

TI_GERICHTE 33.2003.7 vom 24. März 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-03-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2003.7

FR: TI_GERICHTE 33.2003.7 du 24 mars 2003

IT: TI_GERICHTE 33.2003.7 del 24 marzo 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.03.2003 33.2003.7 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.03.2003 33.2003.7 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 24.03.2003 33.2003.7

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 33.2003.7 TB Lugano 24 marzo 2003 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici con redattrice: Tanja Balmelli , vicecancelliera segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso dell'8 gennaio 2003 di _____ contro la decisione dell'11 dicembre 2002 emanata da Cassa cant. di compensazione, 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di prestazioni complementari ritenuto, in fatto 1.1. Con decisione dell'11 dicembre 2002 (doc. _) la Cassa cantonale di compensazione di Bellinzona ha rifiutato di versare a _____ l'importo di Fr. 4'282,65 quale rimborso delle postulate spese per trattamenti dentari (art. 8 OMPC) prestate dal dr. med. dent. _____ (Fr. 2'689,25) e dall'odontotecnico _____ (Fr. 1'593,40) (docc. _ e _). 1.2. Con ricorso dell'8 gennaio 2003 (doc. _) l'assicurata, beneficiaria di una rendita AVS, pretende il riconoscimento dell'intero ammontare di Fr. 4'282,65 fatturatole il 4 novembre 2002 (doc. _), lamentando di avere problemi finanziari che non le permettono di far fronte a tale spesa. 1.3. Con risposta del 17 gennaio 2003 (doc. _) la Cassa ha proposto il rigetto del ricorso osservando quanto segue: " (...) Inoltre, secondo le disposizioni emanate dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, nel bollettino delle prestazioni complementari no. 48 del 29 novembre 1978, viene stabilito che in caso di cura medica dentaria, la Cassa competente per il rimborso, deve verificare che il trattamento sia di tipo semplice, economico ed adeguato (cfr. marg. 5038 delle direttive sulle prestazioni complementari all'AVS e AI) e che il rimborso avvenga in base alla tariffa SUVA. Per queste ragioni la fattura inoltrata è stata controllata dai periti della Commissione medico dentistica della Cassa cantonale di compensazione AVS i quali hanno accertato un importo rimborsabile pari a fr. 3'000.-. Infatti, a norma dell'art. 8 cpv. 3 OMPC che recita:

" Se le spese per trattamenti dentari (compreso il laboratorio) sono presumibilmente superiori a 3'000.- franchi, prima del trattamento si deve sottoporre un preventivo all'ufficio PC. Se un trattamento il cui costo supera i 3'000.- franchi è effettuato senza l'approvazione del preventivo, sono rimborsati al massimo 3'000.- franchi." Nella misura in cui, stando all'avviso del medico dentista, il trattamento era già terminato, il nostro intervento è quindi stato limitato al massimo previsto, come dai disposti di legge indicati. Purtroppo però questa somma non ci è stato

possibile rimborsarla, in quanto ci trovavamo in presenza di un superamento del limite di reddito ammontante a fr. 4'812.- che escludeva la ricorrente dal diritto alla prestazione complementare." (...) 1.4. La ricorrente non ha prodotto ulteriori mezzi di prova (doc. _). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Per l'art. 2a lett. a LPC hanno diritto alle prestazioni complementari giusta l'articolo 2 LPC le persone che ricevono una rendita di vecchiaia dell'AVS. 2.3. Per l'art. 3 LPC, le prestazioni complementari comprendono, oltre alla PC annua versata ogni mese, il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità. 2.4. Secondo l'art. 3a cpv. 1 LPC, " L'importo della prestazione complementare annua deve corrispondere alla differenza tra l'eccedenza delle spese riconosciute e i redditi determinanti." 2.5. Per quanto riguarda le spese riconosciute, fino al 31 dicembre 1998 l'art. 3b LPC prevedeva che: " Per le persone che non vivono durevolmente o per un lungo periodo in un istituto o in un ospedale (persone che vivono a casa), le spese riconosciute sono le seguenti: a. importo destinato alla copertura del fabbisogno vitale, per anno: 1. per le persone sole, almeno 14690 franchi e al massimo 16290 franchi; 2. per i coniugi, almeno 22035 franchi e al massimo 24435 franchi; 3. per gli orfani e per i figli che danno diritto a una rendita per figli dell'AVS o dell'AI, almeno 7745 franchi e al massimo 8545 franchi. Per i due primi figli si prende in considerazione la totalità dell'importo determinante, per due altri figli due terzi ciascuno e per ogni altro figlio un terzo; b. la pigione di un appartamento e le relative spese accessorie. In caso di presentazione di un conguaglio per le spese accessorie, non si può tenere conto né di un pagamento di arretrati né di una richiesta di restituzione." (cpv. 1) " Per le persone che vivono a casa e per le persone che vivono in un istituto sono inoltre riconosciute le spese seguenti: a. spese per il conseguimento del reddito fino a concorrenza del reddito lordo dell'attività lucrativa; b. spese di manutenzione di fabbricati e interessi ipotecari fino a concorrenza del ricavo lordo dell'immobile; c. premi versati alle assicurazioni sociali della Confederazione, eccettuata l'assicurazione malattie; d. importo forfettario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'importo forfettario deve corrispondere al premio medio cantonale per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (compresa la copertura infortuni); e. pensioni alimentari versate in virtù del diritto di famiglia (cpv. 3)." A decorrere dal 1° gennaio 2001, invece, gli importi massimi destinati alla copertura del fabbisogno vitale sono aumentati a Fr. 16'880.- per persone sole, a Fr. 25'320.- per coniugi e, per orfani e figli che danno diritto ad una rendita per figli AVS o dell'AI, a Fr. 8'850.- (cfr. art. 1 dell'Ordinanza 01 sull'adeguamento delle prestazioni complementari all'AVS/AI del 18 settembre 2000). 2.6. Ancora, giusta l'art. 3c LPC i redditi determinanti comprendono: "a. le entrate in denaro o in natura provenienti dall'esercizio di un'attività lucrativa. Un importo di 1000 franchi per le persone sole e di 1500 franchi per i coniugi e le persone con figli che hanno o danno diritto a una rendita è dedotto dal reddito annuo proveniente dall'esercizio di un'attività lucrativa, il saldo è computato in ragione di due terzi. Per gli invalidi ai sensi dell'articolo 2c lettera d, il

reddito dell'attività lucrativa è interamente computato; b. il reddito proveniente da sostanza mobile e immobile; c. un quindicesimo della sostanza netta oppure un decimo per i beneficiari di rendite di vecchiaia, nella misura in cui superi per persone sole 25000 franchi, per coniugi 40000 franchi e per orfani e figli che danno diritto a rendite per figli dell'AVS o dell'AI 15000 franchi. Se l'immobile appartiene al beneficiario delle prestazioni complementari o a un'altra persona compresa nel calcolo della prestazione complementare e serve quale abitazione ad almeno una di queste persone, soltanto il valore dell'immobile eccedente 75000 franchi é preso in considerazione quale sostanza; d. le rendite, le pensioni e le altre prestazioni periodiche, comprese le rendite dell'AVS e dell'AI; e. le prestazioni derivanti da un contratto di vitalizio o da un'altra convenzione analoga; f. gli assegni familiari g. le entrate e le parti di sostanza a cui l'assicurato ha rinunciato; h. le pensioni alimentari del diritto di famiglia. (cpv. 1)" " Non sono computati come redditi determinanti: a. le prestazioni dei parenti giusta gli articoli 328 e seguenti del Codice civile; b. le prestazioni d'aiuto sociale; c. le prestazioni pubbliche o private di natura manifestamente assistenziale; d. gli assegni per grandi invalidi dell'AVS o dell'AI; e. le borse di studio e altri aiuti finanziari all'istruzione. (cpv. 2)" 2.7. A norma dell'art. 3d cpv. 1 LPC che concerne il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, " I beneficiari di una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese dell'anno civile in corso, debitamente comprovate: a. di dentista; b. di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne; c. per dieta; d. di trasporto fino al più vicino luogo di cura; e. di mezzi ausiliari e f. di partecipazione alle spese giusta l'articolo 64 LAMal. 2.8. Oggetto della presente lite è il rifiuto dell'Amministrazione di rimborsare all'assicurata l'ammontare di Fr. 4'282,65 a titolo di spese per trattamenti dentari già eseguiti, giacché i redditi della ricorrente supererebbero le spese riconosciute. La ricorrente fa valere che la sua situazione finanziaria non le permette di sostenere la citata fattura del dr. med. dent. _____ (comprensiva delle spese di laboratorio) e chiede pertanto un aiuto da parte dell'Istituto delle assicurazioni sociali. Nel caso in esame, già con decisione del 13 febbraio 2002 (doc. _) la Cassa ha rifiutato di concedere alla ricorrente, con effetto dal 1° gennaio 2002, una prestazione complementare, ritenendo pari a Fr. 31'364.- le spese riconosciute e cifrando i redditi a Fr. 36'176.-. Le prime sono costituite, oltre all'ammontare fisso di Fr. 16'880.- per l'anno 2002 quale limite di reddito per persone sole (cfr. consid. 2.5.) ed al contributo fisso per l'assicurazione malattia per l'anno 2002 (Fr. 3'372.-), di Fr. 11'112.- per la pigione annua lorda. La rendita AVS ammontante a Fr. 18'924.-, la rendita del secondo pilastro di Fr. 16'207.- annui, 1/10 di reddito della sostanza computabile (Fr. 900.-) e gli interessi da deposito di Fr. 145.- costituiscono invece i redditi dell'assicurata. Vi sarebbe dunque un'eccedenza di reddito pari a Fr. 4'812.- che non permette all'interessata di beneficiare di una prestazione complementare. 2.9. In proposito va avantutto rilevato come la LPC persegua lo scopo di garantire un "reddito minimo" per far fronte ai "fabbisogni vitali" ai sensi dell'art. 112 cpv. 2 lett. b Cost. fed. e Disp. Trans. all'art. 112 Cost. fed. (RCC 1992 pag. 346). Questa nozione è più ampia rispetto al "minimo vitale" disciplinato dal diritto esecutivo (art. 93 LEF). La Legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS/AI (LPC) contiene dunque la garanzia di un reddito minimo per le persone anziane e invalide (su queste questioni cfr. DTF 113 V 280 (285), RCC 1991 pag. 143 (145), RCC 1989 pag. 606, RCC 1986 pag. 143; CATTANEO, "Reddito minimo garantito: prossimo obiettivo della sicurezza sociale" in RDAT 1991-II pagg. 447 segg., spec. pag. 448 nota 12 e pag. 460 nota 83). I limiti di reddito rivestono pertanto una doppia funzione e meglio quella di limite dei bisogni e di reddito minimo garantito (DTF 121 V 204; Pratique VSI 1995 pagg. 52 e

176; 1994 pag. 225; RCC 1992 pag. 225; cfr. anche Messaggio concernente la terza revisione della Legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS/AI, pagg. 3, 8 e 9).

2.10. Questo Tribunale deve dunque analizzare se gli ammontari relativi alle spese riconosciute (fabbisogno) ed ai redditi dell'assicurata siano corretti. Ora, siccome gli importi del fabbisogno vitale e del contributo per la cassa malati sono determinati dalla legge, non resta che verificare i restanti elementi variabili. Basandosi sulle appendici al contratto di locazione (doc. _ e _) ed a quanto dichiarato dall'interessata stessa nel formulario di richiesta di una prestazione complementare, la Cassa ha rettamente individuato l'importo della pigione dell'assicurata in Fr. 11'112.- (Fr. 926.- x 12 mesi), per cui tale importo va confermato e, conseguentemente, pure le spese riconosciute totali di Fr. 31'364.-. Quanto ai redditi, gli estratti del conto corrente postale intestato alla ricorrente rilevano per il 2002 una rendita AVS di Fr. 1'577.- al mese (doc. _) ed una rendita mensile del secondo pilastro (Cassa pensioni _____) pari a Fr. 1'350,65 (doc. _). Pertanto, gli importi di Fr. 18'924.- (Fr. 1'577.- x 12 mesi) rispettivamente di Fr. 16'207.- (Fr. 1'350.- x 12 mesi) individuati dalla Cassa vanno qui ratificati. La scrivente Corte osserva che già con solo questi due elementi i redditi dell'insorgente (Fr. 35'131.-) sono superiori alle predette spese riconosciute (Fr. 31'364.-), per cui non appare necessario esaminare se le altre poste relative alla sostanza determinate inserite nella tabella di calcolo PC siano esatte o meno (doc. _). Ne discende che anche in questi termini, un'eccedenza di reddito di almeno Fr. 3'767.- (Fr. 35'131.- - Fr. 31'364.-) non permette all'assicurata di poter beneficiare di una prestazione complementare dal 1° gennaio 2002.

2.11. Ai sensi dell'art. 19 cpv. 1 OPC-AVS/AI, che riprende l'art. 3d LPC (cfr. consid. 2.7.), il Dipartimento federale dell'interno determina le spese che possono essere rimborsate per: " a. il dentista; b. l'aiuto, le cure e l'assistenza a domicilio o in strutture diurne; c. la dieta; d. i trasporti verso il luogo di cura più vicino; e. i mezzi ausiliari; f. la partecipazione ai costi secondo l'art. 64 LAMal." Come sopra esposto, dunque, il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità rientra nella sfera delle prestazioni complementari in virtù dell'art. 3 lett. b LPC (cfr. consid. 2.3.). Tuttavia, la lettera del predetto art. 3d LPC sul rimborso delle spese di malattia e d'invalidità è a tal riguardo molto chiara: unicamente "i beneficiari di una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese dell'anno civile in corso". In concreto, la richiesta della ricorrente tendente all'ottenimento del rimborso delle spese di cure dentarie, in particolare della fattura del dr. med. dent. _____ - prodotta dalla Cassa con la propria risposta di causa (doc. _) - deve essere respinta, giacché l'assicurata non ha diritto ad una prestazione complementare (cfr. consid. 2.10.).

2.12. Ora, l'art. 19a OPC-AVS/AI viene in aiuto alle persone con un'eccedenza di redditi (i redditi determinanti sono superiori alle spese riconosciute), potendo così esse beneficiare ugualmente del rimborso delle spese di malattia (cpv. 1). Tale rimborso corrisponde alla parte delle spese comprovate che supera la parte eccedentaria dei redditi (cpv. 2). Al N. 5019 in vigore dal 1° gennaio 1998, le Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS e AI (DPC) edite dall'UFAS illustrano con un chiaro esempio questo concetto: " Se, a causa di un'eccedenza di reddito (reddito computabile maggiore delle spese riconosciute), la PC annua non viene versata, allora il rimborso avviene secondo la seguente formula: Spese di malattia e d'invalidità riconosciute meno l'eccedenza di reddito Esempio: eccedenza di reddito = 12'000 franchi spese di spitex = 20'000 franchi rimborso = 8'000 franchi L'importo massimo per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità (cfr. N. 5017) non può essere superato." Nella fattispecie le spese per il dentista sono pari a Fr. 4'282,65. Orbene, sulla scorta di quanto dianzi esposto, queste spese potranno essere semmai rimborsate nella misura in cui superino l'importo

dell'eccedenza di reddito (Fr. 4'812.- secondo la Cassa, almeno pari a Fr. 3'767.- secondo questo TCA). Tuttavia, anche considerando l'eccedenza minima di Fr. 3'767.-, nemmeno la differenza di Fr. 518,65 (Fr. 4'282,65 – Fr. 3'767.-) può essere rimborsata all'insorgente.

2.13. Nel proprio scritto del 4 dicembre 2002 (doc. _) che ha preceduto la contestata decisione, l'Amministrazione ha infatti comunicato all'assicurata di aver sottoposto la fattura in questione (doc. _) alla Commissione medico-dentistica della Cassa di compensazione AVS e di essere giunta alla conclusione che al massimo avrebbe potuto concederle soltanto un contributo unico pari a Fr. 3'000.-, comprensivo dell'onorario medico e dei costi del laboratorio. Ma, visto quanto precede, non ne erano neppure date le condizioni. A norma dell'art. 8 dell'Ordinanza sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari (OMPC), " Le spese per trattamenti dentari semplici, economici e adeguati sono rimborsate. E' fatto salvo il capoverso 3. (cpv. 1) Per il rimborso è determinante la tariffa dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione invalidità (tariffa AINF/AM/AI) per gli onorari delle prestazioni dentarie e la tariffa AINF/AM/AI per i lavori di tecnica dentaria. (cpv. 2) Se le spese per trattamenti dentari (compreso il laboratorio) sono presumibilmente superiori a 3000 franchi, prima del trattamento si deve sottoporre un preventivo all'ufficio PC. Se un trattamento il cui costo supera i 3000 franchi è effettuato senza l'approvazione del preventivo, sono rimborsati al massimo 3000 franchi. (cpv. 3) I preventivi e le fatture devono rispettare le posizioni tariffali della tariffa AINF/AM/AI. (cpv. 4)" Le Direttive sulle prestazioni complementari all'AVS e AI (DPC), edite dall'UFAS, permettono d'interpretare ulteriormente detto disposto di legge. In particolare, il N. 5038 DPC recita che " Per principio, le spese per trattamenti dentari (spese per il dentista, per lavori odontotecnici, per materiale e medicinali) sono prese in considerazione nell'ambito delle PC solo se corrispondono a trattamenti ed esecuzioni semplici, economici ed adeguati. (...)" . Inoltre, al N. 5038.1 DPC è segnatamente previsto che " Per valutare se si è in presenza di un trattamento e di un'esecuzione semplici, economici e adeguati sono determinanti le direttive dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali concernenti il rimborso di spese per trattamenti dentari nell'ambito delle PC (cfr. allegato IV)." 2.14. Nel caso concreto, la ricorrente ha provveduto a far allestire il 24 ottobre 2002 dal dr. _____ un preventivo comprensivo sia dei costi attinenti alle sue prestazioni (Fr. 2'689,25) sia a quelle del laboratorio odontotecnico (Fr. 1'981,40), regolarmente pervenuto alla Cassa di compensazione il 28 ottobre 2002 (docc. _). In seguito, il 7 novembre 2002 (doc. _) l'assicurata ha trasmesso alla Cassa la fattura finale del 4 novembre 2002 di Fr. 4'282,65 allestita dal medico curante e relativa all'intero intervento (docc. _), come pure la nota d'onorario emessa dalla _____ medici-dentisti (doc. _). La ricorrente ha agito conformemente al summenzionato art. 8 cpv. 3 OMPC ed al N. 5038.4 DPC, secondo cui " Se sono previsti trattamenti ed esecuzioni di una certa entità, occorre inoltrare all'ufficio PC un preventivo dei costi dettagliato in base alla tariffa AINF/AM/AI. Sono considerati trattamenti ed esecuzioni di una certa entità quelli a partire da 3 000 franchi. Se vi sono pure spese di laboratorio, va presentato un preventivo dei costi dettagliato del laboratorio odontotecnico in base alla tariffa AINF/AM/AI." , ammontando infatti il preventivo per le prestazioni del medico dentista a Fr. 4'282,65. Orbene, i medici della Commissione medico-dentale incaricati dalla Cassa cantonale hanno proceduto a verificare unicamente la fattura prodotta dall'assicurata. Infatti, siccome la ricorrente aveva già subito gli interventi in questione (il "preventivo" del 24 ottobre 2002 (doc. _) reca la menzione "cura terminata"), essi non hanno potuto peritare clinicamente lo stato della dentatura al momento

della stesura del preventivo e conseguentemente accertare se i trattamenti dentari proposti dal dr. med. dent. _____ erano semplici, economici ed adeguati. Pertanto, in virtù dell'art. 8 cpv. 3 OMPC (cfr. consid. 2.13.), siccome il trattamento dentario di specie è superiore a Fr. 3'000.- ed è stato eseguito senza che il relativo preventivo iniziale ammontante a Fr. 4'670,65 (docc. _ e _) fosse stato approvato dalla Cassa di compensazione e per essa dalla Commissione medico-dentale, all'insorgente possono essere rimborsati al massimo Fr. 3'000.-. Tuttavia, come visto al considerando 2.12., le spese di malattia possono essere rimborsate unicamente se superano l'importo dell'eccedenza di reddito. Pertanto, anche ritenendo un'eccedenza minima assommante a Fr. 3'767.- (se non addirittura pari a Fr. 4'812.- come stabilito dall'Amministrazione nella tabella di calcolo PC allegata alla decisione del 13 febbraio 2002 (doc. _)), l'importo massimo di Fr. 3'000.- non può essere in ogni caso rimborsato all'insorgente, poiché inferiore alla differenza fra il suo fabbisogno ed i redditi. 2.15. Alla luce di quanto precede, non v'è possibilità alcuna di rimborsare a _____ la fattura del 4 novembre 2002 del dr. med. dent. _____ di Fr. 4'282,65. Ne discende che il ricorso dell'8 gennaio 2003 presentato dall'interessata deve essere respinto e la decisione impugnata confermata. Per questi motivi dichiara e pronuncia

- 1.- Il ricorso è respinto .
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il giudice delegato

Ranzanici

Il segretario Ivano
Fabio Zocchetti

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.