

La sicurezza sociale in Svizzera

Stato al 1° gennaio 2024



Indice

| | |
|--|----|
| Abbreviazioni | 3 |
| In breve | 5 |
| L'assoggettamento al sistema svizzero di sicurezza sociale | 6 |
| Le caratteristiche del sistema svizzero di sicurezza sociale | 17 |
| L'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS) | 20 |
| L'assicurazione invalidità (AI) | 30 |
| Le indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità, di genitorialità, di assistenza a un/a figlio/a con gravi problemi di salute e di adozione (IPG) | 39 |
| La previdenza professionale (PP) | 44 |
| La previdenza individuale vincolata (pilastro 3a) | 51 |
| L'assicurazione malattie (AMal) | 54 |
| L'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF (AINF) | 65 |
| L'assicurazione contro la disoccupazione (AD) | 74 |
| Gli assegni familiari (AFam) | 78 |
| Indirizzi e siti Internet | 82 |

Abbreviazioni

| | |
|--------------|--|
| AD | Assicurazione contro la disoccupazione |
| AELS | Associazione europea di libero scambio |
| AFam | Assegni familiari |
| AI | Assicurazione invalidità |
| AINF | Assicurazione contro gli infortuni |
| ALCP | Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e l'UE |
| AVS | Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti |
| AMal | Assicurazione malattie |
| CI | Conto individuale |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| IAdo | Indennità di adozione |
| IAss | Indennità di assistenza |
| IGen | Indennità per l'altro genitore |
| IMat | Indennità di maternità |
| INSAI | Istituto nazionale di assicurazione contro gli infortuni (Suva) |
| IPG | Indennità per perdita di guadagno |
| LAINF | Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni |
| LAMal | Legge federale sull'assicurazione malattie |
| PC | Prestazioni complementari |
| PP | Previdenza professionale |
| PTD | Prestazioni transitorie per i disoccupati anziani |
| SECO | Segreteria di Stato dell'economia |
| UE | Unione europea |
| UFAS | Ufficio federale delle assicurazioni sociali |

UFCL Ufficio federale delle costruzioni e della logistica

UFSP Ufficio federale della sanità pubblica

URC Uffici regionali di collocamento

In breve

Il presente opuscolo informativo si rivolge ai datori di lavoro e a tutte le persone soggette al sistema svizzero di sicurezza sociale in base al luogo di domicilio o all'esercizio di un'attività lucrativa sul territorio svizzero, indipendentemente dalla loro nazionalità.

Esso offre soltanto una panoramica del sistema svizzero di sicurezza sociale. Per la valutazione dei singoli casi fanno stato esclusivamente le vigenti disposizioni di legge.

Informazioni dettagliate sono disponibili sul sito www.avs-ai.ch. Il contenuto di questo opuscolo informativo viene riesaminato regolarmente e adeguato su www.avs-ai.ch. La newsletter vi aggiorna sulle eventuali modifiche intervenute. Iscrivetevi ora su www.avs-ai.ch/it/Newsletter.

L'assoggettamento al sistema svizzero di sicurezza sociale



In generale

Chi è soggetto al sistema svizzero di sicurezza sociale?

Di regola, tutte le persone che lavorano o risiedono in Svizzera.

Le persone che esercitano un'attività professionale in Svizzera e le persone senza attività lucrativa residenti in Svizzera sono soggette al sistema svizzero di sicurezza sociale. Sono tuttavia previste eccezioni, disciplinate nelle convenzioni di sicurezza sociale concluse dalla Svizzera. Per principio, ogni persona è assicurata individualmente.

Le persone soggette al sistema svizzero di sicurezza sociale pagano contributi ed hanno diritto a prestazioni. A determinate condizioni, gli assicurati hanno diritto al rimborso dei contributi versati.

Le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale concluse dalla Svizzera

Cos'è una convenzione bilaterale di sicurezza sociale?

Una normativa in materia di sicurezza sociale convenuta da due Stati.

Una convenzione bilaterale in materia di sicurezza sociale stabilisce i diritti e gli obblighi di un cittadino di uno Stato contraente per quanto concerne la sicurezza sociale dell'altro Stato. Essa mira ad ottenere una parità di trattamento fra i cittadini svizzeri e i cittadini dell'altro Stato. La Svizzera ha concluso convenzioni bilaterali di sicurezza sociale con vari Stati, denominati qui di seguito Stati contraenti.

Gli Stati contraenti

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Albania (AL) | Israele (IL) |
| Australia (AU) | Kosovo (XK) |
| Bosnia ed Erzegovina (BA) | Macedonia del Nord (NMK) |
| Brasile (BR) | Montenegro (ME) |
| Canada ^A (CA) | Regno Unito (UK) |
| Chile (CL) | Repubblica di San Marino (SM) |
| Cina ^B (CN) | Serbia (RS) |
| Corea del Sud ^B (KR) | Stati Uniti d'America (US) |
| Filippine (PH) | Tunisia (TN) |
| Giappone (JP) | Turchia (TR) |
| India ^B (IN) | Uruguay (UY) |

^A Vi è un'intesa particolare in materia di sicurezza sociale tra la Svizzera e il Québec (QC).

^B Solo assoggettamento.

La Svizzera ha inoltre concluso accordi multilaterali e convenzioni bilaterali di sicurezza sociale con Stati che appartengono ora all'UE risp. all'AELS, tra cui:

Gli Stati membri dell'UE risp. dell'AELS con i quali la Svizzera ha concluso una convenzione bilaterale di sicurezza sociale

| | | |
|----------------|--------------------|--------------------------|
| Austria (AT) | Germania (DE) | Portogallo (PT) |
| Belgio (BE) | Grecia (GR) | Repubblica Ceca (CZ) |
| Bulgaria (BG) | Irlanda (IE) | Repubblica Slovacca (SK) |
| Cipro (CY) | Italia (IT) | Slovenia (SI) |
| Croazia (HR) | Liechtenstein (LI) | Spagna (ES) |
| Danimarca (DK) | Lussemburgo (LU) | Svezia (SE) |
| Finlandia (FI) | Norvegia (NO) | Ungheria (HU) |
| Francia (FR) | Paesi Bassi (NL) | |

L'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALCP) sostituisce in buona parte le convenzioni vigenti in materia di sicurezza sociale concluse tra la Svizzera e i singoli Stati dell'UE. Queste ultime rimangono però applicabili alle persone non toccate dall'ALCP, ossia a quelle che non hanno né la cittadinanza svizzera né quella di uno Stato dell'UE.

Le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale concluse con il Liechtenstein e la Norvegia sono sostituite dalla Convenzione AELS riveduta. Esse rimangono però applicabili alle persone che non hanno né la cittadinanza svizzera né quella di un altro stato AELS.

Quali sono i rami assicurativi interessati?

Principalmente l'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

Tutte le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale concluse dalla Svizzera sono applicabili alle disposizioni legali assicurative in caso di:

- ▶ vecchiaia e decesso (AVS)
- ▶ invalidità (AI)

Alcune convenzioni contengono anche disposizioni legali in materia di:

- ▶ assicurazione contro gli infortuni (AINF)
- ▶ assicurazione malattie (AMal)
- ▶ assegni familiari (AFam)

La convenzione con il Regno Unito copre tutti questi rami assicurativi, ad eccezione degli assegni familiari, e contiene anche disposizioni legali in materia di:

- ▶ maternità/paternità
- ▶ disoccupazione

A chi si applicano le convenzioni bilaterali?

Le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale riguardano, in linea di massima, i cittadini svizzeri e i cittadini dello Stato contraente, ma sono applicabili anche ai cittadini di Stati terzi in caso di distacco.

Le convenzioni riguardano:

- ▶ i cittadini svizzeri e i cittadini dello Stato contraente nonché i loro familiari o superstiti (per principio a prescindere dalla loro nazionalità)
- ▶ i rifugiati e gli apolidi nonché i loro familiari o superstiti, a condizione che risiedano in Svizzera o nello Stato contraente (eccetto le convenzioni concluse con San Marino e Turchia)
- ▶ i cittadini di Stati terzi, nel caso di dipendenti distaccati

In linea di massima, le persone che non hanno né la cittadinanza svizzera né quella di uno Stato contraente (salvo se sono familiari o superstiti nel senso summenzionato) non sono toccate dalle convenzioni bilaterali.

Le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale esistenti fra la Svizzera e i vari Stati dell'UE rimangono applicabili unicamente alle persone non soggette all'ALCP. Le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale concluse con il Liechtenstein e la Norvegia rimangono applicabili unicamente alle persone non soggette alla Convenzione AELS riveduta.

A quale sistema assicurativo sono soggette le persone esercitanti un'attività lucrativa in uno solo Stato?

Al sistema assicurativo dello Stato in cui lavorano.

In linea di massima, i cittadini svizzeri e i cittadini di uno Stato contraente che lavorano in un solo Stato sono soggetti al sistema assicurativo di quest'ultimo – anche se risiedono in un altro Stato o la sede dell'azienda o del datore di lavoro si trova in un altro Stato.

A quale sistema assicurativo sono soggette le persone esercitanti due attività lucrative, una in Svizzera e l'altra in uno Stato contraente?

Per ciascuna attività al sistema assicurativo dello Stato in cui la esercitano.

I cittadini svizzeri o di uno Stato contraente che esercitano un'attività lucrativa nei due Stati sono soggetti alla legislazione svizzera per quanto concerne l'attività esercitata in Svizzera e a quella dello Stato contraente per quanto concerne l'attività esercitata in quest'ultimo.

Attività lucrativa indipendente

- ▶ Le convenzioni concluse con il Canada/Québec, la Corea del Sud, le Filippine, l'India e gli Stati Uniti prevedono un'eccezione per quanto concerne l'esercizio di un'attività lucrativa indipendente: se una persona esercita un'attività di questo tipo in uno o entrambi gli Stati e risiede in uno dei due Stati, è soggetta unicamente al sistema assicurativo dello Stato in cui risiede.

Disposizioni particolari

- ▶ Sono previste disposizioni particolari per il personale di aziende di trasporto internazionali (stradali, ferroviarie, aeree, marittime), i funzionari e il personale di ambasciate e consolati.
- ▶ La convenzione con il Regno Unito contiene disposizioni particolari che regolano il sistema assicurativo per le persone che svolgono contemporaneamente un'attività lavorativa in entrambi gli Stati.

Persone senza attività lucrativa

- ▶ Le persone senza attività lucrativa sono soggette al sistema assicurativo dello Stato di residenza.

L'Accordo sulla libera circolazione delle persone fra la Svizzera e l'UE (ALCP) e la Convenzione AELS

A quali Stati si applicano l'Accordo sulla libera circolazione delle persone fra la Svizzera e l'UE e la Convenzione AELS?

Ai 27 Stati dell'UE e agli Stati dell'AELS.

L'Accordo sulla libera circolazione delle persone, in seguito ALCP, si applica alla Svizzera e a 27 Stati dell'UE.

La Convenzione AELS si applica esclusivamente agli Stati dell'AELS.

Gli Stati dell'UE

| | | | |
|----------------|----------------|----------------------|-----------------|
| Austria (AT) | Finlandia (FI) | Lituania (LT) | Romania (RO) |
| Belgio (BE) | Francia (FR) | Lussemburgo (LU) | Slovacchia (SK) |
| Bulgaria (BG) | Germania (DE) | Malta (MT) | Slovenia (SI) |
| Cipro (CY) | Grecia (GR) | Paesi Bassi (NL) | Spagna (ES) |
| Croazia (HR) | Irlanda (IE) | Polonia (PL) | Svezia (SE) |
| Danimarca (DK) | Italia (IT) | Portogallo (PT) | Ungheria (HU) |
| Estonia (EE) | Lettonia (LV) | Repubblica Ceca (CZ) | |

Gli Stati dell'AELS

- ▶ Islanda (IS)
- ▶ Liechtenstein (LI)
- ▶ Norvegia (NO)
- ▶ Svizzera (CH)

A quali persone si applicano l'Accordo sulla libera circolazione delle persone e la Convenzione AELS?

L'ALCP si applica ai cittadini degli Stati contraenti che si spostano all'interno della Svizzera e dell'UE.

La Convenzione AELS si applica ai cittadini degli Stati dell'AELS che si spostano all'interno dell'AELS.

L'ALCP riguarda i cittadini svizzeri o di uno Stato membro dell'UE che sono o sono stati soggetti al sistema di sicurezza sociale di uno o più di questi Stati (compresi gli apolidi e i rifugiati che vi risiedono) nonché i loro familiari e i loro superstiti.

La Convenzione AELS riguarda i cittadini svizzeri o di un altro Stato membro dell'AELS che sono o sono stati soggetti al sistema di sicurezza sociale di uno o più di questi Stati (compresi gli apolidi e i rifugiati che vi risiedono), come anche i loro familiari e i loro superstiti.

Le persone che non hanno né la cittadinanza svizzera né di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS (salvo se sono familiari o superstiti nel senso summenzionato) non sono toccate dall'ALCP o dalla Convenzione AELS. Queste ultime restano soggette alle convenzioni di sicurezza sociale stipulate tra la Svizzera e i singoli Stati. Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere alle casse di compensazione.

Cosa implicano l'ALCP e la Convenzione AELS per quanto concerne la sicurezza sociale?

Il coordinamento dei diversi sistemi nazionali di sicurezza sociale.

L'ALCP e la Convenzione AELS coordinano i diversi sistemi nazionali di sicurezza sociale, senza tuttavia uniformarli. La struttura, il tipo e gli importi dei contributi e delle prestazioni previsti dalle assicurazioni sociali di ogni singolo Stato vengono mantenuti.

Gli elementi principali degli accordi sono:

- ▶ la parità di trattamento tra cittadini svizzeri e cittadini degli Stati dell'UE risp. dell'AELS
- ▶ la riduzione o soppressione delle ripercussioni negative che il cambiamento dello Stato di residenza o di lavoro può avere sulla copertura assicurativa.

L'ALCP e la Convenzione AELS sostituiscono le convenzioni di sicurezza sociale vigenti tra la Svizzera e i singoli Stati dell'UE risp. dell'AELS. Queste ultime rimangono applicabili alle persone che non rientrano nel campo d'applicazione dell'ALCP o della Convenzione AELS.

Quali sono i rami assicurativi interessati?

Tutti i settori della sicurezza sociale, tranne l'aiuto sociale.

L'ALCP e la Convenzione AELS si applicano a tutte le disposizioni legali emanate in merito alla copertura dei rischi di:

- ▶ vecchiaia
- ▶ invalidità
- ▶ decesso (prestazioni per i superstiti)
- ▶ malattia
- ▶ maternità e paternità
- ▶ infortuni e di malattie professionali
- ▶ disoccupazione
- ▶ prepensionamento
- ▶ in materia di assegni familiari

L'aiuto sociale non è sottoposto né all'ALCP né alla Convenzione AELS.

A quale sistema assicurativo sono soggette le persone esercitanti un'attività lucrativa?

Di regola al sistema di sicurezza sociale di un solo Stato.

Le persone che svolgono un'attività lucrativa sono di regola soggette al sistema di sicurezza sociale di un solo Stato, anche se lavorano in più Stati. Questo significa che devono versare i contributi assicurativi solo nello Stato in questione.

A quale sistema assicurativo sono soggette le persone esercitanti un'attività lucrativa in un solo Stato?

Al sistema assicurativo dello Stato in cui lavorano.

I cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS che esercitano un'attività lucrativa in un solo Stato sono soggetti al sistema assicurativo di questo Stato anche se risiedono in un altro Stato o se la sede dell'azienda o del datore di lavoro si trova in un altro Stato.

A quale sistema assicurativo sono soggette le persone esercitanti un'attività lucrativa in più Stati?

Al sistema assicurativo dello Stato in cui risiedono se vi è esercitata una parte sostanziale dell'attività.

I cittadini svizzeri o di uno Stato membro dell'UE che esercitano attività lucrative dipendenti o attività indipendenti – simultaneamente in più Stati (**Svizzera e UE**) sono di regola soggetti al sistema di sicurezza sociale dello Stato di residenza.

Tuttavia, se essi non lavorano nello Stato di residenza o vi lavorano con un grado di occupazione inferiore al 25 %, sono soggetti al sistema di sicurezza sociale dello Stato (Svizzera o UE) in cui il datore di lavoro ha la sede (o dei datori di lavoro che hanno la loro sede solo in uno Stato) o, per gli indipendenti, dello Stato in cui si trova il centro delle loro attività.

I cittadini svizzeri o di uno Stato membro dell'UE che lavorano per più datori di lavoro con sede in due Stati (Svizzera e UE) di cui uno è lo Stato di residenza, sottostanno alla legislazione dello Stato in cui non risiedono.

I cittadini svizzeri o di uno Stato membro dell'UE che lavorano per più datori di lavoro, di cui almeno due hanno la loro sede in diversi Stati (Svizzera e UE) che non coincide con lo Stato di residenza, sottostanno alla legislazione dello Stato di residenza anche se non vi esercitano una parte sostanziale della loro attività.

I cittadini svizzeri o di uno Stato membro dell'UE che esercitano simultaneamente attività dipendenti e indipendenti in diversi Stati (Svizzera e UE) sottostanno alla legislazione dello Stato in cui svolgono l'attività dipendente.

Nell'ambito delle relazioni fra la Svizzera e l'UE, sono applicabili particolari disposizioni per il personale del settore dell'aviazione, al personale marittimo e ai funzionari.

Le disposizioni qui enunciate si applicano ugualmente ai cittadini svizzeri o di un altro Stato membro dell'AELS che lavorano simultaneamente in diversi Stati (Svizzera e AELS).

La Svizzera e alcuni Stati dell'UE/AELS hanno concluso un accordo sul telelavoro transfrontaliero abituale. Per l'elenco aggiornato degli Stati firmatari consultare: <https://socialsecurity.belgium.be/fr/activites-internationales/teletravail-transfrontalier-dans-lue-lee-et-la-suisse>. Questo accordo riguarda, in particolare, le persone che lavorano per un datore di lavoro in Svizzera e che svolgono del telelavoro (utilizzando mezzi informatici) per un datore di lavoro nel loro Stato di residenza, che è firmatario dell'accordo. A condizione che non svolgano altre attività e che il telelavoro transfrontaliero abituale rappresenti meno del 50 % del tempo di lavoro, su richiesta, queste persone possono rimanere assicurate in Svizzera.

Distacco

Cos'è il distacco?

Il distacco è un'eccezione ai principi generali di assoggettamento quando esiste una convenzione o un accordo in materia di sicurezza sociale.

Per principio, un lavoratore è soggetto al sistema di sicurezza sociale dello Stato in cui esercita la sua attività professionale. Il distacco costituisce un'eccezione a questo principio.

A quale sistema assicurativo sono soggetti i lavoratori assicurati all'estero e distaccati temporaneamente in Svizzera?

Al sistema assicurativo dello Stato di origine.

Se una persona deve recarsi temporaneamente in un altro Stato per svolgere un lavoro, a certe condizioni può rimanere soggetta al sistema di sicurezza sociale dello Stato di origine.

Le convenzioni bilaterali di sicurezza sociale, l'ALCP e la Convenzione AELS prevedono che i lavoratori originariamente soggetti al sistema di sicurezza sociale di un altro Stato che vengono a lavorare temporaneamente in Svizzera possono rimanere soggetti al sistema di quello Stato.

Analogamente, i lavoratori distaccati temporaneamente dalla Svizzera in un altro Stato possono rimanere soggetti al sistema svizzero di sicurezza sociale.

Qual è la durata massima del distacco?

La durata massima del distacco varia da uno Stato all'altro.

Di regola, il distacco è previsto per un'attività esercitata temporaneamente ed eccezionalmente all'estero.

Gli Stati dell'UE e dell'AELS prevedono una durata massima di 24 mesi.

In alcuni casi, il distacco può essere prolungato per una durata complessiva di al massimo 5 – 6 anni.

| Durata massima del distacco: | |
|---|---------|
| Stati dell'UE e dell'AELS | 24 mesi |
| Repubblica di San Marino | 12 mesi |
| Albania, Bosnia ed Erzegovina, Filippine, Israele, Macedonia del Nord, Montenegro, Regno Unito, Serbia, Tunisia (indipendenti), Turchia e Uruguay | 24 mesi |
| Cile | 36 mesi |
| Australia, Brasile, Canada/Québec, Giappone, Kosovo, Stati Uniti d'America e Tunisia (salarati) | 60 mesi |
| Cina, Corea del Sud e India | 72 mesi |

È possibile trasferire un lavoratore dipendente per un'attività temporanea in uno Stato con cui la Svizzera non ha stipulato un accordo di sicurezza sociale?

Si. In tal caso non si tratta di un distacco, ma di una continuazione dell'assicurazione. Il lavoratore è soggetto al sistema assicurativo dello Stato in cui lavora, anche se resta assicurato in Svizzera.

Un lavoratore normalmente assicurato in Svizzera che esercita temporaneamente un'attività lucrativa in uno Stato con cui la Svizzera non ha concluso alcuna convenzione di sicurezza sociale ha la possibilità, a certe condizioni, di rimanere assicurato in Svizzera. Ciò non lo esonera dall'obbligo di assicurarsi nello Stato in cui esercita temporaneamente l'attività lucrativa.

Gli opuscoli informativi sul distacco contengono informazioni dettagliate. Sono disponibili sul sito www.ufas.admin.ch.

Affiliazione all'assicurazione malattia

A quale sistema di assicurazione malattia sottostanno le persone che ricevono una prestazione di disoccupazione?

Al sistema di assicurazione dello Stato competente per le prestazioni di disoccupazione.

A quale sistema di assicurazione malattia sottostanno le persone che ricevono una rendita?

Dipende dalla situazione personale del beneficiario della rendita.

I cittadini dell'UE risp. dell'AELS beneficiari di rendita unicamente da parte di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, che risiedono in un altro Stato dell'UE risp. dell'AELS, sottostanno al sistema di assicurazione malattia dello Stato che versa la rendita.

In tutti gli altri casi, l'affiliazione è generalmente determinata in base alla legislazione dello Stato di residenza. La convenzione con il Regno Unito prevede delle disposizioni particolari.

I beneficiari di rendita di vari Stati e residenti in uno di questi sono generalmente sottomessi al sistema di assicurazione malattia di quest'ultimo. Se risiedono in uno Stato che non versa loro nessuna rendita, sono tenuti ad affiliarsi all'assicurazione malattia dello Stato in cui sono stati assicurati più a lungo.

Assicurazione malattia dei familiari non attivi.

- ▶ I familiari non attivi di una persona lavoratrice, in disoccupazione o beneficiaria di rendita sono in generale sottoposti allo stesso sistema di assicurazione malattia della persona attiva, anche se risiedono in un altro Stato.

Altre persone non attive

- ▶ Le persone non attive che non sono in disoccupazione, né sono beneficiarie di rendita né membri della famiglia sono sottoposte al sistema di assicurazione del loro Stato di residenza.

Le caratteristiche del sistema svizzero di sicurezza sociale



Sozialversicherung

Cosa offre il sistema svizzero di sicurezza sociale?

Protezione contro i rischi sociali.

In Svizzera esiste una rete molto fitta di assicurazioni sociali che offre alle persone che vi risiedono e vi lavorano e ai loro familiari un'ampia protezione contro i rischi le cui conseguenze finanziarie non possono essere affrontate da soli.

Com'è organizzato il sistema svizzero di sicurezza sociale?

Il sistema è ripartito in cinque settori.

Il sistema svizzero di sicurezza sociale comprende i seguenti cinque settori:

- ▶ la previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (sistema dei tre pilastri)
- ▶ la copertura assicurativa in caso di malattia e infortunio
- ▶ le indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio, in caso di maternità, di genitorialità, di assistenza a un/a figlio/a con gravi problemi di salute e di adozione di un/a bambino/a di età inferiore ai quattro anni
- ▶ l'assicurazione contro la disoccupazione
- ▶ gli assegni familiari

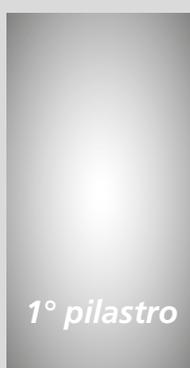
La protezione offerta da queste assicurazioni consiste nel versamento di prestazioni quali rendite, indennità di perdita di guadagno o assegni familiari o nella copertura delle spese dovute a malattia, maternità, genitorialità, assistenza a un figlio con gravi problemi di salute, adozione o infortunio.

Il sistema dei tre pilastri

La previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità poggia su tre pilastri:

- ▶ il primo pilastro, costituito dall'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), è un'assicurazione per tutta la popolazione e serve a coprire il fabbisogno vitale
- ▶ il secondo pilastro è rappresentato dalla previdenza professionale (PP). Unitamente al primo pilastro, persegue l'obiettivo di garantire il proseguimento del tenore di vita abituale
- ▶ il terzo pilastro è costituito dalla previdenza individuale facoltativa

Previdenza statale (AVS/AI)



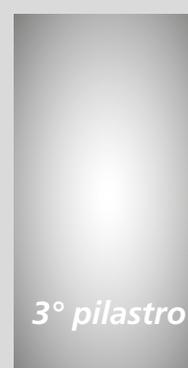
Obbligatoria per tutti

Previdenza professionale



Obbligatoria per i salariati*

Previdenza individuale



Facoltativa

* Tutti i salariati soggetti all'AVS che conseguono un reddito annuo superiore a 22 050 franchi (nel 2024).

Come viene finanziato il sistema di sicurezza sociale svizzero?**Mediante contributi sul reddito dell'attività lucrativa, premi individuali e contributi del settore pubblico.**

Le prestazioni dei singoli rami assicurativi sono finanziate in primo luogo mediante i contributi paritetici (quote versate in parte dai salariati e in parte dai datori di lavoro) e i contributi degli indipendenti e degli assicurati non attivi. Nell'assicurazione malattie ogni assicurato versa un premio. Il settore pubblico contribuisce al finanziamento delle assicurazioni sociali (AVS/AI) in misura variabile, o le finanzia totalmente (prestazioni complementari [PC] o prestazioni transitorie per i disoccupati anziani [PTD]) o aiuta le persone di modeste condizioni economiche a pagare i premi (riduzione dei premi dell'assicurazione malattie).

Il finanziamento delle assicurazioni sociali

| Forme di finanziamento | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|-------------------|---------------------------------|
| Le assicurazioni sociali | Contributi di datori di lavoro e salariati | Contributi delle persone indipendenti | Contributi delle persone senza attività lucrativa | Premi individuali | Contributi del settore pubblico |
| Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti | ● | ● | ● | | ● |
| Assicurazione invalidità | ● | ● | ● | | ● |
| Previdenza professionale | ● | ●** | | | |
| Assicurazione malattie | | | | ● | ● |
| Assicurazione contro gli infortuni | ● | ●** | | ● | |
| Assicurazione contro la disoccupazione | ● | | | | |
| Assegni familiari | ●* | ● | ●*** | | ● |

* Solo i datori di lavoro pagano i contributi (ad eccezione del Vallese, dove anche i salariati contribuiscono).

** I lavoratori indipendenti possono assicurarsi facoltativamente alla previdenza professionale e all'assicurazione contro gli infortuni.

*** Secondo la legislazione cantonale in vigore.

L'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS)



In generale

Cos'è l'AVS?

Un'assicurazione che offre protezione alle persone anziane e ai superstiti.

L'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS), il pilastro più importante della previdenza sociale svizzera, ha lo scopo di compensare almeno in parte la diminuzione o la perdita del reddito da lavoro in seguito a vecchiaia o decesso.

Le casse di compensazione

- ▶ Le casse di compensazione sono competenti per la riscossione dei contributi e il versamento delle prestazioni dell'AVS.

Chi è assicurato all'AVS?

Tutte le persone che abitano in Svizzera o vi lavorano.

Sono assicurate obbligatoriamente all'AVS:

- ▶ tutte le persone che sono domiciliate in Svizzera
- ▶ tutte le persone che lavorano in Svizzera.

Contributi

Chi deve pagare i contributi AVS?

Tutte le persone assicurate all'AVS.

Sono tenute a pagare i contributi tutte le persone assoggettate all'AVS, vale a dire tutti coloro che risiedono in Svizzera o vi lavorano. Sono soggette all'obbligo contributivo anche le persone senza attività lucrativa domiciliate in Svizzera. I loro contributi sono tuttavia considerati pagati se il coniuge o il partner registrato, esercitante un'attività lucrativa e considerato attivo ai sensi dell'AVS, ha versato all'AVS contributi pari almeno al doppio del contributo minimo. Il contributo minimo AVS/AI/IPG ammonta a 514 franchi all'anno. I datori di lavoro deducono dal salario i contributi dei dipendenti e li versano, unitamente ai propri contributi, alla cassa di compensazione.

I redditi provenienti da un'attività secondaria salariata o indipendente che non superano 2 300 franchi all'anno (redditi di poco conto) sono soggetti a contribuzione soltanto su richiesta dell'assicurato. Tuttavia, nel caso delle persone impiegate nelle economie domestiche private i contributi dovuti sul salario determinante devono sempre essere versati (i redditi fino a 750 franchi realizzati dagli studenti fino a 25 anni sono esenti dall'obbligo di contribuzione all'AVS). Ciò vale anche per le persone remunerate da produttori di danza e di teatro, dalle orchestre, da produttori nell'ambito fonografico e audiovisivo, dalle radio, dalle televisioni e dalle scuole del settore artistico.

Quanto dura l'obbligo contributivo?

La durata dell'obbligo contributivo dipende dall'esercizio o meno di un'attività lucrativa.

Le persone esercitanti un'attività lucrativa devono versare contributi dal 1° gennaio dell'anno successivo al compimento dei 17 anni fino alla cessazione dell'attività lavorativa.

Per le persone assicurate che non esercitano un'attività lucrativa l'obbligo contributivo inizia il 1° gennaio dell'anno successivo al compimento dei 20 anni e termina al raggiungimento dell'età di riferimento (precedentemente denominata età di pensionamento).

La mancanza di anni di contribuzione può comportare una riduzione delle prestazioni.

Le persone che hanno raggiunto l'età di riferimento e che continuano a esercitare un'attività lucrativa devono versare contributi?

Sì, sono soggetti all'obbligo di contribuzione.

Le persone che hanno raggiunto l'età di riferimento, ma che continuano ad esercitare un'attività lucrativa, devono comunque continuare a versare contributi. Per queste persone è però prevista una franchigia di 16 800 franchi all'anno non soggetta all'obbligo di contribuzione. I contributi sono prelevati sulla parte del reddito da attività lucrativa eccedente questo importo. Tuttavia, è possibile rinunciare alla franchigia e pagare i contributi sull'intero reddito da lavoro.

Come vengono calcolati i contributi AVS?

Per le persone esercitanti un'attività lucrativa in base al reddito. Per le persone senza attività lucrativa in base alle loro condizioni sociali.

Nel caso dei salariati, il dipendente e il datore di lavoro pagano ciascuno metà dei contributi, ovvero ciascuno 4,35 % del reddito determinante, senza limite massimo. Il datore di lavoro è tenuto a versare l'intero contributo direttamente alla cassa di compensazione.

Gli indipendenti pagano alla propria cassa di compensazione un contributo pari all'8,1 % del reddito, senza limite massimo. Tuttavia, se il reddito annuo è inferiore a 58 800 franchi, l'aliquota si riduce progressivamente fino al 4,35 % in base ad una tavola scalare.

I contributi degli assicurati che non esercitano un'attività lucrativa sono stabiliti dalla cassa di compensazione in funzione della sostanza e del reddito conseguito sotto forma di rendita moltiplicato per 20 (condizione sociale). Per le persone sposate o in unione domestica registrata i contributi sono calcolati sulla base della metà della sostanza e del reddito acquisito sotto forma di rendita dai due coniugi o partner. In generale, i contributi sono fissati in base alla tassazione fiscale e si situano tra 422 franchi e 21 100 franchi all'anno.

Cos'è il conto individuale?

È la base per il calcolo delle rendite.

Sul conto individuale (CI) vengono registrati tutti i redditi, i periodi di contribuzione e gli accrediti per compiti assistenziali. Questi e gli eventuali crediti educativi servono come base per il calcolo di una rendita di vecchiaia, per superstiti o d'invalidità. Chi desiderasse verificare se la propria durata di contribuzione è completa o se il datore di lavoro ha realmente conteggiato i salari alla cassa di compensazione può richiedere per iscritto o su internet (www.avs-ai.ch) un estratto del CI indicando il proprio numero d'assicurato. L'estratto del CI è gratuito.

--> *Video esplicativo «Estratto del conto individuale»*

Il numero AVS

- ▶ Il numero AVS figura sulla tessera d'assicurazione malattie come pure sul certificato d'assicurazione AVS/AI. Una persona assicurata, che non possiede la tessera d'assicurazione malattie e neppure il certificato d'assicurazione AVS/AI può rivolgersi alla sua cassa di compensazione al fine di ottenere il certificato d'assicurazione. Il certificato d'assicurazione deve essere conservato.
- ▶ La tessera d'assicurazione malattie o il certificato d'assicurazione AVS/AI deve essere presentata/o ad ogni nuovo datore di lavoro e all'ufficio competente in caso di domanda di rendita.
- ▶ Importante: nella corrispondenza con le casse di compensazione il numero AVS deve sempre essere menzionato.

Prestazioni

Quali prestazioni fornisce l'AVS?

Rendite, assegni per grandi invalidi e mezzi ausiliari.

Le rendite di vecchiaia e per superstiti e gli assegni per grandi invalidi rappresentano la maggior parte delle prestazioni dell'AVS. Queste prestazioni vengono adeguata all'evoluzione dei salari e dei prezzi.

--> Video esplicativo «Riscossione flessibile della rendita»

La rendita di vecchiaia

- ▶ Le persone che raggiungono l'età di riferimento hanno diritto a una rendita di vecchiaia. In Svizzera, l'età di riferimento delle donne è fissata a 64 anni, quella degli uomini a 65 anni. Dal 1° gennaio 2025, l'età di riferimento per le donne aumenterà gradualmente di tre mesi all'anno, da 64 a 65 anni. Dal 2028 l'età di riferimento sarà di 65 anni sia per gli uomini che per le donne. La rendita di vecchiaia mensile completa ammonta da un minimo di 1 225 franchi a un massimo di 2 450 franchi. In caso di durata di contribuzione incompleta è versata una rendita parziale. L'importo delle due rendite di vecchiaia individuali versate alle coppie sposate o in unione domestica registrata non può superare il 150% dell'importo massimo della rendita di vecchiaia, ossia 3 675 franchi mensili.
- ▶ Le persone assicurate possono anticipare di uno o due anni la riscossione della rendita (alle donne nate tra il 1961 e il 1969 si applicano disposizioni speciali). In tal caso, la rendita è ridotta del 6,8 % per anno di anticipazione. La riscossione anticipata può essere richiesta mensilmente. Chi ne rinvia la riscossione (da uno ad un massimo di cinque anni) percepisce invece una rendita più elevata. L'aumento dipende dalla durata del rinvio. È possibile anticipare o rinviare anche solo una parte della rendita (tra il 20 % e l'80 %). È possibile anche una combinazione di anticipazione parziale e differimento parziale.

La rendita per i figli

- ▶ Le persone cui spetta una rendita di vecchiaia hanno diritto ad una rendita per i figli per ogni figlio di età inferiore ai 18 anni o che non ha ancora terminato la formazione (ma solo fino al compimento dei 25 anni). La rendita per i figli corrisponde al 40 % della corrispondente rendita di vecchiaia e ammonta quindi, in caso di durata di contribuzione completa, da un minimo di 490 franchi ad un massimo di 980 franchi mensili. Se entrambi i genitori hanno diritto ad una rendita per i figli, la somma delle due rendite versate per lo stesso figlio non può superare il 60 % dell'importo massimo della rendita di vecchiaia, ossia 1 470 franchi mensili.

Le rendite vedovili

- ▶ Le vedove hanno diritto a una rendita per vedove se, al momento della morte del coniuge,
 - hanno uno o più figli. È considerata vedova con figlio anche la moglie della madre, se era sposata con la madre al momento della nascita e il figlio è stato concepito in conformità alle disposizioni della legge sulla medicina della procreazione, e quindi esiste un rapporto di filiazione (art. 255a CC), oppure
 - hanno compiuto i 45 anni e sono state sposate per almeno cinque anni. Se una vedova si è sposata più volte, si tiene conto della durata complessiva dei diversi matrimoni.
- ▶ Le donne divorziate il cui ex coniuge è deceduto hanno diritto a tale rendita se soddisfano determinate condizioni.
- ▶ Gli uomini la cui coniuge è deceduta hanno diritto ad una rendita per vedovi, se al momento del decesso hanno uno o più figli.

Le rendite vedovili

- ▶ Gli uomini divorziati la cui ex coniuge è deceduta hanno diritto ad una rendita per vedovi, a condizione che al momento del decesso abbiano uno o più figli di età inferiore ai 18 anni e a condizione che il più giovane dei figli che danno diritto alla rendita per vedovi non abbia ancora compiuto 18 anni.
- ▶ Le rendite per vedove e per vedovi corrispondono all'80 % della rendita di vecchiaia e ammontano quindi, in caso di durata contributiva completa, da un minimo di 980 franchi a un massimo di 1 960 franchi mensili.
- ▶ L'unione domestica, il suo scioglimento e il partner registrato superstite sono equiparati, rispettivamente, al matrimonio, al divorzio e al vedovo.

La rendita per orfani

- ▶ L'AVS versa una rendita per orfani ai figli cui è morto il padre o la madre. In caso di decesso di entrambi i genitori sono concesse due rendite per orfani.
- ▶ Il diritto a tale rendita si estingue quando l'orfano compie i 18 anni o al termine della formazione, ma al più tardi a 25 anni compiuti. La rendita per orfani corrisponde al 40 % della corrispondente rendita di vecchiaia e ammonta quindi, in caso di durata contributiva completa, da un minimo di 490 franchi ad un massimo di 980 franchi mensili. Se entrambi i genitori sono deceduti, la somma delle due rendite non può superare il 60 % dell'importo massimo della rendita di vecchiaia, ossia 1 470 franchi mensili.

Il diritto alle rendite di Stati contraenti

- ▶ Se una persona è stata assicurata in Svizzera e in uno o più Stati contraenti, riceve in linea di massima una rendita parziale da ogni Stato in cui è stata assicurata per almeno un anno. Le prestazioni svizzere e straniere vengono accordate indipendentemente le une dalle altre e sono di regola cumulabili senza riduzioni. L'importo di ogni rendita è calcolato sulla base del periodo di assicurazione compiuto in ciascun Stato. Se il periodo durante il quale una persona è stata assicurata in uno Stato non è sufficiente a darle diritto a una rendita, sono presi in considerazione i periodi di assicurazione compiuti nell'altro Stato (totalizzazione). Ciò non comporta tuttavia alcun aumento dell'importo della rendita.

Il diritto alle rendite di Stati dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ Se una persona è stata assicurata in Svizzera e in uno o più Stati membri dell'UE risp. dell'AELS, riceve in linea di massima una rendita parziale da ogni Stato in cui è stata assicurata per almeno un anno. L'importo di ogni rendita è calcolato sulla base del periodo di assicurazione compiuto nel rispettivo Stato. Se il periodo durante il quale una persona è stata assicurata in uno Stato non è sufficiente a darle diritto a una rendita, sono presi in considerazione i periodi di assicurazione compiuti negli altri Stati (totalizzazione). Ciò non comporta tuttavia alcun aumento dell'importo della rendita.

L'AVS fornisce anche le prestazioni seguenti:

Assegno per grandi invalidi

- ▶ L'assegno per grandi invalidi serve a coprire spese di assistenza particolari. Vi hanno diritto i beneficiari di rendite di vecchiaia dell'AVS o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale in Svizzera se:
 - presentano una grande invalidità di grado elevato, medio o lieve e
 - la grande invalidità dura ininterrottamente da almeno sei mesi
- ▶ L'importo dell'assegno varia in funzione del grado di grande invalidità:
 - grado di grande invalidità elevato:
980 franchi mensili (80 % dell'importo minimo della rendita di vecchiaia)
 - grado di grande invalidità medio:
613 franchi mensili (50 % dell'importo minimo della rendita di vecchiaia)
 - grado di grande invalidità lieve:
245 franchi mensili (20 % dell'importo minimo della rendita di vecchiaia)
- ▶ In caso di soggiorno in un istituto non si ha diritto ad assegni per una grande invalidità di grado lieve.

Mezzi ausiliari

- ▶ I mezzi ausiliari quali gli apparecchi acustici o le carrozzelle permettono di ridurre o superare problemi che possono insorgere nella vecchiaia. L'AVS contribuisce alle spese per diversi mezzi ausiliari a beneficiari di rendite di vecchiaia dell'AVS svizzera residenti in Svizzera.

Come possono gli assicurati far valere il loro diritto alle prestazioni?

Rivolgendosi all'ultima cassa di compensazione cui hanno versato contributi.

Chi vuole far valere il proprio diritto a una prestazione dell'AVS deve inoltrare una richiesta in questo senso. Il modulo 318.370 – *Richiesta di una rendita di vecchiaia* è disponibile presso le casse di compensazione e le loro agenzie o sul sito Internet www.ahv-iv.ch.

Le persone che non hanno mai versato contributi all'AVS svizzera e che desiderano far valere i diritti acquisiti in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS o in uno Stato contraente presso l'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità di altri Stati devono presentare una richiesta alla Cassa svizzera di compensazione (www.zas.admin.ch).

Chi ha diritto alle prestazioni dell'AVS?

Le persone che hanno versato contributi all'AVS.

Hanno diritto a prestazioni le persone assicurate

- ▶ che presentano una durata di contribuzione di almeno un anno o
- ▶ il/la cui coniuge o partner registrato/a esercitante un'attività lucrativa ha versato, durante almeno un anno, contributi pari al doppio del contributo minimo o
- ▶ alle quali possono essere computati accrediti per compiti educativi o assistenziali.

Nel caso delle prestazioni per i superstiti, questi requisiti devono essere soddisfatti dalla persona deceduta.

Quando inizia il diritto ad una rendita di vecchiaia?

Una volta raggiunta l'età di riferimento.

L'età di riferimento è fissata a 64 anni per le donne e a 65 per gli uomini. Dal 1° gennaio 2025, l'età di riferimento per le donne aumenterà gradualmente di tre mesi all'anno, da 64 a 65 anni. Dal 2028 l'età di riferimento sarà di 65 anni sia per gli uomini che per le donne. Il diritto alla rendita di vecchiaia nasce il primo giorno del mese successivo a quello in cui l'avente diritto raggiunge l'età di riferimento e termina alla fine del mese in cui decede.

Consiglio pratico

- ▶ Si raccomanda d'inoltrare la richiesta per la riscossione della rendita di vecchiaia tre o quattro mesi prima del raggiungimento dell'età di riferimento. Le prestazioni sono pagate retroattivamente soltanto per un periodo limitato.

--> Video esplicativo «Richiesta di una rendita di vecchiaia»

Come vengono calcolate le rendite di vecchiaia?

In base alla durata di contribuzione e al reddito annuo.

Il calcolo della rendita è determinato dai tre elementi seguenti:

- ▶ anni di contribuzione computabili
- ▶ reddito proveniente dall'attività lucrativa
- ▶ accrediti per compiti educativi e assistenziali

Le persone aventi diritto a prestazioni ricevono una rendita completa se presentano una durata di contribuzione completa (44 anni: scala delle rendite 44). Se la durata di contribuzione è incompleta, l'avente diritto riceve una rendita parziale: ogni anno di contribuzione mancante comporta una riduzione della rendita di 1/44.

Le persone che continuano a lavorare dopo aver raggiunto l'età di riferimento possono farsi computare i contributi AVS fino a un massimo di cinque anni dopo l'età di riferimento. In questo modo, a determinate condizioni, possono colmare le lacune contributive e aumentare la rendita di vecchiaia o, se hanno già un periodo di contribuzione completo, migliorare la propria rendita grazie al reddito aggiuntivo (in ogni caso fino all'importo della rendita massima).

I contributi versati ad assicurazioni pensioni estere e i relativi periodi di contribuzione non possono essere trasferiti all'AVS né essere presi in considerazione in altro modo nell'assicurazione svizzera.

--> Video esplicativo «Calcolo della rendita di vecchiaia»

Gli accrediti per compiti educativi

- ▶ Questi accrediti costituiscono redditi fittizi di cui si tiene conto al momento del calcolo della rendita. Vengono computati agli assicurati per ogni anno in cui esercitano l'autorità parentale su uno o più figli di età inferiore ai 16 anni. Corrispondono al triplo dell'importo annuo minimo della rendita di vecchiaia al momento dell'inizio del diritto alla rendita. Per le persone sposate o in unione domestica registrata l'accredito viene diviso a metà tra i coniugi/partner.

Gli accrediti per compiti assistenziali

- ▶ Anche questi accrediti sono redditi fittizi presi in considerazione al momento del calcolo della rendita. Vi hanno diritto le persone che si occupano di parenti bisognosi di cure, se possono raggiungere facilmente le persone che assistono. Diversamente che per gli accrediti per compiti educativi, gli assicurati devono far valere questo diritto ogni anno presso la competente cassa di compensazione cantonale. Gli accrediti per compiti assistenziali corrispondono al triplo dell'importo annuo minimo della rendita di vecchiaia al momento dell'inizio del diritto alla rendita. Tuttavia non sono accordati per gli anni in cui sussiste contemporaneamente il diritto ad accrediti per compiti educativi.

Cosa si può fare se le prestazioni AVS, sommate a eventuali altri redditi, non bastano a coprire il fabbisogno vitale?

Si possono richiedere prestazioni complementari (PC).

Le PC sono concesse se le rendite e gli altri redditi non sono sufficienti a coprire il fabbisogno vitale. Sono versate soltanto in Svizzera e, per le persone che non hanno né la nazionalità svizzera né di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, a condizione di aver soggiornato in Svizzera durante un certo lasso di tempo senza interruzioni.

A chi ci si può rivolgere per informazioni in merito all'AVS?

Alle casse di compensazione.

Per ulteriori informazioni si vedano gli opuscoli informativi disponibili presso le casse di compensazione. L'elenco di tutte le casse di compensazione figura sul sito Internet www.avs-ai.ch.

L'assicurazione invalidità (AI)



In generale

Cos'è l'AI?

È la "sorella" dell'AVS.

L'assicurazione invalidità (AI) è, come l'AVS un'assicurazione obbligatoria. Il suo scopo è prevenire, ridurre o porre rimedio all'invalidità grazie a provvedimenti d'integrazione e garantire il sostentamento degli assicurati divenuti invalidi mediante prestazioni pecuniarie.

Chi è affiliato all'AI?

Tutte le persone che abitano in Svizzera o vi lavorano.

Sono assicurate obbligatoriamente all'AI:

- ▶ tutte le persone residenti in Svizzera
- ▶ tutte le persone che lavorano in Svizzera.

L'invalidità

- ▶ L'AI definisce l'invalidità come un'incapacità al guadagno o, per le persone senza attività lucrativa, l'incapacità di svolgere le mansioni consuete (p. es. nell'economia domestica) derivante da un danno alla salute fisica, psichica o mentale. Questa incapacità deve essere di lunga durata (almeno 1 anno). È irrilevante che il danno sia presente già al momento della nascita o sia la conseguenza di una malattia o di un infortunio.

Contributi

Come sono calcolati i contributi all'AI e chi è tenuto a pagarli?

Le disposizioni dell'AI ricalcano quelle dell'AVS.

I contributi AI sono prelevati conformemente alle disposizioni vigenti per l'AVS.

Per quanto concerne le attività salariate, sia il dipendente che il datore di lavoro versano un contributo pari allo 0,7 % del reddito determinante, senza limite massimo.

I lavoratori indipendenti pagano un contributo pari all'1,4% dei loro redditi, senza limite massimo. Tuttavia, se il reddito annuo è inferiore a 58 800 franchi, l'aliquota si riduce progressivamente fino allo 0,752 % in base ad una tavola scalare.

I redditi provenienti da un'attività secondaria salaria o indipendente che non superano 2 300 franchi all'anno (redditi di poco conto) sono soggetti a contribuzione soltanto su richiesta dell'assicurato. Tuttavia, nel caso delle persone impiegate nelle economie domestiche private, i contributi dovuti sul salario determinante devono essere sempre versati (i redditi fino a 750 franchi realizzati dagli studenti fino a 25 anni sono esenti dall'obbligo di contribuzione all'AVS). Ciò vale anche per le persone remunerate da produttori di danza e di teatro, dalle orchestre, da produttori nell'ambito fonografico e audiovisivo, dalle radio, dalle televisioni e dalle scuole del settore artistico.

Gli assicurati senza attività lucrativa versano un importo compreso tra 68 e 3 400 franchi all'anno in funzione delle loro condizioni sociali.

Prestazioni

Su quale principio si basano le prestazioni dell'AI?

L'integrazione ha la priorità sulla rendita.

Lo scopo principale dell'assicurazione invalidità è favorire l'integrazione e la riabilitazione socio-professionale delle persone invalide, affinché esse riescano a provvedere da sole, parzialmente o totalmente, al proprio sostentamento e a vivere in modo il più possibile indipendente.

L'AI dà la priorità ai provvedimenti d'integrazione, che hanno lo scopo di migliorare in modo notevole e duraturo la capacità al guadagno o a preservarla. Le persone con handicap devono poter continuare ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le proprie mansioni consuete (p. es. nell'economia domestica).

La rendita d'invalidità è concessa soltanto in ultima istanza, qualora, nonostante l'attuazione di eventuali provvedimenti d'integrazione, si constatasse una durevole incapacità al guadagno o di svolgere le mansioni consuete. Le persone invalide che dipendono dall'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita possono inoltre richiedere un assegno per grandi invalidi e/o un contributo per l'assistenza.

Le prestazioni dell'AI sono

- ▶ il rilevamento tempestivo
- ▶ i provvedimenti d'intervento tempestivo
- ▶ i provvedimenti d'integrazione
- ▶ le indennità giornaliere
- ▶ la prestazione transitoria
- ▶ l'assegno per grandi invalidi
- ▶ il contributo per l'assistenza
- ▶ la rendita d'invalidità
- ▶ la rendita per i figli

Qual è lo scopo del rilevamento tempestivo?

Con il rilevamento tempestivo s'intende individuare quanto prima le persone con problemi di salute, per evitare che i loro disturbi diventino cronici e li rendano invalidi.

Se, sulla base delle informazioni mediche e professionali contenute nel modulo di comunicazione o raccolte durante il colloquio con la persona assicurata, emerge che questa è incapace di lavorare, rischia un'incapacità lavorativa prolungata o è invalida, l'ufficio AI invita la persona a presentare una domanda AI. Il rilevamento tempestivo consente all'ufficio AI di intervenire rapidamente e di adottare misure preventive per promuovere l'integrazione professionale.

Cosa sono i provvedimenti d'intervento tempestivo?

Provvedimenti volti a mantenere il posto di lavoro degli assicurati che presentano un'incapacità lavorativa.

L'intervento tempestivo ha lo scopo di aiutare gli assicurati a mantenere il posto di lavoro o a reintegrarsi in un nuovo posto. L'intervento tempestivo mira anche a sostenere i giovani che non esercitano ancora un'attività lucrativa, all'accesso a una prima formazione professionale o nel loro ingresso nel mercato del lavoro. Un rapido intervento permette di evitare che lo stato di salute della persona assicurata si deteriori.

I provvedimenti possibili sono i seguenti:

- ▶ adeguamento del posto di lavoro
- ▶ corsi di formazione
- ▶ collocamento
- ▶ orientamento professionale
- ▶ riabilitazione socioprofessionale
- ▶ provvedimenti di occupazione
- ▶ consulenza e accompagnamento

Cosa sono i provvedimenti d'integrazione?

Provvedimenti volti a migliorare in modo notevole e duraturo la capacità al guadagno.

Gli assicurati invalidi o minacciati da invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete.

Gli assicurati hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione appena questi sembrano opportuni, considerati l'età e lo stato di salute dell'assicurato. Il diritto ai provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e il diritto ai provvedimenti professionali iniziano, invece, al più presto al momento in cui l'assicurato fa valere il suo diritto alle prestazioni.

Provvedimenti d'integrazione

Perché possano continuare ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le proprie mansioni consuete, l'AI sostiene le persone con un danno alla salute mediante differenti provvedimenti d'integrazione:

- ▶ i provvedimenti sanitari (fino all'età di 20 anni o, a determinate condizioni, fino all'età di 25 anni)
- ▶ la consulenza e l'accompagnamento
- ▶ i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale
- ▶ i provvedimenti professionali
- ▶ la consegna di mezzi ausiliari

Provvedimenti professionali

Per reinserire nella vita attiva le persone con un danno alla salute gli specialisti degli uffici AI possono offrire servizi di orientamento professionale e di collocamento. Inoltre, l'AI può assumere i costi per la formazione e la riforma professionale.

Per il resto, sono previste diverse misure d'incentivazione destinate ai datori di lavoro. Si tratta in particolare del lavoro a titolo di prova, della fornitura di personale a prestito, dell'assegno per il periodo d'introduzione e dell'indennità per sopperire all'aumento dei premi dell'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia e dei contributi della previdenza professionale obbligatoria. Se la misura di reinserimento avviene in un'azienda, l'AI può versare un contributo finanziario al datore di lavoro.

Cosa sono i provvedimenti di reintegrazione?

Provvedimenti volti a migliorare la capacità al guadagno dei beneficiari di rendita AI in modo notevole e duraturo.

Le misure di reintegrazione comprendono la consulenza e l'accompagnamento, i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale, i provvedimenti professionali e la consegna di mezzi ausiliari. Durante l'attuazione dei provvedimenti di reintegrazione continua a essere versata la rendita anziché l'indennità giornaliera.

Cosa succede al termine dei provvedimenti di reintegrazione?

Si procede a una valutazione dell'invalidità.

Dopo la valutazione dell'invalidità si deciderà se mantenere, ridurre o sopprimere la rendita. Se la rendita viene ridotta o soppressa, in caso di nuova incapacità lavorativa all'assicurato può essere versata una prestazione transitoria. Parallelamente al suo versamento viene avviata la revisione della rendita per determinare se il grado d'invalidità è cambiato. Il diritto alla prestazione transitoria si estingue al momento in cui l'ufficio AI emana una decisione dopo aver riesaminato il grado d'invalidità o non appena le condizioni di diritto non sono più adempiute.

Quali sono le condizioni per la concessione dei provvedimenti d'integrazione?

Il pagamento dei contributi o la residenza in Svizzera.

I provvedimenti d'integrazione sono per principio concessi soltanto sul territorio svizzero. Eccezionalmente possono essere eseguiti anche all'estero. Il diritto a provvedimenti d'integrazione all'estero è valutato caso per caso.

Per le persone che non rientrano nel campo d'applicazione dell'ALCP o della Convenzione AELS le condizioni di diritto sono più severe: per esse il diritto ai provvedimenti d'integrazione dipende dal pagamento dei contributi (per gli attivi) o dalla durata di residenza in Svizzera (per le persone senza attività lucrativa) prima dell'insorgenza dell'invalidità.

Quando una persona assicurata riceve una rendita d'invalidità?

Quando presenta un'incapacità al guadagno duratura.

La rendita d'invalidità è concessa quando i provvedimenti d'integrazione non sono bastati a ristabilire, mantenere o migliorare la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete della persona assicurata.

Quando nasce il diritto alla rendita?

Dopo l'esame della richiesta di prestazioni AI.

Il diritto alla rendita nasce al più presto al momento in cui la persona assicurata è stata incapace al lavoro almeno al 40 % per un anno senza notevole interruzione e al termine di questo anno resta incapace al lavoro almeno nella stessa misura.

La rendita è versata al più presto alla scadenza di un termine di sei mesi a partire dalla presentazione della richiesta, ma non prima del mese che segue il compimento del 18° anno d'età.

Per avere diritto ad una rendita AI ordinaria, la persona assicurata deve aver versato contributi all'assicurazione svizzera per almeno tre anni interi prima dell'insorgenza dell'invalidità. I periodi assicurativi compiuti negli Stati dell'UE risp. dell'AELS o in taluni Stati contraenti dai cittadini di questi Stati possono essere presi in considerazione, se questi hanno versato contributi all'assicurazione svizzera per almeno un anno.

Quando cessa il diritto ad una rendita AI?

Al più tardi al raggiungimento dell'età di riferimento dell'AVS.

Il diritto alla rendita AI si estingue quando non sono più soddisfatte le condizioni, ma al più tardi al momento in cui la persona assicurata raggiunge l'età di riferimento dell'AVS o riscuote anticipatamente una rendita di vecchiaia completa dell'AVS.

Come è determinato il grado d'invalidità delle persone che esercitano un'attività lucrativa?

In base all'entità della perdita di guadagno espressa in percentuale.

Il grado d'invalidità è determinato attraverso un confronto tra redditi (rapporto tra il reddito precedente e quello successivo all'insorgenza dell'invalidità).

Innanzitutto è calcolato il reddito da attività lucrativa che l'assicurato avrebbe conseguito, se non fosse diventato invalido. Da questo importo è in seguito dedotto il reddito che l'assicurato potrebbe verosimilmente realizzare con il suo danno alla salute, dopo aver svolto i provvedimenti d'integrazione. Il risultato di questa operazione indica il minor guadagno dell'assicurato, ossia la perdita di guadagno dovuta all'invalidità. Questa perdita, espressa in percentuale, corrisponde al grado d'invalidità.

L'invalidità delle persone senza attività lucrativa (p. es. le persone che si occupano dell'economia domestica) è valutata in funzione dell'incapacità a svolgere le mansioni consuete.

Come è calcolato l'importo della rendita d'invalidità?

In base al grado d'invalidità, alla durata di contribuzione e al reddito.

La rendita AI è calcolata come la rendita di vecchiaia.

L'importo è determinato dagli elementi seguenti:

- ▶ anni di contribuzione computabili
- ▶ reddito dell'attività lucrativa
- ▶ accrediti per compiti educativi e assistenziali.

I contributi versati ad assicurazioni pensioni estere e i relativi periodi di contribuzione non possono essere trasferiti all'AI né essere presi in considerazione in altro modo nel calcolo dell'importo della rendita dell'assicurazione svizzera.

Il grado d'invalidità determina la rendita percepita da una persona invalida:

| Grado d'invalidità in % | Quota percentuale |
|-------------------------|--|
| ▶ 40 % | 25 % |
| ▶ 41 % | 27.5 % |
| ▶ 42 % | 30 % |
| ▶ 43 % | 32.5 % |
| ▶ 44 % | 35 % |
| ▶ 45 % | 37.5 % |
| ▶ 46 % | 40 % |
| ▶ 47 % | 42.5 % |
| ▶ 48 % | 45 % |
| ▶ 49 % | 47.5 % |
| ▶ 50 % – 69 % | la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità |
| ▶ 70 % – 100 % | rendita intera |

La rendita d'invalidità intera mensile va da un minimo di 1 225 franchi a un massimo di 2 450 franchi. La somma di due rendite individuali versate a coppie sposate o in unione domestica registrata non può superare il 150 % dell'importo massimo della rendita di vecchiaia, ossia 3 675 franchi mensili.

I beneficiari di una rendita d'invalidità hanno diritto anche ad una rendita per i figli per ogni figlio di età inferiore ai 18 anni o che non ha ancora terminato la formazione (ma al massimo fino al compimento dei 25 anni). La rendita per i figli ammonta al 40 % della corrispondente rendita d'invalidità e va quindi, in caso di durata di contribuzione completa, da un minimo di 490 franchi ad un massimo di 980 franchi mensili. Se entrambi i genitori hanno diritto ad una rendita per i figli dell'AVS o dell'AI, la somma delle due rendite versate per lo stesso figlio non può superare il 60 % dell'importo massimo della rendita d'invalidità, ossia 1 470 franchi mensili.

Le rendite per i figli sono ridotte nella misura in cui, sommate alla rendita del padre e/o della madre, superano il 90 % del reddito annuo determinante.

Diritto alle rendite di Stati contraenti

- ▶ Di regola, una persona che è stata assicurata in Svizzera e in uno o più Stati contraenti riceve una rendita parziale da ognuno degli Stati in cui è stata assicurata per almeno un anno. Le prestazioni svizzere e estere sono accordate indipendentemente le une dalle altre e possono di regola essere cumulate senza alcuna riduzione. L'importo di ogni rendita è calcolato in funzione del periodo assicurativo compiuto nel relativo Stato. Se il periodo compiuto in uno degli Stati è troppo corto per dare diritto ad una rendita, si terrà conto dei periodi assicurativi compiuti nell'altro Stato (totalizzazione). Questo non comporta, tuttavia, alcun aumento della rendita.

Diritto alle rendite degli Stati membri dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ Una persona che è stata assicurata in Svizzera e in uno o più Stati membri dell'UE risp. dell'AELS riceve di principio una rendita parziale da ognuno degli Stati in cui è stata assicurata per almeno un anno. L'importo di ogni rendita è calcolato in funzione del periodo assicurativo compiuto nel relativo Stato. Se il periodo compiuto in uno degli Stati è troppo corto per dare diritto ad una rendita, si terrà conto dei periodi assicurativi compiuti negli altri Stati (totalizzazione). Questo non comporta, tuttavia, alcun aumento della rendita.

Quando una persona ha diritto all'assegno per grandi invalidi?**Quando la persona assicurata necessita dell'aiuto di terzi per compiere le attività della vita quotidiana.**

L'assegno per grandi invalidi è concesso a qualsiasi persona assicurata che ha il domicilio e la dimora abituale in Svizzera e a causa di un danno alla salute necessita in modo permanente di una sorveglianza personale o dell'aiuto regolare di terzi per compiere gli atti ordinari della vita (vestirsi, svestirsi, alzarsi, sedersi, mangiare, ecc.). Può essere concesso sin dalla nascita quando si constata che la grande invalidità durerà verosimilmente più di dodici mesi. La concessione dell'assegno per grandi invalidi ai cittadini di uno Stato che non ha concluso una convenzione di sicurezza sociale con la Svizzera è sottoposta a condizioni particolari.

L'importo dell'assegno varia in funzione del grado della grande invalidità:

- ▶ Grado della grande invalidità grave:
1 960 franchi mensili (80 % dell'importo massimo della rendita di vecchiaia)
- ▶ Grado della grande invalidità medio:
1 225 franchi mensili (50 % dell'importo massimo della rendita di vecchiaia)
- ▶ Grado della grande invalidità leggero:
490 franchi mensili (20 % dell'importo massimo della rendita di vecchiaia)

L'assegno per gli assicurati grandi invalidi maggiorenni che soggiornano in un istituto ammonta a un quarto di questi importi. Di regola, gli assicurati minorenni ricevono un assegno per grandi invalidi unicamente per i giorni trascorsi a casa.

Se un minorenne che beneficia di un assegno necessita inoltre di cure più intensive, gli può essere accordato un supplemento.

Quando una persona assicurata ha diritto al contributo per l'assistenza?

Quando vive o desidera vivere a casa, beneficia di un assegno per grandi invalidi dell'AI e necessita di un'assistenza regolare.

Questa prestazione permette alla persona assicurata di assumere una persona fisica (assistente) che gli fornisca l'aiuto di cui necessita. L'obiettivo principale del contributo per l'assistenza è di rafforzare l'autonomia dei beneficiari, di responsabilizzarli e di permettere loro di vivere a casa.

Il contributo per l'assistenza è calcolato in funzione del tempo necessario per le prestazioni d'aiuto di cui necessita la persona.

Per beneficiare del contributo per l'assistenza, gli assicurati minorenni e gli assicurati maggiorenni con una capacità limitata di esercitare i diritti civili devono adempiere condizioni supplementari.

Come può essere fatto valere il diritto alle prestazioni?

Le prestazioni sono accordate soltanto su presentazione di una richiesta.

Per poter ricevere prestazioni dell'AI, le persone assicurate devono farne richiesta presso l'ufficio AI del Cantone di domicilio. Il modulo di richiesta è disponibile presso gli uffici AI, le casse di compensazione e le loro agenzie. Può inoltre essere scaricato dal sito Internet www.avs-ai.ch.

Consiglio pratico

- ▶ È importante presentare la richiesta il più presto possibile, vale a dire al momento in cui si profila un'invalidità duratura. Si sconsiglia di attendere fino all'esaurimento delle prestazioni dell'assicurazione malattie o dell'assicurazione contro gli infortuni.

Cosa si può fare se le prestazioni AI, sommate a eventuali altri redditi, non bastano a coprire il fabbisogno vitale?

Si possono richiedere prestazioni complementari (PC).

Le prestazioni complementari entrano in gioco quando le rendite, sommate agli altri redditi, non sono sufficienti a coprire il fabbisogno vitale. Le prestazioni complementari sono versate unicamente in Svizzera e, per le persone che non hanno la nazionalità svizzera o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, a condizione di aver soggiornato nel nostro Stato durante un certo lasso di tempo senza interruzioni.

Dove ci si può informare sull'AI?

Presso gli uffici AI.

Gli uffici AI mettono a disposizione degli assicurati diversi opuscoli informativi contenenti informazioni supplementari. Gli indirizzi degli uffici figurano sul sito Internet www.avs-ai.ch.

Le indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità, di genitorialità, di assistenza a un/a figlio/a con gravi problemi di salute e di adozione (IPG)



In generale

Cosa sono le indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio e in caso di maternità, di genitorialità, di assistenza a un/a figlio/a con gravi problemi di salute e di adozione?

Un'indennità che permette di compensare la perdita di guadagno in caso di servizio o di maternità, di genitorialità, di assistenza a un/a figlio/a con gravi problemi di salute e di adozione.

Chi è assicurato alle IPG?

Tutte le persone che vivono o lavorano in Svizzera.

Sono assicurate obbligatoriamente alle IPG:

- ▶ tutte le persone che hanno domicilio in Svizzera
- ▶ tutte le persone lavorano in Svizzera

Contributi

Chi è tenuto a pagare i contributi IPG?

Le persone assicurate obbligatoriamente all'AVS/AI.

Sono tenute a pagare i contributi tutte le persone assicurate all'AVS/AI, vale a dire coloro che vivono o lavorano in Svizzera.

Come vengono calcolati i contributi IPG?

Le disposizioni delle IPG ricalcano quelle dell'AVS.

I contributi IPG sono prelevati conformemente alle disposizioni vigenti per l'AVS.

Per quanto concerne le attività salariate, sia il dipendente che il datore di lavoro versano un contributo pari allo 0,25 % del reddito determinante, senza limite massimo.

I lavoratori indipendenti pagano un contributo pari all'0,5 % dei loro redditi, senza limite massimo. Tuttavia, se il reddito annuo è inferiore a 58 800 franchi, l'aliquota si riduce progressivamente fino al 0.752 % in base ad una tavola scalare.

I redditi provenienti da un'attività salariata o indipendente accessoria che non superano i 2 300 franchi all'anno (redditi di poco conto) sono soggetti a contribuzione soltanto su richiesta dell'assicurato. Tuttavia, nel caso di persone impiegate nelle economie domestiche private i contributi dovuti sul salario determinante devono sempre essere versati (i redditi fino a 750 franchi realizzati dagli studenti fino a 25 anni sono esenti dall'obbligo di contribuzione all'AVS). Ciò vale anche per le persone remunerate da produttori di danza e di teatro, dalle orchestre, da produttori nell'ambito fonografico e audiovisivo, dalle radio, dalle televisioni e dalle scuole del settore artistico.

Gli assicurati senza attività lucrativa versano un importo compreso tra 24 e 1 200 franchi all'anno in funzione delle loro condizioni sociali.

Prestazioni

Quali prestazioni sono versate dalle IPG e chi vi ha diritto?

Diverse indennità per chi presta servizio e un'indennità in caso di maternità, di genitorialità, di assistenza a un/a figlio/a con gravi problemi di salute e di adozione di un bambino/a di età inferiore ai quattro anni.

Le indennità per chi presta servizio

Queste indennità sono versate alle persone che prestano servizio nell'Esercito svizzero o nel Servizio della Croce Rossa oppure svolgono il servizio civile o di protezione civile. L'indennità comprende i seguenti elementi:

- ▶ l'indennità di base, pari all'80 % del reddito medio conseguito prima del servizio (minimo: 69 franchi al giorno; massimo: 220 franchi al giorno)
- ▶ l'assegno per i figli, pari a 22 franchi al giorno per ogni figlio di età inferiore ai 18 anni (25 anni per i figli che svolgono una formazione o un tirocinio)
- ▶ l'assegno per spese di custodia, pari alle spese effettive ma al massimo a 75 franchi al giorno, se l'assicurato vive in comunione domestica con uno o più figli d'età inferiore ai 16 anni ed è in grado di comprovare che ha sostenuto spese supplementari a causa del servizio
- ▶ l'assegno per l'azienda, pari a 75 franchi al giorno, per le persone prestanti servizio che dirigono un'azienda (in qualità di proprietari, affittuari ecc.).

L'indennità di maternità (IMat)

Questa indennità è versata alle donne che esercitano un'attività lucrativa o alle donne incapaci al lavoro o disoccupate che percepiscono le indennità giornaliere di un'assicurazione sociale o privata. L'indennità ammonta all'80 % del reddito medio dell'attività lucrativa conseguito prima della nascita del diritto, ma al massimo a 220 franchi al giorno.

L'indennità di maternità è accordata se la donna adempie cumulativamente le tre condizioni seguenti:

- ▶ esercizio di un'attività lucrativa salariata o indipendente
- ▶ affiliazione obbligatoria all'AVS nei 9 mesi precedenti il parto (il periodo è ridotto nella misura in cui il parto avviene prima della fine del nono mese di gravidanza)
- ▶ esercizio di un'attività lucrativa per almeno cinque mesi durante tale periodo

Sono riconosciuti anche i periodi d'assicurazione e di esercizio di un'attività lucrativa compiuti nel Regno Unito oppure in Stati dell'UE o dell'AELS.

Il diritto all'indennità inizia il giorno del parto e si estingue 98 giorni (14 settimane) più tardi. Se immediatamente dopo la nascita il neonato resta in ospedale per almeno 14 giorni consecutivi, la durata del versamento è prolungata di una durata equivalente a quella della degenza, ma al massimo di 56 giorni.

Il diritto si estingue però anticipatamente, se la madre riprende un'attività lucrativa, indipendentemente dal grado d'occupazione, o decede.

La richiesta di indennità va presentata alla cassa di compensazione competente.

Indennità per l'altro genitore (IGen)

I padri o le mogli delle madri, considerati come l'altro genitore ai sensi dell'articolo 255a capoverso 1 del Codice civile (CC), esercitanti un'attività lucrativa hanno diritto a due settimane di congedo per l'altro genitore (al massimo 14 indennità giornaliere) nel corso dei sei mesi successivi alla nascita del figlio. Per compensare la perdita di guadagno ricevono un'indennità pari all'80 % del reddito da lavoro medio soggetto all'AVS conseguito prima della nascita del figlio, fino a un importo massimo di 220 franchi al giorno.

Indennità di assistenza (IAss)

I genitori che interrompono l'attività lucrativa per assistere il/la figlio/a minorenne con gravi problemi di salute hanno diritto a un congedo di assistenza di 14 settimane. Il congedo deve essere preso entro un termine quadro di 18 mesi. Il congedo può essere preso in una sola volta, in settimane o in singoli giorni.

L'indennità ammonta all'80 % del reddito medio soggetto all'AVS conseguito prima dell'interruzione dell'attività lucrativa, ma al massimo 220 franchi al giorno. Se entrambi i genitori hanno diritto alle prestazioni, possono liberamente ripartirsi il congedo. Nel termine quadro di 18 mesi vengono versate al massimo 98 indennità giornaliere.

Anche le persone che beneficiano dell'indennità di disoccupazione possono beneficiare di queste indennità di perdita di guadagno.

Indennità di adozione (IAdo)

Le persone esercitanti un'attività lucrativa, che accolgono un/a bambino/a di età inferiore ai quattro anni in vista dell'adozione, hanno diritto a un congedo di due settimane. Il congedo di adozione deve essere preso entro un anno dall'accoglimento del bambino e può essere preso sotto forma di singoli giorni o settimane. Se entrambi i genitori adottivi esercitano un'attività lucrativa, possono liberamente ripartirsi il congedo, ma non fruirne simultaneamente. Non esiste alcun diritto nel caso di adozione del figlio del coniuge.

L'indennità di adozione ammonta all'80 % del reddito medio soggetto all'AVS conseguito prima dell'inizio del diritto all'indennità di adozione, ma al massimo a 220 franchi al giorno. Vengono versate al massimo 14 indennità giornaliere nel termine quadro di 12 mesi. La richiesta d'indennità di adozione è da presentare alla Cassa federale di compensazione (CFC).

La previdenza professionale (PP)



In generale

Cos'è la previdenza professionale?

È un'assicurazione che permette agli assicurati di mantenere in modo adeguato il tenore di vita precedente al pensionamento.

L'obiettivo della PP è che le sue prestazioni, sommate alla rendita AVS/AI, garantiscano all'assicurato un reddito pari al 60 % dell'ultimo salario dell'assicurato.

La legge stabilisce le prestazioni minime obbligatorie. Nei loro regolamenti, gli istituti di previdenza possono prevedere prestazioni che vanno al di là del minimo legale. Possono in particolare assicurare un salario inferiore all'importo minimo o superiore a quello massimo previsti dalla legge. Il salario assicurato massimo ammonta tuttavia a 882 000 franchi all'anno.

Chi è assicurato alla PP?

Tutti i salariati assicurati all'AVS che percepiscono un determinato salario minimo.

I salariati che percepiscono da un medesimo datore di lavoro un salario annuo superiore a 22 050 franchi sottostanno all'assicurazione obbligatoria, per i rischi di morte e d'invalidità, dal 1° gennaio seguente il compimento del 17° anno di età e, per la vecchiaia, dal 1° gennaio seguente il compimento del 24° anno di età. Il salario è assicurato obbligatoriamente fino ad un determinato importo massimo.

È soggetta all'obbligo assicurativo la parte del salario annuo compresa tra 25 725 franchi (deduzione di coordinamento) e 88 200 franchi. Questa parte del salario è denominata "salario coordinato". Il salario coordinato minimo ammonta a 3 675 franchi.

Tutti i datori di lavoro che impiegano salariati assoggettati all'assicurazione obbligatoria devono essere affiliati ad un istituto di previdenza iscritto nel registro della previdenza professionale.

Non sono soggetti all'assicurazione obbligatoria i seguenti salariati:

- ▶ tutti i salariati fino al 31 dicembre successivo al compimento del 17° anno d'età
- ▶ i salariati che hanno raggiunto l'età ordinaria di pensionamento
- ▶ i salariati con un reddito non superiore a 22 050 franchi all'anno o a 1 837.50 franchi al mese
- ▶ i salariati il cui datore di lavoro non è soggetto all'obbligo di versare contributi all'AVS
- ▶ i salariati assunti per un periodo limitato non superiore ai tre mesi
- ▶ i salariati che esercitano un'attività accessoria, se sono già obbligatoriamente assicurati per l'attività lucrativa principale oppure se esercitano un'attività lucrativa indipendente a titolo principale
- ▶ le persone invalide almeno nella misura del 70 % ai sensi dell'AI
- ▶ i seguenti membri della famiglia del conduttore di un'azienda agricola, che vi lavorano:
 1. i parenti del conduttore in linea ascendente e discendente, nonché i loro congiunti o partner registrati
 2. i generi e le nuore del conduttore che con ogni probabilità rileveranno l'azienda per gestirla personalmente

Queste persone possono assicurarsi a titolo facoltativo.

Quali sono le possibilità per un lavoratore dipendente che non è soggetto all'assicurazione obbligatoria?

Aderire all'assicurazione facoltativa.

La PP offre ai lavoratori indipendenti e ai salariati il cui datore di lavoro non è soggetto all'obbligo di versare contributi AVS la possibilità di assicurarsi facoltativamente.

I lavoratori indipendenti possono assicurarsi facoltativamente presso:

- ▶ l'istituto di previdenza della propria associazione professionale
- ▶ lo stesso istituto di previdenza cui sono affiliati i loro dipendenti oppure
- ▶ l'istituto collettore

I salariati assicurati all'AVS il cui datore di lavoro non è soggetto all'obbligo di versare contributi AVS possono, come i lavoratori indipendenti, assicurarsi facoltativamente. In tal caso devono versare la totalità dei contributi.

Contributi

Chi paga i contributi PP?

I salariati e i datori di lavoro.

Il datore di lavoro versa la sua parte dei contributi e quella del salariato all'istituto di previdenza. I contributi del salariato sono prelevati direttamente dal salario.

A quanto ammontano i contributi PP?

Il loro importo è fissato dal regolamento dell'istituto di previdenza.

Ogni istituto di previdenza indica nel proprio regolamento l'ammontare dei contributi dei datori di lavoro e dei salariati. I contributi del singolo datore di lavoro devono ammontare almeno alla totalità dei contributi dei suoi dipendenti.

Cosa succede all'avere di previdenza in caso di cambiamento d'impiego o di cessazione dell'attività lucrativa?

È trasferito all'istituto di previdenza del nuovo datore di lavoro oppure su un conto o una polizza di libero passaggio.

Gli assicurati che lasciano un istituto di previdenza prima del verificarsi di un evento assicurato (vecchiaia, decesso o invalidità) hanno diritto ad una prestazione d'uscita, denominata anche prestazione di libero passaggio. Il caso di libero passaggio è dato quando un assicurato cambia datore di lavoro o cessa l'attività lucrativa prima dell'età di pensionamento.

In caso di cambiamento del datore di lavoro, l'istituto di previdenza trasferisce la prestazione d'uscita all'istituto di previdenza del nuovo datore di lavoro.

Se l'assicurato cessa l'attività lucrativa prima di aver raggiunto l'età di pensionamento, è tenuto a indicare all'istituto di previdenza sotto quale forma ammissibile intende mantenere la propria previdenza. Le possibilità sono: l'apertura di un conto di libero passaggio presso una fondazione bancaria o la stipulazione di una polizza di libero passaggio presso una compagnia assicurativa.

Se l'assicurato non comunica le sue intenzioni, l'istituto di previdenza è tenuto a trasferire la prestazione d'uscita all'istituto collettore entro due anni dall'insorgenza del caso di libero passaggio.

Cosa succede ai contributi versati a sistemi di previdenza professionale esteri?

Non sono, per principio, presi in considerazione in Svizzera.

I contributi versati a sistemi di previdenza professionale esteri non sono presi in considerazione dalla PP svizzera. Non possono essere trasferiti su un conto PP svizzero, tranne nel caso di contributi versati al sistema di previdenza professionale del Liechtenstein.

Se l'assicurato ottiene il rimborso di questi contributi può tuttavia servirsene per riscattare anni di contribuzione presso l'istituto di previdenza svizzero ed acquisire in questo modo il diritto a prestazioni regolamentari.

Le modalità del riscatto sono stabilite dai regolamenti dei singoli istituti di previdenza. Per i riscatti, le persone che si stabiliscono in Svizzera e non sono mai state affiliate a un istituto di previdenza svizzero possono tuttavia versare al massimo un importo pari al 20 % del salario assicurato nei 5 anni che seguono l'adesione all'istituto di previdenza svizzero. I riscatti possono essere dedotti dal reddito imponibile.

Cosa succede all'aver di previdenza in caso di partenza definitiva dalla Svizzera?

È possibile chiedere il versamento in contanti della prestazione d'uscita. Tuttavia, se l'assicurato si trasferisce in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, il pagamento in contanti della prestazione d'uscita è possibile soltanto a determinate condizioni.

Di principio, un assicurato che lascia definitivamente la Svizzera può chiedere il versamento in contanti della sua prestazione d'uscita.

Tuttavia, il versamento in contanti degli averi della previdenza professionale obbligatoria non è possibile se l'assicurato si stabilisce in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS (salvo Liechtenstein) ed è soggetto all'obbligo assicurativo nel regime di sicurezza sociale di questo Stato. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito Internet dell'organismo di collegamento del Fondo di garanzia LPP (www.sfbvg.ch).

Prestazioni

Quali prestazioni fornisce la PP?

Prestazioni di vecchiaia, d'invalidità, per i superstiti e per la promozione della proprietà d'abitazioni.

Chi è assoggettato alla previdenza professionale ha diritto a:

- ▶ una rendita di vecchiaia quando raggiunge l'età di riferimento.
- ▶ una rendita d'invalidità se presenta una incapacità al guadagno permanente o di lunga durata almeno del 40 %. Se il grado d'invalidità è almeno del 70 %, viene versata una rendita intera. Se il grado di invalidità è compreso tra il 50 % e il 69 %, la percentuale di una rendita AI intera corrisponde al grado di invalidità. Se il grado d'invalidità è compreso tra il 40 % e il 49 %, la percentuale di una rendita intera è compresa tra il 25 % e il 47.5 %.
- ▶ una rendita per ogni figlio che al decesso dell'assicurato avrebbe diritto ad una rendita per orfani
- ▶ una liquidazione in capitale, se la rendita di vecchiaia o d'invalidità è inferiore al 10 % della rendita minima di vecchiaia dell'AVS o se il regolamento dell'istituzione di previdenza lo prevede

Per il resto, i superstiti (coniuge, partner e figli/e) hanno diritto ad una rendita per superstiti se la persona deceduta era assicurata o percepiva una rendita al momento del decesso.

A determinate condizioni, l'assicurato può costituire in pegno il suo diritto alle prestazioni o prelevare interamente o parzialmente i suoi averi previdenziali per acquistare un'abitazione. Per poterlo fare necessita del consenso scritto del coniuge o del partner registrato.

La rendita per superstiti

Il coniuge (o il partner superstite) dell'assicurato ha diritto ad una rendita se:

- ▶ ha uno o più figli a carico
- ▶ ha raggiunto l'età di 45 anni ed è stato sposato (o in unione domestica registrata) per almeno cinque anni

Se il coniuge (o il partner registrato) superstite non soddisfa alcuna di queste condizioni, gli è versata un'indennità unica (corrispondente a tre rendite annue). Il diritto alla rendita si estingue in caso di nuove nozze o di nuova unione domestica registrata.

Al decesso dell'ex coniuge, il coniuge divorziato ha diritto ad una rendita vedovile,

- ▶ se il matrimonio è durato almeno dieci anni e
- ▶ l'ex coniuge era tenuto a versare alimenti.

Questa disposizione è applicabile anche in caso di scioglimento dell'unione domestica registrata.

I regolamenti degli istituti di previdenza possono prevedere altri beneficiari di prestazioni per superstiti (genitori, fratelli e sorelle, concubini). I regolamenti possono essere richiesti alla cassa pensioni alla quale è affiliato il datore di lavoro. Di regola, tutte queste indicazioni figurano anche sul certificato assicurativo dell'assicurato.

Promozione della proprietà di abitazioni

Per finanziare un'abitazione primaria ad uso proprio o per ammortizzare un'ipoteca gravante su di essa, la persona assicurata può:

- ▶ costituire in pegno il diritto alle prestazioni di previdenza
- ▶ costituire in pegno, a determinate condizioni, un importo pari al massimo alla sua prestazione di libero passaggio
- ▶ prelevare anticipatamente un importo pari al massimo alla sua prestazione di libero passaggio.

Per gli assicurati di oltre 50 anni sono tuttavia previste restrizioni. In caso di versamento anticipato, le prestazioni previdenziali sono ridotte di conseguenza.

In caso di vendita dell'abitazione, l'assicurato deve per principio rimborsare l'importo all'istituto di previdenza.

Il prelievo anticipato è soggetto a imposta. Questa è però restituita se l'assicurato rimborsa il prelievo all'istituto.

Come sono calcolate le prestazioni?

In base all'aver di previdenza, ossia il capitale risparmiato dalla persona assicurata.

La rendita di vecchiaia annua corrisponde al 6,8 % dell'aver di vecchiaia accumulato dall'assicurato fino al momento del pensionamento, compresi gli interessi.

La rendita d'invalidità corrisponde al 6,8 % dell'aver di vecchiaia accumulato dall'assicurato fino al momento dell'insorgenza dell'invalidità, compresi gli interessi, e della somma degli accrediti di vecchiaia per gli anni mancanti fino al raggiungimento dell'età ordinaria di pensionamento, senza gli interessi.

La prestazione può essere versata sotto forma di liquidazione in capitale, se la rendita di vecchiaia o d'invalidità è inferiore al 10 % della rendita minima di vecchiaia dell'AVS o se il regolamento dell'istituto di previdenza lo prevede.

La rendita per il coniuge o partner superstite ammonta al 60 % e la rendita per orfani al 20 % della rendita intera d'invalidità cui avrebbe avuto diritto l'assicurato.

La prestazione può essere versata sotto forma di liquidazione in capitale, se la rendita per il coniuge o partner superstite è inferiore al 6 % (la rendita per orfani al 2 %) della rendita minima di vecchiaia dell'AVS o se il regolamento dell'istituzione di previdenza lo prevede.

È possibile un pensionamento anticipato?

Sì, se è previsto dal regolamento dell'istituto di previdenza.

La prestazione di vecchiaia può essere percepita prima dell'età di riferimento (al più presto a partire da 58 anni), ma è in tal caso ridotta.

Conservazione dei certificati di assicurazione

- ▶ Gli assicurati devono conservare tutti i certificati di assicurazione rilasciati loro dalle casse pensioni.

Ricerca di averi dimenticati

- ▶ Le persone che non sanno dove possiedono averi del secondo pilastro possono rivolgersi all'«Ufficio centrale del 2° pilastro» (www.sfbvg.ch). Questo indicherà loro presso quali istituti potrebbero avere giacenze di averi previdenziali oppure conti o polizze di libero passaggio.

Dove ci si può informare sulla PP?

Presso le casse pensioni, le autorità cantonali di vigilanza LPP e l'istituto collettore.

Il datore di lavoro è tenuto a comunicare al dipendente il nome della cassa pensioni cui è affiliata l'impresa.

La previdenza individuale vincolata (pilastro 3a)



In generale

Cos'è la previdenza individuale vincolata?

Un'ulteriore forma di previdenza.

Le prestazioni della previdenza individuale facoltativa vanno ad aggiungersi a quelle dell'AVS/AI e della previdenza professionale e servono a mantenere il tenore di vita abituale dell'assicurato nella vecchiaia. Il presente capitolo tratta del pilastro 3a.

La legge promuove questa forma di previdenza attraverso agevolazioni fiscali: i contributi versati possono essere dedotti dal reddito imponibile fino a determinati limiti (7 056 franchi all'anno per le persone affiliate ad un istituto di previdenza professionale e 20 % del reddito da attività lucrativa, ma al massimo 35 280 franchi all'anno, per le persone non affiliate). I fondi possono essere prelevati soltanto all'insorgenza di un caso assicurato (vecchiaia, decesso o invalidità) oppure, a determinate condizioni, per l'acquisto della propria abitazione.

Contributi

Chi paga i contributi alla previdenza individuale vincolata?

Tutte le persone che desiderano assicurarsi facoltativamente e conseguono un reddito soggetto all'AVS.

Chiunque desideri mantenere il proprio tenore di vita abituale anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa regolare ha la possibilità d'intraprendere i passi necessari presso una fondazione bancaria o una compagnia assicurativa. L'assicurazione è facoltativa. L'assicurato stabilisce personalmente l'importo annuo dei contributi e li versa su un conto vincolato. I fondi sono bloccati fino al verificarsi di un evento assicurato.

Le persone che continuano a lavorare oltre l'età ordinaria di pensionamento possono rinviare la riscossione delle prestazioni di vecchiaia del 3° pilastro fino alla cessazione dell'attività. Le prestazioni possono essere rinviate al massimo per cinque anni. I contributi versati sul 3° pilastro in questo periodo possono essere dedotti dal reddito imponibile.

Prestazioni

Quali prestazioni sono fornite dalla previdenza individuale?

Prestazioni di vecchiaia, d'invalidità e per superstiti e prestazioni per la promozione della proprietà d'abitazione.

Le prestazioni della previdenza individuale, nella forma (capitale o rendita) e nell'importo definiti dal contratto concluso con la fondazione bancaria o con la compagnia assicurativa, vanno ad aggiungersi all'AVS/AI e alla previdenza professionale della persona assicurata.

Dove e come le persone assicurate possono far valere il proprio diritto alle prestazioni?

Presso la fondazione bancaria o la compagnia assicurativa, al momento dell'insorgenza di un evento assicurato (vecchiaia, decesso o invalidità), oppure, a determinate condizioni, per l'acquisto della propria abitazione.

Le prestazioni della previdenza vincolata sono corrisposte conformemente alle condizioni stabilite nel contratto stipulato con la fondazione bancaria o la compagnia assicurativa. Le prestazioni di vecchiaia vengono versate al più presto cinque anni prima del raggiungimento dell'età di riferimento.

Le persone che continuano a lavorare oltre l'età di riferimento possono continuare durante cinque anni a versare contributi alla previdenza vincolata, beneficiando delle relative agevolazioni fiscali.

In determinati casi, per esempio per l'acquisto della propria abitazione o l'avvio di un'attività lavorativa indipendente, i fondi vincolati possono essere versati anticipatamente.

Esiste un'altra forma di previdenza individuale?

Sì, il pilastro 3b.

La previdenza libera (pilastro 3b) è accessibile a tutti e non è soggetta ad alcuna limitazione. In una certa misura può beneficiare di agevolazioni fiscali.

Dove si possono ottenere informazioni sulla previdenza individuale?

Presso le banche o le compagnie assicurative.

L'assicurazione malattie (AMal)



In generale

Cosa offre l'assicurazione malattie?

Una copertura assicurativa in caso di malattia, di maternità o d'infortunio.

L'assicurazione malattie garantisce a tutti gli assicurati l'accesso alle cure mediche di base in caso di malattia, di maternità o di infortunio, qualora le spese non siano coperte da un'assicurazione contro gli infortuni.

Chi deve affidarsi all'assicurazione malattie?

Tutte le persone domiciliate in Svizzera o soggette al sistema svizzero di sicurezza sociale.

Sono tenute ad assicurarsi tutte le persone domiciliate in Svizzera. Le persone che soggiornano in Svizzera per tre mesi o più devono assicurarsi entro tre mesi. Anche i neonati devono essere assicurati entro tre mesi dalla nascita. Tutti i membri della famiglia (adulti e minorenni) sono assicurati individualmente.

Gli assicurati possono scegliere liberamente il proprio assicuratore. L'elenco completo degli assicuratori-malattie è disponibile sul sito Internet dell'Ufficio federale della salute pubblica (UFSP): www.priminfo.ch.

Per principio, non è il datore di lavoro a provvedere all'affiliazione all'assicurazione malattie. Le persone tenute ad assicurarsi devono intraprendere da sole i passi necessari.

Sono tenute ad assicurarsi in Svizzera anche le persone residenti all'estero ma assoggettate al sistema svizzero di sicurezza sociale in virtù dell'ALCP o della Convenzione AELS. Anche la convenzione con il Regno Unito contiene disposizioni sull'assicurazione malattie. Determinate persone godono di un diritto d'opzione e possono chiedere l'esonero dall'obbligo di assicurarsi in Svizzera, a condizione che dimostrino di essere assicurate nel loro Stato di residenza (cfr. la tabella seguente). L'elenco degli assicuratori e dei premi nei vari Stati dell'UE e dell'AELS è disponibile sul sito Internet dell'UFSP: www.priminfo.ch. Tutti i membri della famiglia (adulti e minorenni) sono assicurati individualmente presso il medesimo assicuratore.

Residenza in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS e affiliazione all'assicurazione malattie

| Categoria di persone | Diritto d'opzione: assicurazione nello Stato di residenza o in Svizzera | Assicurazione nello Stato di residenza | Assicurazione in Svizzera |
|--|--|--|---|
| Quando la persona risiede in uno degli Stati seguenti | | | |
| ▶ lavoratori ▶ frontalieri ▶ beneficiari di rendita ▶ disoccupati | AT, DE, FR, IT ES*, PT* * soltanto beneficiari di rendita | LI | BE, BG, CY, CZ, DK, EE, FI, GR, HR, HU, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SE, SI, SK ES*, PT* * tranne beneficiari di rendita |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Familiari senza attività lucrativa di: | FI | DK, LI, PT, SE | BE, BG, CY, CZ, EE, GR, HR, IE, IS, LT, LU, LV, MT, NL, NO, PL, RO, SI, SK |
| ▶ lavoratori ▶ frontalieri ▶ beneficiari di rendita ▶ disoccupati | ES* * soltanto beneficiari di rendita | ES*, HU* * tranne beneficiari di rendita | HU* * soltanto beneficiari di rendita |
| ▶ persone con un permesso di dimora di breve durata | AT**, FR**, IT** ** assicurazione nello stesso Stato dei frontalieri, dei beneficiari di rendita e dei disoccupati DE*** *** possibilità di scelta se- parata per i familiari senza attività lucrativa | | |

Gli Stati sono elencati con il loro codice ISO. Cfr. l'elenco dei nomi alla pagina 9.

Assicurazione in Svizzera, residenza in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ Le persone assicurate obbligatoriamente in Svizzera ma residenti in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS devono iscriversi presso l'istituzione di assicurazione malattie del luogo di residenza per le formalità amministrative.
- ▶ Le persone assicurate in Svizzera e residenti nell'UE (lavoratori, beneficiari di rendita, disoccupati) e i loro familiari possono di regola scegliere se farsi curare nel loro Stato di residenza o in Svizzera.

Esercizio di un'attività lucrativa in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, residenza in Svizzera

- ▶ I cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS residenti in Svizzera ma che esercitano un'attività lucrativa in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS sono soggetti all'assicurazione dello Stato in cui lavorano. I frontalieri residenti in Svizzera che, ad esempio, lavorano in Germania devono concludere in Germania un'assicurazione malattie per sé e i propri familiari senza attività lucrativa. In caso di malattia, beneficiano in Svizzera dello stesso trattamento riservato alle persone assicurate in Svizzera. I costi sono presi a carico dall'assicurazione estera.

Consiglio pratico

- ▶ L'affiliazione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve avvenire entro tre mesi dal trasferimento in Svizzera o dall'inizio dell'obbligo assicurativo. Si consiglia quindi di rivolgersi al più presto ad una cassa malati di propria scelta.

Premi

Chi paga i premi assicurativi?

La persona assicurata.

Le persone assicurate possono beneficiare di riduzioni dei premi a seconda delle possibilità offerte dalla loro cassa malati:

- ▶ franchigia opzionale: l'assicuratore concede una riduzione del premio, se l'assicurato accetta di farsi carico di una franchigia annua più elevata di quella ordinaria, pari a 300 franchi per gli adulti e a 0 franchi per i minorenni. Per gli adulti le franchigie opzionali ammontano a 500, 1 000, 1 500, 2 000 e 2 500 franchi. Per i minorenni ammontano a 100, 200, 300, 400, 500 e 600 franchi
- ▶ scelta limitata del fornitore di prestazioni (ad es. HMO o modello del medico di famiglia): l'assicurato accetta di farsi curare esclusivamente da un gruppo di medici, denominato HMO (Health Maintenance Organization), o di consultare sempre in primo luogo un medico di famiglia, che decide se sia necessario ricorrere ad un medico specialista (modello del medico di famiglia). Questi modelli permettono all'assicurato di beneficiare di una riduzione del premio, ma comportano la rinuncia alla libertà di scelta del medico e dell'ospedale (salvo in caso d'emergenza)
- ▶ assicurazione con bonus: l'assicurato beneficia di una riduzione del premio per ogni anno in cui non ha chiesto alcun rimborso di spese di malattia all'assicuratore. Questa forma di assicurazione è relativamente rara.

A quanto ammontano i premi?

L'importo varia a seconda dell'assicuratore, del luogo di residenza e del modello assicurativo.

L'importo del premio non dipende dal reddito, ma dall'assicuratore-malattie, dal luogo di residenza e dal modello assicurativo scelto. Anche i premi delle persone residenti in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS tenute ad assicurarsi in Svizzera dipendono dall'assicuratore e dal luogo di residenza. Queste persone non hanno tuttavia la possibilità di scegliere una franchigia opzionale o l'assicurazione con bonus o l'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni, in quanto hanno diritto alle prestazioni previste dalla legislazione del loro Stato di residenza. L'elenco degli assicuratori e dei premi è disponibile sul sito Internet dell'UFSP: www.priminfo.ch.

In linea di massima, i Cantoni prendono a carico una parte del premio assicurativo degli assicurati in modeste condizioni economiche. La riduzione del premio va per principio richiesta presso i competenti organi cantonali. Questi forniscono le necessarie informazioni. L'elenco degli organi cantonali competenti per la riduzione dei premi è disponibile sul sito Internet dell'UFSP: www.priminfo.ch. Gli assicurati che vivono in modeste condizioni economiche e risiedono in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS devono rivolgersi presso l'Istituzione comune LAMal: www.kvg.org.

Prestazioni

Quali prestazioni copre l'assicurazione malattie?

La diagnosi e le cure.

In caso di malattia, infortunio (se questo non è a carico dell'assicurazione contro gli infortuni) e maternità, l'assicurazione malattie obbligatoria assume, tra l'altro, i costi:

- ▶ delle prestazioni necessarie alla diagnosi o al trattamento di una malattia e dei suoi postumi, vale a dire esami, terapie e cure ambulatoriali o ospedaliere
- ▶ di analisi, medicinali, mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici, contribuiti alle spese di cure termali prescritte dal medico e provvedimenti di riabilitazione medica
- ▶ di trasporto e di salvataggio (contributo del 50 % per un importo massimo rispettivamente di 500 e 5 000 franchi per anno civile)
- ▶ di determinati esami di medicina preventiva (p. es. nel caso dei neonati, dei bambini o degli esami ginecologici)
- ▶ delle prestazioni di maternità

Per quanto tempo si ha diritto ad una prestazione?

Per un periodo illimitato.

Il diritto alla prestazione nasce all'inizio del trattamento. In linea di massima, la sua durata è illimitata. Determinate prestazioni hanno una durata limitata (p. es. nove sedute di fisioterapia con possibilità di rinnovo della prescrizione da parte del medico in caso di necessità).

Quali costi sono a carico degli assicurati?

I premi, la franchigia, l'aliquota percentuale e, in certi casi, un contributo ai costi di degenza ospedaliera.

Nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli assicurati partecipano ai costi sotto forma di un importo fisso annuo a loro carico (franchigia, prevista unicamente per gli adulti) e di un'aliquota percentuale. In caso di degenza ospedaliera, gli adulti e i giovani adulti (assicurati che non hanno ancora compiuto i 25 anni) che non seguono una formazione versano un contributo giornaliero di 15 franchi ai costi ospedalieri.

La franchigia ordinaria ammonta a 300 franchi per anno civile.

L'aliquota percentuale ammonta al 10 % dei costi eccedenti la franchigia, ma al massimo a 700 franchi per gli adulti e a 350 franchi per i bambini. L'importo massimo per i figli di una medesima famiglia assicurati presso un unico assicuratore è di 1 000 franchi. L'aliquota percentuale è del 20 %, se è prescritto un farmaco originale invece del medicamento generico figurante nell'elenco dei medicinali rimborsati dall'assicurazione malattie.

L'assicurata non deve versare alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità e per le prestazioni in caso di malattia, che sono fornite a partire dalla 13^o settimana di gravidanza, durante il parto e fino a otto settimane dopo il parto.

Cosa succede nel caso in cui la cura viene eseguita in uno Stato diverso da quello in cui la persona è assicurata?

In linea di massima, l'assicurazione malattie assume le spese delle cure prestate all'estero.

Persone assicurate in Svizzera che si fanno curare all'estero (fuori dall'UE e dall'AELS)

- ▶ L'assicurazione malattie assume le spese delle cure urgenti prestate all'estero, vale a dire delle prestazioni che devono essere assolutamente fornite prima che la persona assicurata rientri al proprio luogo di residenza. Le spese delle cure prestate all'estero (fuori dall'UE e dall'AELS) sono coperte fino al doppio dell'importo che sarebbe stato rimborsato se il trattamento fosse stato eseguito in Svizzera. In caso di trattamenti ospedalieri stazionari, l'assicuratore assume le spese fino ad un massimo del 90 % dei costi che sarebbero stati quelli di un'ospedalizzazione in Svizzera (motivo: per un trattamento ospedaliero in Svizzera, i Cantoni assumono almeno il 55 % dei costi, il che non avviene all'estero). La convenzione con il Regno Unito prevede delle disposizioni particolari concernenti l'assicurazione malattie.
- ▶ Lo stesso vale per le cure in caso di infortunio, se un'assicurazione contro gli infortuni non ne assume le spese.
- ▶ Per principio, le persone assicurate in Svizzera che soggiornano temporaneamente all'estero provvedono in un primo tempo personalmente a pagare le spese di cura e successivamente ne chiedono il rimborso alla loro cassa malati in Svizzera.
- ▶ In determinati casi, l'assicuratore svizzero può accettare che un trattamento sia effettuato all'estero, se non c'è possibilità di eseguirlo in Svizzera.

Persone assicurate domiciliate in Svizzera in caso di trattamento in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ Le persone assicurate residenti in Svizzera che si ammalano durante un soggiorno in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS (p. es. durante le vacanze) saranno trattati dai medici e dagli ospedali locali allo stesso modo delle persone assicurate nello Stato in questione. Lo stesso vale per gli infortuni.
- ▶ In caso di soggiorno in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, se il loro stato di salute lo richiede, queste persone possono beneficiare di prestazioni dell'assicurazione malattie dello Stato di soggiorno. A tal fine devono procurarsi una tessera europea di assicurazione malattia (o un certificato sostitutivo provvisorio) presso il loro assicuratore svizzero e presentare questo documento al fornitore di prestazioni (p.es. medico) dello Stato di soggiorno. Le spese di cura sono prese a carico, a seconda dello Stato, dall'organo estero di assistenza reciproca competente, che poi le addebita alla cassa malati svizzera dell'assicurato, oppure dall'assicurato stesso, che in un primo tempo provvede personalmente a pagarle e successivamente presenta una richiesta di rimborso o alla propria cassa malati o presso l'istituzione di assistenza reciproca.
- ▶ Le prestazioni fornite in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS e le relative partecipazioni ai costi sono stabilite dalla legislazione vigente nello Stato di soggiorno.
- ▶ In alcuni casi, l'assicuratore svizzero può accettare che un trattamento sia eseguito all'estero, se ciò non è possibile in Svizzera.

Cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS assicurati in Svizzera e residenti in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ Queste persone ricevono dalla cassa malati ausiliaria dello Stato di residenza le stesse prestazioni cui hanno diritto le persone assicurate nello Stato di residenza.
- ▶ Le persone assicurate in Svizzera e residenti nell'UE (lavoratori, beneficiari di rendita, disoccupati) e i loro familiari possono di regola scegliere se farsi curare nel loro Stato di residenza o in Svizzera.
- ▶ I costi delle cure sono assunti, a seconda dello Stato, dall'organo estero competente, che poi li addebita alla cassa malati svizzera dell'assicurato, oppure dall'assicurato stesso, che in un primo tempo provvede personalmente a pagare le prestazioni e successivamente presenta una richiesta di rimborso o alla propria cassa malati o presso l'istituto di assistenza reciproca.
- ▶ Le prestazioni fornite nello Stato di residenza e le relative partecipazioni ai costi sono stabilite dalla legislazione vigente nello Stato in questione.

Cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS assicurati in uno Stato membro dell'UE risp. dell'AELS e residenti in Svizzera

- ▶ Queste persone beneficiano, alle stesse condizioni, delle stesse prestazioni cui hanno diritto le persone assicurate in Svizzera.
- ▶ Per poter beneficiare delle prestazioni devono depositare il proprio certificato assicurativo presso l'Istituzione comune LAMal (www.kvg.org).
- ▶ Le spese di cura sono pagate dall'Istituzione comune LAMal, che le fattura successivamente all'assicuratore malattie estero competente.

Cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS assicurati in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS che soggiornano in Svizzera

- ▶ Su presentazione della tessera europea di assicurazione malattia o di un certificato sostitutivo provvisorio, queste persone possono beneficiare delle prestazioni del sistema sanitario svizzero come se fossero assicurate in Svizzera.
- ▶ In generale, le spese per le cure ambulatoriali prestate da medici o ospedali devono essere pagate direttamente ai fornitori di prestazioni. In seguito se ne deve chiedere il rimborso all'Istituzione comune LAMal (www.kvg.org) o all'assicuratore malattie competente. Un importo forfettario corrispondente alla franchigia e all'aliquota percentuale è a carico dell'assicurato. Questo importo ammonta a 92 franchi per gli adulti e a 33 franchi per i bambini per un periodo di trattamento di 30 giorni. Inoltre, in caso di degenza ospedaliera gli adulti e i giovani adulti (assicurati che non hanno ancora compiuto i 25 anni) che non seguono una formazione versano un contributo giornaliero di 15 franchi ai costi ospedalieri. Le spese per le cure ospedaliere, tranne il forfait per ogni periodo di 30 giorni, sono pagate direttamente dall'Istituzione comune LAMal.



Tessera europea di assicurazione malattia

L'assicurazione d'indennità giornaliera

Cos'è l'assicurazione d'indennità giornaliera?

Un'assicurazione che copre parzialmente la perdita di guadagno in caso di malattia o infortunio.

L'assicurazione d'indennità giornaliera copre parzialmente la perdita di guadagno in caso di malattia o infortunio nonché altri costi causati dalla malattia o dall'infortunio non coperti da altre assicurazioni. L'assicurazione è facoltativa e può essere conclusa anche presso un assicuratore diverso da quello competente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Se una persona è già affetta da una malattia al momento dell'affiliazione, l'assicuratore può escluderla dal diritto alle prestazioni per la malattia in questione per un periodo massimo di cinque anni (riserva assicurativa). In caso di maternità, per il diritto all'indennità giornaliera è richiesto un periodo di assicurazione di almeno 270 giorni prima del parto. Gli assicuratori-malattie offrono anche assicurazioni complementari d'indennità giornaliera.

Accesso agevolato all'assicurazione d'indennità giornaliera

- ▶ I cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS che erano soggetti al regime di sicurezza sociale di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS immediatamente prima di giungere in Svizzera beneficiano di un accesso agevolato all'assicurazione d'indennità giornaliera.
- ▶ Le convenzioni di sicurezza sociale concluse con Macedonia del Nord, San Marino e Turchia limitano le restrizioni previste nell'assicurazione d'indennità giornaliera per quanto concerne le malattie preesistenti e il periodo d'attesa in caso di maternità. Se una persona trasferisce la residenza o l'attività lucrativa da uno di questi Stati (e dalla Bosnia ed Erzegovina) in Svizzera e conclude un'assicurazione d'indennità giornaliera presso un assicuratore svizzero entro 3 mesi dalla sua uscita dall'assicurazione dell'altro Stato, i periodi di assicurazione compiuti presso quest'ultima sono presi in considerazione per determinare la nascita del diritto alle prestazioni in Svizzera. In caso di maternità, i periodi d'assicurazione sono presi in considerazione solo se la persona era assicurata da almeno 3 mesi presso un assicuratore svizzero.

L'assicurazione malattie complementare

Oltre alla copertura di base obbligatoria esistono anche assicurazioni complementari (p.es. per cure dentarie o speciali). Trattandosi di assicurazioni private, queste non rientrano nel campo d'applicazione delle disposizioni di coordinamento dei regimi di sicurezza sociale nazionali. Per il rimborso delle prestazioni sono determinanti le condizioni d'assicurazione generali dei singoli assicuratori. Vista la varietà dell'offerta, è consigliabile informarsi presso i differenti assicuratori.

Dove ci si può informare sull'assicurazione malattie?

Presso la propria cassa malati.

Gli assicurati possono chiedere informazioni sull'assicurazione malattie direttamente ai loro assicuratori-malattie.

L'UFSP pubblica annualmente nel mese di ottobre una tabella dei premi dell'anno seguente, suddivisi per Cantone, per assicuratore-malattie e per Stati dell'UE/AELS. L'elenco può anche essere scaricato dal sito Internet dell'UFSP (www.priminfo.ch).

Le persone assicurate contro le malattie in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS che soggiornano in Svizzera possono rivolgersi in caso di domande, all'Istituzione comune LAMal (www.kvg.org).

Gli organi designati dai Cantoni forniscono le informazioni necessarie riguardo all'esenzione dall'obbligo assicurativo. L'elenco degli organi cantonali competenti è disponibile sul sito dell'UFSP: www.bag.admin.ch.

L'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF (AINF)



In generale

Cosa offre l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF?

Una copertura assicurativa in caso di infortuni professionali e non professionali e di malattie professionali.

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è un'assicurazione di persone che copre le conseguenze economiche degli infortuni professionali e delle malattie professionali nonché degli infortuni non professionali, se la persona assicurata è impiegata per almeno otto ore alla settimana presso lo stesso datore di lavoro. Con le sue prestazioni contribuisce a compensare i danni alla salute e alla capacità al guadagno delle persone assicurate vittime di un infortunio o affette da una malattia professionale.

Gli infortuni

- ▶ Per infortunio si intende qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi il decesso. Sono equiparate agli infortuni determinate lesioni corporali analoghe a quelle causate da un infortunio.

Gli infortuni professionali

- ▶ Sono considerati infortuni professionali quelli di cui è vittima la persona assicurata durante l'esercizio della sua professione. Gli infortuni verificatisi durante le pause, come pure prima o dopo il lavoro, sono considerati infortuni professionali la persona assicurata era autorizzata a rimanere sul luogo di lavoro o entro la zona di pericolo inerente alla sua attività professionale.

Gli infortuni non professionali

- ▶ Sono considerati infortuni non professionali tutti quelli che non rientrano nel novero degli infortuni professionali e in particolare gli infortuni occorsi durante il tragitto per recarsi al lavoro o sulla via del ritorno o durante il tempo libero (sport, incidenti stradali, infortuni domestici, ecc.). Le persone che lavorano presso un datore di lavoro per meno di otto ore settimanali non sono assicurate da quest'ultimo contro gli infortuni non professionali. In deroga alla regola generale, gli infortuni occorsi a queste persone durante il tragitto per recarsi al lavoro o sulla via del ritorno sono considerati infortuni professionali.

Le malattie professionali

- ▶ Sono considerate malattie professionali quelle causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive o da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale. Altre malattie sono considerate professionali solo se è provato che sono state provocate esclusivamente o in modo preponderante dall'esercizio dell'attività professionale.

Chi è tenuto ad assicurarsi?

Tutte le persone salariate che lavorano in Svizzera.

Sono tenute ad assicurarsi contro gli infortuni tutte le persone salariate che esercitano la loro attività in Svizzera. Rientrano in questa categoria anche:

- ▶ le persone che lavorano a domicilio
- ▶ Gli/le apprendisti/e
- ▶ i/le praticanti e i/le volontari/e
- ▶ le persone che lavorano nei laboratori d'apprendistato o protetti
- ▶ il personale domestico
- ▶ il personale di pulizia nelle economie domestiche private

Anche i disoccupati sono di principio assoggettati all'assicurazione obbligatoria.

Non sono assicurate secondo la LAINF le persone che non esercitano un'attività salariata, per esempio:

- ▶ i/le casalinghi/e
- ▶ i/le bambini/e
- ▶ Gli/le studenti
- ▶ i/le pensionati/e

Per le prestazioni in natura, queste persone sono tenute ad assicurarsi contro gli infortuni nel quadro dell'assicurazione malattie obbligatoria.

Quando inizia e quando cessa l'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?

Con l'inizio dell'attività lucrativa e con la cessazione del diritto alla mezza retribuzione.

L'assicurazione inizia il giorno in cui comincia il rapporto di lavoro oppure in cui nasce il diritto al salario, in ogni caso però dal momento in cui il lavoratore si avvia al lavoro. Termina allo scadere del 31° giorno susseguente a quello in cui cessa il diritto ad almeno mezza retribuzione. Sono considerate salario anche le indennità giornaliere dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, dell'assicurazione militare, dell'assicurazione per l'invalidità, delle indennità per perdita di guadagno (in caso di servizio e di maternità), degli assicuratori-malattie e degli assicuratori privati contro le malattie e gli infortuni versate in sostituzione del salario nonché le prestazioni di un'assicurazione maternità cantonale.

Attraverso un accordo particolare, la persona assicurata può prorarre la copertura degli infortuni non professionali al massimo per altri sei mesi.

Responsabilità del lavoratore

- ▶ Se l'assicurato ha provocato intenzionalmente il danno alla salute o il decesso, non vi è diritto alle prestazioni assicurative, ad eccezione dell'indennità per le spese funerarie;
- ▶ le indennità giornaliere possono essere ridotte, per al massimo due anni, se l'infortunio non professionale è dovuto a una grave negligenza dell'assicurato;
- ▶ le prestazioni in contanti possono essere ridotte o rifiutate, se l'assicurato ha provocato l'infortunio commettendo un crimine o un delitto.

Sospensione dalla copertura contro gli infortuni nell'assicurazione malattie

- ▶ I dipendenti assicurati obbligatoriamente contro gli infortuni professionali e non professionali possono chiedere all'assicuratore-malattie la sospensione della copertura contro gli infortuni. Il premio dell'assicurazione malattie è ridotto di conseguenza.

Chi può assicurarsi a titolo facoltativo?

I lavoratori indipendenti e i loro familiari che collaborano nell'impresa.

Se non sono già assoggettati all'assicurazione obbligatoria, i lavoratori indipendenti domiciliati in Svizzera e i loro familiari che collaborano nell'impresa possono assicurarsi facoltativamente secondo la LAINF, a seconda dell'importo del loro guadagno assicurato.

Chi gestisce l'assicurazione contro gli infortuni?

L'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni e gli assicuratori contro gli infortuni autorizzati.

L'assicurazione contro gli infortuni è esercitata, secondo le categorie di assicurati, dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (www.suva.ch) o da altri assicuratori autorizzati. L'elenco degli assicuratori è disponibile sul sito Internet dell'UFSP: www.bag.admin.ch.

Premi

Chi paga i premi assicurativi?

I datori di lavoro e i salariati.

I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sono a carico del datore di lavoro, quelli dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali a carico del salariato. Il datore di lavoro è debitore della totalità dei premi, e gli detrae quindi dal salario la quota parte dovuta dal lavoratore.

In un primo tempo è fissato un premio provvisorio, che deve essere versato dal datore di lavoro. Il premio definitivo per l'anno trascorso è calcolato retroattivamente sulla base del conteggio annuale dei salari. Questo calcolo è la base per la fissazione del premio provvisorio per l'anno successivo.

A quanto ammontano i premi dell'assicurazione?

Variano secondo il reddito e il tipo di impresa.

I premi sono calcolati in per mille del guadagno soggetto a premio. Essi constano di un premio netto calcolato in funzione del rischio e di vari supplementi. Per il calcolo dei premi, le aziende sono suddivise in base alla loro tipologia e alle loro circostanze in classi e livelli della tariffa dei premi.

I premi per gli infortuni non professionali sono per principio a carico del salariato, salvo accordi diversi in favore dei salariati. Le aliquote nette dei premi variano a seconda degli assicuratori.

I premi per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sono esclusivamente a carico del datore di lavoro. I premi variano in funzione del rischio di infortunio e delle condizioni specifiche dell'impresa. Le aliquote nette dei premi variano a seconda della classificazione e dell'assicuratore.

Il guadagno soggetto a premio

- ▶ Il guadagno soggetto a premio corrisponde sostanzialmente a quello determinante per il calcolo delle prestazioni pecuniarie (vedi "Guadagno assicurato"). La parte del reddito eccedente l'importo massimo del guadagno assicurato non è presa in considerazione. Il guadagno assicurato massimo ammonta a 148 200 franchi all'anno, ossia 406 franchi al giorno.

Prestazioni

Quali prestazioni sono coperte dall'assicurazione contro gli infortuni?

Cure mediche e aiuti finanziari.

A. Prestazioni in natura: prestazioni sanitarie e rimborso delle spese

La persona assicurata ha diritto a una cura appropriata dei postumi d'infortunio, in particolare:

- ▶ al trattamento ambulatoriale da parte del medico, del dentista o del chiropratico nonché, previa prescrizione medica, del personale paramedico
- ▶ ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista
- ▶ alla cura, al vitto e all'alloggio nel reparto comune di un ospedale
- ▶ alle cure complementari e a quelle termali prescritte dal medico
- ▶ ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la sua guarigione

Le spese per cure mediche all'estero, per cure domiciliari prescritte da un medico, per i mezzi ausiliari e per i danni causati da infortunio agli oggetti che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione, sono prese a carico dall'assicuratore. Sono pure rimborsate le spese di viaggio, di trasporto e di salvataggio (a determinate condizioni) nonché le spese di trasporto della salma e le spese funerarie.

B. Prestazioni pecuniarie

Il guadagno assicurato

- ▶ Le prestazioni pecuniarie dell'assicurazione contro gli infortuni sono calcolate in base al guadagno assicurato. È considerato guadagno assicurato il salario determinante secondo la legislazione sull'AVS, con alcune deroghe. L'importo massimo del guadagno assicurato, pari a 148 200 franchi all'anno o a 406 franchi al giorno, è fissato in modo tale che il 92 – 96 % delle persone tenute ad assicurarsi siano coperte per la totalità del loro guadagno.
- ▶ Per il calcolo dell'indennità giornaliera è determinante l'ultimo salario percepito prima dell'infortunio, per il calcolo delle rendite quello riscosso durante l'anno precedente l'infortunio. L'indennità per menomazione dell'integrità e l'assegno per grandi invalidi sono calcolati in base all'importo massimo del guadagno assicurato.

L'indennità giornaliera

Hanno diritto all'indennità giornaliera gli assicurati totalmente o parzialmente incapaci al lavoro in seguito ad un infortunio. L'indennità giornaliera è versata per ogni giorno successivo all'infortunio, a partire dal terzo. In caso d'incapacità lavorativa totale essa ammonta all'80% del guadagno assicurato; in caso d'incapacità lavorativa parziale, l'importo è ridotto proporzionalmente. Il diritto all'indennità giornaliera si estingue con il riacquisto della piena capacità lavorativa, la nascita del diritto a una rendita d'invalidità o il decesso della persona assicurata. Per le persone infortunatesi durante la disoccupazione, l'indennità giornaliera è pari all'indennità di disoccupazione.

La rendita d'invalidità

La persona assicurata ha diritto ad una rendita d'invalidità, se diventa invalida a seguito di un infortunio, ossia se la sua capacità di guadagno subisce un danno presumibilmente permanente o di lunga durata. Il diritto sorge se la continuazione della cura medica non porta a un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e sono conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI. Per il calcolo del grado d'invalidità è determinante il confronto tra la possibilità di guadagno dell'assicurato con e senza la limitazione della capacità al guadagno. In caso di invalidità totale l'importo della rendita è pari all'80 % del guadagno assicurato; in caso d'invalidità parziale, l'importo è ridotto proporzionalmente. Se la persona assicurata ha diritto ad una rendita dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti o dell'assicurazione invalidità svizzere (AVS/AI), le è accordata una rendita complementare di importo pari alla differenza tra il 90 % del guadagno assicurato e la rendita AVS/AI, ma non superiore all'importo previsto dall'assicurazione contro gli infortuni in caso di invalidità totale o parziale. Il diritto alla rendita si estingue con il riacquisto della piena capacità al guadagno, con l'assegnazione di un'indennità unica complessiva, con il riscatto della rendita o con il decesso dell'assicurato.

L'indennità per menomazione dell'integrità

Se la persona assicurata ha subito a seguito di un infortunio una menomazione importante e durevole dell'integrità fisica, mentale o psichica (p. es. perdita di un rene o di una gamba, tetraplegia, cecità totale), ha diritto ad un'equa indennità per menomazione dell'integrità. L'indennità, versata sotto forma di prestazione in capitale, è scalata secondo la gravità della menomazione e non può superare l'importo massimo del guadagno annuo assicurato al momento dell'infortunio.

Le rendite per superstiti

Se una persona assicurata decede in seguito ad un infortunio, il coniuge superstite (a determinate condizioni) e i figli hanno diritto a rendite per superstiti. Se la vittima dell'infortunio era tenuta a versare una pensione alimentare al coniuge divorziato, questo è parificato alla vedova o al vedovo.

La rendita per i superstiti, espressa in percentuale del guadagno assicurato, ammonta al 40 % per le vedove e i vedovi, al 15 % per gli orfani di padre o di madre e al 25 % per gli orfani di padre e di madre, ma complessivamente al 70 % al massimo per l'insieme dei superstiti. La rendita per superstiti versata al coniuge divorziato ammonta al 20 % del guadagno assicurato, ma al massimo all'importo della pensione alimentare.

Ai superstiti che hanno diritto a una rendita AVS o AI, l'assicurazione contro gli infortuni accorda una rendita complementare (cfr. "La rendita d'invalidità"). In casi particolari, alla vedova o alla moglie divorziata è versata un'indennità unica in sostituzione della rendita.

Il diritto alla rendita del coniuge superstite si estingue in caso di nuove nozze, di decesso dell'avente diritto o di riscatto della rendita. Il diritto dei figli si estingue per principio al compimento del 18° anno d'età. Se a quel momento, il figlio sta svolgendo un apprendistato o degli studi, il diritto si protrae fino alla conclusione dell'apprendistato o degli studi (ma al più tardi fino a 25 anni).

Per tutta la sua durata, l'unione domestica registrata è equiparata al matrimonio. Il partner registrato superstite è equiparato a un vedovo. Lo scioglimento giudiziale dell'unione domestica registrata è equiparato al divorzio.

L'assegno per grandi invalidi

Gli assicurati con un'invalidità particolarmente grave devono non soltanto ricevere le cure mediche necessarie ed un'indennità per la perdita di guadagno subita, ma anche beneficiare dei mezzi finanziari resi indispensabili dalla grande invalidità. Questa indennità è accordata soltanto in casi eccezionali. Il diritto all'assegno e il suo importo dipendono dall'esistenza di una grande invalidità e dalla sua gravità (lieve, media, elevata).

È considerato grande invalido colui che, a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per le attività quotidiane.

L'assegno mensile ammonta a due volte l'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato se la grande invalidità è di grado lieve, a quattro volte se è di grado medio ed a sei volte se è di grado elevato.

Come possono gli assicurati far valere il diritto alle prestazioni?

Comunicando l'infortunio al datore di lavoro o all'assicuratore infortuni.

Infortuni occorsi in Svizzera

In caso di infortunio in Svizzera, gli assicurati o i loro familiari devono informarne subito il datore di lavoro o l'assicuratore-infortuni competente. Al datore di lavoro va immediatamente comunicato anche qualsiasi decesso.

Infortuni occorsi all'estero

In caso di infortunio all'estero, gli assicurati o i loro familiari devono informare immediatamente il datore di lavoro o l'assicuratore-infortuni competente. Al datore di lavoro va immediatamente comunicato anche qualsiasi decesso.

Le spese delle cure mediche necessarie prestate all'estero sono prese a carico dall'assicurazione contro gli infortuni fino a concorrenza del doppio dell'importo che sarebbe stato versato se le cure fossero state prestate in Svizzera. Per principio, le persone assicurate in Svizzera che soggiornano temporaneamente all'estero, provvedono in un primo tempo personalmente a pagare le spese e successivamente ne chiedono il rimborso. I costi delle prestazioni fornite all'estero sono stabiliti dalla legislazione dello Stato di soggiorno.

La convenzione con il Regno Unito prevede delle disposizioni particolari concernenti l'assicurazione contro gli infortuni.

Infortuni occorsi in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ Se la persona vittima di un infortunio ha la cittadinanza svizzera o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS deve contattare immediatamente l'istituzione di sicurezza sociale competente dello Stato in questione. Questa copre provvisoriamente le spese di cura e successivamente le fattura all'assicuratore-infortuni svizzero competente. Nei casi di poco conto, l'assicuratore-infortuni può chiedere alla persona assicurata di assumere provvisoriamente le spese di cura, che le saranno rimborsate dopo il rientro in Svizzera.

Infortunati occorsi in Bosnia ed Erzegovina, in Macedonia del Nord, a San Marino o in Turchia

- ▶ Le persone assicurate in Svizzera che subiscono un infortunio sul lavoro o sono colpite da una malattia professionale in Bosnia ed Erzegovina, in Macedonia del Nord, a San Marino o in Turchia hanno diritto al rimborso di tutte le cure necessarie. Esse possono chiedere all'istituzione del luogo di soggiorno di coprire provvisoriamente le relative spese. Quest'ultima le fatturerà successivamente all'assicuratore-infotuni svizzero competente.

Cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS assicurati in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS che soggiornano in Svizzera

- ▶ In caso di infortunio professionale, l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (www.suva.ch) copre provvisoriamente le spese di cura e successivamente le fatture all'assicuratore-infotuni estero competente.
- ▶ In caso di infortunio non professionale, su presentazione della tessera europea di assicurazione malattia o di un certificato sostitutivo provvisorio, le persone infortunate beneficiano delle prestazioni del sistema di assicurazione malattie svizzero come se fossero assicurate in Svizzera. Le spese per le cure ambulatoriali prestate da un medico o un ospedale devono essere pagate direttamente al fornitore di prestazioni. Il rimborso delle spese deve essere chiesto all'Istituzione comune LAMal (www.kvg.org).

Dove si possono ottenere informazioni sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF?

Presso gli assicuratori-infotuni.

Gli assicurati possono chiedere informazioni sull'assicurazione contro gli infortuni direttamente ai loro assicuratori-infotuni. L'elenco di questi ultimi può essere scaricato dal sito Internet dell'UFSP (www.bag.admin.ch).

Per far valere il proprio diritto alle prestazioni accordate nel quadro dell'assistenza reciproca internazionale, le persone assicurate contro gli infortuni in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS che soggiornano in Svizzera possono rivolgersi all'Istituzione comune LAMal (www.kvg.org) o all'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (www.suva.ch).

L'assicurazione contro la disoccupazione (AD)



In generale

Cos'è l'assicurazione contro la disoccupazione?

Un'assicurazione che offre una copertura assicurativa in caso di perdita del posto di lavoro.

L'AD fornisce prestazioni in caso di disoccupazione, sospensione del lavoro dovuta a intemperie, lavoro ridotto e insolvenza del datore di lavoro. L'assicurazione finanzia inoltre provvedimenti di reintegrazione.

Chi è assicurato all'AD?

Tutti i salariati assoggettati all'AVS.

I salariati che lavorano in Svizzera sono tenuti ad assicurarsi. Talune categorie di persone sono esentate dal versamento dei contributi e dall'affiliazione. I lavoratori indipendenti non sono affiliati all'AD.

Contributi

Chi paga i contributi AD?

I salariati e i datori di lavoro in parti uguali.

I contributi sono pagati per metà dal salariato e per metà dal datore di lavoro, che versano ciascuno 2,2 % della parte del reddito assicurato che non supera i 148 200 franchi. Sulla parte superiore a 148 200 franchi non è dovuto alcun contributo.

Qual è il reddito determinante?

Il reddito soggetto all'obbligo contributivo AVS.

I contributi AD sono calcolati in base al salario determinante soggetto all'obbligo contributivo AVS. Il guadagno massimo assicurato è di 12 350 franchi al mese, ossia 148 200 franchi all'anno. Se i redditi determinanti superano questi limiti, i contributi AD sono calcolati sulla base del guadagno massimo assicurato. I redditi provenienti da un'attività che non superano i 2 300 franchi all'anno (redditi di poco conto) sono soggetti a contribuzione soltanto su richiesta dell'assicurato. Tuttavia, nel caso delle persone impiegate nelle economie domestiche private, i contributi dovuti sul salario determinante devono sempre essere versati (i redditi fino a 750 franchi realizzati dagli studenti fino a 25 anni sono esenti dall'obbligo di contribuzione all'AVS). Ciò vale anche per le persone remunerate da produttori di danza e di teatro, dalle orchestre, da produttori nell'ambito fonografico e audiovisivo, dalle radio, dalle televisioni e dalle scuole del settore artistico.

Prestazioni

Cosa copre l'AD?

La perdita di guadagno in caso di perdita del posto di lavoro.

L'indennità di disoccupazione ammonta al 70 % del guadagno assicurato ed è versata sotto forma di indennità giornaliera. Chi ha un obbligo di mantenimento nei confronti di figli di età inferiore ai 25 anni o riceve un'indennità giornaliera inferiore a 140 franchi o riscuote una rendita corrispondente a un grado d'invalidità di almeno il 40 %, percepisce l'80 % del guadagno assicurato. L'importo massimo del guadagno assicurato mensile è pari a quello dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, ossia 12 350 franchi. Il numero di indennità giornaliere può variare in funzione di diversi parametri (periodo di contribuzione, età ed eventuale grado d'invalidità).

L'AD fornisce le seguenti prestazioni:

- ▶ l'indennità per lavoro ridotto
- ▶ l'indennità per intemperie
- ▶ l'indennità per insolvenza del datore di lavoro

Chi ha diritto all'indennità di disoccupazione?

Chi è disoccupato ed ha esercitato un'attività soggetta all'obbligo contributivo per almeno 12 mesi durante un determinato termine quadro.

Ha diritto all'indennità di disoccupazione ogni persona disoccupata che ha esercitato un'attività soggetta all'obbligo contributivo per almeno 12 mesi durante il termine di due anni precedente l'iscrizione presso l'assicurazione contro la disoccupazione. L'assicurato deve inoltre aver subito una perdita di lavoro computabile, essere idoneo al collocamento ed osservare le prescrizioni sul controllo.

Disposizioni particolari per i cittadini svizzeri o di uno Stato dell'UE risp. dell'AELS

In generale

A una persona che perde il lavoro in Svizzera vengono conteggiati anche i periodi assicurativi compiuti in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS. L'importo dell'indennità è calcolato in base al reddito percepito in Svizzera.

Ricerca d'impiego all'estero (esportazione delle prestazioni)

Le persone disoccupate possono cercare un impiego in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS, continuando a beneficiare delle prestazioni svizzere, per un periodo di tre mesi al massimo. Prima della partenza devono essersi messe a disposizione dell'ufficio del lavoro in Svizzera per quattro settimane. Dopo la partenza, devono mettersi a disposizione dell'ufficio del lavoro dello Stato di accoglienza e osservarne le prescrizioni di controllo. In caso contrario l'assicurazione svizzera non versa alcuna indennità all'estero.

Frontalieri che lavorano in Svizzera

Di regola, i frontalieri completamente disoccupati ricevono l'indennità di disoccupazione dallo Stato in cui risiedono. In caso di riduzione dell'orario di lavoro e di sospensione del lavoro per intemperie, invece, ricevono le prestazioni dell'assicurazione svizzera.

Dove si possono ottenere informazioni sull'AD?

Presso i competenti organi d'esecuzione.

Per ulteriori informazioni le casse di disoccupazione, gli uffici cantonali competenti e gli uffici regionali di collocamento (URC) sono a disposizione del pubblico (*www.lavoro.swiss*).

Prestazioni transitorie per i disoccupati anziani (PTD)

Cosa sono le prestazioni transitorie?

Le prestazioni transitorie sono concesse alle persone di età pari o superiore ai 60 anni che hanno esaurito il diritto all'indennità dell'assicurazione contro la disoccupazione.

Le prestazioni transitorie devono garantire la copertura del fabbisogno vitale fino al momento in cui è possibile percepire una rendita di vecchiaia. Si tratta di prestazioni in funzione del bisogno, che vengono calcolate analogamente alle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS) o all'assicurazione invalidità (AI).

Il diritto a queste prestazioni è legato a una serie di condizioni. Tra l'altro, i disoccupati che hanno esaurito il diritto all'indennità devono essere stati assicurati all'AVS svizzera per almeno 20 anni e avere un patrimonio limitato.

Dove va presentata la richiesta di prestazioni transitorie?

Le persone domiciliate in Svizzera possono esercitare il proprio diritto alle prestazioni transitorie con una richiesta all'organo esecutivo competente del luogo di domicilio.

Per le persone domiciliate in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS è competente l'organo esecutivo dell'ultimo luogo di domicilio in Svizzera. Per le persone che non sono mai state domiciliate in Svizzera è competente l'organo esecutivo del luogo della sede dell'ultimo datore di lavoro.

L'indirizzo dell'organo esecutivo competente si può trovare nell'opuscolo 5.03 - *Prestazioni transitorie per i disoccupati anziani*.

Ulteriori informazioni

Ulteriori informazioni sono contenute nell'opuscolo 5.03 - *Prestazioni transitorie per i disoccupati anziani*.

Gli assegni familiari (AFam)



In generale

Cosa sono gli assegni familiari?

Prestazioni che compensano parzialmente i costi cagionati dai figli.

Insieme alle deduzioni fiscali, gli assegni familiari sono la principale misura di compensazione degli oneri familiari. Gli assegni familiari sono un'assicurazione sociale. Diversamente dalle prestazioni delle altre assicurazioni sociali, però, non costituiscono una sostituzione del reddito, bensì un suo complemento.

Contributi

Chi finanzia gli assegni familiari?

I datori di lavoro e i lavoratori indipendenti.

Gli assegni familiari per i salariati sono finanziati quasi esclusivamente dai datori di lavoro sotto forma di contributi stabiliti in percentuale del salario. I dipendenti dei datori di lavoro che non sono soggetti all'obbligo contributivo in Svizzera devono versare personalmente i contributi. Anche gli indipendenti in Svizzera sono soggetti all'obbligo di pagare i contributi e hanno diritto agli assegni familiari.

Per le persone senza attività lucrativa, la legge federale sugli assegni familiari e sugli aiuti finanziari a organizzazioni familiari (LAFam) non prevede alcun obbligo contributivo. A certe condizioni, i Cantoni possono però introdurlo, come hanno fatto i Cantoni Appenzello Esterno, Glarona, San Gallo, Soletta, Ticino e Turgovia.

Gli assegni familiari versati ai lavoratori agricoli sono finanziati in parte dai datori di lavoro, che a tale scopo versano alla cassa cantonale di compensazione il 2 % di tutti i salari corrisposti in contanti e in natura dalla loro azienda e soggetti all'obbligo contributivo AVS. L'importo restante e i costi per gli assegni familiari versati agli agricoltori sono coperti per due terzi dalla Confederazione e per un terzo dai Cantoni.

A quanto ammontano i contributi?

L'importo varia secondo la cassa di compensazione per assegni familiari.

L'aliquota contributiva varia a seconda del Cantone, del ramo economico e della cassa di compensazione per assegni familiari. Una tabella riassuntiva dei contributi da versare alle casse di compensazione per assegni familiari è disponibile sul sito Internet dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, www.ufas.admin.ch).

Prestazioni

Chi ha diritto agli assegni familiari?

I genitori finché i figli compiono, in principio, 16 o 25 anni (figli in formazione).

Hanno diritto agli assegni familiari i genitori che:

- ▶ lavorano come salariati o indipendenti
- ▶ lavorano come lavoratori agricoli o agricoltori indipendenti
- ▶ non esercitano alcuna attività lucrativa e conseguono un reddito modesto.

Il diritto agli assegni è disciplinato dalla LAFam e dai regolamenti cantonali d'applicazione della LAFam oppure dalla legge federale sugli assegni familiari nell'agricoltura (LFA).

Gli assegni familiari comprendono l'assegno per i figli e l'assegno di formazione. L'assegno per i figli ammonta ad almeno 200 franchi al mese per ogni figlio, fino a quando questi compie il 16° anno di età o fino a quando insorge il diritto all'assegno di formazione. L'assegno di formazione ammonta ad almeno 250 franchi al mese per ogni figlio di età compresa tra i 15 e i 25 anni che segue una formazione postobbligatoria. Parecchi Cantoni hanno stabilito importi più elevati. Alcuni versano anche assegni di nascita e di adozione. Per maggiori informazioni si veda l'opuscolo informativo 6.08 - *Assegni familiari*.

Nel settore agricolo, l'assegno per i figli ammonta a 200 franchi al mese e l'assegno di formazione a 250 franchi al mese. Nelle regioni di montagna questi importi sono di 20 franchi superiori. Inoltre i lavoratori agricoli ricevono a certe condizioni un assegno per l'economia domestica di 100 franchi al mese. Per maggiori informazioni si veda l'opuscolo informativo 6.09 - *Assegni familiari nell'agricoltura*.

Assegni familiari per i figli residenti in uno Stato dell'UE risp. dell'AELS

- ▶ I cittadini dell'UE risp. dell'AELS che lavorano in Svizzera e i cui figli vivono in uno Stato membro dell'UE risp. dell'AELS hanno diritto agli assegni familiari come i genitori di figli che vivono in Svizzera. Se l'altro genitore lavora nello Stato in cui vive il figlio, sono versati in primo luogo gli assegni familiari dello Stato in questione. Se la prestazione svizzera è superiore a quella estera, viene versata la differenza.

Assegni familiari per gli altri figli residenti all'estero

- ▶ Questi figli danno diritto ad assegni familiari solo se la Svizzera ha concluso con lo Stato in cui risiedono un accordo che la obbliga a concederli. In tal caso gli assegni versati non sono adeguati al potere d'acquisto.

Consiglio pratico

- ▶ Chi intende far valere il diritto agli assegni familiari deve inoltrare la relativa domanda al proprio datore di lavoro, che la trasmetterà alla cassa di compensazione per assegni familiari competente.

Dove si possono ottenere informazioni sugli assegni familiari?

Presso le casse di compensazione cantonali.

Per ulteriori informazioni vogliate consultare gli opuscoli informativi disponibili presso le casse di compensazione. Gli indirizzi di tutte le casse di compensazione figurano su www.avs-ai.ch.

Una panoramica sui tipi e gli importi degli assegni familiari è disponibile sul sito Internet dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, www.ufas.admin.ch).

Indirizzi e siti Internet

Sicurezza sociale svizzera in generale (tranne AINF, AD e AMaI)

Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS)
Effingerstrasse 20
3003 Berna
www.ufas.admin.ch

Singoli rami della sicurezza sociale svizzera

AVS/AI/IPG/PC/PTD

Casse di compensazione e uffici AI
www.avs-ai.ch

PP

Organo di collegamento:

Fondo di garanzia LPP

Ufficio centrale del 2° pilastro

Organo di direzione

Casella postale 1023

3000 Berna 14

www.sfbvg.ch

Istituto collettore LPP e autorità di vigilanza LPP:

Opuscolo informativo 6.06 (www.avs-ai.ch)

AMal

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
3003 Berna
www.bag.admin.ch

Organo di collegamento:
Istituzione comune LAMal
Coordinamento internazionale dell'assicurazione malattie
Industriestrasse 78
4600 Olten
www.kvg.org

Elenco degli assicuratori-malattie autorizzati e dei premi:
www.bag.admin.ch

Uffici cantonali competenti per le domande
d'esonazione dall'obbligo assicurativo e uffici
cantonali competenti per la riduzione dei premi:
www.bag.admin.ch
Opuscolo informativo 6.07 (www.avv-ai.ch)

AINF

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
3003 Berna
www.bag.admin.ch

Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
INSAI (Suva)
Fluhmattstrasse 1
6004 Lucerna
www.suva.ch

AD

Segreteria di Stato dell'economia (SECO)
Direzione del lavoro
Mercato del lavoro e assicurazione contro la disoccupazione
Holzikofenweg 36
3003 Berna
www.seco.admin.ch

Informazioni generali sui problemi legati alla disoccupazione:
www.lavoro.swiss

Indirizzi degli uffici regionali di collocamento, delle casse
di disoccupazione e degli uffici cantonali competenti:
www.lavoro.swiss > *Istituzione / Media > Indirizzi*

In generale

Distribuzione delle pubblicazioni:
Ufficio federale delle costruzioni e della logistica (UFCL)
3003 Berna
www.bbl.admin.ch

Entrata/dimora:
Segreteria di Stato della migrazione SEM
Quellenweg 6
3003 Bern-Wabern
www.sem.admin.ch



Colophon

Testo: Centro d'informazione AVS/AI,
Ufficio federale delle assicurazioni sociali e
Segreteria di Stato dell'economia
Gennaio 2024

© Centro d'informazione AVS/AI