



Commissione
europea

I diritti di previdenza sociale

in Italia

Le informazioni fornite nella presente guida sono state elaborate e aggiornate in stretta collaborazione con i corrispondenti nazionali del Sistema di informazione reciproca sulla protezione sociale nell'Unione europea (MISSOC).

Ulteriori informazioni sulla rete MISSOC sono disponibili all'indirizzo:

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

La presente guida fornisce una descrizione generale delle disposizioni in materia di previdenza sociale nei rispettivi paesi. Per ottenere maggiori informazioni consultare ulteriori pubblicazioni MISSOC disponibili al link succitato. In alternativa è possibile contattare gli enti e le autorità competenti riportati nell'allegato alla presente guida.

Né la Commissione europea né alcuna persona che agisca a nome della Commissione europea può essere considerata responsabile dell'uso che dovesse essere fatto delle informazioni contenute nella presente pubblicazione.

Indice

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento	4
Sommaro	4
Organizzazione della protezione sociale	5
Finanziamento	5
Capitolo II: Assistenza sanitaria	8
Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria	8
Rischi coperti	8
Come beneficiare delle prestazioni sanitarie	9
Capitolo III : Prestazioni di malattia in denaro	11
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	11
Rischi coperti	11
Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	11
Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità	12
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità	12
Rischi coperti	12
Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità	13
Capitolo V: Prestazioni di invalidità	14
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità	14
Rischi coperti	14
Come beneficiare delle prestazioni di invalidità	15
Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia	16
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	16
Rischi coperti	17
Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	18
Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti	19
Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti	19
Rischi coperti	19
Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti	19
Capitolo VIII: Prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	21
Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	21
Rischi coperti	21
Come beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali	23
Capitolo IX: Prestazioni familiari	24
Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari	24
Rischi coperti	24
Come beneficiare delle prestazioni familiari	24
Capitolo X: Disoccupazione	25
Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione	25
Rischi coperti	25
Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione	27
Capitolo XI: Risorse minime	28
Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	28
Rischi coperti	28
Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	28
Capitolo XII: Assistenza di lunga durata	29
Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine	29
Rischi coperti	29
Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine	29
Allegato: Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili	31

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento

Sommario

La legislazione italiana prevede la copertura dei seguenti settori previdenziali: vecchiaia, invalidità, reversibilità, malattia, disoccupazione, pensione anticipata, famiglia, prestazioni di maternità e quelle di paternità equivalenti, nonché prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali.

Tutti i lavoratori che svolgono la propria attività lucrativa nel territorio italiano sono obbligatoriamente coperti dalla previdenza sociale.

Sia i dipendenti del settore privato, sia i lavoratori autonomi devono obbligatoriamente registrarsi al regime di assicurazione generale obbligatoria (AGO).

Gran parte delle suddette prestazioni gestite dal regime di assicurazione generale obbligatoria sono concesse alle seguenti categorie di lavoratori: dipendenti del settore privato, lavoratori autonomi (compresi i commercianti, gli artigiani, i mezzadri, i coltivatori diretti e i locatari), nonché lavoratori parasubordinati o informali, tutti registrati presso l'**INPS** (Istituto nazionale della previdenza sociale). I dipendenti pubblici, precedentemente assicurati presso l'INPDAP come pure i lavoratori dello spettacolo e gli sportivi, che prima erano assicurati presso l'**ENPALS**, sono anch'essi assicurati presso l'**INPS**, a partire da gennaio 2012. Inoltre, l'INPS gestisce alcune casse e fondi speciali di previdenza riguardanti particolari categorie di lavoratori quali: ferrotranviari, esattori, dazieri, telefonici, dipendenti di aziende del gas private, clero e personale di volo dell'aviazione civile.

Altre casse/regimi pensionistici speciali riscuotono contributi ed erogano prestazioni ad alcune categorie di lavoratori quali: giornalisti (assicurati presso l'INPGI); professionisti come avvocati, medici, ingegneri, architetti, ecc., ciascuno iscritto al proprio [regime o fondo pensionistico speciale](#).

L'**INAIL** (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro) gestisce il regime assicurativo, finanziato mediante i contributi versati dai datori di lavoro, che garantisce protezione ai lavoratori in caso di infortuni o morte sul lavoro e malattie professionali. L'INAIL concede prestazioni di natura temporanea o pensioni a vita in caso di disabilità permanente oppure indennità in caso di morte.

Il sistema prevede inoltre prestazioni di sostegno al reddito, soggette ad accertamento reddituale, e prestazioni di assistenza a lungo termine a famiglie e persone in condizioni di necessità, in relazione all'età, al basso reddito o all'invalidità fisica. Queste prestazioni previdenziali sono finanziate mediante il gettito fiscale generale e sono erogate dall'INPS o dal comune di pertinenza.

Le prestazioni sanitarie in natura sono concesse dal Servizio sanitario nazionale, finanziato mediante il gettito fiscale generale e gestito a livello regionale.

Dato che, ai sensi della legislazione previdenziale italiana, il regime generale obbligatorio gestito dall'INPS offre copertura previdenziale quasi al 90% della popolazione totale assicurata, di seguito si presterà particolare attenzione alle principali attività svolte da detto regime, oltre a fornire informazioni di carattere generale sugli altri regimi. Per ulteriori informazioni consultare i siti internet delle istituzioni competenti.

Organizzazione della protezione sociale

I suddetti enti di previdenza sociale e i fondi pensionistici professionali sono responsabili della riscossione dei contributi e dell'erogazione delle prestazioni. Al momento di attuare le disposizioni previste in materia di previdenza sociale, essi agiscono sotto la supervisione e la guida delle autorità ministeriali competenti, costituite da: il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il Ministero dell'Economia e Finanza e il Ministero della Salute.

In particolare, l'erogazione delle prestazioni sanitarie e di malattia in natura rientra nelle competenze del Ministero della Salute, responsabile dell'amministrazione delle risorse e della loro distribuzione agli enti regionali e comunali. A questi ultimi spetta il compito di fornire servizi sanitari mediante le aziende Sanitarie Locali, assicurandosi che le prestazioni minime, ossia i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), siano garantite/i.

Finanziamento

Il sistema previdenziale italiano è finanziato mediante i contributi assicurativi versati dai datori di lavoro e dai lavoratori subordinati, nonché mediante il gettito fiscale generale. Il Servizio sanitario nazionale è finanziato da tutte le persone che risiedono in Italia mediante il gettito fiscale generale.

Iscrizione al regime generale obbligatorio

Per il lavoratore subordinato è il datore di lavoro che deve adempiere a tutte le formalità necessarie. In caso di attività autonoma, è necessario iscriversi presso l'istituzione previdenziale competente.

Contributi obbligatori

I contributi dei **lavoratori subordinati** sono calcolati applicando alle retribuzioni corrisposte in ciascun periodo di paga le aliquote fissate dalla legge. L'entità dell'aliquota varia a seconda del settore di attività dell'azienda (industria, commercio, artigianato, credito, assicurazioni, ecc.) e a seconda della qualifica del lavoratore, del numero di dipendenti, della collocazione territoriale dell'impresa, ecc.

Per la determinazione della base imponibile per il calcolo dei contributi si considera retribuzione tutto ciò che il lavoratore riceve dal datore di lavoro in denaro o in natura al lordo di qualsiasi ritenuta, in dipendenza del rapporto di lavoro, con la sola eccezione delle voci tassativamente previste dalla legge. La retribuzione unitaria (oraria, giornaliera o mensile, a seconda della tipologia del rapporto di lavoro) non può essere inferiore al limite minimo stabilito per la categoria cui il lavoratore appartiene. Spetta al datore di lavoro versare i contributi all'ente previdenziale competente, anche per la parte a carico del lavoratore. I versamenti sono generalmente eseguiti con cadenza mensile.

I contributi dei **lavoratori autonomi** sono calcolati sulla totalità dei redditi d'impresa denunciati ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) per l'anno al quale il contributo si riferisce. Per determinate categorie di lavoratori autonomi si applicano disposizioni speciali, come nel caso dei familiari di un lavoratore autonomo che partecipano attivamente all'attività lucrativa (per i quali il versamento dei contributi è previsto a un'aliquota ridotta se hanno meno di 21 anni), dei coltivatori

diretti, dei mezzadri e dei coloni (che versano i propri contributi sotto forma di pro rata del reddito imponibile medio, stabilito annualmente dalla legge).

Contributi volontari

I contributi previdenziali possono essere versati su base volontaria anche da quegli assicurati che interrompano o cessino la loro attività lavorativa, sia alle dipendenze di terzi che autonoma, allo scopo di conservare o perfezionare i diritti pensionistici. Questi contributi versati volontariamente da detti assicurati sono equiparati per legge a quelli obbligatori. Per ottenere l'autorizzazione occorre avere almeno 5 anni di contributi in tutta la vita lavorativa oppure 3 anni di contributi nei 5 anni precedenti la domanda per l'assicurazione continuata volontaria o facoltativa. Solo per alcune categorie di lavoratori (stagionali, a tempo parziale, parasubordinati) è sufficiente almeno un anno di contribuzione nel quinquennio precedente la domanda. Il requisito contributivo può essere raggiunto cumulando i contributi versati come lavoratore dipendente e autonomo. Ai lavoratori parasubordinati può essere concesso di continuare a versare al proprio fondo pensionistico specifici contributi a titolo volontario (la cosiddetta gestione separata, vale a dire che la cassa in questione applica requisiti propri per l'erogazione delle prestazioni) per i periodi in cui non esercitano alcuna attività di lucro.

I contributi a titolo volontario possono essere versati, allo scopo di maturare i requisiti assicurativi, anche in caso di:

- congedo parentale (genitori che interrompono la propria attività lavorativa per dedicarsi all'educazione dei propri figli con età compresa fra i tre e gli otto anni);
- periodi di congedo dei quali usufruiscono i genitori che hanno necessità di accudire il proprio figlio malato, anche nel caso in cui questo sia un neonato.

L'importo della contribuzione viene determinato in base alle retribuzioni medie dell'anno precedente all'autorizzazione, con l'osservanza di un limite minimo corrispondente al 40% dell'importo del trattamento minimo di pensione stabilito per legge dal 1° gennaio di ciascun anno. I versamenti effettuati per una classe inferiore a quella attribuita comportano la riduzione proporzionale del numero di contributi settimanali effettivamente maturati dall'assicurato.

I contributi sono versati per periodi trimestrali.

Riscatto dei periodi non coperti da assicurazione

In determinate situazioni è possibile versare contributi per riscattare i periodi in cui non si era assicurati. Per esempio, ciò vale per gli anni di studio universitario in corso, nonché per i periodi di lavoro all'estero in paesi con cui l'Italia non ha siglato accordi in materia di previdenza sociale. Il lavoratore, inoltre, se ha già maturato almeno 5 anni di contributi, può riscattare i periodi non coperti dall'assicurazione perché dedicati all'educazione di un figlio o all'assistenza di familiari disabili.

Contributi figurativi

In talune situazioni i periodi contributivi possono essere considerati come dei periodi assicurativi anche se non sono stati effettivamente versati. I contributi figurativi possono essere presi in considerazione sia per raggiungere il diritto a una prestazione, sia per aumentarne l'importo. Ciononostante, i periodi di malattia e quelli di disoccupazione durante i quali l'interessato ha percepito un'indennità, non possono

essere utilizzati per raggiungere il diritto alla pensione di vecchiaia anticipata. I contributi figurativi vengono accreditati per:

- servizio militare e reimpiego;
- persecuzione politica o razziale;
- malattia e infortunio professionali;
- disoccupazione, malattia, tubercolosi, gravidanza e puerperio; congedo parentale;
- catastrofi naturali;
- integrazione di contributi per lavoratori con capacità lavorativa ridotta; assistenza a familiari affetti da disabilità grave;
- contratti di solidarietà; donazione gratuita di sangue; aspettativa per cariche pubbliche o sindacali; lavori socialmente utili e di utilità pubblica.

Capitolo II: Assistenza sanitaria

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

Il Servizio sanitario pubblico si basa sulla residenza. L'assistenza sanitaria spetta a chi è iscritto presso i centri sanitari (ASL) del proprio luogo di residenza e a tutti gli aventi diritto in base alle vigenti normative nazionali e comunitarie. Hanno diritto all'assistenza sanitaria tutti gli italiani residenti in Italia, tutte le persone che sono iscritte al regime di assistenza sanitaria o all'assicurazione malattia di un altro Stato membro dell'Unione europea che lavorano in Italia, nonché le persone a loro carico.

Rischi coperti

Le cure mediche o i medicinali possono essere forniti gratuitamente dall'ASL o da medici o farmacisti convenzionati, oppure attraverso il pagamento delle spese per le prestazioni ricevute da parte del paziente, che ne chiede in seguito il rimborso.

La maggior parte dei medicinali è elencata nel prontuario terapeutico, che riporta due categorie distinte di medicinali. La prima categoria è totalmente gratuita e comprende i medicinali per la cura di situazioni di urgenza, malattie ad alto rischio e patologie invalidanti e croniche. Per la seconda categoria, si deve pagare una parte del costo direttamente al farmacista al momento dell'acquisto del medicinale. Per ciascuna ricetta rilasciata dal medico si deve pagare un importo che resta a carico del paziente. Se un medico prescrive un medicinale che non è compreso nel prontuario terapeutico, il relativo costo è a carico del paziente.

Le persone che fruiscono di tale assistenza devono pagare parte del costo degli esami diagnostici e di laboratorio. L'assistenza ospedaliera è gratuita negli ospedali e nelle cliniche private, purché queste siano convenzionate con il Servizio sanitario nazionale (SSN). Salvo che nei casi di emergenza, per l'accettazione in ospedale occorre presentare la richiesta del medico generico. L'accettazione in cliniche private accreditate è soggetta ad autorizzazione preventiva da parte dell'unità sanitaria locale di appartenenza. Il ricovero in ospedale è gratuito. Tuttavia, se il paziente richiede condizioni di degenza particolari (camera singola, telefono, televisione), deve pagarne il costo addizionale.

In particolare, nel caso di prestazioni di maternità in natura, le cure ostetriche generiche vengono fornite direttamente e gratuitamente presso le strutture delle aziende sanitarie locali, compresi tutti gli esami preconcezionali e prenatali. Queste prestazioni possono essere offerte anche a domicilio da un'ostetrica convenzionata con il Servizio sanitario nazionale (SSN). Se il reddito del nucleo familiare non supera un dato importo annuo, stabilito per legge, le visite mediche e le analisi di laboratorio sono gratuite, sia per le madri che per i figli fino ai 6 anni.

Sebbene sia garantito un livello minimo uniforme delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale, tenuto conto dell'elevato livello di autonomia di cui godono le regioni italiane rispetto allo Stato in materia di sanità, è possibile che vi siano delle piccole differenze da una regione all'altra per quanto riguarda le condizioni e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, farmaceutiche e complementari.

L'assistenza medica disponibile comprende:

- le cure fornite da un medico generico a domicilio o presso il suo ambulatorio;
- le cure specialistiche pediatriche e ostetriche/ginecologiche;
- le cure specialistiche (comprese le cure dentistiche) in strutture pubbliche e in strutture esterne private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;
- il ricovero in ospedale (anche in caso di parto) in strutture sanitarie pubbliche (ospedali, cliniche, ecc.) e in strutture sanitarie private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale;
- i medicinali e i prodotti farmaceutici, prescritti da un medico generico o da uno specialista che opera nel quadro delle strutture del Servizio sanitario nazionale o di strutture da questo riconosciute.

Indennità antitubercolari

I tubercolotici sono coperti da disposizioni speciali; sono anche assicurati per le prestazioni di malattia e di maternità. Il regime speciale comprende cure mediche e prestazioni economiche. Ai lavoratori e ai loro familiari affetti da tubercolosi vengono corrisposte prestazioni in denaro a determinate condizioni, sempreché l'assicurato possa far valere almeno un anno di contribuzione nell'intera vita lavorativa.

Altre prestazioni supplementari

Il sistema sanitario nazionale offre prestazioni supplementari speciali. In generale, le prestazioni supplementari sono indirette e ne è rimborsata solo una parte del costo. L'assistenza pediatrica è garantita fino ai 12 anni di età. Si tratta esclusivamente di cure termali, cure ortopediche specifiche, protesi e determinate prestazioni di diagnostica strumentale. Per beneficiare di tali prestazioni occorre presentare all'ASL di appartenenza una domanda corredata da una relazione del medico curante.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Le prestazioni sanitarie (cure mediche) vengono fornite dall'Azienda sanitaria locale (ASL) del luogo di residenza dell'assicurato. L'ASL fa parte del Servizio sanitario nazionale (SSN).

Per iscriversi al Servizio sanitario nazionale e ricevere una tessera sanitaria occorre rivolgersi all'ASL del proprio luogo di residenza. I lavoratori subordinati o autonomi possono iscriversi subito dopo aver versato i contributi al regime di protezione nazionale. Al momento dell'iscrizione l'interessato sceglie il proprio medico curante da un elenco di medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale. L'assistenza generica viene fornita direttamente presso l'ambulatorio del medico dell'ASL del Servizio sanitario nazionale o presso strutture riconosciute dallo stesso.

Il paziente può rivolgersi soltanto al medico generico che ha scelto o, in sua assenza, al suo sostituto. In caso di assenza temporanea dal luogo di residenza o di permanenza è possibile, in casi di emergenza, rivolgersi a un qualsiasi medico convenzionato con il Servizio sanitario. In tal caso il paziente dovrà sostenere direttamente il costo di tali cure, che gli sarà rimborsato entro i limiti delle tariffe fissate. Per i casi urgenti esiste un servizio di guardia medica notturno, alla domenica e durante le festività.

Ad ogni cambio di residenza, l'assicurato dovrà iscriversi presso l'ASL del nuovo luogo di residenza. Nel caso della gente di mare o del personale di volo dell'aviazione civile,

l'assistenza sanitaria viene gestita da un ufficio particolare del ministero della Salute, l'Ufficio di sanità marittima e aerea.

Per trovare un'azienda sanitaria locale e i relativi recapiti, visitare il sito Internet del ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/infoSalute/infoSaluteHome.jsp>

Capitolo III : Prestazioni di malattia in denaro

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

L'indennità di malattia è un'indennità sostitutiva della retribuzione, che viene erogata ai lavoratori in caso di malattia a partire dal quarto giorno dal verificarsi dell'evento (non sono, cioè, indennizzabili i primi 3 giorni, salvo ricaduta) viene corrisposta per un massimo di 180 giorni per anno di calendario. Per i lavoratori a tempo determinato si applicano criteri differenti.

Rischi coperti

L'indennità, fatta eccezione per alcune categorie di lavoratori, viene corrisposta direttamente dal datore di lavoro e posta a conguaglio con le somme che devono essere versate all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) a titolo di contribuzione. L'importo delle prestazioni è, generalmente, pari al 50% della retribuzione per i primi 20 giorni di malattia, per passare al 66,66% dopo il ventesimo giorno.

In caso di tubercolosi, non è previsto un limite di tempo per le cure, ma viene stabilito un periodo massimo di due anni per ricevere sia l'indennità postsanatoriale che l'assegno di cura (rinnovabile di biennio in biennio).

Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

Il medico deve inviare il certificato all'INPS per via elettronica e fornirne una copia al lavoratore. Il datore di lavoro può accedere alle informazioni sulla prognosi del lavoratore digitando un codice PIN assegnatogli.

In caso di assenza ingiustificata del lavoratore alla visita di controllo è prevista la perdita totale dell'indennità di malattia fino a dieci giorni e, nell'ipotesi di una seconda assenza, la riduzione al 50% per il restante periodo. L'indennità non viene corrisposta per i giorni di ritardo nella trasmissione della certificazione.

Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità

Per le madri che svolgono un lavoro subordinato, o i padri, se del caso, la legge prevede l'obbligo/il diritto di usufruire di un congedo di maternità (paternità) retribuito di cinque mesi prima e dopo il parto.

Rischi coperti

Di norma, le **prestazioni di maternità** comprendono il congedo retribuito cui hanno diritto le lavoratrici subordinate in stato di gravidanza. Di fatto, esse sono tenute a interrompere l'attività lavorativa nei due mesi precedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto. In alternativa, dietro consenso del proprio medico, queste lavoratrici possono scegliere di interrompere l'attività lavorativa un mese prima del parto e quattro mesi dopo la nascita. Spetta, inoltre, in casi particolari, al padre che si prende cura del figlio e che sostituisce la madre (morte o malattia grave della madre, abbandono del figlio, ecc.). Le lavoratrici autonome, le donne che lavorano in libera professione, le lavoratrici atipiche e quelle con un contratto a tempo determinato iscritte al regime di gestione separata dell'INPS non hanno l'obbligo di astensione dal lavoro.

L'indennità viene versata, per un massimo di 3 mesi, anche alle lavoratrici che sono madri adottive o affidatarie di minori di età inferiore ai 6 anni (o minori di 18 anni in caso di adozioni o di affidamento internazionale in previsione di un'adozione).

L'indennità ammonta, per il periodo di astensione obbligatoria, all'80% della retribuzione.

Viene anche corrisposta direttamente dall'INPS alle lavoratrici autonome (coltivatrici dirette, mezzadre, artigiane ed esercenti attività commerciali) un'indennità giornaliera di maternità per i due mesi antecedenti la data presunta del parto e per i tre mesi successivi alla data effettiva del parto.

Le suddette indennità vengono generalmente corrisposte direttamente dal datore di lavoro e poste a conguaglio con le somme dovute all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS).

Per quanto riguarda il **congedo parentale**, nei primi 8 anni di vita del bambino, il padre e la madre, se sono lavoratori subordinati, hanno il diritto di assentarsi dal lavoro, anche contemporaneamente, per un periodo complessivo massimo di 11 mesi. Ciò è possibile anche per i genitori adottivi o affidatari. Il padre può usufruire del congedo anche nel periodo di astensione obbligatoria o dei congedi per allattamento della madre.

Anche le lavoratrici autonome possono beneficiare del congedo parentale, ma solamente per 3 mesi entro il primo anno di vita del bambino. Qualora intendano usufruire di tale congedo, in tale periodo essi devono sospendere l'attività lavorativa.

Il congedo parentale viene coperto mediante un'indennità, pari al 30% dello stipendio o della retribuzione "convenzionale", viene corrisposta, per entrambi i genitori, per un periodo massimo complessivo di 6 mesi durante i primi 3 anni del bambino (in caso di

adozione o affidamento, per i primi 3 anni successivi all'arrivo del bambino nella famiglia). Una volta superati i 6 mesi (e fin quando il bambino non raggiunge gli 8 anni di età), l'indennità viene versata a condizione che il reddito individuale del genitore richiedente non sia superiore a due volte e mezzo l'importo del trattamento minimo pensionistico in vigore a quella data.

Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità

Le domande per il congedo di maternità e per quello parentale devono essere indirizzate sia al datore di lavoro che all'INPS. Se riguarda il congedo per l'allattamento, la richiesta per l'indennità deve essere indirizzata esclusivamente al datore di lavoro e deve essere corredata da un certificato pertinente rilasciato dal medico curante del bambino, nonché da un'autocertificazione in cui si attesta che l'altro genitore non gode contemporaneamente dello stesso congedo.

Capitolo V: Prestazioni di invalidità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità

Tutti i lavoratori subordinati, nonché talune categorie di lavoratori autonomi (coltivatori diretti, mezzadri e coloni, artigiani e commercianti) sono assicurati contro il rischio di invalidità. Anche il lavoratore che esercita una libera professione (medico, ecc.) ha diritto a una pensione di inabilità, ma le regole variano notevolmente in funzione della categoria di appartenenza.

Assegno di invalidità

Tutti i lavoratori assicurati, con una riduzione permanente della capacità lavorativa superiore ai due terzi e 5 anni di contribuzione, 3 dei quali maturati nei 5 anni antecedenti la data di presentazione della domanda, possono beneficiare di un assegno di invalidità. Detto assegno viene corrisposto per un massimo di tre anni ma può essere prolungato per altri periodi successivi della durata di tre anni. Una volta che il diritto alle prestazioni è stato rivalutato, su richiesta del beneficiario, mediante tre valutazioni mediche e, di conseguenza, la corresponsione dell'assegno è stata prolungata per due volte consecutive, la prestazione può essere confermata a tempo indeterminato.

L'assegno di invalidità, pertanto, è caratterizzato da un lungo periodo di osservazione del lavoratore invalido, allo scopo di valutare un'eventuale guarigione, e dall'impossibilità di un suo trasferimento a eventuali coniugi superstiti.

Pensione di inabilità

Il lavoratore inabile assicurato cui, a causa di infermità o di un danno fisico o mentale, è stata attribuita un'incapacità totale e permanente a svolgere le attività per le quali era precedentemente predisposto, ha diritto a una pensione di inabilità.

Per poter beneficiare di questa pensione è necessario che il lavoratore abbia completato un periodo contributivo minimo di 5 anni, 3 dei quali maturati prima della presentazione della domanda, e che non abbia percepito altri redditi, compresi quelli derivanti da indennità per lavoro autonomo o di disoccupazione.

La pensione di inabilità può essere trasferita al coniuge superstite e viene sostituita dalla pensione di vecchiaia al raggiungimento dell'età pensionabile.

Rischi coperti

Invalidità e inabilità sono le due condizioni contemplate sulla base dei requisiti di ammissibilità specificati in precedenza.

È importante notare che:

- al compimento dell'età stabilita per il diritto alla pensione di vecchiaia, **l'assegno di invalidità** si trasforma in pensione di vecchiaia, in presenza dei requisiti di assicurazione e di contribuzione prescritti e a condizione che sia cessato il rapporto di lavoro, qualora l'interessato svolga attività lavorativa dipendente. Vengono

considerati ai fini del diritto, ma non della misura, anche i periodi di fruizione dell'assegno nei quali non sia stata prestata un'attività lavorativa;

- gli assegni ordinari di inabilità liquidati in conseguenza di infortunio sul lavoro o malattia professionale non sono cumulabili con la rendita vitalizia liquidata per lo stesso evento invalidante, fino a concorrenza della rendita. Sono stati fatti salvi i trattamenti previdenziali più favorevoli con decorrenza anteriore al settembre 1995, con riassorbimento sui futuri adeguamenti al costo della vita attuati per legge. Oltre a ciò, a decorrere dalla data di applicazione della suddetta riforma, quando viene corrisposto un assegno di invalidità a un beneficiario che percepisce un reddito superiore a un determinato tetto derivante da lavoro retribuito, da un'attività lavorativa autonoma o corrisposto da un'azienda, l'importo dell'assegno viene ridotto del 25-50 %. Anche in questo caso sono stati fatti salvi i trattamenti previdenziali più favorevoli con decorrenza anteriore al 1° settembre 1995, con riassorbimento sulle future modifiche al costo della vita attuate per legge;
- la pensione di inabilità è calcolata sulla base dell'importo dell'assegno di invalidità e da una maggiorazione rapportata all'incremento di anzianità contributiva che il pensionato avrebbe realizzato se avesse continuato a lavorare fino al raggiungimento dell'età pensionabile. Questa pensione risulta incompatibile con il reddito derivante da lavoro retribuito o da attività lavorativa autonoma, con l'indennità di disoccupazione e con altri assegni volti a sostituire o integrare il reddito percepito.
- i beneficiari di una pensione di inabilità che non sono più in grado di compiere le attività quotidiane di base della vita in seguito a un incidente sul lavoro, possono avere anche diritto a un *assegno di assistenza personale e continuativa* mensile, l'importo del quale è fissato in base al regime assicurativo obbligatorio gestito dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). La domanda dovrà essere corredata della documentazione relativa allo stato invalidante del richiedente. L'indennità è contributiva e non è cumulabile con l'assegno di tipo assistenziale erogato dall'INPS.

Come beneficiare delle prestazioni di invalidità

La richiesta per le prestazioni di inabilità deve essere inoltrata all'istituto previdenziale competente. I moduli sono disponibili presso il [sito web dell'istituto competente](#) e le domande devono essere trasmesse elettronicamente. I Patronati sono a disposizione per offrire assistenza gratuita. Gli assegni di invalidità e le pensioni di inabilità vengono corrisposti a partire dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è stata presentata la domanda o si è verificato l'evento invalidante.

Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

La legge di riforma sulle pensioni N. 214 del 22 dicembre 2011, ha ridotto a due i canali di accesso alla pensione: la pensione di vecchiaia e la pensione anticipata.

Le modifiche introdotte dalle nuove disposizioni di legge sono: l'innalzamento dell'età di pensionamento per la pensione di vecchiaia, suscettibile di ulteriori aumenti in base ai cambiamenti della speranza di vita; la flessibilità nell'accesso al pensionamento per la pensione anticipata.

A partire dal 1 gennaio 2012 l'età minima di pensionamento per gli uomini (dipendenti del settore privato, dipendenti pubblici e lavoratori autonomi) e per le donne del settore pubblico è 66 anni. Per quanto riguarda le dipendenti del settore privato, l'età di pensionamento è stata fissata a 62 anni (63 anni + 6 mesi per le lavoratrici autonome), ma tale età verrà gradualmente innalzata fino a raggiungere i 66 anni nel 2018.

Le precedenti tipologie di pensione, il prepensionamento e la pensione di anzianità, quest'ultima erogata in base al sistema delle "quote" (contributi + età) e con pagamenti differiti in base a piani di dilazione prestabiliti (le cosiddette "finestre"), sono stati soppressi e sostituiti dalla pensione anticipata, prevedono inoltre uno scaglione di flessibilità che disincentiva l'accesso anticipato al pensionamento (uno scaglione di età che va da un minimo di 66 anni, 62 per le donne, e un massimo di 70 anni, durante il quale il lavoratore può scegliere se lasciare la propria attività lavorativa o meno). Per incoraggiare l'invecchiamento attivo, i coefficienti di trasformazione che si applicano nel calcolo della prestazione sono stati rimodellati in base all'età (più è alta l'età, maggiore sarà l'importo della pensione).

L'accesso alla pensione, a prescindere dall'età, sarà comunque previsto attraverso la pensione anticipata, purché sia stato maturato un periodo contributivo di 42 anni + 1 mese per gli uomini e 41 anni + 1 mese per le donne. Questo requisito sarà inoltre soggetto ad ulteriori aumenti in base al cambiamento nel tasso della speranza di vita. Inoltre verrà applicata una riduzione dell'importo della pensione quale penalizzazione per disincentivare il pensionamento prima dei 62 anni di età. Tale adeguamento alla speranza di vita, applicato sia al requisito contributivo sia a quello dell'età, dovrà essere rivisto con cadenza triennale fino al 2018, e, successivamente, a partire dal 2019, con cadenza biennale.

I lavoratori assicurati che rientrano interamente nel sistema pensionistico contributivo (cioè, coloro che non hanno maturato alcun contributo prima del 31 dicembre 1995) possono avere diritto alla pensione anticipata al compimento dei 63 anni a condizione che abbiano maturato almeno 20 anni di contribuzione valida e che la prestazione loro spettante ammonti ad almeno 1,5 volte l'assegno sociale dell'anno corrente.

Il sistema di calcolo contributivo

A partire dal 1 gennaio 2012, si applica il sistema di calcolo contributivo per tutti i lavoratori assicurati, per tutti i periodi di assicurazione maturati a partire da gennaio 2012. Questo sistema prevede che i contributi maturati siano convertiti in pensioni

applicando i coefficienti di trasformazione determinati in base all'età della persona in pensione e la sua speranza di vita e, più precisamente, i nuovi coefficienti possono variare da un minimo del 6,38% a un massimo dell'8,41% (più è anziano il richiedente, maggiore sarà la pensione a cui avrà diritto).

Introdotta per la prima volta con la Legge 355/1995, questo metodo di calcolo (chiamato Sistema contributivo, che calcola la pensione di vecchiaia in base ai contributi) è già stato applicato ai lavoratori la cui storia contributiva è iniziata il 1 gennaio 1996 o successivamente.

In base a questo tipo di sistema di calcolo, i contributi vengono versati nel conto assicurativo del lavoratore, sulla base di un'aliquota che varia a seconda della categoria del lavoratore. L'importo ottenuto attraverso i contributi viene adeguato annualmente, in base alla variazione media quinquennale del PIL, calcolata dall'ISTAT (l'Istituto Italiano di Statistica) con riferimento ai cinque anni precedenti l'anno cui l'adeguamento si riferisce. L'importo così ottenuto (capitale versato più rivalutazione, il cosiddetto "montante contributivo") viene moltiplicato per il coefficiente di trasformazione correlato all'età del lavoratore nel momento in cui viene richiesta presentata la domanda di pensione. Le pensioni liquidate in base a questo sistema non possono essere integrate al minimo (si veda oltre).

Rischi coperti

Tutti i lavoratori subordinati, i lavoratori autonomi (piccoli coltivatori diretti, mezzadri e coloni, artigiani e commercianti) e i liberi professionisti sono coperti dalla contingenza della perdita della capacità lavorativa a causa dell'età e può essere loro riconosciuto il diritto alla pensione anticipata o a quella di vecchiaia in base a determinati requisiti che saranno gradualmente armonizzati per eliminare sia le differenze di sesso che di settore lavorativo (es. il requisito di 66 anni di età entro il 2018 per **tutti** i lavoratori assicurati per il diritto alla pensione di vecchiaia).

Dato che l'applicazione del sistema di calcolo contributivo avrà come effetto pensioni di importo inferiore, che non potranno essere integrate al raggiungimento minimo, la pensione di vecchiaia dovrà essere liquidata a condizione di poter garantire un importo minimo pari ad almeno 1,5 volte quello dell'assegno sociale corrente; la pensione anticipata, invece, sarà liquidata esclusivamente a condizione che sia stato maturato il requisito minimo di venti anni di contribuzione ed un importo minimo di pensione pari ad almeno 2,8 volte l'importo dell'assegno sociale.

Integrazione al trattamento minimo

Non è prevista l'integrazione al trattamento minimo per quei lavoratori che siano assicurati per la prima volta dopo il 1° gennaio 1996: pertanto solo le pensioni pagate in base al sistema di calcolo retributivo potranno essere integrate al trattamento minimo. Si tratta di una prestazione basata sul reddito, cui si avrà, pertanto, diritto se il reddito personale o quello del nucleo familiare (cioè il reddito personale sommato a quello del coniuge) non supera determinati limiti, che vengono stabiliti annualmente (questi limiti reddituali sono, rispettivamente: € 6.247,00 e € 18.741,00).

Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

La domanda di pensione deve essere presentata direttamente al competente Istituto di previdenza sociale. I moduli per la richiesta sono disponibili sul sito dell'Istituto interessato e le richieste devono essere trasmesse in via telematica. È possibile richiedere assistenza presso i Patronati a titolo gratuito.

Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti

Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti

La pensione ai superstiti spetta ai familiari del lavoratore deceduto e assume la denominazione di "pensione di reversibilità" se il pensionato deceduto era titolare di una pensione diretta o di una "pensione indiretta": quest'ultima viene riconosciuta se il lavoratore deceduto non era titolare di una pensione diretta ma, alla data della morte, possedeva i requisiti assicurativi e contributivi previsti per ottenere l'assegno ordinario di invalidità o per la pensione di inabilità, ovvero quelli richiesti per la pensione di vecchiaia.

I familiari aventi diritto alla pensione sono: il coniuge, i figli che alla data del decesso del lavoratore, siano minori, studenti o invalidi; i genitori che, alla data del decesso, abbiano compiuto 65 anni o più, non siano titolari di pensione e siano a carico del defunto, in mancanza del coniuge e dei figli ovvero se questi, pur esistendo, non abbiano titolo alla pensione ai superstiti; i fratelli e le sorelle nubili che, alla data del decesso del dante causa, siano invalidi, non siano titolari di pensione diretta o indiretta e siano a carico del defunto, in mancanza del coniuge, dei figli e dei genitori ovvero questi, pur esistendo, non hanno diritto alla pensione ai superstiti.

Rischi coperti

Il rischio coperto è il decesso del pensionato o del lavoratore assicurato. Le quote della pensione diretta spettanti ai superstiti sono 60% al coniuge e 20% a ciascun figlio. Se hanno diritto alla pensione i familiari del defunto, genitori, fratelli o sorelle, a ciascuno spetterà il 15%.

La somma delle quote non può superare il 100% della pensione diretta. In caso di presenza di un solo figlio superstite, per le pensioni aventi decorrenza dal 1° settembre 1995 in poi l'aliquota percentuale per figlio sopravvissuto è elevata dal 60% al 70% e all'80% per due figli. Dal 1° settembre 1995, in presenza di redditi del beneficiario superiori a determinati limiti, gli importi dei trattamenti pensionistici ai superstiti devono essere ridotti secondo percentuali variabili dal 25%, 40% al 50%. Dalla stessa data le pensioni di reversibilità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria, liquidate in conseguenza di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale, non sono cumulabili con la rendita vitalizia liquidata per lo stesso evento invalidante, fino a concorrenza della rendita (erogata dall'INAIL). Sono fatti salvi i trattamenti previdenziali più favorevoli con decorrenza anteriore al 1° settembre 1995, con riassorbimento sui futuri adeguamenti.

La pensione è liquidata su richiesta a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello della morte del lavoratore pensionato o assicurato.

Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti

La domanda per la pensione di reversibilità va presentata direttamente all'Istituto previdenziale competente. I moduli per la richiesta sono disponibili sul sito dell'Istituto

interessato e le domande devono essere trasmesse per via telematica. Può essere richiesta assistenza a titolo gratuito presso i Patronati.

Capitolo VIII: Prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

Sono assicurati contro tali rischi tutti i lavoratori, sia subordinati che autonomi, occupati in attività professionali o commerciali che comportano, ai termini di legge, un rischio di infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Specifici provvedimenti legislativi hanno ampliato la tutela assicurativa ad altre categorie di lavoratori (quali, dirigenti, atleti professionisti, lavoratori parasubordinati) nonché a coloro che svolgono unicamente l'attività domestica (ossia "l'assicurazione delle casalinghe").

Il termine "malattia professionale" si riferisce sia alle contingenze indicate in apposite tabelle, che ad ogni altra malattia della quale il lavoratore dimostri l'origine professionale, cioè il nesso eziologico con l'attività svolta.

Rischi coperti

Il lavoratore assicurato vittima di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale, ha diritto a cure mediche, a prestazioni in denaro e ad indennità aggiuntive erogate dall'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro). Oltre alle cure mediche presentate nella parte relativa all'assistenza sanitaria, le seguenti prestazioni sanitarie ricadono esclusivamente sotto la competenza dell'INAIL:

- protesi ed apparati medici;
- cure termali (idroterapia e bagni di fango) e soggiorni climatici;
- visite mediche e certificati rilasciati da medici legali;
- trattamenti ambulatoriali gestiti congiuntamente con le Regioni.

Le prestazioni in denaro comprendono:

- l'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta;
- la rendita per inabilità permanente;
- l'indennità per invalidità permanente fisica e/o mentale, cosiddetto "danno biologico";
- l'integrazione della rendita diretta, garantita durante l'intero periodo di riabilitazione;
- l'indennità di passaggio per silicosi o asbestosi;
- la rendita ai superstiti;
- l'assegno funerario;
- l'assegno di assistenza personale e continuativa;

- l'assegno speciale mensile ai superstiti, erogato ai superstiti del beneficiario della rendita per inabilità permanente (anche se il decesso del beneficiario non è avvenuto sul lavoro);

Le principali indennità sono indicate in maniera più approfondita di seguito.

Le **prestazioni integrative** di tipo assistenziale comprendono:

- l'indennità di incollocabilità, concessa ai lavoratori disabili che non possono essere reinseriti in nessun settore a causa di un'inabilità fisica grave;
- il bonus di fine anno, concesso ai disabili la cui incapacità al lavoro sia stata valutata tra l'80 e il 100%.

Indennità giornaliera per incapacità temporanea totale

Questa prestazione viene pagata il quarto giorno dalla data dell'incidente oppure dall'insorgenza della malattia fino alla guarigione. L'indennità corrisponde al 60% della retribuzione giornaliera percepita nei 15 giorni antecedenti all'insorgere dell'incapacità lavorativa fino al novantesimo giorno di assenza; dal novantunesimo giorno, l'importo è pari al 75% della retribuzione giornaliera.

Rendita per incapacità permanente

L'indennità viene erogata sotto forma di liquidazione in capitale, se il danno subito raggiunge una percentuale variabile dal 6% al 15%, e sotto forma di rendita vitalizia, se il danno è almeno del 16%.

Se l'inabilità è pari o superiore al 16%, si presume che essa abbia conseguenze anche sulla capacità lavorativa di produrre reddito: pertanto, in tali casi, vanno risarcite anche le conseguenze determinate dalla riduzione del reddito e dal peggioramento della qualità della vita che il danno biologico determina per il lavoratore. L'ammontare della rendita viene calcolato sulla base della retribuzione percepita l'anno precedente la data dell'infortunio o la manifestazione della malattia e del grado di inabilità.

Le rendite per incapacità permanente vengono adeguate annualmente a partire dal 1 luglio con Decreto Ministeriale in base all'indice dei prezzi al consumo. Il grado di incapacità può essere sottoposto a nuovo esame, d'ufficio o su richiesta del lavoratore, in qualsiasi momento durante i primi due anni e successivamente a intervalli di almeno un anno. La richiesta di revisione deve essere corredata da certificato medico. L'importo della rendita è maggiorato di un ventesimo per ogni figlio a carico.

Assegno mensile di assistenza personale e continuativa

Qualora il soggetto interessato sia affetto da incapacità permanente e totale e necessiti di assistenza continua anche per svolgere le attività quotidiane di base della vita, viene concessa un'indennità mensile se tale assistenza non viene fornita direttamente dall'INAIL, dal luogo di ricovero in ospedale o da qualsiasi altro ente. L'indennità integra la pensione di inabilità.

Rendita ai superstiti

Se un lavoratore muore in seguito a un infortunio sul lavoro o a una malattia professionale, ai superstiti spetta una rendita mensile calcolata in percentuale sull'ultima retribuzione annua del defunto. Le percentuali sono le seguenti:

- 50% spettante al coniuge superstite;
- 20% spettante a ciascun figlio di età inferiore ai 18 anni. Ai figli spetta questa rendita fino a 21 anni se frequentano la scuola secondaria o fino ai 26 anni se frequentano l'università;
- 40% spettante agli orfani di entrambi i genitori;

Se il deceduto non ha lasciato nessun coniuge o figlio superstite:

- 20% spettante a ogni genitore a carico dell'assicurato fino al momento del decesso;
- 20% spettante a ogni fratello o sorella a carico dell'assicurato fino al momento del decesso.

Prestazioni in caso di morte

Viene concesso un contributo funerario una tantum ai superstiti che possono dimostrare di aver sostenuto spese extra in relazione al decesso dell'assicurato avvenuto a causa di un infortunio sul lavoro o di malattia professionale (1.936,80 EUR).

Come beneficiare delle prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e malattie professionali

In caso di **infortunio sul lavoro**, il lavoratore deve informare immediatamente il datore di lavoro. Se l'infortunio causa lesioni guaribili in più di 3 giorni, il datore di lavoro è tenuto a denunciare l'infortunio all'INAIL entro 2 giorni da quando ne è stato informato.

A decorrere dal 1° gennaio 2010, la richiesta può essere inoltrata all'INAIL solo per via telematica mediante una procedura online, direttamente dal richiedente, da un membro del suo nucleo familiare oppure attraverso l'intermediazione gratuita dei Patronati (centri autorizzati che forniscono consulenza/assistenza legale e pratica nella compilazione delle domande).

In caso di infortunio sul lavoro, le denunce di infortunio possono essere inviate on-line all'INAIL, direttamente attraverso il sito <http://www.inail.it>.

In caso di infortunio mortale, invece, la denuncia deve pervenire entro 24 ore.

Le malattie sul lavoro devono essere denunciate al datore di lavoro entro 15 giorni dall'insorgere della malattia. Il datore di lavoro, a sua volta, deve effettuare la denuncia presso l'INAIL entro 5 giorni dal ricevimento del relativo certificato medico. Qualora mancasse il certificato medico nei termini di cui sopra, il lavoratore assicurato avrà comunque tre anni di tempo per richiedere le indennità spettanti prima che le stesse cadano in prescrizione.

Capitolo IX: Prestazioni familiari

Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari

Ai lavoratori subordinati e ai titolari di pensione o di prestazioni economiche previdenziali derivanti da lavoro dipendente spetta l'assegno per il nucleo familiare.

Rischi coperti

L'importo dell'indennità di alloggio è determinato dal numero dei componenti familiari e dal reddito del nucleo familiare. Almeno il 70% di tale reddito deve provenire da un'attività retribuita nel caso di lavoratori subordinati, mentre nel caso di lavoratori atipici con contratto a tempo determinato iscritti al regime pensionistico separato dell'INPS, almeno il 70% di tale reddito deve provenire dalla loro attività lucrativa.

Il nucleo familiare è costituito dal richiedente l'assegno, dal coniuge non legalmente ed effettivamente separato e dai figli ed equiparati di età inferiore ai 18 anni o senza limiti di età se disabili, dai nipoti, di età inferiore ai 18 anni, se sono a carico di un ascendente diretto (nonno o nonna), se siano in stato di bisogno e siano mantenuti da uno dei nonni.

Ai fini della determinazione del reddito familiare occorre fare riferimento ai redditi di qualsiasi natura conseguiti dai componenti il nucleo familiare, al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni di imposta, compresi quelli a tassazione separata e quelli esenti da imposta, se superiori a circa 1 000 EUR. Taluni tipi di reddito sono tuttavia esenti.

Con effetto dal 1° luglio di ciascun anno i limiti reddituali sono rivalutati in misura pari alla variazione percentuale dei prezzi al consumo calcolata dall'ISTAT (Istituto nazionale di statistica).

Per i coltivatori diretti, mezzadri e coloni e per alcune categorie di lavoratori autonomi continuano a trovare applicazione disposizioni diverse, precedentemente applicate alla normativa sugli assegni familiari, mentre ai pensionati delle gestioni speciali per i lavoratori autonomi si applica ancora la disciplina relativa alle quote di maggiorazione di pensione.

Come beneficiare delle prestazioni familiari

Per ottenere le prestazioni sopra descritte, occorre rivolgersi all'Agenzia INPS competente per zona di residenza. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito web dell'INPS: <http://www.inps.it>

A decorrere dal 1° gennaio 2010, la richiesta può essere inoltrata all'INPS solo per via telematica mediante una procedura online, direttamente dal richiedente, da un membro del suo nucleo familiare oppure attraverso l'intermediazione gratuita dei Patronati (centri autorizzati che forniscono consulenza/assistenza legale e pratica nella compilazione delle domande).

Capitolo X: Disoccupazione

Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

La disoccupazione ordinaria è un'indennità che spetta ai lavoratori che sono stati licenziati.

Per ottenerla bisogna essere assicurati all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale - INPS da almeno due anni e avere almeno 52 contributi settimanali nel biennio precedente la data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ai lavoratori che non possono far valere 52 contributi settimanali negli ultimi due anni, ma che nell'anno precedente abbiano lavorato almeno 78 giornate o risultino assicurati da almeno due anni e possano far valere almeno un contributo settimanale prima del biennio precedente la domanda, spetta un'indennità, di regola, per un numero di giornate pari a quelle effettivamente lavorate nell'anno precedente e per un massimo di 156 giornate.

Tale indennità spetta anche ai lavoratori che sono stati sospesi da aziende colpite da eventi temporanei non causati né dai lavoratori né dal datore di lavoro. Non spetta ai lavoratori che si dimettano volontariamente, a meno che non si tratti di dimissioni per giusta causa.

Decade dal diritto alle prestazioni il lavoratore che, in concomitanza con il trattamento di integrazione salariale, svolga attività remunerata, senza aver comunicato preventivamente la circostanza alla competente sede dell'INPS. Anche il datore di lavoro che occupa un lavoratore beneficiario di trattamento di integrazione salariale ha la responsabilità di fornirne una notifica alla sede INPS competente. I periodi di sospensione per i quali è ammessa l'integrazione salariale sono riconosciuti utili per il conseguimento del diritto a pensione.

Altre particolari prestazioni sono costituite dal trattamento ordinario di disoccupazione a favore dei lavoratori italiani che effettuano il rimpatrio da un paese extra-UE e dai trattamenti speciali di disoccupazione per i lavoratori licenziati da imprese edili. Norme particolari sono previste per i lavoratori agricoli.

Rischi coperti

Indennità di disoccupazione

Viene corrisposta per 240 giorni. Al disoccupato che ha superato i 50 anni può essere corrisposta fino a 360 giorni. Ai lavoratori sospesi spetta nel limite massimo di 65 giorni. Ai lavoratori sospesi è pagata nella misura del 50% della retribuzione. L'importo è pari al 40% della retribuzione percepita nei tre mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro, nei limiti di un importo massimo mensile lordo, stabilito dalla legge. Per il 2012 tale importo è di 931,28 EUR elevato a 1.119,32 EUR per i lavoratori che possono far valere una retribuzione lorda mensile pari o superiore a 2.014,77 EUR. Ai beneficiari dell'indennità di disoccupazione è corrisposto l'assegno per il nucleo familiare alle stesse condizioni stabilite per i lavoratori occupati.

Indennità di mobilità

È prevista inoltre un'indennità di mobilità, alla quale hanno diritto, in presenza di determinati requisiti di anzianità, i lavoratori collocati in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria che non possono essere inseriti in azienda, quelli licenziati per riduzione di personale o cessazione di attività. La durata minima è di 12 mesi, elevata a 24 per i lavoratori con più di 40 anni e a 36 per quelli con più di 50 anni. Nelle aree dell'Italia meridionale tali periodi sono prorogati di altri 12 mesi e, in certi casi, fino alla maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia e di anzianità.

Questa forma di "mobilità lunga" è stata estesa ai lavoratori appartenenti ad alcuni settori produttivi le cui aziende hanno avviato un programma di cassa integrazione a causa della situazione di grave crisi. L'importo è pari a quello del trattamento di integrazione straordinaria per il primo anno e all'80% per i periodi successivi, e può essere riscosso anticipatamente e in un'unica soluzione dai lavoratori che intendano iniziare un'attività lavorativa autonoma o in forma associata.

I periodi di fruizione della indennità di mobilità sono riconosciuti utili ai fini del diritto e della misura della pensione. Il disoccupato in mobilità può svolgere un lavoro a tempo parziale o a tempo determinato senza decadere dal diritto a tale indennità, che viene sospesa nei giorni in cui l'interessato lavora.

Cassa Integrazione Guadagni ordinaria

Il trattamento ordinario della Cassa Integrazione Guadagni - autorizzato dalle locali Commissioni Provinciali - è previsto nei confronti degli operai, impiegati e quadri delle imprese industriali in genere e delle imprese industriali ed artigiane operanti nel settore edile e lapideo, quando si determina una contrazione o sospensione dell'attività produttiva per situazioni aziendali dovute ad eventi transitori e non imputabili all'imprenditore o ai lavoratori ovvero determinati da situazioni temporanee di mercato.

Cassa Integrazione Guadagni straordinaria

Il trattamento straordinario - autorizzato con decreto del ministero del Lavoro - è istituito a salvaguardia della retribuzione degli operai e degli impiegati di aziende industriali (comprese quelle dei settori edili e lapidei, le imprese appaltatrici di servizi di mensa o ristorazione e dei servizi di pulizia) sospesi dall'attività a causa di ristrutturazione, riorganizzazione o conversione aziendale, crisi aziendale, fallimento, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa.

Tale disciplina si applica anche alle imprese commerciali, di spedizione e trasporto, alle agenzie di viaggio e turismo che occupano più di 50 dipendenti, esclusi gli apprendisti e gli assunti con contratto di formazione e lavoro, nonché alle imprese di vigilanza.

Ciò a condizione che nel semestre precedente la richiesta della prestazione le aziende abbiano occupato mediamente 15 lavoratori.

Gli interventi straordinari di integrazioni salariali non possono superare i 18 mesi nei casi di procedure esecutive concorsuali, i 12 per le crisi aziendali e i 24 mesi per le ristrutturazioni, salvo le proroghe previste dalla legge.

L'importo delle integrazioni salariali ordinarie o straordinarie è stabilito nella misura dell'80% della retribuzione globale che sarebbe spettata per le ore di lavoro non

prestato. L'ammontare del trattamento, sia ordinario che straordinario, non può superare un limite massimo mensile che viene annualmente rivalutato.

Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione

L'INPS provvede direttamente a pagare con assegno mensile tutte le prestazioni di disoccupazione. Contemporaneamente, il richiedente deve inviare la relativa dichiarazione di disponibilità al reimpiego o all'aggiornamento professionale (la cosiddetta DID: "Dichiarazione d'Immediata Disponibilità al reimpiego").

- La **domanda per l'indennità ordinaria di disoccupazione** deve essere presentata alla sede INPS di competenza entro 68 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro. Anche la domanda per **l'indennità di mobilità** deve essere presentata alla sede INPS di competenza e il modulo di domanda pertinente deve essere presentato presso il centro per l'impiego locale entro 68 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro.
- La richiesta di **cassa integrazione guadagni ordinaria** deve essere presentata dal datore di lavoro presso la sede INPS di competenza entro 25 giorni dalla fine del periodo di paga ed è esigibile a decorrere dal termine della prima settimana in cui è iniziata la sospensione o la riduzione del lavoro.
- La richiesta di **cassa integrazione guadagni straordinaria** deve essere presentata dal datore di lavoro al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali entro 25 giorni dalla fine del periodo di paga ed è esigibile a decorrere dal termine della settimana in cui ha avuto inizio la sospensione o la riduzione del lavoro.

A decorrere dal 1° gennaio 2010, la domanda di disoccupazione può essere trasmessa all'INPS solo per via telematica mediante una procedura online, direttamente dal richiedente o da un membro del suo nucleo familiare oppure avvalendosi dell'assistenza gratuita dei Patronati (centri autorizzati che forniscono consulenza/assistenza legale e pratica nella compilazione delle domande).

Capitolo XI: Risorse minime

Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

Le autorità municipali aiutano le persone e/o le famiglie che necessitano di un sostegno sociale ed economico. Tuttavia, dato che la concessione di tali prestazioni spetta alle autorità locali, la legge non contempla i requisiti o le condizioni generali per averne il diritto. È possibile offrire aiuto attraverso prestazioni sia in denaro che in natura (ad esempio, ricorrendo all'intervento di assistenti sociali). A livello nazionale non sono previsti requisiti specifici. In genere si richiede la residenza nella regione o nel comune che concede la prestazione.

Rischi coperti

Le norme variano a seconda delle regioni e dei comuni. Conformandosi alla legislazione regionale e basandosi sulle risorse di bilancio disponibili, tutte le regioni e i comuni attuano politiche di intervento previdenziale sul proprio territorio.

Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

È possibile accedere alle procedure informative e attuative a livello comunale.

Capitolo XII: Assistenza di lunga durata

Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine

Sia il regime previdenziale che quello di assistenza sociale erogano prestazioni che coprono i rischi legati all'assistenza a lungo termine. Le prestazioni erogate dal regime previdenziale sono di carattere contributivo e sono state già trattate nella parte sulle [indennità di invalidità](#). Quelle erogate dal regime di assistenza sociale sono concesse in base alla condizione economica dell'interessato e sono fornite sotto forma di prestazioni in natura e in denaro (indennità di accompagnamento mensile) ai cittadini inabili non autosufficienti, a prescindere dal fatto che siano già beneficiari di un assegno di invalidità o di una pensione di inabilità. I beneficiari devono soddisfare i seguenti requisiti di ammissibilità:

- essere incapaci di svolgere un'attività lavorativa senza l'assistenza permanente di un accompagnatore
- necessitare di assistenza permanente per lo svolgimento delle attività/funzioni quotidiane della vita

Il diritto a tali prestazioni è soggetto alla valutazione del livello di dipendenza da parte di una commissione medica forense mista (composta da medici provenienti sia dalle aziende sanitarie locali che dall'INPS), che può anche richiedere controlli successivi, ma non ad accertamento del reddito.

Rischi coperti

L'indennità di accompagnamento per persone disabili ammonta a 492,97 EUR (481,57 EUR per i beneficiari della pensione di inabilità al lavoro e 827,05 EUR per individui affetti da cecità totale). In caso di disabili, sordomuti e soggetti affetti da cecità totale ricoverati in ospedale, nonché di persone affette da cecità parziale, la prestazione in denaro equivale a 267,57 EUR (289,36 EUR per soggetti affetti da cecità totale non ospedalizzati). L'assegno speciale per soggetti affetti da cecità parziale è di 193,26 EUR, mentre l'assegno di comunicazione per i sordo-muti è di 245,63 EUR.

Queste persone possono ricevere prestazioni sanitarie a domicilio e soggiornare in centri di accoglienza diurna, beneficiando di assistenza domiciliare, vitto, cure mediche e assistenza infermieristica. Nei casi più gravi è prevista l'assistenza residenziale. La durata della permanenza varia in base al grado di gravità della dipendenza. Nei casi più gravi è prevista l'assistenza tecnica. Vi è anche la fornitura di indennità (anche sotto forma di riduzione dell'IVA sull'acquisto di strumenti necessari) per:

- l'acquisto di protesi o di altre attrezzature mediche necessarie;
- l'acquisto o l'adattamento di mezzi di trasporto privati;
- l'acquisto di strumenti che consentano lo svolgimento di un'attività autonoma.

Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine

La domanda per le prestazioni di assistenza **in denaro** a lungo termine deve essere presentata dall'inabile in prima persona o da un suo parente. Queste prestazioni sono

concesse sotto forma di assegni di accompagnamento. A decorrere dal 1° gennaio 2010, la richiesta può essere inoltrata all'INPS solo per via elettronica mediante una procedura online, direttamente dal richiedente, da un membro del suo nucleo familiare oppure attraverso l'intermediazione gratuita dei Patronati (centri autorizzati che forniscono consulenza/assistenza legale e pratica nella compilazione delle domande). Successivamente, la domanda viene trasmessa all'azienda sanitaria locale (ASL), che provvede a fissare un appuntamento per l'accertamento medico.

La domanda per richiedere le prestazioni di assistenza **in natura** a lungo termine deve essere presentata all'azienda sanitaria locale tramite l'intervento del medico curante della persona inabile.

Le prestazioni in natura possono essere corrisposte sotto forma di: assistenza a domicilio, assistenza familiare; ricovero in ospedale o permanenza in una casa di riposo per anziani.

Allegato: Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili

Per le questioni previdenziali che coinvolgono più di uno Stato membro dell'Unione Europea, si può fare riferimento a uno degli enti europei indicati nell'elenco gestito dalla Commissione europea e disponibile all'indirizzo:

http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=it

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Via Veneto, 56
00187 Roma
Numero verde: + 800 196 196
e-mail: centrodicontacco@lavoro.gov.it
Sito Internet: <http://www.lavoro.gov.it>

Ministero della Salute

Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
Numero verde: +39-06.5994.1
Sito Internet: <http://www.salute.gov.it>

Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS)

Via Ciro il Grande, n. 21
00144 Roma
Numero verde: +803.164
Sito Internet: <http://www.inps.it>

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

Piazzale G. Pastore, 6
00144 Roma
Numero verde: +803.164
Sito Internet: <http://www.inail.it>

Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti Italiani (INPGI)

Via Nizza, 35
00198 Roma
Numero verde: +39 06-85781
Sito Internet: <http://www.inpgi.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Lavoratori Spettacolo (ENPALS)

Viale Regina Margherita, 206
00198 Roma
Numero verde: +800.462.693
Sito Internet: <http://www.enpals.it>

Istituto Nazionale di Previdenza per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica (INPDAP)

Via Ballarin, 42
00142 Roma
Numero verde: +800.105.000
Sito Internet: <http://www.inpdap.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Medici (ENPAM)

Via Torino, 38
00184 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpam.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Farmacisti (ENPAF)

Viale Pasteur, 49
00144 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpaf.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Veterinari (ENPAV)

Via Castelfidardo, 41
00185 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpav.it>

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

Viale del Caravaggio, 78
00147 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpacl.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza per gli infermieri (ENPAPI)

Via Alessandro Farnese, 3
00192 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpapi.it>

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

Lungo Tevere Dei Mellini, 27
00193 ROMA
Sito Internet: <http://www.ipasvi.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza ingegneri e architetti (INARCASSA)

Via Salaria, 229
00199 ROMA
Sito Internet: <http://www.inarcassa.it>

Cassa Italiana di Previdenza dei geometri liberi professionisti

Lungotevere Arnaldo da Brescia, 4
00196 ROMA
Sito Internet: <http://www.cassageometri.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza Forense

Via Ennio Quirino Visconti, 8
00193 ROMA
Sito Internet: <http://www.cassaforense.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza dottori commercialisti

Via della Purificazione, 31
00187 ROMA
Sito Internet: <http://www.cnpadc.it>

Cassa Nazionale Previdenza ed Assistenza ragionieri e periti commerciali

Via Pinciana, 35
00198 ROMA
Sito Internet: <http://www.cassaragionieri.it>

Cassa Nazionale Notariato

Via Flaminia, 160
00196 ROMA
Sito Internet: <http://www.cassanotariato.it>

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

Via di Porta Lavernale, 12
00153 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpab.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza per gli psicologi (ENPAP)

Via Andrea Cesalpino, 1
00161 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpap.it>

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza dei periti industriali (EPII)

Piazza della Croce Rossa, 3
00161 ROMA
Sito Internet: <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
Sito Internet: <http://www.epap.it>

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

Via Antoniotto Usodimare, 53
00154 ROMA
Sito Internet: <http://www.enasarco.it>

Fondo Nazionale Previdenza per gli agenti doganali (FASC)

Via T. Gulli, 39
20147 MILANO
Sito Internet: <http://www.fasc.it>

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

Viale Beethoven, 48
00144 ROMA
Sito Internet: <http://www.enpaia.it>