



Promemoria sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni ai sensi della LAINF

Edizione 2023

Basi legali

L'assicurazione si basa sulla Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e sulle relative ordinanze. Le seguenti informazioni sono un estratto della legge e delle ordinanze.

Persone assicurate

Tutti i lavoratori occupati in Svizzera, compresi quelli a domicilio, i praticanti e i volontari nonché tutti gli apprendisti sono assicurati d'obbligo. Anche i familiari del datore di lavoro collaboranti nell'impresa sono assicurati d'obbligo se percepiscono un salario in contanti e versano i contributi AVS.

Sulla base di un accordo speciale, se residenti in Svizzera, le persone esercitanti un'attività lucrativa indipendente e i loro familiari collaboranti nell'impresa, non assicurati d'obbligo possono assicurarsi a titolo facoltativo ai sensi della LAINF.

Infortuni assicurati

Le prestazioni assicurative sono concesse per gli infortuni professionali e non professionali. Gli occupati a tempo parziale il cui orario di lavoro settimanale presso un qualsiasi datore di lavoro non è pari o superiore a otto ore sono assicurati solo contro gli infortuni professionali. Per queste persone, sono considerati infortuni professionali anche gli infortuni occorsi sul tragitto per recarsi al lavoro o sulla via di ritorno.

Sono considerati infortuni professionali quelli occorsi:

- nell'eseguire lavori per ordine del datore di lavoro o nell'interesse di quest'ultimo;
- durante il tragitto per recarsi al lavoro o sulla via di ritorno, nei viaggi d'affari e nelle trasferte;
- in occasione di gite aziendali organizzate o finanziate dal datore di lavoro;
- durante la frequenza di scuole e corsi previsti dalla legge o dal contratto o consentiti dal datore di lavoro;
- durante le pause di lavoro.

Tutti gli infortuni occorsi durante il tempo libero sono considerati **infortuni non professionali**.

Sono **malattie professionali** quelle causate esclusivamente o prevalentemente da sostanze nocive o da determinati lavori nell'esercizio dell'attività professionale.

Campo d'applicazione territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Prestazioni assicurative (prestazioni assistenziali e rimborsi spese)

Cura medica

Vengono sostenute le spese legate:

- alla cura ambulatoriale da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico e del chiropratico;

- ai medicinali e alle analisi ordinati dal medico o dal dentista;
- alla cura, al vitto e alloggio in sala comune ospedaliera;
- alle cure complementari e a quelle balneari prescritte dal medico;
- ai mezzi ed agli apparecchi occorrenti per la guarigione.

Cura medica all'estero

Per la cura medica necessaria all'estero, alla persona assicurata viene rimborsato al massimo il doppio dei costi che avrebbe dovuto sostenere per le cure mediche in Svizzera. I costi in Svizzera sono sempre confrontati con quelli dell'ospedale nazionale più costoso in termini di tariffe.

Assistenza e cura a domicilio

Vengono versati dei contributi per l'assistenza domiciliare necessaria, a condizione che sia effettuata da personale o organizzazioni di assistenza domiciliare autorizzati.

Mezzi ausiliari

La persona assicurata ha diritto ai mezzi ausiliari atti a compensare un pregiudizio fisico o funzionale (ad es. protesi).

Danni materiali

Vengono risarciti i danni causati da infortunio agli oggetti che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione (ad es. protesi). Le spese di sostituzione di occhiali, apparecchi acustici e protesi dentarie sono prese a carico solo se il pregiudizio fisico abbisogna di cure.

Spese di viaggio, di trasporto, di salvataggio e di ricupero

Sono rimborsate le spese necessarie di salvataggio e di ricupero e quelle di viaggio e di trasporto necessarie dal profilo medico. Sono assicurate anche le operazioni di ricerca. Le spese di salvataggio, di ricupero, di viaggio e di trasporto sostenute all'estero vengono rimborsate fino al 20% dell'importo massimo del guadagno annuo assicurato.

Trasporto di salme

Sono rimborsate le spese necessarie per il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura. Le spese sostenute all'estero vengono rimborsate fino al 20% dell'importo massimo del guadagno annuo assicurato.

Spese funerarie

Le spese di sepoltura sono rimborsate fino ad un importo pari a sette volte il guadagno giornaliero massimo assicurato.

Prestazioni in contanti

Indennità giornaliera

L'importo dell'indennità giornaliera è determinato dal grado di incapacità lavorativa. Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello dell'infortunio. In caso d'incapacità lavorativa totale, l'indennità giornaliera è pari all'80% del guadagno assicurato ed è ridotta in proporzione in caso di incapacità lavorativa parziale.

L'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni non è concessa finché sussiste il diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità, dell'assicurazione militare o dell'assicurazione di maternità.

Durante il soggiorno in una casa di cura, dall'indennità giornaliera si detrae quanto segue per le spese di mantenimento:

- 20% dell'indennità giornaliera, ma al massimo CHF 20.00 per le persone sole senza obblighi di mantenimento o di assistenza;
- 10% dell'indennità giornaliera, ma al massimo CHF 10.00 per le persone sposate e le persone sole tenute al mantenimento o all'assistenza, a meno che non si applichi il punto seguente;
- non è prevista alcuna detrazione per le persone sposate o nubili che devono occuparsi di figli minori o di figli che stanno studiando.

Rendita d'invalidità

In caso di invalidità totale, l'ammontare della rendita è pari all' 80%; esso viene ridotto in proporzione in caso di invalidità parziale.

Se la persona assicurata ha diritto a una rendita dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF), questa viene versata come rendita complementare. La rendita AI o AVS è integrata dalla rendita complementare fino al 90% del guadagno assicurato.

Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita cambia in modo significativo, la rendita per il futuro viene aumentata, ridotta o annullata in proporzione.

Indennità per menomazione dell'integrità

La persona assicurata ha diritto a un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica.

L'indennità per menomazione dell'integrità è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità della menomazione.

Assegno per grandi invalidi

Se, a causa dell'invalidità, la persona assicurata necessita permanentemente dell'assistenza di terzi o della supervisione personale per le attività della vita quotidiana, ha diritto all'assegno per grandi invalidi. L'assegno è fissato secondo il grado della grande invalidità. Il suo ammontare mensile è pari almeno al doppio e al massimo al sestuplo dell'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato.

Rendita per i superstiti

Se la persona assicurata muore in seguito a un infortunio, il coniuge e i figli superstiti hanno diritto alla rendita per i superstiti o a una indennità unica nell'ambito delle disposizioni di legge, che è scalata come segue:

- 40% per le vedove ed i vedovi,
- 15% per gli orfani di padre o di madre,
- 25% per gli orfani di padre e di madre,
- 70% al massimo e complessivamente in caso di più superstiti,
- 90% al massimo del guadagno assicurato insieme alle rendite AVS/AI (rendite complementari).

Guadagno assicurato

Importo massimo

Le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base al guadagno assicurato. Questo vale fino a CHF 148 200.00 per persona e anno o CHF 406 per persona e giorno (dal 01.01.2016).

Adeguamento delle rendite al rincaro

Di norma, le rendite vengono adeguate al rincaro ogni due anni in base all'indice nazionale dei prezzi al consumo.

Riduzione e rifiuto di prestazioni assicurative

Concorso di diverse cause

Le rendite d'invalidità, le indennità per menomazione all'integrità e le rendite per i superstiti sono adeguatamente ridotte se il danno alla salute o la morte è solo in parte imputabile all'infortunio.

Infortunio per propria colpa

- Se la persona assicurata ha provocato intenzionalmente il danno alla salute o la morte, non vi è diritto alle prestazioni assicurative, ad eccezione delle spese funerarie.
- Se la persona assicurata ha causato l'infortunio per negligenza grave, le indennità giornaliere accordate nel quadro dell'assicurazione contro gli infortuni non professionali sono ridotte durante i primi due anni successivi all'infortunio. La riduzione non può tuttavia superare la metà dell'importo delle prestazioni se la persona assicurata, all'epoca dell'infortunio, deve provvedere al sostentamento di congiunti che, alla sua morte, avrebbero diritto a rendite per superstiti.
- Le prestazioni in contanti possono essere ridotte, o rifiutate in casi particolarmente gravi, se la persona assicurata ha provocato l'infortunio commettendo senza dolo un crimine o un delitto. Esse sono ridotte al massimo della metà se la persona assicurata, all'epoca dell'infortunio, deve provvedere al sostentamento di congiunti aventi diritto, alla sua morte, a rendite per superstiti. Se la persona assicurata muore dei postumi dell'infortunio, anche le prestazioni in contanti per i superstiti possono essere ridotte al massimo della metà.
- Se un superstite ha causato intenzionalmente il decesso della persona assicurata, non ha diritto alle prestazioni in contanti.
- Se un superstite ha causato il decesso della persona assicurata per negligenza grave, le prestazioni in contanti a lui spettanti vengono ridotte; in casi particolarmente gravi, possono essere rifiutate.

Pericoli straordinari

Qualsiasi prestazione assicurativa è rifiutata in caso d'infortuni non professionali occorsi durante il servizio militare all'estero e la partecipazione ad atti di guerra, di terrorismo o di banditismo.

Le prestazioni in contanti sono ridotte di almeno la metà in caso d'infortuni non professionali che si verificano per:

- coinvolgimento in risse e baruffe, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai litiganti pur non prendendovi parte oppure soccorrendo una persona indifesa;

- pericoli cui la persona assicurata si espone provocando altrui violentemente;
- partecipazione a disordini.

Atti temerari

Nel caso di infortuni non professionali dovuti a un atto temerario, le prestazioni in contanti sono ridotte della metà e, in casi particolarmente gravi, rifiutate. Gli atti temerari sono azioni con cui la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grande senza prendere o poter prendere precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli.

Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare temerari.

Durata dell'assicurazione

Inizio della copertura assicurativa

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.

Fine della copertura assicurativa

L'assicurazione termina per l'occupato allo spirare del 31° giorno susseguente a quello in cui cessa il diritto almeno al semisalario. Sono considerati salario anche le indennità giornaliere dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (MV), l'assicurazione per l'invalidità (AI) e quella delle casse malattia e le assicurazioni private contro le malattie e gli infortuni che sostituiscono il pagamento continuato del salario, le indennità previste dalla LIPG e le indennità dell'assicurazione maternità cantonale.

Assicurazione convenzionale

Sulla base di un accordo speciale, l'assicurazione per gli infortuni non professionali può essere protratta per un periodo massimo di sei mesi. L'accordo deve essere stipulato al più tardi il 31° giorno della copertura prolungata.

Procedura in caso di infortunio

Notifica dell'infortunio

La persona infortunata o i suoi familiari devono notificare tempestivamente l'infortunio al datore di lavoro o all'assicuratore. Il datore di lavoro deve notificare tempestivamente all'Assicurazione dei mestieri l'infortunio non appena ne viene a conoscenza.

Conséquences de la déclaration tardive de l'accident

Il ritardo ingiustificato nella notifica dell'infortunio da parte dell'assicurato, o dei suoi superstiti, può determinare la privazione della metà al massimo delle prestazioni in contanti per il periodo precedente la notifica stessa, ove risultino considerevoli complicazioni per l'assicuratore.

L'assicuratore può dimezzare qualsiasi prestazione se, per ingiustificato ritardo dell'assicurato o dei suoi superstiti, l'infortunio o il decesso non gli è stato notificato entro tre mesi; egli può rifiutarla se, intenzionalmente, gli è stata fatta una notifica falsa.

Il datore di lavoro può essere reso responsabile dall'assicuratore delle conseguenze pecuniarie inerenti all'ingiustificata inosservanza del suo obbligo di notifica.

Visita medica

La persona assicurata deve sottoporsi alla visita medica ordinata dall'Assicurazione dei mestieri a spese di quest'ultima.

Premi

Obbligo di pagare i premi

Il datore di lavoro si assume i premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e le malattie professionali.

I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali sono a carico del lavoratore. Sono riservati patti contrari in favore del lavoratore.

Il datore di lavoro è debitore della totalità dei premi. Egli deduce dal salario la quota parte dovuta dal lavoratore.

Scadenza, termine di pagamento

Il premio è determinato per anno assicurativo e deve essere pagato in anticipo rispetto alla data indicata nella polizza. Il termine di pagamento dei premi è un mese dopo la data di scadenza. Se il termine di pagamento non viene rispettato, il datore di lavoro dovrà pagare un interesse di mora dello 0,5% al mese dopo la scadenza del termine.

Conteggio del premio

All'inizio dell'anno assicurativo deve essere versato il premio provvisorio determinato nella polizza. Il premio finale viene calcolato alla fine dell'anno assicurativo sulla base delle informazioni fornite dal contraente.

I premi sono calcolati in base al salario soggetto ai contributi AVS, purché non superi l'importo massimo del guadagno assicurato. Ulteriori dettagli sono riportati nel formulario di dichiarazione dei salari.

Se è stato concordato un premio forfettario, il calcolo non è necessario. In questi casi, il/la contraente è comunque obbligato/a a tenere i registri salariali.

L'Assicurazione dei mestieri ha il diritto di verificare le informazioni fornite dal contraente prendendo visione di tutti i documenti pertinenti (buste paga, estratti conto AVS, ecc.).

Prevenzione degli infortuni

Disposizioni di legge

La legge prevede norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali.

Obblighi dei datori di lavoro e dei lavoratori

Il datore di lavoro, con la partecipazione dei lavoratori, adotta misure adeguate alle circostanze. In particolare, i lavoratori sono obbligati a utilizzare gli equipaggiamenti personali di protezione e di utilizzare i dispositivi di sicurezza esistenti.

Per motivi di maggiore leggibilità, si utilizza la forma maschile per i nomi personali e i sostantivi personali. I termini corrispondenti si applicano in linea di principio a tutti i sessi per garantire la parità di trattamento. La forma abbreviata del linguaggio ha solo finalità editoriali e non implica alcuna valorizzazione.