

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Signor
Graziano Pestoni
e cofirmatari
Deputati al Gran Consiglio

Interrogazione 27 ottobre 2006 n. 242.06

Soppressione dell'importo forfetario per la dieta di fr. 2'100.- annui per gli invalidi e gli anziani affetti da diabete mellito al beneficio di prestazione complementare AVS/AI

Signori deputati,

con la vostra interrogazione sollevate il problema della soppressione dell'importo forfetario per la dieta per i beneficiari di prestazione complementari affetti da diabete mellito e ponete i seguenti quesiti:

1. **Quanti questionari sono stati inviati?**
2. **Quanti forfait sono stati soppressi complessivamente?**
3. **Quanti forfait sono stati soppressi anche a fronte di questionari ritornati con l'attestazione del medico curante che la dieta risulta d'importanza vitale e che provoca spese supplementari ai normali costi per l'alimentazione?**
4. **Chi si è assunto la relativa responsabilità sul piano medico-sanitario? È stato coinvolto l'Ufficio del medico cantonale?**
5. **Chi ha deciso l'estensione della sentenza nel campo delle prestazioni complementari sulle rendite AVS e sulla base di quali motivazioni?**
6. **È stato considerato che un conto è riorientare le abitudini alimentari di un sessantenne e completamente altra questione è riorientare le abitudini alimentari di un settantenne, ottantenne, novantenne - che vive ancora al proprio domicilio? È stato consultato a tal proposito un medico geriatra?**
7. **È stato considerato che la decisione di soppressione del forfait può verosimilmente essere interpretata, in particolare dall'anziano, come un messaggio del "cantone" che un regime dietetico non è più necessario? Sono state valutate le conseguenze di questa interpretazione sul piano della salute e anche sul piano finanziario (maggiore consumo medicinali, ecc.)?**
8. **È stato considerato il valore in termini di strumento di politica di prevenzione del forfait? È stata coinvolta a tal proposito la Sezione sanitaria?**
9. **Vi è una direttiva dell'UFAS riguardo l'applicazione della sentenza P 47/05?**
10. **Vi è una direttiva a livello intercantonale riguardo l'applicazione della sentenza P 47/05?**
11. **La questione è stata oggetto di analisi e valutazione in seno al Consiglio di Stato?**

Premessa

L'articolo 9 dell'Ordinanza federale sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari (OMPC) prevedeva, fino al 31 dicembre 2007, quanto segue:

"Le spese supplementari debitamente comprovate, causate da un regime dietetico d'importanza vitale prescritto da un medico a persone che non vivono né in un istituto né in un ospedale, sono considerate spese di malattia. Va rimborsata una somma forfetaria annua di 2'100 franchi".

Prima di una recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA), si riteneva che le persone affette da diabete mellito dovessero acquistare specifici prodotti che comportassero una spesa supplementare rispetto ai prodotti alimentari reperibili sul mercato alimentare normale.

Il TFA con sentenza del 6 aprile 2006 ha statuito, in maniera inequivocabile, che il regime dietetico prescritto ai diabetici, anche necessitanti di insulina, non provoca maggiori costi.

La decisione del Tribunale federale delle assicurazioni deve pertanto essere applicata anche in Ticino.

La risposta alle singole domande è la seguente.

Prima domanda

I questionari sono stati trasmessi a 1'209 beneficiari di prestazione complementare che usufruivano del forfait per la dieta.

Seconda domanda

A seguito della decisione del Tribunale federale delle assicurazioni per 1'125 casi è stato tolto dal calcolo della prestazione complementare l'importo per le spese supplementari dovute alla dieta d'importanza vitale.

Terza domanda

Il fatto che in alcuni casi il medico curante abbia indicato che la dieta risultava d'importanza vitale e che provoca spese supplementari ai normali costi per l'alimentazione è ininfluenza alla luce del giudizio del TFA. In nessuno dei casi esaminati i medici curanti hanno indicato in che cosa consiste il maggior costo; i medici si sono limitati a rispondere alla specifica domanda con un "sì", senza indicare quali prodotti alimentari provocano maggiori spese.

Quarta domanda

Secondo la giurisprudenza relativa al diritto a prestazioni erogate dalle assicurazioni sociali, non è importante chi effettua la valutazione degli aspetti medici; lo è invece il modo. All'interno dell'IAS si è potuto usufruire, considerato che l'Ufficio cantonale dell'assicurazione invalidità dispone di un servizio medico regionale competente per la valutazione nell'ambito della sua assicurazione sociale, delle relative competenze medico assicurative. Il servizio medico regionale ha così contribuito con le proprie competenze alla corretta applicazione della nuova giurisprudenza.

Quinta domanda

La sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni riguarda specificatamente il settore delle prestazioni complementari.

Sesta domanda

La prestazione complementare è una prestazione sociale di complemento, subordinata quindi alla situazione economica del richiedente. Il fabbisogno vitale scoperto è determinato dalla differenza fra le spese riconosciute ed i redditi determinanti considerati.

A titolo accessorio le prestazioni complementari coprono anche determinante prestazioni di cura contemplate dalla legge. Secondo la citata giurisprudenza, le diete, oggetto dell'interrogazione parlamentare, non rientrano nel campo di applicazione materiale della legislazione sulle prestazioni complementari.

Nella fattispecie, per l'applicazione del diritto, non è quindi stato necessario consultare un medico geriatra.

Settima domanda

Per queste patologie è consigliata l'assunzione moderata di cibi grassi, come pure il divieto del consumo di bevande alcoliche. L'assunzione moderata di grassi consente il mantenimento delle proporzioni dei nutrienti (zuccheri, proteine, grassi) secondo le comuni norme alimentari che ognuno, anche sano, dovrebbe osservare. Una simile dieta corrisponde anche a quella prescritta a pazienti diabetici.

Non vi è alcuna evidenza che dimostri la necessità di prodotti alimentari di preparazione particolare e/o non reperibili sul mercato alimentare normale.

Ottava domanda

L'applicazione di un'assicurazione sociale, quale quella delle prestazioni complementari all'AVS/AI, non rientra nelle competenze della Sezione sanitaria.

Nona domanda

L'UFAS non ha dovuto emanare una direttiva specifica, perché la sentenza del TFA chiarisce l'interpretazione e l'applicazione dell'attuale specifico paragrafo sulle diete della direttiva federale relativa alle prestazioni complementari.

Decima domanda

Come già indicato vi è una direttiva federale, valida per tutti i Cantoni, che regola questa fattispecie.

Undicesima domanda

L'articolo 5 della Legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC) in vigore fino al 31 dicembre 2007 stabilisce le competenze cantonali. La norma recita:

I Cantoni stabiliscono:

a. l'importo destinato alla copertura del fabbisogno vitale giusta l'articolo 3b capoverso 1 lettera a;

- b. l'importo delle spese di pigione giusta l'articolo 3b capoverso 1 lettera b fino a concorrenza, in un anno, di:
1. 12'000 franchi per le persone sole,
 2. 13'800 franchi per i coniugi e le persone con figli che hanno o danno diritto a una rendita;
- c. l'importo lasciato a disposizione delle persone che vivono in un istituto per le spese personali.

²Se è necessaria la locazione di un appartamento in cui è possibile spostarsi con una carrozzella, l'importo massimo stabilito dai Cantoni è aumentato di 3600 franchi.

³I Cantoni possono:

- a. limitare le spese prese in considerazione a causa del soggiorno in un istituto o in un ospedale;
- b. aumentare fino a concorrenza di un quinto l'importo della sostanza che sarà computato quale reddito dei beneficiari di rendite di vecchiaia in istituti e ospedali (art. 3c cpv. 1 lett. c);
- c. al massimo raddoppiare l'importo della franchigia degli immobili menzionato nell'articolo 3c capoverso 1 lettera c;
- d. rinunciare ad applicare l'esonero concesso sull'immobile che serve da abitazione alle persone designate nell'articolo 3c capoverso 1 lettera c, e anticipare le prestazioni complementari nell'ambito di un credito ipotecario gravante l'immobile abitato da tali persone.

Dal 1° gennaio 2008, a seguito della nuova perequazione finanziaria e della nuova legge federale sulle prestazioni complementari, le competenze cantonali sono regolate dagli articoli 10 cpv. 2, art. 11 cpv. 2 e art. 14 cpv. 1 e 2 LPC che citano:

Art. 10 cpv. 2

Per le persone che vivono durevolmente o per un lungo periodo in un istituto o in un ospedale (persone che vivono in un istituto o in un ospedale), le spese riconosciute sono le seguenti:

- a. la *tassa giornaliera*; i Cantoni possono limitare le spese prese in considerazione a causa del soggiorno in un istituto o in un ospedale;
- b. un importo per le spese personali, stabilito dal Cantone.

Art. 11 cpv. 2

Per le persone che vivono in un istituto o in un ospedale, i Cantoni possono fissare l'importo della sostanza derogando al capoverso 1 lettera c. Possono tuttavia aumentarlo di un quinto al massimo.

Art. 14 cpv. 1

I Cantoni rimborsano ai beneficiari di una prestazione complementare annua le seguenti spese comprovate dell'anno civile in corso:

- a. di dentista;
- b. di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne;
- c. di cure balneari e rigeneratrici ordinate dal medico;
- d. per diete;
- e. di trasporto al più vicino luogo di cura;
- f. di mezzi ausiliari; e
- g. di partecipazioni ai costi secondo l'articolo 64 LAMal.

Art. 14 cpv. 2

I Cantoni designano le spese che possono essere rimborsate secondo il capoverso 1. Possono limitare il rimborso alle spese necessarie nell'ambito di una fornitura di prestazioni economica e appropriata.

L'articolo 14 della legge di applicazione della legge federale del 6 ottobre 2006 concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LaLPC) del 23 ottobre 2007 cita a proposito dell'argomento sollevato con l'atto parlamentare:

Prodotti dietetici

Le spese supplementari debitamente comprovate, causate da un regime dietetico d'importanza vitale prescritto da un medico a persone che non vivono né in un istituto né in un ospedale, sono considerate spese di malattia. Va rimborsata una somma forfetaria annua di 2100 franchi.

Fino alla fine dell'anno 2007 la disposizione federale era molto chiara sul fatto che non spetta al Cantone e quindi al Consiglio di Stato pronunciarsi in merito al riconoscimento o meno dell'importo forfetario per la dieta. La materia era regolata uniformemente a livello federale e i Cantoni non avevano margine di apprezzamento.

La norma è poi stata ripresa a livello cantonale nella LaLPC, di modo che la giurisprudenza del Tribunale federale risulta tutt'ora applicabile.

Voglia gradire, signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:

Il Cancelliere:

G. Gendotti

G. Gianella