



Direzione centrale Salute e Prestazioni di disabilità
Coordinamento Generale Medico Legale
Coordinamento Generale Legale

Roma, 17/02/2025

Ai Dirigenti centrali e territoriali
Ai Responsabili delle Agenzie
Ai Coordinatori generali, centrali e
territoriali delle Aree dei professionisti
Al Coordinatore generale, ai coordinatori
centrali e ai responsabili territoriali
dell'Area medico legale

Circolare n. 42

E, per conoscenza,

Al Presidente e ai Componenti del Consiglio di
Amministrazione
Al Presidente e ai Componenti del Consiglio di
Indirizzo
di Vigilanza
Al Presidente e ai Componenti del Collegio dei
Sindaci
Al Magistrato della Corte dei Conti delegato
all'esercizio del controllo
Ai Presidenti dei Comitati amministratori
di fondi, gestioni e casse
Al Presidente della Commissione centrale
per l'accertamento e la riscossione
dei contributi agricoli unificati
Ai Presidenti dei Comitati regionali

OGGETTO: **Processo di invalidità civile. Riepilogo delle disposizioni normative e procedurali**

SOMMARIO: *Con la presente circolare, in attesa dell'entrata in vigore su tutto il territorio nazionale, dal 1° gennaio 2026, della nuova disciplina di accertamento della disabilità, prevista dal decreto legislativo n. 62/2024, si illustra l'iter procedurale di riconoscimento delle fasi sanitaria e concessoria dell'invalidità civile per le Province non rientranti nella sperimentazione di cui all'articolo 33, comma 3 del citato decreto legislativo n. 62/2024.*

INDICE

Premessa

1. Fase Sanitaria

1.1 Certificato medico introduttivo

1.2 Certificato oncologico introduttivo, certificato specialistico pediatrico e certificato medico integrativo

1.3 Efficacia del certificato medico introduttivo e stampa della ricevuta

1.4 Domanda di accertamento sanitario, domanda di accertamento dell'aggravamento dell'invalidità e domanda ammessa con riserva

1.5 Esenzione dall'accertamento sanitario per taluni minorenni disabili al compimento della maggiore età

1.6 Minori titolari di indennità di frequenza. Domanda di accertamento sanitario presentata prima della maggiore età

1.7 La convocazione a visita. Assenza

1.8 La Commissione Medica Integrata

1.9 La visita medico legale della Commissione Medica Integrata

1.10 Effetti provvisori del verbale della Commissione Medica Integrata. Accertamento provvisorio sostitutivo

1.11 Contrassegno invalidi e benefici fiscali

1.12 Trasmissione alla U.O. medico legale dell'INPS. Validazione

1.13 Sospensione e visita diretta

1.14 Silenzio-assenso

1.15 Accertamento sugli atti. Allegazione telematica di documentazione sanitaria

1.16 Il doppio giudizio di accertamento dell'invalidità

1.17 Trasmissione del verbale all'interessato

1.18 Attribuzioni della Commissione Medica Superiore

1.19 Azioni di rivalsa

1.20 Convenzioni con le Regioni e le ASL per l'accertamento dell'Invalidità civile presso l'INPS (C.I.C.)

2. Fase concessoria

2.1 L'attivazione della fase concessoria

2.2 Pagamento. Semplificazione e automazione

3. Revisioni e verifiche

3.1 Revisioni. Dalla convocazione al giudizio medico legale

3.2 Assenza a visita di revisione

3.3 Definizione del verbale di revisione

3.4 Esonero dalla revisione

3.5 Verifiche

3.6 Semplificazione dei procedimenti di accertamento sanitario per l'invalidità e l'inabilità

4. Contenzioso

4.1 L'accertamento tecnico preventivo

4.2 Il ricorso giurisdizionale

4.3 Esercizio dell'autotutela. Finalità deflattiva del contenzioso

Premessa

Con la circolare n. 131 del 28 dicembre 2009 è stato delineato il nuovo flusso organizzativo e procedurale di attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 20 del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che ha innovato il processo di riconoscimento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità, con l'obiettivo di realizzare una gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie con le Aziende sanitarie locali (ASL), in un'ottica di contrazione dei tempi di accertamento ed erogazione delle relative prestazioni assistenziali.

Successivamente alla pubblicazione della citata circolare si sono registrati importanti interventi

legislativi in materia, tra i quali, in quanto più rilevanti, si rammentano quelli recati dall'articolo 18, comma 22, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, riguardante il convenzionamento con le Regioni (cc.dd. Convenzioni Invalidità Civile o C.I.C.), l'articolo 25, comma 6-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 (in merito alle revisioni), l'articolo 29-ter del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120 (relativamente all'accertamento sugli atti), e, in punto di contenzioso, il citato decreto-legge n. 98/2011, che, all'articolo 38, ha previsto l'accertamento tecnico preventivo obbligatorio con l'introduzione dell'articolo 445-bis del codice di procedura civile.

Inoltre, oltre ai citati interventi legislativi succedutisi nel tempo, sul procedimento inizialmente delineato con la citata circolare n. 131/2009 ha inciso altresì profondamente l'evoluzione dell'infrastruttura tecnologica e informatica sottesa all'intero processo dell'invalidità civile.

In particolare, a decorrere dal 1° gennaio 2010, le domande volte a ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità, corredate dalla certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, devono essere inoltrate all'INPS esclusivamente per via telematica, attraverso il servizio dedicato sul sito internet dell'Istituto.

L'inoltro della domanda e lo svolgimento delle altre fasi del processo avvengono attraverso il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) di almeno livello 2, la Carta d'Identità Elettronica (CIE) 3.0 o la Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

Complessivamente, per le diverse fasi del processo, i soggetti interessati all'accesso, con diversi livelli di autorizzazione, sono i seguenti: gli interessati richiedenti, i soggetti in loro vece delegati e/o autorizzati, i medici certificatori, gli Istituti di patronato, le associazioni di categoria dei disabili, i Presidenti delle Commissioni mediche ASL e il personale amministrativo delle stesse specificatamente autorizzato, i medici, i dirigenti e i dipendenti dell'INPS preposti alle attività connesse all'invalidità civile.

Il citato procedimento è stato innovato dal decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, entrato in vigore il 30 giugno 2024, che:

- ha individuato l'INPS quale soggetto pubblico titolare esclusivo della nuova procedura;
- ha ridefinito il concetto di "condizione di disabilità" e di "persona con disabilità";
- ha descritto i procedimenti della nuova valutazione di base e della conseguente valutazione multidimensionale della disabilità, per la realizzazione di un progetto personalizzato e di vita indipendente, entrambi informati a principi di informatizzazione e archiviazione telematica.

L'articolo 33 del decreto legislativo n. 62/2024 ha previsto un periodo di sperimentazione del nuovo procedimento per l'anno 2025, per l'applicazione provvisoria delle disposizioni relative alla valutazione di base, da svolgersi in alcune Province rappresentative del nord, del sud e del centro Italia.

L'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2024, n. 71, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 106, ha individuato tali Province nelle seguenti:

- Brescia;
- Catanzaro;
- Firenze;
- Forlì-Cesena;
- Frosinone;

- Perugia;
- Salerno;
- Sassari;
- Trieste.

Inoltre, l'articolo 33, comma 3, del decreto legislativo n. 62/2024 ha previsto che le modalità per la procedura di sperimentazione della valutazione di base, nonché la verifica dei suoi esiti, siano stabiliti con apposito Regolamento, su iniziativa del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sentito l'INPS.

Infine, l'articolo 9, comma 7-bis, del decreto-legge n. 71/2024 stabilisce che, nelle more dell'adozione del Regolamento di cui all'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo n. 62/2024, al fine di consentire la sperimentazione dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, i criteri per l'accertamento della disabilità connessa alle tre patologie selezionate (disturbi dello spettro autistico, diabete di tipo 2 e sclerosi multipla) sono stabiliti con decreto del Ministro della Salute, di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di disabilità e con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali.

In attesa dell'emanazione del Regolamento e del decreto sopra citati, che saranno illustrati nel dettaglio in un apposito messaggio, l'INPS, al fine di garantire l'avvio della sperimentazione dal 1° gennaio 2025, come previsto dall'articolo 33, comma 3, del decreto legislativo n. 62/2024, ha fornito indicazioni operative per la gestione della fase sperimentale con i messaggi n. 4014 del 28 novembre 2024, n. 4364 del 19 dicembre 2024, n. 4465 del 27 dicembre 2024 e n. 4512 del 31 dicembre 2024).

Tanto premesso, con la presente circolare si illustra l'*iter* procedurale di riconoscimento delle fasi sanitaria e concessoria dell'invalidità civile per le Province non rientranti nella sperimentazione, in attesa dell'entrata in vigore su tutto il territorio nazionale, dal 1° gennaio 2026, della nuova disciplina di accertamento della disabilità, prevista dal decreto legislativo n. 62/2024.

1. Fase Sanitaria

1.1 Certificato medico introduttivo

Per la presentazione della domanda di accertamento sanitario per il riconoscimento dello *status* di invalido civile, cieco civile, sordo, sordocieco o disabile ai sensi delle leggi 5 febbraio 1992, n. 104, e 12 marzo 1999, n. 68, è necessario il rilascio e la trasmissione telematica del certificato attestante le infermità invalidanti (c.d. certificato medico introduttivo) da parte di un medico regolarmente iscritto agli ordini provinciali e abilitato quale certificatore.

I medici possono, comunque, attestare l'iscrizione all'albo professionale anche successivamente, mediante autocertificazione.

Il certificato medico introduttivo, che può essere riferito a richieste di accertamento di più di uno *status*, contiene:

- i dati anagrafici del richiedente l'accertamento, completi di codice fiscale e di numero della tessera sanitaria e dell'ASL di appartenenza;
- i campi destinati alla descrizione ("anamnesi", "obiettività" e "diagnosi"), ai fini dell'individuazione dell'infermità che determina la totale o parziale incapacità lavorativa;
- i codici ICD-9 (*International Classification of Diseases, 9th revision - Clinical Modification*) con la relativa descrizione. Si tratta di un sistema internazionale di classificazione delle

malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche;

- ulteriori specificazioni circa la/le patologia/e;
- la descrizione delle terapie.

Ai fini della domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, si rammenta che non sussiste più l'obbligo per il medico certificatore di barrare nel certificato medico introduttivo la casella relativa alla presenza o assenza della condizione di «persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore» o di «persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita» (cfr. il messaggio n. 3883 del 25 ottobre 2019), avendo l'INPS recepito gli indirizzi giurisprudenziali in materia (ordinanze della Corte di Cassazione n. 24896/2019, n. 25804/2019, n. 29785/2019, n. 29685/2019 e n. 70/2020), superando così le indicazioni fornite in precedenza;

- l'indicazione dell'eventuale patologia oncologica in atto, ai fini dell'applicazione dell'articolo 6, comma 3-bis, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 marzo 2006, n. 80, che prevede che il relativo accertamento sia effettuato entro 15 giorni dalla presentazione della domanda amministrativa;
- l'indicazione dell'eventuale patologia non soggetta a revisione ai sensi del decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, 2 agosto 2007;
- l'indicazione dell'eventuale intrasportabilità, per cui si rende necessaria una visita a domicilio (fermo restando la possibilità per l'interessato e/o del delegato di inoltrare apposita richiesta telematica successivamente, fino a 5 giorni prima della visita);
- l'eventuale presenza di una patologia di competenza dell'Associazione nazionale di famiglie e persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS), che tutela le persone con disabilità intellettiva e relazionale;
- la precisazione che il certificato è presentato ai fini della domanda di avvio della fase di accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità di cui alle leggi n. 104/1992 e n. 68/1999;
- l'indicazione della presenza di patologie di disabilità intellettiva e/o relazionale, attraverso il codice ICD-9 e la relativa descrizione;
- la dichiarazione che, agli effetti di cui all'articolo 41 della legge 4 novembre 2010, n. 183, una o più patologie per le quali si chiede il riconoscimento dello stato invalidante potrebbero dipendere dal fatto illecito di terzi;
- gli estremi del medico curante del richiedente l'accertamento (cognome, nome, numero di iscrizione nell'ordine provinciale dei medici).

1.2 Certificato oncologico introduttivo, certificato specialistico pediatrico e certificato medico integrativo

Con il certificato oncologico introduttivo e il certificato specialistico pediatrico (cfr. i messaggi n. 3015 del 29 luglio 2022 e n. 4426 del 7 dicembre 2022) sono state semplificate le istruttorie per il riconoscimento degli stati invalidanti, rispettivamente, nei confronti dei pazienti affetti da neoplasia e dei minori ricoverati o in cura presso Strutture sanitarie pediatriche.

La compilazione e trasmissione dei suddetti certificati è consentita anche ai medici specialisti che hanno in cura il paziente presso Strutture sanitarie che hanno sottoscritto i relativi Protocolli quadro predisposti dall'Istituto.

È altresì prevista (cfr. il messaggio n. 1263 del 21 marzo 2016), nel caso in cui l'istante abbia già presentato una domanda e questa risulti collegata a un certificato medico introduttivo

trasmesso, la possibilità di trasmettere un certificato "integrativo", al fine di:

a) aggiungere la richiesta di visita domiciliare. A tale riguardo, si precisa che l'istanza deve essere presentata almeno 5 giorni prima della data fissata per la visita ambulatoriale;

b) inserire/integrare/rettificare le dizioni di legge necessarie per la valutazione della domanda ai fini dell'indennità di accompagnamento.

1.3 Efficacia del certificato medico introduttivo e stampa della ricevuta

Si ricorda che il termine di validità massima entro il quale il certificato medico introduttivo è utilizzabile per l'abbinamento alla domanda amministrativa, fissato inizialmente a 30 giorni dalla circolare n. 131/2009, è stato elevato a 90 giorni con il messaggio n. 28110 del 9 novembre 2010. Decorso tale termine la domanda amministrativa non è ricevibile.

Il certificato medico introduttivo è sempre visualizzabile dall'interessato all'interno del "Portale della disabilità", realizzato nell'ambito del progetto PNRR denominato "Sportello Unico INPS Invalidità Civile", accessibile dal sito istituzionale dell'INPS (cfr. il messaggio n. 4193 del 24 novembre 2023).

Completata l'acquisizione del certificato medico introduttivo, la procedura genera una ricevuta che il medico stesso provvede a stampare e consegnare al richiedente.

La ricevuta reca anche il numero di certificato che il cittadino deve riportare nella domanda per l'abbinamento dei due documenti.

1.4 Domanda di accertamento sanitario, domanda di accertamento dell'aggravamento dell'invalidità e domanda ammessa con riserva

Per richiedere l'accertamento sanitario dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità di cui alle leggi n. 104/1992 e n. 68/1999, oltre alla trasmissione del certificato da parte del medico certificatore, occorre a oggi la presentazione della domanda da parte dell'interessato.

Nell'ambito degli interventi per la reingegnerizzazione del processo, al fine di semplificare gli adempimenti per gli accertamenti sanitari e amministrativi, sono stati introdotti nella domanda i campi per fornire i seguenti dati eventuali: comunicazione di ricoveri, conferimento di delega alla riscossione a un terzo o in favore di associazioni, indicazione delle modalità di pagamento, svolgimento di attività lavorativa ed elementi reddituali.

La domanda può essere presentata *online* accedendo alla procedura disponibile sul sito dell'Istituto:

- dall'interessato, dal suo delegato o autorizzato (tutore, amministratore di sostegno, esercente la potestà parentale, ecc.), con la propria identità digitale Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) di almeno livello 2, Carta d'Identità Elettronica (CIE) 3.0 o Carta Nazionale dei Servizi (CNS);

- dagli Istituti di patronato;

- dalle associazioni di categoria dei disabili (ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS).

Alla domanda è possibile allegare, anche successivamente alla trasmissione dell'istanza e da parte di associazioni di categoria, la documentazione sanitaria, tramite l'apposita funzione "allegazione documentazione sanitaria - invalidità civile". A una stessa domanda possono

essere allegati più certificati medici, purché facciano riferimento a menomazioni diverse.

Unitamente alla domanda per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità e sordocecità può essere presentata quella per il collocamento mirato ai sensi della legge n. 68/1999. Nel caso in cui il richiedente sia già stato riconosciuto invalido civile in misura superiore al 45% o cieco civile o sordo, la domanda per il citato collocamento mirato deve essere compilata attraverso l'apposito modello, non essendo in tale caso necessaria la preventiva trasmissione del certificato medico telematico.

Nella domanda deve essere precisato se le comunicazioni previste dalla procedura devono essere inviate alla residenza effettiva oppure presso altro indirizzo. È possibile altresì autorizzare l'Istituto a trasmettere comunicazioni anche attraverso un numero telefonico, un indirizzo di posta elettronica o un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC). La procedura consente l'invio della domanda solo se completa in tutte le sue parti.

In caso di ricovero, nella domanda è possibile indicare un recapito temporaneo, al fine di ottenere l'assegnazione di una visita presso un'azienda sanitaria diversa da quella corrispondente alla residenza.

Per ogni domanda trasmessa telematicamente, l'applicazione esegue controlli di completezza e congruità dei dati immessi e verifica l'assenza di condizioni di irricevibilità. La domanda è irricevibile nel caso in cui esistano precedenti domande amministrative non ancora definite o ricorsi giudiziari pendenti (cfr. l'art. 11 della legge 12 giugno 1984, n. 222, la cui efficacia è stata estesa al settore dell'invalidità civile dall'art. 56, comma 4, della legge 18 giugno 2009, n. 69).

Se la domanda è completa in tutte le sue parti, la procedura guida l'utente alla chiusura dell'acquisizione; quindi, a seguito dell'invio telematico, consente la stampa della relativa ricevuta.

Grazie alla gestione telematica della domanda, attraverso il "Portale della disabilità" è possibile monitorare lo stato dell'istanza, ad esempio visualizzando gli avvisi e le scadenze relativi alla medesima.

Qualora l'istante ritenga che le proprie condizioni di salute si siano aggravate successivamente alla valutazione già espressa dalla Commissione medica, è possibile presentare una domanda di aggravamento seguendo il percorso sopra delineato, tenendo comunque in considerazione che, ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, a cui fa rinvio l'articolo 1, comma 2, del D.P.R. 21 settembre 1994, n. 698: *"Le domande per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive sono prese in esame dalle competenti commissioni a condizione che siano corredate da una documentazione sanitaria che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente. [...]"*.

La domanda di aggravamento può essere presentata anche se è pendente in procedura una domanda precedente della stessa tipologia. In tale caso la domanda viene acquisita "con riserva" e non è lavorabile fino a quando in procedura non viene chiuso l'iter sanitario della domanda precedente, per cui si conosce l'effettiva data di conclusione del precedente procedimento. La domanda è quindi definitivamente inserita o respinta dal sistema a seconda che il procedimento precedente risulti concluso prima o dopo la presentazione della nuova istanza. Fanno eccezione le domande di aggravamento ai sensi della legge n. 80/2006 (patologie oncologiche), per le quali non vige il principio del divieto di presentazione di nuova domanda in caso di mancata definizione del precedente iter (cfr. il messaggio n. 13333 del 9 agosto 2012).

1.5 Esenzione dall'accertamento sanitario per taluni minorenni disabili al compimento della maggiore età

Ai sensi dell'articolo 25, comma 6, del decreto-legge n. 90/2014 le prestazioni economiche correlate al raggiungimento della maggiore età sono attribuite senza ulteriori accertamenti sanitari, considerata la particolare gravità della patologia, nei confronti dei seguenti minori:

- titolari di indennità di accompagnamento per invalidi civili, di indennità di accompagnamento ai ciechi civili o di indennità di comunicazione,

oppure

- affetti da menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti o da sindrome di talidomide o sindrome di *Down*.

La prestazione decorre dal mese successivo al compimento del 18° anno di età (cfr. il messaggio n. 7382 del 1° ottobre 2014).

Gli interessati, pertanto, per avere accesso a tali prestazioni non devono presentare una nuova domanda di accertamento sanitario, ma devono solo trasmettere all'Istituto i dati socio-economici necessari alla liquidazione della prestazione loro spettante al compimento della maggiore età, attraverso l'utilizzo del modulo "AP70", reperibile nella sezione "Moduli" del sito istituzionale dell'INPS.

In ogni caso, nell'ambito del generale potere di accertamento della sussistenza delle condizioni per il godimento dei benefici economici, come previsto dall'articolo 5, comma 4, del D.P.R. n. 698/1994 e dall'articolo 20, comma 2, del decreto-legge n. 78/2009, permane, tuttavia, in capo all'Istituto la facoltà di sottoporre la posizione a verifica sanitaria, in considerazione anche della possibile modifica, in futuro, del quadro clinico.

Qualora l'interessato intenda ottenere un verbale sanitario con giudizio medico legale aggiornato alla maggiore età, anche ai fini dei benefici in tema di collocamento mirato previsti dalla legge n. 68/1999, è tenuto a presentare una nuova domanda di invalidità civile. In tale caso, qualora l'esito comporti l'acquisizione del diritto a una prestazione economica, quest'ultima decorrerà dal mese successivo alla nuova domanda di accertamento sanitario o dalla diversa successiva data eventualmente indicata dalle competenti Commissioni sanitarie (art. 5, comma 1, del D.P.R. n. 698/1994).

Anche ai minori già titolari di indennità di frequenza è riconosciuta la facoltà di avvalersi della possibilità di visita sugli atti di cui all'articolo 29-ter del decreto-legge n. 76/2020, previa allegazione telematica di documentazione sanitaria.

1.6 Minori titolari di indennità di frequenza. Domanda di accertamento sanitario presentata prima della maggiore età

Il comma 5 del citato articolo 25 del decreto-legge n. 90/2014, sempre in un'ottica di semplificazione del procedimento a favore dei minori disabili, prevede che qualora questi, già titolari di indennità di frequenza, abbiano provveduto a presentare domanda entro i sei mesi antecedenti il compimento della maggiore età, sono riconosciute agli stessi, in via provvisoria, al compimento del diciottesimo anno di età, le prestazioni erogabili agli invalidi maggiorenni.

Al raggiungimento della maggiore età, qualora dai controlli emerga l'insussistenza del diritto alla prestazione (accertamento sanitario e verifica dei requisiti socio-economici), la Struttura dell'INPS territorialmente competente provvede alla revoca del beneficio e al recupero

dell'indebito relativo alle somme già corrisposte nelle more dell'accertamento.

1.7 La convocazione a visita. Assenza

Le domande di accertamento sanitario presentate all'Istituto sono trasmesse all'ASL competente attraverso i seguenti due canali:

- A. accesso diretto attraverso il sito istituzionale alla procedura "VOA" (Verifiche Ordinarie ASL);
- B. trasmissione di dati in "cooperazione applicativa" con la ASL, secondo i criteri *standard* definiti da protocolli operativi.

La lettera di convocazione a visita prodotta dalla procedura "VOA" contiene:

- i riferimenti della prenotazione (data, orario, luogo di visita);
- le avvertenze riguardanti la documentazione da portare all'atto della visita (documento di identità, documentazione sanitaria, ecc.);
- il riferimento alla possibilità di farsi assistere, durante la visita, da un medico di fiducia;
- la comunicazione che, in caso di impedimento, è possibile chiedere una nuova visita, con indicazione delle istruzioni da seguire per la richiesta;
- l'avvertenza che, in caso di assenza a visita, vi sarà una nuova convocazione e che, in caso di nuova mancata presentazione, tale assenza sarà considerata a tutti gli effetti come rinuncia alla domanda, con perdita di efficacia della stessa;
- l'avvertenza che, qualora sussistano le condizioni per richiedere la visita domiciliare, il medico abilitato a rilasciare il certificato introduttivo può compilare e trasmettere (sempre per via telematica) un certificato medico integrativo di richiesta di visita domiciliare, sempre che ciò avvenga almeno 5 giorni prima della data fissata per la visita ambulatoriale.

In ogni caso, i dati della prenotazione (data, orario, luogo di visita) possono essere visualizzati dall'interessato anche all'interno del "Portale della disabilità".

Nel caso in cui la ASL non utilizzasse la procedura "VOA", la medesima convoca l'interessato avvalendosi dei propri mezzi e secondo le proprie modalità.

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto del Ministro del Tesoro 5 agosto 1991, n. 387, nel caso in cui il richiedente non si presenti alla visita disposta dalla Commissione medica, lo stesso è convocato a visita entro i successivi tre mesi. Il termine è da intendersi come ordinatorio. In caso di ulteriore assenza, l'istanza decade e l'interessato per avviare l'accertamento deve presentarne una nuova.

1.8 La Commissione Medica Integrata

In ciascuna ASL una o più Commissioni sanitarie operano per l'accertamento sanitario dell'invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità o condizione di disabilità di cui alle leggi n. 104/1992 e n. 68/1999.

La composizione delle Commissioni è regolata dalla legge 15 ottobre 1990, n. 295, e dal relativo Regolamento di esecuzione di cui al citato D.M. n. 387/1991. Le Commissioni ASL sono composte da medici dipendenti o convenzionati con l'ASL territorialmente competente, nominati secondo le modalità previste dalle leggi delle singole Regioni e sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo (cfr. l'art. 20 del decreto-legge n. 78/2009).

Gli accertamenti ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 104/1992 e per il collocamento mirato ai sensi della legge n. 68/1999, sono effettuati dalle medesime Commissioni, integrate in questo caso da un operatore sociale in servizio presso le ASL.

Durante la visita l'interessato può farsi assistere da un medico di fiducia (cfr. l'art. 1, comma 4, della legge n. 295/1990). Per le persone affette dal morbo di *Alzheimer*, su richiesta dell'interessato, del familiare o del medico di famiglia, l'assistenza può essere assicurata da uno specialista in geriatria (cfr. l'art. 52, comma 2, della legge 17 maggio 1999, n. 144).

Per la valida costituzione della Commissione occorre un numero minimo di tre membri. Il sanitario rappresentante di categoria concorre al raggiungimento di tale soglia (cfr. l'art. 1, comma 5, del D.M. n. 387/1991).

L'articolo 1, comma 4, del D.M. n. 387/1991 prevede altresì, in relazione a specifiche esigenze territoriali, a domanda, rispettivamente, dell'UICI e dell'ENS e con l'autorizzazione del competente assessore regionale alla sanità, la possibilità di costituire nel capoluogo di provincia una o più Commissioni mediche specializzate nelle provvidenze spettanti ai ciechi civili e ai sordi, attraverso la partecipazione, rispettivamente, di un medico oculista o di un otorinolaringoiatra, ferme restando le altre disposizioni sulla costituzione del collegio.

1.9 La visita medico legale della Commissione Medica Integrata

La Commissione Medica Integrata, all'atto della visita, accede, attraverso la procedura "VOA" o mediante cooperazione applicativa, al fascicolo elettronico dell'interessato contenente la domanda telematica completa del certificato medico.

Il concetto di invalidità è attualmente espresso in termini di perdita percentuale della capacità lavorativa generica e la Commissione accerta la sussistenza del requisito sanitario sulla base della tabella prevista dall'articolo 2 del decreto legislativo n. 509/1988 e pubblicata nel decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro dell'Interno e il Ministro del Tesoro, 5 febbraio 1992, come rettificato dal decreto del Ministro della Sanità 14 giugno 1994.

La Commissione, qualora ritenga insufficiente la documentazione sanitaria, può richiedere all'interessato le necessarie integrazioni. In assenza di riscontro, il verbale viene definito dalla Commissione sulla base dei documenti in suo possesso.

Nel verbale di cui alla legge n. 104/1992 è specificata la sussistenza della condizione prevista dal comma 1 o dal comma 3 dell'articolo 3 della medesima legge (condizione di non gravità o di gravità della disabilità).

In caso di accertamento relativo alla legge n. 68/1999, se la Commissione ritiene che siano presenti le condizioni per l'inserimento del disabile nelle liste del collocamento mirato, lo segnala nel verbale con la redazione della relativa scheda socio-lavorativa, che riporta il giudizio sulle capacità della persona disabile, realizzata sulla base di criteri definiti nel D.P.C.M. 13 gennaio 2000, e sulle indicazioni utili per il collocamento mirato.

La documentazione sanitaria presentata in sede di visita viene acquisita agli atti dalla ASL e,

nell'ambito della fase di validazione, può essere richiesta alla stessa azienda sanitaria dal Responsabile della Unità operativa (U.O.) medico legale dell'INPS.

A conclusione della seduta e della redazione dei verbali di accertamento, la Commissione provvede a redigere e sottoscrivere il verbale riepilogativo della seduta con i relativi esiti, indicando per ciascuno di essi se l'esito è stato raggiunto all'unanimità o a maggioranza dei componenti.

1.10 Effetti provvisori del verbale della Commissione Medica Integrata. Accertamento provvisorio sostitutivo

Il legislatore prevede alcune fattispecie in cui il verbale rilasciato dalla Commissione Medica Integrata è immediatamente produttivo di effetti giuridici, fatto salvo l'esito definitivo a seguito della validazione da parte della U.O. medico legale dell'INPS.

La prima di tali fattispecie, disciplinata dall'articolo 2, comma 3-quater, del decreto-legge 27 agosto 1993, n. 324, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 ottobre 1993, n. 423, riguarda i verbali di cui all'articolo 4 della legge n. 104/1992, ai fini delle agevolazioni lavorative previste dagli articoli 21 e 33 della medesima legge (precedenza nell'assegnazione di sede di lavoro e agevolazioni) e dall'articolo 42 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (riposi e permessi per i figli con disabilità grave).

Effetti analoghi sono previsti dall'articolo 6, comma 3-bis, del decreto-legge n. 4/2006, per i verbali rilasciati ai pazienti oncologici. Gli esiti dell'accertamento della Commissione Medica Integrata hanno efficacia immediata (fatta salva la facoltà della Commissione di sospenderne gli effetti), anche ai fini dei benefici economici e in assenza di convalida del verbale.

Qualora, in sede di validazione dei verbali, dovesse emergere l'insussistenza dei requisiti sanitari, il pagamento della prestazione economica indebitamente percepito sarà oggetto di recupero.

Infine, ancora in materia di disabilità di cui alla legge n. 104/1992, l'articolo 2, comma 2, del citato decreto-legge n. 324/1993 prevede che, qualora la Commissione Medica Integrata non si pronunci entro 45 giorni dalla presentazione dell'istanza, l'accertamento può essere effettuato in via provvisoria, ai soli fini previsti dai citati articoli 21 e 33 della legge n. 104/1992 e dall'articolo 42 del decreto legislativo n. 151/2001, da un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso la ASL da cui è assistito l'interessato.

1.11 Contrassegno invalidi e benefici fiscali

Ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, sui verbali è riportata, con apposita dizione, la sussistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, nonché per le agevolazioni fiscali relative all'acquisto o alla modifica di veicoli destinate alle persone con disabilità.

Si ricorda che la citata disposizione è stata recepita dall'Istituto attraverso l'inserimento nel verbale del campo per le agevolazioni in oggetto.

1.12 Trasmissione alla U.O. medico legale dell'INPS. Validazione

Il verbale di accertamento della Commissione Medica Integrata non è definitivo, in quanto deve essere sottoposto al vaglio del Responsabile della U.O. medico legale della Struttura dell'INPS

territorialmente competente per il giudizio definitivo (cfr. l'art. 20, comma 1, del decreto-legge n. 78/2009), il quale può confermare (validazione) o modificare quello espresso dalla Commissione Medica Integrata.

Il verbale definitivo è trasmesso dall'Istituto al domicilio del richiedente; contestualmente, la procedura attiva il flusso amministrativo per l'eventuale erogazione del beneficio economico correlato all'accertata condizione del richiedente.

1.13 Sospensione e visita diretta

Il Responsabile della U.O. medico legale dell'INPS o il suo delegato, qualora riscontri elementi tali da non consentire l'immediata validazione del verbale, programma una visita diretta.

La visita medica viene svolta presso gli ambulatori dell'Istituto o, nel caso di documentata intrasportabilità, presso il domicilio dell'interessato.

La visita diretta è effettuata da una Commissione medica costituita da un medico dell'INPS, indicato dal Responsabile della U.O. medico legale e diverso dal componente della Commissione Medica Integrata, con funzione di Presidente, da un medico rappresentante delle associazioni di categoria o, in sua assenza, da un medico della U.O. medico legale dell'INPS e da un operatore sociale per i verbali di cui alle leggi n. 104/1992 e n. 68/1999.

La Commissione medica può avvalersi della consulenza di un medico specialista nella patologia oggetto di valutazione (nei ruoli dell'INPS o convenzionato con l'Istituto).

In caso di difformità di giudizio tra i componenti della Commissione, prevale la decisione del Presidente.

L'accertamento può concludersi sulla base di quanto rilevato in termini di valutazione clinica e documentale o può essere sospeso per la necessità di ulteriori accertamenti specialistici, per cui la Commissione richiede un'integrazione documentale all'interessato.

1.14 Silenzio-assenso

Se la U.O. medico legale dell'INPS non convalida il verbale della Commissione Medica Integrata entro 60 giorni dalla ricezione, il giudizio espresso nel verbale si intende definitivo per formazione di silenzio-assenso (cfr. l'art. 1, comma 7, della legge n. 295/1990).

Il verbale, che viene notificato in forma automatizzata, diviene pertanto eventuale titolo per la concessione dei benefici di legge, previa le ulteriori verifiche amministrative descritte nei paragrafi seguenti.

1.15 Accertamento sugli atti. Allegazione telematica di documentazione sanitaria

L'articolo 29-ter, comma 1, del decreto-legge n. 76/2020 ha previsto che: *"Le commissioni mediche pubbliche preposte all'accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, sono autorizzate a redigere verbali sia di prima istanza che di revisione anche solo sugli atti, in tutti i casi in cui sia presente una documentazione sanitaria che consenta una valutazione obiettiva"*.

Con il messaggio n. 3315 del 1° ottobre 2021 l'Istituto ha comunicato il rilascio di un nuovo servizio *online* denominato "Allegazione documentazione Sanitaria Invalidità civile", che consente di trasmettere all'Istituto la documentazione sanitaria ai fini dell'accertamento medico legale, così da consentire alla Commissione sanitaria la definizione, anche solo sugli atti, delle

domande di accertamento o di revisione di invalidità, cecità civile, sordità, sordocecità e disabilità di cui alle leggi n. 104/1992 o n. 68/1999.

L'interessato può allegare le necessarie certificazioni direttamente sul sito istituzionale dell'INPS, dopo avere effettuato l'accesso all'area personale tramite la propria identità digitale (SPID almeno di livello 2, CIE 3.0 o CNS), anche attraverso il "Portale della Disabilità". La documentazione può essere allegata *online* anche dal medico certificatore o dall'Istituto di patronato che assiste il diretto interessato. L'allegazione può avvenire anche su impulso della Commissione medico legale, la quale può invitare l'interessato a integrare la documentazione sanitaria già presentata.

L'allegazione, che deve avere a oggetto documenti in formato .pdf e di dimensione massima di 2 MB, può avvenire anche successivamente alla trasmissione della domanda ed è attiva fino alla definizione del verbale sanitario (cfr. i messaggi n. 926 del 25 febbraio 2022, n. 2518 del 21 giugno 2022, n. 3574 del 1° ottobre 2022 e n. 1060 del 17 marzo 2023).

Tale possibilità, dapprima prevista solo per le Strutture in cui sono operative le Convenzioni tra l'INPS, le Regioni e le ASL per l'accentramento presso l'Istituto della Fase sanitaria (C.I.C.), è stata estesa alle Commissioni Mediche Integrate (CMI) con il messaggio n. 77 dell'8 gennaio 2024.

1.16 Il doppio giudizio di accertamento dell'invalidità

Nei soli verbali sanitari della procedura C.I.C., la Commissione medica INPS esprime allo stato:

a) un giudizio medico legale complessivo, riferito a tutte le minorazioni in diagnosi, comprese quelle già riconosciute per la tutela della cecità civile e della sordità o come dipendenti da causa di guerra, di servizio o di lavoro. Il giudizio complessivo formulato nel verbale consente il suo utilizzo anche per i benefici non economici quali: collocamento mirato e formazione delle relative graduatorie, graduatorie per l'assegnazione di abitazioni di edilizia pubblica, esonero dalla partecipazione alla spesa sanitaria, concessione di protesi, benefici fiscali, agevolazioni per i trasporti pubblici, APE sociale, benefici diversi attribuiti da specifiche norme regionali;

b) un ulteriore giudizio medico legale, espresso ai soli fini dell'invalidità civile, per l'eventuale liquidazione delle relative prestazioni economiche.

L'aggiornamento procedurale ha recepito una nota della Commissione Medica Superiore dell'INPS del 14 marzo 2017 che, in coerenza con quanto è stato precisato dalla Corte di Cassazione, sezione lavoro, con la sentenza 11 marzo 2016, n. 4868, ha stabilito il principio che l'incompatibilità tra le prestazioni economiche di invalidità riguarda l'erogazione dei trattamenti, ma non la valutazione medico legale. Ne consegue che, qualora l'ordinamento preveda l'incompatibilità tra due prestazioni, il pagamento di entrambi i trattamenti è precluso, con conseguente insorgenza della facoltà di esercitare il diritto di opzione per una delle prestazioni; tuttavia, ciò non esclude il diritto dell'interessato a ottenere comunque una duplice valutazione medico legale, ai fini del conseguimento di benefici di diversa natura rispetto alle prestazioni economiche.

Nel verbale trasmesso all'interessato sono riportati entrambi i giudizi, mentre in quello inerente alla fase concessoria, viceversa, sono presenti solo le informazioni relative al giudizio per la liquidazione dei benefici economici.

1.17 Trasmissione del verbale all'interessato

A conclusione dell'*iter* sanitario, il verbale è inviato all'interessato in duplice copia: una versione integrale, contenente i dati sensibili, e una in cui i medesimi sono oscurati; il giudizio sanitario finale (ad esempio, il riconoscimento dell'invalidità civile in una determinata percentuale) consente l'eventuale utilizzo di natura amministrativa da parte del titolare.

Presso tutte le Strutture territoriali dell'INPS è prevista la possibilità di ottenere un duplicato del verbale sanitario su richiesta dell'interessato che ne faccia richiesta.

Inoltre, accedendo al "Portale della disabilità" è possibile visualizzare e stampare i verbali redatti dalle ASL e dall'Istituto.

1.18 Attribuzioni della Commissione Medica Superiore

La Commissione Medica Superiore, nell'ambito del monitoraggio complessivo dei verbali e in un'ottica di congruità e omogeneità dei giudizi medico legali, può estrarre posizioni da sottoporre a rivalutazione o ricevere da parte del Responsabile della U.O. medico legale segnalazioni di verbali di recente emissione da sottoporre a riesame, anche successivamente alla trasmissione del verbale all'interessato.

Analogamente, tale Commissione può rettificare i giudizi medico-legali nell'ambito del generale potere di autotutela, anche in funzione di prevenzione del danno reputazionale a carico dell'Istituto.

L'accertamento può essere svolto direttamente dalla Commissione Medica Superiore o da questa delegato alla U.O. medico legale dell'INPS competente e può consistere in una rivalutazione del giudizio sugli atti o in una visita medica.

-

1.19 Azioni di rivalsa

L'articolo 41 della legge n. 183/2010 stabilisce che le prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità e sordocecità, corrisposte in conseguenza di fatto illecito di terzi, sono recuperate fino a concorrenza del relativo ammontare dall'ente erogatore nei riguardi del responsabile civile e della compagnia di assicurazioni (c.d. azione di rivalsa). Il valore capitale della prestazione erogata è determinato mediante criteri e tariffe stabiliti con decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e del Ministro dell'Economia e delle finanze, sentito il Consiglio di Amministrazione dell'INPS.

A tale fine è necessario evidenziare la possibile responsabilità del terzo nel certificato medico introduttivo o in sede di presentazione della domanda di accertamento sanitario. In tale caso la procedura richiede la compilazione di un apposito modulo informativo, denominato "AS1".

La Commissione Medica Integrata, in fase di prima visita, può quindi confermare o meno la segnalazione di una possibile responsabilità di terzi o rilevarla autonomamente e darne seguito.

In caso di assenza della segnalazione, ove si ravvisi la sussistenza di una eventuale responsabilità di terzi, la Commissione Medica Integrata in fase di compilazione, o il responsabile della U.O. Medico legale in fase di validazione del verbale, procede all'inserimento della segnalazione.

Qualora, al termine del procedimento, risulti presente nel verbale definitivo la segnalazione, il medico validatore della U.O. Medico legale compila il modello "RTinvciv", contenente le valutazioni medico-legali ai fini dell'azione di rivalsa ai sensi del citato articolo 41. I dati del

verbale, con le informazioni del modello "RTInvciv", sono poi resi disponibili all'"Agenzia prestazioni e servizi" per l'attivazione della procedura di gestione delle rivalse. Contestualmente ai dati del verbale e ai dati del modello "RTInvciv" sono rese disponibili anche le eventuali informazioni del modulo "AS1" precedentemente acquisite.

1.20 Convenzioni con le Regioni e le ASL per l'accertamento dell'Invalidità civile presso l'INPS (C.I.C.)

Ai fini della semplificazione della fase sanitaria dell'invalidità civile, l'articolo 18, comma 22, del decreto-legge n. 98/2011 consente all'Istituto di stipulare, con le Regioni e le ASL, convenzioni aventi a oggetto l'accertamento di tutta la fase sanitaria del procedimento di riconoscimento dell'Invalidità civile in INPS (C.I.C.).

In tale modo la legge ha posto le condizioni normative necessarie a una razionalizzazione dell'*iter* sanitario, in un'ottica di contrazione dei tempi del procedimento.

In particolare, da ultimo, con la determinazione commissariale n. 23 del 12 marzo 2024 sono state disciplinate e aggiornate le norme per la delega dalle Regioni e dalle ASL all'Istituto delle funzioni di accertamento dell'invalidità civile, ed è stato adottato il nuovo schema di convenzione quadro tra Regione, Aziende Sanitarie Locali e INPS per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità.

Con riferimento all'attività di valutazione medico legale, in assenza di diverse specifiche previsioni presenti nel citato articolo 18, comma 22, del decreto-legge n. 98/2011, alle C.I.C. si applicano le disposizioni di legge regolanti l'attività delle Commissioni ASL, sia sotto il profilo del numero dei componenti che della qualifica degli stessi; i medici delle ASL sono sostituiti da medici appartenenti all'INPS (cfr. gli artt. 1 e 4 del D.M. n. 387/1991, l'art. 4 della legge n. 104/1992 e l'art. 1, comma 4, della legge n. 68/1999).

Alla data di pubblicazione della presente circolare sono attive convenzioni con tutte le ASL delle Regioni Basilicata, Calabria e Lazio, nonché con quelle di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno per la Regione Campania, la A.S.F.O. di Pordenone per la Regione Friuli-Venezia Giulia, le A.S.P. di Messina e Trapani per la Regione Sicilia, le U.L.S.S. di San Donà di Piave, Venezia e Verona per la Regione Veneto.

2. Fase Concessoria

2.1 L'attivazione della fase concessoria

Nel caso in cui il riconoscimento sanitario risultante dal verbale definitivo corrisponda a una prestazione economica, la Struttura dell'INPS territorialmente competente, su domanda dell'interessato, effettua i controlli dei requisiti amministrativi e reddituali, al termine dei quali viene trasmesso il provvedimento di concessione o di reiezione della domanda di prestazione.

2.2 Pagamento. Semplificazione e automazione

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del D.P.R. n. 698/1994, i benefici economici di cui al comma 1 dell'articolo 4 del medesimo decreto decorrono dal mese successivo alla data di presentazione della domanda di accertamento sanitario o dalla diversa successiva data eventualmente indicata dalle competenti commissioni sanitarie.

Fino al 2018 il procedimento concessorio presupponeva, oltre alla notifica del verbale, la

presentazione alla Struttura dell'INPS territorialmente competente di un'istanza (modello "AP70") contenente una serie di dichiarazioni socio-economiche (dati anagrafici del richiedente, dichiarazione dei redditi da Casellario dei pensionati e/o altri redditi, ricovero in istituto a titolo gratuito, delega alla riscossione in favore di terzo, dati IBAN, ecc.).

Allo scopo di semplificare e snellire il processo dell'invalidità civile, l'Istituto ha progressivamente introdotto sistemi di automatismo del flusso di erogazione dell'eventuale prestazione spettante, che oggi si attiva automaticamente con la definizione del verbale.

In particolare, la descritta automazione riguarda:

- la liquidazione delle indennità di accompagnamento degli ultrasessantasettenni;
- la liquidazione delle pensioni di inabilità e degli assegni mensili di assistenza;
- la liquidazione delle indennità di accompagnamento per gli infrasessantasettenni.

3. Revisioni e verifiche

3.1 Revisioni. Dalla convocazione al giudizio medico legale

Il comma 6-bis dell'articolo 25 del decreto-legge n. 90/2014 ha attribuito all'INPS la competenza esclusiva in materia di revisione dei verbali di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità di cui alle leggi n. 104/1992 e n. 68/1999. Il medesimo articolo precisa altresì che, in attesa dell'eventuale visita di revisione, la persona con disabilità conserva tutti i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura.

A tale riguardo, il comma 167 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (di seguito, legge di Bilancio 2025), ha introdotto, in materia di revisione, il comma 3-bis all'articolo 33 del decreto legislativo n. 62/2024, ai sensi del quale: *"Fino al 31 dicembre 2025, le visite di revisione delle prestazioni già riconosciute ai soggetti con patologie oncologiche sono eseguite ai sensi dell'articolo 29-ter del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120, ferma restando la facoltà dell'istante di chiedere la visita diretta"*.

Al riguardo, con il messaggio n. 188 del 17 gennaio 2025 è stato precisato quanto segue:

a) il citato comma 3-bis dell'articolo 33 del decreto legislativo n. 62/2024, che prevede il ricorso all'accertamento sugli atti fino al 31 dicembre 2025, fa riferimento alla generalità degli accertamenti sanitari relativi a patologie oncologiche, effettuati anche prima del 1° gennaio 2025 su tutto il territorio nazionale (comprese le nove Province in cui è prevista la sperimentazione della valutazione di base). Ne consegue che la disposizione trova applicazione anche nelle Province non coinvolte dalla sperimentazione della riforma;

b) gli accertamenti di revisione di soggetti con patologie oncologiche devono essere definiti sugli atti in tutti i casi in cui la documentazione sanitaria allegata consenta una valutazione obiettiva;

c) anche per le patologie non oncologiche la valutazione sugli atti ai sensi dell'articolo 29-ter del decreto-legge n. 76/2020, deve intendersi come strumento di validazione per tutte le Strutture del territorio nazionale (comprese le nove Province in cui è prevista la sperimentazione della valutazione di base).

L'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo n. 62/2024, infatti, prevede che: *"Fino al 31 dicembre 2025, alle revisioni e alle revoche delle prestazioni già riconosciute si applicano, anche nei territori soggetti a sperimentazione ai sensi dell'articolo 33, le condizioni di accesso ed i sistemi valutativi in vigore precedentemente alla data di entrata in vigore del presente"*

decreto”;

d) la revisione deve essere:

- evitata in presenza di patologie cronico-degenerative;

- limitata ai soli casi in cui, alla luce delle attuali conoscenze mediche (e non dei possibili futuri progressi della scienza medica) sia prevedibile in concreto (e non meramente in ipotesi) un miglioramento della condizione di salute;

e) il procedimento prevede, in via preliminare, l'invio all'interessato di una comunicazione con l'invito a trasmettere, entro 40 giorni dal ricevimento della richiesta, la documentazione utile a definire sugli atti l'accertamento sanitario.

Tenuto conto che la norma in argomento fa salva la facoltà degli interessati di richiedere la visita diretta, in attesa del rilascio in procedura della specifica funzionalità, l'interessato può, entro lo stesso termine di 40 giorni, farne espressa richiesta, a mezzo posta elettronica ordinaria o posta elettronica certificata (PEC), al Centro Medico Legale di competenza.

Una volta pervenuta la documentazione sanitaria, la Commissione deve procedere alla valutazione sugli atti, anche sulla base di tutti gli elementi già precedentemente acquisiti.

Qualora, invece, entro il termine previsto non pervenga ulteriore documentazione sanitaria o la richiesta di visita diretta, la Commissione medica può procedere alla definizione sugli atti sulla base della documentazione in suo possesso, qualora ritenuta sufficiente per la formulazione del giudizio medico-legale.

Qualora la documentazione sanitaria allegata non consenta una valutazione obiettiva, la Commissione medica convoca l'interessato con raccomandata A/R nonché, se è conosciuto all'Istituto il numero di cellulare, tramite SMS, presso U.O. medico legale dell'INPS competente per territorio.

L'interessato può, comunque, visualizzare tutti gli avvisi e le scadenze relativi al procedimento di revisione sul "Portale della disabilità".

Le Commissioni medico legali dell'Istituto, in sede di visita di revisione, sono chiamate a esprimersi sulla permanenza o meno del grado di invalidità precedentemente accertata e su eventuali aggravamenti.

In caso di conferma del giudizio medico legale, il relativo esito viene comunicato all' "Agenzia prestazioni e servizi".

Nell'eventualità di un giudizio difforme dal precedente, dal quale deriva la perdita del diritto alla prestazione economica, la stessa viene revocata automaticamente centralmente. In particolare, tale automatismo si verifica nei casi in cui sia intervenuto un giudizio medico legale di revisione che abbia riconosciuto una percentuale di invalidità inferiore al 74% o la condizione di "non cieco" o "non sordo". Per effetto dell'elaborazione centralizzata, la prestazione viene sospesa dal mese successivo alla definizione del verbale sanitario, senza necessità di intervento da parte degli operatori delle Strutture territoriali dell'Istituto, prevenendo l'insorgenza di indebiti.

Sono stati altresì automatizzati i seguenti cambi fascia:

- da 33 a 30 (da pensione di inabilità e indennità di accompagnamento a sola pensione di inabilità);
- da 33 a 34 (da pensione di inabilità e indennità di accompagnamento ad assegno mensile);
- da 30 a 34 (da pensione di inabilità ad assegno mensile).

3.2 Assenza a visita di revisione

Nelle ipotesi residuali di convocazione a visita diretta, resta fermo quanto indicato nel messaggio n. 1835 del 6 maggio 2021, con il quale, nel dare attuazione all'articolo 37 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, è stato precisato che, qualora il soggetto non si presenti a visita di revisione nel giorno indicato nell'invito, la prestazione viene sospesa, in via cautelativa, con decorrenza dalla data di convocazione a visita, a prescindere dall'esito della comunicazione postale.

Per effetto dell'assenza a visita, l'interessato riceverà la comunicazione dell'avvenuta sospensione della prestazione con l'invito a presentare, entro 90 giorni, alla Struttura dell'INPS territorialmente competente idonea giustificazione dell'assenza che, se ritenuta fondata, consentirà l'invio di una comunicazione con l'indicazione della nuova data di visita medica.

Nel caso in cui l'interessato risulti assente anche alla seconda convocazione, è prevista la revoca del beneficio economico con decorrenza dalla data di sospensione.

Del pari è prevista automaticamente la revoca definitiva della prestazione in mancanza di provata motivazione dell'assenza entro il termine di 90 giorni o qualora la motivazione non sia giudicata idonea.

Al fine di prevenire l'assenza a visita e la conseguente sospensione, è attiva la procedura denominata "Campagna Inv. Civ.", che consente di intervenire nel procedimento di convocazione a visita attraverso un'attività di telefonate da parte degli operatori dell'Istituto, per rammentare ai diretti interessati la data, il luogo e l'ora della visita di revisione.

Tale attività di contatto telefonico è prevista anche per coloro che sono già risultati assenti alla visita di revisione per invitarli presso il centro medico legale di competenza per giustificare l'assenza, in modo da consentire la riattivazione e la tempestiva conclusione della procedura di revisione sanitaria.

3.3 Definizione del verbale di revisione

Al di fuori delle ipotesi di visita domiciliare o di richiesta da parte della Commissione medico legale di un supplemento istruttorio (accertamenti specialistici, documentazione integrativa), la Commissione stessa provvede alla definizione del verbale entro il giorno della seduta.

Il termine per la definizione del verbale sanitario non può, in ogni caso, eccedere i 30 giorni dalla data della seduta.

3.4 Esonero dalla revisione

La normativa vigente prevede le seguenti fattispecie di esonero dall'accertamento della permanenza della condizione di disabilità:

- le menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti elencate nel decreto 2 agosto 2007 del Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute;
- i soggetti portatori di gravi menomazioni fisiche permanenti, di gravi anomalie cromosomiche e i disabili mentali gravi con effetti permanenti (cfr. l'art. 42, comma 7, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326);
- i soggetti affetti da sindrome da talidomide o da sindrome di *Down*.

Infine, per ciò che concerne l'autismo, le linee guida allegate al messaggio n. 5544 del 23 giugno 2014 escludono la rivedibilità entro il compimento del diciottesimo anno di età, a eccezione dei casi in cui le Strutture di riferimento attestino un disturbo dello spettro autistico di tipo lieve o *borderline* con ritardo mentale lieve o assente.

3.5 Verifiche

L'Istituto ha facoltà, in qualunque momento, di accertare la sussistenza delle condizioni per il godimento dei benefici previsti (cfr. l'art. 5, comma 4, del D.P.R. n. 698/1994).

L'attività di accertamento è svolta da un collegio composto secondo le regole previste per le C.I.C.

3.6 Semplificazione dei procedimenti di accertamento sanitario per l'invalidità e l'inabilità

Il comma 168 dell'articolo 1 della legge di Bilancio 2025 ha introdotto l'articolo 33-bis al decreto legislativo n. 62/2024, che semplifica, per l'anno 2025, il procedimento di accertamento sanitario in caso di "contestuale" attivazione del procedimento di accertamento dell'invalidità assistenziale (ai sensi delle leggi n. 104/1992 e n. 68/1999, nonché per le prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e disabilità) e previdenziale (prestazioni di invalidità e inabilità ai sensi degli articoli 1, 2, 5 e 6 della legge n. 222/1984, e dell'articolo 1, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503).

In particolare, l'articolo 33-bis del decreto legislativo n. 62/2024 prevede che: "[...] *L'INPS è tenuto a effettuare l'accertamento dei requisiti sanitari in un'unica visita, integrando, ove necessario, la composizione della commissione medica competente. Le disposizioni del primo periodo si applicano anche alle visite di revisione delle prestazioni già riconosciute, programmate dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025, a condizione che l'intervallo temporale tra i due accertamenti non sia superiore a tre mesi*".

In merito all'attuazione del citato articolo 33-bis, si rinvia al paragrafo 2 del messaggio n. 188/2025.

4. Contenzioso

4.1 L'accertamento tecnico preventivo

Al fine di semplificare e accelerare i procedimenti giudiziari, l'articolo 445-bis del codice di procedura civile, introdotto dall'articolo 38 del decreto-legge n. 98/2011, prevede che, per tutte le controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità e condizione di disabilità in ambito sanitario, l'interessato deve proporre al giudice istanza di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie che la legge ricollega alla prestazione richiesta. Il ricorso deve essere presentato, a pena di decadenza, entro 6 mesi dalla notifica del verbale (cfr. l'art. 42, comma 3, del decreto-legge n. 269/2003).

L'accertamento tecnico preventivo è un procedimento sommario, avente a oggetto la verifica delle condizioni sanitarie legittimanti la prestazione, il cui espletamento costituisce condizione di procedibilità dell'eventuale domanda giudiziale diretta al riconoscimento delle prestazioni di invalidità civile.

La verifica delle condizioni legittimanti la concessione della prestazione assistenziale è stata

demandata a un consulente tecnico d'ufficio (CTU) nominato dal giudice in sede di prima udienza.

Il CTU, in contraddittorio con un consulente tecnico di parte (CTP) nominato dall'INPS e con un eventuale CTP nominato dalla controparte, verifica la sussistenza delle condizioni sanitarie che la legge presuppone per il riconoscimento della prestazione richiesta.

Qualora non vi siano contestazioni sulle conclusioni del CTU, il giudice omologa l'accertamento del requisito sanitario secondo le risultanze probatorie indicate nella relazione del consulente tecnico dell'ufficio, emettendo un decreto non impugnabile né modificabile, ma ricorribile in Corte di Cassazione nelle forme del ricorso straordinario di cui all'articolo 111 della Costituzione solo in alcune ipotesi specifiche.

Il decreto di omologa è vincolante nei confronti dell'Istituto che provvede, ai sensi del comma 5 dell'articolo 445-bis del codice di procedura civile, subordinatamente alla verifica di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente, al pagamento delle relative prestazioni entro 120 giorni dalla notifica del decreto medesimo.

In proposito si evidenzia che, in caso di discrasia tra il decreto di omologa e le conclusioni del CTU, occorre tenere conto delle conclusioni dell'elaborato peritale, potendo essere emendabile, con la procedura di correzione, l'errore contenuto nel decreto di omologa, salvo che la soluzione, in contrasto con le conclusioni del CTU, sia stata oggetto di specifica valutazione da parte del giudice (Corte di Cassazione, Ordinanze n. 1686/2021, n. 29096/2019, n. 6415/2017 e n. 26758/2016).

Qualora, invece, ai sensi del comma 6 del citato articolo 445-bis del codice di procedura civile, venga formulato, entro il termine non superiore a 30 giorni fissato dal Giudice, dissenso rispetto alle conclusioni presentate dal perito nominato d'ufficio, la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni deve depositare, entro il termine perentorio di ulteriori 30 giorni, il ricorso introduttivo del giudizio di merito, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione. La sentenza resa nel giudizio di opposizione ad accertamento tecnico preventivo (ATP) è inappellabile dalle parti ma ricorribile in Corte di Cassazione nelle forme ordinarie.

4.2 Il ricorso giurisdizionale

Come sopra rappresentato, il ricorso giurisdizionale in materia di invalidità civile, in merito tanto alla contestata insussistenza dei requisiti sanitari accertati nella forma dell'accertamento tecnico preventivo obbligatorio, quanto per il riconoscimento delle provvidenze economiche nella modalità ordinaria, è di competenza del giudice ordinario.

Gli atti introduttivi dei procedimenti giurisdizionali, nonché, ai sensi dell'articolo 10, comma 6-bis, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, le comunicazioni relative alle consulenze tecniche d'ufficio devono essere notificati alla casella PEC censita nel Registro Generale degli indirizzi elettronici (ReGIndE) della Sede provinciale.

In particolare, il ricorso va proposto al Tribunale, in composizione monocratica, in funzione di giudice del lavoro, nella circoscrizione in cui il ricorrente ha la residenza, secondo le regole del processo del lavoro disciplinato dalla legge 11 agosto 1973, n. 533.

Il processo è soggetto alle innovazioni apportate in materia di telematizzazione del contenzioso giudiziario dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, che ha introdotto l'obbligatorietà del deposito telematico degli atti processuali, e dal decreto-legge 27 giugno 2015, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 132, che ha esteso l'obbligo del deposito telematico a tutte le cause

civili e ha introdotto nuove regole per la notificazione degli atti e per la partecipazione al processo telematico.

L'atto introduttivo, anche ove lo stesso impugnò un diniego di prestazioni per motivi amministrativo-reddituali, è parimenti soggetto al termine decadenziale fissato dall'articolo 42, comma 3, del decreto-legge n. 269/2003 in 6 mesi dalla data di ricezione della comunicazione del provvedimento di rigetto della domanda (cfr., tra le altre, Corte di Cassazione, ordinanza n. 4920/2024 e le sentenze n. 26845/2020 e n. 25268/2016).

4.3 Esercizio dell'autotutela. Finalità deflattiva del contenzioso

Con la circolare n. 100 del 13 giugno 2016 l'Istituto ha altresì definito un articolato *iter* per la valutazione dei presupposti medico legali per l'esercizio dell'autotutela sanitaria in presenza di contenzioso giudiziario.

Segnatamente è stato previsto che, nel caso in cui vengano riscontrati, nel corso dell'esame dell'atto introduttivo notificato e della documentazione di riferimento, elementi medico-legali tali da suggerire l'esercizio dell'azione di autotutela, la proposta motivata del medico di Sede designato è trasmessa per il tramite dell'applicativo "COGISAN", così consentendo l'eventuale definizione del verbale, previa approvazione del Coordinatore Medico Legale Regionale o Metropolitano o loro delegati. Tramite interconnessione automatizzata della suddetta procedura con quella denominata "SISCO", il verbale viene reso disponibile al funzionario dell'Istituto incaricato della difesa in tempo utile per chiedere la declaratoria di cessazione della materia del contendere (da presentare non oltre la prima udienza di discussione), così consentendo di evitare la nomina del CTU.

Il Direttore Generale
Valeria Vittimberga