

# Messaggio

numero	data	Dipartimento
<b>6982</b>	10 settembre 2014	<b>SANITÀ E SOCIALITÀ</b>
Concerne		

## **Modifica della legge di applicazione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal)**

### **INDICE**

1.	PERCHÉ UN NUOVO MESSAGGIO A POCHI MESI DALLA VOTAZIONE DEL 18.05.2014? .....	2
1.1	L'evoluzione della spesa ospedaliera.....	4
1.2	L'evoluzione della spesa per l'assistenza .....	5
1.3	L'evoluzione della spesa per le prestazioni complementari all'AVS/AI.....	6
1.4	L'evoluzione della spesa per la Ripam .....	7
2.	ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO L'ATTUALE MODELLO DI RIPAM .....	8
3.	CONTENUTI E COERENZA DELL'ADEGUAMENTO AL MODELLO DI RIPAM .....	10
3.1	Riduzione degressiva della Ripam.....	10
3.1.1	Premessa.....	10
3.1.2	Riduzione degressiva della Ripam .....	11
3.1.3	Situazione acquisita per i bassi redditi.....	11
3.1.4	Premi medi di riferimento .....	12
3.2	Reddito disponibile massimo .....	13
3.3	Coefficiente cantonale di finanziamento .....	15
3.4	Sintesi .....	16
4.	RELAZIONI E CONSEGUENZE .....	17
4.1	Relazione con atti parlamentari.....	17
4.2	Relazione con linee direttive e piano finanziario .....	19
4.3	Conseguenze dell'adeguamento del modello di Ripam sui beneficiari di prestazioni sociali .....	19
4.3.1	Beneficiari di prestazioni Laps .....	19
4.3.2	Beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI .....	19
4.3.3	Altri beneficiari .....	19
4.4	Conseguenze di natura finanziaria .....	21
4.5	Conseguenze a livello di Enti locali.....	22
4.6	Misura relativa ai rimborsi dei premi pagati in eccesso.....	22
4.7	Modifica nel settore dell'obbligo assicurativo LAMal .....	23
5.	COMPATIBILITÀ CON ALTRE LEGGI CANTONALI E FEDERALI.....	23
6.	COMPATIBILITÀ CON IL DIRITTO EUROPEO APPLICABILE .....	23
7.	CONCLUSIONI E TEMPISTICA.....	23

Signor Presidente,  
signore e signori deputati,

con il presente messaggio proponiamo una serie di modifiche della LCAMal, con le quali s'intende adeguare l'attuale modello di Ripam dal 1° gennaio 2015.

## **1. PERCHÉ UN NUOVO MESSAGGIO A POCHI MESI DALLA VOTAZIONE DEL 18.05.2014?**

La crisi finanziaria di questi ultimi anni sta mettendo a dura prova molti cittadini del nostro Cantone, ma anche le finanze pubbliche. Se da un lato è cresciuto il bisogno di sostegno, che l'ente pubblico ha continuato ad assicurare in particolare alle fasce più fragili della popolazione, dall'altro si è accentuata la necessità di mantenere sotto controllo l'incremento della spesa sanitaria e sociale che sta raggiungendo proporzioni preoccupanti. Di fronte a questo andamento il Consiglio di Stato, per il tramite del Dipartimento della sanità e della socialità, ha in questi anni lavorato intensamente per trovare il giusto equilibrio tra l'aumento di richieste per l'erogazione di prestazioni, senza dimenticare la qualità delle stesse, e gli imperativi finanziari del Cantone. Per raggiungere questo duplice obiettivo sono stati aperti diversi cantieri allo scopo di aumentare l'efficacia dei controlli e meglio indirizzare le risorse finanziarie a quelle fasce della popolazione che più ne hanno bisogno. In tal senso, il principale obiettivo del Consiglio di Stato è di ricentrare le proprie politiche di aiuto in funzione di una socialità mirata, migliorando la capacità distributiva del sistema di prestazioni senza dover procedere con dolorosi tagli nella socialità.

Sul piano finanziario l'evoluzione dei principali ambiti di spesa del Cantone evidenzia come le maggiori difficoltà per la sostenibilità dei finanziamenti pubblici sono legate a quattro voci in crescita:

- la spesa ospedaliera;
- la spesa del settore assistenziale;
- la spesa per le prestazioni complementari all'AVS/AI e
- la spesa per la riduzione di premio nell'assicurazione malattia.

Assieme questi pochi ambiti comportano una spesa di circa 900 milioni di franchi su un totale di spesa corrente del Cantone di circa 3.5 miliardi all'anno. È quindi evidente che l'individuazione di possibili correttivi nella dinamica della spesa non può prescindere da un'attenta analisi dei contributi erogati in questi settori.

Nelle pagine che seguono verranno brevemente illustrati meccanismi e vincoli che determinano l'evoluzione in questi campi. Considerati anche i differenti gradi di autonomia cantonale esistenti nella regolamentazione dei rispettivi settori e soprattutto le diverse finalità e priorità sociali a cui sono destinate le prestazioni, il Consiglio di Stato ritiene che tra queste voci, il sistema di sussidio pubblico ai premi dell'assicurazione malattia consenta ancora un margine di miglioramento nell'efficacia nella politica distributiva, soprattutto dopo i diversi adeguamenti che hanno provocato di anno in anno una crescita del volume dei contributi messi a disposizione da parte dei Cantoni<sup>1</sup>. Nel merito, il trend seguito dal Ticino - a differenza della media nazionale - indica un aumento consistente della cerchia dei beneficiari, che nel 2013 erano 102'110 per un terzo circa della popolazione, e della spesa. Questa situazione ha indotto il Consiglio di Stato ad intervenire lo scorso anno con il messaggio 6851 ("Modifica della Legge di applicazione

---

<sup>1</sup> Vedi Figura 1-3, p. 39.

della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997"), nel quale si proponeva una ridefinizione dell'obiettivo sociale dello strumento Ripam, adeguando il sistema di calcolo dei premi medi di riferimento (PMR) alle scelte assicurative adottate negli ultimi anni dai cittadini ticinesi. Infatti, nel messaggio si rilevava come, in misura minore rispetto al 2008, nel 2011 soltanto un quarto dei cittadini ticinesi adulti optava per il modello assicurativo standard con libera scelta del fornitore di prestazioni. La proposta mirava dunque anche a restringere il numero dei beneficiari abbassando il reddito massimo al di sopra del quale non vi era più diritto alla Ripam.

Malgrado il risultato serrato della votazione del 18 maggio 2014 (52.6% no; 47.3% sì), il Consiglio di Stato ha deciso di ripresentare un nuovo messaggio che tenesse in considerazione alcune osservazioni emerse durante la campagna referendaria, integrando soprattutto aspetti nuovi emersi dal rapporto intermedio di valutazione del sistema di sussidi casse malati consegnato in quelle settimane dalla SUPSI (vedi allegato 2), allo scopo di meglio calibrare gli obiettivi sociali della Ripam, in linea con le finalità di una socialità più mirata.

La riforma intende migliorare l'attuale modello di Ripam, garantendo:

- una maggiore coerenza del sistema in termini di politica sociale, nel rispetto della finalità delle prestazioni sociali di complemento (quelle a sostegno del fabbisogno vitale o di una determinata spesa come i premi LAMal) che devono essere selettive;
- una migliore equità verticale, considerando anche l'equità orizzontale tra chi ha figli e chi non ne ha;
- l'eliminazione degli effetti soglia conosciuti dall'attuale sistema.

Si propongono quindi opportuni adeguamenti nel calcolo di questa prestazione. Le modifiche intervengono inoltre puntualmente sui redditi più alti, introducendo massimali di reddito disponibile (RDM), e sui redditi più bassi, garantendo la situazione acquisita. Il modello di Ripam rivisto risulta così essere più equo e mirato, pur restando coerente con l'attuale.

L'adeguamento interessa anche i PMR, per i quali si ripropone di far capo non soltanto al modello assicurativo standard con franchigia ordinaria ma anche ai modelli con scelta limitata del fornitore di prestazione con franchigia ordinaria. Considerando la franchigia ordinaria di 300.- franchi non si carica alcun rischio sulle spalle degli assicurati.

La misura proposta ha un impatto strutturale e, quindi, anche degli effetti finanziari sulla spesa a carico del Cantone e in minima parte dei Comuni. Essa è significativa in prospettiva futura, considerata l'evoluzione dei premi di cassa malattia che, con i parametri attuali del modello, fa aumentare il numero dei beneficiari di Ripam.

La modifica risponde anche a diverse considerazioni emerse in sede politica:

- la necessità di attuare una politica sociale più mirata per quanto attiene alle prestazioni sociali di complemento di competenza cantonale;
- l'erogazione più equa possibile di queste prestazioni;
- la tutela delle fasce fragili della popolazione;
- l'attenuazione ed eliminazione degli effetti soglia;
- l'introduzione di massimali di reddito;
- la considerazione, nella presa a carico dei bisogni dei cittadini, del contesto economico e finanziario attuale e dell'evoluzione dei costi sanitari.

## 1.1 L'evoluzione della spesa ospedaliera

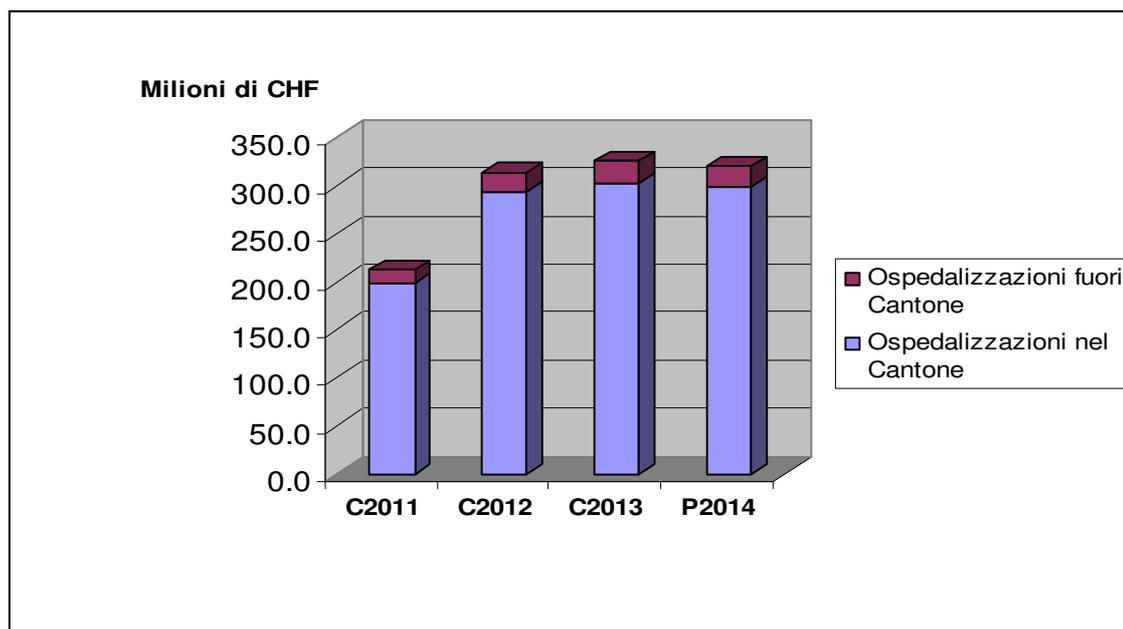
La riforma del finanziamento ospedaliero, entrata in vigore il 1° gennaio 2012, ha comportato un aumento importante di oneri a carico del Cantone.

In particolare due le disposizioni al riguardo. La prima è l'obbligo di partecipare al finanziamento delle cure stazionarie dispensate in tutti gli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie conformemente all'art. 39 LAMal<sup>2</sup>. Si ricorda che, fino al 2011, il Cantone finanziava solo le prestazioni stazionarie erogate dall'Ente ospedaliero cantonale e dalla Clinica psichiatrica cantonale, mentre dal 2012 si sono aggiunte anche le cliniche private attive nei tre settori (somatico-acuto; psichiatria e riabilitazione). La seconda il principio della libera scelta in tutta la Svizzera dell'istituto dove farsi curare, a condizione che figurino su un elenco cantonale. Fino al 2011, per contro, solo le degenze a seguito di un'indicazione medica (prestazione non assicurata in Ticino e in casi d'urgenza), erano finanziate dal Cantone.

La spesa per le degenze ospedaliere sostenuta dal Cantone dal 2011 (212.2 mio) al 2014 (previsti 320.1 mio) è illustrata nel grafico seguente. Essa rappresenta il 10% del totale delle uscite e, come detto, è interamente a carico del Cantone, senza alcuna partecipazione dei Comuni, nemmeno dopo la novella legislativa del 2012 che ha mutato l'equilibrio negli oneri nel campo socio-sanitario stabilito agli inizi degli anni 2000.

GRAFICO 1A

EVOLUZIONE SPESA CANTONALE PER OSPEDALIZZAZIONI NEL E FUORI CANTONE, 2011-2014



FONTE: ELABORAZIONE AGS

Le possibilità d'intervento del Cantone per limitare la spesa di questo settore sono alquanto limitate, poiché subordinate a vincoli dettati in primo luogo dalla LAMal.

Per le ospedalizzazioni nel Cantone, il primo fattore che determina la spesa è rappresentato dalle tariffe. Queste ultime sono negoziate tra assicuratori e fornitori di prestazioni; in caso di accordo, l'Autorità cantonale le approva, mentre se le parti non

<sup>2</sup> Vedi Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 29 novembre 2005; RL 6.4.6.1.2.

riescono ad accordarsi la stessa Autorità è chiamata a fissarle. Riguardo a questo parametro, grazie anche agli interventi e alle richieste rivolte dal Dipartimento della sanità e della socialità ai partner tariffali, l'evoluzione è positiva. In effetti per quanto riguarda i principali Istituti, sono stati trovati accordi su più anni con tariffe gradualmente degressive. Al di là del regime legislativo federale, la LCAMal prevede l'utilizzo dello strumento del contratto di prestazione che definisce un finanziamento *ex-ante* a tariffa piena e una remunerazione ai soli costi variabili sugli eventuali volumi eccedenti a consuntivo che superano per due anni consecutivi la soglia del 3%. Si tratta di un meccanismo specifico, non adottato in altri Cantoni e criticato dai fornitori di prestazioni, che costituisce un vincolo supplementare. Tuttavia, se si considerano i dati di consuntivo 2012, una remunerazione a tariffa piena dei volumi avrebbe comportato per il Cantone un'ulteriore spesa supplementare di circa 13 milioni di franchi, senza possibilità per l'Autorità cantonale di ricalibrare la tariffa in funzione dei nuovi (e maggiori) volumi d'attività.

Per le ospedalizzazioni fuori Cantone la LCAMal permette di ridurre la copertura finanziaria di interventi garantiti anche in Ticino a livello della tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione nel Cantone. Il risparmio stimato con questa rigorosa procedura è di circa 1 mio di franchi all'anno. Anche in questo caso, negli altri Cantoni le regolamentazioni d'applicazione sono perlopiù meno rigorose.

Rileviamo che il dato di preventivo 2014 sopraccitato, di 320.1 mio, tiene conto, per quanto attiene alla parte delle ospedalizzazioni nel Cantone (299.7 mio), dello sforzo compiuto anche dagli ospedali e dalle cliniche che hanno visto ridursi dell'1.8% i contributi, quale misura adottata dal Consiglio di Stato per contenere il disavanzo del Cantone. Questo provvedimento è tuttavia da considerare come misura del tutto eccezionale.

## **1.2 L'evoluzione della spesa per l'assistenza**

Nel corso degli ultimi anni l'assistenza sociale, ultimo anello della rete di sicurezza sociale svizzera, ha conosciuto un'evoluzione importante, sia a livello numerico, con un aumento importante dei beneficiari, sia nella sua funzione. Inizialmente concepita come aiuto d'emergenza e temporaneo per garantire un minimo vitale e un'esistenza dignitosa, sempre più è chiamata ad assumere un ruolo fondamentale di ammortizzatore sociale per molte persone che, escluse dal mondo del lavoro e dal diritto alle assicurazioni sociali federali, necessitano di un aiuto finanziario, sociale e di inserimento professionale.

In Ticino, come nel resto della Svizzera, a partire dal 2008, a seguito della crisi economica si constata un aumento delle richieste di assistenza sociale. In concomitanza con la revisione della LADI nel 2011, il fenomeno si è però accentuato. La modifica LADI ha ridotto la durata del numero di indennità e diminuito il periodo di contribuzione da 18 a 12 mesi e da 12 a 4 mesi per chi accede al diritto a seguito di maternità, malattia e formazione.

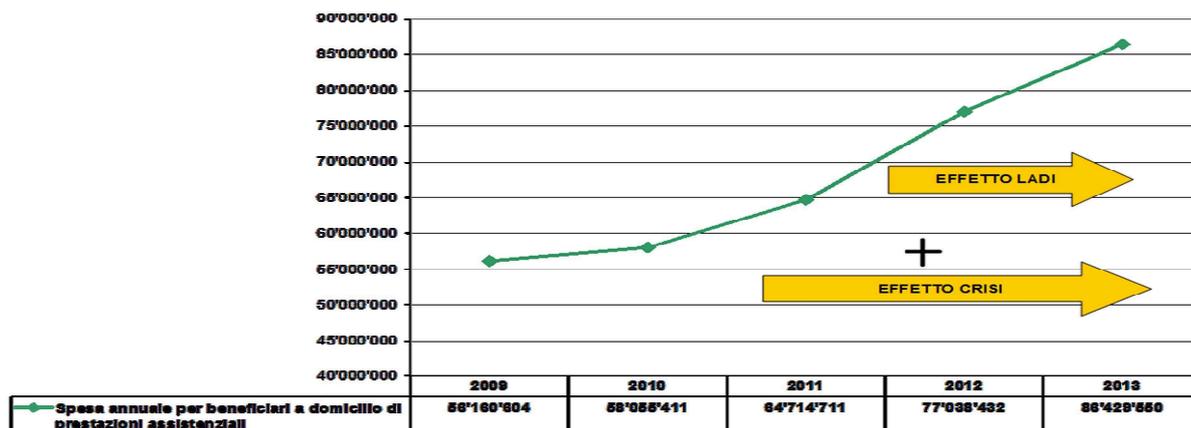
I giovani adulti sono particolarmente toccati, poiché il diritto alle indennità dei disoccupati sotto i 25 anni ha una durata massima di 9 mesi, a meno che non abbiano figli a carico. Inoltre i giovani dopo la conclusione di una formazione scolastica o degli studi hanno ora un periodo d'attesa di 120 giorni.

Nel corso del 2013 lo Stato ha sostenuto oltre 5'900 economie domestiche per un totale di circa 8'800 persone. Tra il 2012 e il 2013 il numero di economie domestiche che hanno beneficiato di una prestazione di assistenza sociale nell'anno è aumentato di circa 500 unità, per un totale di circa 800 persone (+10%).

La spesa per l'assistenza sociale, finanziata per il 75% dal Cantone e per il 25% dai Comuni, subisce dal 2011 degli aumenti annuali importanti. Il grafico seguente presenta l'evoluzione della spesa annuale per beneficiari di assistenza sociale, dal 2009 al 2013. Tra il 2012 e il 2013 la spesa è aumentata di oltre 9 mio (+ 12%).

GRAFICO 1B

EVOLUZIONE SPESA CANTONALE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI, 2009-2013



FONTE: ELABORAZIONE DASF DA DATI RENDICONTO CDS 2013

I margini di manovra diretti del Cantone su questa spesa sono limitati: il minimo vitale previsto dalla legislazione cantonale è fondato sulle direttive della COSAS. Nel corso degli ultimi anni sono inoltre già state approntate una serie di misure per il contenimento della spesa, sia di ordine finanziario (ad esempio il mancato riconoscimento dell'adeguamento della prestazione al rincaro auspicato dalla COSAS nel 2013) che operative, al fine di rendere l'intervento sempre più mirato, controllato e con un investimento importante per il reinserimento sociale e professionale delle persone a beneficio di questa prestazione.

### 1.3 L'evoluzione della spesa per le prestazioni complementari all'AVS/AI

Dal 2008, con la Nuova perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni (NPC), la spesa per la garanzia del fabbisogno vitale (prestazione complementare annua) viene assunta nella misura dei 5/8 dalla Confederazione e dei 3/8 dai Cantoni. Per i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI, i Cantoni si assumono invece interamente i costi legati al rimborso delle spese di malattia e invalidità (aiuto, cura e assistenza a domicilio, spese dentarie, partecipazioni LAMal, ecc.).

La determinazione dei parametri di calcolo applicabili alla prestazione complementare (redditi e spese) è di competenza della Confederazione ed ai Cantoni è lasciata la facoltà di determinare solo alcuni aspetti nel rispetto dei vincoli federali. Per contro, la determinazione dei parametri applicabili al rimborso delle spese di malattia e invalidità è di competenza dei Cantoni, che devono però rispettare taluni vincoli disciplinati a livello federale.

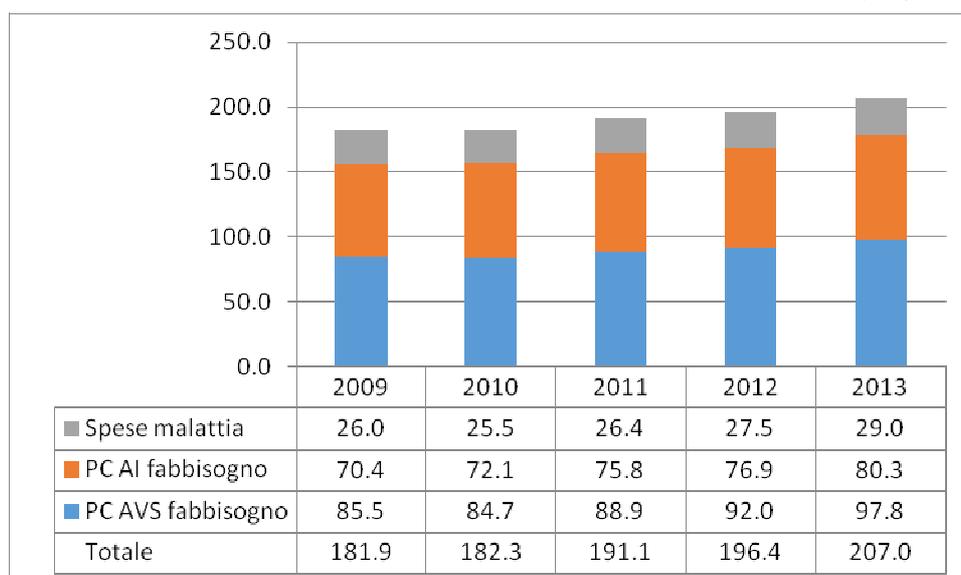
Con la NPC, i Cantoni si sono così assunti maggiori oneri, in particolare nell'ambito del rimborso delle spese di malattia e invalidità e quindi hanno assunto maggiori rischi legati all'evoluzione demografica ed all'invecchiamento della popolazione.

In particolare in relazione al premio di cassa malattia, si sottolinea come i Cantoni abbiano perso la facoltà di versare soltanto il premio effettivo quando questo è inferiore al premio forfettario deciso dall'Autorità federale; al riguardo, si rinvia a quanto già evidenziato al capitolo 3 del messaggio del 24 settembre 2013 n. 6851.

A fronte di un margine di manovra cantonale molto limitato, l'evoluzione della spesa per le PC AVS/AI è aumentata molto negli ultimi anni ed i Cantoni sono diventati, con il passare degli anni e con il passaggio alla NPC, i principali finanziatori di questa importante prestazione sociale; inoltre la tendenza è al costante aumento (grafico 1C).

GRAFICO 1C

EVOLUZIONE SPESA LORDA CANTONALE PRESTAZIONI COMPLEMENTARI ALL'AVS/AI, 2009-2013



FONTE: ELABORAZIONE IAS E STATISTICHE UFAS

In termini generali e richiamate le nostre risposte alle procedure di consultazione sulla previdenza per la vecchiaia 2020 e sull'innalzamento degli importi massimi riconosciuti per le spese di pigione (modifica della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, LPC), è interessante rilevare che l'Autorità federale intende entro fine anno presentare separatamente anche la revisione della LPC, proponendo in particolare i necessari adeguamenti nell'ambito della riduzione dei premi a favore dei beneficiari di PC all'AVS/AI.

#### 1.4 L'evoluzione della spesa per la Ripam

L'evoluzione della spesa Ripam evidenzia, nonostante le differenze inter-cantonali, come complessivamente dal 1996 al 2012 (salvo alcuni anni) il volume dei fondi messi a disposizione per la riduzione dei premi dalla Confederazione e dai Cantoni sia di sostanziale crescita. Nel caso del Ticino si osserva come alcune modifiche ai parametri del sistema dei sussidi abbiano determinato effetti redistributivi indesiderati: si è, ad esempio, registrata una diminuzione della prestazione media (-296 franchi) a fronte di una crescita della cerchia dei beneficiari (+3.6%). L'evoluzione della spesa per la Ripam registra inoltre, dal 1996 al 2012, una costante crescita, che in un contesto di generale incremento delle spese sanitarie e sociali a carico del Cantone - come illustrato nei capitoli precedenti - ha contribuito ai risultati negativi dei conti dello Stato.

Per valutare gli effetti della Ripam, il Consiglio di Stato ha affidato alla SUPSI uno studio, con particolare riferimento alla riforma entrata in vigore nel 2012 ed ai successivi correttivi apportati dal 2013 (vedi rapporto intermedio, allegato 2). In attesa delle conclusioni, il presente messaggio integra l'essenziale delle interessanti analisi e proposte scaturite dalla ricerca effettuata dalla SUPSI. In particolare corregge il sistema di riduzione dei premi di cassa malati obbligatoria assicurando una maggiormente equità verticale e orizzontale, e migliorando inoltre l'efficienza allocativa dei sussidi. Del resto, a condizioni invariate, le alternative a disposizione del Cantone non sono molte. Non da ultimo con il nuovo sistema di freno al disavanzo, un'esplosione della spesa e la conseguente accresciuta pressione sui conti dello Stato costringerebbe il Governo a dover decidere un aumento del moltiplicatore cantonale d'imposta o a varare altre misure che implicherebbero sacrifici più dolorosi per la popolazione.

## 2. ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO L'ATTUALE MODELLO DI RIPAM

L'attuale modello di Ripam, in vigore dal 2012 e già oggetto di correttivi per i bassi redditi dal 2013, è caratterizzato dai seguenti elementi.

Il concetto di **unità di riferimento**<sup>3</sup>, elemento tipico delle prestazioni di complemento (prestazioni complementari all'AVS/AI ai sensi della LPC e della relativa LaLPC e prestazioni Laps<sup>4</sup>), inteso come cerchia delle persone da considerare ai fini del calcolo della Ripam.

Nei termini del modello di Ripam, l'UR è, di regola, costituita dall'unità riconosciuta a livello fiscale; vi sono tuttavia importanti eccezioni. I coniugi separati senza figli minorenni conviventi sono ritenuti persone sole mentre i partners conviventi, se vi è convivenza stabile, costituiscono una unica UR; fanno inoltre parte dell'UR anche le persone maggiorenni economicamente dipendenti (art. 27 LCAMal), purché non coniugate, senza figli e di età inferiore ai 30 anni il cui totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile non è superiore ai limiti di reddito esistenziale definito dalla Laps.

Il **reddito disponibile (semplificato)**, laddove per *reddito disponibile*<sup>5</sup> si intende la differenza fra i redditi da considerare (redditi computabili) e le spese da riconoscere (spese riconosciute) per il calcolo della Ripam normativa, rispettivamente, per reddito disponibile *semplificato*<sup>6</sup> si intende il far capo unicamente agli elementi desumibili dalla tassazione fiscale applicabile<sup>7</sup>, senza che sia necessario acquisire ulteriori informazioni tramite l'assicurato o terzi.

In altre parole, il reddito disponibile semplificato (l'art. 31 LCAMal parla invero di reddito disponibile di riferimento) si determina partendo dal reddito lordo riportato nella decisione di tassazione (imposta cantonale) applicabile, maggiorato della quota-parte di sostanza computabile e dedotte le spese riconosciute dalla legge, di modo che, per principio, si fa capo ai dati fiscali<sup>8</sup>. Il risultato di questo calcolo determina l'importo che spetta all'UR a titolo di Ripam normativa (quindi, teorica): al di sotto di una certa soglia - che richiama i

<sup>3</sup> Artt. 26 cpv. 2 e 27 LCAMal.

<sup>4</sup> Le prestazioni interessate sono elencate all'art. 2 Laps.

<sup>5</sup> Art. 31 LCAMal; quale reddito è computabile il reddito lordo e 1/15 della sostanza netta, mentre quali spese sono riconosciute il PMR, i contributi sociali obbligatori AVS/AI/IPG/AD/AINP/LPP, le pensioni alimentari per figli ed ex-coniuge, le spese professionali per salariati per un massimo di CHF 4'000.- all'anno per UR e le spese per interessi passivi (privati e aziendali) per un massimo di CHF 3'000.- all'anno per UR.

<sup>6</sup> Art. 30 LCAMal.

<sup>7</sup> Di regola, quella di 3 anni antecedenti all'anno di competenza Ripam rispettivamente, a titolo di eccezione, quella più recente.

<sup>8</sup> La necessaria base legale è costituita dall'art. 25a LCAMal.

limiti di reddito previsti dall'art. 10 Laps (variabili a dipendenza della dimensione dell'UR) - l'UR ha diritto all'importo massimo di Ripam (normativa), mentre al di sopra l'importo (normativo) della Ripam diminuisce gradualmente.

Il **premio medio di riferimento**<sup>9</sup>, inteso quale spesa riconosciuta per il calcolo della Ripam a titolo di premio di cassa malati per le tre categorie di beneficiari previste dalla LAMal (adulti di età superiore ai 25 anni, giovani adulti di età superiore ai 18 anni e inferiore ai 25 anni e minorenni di età inferiore ai 18 anni).

Nei termini del modello Ripam, i PMR di ogni categoria di assicurato sono calcolati considerando la media dell'importo dei premi approvati annualmente dal Consiglio federale<sup>10</sup> per ogni singolo assicuratore malattie, ponderata rispetto al numero degli assicurati iscritti presso ognuna di queste al 1° luglio dell'anno precedente<sup>11</sup> ripartiti per regione di premio<sup>12</sup> e considerando i premi del modello assicurativo con libera scelta del fornitore di prestazioni (cosiddetto modello standard: con franchigia di base e infortunio incluso<sup>13</sup>).

Oltre che una delle spese riconosciute, il PMR è altresì il parametro utilizzato per determinare l'importo massimo di Ripam al quale può aver diritto un'UR: in effetti, l'importo (normativo, quindi teorico) massimo di Ripam corrisponde alla somma dei PMR dei componenti dell'UR<sup>14</sup>.

Il **coefficiente cantonale di finanziamento**<sup>15</sup>, inteso quale percentuale della Ripam calcolata teoricamente (Ripam normativa) che il Cantone assume, e eroga effettivamente, al cittadino sussidiato (in altre parole, il coefficiente determina la partecipazione del Cantone rispetto alla Ripam normativa calcolata).

A questo proposito si rammenta che, dal 2013 (nell'ambito dell'introduzione dei correttivi per i bassi redditi con i quali si è esteso il diritto alla Ripam massima alle persone con RD inferiore o uguale al 100% dei limiti di RDLaps<sup>16</sup>), sono stati introdotti 2 diversi coefficienti cantonali di finanziamento, in virtù dei quali la partecipazione del Cantone corrisponde al 73.5% dell'importo normativo di Ripam per i cittadini sussidiati con RD inferiore o uguale al 50% del limite di RDLaps, rispettivamente al 70% per quelli con RD superiore al 50% del limite di RDLaps.

Una **diminuzione lineare della Ripam** per i beneficiari che non hanno diritto alla Ripam massima<sup>17</sup>, **differenziata** a dipendenza della dimensione dell'UR<sup>18</sup> e della tipologia di UR<sup>19</sup>.

Detto altrimenti, la parte di reddito che supera i limiti fissati dalla LCAMal per l'ottenimento dell'importo massimo di Ripam deve essere messa a contribuzione del pagamento dei

---

<sup>9</sup> Art. 28 e 29 LCAMal.

<sup>10</sup> Per esso, dall'Ufficio federale della salute pubblica/UFSP nei termini dell'art. 61 cpv. 5 LAMal. Si tratta dei premi con incluso il rischio infortunio.

<sup>11</sup> Artt. 29 cpv. 3 LCAMal e 13 Reg. LCAMal.

<sup>12</sup> In Ticino le regioni di premio sono 2.

<sup>13</sup> A tal proposito, si rammentano il messaggio del Consiglio di Stato del 24 settembre 2013 n. 6851 e i relativi rapporti di maggioranza e minoranza della Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio del 12 novembre 2013 n. 6851 R1 e n. 6851 R2, nonché la votazione referendaria del 18 maggio 2014.

<sup>14</sup> Art. 34 LCAMal.

<sup>15</sup> Art. 37 LCAMal.

<sup>16</sup> Vedi messaggio del Consiglio di Stato del 27 settembre 2012 n. 6689 e relativo rapporto del 4 dicembre 2012 n. 6689R.

<sup>17</sup> Art. 35 LCAMal.

<sup>18</sup> Il principio di equità orizzontale considera la reale situazione della famiglia che dipende, in primo luogo, dal numero dei suoi componenti: maggiore è il numero di componenti, maggiore è anche il RD dal quale inizia la diminuzione lineare (RDLaps).

<sup>19</sup> L'attuale art. 36 LCAMal prevede 4 diverse aliquote di riduzione: per persona sola senza figli (20% del RD che supera il 50% del limite di cui all'art. 35 LCAMal), per persona sola con figli (8%), per coppia senza figli (21%) e per coppia con figli (13%).

premi di cassa malati: l'importo della Ripam diminuisce così gradualmente e in modo costante, proporzionalmente all'incremento del reddito da computare (la Ripam si contrae man mano che il surplus di reddito aumenta).

**Importi annui minimi di Ripam**, diversificati per categoria di beneficiario, al di sotto dei quali la Ripam non viene versata (cosiddetti sussidi bagatella)<sup>20</sup>.

L'attuale modello non prevede, quali elementi caratterizzanti, importi massimi espliciti di RD al di sopra dei quali non v'è diritto alla Ripam nonché criteri, cioè limiti assoluti di reddito lordo e sostanza lorda, che escludono il diritto alla stessa (cosiddetti criteri di esclusione).

L'attuale modello è inoltre molto sensibile all'aumento dei premi di cassa malati, di modo che ad ogni aumento degli stessi corrisponde un incremento del numero dei beneficiari di Ripam e, conseguentemente, della spesa a carico del Cantone.

Per il contesto di riferimento del modello Ripam, le sue principali tendenze e l'evoluzione della spesa in Ticino rinviamo all'allegato 2 (estratto dal Rapporto intermedio della SUPSI relativo alla valutazione del modello Ripam secondo l'art. 84 LCAMal).

### **3. CONTENUTI E COERENZA DELL'ADEGUAMENTO AL MODELLO DI RIPAM**

L'adeguamento proposto si articola su due assi portanti.

- La modifica del sistema di calcolo della Ripam con una **riduzione** non più lineare bensì **degressiva della Ripam** (parabola). Ciò consente di eliminare le attuali quattro aliquote di riduzione della Ripam previste dall'art. 36 LCAMal.
- L'introduzione di **massimali (espliciti) di RD** al di sopra dei quali non v'è diritto alla Ripam. Questo obiettivo è raggiunto introducendo il nuovo concetto di reddito disponibile massimo.

La proposta è coerente con l'attuale modello di Ripam e con i suoi elementi ma ne garantisce una migliore armonizzazione e, soprattutto, una migliore equità verticale.

Essa introduce dei limiti di reddito espliciti e fa in modo che l'aumento dei premi di cassa malati non condizioni più l'evoluzione del numero degli assicurati sussidiati.

Inoltre la proposta consente di ripristinare un unico coefficiente cantonale di finanziamento.

#### **3.1 Riduzione degressiva della Ripam**

##### **3.1.1 Premessa**

In termini generali (cioè per tutte le fasce di reddito), si propone di modificare la formula di calcolo della Ripam introducendo una nuova modalità di riduzione dell'importo della stessa, non più lineare bensì degressiva (parabola).

---

<sup>20</sup> A tal proposito si rammenta che, dal 2013 (modifica dell'art. 21 Reg. LCAMal; RL 6.4.6.1.1.), i sussidi bagatella sono stati portati dai precedenti CHF 12.- all'anno per tutte le categorie di assicurati a CHF 300.- all'anno per gli adulti, CHF 240.- all'anno per i giovani adulti (19-25 anni) e CHF 120.- all'anno per i minorenni.

Per i bassi redditi (RD inferiore o uguale al 100% dei limiti di RDLaps) si propone invece di utilizzare, di fatto **per un periodo transitorio**, l'attuale formula di calcolo della Ripam con i parametri validi per il 2014, in modo da evitare diminuzioni, in termini assoluti, rispetto all'importo di Ripam ottenuto nel 2014.

Preso atto dell'esito della votazione popolare del 18 maggio 2014 e delle critiche sollevate durante la campagna referendaria - rivolte non tanto alla misura di adeguamento dei PMR in quanto tali, bensì piuttosto alla prevista diminuzione in termini assoluti anche per i beneficiari con redditi più modesti e alla mancanza di ripercussioni più marcate per le UR con redditi alti e preso atto anche dell'accettazione popolare del principio del freno al disavanzo - si ritiene adeguato riproporre la presa in conto per la Ripam delle scelte e dei comportamenti dei cittadini ticinesi nel campo assicurativo LAMal.

Allo scopo, si propone di calcolare i PMR (per tutte le fasce di reddito) sulla scorta del modello assicurativo standard (con rischio d'infortunio e franchigia ordinaria), ponderato con i diversi modelli assicurativi con scelta limitata del fornitore di prestazione e considerando lo sconto medio relativo al modello "*medico di famiglia*". In altre parole, con l'attuale proposta si ripropongono, tecnicamente, i PMR caduti in votazione popolare ma in un contesto armonizzato e, quindi, con un impatto socialmente diverso e finanziariamente più limitato, garantendo l'importo Ripam attuale per i bassi redditi.

### **3.1.2 Riduzione degressiva della Ripam**

Si propone di adeguare la formula di calcolo della Ripam introducendo una funzione degressiva (parabola), per fare in modo che la diminuzione dell'importo della Ripam sia progressivamente più accentuata con l'aumentare del RD, ciò che garantisce una migliore equità verticale.

Schematicamente, la nuova formula di calcolo è la seguente:

**Ripam** = [PMR - (a \* RD<sup>2</sup>)] \* coefficiente cantonale di finanziamento.

Con questa nuova formula, il contributo finanziario del Cantone è degressivo e segue l'andamento della parabola che ne deriva (-a\* RD<sup>2</sup>); il parametro a, che dipende dai valori di PMR e RDM<sup>21</sup>, è determinato per ciascuna UR in modo tale che il diritto alla Ripam si esaurisca al raggiungimento della soglia di reddito massimo (per il RDM si veda il capitolo seguente).

Si propone quindi di modificare l'art. 35 LCAMal nei termini descritti, ciò che rende peraltro superfluo l'attuale art. 36 LCAMal (che disciplina le attuali aliquote di riduzione lineare della Ripam), che va quindi abrogato.

### **3.1.3 Situazione acquisita per i bassi redditi**

Per le UR con RD inferiore o uguale al 100% dei RDLaps (bassi redditi) si propone - allo scopo di garantire ancora l'importo massimo di Ripam evitando che questi cittadini sussidiati ricevano un importo inferiore se calcolato con la nuova formula di calcolo - di utilizzare, **per un periodo transitorio**, l'attuale formula di calcolo con i valori 2014 di PMR. Con ciò si garantisce a questi cittadini sussidiati, dal 2015, la situazione acquisita, che consente di non penalizzarli finanziariamente rispetto al 2014.

Schematicamente, la formula di calcolo utilizzata in queste situazioni è la seguente:

**Ripam** = PMR 2014 \* coefficiente cantonale di finanziamento.

---

<sup>21</sup> Parametro a = (PMR ./ RDM<sup>2</sup>).

Il periodo transitorio, nel quale la descritta situazione acquisita sarà mantenuta, perdurerà fino al momento in cui l'importo di Ripam - calcolato con la nuova formula degressiva, per effetto dell'aumento dei premi di cassa malati che incidono sull'importo dei PMR - non sarà più elevato rispetto a quello calcolato con la formula attuale.

### 3.1.4 Premi medi di riferimento

Come detto, si ripropone con il presente messaggio di utilizzare il metodo di calcolo dei PMR già proposto per il 2014 con M6851. Il contesto nel quale la proposta viene ora riformulata è sostanzialmente diverso rispetto a quello di cui al citato M6851: in effetti, in tal caso, si otteneva una diminuzione dell'importo di Ripam nel contesto di una formula di calcolo con riduzione lineare; l'attuale proposta, al contrario, garantisce che i cittadini sussidiati a baso reddito non si vedano ridotta la Ripam per effetto soltanto dei PMR utilizzati.

Si ripropone, quindi, di determinare i PMR considerando i premi approvati dalla Confederazione relativi al modello con libera scelta del fornitore di prestazioni, ponderati però rispetto ai modelli assicurativi alternativi (cioè con scelta limitata del fornitore di prestazioni), considerando lo sconto legato al modello "medico di famiglia" e ritenuto che, in ogni caso, i PMR non potranno essere inferiori a quelli dell'anno 2014.

Si propone quindi di modificare gli attuali artt. 28 e 29 LCAMal, riprendendone il testo di cui al citato M6851. In aggiunta (art. 29 cpv. 2), si codifica la regola secondo la quale i PMR considerati non possono essere inferiori a quelli applicati per l'anno 2014, e meglio CHF 4'965.- all'anno per un adulto, CHF 4'594.- per un giovane adulto e CHF 1'156.- per un minorenni.

A titolo esemplificativo, considerando anche l'ipotetica evoluzione dei premi di cassa malati, la situazione si presenta nei seguenti termini (la situazione illustrata è riferita alla categoria "adulto", cioè assicurato sussidiato di età superiore ai 25 anni).

TABELLA 1

EVOLUZIONE DEL PMR CON L'AUMENTO DEI PREMI (CATEGORIA ADULTO)

Anno	PMR secondo sistema attuale (standard)	PMR secondo nuovo sistema proposto (ponderato)	PMR applicato per l'anno di riferimento Ripam
2014	4'965.-	4'761.-	4'965.-
2015	5'114.-	4'904.-	4'965.-
2016	5'267.-	5'051.-	5'051.-
2017	5'425.-	5'202.-	5'202.-

FONTE: ELABORAZIONE IAS

Il PMR di partenza è quello, per un adulto, calcolato utilizzando il sistema PMR di cui al citato M6851 (CHF 4'761.- all'anno per il 2014); per il 2015, ipotizzando un aumento dei premi del 3%, il PMR sarebbe di CHF 4'904.-: per questo viene utilizzato il PMR reale per il 2014 (CHF 4'965.- all'anno) perché più elevato. Medesima procedura per gli anni seguenti, e meglio: per il 2016 si utilizzerà il PMR di CHF 5'051.- perché più elevato rispetto ai CHF 4'965.- del 2015.

L'aumento dei premi è indicato a fini puramente esemplificativi; si ipotizza un aumento dei premi del 3% all'anno rispetto all'anno precedente.

Il 73.5% (coefficiente cantonale di finanziamento) del PMR applicato è il punto di partenza della curva e il RDM è invece il punto di arrivo.  
La tabella evidenzia come, nonostante il nuovo sistema di calcolo del PMR, l'importo dello stesso non risulta mai diminuito rispetto all'anno precedente.

### 3.2 Reddito disponibile massimo

Si propone di introdurre un RDM, inteso quale limite massimo di RD (per tipologia di UR) al di sopra del quale la Ripam non è concessa.

Il RDM è un limite esplicito e non dipende dai PMR: un aumento dei premi ha come conseguenza solo una riduzione più veloce dell'importo di Ripam (maggiore pendenza della curva). L'introduzione di questo nuovo parametro consente così di non far aumentare o quantomeno contenere<sup>22</sup> l'aumento del numero dei beneficiari, nei redditi alti, a dipendenza dell'aumento dei premi di cassa malati.

Il RDM interessa ovviamente le fasce alte di reddito, di modo che la sua introduzione equivale a prevedere dei criteri di esclusione (importi massimi di reddito e/o sostanza) per queste situazioni reddituali. In questo senso, l'introduzione del RDM risponde ed evade la mozione del 14 aprile 2014 del Deputato Giorgio Galusero per il Gruppo PLRT *Procedura per l'ottenimento del sussidio per l'assicurazione cassa malati* e costituisce un'alternativa rispetto a quanto proposto con la mozione del 25 novembre 2013 *100% medico di famiglia* dei Deputati Marco Chiesa, Franco Denti, Gabriele Pinoja, Orlando Del Don, Lara Filippini, Eros Mellini e Sergio Morisoli; in questo senso, il Consiglio di Stato ritiene che con l'attuale messaggio anche tale mozione sia evasa.

L'introduzione del RDM non interessa invece i cittadini sussidiati con bassi redditi (cioè quelli inferiori o uguali al 100% dei limiti di RDLaps che conferiscono il diritto alla Ripam massima<sup>23</sup>) che, al contrario, potranno avere un aumento della Ripam in modo più marcato rispetto ai redditi medio-bassi e medio-alti (per quest'ultimi l'effetto può comunque essere attenuato dall'adeguamento dei limiti di RDLaps, aumento che può avvenire negli anni dispari, cioè contemporaneamente all'adeguamento a livello federale degli importi di rendita di vecchiaia, superstiti e invalidità e dei limiti di reddito delle prestazioni complementari all'AVS/AI).

Dopo vari approfondimenti d'impatto sulle differenti tipologie di UR, si ritiene di dover considerare maggiormente le UR con figli a carico, perciò le famiglie monoparentali e biparentali, piuttosto che le persone sole e le coppie senza figli. Analogamente alla formula degressiva esposta precedentemente, che permette di ottenere una migliore equità verticale, il RDM qui di seguito esposto consente una migliore equità orizzontale tra le differenti UR.

Proponiamo quindi di utilizzare due formule di calcolo diverse e due diversi parametri per determinare il RDM, a dipendenza se nell'UR vi sono o meno figli:

- **per le UR con figli:** una formula che considera il numero dei figli e una costante di 3.9;
- **per le UR senza figli:** una formula con una costante di 3.4.

---

<sup>22</sup> Ciò poiché l'aumento dei premi di cassa malati riduce, in ogni caso, il RD dell'UR.

<sup>23</sup> Grazie alla situazione acquisita; vedi capitolo 2.1.3.

Considerato che la Ripam è una prestazione coordinata ai sensi della Laps e già attualmente se ne ispira, il RDM è calcolato come un multiplo del 50% del limite di RDLaps; per le UR con figli il multiplo aumenta in funzione del numero dei figli<sup>24</sup>.

In generale, il valore della costante non dipende direttamente dalla dimensione dell'UR, che è però influenzata dai limiti di RD Laps, che influenzano a loro volta l'importo della Ripam (Ripam massima con RD inferiore o uguale al 100% del limite di RDLaps rispettivamente Ripam non massima con RD superiore a questo limite).

Schematicamente, la formula di calcolo del RDM, per le due situazioni, è la seguente:

$$RDM_{UR \text{ senza figli}} = \text{costante} * 50\% \text{ RDLaps}$$

$$RDM_{UR \text{ con figli}} = \left[ \text{costante} + \left( 1 - \frac{n. \text{figli}}{10} \right) \right] * 50\% \text{ RDLaps.}$$

In forma tabellare, l'incidenza del numero dei figli sul valore di RDM è la seguente.

TABELLA 2

INCIDENZA DEL NUMERO DEI FIGLI SUL RDM (FAMIGLIA BIPARENTALE)

N. figli	Costante	Multiplo del 50% RDLaps	50% RD Laps (in CHF)	RDM (in CHF)
1	3.9	4.8	17'582.-	84'394.-
2	3.9	4.7	22'138.-	104'049.-
3	3.9	4.6	25'175.-	115'805.-
4	3.9	4.5	28'212.-	126'954.-
5	3.9	4.4	29'731.-	130'816.-

FONTE: ELABORAZIONE IAS

Il valore delle costanti (3.9 con figli e 3.4 senza figli) influenza l'importo del RDM: tanto minore è il valore della costante, tanto minore è anche l'importo del RDM e, di conseguenza, diminuisce anche il numero dei beneficiari con redditi alti.

Il nuovo parametro influenza, quindi, il numero dei beneficiari e la spesa a carico del Cantone.

Si propone di dare facoltà al Consiglio di Stato di aumentare il valore delle costanti così da poter in futuro considerare le conseguenze di un aumento dei premi di cassa malati anche per i redditi alti.

Nella tabella seguente sono riportati, per le differenti tipologie di UR, i limiti di RD oltre ai quali decade il diritto alla Ripam, sia con il modello attuale che con il modello proposto. I limiti riportati considerano anche gli importi minimi della Ripam (sussidi bagatella) definiti dall'art. 21 Reg. LCAMal<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Ogni figlio aggiuntivo modifica il multiplo del 50% del limite di RDLaps di 0.1 (n\*figli/10). All'aumentare dei figli il multiplo diminuisce, mentre il 50% del limite di RDLaps aumenta in funzione della dimensione dell'UR.

<sup>25</sup> Questi importi corrispondono a fr. 300.- all'anno per gli assicurati di età superiore a 25 anni, fr. 240.- all'anno per gli assicurati di età compresa tra 18 e 25 anni e fr. 120.- all'anno per gli assicurati fino all'età di 18 anni.

TABELLA 3

LIMITE MASSIMO DI RD (PER TIPOLOGIA DI UR) AL DI SOPRA DEL QUALE LA RIPAM NON È CONCESSA

Tipologia di UR	Attuale in CHF/anno	Nuovo in CHF/anno	Diminuzione in CHF/anno	Scostamento %
SOLO (1A)	31'371	28'305	-3'066	-9.77%
COPPIA (2A)	56'243	42'470	-13'773	-24.49%
BIPAR (2A+1M)	101'574	83'842	-17'732	-17.46%
BIPAR (2A+2M)	113'730	102'680	-11'050	-9.72%
BIPAR (2A+3M)	124'336	113'750	-10'586	-8.51%
BIPAR (2A+4M)	134'900	124'100	-10'800	-8.01%
MONOPAR (1A+1M)	87'420	61'712	-25'708	-29.41%
MONOPAR (1A+2M)	104'264	80'771	-23'493	-22.53%
MONOPAR (1A+3M)	121'194	98'879	-22'315	-18.41%
MONOPAR (A+4M)	136'523	109'441	-27'082	-19.84%
MONOPAR (A+5M)	151'841	119'432	-32'409	-21.34%

Fonte: ELABORAZIONE IAS

LEGENDA:

A ADULTO

M MINORENNE

BIPAR FAMIGLIA BIPARENTALE (2 GENITORI)

MONOPAR FAMIGLIA MONOPARENTALE (1 GENITORE)

Si propone quindi di introdurre un nuovo art. 32a LCAMal e modificare l'attuale art. 40 lett. c) LCAMal. Per evitare storture nella determinazione del RDM qualora il RD fosse inferiore a zero, si propone altresì di introdurre un nuovo capoverso 4 all'art. 31 LCAMal, specificando che in tale situazione il RD considerato equivale a zero.

### 3.3 Coefficiente cantonale di finanziamento

Per garantire equità verticale si propone di far capo ad un solo coefficiente cantonale di finanziamento del 73.5%. Allo scopo, si propone di modificare l'art. 37 LCAMal.

La garanzia della situazione acquisita per i bassi redditi, seppur in forma temporanea, implica il mantenimento degli attuali effetti soglia introdotti con il doppio coefficiente nel 2013, perlomeno fino a che, con l'evoluzione dei premi di cassa malati, l'importo di Ripam calcolato con la nuova funzione degressiva non sarà più elevato rispetto a quello calcolato con i PMR e la formula attuale.

Giocoforza, quindi, applicare ancora gli attuali 2 coefficienti laddove fosse utilizzata l'attuale formula per calcolare la Ripam (cioè per i redditi bassi, fino al 100% del limite di RDLaps), e meglio:

- per i cittadini sussidiati con RD inferiore o uguale al 50% del limite di reddito Laps, la partecipazione del Cantone è del 73.5% dell'importo normativo di Ripam;
- per i cittadini sussidiati con RDS superiore al 50% ma inferiore o uguale al 100% del limite di RDLaps, la partecipazione del Cantone è del 70% dell'importo normativo di Ripam. Come già detto, con l'evoluzione dei premi di cassa malati, anche per questi cittadini sussidiati il coefficiente applicato sarà del 73.5%, nel contesto però di una formula di calcolo degressiva e non più lineare.

Le regole applicabili per queste situazioni vengono codificate nel nuovo art. 43a LCAMaI; in particolare si sottolinea che i PMR utilizzati per il calcolo della Ripam normativa sono quelli del 2014, calcolati cioè con il sistema di cui agli attuali artt. 28 e 29 LCAMaI (CHF 4'965.- all'anno per gli adulti, CHF 4'594.- all'anno per i giovani adulti e CHF 1'156.- all'anno per i minorenni).

### 3.4 Sintesi

L'effetto generale delle proposte e l'impatto dovuto all'evoluzione dei premi di cassa malati sono descritti nei due grafici che seguono.

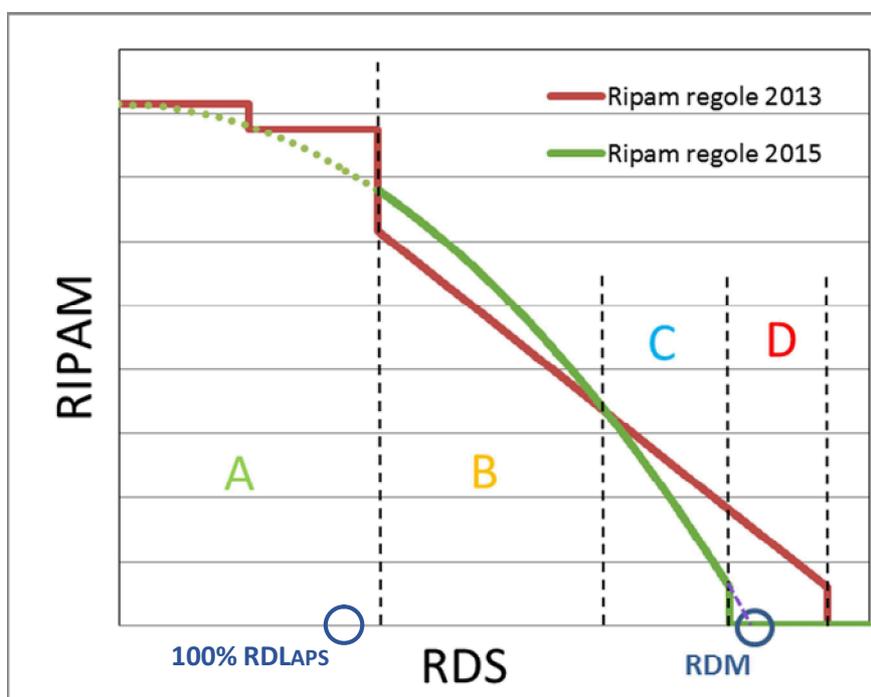
Ulteriori rappresentazioni per ogni tipologia di UR sono illustrate nell'allegato 1.

Il grafico seguente illustra gli effetti della combinazione degli assi portanti dell'adeguamento del modello Ripam:

- si mantiene e garantisce la situazione acquisita nel 2014 rispetto alla Ripam per i redditi bassi (le fasce di reddito inferiori o uguali al 100% dei limiti di RDLaps; fascia A);
- si aumenta la Ripam per i redditi medio-bassi (cioè le fasce di reddito successive al 100% dei limiti di RDLaps; fascia B);
- si diminuisce la Ripam per i redditi medio-alti grazie all'aumento della velocità di diminuzione della Ripam con l'aumentare del RD (fascia C);
- non si accorda più la Ripam ai redditi alti (fascia D).

GRAFICO 2

NUOVA FORMULA DI CALCOLO RIPAM E EFFETTI PER FASCIA DI REDDITO



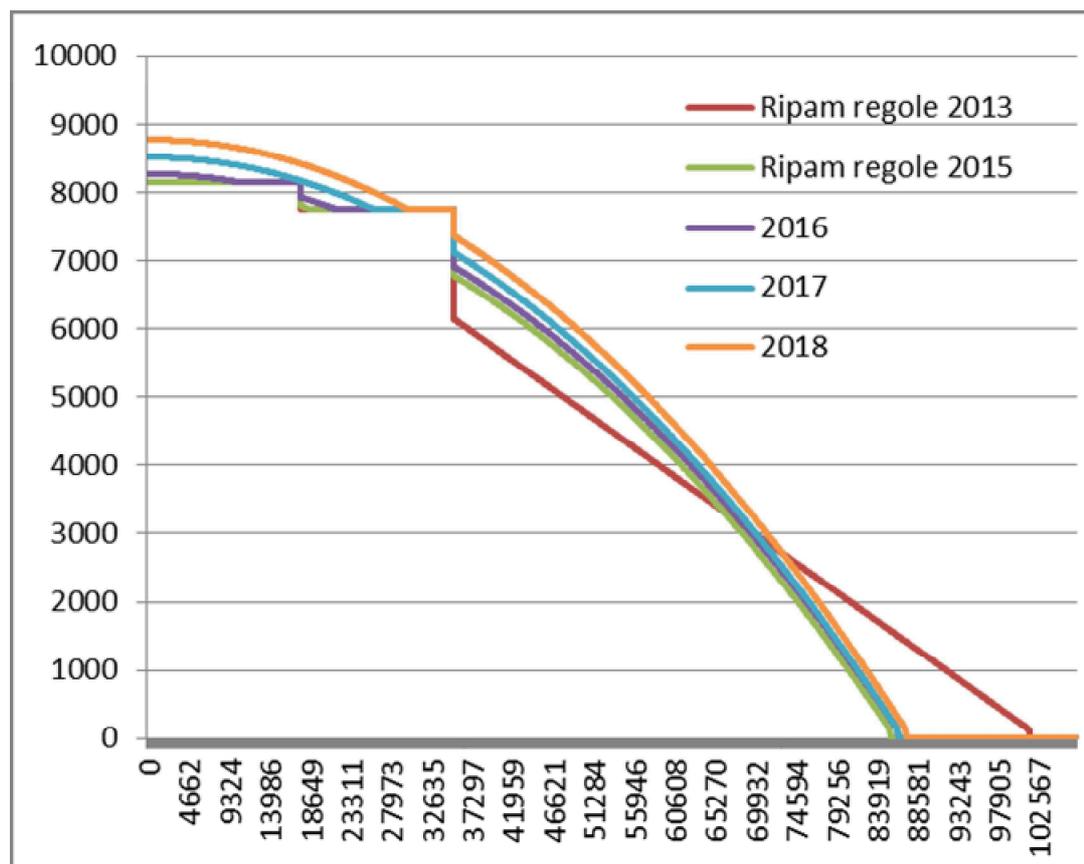
FONTE: ELABORAZIONE IAS

LEGENDA:

- A LA RIPAM È INVARIATA (REDDITI BASSI)
- B LA RIPAM AUMENTA (REDDITO MEDIO-BASSI)
- C LA RIPAM DIMINUISCE (REDDITI MEDIO-ALTI)
- D PERDITA DEL DIRITTO ALLA RIPAM (REDDITI ALTI)

GRAFICO 3

EVOLUZIONE DELLO SCENARIO CON L'AUMENTO DEI PREMI



FONTE: ELABORAZIONE IAS

Per illustrare l'evoluzione del modello si ipotizza un aumento annuale dei premi del 3% e un aumento con frequenza biennale (2016 e 2018) dell'1% dei limiti di RDLaps.

Il grafico 3 mostra come l'aumento dei premi, da un anno a quello seguente, avrà come effetto un aumento più marcato dell'importo di Ripam per i redditi bassi che non per i redditi alti. Inoltre l'importo di Ripam calcolato con la nuova formula degressiva, per effetto dell'aumento dei premi di cassa malati che incidono sull'importo dei PMR, sarà progressivamente sempre più alto rispetto a quello calcolato con la formula attuale per le situazioni acquisite descritte precedentemente. In futuro, il diritto alla Ripam sarà concesso interamente in modo degressivo, arrivando quindi a un'equità verticale ideale (graficamente: si avrà una curva che parte da un RD uguale a zero e termina al RDM, dunque senza più effetti soglia).

## 4. RELAZIONI E CONSEGUENZE

### 4.1 Relazione con atti parlamentari

Con il proposto adeguamento del modello di Ripam si evade la mozione del 14 aprile 2014 *Procedura per l'ottenimento del sussidio per l'assicurazione cassa malati* del Deputato Giorgio Galusero.

Esso costituisce invece un'alternativa rispetto a quanto proposto con la mozione del 25 novembre 2013 *100% medico di famiglia* dei Deputati Marco Chiesa, Franco Denti,

Gabriele Pinoja, Orlando Del Don, Lara Filippini, Eros Mellini e Sergio Morisoli; in questo senso, il Consiglio di Stato ritiene che con l'attuale messaggio tale mozione sia evasa.

L'adeguamento del modello di Ripam risponde pure alla mozione del 6 maggio 2014 *Sussidi di cassa malati* dei Deputati Franco Denti e Daniele Caverzasio. Infatti, con l'introduzione nel modello cantonale Ripam del RDM si risponde alla mozione. Il RDM corrisponde a un massimale di RDS per UR ed è indipendente dal premio. In questo senso gli effetti del RDM corrispondono a quelli di un limite di reddito esplicito e sono parificabili a quelli del reddito imponibile federale o cantonale, senza dover contraddire il passaggio dal criterio fiscale a quello sociale voluto con la riforma del 2010. A questo proposito con il passaggio dal reddito imponibile al reddito disponibile si è cambiato il paradigma. Le prestazioni di sicurezza sociale (la Ripam rappresenta una prestazione sociale di complemento a garanzia della spesa premio di cassa malattia) sono diverse dai contributi fiscali e quindi dalle imposte. Gli indirizzi, in termini di equità e selettività, della legislazione sociale relativa alla riduzione dei premi sono diversi da quella fiscale. Sulla scia della Laps, che coordina e armonizza le prestazioni sociali cantonali si è quindi adeguata pure la Ripam. Inoltre, il semplice passaggio dal reddito imponibile cantonale a quello imponibile federale non avrebbe risolto granché, né dato una risposta ad alcune criticità che poneva il precedente modello. Se è vero che, rispetto all'imponibile cantonale, per il calcolo dell'imponibile federale le deduzioni possibili e la loro entità sono minori, l'utilizzo del reddito imponibile ai fini della politica sociale non è indicato a causa delle molte deduzioni fiscali che perseguono altri obiettivi, diversi da quelli di una politica sociale, soprattutto se quest'ultima vuole essere una politica sociale mirata. Inoltre, il reddito imponibile (cantonale o federale) rivela solo una parte dei redditi effettivamente a disposizione: chi fa certe scelte di spesa è favorito, ma la politica sociale vuole essere neutra rispetto a scelte di spesa e/o preferenze individuali su come utilizzare il proprio reddito ed essere mirata valutando la situazione finanziaria effettiva che non dovrebbe dipendere da come si decide di spendere il proprio reddito. Per questo il reddito disponibile (a differenza del reddito imponibile) ammette in deduzione solo le spese, quelle obbligatorie e indispensabili, il resto è per l'appunto da considerare disponibile. Se pensiamo che per un medesimo reddito disponibile si trova un intervallo più o meno ampio di redditi imponibili, a dipendenza delle deduzioni che si fanno valere, il modello Ripam attuale corregge le distorsioni del sistema precedente, proprio perché cambia radicalmente il criterio di riferimento: da quello fiscale del reddito imponibile a quello sociale del reddito disponibile. Con l'adozione del reddito imponibile federale si resterebbe infine a rimorchio della politica fiscale, di modo che ogni modifica influenzerebbe indirettamente la spesa Ripam del Cantone.

Al momento attuale sono pendenti altri atti parlamentari che interessano il modello Ripam, e meglio tre iniziative presentate nella forma elaborata. Le tre iniziative interessano i redditi rispettivamente le spese da considerare per determinare il RD (quindi, l'art. 31 LCAMal). Il Consiglio di Stato ritiene di doversi pronunciare meritatamente a tali iniziative parlamentari non prima di aver preso atto della valutazione generale del modello Ripam prevista dall'art. 84 LCAMal, per la quale ha commissionato uno studio alla SUPSI. Come da mandato, la valutazione generale sarà consegnata entro fine 2014 e in seguito prospettata al Parlamento.

Le iniziative in esame sono le seguenti:

- iniziativa parlamentare elaborata del 26 settembre 2011 *per la modifica dell'art. 31 LCAMal*, mediante la quale il Deputato Gianni Guidicelli chiede di considerare quale spesa ai sensi LCAMal i premi per l'assicurazione della perdita di salario in caso di malattia e di considerare maggiormente le spese professionali per i salariati;

- iniziativa parlamentare elaborata del 9 febbraio 2012 *per la modifica dell'art. 31 LCAMal*, mediante la quale il Deputato Gianni Guidicelli chiede di considerare quale spesa ai sensi LCAMal gli interessi passivi, le spese per la manutenzione degli immobili e le spese per malattia e infortunio;
- iniziativa parlamentare elaborata del 13 febbraio 2012 *Sussidi cassa malati: reintroduciamo la franchigia*, mediante la quale i Deputati Amanda Rückert e Daniele Caverzasio per il Gruppo della Lega dei Ticinesi chiedono di ripristinare la franchigia sulla sostanza immobiliare.

## **4.2 Relazione con linee direttive e piano finanziario**

Le modifiche proposte non sono contemplate nelle Linee direttive e nel Piano finanziario.

## **4.3 Conseguenze dell'adeguamento del modello di Ripam sui beneficiari di prestazioni sociali**

### **4.3.1 Beneficiari di prestazioni Laps**

Come visto, anche per i beneficiari di prestazioni Laps (indennità straordinarie di disoccupazione, assegno integrativo, assegno di prima infanzia e prestazione assistenziale) quanto proposto non ha conseguenze. Da un lato, essi non sono toccati dall'introduzione del RDM; dall'altro, per essi vale la regola del mantenimento della situazione acquisita.

Per questi cittadini l'importo del premio di cassa malattia continuerà ad essere compreso nel calcolo di fabbisogno; nella maggior parte dei casi essi beneficiano della Ripam massima. È anche importante sottolineare che, per questi beneficiari, il PMR considerato ai fini dell'applicazione dell'art. 8 cpv. 1 lett. g) Laps (importo da considerare quale massimale nel calcolo a titolo di spesa per la cassa malati) è quello di cui al qui proposto art. 43a LCAMal valido per le situazioni acquisite.

### **4.3.2 Beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI**

La misura non interessa i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI, per i quali la partecipazione del Cantone al premio di cassa malattia segue regole proprie che discendono dal diritto federale<sup>26</sup>. Quanto proposto non ha quindi conseguenze per questa categoria di persone.

### **4.3.3 Altri beneficiari**

L'adeguamento del modello di Ripam ha differenti conseguenze sull'universo degli attuali cittadini sussidiati.

Come già esposto, il nuovo sistema di calcolo (con una riduzione non più lineare bensì degressiva della Ripam) permette di raggiungere una migliore equità verticale: le fasce di reddito medio-basse e al di sotto del 100% dei limiti di RDLaps beneficeranno nei prossimi anni di una Ripam uguale o aumentata rispetto all'attuale modello, mentre le fasce di reddito alte saranno confrontate con una riduzione o con la perdita del diritto.

<sup>26</sup> A questo proposito, si sottolinea quanto contenuto nel M6851 del 24 settembre 2013 al capitolo 3 alle pagg. da 15 a 17 e al capitolo 4.2. a pag. 17. In attesa delle evoluzioni a livello federale quanto all'art. 21a LPC, anche con il presente messaggio non viene, quindi, modificato l'attuale art. 42 cpv. 2 prima frase LCAMal che, in ragione della forza derogatoria del diritto federale, risulta ancora essere inapplicabile. Si richiama inoltre la risposta del Consiglio di Stato del 2 aprile 2014 all'interrogazione dell'11 marzo 2014 *Sussidi di cassa malati* delle Deputate Maristella Polli e Giovanna Viscardi.

La tabella seguente mostra in modo dettagliato l'impatto del nuovo calcolo Ripam per le differenti tipologie di UR.

TABELLA 4

CONSEGUENZE DELLA PROPOSTA SUI BENEFICIARI (TIPOLOGIA DI UR)

TIPOLOGIA UR	N° UR CON DIRITTO CON SISTEMA ATTUALE	VARIAZIONE CON NUOVA FORMULA							
		AUMENTO	%	INVARIATO	%	DIMINUZIONE	%	PERDITA DIRITTO	%
PS NON DIP UR (*)	15'710	1'751	11.15	6'641	42.27	4'471	28.46	2'847	18.12
MONO + 1F	3'586	240	6.69	8'37	23.34	1'621	45.20	888	24.76
MONO + 2F	1'583	313	19.77	477	30.13	558	35.25	235	14.85
MONO + 3F	265	66	24.91	110	41.51	64	24.15	25	9.43
MONO + 4E e più	36	7	19.44	18	50.00	9	25.00	2	5.56
COPPIA SENZA F	5'842	23	0.39	779	13.33	1'833	31.38	3'207	54.90
COPPIA + 1F	4'714	1'156	24.52	459	9.74	1'723	36.55	1'376	29.19
COPPIA + 2F	5'528	2'708	48.99	732	13.24	1'320	23.88	768	13.89
COPPIA + 3F	1'455	760	52.23	307	21.10	238	16.36	150	10.31
COPPIA + 4F	236	116	49.15	69	29.24	31	13.14	20	8.47
COPPIA + 5F e più	45	14	31.11	14	31.11	10	22.22	7	15.56
<b>TOTALE</b>	<b>39'000</b>	<b>7'154</b>		<b>10'443</b>		<b>11'878</b>		<b>9'525</b>	

FONTE: ELABORAZIONE IAS

LEGENDA:

(\*) 15'710 SONO LE PERSONE SOLE NON DIPENDENTI DALLA PROPRIA UR E PER LE QUALI È QUINDI POSSIBILE DETERMINARE L'IPOTETICO DIRITTO ALLA RIPAM SULLA TASSAZIONE IC 2012.

12'908 SONO INVECE LE PERSONE SOLE CHE HANNO MENO DI 30 ANNI E CHE SECONDO LA TASSAZIONE IC 2012 HANNO UN TOTALE DEI REDDITI INFERIORE AL 100% DEL LIMITE LAPS (CASI SECONDO ART. 27 LCAMAL), PER LE QUALI NON È QUINDI POSSIBILE DETERMINARE L'IPOTETICO DIRITTO ALLA RIPAM SULLA TASSAZIONE IC 2012, IN QUANTO QUESTE PERSONE O FANNO PARTE DI UNA UR (AD ESEMPIO ASSIEME AI GENITORI E, QUINDI, NON SONO ECONOMICAMENTE INDIPENDENTI, COME PER ESEMPIO GLI STUDENTI) OPPURE SE ECONOMICAMENTE INDIPENDENTI IL DIRITTO ALLA RIPAM DOVREBBE ESSERE DETERMINATO NON SULLA TASSAZIONE IC 2012 BENSÌ CONSIDERANDO LA SITUAZIONE ECONOMICA PIÙ AGGIORNATA (AD ESEMPIO, PERCHÉ HANNO INIZIATO UN'ATTIVITÀ LUCRATIVA). QUESTE 12'908 PERSONE NON SONO, QUINDI, CONSIDERATE IN QUESTA VALUTAZIONE PERCHÉ NON SONO A DISPOSIZIONE I DATI DI DETTAGLIO RIFERITI ALLA LORO SITUAZIONE; ESSE SONO INVECE CONSIDERATE NELLA VALUTAZIONE GENERALE D'IMPATTO (TABELLA 5) TRAMITE L'UTILIZZO DEL COEFFICIENTE DI TRASFORMAZIONE DA SPESA/NUMERO POTENZIALE DI UR A SPESA/NUMERO EFFETTIVO DI UR (IL COEFFICIENTE DI TRASFORMAZIONE È DI 0.875 PER LA SPESA RISPETTIVAMENTE DI 0.840 PER LE UR).

PS SONO LE PERSONE SOLE, MONO LE FAMIGLIE MONOPARENTALI (1 SOLO GENITORE) E F I FIGLI.

Circa 9'500 UR perderanno quindi il diritto alla Ripam e oltre 11'000 UR si vedranno diminuire l'importo rispetto alla Ripam attuale.

In entrambi, i casi l'impatto sarà più marcato per le coppie senza figli, mentre le UR che beneficeranno maggiormente del modello proposto saranno le coppie con figli.

#### 4.4 Conseguenze di natura finanziaria

L'adeguamento del modello di Ripam, peraltro strutturale, comporta una minor spesa lorda per il Cantone valutabile in CHF 19.3 mio per la voce di costo 36370063 CRB 210 "Partecipazione al premio assicurazione malattie" per il 2015.

Come precedentemente indicato, il risparmio stimato deriva dalla diminuzione di UR che beneficiano della Ripam (-12.1 mio di CHF), dalla diminuzione dell'importo di Ripam concesso alle UR di reddito medio-alto (-9.6 mio di CHF) e dall'aumento della Ripam per le altre UR (+2.5 mio di CHF).

Il prossimo anno circa il 20% degli attuali assicurati (18.4% in termini di UR) con redditi alti perderanno il diritto alla Ripam. Nel contempo circa il 23% degli attuali assicurati sussidiati (13.9% in termini di unità di riferimento) con un reddito disponibile medio basso si vedranno aumentare l'importo Ripam. Il 25.5% (22.8% in termini di unità di riferimento) degli attuali assicurati sussidiati con redditi medio alti riceveranno invece un importo inferiore. Infine il restante 32% degli attuali assicurati sussidiati non avrà nessun cambiamento (si veda la tabella 5 e il grafico 2).

Escludendo i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI, le persone che hanno diritto attualmente alla Ripam risultano essere circa il 29.8% della popolazione residente permanente del Cantone Ticino<sup>27</sup>. Con la misura proposta questo tasso scenderebbe a circa 23.8%.

Considerando anche i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI, passeremmo dal 37.7% al 31.7%, di modo che poco meno di un terzo della popolazione ticinese percepirebbe una riduzione dei premi di cassa malattia.

Qui di seguito la tabella dell'impatto finanziario generale.

TABELLA 5  
CONSEGUENZE FINANZIARIE DELLA PROPOSTA

Tipo di impatto rispetto alla situazione di partenza	Numero UR	In % sul totale	Numero persone	In % sul totale	Importo (in CHF)
Aumento Ripam Importo medio annuo (in CHF)	7'193	13.9%	23'115 108.-	22.7%	2.5 mio
Nessun cambiamento	23'323	44.9%	32'009	31.5%	-
Minor importo Ripam Importo medio annuo (in CHF)	11'858	22.8%	25'980 370.-	25.5%	-9.6 mio
Perdita diritto Ripam Importo medio annuo (in CHF)	9'533	18.4%	20'594 588.-	20.3%	-12.1 mio
Totale	51'907 (*)	100 %	101'698	100 %	- 19.3 mio (**)

FONTE: ELABORAZIONE IAS

LEGENDA:

(\*) LE 51'907 UR TOTALI RISULTANO DALLE 39'000 DI CUI ALLA TABELLA 4, ALLE QUALI SI SONO AGGIUNTI I 12'908 CASI MENZIONATI NELLA LEGENDA DELLA TABELLA 4.

(\*\*) LA DIFFERENZA DI SPESA È DOVUTA AD UN ARROTONDAMENTO.

<sup>27</sup> I dati più recenti disponibili sui residenti permanenti sono quelli del 2012 (fonte: USTAT)

Se, ipoteticamente, la proposta fosse stata applicata anche nel 2014, l'impatto sarebbe stato quello descritto nella tabella che segue.

TABELLA 6 (\*)

CONSEGUENZE FINANZIARIE DELLA PROPOSTA (CON RIFERIMENTO AL 2014)

Tipo di impatto rispetto alla situazione di partenza	Numero UR	Numero Persone	Importo (in CHF)
Aumento Ripam	10'718	33'283	+ 5.1 mio
Nessun cambiamento	22'780	31'483	-
Diminuzione importo RIPAM	9'519	19'882	- 4.8 mio
Perdita diritto Ripam	7'980	16'824	- 9.4 mio
Totale	50'997	101'472	- 9.1 mio

Fonte: ELABORAZIONE IAS

LEGENDA:

(\*) I DATI ESPOSTI NELLE TABELLA SONO STATI ELABORATI CONSIDERANDO UNA COSTANTE DI 4 (E NON DI 3.9) PER LE UR CON FIGLI. APPLICANDO LA COSTANTE 3.9 SI SOTTOLINEA COMUNQUE COME LO SCOSTAMENTO SAREBBE MINIMO. LA DIFFERENZA A LIVELLO D'IMPATTO SULLA SPESA (-19.3 MIO DI CUI ALLA TABELLA 5 RISPETTO A CHF - 9.1 MIO RISPETTO A QUESTA TABELLA, QUINDI 10.2 MIO) È DOVUTA PRINCIPALMENTE AL NUOVO PARAMETRO DEL RDM CHE LIMITA IL NUMERO DEI BENEFICIARI ED AL FATTO CHE I PMR 2015 SARANNO GLI STESSI DEL 2014 PER LE SITUAZIONI ACQUISITE.

In termini di impatto finanziario la differenza tra le ultime due tabelle esposte è dovuto soprattutto al nuovo limite di reddito esplicito RDM, che consente di non far aumentare, o perlomeno contenere, l'aumento dei beneficiari nei redditi alti. L'altro importante motivo è dovuto alla nuova definizione dei PMR per il 2015.

#### 4.5 Conseguenze a livello di Enti locali

Per taluni Comuni (quelli che non hanno ancora raggiunto il massimale di contribuzione) l'adeguamento del modello di Ripam ha un impatto positivo sulla loro partecipazione alla spesa per le assicurazioni sociali. I Comuni interessati sono 4 per un minor onere complessivo di 0.2 mio.

#### 4.6 Misura relativa ai rimborsi dei premi pagati in eccesso

Si coglie l'occasione per informare che, nell'ambito del preventivo 2015, verrà presentata un'ulteriore misura in ambito Ripam che interessa i rimborsi, decisi dalla Confederazione, a seguito dei premi pagati in eccesso negli anni dal 1996 al 2013 dagli assicurati ticinesi. La misura proposta dal Consiglio di Stato consiste nella corrispettiva diminuzione di 90.- franchi dei PMR e consente di recuperare circa 4.5 mio, di cui 2.3 alla voce Ripam ordinaria e 2.2 mio alla voce Ripam PC (riduzione dei premi per i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI).

Considerando allo stesso tempo il rimborso da parte dell'assicuratore malattia è corretto affermare che questa misura non ha conseguenze finanziarie negative per gli assicurati sussidiati, eccettuata una piccola parte di UR con redditi alti che perderanno il diritto (circa 200 UR).

#### **4.7 Modifica nel settore dell'obbligo assicurativo LAMal**

Si coglie l'occasione per proporre una modifica della LCAMal avuto riguardo all'obbligo assicurativo LAMal. Ai fini del controllo dell'osservanza dell'obbligo assicurativo, di competenza dei Cantoni conformemente all'art. 6 LAMal, si formalizza una base legale, affinché gli assicuratori malattie forniscano annualmente un elenco aggiornato con i nominativi degli assicurati loro affiliati (cfr. art. 15 LCAMal).

#### **5. COMPATIBILITÀ CON ALTRE LEGGI CANTONALI E FEDERALI**

Le modifiche sono compatibili con le altre leggi cantonali e federali.

#### **6. COMPATIBILITÀ CON IL DIRITTO EUROPEO APPLICABILE**

Le modifiche sono compatibili con il diritto europeo.

#### **7. CONCLUSIONI E TEMPISTICA**

Osservato quanto precede, il Consiglio di Stato invita il Parlamento ad accogliere quanto proposto con presente messaggio.

Senza una decisione del Parlamento sulle modifiche proposte che interessano i parametri di calcolo della Ripam e introducono il nuovo parametro del RDM, i diritti alla Ripam 2015 non potranno essere determinati e, quindi, comunicati agli assicurati ed agli assicuratori malattia. Per evitare che i cittadini sussidiati, in particolare a basso reddito, siano chiamati a pagare l'intero premio di cassa malattia nei primi mesi del 2015, con le ben note conseguenze (disagio economico e rischio di aumento degli assicurati morosi), è necessario che il Parlamento si pronunci prima possibile.

Il messaggio sul preventivo 2015 considererà le conseguenze finanziarie delle misure proposte.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, M. Bertoli

Il Cancelliere, G. Gianella

#### Allegati:

1. Nuova formula di calcolo Ripam, situazione acquisita per i bassi redditi ed evoluzione dello scenario con l'aumento dei premi: impatto sulle diverse tipologie di UR
2. Contesto di riferimento e principali tendenze, evoluzione della spesa Ripam in Ticino e il nuovo modello Ripam 2012, Estratto dal rapporto intermedio di valutazione della SUPSI
3. Atti parlamentari evasi
4. Elenco delle abbreviazioni

Disegno di

## **LEGGE**

### **di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997; modifica**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

- richiamata la legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal),
- visto il messaggio 10 settembre 2014 n. 6982 del Consiglio di Stato,

## **d e c r e t a:**

### **I.**

La legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997 è modificata come segue:

#### **Articolo 15 cpv. 4 (nuovo)**

<sup>4</sup>Gli assicuratori comunicano annualmente all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'elenco nominativo degli assicurati a loro affiliati.

#### **Articolo 15 cpv. 5 (nuovo)**

<sup>5</sup>Il regolamento disciplina i particolari.

#### **Articolo 28**

### **C. Premio medio di riferimento I. Principi**

<sup>1</sup>Il premio medio di riferimento è stabilito, per le tre categorie di assicurati previste dalla LAMal, sulla base dei premi approvati dall'autorità federale nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>2</sup>Esso è calcolato sulla base della media ponderata dei premi dell'assicurazione standard, con franchigia ordinaria e rischio d'infortunio incluso, tenuto conto del numero degli assicurati iscritti presso ogni singolo assicuratore malattie ripartiti per le regioni di premio ammesse dalla LAMal ( $\bar{P}$ ) e considerando:

- a) la percentuale di assicurati con modello assicurativo standard, con franchigia ordinaria ( $\alpha$ );
- b) la percentuale di assicurati con modelli assicurativi alternativi, con franchigia ordinaria ( $\beta$ );
- c) lo sconto medio percentuale tra modello medico di famiglia e modello standard ( $\gamma$ ).

<sup>3</sup>Il regolamento stabilisce la data in cui è preso in considerazione il numero di assicurati e la modalità di calcolo della percentuale degli assicurati tra i vari modelli assicurativi.

## Articolo 29

### II. Formula e importo

<sup>1</sup>Il premio medio di riferimento è stabilito come segue:

$$PMR = \overline{P} \times \alpha + \overline{P} \times (100\% - \gamma) \times \beta.$$

<sup>2</sup>Il premio medio di riferimento considerato per le tre categorie di assicurati previste dalla LAMal non può essere inferiore a quello applicato per l'anno 2014.

### D. Reddito di riferimento

## Articolo 30 (marginale)

## Articolo 31 cpv. 4 (nuovo)

Se il reddito disponibile di riferimento è inferiore allo zero, esso equivale a zero.

## Articolo 32a (nuovo)

### C. Reddito disponibile massimo

<sup>1</sup>La riduzione dei premi è accordata fino al raggiungimento di un reddito disponibile massimo (RDM).

<sup>2</sup>Per le unità di riferimento senza figli, il reddito disponibile massimo è definito come segue:

RDM = costante del 3.4 x 50% del limite di fabbisogno, senza computo della pigione, ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) del 5 giugno 2000 applicabile all'unità di riferimento.

<sup>3</sup>Per le unità di riferimento con figli, il reddito disponibile massimo è definito come segue:

RDM = [ costante del 3.9 +  $(1 - (n. \text{figli})/10)$  ] x 50% del limite di fabbisogno, senza computo della pigione, ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) del 5 giugno 2000 applicabile all'unità di riferimento.

## Articolo 35

### B. Importo normativo di riduzione dei premi

L'importo normativo di riduzione dei premi è determinato come segue: [

$$PMR - \left( \frac{PMR}{RDM^2} \times RD^2 \right) ].$$

## Articolo 36

*Abrogato.*

## Articolo 37

<sup>1</sup>L'importo effettivo di riduzione dei premi si ottiene moltiplicando l'importo normativo per il coefficiente cantonale di finanziamento.

<sup>2</sup>Il coefficiente cantonale di finanziamento è pari al 73.5%.

<sup>3</sup>L'importo di riduzione dei premi non può oltrepassare l'ammontare del premio effettivo a carico dei membri dell'unità di riferimento.

### **Articolo 38**

Per tutte le forme particolari di assicurazione ai sensi della LAMal, l'importo di riduzione dei premi è determinato conformemente all'art. 37.

### **Articolo 40 lett. c)**

- c) la costante applicabile alle unità di riferimento con figli e alle unità di riferimento senza figli;

### **Articolo 43a (nuovo)**

**C. Situazione  
acquisita per le  
unità di riferimento  
con reddito  
disponibile  
inferiore o uguale  
al limite di  
fabbisogno ai sensi  
della Laps**

<sup>1</sup>Le unità di riferimento con reddito disponibile inferiore o uguale al limite di fabbisogno ai sensi della Laps, senza computo della pigione, mantengono la situazione acquisita con la legge in vigore per l'anno 2014.

<sup>2</sup>L'importo effettivo di riduzione dei premi, calcolato conformemente all'art. 37, non può essere inferiore all'importo calcolato come segue:

- a) considerando i premi medi di riferimento calcolati secondo la legge in vigore per l'anno 2014, segnatamente franchi 4'965.- all'anno per gli assicurati di età superiore ai 25 anni, di franchi 4'594.- all'anno per gli assicurati di età compresa tra i 18 e i 25 anni e di franchi 1'156.- all'anno per gli assicurati fino all'età di 18 anni;
- b)  $PMR \times$  coefficiente cantonale di finanziamento pari al 73.5%, per le unità di riferimento con un reddito disponibile inferiore o uguale al 50% del limite di fabbisogno;
- c)  $PMR \times$  coefficiente cantonale di finanziamento pari al 70%, per le unità di riferimento con un reddito disponibile superiore al 50% ma inferiore o uguale al 100% del limite di fabbisogno.

## **II.**

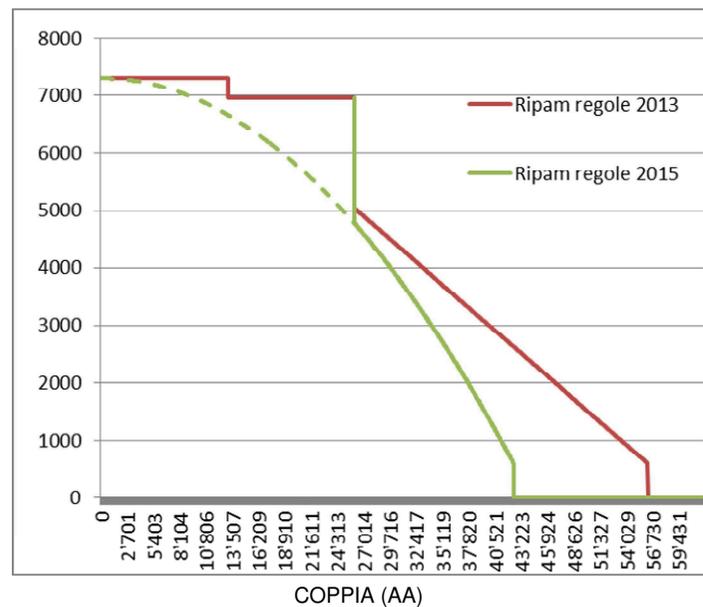
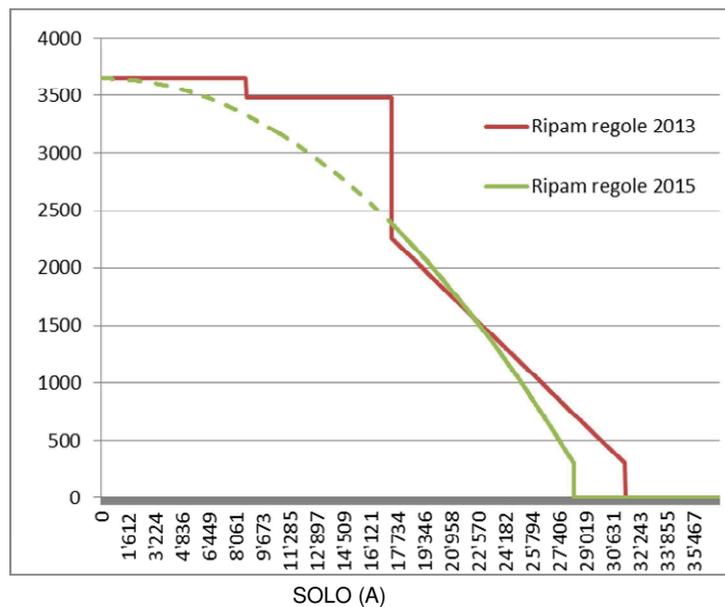
Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle legge e degli atti esecutivi.

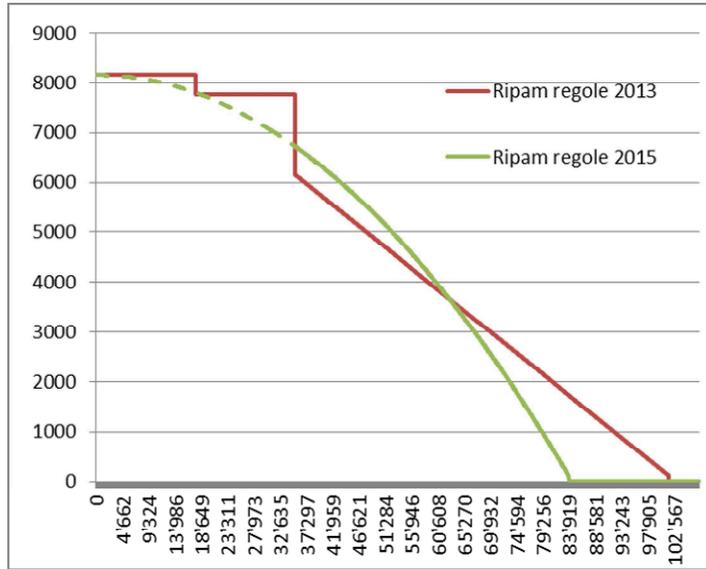
Essa entra in vigore il 1° gennaio 2015.

## ALLEGATO 1

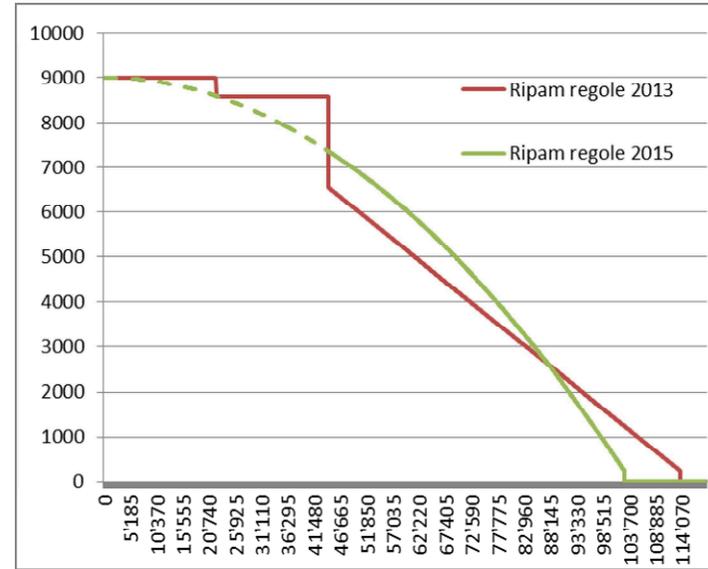
Nuova formula di calcolo Ripam, situazione acquisita per i bassi redditi ed evoluzione dello scenario con l'aumento dei premi: impatto sulle diverse tipologie di UR (Fonte: elaborazioni IAS)

### RAPPRESENTAZIONI GRAFICHE PER IL 2015

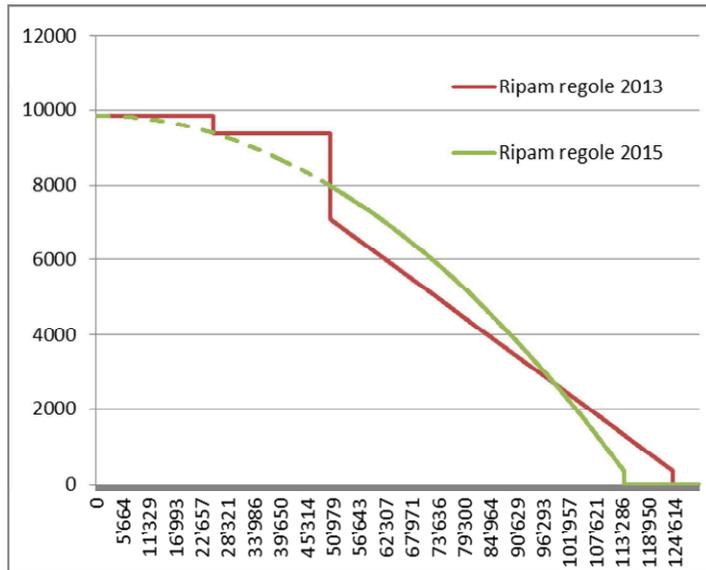




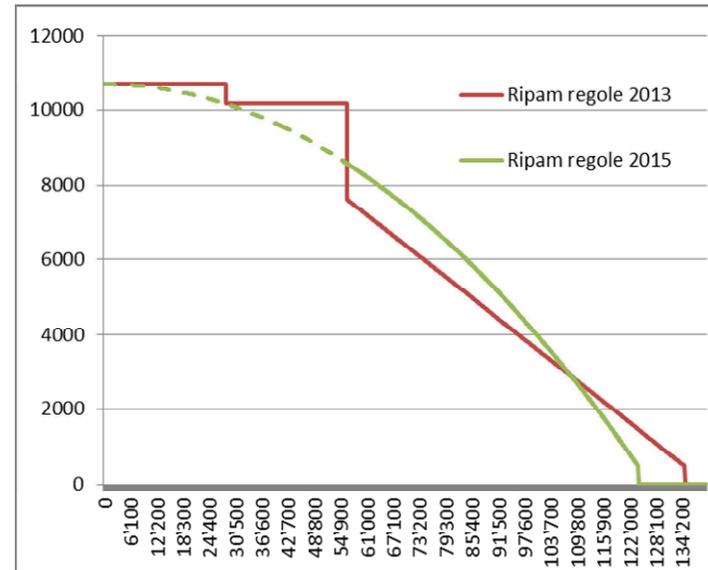
BIPAR (AA + 1M)



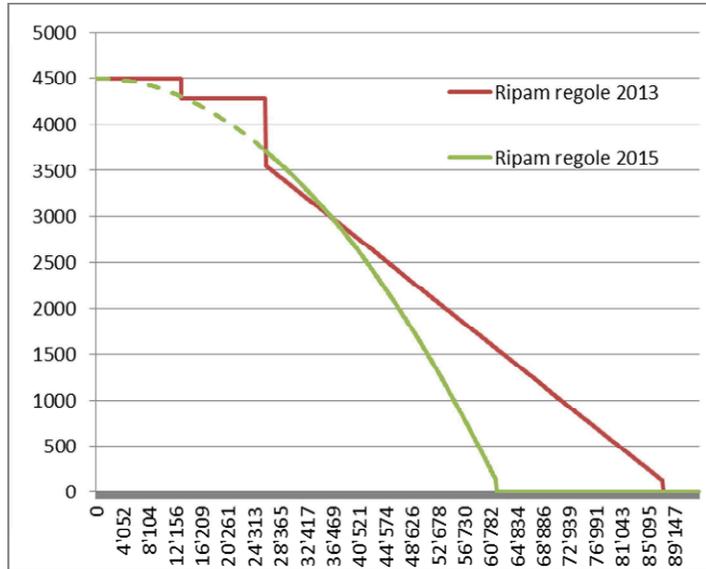
BIPAR (AA + 2M)



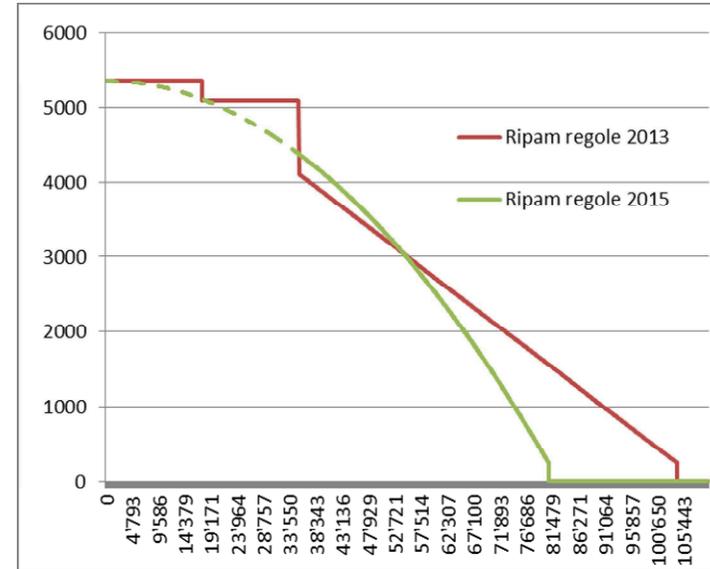
BIPAR (AA + 3M)



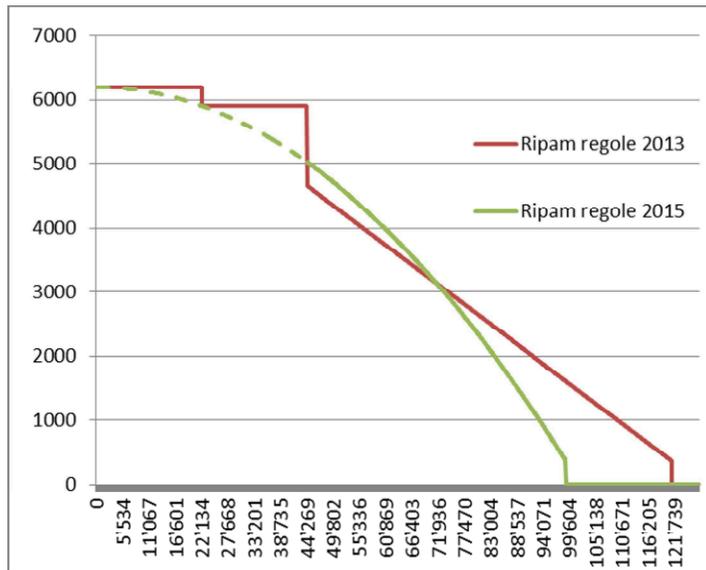
BIPAR (AA + 4M)



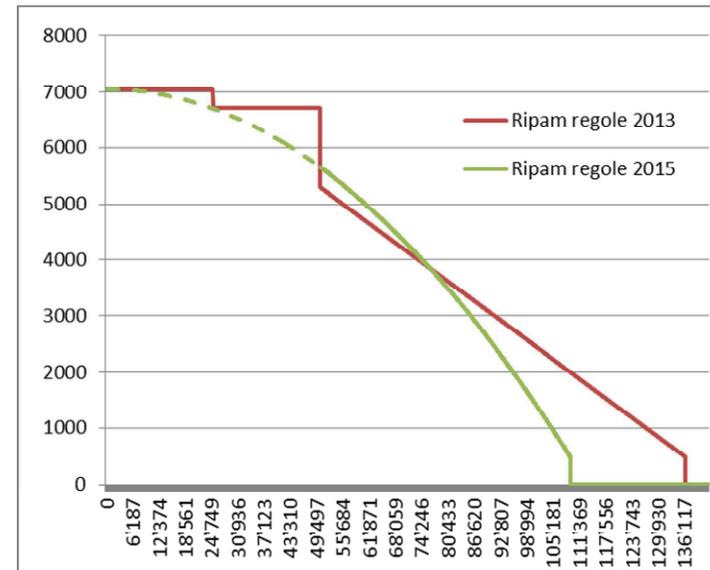
MONOPAR (A + 1M)



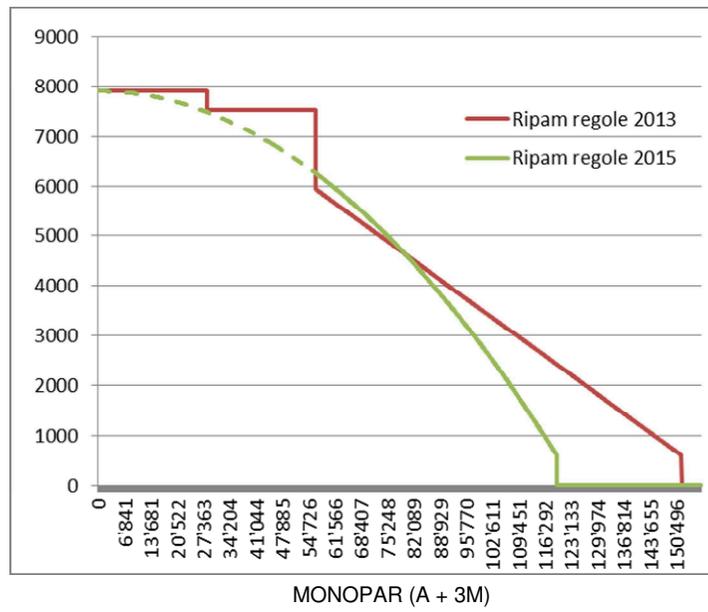
MONOPAR (A + 2M)



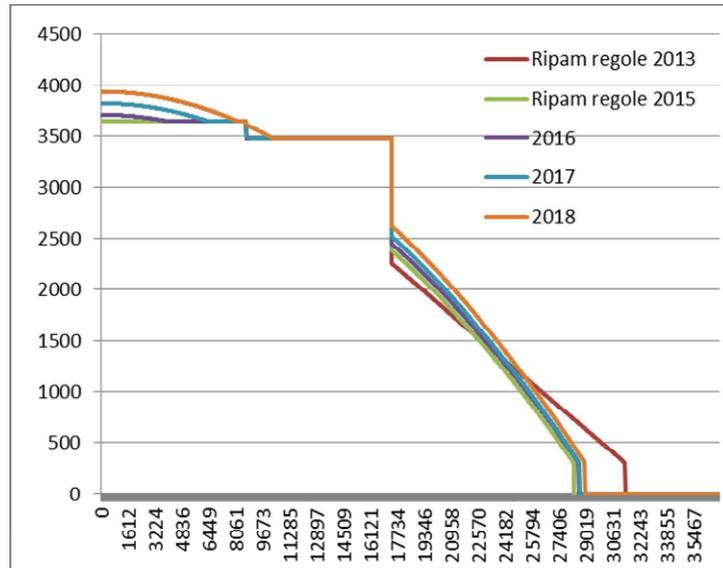
MONOPAR (A + 3M)



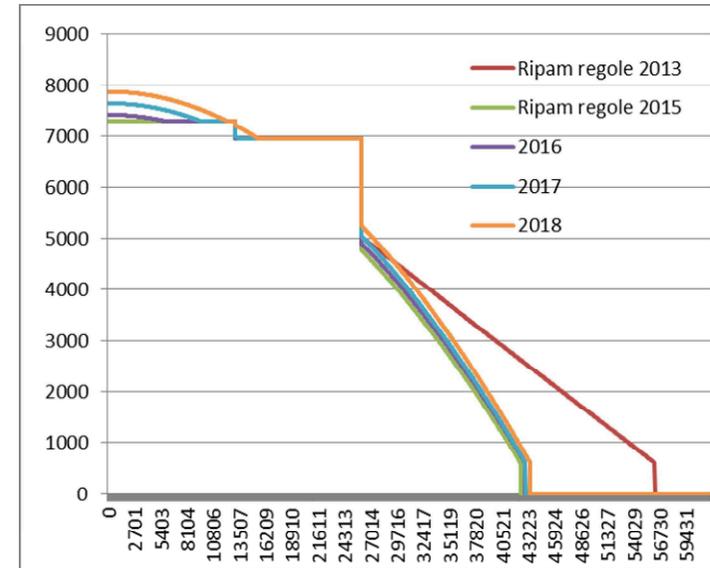
MONOPAR (A + 4M)



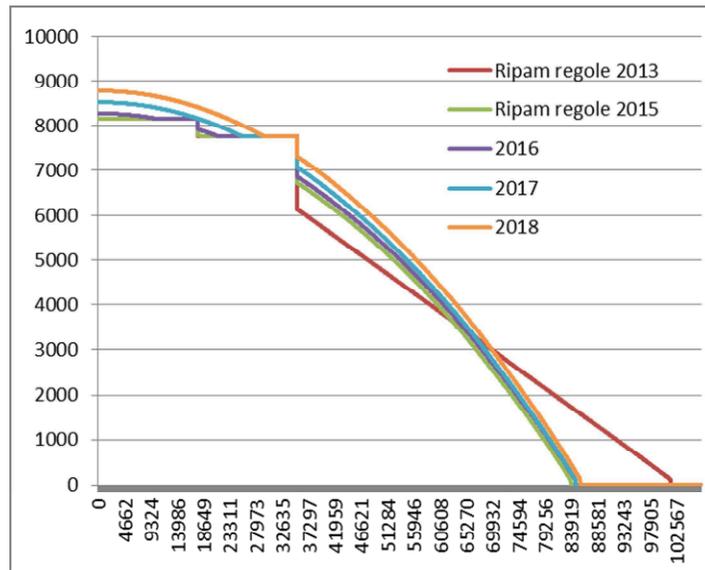
# EVOLUZIONE DEL MODELLO NEGLI ANNI



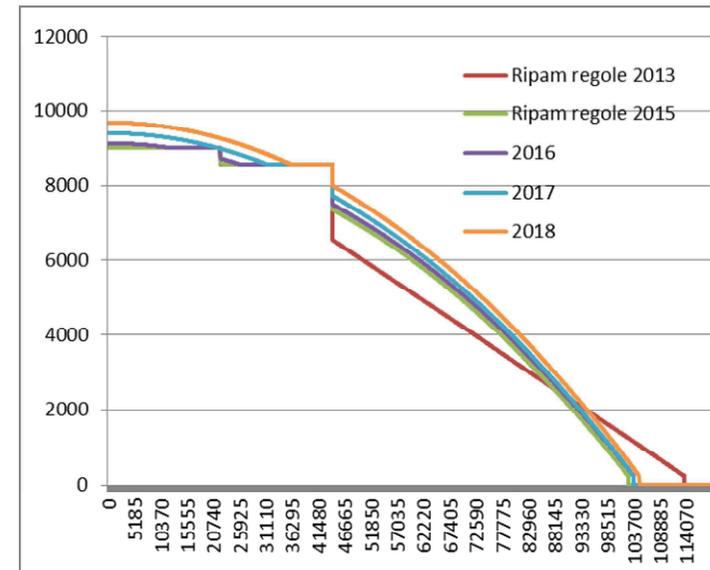
SOLO (A)



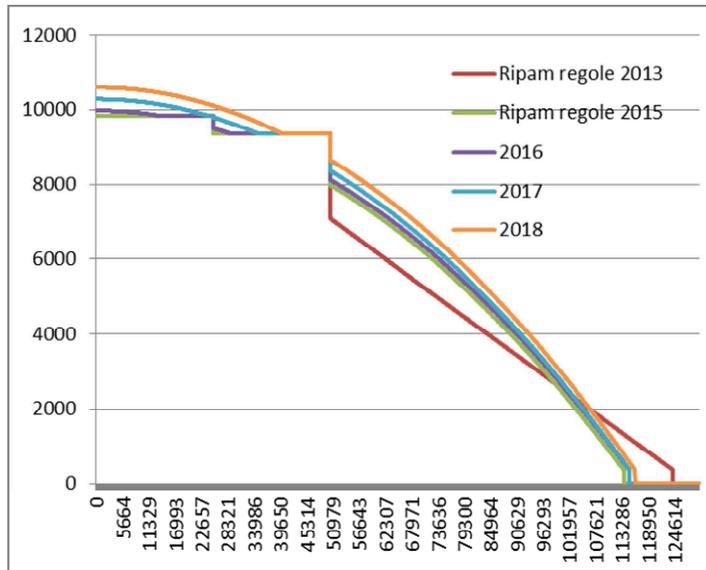
COPPIA (AA)



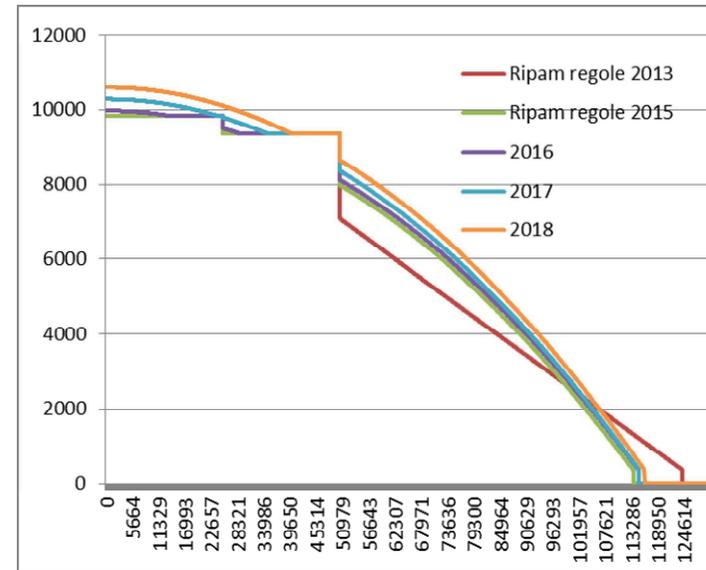
BIPAR (AA + 1M)



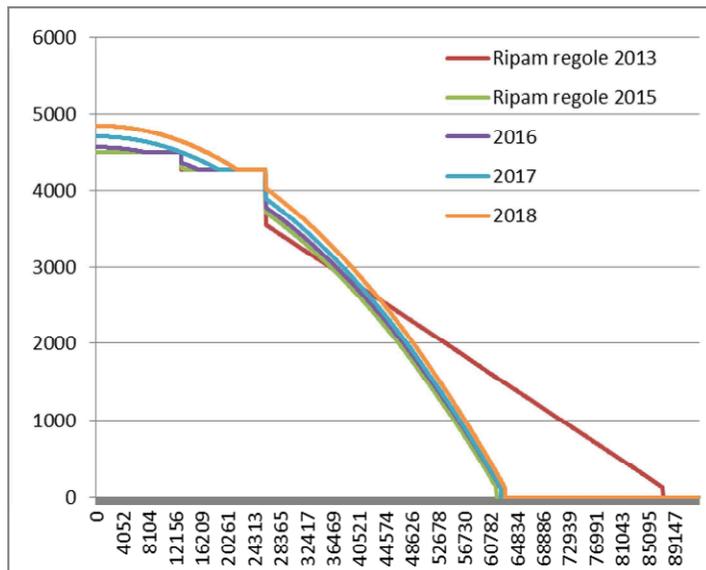
BIPAR (AA + 2M)



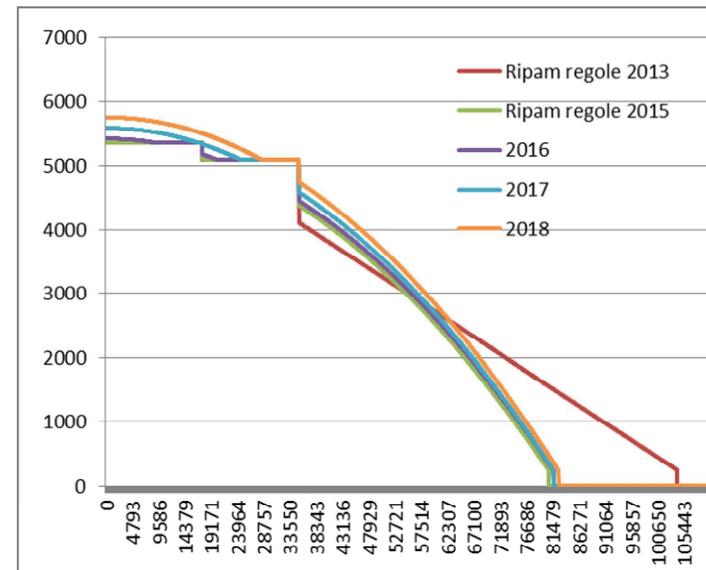
BIPAR (AA + 3M)



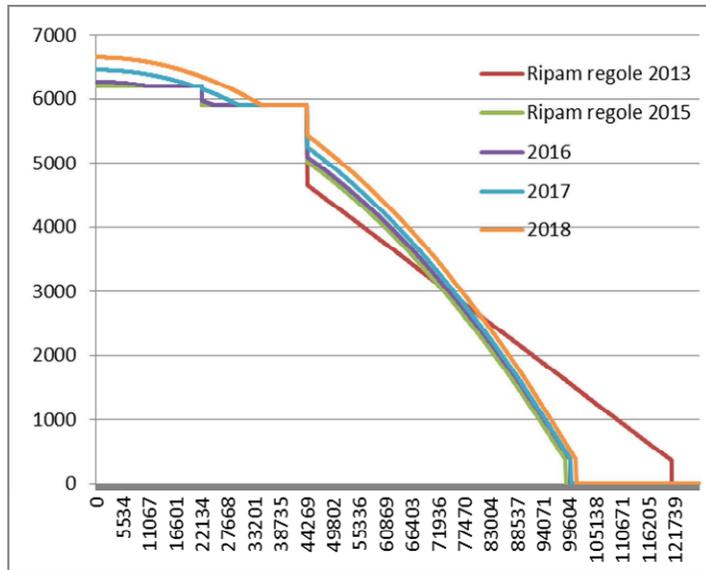
BIPAR (AA + 4M)



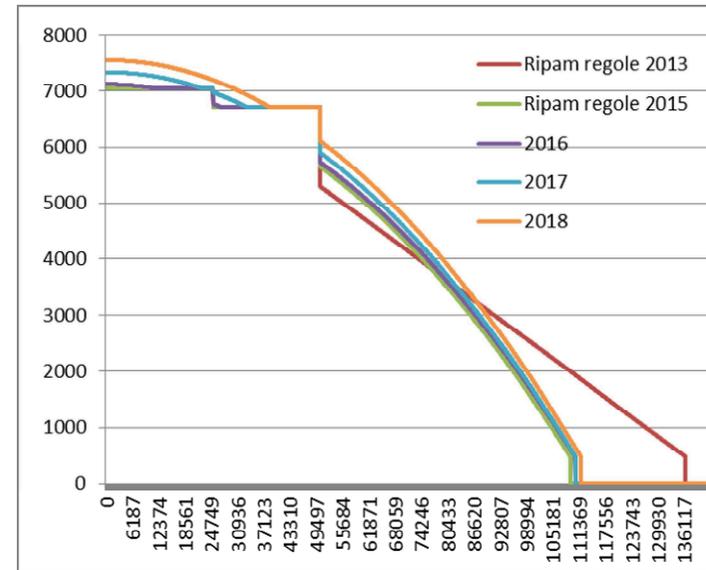
MONOPAR (A + 1M)



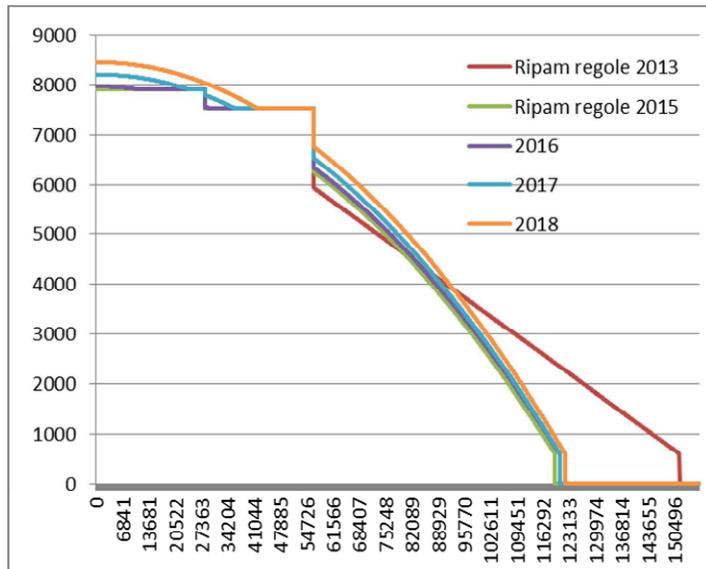
MONOPAR (A + 2M)



MONOPAR (A + 3M)



MONOPAR (A + 4M)



MONOPAR (A + 3M)

## ALLEGATO 2

### Contesto di riferimento e principali tendenze, evoluzione della spesa Ripam in Ticino e il nuovo modello Ripam 2012

#### 1. CONTESTO DI RIFERIMENTO E PRINCIPALI TENDENZE

##### 1.1. Nota introduttiva

La necessità di un sussidio pubblico, da finanziarsi mediante la fiscalità generale, è fisiologica in un sistema di assicurazione sociale contro le malattie nel quale i premi sono calcolati senza alcun riferimento al reddito e/o al patrimonio degli assicurati (cfr. Fuchs, 1996, p. 16). La Legge federale contro le malattie e gli infortuni (LAMI) del 1911, che lasciava ai cittadini la libertà di scegliere se acquistare o meno una copertura malattia, prevedeva un sistema di sovvenzionamento delle casse malati “a pioggia”, comportando un alleggerimento generalizzato dei premi (a beneficio di tutti gli assicurati) ed escludendo pertanto dalle sue finalità la redistribuzione. Lo scopo principale di quel sistema di sovvenzionamento era infatti un altro: «*si trattava di incentivare la popolazione, ed in particolare i buoni rischi, ad aderire ad un sistema di assicurazione malattia facoltativo ed a contribuire, con un'affiliazione il più possibile precoce, a realizzare la mutualità e la solidarietà assicurativa*» (Crivelli e Lunati, 2004, p. 1).

Nel 1996, con l'entrata in vigore della LAMal, viene sancita l'obbligatorietà dell'assicurazione malattia a livello federale<sup>28</sup> e nel contempo si assiste al passaggio dal sussidio generalizzato ad un dispositivo di riduzione dei premi (RIPAM) più mirato, i cui destinatari sono persone sole e famiglie a reddito modesto e la cui finalità è quella di rendere meno iniquo un sistema di assicurazione sociale a copertura universale, basato sulla corresponsione di premi indipendenti dal reddito e dal patrimonio. Secondo gli intendimenti iniziali del Consiglio federale, il legislatore avrebbe dovuto impegnarsi a garantire ad ogni economia domestica un'incidenza dei premi sul reddito imponibile non superiore ad una determinata soglia. Questa fu esplicitata e fissata all'8% nel Messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 concernente la revisione della legge sull'assicurazione malattia (“*nessuna economia domestica dovrebbe consacrare più dell'8 per cento del suo reddito imponibile al pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche*” (p. 194); cfr. anche Rossini et al., 2012, in particolare p. 140 e p. 145).

Dall'entrata in vigore della LAMal, diversi studi hanno mostrato che il sistema di riduzione dei premi costituisce uno strumento di per sé efficace, ma hanno pure evidenziato significative differenze nella sua applicazione tra i Cantoni e tra le varie tipologie di economia domestica.

##### 1.2. Le cifre del Ticino e della Svizzera a confronto: situazione 2012

Nel 2012, in Cantone Ticino sono stati versati complessivamente 265.8 milioni di franchi di riduzione dei premi (di cui il **65.4%** a carico di Cantone e Comuni) a 130'323 beneficiari. Di questa somma, ben 110.8 mio sono stati corrisposti ai 26'595 beneficiari di PC AVS/AI<sup>29</sup>. Di conseguenza, mediante il dispositivo RIPAM “ordinario” definito nella LCAMal, riformato a decorrere dal 1.1.2012 e oggetto del presente rapporto intermedio di valutazione, sono stati distribuiti in Ticino 155 mio di franchi, di cui 43.6 mio ai 20'266 beneficiari di prestazioni assistenziali, di assegni familiari integrativi e di assegni di prima infanzia (genericamente chiamati *Sozialhilfebezüger* nella statistica federale). Oltre alla somma di 265.8 mio destinati alla riduzione (se non al pagamento completo) dei premi, il Cantone si è preso a carico ulteriori 7.1 mio destinati all'assunzione diretta dei costi di prestazioni sanitarie di prima necessità generati da assicurati la cui copertura è stata sospesa e al rimborso di debiti contratti da assicurati insolventi, ai quali è stato emesso un certificato di carenza beni<sup>30</sup>. Per quel che concerne l'assicurazione malattia obbligatoria, nel 2012 in Ticino lo Stato ha dunque versato complessivamente un importo di 272.9 milioni di franchi, secondo i dati

<sup>28</sup> Parecchi cantoni avevano introdotto l'obbligo di assicurazione sul piano cantonale prima di questa data.

<sup>29</sup> Le prestazioni complementari all'Assicurazione vecchiaia e superstiti e all'Assicurazione invalidità sono d'ausilio quando le rendite e gli altri redditi non riescono a coprire il fabbisogno vitale dell'assicurato (<http://www.ahv-iv.info/el/?lang=it>, 20 gennaio 2014).

<sup>30</sup> Dal 2013 in poi questa voce comprenderà anche il versamento alle casse malati dell'85% dello scoperto generato dagli assicurati insolventi ai sensi del nuovo articolo 64a LAMal, entrato in vigore il 1° gennaio 2012 ma del quale si misureranno le conseguenze sui conti delle finanze pubbliche cantonali solo a partire dal 2013.

dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)<sup>31</sup>. Ciò equivale al 24% del fatturato (*Prämiensoll*) delle casse malati in Ticino per l'assicurazione obbligatoria (pari a 1'143 mio) e corrisponde all'incirca ad un franco ogni quattro franchi di premio.

A livello nazionale, sempre nel 2012, sono stati erogati poco meno di 4 miliardi di franchi (di cui **45.8%** a carico dei Cantoni e dei Comuni) a 2'308'013 beneficiari. Nella media svizzera il contributo percentuale dei Cantoni è stato dunque decisamente inferiore a quello vigente in Ticino. I 351'269 beneficiari di PC AVS/AI hanno ricevuto 1.2 miliardi, mentre ai 254'513 beneficiari di prestazioni assistenziali sono stati erogati complessivamente 545.3 milioni di franchi.

La tabella 1-1 riassume per l'anno 2012 le risorse in gioco e alcuni tra i principali indicatori della RIPAM.

Per una lettura rigorosa della tabella, si tenga presente che il Cantone non ha margini discrezionali sui sussidi versati ai beneficiari di PC AVS/AI, ma si limita ad applicare parametri decisi a livello federale. Ciò significa che circa il 40 per cento del totale dei sussidi versati esulano dalla capacità decisionale del Cantone. Si consideri inoltre che il numero di beneficiari include tutti coloro che nel corso dell'anno in questione hanno ottenuto almeno un versamento a titolo di riduzione dei premi.

TABELLA 1-1: PANORAMA STATISTICO, TUTTI I CANTONI, 2012

	Totale sussidi versati (in franchi)	Di cui a carico dei Cantoni	% a carico dei Cantoni	Numero di beneficiari	Tasso di beneficiari (*)	Ammon-tare medio per beneficiario (in franchi)	Numero di economie domestiche sussidiate	Ammon-tare medio per economia domestica	Numero di beneficiari con PC AVS/AI	Numero di beneficiari con aiuto sociale	Premio medio cantonale (**)
ZH	660'036'472	283'530'219	43.0	414'664	30%	1'592	279'908	2'358	52'504	45'491	3'062
BE	383'778'897	114'417'076	29.8	287'684	29%	1'334	153'729	2'496	49'042	37'125	3'284
LU	171'344'969	69'098'388	40.3	123'644	32%	1'386	61'472	2'787	18'469	8'980	2'641
UR	15'571'537	6'010'434	38.6	14'688	41%	1'060	7'458	2'088	1'308	323	2'503
SZ	55'581'042	16'066'555	28.9	37'091	25%	1'499	19'430	2'861	4'226	1'556	2'599
OW	19'156'082	9'621'247	50.2	12'410	34%	1'544	7'186	2'666	1'020	359	2'416
NW	17'656'615	6'612'672	37.5	19'015	46%	929	10'183	1'734	840	456	2'337
GL	14'415'176	3'896'136	27.0	8'743	22%	1'649	4'324	3'334	1'365	626	2'717
ZG	50'473'718	19'885'345	39.4	29'207	25%	1'728	16'531	3'053	2'408	1'755	2'597
FR	159'842'037	84'516'785	52.9	83'923	29%	1'905	48'937	3'266	11'499	8'888	2'877
SO	125'229'783	55'873'331	44.6	77'190	30%	1'622	40'400	3'100	9'350	7'924	2'937
BS	141'906'870	87'897'844	61.9	50'276	28%	2'823	31'043	4'571	11'935	10'051	4'314
BL	118'037'859	42'920'823	36.4	57'504	21%	2'053	32'402	3'643	9'065	1'371	3'337
SH	41'828'579	20'525'052	49.1	21'763	28%	1'922	12'578	3'326	2'481	1'630	2'948
AR	27'210'870	12'716'139	46.7	13'449	25%	2'023	7'196	3'781	1'507	607	2'432
AI	5'759'983	1'492'088	25.9	6'208	39%	928	2'145	2'685	359	135	2'211
SG	199'139'162	68'609'723	34.5	145'641	30%	1'367	70'018	2'844	21'718	18'094	2'653
GR	96'747'390	43'190'334	44.6	63'777	32%	1'517	31'947	3'028	6'426	2'200	2'695
AG	260'820'341	95'761'833	36.7	158'850	25%	1'642	75'163	3'470	21'580	11'700	2'873
TG	125'582'079	58'048'961	46.2	96'560	38%	1'301	62'876	1'997	9'075	2'936	2'661
TI	265'765'748	173'876'267	65.4	130'323	39%	2'039	67'179	3'956	26'595	20'266	3'391
VD	420'070'783	225'950'628	53.8	178'799	25%	2'349	99'282	4'231	36'509	29'921	3'365
VS	187'004'738	103'092'345	55.1	92'224	29%	2'028	55'041	3'398	9'278	4'847	2'830
NE	100'658'144	53'270'702	52.9	47'891	27%	2'102	29'016	3'469	10'633	10'491	3'140
GE	262'952'373	137'284'036	52.2	113'795	27%	2'311	78'585	3'346	27'821	25'260	3'818
JU	41'131'924	22'236'487	54.1	22'694	32%	1'812	13'791	2'983	4'256	1'521	3'128
CH	3'967'703'170	1'816'401'449	45.8	2'308'013	29%	1'719	1'317'820	3'011	351'269	254'513	3'075

(\*) Numero totale di beneficiari espresso in percentuale del numero medio di assicurati.

(\*\*) Premi dovuti (*Prämiensoll*) in franchi per assicurato: per tutti gli assicurati e tipi di assicurazione (T 3.08).

Fonte: Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria del 2012, versione online scaricabile dal sito dell'UFSP: tabelle T 4.06 (*Ausbezahlter Betrag nach Kanton in Mio. Franken*), T 4.07 (*KVG-Verteilmodell: Berechnungsbasis sowie Bundes- und Kantonsbeiträge*) e T 4.10 (*Versicherte mit ausstehenden Forderungen aus der OKP nach Kanton*).

<sup>31</sup> Per garantire il confronto sul piano nazionale, nel presente rapporto facciamo riferimento alle cifre pubblicate dall'Ufficio Federale di sanità pubblica, pur consapevoli dell'esistenza di piccole differenze rispetto ai dati pubblicati nei consuntivi cantonali.

Una particolarità significativa del contesto elvetico è l'esistenza di forti differenze tra Cantoni. In primo luogo i premi medi sono molto diversi a seconda del Cantone. A Basilea Città, il Cantone con il livello medio dei premi più elevato (4'314 franchi), si paga un importo medio di ben 2'103 franchi superiore al premio medio del Cantone più conveniente, vale a dire Appenzello Interno (2'211 franchi). Questo significa che, al di là delle differenze nel livello dei salari e della fiscalità cantonale (fattori che complicano ulteriormente il quadro), l'incidenza dell'onere del premio lordo è in media molto diversa da Cantone a Cantone. Anche l'ammontare medio della riduzione di premio è soggetta a forte eterogeneità intercantonale e la generosità dei sussidi non sembra riflettere (in modo sistematico) l'entità del premio medio. Berna, ad esempio, ha un premio medio tra i più elevati, ma un ammontare medio del sussidio per beneficiario tra i più bassi. Il Cantone Ticino ha il terzo premio più elevato (3'391 franchi) e il terzo ammontare medio per beneficiario (2'039). Non solo, il Ticino presenta anche il terzo tasso più alto di beneficiari (cfr. paragrafo 1.3).

Il sistema di riduzione dei premi concerne maggiormente le persone sole e le coppie senza figli, benché esistano forti differenze tra i Cantoni. Complessivamente, nel 2012 il 58.2% delle economie domestiche sussidiate erano costituite da persone sole, mentre il 9.7% comprendeva due adulti senza figli. In Cantone Ticino le economie domestiche di una persona sola a beneficio di un sussidio rappresentavano il 52.2%, mentre quelle di due adulti senza figli erano il 14.3%. Il dato interessante sembra essere questo: tra il 2011 e il 2012, la percentuale di economie domestiche di persone sole sussidiate in Ticino è diminuita di ben 10.9 punti percentuali (la quota di persone sole sussidiate nel 2011 era in effetti pari al 63.1%)<sup>32</sup>. Parte di questa differenza può essere imputata al cambiamento di sistema. Il nuovo modello di calcolo della riduzione dei premi aveva tra gli obiettivi una maggiore equità orizzontale, da raggiungersi attraverso la presa in considerazione del numero di componenti della famiglia. Prima del 2012 i figli maggiorenni agli studi venivano considerati quali soggetti autonomi, ma con un reddito di riferimento (quello dei genitori), mentre nel nuovo sistema sono assimilati all'economia domestica di origine e ricevono un sussidio congiunto a quello dei genitori. Una diminuzione analoga è avvenuta nel Cantone Turgovia (-13 punti), mentre nel Cantone Berna la diminuzione è stata di 4 punti. In altri tre Cantoni (i due semi-Cantoni di Appenzello e i Grigioni) la diminuzione è stata minima, mentre in tutti gli altri l'incidenza delle economie domestiche di una sola persona a beneficio del sussidio è aumentata.

Dato un tetto di spesa a disposizione per la riduzione dei premi, ai singoli governi cantionali è data la facoltà di posizionarsi tra due strategie per così dire opposte: (1) sussidiare l'intero premio per un numero relativamente ristretto di famiglie o (2) distribuire importi decisamente più piccoli ma ad una cerchia di beneficiari più ampia. È pertanto lecito ipotizzare l'esistenza (*coeteris paribus*) di una relazione inversa tra importo medio del sussidio distribuito e percentuale della popolazione a beneficio del dispositivo RIPAM. In altre parole, all'aumentare dei beneficiari si dovrebbe osservare una diminuzione della prestazione mediamente erogata. Questa relazione (segnalata da Rossini et al., 2012, p. 139, per l'anno 2009) è empiricamente confermata anche nel 2012 (cfr. figura 1-1). La maggioranza dei Cantoni si posiziona lungo una retta di regressione con pendenza negativa. Alcuni Cantoni, tuttavia, rappresentano degli *outliers* e si ritrovano ad una certa distanza dalla retta di regressione. Tra questi spicca in particolare la situazione di Basilea Città (con un importo medio decisamente più elevato di tutti gli altri) e quella del Cantone Ticino, in cui il tasso di beneficiari e la prestazione media si situano entrambi sopra la media.

### **1.3. L'evoluzione della riduzione dei premi nel corso degli anni**

I continui adeguamenti della normativa e l'evoluzione dei salari e dei prezzi rendono difficili i confronti intertemporali tra le economie domestiche e tra i Cantoni. È tuttavia possibile ripercorrere nel tempo l'andamento dei principali indicatori per avere un quadro generale dei fattori che fanno da sfondo alla presente ricerca, ricostruendone l'evoluzione sull'arco dell'intero periodo di funzionamento della LAMal, compreso il biennio 2011-2012 analizzato nel presente studio.

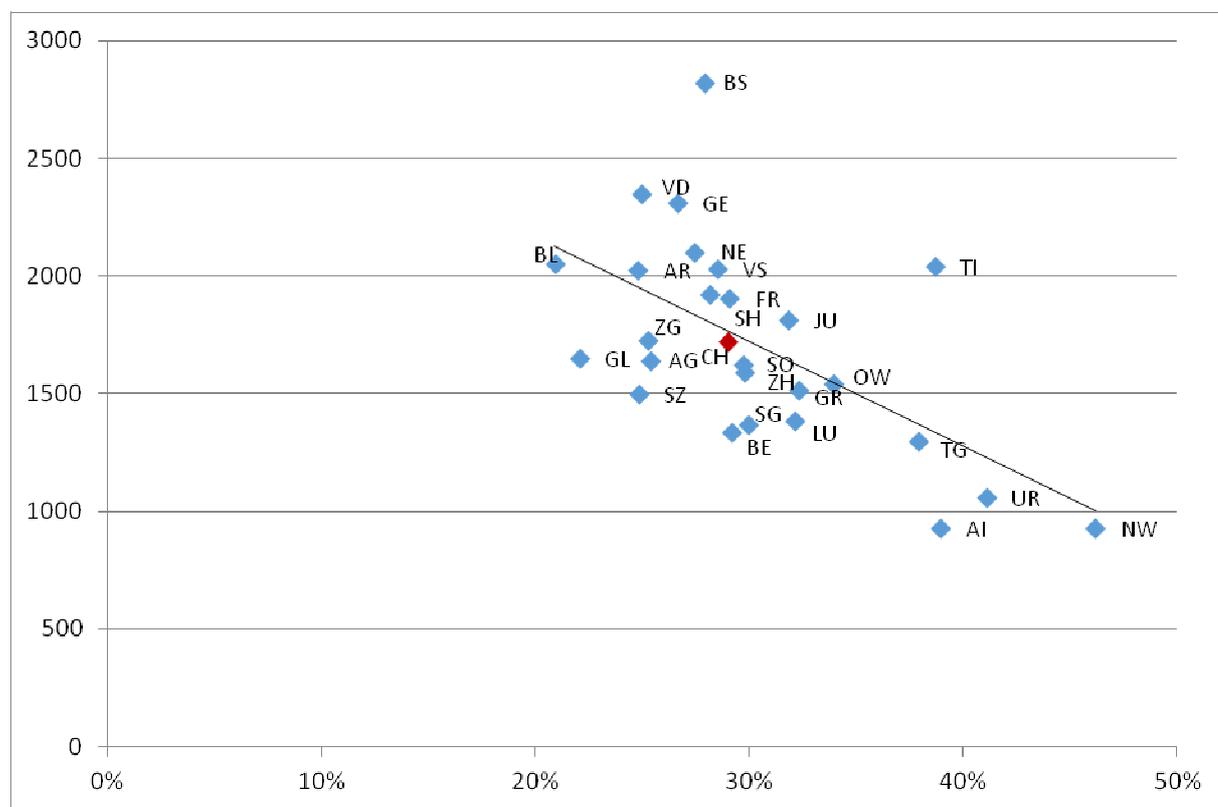
Complessivamente, dal 1996 a oggi il volume dei fondi messi a disposizione per la riduzione dei premi dalla Confederazione e dai Cantoni è aumentato di anno in anno, con le sole eccezioni del 2000, del 2008 e del 2012 (cfr. figura 1-2). In due frangenti (2000 e 2012) su tre il numero dei beneficiari di sussidio e delle economie domestiche sussidiate è leggermente aumentato (nel 2008 è leggermente diminuito), per cui a ridursi è stata la prestazione media (di circa 70 franchi per persona nel 2000 e 2012, di 5 franchi nel 2008; in

---

<sup>32</sup> Si veda la tabella 4.04 della Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria dell'UFSP per gli anni 2012 e 2011.

questo anno è in controtendenza il Ticino, che tra il 2007 e il 2008 ha visto aumentare la prestazione media di 414 franchi).

FIGURA 1-1: TASSO DI BENEFICIARI E IMPORTO DELLA RIDUZIONE DEL PREMIO (PRESTAZIONE MEDIA), TUTTI I CANTONI, 2012

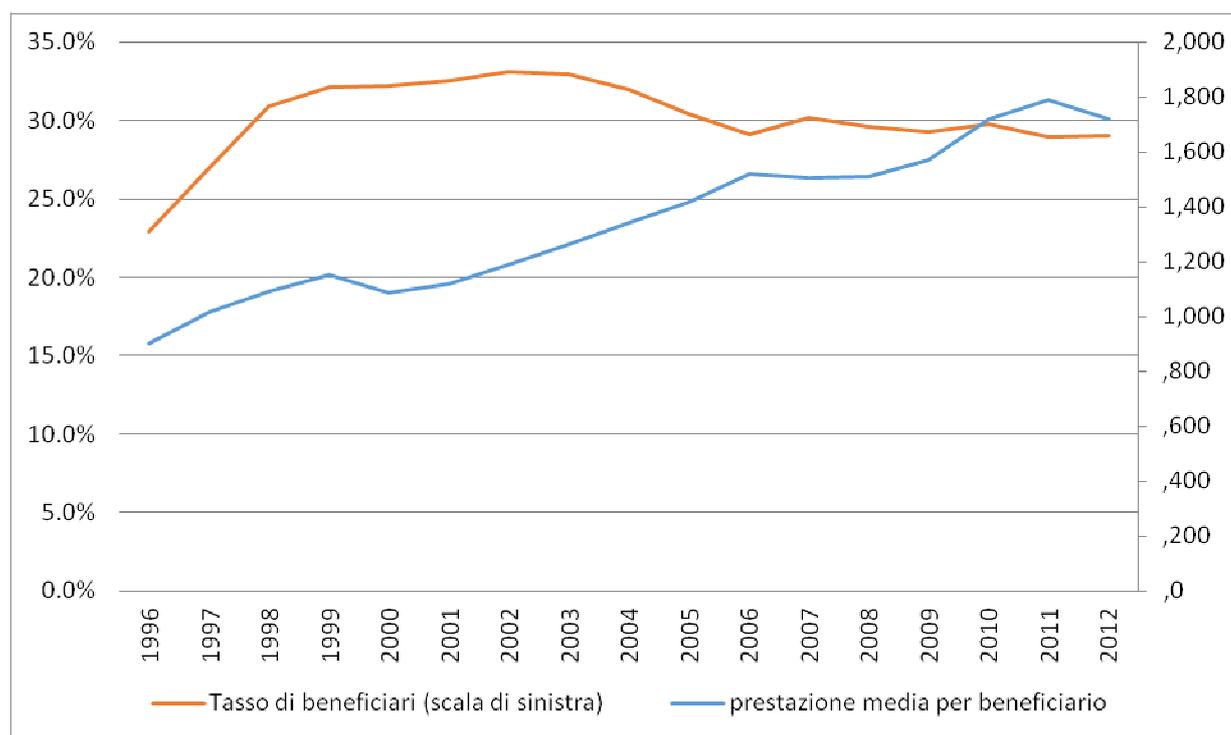


Fonte: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012 (STAT KV 12), Tabelle T 4.01 e T 4.08.

Fatta eccezione per le tre contrazioni appena menzionate, l'andamento generale è stato comunque quello di una sostanziale crescita della prestazione media. Quest'ultima è passata dai 902 franchi del 1996 ai 1'790 franchi del 2011, per poi scendere leggermente a 1'719 franchi nel 2012 (cfr. nuovamente la figura 1-2). Per quanto concerne il tasso di beneficiari si registra invece un incremento sino al 2004, seguito da un *trend* negativo che ha portato la quota dei beneficiari a diminuire di circa 4 punti percentuali negli ultimi anni.

Per poter effettuare una valutazione più precisa, in considerazione della forte variabilità intercantonale, occorrerebbe naturalmente analizzare l'evoluzione Cantone per Cantone e distinguere tra le varie classi di reddito e le tipologie di economia domestica. Appare in controtendenza con il resto del paese il *trend* seguito da Ticino, Berna e Soletta tra il 2011 e il 2012: mentre nella media nazionale il tasso rimane sostanzialmente costante (-0.1%), nei tre Cantoni si assiste infatti ad un aumento consistente della cerchia dei beneficiari (+3.6% in Ticino, +3% negli altri due Cantoni). Non sorprende che proprio in questi tre Cantoni si assista alla più forte diminuzione della prestazione media (-795 franchi a Berna, -296 franchi in Ticino e -189 a Soletta). In tutti gli altri Cantoni (ad eccezione di Zurigo, -63 franchi), la prestazione media segue infatti il consueto andamento di crescita. Almeno per il Ticino il 2012 coincide con il cambiamento di modello e sarà l'obiettivo di questo studio (in particolare nella parte empirica che sarà svolta nel corso del 2014) analizzare come i cambiamenti di legge si siano ripercossi sulle varie economie domestiche.

FIGURA 1-2: EVOLUZIONE DEL TASSO DI BENEFICIARI E DELLA PRESTAZIONE MEDIA PER BENEFICIARIO, TUTTI I CANTONI, 1996-2012



Fonte: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012 (STAT KV 12), Tabella T 4.01

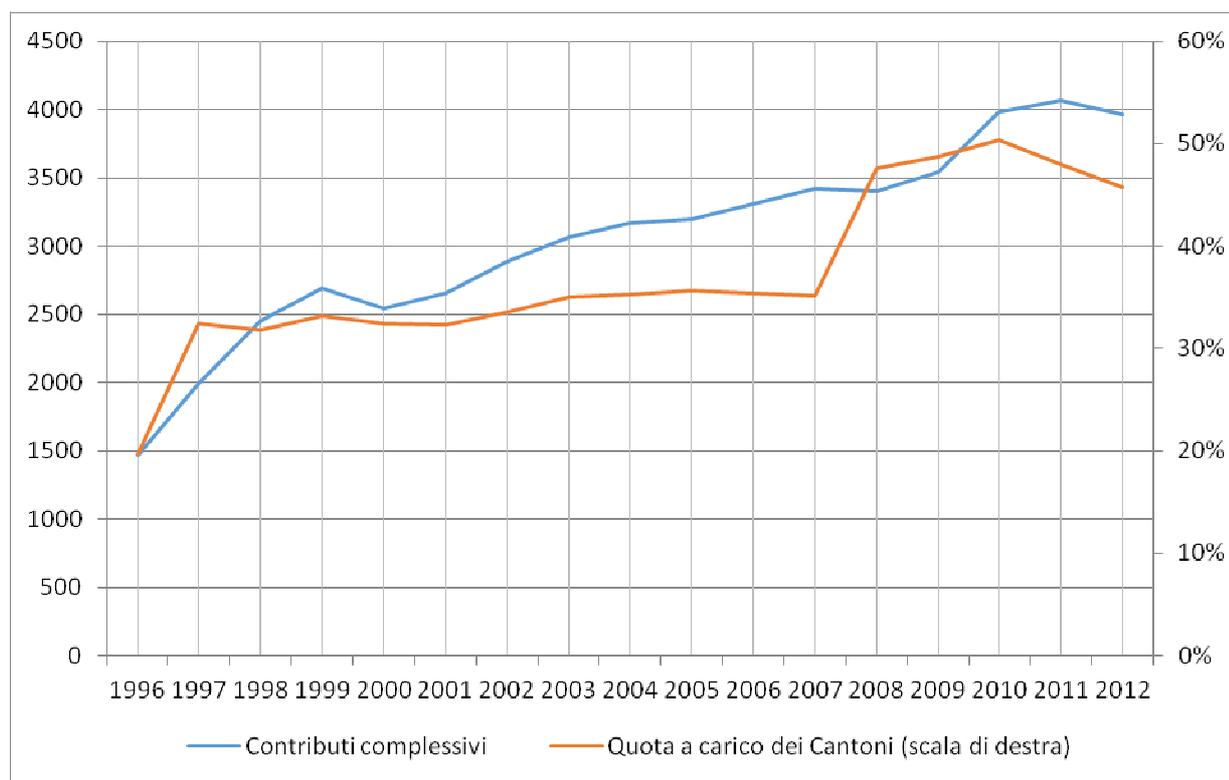
#### 1.4. Il finanziamento della riduzione dei premi: apporti federali e cantonali

Dal 1996, Confederazione e Cantoni (ma occorre ricordare che nel contributo di questi ultimi rientra sovente anche un apporto dei Comuni) partecipano al finanziamento della riduzione dei premi.

Nel 2012, i Cantoni si sono fatti carico del 45.8% dei 3'968 milioni di franchi complessivamente erogati (cfr. figura 1-3). Ad eccezione del periodo 1996-1998 (considerati anni di transizione), fino al 2007 compreso la LAMal prescriveva una chiave di ripartizione teorica dei contributi pari a due terzi a carico della Confederazione e un terzo a carico dei Cantoni. Il sistema includeva inoltre una forte componente perequativa che si esprimeva in un diverso "matching price" a seconda della forza finanziaria del Cantone<sup>33</sup>. A patto che fosse garantita la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta, ai singoli Cantoni era data la facoltà di rinunciare fino al 50% dei sussidi federali a loro destinati. Nel caso in cui un Cantone avesse fatto valere tale facoltà, anche il suo rispettivo contributo obbligatorio si sarebbe ridotto proporzionalmente. Ad esempio, nel 1999 la Confederazione ha messo a disposizione un volume massimo di 2'180 milioni di franchi per la riduzione dei premi. Per utilizzare la totalità di tale somma, i Cantoni avrebbero dovuto partecipare nella misura del 50% dei sussidi federali, vale a dire con 1'090 milioni di franchi. Ne sarebbe risultata una somma complessiva di 3'270 milioni di franchi messi a disposizione da Confederazione e Cantoni. Ebbene, 16 Cantoni in quell'anno si sono avvalsi della possibilità di rinunciare a parte dei sussidi federali e la loro decisione ha determinato una diminuzione di 793 milioni di franchi (il 24.3%) dell'ammontare totale a disposizione della riduzione dei premi. La somma complessivamente stanziata nel 1999 è stata perciò di soli 2'477 milioni di franchi (cfr. tabella 1-2).

<sup>33</sup> Con *matching price* si intende la parte di compartecipazione con fondi propri richiesta ad un dato Cantone per ogni franco di trasferimento federale ricevuto.

FIGURA 1-3: CONTRIBUTI COMPLESSIVI (IN MILIONI DI FRANCHI) DESTINATI ALLA RIDUZIONE DEI PREMI E QUOTA A CARICO DEI CANTONI, 1996-2012



Fonte: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012 (STAT KV 12), Tabella T 4.01

Una volta superato il periodo di transizione (contraddistinto da ritardi nella distribuzione dei sussidi, ritardi che hanno comportato forti differenze tra flussi di cassa e flussi di competenza), la quota cantonale ai sussidi globali si è assestata a più riprese (2000, 2001 e 2007) sotto il livello di legge del 33.3%. In effetti sono stati soprattutto i Cantoni fiscalmente forti (chiamati a far fronte ad un *matching price* sfavorevole) a rinunciare a parte dei sussidi federali e di conseguenza la quota effettiva a carico dei Cantoni ha potuto scendere sotto la quota di legge del 33.3% (per una spiegazione di dettaglio cfr. Dafflon, 2002).

Una svolta importante nel sistema si è verificata nel 2008, anno di entrata in vigore della nuova perequazione finanziaria e ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPT). In concomitanza con questa nuova legge cambia infatti anche il sistema di attribuzione dei fondi federali. Dal 2008 questi non seguono più la logica del *matching grant*, ma diventano un contributo fisso per abitante. I fondi federali allocati alla riduzione dei premi diminuiscono sensibilmente (-880 milioni rispetto al 2007), ma in cambio i Cantoni ottengono dalla Confederazione più risorse non vincolate. Il nuovo articolo 66 LAMal recita:

<sup>1</sup> La Confederazione accorda annualmente ai Cantoni un sussidio per la riduzione dei premi a tenere degli articoli 65 e 65°.

<sup>2</sup> Il sussidio della Confederazione corrisponde al 7.5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale stabilisce la quota che spetta a ciascun Cantone in base alla sua popolazione residente e al numero di assicurati secondo l'articolo 65° lettera a.

In altre parole, la Confederazione contribuisce alla RIPAM ordinaria e a quella accordata dai Cantoni ai beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI in modo globale, vale a dire non più in funzione della spesa che i Cantoni assumono per queste prestazioni (come avviene per le PC AVS/AI, intese come prestazioni a copertura del fabbisogno vitale, per le quali la Confederazione versa i 5/8), bensì solo in funzione della popolazione residente.

TABELLA 1-2: SUSSIDI A PREVENTIVO E SUSSIDI EFFETTIVAMENTE DISTRIBUITI, SVIZZERA, 1996-2012

	Modalità di ripartizione LAMal (a preventivo)			Sussidi dopo riduzione dei Cantoni (a preventivo)				Prestazioni effettivamente versate				
	Sussidi federali	Sussidi cantionali		Totale dei sussidi	Fattore di riduzione In %	Sussidi federali dopo riduzione	Sussidi cantionali dopo riduzione	Totale dei sussidi dopo riduzione	Prestazioni nette LAMal per l'anno in questione	Prestazioni LAMal dovute per gli anni precedenti l'anno in questione	Totale delle prestazioni LAMal versate nell'anno in questione	Quota a carico dei Cantoni (effettiva) in %
		In franchi	In % del sussidio federale									
1996	1'800	641	35	2'470.5	26.5	1'364.8	450.8	1'815.6	1'424.1	69.4	1'493.5	8.6
1997	1'940	776.0	40	2'716.0	23.2	1'526.3	560.8	2'087.2	1'603.2	391.1	1'994.3	23.5
1998	2'050	922.5	45	2'972.5	23.9	1'601.2	662.1	2'263.3	2'405.5	40.9	2'446.5	34.6
1999	2'180	1'090.0	50	3'270.0	24.3	1'699.6	777.0	2'476.6	2'511.1	178.6	2'689.7	36.8
2000	2'213	1'106.5	50	3'319.5	23.7	1'740.4	792.4	2'532.8	2'501.1	44.2	2'545.3	31.6
2001	2'246	1'123.0	50	3'369.0	20.7	1'819.6	852.0	2'671.6	2'614.8	42.5	2'657.2	31.5
2002	2'280	1'140.0	50	3'420.0	16.7	1'915.5	933.0	2'848.4	2'843.5	48.6	2'892.0	33.8
2003	2'314	1'157.0	50	3'471.0	14.7	1'992.7	968.3	2'961.1	2'999.2	66.3	3'065.5	35.0
2004	2'349	1'174.5	50	3'523.5	14.1	2'033.4	991.9	3'025.3	3'094.9	74.9	3'169.8	35.9
2005	2'384	1'192.0	50	3'576.0	12.8	2'092.6	1'027.0	3'119.6	3'082.6	119.2	3'201.8	34.6
2006	2'520	1'260.0	50	3'780.0	14.5	2'169.7	1'060.3	3'230.0	3'197.5	111.2	3'308.7	34.4
2007	2'658	1'329.0	50	3'987.0	13.9	2'303.3	1'128.8	3'432.2	3'255.2	165.3	3'420.5	32.7
2008	1'779.0	1'619.2		3'398.3					3'268.4	129.9	3'398.3	47.7
2009	1'815.0	1'727.4		3'542.4					3'405.6	136.8	3'542.4	48.8
2010	1'975.6	2'004.2		3'979.8					3'833.6	146.2	3'979.8	50.4
2011	2'115.9	1'954.4		4'070.3					3'992.9	77.4	4'070.3	48.0
2012	2'151.3	1'816.4		3'967.7					3'841.3	126.4	3'967.7	45.8

Nota: la separazione tra i dati relativi al 2007 e quelli 2008 mette in evidenza le modifiche intervenute nella normativa e nel finanziamento federale

Fonte: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik (SVS), varie annate

Siccome le leggi cantonali di riduzione dei premi hanno richiesto del tempo per venir adeguate, il cambiamento di legge ha finito per causare un brusco incremento della quota a carico dei Cantoni (+15 punti percentuali tra il 2007 e il 2008). Nel 2010 questa ha raggiunto addirittura quota 50.4%, per poi iniziare a diminuire a partire dal 2011 (verosimilmente in seguito a riforme delle leggi cantonali di distribuzione dei sussidi, portate a termine in alcuni Cantoni). Occorre tuttavia ricordare che parte di questo incremento di spesa i Cantoni lo hanno ricevuto dalla Confederazione quale contributo perequativo a destinazione libera.

È opportuno analizzare i sussidi netti erogati per l'anno in questione, distinguendoli dai sussidi versati nello stesso anno ma dovuti per gli anni precedenti l'anno in questione. I dati completi su cui si basa la figura 1-3 si trovano nella tabella 1-2. Da ricordare che i dati sui beneficiari per il 1996 e il 1997 sono incompleti e vanno considerati con prudenza. I sussidi netti effettivamente versati per l'anno di competenza (al netto dei sussidi dovuti e versati per gli anni precedenti) sono aumentati in maniera ben superiore all'evoluzione del premio medio (cfr. tabella 1-3): l'indice di crescita degli importi netti effettivamente versati ai beneficiari per l'anno in questione ha raggiunto il valore di 269.7 (1996 = 100) nel 2012, mentre nello stesso periodo l'indice di crescita del premio medio ha raggiunto "soltanto" quota 199.8.

Ma quanto pesano effettivamente i premi netti a seconda delle economie domestiche e del Cantone di residenza? E quanto sono efficaci le riduzioni in Ticino?

## 1.5. Il grado di efficacia dei sussidi sul piano della politica sociale

Complessivamente, in Svizzera, l'obiettivo socio-politico del contenimento dell'onere dei premi rispetto al livello dei redditi non può dirsi raggiunto. Sono infatti pochi i Cantoni che nel 2010, ultimo anno per il quale sono disponibili le analisi del *Monitoring sull'efficacia dei sistemi cantonali di riduzione dei premi* (giunto alla sua sesta edizione), hanno raggiunto l'obiettivo di mantenere (per tutte le economie domestiche considerate nell'analisi) l'onere dei premi al di sotto della soglia critica del 6% del reddito disponibile<sup>34</sup>. Nel 2010 l'onere medio dei premi in percentuale del *reddito disponibile* (calcolando una media tra tutte le tipologie di economia domestica esaminate<sup>35</sup>), variava infatti tra il 6% di Zugo e il 14% di Vaud, mentre in Ticino si situava al 12.5%.

In generale, secondo il *Monitoring 2010* (Kägi et al., 2012), le prestazioni del sistema individuale dei premi sono state estese in termini di importi assoluti rispetto al 2007. Tuttavia, questa crescita non ha avuto una ripercussione sufficiente a neutralizzare l'effetto sul reddito disponibile del rialzo dei premi. Riduzioni più cospicue non hanno in altre parole permesso di compensare totalmente l'ampio aumento dei premi, ma soltanto di rallentare la crescita dell'onere netto a carico delle famiglie a reddito modesto. Di conseguenza, secondo lo studio in questione, l'onere residuale (ossia il premio al netto dei sussidi), in percentuale del reddito disponibile, è rimasto pressoché invariato nella maggior parte (15) dei Cantoni o è addirittura cresciuto (in 10 Cantoni), mentre nel solo Cantone Neuchâtel si è registrata una riduzione consistente. La figura 1-4 illustra l'andamento dell'incidenza netta (onere del premio una volta dedotti i sussidi, in percentuale del reddito disponibile) tra il 1998 e il 2010 per due tipologie di economia domestica (una pensionata e due coniugi con due figli minorenni). I dati sono tratti dalle sei pubblicazioni realizzate su mandato dell'UFAS (1998-2002) e dell'UFSP (2004-2010) e raffigurano il Cantone con l'incidenza più bassa, quello con l'incidenza più alta e la situazione del Cantone Ticino.

La figura 1-4 consente anzitutto di visualizzare l'ampiezza delle differenze di onere percentuale tra il Cantone con l'incidenza minima e quello con l'incidenza massima.

---

<sup>34</sup> Gli autori del *Monitoring 2004* (Balthasar et al., 2005) hanno stabilito che un onere dei premi pari all'8% del reddito imponibile cantonale – cioè una soglia equivalente a quella proposta dal Consiglio federale nel suo Messaggio del 6 novembre 1991 – dovesse all'incirca corrispondere al 6% del reddito disponibile.

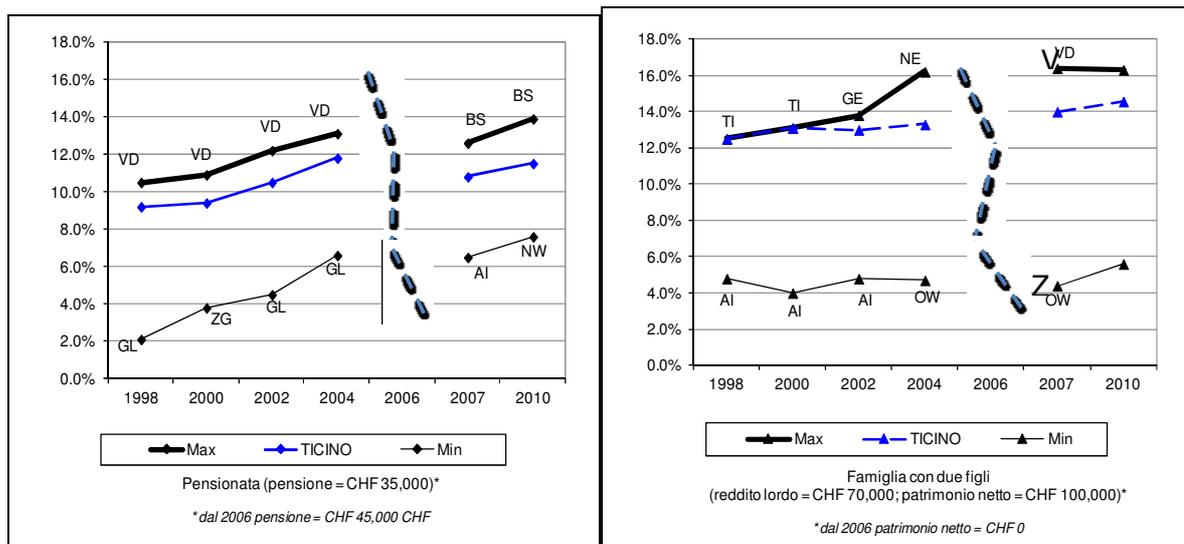
<sup>35</sup> Persona sola beneficiaria di una rendita; famiglia con due adulti e due figli; famiglia con un adulto e due figli; famiglia con due adulti e quattro figli; famiglia con due adulti, un giovane adulto (20 anni) e un figlio (16 anni); persona giovane con attività lucrativa (24 anni); coppia sposata senza figli.

TABELLA 1-3: ADEGUAMENTO DEI SUSSIDI AI PREMI MEDI, SVIZZERA, 1996-2012

	Premio medio annuale (in franchi)	Totale dei sussidi previsti dal decreto federale (in mio fr.)	Sussidi a preventivo dopo riduzione (in mio franchi)	Sussidi netti effettivamente distribuiti per l'anno in questione (in mio franchi)	Indice di crescita del premio medio (1996=100)	Indice di crescita dei sussidi previsti dal decreto federale (1996=100)	Indice di crescita dei sussidi a preventivo dopo riduzione (1996=100)	Indice di crescita del sussidio netto effettivamente distribuito per l'anno in questione (1996=100)	Tasso di crescita dei sussidi previsti dal decreto in %	Tasso di crescita dei sussidi a preventivo dopo riduzione in %
1996	1'538.9	2'470.5	1'815.6	1'424.1	100.0	100.0	100.0	100.0		
1997	1'663.9	2'716.0	2'087.2	1'603.2	108.1	109.9	115.0	112.6	9.9	15.0
1998	1'753.7	2'972.5	2'263.3	2'405.5	114.0	120.3	124.7	168.9	9.4	8.4
1999	1'792.7	3'270.0	2'476.6	2'511.1	116.5	132.4	136.4	176.3	10.0	9.4
2000	1'850.2	3'319.5	2'532.8	2'501.1	120.2	134.4	139.5	175.6	1.5	2.3
2001	1'917.2	3'369.0	2'671.6	2'614.8	124.6	136.4	147.1	183.6	1.5	5.5
2002	2'090.6	3'420.0	2'848.4	2'843.5	135.8	138.4	156.9	199.7	1.5	6.6
2003	2'281.5	3'471.0	2'961.1	2'999.2	148.2	140.5	163.1	210.6	1.5	4.0
2004	2'441.9	3'523.5	3'025.5	3'094.9	158.7	142.6	166.6	217.3	1.5	2.2
2005	2'487.5	3'576.0	3'119.6	3'082.6	161.6	144.7	171.8	216.5	1.5	3.1
2006	2'582.7	3'780.0	3'230.0	3'197.5	167.8	153.0	177.9	224.5	5.7	3.5
2007	2'612.1	3'987.0	3'432.2	3'255.2	169.7	161.4	189.0	228.6	5.5	6.3
2008	2'585.8	3'398.3	3'398.3	3'268.4	168.0	137.6	187.2	229.5	-14.8	-1.0
2009	2'610.6	3'542.4	3'542.4	3'405.6	169.6	143.4	195.1	239.1	4.2	4.2
2010	2'834.5	3'979.8	3'979.8	3'979.8	184.2	161.1	219.2	279.5	12.3	12.3
2011	3'005.5	4'070.3	4'070.3	3'992.9	195.3	164.8	224.2	280.4	2.3	2.3
2012	3'075.2	3'967.7	3'967.7	3'841.3	199.8	160.6	218.5	269.7	-2.5	-2.5

Fonte: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012, Tabelle T 3.08, T 4.01; Schweizerische Sozialversicherungsstatistik (SVS), varie annate.

FIGURA 1-4: EVOLUZIONE E DISPERSIONE DELL'INCIDENZA DEL PREMIO NETTO, CANTONI SELEZIONATI, 1998-2010



Le differenze si attenuano per la persona pensionata (da oltre 8 punti percentuali nel 1998 a 6 nel 2010), ma aumentano per la famiglia con due figli minorenni (da 9 a 10 punti percentuali sul periodo 1998-2010). In entrambi i casi l'incidenza tende a crescere nel tempo, anche se l'osservazione è distorta dal fatto che (inspiegabilmente) nel 2007 è stato modificato il reddito della prima tipologia di economia domestica sotto osservazione (si è passati da una pensionata con 35'000 di pensione ad una più abbiente con 45'000 franchi di pensione), mentre per la famiglia dal 2007 non si tiene più conto del patrimonio netto di 100'000 franchi considerato fino al 2004 (quest'ultimo veniva computato ai fini del reddito determinante e conduceva ad un importo RIPAM inferiore). Non è pertanto del tutto corretto interpretare la figura 1-4 come se fosse un'unica serie storica, ma piuttosto come due serie distinte, con un momento di rottura nel 2006.

La situazione del Ticino appare abbastanza stabile: in entrambi i casi il Ticino segue il trend nazionale e si posiziona più vicino ai Cantoni con l'incidenza massima (Ginevra, Neuchâtel, Basilea Città e Vaud). Nel caso della famiglia si registra un miglioramento relativo, dal momento che fino al 2000 il Ticino era il Cantone con l'incidenza più alta, mentre dal 2002 la crescita dell'onere netto sembra arrestarsi o almeno rallentare (a differenza di quanto si registra in altri Cantoni come Neuchâtel e Vaud).

Stando ai risultati dello studio *Monitoring 2010* (Kägi et al., 2012), se si considerano tutte le tipologie di economia domestica<sup>36</sup>, Zugo, Appenzello Esterno e Obvaldo sono i Cantoni che hanno concesso la riduzione dei premi in percentuale del premio lordo più generosa. La riduzione dei premi più bassa (sempre rispetto al premio lordo) è stata invece versata dai Cantoni di Glarona e Turgovia. Il Ticino si trova nella seconda fascia a salire, con Giura, Neuchâtel, Vaud, San Gallo, Basilea Campagna e Lucerna. I Cantoni Ginevra, Vallese, Argovia, Grigioni, Appenzello Interno, Sciaffusa, Basilea Città, Soletta, Friburgo, Nidvaldo, Svitto, Uri, Berna e Zurigo si collocano invece nella fascia a ridosso dei Cantoni con la più elevata percentuale di riduzione rispetto al premio lordo.

Tuttavia, gli autori dello studio sottolineano che una quota maggiore di premi per i quali è riconosciuto e concesso un sussidio non implica necessariamente un onere residuo inferiore. Per esempio, nei Cantoni con

<sup>36</sup> Le tipologie di economie domestiche considerate sono le seguenti:

- modello 1: persona sola, beneficiaria di una rendita;
- modello 2: famiglia con due adulti e due figli;
- modello 3: famiglia con un adulto e due figli;
- modello 4: famiglia con due adulti e quattro figli;
- modello 5: famiglia con due adulti, un giovane adulto (20 anni) e un figlio (16 anni);
- modello 6: persona giovane con attività lucrativa (24 anni);
- modello 7: coppia sposata senza figli.

Rispetto ai cinque studi precedenti, le tipologie considerate in questo sesto studio sull'efficacia della riduzione dei premi sono più numerose.

premi elevati, si può presumere che l'onere residuo resti comunque gravoso. L'onere dei premi maggiore (in percentuale del **reddito disponibile**) lo si registra nelle economie domestiche tipo dei Cantoni di Vaud e Berna, seguite da quelle dei Cantoni di Neuchâtel, Basilea Città e Ticino. L'onere dei premi meno elevato (sempre in percentuale del reddito disponibile) lo si registra nei Cantoni di Nidvaldo, Appenzello Interno, Appenzello Esterno, Obvaldo e Zugo.

## 1.6. Uno sguardo recente alle differenze tra Cantoni

Lo studio di Bieri e Köchli (2013), pubblicato nella collana *Obsan Dossier* dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) e basato su dati più recenti, mette in rilievo come il sistema ticinese sia diventato più generoso dopo la riforma del 2012 per le tipologie di economia domestica analizzate. Vale perciò la pena soffermarci sugli interrogativi e sui risultati della ricerca commissionata dall'Obsan.

Gli interrogativi di ricerca sono stati i seguenti:

- Quali differenze si possono osservare tra i Cantoni nel 2012, per quanto riguarda l'onere della spesa sanitaria obbligatoria (compresa la quota di imposte destinata al finanziamento dei costi sanitari, *Steueranteil Gesundheitswesen*) rispetto al reddito lordo<sup>37</sup>?
- Come è evoluto l'onere della spesa obbligatoria tra il 2007 e il 2012?
- Qual è l'ampiezza delle disparità di onere della spesa sanitaria obbligatoria in Comuni appartenenti a regioni di premio diverse?

Gli interrogativi sono stati approfonditi attraverso elaborazioni e confronti basati su due tipologie di economia domestica: una famiglia formata da una coppia sposata e due figli minorenni di 16 anni e una persona sola in età lavorativa. Le analisi si riferiscono ai capoluoghi cantonali e ad una forchetta che va da 0 a 150'000 franchi di reddito annuale lordo.

### 1.6.1 I modelli di riduzione dei premi applicati dai Cantoni nel 2012

Sono tre i modelli applicati dai Cantoni per il calcolo della riduzione dei premi (fonti: Monitoring 2010; Preuck, 2013; Bieri e Köchli, 2013):

- Modello "lineare" semplice (*Prozentmodell*): la riduzione dei premi corrisponde al premio di riferimento meno una quota-parte a carico dell'assicurato. Tale quota-parte è definita come tasso percentuale del reddito determinante ai fini del sussidio.
- Modello "graduato" (*Stufenmodell*): sono definite diverse classi di reddito. Gli assicurati che hanno diritto ad una riduzione dei premi e il cui reddito rientra in una di queste classi di reddito ricevono un importo fisso.
- Modello misto "percentuale/graduato" (*Kombination Prozent - und Stufenmodell*): per calcolare la quota-parte a carico dell'assicurato si applica un modello lineare con aliquote diverse a seconda delle categorie di reddito.

Dal 2012, il Cantone Ticino applica un modello "lineare progressivo" differenziato per tipologia di economia domestica, basato sul calcolo di un reddito disponibile semplificato.

### 1.6.2 La situazione della persona sola

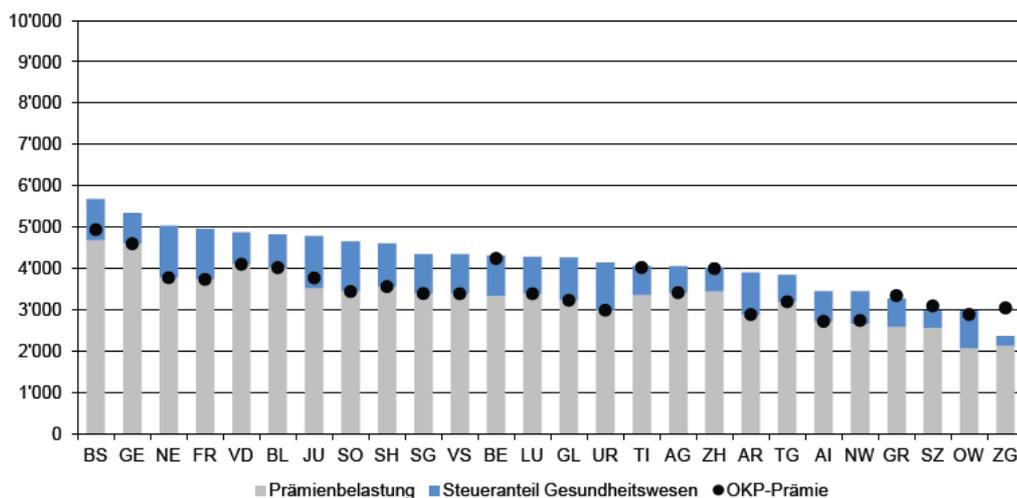
Analizzando le spese sanitarie annuali per una persona sola in età lavorativa con un reddito annuale lordo di 45'000 franchi (2012), i ricercatori rilevano che tra i Cantoni i premi di assicurazione malattia obbligatoria (*OKP-Prämie*) mostrano una dispersione meno pronunciata rispetto all'onere del premio netto (vale a dire il premio al netto dei sussidi, che gli autori indicano come *Prämienbelastung*) e alla quota delle imposte destinata alla spesa sanitaria. Indicativo il riferimento al Cantone Ticino, che ha un premio medio di

---

<sup>37</sup> Gli autori adottano le seguenti definizioni: sottraendo al premio di assicurazione malattie la riduzione del premio ottengono l'onere netto del premio. Aggiungendo a quest'ultimo la quota di imposte destinata a finanziare la sanità, gli autori ottengono la spesa sanitaria obbligatoria.

assicurazione malattie di 4'000 franchi, come Basilea Campagna. Considerando la riduzione del premio, l'onere netto risulta significativamente inferiore in Ticino. In generale, la quota fiscale sembra rivestire un ruolo modesto per il livello di reddito e le tipologie di economia domestica analizzate. Infatti, nonostante la quota relativamente elevata di imposte destinata a coprire i costi sanitari, Obvaldo e Appenzello Esterno appartengono alla fascia di Cantoni con un'incidenza dell'onere della spesa sanitaria totale tra le più basse (figura 1-5).

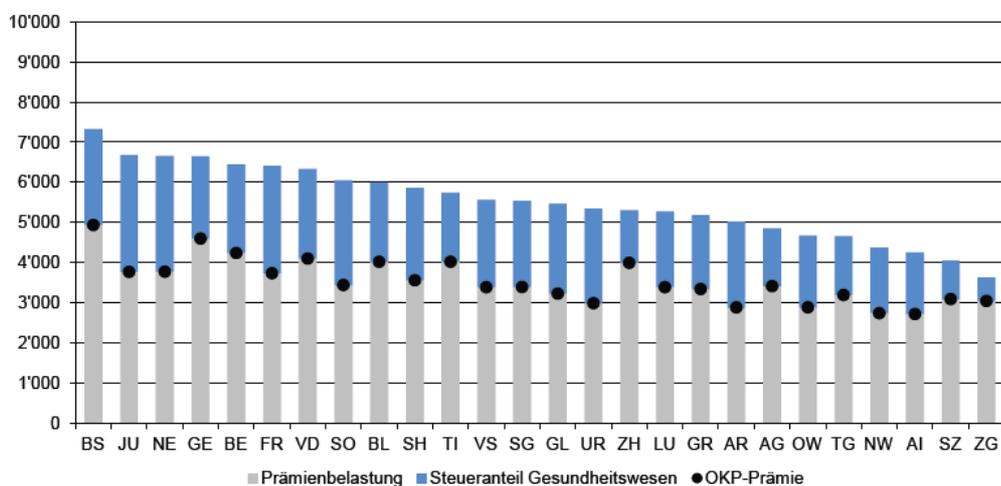
FIGURA 1-5: SPESA SANITARIA OBBLIGATORIA ANNUALE PER UNA PERSONA SOLA IN ETÀ LAVORATIVA CON UN REDDITO LORDO ANNUO DI 45'000 FRANCHI, SVIZZERA, 2012



Fonte: Bieri e Köchli (2013)

L'analisi della spesa sanitaria obbligatoria per una persona sola con reddito annuo lordo di 72'000 franchi (figura 1-6) mostra che la graduatoria dei Cantoni - e dei rispettivi capoluoghi - non cambia in maniera molto significativa. I Cantoni di Basilea Città, Ginevra e Neuchâtel sono ancora i luoghi con la spesa sanitaria più elevata. Peggiora in modo significativo a causa della pressione fiscale relativamente elevata e la conseguente elevata quota di imposta a copertura dei costi sanitari la posizione dei Cantoni di Berna, Obvaldo, Grigioni, Ticino e Giura. Tra i Cantoni con l'onere per la spesa sanitaria più basso vi sono ancora Zugo, Svitto e Appenzello Interno.

FIGURA 1-6: SPESA SANITARIA OBBLIGATORIA ANNUALE PER UNA PERSONA SOLA IN ETÀ LAVORATIVA CON UN REDDITO LORDO ANNUO DI 72'000 FRANCHI, SVIZZERA, 2012



Fonte: Bieri e Köchli (2013)

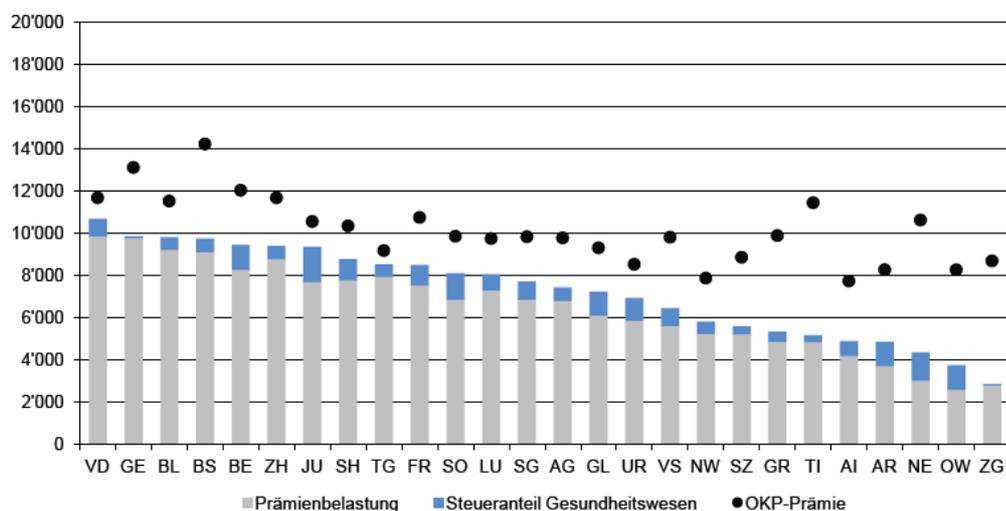
Poiché il reddito annuo lordo di 72'000 franchi per una singola persona non dà diritto ad una riduzione del premio in nessun Cantone, le differenze nei livelli di spesa sanitaria si spiegano esclusivamente in base alla componente fiscale e all'ammontare dei premi.

L'analisi riferita ad un reddito annuo di 100'000 franchi lordi non cambia nulla al quadro testé descritto.

### 1.6.3 La situazione delle Famiglie con due figli

Per una famiglia di due adulti con due figli e un reddito annuo lordo di 72'000 franchi, i premi si estendono da un minimo di 7'752 franchi versati nel Cantone Appenzello Interno ad un massimo di 14'236 franchi nel Cantone di Basilea Città. In Ticino il premio versato dalla famiglia in esame è di 11'456 franchi. Anche la riduzione dei premi varia parecchio da Cantone a Cantone. Si passa infatti dai 1'260 franchi accordati nel Cantone Turgovia ai 7'608 accordati nel Cantone Neuchâtel. Anche in questo caso l'effetto della riduzione dei premi può essere esemplificato dal confronto tra i Cantoni di Basilea Campagna e Ticino. Entrambi hanno quasi gli stessi (elevati) premi per l'assicurazione malattie obbligatoria, ma differiscono notevolmente per quanto riguarda l'onere del premio netto. Complessivamente, la spesa sanitaria obbligatoria è più elevata nel Cantone Vaud, mentre in Cantone Ticino è relativamente modesta. I Cantoni dove la spesa è più bassa sono i due semi-Cantoni di Appenzello, Neuchâtel, Obvaldo e Zugo. Anche in questo caso, tuttavia, la quota delle imposte destinata alla spesa sanitaria svolge un ruolo significativo. Così, ad esempio, l'onere netto del premio nel Cantone Obvaldo è inferiore rispetto a quello del Cantone Zugo. La differenza complessiva tra i due Cantoni la fa l'imposizione fiscale, nettamente più conveniente nel Cantone Zugo (figura 1-7).

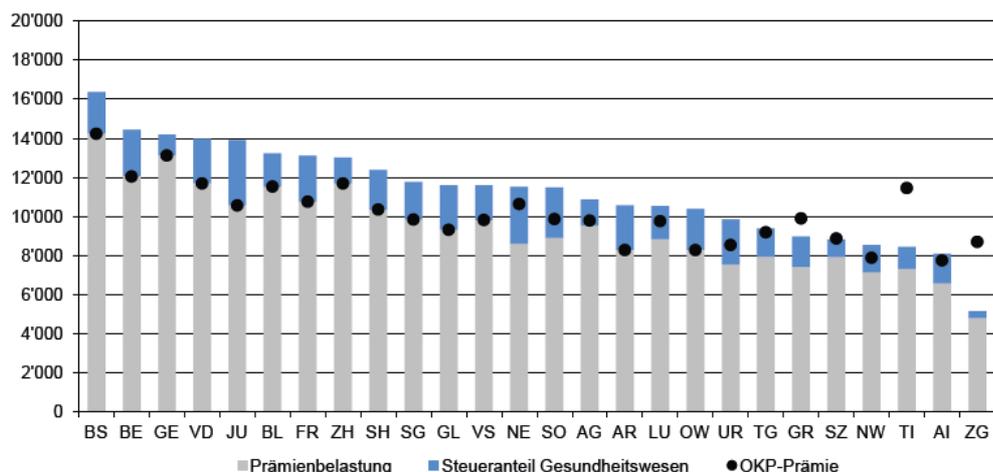
FIGURA 1-7: SPESA SANITARIA OBBLIGATORIA ANNUALE PER UNA FAMIGLIA DI DUE ADULTI E DUE FIGLI CON UN REDDITO LORDO ANNUO DI 72'000 FRANCHI, SVIZZERA, 2012



Fonte: Bieri e Köchli (2013)

Come cambierebbero questi risultati se la stessa famiglia potesse contare su un reddito annuo lordo di 100'000 franchi (figura 1-8)? L'onere massimo per la spesa sanitaria obbligatoria lo sosterebbero le famiglie che abitano nei Cantoni di Basilea Città, Berna, Ginevra, Vaud e Giura. Nella parte alta vi sono perciò poche differenze rispetto alla graduatoria stabilita in base ad un reddito di 72'000 franchi. Al contrario, le posizioni in classifica cambiano in maniera relativamente sostanziale nella parte bassa della graduatoria. Certo Zugo, Appenzello Interno e il Cantone Ticino rimangono, come nel caso precedente, tra i Cantoni con l'onere complessivo per i costi sanitari più basso. Ma ad essi si aggiungono per questa fascia di reddito Nidvaldo e Svitto.

FIGURA 1-8: SPESA SANITARIA OBBLIGATORIA ANNUALE PER UNA FAMIGLIA DI DUE ADULTI E DUE FIGLI CON UN REDDITO LORDO ANNUO DI 100'000 FRANCHI, SVIZZERA, 2012

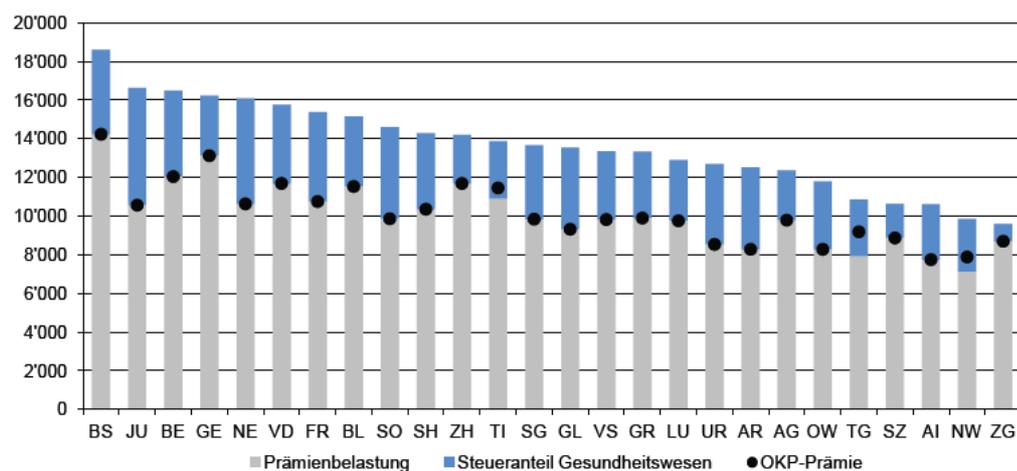


Fonte: Bieri e Köchli (2013)

Da sottolineare che non è concessa alcuna riduzione del premio per questa fascia di reddito e tipologia familiare in ben 14 Cantoni. Degli altri dodici Cantoni, sei (Lucerna, Svitto, Nidvaldo, Zugo, Soletta e Turgovia) concedono una riduzione che si limita ai premi per bambini e per giovani adulti in formazione (di almeno il 50 per cento, secondo quanto recita l'articolo 65, comma 1 bis della LAMal). Di contro i Cantoni Uri, Appenzello Interno, Grigioni, Argovia, Ticino e Neuchâtel riducono in questa fascia di reddito anche i premi degli adulti.

Per un reddito di 140'000 franchi il Ticino risale nella graduatoria, guidata ancora da Basilea Città, in ragione della forte progressione fiscale (figura 1-9). Da notare che il Cantone Ticino è con Nidvaldo e Turgovia il solo a concedere una riduzione dei premi alla tipologia di famiglia in esame nella fascia di reddito considerata. In realtà, per i Cantoni Nidvaldo e Turgovia è solo la metà dei premi dei figli ad essere ancora sussidiata.

FIGURA 1-9: SPESA SANITARIA OBBLIGATORIA ANNUALE PER UNA FAMIGLIA DI DUE ADULTI E DUE FIGLI CON UN REDDITO LORDO ANNUO DI 140'000 FRANCHI, SVIZZERA, 2012



Fonte: Bieri e Köchli (2013)

In sintesi, le analisi delle due tipologie di famiglie mostrano chiaramente che le differenze cantonali della spesa sanitaria obbligatoria sono influenzate in maniera determinante dai vari sistemi di riduzione dei premi all'opera nei singoli Cantoni. Inoltre, le differenze cantonali riscontrate per la spesa sanitaria obbligatoria e per le fasce di reddito considerate sono superiori (per entrambi i tipi di economia domestica) alle differenze

cantionali registrate nei premi di assicurazione malattie obbligatoria. L'ampiezza della distanza tra l'onere minimo e massimo della spesa sanitaria obbligatoria complessiva è influenzata anche dalla quota d'imposta destinata a coprire la spesa sanitaria. Tale ampiezza è più grande per la famiglia di quattro persone, soprattutto nelle classi a reddito medio, per le quali la riduzione dei premi e le imposte hanno un impatto significativo. Per la persona sola, l'ampiezza aumenta con l'aumentare del reddito lordo, dato che i sistemi di riduzione del premio hanno un'influenza modesta nelle fasce di reddito analizzate dagli autori dello studio.

In generale è possibile affermare che nel confronto intercantonale dell'onere della spesa sanitaria obbligatoria, oltre ai premi di assicurazione malattie obbligatoria riveste un'importanza cruciale il sistema di riduzione dei premi, sebbene per le classi di reddito più elevate non si possa trascurare la quota di imposte destinata a finanziare il sistema sanitario.

#### **1.6.4 Il confronto tra il 2007 e il 2012**

Con l'eccezione di otto Cantoni, se si considera la famiglia composta da due adulti e due figli con un reddito annuo lordo di 72'000 franchi, la spesa sanitaria annuale obbligatoria è aumentata nella maggioranza dei Cantoni, mentre in otto (Zurigo, Lucerna, Obvaldo, Zugo, Grigioni, Ticino, Neuchâtel e Giura) essa è diminuita.

L'analisi delle componenti che hanno esercitato un impatto sul livello della spesa sanitaria obbligatoria rivela alcune interessanti indicazioni. Prima di tutto l'aumento medio annuo dei premi di assicurazione malattie è stato del 3.6% su scala nazionale. Un'analisi approfondita ha mostrato che i premi per i minorenni sono aumentati in modo nettamente superiore alla media. Si è inoltre mostrato che la riduzione del premio per la fascia di reddito da 40'000 a 69'999 franchi di reddito annuo lordo è aumentata del 5.5% in media nazionale. Nella fascia di reddito da 70'000 a 100'000 franchi, l'aumento medio è stato addirittura del 13.1%.

Il legislatore (federale) prevede che la riduzione dei premi alleggerisca le famiglie con redditi bassi e medi. Lo studio dimostra che, in media nazionale e per la tipologia di economia domestica in esame, la riduzione dei premi è aumentata più fortemente per la fascia di reddito annuo lordo da 70'000 a 100'000 franchi che per la stessa tipologia familiare ma con redditi bassi. Secondo l'articolo 65, comma 1 bis della LAMal, i Cantoni hanno il compito di ridurre di almeno il 50 per cento i premi di bambini e di giovani adulti in formazione che abitano in famiglie con redditi medio-bassi. Tuttavia, questa norma è entrata in vigore il 1° gennaio 2006 e i Cantoni avevano l'obbligo di applicarla entro il 1° gennaio 2007. Secondo Bieri e Köchli (2013, p. 28), questa revisione della legge non può quindi spiegare il diverso sviluppo della riduzione del premio per le due fasce di reddito. Piuttosto che ad un cambiamento normativo della RIPAM, gli autori riconducono il risultato ad adeguamenti delle leggi tributarie, ad esempio sotto forma di aumento delle deduzioni per figli, che hanno prodotto un aumento dei redditi determinanti ai fini del calcolo della riduzione dei premi e degli eventuali limiti di reddito. Ciò ha determinato maggiori riduzioni di premio tra il 2007 e il 2012 per le fasce di reddito tra 70'000 e 200'000 franchi.

Per quanto riguarda la quota fiscale, essa è diminuita per entrambe le fasce di reddito. In media nazionale, essa è diminuita maggiormente per la fascia di reddito inferiore (-5.1%) rispetto a quella più elevata (-0.6%).

Considerando infine l'onere complessivo per la spesa sanitaria obbligatoria, gli autori constatano che esso è aumentato dello 0.6% nella fascia di reddito da 40'000 a 69'999 franchi e dell'1.3% in quella da 70'000 a 100'000 franchi. Rispetto all'aumento del costo medio dei premi LAMal (3.6%), l'aumento dell'onere complessivo per la spesa sanitaria obbligatoria per entrambe le fasce di reddito non è dunque così pronunciato.

In ragione dei cambiamenti percentuali e dei livelli assoluti dei contributi per la riduzione dei premi e della quota fiscale, l'impatto della RIPAM sull'onere di spesa sanitaria obbligatoria per entrambe le fasce di reddito è superiore a quello delle imposte.

Più nello specifico, a livello cantonale l'evoluzione può essere sintetizzata come segue.

Una crescita inferiore alla media dei premi LAMal ha avuto luogo nei Cantoni di Zurigo, Sciaffusa, Turgovia, Ticino, Vaud, Neuchâtel, Ginevra e Giura. Con l'eccezione dei Cantoni di Sciaffusa e Turgovia, questi sono comunque Cantoni con un livello relativamente elevato dei premi LAMal. Analizzando le variazioni dell'onere complessivo della spesa sanitaria obbligatoria, gli autori hanno rilevato che solo nei Cantoni Zugo, Grigioni, Ticino e Neuchâtel la spesa sanitaria obbligatoria si è ridotta per entrambe le fasce

di reddito tra il 2007 e il 2012. Per i Cantoni di Lucerna, Obvaldo, Glarona, Vaud, Vallese e Giura, questo è solo il caso per la fascia di reddito più bassa (da 40'000 a 69'999 franchi).

Per il Cantone Ticino, che il 1° gennaio 2012 ha introdotto una riforma del sistema RIPAM, gli autori hanno mostrato che sono soprattutto le famiglie nella fascia di reddito sopra i 56'000 franchi annui lordi ad aver beneficiato della diminuzione dell'onere di spesa sanitaria obbligatoria. **Per la famiglia con due figli e un reddito annuo lordo inferiore a 56'000 franchi, invece, l'onere complessivo è aumentato.**

In generale, si può affermare che l'onere per la spesa sanitaria obbligatoria di una famiglia con due bambini è aumentato tra il 2007 e il 2012 in tutti i Cantoni con l'eccezione di Ticino e Neuchâtel. In entrambi i Cantoni, il cambiamento del sistema di riduzione dei premi ha determinato una riduzione dell'onere complessivo per la spesa sanitaria obbligatoria tra il 2007 e il 2012. La ragione principale per la maggiore spesa sanitaria è da ricondursi in particolare al forte aumento dei premi LAMal, parzialmente compensato da un aumento dei sussidi di cassa malati o da una riduzione della quota fiscale destinata al finanziamento della spesa sanitaria. Nel complesso, l'aumento della spesa sanitaria obbligatoria nelle fasce di reddito considerate è stato meno significativo di quello dei premi LAMal.

## 2. LE RAGIONI DELL'EVOLUZIONE DELLA SPESA RIPAM IN TICINO

### 2.1. Nota introduttiva

La LAMal, entrata in vigore nel 1996, ha reso l'assicurazione malattie obbligatoria e universale ed ha nel contempo realizzato un miglioramento dell'equità verticale attraverso il passaggio da sussidi federali generalizzati (ad inaffiatoio) ad una riduzione dei premi (RIPAM) più generosa e limitata alle economie domestiche con reddito modesto<sup>38</sup>. La concretizzazione del dispositivo RIPAM è stata delegata ai singoli Cantoni.

Occorre precisare che il dispositivo RIPAM conosce due regimi diversi: uno ordinario, che in Ticino segue le disposizioni della Legge cantonale di applicazione (LCAMal), e uno speciale destinato ai beneficiari di PC AVS/AI. Per questi ultimi, il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è assunto completamente dal Cantone e versato direttamente all'assicuratore malattie<sup>39</sup>. Fino al 2011 era lecito considerare l'onere del premio residuo dei beneficiari di PC AVS/AI come nullo.

Per quanto concerne il regime ordinario, fin dall'inizio il Ticino ha optato per un sistema di calcolo della RIPAM basato sul reddito imponibile. Questa scelta ha finito con il rendere il dispositivo ticinese fortemente dipendente dalle riforme fiscali che si sono susseguite tra la seconda metà degli anni Novanta e l'inizio del nuovo millennio e che hanno contribuito, grazie all'introduzione di nuove deduzioni fiscali, ad abbassare il reddito fiscalmente imponibile e di conseguenza ad aumentare, a parità di reddito lordo, gli importi del sussidio erogato. Per ovviare agli effetti delle riforme fiscali ed evitare eccessivi aumenti di spesa, governo e parlamento sono a più riprese intervenuti modificando (tramite decreti esecutivi e/o emendamenti della LCAMal) alcuni parametri del vecchio dispositivo (cfr. Crivelli e Lunati, 2004, cap. 2). La complessità del precedente sistema era però tale da rendere poco chiare e trasparenti le ripercussioni di quegli aggiustamenti. È pertanto probabile che la congiunzione delle varie riforme fiscali e delle susseguenti modifiche dei parametri del sistema dei sussidi abbiano determinato effetti redistributivi non solo indesiderati ma spesso anche inconsapevoli.

Nel 2012, dopo lunga gestazione, è entrata in vigore una riforma sostanziale della LCAMal, che ha sancito il passaggio, quale base di calcolo per la RIPAM, dal reddito imponibile al reddito disponibile semplificato (fanno stato oggi il regolamento della LCAMal del 29 maggio 2012 e le norme specifiche). Dal 1° gennaio

<sup>38</sup> Il documento che spiega il passaggio da un sussidio generale ad annaffiatoio ad un sussidio mirato per le economie domestiche con reddito modesto è il Messaggio 91.071 del Consiglio federale del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia; in esso viene enunciato l'obiettivo sociale di non oltrepassare una soglia di incidenza del premio al netto della RIPAM pari all'8% del reddito imponibile. Al punto 423.3, p. 194, del Messaggio si può infatti leggere: «Tali stime ci inducono a constatare che i Cantoni possono fissare all'8 per cento del reddito imponibile l'importo limite a partire dal quale i premi sono ridotti. In altri termini, nessuna economia domestica dovrebbe consacrare più dell'8 per cento del suo reddito imponibile al pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche». In seguito è stato mostrato dagli autori del *Monitoring 2004* (Balthasar et al. 2005) che un onere dei premi pari all'8% del reddito imponibile cantonale, dovrebbe in generale corrispondere al 6% del reddito disponibile.

<sup>39</sup> Da sottolineare che dal 2014 tutti i Cantoni dovranno versare direttamente alle casse malattia gli importi per la riduzione dei premi. Fino a oggi, alcuni Cantoni, ma non il Ticino, li versavano agli assicurati.

2012 è cambiato anche il regime dei beneficiari di PC, per i quali il premio è ora coperto soltanto fino all'equivalente del premio forfettario deciso dalla Confederazione: se il premio effettivo è inferiore a quello forfettario, il Cantone paga tutto il premio; se invece il premio è superiore a quello forfettario, il Cantone paga solo il premio forfettario e la differenza è fatturata dall'assicuratore malattie al beneficiario di PC.

Per quanto riguarda i beneficiari di prestazioni LAPS<sup>40</sup>, la riduzione corrisponde all'importo massimo ai sensi dell'art. 34 LCAMal («L'importo massimo normativo di riduzione dei premi corrisponde alla somma dei premi medi di riferimento, per categoria di assicurato, dell'unità di riferimento»), rispetto al quale viene applicato il coefficiente cantonale di finanziamento. Inoltre, secondo l'art. 43 comma 3 LCAMal, «[L]’importo di riduzione dei premi a favore dell’unità di riferimento non può oltrepassare la lacuna di reddito definita ai sensi della LAPS. Se la stessa è inferiore all’ammontare di riduzione dei premi, si riconosce quest’ultimo importo». E ancora (art. 43 comma 4): «[L]’importo di riduzione dei premi non può oltrepassare l’ammontare del premio effettivo a carico dei membri dell’unità di riferimento»<sup>41</sup>.

In rapida sintesi, il sistema per i beneficiari LAPS funziona nel seguente modo. Si verifica anzitutto se l'economia domestica abbia o meno diritto ad una prestazione LAPS, operando un confronto tra il reddito disponibile calcolato secondo i criteri della LAPS e i bisogni vitali riconosciuti dalla stessa legge. Se questi ultimi risultano essere superiori al reddito disponibile, è possibile far capo a quattro prestazioni fino a colmare la differenza tra bisogni vitali e reddito disponibile. In primo luogo, secondo un ordine di priorità stabilito dalla LAPS, si eroga una RIPAM pari al 70% (e non al 73.5% come per le altre economie domestiche in regime RIPAM ordinario) del premio medio cantonale. Se rimangono bisogni vitali da coprire, vengono erogati l'assegno familiare integrativo (AFI) se l'economia domestica ha almeno un figlio di meno di 15 anni, e l'assegno di prima infanzia (API) se l'economia domestica ha almeno un figlio di meno di 3 anni. Se rimangono ancora dei bisogni vitali da coprire, a questo punto viene erogata una prestazione assistenziale.

Alla luce di quanto precede, appare opportuno ripercorrere le tappe che dagli anni Novanta hanno determinato lo sviluppo del sistema RIPAM, plasmandone il funzionamento e determinando alcune importanti ricadute sulla popolazione.

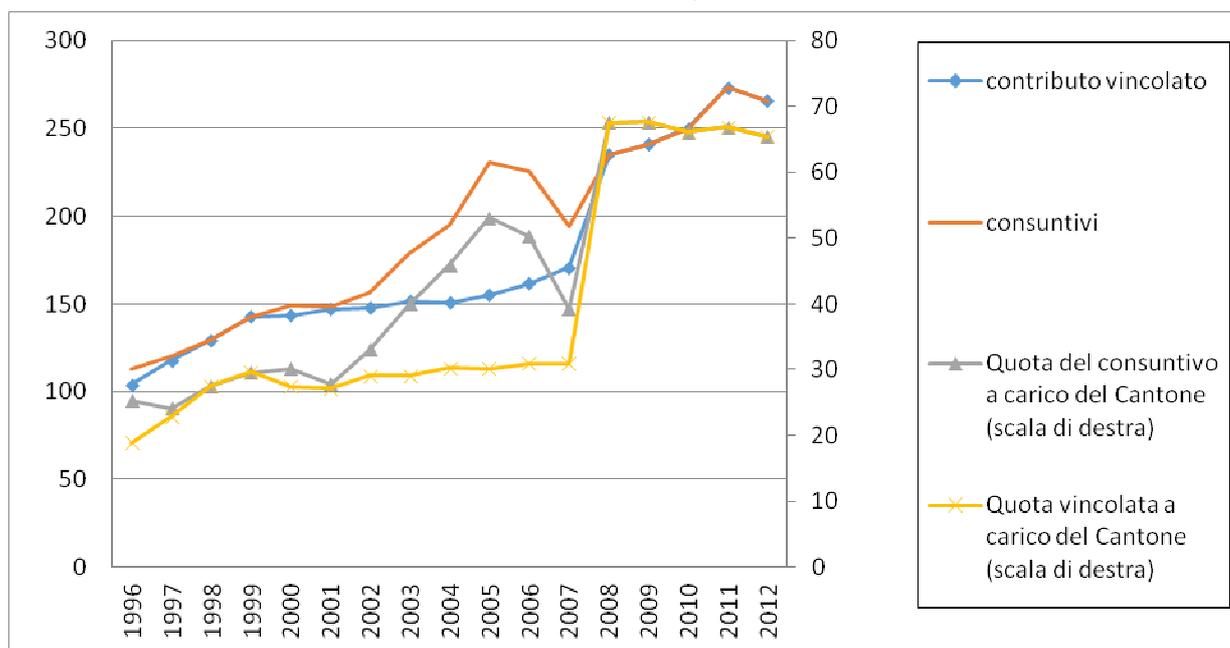
Tali tappe possono essere sinteticamente rappresentate attraverso l'evoluzione dei sussidi e della quota a carico del Cantone Ticino tra il 1996 e il 2012 (cfr. tabella 2-1).

---

<sup>40</sup> La legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS) entrata in vigore il 1° febbraio 2003, armonizza e coordina i principi e le disposizioni che disciplinano la concessione delle prestazioni sociali erogate dal Cantone: indennità straordinaria disoccupazione, assegno familiare integrativo, assegno di prima infanzia, assistenza sociale, nonché la RIPAM. Quest'ultima era considerata una prestazione LAPS a tutti gli effetti nel Messaggio governativo 4773.

<sup>41</sup> Si veda anche IAS, *Informazioni periodiche AM (riduzione premio)*, valide dal 1° gennaio 2013. Si veda inoltre Centro d'informazione AVS/AI, *Assicurazione malattie obbligatoria. Riduzione individuale dei premi*, stato al 1° gennaio 2014 (edizione dicembre 2013).

FIGURA 2-1: EVOLUZIONE DEI SUSSIDI (VINCOLATI E A CONSUNTIVO) IN MIO CHF ED EVOLUZIONE DELLA QUOTA PERCENTUALE A CARICO DEL CANTONE TICINO, 1996-2012



Fonte: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

Una serie di vincoli esterni e di cambiamenti interni al Cantone - alcuni dei quali decisi autonomamente dal Governo, altri sottoposti al voto del Parlamento e del Popolo - hanno segnato l'evoluzione della RIPAM in Cantone Ticino, determinando maggiore o minore generosità a seconda delle tipologie di economia domestica e del relativo reddito. Dal 1996 al 2012 sono aumentati gli importi globali previsti dal Decreto federale (contributi vincolati) e quelli effettivamente erogati e contabilizzati nel consuntivo dello Stato, in un contesto di crescita della quota a carico del Cantone. Nelle pagine che seguono si cercherà di analizzare i principali fattori che hanno determinato tale evoluzione.

## 2.2. Dal 1996 al 2003

La LCAMal del 26 giugno 1997 (articoli 23-61) definì il sistema RIPAM per il Ticino, ancorandolo al concetto di *reddito determinante* (quest'ultimo corrisponde al reddito imponibile cantonale più 1/15 della sostanza imponibile, arrotondati a 1'000 franchi, tenuto conto di una quota esente di 150 mila franchi per le persone sole e di 200 mila franchi per le famiglie). La legge di applicazione di allora contemplava alcuni automatismi (quali ad esempio la procedura per il calcolo della quota media cantonale ponderata e l'algoritmo per la definizione dei premi riconosciuti) che consentivano al sistema di autoregolarsi rispetto alle variazioni registrate nel livello generale dei premi. I rimanenti parametri necessari al calcolo delle riduzioni di premio erano per contro definiti, con frequenza annuale, dal Consiglio di Stato (CdS), per il tramite di due decreti esecutivi. In genere, i due decreti esecutivi (uno relativo ai premi riconosciuti, l'altro concernente le basi di calcolo) erano pubblicati sul Bollettino Ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi nel corso del mese di novembre (Crivelli e Lunati, 2004, p. 13).

Quando il legislatore federale optò con la LAMal per un sistema di riduzione dei premi che rispettasse il federalismo e la ripartizione dei compiti prevista dalla Costituzione federale (lasciando cioè ai Cantoni quell'autonomia decisionale e operativa che spetta loro di diritto, dal momento che la Costituzione non precisa un ruolo particolare della Confederazione in materia di politica sanitaria e sociale), lo fece nella convinzione che fosse comunque possibile spingere i Cantoni ad adottare un obiettivo di equità verticale piuttosto omogeneo. Perciò, anziché precisare in modo esplicito quale fosse la soglia massima di incidenza dei premi e su quale base il reddito delle economie domestiche dovesse essere calcolato, la Confederazione decise di promuovere nei Cantoni un'equità verticale comparabile attraverso: (a) una chiave di ripartizione dei sussidi federali contenente una componente perequativa, (b) la definizione del contributo massimo spettante a ciascun Cantone e (c) la fissazione di un tetto minimo di spesa per ciascun Cantone (pari al 50%

dei contributi totali, composti appunto dalla somma distribuita dalla Confederazione e dall'apporto obbligatorio dei singoli Cantoni) (Crivelli e Lunati, 2004, pp. 4-5).

Come già sottolineato nel capitolo precedente (cfr. paragrafo 1.4), alcuni Cantoni hanno fatto uso della facoltà di ridurre i contributi determinando una pari riduzione dei contributi federali. Il decreto prevedeva infatti un contributo complessivo dei Cantoni pari al 50% del contributo complessivo della Confederazione, con la possibilità per ogni Cantone di diminuire la propria quota fino ad un massimo del 50%, ma a condizione di garantire la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta. Nel primo quadriennio (1996-1999), i Cantoni hanno beneficiato di un intervallo di tempo per adeguare i propri contributi a quanto prescritto dalla legge. Alla base di questo sistema stava l'idea, auspicata dal legislatore, di sussidiare gli assicurati in maniera commisurata ai loro bisogni e non di sostenere unicamente le persone che necessitano di un aiuto sociale. Alla proposta del Consiglio federale di prevedere una soglia massima dell'incidenza dei premi sul reddito imponibile delle economie domestiche, il legislatore ha però preferito un sistema meno vincolante. Ha perciò destinato i contributi della Confederazione alla riduzione individuale dei premi degli assicurati di condizione economica modesta, delegando ai Cantoni il compito di determinare l'obiettivo sociale da perseguire e di applicare concretamente il sistema di riduzione dei premi. Questa soluzione doveva, da un lato, permettere ai Cantoni di attuare un sistema sociale di sovvenzionamento dei premi adeguato alle realtà cantonali e, dall'altro, evitare di esaurire ad ogni costo i sussidi federali e cantonali massimi teorici a disposizione.

TABELLA 2-1: INDICI DI CRESCITA DEI SUSSIDI PREVISTI DAL DECRETO FEDERALE E DEI PREMI MEDI, SVIZZERA E CANTONE TICINO (1996=100), 1996-2012

	Indice di crescita del premio medio, CH	Indice di crescita dei sussidi previsti dal decreto federale, CH	Indice di crescita del premio medio, TICINO	Indice di crescita dei sussidi previsti dal decreto federale, TICINO
1996	100.0	100.0	100.0	100.0
1997	108.1	109.9	109.0	113.3
1998	114.0	120.3	113.7	124.5
1999	116.5	132.4	113.6	137.3
2000	120.2	134.4	115.1	138.1
2001	124.6	136.4	117.8	141.4
2002	135.8	138.4	127.9	142.3
2003	148.2	140.5	138.5	145.6
2004	158.7	142.6	153.4	145.2
2005	161.6	144.7	156.9	149.2
2006	167.8	153.0	163.5	155.6
2007	169.7	161.4	165.1	164.1
2008	168.0	137.6	162.7	226.2
2009	169.6	143.4	162.2	231.5
2010	184.2	161.1	169.7	240.2
2011	195.3	164.8	179.6	262.7
2012	199.8	160.6	176.6	255.5

Fonte: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

È importante sottolineare come a livello nazionale fino al 2002 compreso, l'ammontare teorico messo a disposizione tramite decreto federale è cresciuto mediamente ad una velocità superiore a quella dei premi. In Cantone Ticino tale tendenza è proseguita anche nel 2003. Tra il 2004 e il 2007, sia a livello nazionale, sia a livello cantonale, l'ammontare teorico dei sussidi è cresciuto mediamente ad una velocità inferiore a quella dei premi, mentre a partire dal 2008, anno dell'entrata in vigore della nuova perequazione, nel Cantone Ticino l'ammontare teorico dei sussidi è di nuovo cresciuto mediamente ad una velocità superiore a quella dei premi.

Questo sistema ha avuto rilevanti effetti perequativi e distributivi messi in rilievo da Dafflon (2002) e sintetizzati da Crivelli e Lunati (2004).

Infatti, l'importo dei sussidi federali spettanti a ciascun Cantone doveva tener conto, oltre al numero degli abitanti, anche dell'indice della forza finanziaria del Cantone (in modo inversamente proporzionale e con una ponderazione del 65%) e del livello del premio medio (con una ponderazione del 35%). Come evidenziato da Dafflon (2002) per l'anno 2000, se si considerasse solo l'indice della forza finanziaria la perequazione orizzontale effettuata tramite i sussidi LAMal avrebbe comportato un esborso netto dell'ordine di grandezza di 162 milioni di franchi (pari a circa l'11% dei sussidi federali) per 10 Cantoni (ZH, SZ, NW, ZG, BS, BL, SH, AG, VD e GE) a vantaggio dei rimanenti 16 Cantoni. La parte di sussidi ripartita sulla base delle differenze di premio avrebbe determinato invece una redistribuzione a vantaggio di 8 Cantoni (ZH, BE, BS, TI, VD, NE, GE e JU) e a carico dei rimanenti 18, per un ammontare complessivo di 54 milioni (pari al 7% dei sussidi federali). Questi importi, tuttavia, si riducono quando i Cantoni chiamati alla cassa decidono di rinunciare a parte dei sussidi federali. Nel 2000 l'importo versato dai Cantoni nella forma della perequazione orizzontale è diminuito di 52 milioni, quello trasferito sulla base del premio medio è sceso di 23 milioni. In entrambi i casi l'ammontare è stato solo parzialmente compensato dalla Confederazione (mediante una maggior perequazione verticale). Incrociando le componenti perequativa e redistributiva si ottiene una matrice (cfr. tabella 2-2), dalla quale possiamo evincere che nel 2000:

- solo quattro Cantoni, fra i quali il Ticino, traevano un vantaggio da entrambe le componenti della formula (BE, TI, NE e JU);
- sei Cantoni erano chiamati alla cassa sulla base sia della componente perequativa che di quella redistributiva (SZ, NW, ZG, BL, SH e AG);
- in totale i Cantoni chiamati a versare un contributo netto sono stati dodici (ai sei menzionati precedentemente si aggiungono ZH, BS, VD, GE, SG e TG).

TABELLA 2-2: EFFETTI PEREQUATIVI E DISTRIBUTIVI DELLA FORMULA DI RIPARTIZIONE DEI SUSSIDI FEDERALI, SVIZZERA

		Indice della forza finanziaria (componente perequativa)	
		Cantoni che beneficiano	Cantoni che contribuiscono
Premio medio (componente redistributiva)	Cantoni che beneficiano	BE, TI, NE, JU	ZH, BS, GE, VD
	Cantoni che contribuiscono	LU, UR, OW, GL, FR, SO, AR, AI, GR, VS, SG, TG	SZ, NW, ZG, BL, SH, AG

Fonte: Dafflon (2002)

Con le modifiche decise il 3 luglio 2001, nel nuovo testo di legge in vigore dal giugno 2002 è stato eliminato il riferimento al premio medio e sono stati apportati altri piccoli cambiamenti. La conseguente rettifica della chiave di ripartizione dei sussidi federali ha determinato una riduzione dei mezzi finanziari attribuiti, a partire dal 2003, ai Cantoni contraddistinti da una forza finanziaria e da un premio medio superiori alla media (si tratta di ZH, BS, GE e VD). Tra i Cantoni toccati negativamente dal cambiamento troviamo pure il Ticino, non solo in seguito all'eliminazione della componente redistributiva legata al livello del premio medio, ma anche in virtù del miglioramento registrato dal Ticino dopo il 2000 per quanto riguarda l'indice della forza finanziaria (cfr. tabella 2-3) (Crivelli e Lunati, 2004).

TABELLA 2-3: INDICE DI FORZA FINANZIARIA, CANTONE TICINO, 1992-2007

1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002/03	2004/05	2006/07
73	70	77	85	78	82	85	88

Fonte: Amministrazione federale delle finanze (AFF)

Nella prima revisione della LAMal (Messaggio del Consiglio federale del 21 settembre 1998; FF 1999 I 687), entrata in vigore nel 2001, si è di nuovo rinunciato a definire nel diritto federale la nozione di “condizione economica modesta” o a delimitare la cerchia dei beneficiari. L’articolo 65 capoverso 1 LAMal è stato integrato, tuttavia, dalla giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 122 I 343) nel senso di attribuire al Consiglio federale la competenza di estendere la cerchia degli aventi diritto, in particolare ai lavoratori stagionali.

L’esecuzione della riduzione dei premi è rimasta di competenza dei Cantoni e spetta dunque a ciascuno di essi il compito di definire la cerchia dei beneficiari, l’ammontare a carico dallo Stato, la procedura e le modalità di versamento della riduzione dei premi. Come già sottolineato in questo rapporto, un confronto fra i vari sistemi cantonali evidenzia la diversità delle soluzioni adottate e mette dunque in luce le difficoltà che si incontrano nel procedere a una comparazione. La quota parte del premio assunta dallo Stato è strettamente legata alla determinazione della cerchia dei beneficiari. Se il Cantone opta per una cerchia ristretta di beneficiari, sarà in grado di versare sussidi individuali più elevati; se, al contrario, decide di mirare a una popolazione più ampia, la riduzione individuale dei premi sarà minore.

In generale, con la prima revisione della LAMal sono state introdotte varie modifiche all’articolo 65 LAMal per garantire che le procedure cantonali rispondessero a criteri più severi. Allo scopo di limitare la rigidità dei sistemi basati sulla dichiarazione dei redditi, la LAMal obbliga i Cantoni a tener conto delle situazioni economiche e familiari più recenti per accordare le riduzioni dei premi (art. 65 cpv. 3 primo periodo LAMal). I Cantoni devono garantire anche un versamento rapido dei sussidi in modo tale che gli assicurati aventi diritto non siano costretti ad anticipare l’importo dei premi di tasca propria (art. 65 cpv. 3 secondo periodo LAMal). Infine, i Cantoni sono tenuti a informare regolarmente gli assicurati del loro diritto alla riduzione dei premi (art. 65 cpv. 4 LAMal).

Inoltre, la prima revisione della LAMal ha conferito al Consiglio federale la competenza di promulgare le opportune disposizioni che gli permettano di ottenere le informazioni necessarie per pronunciarsi sull’efficacia della riduzione dei premi (art. 65 cpv. 6 LAMal).

Infine, il Consiglio federale si è visto attribuire la competenza di autorizzare i Cantoni a riportare all’esercizio seguente le differenze annuali tra l’importo dei sussidi federali e cantonali e l’importo dei sussidi versati (art. 66 cpv. 6 LAMal).

Da non dimenticare che in virtù dell’Accordo sulla libera circolazione delle persone entrato in vigore il 1° giugno 2002, la Svizzera deve accordare le riduzioni dei premi anche alle persone di condizione economica modesta assicurate in Svizzera ma residenti in uno Stato membro della Unione europea. I nuovi articoli 65° e 66° sono stati dunque introdotti nella LAMal (messaggio del Consiglio federale del 31 maggio 2000; FF 2000 3537). Il primo prevede che i Cantoni debbano accordare delle riduzioni dei premi agli assicurati residenti all’estero che hanno un legame con un determinato Cantone (art. 65° LAMal). Il secondo prevede che la Confederazione accordi le riduzioni dei premi agli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell’Unione europea senza avere altri legami con la Svizzera, purché i Cantoni abbiano rifiutato di eseguire e di finanziare le riduzioni dei premi per tali persone (art. 66° LAMal).

Nel 2000 è entrato in vigore il nuovo sistema di finanziamento del settore sanitario (Ente Ospedaliero Cantonale, cure e assistenza domiciliare, case per anziani). Il regime di finanziamento degli ospedali pubblici è notoriamente sancito sul piano federale dall’articolo 49 della LAMal. Fino al 2012 la legge prevedeva che l’assicurazione malattia coprisse al massimo il 50% dei costi fatturabili nel reparto comune. Nel Cantone Ticino la parte rimanente era fino a quel momento assunta dal Cantone (nella misura dei 2/3) e dai Comuni (nella misura di 1/3). Al Cantone e ai Comuni incombeva pure, nelle stesse proporzioni, la totalità delle spese di investimento (interessi e ammortamenti), di formazione e di ricerca. Quale compensazione per le conseguenze dell’entrata in vigore della Legge sull’assistenza e cura a domicilio, i cui costi pubblici (insieme a quelli delle case per anziani) furono assunti nella misura dell’80% dai Comuni, mentre a partire dal 1° gennaio 2000 al Cantone fu attribuita la responsabilità per la totalità del fabbisogno dell’EOC.

Nel 2003, anno dell’introduzione della LAPS, vengono infine portate a termine in Cantone Ticino alcune riforme fiscali che, introducendo una serie di deduzioni, determinano una riduzione del reddito determinante a parità di reddito lordo e dunque estendono la cerchia dei sussidiati e incrementano gli importi di sussidio. Siccome la concretizzazione delle riforme fiscali ha avviato una discussione politica in Ticino attorno alla necessità di abbandonare il reddito fiscale quale base di riferimento per il calcolo della RIPAM in favore di una definizione di reddito diversa, appare opportuno sintetizzare i diversi pacchetti fiscali che si sono succeduti a partire dalla seconda metà degli anni Novanta e fino all’inizio degli anni Duemila.

### **Primo pacchetto fiscale (Messaggio governativo del 20 marzo 1996)**

Il primo pacchetto di diminuzione delle imposte è quello del 1996, con le misure a favore del ceto medio (riduzione delle aliquote per i redditi tra 25'000 e 90'000 franchi di imponibile per i coniugati e tra 20'000 e 55'000 per le persone sole) e alcuni provvedimenti per le persone giuridiche (esonero dalla tassa di bollo per le società a tassazione speciale, imposta sul capitale ridotta dal 3 al 2.6 per mille, ammortamenti accelerati per nuovi investimenti: misura limitata ai 5 anni 1996-2000); questo primo pacchetto fiscale ha comportato sgravi per 30.9 milioni di franchi solo sul piano cantonale. Gli sgravi fiscali del primo pacchetto sono entrati in vigore, sul piano comunale, il 1° gennaio 2003, contemporaneamente agli sgravi del quarto pacchetto fiscale e con il passaggio dalla tassazione biennale a quella annuale per le persone fisiche. Va anche ricordato che l'armonizzazione fiscale a livello federale, che ha sancito il passaggio dal sistema prenumerando biennale al postnumerando annuale, ha contribuito a ridurre il tempo necessario perché una tassazione crescesse in giudicato e potesse così fungere da base di calcolo per i sussidi RIPAM.

### **Secondo pacchetto fiscale (Messaggio governativo del 23 ottobre 1998)**

In ragione dell'accettazione delle due iniziative popolari della Lega dei ticinesi nella votazione del 6 febbraio 2000, questo secondo pacchetto non è entrato in vigore, se non nella parte che prevedeva la riduzione del 15% delle imposte di successione per i gradi di parentela diversi da discendenti e ascendenti.

### **Iniziative popolari della Lega dei ticinesi (votazione del 6 febbraio 2000)**

La prima iniziativa ("Per una politica fiscale più vicina al popolo") prevedeva una riduzione lineare delle aliquote d'imposta delle persone fisiche, la riduzione dal 13% al 9% dell'aliquota d'imposta sugli utili delle persone giuridiche e dal 2.6 al 2 per mille di quella sul capitale delle persone giuridiche; la seconda iniziativa ("Per una esenzione, dell'imposizione delle successioni e delle donazioni più sociale") prevedeva l'abolizione delle imposte di successione e donazione tra ascendenti e discendenti diretti (l'imposta di successione e donazione tra coniugi era già stata abolita con la nuova Legge tributaria entrata in vigore il 1° gennaio 1995). Il secondo pacchetto fiscale, approvato a suo tempo dal Parlamento, è stato abbandonato in seguito all'accettazione delle due iniziative popolari, con l'eccezione della riduzione delle imposte di successione e donazione del 15% per altri gradi di parentela. Le misure delle iniziative sulle persone giuridiche e sulle successioni e donazioni sono entrate in vigore il 1° gennaio 2000, quelle sulle persone fisiche il 1° gennaio 2001.

### **Terzo pacchetto fiscale (Messaggio governativo del 27 giugno 2000)**

In seguito alla votazione del 6 febbraio 2000, il Governo ha presentato, il 27 giugno 2000, il terzo pacchetto fiscale mediante un messaggio che proponeva anche l'adeguamento della Legge tributaria cantonale alle norme federali sull'armonizzazione fiscale (LAID). Questo terzo pacchetto ha recuperato gli sgravi per le persone fisiche del 2° pacchetto fiscale che la votazione popolare aveva fatto cadere (deduzione per figli e per oneri assicurativi) e ha aggiunto altre misure, per le persone giuridiche, per la sostanza e per gli utili immobiliari. Lo sgravio complessivo è stato pari a 32.9 milioni di franchi a livello cantonale e a 27.6 sul piano comunale. Il recupero delle misure in particolare sulle persone fisiche era stato chiesto anche dai promotori delle due iniziative popolari: senza questi nuovi sgravi, in effetti, la diminuzione delle imposte sarebbe rimasta a beneficio principalmente delle aziende e delle persone fisiche con redditi elevati. Il terzo pacchetto fiscale è entrato in vigore il 1° gennaio 2001 e ha comportato anche il rinnovo per altri quattro anni del decreto sugli ammortamenti accelerati di nuovi investimenti.

### **Quarto pacchetto fiscale (Messaggio governativo del 6 luglio 2001)**

Il 1° gennaio 2003 è entrato in vigore il quarto pacchetto di diminuzione delle imposte. I principali beneficiari sono stati le famiglie con figli, quelle in cui entrambi i coniugi lavorano e i pensionati. Il quarto pacchetto prevedeva in particolare:

- l'introduzione di una deduzione aggiuntiva per oneri assicurativi destinata principalmente ai pensionati (contribuenti che non pagano più il 2° e il 3° pilastro): 4'000 franchi per i coniugati e 2'000 per le persone sole;
- l'aumento della deduzione per figli da 8'000 a 10'400 franchi;
- l'aumento delle deduzioni per chi ha figli agli studi dopo l'obbligo scolastico; la deduzione massima è passata da 5'600 a 12'600 franchi;

- l'aumento della deduzione per i coniugi che svolgono entrambi attività lucrative, da 4'400 a 7'200 franchi;
- una diminuzione delle aliquote per le persone sole;
- il raddoppio della quota di sostanza esente da imposta, da 100'000 a 200'000 franchi;
- la diminuzione dell'aliquota d'imposta sul capitale delle persone giuridiche dal 2 all'1.5 per mille.

Contemporaneamente alle misure di sgravio, è stato deciso il passaggio dalla tassazione biennale alla tassazione annuale per le persone fisiche. Fino al 2002 incluso, il fisco tassava per due anni nella stessa misura il reddito medio conseguito nel biennio precedente, mentre dal 2003 tassa ogni anno il reddito conseguito nell'anno stesso. Gli effetti negativi (per il contribuente) del cambiamento di sistema sono stati neutralizzati con la riduzione lineare delle aliquote (-7.12%) e un pari adeguamento degli scaglioni di reddito. Il passaggio alla tassazione annuale è finanziariamente neutro sul medio termine<sup>42</sup>.

### 2.3. Dal 2004 al 2008

Il contributo cantonale che si aggiunge al quello federale è finalizzato a garantire un diritto e a coprire un costo, per cui è soggetto all'evoluzione della condizione economica della popolazione e all'andamento dei costi dell'assicurazione malattia obbligatoria. Perciò, qualora quanto previsto dalla normativa in vigore facesse maturare sussidi superiori agli importi vincolati stanziati da Confederazione e Cantoni, il Cantone sarebbe chiamato a investire risorse proprie supplementari. Questa dinamica è particolarmente visibile in Ticino nel 2004 e 2005, in ragione dell'entrata in vigore degli sgravi fiscali. La riforma della LCAMal del 2003 (Messaggio del 17 ottobre 2003 n. 5432 sul Preventivo 2004 del Consiglio di Stato) era intesa a correggere tali effetti, ma la bocciatura delle norme sottoposte a referendum popolare nella votazione del 16 maggio 2004, ha impedito che si correggessero tali effetti.

Il 18 marzo 2005 (RU 2005 3587; FF 2005 2043) sono stati varati, sul piano federale, un nuovo disciplinamento delle conseguenze giuridiche in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi (sospensione delle prestazioni; art. 64° LAMal) nonché l'imposizione ai Cantoni dell'obbligo di ridurre di almeno il 50 per cento i premi dei figli fino a 18 anni e dei figli in formazione fino ai 25 anni delle famiglie con reddito medio (art. 65 cpv. 1bis e 6 LAMal). La revisione è entrata in vigore a partire dal 1° gennaio 2006, ma i Cantoni avevano tempo fino al 1° gennaio 2007 per applicarla. A questo scopo la Confederazione ha incrementato il proprio contributo RIPAM (rispetto al preventivo) di 200 milioni di franchi all'anno e ha chiesto ai Cantoni di fare altrettanto.

Il 1° gennaio 2008 si assiste all'entrata in vigore della Nuova perequazione finanziaria e ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC). L'articolo 66 della LAMal viene di conseguenza modificato. La Confederazione continua a versare ai Cantoni sussidi annuali per la riduzione dei premi. Dal 2008, tuttavia, questi contributi non sono più stabiliti mediante una decisione politica (un decreto federale semplice valido quattro anni, che tenga conto dello sviluppo dei costi nell'assicurazione malattie obbligatoria e della situazione finanziaria della Confederazione), ma corrispondono in modo "automatico" al 7.5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo implica: (a) una riduzione dei sussidi federali a destinazione vincolata (per il 2005 1.52 miliardi anziché 2.38) in cambio di un aumento dei mezzi liberi; (b) i sussidi federali per la riduzione dei premi non sono più distribuiti conformemente alla forza finanziaria dei Cantoni, ma solo in base al numero di assicurati; (c) viene abolito il principio del *matching grant*, dal momento che i Cantoni non sono più formalmente obbligati a partecipare in una proporzione stabilita dalla legge alla riduzione dei premi. Il cambiamento implica una riduzione dei sussidi federali distribuiti al Ticino e un aumento dei contributi cantonali per poter continuare a soddisfare gli articoli di legge della LCAMal. Da notare, con riferimento alla figura 2-1, come nel 2007 vi sia stata una flessione della spesa RIPAM. Si è trattato in realtà del risultato di uno spostamento delle spese derivanti dalla riduzione del premio di assicurazione malattia degli assicurati con prestazioni complementari dal comparto assicurazione malattia al comparto PC AVS-AI quale spesa per fabbisogno dei beneficiari di PC. Ciò ha permesso al Cantone Ticino che la Confederazione pagasse il 23% su un importo più alto di spesa per PC, approfittando nel contempo, per l'ultimo anno prima dell'entrata in vigore della NPC, dei criteri di

<sup>42</sup> Nel 2004 e 2005, nell'ambito dei provvedimenti di risanamento finanziario, il meccanismo di neutralizzazione è stato corretto, con l'applicazione di un supplemento (rispettivamente del 3.823% e del 2.215%).

finanziamento generosi della Confederazione nell'ambito della spesa per la riduzione del premio di assicurazione malattie.

## 2.4. Dal 2009 al 2012

Il Messaggio 6264 del 15 settembre 2009, Dipartimento sanità e socialità (“Modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997”), sancisce il passaggio dal reddito imponibile al reddito disponibile semplificato come criterio per l'assegnazione della riduzione dei premi e propone un coefficiente cantonale di finanziamento della riduzione di premio nell'assicurazione malattie del 78.5%. È il **Modello RIPAM** oggetto principale di questo rapporto intermedio.

Prima dell'entrata in vigore del nuovo modello di riduzione dei premi (1° gennaio 2012), il Decreto esecutivo del 19 ottobre 2010 concernente le basi di calcolo per l'applicazione delle riduzioni individuali di premio LAMal per l'anno 2011, prevedeva le seguenti quote medie cantonali ponderate: 4'450 franchi per gli adulti, 3'930 per i giovani adulti e 1'092 franchi per i minorenni.

Il Messaggio 6541 del 4 ottobre 2011, Dipartimento sanità e socialità (“Modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal)”)), adegua il coefficiente cantonale di finanziamento nella riduzione dei premi fissandolo al 73.5%. È la **1<sup>a</sup> modifica apportata al Modello RIPAM “originale”, introdotto nel 2012 (da qui, “Modello RIPAM 2012”)**. I premi medi di riferimento sono fissati come segue: 4'850.25 franchi per gli adulti, 4'420.80 franchi per i giovani adulti e 1'145.55 franchi per i minorenni. Essi sono più generosi di quelli riconosciuti nell'anno precedente.

Il Comunicato stampa del DSS del 4 giugno 2012 (“Avvio dell'operazione per i sussidi ai premi dell'assicurazione malattie (RIPAM) per il 2013; snellimento delle procedure, miglioramenti per i bassi redditi e importo minimo”) descrive la **2<sup>a</sup> modifica al Modello RIPAM 2012** la cui entrata in vigore è prevista per il 2013. La modifica prevede miglioramenti per i redditi bassi e i casi di rigore (cfr. Art. 48 Regolamento: RIPAM massima fino al limite LAPS, mentre prima era fino a un mezzo del limite LAPS). La modifica prevede anche l'aumento dei cosiddetti importi bagatella (art. 21 del Regolamento), ora stabiliti in 300 franchi all'anno per gli adulti, 240 franchi all'anno per i giovani adulti e 120 franchi all'anno per i minorenni.

Il Messaggio 6689 del 27 settembre 2012, Dipartimento sanità e socialità (“Modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal): adeguamento del coefficiente cantonale di finanziamento nella riduzione dei premi”), costituisce la **3<sup>a</sup> modifica al modello RIPAM 2012** (cfr. anche Rapporto 6689 del 4 dicembre 2012, Commissione della gestione e delle finanze sul Messaggio del 27 settembre 2012). Per il 2013 si fissano due coefficienti cantonali di finanziamento nella riduzione dei premi: 73.5% per i redditi bassi e 70% per gli altri redditi, inclusi quelli erogati sotto forma di prestazioni LAPS (cfr. il Consiglio di Stato alla Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio sul Messaggio 6689 del 27.09.2012 di modifica della LCAMal: Adeguamento del coefficiente cantonale di finanziamento nella riduzione dei premi (RIPAM)). I premi medi di riferimento per il 2013 sono fissati come segue: 4'908 franchi per gli adulti, 4'526 franchi per i giovani adulti e 1'141 franchi per i minorenni.

In sintesi, nel 2012 si è passati dai premi riconosciuti, basati su ogni singola cassa e sulla regione di premio 2, ai premi medi di riferimento. Inoltre si è passati dal reddito imponibile al reddito disponibile semplificato come criterio di erogazione della riduzione del premio. La riforma aveva quattro obiettivi principali, descritti nel Rapporto DSS del novembre 2008 e ripresi nel Messaggio 6264 del 15 settembre 2009:

- un obiettivo di politica sociale, attraverso una nuova definizione del reddito di riferimento che serve a valutare la situazione economica delle persone sole e delle famiglie e il passaggio dal reddito imponibile al reddito disponibile;
- un obiettivo di equità orizzontale nell'accesso al sistema di riduzione dei premi, attraverso la presa in considerazione della dimensione della famiglia (numero di componenti) e non più soltanto della sua tipologia;
- un obiettivo di efficacia economica, attraverso l'eliminazione degli effetti soglia determinati dall'esistenza di due sistemi sovrapposti con limiti di reddito diversi: un sistema di riduzione cantonale e un sistema di riduzione dei premi federale introdotto il 1° gennaio 2007;

- un obiettivo di efficienza economica, attraverso la considerazione della reale situazione dell'offerta assicurativa in Cantone Ticino realizzata con l'introduzione del Premio medio di riferimento in sostituzione della Quota cantonale media ponderata.

Il Premio medio di riferimento è riferito al solo modello assicurativo standard, con franchigia ordinaria e rischio di infortunio incluso. Gli attuali premi medi di riferimento (PMR) sono calcolati come importi medi ponderati in base alla distribuzione degli assicurati nelle diverse casse malati e nelle due regioni di premio. Il sistema dei PMR era stato introdotto per riflettere meglio la realtà dell'offerta assicurativa e dei premi vigenti in Ticino, garantire il principio di equità orizzontale fra assicurati e incentivare gli assicurati beneficiari di RIPAM a scegliere una cassa meno cara (cfr. Messaggio 6264 del 15 settembre 2009).

Nel 2012 la crescita dei premi è stata negativa (in seguito all'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero che ha trasferito oneri dalla casse malattie al Cantone), ma il premio medio è cresciuto di 400 franchi per gli adulti, di circa 500 franchi per i giovani adulti e di 50 franchi per i minorenni. Se prima il sistema versava solo il premio riconosciuto, generalmente più basso del premio medio, il nuovo sistema riconosce il premio medio a tutti. Si potrebbe così spiegare almeno in parte il risultato dell'Obsan secondo il quale con il passaggio al nuovo sistema il Ticino è diventato più generoso per le tipologie di economia domestica considerate nello studio.

Uno sguardo ai dati aggregati, ci mostra che il Ticino è l'unico Cantone, con Soletta e Berna, ad aver avuto un aumento significativo del tasso di beneficiari tra il 2011 e il 2012. E con Soletta, Berna e Basilea Campagna è anche l'unico Cantone che nello stesso periodo ha avuto una diminuzione importante della prestazione media.

Da ultimo occorre sottolineare che nel 2012 il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali e delle ospedalizzazioni fuori Cantone, già citato sopra, ha comportato un aumento di almeno 90-100 milioni dei contributi cantonali al settore ospedaliero. Anche per questo motivo si inizia a discutere di misure di austerità e di tagli al sistema RIPAM che confluiscono nella proposta di 4<sup>a</sup> modifica al modello RIPAM da introdurre nel 2013.

TABELLA 2-4: SPESE SANITARIE A CARICO DEL CANTONE TICINO IN FRANCHI, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
RIPAM ordinaria	132'601'286	129'296'430	146'004'748	155'714'257	154'157'988
RIPAM PC AVS/AI	102'320'798	103'213'039	110'486'572	117'369'157	111'013'091
Ospedalizzazioni nel Cantone	164'286'500	165'840'600	169'806'400	172'740'800	293'842'373
Contributo cantonale per degenze camere private EOC	26'113'332	27'252'238	27'007'090	26'348'707	--
Ospedalizzazioni fuori Cantone	13'011'579	12'756'824	11'853'108	13'227'608	19'296'692
Totale	438'333'496	438'359'130	465'157'918	485'400'529	578'310'144

Fonte: Consuntivo dello Stato, varie annate

## 2.5. Dal 2013

Il Messaggio 6851 del 24 settembre 2013, Dipartimento sanità e socialità ("Modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal)"), costituisce la proposta di **4<sup>a</sup> modifica al modello RIPAM 2012**. Tale proposta è stata respinta in votazione popolare il 18 maggio 2014.

L'analisi che precede ha permesso di ripercorrere gli sviluppi normativi della RIPAM e le principali difficoltà della loro applicazione alla luce dell'evoluzione della spesa complessiva. La Confederazione definisce il budget globale e lascia ai Cantoni il finanziamento e la traduzione operativa del sistema di riduzione dei premi. I Cantoni si trovano così a dover perseguire un obiettivo sociale, rispondendo ad un bisogno crescente della popolazione, in un contesto di crescenti vincoli finanziari.

### **3. IL MODELLO RIPAM 2012**

#### **3.1. Obiettivi**

Dopo aver discusso il contesto di riferimento (capitolo 1) e l'evoluzione del sistema RIPAM in Cantone Ticino (capitolo 2), è giunto il momento di analizzare da vicino il testo di legge (con le progressive modifiche intervenute fino ad oggi) che disciplina il modello di riduzione dei premi attualmente in vigore.

A partire dal 1° gennaio dell'anno 2012, il Titolo IV ("Riduzione dei premi") della legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal del 26 giugno 1997) è stato completamente riformato a seguito di un lavoro di quasi tre anni. I documenti che pongono le basi del modello sono il Rapporto DSS del novembre 2008, il Messaggio 6264 del 15 settembre 2009, il Rapporto 6264 della Commissione della gestione e delle finanze. Il, allora nuovo, sistema di riduzione dei premi dell'assicurazione malattia (quello che nel paragrafo 2.4 abbiamo chiamato "Modello RIPAM 2012"), nonostante alcuni correttivi, è tutt'ora in vigore e in questo capitolo esamineremo in dettaglio il suo funzionamento, con lo scopo di evidenziarne le peculiarità, soprattutto da un punto di vista teorico (i processi operativi e amministrativi saranno invece approfonditi nel rapporto finale la cui consegna è prevista per la fine del 2014).

La documentazione prodotta per l'elaborazione del testo di legge (e relative modifiche) contiene molte informazioni sia sulla genesi e sugli obiettivi del nuovo sistema di riduzione dei premi, sia sulle difficoltà di conciliare i molti vincoli presenti. Nel capitolo precedente abbiamo ripercorso l'evoluzione del sistema RIPAM (vecchio e nuovo), richiamando in sintesi anche le motivazioni e le problematiche dei diversi cambiamenti intervenuti. Il dibattito politico sul tema non si è esaurito ed è tutt'ora in corso, ma lo scopo di questo capitolo è principalmente quello di descrivere le caratteristiche e i parametri di funzionamento del sistema, senza esprimere valutazioni di carattere economico né tanto meno proposte di carattere normativo.

La semplicità concettuale di un intervento redistributivo, volto ad abbassare l'onere finanziario dell'assicurazione malattia obbligatoria, non richiede grandi spiegazioni poiché consiste nell'erogare ad una cerchia di beneficiari un sussidio di un certo ammontare. Gli elementi fondamentali da determinare sono quindi due: (1) i beneficiari e (2) l'ammontare del sussidio. Passare dalla teoria alla pratica significa, però, aggiungere una serie di problematiche procedurali e amministrative molto concrete, tutte quelle disciplinate dall'attuale sistema RIPAM. Innanzi tutto deve essere chiarito il criterio oggettivo attraverso il quale un soggetto viene ammesso (o escluso) al beneficio della prestazione. Più nel dettaglio questo significa esplicitare quali variabili e/o parametri sono presi in considerazione e quali sono le soglie di esclusione/inclusione. Stabilita l'esistenza di un diritto al sussidio, occorre definire un algoritmo di calcolo per quantificare l'importo erogato. Avvicinandosi dal modello teorico all'applicazione pratica del sistema di riduzione dei premi, le difficoltà vanno moltiplicandosi a causa della necessità di accertamento della veridicità delle informazioni del richiedente il sussidio, della presenza di numerosi vincoli di natura giuridica e finanziaria e della gestione ordinaria di tutti i processi amministrativi necessari all'attuazione del sistema stesso. Fonte di ineludibili complicazioni sono, da una parte, la necessità di integrare e coordinare questo strumento con l'articolata rete di misure di politica sociale, dall'altra il rispetto di alcune prescrizioni federali che impongono limiti molto precisi. Primo fra tutti l'art. 65 (cpv. 3) della LAMal che sancisce un diritto all'accertamento non ordinario (quello previsto dal dispositivo RIPAM) qualora la situazione economica e familiare recente si discosti in modo significativo da quella considerata nella procedura ordinaria di concessione del sussidio. Questo significa che l'accertamento del rispetto delle condizioni di accesso alle prestazioni RIPAM deve seguire due regimi: (1) quello ordinario, basato sui dati fiscali e sostanzialmente automatizzato, (2) quello "manuale" (su richiesta motivata dell'assicurato), che comporta l'istruzione di una pratica di accertamento sul singolo nucleo familiare, di competenza dello IAS. Nonostante esista una profonda differenza nella gestione dei due regimi e nelle conseguenze per i richiedenti, dal punto di vista teorico non cambia molto poiché il richiedente viene comunque valutato (con informazioni più aggiornate rispetto a quelle previste dal regime ordinario) sulla base degli stessi criteri di concessione e calcolo, rendendo superflua la distinzione tra i due regimi. Altri aspetti centrali per tutto il sistema di riduzione dei premi sono la scelta di una variabile di riferimento (reddito imponibile, reddito disponibile, sostanza, ecc.) per poter misurare la condizione economica di un assicurato e la definizione delle soglie che determinano il diritto al sussidio.

Questo capitolo, il cui scopo è fornire una descrizione dei meccanismi di funzionamento dell'attuale sistema RIPAM, analizza in modo schematico tutti gli elementi che lo costituiscono: le variabili di riferimento (e la loro definizione), l'algoritmo di calcolo (e i parametri che lo determinano) e gli aspetti amministrativo/procedurali. La spiegazione di un nuovo sistema crea in qualche modo una legittima

aspettativa di trovare nel testo un parallelo con il sistema precedente (cioè pre-2012). Tuttavia tale confronto appesantirebbe l'esposizione e, considerata l'oggettiva complessità del tema, finirebbe col generare confusione nel lettore. Siamo, infatti, persuasi che dopo aver esposto e compreso il funzionamento del sistema vigente, sarà più semplice metterlo a confronto con il vecchio modello, per capire appieno le differenze. Il paragone tra gli esiti dei due modelli costituisce il punto centrale di tutte le analisi empiriche che saranno svolte nel prosieguo del mandato e presentate nel rapporto finale. Quella sarà la sede per approfondire, anche in chiave comparativa, il modello RIPAM pre-2012 con le sue specifiche modalità di calcolo.

Prima di passare in rassegna tutte le componenti dell'attuale sistema è però utile presentare in estrema sintesi quello che si potrebbe definire un cambio di paradigma nell'impostazione del modello RIPAM, poiché scaturito da tre modifiche di fondo rispetto al passato.

### **3.2. Le scelte di fondo del sistema RIPAM 2012**

Il modello RIPAM attuale si basa su tre scelte di fondo che, rispetto al modello precedente, ne hanno profondamente cambiato l'impostazione teorica. La volontà di integrare e coordinare maggiormente gli strumenti di politica sociale del Cantone, concretizzatasi con l'entrata in vigore della Legge sull'Armonizzazione delle Prestazioni Sociali (LAPS), è chiaramente presente nel sistema RIPAM che ne riprende e assimila alcuni punti fermi<sup>43</sup>. In primo luogo, nel trattare le istanze di soggetti facenti parte di una stessa economia domestica, si è passati dalla logica della somma di sussidi individuali a quella di ripartizione di un sussidio collettivo. In pratica si è introdotto il concetto di "Unità di Riferimento" (UR), che permette di riunire soggetti fiscalmente indipendenti (figli maggiorenni) con il nucleo familiare dal quale dipendono economicamente, al posto delle definizioni di "famiglia", "persona sola" e "figlio" del vecchio sistema. Altro cambiamento concettualmente rilevante è quello di utilizzare una misura di reddito disponibile (ancorché semplificato rispetto alla definizione data dalla LAPS) invece del reddito fiscalmente imponibile. L'ultimo significativo caposaldo dell'attuale modello RIPAM è la scelta di esplicitare il legame tra la riduzione dei premi di cassa malati con le altre misure di politica sociale, ancorando i limiti reddituali che garantiscono il sussidio pieno ai parametri definiti dalla LAPS. In sostanza si passa da un modello che prevedeva la fissazione di limiti ad hoc (discrezionalità) ad un modello con limiti definiti esogenamente (automatismo).

Su queste tre scelte di fondo si articola e si modella tutto il sistema che nei prossimi paragrafi andremo a descrivere più nel dettaglio.

### **3.3. La cerchia dei beneficiari**

L'erogazione di un sussidio presuppone una base certa per l'individuazione del soggetto destinatario della prestazione. Questo significa definire uno o più criteri oggettivi per poter valutare (con lo scopo di accoglierla o respingerla) una richiesta di sussidio. La base legale primaria (articolo 65 LAMal) stabilisce un diritto generico alla riduzione dei premi per le persone in condizioni modeste, lasciando libertà ai Cantoni di determinare gli aspetti operativi del sistema.

Il modello RIPAM contempla tre gruppi di assicurati: coloro che hanno diritto al sussidio massimo, coloro che hanno diritto al sussidio in forma ridotta e coloro che non hanno diritto ad alcun sussidio. La distinzione tra i tre gruppi (e quindi anche la cerchia dei beneficiari rappresentata dalle prime due categorie citate) è determinata dal livello del "Reddito Disponibile" (RD) disponibile di riferimento del nucleo familiare o "Unità di Riferimento" (UR). Fino a che il RD non raggiunge una determinata soglia (esplicitamente dichiarata e legata ai valori di reddito previsti dalla LAPS), si ha diritto al sussidio massimo; a partire da quella soglia; all'aumentare del reddito il sussidio decresce linearmente (ad una velocità fissata dall'art. 36 della LCAMal) fino a scomparire; per RD superiori alla soglia (implicita, ma determinabile) oltre la quale il sussidio scompare, gli assicurati non hanno più diritto ad alcuna prestazione.

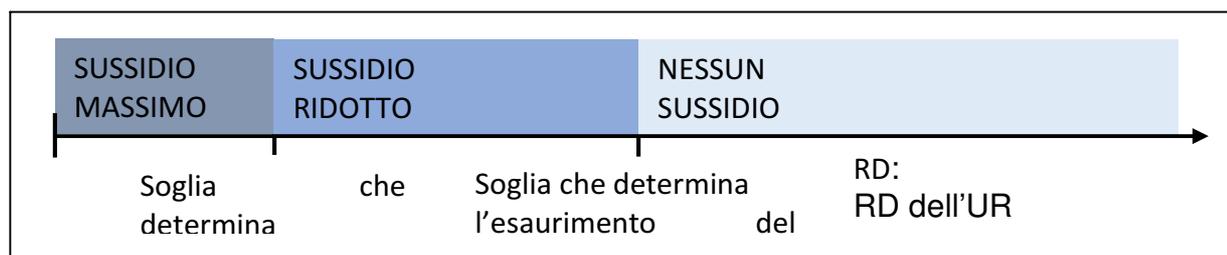
Le tre situazioni sono quindi mutualmente esclusive poiché sono determinate dall'entità del sussidio (massimo, ridotto, assente), che dipende dai valori della stessa variabile, il Reddito Disponibile (RD). Teoricamente, partendo da zero, l'aumento progressivo del RD determina il cambiamento di stato

---

<sup>43</sup> La riduzione dei premi (RIPAM), che è a tutti gli effetti una misura di intervento per far fronte a spese obbligatorie dei soggetti in condizioni economiche modeste, occupa il primo posto nell'elenco delle prestazioni sociali (lettera a dell'articolo 2) previste dalla LAPS.

dell'assicurato, una volta superate le due soglie previste dal sistema. Per rendere meglio l'idea, utilizzando una metafora suggestiva, il passaggio da una categoria di prestazione all'altra è simile a ciò che capita allo stato fisico della materia quando la temperatura sale. Potremmo infatti paragonare il reddito disponibile alla temperatura e immaginare che il sussidio sia un cubetto di ghiaccio: a temperature molto basse, e comunque sotto lo "zero", il ghiaccio si mantiene solido e inalterato (beneficiari del sussidio massimo), mentre superata la prima soglia si scioglie diminuendo progressivamente il proprio volume (beneficiari di sussidio ridotto) fino a scomparire completamente (assicurati senza sussidio) con l'aumento della temperatura. Graficamente (figura 3-1) possiamo rappresentare in modo molto semplice le tre categorie di assicurati rispetto al modello RIPAM, individuando così i potenziali beneficiari di prestazioni.

FIGURA 3-1: DIRITTO AL SUSSIDIO A DIPENDENZA DEL REDDITO DISPONIBILE DELL'UNITÀ DI RIFERIMENTO



Come detto, quindi, l'elemento che permette di stabilire i possibili esiti di un'istanza di riduzione dei premi (sussidio massimo, sussidio ridotto o nessun sussidio) è il RD, che viene definito all'art. 31.

Art. 31 <sup>1</sup>Il reddito disponibile di riferimento (RD) è costituito dai seguenti parametri:

- a) RL Reddito lordo (somma di tutti i redditi dell'unità di riferimento secondo la legge tributaria del 21 giugno 1994 [di seguito: LT]);
- b) qSOST Quota parte sostanza (= 1/15 sostanza netta secondo LT);
- c) PMR Premio medio di riferimento dell'anno di competenza, con franchigia ordinaria e rischio di infortunio incluso;
- d) CS Contributi sociali obbligatori (AVS, AI, IPG, AD; AINP, LPP, secondo LT);
- e) ALIM Pensioni alimentari pagate (per figli ed ex-coniuge, secondo LT);
- f) SPPROF Spese professionali per salariati (secondo LT) [massimo 4'000 CHF/anno per UR];
- g) SPINT Spese per interessi passivi privati e aziendali (secondo LT) [massimo 3'000 CHF/anno per UR].

<sup>2</sup>Esso è stabilito come segue:

$$RD = [RL + qSOST] - [PMR + CS + ALIM + SPPROF + SPINT]$$

<sup>3</sup>Il reddito disponibile di riferimento è determinate dalla somma dei parametri accertati per l'unità di riferimento considerata.

Come si evince scorrendo le voci che lo compongono, il RD è costituito da una frazione della sostanza netta (nello specifico 1/15) e dal reddito lordo al netto di tre importanti oneri obbligatori (contributi sociali, premio dell'assicurazione malattia e contributi di mantenimento) e di due voci di spesa diffuse e rilevanti (spese professionali e spese per interessi passivi, limitate rispettivamente a 4'000 franchi e 3'000 franchi all'anno). Si tiene quindi conto sia della solidità patrimoniale, poiché la sostanza può essere trasformata in reddito, sia delle risorse finanziarie generate nell'anno di riferimento (somma dei redditi, indipendentemente dalla loro provenienza). Per contro, viene riconosciuto il fatto che una parte del reddito non è disponibile, poiché assorbita da tutta una serie di spese inevitabili (obbligatorie per legge o per necessità).

La nozione di reddito disponibile non è universalmente condivisa, proprio in virtù della discrezionalità nella scelta delle spese da utilizzare in deduzione del reddito lordo. È però doveroso ricordare che negli scopi e nelle motivazioni del modello RIPAM (messaggio 6264, 2009) la misura di reddito disponibile proposta è stata definita in modo esplicito come "semplificato", ad indicare l'utilizzo di forfait nell'imputazione di alcune voci di spesa e l'omissione dal calcolo di altre voci, in modo particolare le pigioni. Le ragioni di non

avvalersi della definizione prevista dalla LAPS sono legate alla necessità di utilizzare le informazioni provenienti dalle banche dati della Divisione delle Contribuzioni (che non contengono il dato in formato elettronico sulle pigioni pagate dai contribuenti) e da alcune esigenze di semplicità amministrativa (introduzione di forfait massimi per le spese per interessi passivi e per quelle professionali).

Chiarito il concetto di reddito di riferimento utilizzato dal modello RIPAM, occorre ricordare che tale misura non è attribuita ai singoli assicurati, ma al nucleo familiare, chiamato Unità di Riferimento (UR).

La scelta di definire un sussidio globale per l'intero nucleo familiare, al posto di una somma di sussidi individuali ai suoi componenti, richiede la definizione legale dell'Unità di Riferimento (UR) alla quale l'istanza di sussidio deve essere riferita. Di regola, l'art. 26 della LCAMal identifica l'UR con l'unità riconosciuta ai sensi del diritto fiscale (persona sola, coniugi con o senza figli), precisando tuttavia alcune fattispecie particolari:

- i coniugi separati senza figli minorenni conviventi sono considerati persone sole;
- i partner conviventi sono considerati componenti della medesima unità di riferimento.

Gli artt. 27 LCAMal e 11 del Regolamento definiscono le condizioni per le quali le persone sole maggiorenni, senza figli, di età non superiore ai 30 anni, sono considerate appartenenti all'unità di riferimento dalla quale dipendono economicamente, anche se ai fini della Legge Tributaria sono dei soggetti fiscali autonomi<sup>44</sup>. La scelta di consolidare tutto sotto la medesima unità di riferimento, se da un punto di vista operativo può essere laboriosa, semplifica la comprensione della logica di calcolo dei sussidi, anche se la determinazione dell'importo resta relativamente complessa, motivo per il quale il prossimo paragrafo si dedicherà alle spiegazioni di dettaglio di tutti i parametri del sistema.

### **3.4. Descrizione dettagliata dei parametri di calcolo del modello RIPAM**

Dopo aver introdotto le nozioni di Reddito Disponibile di riferimento (RD) e di Unità di Riferimento (UR), definite nella LCAMal, occorre descrivere i meccanismi di calcolo del sussidio e i relativi parametri in grado di influenzarne gli esiti. Parametri sono tutti quegli elementi utilizzati dall' algoritmo di calcolo che devono essere numericamente fissati a un certo livello (deciso dall'autorità politica e comunque modificabile agevolmente). Evidentemente, dietro alla scelta del livello più o meno elevato di ogni singolo parametro ci sono delle logiche e delle interpretazioni abbastanza facili da seguire. Molto più complessa è invece la comprensione degli effetti complessivi del modello, generati dalle interazioni sistematiche di tutti i parametri. Tuttavia, il primo passo indispensabile è quello di descrivere in modo semplice e completo il meccanismo di funzionamento dell'algoritmo di calcolo, discutendo separatamente i parametri che lo caratterizzano.

#### **3.4.1 Il Premio Medio di Riferimento**

Quello che viene comunemente chiamato "sussidio per la cassa malati" è definito in realtà come "Riduzione del Premio dell'Assicurazione Malattia" (RIPAM) ossia un contributo al pagamento dell'assicurazione sanitaria obbligatoria. In un contesto di mercato, con una pluralità di casse malati (oltre 40 assicuratori attivi in Ticino sull'assicurazione malattia di base) in concorrenza tra loro, che propongono premi diversi (a seconda della regione di premio e della copertura dell'infortunio), sconti per l'assunzione individuale del rischio (franchigie differenziate) e una pluralità di schemi assicurativi (medico di famiglia, tele-medicina, ecc.), è necessario individuare un riferimento di calcolo comune a tutti i potenziali beneficiari, che sia però rappresentativo della situazione reale. Il modello RIPAM ha scelto di utilizzare il "Premio Medio di Riferimento" (PMR) che, come previsto dall'art. 40 della LCAMal, viene definito annualmente dal Consiglio di Stato (CdS) attraverso il calcolo della media, ponderata per il numero di assicurati, di tutti i premi (approvati dall'Ufficio Federale della Sanità Pubblica) che le casse malati propongono in Ticino per il modello tradizionale con franchigia ordinaria e copertura dell'infortunio. Considerato il fatto che i premi per legge sono differenziati in tre categorie basate sull'età dell'assicurato (minorenni, giovani adulti con meno di 25 anni e adulti), verranno calcolati e stabiliti tre distinti premi medi di riferimento, uno per ogni fascia d'età.

---

<sup>44</sup> Il soggetto fiscalmente autonomo può essere integrato nell'UR dalla quale dipende solo se è in prima formazione e il suo reddito complessivo è inferiore al limite di fabbisogno esistenziale definito ai sensi della LAPS.

Nella tabella 3-1 sono riportati i PMR decisi negli anni 2012-2014. Per il 2014 la modalità di calcolo del PMR è cambiata e il valore corretto è riportato tra parentesi per consentire un confronto tra PMR definiti con le stesse modalità. Il PMR 2014 è diminuito a seguito della decisione di utilizzare la media ponderata tra i premi del modello assicurativo tradizionale e quelli di modelli alternativi (premi minori). Per le motivazioni si vedano i rapporti di maggioranza e minoranza 6851 R1 e R2 della Commissione della Gestione e delle Finanze del novembre 2013.

TABELLA 3-1: PREMIO MEDIO DI RIFERIMENTO PER FASCIA DI ETÀ, 2012-2014

Anno	Premio Medio di Riferimento (PMR)		
	Adulti (> 25 anni)	Giovani (18-25 anni)	Minorenni
2012	4'850	4'421	1'146
2013	4'908	4'526	1'141
2014	4'965	4'604	1'157

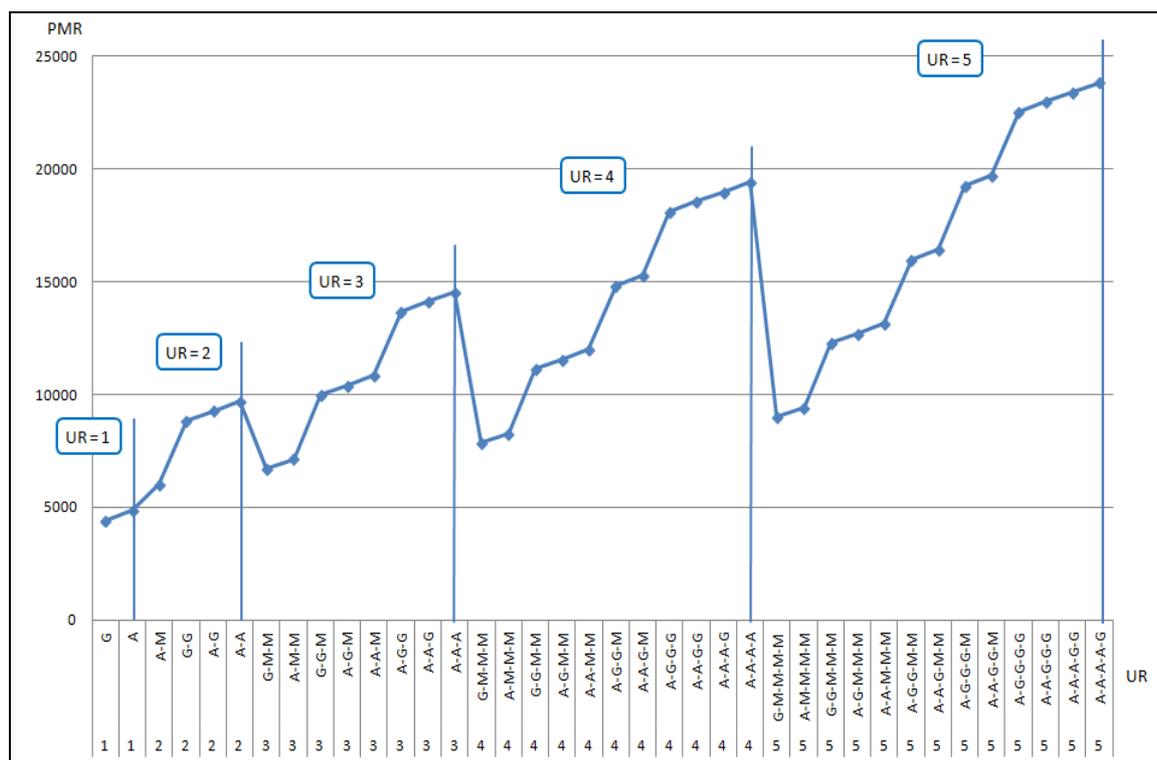
La differenziazione dei PMR è importante per determinare l'importo complessivo che viene attribuito ad ogni singola unità di riferimento nel calcolo del reddito disponibile (art. 31, cpv 3) e dell'importo normativo massimo di riduzione dei premi (art. 34)<sup>45</sup>. Poiché la base di calcolo è sempre l'unità di riferimento e non le sue componenti, nonostante il PMR sia identico per tutti i soggetti appartenenti alla stessa fascia di età, il valore da utilizzare (somma di tutti i PMR individuali) sarà diverso a seconda della numerosità e composizione per età dell'UR. Questo significa anche che l'importo normativo del sussidio massimo (determinato dalla somma dei PMR dell'UR) varia a seconda della tipologia di UR considerata. Benché non vi sia alcun problema da un punto di vista teorico, occorre ricordare che lo spazio delle possibili composizioni diverse di unità di riferimento è molto vasto, anche solo limitandosi a nuclei con al massimo 5 persone.<sup>46</sup> Da un punto di vista amministrativo e procedurale, grazie al supporto dei calcolatori che effettuano in modo automatico le elaborazioni, l'eterogeneità delle UR non rappresenta un ostacolo, ma è interessante chiarire la problematica, soprattutto in ragione dell'intelligibilità complessiva del sistema e degli effetti che ciò può avere per i beneficiari di sussidi ridotti.

Nella figura 3-2, presentiamo l'andamento del PMR complessivo (sussidio massimo di riferimento per ciascuna UR) in funzione della numerosità (criterio principale) e della composizione dei membri rispetto alle tre fasce di età.

<sup>45</sup> Si parla di *importo normativo* per evitare confusione con l'*importo effettivo* che dipende da altri due parametri: il coefficiente cantonale di finanziamento e l'importo sotto il quale il sussidio non viene erogato (limite "bagatella").

<sup>46</sup> Con riferimento al 2012 le UR con al massimo 5 componenti rappresentano oltre il 95% dei casi. Il numero di UR con 6 o più componenti non si conosce con precisione (è accorpato nella categoria di UR con 5 o più membri) ma è sicuramente una piccola componente dell'esigua percentuale (4.4%) che rappresenta le UR con almeno 5 componenti. Escludendo le combinazioni legalmente o biologicamente impossibili (es. coniugi entrambi minorenni, giovani adulti con figli giovani adulti (che significherebbe diventare genitore a 7 anni), e quelli possibili ma estremamente rari (ragazza madre minorenni con 3 o più figli, casi possibili solo in seguito a successive ricomposizioni familiari unite a stati di vedovanza, ecc.), restano comunque quasi 40 tipologie di UR plausibili!

FIGURA 3-2: IMPORTO DEL SUSSIDIO MASSIMO IN FUNZIONE DELLA NUMEROSITÀ E COMPOSIZIONE DELL'UR



Unità di riferimento che hanno la stessa numerosità possono essere infatti composte in modo molto diverso (soprattutto quando il totale dei membri di una stessa UR è elevato), dando luogo a combinazioni di PMR la cui somma dipende dal numero di persone Adulte (A), Giovani (G) e Minorenni (M). Ordinando le UR con la stessa numerosità per PMR complessivo crescente, si notano differenze importanti di premio per nuclei familiari della stessa grandezza. Poiché il sussidio massimo riconosciuto è differenziato in base all'ammontare dei premi riconosciuti complessivi, il sistema non introduce alcuna discriminazione rispetto alla composizione effettiva dell'UR beneficiaria.

Abbiamo visto che, partendo da un criterio generale (la definizione di UR) e un parametro differenziato per fasce d'età (il livello del PMR di: adulti, giovani e minorenni), il sistema è in grado di definire un valore specifico per ciascuna tipologia di UR che rappresenta l'importo del sussidio massimo per quei beneficiari che ne hanno diritto. Occorre quindi spiegare ora il meccanismo previsto dalla RIPAM per determinare la soglia di reddito entro la quale tale diritto è garantito.

### 3.4.2 Soglia di reddito per determinare il diritto al sussidio normativo massimo<sup>47</sup>

L'articolo 35 della LCAMal stabilisce che il livello di reddito disponibile per ottenere il sussidio normativo massimo deve essere differenziato in base alla dimensione dell'unità di riferimento e ne fissa il limite ancorandolo al valore indicato nella LAPS per il fabbisogno minimo riferito all'anno precedente a quello di riferimento per i calcoli RIPAM (art. 18 reg. LCAMal). Tale limite, che in origine era fissato al 50% del fabbisogno minimo LAPS senza computo della pigione<sup>48</sup>, corrisponde ora al valore definito dalla LAPS, sempre senza computo della pigione<sup>49</sup>. La soglia non viene quindi esplicitata in termini monetari, anche se il suo valore è ancorato al limite previsto dalla LAPS ed è quindi conosciuto. In considerazione dei cambiamenti intervenuti e per avere il quadro della situazione è quindi opportuno presentare una panoramica delle soglie di reddito monetarie, esplicitate in base alla numerosità dell'UR considerata e all'attuale valore

<sup>47</sup> Il sussidio effettivo (erogato) è una percentuale del sussidio normativo (teorico). La questione verrà comunque trattata, in seguito, all'interno di questo capitolo.

<sup>48</sup> L'esclusione dal calcolo delle spese per l'abitazione è giustificata dal fatto di non poter includere questa informazione (poiché assente nella base dati fiscale) nella costruzione del reddito disponibile.

<sup>49</sup> La modifica regolamento della LCAMal (art. 48) è stata introdotta nel corso del 2012 per estendere la soglia di reddito disponibile che attribuisce il sussidio massimo (casi di rigore).

di riferimento secondo la LAPS. Per comodità denominiamo il reddito disponibile oltre il quale il sussidio normativo massimo inizia a diminuire con l'acronimo RD\* e ne presentiamo i valori relativi agli anni 2012 (50% del limite LAPS) e 2013 nella tabella 3-2.

TABELLA 3-2: VALORI DELLA SOGLIA DI REDDITO DISPONIBILE CHE GARANTISCE IL SUSSIDIO NORMATIVO MASSIMO

Limite RD LAPS (comprensivo di pigione)	UR: 1 membro	UR: 2 membri	UR: 3 membri	UR: 4 membri	UR: 5 membri
RD* 2012	8'684	13'026	17'582	22'138	25'175
RD* 2013 e seguenti	17'368	26'052	35'164	44'276	50'350

La scelta di non utilizzare un valore numerico determinato internamente al modello non pone particolari problemi, visto che il parametro è comunque chiaramente noto per ciascuna dimensione di UR. Inoltre RIPAM e LAPS sono tra loro collegate, facilitando così il coordinamento tra le due soglie. Per agevolare il processo amministrativo (in particolare la verifica preliminare dei potenziali beneficiari) l'art. 18 del regolamento prevede l'utilizzo dei valori LAPS dell'anno precedente.<sup>50</sup>

Il limite di reddito RD\* è differenziato per la dimensione, ma non per l'appartenenza a diverse fasce d'età dei suoi membri. Abbiamo visto in precedenza che UR della stessa dimensione possono avere PMR estremamente diversi (oltre al triplo se consideriamo i casi estremi). Questo significa che se calcolassimo il reddito disponibile delle due UR senza considerare il totale dei PMR per le rispettive famiglie, arriveremmo a valori differenti. Ovviamente la differenza tra i redditi disponibili delle due UR, calcolati al lordo dei premi di cassa malati, corrisponderebbe alla differenza tra il totale dei PMR di riferimento per le due famiglie. Per questo motivo, la definizione di RD, che include la deduzione dei PMR totali, neutralizza (a parità di altri fattori) le apparenti differenze di reddito tra due UR della stessa numerosità ma con diversa composizione.

### 3.4.3 Il sussidio normativo ridotto - differenti tipologie di UR

L'art. 36 della LCAMal stabilisce che, oltrepassata la soglia di reddito corrispondente alla massima riduzione del premio, l'importo del sussidio normativo si riduce linearmente, con velocità differenziate per tipologia di UR, fino ad esaurirsi. La prima importante decisione è quella di definire quattro diverse possibili situazioni familiari, frutto dell'incrocio tra le due caratteristiche rilevanti: l'unione coniugale e la presenza di figli. Nel dettaglio le quattro tipologie considerate sono: (1) persone sole con figli, (2) persone coniugate con figli, (3) persone sole senza figli, (4) persone coniugate senza figli. I termini "sole" e "coniugate" sono da interpretare alla luce di quanto disposto negli articoli già commentati circa la composizione dell'UR. In particolare ricordiamo che i figli maggiorenni e non dipendenti economicamente non sono considerati, mentre due persone che convivono in modo stabile sono equiparate ai coniugi. Analogamente la separazione, anche di fatto, qualifica il genitore che non ha la custodia prevalente dei figli come persona sola.

A prescindere dalle denominazioni, per ogni tipologia è prevista una velocità diversa di riduzione del sussidio (normativo) massimo, volta ad agevolare gerarchicamente le UR "con figli" rispetto a quelle "senza figli" e, in secondo ordine, le UR "sole" rispetto a quelle "coniugate". Le percentuali di riduzione delle tipologie definite dalla legge sono riassunte nella tabella 3-3. Il meccanismo di riduzione è molto semplice poiché prevede una diminuzione costante del sussidio normativo per ogni franco di reddito disponibile che supera la soglia della prestazione massima. Ne consegue che per ogni "i-esima" UR<sub>i</sub>, il valore del sussidio normativo (ridotto) sarà dato dalla differenza tra il proprio PMR<sub>i</sub> (che rappresenta il sussidio normativo massimo) e il contributo richiesto al beneficiario.

<sup>50</sup>Utilizzando i valori LAPS e il Premio Medio di Riferimento ritardati di un anno è possibile stimare (con buona approssimazione) il numero di potenziali beneficiari, senza attendere la fine dell'anno, periodo nel quale viene definito da parte del CdS il PMR.

TABELLA 3-3: VELOCITÀ DI RIDUZIONE DEL SUSSIDIO NORMATIVO PER TIPOLOGIA DI UR

	PERSONE SOLE (41'808)		PERSONE CONIUGATE (25'371)	
	Velocità di riduzione	Numero di casi	Velocità di riduzione	Numero di casi
CON FIGLI (22'470)	8%	6'708	13%	15'762
SENZA FIGLI (44'709)	20%	35'100	21%	9'609

Nota: per ogni tipologia, tra parentesi è espresso il numero di casi registrati nel 2012 sul totale di 67'179 istanze evase. I dati sono stati forniti dallo IAS e non distinguono tra regime RIPAM ordinario, casi LAPS e casi PC-AVS

Occorre precisare che il calcolo del sussidio ridotto è rilevante solamente per i casi RIPAM ordinari (le altre due istanze percepiscono il sussidio massimo) e quindi la ripartizione indistinta del numero dei casi appartenenti a ciascuna tipologia è fortemente distorta dalla presenza dei casi PC-AVS.<sup>51</sup>

La legge introduce quindi il concetto di *reddito supplementare*, ossia la parte di reddito disponibile ( $RD_i$ ) che eccede la soglia ( $RD^*$ ) sotto la quale viene riconosciuto il sussidio massimo. In pratica la riduzione altro non è che uno "sconto" sul sussidio, ottenuto moltiplicando il reddito supplementare per la percentuale ( $\sigma_i$ ) di riduzione prevista per la tipologia di appartenenza ( $\sigma_i = 8\%, 13\%, 20\%, 21\%$  rispettivamente, per le quattro tipologie considerate). L'espressione formale, che descrive il calcolo del sussidio normativo ridotto (SusNR), per l'*i*-esima UR, in relazione alle quattro tipologie di UR, è quindi:

$$\text{SusNR}_i = \text{PMR}_i - \sigma_i \times (RD_i - RD^*)$$

Per stabilire l'importo del sussidio normativo ridotto è necessario conoscere le caratteristiche dell'UR considerata. La dimensione, la composizione e la tipologia della stessa, determinano i parametri necessari per il calcolo, che sono, rispettivamente: il Reddito Disponibile ( $RD^*$ ) che garantisce il sussidio normativo massimo, il Premio Medio di Riferimento (PMR) specifico per l'UR considerata, la velocità di riduzione ( $\sigma$ ) appropriata.

Un semplice esempio numerico ci aiuterà a comprendere quanto esposto. Consideriamo la richiesta RIPAM 2012 di una famiglia monoparentale con un genitore adulto e tre figli di cui due minorenni e uno maggiorenne ma di età inferiore a 25 anni. Si tratta di una UR di quattro persone, che implica un limite  $RD^*$  (massimo sussidio) pari 22'138 franchi/anno, e il cui PMR è 11'563 franchi/anno (pari alla somma dei PMR individuali: 4'850 + 4'421 + 1'146 + 1'146). L'istanza è riferita a una famiglia monoparentale (persona sola con figli), tipologia di UR che fissa la velocità di riduzione (parametro  $\sigma$ ) all'8%. Immaginando che il reddito disponibile di riferimento accertato (in caso di RIPAM ordinaria si userebbero i dati del 2009) per la famiglia considerata sia 92'138 franchi, ben oltre il limite  $RD^*$  di 22'138, il sussidio normativo ridotto sarebbe:

$$\text{SusNR} = 11'563 - 0.08 \times (92'138 - 22'138) = 11'563 - 5'600 = 5'963$$

Partendo dal limite di reddito ( $RD^*$ ) che garantisce il sussidio normativo massimo, per ogni franco di reddito disponibile aggiuntivo, il sussidio normativo diminuisce di un ammontare di centesimi pari alla percentuale prevista per la tipologia di UR considerata. Progredendo lungo la scala del reddito disponibile, il sussidio normativo ridotto si assottiglia costantemente fino ad esaurirsi. Per ogni tipologia di UR il sussidio si azzerà in corrispondenza di un preciso valore di reddito disponibile (indicato di seguito con  $RD^F$ ), che indica la soglia di esclusione dal sussidio normativo. Il valore monetario della soglia di esclusione non si può generalizzare, poiché dipende dalle quattro percentuali di riduzione ( $\sigma_i$ ), dalla numerosità della UR e dal livello del PMR totale considerato.

Per riassumere l'intervallo di variazione del reddito ( $RD^F$ ) oltre il quale il sussidio normativo ridotto si azzerà, abbiamo elaborato la tabella 3-4, riferita ai dati dell'anno 2012, che riporta per dimensione e tipologia di UR le soglie di inizio e fine del sussidio parziale nelle due situazioni estreme.

<sup>51</sup> I beneficiari delle prestazioni complementari sono quasi sempre persone anziane (sole o coniugate) che non hanno più figli nella propria UR. Per questo motivo i casi PC-AVS si concentrano quasi esclusivamente in due sole tipologie, alterando così la rappresentatività dei pesi delle 4 tipologie per i casi RIPAM ordinari.

TABELLA 3-4: VARIAZIONE DEI LIMITI DI RD PER L'ESCLUSIONE DAL SUSSIDIO NORMATIVO RIDOTTO, 2012

Componenti UR	Limite RD*	Tipologia (% riduzione)	PMR e composizione		Limite RD per fine sussidio normativo	
			Min. (genit.   figlio)	Max (genit.   figlio)	RD <sup>F</sup> minimo	RD <sup>F</sup> Massimo
1	8'684	Persone sole (20%)	4'421 (G)	4'850 (A)	30'789	32'934
2	13'026	Coppie (21%)	8'842 (G G)	9'700 (A A)	55'131	59'216
		Monoparentale (8%)	5'567 (G M)	9'700 (A A)	82'613	134'276
3	17'582	Biparentale (13%)	9'988 (GG M)	14'550 (AA A)	94'413	129'505
		Monoparentale (8%)	6'713 (G MM)	14'550 (A AA)	101'495	199'457
4	22'138	Biparentale (13%)	11'134 (GG MM)	19'400 (AA AA)	107'784	171'369
		Monoparentale (8%)	7'859 (G MMM)	19'400 (A AAA)	120'376	264'638
5	25'175	Biparentale (13%)	12'280 (GG MMM)	24'250 (AA AAA)	119'637	211'713
		Monoparentale (8%)	9'005 (G MMMM)	23'821 (A AAAG) <sup>#</sup>	137'737	322'938

# In teoria si potrebbe avere una famiglia monoparentale di 5 adulti (4 figli con più di 25 anni) ma è un caso molto raro dal momento che significherebbe avere avuto tutti i 4 figli in meno di 5 anni. Nel 2012 nessuna UR monoparentale con 5 membri adulti era presente nella banca dati dello IAS. Per questa ragione un figlio adulto è stato sostituito con un giovane.

Come si può facilmente notare, la soglia RD\* oltre la quale il sussidio normativo inizia a ridursi è comune a tutte le UR con la stessa dimensione, e aumenta a “salti” per ogni componente aggiuntivo del nucleo familiare considerato. Il livello di RD<sup>F</sup> che determina l'esaurimento della prestazione è invece soggetto a variazioni che sono tanto più ampie, quanto più è grande l'UR considerata. Mentre per le persone sole la differenza è di circa 2'200 franchi (RD<sup>F</sup> minimo 30'789 franchi; RD<sup>F</sup> massimo 32'852 franchi), per le famiglie monoparentali di 5 membri la forchetta si amplia a dismisura, oltrepassando i 180'000 franchi. Il fatto che il sistema preveda teoricamente il diritto a sussidi normativi ridotti per UR che superano i 320'000 franchi di reddito disponibile merita due considerazioni che possono aiutare a comprendere meglio la portata e le conseguenze pratiche di questa soglia. In primo luogo si tratta di casi molto rari (nel 2012 nessuna istanza) che percepirebbero importi annui complessivi molto ridotti (meno di 200 franchi ad UR, ossia una media inferiore ai 40 franchi a membro). Secondariamente, ma non meno rilevante, l'aggregazione sotto la medesima UR di membri adulti e dipendenti economicamente, pur contemplando un sussidio con redditi molto elevati, previene l'erogazione di sussidi (verosimilmente massimi) ai 4 figli adulti. Nel modello attuale, infatti, il sussidio è previsto per tutta l'UR ed ha un importo molto basso. In caso di conteggio individuale dei sussidi, cioè se i figli fossero separati dal reddito di riferimento, il genitore non avrebbe alcun sussidio (persona sola con reddito elevato), mentre i figli, nell'ipotesi che siano privi di redditi tali da renderli indipendenti economicamente, beneficerebbero di 4 sussidi massimi.

#### 3.4.4 Sussidio normativo e sussidio effettivo (erogato)

Il sussidio normativo (massimo o ridotto) non corrisponde all'importo che il Cantone deve versare alle casse malati dei beneficiari. Vi sono infatti tre regole (sancite dagli artt. 37, 38 e 39 della LCAMal) che ne limitano l'importo e che esaminiamo in questo paragrafo.

In primo luogo, l'importo normativo previsto viene ridotto linearmente di una percentuale, denominata *coefficiente cantonale di finanziamento*, parametro che denoteremo con la lettera greca “phi”  $\phi$ . L'art. 40 stabilisce che la percentuale venga fissata ogni anno dal CdS, ritenuto il parametro stabilito dall'art. 37 della legge. In altri termini il Governo, nel fissare il coefficiente cantonale di finanziamento, può aumentare ma

non può ridurre il valore fissato dalla legge. A titolo esemplificativo il testo di legge originale prevedeva per il 2012 un coefficiente cantonale del 78.5% (mai entrato in vigore) abbassato a 73.5% e poi ridotto nel 2013 al 70% (ma per i redditi bassi è rimasto il limite del 73.5%). Questa decurtazione proporzionale di tutti i sussidi teoricamente previsti dalle regole di calcolo è motivata da due ragioni: una economica, l'altra finanziaria. Chiedere una partecipazione finanziaria ai beneficiari di un sussidio è un principio largamente utilizzato per mantenere viva negli assicurati la percezione della scarsità delle risorse pubbliche e dello sforzo redistributivo fatto in loro favore. Le ragioni di carattere finanziario impongono di poter calibrare la spesa complessiva del sistema RIPAM alle possibilità del cantone, estendendo o restringendo le risorse da destinare ai sussidi tramite un'opportuna modifica di questo parametro. Questi due principi erano presenti nel modello precedente, anche se tradotti operativamente in modo diverso utilizzando come parametro di controllo la "quota minima a carico dei beneficiari".

La seconda regola (art. 39) riguarda i cosiddetti "importi bagatella". Oltre la soglia di reddito corrispondente al sussidio massimo, all'aumentare del RD, l'importo da erogare si assottiglia progressivamente fino ad esaurirsi. La legge ha quindi stabilito che il diritto alla prestazione decade quando l'importo teoricamente dovuto diventa troppo piccolo (denoteremo questo valore con il parametro " $Sus_{min}$ "). L'intento della norma è ovviamente quello di non sostenere dei costi (comunque significativi in termini di risorse amministrative e finanziarie) quando i benefici sono ritenuti molto esigui. La scelta di tale soglia spetta al CdS che nel 2013 ha elevato il valore annuale degli importi "bagatella" portandolo dai 12 franchi annui per assicurato (applicati nel 2012) ai limiti attuali: 300 franchi per gli adulti, 240 franchi per i giovani e 120 franchi per i minorenni.

La terza regola, di carattere prevalentemente amministrativo, impedisce di riconoscere al beneficiario sussidi superiori ai premi effettivi. L'articolo 38 LCAMal stabilisce infatti che l'importo del sussidio calcolato applicando il coefficiente cantonale di finanziamento non può superare la somma dei premi effettivamente dovuti alla/e cassa/e malati. Se l'UR ha sottoscritto per i suoi membri una o più forme particolari di assicurazione, e queste prevedono sconti sostanziosi (in particolare l'assunzione di rischio legata a franchigie elevate) oppure se ha scelto la cassa malati più a buon mercato, la somma dei premi dovuti dall'UR potrebbe essere inferiore all'importo calcolato dal modello RIPAM comprensivo di coefficiente cantonale. In sostanza se quanto calcolato dal sistema di riduzione dei premi è inferiore o uguale alla somma dei premi effettivamente dovuti dall'UR, il sussidio normativo decurtato dal coefficiente cantonale diventa anche il sussidio erogato, altrimenti il cantone finanzia esclusivamente il premio effettivo totale dell'UR beneficiaria. Il modello RIPAM esclude quindi di diritto la possibilità che un beneficiario riceva (indirettamente tramite le casse malati) più di quanto dovrebbe pagare.

In ragione delle misure di risparmio descritte, gli importi previsti per il sussidio massimo effettivo (fino a  $RD^*$ ) e anche il limite di reddito oltre il quale il diritto al sussidio cessa ( $RD^F$ ) sono più contenuti rispetto a quanto calcolato dal sussidio normativo. Nel 2013 vi sono state alcune modifiche della legge, motivate dall'obiettivo di riconoscere il sussidio massimo alle persone con redditi inferiori alla soglia LAPS (casi di rigore), relative al limite del  $RD^*$  che è stato aumentato (raddoppiato) fino al valore della soglia di esclusione dalla LAPS, senza però estendere la cerchia dei beneficiari.<sup>52</sup>

Per questo motivo, vale la pena presentare la tabella 3-5, che riassume per le UR di dimensione 1-5 componenti, gli importi del sussidio effettivo massimo e un confronto tra le soglie massime  $RD^F$  previste dal sussidio normativo e da quello effettivo, per gli anni 2012 e 2013.

---

<sup>52</sup> Il 17/12/2012 è stato modificato l'art. 35 portando il limite di reddito disponibile che garantisce il sussidio massimo al valore indicato nella LAPS e non alla metà dello stesso. Il 25/11/2013, con effetto retroattivo al 1° gennaio, è stato modificato l'art. 36 che fissa come riferimento per il calcolo del sussidio ridotto (per i redditi disponibili supplementari) la metà della soglia LAPS.

TABELLA 3-5: VARIAZIONE DEI LIMITI DI RD PER L'ESCLUSIONE DAL SUSSIDIO EFFETTIVO RIDOTTO, ANNI 2012 E 2013

UR	Tipologia (% riduzione)	Soglia massima RD <sup>F</sup> sussidio 2012			Soglia massima RD <sup>F</sup> sussidio 2013		
		RD* (½ limite LAPS)	Sussidio Normativo	Sussidio Effettivo	RD* (limite LAPS)	Sussidio Normativo	Sussidio Effettivo
1	Persone sole (20%)	8'684	32'934	32'852	17'638	33'224	31'081
2	Coppie (21%) Monoparentale (8%)	13'026	59'216	59'061	26'052	59'769	55'687
			134'276	133'868		135'726	125'012
3	Biparentale (13%) Monoparentale (8%)	17'582	129'505	129'128	35'164	130'844	120'953
			199'457	198'845		201'632	185'561
4	Biparentale (13%) Monoparentale (8%)	22'138	171'369	170'866	44'276	173'153	159'967
			264'638	263'822		267'538	246'109
5	Biparentale (13%) Monoparentale (8%)	25'175	211'713	211'086	50'350	213'944	197'461
			322'938 <sup>#</sup>	321'917 <sup>#</sup>		327'150 <sup>#</sup>	301'436 <sup>#</sup>

# IL CALCOLO DEL LIMITE MASSIMO CONSIDERA, COME NELLA TABELLA 3-4, LA SOSTITUZIONE DI UN FIGLIO ADULTO CON UNO GIOVANE

Per la famiglia monoparentale di quattro adulti e un giovane, in virtù del basso importo bagatella (60 franchi per tutta l'UR), nel 2012, la differenza tra il limite RD<sup>F</sup> per il sussidio normativo ed effettivo è molto contenuta e non merita ulteriori commenti rispetto a quelli già proposti a margine della tabella 3-4. Nel 2013, invece, la medesima UR monoparentale, con un reddito disponibile di 301'000 franchi percepirebbe un sussidio di 1'464 franchi all'anno, molto vicino all'importo bagatella di 1'440 franchi sotto il quale il sussidio decade. Si può notare che nel 2013 la differenza tra le soglie RD<sup>F</sup> del sussidio normativo ed effettivo sono marcate (oltre 25'000 franchi). Rispetto al 2012, pur aumentando il limite RD<sup>F</sup> del sussidio normativo (da 322'938 a 327'150), la soglia di esclusione dal sussidio è scesa da 321'917 a 301'436. Per completare la panoramica, abbiamo calcolato che nel 2014 la soglia di esclusione per il sussidio effettivo (limite bagatella invariato rispetto al 2013 e pari a 1'440), che scenderebbe a 292'586 franchi, qualora il referendum annunciato per la primavera 2014 non dovesse passare (in caso di successo del referendum il limite RD<sup>F</sup> salirebbe, rispetto al 2013, a 305'761 franchi).

Le differenze tra i valori di RD generate dalle due definizioni di *sussidio normativo* e *sussidio effettivo* suggeriscono una riflessione sul come le disposizioni di legge si traducano nella pratica. Ci riferiamo al fatto che il coefficiente di finanziamento cantonale si applica solo dopo aver definito il sussidio normativo.. Questo significa che anche le velocità di riduzione del sussidio normativo ridotto (le percentuali  $\sigma_i$  stabilite all'art. 36) saranno proporzionalmente ridotte. Di fatto questo significa che la velocità di riduzione del sussidio effettivo ridotto è minore (poiché percentualmente ridotta dal coefficiente cantonale di finanziamento) rispetto alla velocità di riduzione del sussidio normativo ridotto. Se, ma entriamo nel campo delle ipotesi dal momento che la legge è inequivocabile, nel calcolo del sussidio effettivo il coefficiente di finanziamento si applicasse solamente al sussidio normativo massimo (cioè fino al raggiungimento della soglia RD\*), applicando da quel punto in avanti le regole per il sussidio ridotto, non ci sarebbero differenze di velocità tra il sussidio ridotto normativo ed effettivo. Quest'ultimo declinerebbe alla velocità stabilita dalla legge per il sussidio normativo, raggiungendo l'importo "bagatella" per redditi disponibili inferiori.

La legge stabilisce due principi perentori (la degressione dei sussidi e il finanziamento non integrale degli stessi) e ne fissa i parametri. Tuttavia i due criteri, nella formulazione scelta per normare il calcolo del sussidio effettivo, non sono indipendenti e di fatto la velocità di riduzione del sussidio effettivo è inferiore (esattamente della percentuale del coefficiente cantonale di finanziamento) a quella fissata dalla legge per il

sussidio normativo. Invertendo semplicemente la gerarchia di applicazione (prima si riduce percentualmente il sussidio massimo e dopo si applicano i tassi di riduzione) senza modificarne il livello, si avrebbero dei risultati notevolmente diversi per quanto riguarda la fine del diritto al sussidio. Nel 2013, la famiglia monoparentale di 4 adulti e un giovane, superati i 243'733 (contro i 326'611) franchi annui, non avrebbe più accesso alle riduzioni di premio previste dalla "variante" RIPAM appena descritta. Come si può comprendere dai messaggi di preparazione alla legge, la scelta di applicare il coefficiente di finanziamento solamente dopo aver definito il sussidio normativo (massimo e ridotto) è stata fatta proprio per evitare che le modifiche della percentuale del coefficiente cantonale di finanziamento influenzassero la cerchia dei beneficiari. Tuttavia, questa scelta ha creato un'interdipendenza tra due parametri ( $\phi$  e  $\sigma_i$ ) fissati dalla legge congiuntamente sulla base delle esigenze di parametrizzazione iniziale del sistema RIPAM 2012. L'evoluzione degli anni successivi ha portato a modifiche esplicite del coefficiente cantonale di finanziamento, modificando però implicitamente anche la velocità di riduzione del sussidio effettivo ridotto.

Le speculazioni teoriche, qui soltanto accennate, non sono oggetto di questo paragrafo, nel quale abbiamo chiarito le misure correttive che consentono: (1) di ridurre l'onere statale generato dai sussidi per rispettare i limiti imposti dalle finanze cantonali, responsabilizzando al tempo stesso i beneficiari; (2) di erogare sussidi di importi (relativamente) trascurabili; (3) di evitare che i beneficiari ottengano sussidi superiori ai premi. A questo punto, è giunto il momento di mettere insieme tutti i parametri del modello RIPAM e riepilgarne le caratteristiche di funzionamento e di calcolo.

### **3.4.5 Riepilogo del sistema RIPAM e dell'algoritmo di calcolo**

Le disposizioni della legge federale obbligano i Cantoni a dotarsi di un sistema per la riduzione dei premi dell'assicurazione malattia, lasciando però libertà nella scelta del modello teorico di riferimento, nella progettazione degli algoritmi di calcolo e delle procedure amministrative di attuazione. Il Cantone Ticino, come tutti gli altri del resto, si è dotato del proprio sistema di riduzione dei premi (RIPAM), adattando di anno in anno alcuni parametri e riformandolo nel 2012. Le ragioni di un aggiustamento continuo possono essere molte e certamente tra queste possiamo annoverare il vincolo finanziario che contrappone le risorse a disposizione (comprese dalla necessità di contenere la spesa pubblica) ai bisogni di molte famiglie in difficoltà (in costante crescita) nel far fronte al pagamento dei premi assicurativi. Al vincolo finanziario, che è gerarchicamente prioritario per la semplice ragione che non si possono erogare sussidi per i quali manca la copertura, si affiancano una serie di problematiche legate: alla conformità con il diritto nazionale, all'equità di trattamento, alla considerazione della complessità delle situazioni familiari, alla trasparenza e semplicità del sistema, ecc. Di conseguenza è praticamente impossibile architettare il modello perfetto che possa perseguire in un colpo solo i molti obiettivi (spesso contrastanti) che sono in gioco, ed è proprio per questo che l'ultima parola spetta alla politica, operando delle scelte di ponderazione tra benefici e costi, tra beneficiari ed esclusi.

Il modello RIPAM attuale, descritto nei particolari in precedenza, si può quindi riassumere (tabella 3-6) evidenziando le scelte di fondo che lo generano, i parametri strutturali che lo caratterizzano e le modalità di calcolo che determinano il sussidio erogato.

TABELLA 3-6: QUADRO RIASSUNTIVO DELLE CARATTERISTICHE DEL SISTEMA RIPAM

SCelte DI FONDO	Descrizione	Base legale
Definizione dell'unità di riferimento. UR	Il sussidio viene dapprima calcolato per l'intero nucleo familiare e poi suddiviso. Si considerano quindi la somma dei redditi disponibili e la somma dei premi di tutti i componenti.	Artt. 26, 27 e 33
Utilizzo del reddito disponibile di riferimento. RD	Il reddito disponibile, rispetto a quello imponibile, è ritenuto un indicatore più aderente alla reale situazione economica della famiglia. La modalità di calcolo per il RD è esplicitata e considera solo elementi desumibili a partire dai dati fiscali.	Artt. 30, 31 e 32
Coordinamento LAPS. RD* per sussidio massimo	La soglia di reddito disponibile (RD*) che garantisce il massimo sussidio viene definita indirettamente, ancorandola ai valori stabiliti dalla LAPS.	Art. 34 Art. 48 (reg)
PARAMETRI	Descrizione	Base legale
Premio medio di riferimento: $PMR_i(Ur_i)$	È la somma dei PMR dei singoli membri. Ogni anno vengono stabiliti i valori dei PMR differenziati per età. Il PMR è la media dei premi (franchigia ordinaria e copertura infortunio) proposti da tutte le casse malati, ponderata sia rispetto al numero di assicurati sia rispetto alle due regioni di premio.	Art. 28 e 29
Soglia RD per sussidio massimo: RD*	Reddito disponibile dell'UR fino al quale il sussidio è massimo. L'importo è pari al 50% del fabbisogno minimo indicato dalla LAPS (senza il computo della pigione) per l'UR della medesima dimensione.	Art. 34 e 35
Velocità di riduzione sussidio: $\alpha$ (percentuale)	Percentuale di premio finanziata (sconto dal sussidio) dall'UR per ogni franco di RD oltre la soglia RD* prevista per il sussidio massimo. Sono definite velocità diverse per 4 tipologie di UR: Persona sola, coppia senza figli, famiglia monoparentale, famiglia biparentale.	Art. 36
Coefficiente cantonale di finanziamento: $\beta$ (percentuale)	È la percentuale di sussidio normativo (teorico) che il cantone riconosce come sussidio effettivo.	Art. 37
Importo minimo erogabile: $Sus_{min}$	È l'importo di sussidio effettivo sotto il quale il cantone non eroga alcun sussidio (importo "bagatella").	Art. 39

### 3.4.6 Norme di eccezione per casi particolari di beneficiari

Il sistema RIPAM, pur con tutti i distinguo e le differenziazioni presentate in precedenza, utilizza un algoritmo di calcolo unico per tutti i potenziali beneficiari. Tuttavia, la legge prevede tre situazioni nelle quali gli importi del sussidio potrebbero anche non essere quelli calcolati dal modello.

Le prime due casistiche si riferiscono a quei soggetti che, per l'anno di riferimento considerato, sono al beneficio di prestazioni complementari AVS/AI o di prestazioni LAPS. Gli artt. 42 e 43, inseriti nella sezione V (norme particolari) della LCAMal, stabiliscono, infatti, che i beneficiari delle prestazioni sociali menzionate (PC AVS/AI e/o LAPS) sono esentati dalla presentazione di un'istanza di riduzione dei premi

dell'assicurazione malattia. Questo perché il sussidio viene assegnato automaticamente ad entrambe le tipologie di beneficiari, ancorché con una differenza sull'importo: il sussidio corrisponde al premio lordo effettivamente dovuto dal beneficiario di PC-AVS/AI, mentre i casi LAPS ottengono un sussidio pari a quello massimo (art. 34) proporzionalmente ridotto dal coefficiente cantonale di finanziamento.

Va però rilevata una profonda differenza tra le due istanze particolari. I casi AVS-PC sono assoggettati ad un regime completamente diverso ed estraneo alla modalità di calcolo prevista dalla RIPAM, mentre per i casi LAPS vengono comunque utilizzati i parametri del sistema per definire i sussidi. Inoltre, per i beneficiari LAPS viene specificato che l'ammontare delle riduzioni di premio concesse all'UR non può superare la lacuna di reddito, calcolata ai sensi della LAPS. Le due norme, che sono chiaramente volte a coordinare e semplificare l'integrazione di misure distinte di politica sociale, non hanno comunque alcuna rilevanza per la descrizione e comprensione del meccanismo di calcolo del sussidio, motivo per il quale sono state presentate solamente alla fine di questo capitolo.

La terza particolarità riguarda, invece, un problema di allineamento con la normativa federale (art. 65 LAMal) che impone ai Cantoni una riduzione almeno pari al 50% per i minorenni e/o i giovani adulti in formazione appartenenti ad UR di reddito basso e medio. Ai Cantoni viene comunque lasciata libertà di stabilire quale criterio seguire per accertare il livello del reddito. Ottemperare a questo vincolo significa che l'algoritmo in corrispondenza del "reddito medio" preveda, per tutte le possibili UR con almeno un membro minorenne o giovane adulto in formazione, un sussidio in grado di coprire il 50% dei premi di minorenni e giovani in formazione. La formulazione attuale della legge non garantisce, ex-ante, il rispetto del vincolo federale, poiché l'esclusione del diritto al sussidio e l'importo dello stesso dipendono dai parametri scelti per applicare annualmente il modello RIPAM. Tuttavia occorre dire che il mancato rispetto del vincolo è solamente un'ipotesi teorica dal momento che alla soglia del reddito "medio", tutte le tipologie di UR con figli minori e/o giovani hanno ancora diritto al sussidio. Il vero problema risiede, casomai, nella ripartizione del sussidio tra i vari componenti dell'UR. A tale proposito, l'art. 17 del regolamento LCAMal, stabilisce una priorità di attribuzione dei sussidi individuali ai minorenni e ai giovani in formazione, fino al raggiungimento della quota prevista dal diritto federale (50% del premio). In pratica ci sono tre possibilità nella ripartizione dei premi all'interno di un'UR con membri minorenni o giovani adulti in formazione: (1) l'importo del sussidio è sufficientemente elevato da poter applicare una ripartizione proporzionale ai premi e garantire che la parte allocata ai minorenni e ai giovani adulti in formazione copra il 50% del premio; (2) il sussidio è insufficiente per procedere come al punto (1), ma sufficiente per garantire almeno il 50% dei premi dei giovani adulti in formazione e ripartire il residuo tra gli altri membri; (3) il sussidio non garantisce la copertura del 50% e viene allocato interamente ai minorenni e giovani adulti in formazione, in proporzione ai rispettivi PMR.

## Rapporti, studi e ricerche

- Balthasar, A. (2001). *Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons*. Rapport de recherche n° 2/01. Berne : Aspects de la sécurité sociale.
- Balthasar, A.; Kaufmann, P. (2006). *Prämienverbilligung hinsichtlich der Bezüge-rinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sowie weitere Bezugsberechtigte*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bieri, O.; Köchli, H. (2013). *Regionale Unterschiede bei der Belastung durch die obligatorischen Gesundheitsausgaben. OKP-Prämien, Prämienverbilligungen und Steueranteile für das Gesundheitswesen im kantonalen und kommunalen Vergleich. (Obsan Dossier 25)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS) (2013). *Assurance-Maladie: Reduction de primes. Tableau synoptique 2013*.
- Crivelli, L.; Lunati, D. (2004). *La riduzione dei premi dell'assicurazione malattia in Ticino. Valutazione e analisi dell'incidenza*, Lugano: Istituto di microeconomia ed economia pubblica Mecop, giugno.
- CSIAS. (2012). *Les revenus disponibles libres dans le Cantone du Tessin. Actualisation des données tessinoises des études « Aide sociale, impôts et revenus en Suisse » et « impôts, transferts et revenus en Suisse » à la situation du 01.01.2012*. Bern : Conférences suisse des institutions d'action sociale CSIAS en collaboration avec Interface Institut für Politikstudien, février.
- Dafflon, B. (2002). *Fédéralisme et sécurité sociale en Suisse: le cas de l'assurance maladie*, in Cattoir, P. ; De Bruycker, P. ; Dumont, H. ; Tulkens, H. ; Witte, E. (eds), *Autonomie, solidarité et coopération, Quelques enjeux du fédéralisme belge au 21<sup>e</sup> siècle*, Bruxelles: De Boeck & Larcier, pp. 175-209.
- Dutoit, L.; Gardiol, L.; Gafner, A.; Guggisberg, J. (2013). *Analyse des pratiques et des effets des différents systèmes de réduction des primes entre les différents cantons du GLAS. (Sur mandat du Groupement latin des assurances sociales (GLAS))*. Berne : Bureau d'études de politique du travail e de politique sociale (BASS), 25 novembre.
- Egloff, M. (2011). *Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino. Dati aggiornati al 31 marzo 2011*. Manno: Supsi.
- Egloff, M. (2012). *Casse malati: assicurati morosi per scelta, per negligenza o ... per forza? Dati - statistiche e società, XII, pp.5-13*.
- Fuchs, V.R. (1996). *Economics, Values, and Health Care Reform*, *The American Economic Review*, Vol. 86, No. 1, pp. 1-24.
- Gardiol, L.; Dutoit, L.; Rudin, M.; Künzi, K. (2013). *Studie «Gesundheitsreform - für tragbare Prämien» Simulationsrechnungen zur Wirkung verschiedener Steuerungselemente auf die Belastung der Haushalte. (Schlussbericht, Im Auftrag von santésuisse - die Schweizer Krankenversicherer)*. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG, 24. Mai.
- Gardiol, L.; Dutoit, L.; Rudin, M. (2013). *Présentation des résultats : Réforme de la santé - pour des primes supportables. (Pour le compte de santésuisse)*. Bern: Büro BASS, 16 août.
- GDK/CDS/CDS (2005). *Lignes directrices concernant l'application cantonale des dispositions de la LAMal en faveur des enfants et des jeunes adultes en formation selon l'art. 65 al. 1bis LAMal, valables dès le 1.1.2006*, Bern: GDK.
- IAS (2012). *Armonizzazione e coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS) - Informazioni valide dal 1° gennaio 2013*.
- IAS (diversi anni). *Dati statistici riassuntivi*. Bellinzona: IAS.
- Preuck, R. (2013). *La réduction de primes après la RPT - monitoring 2010*, *Sécurité sociale - CHSS 5/2013*, pp. 285-291.

Rossini, S. (2013), *Des disparités cantonales de l'application LAMal*, Rev Med Suisse 9, pp. 2398-2400.

Rossini, S.; Crivelli, R.; Bolgiani, I.; Clausen, A.; Prélaz, D.; Scalici, F. (2012). *Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé*. (Rapport final de recherche. Fonds national de la recherche scientifique DORE. Projet Nr. 13DPD6\_127248). Lausanne: Haute école de travail social et de la santé EESP.

OFSP (2013). Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2011. Bern: OFSP.

Wagstaff, A.; Van Doorslaer, E. (2000). *Equity in Health Care Finance and Delivery*, in Culyer, A.J.; Newhouse J.P. (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science.

## ALLEGATO 3

### Atti parlamentari evasi con il presente messaggio

#### “MOZIONE

#### Procedura per l'ottenimento del sussidio per l'assicurazione cassa malati

del 14 aprile 2014

*L'attuale sistema di calcolo per poter beneficiare del sussidio cassa malati consente a diversi contribuenti ticinesi, con redditi sicuramente sopra la media, di beneficiare anche nel 2014 del sussidio.*

*Come ho potuto verificare mediante il simulatore di calcolo RIPAM 2014 presente nel sito del Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino, persone che dispongono anche di conti bancari milionari sono potenziali beneficiari del sussidio.*

*Ecco alcuni esempi:*

1) genitore solo con tre figli di età compresa fra i 19 e i 25 anni con un reddito lordo di fr. 200'000.- (che il simulatore trasforma in reddito disponibile semplificato di fr. 245'021.-) e una sostanza (quindi anche liquidità) di fr. 1'100'000.-.  
**La riduzione del premio calcolata sarebbe di fr. 477.-;**

2) due genitori con tre figli di età compresa fra i 19 e i 25 anni con un reddito lordo di fr. 170'000.- (disponibile di fr. 194'927.-) e un patrimonio di 1 milione di fr.  
**La riduzione del premio calcolata sarebbe di fr. 289.-.**

**Il sistema inoltre presenta un paradosso:**

*nell'esempio n. 2) citato sopra, in presenza di un solo genitore (quindi una persona in meno e quindi un premio assicurativo in meno), **il sussidio salirebbe addirittura a fr. 2'531.-.***

**Sembra che attualmente siano circa duecento gli assicurati ticinesi (con un reddito superiore ai fr. 140'000.-) che beneficiano del sussidio cassa malati.**

*A fronte di quanto esposto chiedo pertanto al Consiglio di Stato di proporre, in tempi celeri, una nuova modifica della **Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal)**, volta a ridurre drasticamente queste possibilità di ottenere il sussidio.*

Per il Gruppo PLR  
Giorgio Galusero”

## **“MOZIONE**

### **100% medico di famiglia**

del 25 novembre 2013

*Nel messaggio n. 6851 del 24 settembre 2013 riguardante la modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) a pagina 10 si afferma: “Dovessimo considerare ai fini del calcolo dei PMR (premi medi di riferimento) solo lo sconto medio percentuale tra il modello “medico di famiglia” rispetto al modello assicurativo standard, senza nessuna ponderazione tra modello standard e modelli alternativi, la minor spesa per il Cantone sarebbe di fr. 37.7 milioni.”*

*L'informazione è confermata dalla risoluzione governativa n. 6118 del 22 novembre 2013. Nello scritto si calcola che la minor spesa per il Cantone per il 2014, considerando ai fini del calcolo dei PMR solo lo sconto medio percentuale del modello medico di famiglia, si attesterebbe a 36.9 milioni di franchi rispetto alla spesa senza la misura. Ben 22.5 milioni in più rispetto al modello proposto nel messaggio 6851.*

*I sottoscritti firmatari sono convinti della validità del modello del medico di famiglia, un modello che rispetto a quello standard oggi offre in media una riduzione di premio pari a circa l'11%.*

*Anche per questo motivo sempre più famiglie scelgono questa opportunità.*

*Alla luce di quanto sopra sorge spontanea una domanda. Se l'assicurato che paga i premi di propria tasca preferisce sempre più modelli quali il medico di famiglia beneficiando di uno sconto sul proprio premio, perché colui al quale lo Stato paga una riduzione di premio con i soldi di tutti coloro che pagano le imposte non dovrebbe anche lui affidarsi al modello più conveniente, ammesso e concesso che le prestazioni siano della stessa qualità?*

*I sottoscritti firmatari chiedono dunque al Consiglio di Stato di:*

- 1. presentare un progetto di riforma della partecipazione al pagamento dei premi assicurazione malattie che contempli unicamente ai fini del calcolo dei PMR solo lo sconto medio percentuale tra il modello medico di famiglia rispetto al modello assicurativo standard, senza nessuna ponderazione tra modello standard e modelli alternativi. Ossia partendo dall'ipotesi che lo Stato contribuisca solo all'altezza del premio relativo al modello “medico di famiglia”;*
- 2. preparare un'analisi dettagliata degli assicurati beneficiari di Ripam (Riduzione ordinaria dei premi nell'assicurazione sociale e obbligatoria contro le malattie) ai quali non sarebbero più erogate prestazioni finanziarie. La risoluzione indica in effetti che con questi PMR vi sarebbe una diminuzione del numero di unità di riferimento (UR) e una diminuzione degli assicurati beneficiari di Ripam nell'ordine di:*
  - 15'013 persone (111'556 con gli attuali PMR / 96'543 con questa ipotesi)*
  - 7'149 UR (53'122 con gli attuali PMR / 45'973 con questa ipotesi);*
- 3. allestire una strategia di informazione alla popolazione in proposito e approntare una tempistica chiara e congrua dei passi da percorrere per l'entrata in vigore di questa riforma.*

*Marco Chiesa e Franco Denti  
Del Don - Filippini - Mellini -  
Morisoli - Pinoja”*

## **“MOZIONE**

### **Sussidi di cassa malati**

del 6 maggio 2014

*Il taglio lineare dei sussidi di cassa malati non va bene, ma neanche lo spreco di soldi del sistema attuale: meglio ripartire da zero con parametri più efficaci. Questa è la denuncia lanciata recentemente dall'Ordine dei Medici.*

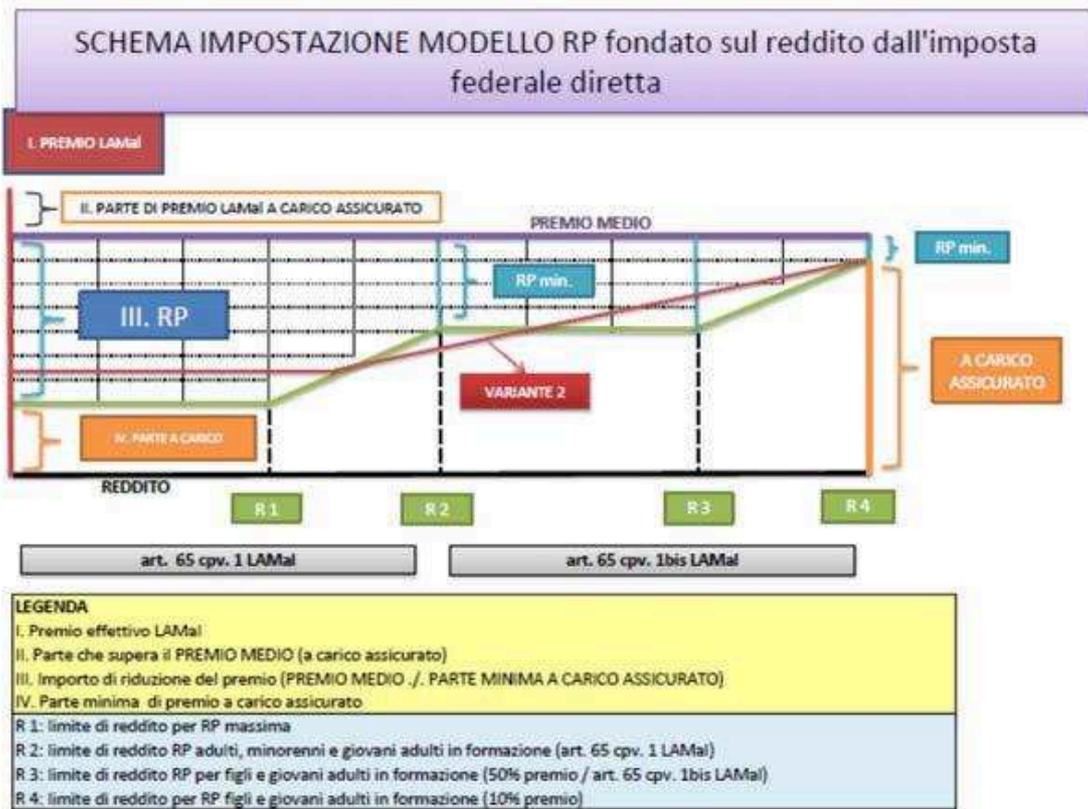
*Infatti è stato mostrato come allo stato attuale il Cantone sia particolarmente generoso nella concessione di sussidi di cassa malati verso la fascia alta. Ma la quantità non equivale a qualità: essendoci così tanti beneficiari di sussidi, per forza di cosa questi corrispondono spesso a cifre irrisorie, che non aiutano sensibilmente chi ha realmente bisogno.*

*La definizione del reddito appare problematica e frutto di un algoritmo assai opinabile. Per questo un'opzione sarebbe quella di riferirsi al reddito imponibile federale, come concetto consolidato e con il valore aggiunto di essere uniforme sul piano nazionale. Potrebbe apparire una semplificazione ma in realtà non lo è, in quanto anche l'algoritmo attuale, come già detto sopra, soffre di molte semplificazioni. Un cambio di paradigma che porterebbe anche risparmi alle casse pubbliche.*

*Con la legge attuale, anche se dovessimo tagliare i sussidi in modo lineare, i beneficiari dei sussidi di cassa malati aumenterebbero comunque, dato che i premi sono destinati ad aumentare ogni anno. Forse è meglio fermarsi e ripensare il sistema sul quale vengono calcolati i sussidi di cassa malati in modo da non dover ricorrere ogni anno a tagli lineari che sono un'ingiustizia sociale. È assurdo spendere di più per la socialità e avere meno efficienza sociale, come dimostrano le statistiche sul Canton Ticino.*

*Il modello attuale entrato in vigore nel 2012 è estremamente generoso perché coinvolge una larga fascia di popolazione. Il rischio è che i costi sociali continuino ad aumentare, incidendo sull'efficacia sociale, diminuendo sempre di più i sussidi e rendendoli quasi inutili. Col nuovo modello si danno sussidi più incisivi a chi realmente ha bisogno e tiene conto del controllo della spesa sociale.*

*Per ovviare a questa distorsione del sistema, l'Ordine dei Medici ha recentemente presentato uno studio e una possibile modifica del "sistema sussidi" cantonale (vedi allegato).*



*Con la presente mozione chiediamo quindi che venga valutata l'implementazione del metodo di calcolo relativo ai sussidi come da modello allegato in modo che codesti aiuti sociali siano più mirati e vadano a toccare una fascia socialmente significativa della popolazione con un limite massimo del 30% della stessa.*

*Franco Denti e Daniele Caverzasio*

## ALLEGATO 4

### Elenco delle abbreviazioni

Ritenuto come nel presente messaggio vengono utilizzate diverse abbreviazioni, si reputa utile elencarle di seguito per una lettura maggiormente scorrevole.

<b>AGS</b>	Area di gestione sanitaria, Dipartimento della sanità e della socialità
<b>COSAS</b>	Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale
<b>IAS</b>	Istituto delle assicurazioni sociali, Dipartimento della sanità e della socialità
<b>LADI</b>	Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza del 25 giugno 1982 RS 837.0
<b>LaLPC</b>	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 del 23 ottobre 2007 RL 6.4.5.3
<b>LAMal</b>	Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 RS 832.10
<b>Laps</b>	Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali del 5 giugno 2000 RL 6.4.1.2
<b>LCAMal</b>	Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie RL 6.4.6.1
<b>LPC</b>	Legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità del 6 ottobre 2006 RS 831.30
<b>NPC</b>	Nuova perequazione finanziaria Cantone-Confederazione
<b>PMR</b>	Premio medio di riferimento
<b>RD</b>	Reddito disponibile ai sensi della LCAMal
<b>RDLaps</b>	Reddito disponibile ai sensi della Laps
<b>RDM</b>	Reddito disponibile massimo ai sensi della LCAMal
<b>RL</b>	Raccolta delle leggi vigenti del Cantone Ticino
<b>RS</b>	Raccolta sistematica del diritto federale
<b>UR</b>	Unità di riferimento