

Approvato dal Consiglio federale il 30 settembre 2009

Valutazione e proposte di riforma dell'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia

Rapporto del Consiglio federale

in adempimento del postulato 04.3000 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 16 gennaio 2004

Sommario

Compendio	4
1 Situazione di partenza	9
2 L'attuale regolamentazione legale	9
2.1 L'assicurazione di indennità giornaliera ai sensi della LAMal.....	9
2.1.1 Regolamentazione legale	9
2.1.2 Condizioni generali di contratto degli assicuratori	11
2.1.3 Assicurazione individuale e assicurazione collettiva	12
2.1.4 Premi assicurativi.....	12
2.1.5 Coordinamento delle prestazioni con altre assicurazioni.....	13
2.2 L'assicurazione di indennità giornaliera ai sensi della LCA.....	13
2.2.1 Obblighi imposti agli assicuratori dalla legge.....	13
2.2.2 Contenuto tipico delle condizioni generali di contratto.....	14
2.2.3 Premi assicurativi.....	16
2.2.4 Convenzione di libero passaggio.....	17
2.2.5 Coordinamento con l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal.....	17
2.3 Prosecuzione del pagamento del salario e assicurazione di indennità giornaliera secondo il diritto del lavoro.....	17
2.3.1 La prosecuzione del pagamento del salario secondo la legge e la giurisprudenza	17
2.3.2 Regolamentazioni contrattuali, in particolare contratti collettivi di lavoro.....	18
2.4 Regolamentazioni di altre assicurazioni sociali sull'indennità per perdita di guadagno causa incapacità lavorativa	19
2.4.1 Assicurazione infortuni.....	19
2.4.2 Indennità di maternità	20
2.4.3 Assicurazione contro la disoccupazione	21
2.4.4 Assicurazione invalidità (AI).....	22
2.5 Norme di coordinamento ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone con gli Stati dell'UE e della Convenzione dell'AELS.....	24
2.5.1 Basi giuridiche e campo di validità.....	24
2.5.2 Esportazione di prestazioni di indennità giornaliera	25
2.5.3 Diritto di passaggio all'assicurazione individuale	25
3 Confronto con gli Stati vicini	26
4 L'odierno mercato assicurativo	26
4.1 L'indennità giornaliera massima assicurabile nell'assicurazione individuale secondo la LAMal.....	26
4.2 Statistiche relative alle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e la LCA.....	26
4.3 Sondaggi effettuati ad hoc.....	28
4.4 Conclusioni	28
5 Valutazione della regolamentazione attuale	29
5.1 Assicurazione del medesimo rischio secondo due differenti leggi	29
5.2 Le principali differenze fra i due sistemi di assicurazione.....	30
5.2.1 Rischi coperti	30
5.2.2 Libero passaggio	30
5.2.3 Diritto alle prestazioni dopo la cessazione del rapporto assicurativo	31
5.2.4 Durata delle prestazioni	31
5.2.5 Coordinamento delle prestazioni	31
5.2.6 Il rilevamento tempestivo nell'assicurazione invalidità.....	32
5.3 Motivi della scarsa importanza dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal	32
5.3.1 Maggiore flessibilità dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA.....	32

5.3.2	La protezione dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LAMal.....	33
5.3.3	Un'assicurazione sociale facoltativa	34
6	Varianti.....	34
6.1	Quattro varianti possibili	34
6.2	Variante 1: assicurazione sociale facoltativa di indennità giornaliera come assicurazione di base e assicurazioni complementari secondo la LCA	35
6.2.1	Delimitazione delle due assicurazioni tramite la definizione di campi di validità separati	35
6.2.2	Proposta per la forma concreta	36
6.2.3	Valutazione della variante 1.....	36
6.3	Variante 2: assicurazione di indennità giornaliera esclusivamente secondo la LCA.....	37
6.3.1	Rinuncia a un'assicurazione sociale di indennità giornaliera secondo la LAMal; integrazione della LCA con disposizioni della LAMal a tutela degli assicurati.....	37
6.3.2	Proposta per la forma concreta	38
6.3.3	Valutazione della variante 2.....	38
6.4	Variante 3: assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente.....	39
6.4.1	Medesima copertura assicurativa per la perdita di guadagno in seguito a malattia come quella in caso di infortunio per tutti i lavoratori dipendenti.....	39
6.4.2	Proposta per la forma concreta	40
6.4.3	Valutazione della variante 3.....	40
6.5	Variante 4: assicurazione per perdita di guadagno obbligatoria per tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa.....	41
6.5.1	Estensione dell'assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno causa malattia a tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa.....	41
6.5.2	Proposta per la forma concreta	42
6.5.3	Valutazione della variante 4.....	42
7	Precedenti proposte di revisione	43
7.1	Precedenti tentativi legislativi, per la maggior parte falliti	43
7.2	La situazione dopo il 1996.....	44
7.2.1	La LAMal.....	44
7.2.2	Interventi parlamentari.....	45
7.2.3	Iniziativa popolare «per un reddito assicurato in caso di malattia (iniziativa indennità giornaliera)»	45
7.2.4	Petizione (00.2014; Revenu assuré en cas de maladie)	45
7.2.5	Iniziativa del Cantone del Giura (03.301; Lacunes et incohérences en matière d'indemnités journalières)	46
7.2.6	Iniziative parlamentari.....	46
8	Conclusioni.....	46

Allegato 1: Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007//Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007

T 6.03 Assicuratori, assicurati, premi e prestazioni per tipo di contratto (individuale/collettivo)¹.....47

Allegato 2: Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007//Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007

T 9.17 Assicurazione di indennità giornaliera LAMal/LCA dal 1997, in milioni di franchi.....48

Allegato 3: Confronto con i Paesi vicini49

Compendio

L'attuale regolamentazione legale

Oggi si può assicurare il rischio di una temporanea perdita di guadagno in caso di incapacità lavorativa per malattia secondo due differenti leggi, la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) e la legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1). L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal è un'assicurazione sociale e viene gestita dalle casse malati. L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA si fonda su un contratto di assicurazione di diritto privato. Essa può essere offerta da assicuratori ai sensi della legge federale del 17 dicembre 2004 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (legge sulla sorveglianza degli assicuratori, LSA; RS 961.01). Anche le casse malati possono offrire l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, e questo perché hanno la possibilità di offrire anche assicurazioni complementari oltre all'assicurazione sociale malattie.

Le casse malati sono tenute a offrire l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LaMal e al riguardo devono ottemperare a determinate condizioni imposte dalla legge. Fra queste vi sono in particolare:

- L'obbligo di accettare la proposta: si deve stipulare un'assicurazione con tutte le persone di età compresa fra i 15 e i 65 anni interessate a farlo e le riserve per eventuali malattie preesistenti vengono a cadere dopo cinque anni al massimo.
- La descrizione legale del rischio assicurato e della durata minima delle prestazioni: le prestazioni assicurate devono essere corrisposte in caso di incapacità lavorativa per malattia, in via sussidiaria anche in caso di infortunio e di maternità. La legge definisce la durata minima di tali prestazioni.
- L'obbligo di garantire la parità di trattamento: tutti i richiedenti devono ricevere il medesimo trattamento per quanto concerne ammontare e durata dell'indennità giornaliera. Parimenti le casse malati devono, a parità di prestazioni, riscuotere i medesimi premi. Tuttavia il suddetto obbligo sussiste soltanto nell'assicurazione individuale. Nell'assicurazione collettiva si possono concordare prestazioni diverse (più elevate) da quelle dell'assicurazione individuale e si possono fissare i premi secondo il rischio del singolo contratto.
- Il diritto di libero passaggio e di trasferimento dall'assicurazione collettiva a quella individuale: se all'inizio o alla fine di un rapporto di lavoro l'assicurato deve cambiare assicuratore, non si possono formulare a suo carico nuove riserve. In caso di uscita da un'assicurazione collettiva sussiste il diritto di passare all'assicurazione individuale con le medesime prestazioni assicurate in precedenza.
- La tutela degli assicurati disoccupati: viene loro corrisposta la mezza indennità giornaliera se l'incapacità lavorativa supera il 25 % e l'intera indennità giornaliera se supera il 50 %. Inoltre gli assicurati disoccupati hanno diritto, previo congruo adeguamento dei premi, alla trasformazione dell'assicurazione previgente in un'assicurazione le cui prestazioni decorrono dal 31° giorno.

L'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata viene concordata fra assicuratore e stipulante. La legge non impone agli assicuratori un importo minimo per l'indennità giornaliera. Gli assicuratori non sono quindi obbligati a offrire a un richiedente una copertura assicurativa che compensi interamente la sua presumibile perdita di guadagno in caso di malattia.

Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA vige il principio della libertà contrattuale. Non vi è quindi nessun obbligo di accettare la proposta. Si possono formulare riserve illimitate nel tempo per le malattie preesistenti e si può escludere dall'obbligo di fornire prestazioni il rischio di determinate patologie. Si possono concordare liberamente ammontare e durata delle prestazioni. La legge non garantisce alcun diritto di libero

passaggio né di trasferimento dall'assicurazione collettiva a quella individuale. Però le disposizioni della LAMal a tutela degli assicurati disoccupati vanno rispettate anche nei contratti di assicurazione secondo la LCA. Generalmente i contratti prevedono il diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Una convenzione vigente fra gli assicuratori garantisce, a determinate condizioni, il diritto di libero passaggio.

Per i lavoratori, il rischio di una perdita di salario in caso di malattia è coperto anche dall'obbligo dei datori di lavoro di continuare a corrispondere il salario, come stabilito dal CO (RS 220) e dalla giurisprudenza. Tale obbligo di continuare a pagare il salario fa sì che molto spesso i datori di lavoro stipulino assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal o la LCA. Per lo più anche i contratti collettivi di lavoro prevedono l'impegno di stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera.

Nessun obbligo di assicurarsi

Tanto l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal quanto quella secondo la LCA sono assicurazioni facoltative. Le conseguenze di una temporanea incapacità lavorativa per malattia non sono quindi coperte da un'assicurazione sociale obbligatoria; ciò in contrasto con altri rischi di perdita di guadagno. L'assicurazione infortuni obbligatoria copre completamente il rischio di perdita di guadagno per tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente. L'indennità di maternità garantisce a tutte le madri con un'attività lucrativa un congedo di maternità retribuito di 14 settimane. Per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente, la perdita di guadagno in caso di disoccupazione è coperta dall'assicurazione contro la disoccupazione. L'assicurazione di invalidità copre per tutta la popolazione la perdita di guadagno a lungo termine causa malattia, infortunio o infermità congenita.

Conseguenze della regolamentazione attuale

Le conseguenze del vigente sistema di assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo due leggi differenti si possono riassumere nel modo seguente:

- La perdita di guadagno per malattia viene ampiamente coperta tramite assicurazioni di indennità giornaliera anche in assenza di un'assicurazione obbligatoria, perché tanto i datori di lavoro quanto i lavoratori sono interessati a tali assicurazioni.
- I dati disponibili non consentono di quantificare le eventuali lacune nella copertura assicurativa delle persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente.
- L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ha ormai scarsa importanza rispetto a quella secondo la LCA. La quota dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal è in forte regresso. Circa il 90 % del totale dei premi di tutte le assicurazioni di indennità giornaliera va all'assicurazione secondo la LCA.
- Le casse malati partecipano ampiamente all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, ma soprattutto tramite affiliate organizzate come compagnie di assicurazione private ai sensi della LSA.

Valutazione della regolamentazione attuale

Le due possibilità di assicurazione coesistono oggi l'una accanto all'altra senza limiti e differenze chiaramente definiti. Non si distinguono neppure per quanto concerne l'assicuratore, perché le casse malati devono sì offrire l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal, ma possono contemporaneamente offrire anche quella secondo la LCA.

La LCA offre alle aziende che vogliono stipulare assicurazioni collettive di indennità giornaliera una maggiore flessibilità nella strutturazione dell'assicurazione stessa. Nella maggioranza dei casi i premi delle assicurazioni secondo la LCA sono più convenienti, perché le condizioni imposte dalla LAMal tendono a rendere più costosa l'assicurazione. Tali condizioni consistono, da una parte, nell'obbligo di accettare ogni richiesta e nella durata

minima delle prestazioni fissata dalla legge e, dall'altra, si riferiscono a casi eccezionali e specialmente al periodo successivo alla cessazione di un rapporto di lavoro e a un cambio del posto di lavoro. Queste condizioni sono di scarsa importanza per i datori di lavoro, che vogliono anzitutto evitare l'obbligo di continuare a corrispondere il salario facendo ricorso a una soluzione assicurativa. Anche i lavoratori generalmente si preoccupano di tali questioni soltanto quando cessa il rapporto di lavoro e, quindi, la copertura assicurativa di cui hanno goduto fino a quel momento.

La coesistenza dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal e di quella secondo la LCA ha come risultato che la prima non ha più grande importanza come assicurazione per perdita di guadagno. Di conseguenza anche le clausole di tutela sancite dalla LAMal restano praticamente senza effetto.

In fin dei conti tale evoluzione non deve stupire. Infatti, in quanto facoltativa, l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal è un'assicurazione sociale atipica. Le condizioni di natura politico-sociale imposte rendono un'assicurazione sociale più cara per le persone che non approfittano direttamente di tali condizioni. Inoltre, se è possibile coprire il medesimo rischio anche con un'assicurazione per la quale non occorre rispettare le condizioni imposte, tale possibilità viene sfruttata. Si arriva così a una selezione del rischio, il che aumenta ulteriormente il divario fra i premi delle due assicurazioni.

Un'altra caratteristica dell'attuale legislazione sta nel fatto che nelle norme relative al coordinamento fra le singole assicurazioni sociali nonché in quelle derivanti dall'Accordo sulla libera circolazione delle persone con l'UE e dalla Convenzione AELS prendono in considerazione soltanto l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal. Le disposizioni introdotte con la 5^a revisione dell'Al sul rilevamento e l'intervento tempestivi nel caso di persone ad alto rischio di incapacità di guadagno permanente includono tanto l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal quanto quella secondo la LCA.

Infine, la valutazione della situazione attuale mostra che l'importanza dell'assicurazione di indennità giornaliera in quanto assicurazione per perdita di guadagno non tende a diminuire, indipendentemente dal fatto che l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ceda sempre più terreno all'assicurazione secondo la LCA.

Inoltre, per la maggior parte degli assicurati, il sistema attuale con soluzioni concordate tra le parti sociali funziona in modo soddisfacente. Tenuto conto dell'odierno clima politico ed economico, una trasformazione del sistema in vigore, che comporterebbe oneri supplementari per i datori di lavoro e i lavoratori, non è pensabile.

Per quanto particolare, il sistema attuale può continuare a funzionare, nella misura in cui continui ad offrire una protezione accettabile contro il rischio di perdita di guadagno in caso di malattia. Se tuttavia si ritenesse necessaria una modifica del sistema, entrerebbero in linea di conto quattro varianti, presentate di seguito con una loro valutazione:

Varianti possibili

Assicurazione sociale facoltativa di indennità giornaliera come assicurazione di base e assicurazioni complementari secondo la LCA.

Secondo questa variante, l'assicurazione di indennità giornaliera rimane facoltativa e, come finora, senza sussidi da parte dell'ente pubblico. Le norme sulle assicurazioni sociali emanate dal legislatore devono tuttavia riuscire a fare sì che, entro un determinato campo di validità, la perdita di guadagno per malattia possa essere oggetto unicamente di un'assicurazione sociale, coprendo preferibilmente, come nell'assicurazione infortuni, fino all'80 % del guadagno assicurato. Al di fuori di tale campo di validità sono ancora possibili

assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA. Queste diventerebbero in un certo senso assicurazioni complementari all'assicurazione di base facoltativa secondo la LAMal.

Valutazione: con il limite massimo di guadagno assicurato qui proposto (pari a quello secondo la LAINF) la maggior parte delle assicurazioni esistenti manterrebbero le medesime prestazioni, ma potrebbero proseguire sulla base della LAMal. Le condizioni imposte dalla LAMal tutelano gli assicurati specialmente in caso di cambio del posto di lavoro o di perdita dello stesso causa persistente incapacità lavorativa. Tale tutela supplementare può comportare determinati aumenti dei premi. Questi aumenti dovrebbero però essere di modesta entità, perché le condizioni imposte riguardano soltanto una piccola minoranza degli assicurati. Per l'ammontare dei premi sono decisive le prestazioni assicurate, che con la presente variante fondamentalmente non subirebbero alcun cambiamento. Valgono le disposizioni della LPGa, il che si ripercuote sensibilmente su tutti, anzitutto per quanto concerne procedura e vie legali. Le compagnie di assicurazione private che attualmente offrono l'assicurazione infortuni obbligatoria applicano già queste disposizioni per tale ramo. Per loro non sono quindi una novità.

Permane la problematica di fondo di un'assicurazione sociale facoltativa (riserve assicurative, assicurazioni collettive quali comunità di rischio chiuse con corrispondenti differenze di premio).

Assicurazione facoltativa di indennità giornaliera esclusivamente secondo la LCA

Questa variante consiste nella totale abolizione dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal, visto che in pratica essa ha sempre meno importanza. Ma contemporaneamente si dovrebbero trasferire nella LCA determinate limitazioni della libertà contrattuale contenute nella LAMal. Oltre all'attuale tutela degli assicurati disoccupati, ciò riguarda in particolare il diritto di trasferimento dall'assicurazione collettiva a quella individuale nonché il diritto di libero passaggio secondo l'attuale regolamentazione della LAMal.

Valutazione: si crea in tal modo un progetto legislativo coerente per un'assicurazione facoltativa dal quale è stata eliminata la coesistenza di due differenti regolamentazioni legali. Dato che già oggi la maggior parte delle assicurazioni di indennità giornaliera vengono stipulate sulla base della LCA, questa variante dovrebbe incontrare un'opposizione limitata. Ma non si potrà evitare la discussione sull'integrazione nella LCA delle disposizioni abolite nella LAMal. A seconda del risultato, la variante 2 si differenzierà sostanzialmente poco dalla variante 1, a parte il fatto che non sarebbero applicabili le norme di coordinamento UE e le disposizioni della LPGa, il che influirebbe specialmente sul coordinamento delle prestazioni con altre assicurazioni sociali e con le norme sulla procedura e i rimedi giuridici.

In un'assicurazione facoltativa privata, - anche questa senza sussidi da parte dell'ente pubblico - nonostante l'adozione di determinate clausole di salvaguardia della LAMal, la solidarietà fra gli assicurati statuita dal legislatore sarà sempre lacunosa.

Assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente

Con questa variante si introduce per i lavoratori dipendenti un'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria che copra il rischio a medio termine di perdita di guadagno per malattia. In tal modo si eliminano per i lavoratori dipendenti le lacune che talvolta ancora sussistono nella copertura della perdita di guadagno causa malattia fino al pagamento di una rendita. La durata delle prestazioni dell'assicurazione va limitata nel tempo. L'assicurazione a lungo termine della perdita di guadagno per malattia rimane compito delle assicurazioni di rendita (assicurazione di invalidità e 2° pilastro).

Valutazione: secondo questa variante, la temporanea perdita di guadagno per malattia viene coperta esattamente come quella causata da un infortunio. L'assicurazione obbligatoria

comporta per gli assicurati un sostanziale miglioramento della copertura assicurativa in caso di cambio o perdita del posto di lavoro. Ciò è importante soprattutto in caso di persistente incapacità lavorativa dopo la perdita del posto di lavoro. Inoltre l'assicurazione obbligatoria semplifica il coordinamento con altre assicurazioni sociali nonché quello con i sistemi assicurativi dell'UE.

Per la maggioranza degli assicurati il sistema attuale funziona in modo soddisfacente con le soluzioni concordate tra le parti sociali. Con un'assicurazione obbligatoria, alle parti sociali vengono lasciate scarse possibilità di intervenire sulla sua forma. Con l'odierno clima politico ed economico è praticamente impensabile un ulteriore ampliamento delle assicurazioni sociali che comporti contributi supplementari a carico dei datori di lavoro.

Assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno per tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa

Con questa variante, in linea di principio si estende l'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera a tutte le persone attive con un reddito derivante da un'attività lucrativa indipendente o dipendente ai sensi della LAVS. Sul modello dell'assicurazione di invalidità, questa soluzione potrebbe fare riferimento a un'assicurazione di base, con la quale viene assicurato l'intero guadagno solo per una parte (p.es. circa la metà) delle persone che esercitano un'attività lucrativa.

Valutazione: estendendo l'assicurazione obbligatoria a tutte le persone con un'attività lucrativa si tiene conto del fatto che oggi i posti di lavoro non sono più a vita e che inoltre si verifica con maggior frequenza il passaggio da un'attività dipendente a una indipendente e viceversa. L'assicurazione obbligatoria presenta vantaggi per gli assicurati proprio in caso di cambio del posto di lavoro e di passaggio a un'attività lucrativa indipendente. Il vantaggio di questa variante sta soprattutto nel fatto che promuove la flessibilità sul mercato del lavoro e che migliora il coordinamento con l'AI per quanto concerne il rilevamento tempestivo di un'incapacità lavorativa di lunga durata. La collaborazione interistituzionale ai sensi dell'articolo 68^{bis} LAI viene collocata su una base sicura anche sotto l'aspetto istituzionale. Soltanto così si può organizzare in modo coerente ed esaustivo un rilevamento tempestivo dell'incapacità lavorativa in casi complessi.

Una soluzione obbligatoria per tutti i lavoratori, dipendenti e indipendenti, non è politicamente realizzabile al momento. Obbligare gli indipendenti a un'assicurazione per perdita di guadagno non è conforme al sistema.

Conclusioni

Il Consiglio federale considera non ideale l'odierna situazione in cui coesistono due differenti regolamentazioni legali per l'assicurazione di indennità giornaliera, ma constata che la maggioranza dei lavoratori dipendenti è in larga misura coperta per la perdita di guadagno in caso di malattia. La regolamentazione in vigore, che si basa soprattutto su soluzioni concordate tra le parti sociali, in linea di massima ha dato buoni risultati. Anche un'assicurazione facoltativa può garantire a gran parte dei lavoratori dipendenti una copertura assicurativa sufficiente. Il Consiglio federale è del parere che l'assicurazione di indennità giornaliera com'è praticata attualmente può essere mantenuta. In considerazione dell'attuale situazione politico-economica e delle riforme relative all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ancora in corso, ritiene non opportuno modificare l'attuale sistema dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo le possibili varianti indicate nel presente rapporto. Secondo il Consiglio federale è prioritario realizzare il consolidamento e l'ottimizzazione del sistema nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1 Situazione di partenza

Oggi si può assicurare l'incapacità lavorativa per malattia secondo due differenti leggi, la legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e la legge sul contratto di assicurazione (LCA). In entrambi i casi si tratta di un'assicurazione facoltativa. L'assicurazione secondo la LAMal viene considerata un'assicurazione sociale ai sensi della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1). Gli assicuratori che esercitano l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie devono offrirla. Le assicurazioni secondo la LCA vengono offerte da compagnie di assicurazione che sottostanno alla legge sulla sorveglianza degli assicuratori.

Svariati interventi politici richiamano l'attenzione sulle carenze derivanti dall'attuale regolamentazione. Con il postulato «Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières (Lacune e incoerenze della LAMal in materia di indennità giornaliera)» (04.3000) della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) del 16 gennaio 2004 il Consiglio federale è stato invitato a effettuare una valutazione della vigente regolamentazione LAMal dell'assicurazione di indennità giornaliera e delle carenze nella prassi secondo la LCA e a presentare un rapporto contenente eventuali proposte di modifiche del CO, della LAMal, della LCA o della legge federale del 25 giugno 1982 sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (legge sull'assicurazione contro la disoccupazione; RS 837.0). Al riguardo vanno tenuti presenti gli attuali sviluppi della legislazione (assicurazione maternità e 5ª revisione della LAI). Il Consiglio federale ha accolto tale postulato e nel parere espresso il 25 febbraio 2004 ha proposto di effettuare innanzitutto la valutazione richiesta e di redigere in un secondo tempo sulla sua base un rapporto con proposte di modifiche legislative, sottoponendolo al Parlamento, qualora ciò dovesse dimostrarsi necessario in base ai risultati della valutazione stessa. Il postulato è stato discusso e accolto dal Consiglio nazionale il 17 marzo 2004.

Nel presente rapporto vengono innanzitutto illustrate e valutate le attuali regolamentazioni legali (assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal e secondo la LCA, prosecuzione del pagamento del salario e assicurazione di indennità giornaliera secondo le norme legali sul contratto di lavoro, indennità per perdita di guadagno causa incapacità lavorativa in altre assicurazioni sociali) nonché l'odierno mercato assicurativo e i problemi individuati. Successivamente vengono abbozzati quattro possibili varianti per un eventuale cambiamento del sistema. Si rinuncia in questa sede a una descrizione particolareggiata della regolamentazione relativa alle singole soluzioni.

Nel caso del postulato 04.3000 dovrebbe interessare soltanto l'incapacità lavorativa per malattia, sebbene ciò non risulti inequivocabilmente dal testo. I pareri espressi dal Consiglio nazionale il 17 marzo 2004 sono chiaramente andati in tal senso. Come viene illustrato più oltre al punto 2.4, anche con l'eccezione della temporanea incapacità lavorativa per malattia, il rischio di una perdita di guadagno da parte dei lavoratori dipendenti è oggi ampiamente coperto da assicurazioni sociali. Nel rapporto l'attenzione viene di conseguenza concentrata sull'incapacità lavorativa causa malattia.

2 L'attuale regolamentazione legale

2.1 L'assicurazione di indennità giornaliera ai sensi della LAMal

2.1.1 Regolamentazione legale

La LAMal, oltre all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, conosce l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera (LAMal, titolo terzo, art. 67 ss.).

L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal è perciò anche un'assicurazione sociale ai sensi della LPGa. Quale unica assicurazione sociale su base facoltativa, costituisce tuttavia un caso particolare. Inoltre gli assicuratori, oltre all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal, possono offrire come assicurazione complementare quella secondo la LCA¹. A tali assicurazioni non è applicabile la LAMal².

Tutti gli assicuratori in possesso dell'autorizzazione a esercitare l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie, secondo l'articolo 13 capoverso 2 lettera della LAMal sono tenuti a esercitare anche l'assicurazione individuale di indennità giornaliera secondo la LAMal. Gli assicuratori devono stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera, se richiesta dall'interessato/a, con qualsiasi persona di età compresa fra 15 e i 65 anni domiciliata o esercitante un'attività lucrativa in Svizzera (obbligo di accettazione). L'assicurazione di indennità giornaliera è un ramo assicurativo a sé stante. Non va necessariamente stipulata con lo stesso assicuratore con cui si stipula l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie.

Il diritto all'indennità giornaliera sussiste se l'assicurato è incapace al lavoro almeno al 50 % (art. 72 cpv. 2 LAMal). Dal punto di vista legale l'assicurazione di indennità giornaliera è quindi concepita come un'assicurazione per perdita di guadagno causa malattia e, in via sussidiaria, anche in seguito a infortunio (art. 1a°cpv. 2 lett. b LAMal). L'indennità giornaliera assicurata è dovuta anche in caso di maternità (art. 74 LAMal).

L'ammontare dell'indennità giornaliera viene concordato fra assicuratore e stipulante. La legge non impone agli assicuratori un importo minimo per l'indennità giornaliera. Gli assicuratori non sono quindi obbligati a offrire a un richiedente una copertura assicurativa che compensi interamente la sua presumibile perdita di guadagno in caso di malattia³.

Ma gli assicuratori devono trattare tutti i richiedenti allo stesso modo per quanto concerne ammontare e durata dell'indennità giornaliera (art. 109 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie [OAMal; RS 832.102])⁴.

Oltre all'obbligo di accettare la richiesta, nell'assicurazione di indennità giornaliera gli assicuratori devono rispettare altri obblighi legali, vale a dire:

- Eventuali riserve per preesistenti malattie vengono a cadere dopo cinque anni al massimo (art. 69 LAMal).
- In caso di cambio di assicuratore, perché l'assicurato inizia o cessa un rapporto di lavoro o esce dalla zona di attività dell'assicuratore o perché quest'ultimo non esercita più l'assicurazione sociale malattie secondo la LAMal, non si possono introdurre nuove riserve e il nuovo assicuratore deve assicurare un'indennità giornaliera di entità pari alla precedente (art. 70 LAMal), anche nel caso in cui quest'ultima fosse stata superiore a quella massima assicurabile presso il nuovo assicuratore⁵.
- In caso di uscita da un'assicurazione collettiva è possibile passare a un'assicurazione individuale con le medesime prestazioni assicurate in precedenza. L'assicuratore deve provvedere a che gli assicurati siano informati in merito a questo loro diritto. Se trascura di farlo, l'assicurato rimane nell'assicurazione collettiva (art. 71 LAMal).
- In caso di totale incapacità lavorativa l'indennità giornaliera assicurata va corrisposta per almeno 720 giorni su un arco di 900 giorni; in caso di parziale incapacità lavorativa viene ridotta in proporzione; in caso di riduzione per sovrindennizzo, sussiste il diritto al controvalore di 720 indennità giornaliere intere (art. 72 LAMal).

¹ Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, 2^a edizione, p. 773, n. 1095 (in seguito: Eugster, Krankenversicherung); DTF 126 V 499, 502 consid. 3d.

² Per i disoccupati ai sensi dell'art. 10 LADI, in base all'art. 110 cpv. 2 LCA si devono però osservare gli art. 71 e 73 LAMal, cfr. punto 2.2.1.

³ Eugster, Krankenversicherung, *loc.cit.*, n.m. 1101. Anche DTF 126 V 490, 495 consid. 2b.

⁴ Tuttavia di fatto tale principio vale soltanto nell'ambito dell'assicurazione individuale e non fra assicurazione collettiva e individuale, cfr. punto 2.1.3.

⁵ Cfr. DTF 126 V 490, 497 s. consid. 3a.

- Ai disoccupati va corrisposta la mezza indennità giornaliera se l'incapacità lavorativa supera il 25 % e l'intera indennità giornaliera se supera il 50 % (art. 73 LAMal).
- In caso di maternità l'indennità giornaliera assicurata va corrisposta per 16 settimane, purché l'assicurata, prima del giorno del parto, sia stata assicurata per almeno 270 giorni e senza interruzione superiore a tre mesi (art. 74 LAMal). L'indennità giornaliera va corrisposta, tenendo presente il divieto di sovrindennizzo (art. 69 LPG), in via sussidiaria alle prestazioni dell'indennità di maternità secondo la legge federale del 25 settembre 1952 sull'indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio o in caso di maternità (Legge sulle indennità di perdita di guadagno, LIPG; RS 834.1) (art. 110 OAMal).
- A parità di prestazioni assicurate l'assicuratore deve riscuotere i medesimi premi. Nell'assicurazione collettiva si possono riscuotere premi differenti da quelli dell'assicurazione individuale. I premi vanno fissati secondo i principi del sistema a ripartizione delle spese (art. 75 - 77 LAMal). Le tariffe dei premi devono essere approvate dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (art. 92 e 108 LAMal).

Con la cessazione del rapporto assicurativo, l'assicurato perde qualsiasi diritto alle prestazioni, anche se in quel momento è incapace al lavoro⁶. Gli assicurati hanno però il diritto di cambiare assicuratore e di passare dall'assicurazione collettiva a quella individuale (art. 70 e 71 LAMal).

Le disposizioni dell'articolo 70 LAMal sul cambio di assicuratore sono integrate da un regolamento di santésuisse sul libero passaggio. Esso tuttavia non amplia il diritto di libero passaggio già sancito dalla legge. Il regolamento fa riferimento alla convenzione di libero passaggio dell'Associazione Svizzera d'Assicurazioni / ASA (cfr. punto 2.2.4). Con questo non viene però introdotto alcun obbligo di libero passaggio fra le assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e quelle secondo la LCA. Il rimando mira piuttosto a riprendere le disposizioni della convenzione di libero passaggio dell'ASA per quanto concerne la stesura di offerte per gli stipulanti e le norme procedurali per la composizione delle vertenze fra assicuratori in caso di cambio di assicuratore.

2.1.2 Condizioni generali di contratto degli assicuratori

Gli assicuratori possono fissare nelle condizioni generali di assicurazione l'ammontare delle loro prestazioni nonché le regole necessarie per l'attuazione amministrativa dell'assicurazione di indennità giornaliera. Il rapporto giuridico fra assicuratore e stipulante si basa su un contratto di diritto pubblico⁷. Ma il contenuto delle condizioni generali di contratto è vincolante per gli assicurati soltanto se esso viene ripreso nel singolo contratto di assicurazione. Ciò vale in linea di principio per qualsiasi modifica del contratto e delle condizioni generali. La giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ammette tuttavia che si possano apportare modifiche alle condizioni generali di assicurazione tramite pubblicazione in un organo di pubblicazione ufficiale dell'assicuratore. L'assunzione di tale prassi dal diritto precedente contrasta con il principio del diritto contrattuale⁸, per cui il contratto può essere modificato soltanto di comune accordo. Nella legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMI), l'assicurazione malattie si fondava sull'affiliazione a una cassa malati⁹, per cui la cassa poteva decidere unilateralmente le condizioni di assicurazione. Ma oggi l'assicurazione si basa su un contratto. Una modifica unilaterale del contratto è possibile soltanto se le condizioni generali di assicurazione includono una clausola che la consenta.

⁶ DTF 125 V 106 ss., 110 consid. 3.

⁷ Eugster, Krankenversicherung, *loc.cit.*, n.m. 1098.

⁸ Così anche Eugster, Krankenversicherung, *loc.cit.*, n.m. 1098. Cfr. la giurisprudenza addotta lì come pure al n. 1099

⁹ Cfr. anche il Messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie (in seguito Messaggio concernente la LAMal), FF 1992 I 171.

2.1.3 Assicurazione individuale e assicurazione collettiva

La LAMal obbliga gli assicuratori soltanto a esercitare l'assicurazione individuale, ma consente anche l'assicurazione di indennità giornaliera sotto forma di assicurazione collettiva. Sono possibili assicurazioni collettive dei datori di lavoro per i propri dipendenti, di organizzazioni di lavoratori e datori di lavoro e di associazioni professionali per i propri membri. I premi dell'assicurazione collettiva possono differire da quelli dell'assicurazione individuale. Non sottostanno all'approvazione dell'autorità di vigilanza. Però l'assicuratore deve fare in modo che l'assicurazione collettiva nel suo complesso sia almeno finanziariamente autosufficiente (art. 77 LAMal).

Le condizioni generali dell'assicurazione collettiva differiscono sovente da quelle dell'assicurazione individuale. Mentre spesso nell'assicurazione individuale l'indennità giornaliera è limitata a un importo massimo relativamente modesto, in quella collettiva generalmente viene fissata come percentuale del salario effettivo (di solito l'80 %) e nel singolo contratto di assicurazione (polizza) viene concordato l'eventuale importo massimo del salario annuo assicurabile. Ne consegue che nell'assicurazione individuale vale un importo massimo diverso da quello dell'assicurazione collettiva e che in quest'ultima tale importo può variare da contratto a contratto. Perciò il principio della parità di trattamento ai sensi dell'articolo 109 OAMal viene rispettato nell'assicurazione individuale e nei singoli contratti collettivi, ma non fra assicurazione individuale e assicurazione collettiva.

2.1.4 Premi assicurativi

Nell'assicurazione individuale gli assicuratori devono applicare premi approvati dall'UFSP. Il premio è direttamente proporzionale all'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata. Può essere graduato in base all'età di entrata e alla regione. Se viene concordato un periodo di attesa superiore a tre giorni, il premio può venire ridotto in proporzione. Con un periodo di attesa di 30 giorni, nel 2007 il premio mensile medio per franco assicurato/giorno era il seguente¹⁰:

Età di entrata	-20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65
Malattia	1.36	1.42	1.52	1.60	1.63	1.75	1.94	2.23	2.39	2.73
Mal./infortunio	1.44	1.50	1.63	1.74	1.78	1.95	2.18	2.57	2.77	3.22

Nell'assicurazione collettiva, gli assicuratori possono utilizzare per i premi tariffe differenti da quelle dell'assicurazione individuale. I premi vanno fissati in modo che l'assicurazione collettiva sia almeno finanziariamente autosufficiente. Tanto l'importo dell'indennità giornaliera quanto il premio vengono generalmente fissati come percentuale del salario soggetto ai contributi AVS. Si possono fissare i premi in base al rischio e all'andamento del rischio del singolo contratto. Inoltre vengono concordate anche partecipazioni alle eccedenze. Ma, a differenza della LCA (cfr. punto 2.2.2.5), la LAMal non contiene disposizioni relative alla partecipazione alle eccedenze. La fattura dei premi viene inviata allo stipulante (datore di lavoro). In genere si basa sulla massa salariale complessiva soggetta ai contributi AVS. L'obbligo dei lavoratori di pagare i premi è oggetto del contratto di lavoro (cfr. punto 2.3.1).

I premi dell'assicurazione collettiva non sottostanno all'approvazione dell'UFSP, perché non vi sono disposizioni di validità generale in merito all'ammontare di tali premi. Un sondaggio effettuato ad hoc dall'UFSP presso gli assicuratori malattie nel dicembre 2007 ha rivelato che in tale campo vi sono forti differenze. Ciò di per sé non è sorprendente, perché nell'assicurazione collettiva si possono fissare i premi in base al rischio del singolo contratto.

Dal principio che, con la cessazione del rapporto di assicurazione, termina anche il diritto alle prestazioni (cfr. sopra punto 2.1.1) consegue che l'indennità giornaliera assicurata viene

¹⁰ Dati dell'UFSP basati sui dieci maggiori assicuratori di indennità giornaliera (in base al numero di assicurati nell'assicurazione individuale)

corrisposta soltanto se sono stati effettivamente pagati i premi per il relativo periodo. Perciò nell'assicurazione individuale il premio va pagato anche nel periodo in cui viene corrisposta l'indennità giornaliera assicurata. Se nell'assicurazione collettiva il premio viene riscosso sulla base della massa salariale complessiva soggetta ai contributi AVS dell'azienda, l'indennità giornaliera viene pagata finché l'avente diritto appartiene alla collettività assicurata. Generalmente quindi l'assicurazione sussiste finché dura il rapporto di lavoro. Se questo viene risolto, insorge il diritto al passaggio all'assicurazione individuale. Se la persona che passa all'assicurazione individuale è incapace al lavoro, l'indennità giornaliera va pagata senza un nuovo periodo di attesa. Ma contemporaneamente vanno pagati i premi vigenti per l'assicurazione individuale.

2.1.5 Coordinamento delle prestazioni con altre assicurazioni

Per il coordinamento delle prestazioni con altre assicurazioni sociali vanno rispettate le disposizioni della LPGa. In particolare vale il principio che il concorso di prestazioni delle assicurazioni sociali dello stesso genere e destinate al medesimo scopo non possono portare a un sovrindennizzo dell'avente diritto (art. 69 LPGa). Se le prestazioni dell'assicurazione malattie concorrono con analoghe prestazioni di altre assicurazioni sociali, le prestazioni di queste ultime sono prioritarie (art. 110 OAMal). La riduzione delle prestazioni causa sovrindennizzo avviene perciò sulle indennità giornaliere dell'assicurazione malattie.

Si procede a una riduzione delle prestazioni causa sovrindennizzo ai sensi dell'articolo 69 LPGa anche quando si è assicurati secondo la LAMal presso più di un assicuratore di indennità giornaliera. La riduzione avviene per ogni assicuratore proporzionalmente all'importo totale delle indennità giornaliere assicurate (art. 122 cpv. 2 OAMal).

Le norme sul coordinamento della LPGa e della LAMal vigono soltanto nel rapporto fra assicurazioni sociali. Perciò non si possono ridurre le prestazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal facendo riferimento al divieto di sovrindennizzo, se contemporaneamente sussiste anche il diritto a prestazioni di indennità giornaliera di un'assicurazione secondo la LCA¹¹. Al contrario, il contratto di assicurazione secondo la LCA può prevedere una riduzione della prestazione causa sovrindennizzo¹². Perciò nel rapporto fra assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e la LCA di fatto la riduzione per sovrindennizzo avviene nell'assicurazione secondo la LCA.

Per il coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione valgono speciali disposizioni. In caso di parziale incapacità lavorativa le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione e di quella di indennità giornaliera vengono armonizzate reciprocamente (cfr. art. 73 cpv. 1 LAMal e art. 28 cpv. 1 e 4 LADI)¹³. Inoltre gli assicurati disoccupati hanno diritto, previo congruo adeguamento dei premi, alla trasformazione dell'assicurazione previgente in un'assicurazione le cui prestazioni decorrono dal 31° giorno. E questo mantenendo l'ammontare della precedente indennità giornaliera e indipendentemente dallo stato di salute al momento del cambiamento (art. 73 cpv. 2 LAMal).

2.2 L'assicurazione di indennità giornaliera ai sensi della LCA

2.2.1 Obblighi imposti agli assicuratori dalla legge

2.2.1.1 Legge sul contratto di assicurazione

Oltre a quella secondo la LAMal, si possono stipulare assicurazioni di indennità giornaliera basandosi sulla LCA. In questo caso vige il principio della libertà contrattuale. Ciò significa in particolare che gli assicuratori

¹¹ RAMI 6/2005 KV 350, p. 421

¹² Cfr. Eugster, Krankenversicherung, *loc.cit.*, n.m. 1167.

¹³ Cfr. anche più oltre punto 2.4.3.

- decidono da soli con chi stipulare un contratto (nessun obbligo di accettare la proposta) e se introdurre riserve senza limiti di tempo per rischi preesistenti;
- concordano liberamente con gli assicurati l'ammontare dell'indennità giornaliera e la durata delle prestazioni senza condizioni imposte dalla legge;
- possono escludere dall'assicurazione determinati rischi.

L'assenza dell'obbligo di accettazione ha come conseguenza che, se il rapporto di assicurazione viene risolto in seguito alla cessazione del rapporto di lavoro, gli assicuratori non sono obbligati ad accettare in un'assicurazione individuale la persona in precedenza assicurata in una collettiva. Ma di solito nelle condizioni generali di assicurazione viene concesso tale diritto di passaggio (cfr. punto 2.2.2). Sussiste l'obbligo legale di accettare la proposta a favore di stipulanti e assicurati considerati disoccupati ai sensi dell'articolo 10 LADI. In tal caso gli assicuratori, in base all'articolo 100 capoverso 2 LCA, devono rispettare le disposizioni degli articoli 71 (Uscita dall'assicurazione collettiva) e 73 (Coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione) LAMal. Viceversa non è applicabile alle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA la disposizione della LAMal relativa al libero passaggio in caso di cambio dell'assicuratore (art. 70 LAMal).

2.2.1.2 Legge sulla sorveglianza degli assicuratori

Gli assicuratori che vogliono esercitare l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA sono assoggettati alla legge sulla sorveglianza degli assicuratori. Tale sorveglianza viene esercitata dall'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP) e, dal 1° gennaio 2009, dall'Autorità di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA). Essa mira a tutelare gli assicurati dai rischi di insolvenza delle compagnie di assicurazione e dagli abusi. In base all'articolo 12 capoverso 2 LAMal sono soggette a tale vigilanza anche le casse malati se, basandosi sulla LCA, oltre all'assicurazione sociale malattie offrono assicurazioni complementari (art. 21 cpv. 2 LAMal). La giurisprudenza del Tribunale federale (Tribunale federale delle assicurazioni) considera l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA un'assicurazione complementare ai sensi dell'articolo 12 capoverso 2 LAMal¹⁴.

Con l'entrata in vigore, il 1° gennaio 2006, della nuova LSA fundamentalmente è stata abolita la previa approvazione delle convenzioni tariffarie da parte dell'autorità di vigilanza (controllo preliminare delle tariffe). Ma sussiste un'eccezione per le assicurazioni complementari dell'assicurazione sociale malattie (art. 4 cpv. 2 lett. r LSA). La giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale non considera però l'assicurazione collettiva di indennità giornaliera un'assicurazione ai sensi di tale eccezione fatta dalla LSA¹⁵. Ma, secondo la prassi della FINMA (fino al 31 dicembre 2008 UFAP), le tariffe delle assicurazioni individuali di indennità giornaliera sono ancora soggette al controllo preliminare.

2.2.2 Contenuto tipico delle condizioni generali di contratto

La LCA non contiene in pratica alcuna norma imperativa in merito al contenuto del rapporto contrattuale. Di fatto sono perciò determinanti le condizioni generali di assicurazione stabilite dagli assicuratori. Queste diventano vincolanti per gli stipulanti soltanto se sono riprese espressamente nei singoli contratti. Il loro contenuto tipico si può riassumere nel modo seguente:

2.2.2.1 Stipulazione dell'assicurazione

Nell'assicurazione individuale la stipulazione del contratto di assicurazione avviene generalmente sulla base di una serie di domande sullo stato di salute ed eventualmente di una verifica di tale stato. Se in seguito emerge che un richiedente ha fornito indicazioni false, gli assicuratori si riservano il diritto di risolvere il contratto con effetto retroattivo. Nei contratti collettivi con aziende generalmente si rinuncia alle domande sullo stato di salute. In questo caso gli assicuratori partono evidentemente dal presupposto che il datore di lavoro si rende

¹⁴ DTF 126 V 499, 502 consid. 2b.

¹⁵ Cfr. al riguardo più oltre punto 2.2.3.

conto dello stato di salute dei suoi lavoratori già al momento di stipulare il contratto di lavoro. Inoltre l'assicuratore ha la possibilità di adeguare i premi all'andamento del rischio dei singoli contratti collettivi.

2.2.2.2 Maternità

Si può concordare nel singolo contratto di assicurazione se sussiste l'obbligo di prestazioni in caso di maternità. Se viene inclusa la maternità, il premio aumenta di conseguenza. Il periodo di attesa per le prestazioni in caso di maternità è spesso superiore ai 270 giorni previsti dall'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal (art. 74 cpv. 1 LAMal). Se sono incluse le prestazioni in caso di maternità, in base alla regola sulla soprassicurazione esse vengono corrisposte solo in via sussidiaria a quelle previste da LIPG e LAMal.

2.2.2.3 Esclusione di rischi

Le condizioni generali di contratto contengono di solito un elenco dettagliato dei rischi per i quali non vengono corrisposte prestazioni. Vi rientrano in particolare quelli relativi a crimini e delitti commessi intenzionalmente o per grave negligenza, il consumo di droghe e l'abuso di alcolici e farmaci, la partecipazione a dimostrazioni non autorizzate, disordini e risse. Vengono anche escluse prestazioni di indennità giornaliera dopo determinati trattamenti come cure dimagranti e di irrobustimento, trattamenti cosmetici e, in generale, in caso di incapacità lavorativa derivante da trattamenti antieconomici, inappropriati e inefficaci.

2.2.2.4 Entità delle prestazioni

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa vengono generalmente concordate indennità giornaliera che coprono la perdita di guadagno, interamente o per una determinata percentuale (p.es. l'80 %), fino a un importo massimo (p.es. analogamente al guadagno massimo assicurato secondo la LAINF¹⁶). In caso di incapacità lavorativa di chi si occupa della conduzione della casa l'indennità giornaliera massima assicurabile oscilla fra i 40 e i 100 franchi. La durata massima delle prestazioni è normalmente di 730 o di 365 giorni.

Le indennità giornaliera possono essere definite come un'assicurazione contro i danni o un'assicurazione di una somma fissa. Nell'assicurazione contro i danni, l'indennità giornaliera assicurata può venire ridotta causa pluriassicurazione (stipulazione di più assicurazioni di indennità giornaliera) o causa sovrindennizzo (p.es. concorso con prestazioni delle assicurazioni sociali). Nell'assicurazione di una somma fissa, l'indennità giornaliera assicurata viene sempre pagata, se si verifica il caso assicurato (incapacità lavorativa per malattia).

2.2.2.5 Premi/partecipazione alle eccedenze

L'importo del premio viene concordato nel contratto di assicurazione. Generalmente nell'assicurazione individuale il premio viene definito come percentuale dell'indennità giornaliera assicurata, in quella collettiva come percentuale del guadagno assicurato. Tanto nell'assicurazione individuale quanto in quella collettiva si possono fissare i premi in base al rischio e al suo andamento. Nei contratti collettivi si possono concordare una tariffazione basata su valori empirici e una partecipazione alle eccedenze. Nel contratto si deve concordare la modalità di calcolo delle eccedenze¹⁷. In linea di principio si tratta di un confronto fra i premi riscossi e le prestazioni pagate, spese amministrative, accantonamenti e riserve inclusi. Il calcolo viene generalmente effettuato su un periodo di tre anni di assicurazione. Una quota delle eccedenze viene di solito pagata allo stipulante.

2.2.2.6 Fine della copertura assicurativa/Passaggio all'assicurazione individuale

Nell'assicurazione individuale la copertura termina allo scadere del contratto. Nell'assicurazione collettiva la copertura per gli assicurati termina inoltre se essi escono dalla

¹⁶ Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981, LAINF; RS 832.20

¹⁷ Cfr. art. 123 dell'ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (ordinanza sulla sorveglianza, OS; RS 961.011).

collettività assicurata, specialmente quindi in caso di risoluzione del rapporto di lavoro. Per tale caso generalmente le condizioni generali di assicurazione sanciscono il diritto di passaggio all'assicurazione individuale. L'obbligo di informare gli assicurati a questo riguardo viene trasferito allo stipulante. In contrasto con l'articolo 71 capoverso 2 LAMal, gli assicuratori non hanno quindi alcun obbligo di informare direttamente gli assicurati in merito a tale diritto. Di conseguenza non si possono obbligare ad assicurare di nuovo la persona assicurata in precedenza, se lo stipulante ha violato l'obbligo di informazione¹⁸. Ciò dipende dal fatto che in genere l'assicuratore non sa chi sono gli assicurati né gli vengono notificati. Per il calcolo del premio generalmente viene comunicata soltanto la massa salariale complessiva secondo l'AVS.

Se però al momento della sua uscita dalla collettività assicurata l'assicurato percepisce già prestazioni, l'assicuratore deve continuare a corrispondergliele anche dopo la cessazione del rapporto di assicurazione. Vale il principio secondo cui le prestazioni assicurate sono dovute se il danno si verifica mentre l'assicurazione è in corso e vanno corrisposte finché sono giustificate dalle clausole assicurative concordate¹⁹. Di fatto quindi le prestazioni per un caso in corso vanno corrisposte finché non viene recuperata totalmente la capacità lavorativa o finché non viene raggiunta la durata massima delle prestazioni. Tuttavia ciò vale soltanto se il contratto non prevede espressamente qualcos'altro. La maggior parte dei contratti prevedono oggi soltanto un'assicurazione fino all'uscita dalla cerchia degli assicurati, eventualmente con una breve ulteriore copertura di 30 giorni. La prosecuzione della copertura assicurativa viene quindi garantita solo in caso di passaggio all'assicurazione individuale.

2.2.3 Premi assicurativi

Secondo l'articolo 4 capoverso 2 lettera r LSA, in caso di assicurazioni complementari all'assicurazione malattie gli assicuratori devono sottoporre all'approvazione dell'autorità di vigilanza anche le tariffe e le condizioni generali di assicurazione (controllo preventivo delle tariffe). In base a tale disposizione, entrata in vigore il 1° gennaio 2006, l'UFAP ha poi stabilito che l'assicurazione collettiva di indennità giornaliera doveva essere considerata un'assicurazione complementare all'assicurazione sociale malattie, per cui le tariffe dei premi, prima di venire applicate, dovevano essere approvate dall'autorità di vigilanza. Il Tribunale amministrativo federale nella sua sentenza del 25 maggio 2007²⁰ è giunto invece alla conclusione che non si può considerare l'assicurazione collettiva di indennità giornaliera secondo la LCA un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie, perché si tratta di un'assicurazione autonoma e completa del diritto delle assicurazioni private, che un datore di lavoro stipula per i propri dipendenti. Vista tale sentenza passata in giudicato, l'UFAP (oggi la FINMA) richiede ora l'approvazione preliminare delle convenzioni tariffarie solo per l'assicurazione individuale. Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA l'obbligo di approvazione viene quindi applicato esattamente come in quella secondo la LAMal.

Anche per l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA mancano dati statistici sull'ammontare dei premi, esattamente come per quella secondo la LAMal. Secondo le informazioni fornite dall'UFAP ci sono differenze molto rilevanti fra i premi dei singoli contratti collettivi e anche forti differenze tra quelli dell'assicurazione collettiva e quelli dell'assicurazione individuale. Generalmente i premi delle assicurazioni collettive sono più bassi di quelli dell'assicurazione individuale. Ciò è dovuto anzitutto a differenze nella struttura del rischio e al trasferimento di sinistri in corso (dopo licenziamento da parte del datore di lavoro) in base al diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Quanto constatato dall'UFAP trova conferma nei risultati di un sondaggio effettuato dall'UFSP presso

¹⁸ Cfr. al riguardo la sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Cantone di Argovia del 14 agosto 2007, consid. 4.2.3.3.

¹⁹ DTF 127 III 106, 109 consid. 3b.

²⁰ Decisione del Tribunale amministrativo federale svizzero [DTAF] 2007/50 p. 670.

le maggiori casse malati che esercitano anche l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA.

2.2.4 Convenzione di libero passaggio

I membri dell'Associazione Svizzera d'Assicurazioni (ASA) e gli assicuratori malattie secondo l'articolo 12 LAMal possono aderire a una convenzione di libero passaggio elaborata dall'ASA. La convenzione si riferisce ai contratti collettivi di indennità giornaliera secondo la LCA e la LAMal, ma non ai casi LAMal fra assicuratori malattie. L'assicurazione individuale di indennità giornaliera non ricade sotto la convenzione²¹. La convenzione riguarda i rischi di malattia e complicazioni in gravidanza, ma non il parto (indennità giornaliera per maternità).

Se si applica la convenzione, il nuovo assicuratore non può formulare nuove riserve, a meno che ciò non derivi da una copertura più ampia. Se il nuovo assicuratore prevede premi graduati in base all'età di entrata, viene considerata età d'entrata quella che l'interessato aveva al momento di stipulare l'assicurazione presso il precedente assicuratore. Le persone solo parzialmente abili al lavoro, che hanno un rapporto di lavoro, devono continuare a beneficiare della copertura presso il nuovo assicuratore nella misura in cui sono abili al lavoro. I sinistri in corso passano a carico del nuovo assicuratore alla data in cui avviene il cambio.

Inoltre la convenzione obbliga il precedente assicuratore di un contratto collettivo a fornire a un altro assicuratore, che sia stato invitato a fare un'offerta, informazioni su durata del contratto, estensione della copertura, masse salariali conteggiate, sinistri registrati nonché sinistri e riserve in corso.

2.2.5 Coordinamento con l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal

Non vi sono norme legali per il coordinamento delle prestazioni dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal e quelle secondo la LCA. Non si possono ridurre le prestazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal, se contemporaneamente sussiste ancora un diritto a prestazioni secondo la LCA²². Viceversa le condizioni generali di contratto secondo la LCA prevedono in tal caso una riduzione causa sovrindennizzo. Se concorrono le prestazioni di indennità giornaliera secondo la LCA di più assicuratori, le condizioni generali di contratto possono prevedere una riduzione proporzionale (cfr. art. 71 cpv. 1 LCA).

2.3 Prosecuzione del pagamento del salario e assicurazione di indennità giornaliera secondo il diritto del lavoro

2.3.1 La prosecuzione del pagamento del salario secondo la legge e la giurisprudenza

Se il lavoratore senza sua colpa è impedito a lavorare per malattia, infortunio, gravidanza, servizio militare, ecc., in base alle norme del CO sul contratto di lavoro il datore di lavoro deve continuare a pagargli il salario per un tempo limitato. Se il rapporto di lavoro dura da più di tre mesi o è stato stipulato per più di tre mesi, nel primo anno di servizio va pagato per tre settimane, poi per «un tempo adeguatamente più lungo» (art. 324a CO). La durata adeguata viene definita con maggior precisione dalla giurisprudenza. Al riguardo vengono applicati le scale e i valori indicativi seguenti:

Anni di servizio	Scala basilese	Scala bernese	Scala zurighese
1° anno di servizio		3 settimane	3 settimane 3 settimane
2° anno di servizio		2 mesi	1 mese 8 settimane
3° anno di servizio		2 mesi	2 mesi 9 settimane
4° anno di servizio		3 mesi	2 mesi 10 settimane
5° anno di servizio		3 mesi	3 mesi 11 settimane

²¹ Essa può tuttavia venire applicata anche in caso di passaggio da un'assicurazione individuale a una collettiva, se l'interessato originariamente è stato trasferito, grazie al diritto di passaggio, da un'assicurazione collettiva a una individuale.

²² RAMI 6/2005 KV 350, p. 421.

6° anno di servizio	3 mesi	3 mesi	12 settimane
7° anno di servizio	3 mesi	3 mesi	13 settimane
8° anno di servizio	3 mesi	3 mesi	14 settimane
9° anno di servizio	3 mesi	3 mesi	15 settimane
10° anno di servizio	3 mesi	4 mesi	16 settimane
11° anno di servizio	4 mesi	4 mesi	17 settimane

Se durante il periodo di impedimento al lavoro inizia un nuovo anno di servizio, il diritto al salario si basa su quest'ultimo.

2.3.2 Regolamentazioni contrattuali, in particolare contratti collettivi di lavoro

Mediante accordo scritto, contratto di lavoro normale o collettivo (CCL), si possono adottare regole differenti, purché siano almeno equivalenti per il lavoratore (art. 324a cpv. 4 CO). Una tale regolamentazione contrattuale obbliga sovente il datore di lavoro a stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera per malattia per i suoi lavoratori. Secondo dottrina e giurisprudenza tali soluzioni assicurative si equivalgono comunque, se, in caso di malattia, dopo al massimo tre giorni di attesa coprono l'80 % del salario per 720 giorni (su un arco di 900 giorni consecutivi) e il datore di lavoro paga almeno la metà dei premi. Si possono anche stipulare assicurazioni che, oltre a quelle in caso di malattia, corrispondono prestazioni pure in caso di maternità.

Nel CCL spesso l'obbligo imposto dalla legge al datore di lavoro di continuare a pagare il salario viene ampliato o totalmente o in parte sostituito dal suo impegno di stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera. Talvolta, in aziende di diritto pubblico o in imprese di dimensioni tali da essere in grado di affrontare esse stesse il rischio di dover continuare a pagare un salario per un lungo periodo, vigono regolamenti che prevedono una prosecuzione del pagamento del salario per parecchi mesi, senza obbligo per il datore di lavoro di stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera. In caso di combinazione delle due possibilità, secondo dottrina e giurisprudenza l'obbligo minimo vigente (indennità giornaliera pari all'80 % del salario per 720 giorni, inizio della prestazione dopo tre giorni al massimo di attesa, almeno il 50 % del premio a carico del datore di lavoro) di solito viene modificato a favore dei lavoratori, tramite una o più delle seguenti norme:

- Il datore di lavoro corrisponde per un determinato periodo il 100 % o almeno l'80 % del salario. L'obbligo dell'assicurazione di fornire la prestazione inizia soltanto dopo questo periodo di differimento. La prosecuzione del pagamento del salario da parte del datore di lavoro di solito non dipende dagli anni di servizio, ma spesso è dovuta soltanto dopo che è trascorso il periodo di prova.
- Il datore di lavoro si impegna a stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera per un importo superiore all'80 % del salario.
- Il datore di lavoro paga più della metà del premio, cioè i lavoratori devono pagare soltanto il 50 % del premio di un'assicurazione con un determinato periodo di differimento oppure pagano un premio fisso, stabilito nel CCL, inferiore al 50 % del premio dovuto.

In linea di principio la scelta dell'assicuratore è di competenza del datore di lavoro. Da quando è entrata in vigore la LAMal sono piuttosto rare le clausole del CCL che impongono di stipulare l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal o presso una cassa malati ai sensi della LAMal. Viceversa, singoli contratti esigono che venga scelto un assicuratore che ha aderito alla convenzione di libero passaggio di ASA e santésuisse²³. Talvolta nel CCL si chiede anche che, qualora cessi il rapporto di lavoro, le condizioni di assicurazione garantiscano la prosecuzione delle prestazioni in caso di perdurante incapacità lavorativa o che sia garantito il passaggio all'assicurazione individuale. Ciò dovrebbe indurre gli assicuratori a formulare i propri contratti in base alle esigenze dei CCL.

²³ Cfr. sopra punto 2.2.4.

2.4 Regolamentazioni di altre assicurazioni sociali sull'indennità per perdita di guadagno causa incapacità lavorativa

2.4.1 Assicurazione infortuni

In base alla LAINF, in Svizzera tutti i lavoratori²⁴ sono assicurati obbligatoriamente contro gli infortuni professionali e non professionali e le malattie professionali. I collaboratori a tempo parziale con meno di 8 ore lavorative alla settimana sono assicurati soltanto contro gli infortuni professionali e le malattie professionali²⁵. Secondo il tipo di azienda, l'assicurazione viene gestita dalla SUVA, da compagnie di assicurazione private, da casse pubbliche di assicurazione contro gli infortuni o da casse malati ai sensi della LAMal (cfr. art. 66-70 LAINF). Le persone con un'attività lucrativa indipendente e i familiari coadiuvanti che non sono assicurati obbligatoriamente possono assicurarsi secondo la LAINF a titolo facoltativo.

Oltre alla perdita di guadagno l'assicurazione infortuni obbligatoria copre anche le spese di cura. In caso di temporanea incapacità lavorativa vengono corrisposte indennità giornaliere. In caso di incapacità lavorativa permanente (invalidità) sussiste il diritto a una rendita di invalidità. L'assicurazione infortuni concede inoltre rendite per i superstiti nonché indennità per menomazione dell'integrità e assegni per grandi invalidi.

In caso di totale incapacità lavorativa l'indennità giornaliera è pari all'80 % del guadagno assicurato e viene pagata periodicamente, per tutti i giorni civili, dal 3° giorno dalla data dell'infortunio fino al totale recupero della capacità lavorativa ovvero fino all'inizio di un'eventuale rendita di invalidità. In caso di parziale incapacità lavorativa l'indennità giornaliera viene ridotta in proporzione. Il guadagno massimo assicurato ammonta attualmente²⁶ a 126 000 franchi all'anno o a 346 franchi al giorno. Un assicurato ha diritto a una rendita di invalidità, se in seguito all'infortunio rimane invalido almeno al 10 %²⁷. In caso di invalidità totale la rendita di invalidità ammonta all'80 % del guadagno assicurato, in caso di invalidità parziale la rendita viene ridotta in proporzione.

I premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e le malattie professionali sono a carico del datore di lavoro. I premi per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali sono a carico del lavoratore. Restano riservati eventuali accordi di tenore diverso a favore dei lavoratori. Il datore di lavoro è debitore dell'intero ammontare dei premi. Deduce dal salario la quota dovuta dal lavoratore (art. 91 LAINF).

In base all'articolo 22a capoverso 4 LADI, anche tutti i disoccupati sono assicurati conformemente alle disposizioni della LAINF. L'assicurazione viene gestita per tutti i disoccupati dalla SUVA quale ramo assicurativo a sé stante. Le speciali disposizioni al riguardo sono fissate dall'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni dei disoccupati²⁸. Le prestazioni corrispondono in linea di massima a quelle della LAINF. L'indennità giornaliera dell'assicurazione infortuni corrisponde all'indennità netta dell'assicurazione contro la disoccupazione. L'assicurazione termina 30 giorni dopo la cessazione del diritto all'indennità di disoccupazione. Attualmente il premio per l'assicurazione infortuni dei disoccupati è pari al 4,37 % dell'indennità di disoccupazione. La cassa disoccupazione detrae dall'indennità di disoccupazione la quota di premio a carico dell'assicurato (2,91 %) e versa l'intero premio alla SUVA.

²⁴ In merito all'effettiva cerchia delle persone assicurate cfr. art. 1a LAINF e art. 1-6 dell'ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF; RS 832.202).

²⁵ Si considerano malattie professionali quelle causate nell'ambito dell'attività professionale esclusivamente o prevalentemente da determinate sostanze nocive o determinati lavori. Il Consiglio federale compila l'elenco di tali sostanze e lavori, come pure delle malattie provocate da questi ultimi. Sono considerate malattie professionali anche altre malattie, di cui è provato che sono state causate esclusivamente o in modo preponderante dall'esercizio dell'attività professionale. Le malattie professionali sono equiparate agli infortuni professionali dal momento in cui insorgono.

²⁶ Il guadagno massimo assicurato viene adeguato regolarmente all'evoluzione dei salari, cf. art. 15 cpv. 3 LAINF.

²⁷ Sul concetto di invalidità cfr. art. 8 LPGA.

²⁸ Ordinanza del 24 gennaio 1996, RS 837.171.

2.4.2 Indennità di maternità

L'indennità di maternità non costituisce un ramo assicurativo a sé stante, ma è integrata nella LIPG, che concede indennità per perdita di guadagno per chi presta servizio nell'esercito, nella Croce Rossa, nel servizio civile, nella protezione civile o partecipa ai corsi federali e cantonali per monitori di Gioventù e Sport. In base alla LIPG le donne che esercitano un'attività lucrativa dopo il parto hanno diritto a un'indennità giornaliera (indennità di maternità) per un periodo di 14 settimane. Durante il periodo in cui il datore continua a versare il salario, tale indennità giornaliera viene corrisposta a quest'ultimo (art. 19 cpv. 2 LPG).

Hanno diritto all'indennità le donne che negli ultimi nove²⁹ mesi immediatamente precedenti il parto sono state obbligatoriamente assicurate ai sensi della LAVS³⁰ e che in tale periodo hanno esercitato per almeno cinque mesi un'attività lucrativa come dipendenti o indipendenti. Ne usufruiscono anche le donne che lavorano nell'azienda del marito o di un parente e ricevono un salario in contanti

Il diritto all'indennità di maternità sussiste anche per le madri che al momento del parto sono disoccupate o che, in seguito a un periodo di disoccupazione, non hanno esercitato un'attività lucrativa per il tempo minimo necessario (art. 29 OIPG), nonché per le donne incapaci al lavoro al momento del parto o che, in seguito a un periodo di incapacità lavorativa, non hanno esercitato un'attività lucrativa per il tempo minimo necessario, se fino al momento del parto hanno percepito l'indennità di un'assicurazione di indennità giornaliera secondo LAMal, LAINF o LCA o un'indennità giornaliera dell'AI (art. 30 OIPG).

L'indennità di maternità ammonta all'80 % del reddito lavorativo medio conseguito immediatamente prima del parto, ma al massimo a 196 franchi al giorno (art. 16e e 16f LIPG). Essa esclude il pagamento di indennità giornaliere di AD, AI, AINF AM e altre indennità giornaliere dell'IPG (art. 16g cpv. 1 LIPG). Però se fino all'inizio del diritto all'indennità di maternità sussisteva il diritto a un'indennità giornaliera delle succitate assicurazioni sociali o a un'indennità giornaliera secondo la LAMal, allora l'indennità di maternità corrisponde almeno all'indennità giornaliera percepita in precedenza (art. 16g cpv. 2 LIPG). Non vengono invece garantiti i diritti acquisiti nel caso delle indennità giornaliere secondo la LCA. Con tale norma il legislatore ha privilegiato le prestazioni delle opere sociali.

In virtù della sua integrazione nella LIPG il finanziamento dell'indennità di maternità avviene tramite i contributi generali al fondo dell'indennità per perdita di guadagno. Questi vengono versati come supplemento ai contributi AVS da datore di lavoro e lavoratore nella misura dello 0,15 % ciascuno.

L'indennità di maternità secondo la LIPG è un'assicurazione minima. A sua integrazione i Cantoni possono prevedere un'indennità di maternità o anche un'indennità di adozione più elevata o di maggiore durata e riscuotere contributi speciali per il loro finanziamento. Alcuni Cantoni nella loro qualità di datori di lavoro³¹ nonché svariati datori di lavoro privati prevedono oggi indennità di maternità che vanno oltre la soluzione federale (14 settimane, 80 % del salario). Spesso viene corrisposto il 100 % del salario per 14-16 settimane. In qualità di datore di lavoro, la Confederazione corrisponde per quattro mesi il 100 % del salario conforme al grado di occupazione momentaneo, se il parto avviene dopo sei mesi di impiego.

²⁹ 6 mesi in caso di parto prima del 7^o mese di gravidanza, 7 mesi in caso di parto prima dell'8^o mese e 8 mesi in caso di parto prima del 9^o mese.

³⁰ Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (RS 831.10).

³¹ Per esempio BS, BE, ZH, LU, GE, VD.

2.4.3 Assicurazione contro la disoccupazione

In base alla legge sull'assicurazione contro la disoccupazione sono assicurati contro la disoccupazione, e perciò tenuti a pagare i relativi contributi, tutti i lavoratori soggetti ai contributi AVS. In linea di principio il diritto all'indennità di disoccupazione sussiste soltanto se sull'arco di un periodo di due anni (termine quadro) sono stati versati contributi per almeno dodici mesi. Vengono però computati anche i periodi in cui l'assicurato era sì vincolato da un rapporto di lavoro, ma causa malattia o infortunio non ha percepito alcun salario e perciò non ha pagato contributi. Parimenti vengono computate le interruzioni del lavoro per maternità, purché prescritte dalle norme sulla tutela del lavoratore o convenute nei contratti collettivi di lavoro³². Sono esonerate dall'obbligo di contribuzione e hanno comunque diritto alle prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione anche le persone domiciliate in Svizzera che, entro il termine quadro, non sono state vincolate da un rapporto di lavoro per un periodo complessivo di oltre dodici mesi, perché seguivano una formazione o causa malattia, infortunio o maternità³³.

L'indennità contro la disoccupazione viene pagata sotto forma di indennità giornaliera. Per una settimana vengono versate cinque indennità giornaliere (da lunedì a venerdì). La persona assicurata ha diritto a un'indennità giornaliera pari all'80 % del guadagno assicurato, se ha obblighi di mantenimento nei confronti di figli o se la sua indennità giornaliera non supera 140 franchi o se è invalido. Tutti gli altri assicurati hanno diritto a un'indennità giornaliera pari al 70 % del guadagno assicurato³⁴. In linea di massima il guadagno assicurato viene calcolato in base al salario soggetto ai contributi AVS degli ultimi sei o, se più vantaggioso, degli ultimi dodici mesi precedenti la disoccupazione. Analogamente a quanto avviene nell'assicurazione infortuni, l'importo massimo del guadagno assicurato ammonta a 126 000 franchi. Se il guadagno medio è inferiore a 500 franchi al mese, non viene assicurato. Per gli assicurati che percepiscono un'indennità di disoccupazione dopo il periodo di tirocinio e per le persone esonerate dall'adempimento del periodo di contribuzione valgono quale guadagno assicurato importi forfetari.

La LADI prevede un periodo massimo di riscossione entro un termine quadro generalmente di due anni (termine quadro per la riscossione della prestazione). Ciò corrisponde a 520 indennità giornaliere al massimo. Entro tale termine quadro il numero massimo di indennità giornaliere viene determinato in base all'età dell'assicurato e al periodo di contribuzione. Hanno diritto ad altre 120 indennità giornaliere gli assicurati divenuti disoccupati negli ultimi quattro anni precedenti il raggiungimento dell'età di pensionamento AVS. Le persone esonerate dall'adempimento del periodo di contribuzione hanno diritto a 260 indennità giornaliere al massimo.

L'indennità di disoccupazione viene corrisposta se il disoccupato è idoneo al collocamento, ossia è a disposizione del mercato del lavoro ed è in grado e in diritto di accettare un lavoro adeguato e di partecipare a provvedimenti di integrazione. Gli assicurati la cui capacità lavorativa o la cui idoneità al collocamento sono temporaneamente nulle o ridotte per malattia, infortunio o maternità, se soddisfano gli altri presupposti, hanno diritto all'intera indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione, ma al massimo fino al 30° giorno dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa e limitatamente a 44 giorni al massimo entro il termine quadro per la riscossione della prestazione (art. 28 cpv. 1 LADI). Se compensative della perdita di guadagno, le indennità giornaliere dell'assicurazione malattie o dell'assicurazione infortuni vengono dedotte dall'indennità di disoccupazione (art. 28 cpv. 2 LADI). Stando al suo testo, tale norma si riferisce anche alle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA. Una volta esauritosi tale diritto, se perdura la sua temporanea riduzione della capacità lavorativa, il disoccupato è idoneo al collocamento e capace al

³² Cfr. articolo 13 capoverso 2 lettere c-d LADI.

³³ Cfr. articolo 14 capoverso 1 lettera b LADI.

³⁴ Cfr. articolo 22 LADI e articolo 33 dell'ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (ordinanza sull'assicurazione contro la disoccupazione, OADI; RS 837.02).

lavoro almeno al 75 %, continua a venirgli corrisposta l'intera indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione o la mezza indennità, se la sua capacità lavorativa è almeno del 50 % (art. 28 cpv. 4 LADI). Nel quadro del coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione, l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal paga ai disoccupati l'indennità intera se l'incapacità lavorativa è superiore al 50 % e la mezza indennità se l'incapacità lavorativa è superiore al 25 % ma non supera il 50 %, a condizione che in linea di principio gli assicuratori, in virtù delle proprie condizioni di assicurazione o di accordi contrattuali, paghino le prestazioni corrispondenti al grado di incapacità lavorativa (art. 73 cpv. 1 LAMal). Infine gli assicurati disoccupati, previo congruo adeguamento dei premi, hanno diritto alla trasformazione dell'assicurazione previgente in un'assicurazione le cui prestazioni decorrono dal 31° giorno, mantenendo la precedente indennità giornaliera e indipendentemente dallo stato di salute al momento della trasformazione (art. 73 cpv. 2 LAMal).

Anche un disoccupato che non ha diritto a indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione può subire una perdita di guadagno che deve essere risarcita da una assicurazione esistente di indennità giornaliera per malattia. Presupposto per il diritto alle prestazioni è però che si debba ritenere come estremamente probabile che, se non fosse malato, l'assicurato eserciterebbe un'attività lucrativa. Secondo la giurisprudenza si devono distinguere in linea di principio due categorie di casi: se un assicurato viene licenziato e perde il posto quando è già incapace al lavoro per malattia, si suppone che, se non si fosse ammalato, eserciterebbe un'attività lucrativa come prima di ammalarsi. In simili casi si può negare il diritto alle indennità giornaliera per malattia soltanto se sussistono indizi concreti che l'assicurato con ogni probabilità non eserciterebbe un'attività lucrativa neppure se non si fosse ammalato. Se invece l'assicurato si ammala dopo essere rimasto disoccupato, si deve partire dal presupposto che non avrebbe più esercitato un'attività lucrativa neppure se non si fosse ammalato. Questo presupposto può tuttavia venire confutato dalla prova che, se non si fosse ammalato, l'assicurato avrebbe con ogni probabilità accettato un posto di lavoro, specificato concretamente (giurisprudenza confermata più volte del Tribunale federale delle assicurazioni).

L'assicurazione contro la disoccupazione viene finanziata con i contributi a carico per metà dagli assicurati e per metà dai datori di lavoro e pari a una percentuale della massa salariale soggetta ai contributi AVS, con una partecipazione della Confederazione ai costi del collocamento e dei provvedimenti inerenti al mercato del lavoro pari allo 0,15 % della massa salariale soggetta ai contributi AVS, nonché con i redditi del patrimonio del fondo di compensazione (art. 90 LADI). Le aliquote della massa salariale sono fissate dalla legge³⁵. Se tali mezzi non sono sufficienti a finanziare le uscite dell'assicurazione, la Confederazione concede mutui di tesoreria a condizioni di mercato (art. 90b LADI). Ciò si è verificato regolarmente negli anni passati. I Cantoni si assumono ulteriori costi dovuti alla disoccupazione.

2.4.4 Assicurazione invalidità (AI)

2.4.4.1 Le prestazioni dell'AI in generale

L'assicurazione invalidità eroga prestazioni in connessione con un'incapacità di guadagno prolungata o permanente. In base alla legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20) viene assicurata la medesima cerchia di persone dell'AVS, quindi tutte le persone che hanno il domicilio o esercitano un'attività lucrativa in Svizzera.

Oltre a prestazioni collettive, che in questo contesto non interessano, l'assicurazione invalidità fornisce prestazioni individuali sotto forma di provvedimenti di integrazione e prestazioni pecuniarie. I provvedimenti di integrazione sono i provvedimenti sanitari (limitati fino a 20 anni compiuti), i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione

³⁵ Cfr. l'articolo 3 LADI per i contributi di datori di lavoro e lavoratori e l'articolo 90a LADI per la partecipazione della Confederazione.

professionale, i provvedimenti di natura professionale e la messa a disposizione di mezzi ausiliari.

Le indennità giornaliere dell'assicurazione invalidità non sono indennità per incapacità di guadagno, ma una prestazione accessoria dei provvedimenti di integrazione. Vengono corrisposte durante l'esecuzione dei provvedimenti di integrazione. Gli assicurati che seguono una prima formazione professionale e quelli che non hanno ancora compiuto 20 anni e non hanno ancora esercitato un'attività lucrativa ricevono un'indennità giornaliera in caso di parziale o totale incapacità di guadagno. L'importo massimo dell'indennità giornaliera corrisponde all'importo massimo del guadagno assicurato secondo la LAINF (346 franchi al giorno). Se durante l'integrazione l'assicurato esercita un'attività lucrativa, l'indennità giornaliera viene ridotta e lo stesso vale se durante l'integrazione l'AI si assume interamente le spese di vitto e alloggio.

Le prestazioni pecuniarie sono rappresentate dalle rendite e dagli assegni per grandi invalidi. La rendita è l'indennità per incapacità di guadagno «totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata» (Invalidità, art. 8 cpv. 1 LPGA). Secondo il principio «l'integrazione prima della rendita» il diritto a una rendita AI sussiste soltanto dopo un esame con esito negativo o l'esecuzione di provvedimenti di integrazione e se l'assicurato per un anno, senza interruzioni degne di nota, è rimasto incapace al lavoro almeno al 40 % e se al termine di tale anno è invalido almeno al 40 %. L'ammontare della rendita AI e i criteri per il suo calcolo (reddito annuo medio determinante, anni di contribuzione in rapporto al relativo obbligo della classe di età) corrispondono a quelli dell'AVS.

L'assicurazione invalidità viene finanziata con i contributi degli assicurati e dei datori di lavoro nonché contributi della Confederazione. Il contributo della Confederazione ammonta al 37,7 % delle uscite annue dell'assicurazione. I lavoratori, da una parte, e i loro datori di lavoro, dall'altra, versano un contributo pari rispettivamente allo 0,7 % del salario soggetto ai contributi AVS, gli indipendenti pagano in linea di principio un contributo dell'1,4 %, ma per i redditi lavorativi inferiori a 48 300 franchi annui viene applicata una scala decrescente. Le persone senza attività lucrativa pagano da 64 a 1400 franchi all'anno, secondo la loro condizione sociale. Negli anni passati i contributi fissati dalla legge non hanno coperto interamente le spese dell'assicurazione invalidità. Il deficit viene addebitato al fondo AVS.

2.4.4.2 Coordinamento delle indennità giornaliere AI con quelle dell'assicurazione malattie

In linea di principio le prestazioni dell'assicurazione invalidità sono peggiori rispetto a quelle dell'assicurazione malattie. Ciò vale anche per le indennità giornaliere AI. L'indennità giornaliera AI continua a essere versata agli assicurati che devono interrompere un provvedimento di integrazione causa malattia, se non hanno diritto all'indennità giornaliera di un'altra assicurazione sociale obbligatoria o a quella di un'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera, il cui importo sia almeno pari a quello dell'indennità giornaliera dell'assicurazione invalidità. Per assicurazione facoltativa di indennità giornaliera si deve intendere tanto quella secondo la LAMal quanto quella secondo la LCA. Il diritto a un'indennità giornaliera dell'AI sussiste per 30 giorni al massimo per ogni caso di malattia ed è limitato a 60 indennità giornaliere all'anno. Un'interruzione del provvedimento di integrazione a causa di un infortunio o di una maternità viene equiparata a quella per malattia. (Art. 20^{quater} OAI).

L'assicurazione invalidità può versare un'indennità per compensare l'aumento dei contributi dell'assicurazione di indennità giornaliera per malattia, se nell'arco di due anni l'assicurato ricollocato ridiventa incapace al lavoro a causa della malattia preesistente o se l'incapacità lavorativa causa l'aumento dei contributi (art. 18 LAI).

2.4.4.3 Rilevamento tempestivo e intervento tempestivo

Con la 5^a revisione dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2008, l'AI dispone di nuovi strumenti per far valere il principio «l'integrazione prima della rendita». In caso di prolungata incapacità

lavorativa o di brevi episodi di incapacità lavorativa che si ripetono nel tempo sussiste il considerevole rischio che tali persone vengano poi affette da un'incapacità di guadagno permanente (invalidità). L'AI deve conoscere tali persone il più presto possibile. Lo strumento del rilevamento tempestivo serve a tale scopo. Esso avviene in collaborazione con gli assicuratori di altre assicurazioni sociali e con le compagnie di assicurazione secondo la LSA (art. 3a LAI). Il rilevamento tempestivo può basarsi su una comunicazione dell'assicurato stesso o su quella di altre persone e istituzioni, in particolare sulla comunicazione fatta da altre assicurazioni sociali e da compagnie di assicurazione secondo la LSA (art. 3b LAI). Su tale base l'ufficio AI può organizzare un colloquio di consulenza nel corso del quale si accerta se l'assicurato necessita di provvedimenti per poter mantenere il posto di lavoro. È anche possibile che segua poi una notifica formale dell'AI. Su questa base possono essere adottati provvedimenti di intervento tempestivo (art. 7d LAI). Il loro scopo è permettere all'assicurato di mantenere il proprio posto di lavoro. Per raggiungere tale scopo può venire concesso al datore di lavoro un assegno per il periodo di introduzione e possono venirgli versate indennità per compensare l'aumento dei contributi della previdenza professionale e dell'assicurazione di indennità giornaliera per malattia³⁶.

Questi nuovi provvedimenti richiedono una stretta collaborazione fra le istituzioni pubbliche e private che sono coinvolte nel rilevamento tempestivo. Oltre che degli assicuratori e degli organi esecutivi delle assicurazioni sociali si tratta anche degli uffici cantonali e delle compagnie di assicurazione private secondo la LSA. Tale collaborazione interistituzionale è disciplinata dall'articolo 68^{bis} LAI. Nel quadro di tale collaborazione interistituzionale gli assicuratori e gli organi esecutivi delle assicurazioni sociali sono sciolti reciprocamente dall'obbligo del segreto. Nei confronti delle istituzioni cantonali e degli istituti di assicurazione privati l'obbligo del segreto decade se essi accordano la reciprocità³⁷. Per questo motivo è stata contemporaneamente completata anche la LCA. Nel quadro della collaborazione interistituzionale le compagnie di assicurazione private possono comunicare dati agli uffici AI e ad altre istituzioni, purché non vi si opponga alcun interesse privato preponderante³⁸.

2.5 Norme di coordinamento ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone con gli Stati dell'UE e della Convenzione dell'AELS

2.5.1 Basi giuridiche e campo di validità

L'Accordo fra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea (CE) ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALCP) disciplina il coordinamento fra i diversi sistemi nazionali della sicurezza sociale³⁹. Sono applicabili le disposizioni applicabili all'interno dell'UE. Le disposizioni sostanziali sono contenute nel regolamento (CEE) n. 1408/71, le modalità di applicazione nel regolamento (CEE) n. 574/72⁴⁰. In base alla riveduta Convenzione AELS⁴¹, tali norme di coordinamento sono applicabili senza sostanziali modifiche anche nei confronti di Islanda, Liechtenstein e Norvegia.

L'Accordo e la Convenzione riguardano le persone con un'attività lucrativa, i pensionati e i disoccupati che sono cittadini di uno Stato CE/AELS o della Svizzera. Nel campo di applicazione *ratione materiae* rientrano tutti i settori della sicurezza sociale elencati in modo esaustivo nell'articolo 4 del regolamento (CEE) n. 1408/71, fra i quali rientrano anche le «prestazioni di malattia e di maternità» (art. 4 § 1 lett. a regolamento [CEE] n. 1408/71). Ne fa parte, fra l'altro, l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LAMal.

³⁶ Cfr. al riguardo Manuela Krasniqi, Adriano Vasella. Was bringen die neuen Eingliederungsinstrumente der IV den Arbeitgebern? / Avantages des nouveaux instruments de réinsertion de l'AI pour l'employeur, CHSS 6/2007, p. 297 ss.

³⁷ Articolo 68^{bis} capoverso 3 LAI.

³⁸ Articoli 39a e 39b LCA.

³⁹ RS 0.142.112.681, cfr. articolo 8 ALCP e Allegato II all'ALCP.

⁴⁰ Regolamento (CEE) n. 1408/71; RS 0.831.109.268.1; Regolamento (CEE) n. 574/72; RS 0.831.109.268.11.

⁴¹ RS 0.632.31.

L'Accordo e la Convenzione non sono invece applicabili all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, perché non si tratta di un'assicurazione sociale.

Nei casi non contemplati da Accordo e Convenzione viene applicato il diritto svizzero. Dato che molte assicurazioni di indennità giornaliera sono stipulate secondo la LCA, la mancata applicazione a tali assicurazioni delle norme di coordinamento UE può causare lacune.

2.5.2 Esportazione di prestazioni di indennità giornaliera

In base al principio di territorialità, in linea di massima le prestazioni dell'assicurazione malattie vengono corrisposte solo all'interno della Svizzera. Nel campo di validità dei succitati Accordo e Convenzione tale principio viene mitigato dal regolamento (CEE) n. 1408/71. Ma le prestazioni di indennità giornaliera si devono esportare in un altro Stato soltanto se il suddetto regolamento lo prevede espressamente, cioè nei seguenti casi:

- Se vige un'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal e l'assicurato è domiciliato in uno Stato CE/AELS - il caso tipico è un frontaliere - l'assicuratore deve pagare le prestazioni anche all'estero se, secondo il diritto svizzero, si è verificato un caso assicurato (art. 19 regolamento [CEE] n. 1408/71).
- Parimenti vanno pagate all'estero le prestazioni di indennità giornaliera, se l'assicurato si ammala mentre dimora nel territorio di uno degli altri Stati membri (art. 22 § 1 lett. a regolamento [CEE] n. 1408/71) o se dimora con il consenso dell'assicuratore malattie in uno Stato membro allo scopo di ricevervi cure adeguate al suo stato (art. 22 § 1 lett. c regolamento [CEE] n. 1408/71) o se il caso assicurato si verifica in Svizzera e l'assicurato viene in seguito autorizzato dall'assicuratore a trasferire la residenza in un altro Stato (art. 22 § 1 lett. b regolamento [CEE] n. 1408/71).

Per quanto concerne le modalità di pagamento, previo accordo fra l'assicuratore competente e l'assicuratore del luogo di domicilio ovvero di dimora, le prestazioni possono venire erogate dall'assicuratore dello Stato CE/AELS per conto di quello svizzero (art. 19 § 1 lett. b e art. 22 § 1 lett. c punto ii) regolamento [CEE] n. 1408/71).

In tutti gli altri casi non è possibile esportare le prestazioni di indennità giornaliera ovvero l'esportazione di prestazioni si basa unicamente sul diritto svizzero. Ciò vale specialmente se l'assicurato durante la malattia si reca in vacanza all'estero.

2.5.3 Diritto di passaggio all'assicurazione individuale

In base alla giurisprudenza prima dell'entrata in vigore dell'Accordo e della Convenzione i frontalieri che uscivano dall'assicurazione collettiva potevano passare a quella individuale soltanto se abitavano nella zona di frontiera limitrofa. Secondo l'articolo 9 del regolamento (CEE) n. 1408/71 ora le limitazioni al diritto di libero passaggio che subordinano l'ammissione all'assicurazione facoltativa o alla sua prosecuzione al fatto che l'avente diritto risieda nel territorio di tale Stato non valgono per le persone che risiedono nel territorio di un altro Stato membro, se, in un qualsiasi momento della loro precedente carriera di lavoratori dipendenti o indipendenti, esse sono state soggette alla legislazione del primo Stato. Le norme di coordinamento prevedono il rilascio di una perizia medica da parte dell'assicuratore supplente del luogo di domicilio o di dimora per facilitare i controlli medici e amministrativi nel luogo di domicilio o di dimora in un altro Stato. Tali perizie si considerano effettuate nel territorio dello Stato competente (art. 87 regolamento [CEE] n. 1408/71 e art. 115 regolamento [CEE] n. 574/72). Per tali motivi, da quando sono entrati in vigore l'Accordo e la Convenzione, in caso di uscita dall'assicurazione collettiva di indennità giornaliera, i frontalieri hanno il diritto di passare all'assicurazione individuale dell'assicuratore, indipendentemente dal fatto che risiedano o meno nella zona di frontiera limitrofa. In base alle norme di coordinamento decade il criterio del domicilio nella zona di frontiera limitrofa sviluppato dalla giurisprudenza.

Il passaggio di persone in precedenza assicurate in Svizzera a un'assicurazione di indennità giornaliera in uno Stato dell'Unione europea o dello Spazio economico europeo (SEE) non è oggetto delle norme del regolamento (CEE) n. 1408/71. In questo caso si applica il rispettivo diritto nazionale. Se una tale persona esercita un'attività lucrativa dipendente in un altro Stato, è soggetta all'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera del posto (cfr. più oltre punto 3). Se una tale persona non esercita più un'attività lucrativa o la esercita da indipendente, in base al regolamento (CEE) n. 1408/71 ha, come già ricordato, diritto al passaggio all'assicurazione individuale. Il campo di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 si limita però alle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal.

3 Confronto con gli Stati vicini

In tutti gli Stati vicini esiste un'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera per i lavoratori. L'assicurazione viene finanziata da lavoratori e datori di lavoro insieme, in Italia esclusivamente dai datori di lavoro. In Germania e in Austria vigono limiti massimi all'entità di contributi e prestazioni nettamente inferiori a quelli dell'assicurazione infortuni svizzera. Vi sono considerevoli differenze per quanto concerne importo e durata delle prestazioni. L'indennità giornaliera è pari al 50-90 % del guadagno effettivo, talvolta fino a un limite massimo. La durata delle prestazioni va dai 6 ai 36 mesi⁴².

4 L'odierno mercato assicurativo

4.1 L'indennità giornaliera massima assicurabile nell'assicurazione individuale secondo la LAMal

Numerose casse malati, incluse le sette maggiori (per numero di assicurati obbligatori), offrono per l'assicurazione individuale secondo la LAMal ancora solo un'indennità massima assicurabile di 5-40 franchi. Peraltro, oltre 20 casse ammettono un'indennità giornaliera fino a un massimo di 350 franchi al giorno, mentre altre cinque casse assicurano un'indennità fino a 550 franchi ovvero illimitata. Non stupisce quindi che - in base ai dati degli assicuratori - oggi ci siano nell'assicurazione individuale ormai solo poche migliaia di contratti che prevedono un'indennità giornaliera di 200 franchi e oltre. Ormai non esiste più un vero e proprio mercato per l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal.

4.2 Statistiche relative alle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e la LCA.

I dati statistici sul mercato delle assicurazioni di indennità giornaliera sono lacunosi. L'UFSP, nella sua statistica sull'assicurazione malattie obbligatoria, pubblica anche cifre relative all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal⁴³. Contemporaneamente l'UFSP pubblica anche un confronto fra le assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e quelle secondo la LCA per quanto concerne premi incassati e prestazioni⁴⁴. Per quanto concerne le assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA, mancano dati e stime sul numero degli assicurati. Parimenti è ignoto il numero di persone assicurate nell'assicurazione collettiva secondo la LAMal. Per entrambi i sistemi di assicurazione mancano dati relativi al numero degli ammalati e, quindi, anche dati sulle prestazioni medie per malato.

⁴² Nell'Allegato 3 si può trovare una panoramica dettagliata.

⁴³ Cfr. Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, tabelle 6.1 - 6.6 (tabella 6.03 nell'Allegato 1).

⁴⁴ Cfr. Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, tabella 9.17 (cfr. Allegato 2).

Dai dati disponibili è tuttavia possibile trarre alcune conclusioni sull'importanza dell'assicurazione di indennità giornaliera nel suo complesso e su quella dei due sistemi assicurativi.

- Per quanto concerne l'evoluzione dell'assicurazione di indennità giornaliera a partire dall'entrata in vigore della LAMal, si può affermare che l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ha perso sempre più importanza, mentre ne ha acquistata sempre più quella secondo la LCA. Nel 1996 il volume dei premi dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ammontava in totale a 832 milioni di franchi. Nel 2007 era sceso a 299,3 milioni. Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA (assicuratori LAMal e assicuratori privati) esso è invece aumentato: nel 1996 ammontava in totale a 1'159,2 milioni di franchi e nel 2007 a 2'696,6 milioni⁴⁵.
- Gli assicuratori LAMal hanno registrato, come detto sopra, una diminuzione del volume totale dei premi nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal a fronte di un aumento in quella secondo la LCA: 180,9 milioni di franchi nel 1996 e 544,4 milioni nel 2007⁴⁶. Gli assicuratori LAMal sono quindi sempre più attivi nel settore delle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA. Le assicurazioni individuali di indennità giornaliera secondo la LAMal hanno ormai scarsa importanza. Del volume totale dei premi delle assicurazioni di indennità secondo la LAMal (circa 302 milioni di franchi) all'assicurazione individuale vanno attribuiti solo 65,7 milioni di franchi⁴⁷.
- Complessivamente il volume totale dei premi dell'assicurazione di indennità giornaliera (LAMal + LCA) è aumentato di oltre il 50 %, cioè da 1991,2 milioni di franchi nel 1996 è passato a 2995,8 milioni nel 2007.

Per il 2007, per quanto concerne volume totale dei premi, prestazioni, importanza dell'assicurazione individuale secondo la LAMal e confronto fra assicuratori e assicurazioni secondo la LAMal e la LCA, in merito a premi e prestazioni⁴⁸ si possono fornire le seguenti indicazioni⁴⁹.

	Assicuraz. individuale LAMal	Assicuraz. collettiva LAMal	Totale LAMal	LCA tramite assicuratore LAMal	LCA tramite assicuratore privato	Totale LCA
Premi dovuti (in mio. di franchi)	65,768	236,486	302,255	544,4	2152,2	2696,6
Prestazioni (in mio. di franchi)	47,703	160,016	207,719	361,8	1413,6	1775,4
Rapporto prestazioni/premi dovuti (in %)	72,53 %	67,66 %	68,72 %	66,45 %	65,68 %	65,83 %
Assicurati	342 047					
Premi/assicurati	192					
Prestazioni/assicurati	139					

⁴⁵ Cfr. Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, tabella 9.17.

⁴⁶ Cfr. Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, tabella 9.17.

⁴⁷ Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, tabella 6.03. I dati relativi al volume dei premi dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal della tabella 6.03 differiscono da quelli della tabella 9.17 (302,2 e 299,3 milioni).

⁴⁸ I dati relativi alle prestazioni non includono i mutamenti nelle riserve. La quota sinistri (rapporto prestazioni/premi dovuti in percentuale) va considerata tenendo presente questa limitazione.

⁴⁹ Fonte: Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, tabelle 6.03 e 9.17.

I dati statistici disponibili non forniscono alcuna indicazione immediata sul numero degli assicurati e, di conseguenza, nemmeno una risposta alla domanda sulla diffusione dell'assicurazione di indennità giornaliera come assicurazione contro la perdita di guadagno in caso di malattia. Comunque, dal confronto fra le indennità giornaliere corrisposte e le prestazioni di indennità giornaliera dell'assicurazione infortuni obbligatoria emerge che, prese insieme, le assicurazioni di indennità giornaliera secondo LAMal e secondo LCA corrispondono più prestazioni di indennità giornaliera dell'assicurazione infortuni obbligatoria. Nel 2006 l'assicurazione infortuni obbligatoria ha speso complessivamente 1553 milioni di franchi in indennità giornaliera⁵⁰ a fronte dei 2040 milioni spesi dall'assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia (LAMal + LCA). Che complessivamente le prestazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e secondo la LCA siano superiori a quelle della LAINF dipende anche dal fatto che le assicurazioni di indennità giornaliera includono pure indipendenti, mentre secondo la LAINF sono assicurati obbligatoriamente soltanto i lavoratori dipendenti. D'altra parte si deve però tenere conto del fatto che secondo la LAINF l'indennità giornaliera viene corrisposta sempre dopo un periodo di attesa di tre giorni, mentre nelle assicurazioni di indennità giornaliera secondo LAMal e LCA molto spesso vengono convenuti periodi di attesa più lunghi.

4.3 Sondaggi effettuati ad hoc

Da un sondaggio che l'UFSP ha effettuato in relazione al presente rapporto nel dicembre 2007 presso i maggiori assicuratori malattie sono emerse le seguenti constatazioni in merito alle offerte assicurative delle casse malati ai sensi della LAMal:

- La maggior parte delle casse malati offre anche assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA. Però nel caso delle assicurazioni secondo la LCA generalmente non sono assicuratori diretti, bensì il rischio viene assunto da una compagnia di assicurazione privata costituita dalla cassa malati e a essa legata istituzionalmente (affiliata⁵¹). Solo poche casse malati si limitano alla gestione delle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal.
- Oltre l'80 % del volume totale dei premi delle assicurazioni secondo la LCA, che le casse malati offrono in qualità di assicuratori diretti, viene incassato da tre casse.
- Salvo due eccezioni, le maggiori casse malati non esercitano direttamente l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, ma la offrono tramite affiliate e la maggior parte degli affari si concentrano su tre assicuratori.
- Nelle assicurazioni secondo la LCA l'assicurazione individuale di indennità giornaliera ha un'importanza ancora inferiore a quella che ha nelle assicurazioni secondo la LAMal.

Secondo le informazioni dell'UFAP nel 2006 gli assicuratori che esercitavano l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA erano in totale 52.

- L'82 % del volume totale dei premi veniva incassato dai nove maggiori assicuratori (dati relativi al 2006). Ne facevano parte una cassa malati in qualità di assicuratore diretto e otto compagnie di assicurazione private ai sensi della LSA, tre delle quali erano affiliate private di casse malati.
- I quattro assicuratori del settore dell'assicurazione sociale malattie (tre compagnie di assicurazione private e una cassa malati) detenevano complessivamente una quota di mercato di quasi il 40 %.

4.4 Conclusioni

In base ai dati disponibili in relazione al mercato delle assicurazioni si possono fare le seguenti constatazioni:

- La perdita di guadagno per malattia viene ampiamente coperta tramite assicurazioni di indennità giornaliera, anche in assenza di un'assicurazione obbligatoria, perché tanto i

⁵⁰ Fonte: Unfallstatistik UVG 2008/Statistique des accidents LAA 2008, p. 20. www.unfallstatistik.ch

⁵¹ In realtà nel presente contesto il termine «affiliata» non sarebbe corretto, perché non sono le casse malati stesse a detenere interessenze nelle compagnie di assicurazione private. La società madre è spesso un'associazione che detiene le interessenze sia nella cassa malati o in più casse malati riunite in un gruppo sia nella compagnia di assicurazione privata. Ma per semplicità in seguito viene usato il termine «affiliata».

datori di lavoro quanto i lavoratori sono interessati a tali assicurazioni. Spesso il contratto collettivo obbliga il datore di lavoro a stipulare assicurazioni di indennità giornaliera.

- I dati disponibili non consentono di quantificare esattamente l'estensione dell'assicurazione di indennità giornaliera in quanto assicurazione per perdita di guadagno tra le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente. Ma è probabile che esistano lacune nella protezione assicurativa dei lavoratori dipendenti, soprattutto nelle aziende più piccole.
- L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ha ormai scarsa importanza rispetto a quella secondo la LCA. La quota dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal è in forte regresso. Dalle statistiche a disposizione per il 2007 risulta, per tutte le assicurazioni di indennità giornaliera insieme, un volume totale di premi di 2995,8 milioni di franchi, dei quali 2696,6 milioni (90 %) per le assicurazioni secondo la LCA e 299,3 (10 %) milioni per quelle secondo la LAMal.
- Le casse malati partecipano ampiamente all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, ma prevalentemente tramite affiliate organizzate in forma di compagnie di assicurazione ai sensi della LSA. La quota di premi delle casse malati in qualità di assicuratori diretti secondo la LAMal, ammontante a 544,4 milioni di franchi, corrisponde al 20,2 % del volume dei premi secondo la LCA.

5 Valutazione della regolamentazione attuale

5.1 Assicurazione del medesimo rischio secondo due differenti leggi

Due differenti regolamentazioni legali per l'assicurazione di un unico e medesimo rischio sono assolutamente normali. Per esempio la previdenza della vecchiaia poggia su tre pilastri disciplinati da leggi diverse e può venire inoltre integrata con assicurazioni sulla vita secondo la LCA. Anche nell'assicurazione di cure medico-sanitarie si distingue fra assicurazione di base obbligatoria e assicurazioni complementari. Negli esempi citati esiste una chiara demarcazione del campo di validità delle diverse regolamentazioni. In particolare si fa distinzione fra assicurazioni obbligatorie con prestazioni definite dalla legge e assicurazioni facoltative con prestazioni che vanno oltre.

Nel caso delle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal e secondo la LCA la singolarità sta nella coesistenza di due diverse concezioni legislative, senza che un principio ordinatore del legislatore abbia delimitato i due sistemi tra loro. L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal viene considerata un'assicurazione sociale, soggetta a determinati obblighi che devono procurare beneficio agli assicurati. L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA si fonda invece sul principio della libertà contrattuale. Ma tale principio non viene rispettato con coerenza. In base all'articolo 100 cpv. 2 LCA anche l'assicurazione di indennità giornaliera deve rispettare gli obblighi imposti dalla LAMal a favore dei disoccupati, ma soltanto nei loro confronti.

La coesistenza di due diverse concezioni legislative concede possibilità di scelta agli assicurati e agli stipulanti. Il che in linea di massima va considerato un elemento positivo. Tuttavia i due sistemi dovrebbero differenziarsi in virtù di caratteristiche ben definite. La pura distinzione concettuale fra assicurazione sociale e assicurazione di diritto privato ha probabilmente un carattere troppo astratto per i consumatori medi. Gli stipulanti sono anzitutto interessati all'entità e alla durata delle prestazioni nonché all'ammontare dei premi. Al momento di stipulare l'assicurazione guardano quindi soprattutto questi elementi. Al riguardo, l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA è più flessibile e i premi sono generalmente più convenienti. A sua volta l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal prevede più clausole di salvaguardia a favore degli assicurati. Ma la loro importanza si fa sentire prevalentemente in questioni che sorgono soltanto quando cessano il rapporto di assicurazione o quello di lavoro (cfr. punto 5.2). Non sono quindi in primo piano quando viene stipulato il contratto e in quel momento gli assicurati non vi prestano particolare attenzione.

Occorre infine osservare che gli assicuratori possono muoversi in entrambi i sistemi. Le casse malati ai sensi della LAMal devono offrire l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal, ma, dall'altra, possono esercitare l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, perché la giurisprudenza del Tribunale federale (Tribunale federale delle assicurazioni) considera quest'ultima un'assicurazione complementare all'assicurazione sociale malattie ai sensi dell'articolo 12 capoverso 2 LAMal⁵², mentre diversa è a questo riguardo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale^{53,54}. Gli stessi assicuratori privati ai sensi della LSA potrebbero offrire l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal, ovvero dovrebbero, se in base all'articolo 11 capoverso 1 lettera b LAMal esercitano l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie. Al momento tuttavia nessuna compagnia di assicurazione privata sfrutta tale possibilità.

5.2 Le principali differenze fra i due sistemi di assicurazione

5.2.1 Rischi coperti

L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal eroga le prestazioni assicurate in caso di malattia e maternità, in via sussidiaria anche in caso di infortunio. Il concetto di malattia si orienta alla definizione datane dall'articolo 3 LPGa. Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA, in virtù delle clausole di riserva delle condizioni generali di assicurazione, si possono invece escludere le prestazioni nel caso di determinati danni causati alla salute per colpa propria. Si può concordare nel singolo contratto di assicurazione se sussiste l'obbligo di prestazioni in caso di maternità (cfr. sopra punti 2.2.2.2 e 2.2.2.3).

5.2.2 Libero passaggio

Per l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal, la legge stessa disciplina sia il libero passaggio in caso di cambio dell'assicuratore sia il diritto di passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale. Inoltre l'assicuratore deve provvedere a che gli assicurati siano informati in merito ai loro diritti. Se l'assicuratore non assolve tale obbligo, continua l'assicurazione precedente.

Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA il diritto legale di passaggio all'assicurazione individuale sussiste soltanto per i disoccupati. Però generalmente le condizioni generali di assicurazione dei contratti collettivi statuiscono un diritto di passaggio all'assicurazione individuale. Tale diritto degli assicurati è tuttavia meno tutelato del diritto di passaggio sancito dalla LAMal. Infatti l'obbligo di informare gli assicurati sul diritto di passaggio all'assicurazione individuale riguarda solo gli stipulanti (datori di lavoro), ma non gli assicuratori. Se quindi il datore di lavoro non adempie il suo obbligo e, di conseguenza, l'assicurato lascia spirare il termine utile per il passaggio, il diritto al medesimo decade⁵⁵. In base alla convenzione di libero passaggio, il diritto di libero passaggio da un assicuratore a un altro sussiste solo all'interno dell'assicurazione collettiva (cfr. punto 2.2.4).

⁵² DTF 126 V 499, 502 consid. 2b.

⁵³ Cfr. sopra punto 2.2.3.

⁵⁴ Di per sé l'argomentazione del Tribunale amministrativo federale convince più di quella del Tribunale federale delle assicurazioni. Per il Tribunale amministrativo federale le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie hanno la peculiarità di integrare con prestazioni complementari le prestazioni dell'assicurazione di base obbligatoria secondo la LAMal. Le assicurazioni complementari sono in relazione con l'assicurazione sociale malattie. Invece secondo il detto tribunale nel caso dell'assicurazione collettiva di indennità giornaliera secondo la LCA si tratta di un'assicurazione autonoma e completa di diritto privato, che assicura il datore di lavoro contro il danno causato dall'assenza dei suoi dipendenti in seguito a malattia. Cfr. Decisione del Tribunale amministrativo federale svizzero [DTAF] 2007/50 p. 670 consid. 2.2 e 2.3.

In base a tale giurisprudenza si avrebbe un'assicurazione complementare all'assicurazione sociale malattie soltanto se l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA venisse stipulata a integrazione di un'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal. Ma in pratica questo caso non si verifica.

⁵⁵ Cfr. la sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Cantone di Argovia del 14 agosto 2007, consid. 4.2.3.3.

In pratica tanto nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal quanto in quella secondo la LCA spesso il diritto di passaggio da un'assicurazione collettiva a una individuale ha scarso valore, perché tale cambiamento può comportare un forte aumento dei premi. Generalmente nell'assicurazione individuale il livello dei premi è più elevato che in quella collettiva. Ciò vale specialmente per gli anziani con assicurazioni secondo la LCA, perché in questo caso le tariffe possono prevedere premi graduati secondo l'età effettiva. Gli aumenti dei premi possono essere massicci⁵⁶. Le considerevoli differenze di premio fra assicurazione collettiva e individuale, che dipendono dalla diversa struttura del rischio, rappresentano una delle principali caratteristiche dell'attuale sistema di assicurazione di indennità giornaliera. Generalmente il passaggio all'assicurazione individuale ha senso soltanto nel caso di un sinistro in corso. Nelle assicurazioni secondo la LAMal il divieto di scalare i premi in base all'età effettiva offre ancora una certa protezione⁵⁷.

Non hanno diritto al libero passaggio i lavoratori, il cui datore di lavoro garantisce direttamente la prosecuzione del pagamento del salario in caso di malattia senza stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera, perché in questo caso non c'è nessuna assicurazione.

5.2.3 Diritto alle prestazioni dopo la cessazione del rapporto assicurativo

Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal il diritto alle prestazioni decade con la cessazione del rapporto assicurativo, anche se l'assicurato in quel momento è ancora incapace al lavoro⁵⁸. Il diritto all'indennità giornaliera perdura quindi soltanto se l'assicurato passa per tempo all'assicurazione individuale ed è già in condizione di pagare i premi da questa richiesti. Nell'assicurazione secondo la LCA vige invece il principio che l'indennità giornaliera continua a essere dovuta nonostante la cessazione del rapporto di assicurazione, se il danno si è verificato durante tale rapporto⁵⁹. L'indennità può quindi continuare a essere corrisposta anche se non viene pagato il premio. Tuttavia nel contratto di assicurazione tale principio può essere abolito.

5.2.4 Durata delle prestazioni

Per le assicurazioni secondo la LAMal la durata delle prestazioni è disciplinata dalla legge. Se causa sovrindennizzo l'indennità giornaliera viene ridotta, il periodo durante cui viene corrisposta aumenta in proporzione. Nell'assicurazione secondo la LCA la definizione della durata delle prestazioni è oggetto del contratto e viene fatta una distinzione fra due sistemi (assicurazione contro i danni e assicurazione di somma fissa). Nel caso dell'assicurazione di somma fissa un'eventuale riduzione dell'indennità giornaliera causa sovrindennizzo ha il medesimo effetto come secondo le norme della LAMal.

5.2.5 Coordinamento delle prestazioni

Il coordinamento delle prestazioni fra le assicurazioni sociali è ampiamente disciplinato. L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal è inclusa in tale coordinamento delle prestazioni, il che può comportare riduzioni dell'indennità giornaliera. Nell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal non si può invece effettuare alcuna riduzione delle prestazioni causa sovrindennizzo se contemporaneamente viene pagata anche un'indennità giornaliera ai sensi della LCA. Viceversa le condizioni di assicurazione dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA possono prevedere che, in caso di concorso con indennità giornaliera secondo la LAMal, l'indennità secondo la LCA venga ridotta⁶⁰. Nelle assicurazioni contro i danni le condizioni di assicurazione secondo la LCA prevedono sempre che le prestazioni vengano pagate in via sussidiaria a quelle delle assicurazioni

⁵⁶ In un caso concreto a un assicurato di 57 anni per un'indennità giornaliera di 234 franchi dopo un periodo di attesa di 30 giorni è stato chiesto un premio annuo di 10 441.10 franchi. Il che corrisponde a un tasso di premio del 4462 % per franco assicurato.

⁵⁷ Cfr. al riguardo anche Motivazione e parere del Consiglio federale in merito alla mozione 05.3626.

⁵⁸ DTF 125 V 106 ss., 110 consid. 3.

⁵⁹ DTF 127 III 106 ss., 109 consid. 3b.

⁶⁰ Cfr. sopra cifre 2.1.5 e 2.2.2.4.

sociali. La mancanza di un coordinamento a norma di legge agisce quindi a scapito dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal. Nelle altre assicurazioni sociali vigono alcune norme di coordinamento, che si riferiscono sia all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal sia a quella secondo la LCA (specialmente nell'Al e nell'assicurazione contro la disoccupazione).

Le norme di coordinamento degli accordi bilaterali con gli Stati dell'UE sono applicabili unicamente all'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal⁶¹.

5.2.6 Il rilevamento tempestivo nell'assicurazione invalidità

Il rilevamento tempestivo nell'assicurazione invalidità delle persone con elevato rischio di un'incapacità di guadagno permanente e la collaborazione istituzionale a esso connessa includono sia l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal sia quella secondo la LCA (cfr. sopra punto 2.4.4.3). Dato che le relative modifiche della legge sono entrate in vigore soltanto il 1° gennaio 2008, non si può ancora dire se la circostanza che l'assicurazione di indennità giornaliera sia facoltativa e che venga in massima parte esercitata come assicurazione secondo la LCA complichino o meno la collaborazione interistituzionale.

5.3 Motivi della scarsa importanza dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal

5.3.1 Maggiore flessibilità dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA.

Le ripercussioni dell'attuale legislazione sul mercato assicurativo sono inequivocabili. L'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ha solo scarsa importanza rispetto a quella secondo la LCA. Ciò vale soprattutto per le tipiche assicurazioni per perdita di guadagno, cioè per le assicurazioni collettive stipulate dalle aziende per i loro lavoratori. Il volume dei premi delle assicurazioni collettive secondo la LAMal è circa l'8 % del volume totale dei premi delle assicurazioni di indennità giornaliera (cfr. punto 4.2.). Va notato che anche gli assicuratori ai sensi della LAMal stipulano più assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA che non secondo la LAMal.

Tale evoluzione a favore dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA dipende anzitutto dalla sua maggiore flessibilità per quanto concerne la struttura dell'assicurazione. Oltre alle compagnie di assicurazione ne beneficiano la maggior parte delle aziende, che ottengono così premi più convenienti. Infatti le clausole di salvaguardia della LAMal a favore degli assicurati (obbligo di accettare la proposta, durata limitata delle riserve, solidarietà nel calcolo dei premi, libero passaggio) rendono l'assicurazione più costosa senza per altro costituire un argomento valido per scegliere l'assicurazione secondo la LAMal.

Dal punto di vista dei datori di lavoro, che sono quelli che stipulano le assicurazioni di indennità giornaliera, ciò è comprensibile. Al momento della stipulazione di un'assicurazione collettiva, per loro le condizioni imposte dalla LAMal in merito al calcolo dei premi non hanno alcuna importanza. Di solito tutti i lavoratori di un'azienda vengono comunque assicurati alle medesime condizioni, indipendentemente dalla loro età. Le altre condizioni concernono il periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. E di tali questioni il datore di lavoro generalmente non si cura. Per lui l'assicurazione di indennità giornaliera è uno strumento per assicurare una perdita di salario mentre perdura il rapporto di lavoro e per ottemperare al suo obbligo di continuare a corrispondere il salario.

Anche i lavoratori al momento di stipulare il contratto di lavoro o, qualora abbiano il diritto di essere consultati, al momento di stipulare l'assicurazione di indennità giornaliera non si curano molto di quello che succederà con la suddetta assicurazione una volta cessato il

⁶¹ Cfr. sopra punto 2.5.

rapporto di lavoro. E questo non crea di regola nessun problema nel caso di un normale cambiamento del posto di lavoro.

Le condizioni imposte dalla LAMal si riferiscono a casi straordinari e quindi a una minoranza di persone. Tali condizioni tutelano in particolare gli assicurati anziani e già malati, se cambiano o perdono il posto di lavoro. In termini tecnico-assicurativi tali persone costituiscono gravi rischi. Sapendo che eventualmente dovrà continuare ad assicurare tali persone anche una volta uscite dal contratto collettivo, l'assicuratore riscuoterà per questo un supplemento già con il premio dell'assicurazione collettiva. Nell'assicurazione individuale le clausole legali di salvaguardia a favore dei rischi gravi comportano un peggioramento della struttura del rischio con relative ripercussioni sui premi del ramo assicurativo in questione.

5.3.2 La protezione dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LAMal
L'imposizione di condizioni di natura politico-sociale, che contraddicono il principio dell'assicurazione di diritto privato, è una peculiarità delle assicurazioni sociali. Tali condizioni favoriscono determinate persone considerate bisognose di protezione. In un'assicurazione sociale i costi di tale protezione vengono sostenuti solidalmente dall'intera collettività degli assicurati. Le condizioni politico-sociali imposte rendono l'assicurazione più costosa per gli assicurati esclusi da tale protezione, rispetto un'assicurazione di diritto privato senza tali condizioni.

Normalmente le assicurazioni sociali sono obbligatorie per una determinata cerchia di persone. In tal modo è possibile finanziare solidalmente le condizioni politico-sociali tramite i contributi degli assicurati, indipendentemente quindi dal rischio assicurativo individuale. Di conseguenza, il senso di un'assicurazione sociale obbligatoria non è soltanto quello di obbligare una determinata cerchia di persone a stipulare un'assicurazione. L'assicurazione obbligatoria è pure uno strumento per assolvere concretamente, all'interno di una determinata cerchia di persone, determinati impegni di solidarietà voluti dal legislatore⁶².

Un'assicurazione sociale facoltativa è un'assicurazione sociale atipica. Per quanto concerne l'assicurazione malattie facoltativa, fino all'entrata in vigore della LAMal nel 1996 le condizioni politico-sociali venivano realizzate in quanto finanziate dall'ente pubblico. Con l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LAMal il legislatore ha tentato una nuova strada. Gli assicuratori che esercitano l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie sono tenuti a offrire anche l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LAMal. Però la legge non prescrive un importo minimo per l'indennità giornaliera assicurabile, ma esige soltanto che gli assicuratori trattino tutti gli interessati allo stesso modo (art. 109 OAMal). Ogni richiedente ha quindi il diritto di esigere la stipulazione di un'assicurazione di indennità giornaliera per il medesimo importo per cui l'assicuratore ha già stipulato un'assicurazione di indennità giornaliera con un altro richiedente⁶³. Se si suppone che gli assicuratori, nel proprio interesse, offrano anche vere e proprie assicurazioni per perdita di salario, in virtù del principio della parità di trattamento tale offerta dovrebbe essere estesa pure a tutti gli altri interessati.

Per quali motivi in realtà questo non è avvenuto? Anzitutto perché il principio della parità di trattamento non viene applicato in modo coerente. Per quanto concerne l'ammontare dell'indennità giornaliera l'autorità di vigilanza esige un trattamento uguale davanti alla legge solo all'interno dell'assicurazione individuale, ma non fra assicurazione individuale e assicurazione collettiva. Anche se nei contratti collettivi offre una vera e propria assicurazione per perdita di guadagno, nell'assicurazione individuale una cassa malati può

⁶² Cfr. Messaggio concernente la LAMal, FF 1992 I 97: a proposito della richiesta di introdurre l'assicurazione malattie obbligatoria il Consiglio federale spiega: «In questo senso l'assicurazione obbligatoria non è fine a sé stessa, ma è soltanto il mezzo indispensabile per garantire una solidarietà divenuta necessaria. Essa permette inoltre di rimediare ad alcuni inconvenienti dell'assicurazione facoltativa, come l'imposizione di riserve alla copertura assicurativa o i premi differenti per uomini e donne».

⁶³ Cfr. Messaggio concernente la LAMal, FF 1992 I 171.

comunque prevedere un'indennità giornaliera minima. Peraltro, anche se ci fosse l'obbligo di offrire una vera e propria assicurazione per perdita di guadagno pure nell'assicurazione individuale, la situazione non sarebbe molto diversa. Infatti ai sensi dell'articolo 77 LAMal nell'assicurazione collettiva si possono stabilire premi diversi da quelli dell'assicurazione individuale. Un finanziamento solidale delle condizioni politico-sociali per l'intera assicurazione di indennità giornaliera (assicurazione individuale e collettiva) è quindi escluso fin da principio. I premi dell'assicurazione individuale sono perciò sempre nettamente superiori a quelli dell'assicurazione collettiva.

5.3.3 Un'assicurazione sociale facoltativa

Le caratteristiche dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LAMal appena descritte mettono in evidenza la problematica di fondo delle assicurazioni sociali facoltative. Un'assicurazione sociale facoltativa non è soltanto un'assicurazione sociale atipica, ma presenta sempre carenze che prima o poi vengono alla luce. Ciò si è visto molto chiaramente anche nell'assicurazione facoltativa di cure medico-sanitarie secondo la LAMI negli ultimi anni in cui essa è stata in vigore. La solidarietà fra sani e malati voluta dal legislatore è stata sempre più elusa e scalzata all'interno del sistema dell'assicurazione sociale facoltativa, specialmente tramite assicurazioni collettive e assicurazioni di pazienti privati quali comunità di rischio chiuse, nonché tramite la costituzione di nuove casse malati con una buona struttura del rischio (casse a buon mercato) e la fusione di casse malati con la conseguente possibilità di assegnare gli assicurati anziani a classi di età di entrata superiori. Uno dei motivi di tale evoluzione è stato il fatto che a partire dal 1976 la Confederazione non aveva più adeguato all'evoluzione dei costi le proprie sovvenzioni alle casse malati. L'indennizzo per l'applicazione delle condizioni di politica sociale ha perso piano di valore.

La valutazione della situazione attuale mostra anche che l'importanza dell'assicurazione di indennità giornaliera in quanto assicurazione per perdita di guadagno non tende a diminuire, indipendentemente dal fatto che l'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal ceda sempre più terreno all'assicurazione secondo la LCA. In effetti, la perdita di guadagno in caso di malattia è largamente coperta dalle assicurazioni di indennità giornaliera, in quanto le assicurazioni di questo tipo sono interessanti sia per i datori di lavoro sia per i lavoratori dipendenti. Sovente i CCL obbligano i datori di lavoro a concludere una tale assicurazione.

6 Varianti

Se si dovesse prendere in considerazione una revisione del sistema di assicurazione di indennità giornaliera, entrerebbero in linea di conto le quattro varianti seguenti.

6.1 Quattro varianti possibili

Qualora si dovesse prendere in considerazione una revisione del sistema dell'assicurazione di indennità giornaliera, in vista di una futura regolamentazione legale si porrebbero i seguenti interrogativi:

- In futuro si dovrà poter stipulare ancora l'assicurazione di indennità giornaliera sia come assicurazione sociale sia come assicurazione secondo la LCA?
- In caso affermativo, in base a quale principio ordinatore verrà delimitata l'assicurazione sociale rispetto a quella secondo la LCA e come si provvederà, affinché vengano effettivamente soddisfatte le condizioni politico-sociali imposte nel campo di validità dell'assicurazione sociale definito dal legislatore?
- Il principio ordinatore sarà un'assicurazione obbligatoria, sia essa per tutta la popolazione o solo per una sua parte, come in tutti gli altri settori del diritto delle assicurazioni sociali?
- Quali principi ordinatori dovranno valere in caso di rinuncia a un'assicurazione obbligatoria?

Qui di seguito vengono abbozzate quattro varianti di un'eventuale futura regolamentazione legale. Si tratta anzitutto di illustrare le principali differenze fra loro, al fine di offrire una base per decidere eventualmente quale di esse sia da prendere ulteriormente in considerazione.

6.2 Variante 1: assicurazione sociale facoltativa di indennità giornaliera come assicurazione di base e assicurazioni complementari secondo la LCA

6.2.1 Delimitazione delle due assicurazioni tramite la definizione di campi di validità separati

Se l'assicurazione di indennità giornaliera continua a essere facoltativa, la coesistenza di un'assicurazione di indennità quale assicurazione sociale e di un'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA ha senso soltanto se alla prima viene riservato un campo di validità definito dalla legge, nel quale la seconda non trova posto. In linea di massima si può limitare il campo di validità a determinate persone o a determinate prestazioni. Il campo di validità concernente le persone di un'assicurazione per perdita di guadagno in caso di malattia può riferirsi in linea di principio a tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa. Volendo porre ulteriori limiti all'interno di tale cerchia di persone, si può scegliere fra persone con un'attività lucrativa indipendente ovvero dipendente. Per quanto concerne le prestazioni, in pratica è possibile soltanto una limitazione in merito all'importo del guadagno assicurato ovvero dell'indennità giornaliera⁶⁴.

Sulla base di tali argomentazioni, per definire il campo di validità dell'assicurazione sociale di indennità giornaliera e quindi delimitarla rispetto all'assicurazione secondo la LCA si può prendere in considerazione la soluzione seguente:

- Istituzione di un'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera causa malattia e, in via sussidiaria, causa infortunio, quale assicurazione sociale ai sensi della LPGa (come parte della LAMal o come legge speciale), imponendo determinate condizioni a garanzia della solidarietà fra sani e malati, indipendentemente da età e sesso. In linea di principio per questo si può adottare l'attuale regolamentazione della LAMal. Rimane aperta la questione se si debbano ampliare ulteriormente le condizioni imposte dalla legge.
- Definizione di un campo di validità basato su elementi oggettivi, all'interno del quale si può assicurare il rischio della temporanea incapacità di guadagno per malattia soltanto in base al diritto delle assicurazioni sociali. Va presa in considerazione la fissazione di un determinato ammontare del guadagno ovvero dell'indennità giornaliera, fino a cui si può stipulare soltanto un'assicurazione sociale di indennità giornaliera⁶⁵.
- Si può eventualmente limitare il campo di applicazione a determinate categorie di persone. Si può prendere in considerazione una limitazione ai soli lavoratori dipendenti. Ciò significherebbe quindi che gli indipendenti non sarebbero obbligati, fino a un determinato ammontare dell'indennità giornaliera, a scegliere l'assicurazione sociale. Essi potrebbero stipulare la loro assicurazione per perdita di guadagno interamente secondo la LCA. Si dovrebbe però almeno prevedere che l'assicurazione sociale di indennità giornaliera sia accessibile anche agli indipendenti e, fino a un determinato limite massimo, anche a quanti non esercitano un'attività lucrativa.
- Al di fuori dei campi di applicazione dell'assicurazione sociale, basati su elementi oggettivi e soggettivi, si possono stipulare assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA. Al fine di una chiara demarcazione fra assicurazione sociale e assicurazione privata si dovrebbe anche prevedere la possibilità di stipulare l'assicurazione sociale di indennità giornaliera soltanto fino all'importo massimo di indennità giornaliera fissato dalla legge. Prestazioni di indennità giornaliera che vanno oltre tale limite si possono assicurare soltanto secondo la LCA. In tal modo l'assicurazione sociale di indennità giornaliera diventa un'assicurazione di base e quella secondo la LCA invece un'assicurazione complementare.

⁶⁴ La limitazione concernente l'inizio delle prestazioni (periodo di attesa), che sarebbe pure possibile, non è molto idonea a delimitare due assicurazioni che sono separate in base al diritto applicabile.

⁶⁵ In merito al possibile ammontare di tali limiti si vedano anche gli importi massimi del guadagno assicurato citati alle cifre 6.4 e 6.5.

Il limite massimo del guadagno ovvero dell'indennità giornaliera assicurabili con l'assicurazione di base è il criterio determinante per tracciare la linea di demarcazione fra assicurazione sociale di indennità giornaliera e assicurazione complementare secondo la LCA. In linea di principio tale limite può essere fissato dal legislatore a sua libera discrezione. Perché l'assicurazione sociale di indennità giornaliera acquisti importanza pratica, è necessario che il limite massimo consenta una sostanziale copertura della perdita di guadagno.

- Per quanto concerne la questione degli enti assicuratori sono concepibili due sottovarianti:
- Sottovariante 1: netta separazione della gestione: l'assicurazione di base secondo la LAMal viene esercitata soltanto dalle casse malati ai sensi del diritto delle assicurazioni sociali. Le compagnie di assicurazione private sono tuttavia libere di costituire casse malati. Parimenti le casse malati possono, come in precedenza, costituire compagnie di assicurazione private per esercitare assicurazioni complementari.
- Sottovariante 2: enti assicuratori misti: analogamente a quanto avviene per l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie e l'assicurazione infortuni obbligatoria, anche le compagnie di assicurazione private possono esercitare l'assicurazione di base.

6.2.2 Proposta per la forma concreta

Per le assicurazioni secondo la LAMal vengono proposti i seguenti limiti massimi:

- Per i lavoratori dipendenti: un'indennità giornaliera fino all'80 % del guadagno assicurato. Definizione del guadagno assicurato ai sensi dell'articolo 22 capoverso 2 OAINF. Applicazione dell'importo massimo del guadagno assicurato secondo l'articolo 22 capoverso 1 OAINF⁶⁶.
- Per gli indipendenti: un'indennità giornaliera fino all'80 % dell'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato secondo l'articolo 22 capoverso 1 OAINF.
- Per le persone senza attività lucrativa: un'indennità giornaliera di 100 franchi al massimo (copre i costi supplementari per un aiuto domestico in caso di incapacità lavorativa; viene pagata solo se tali costi sono documentati).

Gli assicuratori hanno l'obbligo di accettare le proposte fino a tali limiti massimi. Però in caso di malattie già in corso si possono formulare riserve limitate nel tempo. Le prestazioni che superano i suddetti limiti si possono assicurare soltanto secondo la LCA. Le assicurazioni secondo la LCA sono consentite soltanto per prestazioni che superano il limite imposto dalla LAMal. Non si possono assicurare secondo la LCA periodi di attesa per prestazioni fino al limite massimo.

Nell'attuale clima politico ed economico è realistica soltanto un'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera senza contributi da parte dell'ente pubblico.

Quali assicuratori sono ammessi gli assicuratori malattie ai sensi della LAMal e le compagnie di assicurazione private secondo la LSA.

6.2.3 Valutazione della variante 1

6.2.3.1 Aspetti positivi, vantaggi

Con questa soluzione si tratta anzitutto di arrivare effettivamente a realizzare il diritto delle assicurazioni sociali come promulgato dal legislatore. Con il limite massimo di guadagno assicurato qui proposto (pari a quello secondo la LAINF) la maggior parte delle assicurazioni vigenti manterrebbero le medesime prestazioni, ma potrebbero proseguire sulla base della LAMal⁶⁷. Concretamente quindi per gli assicurati cambierebbe ben poco. La conseguenza più marcata del fatto che per le assicurazioni valgano le disposizioni della LAMal e della LPGA concerne le procedure e i rimedi giuridici; una conseguenza che riguarda tutti. Valgono le disposizioni della LPGA. Le compagnie di assicurazione private che attualmente

⁶⁶ Attualmente il limite massimo è costituito da un guadagno annuo di 126 000 franchi (art. 22 cpv. 1 OAINF).

⁶⁷ Si potrebbe pensare anche a un importo massimo inferiore, come nella soluzione 4 (punto 6.5.2). Ma ciò comporterebbe lo svantaggio di dover ripartire in due contratti (uno secondo la LAMal e uno secondo la LCA) molte delle assicurazioni collettive attualmente vigenti. Se si rinuncia a un'assicurazione obbligatoria ciò non ha senso.

esercitano l'assicurazione infortuni obbligatoria applicano le dette disposizioni già in tale ambito. Per loro non si tratta quindi di una novità.

Le condizioni imposte dalla LAMal (cfr. sopra punto 2.1.1) tutelano gli assicurati specialmente in caso di cambio del posto di lavoro o di perdita dello stesso causa persistente incapacità lavorativa. Tale tutela supplementare può comportare determinati aumenti dei premi. Essi dovrebbero però essere di modesta entità, perché le suddette condizioni hanno effetto soltanto per una piccola minoranza degli assicurati (cfr. sopra punto 5.3.1). Per l'ammontare dei premi sono decisive le prestazioni assicurate, che in linea di massima con la presente variante non subirebbero alcun cambiamento.

Le condizioni imposte dalla LAMal dovrebbero incontrare ampio consenso sul piano politico. Di conseguenza si può motivare in modo convincente l'estensione di tali condizioni a tutte le assicurazioni di indennità giornaliera fino a un limite massimo definito dalla legge.

Alle assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LAMal si possono applicare le norme di coordinamento UE.

6.2.3.2 Svantaggi

Permane la problematica di fondo di un'assicurazione sociale facoltativa (cfr. punti 5.3.2 e 5.3.3). Si deve perciò tenere conto del fatto che all'interno dell'assicurazione sociale di indennità giornaliera i principi di solidarietà perseguiti dal legislatore vengono elusi in misura considerevole (riserve, assicurazioni collettive come comunità di rischio chiuse). Le persone con assicurazione individuale e le piccole aziende continueranno perciò a essere svantaggiate.

Come contromisura si può pensare all'introduzione di una tariffa dei premi uniforme per tutti gli assicurati di una cassa malati, analogamente a quanto avviene per l'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie. Tale variante sarebbe però in contraddizione con l'odierna prassi di tariffe dei premi differenziate secondo aziende o categorie professionali, come del resto sono previste anche nell'assicurazione infortuni obbligatoria. Inoltre dovrebbero continuare a esservi gli stimoli che fanno sì che anche le aziende siano interessate a evitare che vengano pagate troppe indennità giornaliere. Questo obiettivo consiglia tariffe dei premi stabilite in base ad aziende e categorie professionali.

Il problema posto dagli opposti interessi si può probabilmente risolvere con una tariffa dei premi uniforme per tutte le casse malati, ma differenziata secondo le categorie professionali, che, entro determinati limiti, consenta una regolamentazione bonus/malus. Ma bisogna essere consapevoli che in un'assicurazione facoltativa non si riesce mai a evitare totalmente che la solidarietà voluta dal legislatore venga elusa.

6.3 Variante 2: assicurazione di indennità giornaliera esclusivamente secondo la LCA

6.3.1 Rinuncia a un'assicurazione sociale di indennità giornaliera secondo la LAMal; integrazione della LCA con disposizioni della LAMal a tutela degli assicurati

Si potrebbe regolare la coesistenza di due leggi - con la conseguenza che, in pratica, l'assicurazione sociale facoltativa ha scarsa importanza - rinunciando a istituire un'assicurazione sociale facoltativa di indennità giornaliera e abolendo le disposizioni della LAMal sull'assicurazione di indennità giornaliera. Tutte le assicurazioni per le conseguenze di un'incapacità lavorativa per malattia si orienterebbero esclusivamente alla LCA. Contrariamente a quanto avviene nella variante che prevede un'assicurazione sociale di indennità giornaliera quale assicurazione di base, in questo caso non viene imposta nessuna condizione concernente il calcolo delle tariffe dei premi. Valgono le norme generali della LSA.

Anche in questo caso è però possibile introdurre nella LCA limitazioni alla libertà contrattuale, come vigono già oggi, peraltro solo a favore dei disoccupati. Secondo l'articolo 100 capoverso 2 LCA, gli articoli 71 LAMal (Uscita dall'assicurazione collettiva) e 73

LAMal (Coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione) oggigiorno sono applicabili anche agli assicurati secondo la LCA che diventano disoccupati. Si pone quindi la questione se si debba inserire tali norme nella LCA, in modo che la tutela degli assicurati disoccupati non subisca peggioramenti. Con ciò si potrebbe però innescare una discussione circa il fatto di non mantenere solo per gli assicurati disoccupati il campo di validità di tali disposizioni, ma di trasferire genericamente nella LCA le attuali norme della LAMal a tutela degli assicurati o, in ogni caso, di parte di loro.

Se tali condizioni venissero inserite nella LCA, si porrebbe subito la questione se debbano valere soltanto fino a un determinato ammontare delle prestazioni.

Tale assicurazione di indennità giornaliera secondo la LCA può essere esercitata da tutte le compagnie di assicurazione private soggette alla LSA. Dato però che oggigiorno le assicurazioni malattie possono offrire assicurazioni di indennità giornaliera secondo la LCA, probabilmente va lasciato loro tale diritto anche se si adotta la presente soluzione.

A seconda del risultato, la variante 2 in pratica non si differenzia materialmente dalla variante 1.

6.3.2 Proposta per la forma concreta

Vengono abolite le disposizioni della LAMal inerenti all'assicurazione di indennità giornaliera. Contemporaneamente vengono integrate nella LCA le limitazioni della libertà contrattuale presenti nella LAMal. Sono le seguenti:

- l'obbligo di accettare la proposta con durata limitata delle eventuali riserve (analogamente agli art. 68 e 69 LAMal);
- il libero passaggio nei casi attualmente menzionati nell'articolo 70 capoverso 1 LAMal;
- il diritto di passaggio all'assicurazione individuale in caso di uscita dall'assicurazione collettiva (analogamente all'art. 71 LAMal);
- l'obbligo imperativo degli assicuratori di corrispondere le prestazioni assicurate anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, ovvero dopo l'uscita dall'assicurazione collettiva, se il caso di malattia si è verificato in precedenza⁶⁸;
- indennità giornaliera in caso di maternità (analogamente all'art. 74 LAMal);
- nessuna graduazione dei premi in base all'età effettiva e al sesso, ma solo in base all'età di entrata (cfr. art. 76 LAMal).

Si deve inoltre fissare nella LCA un importo minimo dell'indennità giornaliera fino al quale vanno rispettate le limitazioni della libertà contrattuale. Si dovrebbero prendere in considerazione innanzi tutto gli stessi limiti massimi proposti dalla soluzione 1 per il campo di validità dell'assicurazione di base secondo la LAMal.

Contributi da parte dell'ente pubblico non si potrebbero prendere in considerazione nemmeno nel caso di un'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera secondo la LCA.

Come nella soluzione 1, quali assicuratori sono autorizzati gli assicuratori malattie ai sensi della LAMal e le compagnie di assicurazione private secondo la LSA.

6.3.3 Valutazione della variante 2

6.3.3.1 Aspetti positivi, vantaggi

Per l'assicurazione per la perdita di guadagno in caso di malattia viene creato un sistema legislativo coerente per un'assicurazione facoltativa, dal quale è stata eliminata la coesistenza di due regolamentazioni legali. In linea di principio è possibile prevedere nella legge limitazioni della libertà contrattuale, onde consentire l'accesso a tale assicurazione alle persone con un'attività lucrativa. Se, come nella proposta al punto 6.3.2, nella LCA vengono adottate le clausole di salvaguardia dell'assicurazione di indennità giornaliera della LAMal fino al medesimo ammontare proposto dalla variante 1, sostanzialmente non vi sono differenze fra questa e la variante 2, salvo che non sono applicabili le disposizioni della LPGA né le norme di coordinamento UE.

Dato che già oggi la maggior parte delle assicurazioni di indennità giornaliera vengono stipulate sulla base della LCA, questa variante dovrebbe incontrare un'opposizione limitata.

⁶⁸ Cfr. sopra punto 2.2.2.6.

Ma non si potrà evitare la discussione sull'integrazione della LCA con le disposizioni abolite nella LAMal.

L'obbligo di continuare a corrispondere le prestazioni assicurate in caso di malattia anche una volta cessato il rapporto di lavoro offre però all'assicurato un'ulteriore copertura. Questo farà simultaneamente diminuire in una qualche misura l'onere gravante sull'assicurazione individuale.

6.3.3.2 *Svantaggi*

In un'assicurazione sociale facoltativa la solidarietà fra gli assicurati stabilita dal legislatore sarà lacunosa. Persisteranno le grandi differenze di premio fra diverse collettività e fra assicurazione collettiva e assicurazione individuale.

Il fatto che non siano applicabili le disposizioni della LPGA si ripercuote specialmente sul coordinamento delle prestazioni con altre assicurazioni sociali e sulle norme concernenti la procedura e i rimedi giuridici.

Inoltre le norme di coordinamento UE non sono applicabili alle assicurazioni LCA, il che può provocare lacune.

6.4 Variante 3: assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per le persone che esercitano un'attività lucrativa dipendente

6.4.1 Medesima copertura assicurativa per la perdita di guadagno in seguito a malattia come quella in caso di infortunio per tutti i lavoratori dipendenti

Fatta eccezione per l'incapacità lavorativa temporanea causa malattia, oggi i lavoratori sono ampiamente tutelati dalle diverse assicurazioni sociali contro il rischio di una perdita di guadagno (cfr. sopra punto 2.4). Non c'è effettivamente alcun motivo ragionevole perché il rischio della perdita di guadagno debba essere coperto da un'assicurazione sociale in caso di infortunio, ma non invece in caso di malattia. È vero che i lavoratori possono contare sull'obbligo del datore di lavoro di continuare a pagare il salario ai sensi del CO e su ulteriori norme dei contratti di lavoro, specie di quelli collettivi. Ma tali norme presentano sovente carenze e lacune, che emergono soprattutto nel momento in cui cessa il rapporto di lavoro o si cambia posto di lavoro. Sono svantaggiate soprattutto le persone che in tale momento sono malate o che hanno sofferto in precedenza di una malattia soggetta a possibili ricadute.

I mutamenti nel mondo del lavoro hanno come conseguenza che oggi tali inconvenienti appaiano più evidenti e più numerosi. I posti di lavoro ormai non sono più praticamente posti a vita. Inoltre assumono sempre più importanza i cosiddetti rapporti di lavoro atipici come contratti di lavoro a tempo determinato, lavoro temporaneo, lavoro a tempo parziale, lavoro su chiamata, ecc. Oggi le persone con rapporti di lavoro di questo genere dispongono di una scarsa copertura in caso di malattia di lunga durata.⁶⁹ Un'assicurazione sociale obbligatoria potrebbe eliminare gran parte di tali carenze.

L'istituzione di un'assicurazione sociale pone sempre l'interrogativo di quale dovrebbe essere la cerchia di persone per le quali essa dovrebbe essere obbligatoria. Il concetto tradizionale, risalente alla legislazione sociale di Bismarck, è quello dell'assicurazione obbligatoria per i lavoratori dipendenti. In Svizzera, in importanti settori dell'assicurazione sociale (AVS, AI, assicurazione di cure medico-sanitarie), si è scelto un altro principio, cioè l'assicurazione obbligatoria per l'intera popolazione. L'assicurazione contro gli infortuni e quella contro la disoccupazione sono invece obbligatorie soltanto per i lavoratori dipendenti. Anche gli sforzi fatti finora per introdurre un'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera in caso di malattia mettono in primo piano l'idea di un'assicurazione per i lavoratori dipendenti⁷⁰. La soluzione più ovvia è quindi l'introduzione di un'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti. La relativa regolamentazione si può orientare in linea

⁶⁹ Cfr. Peter Böhringer, Michael Marti, Flexicurity: Bedeutung für die Schweiz / Flexicurity: importance pour la Suisse, CHSS 1/2008, p. 39 ss.

⁷⁰ Cfr. Messaggio del 19 agosto 1981 sulla revisione parziale dell'assicurazione malattie, FF 1981 II 1057 ss.

di principio al progetto di legge del Consiglio federale del 1981. I punti essenziali di tale regolamentazione erano:

- assicurazione obbligatoria per i lavoratori dipendenti fino all'età di pensionamento AVS;
- indennità giornaliera pari all'80 % del guadagno assicurato fino a un determinato limite massimo (preferibilmente uguale a quello dell'assicurazione infortuni obbligatoria⁷¹);
- inizio delle prestazioni a partire dal 31° giorno dall'inizio dell'incapacità lavorativa;
- durata delle prestazioni di 540 giorni;
- diritto di passaggio all'assicurazione facoltativa dopo l'uscita da quella obbligatoria.

6.4.2 Proposta per la forma concreta

Alle attuali disposizioni della LAMal sull'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera si sostituisce una regolamentazione su un'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti, i cui punti essenziali sono i seguenti:

- assicurazione obbligatoria per i lavoratori dipendenti fino all'età di pensionamento AVS;
- indennità giornaliera pari all'80 % del guadagno assicurato fino al medesimo limite massimo dell'assicurazione infortuni obbligatoria;
- inizio delle prestazioni a partire dal 31° giorno dall'inizio dell'incapacità lavorativa;
- durata delle prestazioni di 540 giorni;
- diritto di passaggio all'assicurazione facoltativa dopo l'uscita da quella obbligatoria.
- gli assicuratori sono casse malati e compagnie di assicurazione private secondo la LSA.

Per le prestazioni che vanno oltre l'assicurazione obbligatoria e per gli indipendenti e le persone senza un'attività lucrativa sono possibili assicurazioni secondo la LCA, come già ne vengono stipulate attualmente, in aggiunta all'assicurazione infortuni obbligatoria.

6.4.3 Valutazione della variante 3

6.4.3.1 *Aspetti positivi, vantaggi*

Questa variante mette in primo piano la tutela del lavoratore dipendente in caso di una sua temporanea incapacità lavorativa per malattia. La temporanea perdita di guadagno per malattia viene così coperta esattamente come quella causata da un infortunio. Viene perciò colmata l'ultima lacuna che ancora rimane nella copertura assicurativa del lavoratore dipendente contro la perdita di guadagno.

L'assicurazione obbligatoria comporta per gli assicurati un sostanziale miglioramento della copertura assicurativa in caso di cambio o perdita del posto di lavoro. Ciò è importante soprattutto in caso di persistente incapacità lavorativa dopo la perdita del posto di lavoro. Inoltre l'assicurazione obbligatoria semplifica il coordinamento con altre assicurazioni sociali nonché quello con i sistemi assicurativi dell'UE.

Per le persone che non sono assoggettate all'assicurazione obbligatoria rimane la possibilità di stipulare un'assicurazione secondo la LCA.

6.4.3.2 *Svantaggi*

Per la maggior parte degli assicurati l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria non avrebbe effetti sensibili. Per loro l'attuale sistema con soluzioni concordate tra le parti sociali funziona in modo soddisfacente. Gran parte delle persone con un'attività lucrativa hanno anche la possibilità di crearsi una copertura assicurativa sufficiente facendo ricorso a un'assicurazione facoltativa. Di conseguenza, la pressione politica perché venga introdotta l'assicurazione obbligatoria attualmente non è molto forte. Con l'odierno clima politico ed economico è praticamente impensabile un ulteriore ampliamento delle assicurazioni sociali che comporti contributi supplementari a carico dei datori di lavoro.

Con un'assicurazione obbligatoria alle parti sociali vengono lasciate scarse possibilità di intervenire sulla sua forma. Verrebbero escluse soluzioni su misura per situazioni particolari.

⁷¹ Cfr. sopra nota 67.

6.5 Variante 4: assicurazione per perdita di guadagno obbligatoria per tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa

6.5.1 Estensione dell'assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno causa malattia a tutte le persone che esercitano un'attività lucrativa

Se si prende in considerazione l'idea di un'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera, ci si dovrebbe anche chiedere se in futuro si vuole restare fedeli alla soluzione tradizionale dell'assicurazione obbligatoria per i lavoratori dipendenti o se non si debba invece istituire un'assicurazione obbligatoria per tutte le persone con un'attività lucrativa. A favore dell'estensione dell'assicurazione obbligatoria a tutte le persone con un'attività lucrativa c'è il fatto che oggi più spesso che in passato si cambia posto di lavoro e più sovente anche si passa da un'attività lucrativa indipendente a una dipendente e viceversa. E poiché nella copertura assicurativa in caso di malattia vi sono evidenti lacune e carenze, sia se si cambia posto di lavoro sia se si passa da un'attività lucrativa dipendente a una indipendente, un'assicurazione obbligatoria per tutte le persone con un'attività lucrativa potrebbe porvi rimedio. A favore di un'assicurazione obbligatoria per tutti intervengono anche il coordinamento con altre assicurazioni sociali e specialmente la collaborazione interistituzionale per un più rapido reinserimento delle persone nel mercato del lavoro ai sensi dell'articolo 68^{bis} LAI. Peraltro finora non si dispone ancora di esperienze certe in merito ai risultati pratici di tale collaborazione, che include anche l'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera. Ma si può partire dal presupposto che tale collaborazione sarebbe molto più facile ed efficiente con un'assicurazione obbligatoria che non con una facoltativa. Se ci fosse un'assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno, nel quadro della collaborazione interistituzionale si potrebbero ottenere informazioni più tempestive e più attendibili su un caso di incapacità di guadagno frequente e ricorrente che non con il sistema dell'assicurazione facoltativa.

Se viene istituita un'assicurazione per perdita di guadagno per tutte le persone con un'attività lucrativa, si pone la questione se il limite massimo del guadagno assicurato debba essere pari a quello dell'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti, per il quale appare ragionevole adottare il limite massimo previsto dall'assicurazione infortuni obbligatoria⁷². A favore di un valore limite inferiore del guadagno massimo assicurato interviene specialmente l'inclusione delle persone con un'attività lucrativa indipendente. Nel loro caso il guadagno annuo può subire fluttuazioni molto forti. Già con un limite massimo, con il quale la metà delle persone con un'attività lucrativa vedrebbero assicurato l'intero loro guadagno⁷³, si potrebbero in gran parte eliminare le lacune e le carenze esistenti oggi in caso di cambio del posto di lavoro; inoltre in caso di incapacità lavorativa per malattia tutte le persone con un'attività lucrativa potrebbero almeno contare su un'assicurazione di base. Si possono anche prevedere limiti massimi differenti per il guadagno assicurato obbligatoriamente a seconda che si tratti di persone con un'attività lucrativa dipendente o indipendente. Per la perdita di guadagno oltre il limite massimo l'assicurazione sarebbe facoltativa per tutte le persone con un'attività lucrativa. Viene lasciata in sospeso la questione se anche per tale assicurazione complementare debba valere o meno il diritto delle assicurazioni sociali. Un'assicurazione secondo la LCA è di per sé la soluzione più coerente. In ogni caso però il medesimo assicuratore dovrebbe poter offrire assicurazione di base e assicurazione complementare.

Per l'assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno varrebbero quindi specialmente i seguenti principi:

⁷² Secondo l'articolo 15 capoverso 2 LAINF l'importo massimo del guadagno assicurato è fissato in modo tale che generalmente il 92-96 % degli assicurati sono coperti per l'intero guadagno. Attualmente il limite massimo è costituito da un guadagno annuo di 126 000 franchi (art. 22 cpv. 1 OAINF).

⁷³ Secondo la statistica dell'AVS nel 2005 tale limite (mediana) era 66 855 franchi per gli uomini e 37 228 franchi per le donne. Ma il limite dovrebbe venire fissato uguale per entrambi i sessi. Sarebbe anche possibile fissare come limite massimo per questa assicurazione la metà dell'importo del guadagno massimo assicurato dall'assicurazione infortuni obbligatoria, ossia 63 000 franchi.

- l'obbligatorietà dell'assicurazione si riferisce in linea di massima a tutte le persone che traggono un reddito da un'attività lucrativa indipendente o dipendente ai sensi della LAVS;
- l'obbligatorietà dell'assicurazione vale però soltanto fino a un limite massimo definito dalla legge, che - in ogni caso per gli indipendenti - potrebbe essere considerevolmente inferiore a quello di un'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti;
- inoltre potrebbero valere gli stessi principi vigenti per un'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti.

6.5.2 Proposta per la forma concreta

Alle attuali disposizioni della LAMal sull'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera si sostituisce una regolamentazione su un'assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno. Hanno l'obbligo di assicurarsi tutte le persone con un'attività lucrativa ai sensi della legislazione dell'AVS. Le prestazioni e la loro durata si possono in linea di massima disciplinare esattamente come nell'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti, quindi:

- indennità giornaliera pari all'80 % del guadagno assicurato fino a un determinato limite massimo (cfr. al riguardo le spiegazioni qui in basso);
 - inizio delle prestazioni a partire dal 31° giorno dall'inizio dell'incapacità lavorativa;
 - durata delle prestazioni di 540 giorni;
 - diritto di passaggio a un'assicurazione facoltativa, in caso di cessazione dell'attività lucrativa, fino a un determinato limite massimo dell'indennità giornaliera assicurabile (copertura dei costi supplementari per la gestione della casa in caso di incapacità lavorativa per malattia);
 - gli assicuratori sono casse malati e compagnie di assicurazione private secondo la LSA;
- Inoltre versamento sussidiario di indennità in caso di incapacità lavorativa a seguito di un infortunio.

Per quanto concerne il limite massimo del guadagno assicurato

L'estensione della copertura assicurativa a tutte le persone con un'attività lucrativa giustifica il fatto di fissare un limite massimo del guadagno assicurato inferiore a quello dell'assicurazione infortuni obbligatoria. Ciò vale soprattutto per quanto concerne gli indipendenti, nel caso dei quali, da una parte, è più difficile controllare l'effettiva assenza dal lavoro per incapacità lavorativa e, dall'altra, il reddito può fluttuare fortemente. Si potrebbe fissare il limite massimo in modo tale che almeno per la metà delle persone con un'attività lucrativa sia coperta interamente l'eventuale perdita di guadagno. Ciò avverrebbe sicuramente con un limite massimo pari alla metà dell'importo del guadagno massimo assicurato secondo la LAINF⁷⁴.

6.5.3 Valutazione della variante 4

6.5.3.1 Aspetti positivi, vantaggi

Con questa variante, in caso di incapacità lavorativa per malattia si deve garantire a tutte le persone con un'attività lucrativa almeno una copertura di base, che continui senza lacune finché perdura l'incapacità di guadagno. Per le persone, il cui guadagno effettivo è inferiore al guadagno massimo assicurato, sarebbe assicurato l'intero guadagno. Secondo il limite massimo del guadagno assicurato, potrebbe trattarsi della maggioranza delle persone con un'attività lucrativa.

Per quanto concerne le persone assicurate, l'estensione dell'assicurazione obbligatoria a tutte le persone con un'attività lucrativa rende questa assicurazione per perdita di guadagno più simile all'AVS e all'AI che non all'assicurazione infortuni obbligatoria o all'assicurazione contro la disoccupazione. In tal modo si tiene conto del fatto che oggi giorno i posti di lavoro non sono più posti a vita e che si passa più frequentemente da un'attività lucrativa

⁷⁴ Cfr. sopra punto 6.5.1 e in particolare la nota 74.

indipendente a una dipendente e viceversa. L'assicurazione obbligatoria presenta vantaggi per gli assicurati proprio in caso di cambio del posto di lavoro e di passaggio a un'attività lucrativa indipendente.

Il vantaggio di questa variante sta soprattutto nel fatto che promuove la flessibilità sul mercato del lavoro e che migliora il coordinamento con l'AI per quanto concerne il rilevamento tempestivo di un'incapacità lavorativa di lunga durata. La collaborazione interistituzionale ai sensi dell'articolo 68^{bis} LAI viene collocata su una base sicura anche sotto l'aspetto istituzionale. Soltanto così si può organizzare in modo coerente ed esaustivo un rilevamento tempestivo dell'incapacità lavorativa in casi complessi. È vero che già oggi gli assicuratori di indennità giornaliera possono collaborare con l'assicurazione invalidità nell'ambito del rilevamento tempestivo (cfr. punto 2.4.4.3). Ma non vi sono obbligati per legge. Invece fra le assicurazioni sociali obbligatorie la legge può disciplinare la collaborazione in modo vincolante. Un'assicurazione obbligatoria per perdita di guadagno estesa a tutte le persone con un'attività lucrativa comporterebbe indubbi vantaggi a questo riguardo.

6.5.3.2 Svantaggi

Una soluzione che preveda un'assicurazione obbligatoria per tutte le persone con un'attività lucrativa non è politicamente realizzabile al momento. La regolamentazione vigente, che si basa soprattutto su soluzioni concordate tra le parti sociali, in linea di massima ha dato nonostante tutto buoni risultati. Gran parte delle persone con un'attività lucrativa hanno anche la possibilità di ottenere una copertura assicurativa sufficiente facendo ricorso a un'assicurazione facoltativa.

Obbligare gli indipendenti a un'assicurazione per perdita di guadagno non è conforme al sistema.

7 Precedenti proposte di revisione

7.1 Precedenti tentativi legislativi, per la maggior parte falliti

Innanzitutto vanno brevemente ricordati i singoli progetti di riforma e i provvedimenti concernenti assicurazione di indennità di malattia/indennità giornaliera a partire dal 1972.

11 febbraio 1972: rapporto della commissione di esperti «per il riordinamento dell'assicurazione malattia» (cosiddetto «modello di Films»). Veniva proposta l'introduzione di un'assicurazione di indennità di malattia obbligatoria per i lavoratori dipendenti.

19 marzo 1973: messaggio del Consiglio federale sull'iniziativa del PSS con la presentazione di un controprogetto (FF 1973 I 714). Si sarebbe dovuto coprire l'indennità di malattia con un'assicurazione obbligatoria per i lavoratori dipendenti, finanziata con contributi paritetici di assicurati e datori di lavoro, fissati come percentuale del salario.

8 dicembre 1974: popolo e Cantoni respingono l'iniziativa del PSS e il controprogetto delle Camere federali.

31 gennaio 1975: decreto federale sulla riduzione dei contributi della Confederazione (RS 611.02). In base a tale decreto vengono aboliti i contributi federali all'assicurazione di indennità di malattia.

5 luglio 1977: rapporto della commissione di esperti «per una revisione parziale dell'assicurazione malattia»: viene proposta l'introduzione di un'assicurazione di indennità di malattia obbligatoria per i lavoratori dipendenti.

19 agosto 1981: messaggio del Consiglio federale sulla revisione parziale dell'assicurazione malattia (disegno di LAMI; FF 1981 II 1057). Il Consiglio federale propone l'introduzione di

un'assicurazione di indennità di malattia obbligatoria per i lavoratori dipendenti, comprensiva di un'indennità di maternità, finanziata con contributi paritetici di datori di lavoro e lavoratori, fissati come percentuale del salario.

17 marzo 1986: inoltre da parte del PSS e dell'Unione sindacale svizzera (USS) dell'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie». La Costituzione federale è modificata come segue: l'assicurazione dell'indennità di malattia è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti. Esse versa, in caso di perdita di guadagno dovuta a malattia, un'indennità giornaliera pari almeno all'80 % del salario assicurato. L'assicurazione è finanziata con contributi in percentuali del salario assicurato, per almeno la metà a carico dei datori di lavoro. La Confederazione provvede affinché le persone non assicurate per legge possano aderire all'assicurazione dell'indennità giornaliera per prestazioni in caso di malattia o infortunio.

20 marzo 1987: le Camere federali approvano il disegno di legge della LAMI (cosiddetto «programma immediato»). Si rinuncia all'assicurazione di indennità di malattia obbligatoria per i lavoratori dipendenti; quello che era stato il punto di forza del disegno di legge nel corso dei dibattiti parlamentari è stato sempre più oggetto di critiche. Al suo posto viene decisa l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria di indennità di maternità per madri con e senza un'attività lucrativa, secondo il sistema dell'IPG.

6 dicembre 1987: in votazione popolare la LAMI è respinta.

6 novembre 1991: presentazione del Messaggio del Consiglio federale concernente la revisione dell'assicurazione malattia (messaggio concernente la LAMal) quale controprogetto indiretto nei confronti dell'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie». Il Consiglio federale riprende, praticamente inalterata, la regolamentazione vigente sull'assicurazione di indennità giornaliera (assicurazione per perdita di guadagno), dato che in occasione dell'ultimo tentativo di revisione dell'assicurazione malattie (messaggio del 19 agosto 1981) già il Parlamento aveva respinto l'introduzione di un'assicurazione di indennità giornaliera obbligatoria per i lavoratori dipendenti e dato che con il progetto di legge il Consiglio federale vuole concentrarsi sull'assicurazione di cure medico-sanitarie.

4 dicembre 1994: la votazione popolare del 4 dicembre 1994 respinge l'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie» e popolo e Cantoni approvano la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

7.2 La situazione dopo il 1996

7.2.1 La LAMal

Le disposizioni della LAMal sull'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera (articoli 67-77) non hanno subito modifiche da quando la legge è entrata in vigore, il 1° gennaio 1996, fatta eccezione per piccoli adeguamenti, necessari in seguito all'introduzione della LPGA.

Nel suo messaggio del 21 settembre 1998 concernente il decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie e la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (FF I 1999 723) il Consiglio federale spiega che: «i problemi di questa assicurazione [assicurazione di indennità giornaliera in caso di malattia] non possono essere risolti con semplici correttivi legislativi. Solo l'introduzione di un'assicurazione obbligatoria sarebbe in grado di ristabilire un'effettiva indennità giornaliera sociale.

Alcuni partecipanti alla procedura di consultazione hanno chiesto di introdurre nella presente revisione l'assicurazione obbligatoria d'indennità, fino all'80 per cento del salario. Tuttavia, considerati gli oneri finanziari supplementari connessi a tale modifica, proponiamo di rinunciarvi almeno per il momento. Potremmo tuttavia inserirla nel quadro di una prossima revisione» (punto 33).

7.2.2 Interventi parlamentari

In numerosi interventi parlamentari (interpellanza Brunner del 18 giugno 1996 [96.3283; LAMal. Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie]; mozione Schmid del 21 marzo 1997 [97.3173; LAMal. Assurance d'indemnités journalières]; mozione Maury Pasquier del 16 giugno 1997 [97.3294; LAMal. Assurance pour indemnités journalières en cas de maladie]; interrogazione ordinaria Borel del 19 giugno 1997 [97.1100; LAMal. Indemnités journalières. Respect de la loi par les caisses-maladie]; interpellanza Robbiani del 14 giugno 2000 [00. 3279; LAMal. Indemnités en cas de maladie]; petizione FSSC (00.2014) e mozione CSSS-N del 25 febbraio 2000 [00.3420; LAMal. Revenu assuré en cas de maladie]; interrogazione ordinaria Robbiani del 10 dicembre 2002 [02.1140; LCA. Travailleurs frontaliers et accords bilatéraux]; mozione Rennwald del 3 ottobre 2002 [02.3578; LCA. Libre passage dans l'assurance-maladie dans le cadre des accords bilatéraux]; postulato Robbiani del 10 dicembre 2002 [02.3693; LCA. Indemnités journalières. Lacunes]; mozione Robbiani del 22 settembre 2003 [03.3458; Disparité de traitement des travailleurs frontaliers]; postulato CSSS-N del 16 gennaio 2004 [04.3000; LAMal. Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières]; mozione Robbiani del 6 ottobre 2005 [05.3626; LAMal. Indennità giornaliera a titolo individuale]; postulato Graf-Litscher del 20 giugno 2007 [07.3395; LCA. Premi elevati in caso di passaggio all'assicurazione indennità giornaliera individuale]) hanno tuttavia richiamato l'attenzione su norme problematiche e carenze emerse nella pratica.

Rispondendo a tali interventi, il Consiglio federale ha avuto l'opportunità di esprimere il proprio parere sulla regolamentazione e sulla pratica attuali dell'assicurazione di indennità giornaliera. Al riguardo ha anche constatato che, per quanto la situazione attuale non sia del tutto soddisfacente dal punto di vista sociale, nell'assicurazione sociale malattie si deve dare la priorità all'obiettivo di un consolidamento dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie e che, in linea di principio, si può affrontare l'assicurazione di indennità giornaliera in un secondo tempo.

7.2.3 Iniziativa popolare «per un reddito assicurato in caso di malattia (iniziativa indennità giornaliera)»

Nel 1998 l'Unione sindacale svizzera ha lanciato l'iniziativa popolare «per un reddito assicurato in caso di malattia (iniziativa indennità giornaliera)». Tale iniziativa è fallita già nella fase della raccolta di firme. Chiedeva un'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera per tutti i lavoratori dipendenti (disoccupati inclusi). In caso di incapacità lavorativa per malattia l'indennità giornaliera doveva essere pari ad almeno l'80 % del salario assicurato e venire versata a partire dal 31° giorno di malattia per almeno 730 giorni su un arco di 900 giorni consecutivi. L'assicurazione avrebbe dovuto essere finanziata con i contributi degli assicurati; i loro datori di lavoro o l'assicurazione contro la disoccupazione avrebbero dovuto assumersi almeno la metà dei contributi.

7.2.4 Petizione (00.2014; Revenu assuré en cas de maladie)

Dopo il fallimento nella fase della raccolta di firme di tale iniziativa, il 25 novembre 1999 la Federazione svizzera dei sindacati cristiani (FSSC) ha presentato una petizione con 17 000 firme, nella quale si sollecitavano il Consiglio federale e il Parlamento a fare sì che in futuro venisse istituita un'assicurazione obbligatoria di indennità giornaliera per i lavoratori dipendenti. I postulanti chiedevano una modifica della Costituzione ai sensi della fallita iniziativa popolare dell'USS. Nella sua presa di posizione il DFI ha riconosciuto i problemi esistenti in seno all'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera e ha affermato che un'assicurazione obbligatoria come proposta dalla petizione ne avrebbe sicuramente risolti alcuni. Ma contemporaneamente il DFI ha richiamato l'attenzione sul fatto che il clima politico era sfavorevole a una revisione radicale e ha aggiunto che per il momento avrebbe rinunciato a proposte di radicali modifiche nell'assicurazione di indennità giornaliera, per non intralciare il graduale consolidamento che si andava delineando dell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie. Comunque si doveva indubbiamente seguire

attentamente gli sviluppi dell'assicurazione di indennità giornaliera. Se fosse emerso che gli svantaggi dell'attuale sistema si acuissero in misura tale da non poterli più sostenere, si sarebbe dovuto pensare ai provvedimenti adeguati, se necessario anche a livello di legge. Le due Camere hanno trasmesso la petizione al Consiglio federale, perché ne prendesse atto.

7.2.5 Iniziativa del Cantone del Giura (03.301; Lacunes et incohérences en matière d'indemnités journalières)

Basandosi sulla Costituzione federale, il Cantone del Giura ha chiesto all'Assemblea federale di modificare la LAMal in modo tale che venisse assicurata la copertura della perdita di salario o di guadagno in caso di incapacità lavorativa causa malattia. Su proposta delle due rispettive commissioni che se ne sono occupate, né il Consiglio nazionale, il 16 gennaio 2004, né il Consiglio degli Stati, il 16 febbraio 2004, hanno dato seguito all'iniziativa cantonale.

7.2.6 Iniziative parlamentari

Un'iniziativa parlamentare presentata nel 2003 (03.403; Robbiani. Assurance d'indemnités journalières obligatoire en cas de maladie) è stata ritirata dal suo promotore il 16 gennaio 2004 dopo la presentazione del postulato 04.3000 (LAMal. Lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières; cfr. sopra punto 1) da parte della CSSS-N.

Nel 2004 il Consigliere nazionale Robbiani ha proposto con un'altra iniziativa parlamentare (04.427; LCA. Loi fédérale sur le contrat d'assurance. Adaptation) l'adozione di norme specifiche in merito ai settori assicurativi connessi con le assicurazioni sociali. Ha poi ritirato tale iniziativa il 5 novembre 2004.

8 Conclusioni

Il Consiglio federale considera non ideale l'odierna situazione in cui coesistono due regolamentazioni legali distinte per l'assicurazione di indennità giornaliera, ma constata che la maggioranza dei lavoratori dipendenti è in larga misura coperta per la perdita di guadagno in caso di malattia. La perdita di terreno dell'assicurazione di indennità giornaliera secondo la LAMal non è realmente preoccupante nella misura in cui l'indennità giornaliera secondo la LCA tende a rimpiazzarla. La regolamentazione in vigore, che si fonda soprattutto su soluzioni concordate tra le parti sociali, ha dato nonostante tutto fondamentalmente buoni risultati. Può essere garantita ugualmente una protezione assicurativa sufficiente per gran parte dei lavoratori dipendenti mediante un'assicurazione facoltativa. Il Consiglio federale ritiene che l'assicurazione di indennità giornaliera com'è praticata attualmente può essere mantenuta.

Il Consiglio federale presenterà il presente rapporto al Parlamento. Tenendo conto delle circostanze politico-economiche e delle riforme relative all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ancora in corso, ritiene non opportuno modificare il sistema attuale dell'assicurazione di indennità giornaliera tanto in forma di un'assicurazione obbligatoria nel senso delle varianti 3 (cfr. sopra punto 6.4) e 4 (cfr. sopra punto 6.5) quanto in forma di un'assicurazione facoltativa secondo le varianti 1 e 2 (cfr. sopra punti 6.2 e 6.3). Per il Consiglio federale resta prioritario il consolidamento e l'ottimizzazione del sistema nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Si attende che il Parlamento si occupi prioritariamente dei disegni di legge sottopostigli negli ultimi anni come pure quest'anno sul contenimento dei costi e l'ottimizzazione del sistema e decida sulle relative proposte.

Allegato 1

Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, Ufficio federale della sanità pubblica

T 6.03 Assicuratori, assicurati, premi e prestazioni per tipo di contratto (individuale/collettivo)¹

Nombre / montant	Assurance individuelle	Assurance collective ³	Total	Variation par rapport à l'année précédente
Nombre d'assureurs	79	44	81	0.0%
Nombre d'assurés²				
Masculin	148'688	-	-	-9.2%
Féminin	193'359	-	-	-9.0%
Total	342'047	-	-	-9.1%
Primes à recevoir en francs				
Masculin	39'176'718	162'525'955	201'702'673	-5.8%
Féminin	26'592'271	73'960'061	100'552'332	-3.3%
Total	65'768'989	236'486'015	302'255'005	-5.0%
Prime à recevoir par personne assurée en francs				
Masculin	263	-	-	-6.0%
Féminin	138	-	-	-4.7%
Total	192	-	-	-5.5%
Prestations en francs				
Masculin	30'659'743	120'207'636	150'867'379	-3.8%
Féminin	17'043'709	39'808'403	56'852'111	-10.9%
Total	47'703'452	160'016'039	207'719'491	-5.8%
dont maternité	353'367	4'690'175	5'043'542	-4.6%
Prestations par personne assurée en francs				
Masculin	206	-	-	-6.5%
Féminin	88	-	-	-5.2%
Total	139	-	-	-6.1%

Stato dei dati: 31 luglio 2008

Fonte: Modulo EF3 [3.9]

1) È richiesta la contabilità separata per l'assicurazione individuale e l'assicurazione collettiva soltanto se per i premi vengono applicate tariffe differenti (cfr. art. 75 cpv. 2 LAMal).

2) Effettivo di assicurati il 31 dicembre.

3) Nell'assicurazione collettiva ci sono anche contratti basati sulla massa salariale, per i quali è ignoto il numero degli assicurati.

Allegato 2

Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2007/Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2007, Ufficio federale della sanità pubblica

T 9.17 Assicurazione di indennità giornaliera LAMa/LCA dal 1997, in milioni di franchi

Année	Primes			Assureurs privés assurance selon la LCA ⁴	Total ³	Prestations			Assureurs privés assurance selon la LCA ⁴	Total ³
	Assureurs LAMa		Total ³			Assureurs LAMa		Total ³		
	assurance facultative LAMa ¹	assurance selon la LCA ²				assurance facultative LAMa ¹	assurance selon la LCA ²			
1997	558.9	393.8	952.7	1'319.9	2'272.6	621.5	335.7	957.2	1'082.8	2'040.0
1998	509.6	508.1	1'017.7	1'428.4	2'446.1	456.4	453.7	910.1	1'137.1	2'047.2
1999	462.9	442.7	905.6	1'337.8	2'243.4	412.1	385.2	797.3	1'077.5	1'874.8
2000	438.9	339.7	778.6	1'636.2	2'414.8	381.6	299.2	680.8	1'334.1	2'014.9
2001	398.7	248.4	647.0	1'850.8	2'497.8	352.0	201.9	553.8	1'595.2	2'149.0
2002	370.9	248.8	619.7	1'946.0	2'565.6	329.1	227.1	556.2	1'701.0	2'257.2
2003	354.1	295.5	649.6	2'059.8	2'709.4	309.9	266.9	576.8	1'821.8	2'398.6
2004	354.1	466.0	820.0	2'199.5	3'019.5	277.9	341.4	619.3	1'729.0	2'348.4
2005	340.1	497.8	837.9	2'145.0	2'982.9	251.1	268.0	519.1	1'547.5	2'066.6
2006	315.8	549.0	864.8	2'152.4	3'017.2	220.6	347.8	568.4	1'471.9	2'040.3
2007	299.3	544.4	843.7	2'152.2	2'995.8	207.7	361.8	569.5	1'413.6	1'983.1

Stato dei dati: 28 novembre 2008

Premi = premi lordi acquisiti; prestazioni = importi pagati per i casi assicurati.

1) Fonte: T 6.04 Premi lordi [60-65] e prestazioni corrisposte [30-35]. Con assicurazione infortuni.

2) Fonte: T 7.03 Indennità giornaliera LCA (UFSP). Con assicurazione infortuni.

(-> 2003: Ufficio federale delle assicurazioni private [UFAP]. Senza assicurazione infortuni). 1996: *Schätzung BSV / Estimation OFAS pour 1996*.

3) Totale: le cifre in corsivo sono stime dell'UFAS sulla base dei dati forniti dall'UFAP.

4) Fonte: Gli istituti di assicurazione privati in Svizzera (UFAP), versione dettagliata della tabella AS03N. Non sono disponibili dati per il 1996. La quota dell'assicurazione collettiva (premi e prestazioni) supera il 90 %. Senza assicurazione infortuni. 1996: *Schätzung BSV / Estimation OFAS pour 1996*.

Allegato 3: Confronto con i Paesi vicini

Come nella maggior parte degli altri Paesi della Comunità Europea, nei quattro maggiori Paesi confinanti con la Svizzera vigono **assicurazioni sociali obbligatorie** che, in caso di incapacità lavorativa per malattia, corrispondono prestazioni commisurate al guadagno.

	Germania	Francia	Italia	Austria
Finanziamento	Contributi (assicurati + datori di lavoro [DL]), imposte	Contributi (lavoratori[L] + datori di lavoro [DL]), imposte	Contributi (DL)	Contributi (assicurati + DL)
Contributi per prestazioni in natura e pecuniarie in caso di malattia e maternità	<p>Aliquote dei contributi diverse per le singole casse malati Aliquota media: 13,30 %, di cui 6,65 % lavoratore, 6,65 % datore di lavoro.</p> <p>I lavoratori pagano inoltre un'ulteriore quota pari allo 0,9 %.</p> <p>Limite massimo annuo: € 47 700 (= importo massimo fino a cui vengono prese in considerazione le entrate per il calcolo dei contributi. Le entrate eccedenti non vengono prese in considerazione).</p>	<p>Régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés (RGAMTS): Contributo complessivo per prestazioni in natura e pecuniarie in caso di malattia, maternità, invalidità e morte: 13,55 %, di cui 0,75 % lavoratore, 12,80 % datore di lavoro.</p> <p>Nessun limite massimo.</p> <p>Riduzione dei contributi del datore di lavoro per i salari bassi.</p>	<p>Operai: 2,88 % contributo DL. È incluso il contributo per maternità (0,66 % nell'industria, 0,44 % nel commercio) e per prestazioni pecuniarie in caso di malattia (2,22 % nell'industria, 2,44 % nel commercio).</p> <p>Nessun limite massimo.</p> <p>Impiegati: Industria 0,66 % contributo DL.</p> <p>Commercio 0,44 % contributo DL. Nessun limite massimo.</p>	<p>Operai: 7,50 % generalmente, di cui 3,95 % lavoratore, 3,55 % datore di lavoro.</p> <p>Impiegati: 7,50 %, di cui 3,75 % lavoratore, 3,75 % datore di lavoro.</p> <p>"Freie Dienstnehmer": 7.10 %, di cui 3,75 % lavoratore, 3,75 % datore di lavoro.</p> <p>Contributo supplementare per determinati parenti: 3,4 % L.</p> <p>Limite massimo: generalmente € 3840 mensili, per 13^a + 14^a mensilità in totale € 7680 annui.</p>
Partecipazione dello Stato	Partecipazione forfetaria della Confederazione alle spese delle casse malati per prestazioni non assicurative.	Compensazione delle esenzioni dai contributi concesse per motivi di politica occupazionale.	Nessuna	Il 70 % delle spese per l'indennità settimanale viene rimborsato dal fondo degli assegni familiari.

Assicurati	Lavoratori dipendenti e categorie assimilate.	Tutte le persone con un'attività lucrativa (eccezionati determinati indipendenti).	I L hanno diritto alla prosecuzione della retribuzione da parte del DL. In caso di tubercolosi anche i familiari.	Tutti i L con occupazione retribuita. I disoccupati che percepiscono prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. I partecipanti a misure riabilitative rivolte al reinserimento professionale.
Limite (superiore) dell'obbligo di assicurazione.	Circa € 45 000. Se viene superato tale limite, a determinate condizioni è possibile un'assicurazione facoltativa.	Nessuno	Nessuno	Nessuno
Esenzione dall'obbligo di assicurarsi (limite inferiore)	Lavoratori con reddito fino a € 400 mensili.	Nessuna	Nessuna	Retribuzione fino a € 341.16 mensili. È possibile una speciale assicurazione facoltativa.
Minimo di contributi versati / durata minima dell'assicurazione	Nessuno/a	RGAMTS: si presuppongono un minimo di contributi versati o una durata minima dell'occupazione.	Nessuno/a	Nessuno/a
Giorni di attesa	Nessuno, se l'incapacità lavorativa comporta la prosecuzione del pagamento della retribuzione secondo le norme del diritto del lavoro o se la malattia è conseguenza di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale o se si rendono necessarie misure ospedaliere.	RGAMTS: 3 giorni.	3 giorni. Nessuno in caso di tubercolosi.	Indennità di malattia: 3 giorni. Se l'incapacità lavorativa non viene notificata entro una settimana, dalla notifica.

Prestazioni DL	Prosecuzione del pagamento del salario a operai e impiegati: 6 settimane.	Conformemente alla convenzione nazionale fra le parti sociali sul pagamento mensile del salario o alla relativa convenzione tariffaria, il datore di lavoro paga tutta o in parte la differenza fra la retribuzione e l'importo dell'indennità di malattia (indemnités journalières de maladie) del RGAMTS.	Diritto per legge alla prosecuzione del pagamento della retribuzione per un massimo di 180 giorni all'anno (in determinati casi anche per altri 180 giorni l'anno successivo).	Secondo la durata del rapporto di lavoro, operai e impiegati hanno diritto alla prosecuzione del pagamento dell'intero salario per 6 - 12 settimane. Successivamente si ha diritto al pagamento di metà salario per altre 4 settimane. Finché viene corrisposto l'intero salario viene sospesa totalmente l'indennità di malattia, quando viene pagato mezzo salario si ha diritto a mezza indennità di malattia.
Ammontare delle prestazioni assicurate	Indennità di malattia: 70 % della normale retribuzione, ma non oltre il 90 % della retribuzione netta. Normale retribuzione: retribuzione e reddito lavorativo conseguiti normalmente (negli ultimi 3 mesi), nella misura in cui rientrano nel calcolo dei contributi. Trascorso un anno, si procede a un adeguamento conforme alle norme legali sull'adeguamento delle pensioni.	RGAMTS: 50 % della retribuzione giornaliera fino a $\frac{1}{720}$ del limite massimo annuo, al massimo € 44,70. 66,66 % della retribuzione giornaliera fino a $\frac{1}{540}$ del limite massimo annuo dal 31° giorno per gli aventi diritto con 3 figli, al massimo € 59,60.	Senza degenza ospedaliera: 50 % dell'effettivo guadagno. A partire dal 21° giorno: 66,66 %. Con degenza ospedaliera: gli assicurati senza obblighi alimentari ricevono un'indennità di malattia ridotta a $\frac{2}{5}$. Norme speciali in caso di tubercolosi.	Indennità di malattia: di solito durata minima per legge di 52 settimane. Conformemente allo statuto dell'assicuratore, l'indennità di malattia può venire corrisposta per un periodo fino a 78 settimane.

Durata delle prestazioni assicurative	Indennità di malattia per una e medesima malattia limitata a 78 settimane su un arco di 3 anni. La cassa versa l'indennità di malattia una volta cessato il pagamento del salario da parte del DL. Tale salario viene preso in considerazione per la durata delle prestazioni.	RGAMTS: generalmente 12 mesi (360 giorni) su un arco di 3 anni consecutivi. Fino a 36 mesi in caso di malattia prolungata e con complicazioni.	Al massimo 6 mesi (180) giorni sull'arco di un anno. Più a lungo in caso di tubercolosi.	Indennità di malattia: di solito durata minima per legge di 52 settimane. Conformemente allo statuto dell'assicuratore, l'indennità di malattia può venire corrisposta per un periodo fino a 78 settimane.
Disposizioni speciali per i disoccupati	Sì	RGAMTS: nessuna	Nessuna	Nessuna
Tassazione delle prestazioni assicurative:	No (ma con riserva della progressione).	RGAMTS: sì	Sì	Sì

Sigle:

DL datore(i) di lavoro
L lavoratore(i)
RGAMTS Régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés

Fonte: [MISSOC](#) (Mutual Information System on Social Protection [sistema di reciproco scambio di informazioni sulla sicurezza sociale fra gli Stati membri dell'UE e del SEE]).