

## **RASSEGNA STAMPA Venerdì 10 maggio 2013**

Flop dei super-ticket. Incassi dimezzati  
**IL SOLE 24 ORE**

Il superticket fa flop - 8,5% per visite ed esami  
**DOCTORNEWS**

L'allarme di Bissoni (Agenas): "Sulle famiglie i ticket sanitari pesano più dell'IMU e dell'IVA".

**QUOTIDIANO SANITA'**

Romani (M5S): "Il SSN si sta sfaldando. Troppi tagli e ticket. E così il privato costa meno"

**QUOTIDIANO SANITA'**

La sanità elettronica e i medici di medicina generale: aumenta la soddisfazione di sanitari e pazienti.

**DOTTNET**

Medici. Lo Smi scrive a Lorenzin: "Basta precariato nella sanità"  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Dottori miei, scienziati immaginari  
**L'ESPRESSO**

Le pensioni nel mirino dell'INPS  
**IL MONDO**

L'INPS non può trattenere i contributi di malattia  
Corte costituzionale. Stop alle regole sull'irripetibilità di quanto pagato.  
**IL SOLE 24 ORE**

Funzione pubblica: riduzione visite fiscali INPS non vale per il pubblico impiego.

**QUOTIDIANO SANITA'**

Licenziamenti senza certificato.

**ITALIA OGGI**

La politica ora parla di pensioni adeguate.

**IL SOLE 24 ORE**

Forum in previdenza 2013

**IL SOLE 24 ORE**

Previdenza facile

**IL SECOLO XIX**

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**

Sanità. Lo studio dell'Agenas

# Flop dei super-ticket Incassi dimezzati

**Paolo Del Buono**

Tartassati dai ticket che oggi valgono 150 euro per ciascun italiano "non esente" e che nel 2014 rischiano di schizzare a 300-350 euro, fino a 700 a famiglia. Mentre le Regioni si leccano le ferite e calcolano perdite per 400 milioni per effetto proprio dei superticket. Dai quali gli italiani scappano e rinviano le cure. Paradossi italiani. Ma non troppo: perché nel 2014, se scatterà addirittura un aumento di 2 miliardi del ticket, la batasta sarebbe pesantissima. A fare i conti sugli effetti dei ticket è il primo studio dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) sulle prestazioni specialistiche, presentato ieri a Roma. Prestazioni che nel primo trimestre 2012 rispetto al 2011 sono costate di più e sono anche diminuite per l'effetto del bisogno di spendere meno anche rinunciando alle cure e della fuga dal servizio pubblico verso pre-

stazioni private low cost più convenienti del ticket, ma spesso con meno garanzie di qualità.

Con il sistema attuale di copayment i due miliardi in più di ticket dal 2014 raddoppierebbero la spesa dei 15 milioni di cittadini non esenti, con un onere complessivo medio per famiglia (oltre 700 euro circa per due persone) superiore a quello dell'Imu sulla prima casa, ha sottolineato Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia. Equità addio, quindi.

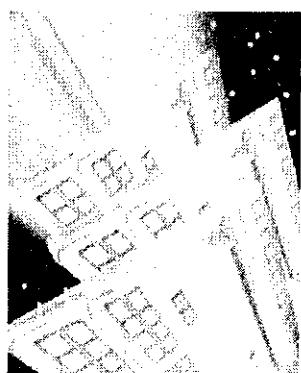
E al danno si rischia di unire la beffa: il Documento di economia e finanza 2013 - ha spiegato il presidente Agenas, Giovanni Bissoni - parla di minori entrate per lo Stato di 2 miliardi, legate allo stop che ticket dato dalla sentenza della Corte costituzionale 187/2012. Il Def - che non prevede risorse aggiuntive - evidenzia però anche una minore spesa 2012 di 2,7 miliardi rispetto alle previsioni. Ma si tratta risparmi anti-deficit, non di mag-

giori risorse e pensare di coprire così i mancati ticket manderebbe in tilt i bilanci di tutte le Regioni, anche le più virtuose.

Lo studio mette in risalto anche una diminuzione media dell'8,5% delle prestazioni specialistiche, specie per gli esami di laboratorio, importanti per garantire le diagnosi, e con il calo maggiore nei presidi privati accreditati col Servizio sanitario nazionale (-11,8% rispetto al -7,6% delle strutture pubbliche). «Tutto il sistema ticket-esenzioni ha evidenziato distorsioni negli effetti prodotti sia per la spesa che per l'equità - ha concluso Cesare Cislagli, uno degli autori dello studio - e sarebbe quindi opportuno che fosse rivisto se non ridimensionando, almeno ristrutturando, perché a pagare sia chi può farlo e non chi ha redditi bassi o già subisce spese extra come i malati cronici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il superticket fa flop, -8,5% per visite ed esami



L'aumento dei ticket non dà i risultati sperati per le casse pubbliche. Un argomento sostenuto ripetutamente da molti esperti, che ora riceve la conferma dai numeri. Il ticket da dieci euro richiesto al cittadino che ha bisogno di esami e visite specialistici è entrato in vigore nel 2011. Avrebbe dovuto fruttare 834 milioni di euro, o almeno a tanto ammontava la copertura da parte dello Stato. Tuttavia, come ha comunicato ieri il presidente dell'Agenas **Giovanni Bissoni**, all'appello mancano almeno 300 milioni, infatti «le entrate sono circa dimezzate», attestandosi tra i 400 e i 500 milioni. La cifra non è precisa, poiché si tratta di una stima che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ha estrapolato a partire dai dati di undici Regioni che hanno condotto approfondimenti specifici in merito. **Valerio Fabio Alberti**, presidente della Federazione di Asl e ospedali (Fiaso), aveva evidenziato a [DoctorNews33](#) il paradosso secondo cui un eccessivo rincaro delle tariffe non corrisponde a un analogo incremento delle entrate. Ora lo confermano le cifre dello studio Agenas: il cosiddetto superticket voluto dal ministro Tremonti, ha avuto l'effetto di provocare una diminuzione delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale: è la prima volta che si verifica e il calo è dell'8,5%. Come prevedibile questo valore medio è determinato specialmente dalla riduzione di prestazioni specialistiche ed esami richiesti da coloro che non hanno un'esenzione dal ticket: tra questi cittadini, il calo è del 17,5%. «Il rischio - aveva ammonito Alberti - è quello di avviare dei fenomeni di esclusione sociale dalle garanzie assistenziali». Un'altra conseguenza è la fuga verso un privato che offre in alcuni casi servizi più convenienti rispetto al servizio sanitario pubblico. Forse i nuovi dati indurranno il governo a riflettere sui nuovi rincari dei ticket previsti a partire dal prossimo anno.

Venerdì 09 MAGGIO 2013

# L'allarme di Bissoni (Agenas): "Sulle famiglie i ticket sanitari pesano più dell'Imu e dell'Iva"

***Uno studio dell'Agenzia mostra gli effetti del "superticket": 400 euro a famiglia, che da gennaio potrebbero raddoppiare. Pesantissimo per i cittadini che pagano. Ridotte del 17,2% le prestazioni richieste. Ma ci rimette anche il Ssn che non compensa i mancati finanziamenti. LO STUDIO. TABELLA TICKET REGIONI.***

Il superticket sull'assistenza specialistica introdotto con la finanziaria 2011, l'ultima firmata da Tremonti, sembra aver fallito l'obiettivo. Avrebbe dovuto compensare un mancato finanziamento al Ssn di 830 milioni, ma le stime dicono che complessivamente dovrebbe aver prodotto un gettito di soli 244 mln. E in alcune Regioni, come il Veneto, tra il 2011 e il 2012 si è registrata addirittura una riduzione delle somme provenienti dai ticket.

I dati vengono da uno studio condotto dall'Agenas, nell'ambito del progetto Remolet (Rete di monitoraggio dei livelli essenziali tempestiva), e sono stati presentati questa mattina alla stampa da Giovanni Bissoni, presidente dell'Agenzia, Fulvio Moirano, direttore dell'Agenas, e Cesare Cislaghi, che ha curato l'indagine.

"Questo lavoro mostra come la riduzione di finanziamenti di ulteriori due miliardi dal gennaio 2014, prevista dalla stessa finanziaria 2011, sia insostenibile per il sistema" ha sottolineato Giovanni Bissoni. "Non sta a me dare soluzioni – ha aggiunto – ma non affrontare questa scadenza imminente è un fatto grave, anche perché l'impatto dei ticket su chi li paga è più pesante dell'Imu o dell'Iva, che stanno avendo tanta attenzione".

Bissoni ha poi richiamato gli effetti negativi prodotti dall'introduzione del superticket. Innanzitutto il fatto che i cittadini non esenti abbiano richiesto al Ssn il 17,1% in meno di prestazioni specialistiche. "Non possiamo certo pensare – ha detto – che questo sia un dato positivo, di maggiore appropriatezza. Si tratta invece o di casi in cui si è rinunciato per ragioni economiche, o di prestazioni acquistate direttamente dal privato, che le offre a prezzi concorrenziali, ponendo anche problemi in termini di qualità e sicurezza".

E questa riduzione delle prestazioni danneggia due volte il Ssn, che ha realizzato entrate al di sotto delle aspettative, ma con costi fissi inalterati.

Illustrando i dati sull'applicazione dei ticket a livello regionale, Fulvio Moirano ha rimarcato come "alcune differenze tra Regioni nel gettito da ticket sono riconducibili alle diverse scelte compiute nell'applicazione delle norme sulla compartecipazione, sia come importi che come fasce di esenzione". Proprio per questo, ha aggiunto, "riteniamo di dover approfondire questo tema attraverso la nostra attività di ricerca".

I dati del progetto Remolet sono quelli forniti volontariamente ad Agenas da alcune Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio Campania e Sicilia) e corrispondono dunque all'80% della popolazione italiana, riportati poi ad una dimensione nazionale attraverso stime affidabili.

In particolare, lo studio illustrato oggi da Cesare Cislaghi ha messo a confronto i dati sui ticket per la specialistica (clinica, diagnostica e laboratorio) tra il primo semestre 2011 e il primo semestre 2012, quando è entrato in vigore il superticket. In media si è registrata una diminuzione delle prestazioni erogate a carico del Ssn dell'8,5%, distribuita su tutte le aree ma più marcata per gli esami di

laboratorio. Questa riduzione è inoltre più rilevante nelle strutture private accreditate (-11,8%) che nelle strutture pubbliche (-7,6%), mentre nella fascia di popolazione che non ha esenzioni né per reddito né per patologie (che corrisponde alla metà circa di coloro che fanno ricorso alle prestazioni specialistiche) ha raggiunto il 17,2%.

Trattandosi di percentuali rilevanti, non giustificabili sotto il profilo epidemiologico, questo vuol dire che una parte di cittadini, visti i maggiori costi delle prestazioni del Ssn, ha deciso di non richiederle o rinunciandovi del tutto o acquistandole dalle strutture private, che spesso le offrono a costi competitivi rispetto a quelli del Ssn.

Di conseguenza, tra il 2011 e il 2012, malgrado l'introduzione del superticket gli introiti derivanti dalla compartecipazione dei cittadini al Ssn, secondo le stime di questo studio sono cresciuti solo di 244 mln, una cifra ben lontana da quella ipotizzata, che era di 830 mln.

Venerdì 09 MAGGIO 2013

# Romani (M5S): "Il Ssn si sta sfaldando. Troppi tagli e ticket. E così il privato costa meno"

**L'allarme lanciato dal neo vice presidente 5 Stelle della Commissione Igiene e Sanità del Senato. "Ma la colpa non è della crisi ma di chi pensa di combatterla tagliando la sanità". "Le recenti misure anticrisi hanno reso il ricorso al privato conveniente nella diagnostica di base e nella specialistica".**

"Il Sistema sanitario nazionale, una delle riforme sociali che l'Europa e tutto il mondo hanno sempre considerato come un modello di eccellenza, si sta sfaldando". Così il vice presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Maurizio Romani (5 Stelle), sottolineando come "i primati conquistati nella sconfitta della mortalità infantile, nella speranza di vita delle donne e degli uomini, nella diffusione capillare su tutto il territorio dei presidi medici, si stanno sempre più deteriorando". "Non per la crisi economica e la mancanza di risorse - spiega Romani - ma perché si ritiene di combattere la crisi stessa tagliando sul sistema di protezione della salute".

"Una recentissima ricerca del Censis - ha detto ancora l'esponente 5 Stelle intervenendo durante il dibattito sul Def 2013 - parla di oltre nove milioni di persone che hanno dovuto rinunciare alle cure sanitarie per motivi economici nell'ultimo anno: sono donne, anziani, famiglie con figli".

"Se si fanno più consistenti anche nelle Regioni in piano di rientro segnali di cambiamento verso una maggiore responsabilizzazione delle gestioni - ha poi detto Romani - non mancano tuttavia segnali preoccupanti sul fronte della qualità dell'assistenza. In altri termini, scende la percentuale sul Pil che già era tra le più basse d'Europa, ma appare più verosimile ritenere che questo sia dovuto ai tagli lineari delle risorse piuttosto che all'eliminazione degli sprechi".

"Inoltre - ha aggiunto - dilagano truffe e malaffare: per queste voci, il danno erariale calcolato ammonta a 333 milioni di euro. Il risultato è spaventoso e le strutture pubbliche sono quelle più interessate dal malaffare".

"Considerando con attenzione il bilancio di alcune Regioni del Nord, solitamente ritenute virtuose - ha sottolineato poi Romani - si rileva che in realtà non lo sono. Spesso i fondi a disposizione della Regione sono incrementati con l'*incoming* di turismo sanitario, attraverso il quale la Regione può permettersi di dare ai propri cittadini forse qualcosa di più grazie a fondi tolti ad altre Regioni".

Da qui una forte critica al federalismo sanitario: "Non si può ignorare come il processo di decentramento a favore delle autonomie locali - ha detto - abbia evidenziato ed accentuato il divario esistente tra le Regioni italiane in relazione al conseguimento degli obiettivi di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate a fronte della spesa sostenuta".

Per aggiungere che "come se non bastasse, le recenti misure anticrisi hanno reso il ricorso al privato conveniente nella diagnostica di base e nella specialistica, mentre il taglio dei fondi (meno 93 per cento) ha reso virtuali i servizi sociali e determinato un aumento della domanda impropria alla sanità".

Da qui il sospetto di una privatizzazione strisciante. Secondo Romani, infatti, "sembra si voglia suggerire che con la privatizzazione del sistema funzionerebbe tutto a meraviglia, nascondendo sotto il tappeto le più recenti truffe del privato ai danni del pubblico: dal San Raffaele di Milano al San Filippo Neri di Roma, alla Fondazione Maugeri; da tutti i professionisti trovati nella totale illegalità operativa sino alle

varie truffe su farmaci e ricoveri. E mentre nei Paesi in cui lo Stato sociale è difeso e rafforzato si soffrono meno le conseguenze delle speculazioni finanziarie mondiali, in Italia si va in senso contrario”.

“In questa situazione - per l'esponente 5 Stelle - servono approcci nuovi. L'assistenza sanitaria non è una merce del mercato, ma un bene comune. Il fine non è il profitto, ma un utilizzo condiviso del bene che ne preserva nel tempo la disponibilità. In effetti, la sanità, in quanto bene pubblico che sarebbe meglio definire a gestione istituzionale, viene di fatto gestita da direttori generali all'interno di un modello aziendalistico che consente loro di esercitarne un uso privato. E quasi mai sono create le condizioni in cui i membri della comunità possono svolgere al meglio la gestione comune del bene. Per noi un bene comune è libero da valori. Il suo esito può essere buono o cattivo, sostenibile oppure no. E per garantire sistemi durevoli e stabili abbiamo bisogno di chiarezza, di buone capacità decisionali e di strategie di gestione collaborativa”.

“La medicina - ha concluso Romani - deve tornare ad essere uno strumento di cura delle persone e non di oggetti pazienti. La società potrà trarre solo beneficio dalla consapevolezza profonda di cosa sia davvero la malattia, non solo per il corpo, ma anche per lo spirito.

## La sanità elettronica e i medici di medicina generale: aumenta la soddisfazione di sanitari e pazienti

**La survey dell'Osservatorio ICT Sanità su 1064 Medici di Medicina Generale, condotta in collaborazione con Doxapharma e la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, mostra come anche tra questi attori nel 2012 una riduzione della spesa ICT per effetto della pressione al contenimento delle spese.**

L'utilizzo delle tecnologie digitali, tuttavia, è ormai consolidato tra i Medici di Medicina Generale che accedono a Internet per scopi professionali (ricerca di informazioni sanitarie, scambi di email con i pazienti, forum, blog, chat, ecc.) più volte al giorno (nel 57% dei casi) o almeno una volta al giorno (28%), senza considerare le attività certificative o quelle per condividere database del Sistema Sanitario Nazionale. Risulta essere ampiamente utilizzata l'email come mezzo di comunicazione digitale nello svolgimento della professione (96% dei rispondenti), seguita da strumenti 2.0 come forum e mailing list (42%), instant messaging (25%) e social network (25%). Tra questi ultimi, in particolare, spicca Dotnet che secondo altri sondaggi (Eurisko e Manhattan Research) risulta essere tra i più noti in Europa e il numero uno in Italia. In molti casi, tuttavia, gli strumenti più innovativi registrano un basso livello di soddisfazione, forse perché ritenuti meno efficaci e meno formali nell'interazione con i pazienti e gli altri attori del Sistema Sanitario Nazionale, diversamente da quanto accade utilizzando l'email. L'analisi dei servizi ICT utilizzati a scopo professionale mostra una diffusione quasi totale di strumenti come la scheda individuale del paziente e dei certificati di malattia online, seguiti dai sistemi di formazione a distanza (e-learning) utilizzati dal 67% dei medici del campione, dalle ricette elettroniche (56% contro il 23% del 2011) e dal Patient Summary (50%). C'è un buon livello di interesse per servizi meno diffusi, come i sistemi di integrazione con i medici specialisti, i sistemi di Tele-consulto (con altri medici o con specialisti di strutture sanitarie) e le soluzioni di Evidence Based Medicine al punto di cura. Aumenta la soddisfazione per alcuni servizi come i certificati online, mentre sono frequenti i giudizi critici sulle esigenze di maggiore usabilità delle attuali applicazioni ICT: oltre alla semplicità di utilizzo, per i Medici è fondamentale che siano sicure, affidabili e accessibili ovunque, anche attraverso dispositivi mobili. "I Medici di Medicina Generale mostrano un crescente interesse per le tecnologie digitali – spiega Mariano Corso, Responsabile Scientifico dell'Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di

Milano – si tratta, tuttavia, ancora di una informatizzazione di base: la diffusione degli strumenti più innovativi è ancora bassa, a causa di una scarsa cultura informatica dei medici e di una offerta percepita come ancora non in grado di garantire l'usabilità e l'affidabilità richieste.”

### Il punto di vista del cittadino

L'Osservatorio ICT in Sanità, in collaborazione con Doxa, ha attivato un'analisi sistematica per dare voce al paziente e rilevare la soddisfazione dei cittadini sul servizi sanitari erogati delle strutture ospedaliere e dai Medici di Medicina Generale. La survey condotta su 1001 cittadini ha consentito di valutare tre aree del Sistema Sanitario Nazionale, attraverso un modello basato su 35 indicatori. L'assistenza ospedaliera. I servizi per cui i cittadini sono più insoddisfatti sono il Pronto Soccorso e le visite specialistiche ambulatoriali, in particolare per i problemi all'accesso alle prestazioni, per i tempi di attesa, per il comfort delle strutture, per la qualità delle informazioni ricevute, la cortesia e la disponibilità del personale medico-infermieristico. Mentre i giudizi migliori si ottengono per la professionalità e la qualità delle cure ricevute, soprattutto nell'ambito delle visite e degli esami specialistici. L'assistenza dei Medici di Medicina Generale. Il livello di soddisfazione sull'assistenza fornita dal Medico di Medicina Generale è alto: l'81% dei cittadini è soddisfatto o molto soddisfatto. Anche in questo caso, a generare più insoddisfazione sono l'accesso a prestazioni, i tempi di attesa e il comfort dello studio medico.

#### I servizi digitali al cittadino.

L'utilizzo dei servizi digitali da parte dei cittadini risulta ad oggi piuttosto limitato, sia per la mancanza di offerta sia per la scarsa consapevolezza della presenza e delle potenzialità dei servizi stessi. Solo il 35% dei cittadini ha utilizzato un servizio informatico e in molti casi si tratta semplicemente della consultazione dei siti web per ottenere informazioni sui medici e le strutture sanitarie. Il livello di utilizzo è superiore tra i giovani (15-24 anni), i laureati, e al Nord e Centro Italia rispetto al Sud. Sarebbe pertanto necessario da parte dei diversi attori del sistema sanitario promuovere maggiormente l'utilizzo di Internet come strumento di

comunicazione e relazione col cittadino. I tre servizi più rilevanti per i cittadini sono i sistemi di prenotazione e annullamento online delle prestazioni (esami o visite), il download dei referti via web e le informazioni dettagliate sui medici e sulle strutture sanitarie. Risulta inoltre elevato il livello di soddisfazione nell'utilizzo dei servizi relativi ai referti web, alle ricette mediche elettroniche, al pagamento online delle prestazioni e all'utilizzo di email per comunicare con il proprio medico di base e di forum/blog per condividere perplessità e domande con medici specialisti. È importante evidenziare che un minor livello di soddisfazione è rilevato nell'utilizzo dei siti web per la consultazione dei tempi medi di attesa, servizi che spesso non riportano una comunicazione trasparente e aggiornata. "La diffusione tra i cittadini di cultura digitale e strumenti di accesso alla rete rappresenta per i governi regionali, le strutture sanitarie e i Medici di Medicina Generale una grande opportunità per erogare servizi e informazioni, la cui efficacia è destinata a incidere sia sulla qualità percepita che sull'efficienza del Sistema Sanitario – spiega Mariano Corso, Responsabile Scientifico dell'Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano – Non cogliere questa opportunità vorrebbe dire perdere competitività e allontanare ancora di più la Sanità dai cittadini."

# quotidianosanità.it

Venerdì 09 MAGGIO 2013

## Medici. Lo Smi scrive a Lorenzin: "Basta precariato nella sanità"

**Questo l'appello del Sindacato dei Medici Italiani al nuovo ministro della Salute, Beatrice Lorenzin con una lettera inviata oggi, a firma del segretario Salvo Calì. "Serve una soluzione politica e strutturale a questo problema".**

Lo Smi scrive al neo Ministro Lorenzin in merito all'emergenza precari in sanità. Nella missiva, Calì, con una sintetica premessa ricorda il "momento, delicato e difficile", che attraversa il Paese e augurando un buon lavoro al neo ministro mette in evidenza come il Ssn abbia "bisogno di cure mirate all'insegna della modernizzazione e dell'appropriatezza", che, "la chiave di volta di questo intervento è la necessità di rispondere adeguatamente alla mutata domanda di salute, all'invecchiamento della popolazione, alla cronicità e alle sfide della prevenzione".

"Servono risorse – aggiunge Calì - eliminazione di sprechi, una nuova governance (senza ingerenze dei partiti e basata sul merito), una forte riorganizzazione dell'ospedalità, delle cure primarie, del territorio, dell'emergenza, della domiciliarità". "In questa ottica – continua - servono anche strumenti normativi nuovi per la valorizzazione della professione medica e il superamento dell'attuale modello di relazioni lavorative, puntando su un contratto unico dei medici che metta fine al settorialismo e ai particolarismi che hanno distinto la nostra sanità pubblica in questi anni. Infine, serve mettere un freno al neo centralismo regionale, conseguenza della riforma del Titolo V, quello che lo Smi ha definito il "malinteso federalismo"».

Dopo questa breve analisi del contesto, il segretario dello Smi chiede al ministro di intervenire urgentemente su uno «dei principali problemi che affligge oggi il mondo sanitario nazionale e, in particolare, in termini quantitativi, le regioni del Meridione d'Italia: l'emergenza precariato».

"Questa condizione – spiega - si traduce in uno stato di sofferenza che coinvolge i medici che, dopo anni di lavoro e il superamento di numerose selezioni concorsuali, non hanno a tutt'oggi alcuna certezza sul futuro e vedono i propri posti di lavoro fortemente a rischio, con evidenti e innumerevoli implicazioni di ordine morale e sociale anche per le famiglie di questi professionisti e con ripercussioni inevitabili sulla qualità delle prestazioni erogate".

Calì, insiste sul "ruolo fondamentale della componente precaria nell'attività quotidiana del Ssn: la non stabilizzazione del rapporto di lavoro di queste professionalità, determinerebbe una drastica riduzione qualitativa e quantitativa dell'assistenza ai pazienti, sino al rischio di non assicurare i LEA (Livelli essenziali di assistenza). Se soffrono i professionisti, se incerta è la loro prospettiva, se insomma non fanno squadra con gli altri professionisti per la labilità della loro posizione lavorativa, allora si indebolisce anche il Ssn".

Nella lettera si precisa, inoltre, come il personale, assunto a seguito di pubbliche selezioni per titoli ed esami, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale, è in servizio a tempo determinato continuativamente da molto tempo (in taluni casi da oltre un decennio) e garantisce i L.E.A, servizi di elezione ed urgenze, guardie, reperibilità e quant'altro, oltre ad essere impegnato in attività didattiche riconosciute nei percorsi formativi delle scuole di medicina e chirurgia delle Università. Gli avvisi pubblicati sulla GURI durante gli ultimi anni sono, infatti, relativi sia all'area dell'urgenza-emergenza sia all'area clinica, che

attualmente risultano pertanto garantite con il contributo essenziale e determinante dei "precari".

"Nonostante da anni si rincorrono le promesse, per una generazione intera di camici bianchi – denuncia ancora Cali - i concorsi languono e a quelli già espletati non viene dato seguito mediante assunzione. Sulla scorta di quanto detto e alla luce degli avvenimenti degli ultimi anni (piano di rientro, accorpamenti tra Azienda, spending review, concorsi insufficienti in termini quantitativi) che hanno imposto il blocco del turn-over, lo Smi chiede la regolarizzazione delle posizioni lavorative del personale precario della dirigenza, reclutato attraverso regolari e numerose procedure selettive di pubblico concorso nazionale per titoli ed esami e ora regolarmente in servizio in regime di proroga e/o rinnovo. È necessario voltare pagina, anche per porre fine a situazioni umilianti come quelle che vedono, a causa della fusione di Aziende e di alcune procedure di mobilità attuate, la coesistenza in servizio, per la stessa disciplina, di figure di dirigenza sanitaria a tempo indeterminato molto più giovani di altre precarie e a tempo determinato, ma che prestano da sempre e con maggiore anzianità la loro attività professionale. Tutto ciò deve finire, serve una immediata ed equa normalizzazione. Serve altresì bandire finalmente i concorsi per i posti vacanti, coperti oramai da troppi anni, per diverse ragioni non più accettabili, da medici con contratti a tempo determinato, conferiti sempre con graduatorie per titoli rinnovate anche di anno in anno, con il risultato di non costruire sani percorsi professionali a vantaggio dei cittadini, del Ssn, oltreché degli stessi medici".

Nella missiva si sottolinea, infine, l'impegno storico dello Smi contro questo fenomeno, sia dal punto di vista politico sia sotto quello sindacale. Cali fa riferimento alle tante battaglie "condotte, anche in ambito giuridico, a tutela di colleghi che hanno così ottenuto il giusto riconoscimento dei propri diritti". "Solo per citarne una – prosegue - si ricorda la recente vittoria del ricorso presso il tribunale del lavoro di Civitavecchia, poi confermato dalla Corte d'Appello di Roma, per il riconoscimento dei requisiti per ottenere l'indennità di esclusività a tutti i colleghi che hanno avuto un rapporto di lavoro precario, con interruzioni, al fine di raggiungere la continuità di servizio. Un grande e recente successo che spinge lo SMI a proseguire sulla strada della tutela del diritto ma anche nella lotta contro ogni situazione penalizzante nei confronti dei medici e della loro professionalità".

"Ma al di là della via giudiziaria – conclude il suo appello il segretario dello Smi - serve una soluzione politica e strutturale a questo problema. Per questa ragione chiediamo al suo ministero e al Governo di mettere fine all'emergenza precariato e dare, così, finalmente risposte certe alle difficoltà di migliaia di professionisti e meglio garantire così anche i servizi ai cittadini".

Enrico Alleva Università



# Dottori miei, scienziati immaginari

Io nipote è dottorando in diritto del lavoro all'Università la Sapienza di Roma. Devo preoccuparmi? Devo essere felice, orgoglioso, vedere per lui un radioso futuro accademico (o d'altro tipo) o devo considerarlo un giovane "parcheggiato" per tre anni postlaurea per un futuro di (in)certa occupazione? Chissà quante famiglie italiane si pongono questa domanda, soprattutto quelle, affatto poche, per cui il giovane dottorando o aspirante tale è il primo laureato nella storia della stirpe. Dopo infiniti "dottorati sperimentali" oggi anche in Italia il Doctor in Philosophy, PhD, si è assentato almeno nei numeri, comunque in declino e riaccorpamento, come un po' tutte le posizioni del settore universitario.

Nel confronto internazionale due sono le differenze principali: l'autonomia scientifica del dottorando con l'eventuale onere didattico cui viene fieramente sottoposto dal sistema a "scarica barile" fino a soffocarne, mortificando con l'eccessivo carico di lezioni, tutoraggi, esami, l'attività di ricerca vera e propria. E l'esplosione recente dei "dottorati senza borsa": gratis lavoranti, che magari suppliscono con qualche breve borsetta o Co.co. pro per sbarcare il lunario con le difficoltà esistenziali (poco abbienti) o psicologiche (figlie e figli di papà) che immaginerete, durando tre anni in Italia il dottorato.

**DIVERSO E TUTTO** da monitorare da ministro e rettori è invece l'utilizzo del dottorato senza borsa per insegnanti di ruolo (di licei ma non solo,

**Per tre anni, dopo la laurea, dovrebbero imparare a fare ricerca e ad avviare progetti. Ma nella realtà i giovani sono usati per la didattica e per lavori inutili**

è titolo preferenziale per i futuri presidi) e in generale per il personale tutto della Pubblica amministrazione; inclusa per esempio una dottoranda guardia forestale che brillantemente studia faune ittiche all'Università di Tor Vergata di Roma.

**COME QUESTO CASO**, nell'ultimo decennio sono parecchi gli esempi di dottorati elargiti a elementi vivaci e non necessariamente giovanissimi della Pubblica amministrazione: sono casi che andrebbero immediatamente studiati, analizzati e soprattutto propagandati come esempi di un utilizzo non autoreferenziale di risorse per la formazione. Senza scordare alcuni abusi, come quello segnalato astiosamente dall'intelligente direttore di una nota scuola napoleonica pisana, che raccontava di un dipendente che iniziava e non terminava una sequela di dottorati, al fine essenziale di avere diritto a stare a casa pur percependo uno stipendio pieno (ma credo proprio che si sia trattato di casi rari).

Al solito, sono state soprattutto le discipline umanistiche, principalmen-

te nelle università delle grandi e medio grandi città, a usufruirne. Invito a rileggere in Rete i trascurati documenti della Commissione lincea per la ricerca, coordinata dal noto fisico Giorgio Parisi.

Questi dottorati andrebbero promossi e coltivati per innalzare gratuitamente il livello tecnico-culturale dei pubblici impiegati, in urgente strategia di lifelong learning che illustri pedagogisti come Aldo Visalberghi (anche traduttore dell'"Emilio" di Rousseau per Laterza nel 1953) hanno invocato per decenni, inascoltati. Sempre che i provincialissimi docenti-tutor dei malcapitati dottori portaborse non li costringano a studiare per un intero triennio la carie del molare superiore del neonato della formica blu (titolo di fantasia); invece di dare un'apertura culturale e tecnica polifunzionale, duratura nel tempo e oggi soprattutto consistente nel continuare a saper apprendere ben oltre il (breve) periodo della laurea.

**NELL'ACADEMIA ROMANA** il dottorato di ricerca che non produce pubblicazioni ma disperde eccessive energie nella didattica e nel chiacchiericcio locale è detto "portierato di ricerca". A evitare questo pernicioso fenomeno a Firenze i biologi impongono rigorosi controlli bibliometrici annuali. Questa settimana rileggiamo "Una dote per il merito: idee per la ricerca e la università italiane" (a cura di G. Tognon, edizioni Arel). Con prefazione di Enrico Letta, un gran bel progetto tutto in divenire. Socio corrispondente dell'Accademia Nazionale dei Lincei.

## La pensione nel mirino dell'Inps

L'erronea erogazione di contributi pensionistici a favore di mia madre deceduta può essermi addebitata quale erede dall'Inps?

**Caterina N., Milano**

*Il Tribunale di Milano, con sentenza 25 marzo 2013, ha parzialmente accolto il ricorso presentato da una pensionata che contestava l'addebito Inps dovuto a erronea erogazione di contributi pensionistici, precisando che non poteva essere imputata alla signora l'omessa o incompleta segnalazione dei redditi e riducendo l'importo richiesto dall'Inps.*

*La somma, così come determinata all'esito di un giudizio di Appello proposto dall'Istituto, veniva richiesta agli eredi della pensionata i quali, improvvisamente, senza colpa, si erano trovati con un debito verso l'Inps. Gli eredi proponevano dunque ricorso alla Corte dei Conti, sezione per la Lombardia, chiedendo di accertare l'irripetibilità dell'indebito, ovverosia di accertare di non dover restituire nulla all'Istituto (cfr. commi 260 e ss., art. 1 della L. n. 662 del 1996). La Corte Regionale, con sentenza n. 245 del 2 maggio 2012, dichiarava irripetibile la somma, ovverosia dichiarava che gli eredi nulla dovevano restituire all'Inps (art. 52 L. 88/89: la norma introduce il principio della generale non ripetitività dei pagamenti indebiti, fatto salvo il solo caso del dolo dell'interessato, come interpretato anche dall'art. 13 della legge n. 412/91).*

**Avvocato Giuseppe Colucci, LavoroLex, Milano**

**Corte costituzionale.** Stop alle regole sull'irripetibilità di quanto pagato

# L'Inps non può trattenere i contributi di malattia

Non rileva che i datori non fossero tenuti a versare

**Maria Rosa Gheido**

■ Viola l'articolo 3 della Costituzione, in quanto lede la parità di trattamento dei cittadini davanti alla legge, l'articolo 20, comma 1 secondo periodo del decreto legge 112 del 2008, che stabilisce l'irripetibilità di quanto versato dai datori di lavoro a titolo di **contribuzione di malattia**, pur non essendovi tenuti.

La Corte costituzionale torna, con la sentenza n.82 depositata ieri, sull'interpretazione autentica del secondo comma dell'articolo 6 della legge 138 dell'11 gennaio 1943, che esonera l'Inps dal pagamento dell'indennità di malattia quando il trattamento economico per il periodo di malattia debba essere corrisposto, per legge o per contratto collettivo, dal datore di lavoro ma non esonera espressamente quest'ultimo dalla corrispondente contribuzione. La materia era stata oggetto di intervento della Cassazione che, con sentenza 27 giugno 2003, n.10232, sancì che l'articolo 6, comma 2, della legge 138 del 1943, non vale a escludere l'obbligo di contribuzione previdenziale a favore dell'Inps. Da qui l'intervento del Dl 112/2008 su cui già la Corte Costituzionale si è pronunciata con sentenza 48 del 2010 sul primo periodo del comma uno del citato articolo 20, considerando costituzionalmente legittimo interpretare la legge 138/1943 nel senso che i datori di lavoro che hanno

corrisposto per previsione di legge o di contratto collettivo il trattamento economico di malattia ai propri dipendenti, non sono tenuti al versamento della relativa contribuzione all'Inps. In quella occasione la Corte Costituzionale non ha, però, affrontato il secondo periodo del comma 1 dell'articolo 20 che, nel testo originario, esclude la ripetibilità dei versamenti eseguiti prima del 2009. Peraltro, la disposizione in esame è stata ulteriormente modificata dall'articolo 18, comma 16, lettera b), del decreto legge 98 del 2011, il quale ha stabilito che i contributi definitivamente acquisiti alla gestione previdenziale e irripetibili sono quelli versati per periodi anteriori al 1° maggio 2011 (e non più al 1° gennaio 2009). Inoltre, lo stesso articolo 18, comma 16, ha introdotto nell'articolo 20 del decreto legge 112/2008 il comma 1-bis, secondo il quale «a decorrere dal 1° maggio 2011, i datori di lavoro di cui al comma 1 sono comunque tenuti al versamento della contribuzione di finanziamento dell'indennità economica di malattia in base all'articolo 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, per le categorie di lavoratori cui la suddetta assicurazione è applicabile ai sensi della normativa vigente». Osserva la Corte Costituzionale che, per effetto di questa modifica, è confermata la norma di interpretazione autentica che escludeva l'obbligo per i datori di lavoro di versare i contributi se avessero

provveduto a pagare il trattamento economico di malattia, obbligo che è stato reintrodotto a partire dal 1° maggio 2011 pur mantenendo la non ripetibilità di quanto eventualmente versato dai datori di lavoro interessati fino al 30 aprile 2011. Questi versamenti, che resterebbero in base alla norma in argomento, definitivamente acquisiti dall'Inps sono stati, in realtà, indebitamente versati stante che per il periodo precedente al maggio 2011 vale la norma di interpretazione autentica che esclude l'obbligo di contribuzione. La modifica apportata nel 2011 non fa venire meno, quindi, la rilevanza della questione sottoposta alla Corte Costituzionale. La dichiarazione di illegittimità costituzionale interessa quindi l'articolo 20, comma 1, secondo periodo, del decreto legge 112 come modificato dall'articolo 18, comma 16, lettera b), del Dl 98 del 2011.

Con la sentenza 82 di ieri la Corte Costituzionale dichiara, quindi, l'illegittimità costituzionale di questa disposizione e ribadisce quanto già sancito in precedenti occasioni (sentenze 227/2009, 330/2007, 320/2005, 416/2000): sono illegittime, per violazione del principio di uguaglianza sancito dall'articolo 3 della Costituzione, le norme che prevedano l'irripetibilità di quanto versato nel convincimento di adempiere a una obbligazione in realtà inesistente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# quotidianosanità.it

Venerdì 09 MAGGIO 2013

## Funzione Pubblica: riduzione visite fiscali Inps non vale per il pubblico impiego

***Una nota del Ministero specifica che la sospensione delle visite fiscali d'ufficio disposta dall'Inps "non riguarda il pubblico impiego". Il provvedimento riguarda solo le visite disposte d'ufficio (non previste per il settore pubblico), mentre l'Istituto continuerà ad effettuare le visite richieste dai datori di lavoro (i cui oneri sono a loro carico).***

Sulla sospensione delle visite fiscali d'ufficio adottata dall'Inps interviene il Dipartimento della Funzione Pubblica che precisa in una nota che "tale decisione non riguarda il pubblico impiego".

"Il provvedimento adottato dall'Inps – specifica la nota - riguarda solo le visite disposte d'ufficio (non previste per il settore pubblico), mentre l'Istituto continuerà ad effettuare le visite richieste dai datori di lavoro (i cui oneri sono a loro carico)".

Il provvedimento quindi non ha impatto sul lavoro pubblico. Le visite di controllo sullo stato di malattia per il settore del lavoro pubblico sono disciplinate dall'art. 55 septies del d.lgs. n. 165 del 2001, che prevede sempre visite a richiesta della pubblica amministrazione. Le pubbliche amministrazioni possono chiedere le visite di controllo alle aziende sanitarie locali o all'Inps pagando il corrispettivo fatturato per ciascuna visita. Le modalità per chiedere il controllo all'Inps sono regolate dalla circolare n. 117 del 9 settembre 2011, che prevede l'inoltro della richiesta in via telematica.

Pertanto, le pubbliche amministrazioni potranno continuare a fare domanda di visita di controllo sia alle Ausl sia all'Inps a seconda del sistema che ritengono più conveniente ed efficace.

La comunicazione in caso di malattia

# Licenziamento senza certificato

DI CINZIA DE STEFANIS

**E**legittimo il licenziamento del lavoratore che non invia al proprio datore di lavoro (in questo caso una Srl) il certificato medico attestante l'assenza dal lavoro per quattro giorni lavorativi. In caso di malattia il medico curante deve predisporre entro due giorni un certificato in doppia copia contenente diagnosi, prognosi ed eventuale estensione della malattia che il lavoratore deve provvedere a inviare al datore di lavoro nei due giorni successiva al rilascio. Il diritto del dipendente a percepire l'indennità di malattia trae origine dall'invio all'Inps del certificato medico contenente diagnosi, inizio e durata della malattia stessa in modo tale da consentire all'istituto di effettuare i necessari controlli. Solo a tale ultimo fine il termine prescritto per l'invio della certificazione ha carattere perentorio. La tempestiva comunicazione al datore di lavoro, invece, è espressione della corretta esecuzione degli obblighi contrattuali. Questo è il costrutto giuridico della sentenza 7 maggio 2013 n. 10552 della sezione lavoro della Corte di cassazione. Per gli Ermellini

«il giudice d'appello ha correttamente interpretato le norme ... e ha verificato da un canto l'esistenza effettiva della condotta materiale (assenza dal lavoro per più di quattro giorni senza comunicare la giustificazione) e dall'altro ha approfondito anche il profilo soggettivo e ha ravvisato, nella condotta tenuta dal lavoratore nel corso della sua assenza, un comportamento gravemente negligente, consistito nell'aver omesso di verificare la corrispondenza delle prognosi effettuate nelle due diverse certificazioni mediche acquisite (una nell'immediatza del male e l'altra a distanza di due giorni) e in particolare nella non coincidenza dei termini finali tra la prima (trattenuta dal lavoratore) e la seconda inviata al datore di lavoro». Rientra, infatti, tra i normali obblighi di diligenza e correttezza nello svolgimento del rapporto di lavoro, assicurarsi che, impedimenti nello svolgimento della prestazione, pur legittimi, non arrechino alla controparte datoriale un pregiudizio ulteriore per effetto di inesatte comunicazioni che generino un legittimo affidamento nella effettiva ripresa della prestazione lavorativa.



UNA FASE NUOVA

# La politica ora parla di pensioni adeguate

di Maria Carla De Cesari

«Pensioni adeguate». Vigilanza e controllo come «azione sinergica tra pubblico e privato», come «compartecipazione necessaria» e «collaborazione attiva». Il lessico del ministro del Lavoro, Enrico Giovannini, che ieri si è presentato alle Casse dei professionisti, segna una nuova relazione con gli enti di previdenza privati. L'adeguatezza delle prestazioni pensionistiche, che da tempo è al centro delle preoccupazioni dei vertici delle Casse (e che ha ricevuto nella scorsa legislatura una prima risposta con la legge

Lo Presti), è diventata preoccupazione del ministro, condivisa dalla politica nel senso più nobile, insieme con la necessità di garantire la sostenibilità finanziaria delle gestioni e l'equità dei trattamenti delle varie corone di iscritti. L'esigenza delle Casse di garantire l'adeguatezza delle pensioni si è dimostrata credibile. Gli enti privati, infatti, si sono assunti la responsabilità di decidere e mettere in atto le misure per garantire sostenibilità finanziaria a 50 anni e l'equità tra le generazioni. Una prova non scontata, che in un primo momento ha visto lo scontro tra l'ex ministro del La-

voro, Elsa Fornero, e le Casse. Le Casse possono ora spendere il capitale della responsabilità. A maggior ragione questa "moneta" può essere offerta al Parlamento, dove si registra una sostanziale condivisione sulla necessità di rimettere ordine nello statuto degli enti di previdenza (prima di tutto rispetto al riconoscimento dell'autonomia). Si tratta, per il legislatore, di prendere atto che il sistema delle Casse costituisce un fondamentale tassello per garantire il welfare dei professionisti, con i soldi privati, ma senza penalizzazioni dal

**Il Sole 24 ORE**[Stampa l'articolo](#) [Chiudi](#)

9 maggio 2013

## «Forum in previdenza 2013»

Un'autonomia sempre più limitata. Questo il grido di allarme che le Casse di previdenza dei liberi professionisti lanceranno oggi, giovedì 9 maggio a Roma, al "Forum in previdenza 2013", durante il quale si parlerà appunto di "Autonomia delle Casse, tra enunciazioni e contraddizioni". Presente all'evento, organizzato dalla Cassa di previdenza e assistenza dei dottori commercialisti (Cnpadc), anche il ministro del Lavoro, Enrico Giovannini, il presidente della Corte dei conti, Luigi Giampaolino, e i neoeletti presidenti delle commissioni Lavoro di Senato e Camera, Maurizio Sacconi e Cesare Damiano.

La giornata prevede due tavole rotonde. La prima, dedicata a "L'autonomia imperfetta: aspetti economici, gestionali e contributo al macro-sistema" avrà come partecipanti Damiano, Sacconi, l'onorevole Giancarlo Giorgetti, presidente della commissione speciale per l'esame degli atti del Governo, Andrea Camporese, presidente dell'Associazione degli enti di previdenza privati (Adepp) e Renzo Guffanti, presidente della Cnpadc.

Nella seconda tavola rotonda si parlerà di "Stato dell'arte giuridico e possibili linee di evoluzione normativa del sistema Casse" con Roberto Garofali, segretario generale della presidenza del Consiglio, i docenti Aristide Police di Tor Vergata e Francesco Verbaro della Scuola superiore della pubblica amministrazione e Renzo Guffanti.

Il tema dell'autonomia delle Casse, messa in crisi da una serie di interventi normativi che trattano gli enti di previdenza privati alla stregua di quelli pubblici, non è nuovo. Ha però subito un'accelerazione di recente, come lamentano le Casse. Obiettivo del Forum è allora mettere la politica a conoscenza di quanto sta succedendo. Non solo. Il sistema previdenziale privato rilancia l'idea di un welfare delle professioni e di un fondo di garanzia che tuteli i professionisti dal rischio default, possibile solo alleggerendo la pressione fiscale cui oggi sono soggette le Casse.

Il Forum si svolgerà dalle 9.45 alle 13.30 presso il teatro Capranica di piazza Capranica a Roma e sarà trasmesso in diretta streaming sul sito del Sole 24 Ore [www.ilsole24ore.com](http://www.ilsole24ore.com)

9 maggio 2013

# PREVIDENZA FACILE

di ANDREA ZERBO - previdenza@ilsecoloxix.it

## UN DECRETO AIUTA I NATI NEL 1952

Sono nato il 13 febbraio 1952 e lavoro all'Ansaldo Energia. Nel 2012 ho raggiunto quota 96 e senza la riforma Fornero avrei potuto richiedere la pensione (60 anni + 36 di contributi, militare compreso). Vorrei chiedere, alla luce della riforma delle pensioni, ed usufruendo dell'art. 24 comma 15 bis dl 2011, quale sarà la data in cui potrò andare in pensione e come verrà calcolata la stessa. L'azienda ha avviato la mobilità breve, con accesso volontario negli anni 2013/14. Se aderissi quale potrebbe essere la data più adatta?

MATTEO VIGO e-mail

*Mi sembra che sussistano le condizioni per fruire del "15 bis" (art. 24, DL 201/2011) varato (probabilmente) per cer-*

*care di porre qualche rimedio ai danni subiti dalla "classe 1952", la più vessata dalla Riforma Fornero. In via eccezionale, i lavoratori dipendenti del settore privato che abbiano maturato un'anzianità contributiva di almeno 35 anni entro il 31 dicembre 2012 e avrebbero quindi maturato prima del presente decreto i requisiti per il trattamento pensionistico entro il 31 dicembre 2012 possono conseguire il trattamento della pensione anticipata al compimento di un'età anagrafica non inferiore a 64 anni. Venendo al caso specifico, alla data del 31 dicembre 2012 il lavoratore ha 60 anni di età e oltre 36 anni di contributi, raggiungendo l'obiettivo "quota 96". Pertanto, in forza del succitato decreto, potrà andare in pensione il mese successivo al compimento del 64° anno di età, il 1° marzo 2016. I contributi maturati fino al 31*

*dicembre 2011 saranno conteg-*

giati col sistema retributivo, quelli successivi (1 gennaio 2012 - 1 gennaio 2016) col sistema contributivo.

## PENSIONI FASULLE E INVALIDI VERI

Sono un invalido civile al 100% dal 2008, quando ho subito una frattura traumatica ad una vertebra lombare ed un intervento neurochirurgico per la rimozione di un ascesso cerebrale, in seguito al quale è derivata una riduzione permanente del mio campo visivo ed uno stato epilettico. Da quel giorno, non guido e non lavoro più (ero carpentiere edile), inoltre il quadro osteoporotico vertebrale ha continuato a peggiorare limitandomi nelle attività quotidiane. Percepisco l'assegno d'invalidità Inps, categoria

IO/ART n. 34120730, categoria Inveiv n. 07026043. In seguito, con tale documentazione clinica, ho fatto domanda per inabilità lavorativa con l'aiuto del caf Acli di Chiavari. La prima domanda venne respinta ed anche il ricorso è stato respinto in data 29 gennaio 2013. Chiedo gentilmente se non ho effettivamente diritto ad essere dichiarato inabile al lavoro e se non ho altresì diritto all'assegno di accompagnamento che mi è stato negato. Posso usufruire della Legge 104 ma mi hanno spiegato che senza l'accompagnamento non ha alcuna utilità.

GIANNI SPINETTO e-mail

*Come spesso accade nel nostro Paese, le iniziative eclatanti vanno a colpire obiettivi diversi da quelli dovuti. La crociata contro i falsi invalidi, iniziata con la Legge 122/2010, si è ri-*

*velata un atto persecutorio contro i veri invalidi e un colpo di spugna per coloro (commis-*

*sioni mediche in testa) che hanno frodato la Pubblica Amministrazione. La succitata legge ostacola il ricupero coatto illecitamente percepito dal falso invalido anche nei casi più eclatanti. L'Inps, per aver indietro le somme indebitamente erogate, deve citare in giudizio il falso invalido e vincere fino alla Corte di Cassazione. Inoltre la stessa legge non prevede sanzioni penali a carico dei componenti delle Commissioni Mediche che hanno attestato false invalidità. Per contro, a ottobre 2010, il Direttore Generale*

*Inps ha inviato ai medici dell'Istituto una circolare contenente disposizione severissime in materia di invalidità. A quanto sembra, il suo è un caso tipico che sembrerebbe testimoniere il clima di ostilità nei confronti delle persone disabili. Purtroppo, dopo la reiezione del ricorso resta soltanto la via giudiziaria, ma finché non sarà variato il quadro normativo della materia si tratta di una strada difficile. Per quanto riguarda la Legge 104-1992, considerata la sua incapacità lavorativa, potrebbe essere utile per avere assistenza da parte di un parente o affine entro il secondo grado che potrebbe fruire di 3 giorni (o l'equivalente in ore) al mese di permessi retribuiti a carico dell'Inps, a condizione che sia stata riconosciuta la condizione di grave disabilità ai sensi della Legge 104-1992, articolo 3, comma 3.*