

# DOVE SONO FINITI I “FALSI INVALIDI”?

Carlo Giacobini \*

*Una riflessione sul sistema dei controlli, sugli esiti e sui risparmi ottenuti*

## INNANZITUTTO LA CRONACA

Non è certo per amore dell'affabulazione che apriamo la nostra riflessione sulla “caccia ai falsi invalidi” partendo da due fatti di cronaca recenti (riportati nei Box 1 e 2) ma simili ad altre vicende alle quali i giornali e i giornalisti ci hanno abituato.

## DOMANDE PRELIMINARI

I fatti in esame, inoppugnabili prevalentemente anche come verità processuali, sono ovviamente avvincente motivo di cronaca, più o meno vellicante l'indignazione popolare, ma qual è la loro reale consistenza numerica? Quanto incidono i casi truffaldini sul montante di oltre tre milioni di provvidenze assistenziali per minorazioni erogate annualmente a circa due milioni e seicentomila persone?

È un dato che non è censito in modo organico. Gli stessi rapporti annuali degli ultimi due anni della Guardia di Finanza non citano il termine “falsi invalidi” o lemmi riconducibili a tal fenomeno.

La prima domanda evidente, e solo apparentemente ingenua, è: come è possibile che in questi episodi sia stato aggirato il sistema

### BOX 1 – CRONACA DA PALERMO

Palermo, luglio 2015

La notizia è quella di una sostanziosa truffa all'INPS grazie ad un'organizzazione criminosa volta a favorire il riconoscimento di false invalidità.

Ma è utile conoscere i retroscena e il percorso che ha portato a scoprire i falsi invalidi. In questa storia c'entra (involontariamente) un collaboratore di giustizia, ma soprattutto la sua donna. Un amico presta loro un appartamento e la donna frugando in un armadio trova decine e decine di fascicoli destinati a INPS: certificati fasulli, documentazione, ecc.

La brava donna ne parla con il collaboratore (di giustizia) – che comunque conosce bene quegli impicci – e pensa bene di chiedere al proprietario dell'appartamento – tal Cinà – (amico loro) 10mila euro per tenere la bocca chiusa. Il “caso” vuole che la telefonata sia intercettata e che l'Arma inizi a farsi qualche domanda e ad avviare la pratica investigativa che si conclude, per ora, con 17 misure cautelari (di cui 6 arresti) emesse dall'ufficio gip di Palermo. Il Cinà e altri oltretutto erano recidivi per lo stesso reato. In base a quanto emerso dalle intercettazioni, ogni “aspirante invalido” versava mensilmente a Cinà una somma precedentemente stabilita. In seguito alle segnalazioni dell'Arma dei Carabinieri l'INPS ha potuto verificare 28 casi, di cui soltanto 4 erano regolari.

Per 24 persone, tutte gravitanti attorno alla figura di Cinà, è così scattato il blocco dei pagamenti. Per ogni singolo falso invalido scoperto, è stato chiesto all'Inps di fornire l'elenco dei pagamenti effettuati dalla data di decorrenza della pensione fino al giorno della revoca. La prassi criminosa risalirebbe almeno al 2007.

### BOX 2 – CRONACA DA NAPOLI

Napoli, agosto 2015

Questa volta è la Guardia di Finanza a smascherare 26 falsi invalidi, ma soprattutto ad indagare 29 persone per associazione a delinquere e truffa aggravata ai danni dello Stato.

Infatti l'inchiesta ha svelato l'esistenza di una vera e propria organizzazione criminosa, che ruota attorno alla figura di Giovanni Giungati, assistente di un medico. Giungati aveva organizzato un vero e proprio mercato di documentazioni mediche false. Le Fiamme Gialle hanno sequestrato decine di timbri e carte intestate anche di ospedali e aziende sanitarie locali.

I documenti contraffatti sono stati utilizzati dai 26 falsi invalidi (quelli scoperti) per ottenere oltre alle provvidenze per invalidità civile, anche altri ulteriori benefici, come agevolazioni fiscali e permessi parentali (legge 104/1992). Ora la documentazione è in Procura a Napoli in attesa di giungere a processo, ma nel frattempo i nominativi sospetti sono già stati segnalati all'INPS, che ha provveduto di conseguenza.

\*] Direttore responsabile di HandyLex.org

**BOX 3 – NON SOLO PENSIONI**

Ciò che colpisce negli investigatori e nelle relative “conferenze stampa” è la stima degli importi “truffati”. La stima viene solitamente effettuata sulle provvidenze economiche assistenziali indebitamente percepite. Il calcolo è semplice: si computano i ratei di pensione o indennità e si moltiplicano per il numero di anni e per il numero dei falsi invalidi individuati.

In realtà la sottrazione allo Stato è composta anche da altri elementi economici:

- i benefici fiscali; si pensi, ad esempio, che alle agevolazioni sui veicoli che possono essere attivate con certificazione di invalidità/handicap. All'erario in questo caso viene sottratto il 18% di IVA (che è a regime agevolato del 4%), il 19% della spesa sostenuta in termini di IRPEF non versato, l'esenzione dal pagamento del bollo auto, l'esenzione dalle imposte di trascrizione. Una stima: su un veicolo del valore di 15.000 (IVA esclusa) si sottraggono all'Erario poco meno di 6.000 euro, più circa 250 euro di bollo annui;
- le agevolazioni lavorative; si pensi che i permessi lavorativi ex art. 33 della legge 104/1992 sono 3 giorni al mese e sono pagati non dall'Azienda, ma dall'INPS; significa che 36 giorni l'anno sono impropriamente retribuiti dalle casse dello Stato. A questo si aggiunga la possibilità di ottenere, in aggiunta, due anni di congedo retribuito, anch'esso indennizzato a carico dello Stato.

Ciò, ovviamente, solo per limitarci al danno economico diretto e per sottolineare che la sua stima non può certo essere limitata alle provvidenze assistenziali illecitamente percepite. Devono inoltre essere quantificati i danni indiretti, quali l'accesso agevolato a talune agevolazioni sociali o la possibilità di iscriversi alle liste speciali di collocamento (legge 68/1999) danneggiando le persone con reali e gravi minorazioni.



di riconoscimento e di validazione dei verbali di invalidità civile che è uno dei più serrati che la pubblica amministrazione conosce? Serve davvero un sistema così elefantico se poi fatti come quelli citati riescono a rimanere impuniti per anni?

La seconda domanda è più subdola e nasce da una premessa: negli ultimi anni, in modo enfatico, si sono autorizzati ed effettuati un milione e 250mila di controlli sugli invalidi civili, ciechi civili, sordi con costi organizzativi e gestionali enormi

e con risultati assai modesti.

Su queste colonne già anni fa avevamo paventato che progressivamente gli esiti (leggasi ricavi) sarebbero stati ridicoli rispetto alla spesa media annua (circa 17 miliardi dichiarati da INPS), alle spese sostenute, ai disagi creati ai cittadini.

Ed ecco la domanda: dopo oltre un milione di controlli INPS, come mai questi scandali vengono scoperti dalla Guardia di Finanza o dai Carabinieri? Come mai solo le due Armi che segnalano gli abusi all'INPS e non viceversa?

In realtà sono proprio queste vicende che dimostrano, ulteriormente, un'inefficacia delle reiterate "campagne" contro i cosiddetti "falsi invalidi". Ma è una realtà che è evidente, ne siamo convinti, prima di tutto all'INPS e di seguito vedremo il perché.

### COME SI OTTIENE UN VERBALE DI INVALIDITÀ E DI HANDICAP

Dicevamo che l'iter per il riconoscimento delle condizioni sanitarie che sono la premessa per il rilascio del verbale di invalidità o di handicap è uno dei più stringenti – qualcuno direbbe vessatori – che la pubblica amministrazione attui. Infatti gli atti vengono controllati due volte.

La prima valutazione la effettua, su richiesta dell'interessato, una Commissione ASL a cui partecipano 6 medici incluso un medico dell'INPS e un operatore sociale nei casi della valutazione dell'handicap (legge 104/1992).

Sei medici, quindi: non una commissione monocratica. Sei operatori che consultano la documentazione sanitaria prodotta dall'interessato, che ne effettuano un esame clinico obiettivo e, in caso di dubbi, sospendono il giudizio inviandolo ad ulteriori valutazioni specialistici o strumentali.

Una volta chiuso e approvato il verbale viene trasmesso all'INPS che effettua la verifica sugli atti e ha facoltà di chiedere ulteriore documentazione o di convocare (il che accade) l'interessato per una visita autonoma ulteriore.

Se il verbale e i controlli danno esito positivo, la Commissione INPS (omogenea per composizione e numero di componenti a quella ASL) convalida definitivamente il verba-

### LE CAMPAGNE CONTRO I FALSI INVALIDI

#### 1996-1999

I primi piani di verifica straordinaria furono fissati già nel 1996 dal Governo Prodi (il primo). Le misure normative erano contenute in uno dei primissimi decreti legge emanati da quel Governo. La legge 8 agosto 1996, n. 425, stabilisce anche "un piano straordinario per l'effettuazione di almeno 150.000 verifiche sanitarie (...) da effettuarsi, anche senza preavviso, nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo".

La competenza delle verifiche (150.000 per gli anni 1996 e 1997) viene attribuita al Ministero del Tesoro.

Con l'articolo 52 della legge n. 449/1997 è stato poi fissato un ulteriore piano straordinario da 100.000 verifiche da effettuarsi fra il 1998 e 1999. Come andarono quelle verifiche? Quante furono le provvidenze revocate? Non esistono, a conoscenza di chi scrive, dati definitivi, circostanziati ed accessibili. Totali in 3 anni: 250mila verifiche.

#### 2008

È nel 2008 che s'inizia a programmare (dopo i controlli degli anni 1998/99) in modo sistematico, una intensa verifica sulle invalidità civili. Si formalizza questo intento nella legge 6 agosto 2008, n. 133 che, all'articolo 80, prevede un ingente piano straordinario di almeno 200.000 posizioni da verificarsi a cura dell'INPS.

#### 2010

Mentre sono ancora in corso i controlli predisposti nel 2008, su proposta del Governo, il Parlamento approva, in agosto, la legge n. 102/2009. L'articolo reca il titolo "Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile" e prevede altre 100.000 verifiche nel corso del 2010, affidate, ovviamente, all'INPS.

#### 2011-2012

Non sono ancora iniziati i controlli previsti per il 2010, che – su proposta del Governo – viene approvata, il 30 luglio 2010, la legge n. 122. L'articolo 10 prevede un Piano straordinario di 250.000 verifiche nel 2011 e nel 2012. Totale: 500.000 verifiche in due anni.

#### 2013-2015

La legge di stabilità per il 2013 (legge 24 dicembre 2012, n. 228) all'articolo 1, comma 109, prevede che l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), nel periodo 2013-2015, realizzi, un piano di ulteriori 150.000 verifiche straordinarie annue, aggiuntivo rispetto all'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, nei confronti dei titolari di benefici di invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità. Totale: 450.000 verifiche.

le e ne comunica l'esito all'interessato. Se ha diritto alle provvidenze economiche inizia la parte amministrativa. Ma fermiamoci qui.

Il concetto è: esiste da oltre vent'anni una forma di doppio controllo su ciascun atto, ciascun verbale dovrebbe essere stato valutato e preso in esame da un numero minimo

di 12 medici appartenenti a due diversi enti fra loro indipendenti.

La conclusione la si lascia al Lettore: o il doppio controllo è inefficace (oltre che costoso), visto ciò che produce, oppure il fenomeno dei "falsi invalidi" non ha poi una consistenza significativa. Oppure tutte e due.

Anni	Controlli	Criteri di campionamento
2009	200.000	Invalidi maggiorenni di età inferiore ai 78 anni; il campionamento è proporzionato all'incidenza territoriale degli invalidi civili per abitanti. Esclusi dai controlli le persone affette dalle patologie di cui al d.m. 2 agosto 2007 (gravi stabilizzate o ingravescenti).
2010	100.000	I titolari di indennità di accompagnamento e di comunicazione, ma solo di età compresa fra i 18 e i 67 anni; gli invalidi parziali di età compresa fra i 40 e i 60 anni. Il campione è estratto su chi percepisce assegni o indennità da prima del 1° aprile 2007. Esclusi dai controlli le persone affette dalle patologie di cui al d.m. 2 agosto 2007.
2011	250.000	Come nel 2010 e come campione aggiuntivo gli invalidi civili, ciechi civili e sordi – titolari di provvidenze economiche – il cui certificato di invalidità preveda una revisione fra luglio e dicembre 2011.
2012	250.000	Come nel 2011 e come campione aggiuntivo gli invalidi civili, ciechi civili e sordi – titolari di provvidenze economiche – il cui certificato di invalidità preveda una revisione fra luglio e dicembre 2012.
2013	150.000	Come nel 2012.
2014	150.000	Come nel 2013.
2015	150.000	Come nel 2014, con l'incorporazione di tutti i verbali per i quali è prevista rivedibilità (legge 114/2014).

Tabella 1 – I piani di verifica

## QUANTI SONO STATI I CONTROLLI

Ci chiedevamo anche come l'Arma e le Fiamme Gialle potessero scoprire questi casi dopo centinaia di migliaia di controlli di INPS.

Bisogna premettere che fra le ordinarie attività affidate ad INPS c'è anche quella di effettuare con sistematicità controlli a campione (pari almeno al 5% del numero complessivo dei titolari di provvidenze economiche) per verificare la permanenza delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo alla concessione delle provvidenze economiche assistenziali. Inoltre l'Istituto effettua controlli incrociati con il Casellario delle pensioni e con l'Agenzia delle entrate relativamente ai requisiti reddituali laddove questi siano previsti. La progressiva digitalizzazione delle procedure e delle banche dati ha reso più efficiente e veloce queste seconde attività di controllo. Alla normale attività di controllo si sono aggiunti negli anni i cosiddetti piani di verifica straordinaria sul-

le provvidenze economiche spettanti a invalidi, sordi e ciechi civili. Per limitarci all'intervallo di tempo fra il 2008 e la fine del 2015 il Parlamento ha approvato l'esecuzione di 1.250.000 controlli alla ricerca dei falsi invalidi.

### Gli esiti

Circa i successi o gli insuccessi di questa ondata di controlli vanno distinti due periodi "storici" diversi per l'enfasi e per i contenuti. La prima, entusiastica quanto ampiamente smentita, va dal 2009 al 2012. Quella più dimessa e più in sordina è quella più recente.

Vale quindi la pena riaprire i dossier di allora.

Nel febbraio 2011, informalmente (cioè senza indicare nel dettaglio i dati) il presidente dell'INPS, Antonio Mastrapasqua, dichiara che nel corso del 2010, sono "andati a segno" il 23% dei controlli, che cioè il 23 per cento delle posizioni controllate sarebbero state irregolari e avrebbero prodotto revocche delle prestazioni. I giornali sintetizzano: «Un invalido su quattro

è falso» (ovviamente pochi precisano che il dato sarebbe sul campione sapientemente selezionato dall'INPS).

Nella seduta del 21 luglio 2011, la Camera approva cinque mozioni relative a diverse questioni sull'invalidità. Quattro di esse, esplicitamente, partono dal presupposto (dichiarato e agli atti) che un invalido su quattro controllato dall'INPS fosse un "falso invalido" (dati poi, nel silenzio generale, smentiti dal Ministro del lavoro e dall'INPS stesso). Tutte le mozioni sono approvate a maggioranza.

**Ottobre 2011.** Su interrogazione scritta e reiterata del deputato Reguzzoni, allora capogruppo alla Camera della Lega Nord, il Ministro del lavoro, nell'ottobre del 2011, fornisce le informazioni sugli effetti dei controlli: nel 2009 sono state revocate, in seguito a 200.000 controlli, 21.282 prestazioni (pensioni, assegni o indennità). Nel 2010, su circa 100.000 controlli, sono state revocate 9.801 provvidenze economiche. Il totale delle provvidenze re-



(Medici convenzionati, medici rappresentanti di categoria e operatori sociali) sono

anno 2010	euro 10.294.192,96
anno 2011	euro 27.282.797,71
anno 2012	euro 32.737.917,20
anno 2013	euro 30.974.719,86
<b>Totale</b>	<b>Euro 101.289.627,73</b>

Tabella n. 2 – Spesa sostenuta dall'INPS per l'impiego di risorse esterne

vocate in due anni (300.000 controlli) è pari dunque a 31.0831.

Secondo i dati ministeriali, la percentuale delle prestazioni revocate sul totale è stata dell'11,6% nel 2009 e del 10% nel 2010 (dati del Ministero del lavoro, ottobre 2011). Quindi il Ministero smentisce ciò che aveva affermato Mastrapasqua nel febbraio precedente.

**Settembre 2011.** «Abbiamo revocato pensioni di invalidità per il 10%, per il 35% abbiamo modificato il giudizio sanitario. Per le revocche siamo in attesa di eventuali contenziosi». Lo dice Nori a fine settembre 2011 durante un convegno promosso dalla Confcommercio abruzzese. Mauro Nori allora il direttore generale dell'INPS ritiene dunque che per le pensioni di invalidità, la quota di "falsi invalidi" sia pari al 4%. Ma come arriva a tale conclusione? Sa bene che, alla fine degli inevitabili ricorsi, l'INPS soccombe in giudizio nel 60% dei casi (Fonte: Relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) per l'esercizio 2009, Corte dei Conti, Delibera 84/10, p. 104). Il che significa che quel 10% è al lordo del contenzioso.

**2012, 2013:** Ancora... Mastrapasqua rilancia il successo ora del 22 ora del 24% di posizioni irregolari, ma iniziano le precisazioni che spesso non si tratta propriamente di "falsi invalidi", ma anche di persone a cui è stata ridotta al percentuale di invalidità. Ai più attenti osservatori appare evidente che l'Istituto si dibatta in non poche difficoltà. E anche altri segnali lo confermano.

I fatti più recenti li vediamo di seguito.

### COME TI COSTRUISCO UN CAMPIONE

In tutta questa vicenda l'INPS ha due notevoli difficoltà. La prima è gestionale e cioè di disporre di medici in numero sufficiente per le verifiche, di organizzare le convocazioni, di svolgere i procedimenti amministrativi in modo corretto. Il costo è enorme anche perché il migliaio di medici direttamente dipendenti dell'Istituto non sono certo sufficienti. Quindi deve ricorrere a "consulenze esterne".

Ma il secondo problema è ancora più insidioso e riguarda la scelta delle persone da verificare cioè la costruzione del campione, tenendo presente che:

- deve essere rispettata la norma che impone la non rivedibilità nei casi di patologie o affezioni gravi e stabilizzate o ingravescenti (legge 80/2006 e d.m. 2 agosto 2007),
- non possono essere verificate persone che sono già state oggetto di verifica,
- non dovrebbero essere sottoposte a verifica le persone che sono state accertate la prima volta dopo il 2007 (quando INPS è subentrata al Ministero del Tesoro),

- il campione selezionato deve portare al maggior numero possibile di revocche.

All'inizio, nel 2008, sembra tutto molto semplice. Alla fine INPS – come vedremo – finirà in un collo di bottiglia.

Nel primo piano di verifica, quello del 2008 l'individuazione del "campione", cioè dei criteri per individuare le persone da sottoporre a visita, è demandata ad un successivo decreto ministeriale (29 gennaio 2009). Il decreto esclude dai controlli le persone affette dalle patologie di cui al decreto 2 agosto 2007 (gravi patologie stabilizzate o ingravescenti), i residenti in Regione Valle d'Aosta e nelle Province autonome di Trento e Bolzano; le persone di età inferiore ai 18 anni e di età superiore ai 78 anni; i titolari di prestazioni sospese, gli invalidi inviati o da inviare a visita sanitaria di revisione rispettivamente dopo il 1° luglio 2007 o entro il 30 giugno 2010.

Per i controlli del 2010 è l'INPS che fissa le sue condizioni nella circolare n. 76 del 22 giugno 2010. Il campione, infatti, viene estratto su:

- i titolari di indennità di accompagnamento (ciechi e invalidi) e di comunicazione, ma solo di età compresa fra i 18 e i 67 anni compiuti;
- i titolari di assegno mensile di assistenza (invalidi parziali), ma solo di età compresa fra i 40 e i 60 anni;
- chi percepisce assegni o indennità da prima del 1° aprile 2007, cioè dalla data in cui la gestione amministrativa è passata completamente all'INPS.

Le verifiche non riguardano, quindi, né i minori, né gli anziani oltre i 67 anni di età (cioè la fascia più ampia dei percettori di indennità di accompagnamento), né gli in-

validi al 100% che ricevono la sola pensione di invalidità. Sono, inoltre, esclusi dai controlli – e questo non per scelta dell'INPS, ma per imposizione di legge – le persone affette da gravi menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti (decreto interministeriale 2 agosto 2007), ai quali è già stata riconosciuta quella condizione. Sono, infine, esclusi dagli accertamenti gli anziani (over 65), cioè invalidi che percepiscono l'assegno o la pensione sociale.

Per i piani da condurre nel 2011 e 2012 INPS, rispetto alle procedure, mantiene le indicazioni già fornite per il 2010, ma inizia a trovarsi in affanno nell'individuare un campione efficace (per i suoi obiettivi). Una riprova la si rileva nel Messaggio INPS 6763 del 16 marzo 2011, che fissa alcuni criteri aggiuntivi per allargare il campione dei controllati.

Il Messaggio INPS stabilisce che verranno sottoposti a verifica gli invalidi civili, ciechi civili e sordi – titolari di provvidenze economiche – il cui certificato di invalidità preveda una revisione fra luglio e dicembre 2011. L'INPS motiva questa scelta come un'azione a vantaggio del Cittadino che otterrebbe risposte più certe e rapide. In realtà, la scelta dell'INPS, al di là di una prima apparenza, non apporta vantaggi per il Cittadino e offre, al contrario, all'Istituto un bacino di potenziali persone da controllare i cui contorni sono bene definiti e su cui sono più probabili le revocche delle provvidenze economiche (che comunque avverrebbero, ma che in questo modo sono attribuibili all'azione dell'INPS e non alla normale routinaria attività delle ASL).

Per i piani dal 2013 al 2015 l'INPS ha mantenuto gli stessi criteri, cioè

includendo nel campione anche le persone che sarebbero state comunque riviste e per le quali comunque era possibile, e in molti casi probabile, che vi sarebbe stata una revoca delle provvidenze. Opportunamente in un messaggio successivo, l'INPS ha previsto di valutare, in caso di certificato a scadenza, anche il verbale di handicap.

L'intera vicenda dimostra appunto come l'INPS sia sempre più in difficoltà nell'individuare "invalidi" da verificare.

### LA PROVA DEI FATTI

Viste le cicliche dichiarazioni entusiastiche di certa parte dell'INPS, qualcuno ha voluto chiedere ufficialmente chiarimenti. L'ha fatto Donata Lenzi, capogruppo PD alla Commissione Affari Sociali della Camera, con una specifica interrogazione parlamentare a risposta scritta al Ministero del lavoro.

Ha risposto (seduta di Commissione del 29 maggio 2014) il sottosegretario del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Franca Biondelli, riportando, pedissequamente, i dati forniti dall'INPS su taluni aspetti, volutamente, lacunosi.

La risposta precisa che sono state effettuate (2010/2013) dall'INPS 854.192 verifiche straordinarie. Sono state revocate, per mancata conferma dei requisiti sanitari o assenza a visita medico legale, 67.225 provvidenze. Il che corrisponde al 7,9% delle verifiche. Non il 23%! Né un invalido ogni quattro. Quanto stima di aver ricavato l'INPS da questa gigantesca operazione di controllo?

Lo dice la risposta all'interrogazione: 352,7 milioni di euro per l'intero periodo in esame e cioè 4

anni (2010/2013). Ma attenzione: questa cifra si riferisce anche alle cosiddette "ricostituzioni" cioè a persone a cui è stata riconosciuta una percentuale più bassa di invalidità e quindi ha ottenuto una prestazione di importo inferiore. Esempio classico, e ci risulta non infrequente, il titolare di indennità di accompagnamento alla verifica risulta solo invalido al 100% (senza necessità di assistenza agli atti quotidiani della vita): la sua posizione viene ricostituita e riceverà solo la pensione, ma non più l'indennità.

Il "risparmio" è lordo anche perché per questa straordinaria mole di lavoro l'INPS è dovuto ricorrere anche a medici esterni e lo dice la stessa risposta agli atti parlamentari: la spesa dichiarata dal 2010 al 2013 è di 101,2 milioni totali.

Il risparmio quadriennale sarebbe quindi di 251,2 milioni totali, il che significa una media di 61,8 milioni di risparmio annuo.

Ancora lordi, ma che rappresentano un risparmio annuo dello 0,33 per cento della spesa annua per le provvidenze agli invalidi civili (16,7 miliardi secondo il bilancio sociale INPS 2013).

Da questo "bottino", vanno poi detratte le spese per il personale interno (che INPS non dichiara): altri medici, dirigenti, softwaristi, impiegati amministrativi, spese di struttura, spese di spedizione di 850.000 comunicazioni. Si può azzardare una stima prudenziale: altri 70 milioni.

Il risparmio scende a 181,2 milioni (45,3 milioni annui).

Non è finita. Come correttamente ricorda la risposta in Commissione, il risparmio va inteso al lordo del contenzioso. Tradotto: chi si vede revocare la pensione o l'indennità fa ricorso. Nel 40% dei casi l'INPS soccombe in giudizio ed

Verifiche straordinarie	854.192
Provvidenze revocate	67.225
Percentuale provvidenze revocate su totale verifiche	7,9%
Risparmio dichiarato	352,7
Risparmio medio annuo lordo	88,2
Spesa totale per medici esterni	101,3
Risparmio netto (1)	251,4
Risparmio medio annuo netto	62,8
Spesa annua per provvidenze invalidi	16.700
Percentuale di risparmio annuo su spesa invalidità	0,33%

Tabella n. 3 – “Falsi invalidi”: risultati operativi 2010-2013

Fonte: documenti allegati alla Seduta della XII Commissione Permanente (Affari sociali), Camera dei deputati, 29 maggio 2014.

Gli importi finanziari sono espressi in milioni di euro.

(1) In realtà è cifra ancora al lordo dei costi di gestione interni all'INPS e al lordo dei contenziosi in giudizio.

è obbligato a restituire, con gli interessi, il “maltolto” pagandoci pure le spese legali.

Molto prudenzialmente è da ritenere che l'INPS (che oltretutto si serve in larga misura di legali esterni, come “lagnato” dalla Corte dei Conti) perda in questa operazione almeno altri 70 milioni.

Quindi il “risparmio” scende ancora... Ma dalla lettura della risposta in Commissione affari sociali viene confermato anche il sospetto circa il computo strumentale delle normali visite di revisione già predi-

sposte dalle ASL nel campione da sottoporre ai Piani di verifica straordinaria.

Ad esempio, a molti malati oncologici viene riconosciuta l'indennità di accompagnamento per il periodo in cui seguono cicli di chemioterapia o nella fase di maggiore acuzie, riservando la possibilità di rivedere successivamente l'invalidità e di revocare, per via ordinaria, l'indennità di accompagnamento. Insomma, non sono “falsi invalidi” e ricevono normalmente un sussidio nella fase di maggiore necessità.

Orbene: dalla risposta all'interrogazione che contiene anche i dati “epidemiologici”: le revoche di provvidenze ai malati oncologici passano dal 3% del 2009 al 33% del 2012, segno evidente che i “falsi invalidi” si vogliono (o si debbono) ricercare laddove il problema non sussiste.

A discolpa dell'INPS va rammentato che le scelte e gli orientamenti generali non sono certo dell'Istituto, ma del Parlamento e di taluni Ministri che ne hanno sospinto le scelte.

## IL REDDE RATIONEM

Siamo in molti ad attendere il 2016. Lo attendiamo dal dicembre 2012, quando è stata approvata la legge di stabilità per il 2013 (legge 228/2012) che all'articolo 1, comma 109 prevede non solo l'esecuzione di un Piano di 450.000 verifiche straordinarie, ma che il ricavato (detratte le spese annesse e connesse sostenute dall'INPS) confluisca nel noto Fondo per le non autosufficienze fino ad una concorrenza di 40 milioni.

In quel momento si potrà rilevare e dare una cifra economica ad una campagna che – per ora – ha prodotto di certo solo stigma e discriminazione.