

## **Commento**

### **alla modifica dell'ordinanza del DFI sui premi medi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari e delle prestazioni transitorie per i disoccupati anziani del 31 ottobre 2025**

#### **Situazione iniziale**

In virtù dell'articolo 10 capoverso 3 lettera d della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC) e all'articolo 9 capoverso 1 lettera h della legge federale sulle prestazioni transitorie per i disoccupati anziani (LPTD), nel calcolo delle prestazioni complementari e delle prestazioni transitorie è riconosciuto quale spesa un importo annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo importo forfettario annuo corrisponde al premio medio cantonale o regionale per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, compresa la copertura infortuni, ma al massimo al premio effettivo.

Conformemente all'articolo 61 capoverso 2 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) gli assicuratori malattie graduano i premi in funzione delle differenze tra i costi dei vari Cantoni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. Conformemente all'articolo 61 capoverso 2<sup>bis</sup> LAMal, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) stabilisce in modo unitario le regioni e la differenza massima tra i premi derivante dalle differenze tra i costi delle varie regioni. Dal 1° gennaio 2004 vi sono 11 Cantoni con più di una regione di premi, ovvero

- 6 Cantoni con due regioni di premi: BL, FR, SH, TI, VD, VS;
- 5 Cantoni con tre regioni di premi: BE, GR, LU, SG, ZH.

Secondo l'articolo 54a capoverso 3 dell'ordinanza sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (OPC-AVS/AI) e l'articolo 13 capoverso 1 dell'ordinanza sulle prestazioni transitorie per i disoccupati anziani (OPTD), il DFI fissa gli importi forfettari annui per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 10 capoverso 3 lettera d LPC e l'articolo 9 capoverso 1 lettera h LPTD al più tardi alla fine di ottobre dell'anno corrente per l'anno successivo. Fino al 2024 gli importi venivano pubblicati ogni anno in un'ordinanza del DFI, in vigore per un anno. Dal 2025 la pubblicazione accade mediante rimando.

#### **Calcolo dei premi medi**

I premi medi si basano su una franchigia minima di 300 franchi per gli adulti e i giovani adulti e una di 0 franchi per i bambini. Essi vengono calcolati ponderando i premi dei vari Cantoni, regioni e categorie gruppi d'età in funzione del rispettivo numero di assicurati. Questo permette di calcolare un premio medio per Cantone o regione e gruppo d'età.

Nel 2018 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha cambiato il metodo di calcolo dei premi da esso pubblicati. Da allora, i premi medi non si basano più sulla franchigia minima, ma sulle franchigie opzionali e i modelli assicurativi effettivamente scelti. Questo metodo di calcolo è inadeguato sia per le prestazioni complementari (PC) che per le prestazioni transitorie. Le spese per l'assicurazione malattie devono essere coperte da queste prestazioni, perché rientrano tra le spese riconosciute. Anche se ci si basasse su una franchigia superiore a quella minima, le spese di malattia scoperte dovrebbero comunque essere prese a carico dai Cantoni quali spese di malattia e d'invalidità. Un tale sistema sarebbe insensato, poiché molti beneficiari di PC devono fare maggiore ricorso a prestazioni sanitarie rispetto al resto della popolazione. Per queste persone è dunque importante poter concludere un'assicurazione malattie con la franchigia minima e che essa sia riconosciuta anche per il computo dell'importo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 10 capoverso 3 lettera d LPC. Per questo motivo l'UFSP continua a calcolare per l'UFAS i premi medi sulla base della franchigia minima.

I premi medi mensili calcolati dall'UFSP vengono arrotondati dall'UFAS al franco intero. Infine, gli importi mensili vengono convertiti in importi annui, poiché per il calcolo della prestazione complementare annua e della prestazione transitoria annua è riconosciuto quale spesa non l'importo forfettario mensile per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie bensì quello annuo.

Poiché le prestazioni transitorie sono calcolate analogamente alle prestazioni complementari, ci si deve basare sugli stessi principi di calcolo.

### **Ripercussioni finanziarie**

I premi medi cantonali e regionali non hanno alcuna incidenza sul contributo della Confederazione alle spese per le PC (cfr. art. 54a cpv. 1 OPC-AVS/AI).

Le prestazioni transitorie sono finanziate tramite le risorse generali della Confederazione. A causa del basso numero di beneficiari, l'aumento delle uscite conseguenti all'adeguamento degli importi forfettari per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è ridotto.