



I diritti di previdenza sociale

in Lituania

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	5
Introduzione	5
Organizzazione della protezione sociale	5
Finanziamento	6
Capitolo II: Servizi sanitari	7
Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria	7
Rischi coperti	7
Come beneficiare delle prestazioni sanitarie	8
Capitolo III: Prestazioni di malattia in denaro	9
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	9
Rischi coperti	9
Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro	10
Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità	11
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità	11
Rischi coperti	11
Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità	12
Capitolo V: Prestazioni di invalidità	13
Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità	13
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	16
Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia	17
Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti	18
Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti	18
Rischi coperti	19
Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti	20
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	22
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	25
Capitolo X: Disoccupazione	26
Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione	26
Rischi coperti	27
Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione	28
Capitolo XI: Risorse minime	29
Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	29
Rischi coperti	30
Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime	31
Capitolo XII: Assistenza di lunga durata	32
Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine	32
Rischi coperti	32
Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine	33

Allegato : Recapiti delle istituzioni e degli enti e siti Internet utili34

Capitolo I: Introduzione, organizzazione e finanziamento

Introduzione

Le prestazioni della previdenza sociale lituana coprono i seguenti rischi:

- assistenza sanitaria, malattia, maternità (paternità);
- infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- prestazioni in caso di morte;
- pensioni di invalidità;
- vecchiaia, pensione anticipata, pensione di reversibilità;
- disoccupazione;
- assegni familiari.

Il requisito principale per beneficiare delle prestazioni del regime di previdenza sociale è essere un lavoratore subordinato o autonomo e versare i contributi. Il Fondo nazionale di assicurazione sociale, controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro e i suoi uffici locali iscrivono i suddetti lavoratori nel registro delle assicurazioni sociali. Tutti i settori della previdenza sociale lituana sono obbligatori per i lavoratori subordinati, mentre solo alcuni di essi (pensione, assistenza sanitaria, maternità (paternità)) lo sono per i lavoratori autonomi, i quali possono iscriversi ad altri settori su base volontaria.

I lavoratori autonomi non sono coperti automaticamente da un'assicurazione (ma possono iscriversi volontariamente a un'assicurazione sociale per malattia), né da un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e la disoccupazione; tuttavia, essi sono automaticamente assicurati per la pensione di base e quella integrativa, ad eccezione dei lavoratori autonomi proprietari delle proprie licenze di lavoro che sono assicurati solo per la pensione di base. L'assicurazione malattia (ossia, essenzialmente, le prestazioni in natura e non le prestazioni in denaro per malattia) è obbligatoria per tutti i residenti. I regimi di assicurazione pensione e malattia variano a seconda che si tratti di lavoratori subordinati o autonomi (il regime delle prestazioni è lo stesso per tutti mentre variano i contributi).

Organizzazione della protezione sociale

Il sistema di previdenza sociale lituano è principalmente gestito dalle seguenti istituzioni:

- il ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Socialinės apsaugos ir darbo ministerija*), il cui compito è di sviluppare e attuare un sistema efficace di assistenza sociale, assicurazione sociale e dell'impiego, in armonia con le norme dell'Unione europea, onde migliorare la sicurezza sociale di coloro che risiedono in Lituania. Questo ministero elabora le politiche e i progetti di legge per l'intero comparto della previdenza sociale (con esclusione dell'assistenza sanitaria);
- il Fondo nazionale dell'assicurazione sociale, controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*), con i suoi uffici locali, si occupa dei regimi di assicurazione per pensioni, malattia e maternità (prestazioni in

denaro), infortuni sul lavoro e malattie professionali. Il fondo cura, inoltre, la raccolta dei contributi per tutti i regimi e il relativo trasferimento alla Cassa nazionale dell'assicurazione sanitaria (*Valstybinė ligonių kasa*), al Centro nazionale per l'impiego (*Lietuvos darbo birža*) e ai fondi pensione privati;

- il Centro lituano per l'impiego controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Lietuvos darbo birža prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*), che, con i suoi uffici locali, ha il compito di adottare le misure contro la disoccupazione;
- le circoscrizioni comunali di assistenza sociale sono responsabili della maggior parte delle prestazioni, a eccezione dell'assicurazione (prestazioni familiari, indennità in caso di morte e servizi sociali);
- il sistema sanitario è gestito dal ministero della Salute (*Sveikatos apsaugos ministerija*) e dal Fondo nazionale dei pazienti controllato dal Ministero della Salute (*Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos*). Il ministero della Salute svolge la funzione di amministrazione statale nel settore dell'assistenza sanitaria e attua la politica nazionale in tale settore. Il Fondo nazionale di assicurazione malattia controllato dal Ministero della Salute esegue il programma del fondo di assicurazione malattia obbligatorio, finanzia gli enti di assicurazione malattia tramite il Fondo territoriale (territorinės ligonių kasos) dei pazienti per i servizi forniti agli assicurati (prestazioni di malattia e di maternità in natura) e controlla della qualità dei servizi sanitari.

Finanziamento

I regimi lituani di previdenza sociale sono finanziati essenzialmente dai contributi sociali (versati dagli assicurati e dai datori di lavoro) e dal fisco. Il tasso contributivo di base versato dal datore di lavoro ammonta al 30,8% del totale dei redditi lordi per tutti i rischi (a eccezione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali), mentre quello versato dal lavoratore subordinato è del 9,0%. Pertanto il tasso di contribuzione totale per tutti i rischi (tranne per gli incidenti sul lavoro e per le malattie professionali) è del 39,8%. Lo Stato partecipa ai versamenti dei contributi per determinate categorie di persone (partecipazione parziale al finanziamento) tra cui, in particolare, i bambini.

Secondo la legge lituana i contributi di previdenza sociale per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali differiscono a seconda del grado di rischio cui si potrebbe incorrere nelle varie imprese e vengono esclusivamente pagati dal datore di lavoro. L'importo di riferimento, che varia tra lo 0,18% e l'1,8% è calcolato in base al reddito lordo medio:

Le indennità in caso di morte e gli assegni familiari non si basano su contributi e appartengono al sistema generale applicato a tutti coloro che risiedono in Lituania.

Capitolo II: Servizi sanitari

Requisiti per beneficiare dell'assistenza sanitaria

I trattamenti sanitari urgenti sono garantiti a tutti i residenti. Gli assicurati hanno automaticamente diritto agli altri servizi di assistenza sanitaria in quanto l'assicurazione si accolla la maggior parte dei costi dei trattamenti. Chi non versa i contributi obbligatori e non è coperto dallo Stato è tenuto a versare i costi dei trattamenti. È possibile sottoscrivere un'assicurazione malattia volontaria oltre all'assicurazione obbligatoria.

Rischi coperti

I costi delle seguenti prestazioni sono coperti dall'assicurazione malattia obbligatoria:

- assistenza medica di cura;
- riabilitazione medica;
- assistenza infermieristica;
- servizi sociali connessi ai servizi di assistenza sanitaria individuali;
- accertamenti medici individuali.

Le cure mediche sono di norma gratuite. Esiste un elenco delle tariffe applicate nell'ambito dei servizi sanitari completamente a carico dell'assicurato, quali l'aborto, ad esempio (salvo se praticato su indicazione del medico), la terapia manuale e la chirurgia estetica.

Le cure dentistiche sono parzialmente coperte per gli adulti (una percentuale è a loro carico) e sono gratuite per i minori di 18 anni. Per i disabili e i pensionati, i costi delle protesi dentarie sono coperti.

I farmaci, contemplati in un elenco ufficiale, sono interamente rimborsati per i pazienti ambulatoriali:

- bambini di età inferiore ai 18 anni;
- soggetti riconosciuti inabili al lavoro o persone che hanno raggiunto l'età pensionabile per cui viene stabilito un livello più elevato di esigenze speciali.

Tale rimborso ammonta al 100%, 90%, 80% o 50% per chi è affetto da talune patologie (elenco speciale). I pensionati, chi rientra nella fascia di invalidità 2 o dimostra una perdita di capacità lavorativa del 60-70% e i titolari di pensioni di assistenza sociale (*Šalpos pensija*) beneficiano del rimborso al 50%. Il costo dei farmaci per gli assicurati ricoverati in ospedale viene calcolato in base a quello previsto per le cure ospedaliere.

Le protesi, le lenti a contatto e gli apparecchi acustici acquistati dal Fondo nazionale dei pazienti (*Valstybinė ligonių kasa*) sono gratuiti per gli assicurati. Chi, invece, desidera un modello diverso da quello proposto è tenuto a pagarlo per intero. La Cassa nazionale dell'assicurazione sanitaria rimborsa parzialmente le spese individuali sostenute per impianti cocleari, apparecchi acustici e endoprotesi. Gli interessati sono tenuti a versare la differenza tra la spesa sostenuta dalla Cassa nazionale

dell'assicurazione sanitaria per l'apparecchiatura equivalente e il suo prezzo commerciale).

I periodi di soggiorno in sanatorio sono a carico dei pazienti, secondo le tariffe ufficiali di base. È previsto il rimborso del 90% per il trattamento in sanatorio dei bambini di età inferiore ai 7 anni o dei minori di 18 anni disabili.

I costi della riabilitazione sono interamente rimborsati per i minori di 18 anni, per i disabili con un'incapacità lavorativa del 60-100% e per le persone in convalescenza da una malattia grave (secondo l'elenco ufficiale) e vi è stato indirizzato da un medico.

Come beneficiare delle prestazioni sanitarie

Ogni assicurato è libero di scegliersi il medico e l'ente di assistenza sanitaria per qualsiasi livello di cura; egli deve scegliere un medico generico iscritto nel registro dei medici generici, che sono gli unici a poter indirizzare l'assicurato alle cure di uno specialista. La consultazione di uno specialista è gratuita se il paziente viene indirizzato a lui tramite un medico generico. In assenza di prescrizione medica è possibile effettuare solo visite dermatologiche-venereologiche.

I medici generici, insieme agli specialisti, possono anche prescrivere un trattamento ospedaliero. Tale sistema di orientamento non si applica alle emergenze.

Capitolo III: Prestazioni di malattia in denaro

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

L'assicurazione per le prestazioni di malattia in denaro è obbligatoria per tutti i lavoratori subordinati e i soggetti ad essi assimilati.

Il periodo minimo di assicurazione è di 3 mesi nel corso dell'ultimo anno o di almeno 6 mesi nel corso degli ultimi due anni. Le prestazioni di malattia sono erogate agli assicurati che:

- si ammalano;
- rimangono a casa per curare un familiare malato;
- necessitano di un trattamento protesico-ortopedico in ospedale;
- non possono lavorare perché sono in quarantena o rimangono a casa per occuparsi di minori/figli che non possono frequentare la scuola dell'infanzia per gli stessi motivi;
- si occupano dei figli mentre l'altro genitore è in congedo di maternità o paternità ma è impossibilitato a prendersi cura dei figli a causa di una malattia.

Le prestazioni non possono essere erogate:

- a chi si ferisce commettendo un crimine;
- a chi ha messo a repentaglio la propria salute;
- se la malattia deriva da alcolismo o dipendenza da sostanze stupefacenti (a meno che il soggetto non abbia voluto ricoverarsi in ospedale per sottoporsi a una cura di disintossicazione da sostanze stupefacenti).

Rischi coperti

Importo del vantaggio

Gli assicurati possono beneficiare delle prestazioni di malattia sin dal primo giorno. Per i primi due giorni, il datore di lavoro versa almeno l'80% (e non oltre il 100%) della retribuzione compensativa del lavoratore subordinato (*Kompensuojamasis uždarbis*). Dopo i primi due giorni il 40%, e dopo il settimo giorno l'ufficio regionale del Fondo nazionale dell'assicurazione sociale, amministrato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro, versa l'80% della retribuzione compensativa mensile media. La retribuzione di compensazione media comprende la retribuzione media sulla base del reddito dell'assicurato, guadagnata nei tre mesi consecutivi prima dell'ultimo mese precedente a quello in cui si è verificata l'incapacità temporanea. Essa non può essere più di 3,2 volte il reddito nazionale assicurato per l'anno corrente (sebbene i contributi siano versati sulla retribuzione piena). Le prestazioni non possono essere inferiori al 25% del reddito medio nazionale assicurato dell'anno in corso (*einamųjų metų draudžiamosios pajamos*).

Durata del versamento dell'indennità

Il certificato di malattia è prorogabile per un periodo di tempo determinato (fino a quattro mesi, ossia 122 giorni di calendario in caso di incapacità al lavoro

continuativa). In alcuni casi tale periodo può essere portato a 244 giorni di calendario se l'incapacità al lavoro è stata periodica, come quando le persone soffrono di tubercolosi negli ultimi 12 mesi. In caso di mancata guarigione al termine di tale periodo, l'assicurato dovrà necessariamente rivolgersi all'Ufficio per l'esame dell'invalidità e dell'idoneità al lavoro (*Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba*), che ha il compito di determinarne il grado di invalidità.

I lavoratori subordinati riconosciuti invalidi e che percepiscono una pensione dell'assicurazione sociale nazionale a causa della loro incapacità al lavoro (*Neteko darbingumo pensija*) ricevono le prestazioni di malattia fino a 90 giorni l'anno. Tale limitazione non si applica agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali.

L'assicurato che si fa ricoverare in ospedale per curare l'alcolismo o la dipendenza da sostanze stupefacenti ha diritto a percepire un'indennità di malattia per un massimo di 14 giorni.

Durata massima delle prestazioni per le persone che si prendono cura di un familiare infermo:

- adulti: 7 giorni in unica soluzione per episodio patologico;
- bambini di età inferiore ai 14 anni: 14 giorni in unica soluzione per episodio patologico;
- bambini di età inferiore ai 7 anni ricoverati in ospedale: intera durata del trattamento sanitario ma non più di 120 giorni l'anno;
- bambini di età inferiore ai 18 anni che soffrono di una patologia onco-ematologica, che hanno subito un'operazione complicata, un trauma o ustioni: intera durata del trattamento sanitario ma non più di 120 giorni all'anno.
- genitore che si occupa dei figli mentre l'altro genitore è in congedo di maternità o paternità ma non può prendersi cura dei figli a causa di una malattia: 14 giorni.

Come beneficiare delle prestazioni di malattia in denaro

Spetta agli enti assicuratori (datori di lavoro, imprese pubbliche e comunali, istituzioni, enti) o alle unità regionali del Comitato del fondo nazionale dell'assicurazione sociale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro erogare le prestazioni di malattia, che vengono versate dietro presentazione di un certificato di malattia e altri documenti idonei allo scopo.

Capitolo IV: Prestazioni di maternità e paternità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di maternità o paternità

Hanno diritto alle prestazioni in denaro di maternità, paternità e maternità/paternità tutte le persone che abbiano accumulato almeno 12 mesi di assicurazione nel corso dei 24 mesi precedenti. Il periodo minimo di assicurazione non è previsto per individui di età pari o inferiore ai 26 anni che abbiano conseguito il diploma e stipulato l'assicurazione a una distanza massima di tre mesi.

Viene corrisposto un periodo iniziale delle prestazioni tanto alla madre (indennità di maternità, *Motinystės pašalpa*) quanto al padre (indennità di paternità, *Tėvystės pašalpa*). In seguito, viene corrisposta un'indennità prolungata alla madre o al padre, purché sospendano l'attività lavorativa per accudire al figlio (indennità di maternità/paternità, *Motinystės/tėvystės pašalpa*).

Le prestazioni di maternità in natura sono coperte dal regime obbligatorio dell'assicurazione maternità.

Rischi coperti

Prestazioni in denaro

L'indennità di maternità viene erogata durante il congedo di maternità, che copre 70 giorni di calendario prima del parto e per 56 giorni dopo il parto. In caso di complicazioni durante il parto, o di parto plurimo, le prestazioni possono essere erogate per 70 giorni dopo il parto. L'indennità corrisponde alla retribuzione compensativa completa (*Kompensuojamasis uždarbis*) (100%) e non può essere inferiore ad un terzo del reddito nazionale percepito dall'assicurato per l'anno corrente.

L'indennità di paternità viene versata al padre fino al termine del primo mese di vita del figlio ed equivale al 100% della retribuzione compensativa che egli percepisce.

Il genitore che interrompe l'attività lavorativa per occuparsi del proprio figlio ha diritto a un'indennità di maternità o paternità. L'importo dipende dalla durata del pagamento prescelto dal genitore: se l'assicurato sceglie di ricevere la prestazione fino al compimento del primo anno del figlio, l'importo sarà il 100% della retribuzione di compensazione del beneficiario. Se la persona sceglie di ricevere la prestazione fino al compimento del secondo anno del figlio, la prestazione sarà pagata al 70% e al 40% della retribuzione di compensazione del beneficiario, fino al compimento del primo e del secondo anno del figlio, rispettivamente. In caso di parti gemellari, le prestazioni saranno pagate al 100% della retribuzione di compensazione. L'indennità non può essere inferiore a un terzo del reddito nazionale dell'assicurato nell'anno in corso. Essa non può essere più di 3,2 volte il reddito medio nazionale assicurato per l'anno corrente (sebbene i contributi siano versati sulla retribuzione piena).

L'indennità di gravidanza (*Vienkartinė išmoka nėščiai moteriai*) corrispondente a due volte la prestazione sociale di base (*Bazinė socialinė išmoka*) ovvero 260 LTL (75 EUR) è versata alle gestanti che non hanno diritto alla prestazione di maternità per i 70 giorni precedenti il parto.

Prestazioni in natura

Le prestazioni di maternità in natura coprono le cure mediche, ospedaliere o in maternità, le cure pediatriche o quelle prestate dal medico di famiglia, i farmaci, gli apparecchi, ecc.

Come beneficiare delle prestazioni di maternità e di paternità

Gli uffici regionali del Comitato del Fondo nazionale dell'assicurazione sociale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro versano le prestazioni di maternità e l'indennità di maternità/paternità dietro presentazione dei documenti richiesti da parte del soggetto interessato. Esiste inoltre la possibilità di inviare tali documenti via [Internet](#).

Capitolo V: Prestazioni di invalidità

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di invalidità

Il regime di assicurazione sociale per l'invalidità è obbligatorio per i lavoratori subordinati e per gli autonomi, a condizione che dichiarino il loro reddito come trattamento economico a seguito di rapporto di lavoro. Esso è finanziato dai contributi, copre la popolazione attiva (lavoratori subordinati e autonomi) ed eroga pensioni formate da una base (aliquota forfetaria) e da un supplemento (commisurato ai redditi).

Beneficiari

Chiunque abbia una disabilità o un livello di capacità lavorativa inferiore al 55% riceve una pensione per incapacità al lavoro (*Neteko darbingumo pensija*) o una prestazione di assistenza pubblica (*Šalpos pensija*). (

Sono previsti tre livelli di invalidità per i minori di 18 anni (a eccezione di coloro che sono o erano già assicurati con un'assicurazione sociale nazionale): grave, modesta e leggera.

Per gli adulti e i minori di 18 anni che sono (o erano) assicurati con un'assicurazione sociale nazionale, la percentuale di incapacità al lavoro è definita secondo criteri medici, funzionali, professionali e altri, idonei a valutare la capacità lavorativa del soggetto interessato e le sue opportunità di impiego. La perdita di capacità lavorativa è espressa in percentuale rispetto al 100%:

- la perdita di capacità lavorativa è totale se si colloca tra il 75% e il 100%;
- è detta "parziale" se è compresa tra il 60% e il 70%;
- ed è detta "parziale" se è compresa tra il 45% e il 55%.

Vi è una scala di calcolo delle necessità specifiche per chi ha già raggiunto l'età pensionabile.

La copertura è assicurata a partire dal giorno della richiesta e fino all'età pensionabile.

Requisiti

Per quanto riguarda la pensione parziale (*Dalinė pensija*), la durata minima del periodo assicurativo dipende dall'età della persona nel momento in cui sopraggiunge l'invalidità:

- prima di 22 anni: due mesi;
- prima di 23 anni: quattro mesi;
- prima di 24 anni: sei mesi.

Il periodo assicurativo minimo richiesto aumenta di due mesi per ogni anno successivo, fino a che la persona interessata non compie 38 anni (periodo assicurativo minimo richiesto pari a tre anni), e di sei mesi per ogni anno fino al compimento dei 62 anni (periodo assicurativo minimo richiesto pari a 15 anni).

Per quanto riguarda la pensione ad aliquota piena (*Visa pensija*), il periodo assicurativo obbligatorio richiesto dipende anch'esso dall'età del beneficiario:

- prima di 24 anni: un anno;
- tra 24 e 38 anni: il periodo richiesto aumenta di quattro mesi per ogni ulteriore anno;
- dopo 38 anni: il periodo richiesto aumenta di un anno per ogni anno successivo senza però superare il periodo di assicurazione obbligatoria fissato per la pensione previdenziale (*Senatvės pensija*).

Si tiene conto dei seguenti periodi non contributivi: periodi durante i quali vengono erogate prestazioni di malattia, maternità, reinserimento professionale, perdita di capacità lavorativa e disoccupazione. Inoltre, talune categorie di persone sono assicurate a spese dello Stato. Questi periodi vengono considerati al momento del calcolo della pensione per le seguenti categorie di persone:

- chi si occupa di un minore di età inferiore ai 3 anni;
- chi si occupa di una persona invalida al 100%;
- chi presta servizio militare;
- i coniugi dei diplomatici che vivono all'estero;
- gli ecclesiastici e gli altri responsabili di tutte le comunità religiose tradizionali e di quelle riconosciute dallo Stato, durante la loro vita attiva;
- i religiosi/monaci nel periodo in cui lavorano in conventi/monasteri.

Rischi coperti

Importo delle prestazioni di invalidità

I fattori che determinano l'importo delle prestazioni sono i seguenti:

- il periodo di assicurazione sociale maturato secondo un contratto di lavoro subordinato;
- il periodo trascorso tra l'insorgere dell'invalidità e l'età pensionabile;
- il reddito in base al quale sono stati versati i contributi all'assicurazione pensionistica.

La pensione per incapacità al lavoro (*Netekto darbingumo pensija*) consta di due elementi: la pensione di base e la pensione complementare.

Pensione di base

Il relativo importo si fonda sulla pensione di assicurazione sociale di base. Le seguenti aliquote si applicano agli invalidi che hanno maturato il periodo di assicurazione obbligatoria previsto:

- dal 75% al 100% di perdita di capacità lavorativa: 150% della pensione di assicurazione sociale di base;
- dal 60% al 70% di perdita di capacità lavorativa: 110% della pensione di assicurazione sociale di base ;
- dal 45% al 55% di perdita di capacità lavorativa: 55% della pensione di assicurazione sociale di base .

Pensione complementare

Tale parte è corrisposta unicamente alle persone che dimostrano l'esistenza del periodo di assicurazione sociale nazionale per il fatto di lavorare quale lavoratori subordinati. Tale periodo si calcola fino al momento in cui compare l'invalidità e si aggiunge agli anni che rimangono per arrivare all'età pensionabile. Se la persona non dimostra l'esistenza del periodo di assicurazione pensione sociale nazionale obbligatoria per poter percepire la pensione per invalidità, il numero di anni rimanenti viene ridotto in proporzione. Dopo aver calcolato tale periodo di assicurazione, si applica la formula della pensione di vecchiaia (*Senatvės pensija*).

I disabili, tenuto conto delle loro specifiche necessità, possono beneficiare di [spese per cure infermieristiche](#) o di [spese per assistenza](#).

Ritorno alla vita attiva

Per i disabili sono previsti interventi di riabilitazione medica, professionale e sociale: la riabilitazione professionale, ossia il reinserimento professionale quale aumento della capacità lavorativa del singolo, delle sue competenze professionali e della sua capacità di partecipare al mercato del lavoro grazie a sistemi educativi, sociali, psicologici, di rieducazione e altro.

Come beneficiare delle prestazioni di invalidità

Il livello di invalidità o di capacità lavorativa è stabilito dall'Ufficio di valutazione dell'invalidità e della capacità lavorativa del ministero della Previdenza sociale e dell'impiego (*Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos*). Tale percentuale può variare in virtù di decisione del Fondo di assicurazione sociale nazionale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*).

Capitolo VI: Prestazioni e pensioni di vecchiaia

Requisiti per beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

Il regime di assicurazione sociale per la vecchiaia è obbligatorio per i lavoratori subordinati e per gli autonomi, a condizione che dichiarino il loro reddito come trattamento economico a seguito di rapporto di lavoro. Esso è finanziato dai contributi, copre la popolazione attiva (lavoratori subordinati e autonomi) ed eroga pensioni formate da una base (aliquota forfetaria) e da un supplemento (commisurato ai redditi).

Requisiti

Il periodo minimo d'iscrizione all'assicurazione è di 15 anni; mentre è di 30 anni per poter accedere alla pensione ad aliquota piena. Si tiene conto dei periodi durante i quali il beneficiario percepisce prestazioni di malattia, maternità, reinserimento professionale e disoccupazione. Inoltre, per talune categorie di persone, è lo Stato che provvede all'assicurazione.

L'età pensionabile è di 62 anni e 8 mesi per gli uomini e di 60 anni e 4 mesi per le donne. L'età di pensionamento viene aumentata di 4 mesi per le donne e di 2 mesi per gli uomini fino al raggiungimento dell'età di 65 anni per entrambi nel 2026.

È possibile differire la domanda di pensione per al massimo 5 anni. La pensione godrà di una maggiorazione dell'8% rispetto all'importo calcolato al momento della domanda per ogni anno completo di attività lavorativa successiva all'età pensionabile. Tale percentuale può variare in virtù di decisione del Comitato del Fondo di assicurazione sociale nazionale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*).

Rischi coperti

La pensione previdenziale consta di due elementi: la pensione di base e la pensione complementare. La pensione previdenziale di base equivale al 110% della pensione di base ed è uguale per tutti gli assicurati che dimostrino di aver maturato il periodo contributivo obbligatorio presso l'assicurazione sociale nazionale per la pensione previdenziale (per chi non dimostra di aver maturato tale periodo, la pensione di base viene diminuita in proporzione). La pensione previdenziale si calcola per i lavoratori dipendenti e per quelli autonomi che hanno versato contributi per quest'ultima. L'importo della pensione previdenziale ad aliquota piena è calcolato in base a una formula speciale che tiene conto dei contributi versati dal richiedente e del suo reddito passato. Per chi cumula le pensioni (2° pilastro), la pensione previdenziale complementare dell'assicurazione sociale è ridotta in funzione dell'aliquota di cumulo e delle quote di pensione complementare dei contributi alla pensione previdenziale dell'assicurazione sociale.

La pensione di base può essere aumentata con decreto del governo. La pensione complementare dipende dal reddito nazionale assicurato per l'anno in corso.

Come beneficiare delle prestazioni di vecchiaia

Tale percentuale può variare in virtù di decisione del Fondo di assicurazione sociale nazionale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba, SoDra*).

Capitolo VII: Prestazioni ai superstiti

Requisiti per beneficiare delle prestazioni ai superstiti

Il sistema di assicurazione della pensione di reversibilità (*Našlių pensija*) prevede, per i superstiti di lavoratori subordinati e autonomi, l'erogazione di prestazioni connesse al diritto alla pensione del defunto.

Le pensioni erogate prima e dopo il 1° gennaio 2007 sono disciplinate da norme diverse. Nella presente sezione ci si riferisce principalmente alle norme sulle pensioni corrisposte dopo il 1° gennaio 2007. Per ulteriori informazioni sulle pensioni erogate prima del 1° gennaio 2007 contattare il ministero della Previdenza sociale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro.

I destinatari della pensione per i superstiti includono:

- le persone in stato vedovile;
- i figli, compresi i minori in affidamento e i nipoti, se non percepiscono già una pensione di reversibilità da un genitore biologico.

Condizioni

Alla data del decesso, l'assicurato deve aver diritto a una pensione per invalidità o a una pensione previdenziale dell'assicurazione sociale dello Stato e dovrebbe avere un periodo contributivo minimo per la pensione di Stato o un periodo contributivo equivalente necessario per una pensione di altro tipo per chi lavora in imprese, agenzie o enti lituani, in Stati membri dell'Unione europea o dello Spazio economico europeo (a eccezione dei prigionieri politici e dei deportati riabilitati, i cui anni di prigionia illegale o di deportazione sono stati aggiunti al loro fascicolo sociale).

I requisiti che riguardano il coniuge superstite sono i seguenti:

- il coniuge superstite ha raggiunto l'età pensionabile, indipendentemente dalla sua età alla data del decesso dell'altro coniuge;
- il coniuge superstite ha un'invalidità parziale o totale riconosciuta e soddisfa uno dei seguenti requisiti:
 - essere stato riconosciuto inabile al lavoro prima del decesso del coniuge o nei cinque anni successivi;
 - essere stato riconosciuto inabile al lavoro quando si occupava dei figli del defunto;
- il coniuge superstite che non ha avuto figli dal coniuge defunto ha diritto a una pensione solo se, alla data del decesso del coniuge, è trascorso almeno 1 anno dalla data di registrazione del matrimonio secondo la procedura prevista.

In caso di nuovo matrimonio, il coniuge superstite perde il diritto alla pensione di reversibilità.

Sono previsti dei limiti di età per i figli:

- fino a 18 anni o,

- per chi studia a tempo pieno in taluni istituti scolastici, fino al diploma o fino a 24 anni,
- nessun limite di età è previsto per chi è riconosciuto invalido prima dei 18 anni.

Indennità per le spese funerarie

L'indennità in caso di morte (*Laidojimo pašalpa*) è un'indennità universale (non contributiva) erogata in caso di morte di residenti permanenti, cittadini di paesi terzi con permesso di soggiorno in Lituania intenzionati a svolgere lavori altamente qualificati o persone presenti in questo paese con lo status di rifugiati, oppure nel caso di un bambino nato morto (almeno dopo 22 settimane di gestazione).

Per maggiori informazioni su questa prestazione vedere anche la parte sulle indennità per incidenti sul lavoro e malattie professionali.

Rischi coperti

La pensione di reversibilità (*Našlaičio pensija*) è una prestazione forfetaria pari all'importo di base della pensione di reversibilità approvata dal governo della Repubblica lituana [attualmente 70 LTL (20 EUR)].

La pensione di orfano (*Našlaičio pensija*) viene calcolata in base alla pensione per incapacità al lavoro (*Netekto darbingumo pensija*) o alla pensione di vecchiaia (*Senatvės pensija*). La pensione è pari al 50 % della pensione di invalidità dell'assicurazione sociale dello Stato che il defunto avrebbe percepito in caso di riduzione della propria capacità lavorativa dal 60% al 70%, se il defunto non aveva raggiunto l'età pensionabile, o dell'importo della pensione di vecchiaia dell'assicurazione sociale dello Stato a cui il defunto avrebbe avuto diritto se avesse raggiunto l'età pensionabile.

Se due o più figli (anche adottati) hanno diritto alla pensione, questa sarà divisa tra loro in parti uguali che non superino, in totale, il 100% dell'importo della pensione del defunto. In caso di perdita di entrambi i genitori, la pensione in qualità di orfano viene accordata per ciascun genitore defunto.

I bambini che non hanno diritto a pensioni di assicurazione sociale (o di altro tipo) più alte o di uguale importo ricevono pensioni di assistenza sociale per gli orfani, ciascuna delle quali è pari allo 0,5 della pensione di base. Se quattro o più figli (anche adottati) hanno diritto a questa indennità, tutti i figli (anche adottati) percepiranno in parti uguali una pensione di assistenza sociale per gli orfani di importo pari all'1,5 della pensione di base.

Indennità per le spese funerarie

L'indennità in caso di morte (*Laidojimo pašalpa*) equivale a otto volte la prestazione sociale di base (*Bazinė socialinė išmoka*) stabilita dal governo. Il reddito minimo di sussistenza era di 130 LTL (38 EUR) e l'indennità in caso di morte era pari a 1 040 LTL (301 EUR).

Come beneficiare delle prestazioni ai superstiti

Tale percentuale può variare in virtù di decisione del Fondo di assicurazione sociale nazionale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*).

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

Questo regime di assicurazione sociale è essenzialmente finanziato dai contributi versati dai datori di lavoro e fornisce prestazioni commisurate ai redditi a tutti i lavoratori subordinati e ai soggetti ad essi assimilati, che sono gli aventi diritto. Non è possibile sottoscrivere un'assicurazione volontaria. I lavoratori autonomi possono assicurarsi su base volontaria contro gli infortuni sul lavoro presso compagnie di assicurazioni private.

I rischi coperti sono:

- infortuni sul lavoro: gli infortuni sul lavoro, ossia gli infortuni che si verificano nell'ambito dell'attività lavorativa e che comportano la perdita totale o parziale della capacità lavorativa di un lavoratore subordinato e perfino la morte. Non è richiesto alcun periodo minimo di iscrizione;
- gli infortuni che si verificano lungo il tragitto casa-posto di lavoro;
- malattie professionali. Le malattie professionali, il cui elenco è stata fissato con decreto del governo del 30 novembre 1994. Non è previsto alcun periodo minimo di iscrizione.

Le prestazioni comprendono:

- prestazioni (in natura e in denaro) in caso di incapacità temporanea;
- prestazioni in caso di incapacità permanente;
- prestazioni in caso di morte.

Requisiti per beneficiare delle prestazioni in caso di morte

I coniugi superstiti hanno diritto a una prestazione di assicurazione se erano a carico del defunto al momento del decesso e:

- se non lavorano e si occupano dei figli (anche adottivi), dei nipoti, delle sorelle o dei fratelli del defunto, che hanno meno di 8 anni;
- se hanno raggiunto l'età pensionabile o
- se sono disabili (hanno diritto alla prestazione solo per la durata della disabilità).

Ogni beneficiario riceve una prestazione pari all'indennità periodica per la perdita di capacità lavorativa che il defunto avrebbe percepito, divisa per il numero dei beneficiari più uno. Pertanto, se vi sono quattro persone ad avervi diritto, ciascuna di esse riceverà un quinto della pensione di incapacità al lavoro del defunto. L'importo è versato in aggiunta ad altre prestazioni.

Gli orfani possono beneficiare di una prestazione se erano a carico del defunto al momento del decesso e se soddisfano i seguenti requisiti di età:

- avere meno di 18 anni o
- studiare a tempo pieno e avere meno di 24 anni.

Gli orfani possono ricevere la prestazione da un solo genitore e hanno diritto di scegliere quale.

Gli invalidi hanno diritto alla pensione solo per la durata dell'invalidità.

I genitori e gli altri familiari a carico hanno diritto a una prestazione se erano a carico del defunto al momento del decesso (in particolare: i genitori – anche adottivi – e i fratelli e le sorelle) e:

- se non lavorano e si occupano dei figli (anche adottivi), dei nipoti, delle sorelle o dei fratelli del defunto, che hanno meno di 8 anni;
- se hanno raggiunto l'età pensionabile o
- se sono disabili (hanno diritto alla prestazione solo per la durata della disabilità).

Rischi coperti

Prestazioni in caso di incapacità temporanea

Prestazioni in natura

Esse consistono:

- nella libera scelta del medico o dell'ospedale;
- nel rimborso integrale delle spese da parte dell'organo competente.

La durata delle prestazioni in natura è illimitata.

Prestazioni in denaro

Non è previsto alcun periodo di carenza per le prestazioni in denaro in caso di incapacità temporanea. La prestazione è erogata sino alla guarigione o la determinazione dell'incapacità. Il relativo importo ammonta al 100% della retribuzione compensativa mensile media, sulla base del reddito dell'assicurato guadagnato nei tre mesi consecutivi prima dell'ultimo mese precedente a quello in cui si è verificata l'incapacità temporanea.

L'indennità compensativa forfetaria per la perdita di capacità lavorativa è erogata:

- nella misura del 10% della retribuzione compensativa mensile degli ultimi 24 mesi, se la capacità lavorativa è ridotta fino al 20%. Tale importo è triplicato in caso di incapacità permanente;
- nella misura del 20% della retribuzione compensativa mensile degli ultimi 24 mesi, e la perdita di capacità è tra il 20% e il 30%. Tale importo è triplicato in caso di incapacità permanente.

Prestazioni in caso di incapacità permanente

La percentuale minima di incapacità che dà diritto a un indennizzo è il 30%. L'Ufficio di valutazione dell'invalidità e della capacità lavorativa (*Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba*) stabilisce il grado di incapacità che è modificabile in qualunque momento benché la legge non preveda alcuna revisione periodica. L'indennità periodica per la perdita di capacità lavorativa è corrisposta su base mensile ed è calcolata secondo una formula speciale.

Prestazioni in caso di morte

L'importo massimo per ogni beneficiario varia in funzione del numero dei beneficiari. Ogni beneficiario riceve lo stesso importo e la prestazione concessa a ciascuno è pari all'indennità periodica per la perdita di capacità lavorativa che il defunto avrebbe percepito, divisa per il numero dei beneficiari più uno (per esempio, se vi sono quattro beneficiari, ciascuno riceverà un quinto della pensione).

L'importo forfetario equivale a 100 volte il reddito nazionale assicurato dell'anno in corso che può essere ritenuto valido nel mese del pagamento della prestazione

ed è diviso in parti uguali tra i seguenti familiari del defunto:

- il coniuge;
- figli minori di 18 anni (24 anni se studiano a tempo pieno);
- figli del defunto nati dopo la sua morte;
- genitori, se non lavorano e se erano a carico del defunto al momento del decesso.

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

Il Fondo nazionale dell'assicurazione sociale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*), con i suoi uffici locali, si occupa dei regimi di assicurazione, che comprendono quelli relativi agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali. Occorre presentare una richiesta al Fondo nazionale di assicurazione sociale.

Capitolo IX: Prestazioni familiari

Requisiti per beneficiare delle prestazioni familiari

Si tratta di un sistema di protezione universale fiscalizzato, che garantisce una copertura fissa a tutti i cittadini residenti permanentemente in Lituania, a cittadini stranieri che risiedono in questo paese e figurano quali tutori di un bambino avente la cittadinanza lituana, nonché a cittadini di paesi terzi con permesso di soggiorno in questo Stato per poter svolgere lavori altamente qualificati. Almeno uno dei genitori del figlio deve rientrare in una delle suddette categorie. Il figlio deve risiedere permanentemente con un genitore o avere un permesso di soggiorno temporaneo in Lituania. È necessario che viva in uno dei paesi dell'Unione europea o in Islanda, Liechtenstein, Norvegia o Svizzera.

I bambini stranieri devono risiedere in Lituania ed essere affidati a un tutore (o a una famiglia affidataria) di questo paese. Questo servizio può essere erogato anche da un ente nazionale competente.

Rischi coperti

Gli importi delle prestazioni sono legati alla prestazione sociale di base o PSB (*bazinė socialinė išmoka*), precedentemente nota come reddito minimo di sussistenza. Quest'indennità è fissata dal governo ed equivale attualmente a 130 LTL (38 EUR) mensili.

Assegno familiare

L'assegno familiare è pari a:

- 0,75 volte il PSB per ogni figlio fino ai due anni di età cresciuto nella propria famiglia o sotto la tutela di una famiglia, se il reddito mensile per membro della famiglia risulta inferiore a 1,5 volte l'importo del reddito di sostituzione [525 LTL (152 EUR)];
- 0,40 volte il PSB per ogni figlio di età compresa tra i due e i sette anni cresciuto nella propria famiglia o sotto la tutela di una famiglia affidataria (o per figli tra i due e i diciotto anni in famiglie che crescono e/o prendono in affidamento tre o più bambini), se l'importo mensile per ciascun familiare è inferiore a 1,5 volte l'importo del reddito di sostituzione [525 LTL (152 EUR)].

Assegno post-natale

A uno dei genitori (o al tutore) o al genitore solo (o al tutore) che alleva un figlio naturale o adottivo viene versato l'assegno post-natale (*Vienkartinė išmoka vaikui*). L'assegno per ogni figlio è pari a 11 volte il PSB (*Bazinė socialinė išmoka*).

Indennità per genitori single

I pagamenti destinati ai figli che frequentano la scuola materna, possono essere ridotti del 50%.

Prestazione per il figlio di una persona soggetta a obbligo di leva

La prestazione per i figli dei soldati di leva (*Išmoka privalomosios tarnybos kario vaikui*) è erogata per ogni figlio di soldato durante il periodo del servizio militare obbligatorio. L'assegno ammonta a 1,5 volte il PSB.

Prestazione di tutela (curatela)

La prestazione di tutela (curatela) [*Globos (rūpybos) išmoka*] è erogata al tutore del minore (persona, famiglia, casa famiglia, ente non governativo, pubblico o comunale per la custodia di minori) a cui è stata affidata la custodia secondo le procedure previste. Per i minori posti sotto la tutela di una famiglia, casa famiglia o in un istituto preposto alla loro custodia, la prestazione mensile di tutela (curatela) equivale a 4 volte il PSB per ciascun orfano o figlio adottivo fino al compimento dei 18 anni. Per ciascun minore posto sotto la tutela di una casa famiglia, deve essere corrisposta la prestazione mensile obiettiva aggiuntiva di tutela (curatela) pari a 4 volte il PSB per la garanzia delle attività della casa famiglia.

Se il minore ha diritto a una pensione in qualità di orfano e/o a un assegno alimentare, l'importo della prestazione equivale a 4 volte la differenza tra il PSB e tali indennità. Se, alla scadenza della tutela (curatela) del minore, la persona continua i propri studi in base ai programmi definiti, oppure è ancora un orfano, la prestazione continua ad essere corrisposta per la durata degli studi ma solo fin quando raggiunge l'età di 24 anni. Chi si iscrive più di due volte in una scuola appartenente allo stesso gruppo di scuole non ha diritto a questa prestazione.

Indennità di alloggio (Vienkartinė išmoka įsikurti)

Le persone sotto tutela (curatela), alla scadenza della stessa, , ricevono un'indennità di alloggio equivalente a 75 volte il PSB.

Per quanto concerne la prestazione parentale e l'indennità di maternità, vedere la parte sulle prestazioni di maternità e paternità.

Come beneficiare delle prestazioni familiari

Le circoscrizioni comunali di assistenza sociale sono responsabili della maggior parte delle prestazioni e a loro devono essere rivolte le domande.

Capitolo X: Disoccupazione

Requisiti per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

L'assicurazione contro la disoccupazione (*Nedarbo draudimo išmoka*) è un regime di assicurazione sociale obbligatoria per i lavoratori subordinati. Le prestazioni erogate sono commisurate ai redditi.

Sono ammissibili le seguenti persone:

- tutti i lavoratori subordinati, compresi quelli che svolgono funzioni elettive all'interno di enti eletti, i funzionari, i politici nazionali, i militari, il personale del Servizio nazionale di inchiesta e quello del Dipartimento della sicurezza nazionale;
- i militari, se hanno prestato il servizio militare inizialmente obbligatorio o un altro servizio di difesa nazionale o se sono stati riformati da tali servizi prima che sia trascorsa almeno la metà del tempo previsto;
- i disoccupati che hanno goduto di congedo parentale per occuparsi dei figli da uno a tre anni.

Requisiti

Per beneficiare della prestazione di assicurazione contro la disoccupazione i requisiti sono i seguenti:

- essere disoccupati;
- essere in età lavorativa;
- non frequentare quotidianamente corsi presso istituti scolastici;
- dimostrare un periodo assicurativo minimo;
- essere iscritti al Centro per l'impiego;
- cercare attivamente un posto di lavoro ed essere disposti ad accettare gli impieghi proposti ovvero a partecipare alle misure attive della politica del mercato del lavoro;
- non percepire prestazioni di malattia e/o di maternità (paternità) né pensioni di assicurazione sociale.

Il periodo assicurativo minimo è di 18 mesi durante i 3 anni precedenti la registrazione presso il Centro per l'impiego. Sono previste eccezioni per talune categorie di disoccupati che hanno versato contributi ma non hanno maturato il periodo di assicurazione sociale necessario (se sono stati licenziati dal datore di lavoro non per giusta causa, ecc.) e ne sono previste anche per i disoccupati che non hanno versato contributi.

Il periodo di carenza è di 7 giorni di calendario oppure il periodo di tempo in cui all'ex-dipendente è stato pagato il trattamento di fine rapporto. Se la causa della disoccupazione è colpa del dipendente, il periodo di attesa è di tre mesi.

La prestazione dell'assicurazione contro la disoccupazione non viene erogata se l'interessato:

- ha rifiutato un impiego che gli è stato proposto, che era in linea con le sue competenze professionali e lo stato di salute e il posto di lavoro si trovava a ragionevole distanza dal proprio domicilio;

- non ha partecipato, senza validi motivi, alle misure attive della politica per il mercato del lavoro previste nel piano d'azione individuale;
- non si è presentato al Centro per l'impiego nei tempi stabiliti, senza validi motivi, per candidarsi a un posto di lavoro proposto o per partecipare a politiche attive del mercato del lavoro;
- non si è sottoposto a test sanitari atti a determinare la sua idoneità al lavoro.

Non sarà applicata alcuna sanzione se il disoccupato è in grado di dimostrare la presenza di validi motivi previsti dalla legge (per esempio, disastro naturale, infortunio, morte di un genitore, di un figlio o del coniuge, ecc.).

Rischi coperti

La prestazione dell'assicurazione contro la disoccupazione consta di un elemento fisso e di uno variabile. L'elemento fisso rappresenta il reddito di sostituzione (*Valstybės remiamos pajamos*) [350 LTL (101 EUR)], mentre l'elemento variabile è commisurato al precedente reddito assicurato del lavoratore disoccupato. L'importo massimo dell'indennità di assicurazione contro la disoccupazione non può superare i 650 LTL (pari a 188 EUR), fino al 31 dicembre 2011.

L'importo massimo del sussidio è erogato durante i primi tre mesi di disoccupazione. A partire dal quarto mese, fino al termine del periodo di versamento di questa prestazione, l'elemento variabile è ridotto del 50%.

La prestazione dell'assicurazione contro la disoccupazione è cumulabile con le indennità di formazione che il lavoratore disoccupato percepisce se partecipa a un corso di formazione.

Questa prestazione non può essere inferiore al reddito di sostituzione, né può superare il 70% del reddito di riferimento per l'anno in corso (*einamųjų metų draudžiamosios pajamos*), come stabilito dal governo.

La durata della prestazione dell'assicurazione contro la disoccupazione (*Nedarbo draudimo išmoka*) dipende dall'anzianità lavorativa:

- meno di 25 anni: sei mesi;
- da 25 a 30 anni: sette mesi;
- da 30 a 35 anni: otto mesi;
- oltre 35 anni: nove mesi.

Il versamento di questa prestazione termina se il beneficiario trova un nuovo posto in qualità di lavoratore subordinato o avvia un'attività di lavoro autonomo.

Indennità per disoccupati anziani e prepensionamento

La durata della prestazione è prorogata di due mesi a coloro ai quali mancano meno di cinque anni all'età pensionabile.

I lavoratori disoccupati che sono stati assicurati per 30 anni e che hanno diritto a una pensione di vecchiaia completa entro i cinque anni possono richiedere una pensione anticipata ai sensi della legge sul pagamento anticipato delle pensioni previdenziali del regime di assicurazione sociale nazionale (*Valstybinio socialinio draudimo senatvės pensijų išankstinio mokėjimo įstatymas*).

Come beneficiare delle prestazioni di disoccupazione

Le richieste devono essere inoltrate all'ufficio locale del Centro lituano per l'impiego (*Lietuvos darbo birža*).

Capitolo XI: Risorse minime

Requisiti per beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

Per quanto riguarda le risorse minime garantite, esistono due regimi principali di carattere non contributivo: l'assistenza sociale in denaro e la pensione di assistenza sociale. Inoltre, vi sono alcune altre indennità minime di sussistenza.

L'assistenza sociale in denaro è soggetta ad accertamento del reddito. Le prestazioni sono concesse solo in seguito alla valutazione del reddito percepito e dei beni posseduti. Le pensioni sociali sono basate solo sull'accertamento del sussidio erogato.

Assistenza sociale in denaro

L'assistenza sociale in denaro (*Piniginė socialinė parama*) è offerta a residenti con nucleo familiare e a residenti non coniugati impossibilitati a procurarsi sufficienti risorse di sostentamento. Coloro che richiedono questo tipo di assistenza devono riuscire innanzitutto a produrre autonomamente il maggior reddito possibile. L'assistenza sociale in denaro comprende sia la prestazione sociale (*Socialinė pašalpa*), sia il rimborso dei costi relativi al riscaldamento domestico e al consumo di acqua calda e acqua potabile (*Būsto šildymo išlaidų karšto ir geriamojo vandens išlaidų kompensacijos*).

Queste prestazioni possono essere erogate se il residente non coniugato o almeno uno dei coniugi/conviventi lavora o se sono entrambi disoccupati perché:

- sono studenti a tempo pieno (fino al raggiungimento dei 24 anni);
- sono pensionati, al di sopra dell'età pensionabile o disabili;
- assistono un familiare malato o disabile;
- sono iscritti all'ufficio locale del Centro lituano per l'impiego (*Lietuvos darbo birža*) o presso un altro servizio nazionale per l'impiego come disoccupati e percepiscono un'indennità di disoccupazione (*Nedarbo darudimo išmoka*);
- si occupano di un figlio di età inferiore a tre anni (o a otto anni nel caso in cui la famiglia abbia tre o più figli) se il figlio non frequenta un istituto di istruzione in conformità alle indicazioni del medico o non ha l'opportunità di frequentare una scuola materna o asilo.

Pensione sociale

La pensione di assistenza sociale (*Šalpos pensija*) mira a garantire un reddito minimo di sussistenza ai residenti particolarmente esposti al rischio sociale, ossia: disabili, persone che hanno raggiunto l'età pensionabile, madri pensionate o inabili al lavoro con più figli e persone inabili al lavoro o pensionati che assistono parenti invalidi. L'erogazione di questa pensione spetta a coloro che non hanno diritto alle prestazioni derivanti dal bilancio del Comitato del Fondo nazionale dell'assicurazione sociale controllato dal Ministero della Previdenza sociale e del lavoro (*Valstybinis socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, SoDra*) o che le percepiscono in misura molto ridotta.

Altri benefici

Le pensioni sociali non vengono più accordate a partire dal 1995 ma sono ancora versate per chi vi aveva diritto prima del 1° gennaio 1995. Nel 2004, esse sono state indicizzate e aumentate a seguito dell'approvazione della nuova pensione di assicurazione sociale di base. Prima della modifica del 2004, queste pensioni venivano pagate con l'aliquota del dicembre 1994.

Indennità di trasporto per disabili con problemi di mobilità

I disabili con problemi di mobilità hanno diritto alle seguenti indennità:

- un'indennità per le spese di trasporto, per l'importo mensile di 0,25 volte il PSB;
- ogni 6 anni, un'indennità per l'acquisto e l'adattamento tecnico di un veicolo speciale, per l'importo massimo di 32 volte il PSB.

Rischi coperti

Assistenza sociale in denaro

Prestazioni sociali

La prestazione mensile corrisponde al 100% della differenza tra il reddito effettivo di una famiglia o di un residente non coniugato e il reddito di sostituzione (*Valstybės remiamos pajamos*) a 350 LTL (101 EUR) al mese per ogni persona per il primo membro della famiglia, inclusi i casi in cui la prestazione sociale è concessa solo per un figlio (figli), l'80% per il secondo membro e il 70% per gli eventuali membri aggiuntivi della famiglia.

La prestazione sociale viene erogata per un periodo di tre mesi, a partire dal primo giorno del mese in cui viene presentata la domanda, se alla presentazione della domanda il residente non coniugato o i familiari ne hanno diritto.

Se la situazione resta invariata, la prestazione sociale può essere rinnovata per un periodo illimitato.

Rimborso dei costi relativi al riscaldamento domestico, al consumo di acqua calda e acqua potabile

Una famiglia non dovrebbe pagare più del 20% del proprio reddito oltre il reddito di sostituzione (ossia, 350 LTL, pari a 101 EUR) per ciascun membro della famiglia per coprire i costi di riscaldamento, calcolati sulla base di un alloggio di dimensioni standard, il 5% del proprio reddito per la necessità standard di base di acqua calda e il 2% del proprio reddito per la necessità standard di base di acqua potabile.

Il rimborso è concesso per il periodo di tre mesi a partire dalla data che dà il diritto al godimento.

Le famiglie o i residenti non coniugati, proprietari di un appartamento all'interno di un edificio con più abitazioni e idonei all'indennità per le spese di riscaldamento, hanno diritto al rimborso dei costi legati al mutuo, acceso insieme ad altri proprietari per il progetto di rinnovo (modernizzazione) dell'edificio.

Pensione sociale

L'importo dipende dalla pensione di assicurazione sociale di base fissata dal governo e da un coefficiente che oscilla tra 0,75 e 2,0 per i diversi gruppi di beneficiari [da 270,00 LTL (78 EUR) a 720,00 LTL (209 EUR)]. Per stabilire l'importo dell'indennità si tiene conto dei seguenti fattori: numero di figli generati e allevati da ciascuna madre (cinque o meno), tempo dedicato all'assistenza di una persona disabile (15 anni o meno), età del disabile alla data di riconoscimento della disabilità e livello di disabilità.

L'indennità di disoccupazione è erogata a partire dalla data che dà il diritto al godimento. Tuttavia, essa può essere concessa retroattivamente fino a 12 mesi prima dell'invio di tutti i documenti relativi alla concessione della pensione sociale all'amministrazione comunale. Essa viene erogata finché la persona è disabile, incapace di lavorare o parzialmente in grado di lavorare e, dopo il raggiungimento dell'età di pensionamento, fino al decesso della persona interessata.

Come beneficiare delle prestazioni relative alle risorse minime

L'assistenza sociale in denaro e le pensioni di assistenza sociale sono erogate dalle autorità locali, a cui vanno presentate le relative domande.

Assistenza sociale in denaro

Per beneficiare dell'assistenza sociale in denaro, il richiedente deve compilare un modulo di richiesta, a cui deve allegare i documenti necessari relativi ai beni posseduti e al reddito percepito dalla famiglia.

La decisione relativa all'erogazione delle prestazioni sociali (Socialinė pašalpa) e/o al calcolo e alla concessione del rimborso deve essere presa non oltre un mese dalla data di ricevimento della domanda e di tutti i documenti necessari, conformemente alla procedura stabilita dall'amministrazione comunale.

Pensione sociale

La domanda e i documenti inviati dal richiedente sono soggetti ad esame. Non viene svolta alcuna indagine sociale. La decisione concernente l'erogazione della pensione di assistenza sociale deve essere presa non oltre 10 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della domanda.

Capitolo XII: Assistenza di lunga durata

Requisiti per beneficiare dell'assistenza a lungo termine

L'assistenza a lungo termine è legalmente definita come il pacchetto di servizi infermieristici e sociali forniti per andare incontro alle esigenze della persona dipendente. Prestazioni di assistenza a lungo termine comprendono anche servizi di cure palliative.

I servizi sociali sono offerti a prescindere dall'età, ma tenendo conto del livello di dipendenza e della necessità. I principali beneficiari sono costituiti da persone anziane e disabili (sia bambini che adulti). La necessità di usufruire dei servizi sociali viene stabilita considerando l'insieme dei principi di cooperazione, partecipazione, complessità, accessibilità, giustizia sociale, pertinenza, efficacia e completezza. Viene decisa su base individuale, secondo il grado di dipendenza della persona e la possibilità di sviluppare o sostenere l'indipendenza grazie ai servizi sociali atti a soddisfare gli interessi e le esigenze della persona.

Le cure mediche a lungo termine che prevedono servizi infermieristici per l'assistenza personale sono offerte a prescindere dall'età, ma tenendo conto delle condizioni di salute, del decorso della malattia e di eventuali complicazioni.

I disabili, tenuto conto delle loro specifiche necessità, possono beneficiare di assistenza permanente. Le particolari esigenze dei disabili sono stabilite sulla base di un elenco autenticato di condizioni sanitarie. A tal proposito è prevista l'offerta di due tipi di prestazioni in denaro:

- un'indennità speciale per le spese di assistenza infermieristica, versata a bambini gravemente disabili, a disabili con una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 75% e il 100% e a persone in età pensionabile che necessitano di assistenza infermieristica permanente;
- un'indennità speciale per le spese di assistenza, versata a bambini con un grado di disabilità grave e moderata, che necessitano o meno di cure permanenti a disabili con una riduzione della capacità lavorativa pari almeno al 60%, e a persone in età pensionabile che necessitano di assistenza continua.

Mentre le prestazioni in denaro non sono proporzionali al reddito, nel caso dell'assistenza a lungo termine presso una struttura, il diritto all'indennità speciale dipende dalla possibilità della persona di pagare per il servizio di assistenza sociale a lungo termine. Se l'interessato paga almeno un terzo del costo previsto per l'assistenza sociale a lungo termine, una determinata parte della prestazione viene versata alla struttura.

Rischi coperti

Prestazioni in natura

Le persone che necessitano di assistenza a domicilio ricevono regolarmente visite da parte degli assistenti sociali operanti nell'amministrazione locale competente in materia, i quali stabiliscono l'effettiva necessità di tale assistenza. Gli enti di assistenza sanitaria di base sono responsabili dell'organizzazione e della fornitura di cure infermieristiche a domicilio.

Gli anziani e i disabili possono ricevere assistenza in strutture di accoglienza diurna per un periodo di tre ore al giorno fino a cinque giorni alla settimana, oppure cure temporanee in strutture di assistenza sociale residenziale, a seconda della loro situazione particolare.

L'assistenza residenziale viene offerta ai bambini privi delle cure dei genitori, ai bambini e agli adulti con disabilità nonché agli anziani.

Prestazioni in denaro

Indennità speciale per le spese di assistenza infermieristica

Quest'indennità equivale al 250% della pensione di assicurazione sociale di base [attualmente pari a 900 LTL (261 EUR)]. Tuttavia, per il periodo 2010-2011, le prestazioni versate equivalgono temporaneamente all'85% di detti importi.

Indennità speciale per le spese di assistenza

Corrisponde al 50% o al 100% della pensione di assicurazione sociale di base, a seconda della categoria di appartenenza del beneficiario [180 LTL (52 EUR) o 360 LTL (104 EUR)]. Sempre in via temporanea, per il periodo 2010-2011, le prestazioni versate equivalgono all'85% di detti importi.

Come beneficiare dell'assistenza a lungo termine

Occorre presentare una domanda al servizio di assistenza sociale locale dell'amministrazione comunale di competenza.

La necessità di servizi sociali, compresa l'assistenza a lungo termine, è generalmente determinata dagli operatori sociali. Tale necessità può anche essere stabilita da un'équipe di specialisti composta da un assistente sociale accompagnato da un collaboratore, da un operatore socio-sanitario e da un addetto al supporto psicologico.

La necessità di assistenza a lungo termine viene determinata da un medico o da una commissione medica.

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

È possibile reperire informazioni più approfondite sui requisiti e sulle diverse prestazioni di previdenza sociale previste in Lituania presso gli istituti pubblici responsabili della gestione del sistema di tutela sociale.

Per le questioni in materia di previdenza sociale che coinvolgono più di un paese dell'Unione europea, si può fare riferimento a uno degli enti indicati nell'elenco delle Istituzioni gestito dalla Commissione europea e disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=it

Per quanto riguarda le informazioni relative ai periodi di assicurazione completati in due o più Stati membri, rivolgersi ai seguenti enti:

Ministero della previdenza sociale e del lavoro

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

A. Vivulskio st. 11

03610 Vilnius

<http://www.socmin.lt>

Fondo nazionale dell'assicurazione sociale presso il ministero della Previdenza sociale e del lavoro

[Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės Apsaugos Ir Darbo Ministerijos (SoDra)]

Konstitucijos av.

09308 Vilnius

<http://www.sodra.lt>

Centro lituano per l'impiego presso il ministero della Previdenza sociale e del lavoro

Lietuvos darbo birža prie Socialinės Apsaugos Ir Darbo Ministerijos

Geležinio Vilko st. 3a

03131 Vilnius

<http://www.ldb.lt>

Ministero della Salute

Sveikatos apsaugos ministerija

Vilniaus st. 33

01506 Vilnius

<http://www.sam.lt>

Cassa nazionale dell'assicurazione sanitaria presso il ministero della Salute

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos Apsaugos Ministerijos

Europos square 1

LT-03505 VILNIUS

<http://www.vlk.lt>