



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per le Risorse Umane

D.G. 50.14

Ai Direttori Generali

All'Autorità di Audit - 41.01.00

Ai Responsabili degli Uffici Speciali

Avvocatura Regionale - 60.01.00

Grandi Opere - 60.06.00

Ufficio per il Federalismo e dei Sistemi
territoriali e della Sicurezza integrata - 60.09.00

Ufficio Enti e società partecipate,
vigilanza e controllo - 60.10.00

US per la crescita e
la transizione digitale-60.11.00

Ufficio Speciale Valutazioni
ambientali - 60.12.00

Agli UDCP

Al Responsabile della Struttura di Missione
per lo smaltimento dei RSB - 70.05.00

Ai Responsabili delle Strutture:

Staff Raccordo con le Autorità di Gestione dei Fondi

Europei e Responsabile P.R.A. - 50.03.93

Struttura tecnica di supporto O.I.V. - 50.14.83

Supporto al Responsabile della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza - 50.14.94

All'Ufficio del Datore di Lavoro - 50.14.81

A tutti i Dirigenti di Staff/UOD
per il tramite dei Direttori Generali

Ai Responsabili delle Segreterie degli Assessori

e p.c.

Al Capo di Gabinetto del
Presidente

LORO SEDI

Oggetto: Nuove modalità operative per l'inoltro della domanda di pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, Legge 8 agosto 1995, n. 335 – DM 8 maggio 1997, n. 187 e della domanda di inidoneità lavorativa al proficuo lavoro ai sensi del D.P.R. 171/2011.

Come noto l'articolo 45, comma 3-bis, del decreto-legge 21 giugno 2022, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2022, n. 122, e successive modificazioni, ha soppresso, a decorrere dal 1° giugno 2023, le Commissioni mediche di verifica operanti nell'ambito del Ministero dell'Economia e delle finanze, trasferendo all'INPS, dalla medesima data, le funzioni dalle stesse svolte.

Pertanto, è operativa una nuova procedura di presentazione delle domande di pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, Legge 8 agosto 1995, n. 335 e delle domande di accertamento sanitario di inidoneità lavorativa al proficuo lavoro ai sensi del D.P.R. 171/2011, in modalità telematica, per il tramite del portale dell'Istituto Previdenziale.

La nuova procedura richiede obbligatoriamente l'allegazione, all'istanza del dipendente, dei seguenti documenti e/o informazioni:

1. Certificato del medico curante, che per la sola richiesta di inabilità andrà redatto secondo l'apposito modello (il cui facsimile si allega alla presente - **All. 3**) attestante le patologie di cui il richiedente è affetto;
2. Copia estratto del verbale di visita contenente il giudizio del Medico competente nel caso di personale soggetto a sorveglianza sanitaria ex D.lgs. 81/2008;
3. Indicazione dei giorni residui di malattia intervenuti nei tre anni precedenti l'ultimo episodio morboso in corso, prima della scadenza del periodo di comporto di 18 mesi (art. 48, comma 1 CCNL CFL 2019/2021);
4. Descrizione delle mansioni svolte dal dipendente;
5. Rapporto informativo ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 461/2001 con evidenziazione delle motivazioni della richiesta dell'accertamento sanitario (tale rapporto informativo è richiesto unicamente per la domanda di inidoneità lavorativa);
6. Copia del documento di identità del richiedente.

Si evidenzia, altresì, che ogni file da inviare singolarmente non potrà superare i 2 MB.

La richiesta di **pensione di inabilità**, regolarmente compilata e corredata della documentazione e delle informazioni sopra riportate, dovrà essere inoltrata per il tramite dell'Ufficio di appartenenza alla U.O.D. 50.14.07 "Quiescenza e Previdenza" a mezzo e-mail quiescenzaprevidenza@regione.campania.it, utilizzando esclusivamente il modello allegato alla presente (**All. 1**).

La richiesta di **inidoneità lavorativa al proficuo lavoro**, regolarmente compilata e corredata della documentazione e delle informazioni sopra riportate, dovrà invece essere inoltrata sempre per il tramite dell'Ufficio di appartenenza alla U.O.D. 50.14.01 "Stato Giuridico e Inquadramento del Personale" a mezzo e-mail dg14.uod01@regione.campania.it, utilizzando esclusivamente il modello allegato alla presente (**All. 2**).

Si evidenzia, altresì, che ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 171/2011 la procedura di verifica per l'accertamento dell'idoneità al servizio può essere attivata **anche d'ufficio**.

L'attivazione d'ufficio della procedura può avvenire, successivamente al superamento del periodo di prova del dipendente interessato, nei seguenti casi:

- a) assenza del dipendente per malattia, superato il primo periodo di conservazione del posto;
- b) disturbi del comportamento gravi, evidenti e ripetuti, che fanno fondatamente presumere l'esistenza dell'inidoneità psichica permanente assoluta o relativa al servizio;
- c) condizioni fisiche che facciano presumere l'inidoneità fisica permanente assoluta o relativa al servizio.

In conformità a quanto già previsto dalla circolare Prot. n. 0621751 del 17/09/2015 della Direzione Generale per le Risorse Umane, nelle ipotesi di cui alle lettere b) e c), il Dirigente dell'Ufficio di appartenenza che ha diretta conoscenza delle reali difficoltà fisiche o psichiche che il dipendente stesso presenta, valuta l'opportunità di sottoporlo a visita da parte della Commissione medica competente, al fine di verificarne l'eventuale inidoneità relativa o assoluta.

All'esito delle suddette valutazioni, condivise con il Responsabile della Struttura di Primo Livello, il Dirigente dell'Ufficio cui è assegnato il dipendente chiede alla UOD 01 della DG per le Risorse Umane di avviare la procedura di accertamento sanitario, dandone immediata e contestuale comunicazione all'interessato.

Alla suddetta richiesta deve essere allegata apposita, dettagliata relazione, controfirmata dal Responsabile della Struttura di Primo Livello e corredata di eventuale documentazione, da trasmettere in busta chiusa, che evidenzia i disturbi del comportamento gravi, evidenti e ripetuti o le condizioni fisiche che fanno presumere, rispettivamente, l'inidoneità psichica o fisica al servizio del dipendente stesso.

Pertanto, in caso di richiesta di accertamento dell'idoneità al servizio da parte dell'Ufficio di appartenenza del dipendente, spetterà al medesimo Ufficio trasmettere la documentazione di cui sopra nonché quanto previsto ai punti da 2 a 4 della presente nota.

Per ogni ulteriore chiarimento è possibile rivolgersi:

- per le richieste di inidoneità al proficuo lavoro, al Referente della U.O.D. 50.14.01 dott. Gennaro De Sisto – interno ufficio 081/7962427;
- per le richieste di inabilità, al Referente della U.O.D. 50.14.07 dott.ssa Marcella Brancatelli – interno ufficio 081/7962304.

Si rappresenta sin da ora che le istanze prive anche di uno solo dei documenti/informazioni di cui ai precedenti punti da 1 a 6 non potranno essere inviate all'INPS.

Il Dirigente UOD 07
dott. Eduardo Ascione



EDUARDO ASCIONE
Regione Campania
Dirigente
24.01.2024 12:00:04
GMT+00:00

La Dirigente UOD 01
dott.ssa Rossana De Maio



Documento firmato da:
ROSSANA DE MAIO
24.01.2024 12:14:29 UTC

La Direttrice Generale
dott.ssa Maria Messina



Documento
firmato da:
MARIA MESSINA
24.01.2024
14:01:15 UTC

ALLEGATO 1

Alla UOD 50 14 07

*Quiescenza, certificazione posizioni
assicurative, assicurazione sociale vita,
previdenza, adempimenti connessi ai benefici
contrattuali, conto annuale, L. 336/70*

Per il tramite dell'Ufficio di appartenenza

Oggetto: **Richiesta pensione di inabilità** ai sensi dell'art. 2, comma 12, L. 8 agosto 1995, n. 335.

Il/la sottoscritto/a, nato/a a.....
..... il e residente a
..... in
Via.....– dipendente della Giunta regionale della Campania
in qualità di (Area)..... ex Cat Pos.
Economica..... (matricola.....), in servizio presso
luogo di lavoro.....

Chiede

di essere sottoposto/a a visita dalla Commissione medica presso l'INPS, onde ottenere la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, Legge 8 agosto 1995, n. 335.

A tal fine, dichiara:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| -di essere attualmente in servizio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - di essere attualmente in malattia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - di voler inoltrare richiesta di visita domiciliare | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - che l'infermità è già stata giudicata ai fini della dipendenza da causa di servizio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

(barrare le caselle d'interesse)

-recapito telefonico.....(obbligatorio)

-indirizzo mail

.....(obbligatorio)

-indirizzo pec.....

Si allega la seguente documentazione da inoltrare alla Commissione medica presso l'INPS:

- 1.certificato del medico curante attestante le patologie di cui il richiedente è affetto;
- 2.copia estratto del verbale di visita contenente il giudizio del medico competente nel caso di personale soggetto a sorveglianza sanitaria ex d. lgs. 81/2008;
- 3.copia documento di identità.

Chiede al proprio Ufficio di trasmettere la presente istanza corredandola di:

- 1.indicazione dei giorni residui di malattia intervenuti nei tre anni precedenti l'ultimo episodio morboso in corso, prima della scadenza del periodo di comporto di 18 mesi (art. 48, comma 1 CCNL CFL 2019/2021);
- 2.descrizione delle mansioni svolte dal/dalla sottoscritto/a.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa.

Il/la richiedente è a conoscenza che, in assenza o in caso di incompleta documentazione di cui sopra, non sarà possibile l'inoltro della pratica alla competente Commissione Medica presso l'INPS.

Data e Luogo

Firma del richiedente _____

ALLEGATO 2

Alla UOD 50.14.01
Stato giuridico ed inquadramento
del Personale - Applicazione
istituti normativi e contrattuali

Per il tramite dell'Ufficio di appartenenza

Oggetto: **Richiesta inidoneità al proficuo lavoro** ai sensi del D.P.R. 171/2011.

Il/la sottoscritto/a nato/a
a il e residente a
..... in
Via.....- dipendente della Giunta regionale della
Campania in qualità di (Area)..... ex
Cat..... Pos. Economica..... (matricola.....), in servizio
presso.....luogo di lavoro.....

Chiede

di essere sottoposto/a a visita dalla Commissione medica presso l'INPS, onde ottenere l'inidoneità
al proficuo lavoro ai sensi del D.P.R. 171/2011.

A tal fine, dichiara:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| -di essere attualmente in servizio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -di essere attualmente in malattia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -di voler inoltrare richiesta di visita domiciliare | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -di voler richiedere un ulteriore periodo di aspettativa | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| -che l'infermità è già stata giudicata ai fini della dipendenza da causa di servizio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

(barrare le caselle d'interesse)

- recapito telefonico.....(obbligatorio)
- mail(obbligatorio)
- indirizzo pec.....

Si allega la seguente documentazione da inoltrare alla Commissione medica presso l'INPS

- 1.certificato del medico curante attestante le patologie di cui il richiedente è affetto;
- 2.copia estratto del verbale di visita contenente il giudizio del medico competente nel caso di personale soggetto a sorveglianza sanitaria ex d. lgs. 81/2008;
- 3.rapporto informativo ai sensi dell'art. 15 d.p.r. 461/2001 con evidenziazione delle motivazioni della richiesta dell'accertamento sanitario;
- 4.copia documento di identità.

Chiede al proprio Ufficio di trasmettere la presente istanza corredandola di:

- 1.indicazione dei giorni residui di malattia intervenuti nei tre anni precedenti l'ultimo episodio morboso in corso, prima della scadenza del periodo di comporto di 18 mesi (art. 48, comma 1 CCNL CFL 2019/2021);
- 2.descrizione delle mansioni svolte dal/dalla sottoscritto/a.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa.

Il/la richiedente è a conoscenza che, in assenza o in caso di incompleta documentazione di cui sopra, non sarà possibile l'inoltro della pratica alla competente Commissione Medica presso l'INPS.

Data e Luogo

Firma del richiedente _____

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome.....nato/a.....

Ildomiciliato/a aVia.....

.....stato civile.....figli n documento di

Riconoscimento n..... rilasciato il.....dal occupazione attuale

.....data della cessazione del lavoro.....per.....

Anamnesi remoti e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)

E' titolare di rendita – pensione-indennizzi ecc.....

Specificare tipo e percentuale di invalidità.....

Stato generale.....alt. Cm.....peso Kg.....

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, sfregi, ecc.).....

Apparato cardiovascolare.....

Polso.....Respiro.....Pressione Arteriosa.....Vasi.....

Apparato Respiratorio.....

Apparato Digerente.....

Ernie (sede, riducibilità,uso di cinti).....

Organi ipocondriaci.....

Apparato Osteoarticolare (in particolare evidenza le limitazioni funzionali).....

Articolazioni.....

.....

E' provvisto di apparecchio protesico.....

.....

Sistema endocrino.....

.....

Sistema nervoso e psiche.....

.....

Occhi e vista.....

.....

Orecchio e udito.....

.....

Apparato Urogenitale.....

.....

Altri organi e apparati.....

.....

Documentazioni sanitarie eseguite dal dipendente (cartelle cliniche accertamenti sanitari, ecc).....

.....

.....

Eventuali terapie praticate.....

.....

.....

Diagnosi.....

.....

.....

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il/la dipendente.....

si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Data.....

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico