



Europäische
Kommission

Ihre Rechte der sozialen Sicherheit

in Italien

Die Informationen in diesem Leitfaden wurden in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Ansprechpartnern des Gegenseitigen Informationssystems für soziale Sicherheit (MISSOC) erstellt und aktualisiert. Nähere Informationen über das MISSOC-Netzwerk finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=815>.

Der vorliegende Leitfaden enthält eine allgemeine Beschreibung der geltenden nationalen Regelungen zur sozialen Sicherheit. Nähere Informationen finden Sie in den verschiedenen MISSOC Veröffentlichungen unter dem oben aufgeführten Link zur MISSOC-Internetseite. Sie können auch die im Anhang aufgeführten kompetenten Behörden und Einrichtungen kontaktieren.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung	4
Allgemeines	4
Organisation der sozialen Sicherheit	5
Finanzierung	5
Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit	8
Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit	8
Abgedeckte Leistungen	8
Bezug von Sachleistungen bei Krankheit	9
Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit	11
Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit	11
Abgedeckte Leistungen	11
Bezug von Geldleistungen bei Krankheit	11
Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft	12
Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	12
Abgedeckte Leistungen	12
Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft	13
Kapitel V: Leistungen bei Invalidität	14
Anspruch auf Leistungen bei Invalidität	14
Abgedeckte Leistungen	14
Bezug von Leistungen bei Invalidität	15
Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter	16
Anspruch auf Altersrente	16
Abgedeckte Leistungen	17
Bezug von Altersrenten	18
Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen	19
Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen	19
Abgedeckte Leistungen	19
Bezug von Hinterbliebenenleistungen	20
Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	21
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	21
Abgedeckte Leistungen	21
Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	23
Kapitel IX: Familienleistungen	24
Anspruch auf Familienleistungen	24
Abgedeckte Leistungen	24
Bezug von Familienleistungen	24
Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit	25
Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit	25
Abgedeckte Leistungen	25
Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit	27
Kapitel XI: Mindestsicherung	29
Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung	29
Abgedeckte Leistungen	29
Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung	29
Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	30
Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	30
Abgedeckte Leistungen	30
Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	31
Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen	32

Kapitel I: Allgemeines, Organisation und Finanzierung

Allgemeines

Die italienische Gesetzgebung deckt die folgenden sozialen Sicherungszweige ab: Leistungen bei Alter, Invalidität, für Hinterbliebene, bei Krankheit, Arbeitslosigkeit, für Familien, bei Mutterschaft oder gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft, sowie Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Alle Arbeiter, die einer Erwerbstätigkeit auf italienischem Staatsgebiet nachgehen, sind in der sozialen Pflichtversicherung abgesichert.

Sowohl Arbeitnehmer des privaten Sektors als auch Selbstständige werden in der **allgemeinen Pflichtversicherung** obligatorisch registriert (die sogenannte AGO, "*Assicurazione Generale Obbligatoria*").

Die meisten der oben genannten Leistungen, die durch die allgemeine Pflichtversicherung verwaltet werden, werden an folgende Kategorien von Arbeitern gewährt: Arbeitnehmer des privaten Sektors, Selbstständige, einschließlich Händler, Handwerker, Teilpächter, Landwirte und Pächter, sowie Arbeiter in einem Beschäftigungsverhältnis zwischen Unselbstständigkeit und Selbstständigkeit („*para-subordinate*“) und informelle Arbeiter, die alle beim Nationalen Institut für soziale Sicherheit (*Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)*) registriert sind. Beamten des öffentlichen Diensts, welche bis vor kurzem mit dem ehemaligen **INPDAP** registriert waren, sowie Beschäftigte im Unterhaltungssektor und Sportler, welche bis vor kurzem mit dem ehemaligen **ENPALS** registriert waren, sind seit Januar 2012 auch beim INPS versichert. Hinzu kommt, dass das Nationale Institut für soziale Sicherheit auch eine Anzahl von besonderen Vorsorgefonds für bestimmte Kategorien von Arbeitern verwaltet, einschließlich Bahn- und Straßenbahnarbeiter, Arbeitnehmer in Steuer-, Lizenz-, Telefon- und privaten Gasunternehmen, Geistliche und Flugbesatzungen der Zivilluftfahrt.

Andere besondere Rentensysteme/Rentenkassen beziehen Beiträge und gewähren Leistungen an folgende Kategorien von Arbeitern: Journalisten (registriert beim Nationalen Institut für soziale Sicherheit der Journalisten (**INPGI**)), freie Berufe wie z.B. Anwälte, Ärzte, Ingenieure und Architekten, die jeweils unter dem eigenen System oder der eigenen Rentenkasse registriert sind.

Das Versicherungssystem zum Schutz der Arbeiter bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und beim Todesfall am Arbeitsplatz wird durch Arbeitgeberbeiträge finanziert und durch das Nationale Institut der Arbeitsunfallversicherung (*Istituto nazionale contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)*) verwaltet, das entweder zeitlich begrenzte oder lebenslange Rente bei dauerhaften Behinderungen oder ein Sterbegeld gewährt.

Das System bietet auch der Bedürftigkeitsprüfung unterliegende Einkommenszuschüsse und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit für Familien und bedürftige Personen in Bezug auf Alter, niedrigem Einkommen oder körperlichen Beeinträchtigungen. Diese auf dem Wohlfahrtsprinzip beruhenden Leistungen werden durch die allgemeinen Steuern finanziert und werden entweder von dem Nationalen Institut für soziale Sicherheit (INPS) oder den zuständigen Gemeinden gezahlt.

Sachleistungen bei Krankheit werden vom Nationalen Gesundheitsdienst (*Servizio Sanitario Nazionale*) gewährt, von allgemeinen Steuern finanziert und auf regionaler Ebene verwaltet.

Da die vom Nationalen Institut für soziale Sicherheit verwaltete allgemeine Pflichtversicherung die Sozialleistungen von fast 90% der gesamten unter dem italienischen Sozialversicherungssystem versicherten Bevölkerung abdeckt, wird im Folgendem den Aktivitäten dieses Systems besonderer Aufmerksamkeit geschenkt, wobei zu den anderen Systemen auch allgemeine Informationen gegeben werden (für weitere Informationen wird auf die Webseiten der [zuständigen Institutionen](#) verwiesen).

Organisation der sozialen Sicherheit

Die oben genannten Einrichtungen der sozialen Sicherheit und Berufskassen sind zuständig für sowohl die Einbeziehung der Beiträge als auch für die Gewährung der Leistungen. Während der Umsetzung der Bestimmungen zur sozialen Sicherheit, handeln sie unter der Leitung und Aufsicht der zuständigen Ministerien: das Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik (*Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*), das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen (*Ministero dell'Economia e Finanza*), und das Ministerium für Gesundheit (*Ministero della Salute*).

Die Gewährung von Gesundheitsleistungen und insbesondere von Sachleistungen bei Krankheit fällt in den Verantwortungsbereich des Ministeriums für Gesundheit (*Ministero della Salute*), das die finanziellen Mittel verwaltet und auf die Regionen und Kommunen verteilt, deren "Lokale Gesundheitseinheiten" mit der Bewilligung der Gesundheitsleistungen betraut sind (so genannte *Aziende Sanitarie Locali*) und sicherstellen, dass die Mindestleistungen, also die grundsätzlichen Gesundheitsstandards (das so genannte LEA "*Livelli Essenziali di Assistenza*") gewährt werden.

Finanzierung

Das italienische System der sozialen Sicherheit wird aus Sozialversicherungsbeiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie aus allgemeinen Steuereinnahmen finanziert.

Der Nationale Gesundheitsdienst (*Servizio Sanitario Nazionale*) wird durch alle im italienischen Staatsgebiet wohnhaften Bürger durch allgemeine Besteuerung finanziert.

Anmeldung bei der obligatorischen Sozialversicherung

Sind Sie Arbeitnehmer, werden alle erforderlichen Formalitäten von Ihrem Arbeitgeber erledigt. Als Selbstständiger müssen Sie sich bei der zuständigen Einrichtung für soziale Sicherheit anmelden.

Pflichtbeiträge

Arbeitnehmerbeiträge werden als Prozentsatz des Arbeitsentgelts berechnet. Die Tariftabelle wird vom Gesetzgeber festgelegt. Je nach Branchenzugehörigkeit (Industrie, Handel, Handwerk, Banken, Versicherungen usw.), Qualifikation des

Arbeiters, Anzahl der Beschäftigten, Standort des Betriebs usw. kann der Beitragssatz variieren.

Bei der Ermittlung der Beitragsbasis gilt als Arbeitsentgelt die Gesamtheit der Bruttoeinkünfte, d. h. alle Geld- oder Sachleistungen, die der Beschäftigte im Rahmen seines Arbeitsverhältnisses von seinem Arbeitgeber bezieht. Hiervon ausgenommen sind lediglich die im Gesetz genannten Bestandteile. Das Arbeitsentgelt je Einheit (Stunden-, Tages- oder Monatsentgelt je nach Art der Beschäftigung) darf nicht unter dem für die betreffende Beschäftigtengruppe festgesetzten Grenzwert liegen. Der Arbeitgeber ist dafür verantwortlich, sowohl seine Beiträge als auch die des Arbeitnehmers an die zuständige Einrichtung für soziale Sicherheit abzuführen. Die Beiträge werden normalerweise monatlich gezahlt.

Die Beiträge von **Selbstständigen** errechnen sich auf der Grundlage des gesamten in der Steuererklärung für das jeweilige Jahr angegebenen Erwerbseinkommens. Besondere Regelungen gelten für bestimmte Kategorien Selbstständiger: Familienmitglieder der Selbstständigen, die aktiv an der Erwerbstätigkeit teilnehmen (sie zahlen niedrigere Beiträge wenn sie unter einem Alter von 21 Jahren sind), Landwirte, Teilpächter und Kleinbauern (sie zahlen Beiträge entsprechend eines bestimmten Prozentsatzes des durchschnittlichen steuerpflichtigen Regeleinkommens, der jedes Jahr gesetzlich festgesetzt wird).

Freiwillige Beiträge

Sozialabgaben könne auch freiwillig geleistet werden. Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer oder Selbstständige unterbrechen oder aufgeben, können ihre Renten- versicherungsansprüche wahren oder erhöhen, indem sie freiwillige Beiträge zahlen; diese werden wie Pflichtbeiträge behandelt. Dies ist zulässig, wenn mindestens fünf Jahre während des gesamten Berufslebens oder drei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung für freiwillige (Weiter-)Versicherung Arbeitsbeiträge entrichtet wurden. Für bestimmte Beschäftigtengruppen (Saisonarbeiter, Teilzeitbeschäftigte, so genannte *Parasubordinati*) ist es ausreichend, wenn innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung mindestens ein Jahr lang Beiträge gezahlt wurden. Die erforderlichen Beitragszahlungen können entweder in der Eigenschaft als Arbeitnehmer oder in der Eigenschaft als Selbstständiger oder als Kombination daraus entrichtet werden. Erwerbstätigen der Gruppe der *Parasubordinati* (arbeitnehmerähnliche Selbstständige) kann in den Zeiträumen, in denen sie keine Erwerbstätigkeit ausüben, die freiwillige Weiterzahlung der Beiträge in ihre jeweilige Rentenkasse (so genannte *gestione separate*: das bedeutet, dass sie ihre eigenen Bedingungen anwenden) erlaubt werden.

Freiwillige Beitragszahlungen über die Versicherungsbedingungen können auch in folgenden Fällen geleistet werden:

- Elternschaftsurlaub (Eltern, die für die Erziehung eines Kindes im Alter zwischen drei und acht Jahren ihre Berufstätigkeit unterbrechen);
- Urlaubzeiten für Eltern, um ein krankes Kind zu stillen.

Die Beitragshöhe richtet sich nach dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt im letzten Jahr vor Erteilung der Genehmigung; ein Mindestbetrag wird festgelegt, der 40% der seit dem 1. Januar des jeweiligen Jahres gesetzlich angepassten Grundrente entspricht. Wurden die Zahlungen in einer niedrigeren Beitragsstufe geleistet als derjenigen, zu welcher der Leistungsempfänger gehört, so werden entsprechend weniger wöchentliche Beiträge (als tatsächlich angefallen) angerechnet.

Die Beiträge werden alle drei Monate eingezahlt.

Nachrichtung von Beiträgen für Zeiten der Nichtversicherung

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie Beiträge zahlen, um Zeiten, in denen Sie nicht versichert waren, nachträglich auszugleichen. Dies gilt z. B. für Zeiten eines Universitätsstudiums und für Erwerbszeiten in Ländern, mit denen Italien kein Sozialversicherungsabkommen unterzeichnet hat. Wenn Sie bereits eine Mindestversicherungszeit von fünf Jahren zurückgelegt haben, können Sie Zeiten der Nichtversicherung ausgleichen, in denen Sie ein Kind erzogen oder eine behinderte Person betreut haben.

Fiktive Beiträge

In bestimmten Fällen können Zeiten als Versicherungszeiten angerechnet werden, obwohl Beiträge nicht tatsächlich entrichtet wurden. Fiktive Beiträge können sowohl zur Begründung eines Leistungsanspruchs als auch zur Erhöhung des Leistungsbetrages selbst genutzt werden. Dennoch können Zeiten von Krankheit und Arbeitslosigkeit, in denen die betreffende Person Leistungen bezog, nicht immer herangezogen werden, um einen Anspruch auf Leistungen zu begründen. Fiktive Beiträge können angerechnet werden für

- Militärdienst und Versetzung;
- Verfolgung aus Gründen der politischen Überzeugung oder der Rasse;
- Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten;
- Arbeitslosigkeit; Krankheit; Tuberkulose; Schwangerschaft und Entbindung; Erziehungsurlaub;
- Naturkatastrophen;
- Einbeziehung von Beiträgen von Arbeitern mit geminderter Erwerbsfähigkeit; Betreuung schwerbehinderter Familienangehöriger;
- Solidaritätsverträge; freiwillige Blutspenden; Sonderurlaub zur Wahrnehmung von öffentlichen oder Gewerkschaftsämtern, gesellschaftlich nützliche und gemeinnützige Arbeit.

Kapitel II: Sachleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit

Das öffentliche Gesundheitssystem basiert auf dem Wohnsitzprinzip. Sachleistungen bei Krankheit erhalten alle, die bei den lokalen Gesundheitsdiensten (*Azienda sanitaria locale*) gemeldet sind und alle, die nach den geltenden nationalen und EU-Rechtsvorschriften anspruchsberechtigt sind. Alle italienischen Staatsangehörigen mit Wohnsitz in Italien und alle Personen, die im Krankenversicherungssystem eines anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union versichert sind und in Italien arbeiten, sowie deren unterhaltsberechtigten Familienangehörige haben Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit.

Abgedeckte Leistungen

Bezug Behandlungen bzw. Arzneimittel werden kostenlos vom lokalen Gesundheitsdienst oder von Ärzten oder Apothekern, die dem Krankenversicherungssystem angeschlossen sind, erbracht oder der Patient kann die Kosten der erhaltenen Versorgungsleistungen selbst tragen und erstatten lassen.

Die meisten Arzneimittel sind im Handbuch der verschreibungsfähigen Arzneimittel aufgeführt. Sie werden in zwei Gruppen aufgeteilt: Die Arzneimittel der ersten Gruppe werden kostenlos abgegeben; dazu gehören Medikamente, die zur Behandlung von dringenden Krankheitsfällen, von Krankheiten mit hohem Gefährdungsgrad und von schweren Fällen, die eine lange Behandlung erfordern, dienen. Für die Arzneimittel der zweiten Gruppe ist eine Selbstbeteiligung direkt an den Apotheker zu leisten, der das Rezept einlöst. Für jede Verschreibung wird eine Mindestgebühr (Rezeptgebühr) erhoben. Verschreibt ein Arzt ein nicht im Verzeichnis aufgeführtes Arzneimittel, so gehen die gesamten Kosten zu Lasten des Patienten.

Für Diagnose- und Laboruntersuchungen ist eine Selbstbeteiligung vorgesehen. Die stationäre Behandlung erfolgt kostenlos in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken, die dem Nationalen Gesundheitsdienst (*Servizio Sanitario Nazionale, SSN*) angeschlossen sind. Außer in Notfällen ist eine Einweisung durch den praktischen Arzt erforderlich. Die Aufnahme in zugelassene Einrichtungen muss von Ihrem lokalen Gesundheitsdienst genehmigt werden. Die Krankenhauspflege ist kostenlos, für Sonderleistungen muss der Patient jedoch selbst aufkommen (Einzelzimmer, Telefon, Fernsehen).

Insbesondere, wenn es Sachleistungen bei Mutterschaft betrifft, wird Geburtshilfe direkt und kostenfrei in den lokalen Gesundheitszentren gewährt, einschließlich aller Voruntersuchungen und pränatalen Analysen. Dies kann auch durch eine Hebamme, die dem Nationalen Gesundheitsdienst (*Servizio Sanitario Nazionale, SSN*) angeschlossen ist, zu Hause durchgeführt werden. Arztbesuche und Laboranalysen für Mütter und Kinder bis zum Alter von 6 Jahren sind ebenfalls kostenfrei, wenn das Familieneinkommen einen bestimmten gesetzlich festgelegten Betrag nicht übersteigt.

Zwar gelten in ganz Italien die gleichen garantierten Mindestleistungen, doch aufgrund der weitgehenden Autonomie, über die die Regionen hinsichtlich der medizinischen Versorgung verfügen, können leichte regionale Unterschiede in den Bedingungen und

Modalitäten der Zahlung von medizinischen, pharmazeutischen und zusätzlichen Leistungen auftreten.

Die verfügbaren Sachleistungen bei Krankheit umfassen

- Leistungen von Allgemeinmedizinern außerhalb eines Krankenhauses;
- kinderärztliche, geburtshilfliche und gynäkologische Versorgung;
- Leistungen von Fachärzten (einschließlich Zahnbehandlung), die in öffentlichen und privaten Ambulanzen erbracht werden, welche beim Nationalen Gesundheitsdienst unter Vertrag stehen;
- Krankenhauspflege (auch bei Entbindungen) in öffentlichen Krankenhäusern, Kliniken usw. sowie in privaten Vertragskliniken des Nationalen Gesundheitsdienstes;
- Arzneimittel und pharmazeutische Erzeugnisse auf Verordnung eines praktischen Arztes oder Facharztes, der beim Nationalen Gesundheitsdienst angestellt oder durch diesen zugelassen ist.

Leistungen für Tuberkulosepatienten

Für Patienten, die an Tuberkulose leiden, gelten besondere Bestimmungen. Sie sind auch für Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft versichert. Das Sondersystem umfasst sowohl Sachleistungen bei Krankheit als auch Geldleistungen. Arbeitnehmer und deren Familienangehörige, die an Tuberkulose erkrankt sind, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Geldleistungen, sofern der Versicherte mindestens ein Beitragsjahr innerhalb seines Erwerbslebens zurückgelegt hat.

Sonstige Zusatzleistungen

Das staatliche Gesundheitswesen bietet besondere Zusatzleistungen. Zusatzleistungen werden mehrheitlich in indirekter Form gewährt und nur ein Teil der Kosten wird übernommen. Leistungen von Kinderärzten sind für Kinder bis zum Alter von 12 Jahren unentgeltlich. Sie umfassen Badekuren, besondere orthopädische Behandlungen, Prothesen und bestimmte wichtige Diagnoseleistungen. Um diese Leistungen zu erhalten, müssen Sie bei Ihrem lokalen Gesundheitsdienst einen Antrag stellen, dem eine Stellungnahme des behandelnden Arztes beizufügen ist.

Bezug von Sachleistungen bei Krankheit

Allgemeine Sachleistungen bei Krankheit werden durch die lokalen Gesundheitsdienste (*Azienda sanitaria locale*) erbracht. Diese sind Teil des Nationalen Gesundheitsdienstes (*Servizio Sanitario Nazionale, SSN*).

Sie müssen sich an Ihren lokalen Gesundheitsdienst wenden, um sich beim Nationalen Gesundheitsdienst anzumelden und eine Krankenversicherungskarte (*Tessera Sanitaria*) zu erhalten. Arbeitnehmer und Selbstständige können sich anmelden, sobald Beiträge an das italienische staatliche Versicherungssystem gezahlt werden. Nach der Anmeldung können Sie einen Arzt in Ihrer Region frei wählen, der auf der Liste der Vertragsärzte des Nationalen Gesundheitsdienstes steht. Zum Erhalt allgemeiner Sachleistungen bei Krankheit wenden Sie sich unmittelbar an den Arzt des Nationalen Gesundheitsdienstes bei Ihrem lokalen Gesundheitsdienst oder an einen anderen vom Nationalen Gesundheitsdienst zugelassenen Dienst.

Sie können nur zu dem zuvor von Ihnen gewählten Arzt oder, falls dieser abwesend ist, zu dessen Vertreter gehen. Halten Sie sich vorübergehend nicht an Ihrem üblichen Wohn- oder Aufenthaltsort auf, können Sie im Notfall einen anderen Vertragsarzt des Nationalen Gesundheitsdienstes aufsuchen. In diesem Fall müssen Sie die Behandlungskosten selbst zahlen, erhalten jedoch im Rahmen festgelegter Mindestgebührensätze eine Erstattung. Für Notfälle besteht nachts sowie an Sonn- und Feiertagen ein ärztlicher Bereitschaftsdienst.

Bei jedem Wohnortwechsel müssen Sie sich beim lokalen Gesundheitsdienst Ihres neuen Wohnsitzes anmelden. Für Seeleute und das Fluggespersonal der Zivilluftfahrt werden Gesundheitsleistungen von einer Sonderabteilung des Gesundheitsministeriums (*Ufficio di sanità marittima ed aerea*) verwaltet.

Adressen der lokalen Gesundheitsdienste sowie entsprechende Kontaktdaten finden Sie auf der Internetseite des Gesundheitsministeriums unter <http://www.salute.gov.it/infoSalute/infoSaluteHome.jsp>.

Kapitel III: Geldleistungen bei Krankheit

Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit

Krankengeld stellt eine Lohnersatzleistung für durch Krankheit entgangenes Entgelt dar. Sie steht einem Arbeitnehmer ab dem vierten Krankheitstag zu (in den ersten drei Tagen besteht also kein Anspruch darauf, außer bei Rückfällen) und wird für maximal 180 Tage eines Kalenderjahres gezahlt. Für befristet Beschäftigte gelten andere Bedingungen.

Abgedeckte Leistungen

Bis auf bestimmte Arbeitnehmergruppen erhalten alle Beschäftigten das Krankengeld direkt von ihrem Arbeitgeber, der den entsprechenden Betrag von den Versicherungsbeiträgen abzieht, die er an das Nationalen Institut für soziale Sicherheit (*Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)*) abzuführen hätte. Die Leistung beträgt in den ersten zwanzig Krankheitstagen grundsätzlich 50% des Arbeitsentgelts und steigt anschließend auf 66,66%.

Für Tuberkulosepatienten gibt es während der Kur keine zeitliche Beschränkung, allerdings gilt eine Höchstdauer von 2 Jahren für das Nachbehandlungstagegeld und ebenfalls von 2 Jahren für die Kurbeihilfe (kann alle 2 Jahre erneuert werden).

Bezug von Geldleistungen bei Krankheit

Der Arzt sendet das Attest auf elektronischem Wege an das INPS; der Arbeitnehmer erhält eine Kopie. Auskünfte zur Gesundheitsprognose des Arbeitnehmers kann der Arbeitgeber nur durch einloggen mit einer ihn zugewiesenen Kennung (PIN) erhalten.

Wird ein Arbeitnehmer bei einem Kontrollbesuch ohne entsprechende Begründung nicht zu Hause angetroffen, so verliert er seinen Anspruch auf Krankengeld für bis zu 10 Tage; wird er ein zweites Mal nicht angetroffen, so wird das Krankengeld für die restliche Zeit um die Hälfte gekürzt. Für Tage, die durch verzögertes Vorlegen des ärztlichen Attests verfallen, wird keine Entschädigung gezahlt.

Kapitel IV: Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft

Anspruch auf Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Angestellte und selbstständige Eltern haben Anspruch auf bezahlten obligatorischen **Mutterschafts-** und **Vaterschaftsurlaub** und können auch einen bezahlten zusätzlichen fakultativen **Elternschaftsurlaub** nehmen.

Abgedeckte Leistungen

Mutterschaftsurlaub umfasst im Prinzip bezahlten Urlaub auf den schwangere weibliche Arbeitnehmer Anspruch haben. Sie sind dazu verpflichtet zwei Monate vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und drei Monate nach der Geburt nicht zu arbeiten. Alternativ können sie auch mit der Zustimmung des Arztes einen Monat vor der Geburt und vier Monate nach der Geburt die Arbeit unterbrechen. Während dieses Mutterschaftsurlaubs wird Mutterschaftsgeld gezahlt.

Unter bestimmten Bedingungen werden die Leistungen auch an den Vater gezahlt, wenn dieser anstelle der Mutter das Kind versorgt (z.B. bei Tod oder schwerer Krankheit der Mutter, Verweigerung der Sorgepflicht usw.). Weibliche Selbstständige und Freiberufler, sowie Arbeiterinnen mit atypischen, befristeten Verträgen, die bei dem gesonderten Rentensystem des Nationalen Institut für soziale Sicherheit gemeldet sind, sind nicht zur Unterbrechung ihrer Beschäftigung verpflichtet.

Für bis zu drei Monate erhalten das Mutterschaftsgeld auch Arbeitnehmer, die ein Kind unter 6 Jahren adoptieren oder als Pflegekind betreuen (bei Auslandsadoption oder Annahme als Pflegekind vor der Adoption gilt eine Altersgrenze von 18 Jahren).

Während des obligatorischen Mutterschaftsurlaubs beläuft sich das Mutterschaftsgeld auf 80% des Arbeitsentgelts. Diese Leistung wird generell direkt vom Arbeitgeber gezahlt, der sie dann von den Versicherungsbeiträgen abzieht, die er an das Nationale Institut für soziale Sicherheit (*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, INPS*) abzuführen hat.

Das Nationale Institut für soziale Sicherheit zahlt an selbstständige Frauen (Landwirtinnen, Teilpächterinnen, Gewerbetreibende und Ladeninhaberinnen) ein direktes Mutterschaftstagegeld für die Dauer von zwei Monaten vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und von drei Monaten nach der Geburt.

Väter haben Anspruch auf einen eintägigen bezahlten Pflichturlaub (**Vaterschaftsurlaub**) (der innerhalb von fünf Monaten nach der Geburt des Kindes beansprucht werden muss), der zur gleichen Zeit wie der bezahlte Mutterschaftsurlaub gewährt wird. Darüberhinaus kann der Vater anstelle des bezahlten Mutterschaftsurlaubs Anspruch auf zwei Tage bezahlten Urlaub machen.

Während des Vaterschaftsurlaubs werden Leistungen mit dem gleichen Betrag und in der gleichen Art und Weise gewährt wie das Mutterschaftsgeld.

In Bezug auf (fakultativen) **Elternschaftsurlaub** haben während der ersten 8 Lebensjahre des Kindes beide Eltern (wenn sie in einem bezahlten Beschäftigungsverhältnis stehen) für einen Gesamtzeitraum von maximal 11 Monaten Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit, auf Wunsch auch gleichzeitig. Dies gilt auch für Adoptiv- und Pflegeeltern. Der Vater kann diesen Urlaub auch gleichzeitig mit dem obligatorischen Mutterschaftsurlaub der Mutter oder ihrer Freistellung für die Zeit des Stillens nehmen.

Auch selbstständig erwerbstätige Mütter können den Erziehungsurlaub in Anspruch nehmen, jedoch nur für drei Monate im ersten Lebensjahr des Kindes. In diesem Fall müssen sie ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen.

Der Elternschaftsurlaub deckt eine Beihilfe in Höhe von 30% des Entgelts oder des „Standardentgelts“ und ist für einen maximalen Gesamtzeitraum von sechs Monaten für beide Eltern in den ersten drei Lebensjahren des Kindes (bei Adoptiv- oder Pflegekindern in den ersten drei Jahren nach Aufnahme des Kindes in die Familie) zahlbar. Sind diese sechs Monate ausgeschöpft, besteht (bis zum vollendeten 8. Lebensjahr des Kindes) für einen Elternteil Anspruch auf diese Leistung, wenn sein individuelles Einkommen nicht den zweieinhalbfachen Betrag der zu diesem Zeitpunkt gezahlten Mindestaltersrente übersteigt.

Bezug von Leistungen bei Mutterschaft oder Vaterschaft

Anträge für Mutterschafts-, Vaterschafts- und Elternschaftsurlaub müssen sowohl an den Arbeitgeber als auch an das INPS geschickt werden. Ein Antrag auf Leistungen bei Pflegeurlaub muss nur an den Arbeitgeber gerichtet sein, begleitet von einer entsprechenden Bescheinigung des Hausarztes des Kindes sowie einer Erklärung in eigener Verantwortung, dass der andere Elternteil nicht auch von demselben Urlaub zur selben Zeit profitiert.

Kapitel V: Leistungen bei Invalidität

Anspruch auf Leistungen bei Invalidität

Alle Arbeitnehmer sowie bestimmte Gruppen von Selbstständigen (Landwirte, Teilpächter und Kleinbauern, Gewerbetreibende und Kaufleute) sind gegen Invalidität versichert. Freiberuflich Tätige (z. B. Ärzte) haben ebenfalls Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente; die Rechtsvorschriften in diesem Bereich variieren jedoch je nach Versichertengruppe erheblich.

Invaliditätsbeihilfe

Alle versicherten Arbeiter, deren Erwerbsfähigkeit dauerhaft um mindestens zwei Drittel gemindert ist, und die mindestens fünf Beitragsjahre zurückgelegt haben, wobei drei der Beitragsjahre in den fünf Kalenderjahren vor Antragstellung liegen müssen, könnten einen Anspruch auf Invaliditätsbeihilfe geltend machen. Diese Leistung wird bis zu drei Jahren gewährt, kann aber um darauffolgende Zeiträume von weiteren drei Jahren verlängert werden. Sobald der Anspruch durch drei ärztliche Begutachtungen wiederholt auf Antrag des Begünstigten beurteilt wurde und die Beihilfe daraufhin zweimal nacheinander verlängert wurde, kann die Leistung auf unbestimmte Zeit bestätigt werden.

Die Invaliditätsbeihilfe zeichnet sich daher durch eine lange Beobachtungszeit des invaliden Arbeiters aus um die Möglichkeit der Heilung zu überprüfen. Darüber hinaus kann diese Leistung nicht an Hinterbliebene übertragen werden.

Erwerbsunfähigkeitsrente

Der versicherte Arbeiter mit Behinderungen, der mit einer vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit beurteilt wurde und aufgrund der Behinderung oder körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung keine für ihn geeigneten Tätigkeiten mehr ausführen kann, hat Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Um anspruchsberechtigt für diese Rente zu sein, müssen mindestens fünf Beitragsjahre zurückgelegt sein, wobei mindestens drei der Beitragsjahre in den fünf Jahren vor Antragstellung liegen müssen und keine anderen Arten von Einkommen, einschließlich Einkünfte aus Selbstständigkeit und Arbeitslosengeld, vorhanden sein.

Die Erwerbsunfähigkeitsrente kann an Hinterbliebene des Rentners übertragen werden und wird mit dem Erreichen des Rentenalters durch eine Altersrente ersetzt.

Abgedeckte Leistungen

Invalidität und Erwerbsunfähigkeit sind die beiden Risiken, die basierend auf den oben erläuterten Bedingungen abgedeckt sind.

Folgende Punkte sind diesbezüglich erwähnenswert:

- Bei Erreichen des Renteneintrittsalters wird die Invaliditätsbeihilfe in eine Altersrente umgewandelt, sofern a) die entsprechenden Versicherungszeiten und Beitragsvoraussetzungen erfüllt sind, und b) der Versicherte seine Erwerbstätigkeit

aufgibt (wenn zuvor eine bezahlte Beschäftigung ausgeübt wurde). Die Zeiträume, in denen diese Leistung bezogen wurde und in denen der Versicherte nicht erwerbstätig war, werden bei der Prüfung des Rentenanspruchs berücksichtigt.

- Die Invaliditätsbeihilfe, die infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit gewährt wurde, kann bis zur Höhe einer auf demselben Schadensereignis beruhenden lebenslangen Rente nicht mehr mit dieser kumuliert werden. Die günstigeren Bestimmungen, die vor dem 1. September 1995 wirksam waren, bleiben in Kraft und werden im Zuge des Inkrafttretens künftiger gesetzlich geregelter Anpassungen der Lebensunterhaltskosten sukzessive zurückgenommen. Darüber hinaus wird der Betrag der Invaliditätsbeihilfe ab dem Inkrafttreten des genannten Reformgesetzes im Fall ihrer Kumulierung mit Einkommen aus nicht selbstständiger oder selbstständiger Erwerbstätigkeit oder aus einer unternehmerischen Tätigkeit, das eine bestimmte Obergrenze überschreitet, um 25 - 50% gekürzt. Auch hier bleiben die günstigeren Bestimmungen, die vor dem 1. September 1995 wirksam waren, in Kraft und werden im Zuge der Einführung künftiger gesetzlich geregelter Anpassungen der Lebensunterhaltskosten sukzessive zurückgenommen.
- Die Erwerbsunfähigkeitsrente errechnet sich aus dem Betrag der Invaliditätsbeihilfe und einer proportionalen Erhöhung für Beitragsjahre, die der Versicherte zurückgelegt hätte, wenn er bis zum Erreichen der Altersgrenze gearbeitet hätte. Diese Rente ist unvereinbar mit dem Bezug von Einkommen aus nicht selbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld und anderen Leistungen zum Ersatz oder zur Ergänzung von erwirtschaftetem Einkommen.
- Empfänger einer Erwerbsunfähigkeitsrente, welchen bei ihren alltäglichen Verrichtungen aufgrund eines Arbeitsunfalls auf ständige Hilfe angewiesen sind, können auch eine monatliche Beihilfe für persönliche Betreuung (*assegno di assistenza personale e continuativa*) beantragen, deren Höhe von der [Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten](#) unter der Verwaltung des Nationale Institut der Arbeitsunfallversicherung (INAIL) festgelegt wird. Dem Antrag sind Nachweise über den Gesundheitszustand des Versicherten beizufügen. Dies ist eine beitragsabhängige Leistung, und kann nicht mit der auf dem Wohlfahrtsprinzip beruhenden [Leistung des INPS](#) bezogen werden.

Bezug von Leistungen bei Invalidität

Ihr Antrag auf Invaliditätsbeihilfe und Erwerbsunfähigkeitsrente muss an die zuständige Einrichtung gestellt werden. Formulare sind erhältlich über die Webseiten der relevanten Behörden, und Ansprüche sind elektronisch geltend zu machen. *Patronati*-Beamten stehen ihnen kostenfrei zur Assistenz zur Verfügung. Invaliditätsbeihilfen und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden vom ersten Tag des Monats an gezahlt, der auf den Monat folgt, in dem ihr Antrag gestellt wurde oder in dem das Risiko eintrat.

Kapitel VI: Renten und Leistungen im Alter

Anspruch auf Altersrente

Das Rentenreformgesetz Nr. 214 vom 22. Dezember 2011 hat den Übergang zum Ruhestand auf zwei Arten reduziert: Die **Altersrente** und die **Frührente**.

Veränderungen die durch das neue Gesetz eingeführt wurden sind eine Erhöhung des Rentenalters für die Altersrente, welches sich entsprechend der Lebenserwartungsrate weiterhin erhöhen könnte, sowie mehr Flexibilität im Übergang zum Ruhestand für die Frührente.

Seit dem 1. Januar 2012 ist das minimale Rentenalter für Männer (Angestellte im Privatsektor, Beamten und Selbständige) und für weibliche Beamten 66 Jahre und 3 Monate. In Bezug auf Frauen angestellt im Privatsektor, wurde es auf 62 Jahre und 3 Monate (63 Jahre und 9 Monate für weibliche Selbständige) festgelegt, aber wird sich schrittweise erhöhen, bis es in 2018 66 Jahre erreicht.

Die ehemaligen Vorruhestandrenten und Renten nach Dienstalter – die letztere zugesprochen basierend auf einem Faktor-System (Beiträge + Alter) und aufgeschobenen Zahlungen entsprechend festgesetzter Aufschubsysteme (den so genannten „Fenstern“) – wurden unterdrückt und durch die Frührente ersetzt, welche auch einen Flexibilitätsspielraum bietet, der den Zugriff auf frühere Wege in den Ruhestand begrenzt (Eine Flexibilitätsspielraum von minimal 66 Jahren – für Frauen 62 Jahre – bis maximal 70 Jahre, während welchem der Arbeiter wählen kann, ob er seine Arbeit niederlegen möchte oder nicht). Um aktives Altern zu unterstützen wurden Transformationskoeffizienten, welche auf die Leistungserrechnung angewandt werden, entsprechend dem Alter umgestaltet (je höher das Alter, desto höher der Rentenbetrag).

Eintritt in den Ruhestand unabhängig vom Alter ist weiterhin gültig durch die Frührente, davon ausgehend das eine minimale Versicherungszeit von 42 Jahre und 5 Monaten für Männer oder von 41 Jahren und 5 Monaten für Frauen vorliegt. Diese besondere Bedingung unterliegt möglichen weiteren Erhöhungen entsprechend der Lebenserwartung. Hinzu kommt, dass eine Reduzierung der Rente als Strafe angewendet wird, falls die Frührente vor dem Alter von 62 Jahren in Anspruch genommen wird.

Die erwähnte Anpassung zur Lebenserwartung – angewendet sowohl auf Beitrags-, als auch auf Altersbedingungen – soll alle drei Jahre bis 2018, sowie alle zwei Jahre von 2019 an überprüft werden.

Arbeiter, die vollständig unter dem beitragsabhängigen Rentensystem versichert sind (nämlich die, die vor dem 31. Dezember 1995 keine Beitragsleistung angesammelt hatten) können sich für eine Frührente im Alter von 63 Jahren qualifizieren, falls sie mindestens 20 Jahre gültiger Beiträge geleistet haben und die Höhe ihrer Anspruchsleistung mindestens dem 1,5-fachen der Sozialbeihilfe für das laufende Jahr entspricht. Eine Mindestversicherungszeit von 5 geleisteten Beitragsjahren gilt für versicherte Personen, die im Alter von 70 Jahren in den Ruhestand gehen (fiktive Beitragsjahre werden in diesem Fall nicht berücksichtigt).

Das beitragsabhängige Rechnungssystem

Seit dem 1. Januar 2012 wird das beitragsabhängige Rechnungssystem auf alle Versicherungszeiten, die seit Januar 2012 fällig werden, für alle Arbeiter angewendet. In diesem System werden die angesammelten Beiträge in Renten durch die Anwendung der Transformationskoeffizienten, welche sich aus dem Alter der rentenbeziehenden Person und deren Lebenserwartung zusammensetzen, umgerechnet. Im Detail können die neuen Transformationskoeffizienten von einem Minimum von 6,38% zu einem Maximum von 8,41% variieren (je älter der Anspruchsberechtigte, desto höher fällt dessen Rente aus).

Zuerst eingeführt durch Gesetz Nr. 335/1995, traf diese Rechnungsmethode (die sogenannte *Sistema Contributivo* berechnet die Altersrente in Hinsicht auf Beiträge) schon auf Arbeiter zu, deren Versicherungsgeschichte am oder nach dem 1. Januar 1996 anfang.

Unter dieser Art von Rechnungssystem werden Beiträge auf das Versicherungskonto eines jeden Arbeiters gezahlt, erhoben basierend auf der definierten Rate abhängig von der Kategorie des Arbeiters. Die resultierenden Einnahmen aus den Beiträgen der Arbeiter werden jährlich gemäß der 5-Jahres-Variation des BIP angepasst, entsprechend der Berechnung durch ISTAT (das Italienische Institut für Statistik) mit Referenz auf die fünf Jahre vor dem Jahr, auf welches sich die Angleichung bezieht. Der resultierende Betrag (eingezahltes Kapital plus Aufwertung, die sogenannte *montante contributivo*) wird mit dem Transformationskoeffizienten multipliziert, welcher an das Alter des Arbeiters zum Zeitpunkt der Rentenanspruchserklärung gebunden ist.

Die auf diesem System beruhenden Renten können nicht durch einen Mindestrentenzusatz aufgestockt werden (siehe unten).

Abgedeckte Leistungen

Alle Arbeitnehmer, Selbstständigen (Landwirte, Teilpächter und Kleinbauern, Handwerker und Gewerbetreibende) und freiberuflich Tätige sind abgesichert gegen die Eventualität des Mangels an Arbeitsfähigkeit auf Grund von Alter, und können Anspruch erhalten entweder für Frührente oder Altersrente, unter Berücksichtigung von gewissen Bedingungen, um schrittweise geschlechtliche und arbeitssektorale Unterschiede zu beseitigen (z.B. 66 Jahre ab 2018 für **alle** versicherten Arbeiter um sich für Altersrente zu qualifizieren).

Da die Anwendung des beitragsabhängigen Rechnungssystems zu niedrigeren Rentenbeträgen führen wird, welche nicht bis zur Mindestrente aufgestuft werden, soll die Altersrente unter Garantie eines Grenzwerts von mindestens 1,5 mal des Betrags der momentanen Sozialhilfe zugesichert werden. Die Frührente andererseits wird nur dann zugesprochen, wenn die Bedingungen der Erfüllung einer Beitragszeit von mindestens 20 Jahren sowie ein Rentengrenzwert von mindestens 2,8-mal dem Betrag der Sozialhilfe gegenwärtig sind.

Mindestrente

Für Arbeiter, welche nach dem 1. Januar 1996 erstmals versichert wurden gibt es keine gesetzliche Mindestrente. Deshalb können nur Renten die unter dem einkommensabhängigen System entrichtet werden bis zur Mindestrente erhöht werden. Es ist eine bedürftigkeitsabhängige Leistung, weshalb, um Anspruch zu

erheben, das Gehalt von ihnen oder ihrem Haushalt (das heißt, ihr persönliches Einkommen summiert mit dem ihres Ehepartners) bestimmte jährlich festgelegte Grenzen nicht überschreiten darf (diese Grenzen betragen für das Jahr 2013 jeweils €°6.441 bis zu €°12.882 und €°19.322 bis zu €°25.673).

Bezug von Altersrenten

Anträge auf Rentenleistungen müssen direkt bei den zuständigen Einrichtungen der sozialen Sicherheit gestellt werden. Formulare sind erhältlich über die Webseiten der relevanten Behörden, und Ansprüche sind elektronisch geltend zu machen. *Patronati*-Beamten stehen ihnen kostenfrei zur Assistenz zur Verfügung.

Kapitel VII: Hinterbliebenenleistungen

Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen

Hinterbliebenenrenten werden bestimmten Familienangehörigen eines Verstorbenen gewährt; eine Hinterbliebenenrente (*pensione di reversibilità*) wird gezahlt, wenn der verstorbene Rentner entweder eine unmittelbare Rente bezog, oder eine mittelbare Rente (*pensione indiretta*): die letztere wird zugesprochen wenn der verstorbene Arbeitnehmer an seinem Todestag zwar keine unmittelbare Rente bezog, jedoch hinsichtlich der Versicherungs- und Beitragszeiten alle Voraussetzungen für die Gewährung einer allgemeinen Invaliditätsbeihilfe oder einer allgemeinen Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. für die Gewährung der Altersrente erfüllt.

Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben folgende Familienghörigen: der Ehepartner und alle Kinder, die am Todestag des Versicherten minderjährig sind, studieren oder erwerbsunfähig sind; Eltern, wenn sie am Todestag des Versicherten das 65. Lebensjahr vollendet haben, keine Rente beziehen und der Verstorbene ihnen Unterhalt leistete, weder Ehepartner noch Kinder vorhanden sind bzw. zwar vorhanden, aber nicht anspruchsberechtigt sind; ledige Geschwister, die am Todestag des Versicherten erwerbsunfähig sind, keine unmittelbare oder mittelbare Rente beziehen und der Verstorbene ihnen Unterhalt leistete, wenn keine Ehepartner, Kinder oder Eltern vorhanden sind oder zwar vorhanden, aber nicht anspruchsberechtigt sind.

Abgedeckte Leistungen

Das abgedeckte Risiko ist der Tod des Rentner oder der versicherten Person. Die unmittelbare Hinterbliebenenrente beträgt 60% für den hinterbliebenen Ehepartner und 20% für jedes Kind. 15% stehen Eltern und Geschwistern zu, sofern diese anspruchsberechtigt sind.

Die Summe aller anteiligen Hinterbliebenenrenten darf 100% der unmittelbaren Rente nicht überschreiten. Am 1. September 1995 wurde der Anteil von Hinterbliebenenrenten, bei denen ein Kind der einzige Empfänger ist, von 60% auf 70% angehoben, bei zwei Kindern auf 80%. Seit dem 1. September 1995 kann die Hinterbliebenenrente um 25, 40 oder 50% gekürzt werden, wenn das Einkommen des Leistungsempfängers über einer bestimmten Grenze liegt. Ebenfalls seit dem 1. September 1995 kann eine Hinterbliebenenrente, die von der allgemeinen Pflichtversicherung infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit gezahlt wird, bis zur Höhe einer auf demselben Schadensereignis beruhenden lebenslangen Rente (bezahlt durch INAIL) nicht mehr mit dieser kumuliert werden. Die günstigeren Bestimmungen, die vor dem 1. September 1995 wirksam waren, bleiben in Kraft und werden im Zuge der Einführung künftiger Anpassungen sukzessive zurückgenommen.

Die Rente wird auf Antrag ab dem ersten Tag des Monats gezahlt, der auf den Monat folgt, in dem der Rentenempfänger oder Versicherte verstorben ist.

Bezug von Hinterbliebenenleistungen

Anträge auf Hinterbliebenenrente müssen direkt bei den zuständigen Einrichtungen der sozialen Sicherheit gestellt werden. Formulare sind erhältlich über die Webseiten der relevanten Behörden, und Ansprüche sind elektronisch geltend zu machen. *Patronati*-Beamten stehen ihnen kostenfrei zur Assistenz zur Verfügung.

Kapitel VIII: Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Alle Arbeitnehmer und selbständige Versicherte sind gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert, die bestimmte gesetzlich festgelegte Tätigkeiten ausüben, bei denen nach italienischem Recht ein solches Risiko besteht.

Durch spezifische Rechtsvorschriften wurde der Versicherungsschutz auch auf andere Gruppen von Erwerbstätigen (z.B. leitende Angestellte, Berufssportler, arbeitnehmerähnliche Selbstständige (*Parasubordinati*)) sowie auf Personen ausgedehnt, die ausschließlich Tätigkeiten im Haushalt verrichten (Hausfrauenversicherung).

Der Begriff „Berufskrankheiten“ bezieht sich sowohl auf entsprechend gelistete Erkrankungen als auch jede andere Krankheit, von der der Arbeitnehmer nachweisen kann, dass sie durch die von ihm ausgeübte Beschäftigung verursacht wurde.

Abgedeckte Leistungen

Ein Arbeitnehmer, der einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erleidet, hat Anspruch auf **Sachleistungen bei Krankheit**, **Geldleistungen** und **Zusatzversorgung** zugesprochen durch INAIL (Nationales Institut für Versicherung gegen Arbeitsunfälle). Neben Sachleistungen bei Krankheit, welche im Abschnitt über [Krankheit - Sachleistungen](#) präsentiert wurden, hat INAIL volle Kompetenz über folgende Krankheitsleistungen:

- Prothesen und medizinische Applikationen;
- Bade- und Thermalkuren (Hydrotherapie und Schlamm-bäder) und Behandlungen in einem Kurort;
- medizinische Untersuchungen und gerichtsmedizinische Befunde;
- „Erste Hilfe“ für ambulante Patienten, welche gemeinsam mit den Regionen durchgeführt werden.

Geldleistungen umfassen:

- Tagesentschädigung für vorübergehende vollständige Erwerbsunfähigkeit;
- Rente bei dauernder Erwerbsunfähigkeit;
- Kompensierung für dauerhafte physische und/oder geistige Schädigung, so genannte „biologische Schädigung“;
- direkte Rentenzulage über den gesamten Rehabilitationszeitraum;
- Übergangskompensierung bei Silikose und Asbestose;
- Hinterbliebenenrente;
- Sterbegeld;
- monatliche Beihilfe für persönliche Betreuung (*assegno di assistenza personale e continuativa*);

- monatliche Hinterbliebenenonderbeihilfe, zugesprochen zu Hinterbliebenen von Empfängern der Rente bei dauernder Erwerbsunfähigkeit (selbst wenn der Tod des Empfängers nicht im Bezug zu dessen Arbeit stand).

Die wichtigsten Geldleistungen sind im Folgenden im Detail diskutiert.

Die Sozialhilfe-basierenden **Zusatzleistungen** beinhalten:

- eine Erwerbsunfähigkeitsentschädigung für Arbeiter mit Behinderungen, die auf Grund ihrer körperlichen Beeinträchtigung in keinem Arbeitsbereich wieder angestellt werden können;
- ein Neujahrgeld, das als Zusatzleistung für Personen mit Behinderungen mit bestätigter Erwerbsunfähigkeit zwischen 80%-100% gezahlt wird.

Tagesentschädigung für vorübergehende vollständige Erwerbsunfähigkeit

Diese Leistung wird ab dem vierten Tag nach dem Unfall oder dem Einsetzen der Erkrankung bis zur Genesung gezahlt. Die Leistung beläuft sich auf 60% des täglichen Einkommens, basierend auf den 15 Tagen vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit bis hin zum 90. Tag der Abwesenheit; ab dem 91. Tag entspricht sie 75% des täglichen Einkommens.

Dauernde Erwerbsunfähigkeit

Die Leistung erfolgt in Form einer Kapitalzahlung, falls der erlittene Schaden zwischen 6% und 15% bewertet wird, und in Form einer Lebensrente, falls der erlittene Schaden mindestens 16% beträgt.

Liegt die gesundheitliche Schädigung einer Person bei mindestens 16%, so wird davon ausgegangen, dass sich dies auch auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt; daher wird in solchen Fällen ein Ausgleich gewährt, der sowohl die Auswirkungen der Einkommensminderung als auch die Beeinträchtigung der Lebensqualität erfassen soll. Die Höhe der Rente richtet sich nach dem im Jahr vor dem Unfall oder dem Ausbruch der Krankheit bezogenen Arbeitsentgelt und nach dem Grad der Erwerbsminderung.

Die Renten wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit werden jedes Jahr angepasst, seit dem 1. Juli durch Ministerialverordnung basierend auf dem Verbraucherpreisindex. In den ersten zwei Jahren kann der Grad der Erwerbsminderung jederzeit von Amts wegen oder auf Antrag neu festgestellt werden, danach mindestens jährlich. Dem Antrag auf Neufeststellung ist ein ärztliches Attest beizufügen. Die Rente erhöht sich um ein Zwanzigstel für jedes unterhaltsberechtigzte Kind.

Monatliche Beihilfe für persönliche Betreuung

Ist bei dauernder vollständiger Erwerbsunfähigkeit ständige Pflege durch eine Pflegeperson zur Ausführung der alltäglichen Verrichtungen unerlässlich und wird diese nicht unmittelbar vom INAIL, dem Krankenhaus am Ort der stationären Behandlung oder von einem anderen Träger geleistet, so wird eine monatliche Beihilfe (*assegno di assistenza personale e continuativa*, entsprechend €°526,26 für das Jahr 2013) gewährt. Diese Beihilfe wird zusätzlich zur Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt.

Hinterbliebenenrente

Hinterbliebene eines Arbeitnehmers, der infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit verstirbt, erhalten eine monatliche Rente in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes des letzten Jahresentgelts des Verstorbenen. Diese Prozentsätze betragen:

- 50% für den hinterbliebenen Ehepartner;
- 20% für jedes Kind unter 18 Jahren. Bei Besuch einer weiterführenden Schule oder Fachschule besteht der Anspruch auf diese Rente bis zur Vollendung des 21., bei einem Hochschulstudium bis zur Vollendung des 26. Lebensjahrs;
- 40% je Kind bei Vollwaisen.

Falls der Verstorbene keinen hinterbliebenen Ehepartner oder Kinder hinterlassen hat:

- 20% für jeden Elternteil, wenn der Verstorbene bis zu seinem Tod Unterhalt an die Eltern gezahlt hat;
- 20% für jeden Bruder oder jede Schwester, für die der Verstorbene bis zu seinem Tod Unterhalt geleistet hat.

Sterbegeld

Das INAIL zahlt Hinterbliebenen ein einmaliges Sterbegeld, wenn sie den Nachweis erbringen können, dass ihnen im Zusammenhang mit dem durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Tod des Versicherten zusätzliche Ausgaben entstanden sind (entsprechend € 2.108,62 für das Jahr 2013).

Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Bei einem **Arbeitsunfall** muss der Arbeitnehmer den Arbeitgeber umgehend benachrichtigen. Wenn die durch den Unfall entstandenen Verletzungen nicht innerhalb von drei Tagen ausheilen können, muss der Arbeitgeber dies innerhalb von zwei Tagen, nachdem er von dem Unfall Kenntnis erhalten hat, dem INAIL melden.

Seit dem 1. Januar 2010 kann der entsprechende Antrag nur elektronisch über ein Online Verfahren beim INAIL eingereicht werden, entweder direkt durch den Antragsteller oder einem Familienmitglied oder durch einen Vermittler der "Patronati" (autorisierte Zentren für rechtliche und praktische Ratschläge/Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge), die kostenfreie Unterstützung anbieten.

Unfallmeldungen online für das INAIL können über die Internetadresse <http://www.inail.it> gesendet werden.

Tödliche Unfälle müssen innerhalb von 24 Stunden gemeldet werden.

Berufskrankheiten müssen dem Arbeitgeber innerhalb von 15 Tagen nach Eintreten der Krankheit mitgeteilt werden. Auf Erhalt der notwendigen medizinischen Belege muss der Arbeitgeber innerhalb von 5 Tagen INAIL informieren. Im Fall, dass diese Mitteilungen nicht erfolgen unter obengenannten Konditionen, hat der versicherte Arbeiter für weitere drei Jahre Zeit einen Leistungsanspruch zu stellen, bevor sein Anspruch durch Verjährung ungültig wird.

Kapitel IX: Familienleistungen

Anspruch auf Familienleistungen

Arbeitnehmer, Rentenempfänger sowie Bezieher von Lohnersatzleistungen haben Anspruch auf Familienleistungen.

Abgedeckte Leistungen

Die Höhe dieser Beihilfen hängt von der Anzahl der Familienmitglieder und vom Familieneinkommen ab. Dieses muss zu mindestens 70% aus abhängiger Beschäftigung stammen, wenn es sich um Arbeitnehmer handelt, wobei für Arbeiter mit atypischen, befristeten Verträgen, die bei dem gesonderten Rentensystem des Nationalen Institut für soziale Sicherheit gemeldet sind mindestens 70% des Einkommens aus ihrer Erwerbstätigkeit stammen muss.

Zu einem Haushalt zählen der Antragsteller, dessen Ehepartner, sofern er nicht rechtskräftig oder de facto von diesem getrennt lebt, sowie die Kinder bzw. diesen gleichgestellte Personen unter 18 Jahren sowie behinderte Kinder in jedem Alter, des Weiteren Nichten und Neffen unter 18 Jahren, wenn sie gegenüber einem direkten Verwandten in aufsteigender Linie (Großvater oder Großmutter) unterhaltsberechtig sind, wenn sie bedürftig sind und ein Großelternteil für ihren Unterhalt sorgt.

Bei der Berechnung des Familieneinkommens werden sämtliche Einkünfte aller Haushaltsmitglieder berücksichtigt, einschließlich absetzbarer Aufwendungen und Steuerabzüge, und zwar getrennt besteuerte und steuerfreie Einkünfte, sofern sie über ca. € 1.000 betragen. Bestimmte Einkommensarten sind jedoch ausgenommen.

Die Einkommensbegrenzung wird jedes Jahr zum 1. Juli entsprechend der vom ISTAT (dem italienischen Statistikamt) berechneten Differenz des Verbraucherpreisindex angepasst.

Für Landwirte, Teilpächter und Kleinbauern sowie für einige Gruppen von Selbstständigen gilt nach wie vor die ältere Regelung über Familienleistungen, und die Regelungen für Rentenerhöhungen und -zulagen gelten weiterhin für Empfänger von Renten gemäß den Sondersystemen für Selbstständige.

Bezug von Familienleistungen

Um die genannten Leistungen zu beantragen, müssen Sie sich an die Behörde des INPS Ihres Wohnsitzes wenden. Weitere Informationen erhalten Sie auf der INPS-Internetseite unter <http://www.inps.it>.

Seit dem 1. Januar 2010 kann der entsprechende Antrag nur elektronisch über ein Online Verfahren beim INPS eingereicht werden, entweder direkt durch den Antragsteller oder einem Familienmitglied oder durch einen Vermittler der "Patronati" (autorisierte Zentren für rechtliche und praktische Ratschläge/Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge), die kostenfreie Unterstützung anbieten.

Kapitel X: Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Seit 2013 ist Arbeitslosenhilfe in Italien bekannt unter dem Namen ASpl (*Assegno Sociale per l'Impiego*, Sozialleistungen für Erwerbstätigkeit). Es ist eine Form der Entschädigung für Beschäftigte, die entlassen wurden.

ASpl wird nicht bei Kündigung durch den Arbeitnehmer gezahlt, sofern nicht ein guter Grund hierfür besteht. Anspruch haben Arbeitnehmer, Auszubildende, Mitglieder einer Genossenschaft und Angestellte im Showgewerbe.

Die vormaligen besonderen Arbeitslosenbeihilfen für entlassene Arbeiter im Baugewerbe und die speziellen Regelungen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer bestehen nicht länger.

Um ASpl beanspruchen zu können, muss ein Arbeiter mindestens zwei Jahre beim Nationalen Institut für soziale Sicherheit (*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS)*) versichert gewesen sein und in den zwei der Entlassung vorausgegangenen Jahren mindestens 52 Wochen lang Beiträge entrichtet haben.

Arbeitslose die keinen Anspruch auf ASpl haben, können Anspruch auf Mini ASpl haben, wenn sie in den letzten 12 Monaten vor der Entlassung 13 Beitragswochen erfüllt haben.

Abgedeckte Leistungen

ASpl und Mini ASpl

Die Berechnung der Leistung erfolgt als Prozentsatz des monatlichen Bruttoeinkommens des Arbeiters in den letzten zwei Jahren vor der Entlassung. Es entspricht 75% des monatlichen Bemessungseinkommens mit einer monatlichen Einkommensgrenze von €^o1.180,00 im Jahr 2013 und 75% der €^o1.180,00 plus 25% des Teils des tatsächlichen monatlichen Gehalts des Arbeiters, das die genannte Bemessungsgrenze übersteigt, wenn das monatliche Gehalt höher ist als der besagte Betrag.

Der zu zahlende Höchstbetrag liegt bei € 1.119,32 pro Monat.

Nach 6 Monaten wird der Leistungsbetrag auf 60% des monatlichen Bemessungseinkommens und nach 12 Monaten auf 45% reduziert.

In der Übergangszeit von 2013-2015 wird die Zahlungsdauer von ASpl je nach Kalenderjahr, in dem der Arbeiter entlassen wurde, und seinem Alter variieren:

- Arbeiter im Alter von unter 50 Jahren, die in den Jahren 2013 oder 2014 entlassen wurden wird ASpl für 8 Monate gewährt; die Leistung wird ihnen für 10 Monate gewährt wenn sie im Jahr 2015 entlassen wurden.
- Arbeiter im Alter von 50 bis 54 Jahren, die in den Jahren von 2013 bis 2015 entlassen wurden wird ASpl für 12 Monate gewährt.

- Arbeiter im Alter von 55 Jahren oder älter, die in den Jahren 2013, 2014 und 2015 entlassen wurden, wird ASpl für einen Zeitraum von jeweils 12, 14 oder 16 Monaten gewährt.

Ab Januar 2016:

- Arbeitern im Alter von unter 55 Jahren wird ASpl für 12 Monate gewährt ;
- Arbeitern im Alter ab 55 Jahren wird ASpl für 18 Monate gewährt.

Die Höhe des Betrages von Mini ASpl entspricht dem Betrag von ASpl, es wird jedoch für einen kürzeren Zeitraum gewährt.

Die Wochen während denen die arbeitslose Person ASpl oder Mini ASpl erhalten hat, gelten als fiktive Beitragszeiten und werden für den Rentenanspruch und die Rentenberechnung berücksichtigt. Dies ist nicht zutreffend, wenn im Alter von 70 Jahren, Anspruch auf die Rente mithilfe der Mindestversicherungszeit von 5 Jahren gemacht wird.

Personen, die Anspruch auf Arbeitslosengeld (ASpl und Mini ASpl) haben, erhalten Familienbeihilfen zu denselben Bedingungen wie erwerbstätige Arbeitnehmer.

Mobilitätsunterstützung

Die Mobilitätsunterstützung die an Arbeiter gezahlt wird, die aufgrund von Stellenabbau oder Geschäftsaufgabe des Unternehmens bei dem sie angestellt waren, entlassen wurden wird bis 2017 auslaufen und durch ASpl ersetzt werden.

Diese Form der „langfristigen Mobilität“ wurde gegenwärtig auch auf Beschäftigte ausgedehnt, die in bestimmten Produktionssektoren beschäftigt sind, in denen krisengeplagte Unternehmen einbezogen sind, die am Programm für Lohnergänzungen teilnehmen. Diese Leistung beläuft sich im ersten Jahr auf 100% des Betrages der Lohnergänzung, anschließend auf 80%. Beschäftigte, die sich allein oder gemeinsam mit anderen selbstständig machen wollen, können die gesamte Leistung im Voraus als Einmalzahlung erhalten.

Zeiten, in denen Mobilitätsunterstützung gezahlt wurde, werden bei der Ermittlung des Rentenanspruchs und bei der Höhe der Rente berücksichtigt. Personen, die diese Leistung erhalten, können eine Teilzeit- oder befristete Beschäftigung ausüben, ohne ihren Anspruch auf Mobilitätsunterstützung zu verlieren; diese wird lediglich für die Tage der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit ausgesetzt.

Normale Lohnergänzung

Die normale Lohnergänzung, die von der Lohnausgleichskasse (Cassa integrazione guadagni) gezahlt und von den örtlichen Provinzausschüssen genehmigt wird, können Arbeiter, Angestellte und leitende Angestellte in gewerblichen Unternehmen im Allgemeinen sowie in Industrie- und Handwerksbetrieben des Bau- und Steinbruchsektors erhalten, wenn sie von einer Reduzierung oder Einstellung der Tätigkeit wegen aktueller Schwierigkeiten, die weder die Unternehmensführung noch die Beschäftigten zu verantworten haben, oder die infolge vorübergehender Marktbedingungen aufgetreten sind, betroffen sind.

Außerordentliche Lohnergänzung

Außerordentliche Lohnergänzung – vom Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik per Dekret genehmigt – soll die Einkommen von Arbeitern und Angestellten in

gewerblichen Unternehmen (einschließlich jener im Bau- und Steinbruchsektor und in Vertragsfirmen des Gastronomie- und Reinigungssektors) sichern, die infolge einer Umstrukturierung, Neuorganisation oder Umstellung des Betriebs oder aufgrund einer Wirtschaftskrise, eines Konkurses, eines Vergleichs oder einer Zwangsliquidation aufhören müssen zu arbeiten.

Diese Regelung gilt auch für Handels-, Versand- und Transportunternehmen sowie für Reisebüros und Fremdenverkehrsbetriebe mit mehr als 50 Beschäftigten (ohne Auszubildende und aufgrund von Ausbildungs- und Beschäftigungsförderungsverträgen eingestelltes Personal) sowie für Sicherheitsunternehmen.

Voraussetzung ist, dass der Betrieb in den sechs Monaten vor Antragstellung im Durchschnitt 15 Beschäftigte hatte.

Außerordentliche Lohnergänzung kann im Falle von Konkursvollstreckungsverfahren maximal 18 Monate, bei wirtschaftlichen Krisen maximal 12 Monate und bei Umstrukturierungen maximal 24 Monate lang gezahlt werden, soweit sie nicht gesetzlich verlängert wird.

Die normale und die außerordentliche Lohnergänzung belaufen sich auf 80% des Gesamtentgelts, das dem Arbeitnehmer für die entgangenen Arbeitsstunden zugestanden hätte. Der Betrag der normalen und der außerordentlichen Lohnergänzung darf eine monatliche Höchstgrenze, die jährlich angepasst wird, nicht überschreiten.

Bezug von Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Alle Leistungen bei Arbeitslosigkeit werden beim INPS beantragt und von diesem mit einem monatlichen Scheck direkt ausgezahlt. Gleichzeitig muss der Antragsteller auch die relevante Erklärung der Verfügbarkeit zur Rekrutierung für einen neuen Job oder für Umschulung (so genannte DID: „*Dichiarazione d'Immediata Disponibilità al reimpiego*“) einreichen.

- Anträge auf normales Arbeitslosengeld (ASpI) müssen an die zuständigen Behörden des INPS innerhalb von 68 Tagen nach der Entlassung gestellt werden.
- Anträge auf Mobilitätsunterstützung müssen auch an die zuständigen Behörden des INPS und das Anfrageformular beim lokalen Arbeitsamt (*centro per l'impiego*) innerhalb von 68 Tagen nach der Entlassung gestellt werden.
- Anträge auf normale Lohnergänzung müssen vom Arbeitgeber bei der zuständigen Behörde des INPS innerhalb von 25 Tagen nach Einstellung der Beschäftigung gestellt werden und die Leistungen werden ab Beginn der Woche der Arbeitseinstellung oder –reduzierung gewährt.
- Anträge auf außerordentliche Lohnergänzung müssen vom Arbeitgeber beim Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik innerhalb von 25 Tagen nach Einstellung der Beschäftigung gestellt werden und die Leistungen werden ab Beginn der Woche der Arbeitseinstellung oder –reduzierung gewährt.

Seit dem 1. Januar 2010 kann der entsprechende Antrag nur elektronisch über ein Online Verfahren beim INPS eingereicht werden, entweder direkt durch den Antragsteller oder einem Familienmitglied oder durch einen Vermittler der „Patronati“

(autorisierte Zentren für rechtliche und praktische Ratschläge/Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge), die kostenfreie Unterstützung anbieten.

Jeder Arbeiter, der ohne die zuständige Behörde des INPS vorher zu informieren, eine Erwerbstätigkeit aufnimmt, während er Arbeitslosengeld erhält, verliert seinen Anspruch auf Leistungen. Der Arbeitgeber der einen Arbeiter anstellt, welcher Arbeitslosengeld erhält, trägt ebenfalls die Verantwortung, dies der zuständigen Behörde des INPS zu melden.

Kapitel XI: Mindestsicherung

Anspruch auf Leistungen zur Mindestsicherung

Auf kommunaler Ebene ist Unterstützung für Einzelpersonen bzw. Familien verfügbar, die sich in sozialen bzw. wirtschaftlichen Notlagen befinden. Das Gesetz kennt jedoch keine allgemeinen Bedingungen oder Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen, da die Gewährung dieser Leistungen in den Verantwortungsbereich der Gemeinden fällt. Diese Leistungen können sowohl Geld- als auch Sachleistungen umfassen (Interventionen durch Sozialarbeiter). Auf nationaler Ebene gibt es keine zwingenden Voraussetzungen bezüglich der Staatsangehörigkeit; grundsätzlich muss der Wohnsitz jedoch in der Region oder Gemeinde liegen, die die Leistung gewährt.

In der Regel sind die Subventionen nach Einreichen der Haushalts-ISEE gewährt. (Der ISEE ist ein Indikator der über die wirtschaftliche Situation eines Haushalts informiert.)

Abgedeckte Leistungen

Je nach Region und Gemeinde sind unterschiedliche Regelungen vorgesehen. Jede Gemeinde ist für die Umsetzung ihrer politischen Zielsetzungen über soziale Interventionen in ihrem Gebiet verantwortlich, unter Berücksichtigung der regionalen Gesetzgebung und im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

Bezug von Leistungen zur Mindestsicherung

Informationen und Antragsverfahren sind auf kommunaler Ebene verfügbar.

Kapitel XII: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Sozialversicherung und der Sozialhilfe gibt es Leistungen, die als Leistungen zur Absicherung der Pflegebedürftigkeit betrachtet werden können. Die Ersteren sind beitragsabhängig und wurden im Abschnitt über [Invaliditätsleistungen](#) behandelt. Die Letzteren basieren auf Sozialhilfe und können sowohl als Geld- als auch als Sachleistungen erbracht werden (monatliche Unterstützungsbeihilfe), an Bürger mit Behinderungen, die sich nicht selber versorgen können, ungeachtet der Gewährung von einer Invaliditätsbeihilfe oder einer Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Begünstigten müssen folgende Bedingungen erfüllen:

- nicht dazu in der Lage sein ohne dauerhafte Unterstützung einer Pflegeperson zu laufen;
- Bedarf an dauerhafter Unterstützung zur Ausführung der alltäglichen Verrichtungen.

Der Leistungsanspruch unterliegt der Beurteilung des Grades der Bedürftigkeit durch eine „gemischte“ forensische Ärztekommision (bestehend aus forensischen Ärzten der Gesundheitszentren der Gemeinden und des INPS), die auch Nachuntersuchungen verlangen kann. Der Leistungsanspruch unterliegt einer Bedürftigkeitsprüfung.

Abgedeckte Leistungen

Die Unterstützungsbeihilfe für Personen mit Behinderung liegt bei €°499,27 (€ 481,57 für Empfänger von Erwerbsunfähigkeitsrente; €°846,16 für vollständig erblindete Personen). Personen mit Behinderung, Taubstumme und vollständig erblindete Personen in Heimen sowie teilweise erblindete Personen erhalten eine Geldleistung von €°275,87 (€°298,33 für nicht-hospitalisierte vollständig erblindete Personen). Die spezielle Geldleistung für teilweise erblindete Personen ist €°196,78, derweil die Kommunikationsbeihilfe für Taubstumme €°249.04 beträgt.

Häusliche Pflegedienste und Aufenthalte in Tagespflegeheimen sind verfügbar; sie bieten häusliche Hilfe, Auslieferung von Mahlzeiten, medizinische Behandlungen und Krankenpflege. In sehr ernsten Fällen wird vollstationäre Pflege angeboten. Die Aufenthaltsdauer ist abhängig vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. In sehr ernsten Fällen werden technische Hilfsmittel gewährt. Vorgesehen sind auch Leistungen (auch in Form von Mehrwertsteuerermäßigungen beim Kauf der benötigten Werkzeuge) als Beitrag zum:

- Erwerb von Prothesen oder sonstigen notwendigen medizinischen Hilfsmitteln;
- Erwerb oder behindertengerechten Umbau privater Transportmittel;
- Erwerb von Hilfsmitteln, die die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit gestatten.

Bezug von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Anträge für **Geldleistungen** bei Pflegebedürftigkeit können entweder von der Person mit Behinderungen selbst oder einem Verwandten eingereicht werden. Sie werden in Form von Pflegebeihilfen gewährt.

Seit dem 1. Januar 2010 kann der entsprechende Antrag nur elektronisch über ein Online Verfahren beim INPS eingereicht werden, entweder direkt durch den Antragsteller oder einem Familienmitglied oder durch einen Vermittler der "*Patronati*" (autorisierte Zentren für rechtliche und praktische Ratschläge/Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge), die kostenfreie Unterstützung anbieten. Der Antrag wird dann an den lokalen Gesundheitsdienst (USL) übermittelt, der das Datum für die ärztliche Beurteilung festlegt.

Anträge für **Sachleistungen** bei Pflegebedürftigkeit werden vom Vermittler des Hausarztes der Person mit Behinderungen bei dem lokalen Gesundheitsdienst eingereicht. Sachleistungen können folgende Formen annehmen: häusliche Pflege; Pflege durch familiäre Pflegepersonen, Pflege in Krankenhäusern und Pflege in Altersheimen.

Anhang: Nützliche Kontaktdaten und Internetadressen

Für Fragen der sozialen Sicherheit, die mehr als einen Mitgliedstaat der EU betreffen, können Sie in dem von der Kommission geführten Verzeichnis der Träger einen Kontakt-Träger in Europa auswählen. Das Verzeichnis finden Sie unter <http://ec.europa.eu/social-security-directory>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Via Veneto, 56
00187 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: + 800 196 196
E-Mail: centrodiconatto@lavoro.gov.it
Webseite: <http://www.lavoro.gov.it>

Ministero della Salute

Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: +39-06.5994.1
Webseite: <http://www.salute.gov.it>

Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS)

Via Ciro il Grande, n. 21
00144 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: +803.164
Webseite: <http://www.inps.it>

Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Piazzale G. Pastore, 6
00144 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: +803.164
Webseite: <http://www.inail.it>

Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti Italiani (INPGI)

Via Nizza, 35
00198 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: +39 06-85781
Webseite: <http://www.inpgi.it>

INPS gestione (ex-ENPALS)

Viale Regina Margherita, 206
00198 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: +800.462.693
Webseite: <http://www.inps.it>

INPS gestione (ex-INPDAP)

Via S. Croce in Gerusalemme, 55
00100 Roma
Gebührenfreie Rufnummer: +800.105.000
Webseite: <http://www.inps.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Medici (ENPAM)

Via Torino, 38
00184 Roma
Webseite: <http://www.enpam.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Farmacisti (ENPAF)

Viale Pasteur, 49
00144 Roma
Webseite: <http://www.enpaf.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Veterinari (ENPAV)

Via Castelfidardo, 41
00185 Roma
Webseite: <http://www.enpav.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL)

Viale del Caravaggio, 78
00147 Roma
Webseite: <http://www.enpacl.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza per gli infermieri (ENPAPI)

Via Alessandro Farnese, 3
00192 Roma
Webseite: <http://www.enpapi.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza Infermieri professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI)

Lungo Tevere Dei Mellini, 27
00193 Roma
Webseite: <http://www.ipasvi.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza ingegneri e architetti (INARCASSA)

Via Salaria, 229
00199 Roma
Webseite: <http://www.inarcassa.it>

Cassa Italiana di Previdenza dei geometri liberi professionisti

Lungotevere Arnaldo da Brescia, 4
00196 Roma
Webseite: <http://www.cassageometri.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza Forense

Via Ennio Quirino Visconti, 8
00193 Roma
Webseite: <http://www.cassaforense.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza dottori commercialisti

Via della Purificazione, 31
00187 Roma
Webseite: <http://www.cnpadc.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza ragionieri e periti commerciali

Via Pinciana, 35
00198 Roma
Webseite: <http://www.cassaragionieri.it>

Cassa Nazionale Notariato

Via Flaminia, 160
00196 Roma
Webseite: <http://www.cassanotariato.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza a favore dei biologi (ENPAB)

Via di Porta Lavernale, 12
00153 Roma
Webseite: <http://www.enpab.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza per gli psicologi (ENPAP)

Via Andrea Cesalpino, 1
00161 Roma
Webseite: <http://www.enpap.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza dei periti industriali (EPPI)

Piazza della Croce Rossa, 3
00161 Roma
Webseite: <http://www.eppi.it>

**Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza degli agronomi e forestali, degli
attuari, dei chimici e dei geologi (EPAP)**

Via Vicenza, 7
00185 Roma
Webseite: <http://www.epap.it>

**Ente Nazionale di Assistenza per gli agenti e rappresentanti di commercio
(ENASARCO)**

Via Antoniotto Usodimare, 53
00154 Roma
Webseite: <http://www.ensarco.it>

Fondo Nazionale Previdenza per gli agenti doganali (FASC)

Via T. Gulli, 39
20147 Milano
Webseite: <http://www.fasc.it>

**Ente Nazionale Previdenza per gli addetti e gli impiegati in agricoltura
(ENPAIA)**

Viale Beethoven, 48
00144 Roma
Webseite: <http://www.enpaia.it>