

# ASSICURAZIONI SOCIALI E MICI



**CROHN COLITE  
SVIZZERA**

Associazione svizzera malattia  
di Crohn/Colite ulcerosa

**focus**

Piccola guida per i pazienti



## COLOPHON

Opuscolo di Crohn Colite Svizzera,  
Associazione svizzera malattia  
di Crohn/Colite ulcerosa

**Tiratura:** 1000 copie

**Editore:**

Crohn Colite Svizzera  
Associazione svizzera malattia  
di Crohn/Colite ulcerosa  
5000 Aarau

Tel./Fax: 0800 79 00 79

E-mail: [welcome@crohn-colitis.ch](mailto:welcome@crohn-colitis.ch)

Conto postale: 50-394-6

**Consulenza medica specializzata:**

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
Centro di gastroenterologia e epatologia  
Zurigo-Altstetten

**Direzione progetto e redazione:**

Centerview GmbH  
Dr. Nadine Zahnd-Straumann  
[info@centerview.ch](mailto:info@centerview.ch)

**Grafica e realizzazione:**

Gutenberg Druck AG, Lachen  
[www.gutenberg-druck.ch](http://www.gutenberg-druck.ch)

**Fonti:**

Archivio, Crohn Colite Svizzera  
Lega svizzera contro il cancro / Lega polmonare svizzera  
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)  
Centro di informazione AVS/AI ([www.ahv-iv.ch](http://www.ahv-iv.ch))

**Traduzione:**

Cinzia Pasquini

**Ultimo aggiornamento:**

I° edizione, ottobre 2023

## IBDnet

In collaborazione con IBDnet  
[www.ibdnet.ch](http://www.ibdnet.ch)

## INDICE

- 3 Premessa
- 4 Assicurazioni sociali:  
panoramica generale
- 8 Visite mediche e trattamenti
- 12 Inabilità lavorativa e perdita  
di guadagno
- 18 Invalidità
- 20 Bisogno di assistenza  
e di aiuto
- 21 Associati adesso
- 22 Per chi non è più in grado di  
decidere da solo

La ristampa e la riproduzione, anche parziali, sono consentite solo previa autorizzazione della Direzione di Crohn Colite Svizzera. Le immagini utilizzate in questo opuscolo non sono necessariamente correlate al testo.

# PREMESSA



**Prof. Dr. med.  
Stephan Vavricka**

Centro di gastro-  
enterologia e  
epatologia,  
Zurigo-Altstetten

## **Cari pazienti**

Non esistono cure per le malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la colite ulcerosa che sono destinate ad accompagnarvi per tutta la vita. Nella maggior parte dei casi la diagnosi vi coglie alla sprovvista. Anche il decorso delle MICI varia molto da persona a persona ed è difficilmente prevedibile.

Le MICI possono avere ripercussioni su tutti gli ambiti della vita quotidiana e compromettere non solo la sfera sociale e familiare, ma spesso richiedono, durante le fasi di attività della malattia, di adattare o interrompere del tutto l'impegno lavorativo. A ciò si aggiungono le spese mediche, ospedaliere oltre a quelle per i farmaci e le terapie.

In Svizzera disponiamo di un sistema ben strutturato di assicurazioni sociali. Con questo opuscolo desideriamo fornirvi una panoramica di questo sistema talvolta complesso con l'obiettivo di spiegare come richiedere le prestazioni, evitare lacune nelle prestazioni e non rischiare di cadere in difficoltà finanziarie.

L'opuscolo non intende in alcun modo sostituirsi al dialogo con il medico o un esperto in assicurazioni sociali.

Un caro saluto

**Prof. Dr. med. Stephan Vavricka**

Centro di gastroenterologia e epatologia, Zurigo-Altstetten

# ASSICURAZIONI SOCIALI: PANORAMICA GENERALE

Le assicurazioni sociali sono state create per mitigare le difficoltà finanziarie che possono emergere, per esempio, in caso di malattia, invalidità, disoccupazione o età. La legge disciplina i requisiti necessari che danno diritto a ricevere tali prestazioni in una situazione di rischio di questo tipo. La legge determina, inoltre, l'entità delle prestazioni e il coordinamento fra le assicurazioni sociali.

## Assicurazione malattie obbligatoria (LAMal)

### Assicurazione di base

L'assicurazione di base è obbligatoria dal 1996 per tutte le persone domiciliate in Svizzera in conformità alla Legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Tutti coloro che sono sottoposti all'assicurazione obbligatoria possono scegliere liberamente fra gli assicuratori autorizzati (casche malati). Le casche malati devono includere incondizionatamente nell'assicurazione di base tutte le persone sottoposte all'assicurazione obbligatoria nel luogo di svolgimento della loro attività assicurativa. L'UFSP mette a disposizione ogni anno un calcolatore dei premi per ogni cantone su [www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch).

### Quali sono i costi a mio carico?

L'assicurazione di base copre le spese del trattamento medico in caso di malattia. Ogni soggetto versa il proprio premio. Una parte dei costi medici sostenuti è a carico degli assicurati. La partecipazione ai costi si compone di franchigia, l'aliquota percentuale e un contributo alle spese di ricovero ospedaliero.

- **Franchigia:** a scelta, minimo CHF 300.– all'anno (solo per maggiorenni).
- **Aliquota percentuale:** 10% dei costi del trattamento che superano la franchigia e comunque al massimo CHF 700.– all'anno per gli adulti e CHF 350.– all'anno per bambini e adolescenti. L'aliquota

percentuale sale al 20% se l'assicurato sceglie un farmaco originale anche se è stato registrato un generico corrispondente (preparato più economico con lo stesso principio attivo) che costa almeno il 20% di meno. Se il medico prescrive espressamente, per ragioni mediche, un farmaco originale, allora l'aliquota percentuale resta del 10%.

- **Per i ricoveri ospedalieri** sono conteggiati all'assicurato altri CHF 15.– al giorno per il vitto. Questo importo non si applica a bambini e adolescenti.

### Compensazione delle casse malati

#### Esempio di franchigia e aliquota percentuale

La signora Bischof riceve, a gennaio, una fattura della propria dottoressa di famiglia per un importo di CHF 200.– che salda immediatamente e la invia alla propria cassa malati per la compensazione. La signora Bischof è assicurata con una franchigia di CHF 300.–. A marzo riceve una fattura di CHF 1300.– per il trattamento medico presso l'oncologo.

		<b>Franchigia CHF 300.–</b>	<b>10% aliquota percentuale, max CHF 700.–/anno</b>	<b>Rimborso della cassa malati alla signora B.</b>
Fattura medico di famiglia, gennaio	CHF 200.–	CHF 200.– a carico della signora B.		CHF 0.00
Fattura oncologo, marzo	CHF 1300.–	CHF 100.– a carico della signora B.	10% di CHF 1200.– = CHF 120.– a carico della signora B.; i restanti CHF 1080.– sono assunti dalla cassa malati.	CHF 1080.–

## Assicurazioni complementari

Le casse malati offrono diverse assicurazioni complementari per quei trattamenti che non sono coperti dall'assicurazione di base (in conformità alla Legge sul contratto d'assicurazione, LCA). Le assicurazioni complementari servono a coprire i trattamenti nelle strutture ospedaliere private e semiprivate o della medicina complementare. Non devono essere necessariamente stipulate presso la stessa cassa malati dell'assicurazione di base. Conviene confrontare i prezzi.

### Limitazione

Diversamente dall'assicurazione di base, le assicurazioni complementari sono disciplinate dal diritto privato (LCA). Di conseguenza, le casse malati possono stabilire autonomamente l'offerta di servizi e le condizioni di accettazione. Chi è già malato, di norma, non può sottoscrivere un'assicurazione complementare o, eventualmente, può farlo ma con riserva. Verificate le condizioni delle diverse casse malati.

## Quali prestazioni sono coperte da quale assicurazione sociale?

Rischio	Ramo assicurazione sociale (base giuridica)	Prestazione	Condizioni
<b>Malattia, infortunio</b>	Assicurazione malattie* (LAMal)	Trattamento medico, assistenza, farmaci, ausili e attrezzature	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base)
	Assicurazione infortuni (LAINF)	Trattamento medico, assistenza, farmaci, ausili, attrezzature	Malattie professionali, infortuni professionali e non professionali
	Assicurazione per l'invalidità (AI)	Trattamento medico di infermità congenita	Fino al compimento del 20esimo anno di età
	Assicurazione per l'invalidità (AI)	Ausili	Prima del conseguimento della rendita AVS
	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS)	Ausili	Al conseguimento della rendita AVS
	Prestazioni complementari (LPC)	Spese per malattia	Beneficiari bisognosi di una rendita AVS e titolari di una rendita
<b>Perdita di guadagno</b>	Assicurazione malattie (LAMal e LCA**)	Indennità giornaliera	Assicurazione volontaria
	Assicurazione infortuni (LAINF)	Indennità giornaliera per infortuni	Malattie professionali, infortuni professionali e non professionali
<b>Invalidità</b>	Assicurazione per l'invalidità (AI)	Rendita d'invalidità, rendita per i figli	Per assicurati AVS/AI
	Previdenza professionale (LPP)	Rendita d'invalidità, rendita per i figli	Per assicurati LPP

\* Molti assicuratori propongono assicurazioni complementari disciplinate dal diritto privato per quelle prestazioni che non sono coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria («assicurazione di base»).

\*\* Per la maggior parte degli assicuratori di indennità giornaliera in caso di malattia è determinante la LCA e non la LAMal.

Rischio	Ramo assicurazione sociale (base giuridica)	Prestazione	Condizioni
<b>Invalidità</b>	Prestazioni complementari (LPC)	Prestazione complementare, spese d'invalidità	Beneficiari bisognosi di una rendita AI
	Assicurazione infortuni (LAINF)	Rendita d'invalidità	Con rendita d'invalidità in seguito a infortunio
<b>Grande invalidità</b>	Assicurazione per l'invalidità (AI)	Assegno per grandi invalidi	Grande invalidità da almeno 1 anno
	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS)	Assegno per grandi invalidi	Grande invalidità da almeno 1 anno
<b>Morte</b>	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS)	Rendita vedovile e per orfani	Assicurazione obbligatoria
	Previdenza professionale (LPP)	Rendita vedovile e per orfani	Per assicurati LPP
	Prestazioni complementari (LPC)	Prestazione complementare	Integrazione alla rendita AVS o AI
<b>Età</b>	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS)	Rendita di vecchiaia	Assicurazione obbligatoria
	Previdenza professionale (LPP)	Rendita di vecchiaia	Assicurazione obbligatoria per lavoratori con salario annuo minimo di CHF 21 150.–. Volontaria per tutti gli altri
	Prestazioni complementari (LPC)	Prestazione complementare	Per beneficiari bisognosi di AVS

# VISITE MEDICHE E TRATTAMENTI

## Prestazioni per la diagnosi precoce e la prevenzione

Al fine di prevenire e diagnosticare precocemente le malattie, ai sensi della LAMal, le casse malati si assumono i costi degli accertamenti medici eseguiti, delle consulenze e vaccinazioni anche in assenza di sospetto della malattia.

Fra queste ricordiamo:

- vaccinazioni secondo le raccomandazioni del Calendario vaccinale svizzero e di certe vaccinazioni supplementari (informazioni dettagliate su [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch))
- screening per il cancro del colon-retto in donne e uomini di età compresa tra 50 e 69 anni
- controlli ginecologici
- mammografia
- visite di controllo sullo sviluppo infantile

## Visite mediche

L'assicurazione malattie obbligatoria copre i costi delle prestazioni mediche che servono a diagnosticare o trattare una malattia a condizione che queste soddisfino i cosiddetti criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (rapporto tra costi e benefici). Prima di un esame o di un trattamento, il medico curante deve informare il paziente se la prestazione in questione è coperta o meno.

Gli esami endoscopici per diagnosticare le MICI o per monitorarne l'evoluzione sono coperti dall'assicurazione di base se soddisfano i criteri sopra menzionati.

## Farmaci a carico della cassa malati

Terapie e farmaci sono a carico della cassa malati soltanto se presenti sull'elenco delle specialità dell'Ufficio federale della sanità pubblica ([www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch) e [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)) per la malattia corrispondente. L'elenco delle specialità comprende farmaci della medicina tradizionale, della medicina complementare e generici.

Alcuni medicinali e terapie necessitano di una garanzia preventiva, da parte del medico, di assunzione dei costi. La terapia viene sottoposta a un controllo dell'efficacia, appropriatezza ed economicità prima di ricevere la garanzia di assunzione dei costi della cassa malati.

## Trattamento con ricovero ospedaliero

Gli assicurati possono, in linea di principio, scegliere liberamente l'ospedale dove farsi ricoverare. I cantoni e gli assicuratori malattia rimborsano il trattamento ospedaliero; gli assicurati devono contribuire alle spese del ricovero con un certo importo. La partecipazione ai costi di un ricovero ospedaliero è composta dalla franchigia scelta dall'assicurato, l'aliquota percentuale generale e un contributo giornaliero alle spese di degenza.

I costi aggiuntivi di un ricovero o trattamento presso un reparto privato o semiprivato sono a carico del paziente o sono coperti da un'eventuale assicurazione complementare.

## Assistenza domiciliare o case di degenza

Se, dopo un'operazione, la vostra malattia richiede l'assistenza domiciliare o in una casa di degenza, l'assicurazione malati obbligatoria partecipa ai costi delle prestazioni prescritte dal medico ed eroga a fronte di una necessità certificata di cure (per esempio fare punture, cambiare le fasciature, pulire e curare le ferite, misurare il polso e la pressione, consulenza nell'assunzione di farmaci e nell'uso di strumentazione medica, pedicure medica nelle persone diabetiche). Di norma, dovete contribuire con un determinato importo limitato ai costi dell'assistenza, i restanti costi non coperti sono a carico dei comuni/cantoni dove avete il domicilio. Per ulteriori informazioni rivolgetevi al vostro comune, all'organizzazione Spitex o alla casa di degenza.

I costi per gli aiuti domestici (per esempio cucinare, pulire, fare la spesa) o la permanenza vera e propria in una casa di degenza (cioè vitto e alloggio), invece, non sono coperti dall'assicurazione malati obbligatoria.

## **Riabilitazione**

Se la riabilitazione richiede un soggiorno in clinica, la cassa malati chiarirà se è presente una richiesta medica. Per tale chiarimento è decisivo il rapporto medico che deve spiegare e motivare in maniera convincente la necessità di una riabilitazione in ospedale. I costi della riabilitazione in ospedale sono presi in carico solo previo accordo con la cassa malati e sulla base di un'autorizzazione del medico di fiducia.

## **Trattamenti non medici**

I chiropratici possono compensare le proprie prestazioni tramite l'assicurazione di base della cassa malati senza prescrizione medica. I seguenti specialisti possono compensare le proprie prestazioni tramite l'assicurazione di base con prescrizione medica:

- nutrizionisti
- fisioterapisti
- infermiere
- ergoterapisti
- logopedisti

## Medicina complementare

Alcuni trattamenti di medicina complementare sono coperti dall'assicurazione malati obbligatoria se effettuati da un medico con adeguato perfezionamento.

Fra questi ricordiamo:

- agopuntura
- medicina antroposofica
- terapia farmacologica della medicina tradizionale cinese (MTC)
- omeopatia medica classica
- fitoterapia

## Trasporto malati e soccorso

Se, per recarvi a un trattamento, il vostro stato di salute non consente il trasporto con mezzi pubblici o privati, l'assicurazione di base obbligatoria copre la metà dei costi fino a un importo massimo annuo di CHF 500.–.

Se una persona deve essere salvata da una grave situazione di pericolo di vita e portata d'urgenza al più vicino centro medico, la metà dei costi è coperta dall'assicurazione di base obbligatoria fino a un importo massimo annuo di CHF 5000.–.

## Quali altre prestazioni sono coperte dall'assicurazione di base?

Le analisi di laboratorio, gli ausili e le attrezzature, per esempio gli articoli per la stomia, che servono per il trattamento delle MICI sono rimborsati dall'assicurazione di base, a condizione di essere inclusi nell'elenco corrispondente dell'Ufficio federale della sanità pubblica ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).

# INABILITÀ LAVORATIVA E PERDITA DI GUADAGNO

## Disdetta del rapporto di lavoro

### **Protezione dal licenziamento in caso di malattia**

Chi è inabile al lavoro a causa di malattia o infortunio senza colpa gode di una certa protezione dal licenziamento, a condizione che non si trovi nel periodo di prova. Allo scadere di un determinato periodo di divieto di disdetta, se permane l'inabilità al lavoro, il datore di lavoro può notificare la disdetta del rapporto di lavoro.

Il periodo di divieto di disdetta è:

- 1 anno di servizio: 30 giorni
- 2–5 anni di servizio: 90 giorni
- Dal 6° anno di servizio: 180 giorni

Se il datore di lavoro ha disdetto il rapporto di lavoro prima che la persona interessata sia diventata inabile al lavoro a causa di una malattia, il termine di disdetta viene prolungato per la durata del periodo di divieto di disdetta.

## **Continuazione del pagamento dello stipendio in caso di inabilità lavorativa**

In caso di sopraggiunta inabilità lavorativa, il vostro datore di lavoro è tenuto a continuare a pagare il salario. La durata del pagamento dello stipendio varia secondo la scala utilizzata: in Svizzera esistono tre scale (scala di Basilea, Berna e Zurigo). Per ulteriori informazioni consultare [www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch). Il contratto individuale o collettivo di lavoro, spesso, concorda periodi più lunghi oppure è prevista un'assicurazione di indennità giornaliera che garantisce le prestazioni.

## Assicurazione di indennità giornaliera

Se il vostro datore di lavoro dispone di un'assicurazione d'indennità giornaliera, questa garantisce le prestazioni fissate per legge nell'ambito del pagamento continuato del salario; di norma, le prestazioni dell'assicurazione d'indennità giornaliera sono versate anche per un periodo più lungo.

Determinante per le condizioni assicurative è se un'assicurazione d'indennità giornaliera è soggetta alle norme del diritto delle assicurazioni sociali o private. Allo stesso modo sono decisive le disposizioni giuridiche della Legge sulle assicurazioni malattie (LAMa) o della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA). I dettagli, come la durata del periodo in cui si percepisce l'indennità giornaliera, possono variare a seconda dell'assicurazione e sono disciplinati nel proprio contratto di assicurazione.

### Assicurazione indennità giornaliera collettiva e individuale

Le assicurazioni indennità giornaliera collettiva per tutti gli occupati di un'impresa sono molto diffuse. Se siete libero professionista o lavoratore indipendente dovete stipulare un'assicurazione indennità giornaliera individuale.

In tutte le assicurazioni d'indennità giornaliera sono ammesse riserve (rifiuto della prestazione) anche per le malattie che si sono verificate una volta e che possono manifestarsi di nuovo. Il pagamento del salario in questi casi è limitato, per lo più, al minimo di legge.

Di seguito una panoramica delle assicurazioni indennità giornaliera collettiva e individuale.

Assicurazione indennità giornaliera collettiva	Assicurazione indennità giornaliera secondo LAMa	Assicurazione indennità giornaliera secondo LCA
<b>Adesione</b>	Volontaria, del datore di lavoro	Volontaria, del datore di lavoro
<b>Riserve</b>	Possibile	Possibile
<b>Premi</b>	Secondo il contratto collettivo	Secondo il contratto collettivo
<b>Entità dell'indennità giornaliera</b>	Minimo 80% del salario	Definibile liberamente secondo il contratto d'assicurazione collettiva
<b>Durata del diritto alla prestazione</b>	720 giorni su 900 giorni consecutivi o fino allo scioglimento del rapporto di lavoro	Definibile liberamente secondo il contratto collettivo

<b>Assicurazione indennità giornaliera individuale</b>	<b>Assicurazione indennità giornaliera secondo LAMal</b>	<b>Assicurazione indennità giornaliera secondo LCA</b>
<b>Adesione</b>	Diritto di adesione, possibile accertamento dello stato di salute	In base al risultato dell'accertamento dello stato di salute può essere rifiutata la stipula del contratto di assicurazione
<b>Riserve</b>	L'assicurazione può escludere malattie pre-esistenti con una riserva di 5 anni.	L'assicurazione può escludere malattie pre-esistenti con una riserva temporalmente illimitata.
<b>Premi</b>	Classificazione in base all'età di adesione	Classificazione in base al rischio (età, sesso)
<b>Entità dell'indennità giornaliera</b>	Importo in franchi concordato, secondo la polizza	Importo in franchi concordato, secondo la polizza
<b>Durata del diritto alla prestazione</b>	720 giorni su 900 giorni consecutivi	Definibile liberamente: secondo la polizza

## Lacune contributive AVS e assegni familiari

Sulle indennità giornaliere per malattia e infortuni non sono applicati contributi AVS/AI.

Se, per un intero anno, non si versano i contributi AVS/AI, si possono verificare delle lacune contributive che, in vecchiaia o in caso di invalidità, possono portare a una rendita inferiore. In questo caso informatevi presso la vostra agenzia regionale AVS/AI sulle misure che potete intraprendere per evitare lacune contributive.

Chi, a causa di una malattia, è completamente impedito a svolgere l'attività lavorativa, continuerà a ricevere gli assegni familiari nel mese in corso e nei tre mesi successivi. Successivamente, ha diritto agli assegni soltanto se non percepisce alcun salario soggetto all'AVS, cioè non percepisce alcuna indennità giornaliera per malattia.

## **Prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (AI) in caso di inabilità lavorativa**

Se una persona non è in grado di lavorare per un periodo di tempo prolungato a causa di una malattia, può iscriversi all'AI. L'obiettivo dell'AI è quello di prevenire, ridurre o eliminare l'invalidità attraverso misure di integrazione, al fine di alleviare le conseguenze economiche.

### **Intervento precoce AI**

Se un lavoratore è stato assente dal lavoro ininterrottamente per 30 giorni oppure, nel corso di un anno, si sono verificate ripetutamente assenze di breve durata, può iscriversi all'AI per un intervento precoce. L'intervento precoce serve a individuare tempestivamente il rischio di invalidità e a prendere le misure corrispondenti.

Se, al più tardi, entro 6 mesi subentra l'inabilità lavorativa di almeno il 40%, dovete iscrivervi all'AI per evitare che si creino lacune contributive in vista dell'eventuale percepimento successivo di una rendita.

Chi può effettuare l'iscrizione per intervento precoce AI:

- interessato/a
- datore di lavoro
- medici curanti
- familiari che vivono nella stessa economia domestica
- medici curanti e chiropratici
- assicuratore indennità giornaliera per malattia
- assicuratore infortuni
- istituto di previdenza professionale
- assicurazione contro la disoccupazione
- organi di assistenza sociale
- assicurazione militare
- istituti assicurativi privati

La persona interessata deve essere informata preventivamente dell'iscrizione.

Con l'intervento precoce l'AI valuta le misure appropriate per reinserire nel lavoro la persona iscritta. In tale circostanza viene anche chiarito se è opportuno anche iscriversi per percepire le prestazioni dell'AI. L'iscrizione può essere effettuata soltanto dal diretto interessato o da un suo legale rappresentante.

### **Misure di integrazione professionale**

Dopo l'iscrizione, l'AI può riconoscere all'interessato misure di integrazione professionale. L'obiettivo di tali misure è il mantenimento del posto di lavoro esistente o l'inserimento in un altro posto di lavoro all'interno della stessa azienda o in un'altra. Il diritto alle misure di integrazione professionale viene verificato caso per caso. In base alla situazione di partenza iniziale viene deciso se, per l'integrazione professionale, è necessaria una consulenza professionale, una prima formazione professionale, una riqualificazione, un collocamento, un lavoro a titolo di prova o un assegno per il periodo di introduzione.

### **Corresponsione delle indennità giornaliere**

Durante l'esecuzione delle misure di integrazione, l'AI corrisponde indennità giornaliere per alcune misure. Per maggiori informazioni rivolgersi all'ufficio regionale AI del proprio cantone di domicilio.

### **Consegna di ausili**

L'AI si assume i costi per l'adeguamento del posto di lavoro dovuto alla disabilità e i costi degli ausili in ambito privato, necessari per affrontare la quotidianità il più possibile in maniera autonoma e indipendente.

Fra questi ricordiamo:

- protesi
- apparecchi acustici
- carrozzelle
- veicoli a motore



### **Ulteriori informazioni**

<https://www.ahv-iv.ch/it/Assicurazioni-sociali/Assicurazione-per-invalidità-AI>

# ANCHE TU PUOI SOSTENERE CROHN COLITE SVIZZERA!

Vi sono diverse possibilità per impegnarsi a favore di Crohn Colite Svizzera. Grazie al tuo sostegno finanziario possiamo informare di più e meglio, contribuire alla ricerca e organizzare numerosi altri eventi.

In Svizzera vi sono, oggi, dai 16 000 ai 25 000 pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali e la tendenza, purtroppo, è in aumento. Ancora oggi le cause della malattia sono sconosciute e, nonostante vengano sviluppate nuove terapie, una cura definitiva non esiste.

La tua donazione serve a proseguire la ricerca non solo in ambito medico, ma anche rispetto alle problematiche sociali correlate.

**Donate subito  
con TWINT!**

 Scannerizzare il codice  
QR con l'app TWINT

 Confermare importo e  
donazione



**Coordinate bancarie:**

PostFinance AG, Mingerstrasse 20, 3030 Berna, Svizzera

Conto corrente: 50-394-6

IBAN: CH52 0900 0000 5000 0394 6

# INVALIDITÀ

## Com'è definita l'invalidità?

Nell'assicurazione per l'invalidità, con il termine «invalidità» si intende un'incapacità al guadagno presumibilmente permanente o di lunga durata causata da una compromissione della salute fisica, mentale o psichica. Per coloro che non esercitano un'attività lucrativa e che, anche senza problemi di salute, non la svolgerebbero (per es. casalinghe e casalinghi) l'«invalidità» corrisponde all'incapacità di continuare a svolgere l'attività abituale.

## Rendita d'invalidità dell'AI

Si ha diritto alla rendita quando:

- le misure di integrazione non hanno raggiunto l'obiettivo o l'hanno raggiunto solo in parte oppure se le misure di integrazione sono fin dall'inizio senza speranza;
- per un anno senza interruzioni significative, la malattia ha comportato un'inabilità lavorativa di almeno il 40% e, al termine di questo anno, sussiste un grado di invalidità di almeno il 40%.

Dopo l'iscrizione alle prestazioni AI, l'AI determina il grado di invalidità sulla base di un confronto dei redditi: si tratta di un raffronto fra il reddito da attività lucrativa prima dell'inabilità lavorativa e quello con la disabilità.

## **Rendita d'invalidità della cassa pensioni (LPP)**

L'assicurazione della previdenza professionale versa una rendita di vecchiaia/invalidità e/o per i superstiti in aggiunta alle rendite AVS o AI in caso di vecchiaia, invalidità o dopo la morte di una persona assicurata. Se le rendite AVS e AI hanno l'obiettivo di assicurare il sostentamento, la rendita della cassa pensioni consente agli interessati di continuare il loro stile di vita abituale in caso di ricorso all'assicurazione (vecchiaia, invalidità o decesso).

Hanno diritto a una rendita di invalidità della cassa pensioni gli assicurati LPP divenuti inabili a lavorare. La condizione è che l'inabilità lavorativa sia duratura e porti, alla fine, all'invalidità. Nella previdenza professionale sono applicati gli stessi scaglioni di rendite dell'assicurazione per l'invalidità. Anche nella cassa pensioni sussiste, in caso di invalidità, il diritto a una rendita per i figli che è pari al 20% della rendita di invalidità per ogni figlio a cui spetta l'obbligo di mantenimento.

# BISOGNO DI ASSISTENZA E DI AIUTO

## Bisogno di assistenza

### Assistenza in ospedale

In caso di ricovero in un ospedale pubblico, tutti i costi sono generalmente coperti dall'assicurazione di base obbligatoria della cassa malati. Il paziente deve contribuire alle spese nell'ambito della franchigia annuale, dell'aliquota percentuale e del costo dei pasti.

### Assistenza domiciliare

Come già indicato a pagina 9, l'assicurazione di base copre i seguenti costi delle misure infermieristiche, se ordinate dal medico e fornite da personale infermieristico autorizzato e dalle organizzazioni Spitex:

- consulenza e spiegazione delle misure di assistenza
- accertamenti e misure terapeutiche (misurazione del polso, della pressione, della temperatura, ecc.)
- misure di assistenza di base (letti, posizione, mobilità, igiene orale e del corpo, aiuto per vestirsi e spogliarsi, mangiare e bere)

L'aiuto domestico non rientra nelle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione di base.

## Grande invalidità

Se una persona dipende dall'aiuto di terzi per lo svolgimento delle attività quotidiane, può richiedere un assegno per grandi invalidi all'AI o all'AVS. Il diritto alla prestazione sussiste soltanto se la grande invalidità dura da un anno senza interruzioni.



**Per ulteriori informazioni sull'assegno per grandi invalidi consultare:**

*<https://www.ahv-iv.ch/it/Assicurazioni-sociali/Assicurazione-per-linvalidità-AI/Assegno-per-grandi-invalidi>*

# ASSOCIATI ADESSO

e potrai sostenere sempre Crohn Colite Svizzera



**Puoi registrarti anche sul nostro sito web [www.crohn-colitis.ch](http://www.crohn-colitis.ch)**

## Modulo di registrazione

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soffro del morbo di Crohn e aderisco a Crohn Colite Svizzera (quota annua CHF 60.–) | <input type="checkbox"/> Desidero sostenere Crohn Colite Svizzera (quota annua CHF 60.–)            |
| <input type="checkbox"/> Soffro di colite ulcerosa e aderisco a Crohn Colite Svizzera (quota annua CHF 60.–) | <input type="checkbox"/> Rispetto l'ambiente e desidero ricevere tutta la documentazione per e-mail |

**Tagliare e inviare per posta a Crohn Colite Svizzera, 5000 Aarau oppure per e-mail a [welcome@crohn-colitis.ch](mailto:welcome@crohn-colitis.ch)**

Cognome, nome

.....

Indirizzo

.....

NAP, luogo

.....

Professione

.....

Data di nascita

.....

Telefono privato

.....

E-mail

.....

Luogo, data

.....



# PER CHI NON È PIÙ IN GRADO DI DECIDERE DA SOLO

Chi non è più in grado di badare a se stesso a causa di un incidente, di una grave malattia improvvisa o dell'età avanzata e non è più in grado di prendere decisioni autonome, dipende dall'aiuto di terzi. I vostri desideri e le disposizioni per tali emergenze possono essere registrati nella direttiva del paziente e nel mandato precauzionale.

## **Direttiva del paziente**

La direttiva del paziente indica i trattamenti medici desiderati, quelli che invece non vorreste in nessun caso e cosa vi sta a cuore.

Con il nuovo diritto sulla protezione degli adulti, in vigore dal 1° gennaio 2013, la direttiva del paziente assume un carattere giuridicamente vincolante per i medici curanti e i familiari. La direttiva del paziente diventa importante nel momento in cui non siete più in grado di prendere decisioni ed esprimere la vostra volontà. Questa direttiva solleva anche i familiari e i medici curanti dal dover prendere decisioni in situazioni difficili.

La direttiva del paziente deve essere scritta, datata e firmata. A differenza del mandato precauzionale, tuttavia, non è necessario scriverla di proprio pugno, ma si possono utilizzare modelli prestampati.

## Mandato precauzionale

Con un mandato precauzionale qualsiasi persona capace di discernimento può garantire che qualcun altro si occupi delle questioni necessarie nel caso in cui diventi incapace di discernimento e non possa più prendere decisioni da sola. In questo modo, soprattutto le persone anziane possono registrare per tempo la loro volontà e incaricare e autorizzare una persona vicina o un'agenzia specializzata a gestire i loro affari in caso di sopravvenuta incapacità di discernimento. In presenza di un mandato precauzionale legalmente valido, le misure dell'autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA) possono molto spesso evitare spese e costi aggiuntivi.

La persona stabilisce gli ambiti nei quali è applicato il mandato precauzionale. Tali ambiti possono essere:

- amministrazione del reddito e del patrimonio, gestione del traffico dei pagamenti
- rappresentanza negli affari legali, stipula o risoluzione dei contratti
- cure mediche e assistenziali, aiuto nella vita di tutti i giorni

Vi sono due possibilità per redigere un mandato precauzionale valido:

- tutto il documento viene scritto a mano, data e firma incluse oppure
- il documento viene scritto in altra forma (per es. elettronica) e deve essere autenticato da un notaio.

Il mandato precauzionale può essere modificato o revocato in qualsiasi momento. A seconda del cantone, il mandato precauzionale può essere archiviato presso l'APMA oppure è possibile registrare la redazione e il luogo di deposito in una banca dati centralizzata presso l'ufficio dello stato civile. In entrambi i casi la procedura è gratuita.



## CROHN COLITE SVIZZERA

Associazione svizzera malattia  
di Crohn/Colite ulcerosa

Crohn Colite Svizzera

5000 Aarau

[www.crohn-colitis.ch](http://www.crohn-colitis.ch)

Conto postale per donazioni: 50-394-6

0800 79 00 79

[welcome@crohn-colitis.ch](mailto:welcome@crohn-colitis.ch)

Con il gentile supporto di:

abbvie



janssen 

**MEDI  SERVICE**  
La sua farmacia specializzata



**Pfizer**

 **VIFOR  
PHARMA**



 Inspired by **patients**.  
Driven by **science**.