOSCIMENTO  REVISIONE  AGGRAVAMENTO

Invalido civile (legge n. 118/71, legge n. 295/90)

Cieco civile (legge n. 382/70)

"Sordo prelinguale" (legge n. 381/70, legge n. 95/2006)

Portatore di handicap (legge n. 104/92)

Persona disabile (legge n. 68/99) solo per soggetti in età lavorativa

Si certifica che il/la sig. ....  
nato/a a ..... il .....

residente a .....  
via .....  
domiciliato .....  
via .....

E' affetto dalle seguenti patologie (elencare da quella prevalente)

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

L'assistito/a è altresì affetto/a da:

incontinenza urinaria e/o fecale causata da .....

ipoacusia (allegare esame audiometrico) .....

In caso di richiesta di aggravamento indicare le motivazioni che lo hanno determinato .....

Le suddette patologie determinano:

— riduzione della capacità lavorativa  parziale  totale

— impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore  SI  NO

— necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita  SI  NO

— minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età

— ultra65enne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età

Si richiede accelerazione della procedura ai sensi della legge n. 80/2006 per paziente affetto da:

patologia neoplastica maligna  di prima diagnosi   
recidiva e/o mtx

Certifico inoltre che:

il paziente è in atto trasportabile

il paziente non è in atto trasportabile in quanto lo spostamento è pregiudizievole per il paziente stesso e pertanto si richiede visita domiciliare.

Precisare il motivo dell'intrasportabilità .....

il paziente è in imminente pericolo di vita.

Data .....

Firma e timbro del medico

Avvertenza: per la richiesta di riconoscimento della condizione di cieco civile il certificato medico deve essere redatto dall'oculista e, oltre alla diagnosi, deve contenere l'indicazione dell'eventuale residuo visivo di ciascun occhio, con relativa correzione.

**(2008.9.623)102**