



Ministero Federale
del Lavoro e degli Affari sociali

SICUREZZA SOCIALE IN SINTESI 2018

**Sicurezza sociale
in sintesi
2018**



Introduzione

*„La Repubblica Federale Tedesca è uno Stato federale democratico e sociale”
Articolo 20, par. 1 della Legge Fondamentale*

La Germania è un paese forte e prospero. Il suo welfare e la sua economia sociale di mercato lo rendono anche un paese vivibile.

Per me, economia sociale di mercato significa che tutti devono ricevere un’opportunità di partecipazione nel mercato del lavoro e nella società. E che la comunità interviene quando qualcuno è privato di questa possibilità a causa di un infortunio, di una malattia, di una disabilità o dall’età.

È su questo principio di solidarietà che si fondano i regimi di sicurezza sociale in Germania. È per questo che molti uomini e donne lavorano ogni giorno. Il successo economico e la sicurezza sociale, infatti, non sono contrapposti, ma interdipendenti.

Anche se oggi l’economia del nostro paese è fiorente, la sicurezza sociale deve continuare ad evolvere per permetterci di reagire agli sviluppi in corso e di tenere il passo con le sfide del futuro. Le modalità di lavoro e le situazioni della vita cambiano. La digitalizzazione sta operando trasformazioni profonde del mondo del lavoro. Sono però fermamente convinto che ogni cambiamento comporta anche delle opportunità. Se riusciremo a coglierle insieme, potremo governare il progresso tecnico in modo tale che sia accompagnato anche da un progresso sociale di cui tutti possano essere partecipi.

Oggi possiamo fare pieno affidamento sui nostri regimi di sicurezza sociale. E io mi impegno personalmente affinché anche in futuro in Germania si possa continuare a contare su uno stato sociale forte.

**Hubertus Heil, Membro del Bundestag
Ministro federale del Lavoro e degli Affari Sociali**

Sommario

Introduzione	p.	4
Sommario	p.	5
Assegno parentale federale	p.	9
Periodo parentale	p.	11
Anticipo degli alimenti	p.	12
Indennità familiare integrativa	p.	13
Tutela della maternità	p.	15
Promozione dell'occupazione	p.	20
Minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro	p.	38
Diritto del lavoro	p.	43
Ordinamento aziendale	p.	49
Codeterminazione	p.	54
Salario minimo	p.	59
Sicurezza sul lavoro e prevenzione degli infortuni	p.	61
Normativa classica	p.	62
Assicurazione contro gli infortuni	p.	69
Riabilitazione e partecipazione delle persone con disabilità	p.	74
Assicurazione sanitaria	p.	83
Assicurazione contro l'infermità	p.	92
Assicurazione pensionistica	p.	106
Pensioni di vecchiaia	p.	110
Pensioni per riduzione della capacità lavorativa	p.	113
Redditi lavorativi aggiuntivi	p.	114
Calcolo della pensione	p.	116
Formula della pensione	p.	119
Incentivazione dei regimi previdenziali integrativi	p.	122
Risarcimento sociale	p.	126
Assistenza alle vittime di guerra	p.	126
Vittime di atti di violenza	p.	130
Assistenza sociale	p.	132
Indennità di alloggio	p.	140
Assicurazione sociale internazionale	p.	143

Assicurazione sanitaria e contro l'infermità	p.	144
Assicurazione contro gli infortuni	p.	144
Assicurazione pensionistica	p.	145
Prestazioni familiari	p.	146
Assicurazione contro la disoccupazione	p.	146
Giurisdizione sociale	p.	148
Tutela dei dati personali in campo sociale	p.	150
Colofone	p.	154

Assegni familiari

Non c'è dubbio: i bambini sono una gioia. Ma sono anche una spesa: cibo, abbigliamento, istruzione, giocattoli, sono tutti costi che i genitori devono sostenere. Per questo lo Stato li aiuta con gli assegni familiari. Erogati sotto forma di restituzione dell'imposta sul reddito, gli assegni familiari mirano principalmente ad assicurare l'esenzione fiscale sancita dalla Costituzione per la parte di reddito che corrisponde al minimo vitale dei figli. La quota degli assegni familiari che supera tale importo serve a promuovere la famiglia.

Diritti

Gli assegni familiari spettano a tutti coloro che hanno figli e vivono in Germania, compresi gli stranieri in possesso di un permesso valido di stabilimento o di un permesso di soggiorno a fini particolari. Lo Stato li riconosce solo per i bambini che vivono nel territorio federale, in uno stato membro dell'UE o in Svizzera (anche se, come sempre, esistono alcune eccezioni), ma a determinate condizioni gli assegni familiari possono essere corrisposti anche a genitori che risiedono all'estero, ad esempio a causa di un distacco lavorativo temporaneo.

Importante

Gli assegni familiari sono versati ad un solo genitore per figlio. I genitori possono scegliere liberamente a chi deve essere corrisposta questa prestazione per i bambini che fanno parte del nucleo familiare.

Se i genitori sono separati o divorziati, gli assegni familiari sono corrisposti al genitore che convive con il bambino. Quando i figli non vivono con i genitori, gli assegni familiari sono generalmente riconosciuti alle persone con cui convivono (ad es. i nonni) o a chi ne sostiene le spese di mantenimento in via principale.

Per chi si percepiscono gli assegni familiari

Per ricevere gli assegni familiari si deve presentare una domanda.
--

Si percepiscono gli assegni familiari anche per

- i figli del coniuge, se conviventi,
- i bambini in affidamento che vivono all'interno del nucleo familiare fanno parte della famiglia per un lungo periodo di tempo e non sono più sotto la custodia e la tutela dei propri genitori naturali,
- i figli dei propri figli, se sono stati accolti nel proprio nucleo familiare.

Gli assegni familiari sono riconosciuti per i bambini rientranti in una di queste categorie che non hanno ancora compiuto i 18 anni. A determinate condizioni è tuttavia possibile continuare a percepire gli assegni familiari anche per figli maggiorenni.

Il limite d'età è di 25 anni se i ragazzi

- frequentano ancora la scuola o imparano un mestiere. Di norma, i figli maggiorenni possono essere considerati per l'erogazione degli assegni familiari fino al completamento della prima formazione professionale o del primo corso di studi universitari. Hanno inoltre diritto agli assegni familiari, ad esempio, i figli che continuano ad apprendere una professione e non esercitano regolarmente un'attività lavorativa per più di 20 ore alla settimana. Sono considerati come rientranti nella formazione anche brevi periodi di transizione tra due fasi formative.
- prestano un anno di volontariato sociale o ambientale ai sensi del Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce "Erasmus+", del Programma dell'Unione per l'istruzione e la formazione professionale, la gioventù e lo sport o un altro servizio all'estero in conformità con l'art. 5 della Legge federale sui servizi di volontariato, un servizio di volontariato "aperto al mondo" nel campo dell'assistenza allo sviluppo ai sensi della direttiva

del Ministero Federale per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo dell'1 agosto 2007, un servizio di volontariato "per tutte le generazioni" ai sensi dell' art. 2 par. 1a del Tomo VII del Codice di Previdenza Sociale (CPS), un anno di volontariato internazionale giovanile ai sensi della direttiva del Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e i Giovani del 20 dicembre 2010 (Gazzetta Ufficiale Ministeriale, p. 1778) o un anno di volontariato federale ai sensi della Legge federale sui servizi di volontariato.

- non possono iniziare o proseguire la propria formazione per mancanza di un posto di formazione professionale.
- fino al compimento del ventunesimo anno d'età ai fini del riconoscimento degli assegni familiari sono considerati anche i figli registrati come persone alla ricerca di un'occupazione presso l'Agenzia del lavoro.

Entità

Gli assegni familiari mensili ammontano a

- 194 euro per ognuno dei primi due figli,
- 200 euro per il terzo figlio,
- 225 euro per ognuno degli altri figli.

Per assistenza si prega di rivolgersi alle Casse per la famiglia delle agenzie del lavoro (o alle Casse per la famiglia dei datori di lavoro pubblici).

Gli assegni familiari sono erogati indipendentemente dal reddito dei genitori. La perequazione delle prestazioni familiari prevede che gli assegni familiari siano riconosciuti sotto forma di rimborso o di franchigia fiscale per i figli e di importi esentasse destinati all'assistenza, all'educazione o alla formazione dei figli. Gli assegni familiari sono versati nel corso dell'anno. Ai fini della tassazione dei redditi, gli uffici competenti verificano se gli assegni familiari sono conformi alla tassazione prevista dalla Costituzione (in altre parole: che gli assegni familiari non risultino in una semplice restituzione delle tasse versate in eccesso dai genitori). In caso contrario la franchigia per i figli, nonché gli importi esentasse destinati all'assistenza, all'educazione o alla formazione dei figli sono detratti dal reddito, tenendo conto degli assegni familiari già pagati. Quando questo risulta più vantaggioso per i genitori, ci si attiene invece al versamento degli assegni familiari.

Gli assegni familiari sono erogati dalle Casse per la famiglia degli uffici delle agenzie del lavoro o dei datori di lavoro pubblici.

Casi particolari

In casi particolari i genitori possono continuare a percepire gli assegni familiari anche quando i figli hanno superato i 25 anni di età.

I genitori continuano a percepire gli assegni familiari anche dopo il venticinquesimo compleanno dei figli quando questi ultimi non sono in grado di mantenersi perché disabili e se la loro disabilità è subentrata prima del compimento del venticinquesimo anno.

Gli orfani di entrambi i genitori per cui nessun'altra persona percepisce assegni familiari o indennità analoghe ricevono direttamente i 194 euro di assegni familiari loro spettanti. La stessa procedura è seguita anche nel caso di bambini che non conoscono il luogo di residenza dei propri genitori.

Leggi

I fondamenti giuridici di questa prestazione si trovano nella Legge sulla tassazione dei redditi e nella Legge federale sugli assegni familiari.

Informazioni

Per ulteriori informazioni si raccomanda di rivolgersi alle Casse per la famiglia presso gli uffici delle agenzie del lavoro.

Il sito internet www.arbeitsagentur.de dell'Agenzia federale del lavoro contiene un'ampia modulistica e l'elenco delle sedi delle Casse per la famiglia.

Franchigia per i figli e importi esentasse destinati all'assistenza, all'educazione o alla formazione dei figli

Quando il versamento degli assegni familiari non esenta dagli oneri fiscali il minimo vitale per la

sopravvivenza del bambino, dal reddito considerato ai fini fiscali si detraggono la franchigia per i figli (pari a 4.788 euro all'anno) e gli importi esentasse destinati all'assistenza, all'educazione o alla formazione dei figli (pari a 2.640 euro all'anno). Gli assegni familiari già percepiti vanno così a sommarsi agli effetti fiscali delle franchigie. La verifica dell'idoneità degli assegni familiari ad assicurare pienamente le esenzioni fiscali previste dalla Costituzione avviene al momento dell'accertamento dell'imposta sui redditi.

Assegno parentale federale

L'assegno parentale fornisce un aiuto notevole alle famiglie durante i primi mesi di vita dei figli, compensando la riduzione del reddito successiva al parto. In tal modo l'assegno parentale consente alle madri e ai padri di sospendere più facilmente la loro attività lavorativa retribuita o di limitarla temporaneamente per disporre di tempo da dedicare ai figli.

Requisiti

Hanno diritto a percepire l'assegno parentale le madri e i padri che

- accudiscono e allevano personalmente i figli dopo la nascita,
- non esercitano un'attività retribuita per più di 30 ore settimanali,
- convivono con i figli e
- risiedono o soggiornano abitualmente in Germania.

In presenza di questi requisiti anche i coniugi o i compagni di un genitore che, pur non essendo genitori naturali del bambino, lo assistono dopo la nascita possono beneficiare dell'assegno parentale.

Allo stesso modo l'assegno parentale è erogato anche per i bambini adottati o accolti a scopo di adozione che entrano a far parte del nucleo familiare. Tale diritto decade non appena i bambini compiono l'ottavo anno di età. In caso di malattia, di disabilità grave o di decesso dei genitori, hanno diritto all'assegno parentale anche i congiunti fino al terzo grado (bisnonni, nonni, zii, zie e fratelli e sorelle) e i loro coniugi o compagni.

Non hanno diritto a percepire l'assegno parentale le coppie di genitori o le altre coppie ammissibili a questa prestazione che hanno realizzato un reddito imponibile superiore ai 500.000 euro nell'anno civile precedente la nascita del figlio. La soglia di reddito applicata alle famiglie monoparentali è pari a 250.000 euro.

I cittadini di stati membri dell'UE/SEE e della Svizzera che esercitano un'attività retribuita in Germania o, se non lavorano, vi risiedono, conformemente al diritto europeo godono di norma dello stesso diritto di ricevere l'assegno parentale riconosciuto ai cittadini tedeschi.

I cittadini stranieri di altre nazionalità hanno diritto all'assegno parentale se il loro titolo di soggiorno e la loro possibilità di accedere al mercato del lavoro fanno ragionevolmente supporre che il loro soggiorno in Germania sarà duraturo. I titolari di un permesso di stabilimento soddisfano automaticamente questo requisito. I titolari di un permesso di soggiorno soddisfano questo requisito solo se sono autorizzati ad esercitare un'attività lavorativa retribuita in Germania o se lo sono stati. I titolari di un permesso di soggiorno per urgenti ragioni umanitarie o di natura personale, per tutela temporanea, per sospensione di un provvedimento di espulsione o per la sussistenza di cause ostative all'abbandono del paese hanno diritto all'assegno parentale solo dopo tre anni di permanenza in Germania e in presenza di un rapporto di lavoro o del riconoscimento dell'indennità di disoccupazione.

Entità e durata

L'assegno parentale compensa il reddito lavorativo percepito prima della nascita che viene a mancare al genitore che assiste il figlio.

I parti plurimi determinano una maggiorazione dell'assegno parentale.

Un genitore può beneficiare dell'assegno parentale per un minimo di due e un massimo di dodici mensilità. Complessivamente ai due genitori spettano di norma dodici mensilità, coincidenti con i mesi di vita del bambino. Due mensilità supplementari sono riconosciute a quelle coppie in cui entrambi i

genitori si avvalgono dell'assegno parentale e per due mesi registrano quindi una riduzione del reddito da lavoro (mesi di coppia).

Per redditi precedenti superiori ai 1.240 euro, l'assegno parentale sostituisce il 65 percento del mancato reddito dopo la nascita. Questa percentuale aumenta gradualmente dal 65 al 67 percento per redditi tra i 1.240 e i 1.220 euro ed è pari al 67 percento per redditi tra i 1.200 e i 1.000 euro. Per redditi precedenti inferiori ai 1.000 euro l'aliquota compensativa aumenta gradualmente fino a raggiungere il 100 percento: quanto più basso è il reddito, tanto più elevata è l'aliquota compensativa applicata. In termini reali, l'assegno parentale ammonta ad almeno 300 e non più di 1.800 euro.

L'importo minimo di 300 euro è corrisposto a tutti i genitori aventi diritto, anche se prima della nascita del figlio non esercitano attività lavorativa retribuita. Le famiglie numerose possono percepire un bonus mensile pari al 10 percento dell'assegno parentale spettante, ma comunque non inferiore ai 75 euro. In caso di parti gemellari l'assegno parentale è maggiorato di 300 euro per neonato a partire dal secondo gemello.

I parti plurimi determinano una maggiorazione dell'assegno parentale.

L'assegno parentale plus è destinato principalmente ai genitori che desiderano tornare a lavorare più rapidamente. Essi possono percepire l'assegno parentale per un periodo più lungo sfruttando meglio il budget a loro destinato. L'assegno parentale plus è calcolato come l'assegno parentale classico, ma ammonta al massimo alla metà dell'importo che spetterebbe al genitore in questione se non si considerasse il reddito dell'attività a tempo parziale. In cambio, il periodo di corresponsione risulta raddoppiato: un mese di assegno parentale si traduce in due mesi di assegno parentale plus. L'importo dell'assegno parentale plus può variare da un minimo di 150 euro a un massimo di 900 euro. L'assegno parentale plus può così essere percepito anche dopo il quattordicesimo mese di vita del bambino. Grazie all'assegno parentale plus i genitori possono prolungare la durata della prestazione, indipendentemente dal fatto che lavorino a tempo parziale o meno. Questa nuova norma si applica anche alle famiglie monoparentali in cui, grazie al reddito di un'attività a tempo parziale e ai mesi di assegno parentale plus, il genitore può restare a disposizione del figlio per un periodo più lungo, cioè anche dopo il quattordicesimo mese di vita del bambino, senza perdere il contatto con la vita professionale. L'assegno parentale plus è a disposizione anche delle madri e dei padri che allevano i figli separatamente, a cui dà la possibilità di conciliare meglio la vita familiare con la vita professionale.

I genitori possono scegliere tra l'assegno parentale classico e l'assegno parentale plus o anche combinarli.

L'assegno parentale plus è integrato da un bonus di partenariato: se entrambi i genitori lavorano contemporaneamente tra le 25 e le 30 ore settimanali per quattro mesi consecutivi, ognuno di essi percepisce quattro mensilità supplementari di assegno parentale plus. Possono ricevere il bonus di partenariato pari a quattro mensilità supplementari di assegno parentale plus ciascuno anche le madri e i padri che allevano i figli separatamente e che lavorano contemporaneamente a tempo parziale. Lo stesso vale per i genitori di famiglie monoparentali che lavorano tra le 25 e le 30 ore settimanali per quattro mesi consecutivi.

Gli assegni parentali sono considerati integralmente ai fini della dell'individuazione del reddito per l'indennità di disoccupazione II, l'assistenza sociale e l'indennità familiare integrativa. Per i beneficiari di queste prestazioni che prima della nascita del figlio esercitavano un'attività lavorativa retribuita è però prevista una quota esentasse pari al reddito precedente che può raggiungere al massimo i 300 euro per l'assegno parentale classico e i 150 euro per l'assegno parentale plus. Al di sotto di questo importo gli assegni parentali non sono considerati come componente del reddito e sono pertanto disponibili a titolo aggiuntivo.

Leggi

I fondamenti giuridici degli assegni parentali e del congedo parentale si trovano nella Legge federale sugli assegni parentali e sul congedo parentale del 5 dicembre 2006 (Gazzetta ufficiale I, p. 2748), emendata da ultimo dall'art. 6 par. 9 della Legge del 23 maggio 2017 (Gazzetta ufficiale I, p. 1228). Informazioni complete si trovano negli opuscoli "Elterngeld", "ElterngeldPlus und Elternzeit" e "Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz".

Informazioni

L'attuazione della Legge compete agli enti designati dai governi regionali:

- in Baden-Württemberg alla Banca di credito regionale (Landeskreditbank),
- in Baviera al Centro bavarese per la famiglia e gli affari sociali (Zentrum Bayern für Familie und Soziales),
- in Meclemburgo-Pomerania Anteriore all'Ufficio regionale della salute e degli affari sociali (Landesamt für Gesundheit und Soziales),
- in Assia agli Uffici per l'accertamento dell'invalidità e gli affari sociali (Ämter für Versorgung und Soziales),
- a Berlino e in Renania-Palatinato agli Uffici dei minori (Jugendämter),
- in Brandeburgo ai comprensori (Landkreise) e alle città che costituiscono distretto (kreisfreie Städte),
- ad Amburgo agli Uffici circoscrizionali (Bezirksämter),
- a Brema all'Ufficio degli Affari Sociali (Amt für Soziale Dienste),
- a Bremerhaven all'Ufficio per la gioventù, la famiglia e le donne (Amt für Jugend, Familie und Frauen),
- in Bassa Sassonia alle città che costituiscono distretto (kreisfreie Städte) e alle città e ai comuni rientranti in distretti (kreisangehörige Städte und Gemeinden), alle città e ai comuni della Regione Hannover e ai distretti (Landkreise),
- in Renania Settentrionale-Vestfalia, Sassonia, Sassonia-Anhalt e Turingia ai distretti/comprensori e alle città che costituiscono distretto (Kreise/Landkreise e kreisfreie Städte),
- in Saarland allo Sportello per l'assegno parentale (Elterngeldstelle),
- in Schleswig-Holstein alle sedi operative dell'Ufficio regionale dei servizi sociali (Landesamtes für Soziale Dienste).

La linea del cittadino del Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e i Giovani fornisce informazioni dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 al numero 030 201 791 30. E-mail: info@bmfjservice.bund.de

Periodo parentale

Il periodo parentale è riconosciuto alle lavoratrici e ai lavoratori dipendenti

- che convivono con i figli all'interno dello stesso nucleo familiare,
- assistono e educano personalmente i figli e
- non esercitano un'attività retribuita o non la esercitano a tempo pieno (vale a dire in media più di 30 ore settimanali al mese).

Si può richiedere il periodo parentale a partire dalla nascita dei figli fino al loro terzo compleanno. Il periodo parentale di ogni genitore è considerato separatamente, per questo il padre e la madre possono beneficiarne insieme o in modo disgiunto per una durata corrispondente. In caso di fruizione contemporanea da parte di entrambi i genitori va tuttavia ricordato che il periodo parentale non dà diritto all'indennità di disoccupazione II o all'assistenza sociale, in questo periodo i genitori devono cioè provvedere autonomamente al loro sostentamento. L'intenzione di beneficiare del periodo parentale durante i primi tre anni di vita del bambino deve essere comunicata al datore di lavoro con un anticipo di sette settimane.

In presenza dei requisiti previsti, ognuno dei genitori che richiedono il periodo parentale può lavorare in media mensile fino a 30 ore settimanali e ha diritto di ridurre il proprio orario lavorativo a 15-30 ore settimanali se il rapporto di lavoro sussiste da più di 6 mesi, a condizione che l'azienda conti regolarmente più di 15 dipendenti, che questa tipologia di riduzione dell'orario sia richiesta per almeno due mesi e che non esistano urgenti cause ostative a livello aziendale. Se si intende esercitare un'attività a tempo parziale durante un periodo parentale tra la nascita e il terzo compleanno del bambino, l'intenzione di fruire del diritto di ridurre l'orario di lavoro va notificata al datore con un anticipo di almeno 7 settimane rispetto all'inizio del tempo parziale.

Al termine del periodo parentale il rapporto di lavoro riprende automaticamente alle condizioni vigenti

prima del suo inizio.

I lavoratori sono tutelati contro il licenziamento per l'intero periodo parentale notificato, a partire dal momento della notifica, ma al più presto dalla settimana che precede l'inizio del periodo di notifica.

Per i genitori di bambini nati prima del 30 giugno 2015 valgono i seguenti principi:

Con il consenso del datore di lavoro è possibile rinviare una parte del periodo parentale della durata massima di un anno ad un momento compreso tra il terzo e l'ottavo compleanno del bambino. Anche questa possibilità di rinvio è accessibile ad entrambi i genitori. L'intenzione di beneficiare della parte rinviata del periodo parentale va notificata al datore di lavoro con un anticipo di almeno 7 settimane, così come il passaggio al tempo parziale durante questo periodo.

L'1 gennaio 2015 è entrata in vigore la Legge per l'introduzione dell'assegno parentale plus con bonus di partenariato e di un periodo parentale flessibile nel contesto della Legge federale sugli assegni parentali e sul periodo parentale. Per i genitori di bambini nati dopo l'1 luglio 2015 la disciplina del periodo parentale subisce le seguenti modifiche:

Tra il terzo e l'ottavo anno di vita del bambino i genitori godono del diritto azionabile di beneficiare di 24 mesi di periodo parentale non utilizzato. Il termine di notifica di periodi parentali richiesti in quest'arco di tempo è aumentato a 13 settimane. Lo stesso termine di notifica prolungato vale anche per l'attività a tempo parziale durante periodi parentali di cui ci si avvale in quest'arco di tempo.

Il consenso del datore di lavoro a una richiesta di tempo parziale della persona avente diritto al periodo parentale si considera inoltre acquisito se questi non vi si oppone entro un termine preciso.

Leggi

I fondamenti giuridici degli assegni parentali e del congedo parentale si trovano nella Legge federale sugli assegni parentali e sul congedo parentale del 5 dicembre 2006 (Gazzetta ufficiale I, p. 2748), emendata da ultimo dall'art. 6 par. 9 della Legge del 23 maggio 2017 (Gazzetta ufficiale I, p. 1228).

Informazioni complete si trovano nell'opuscolo "Elterngeld, ElterngeldPlus e Elternzeit".

Anticipo degli alimenti

Prestazioni/Requisiti

L'anticipo degli alimenti è il sussidio speciale assicurato dalla Legge sull'anticipo degli alimenti ai genitori che allevano da soli i propri figli e non ricevono il pagamento degli alimenti da parte dell'altro genitore o non lo ricevono regolarmente.

La prestazione mensile ammonta a

- 154 euro per i figli di meno di 6 anni,
- 205 euro per i figli tra i 6 e gli 11 anni,
- 273 euro per i figli tra i 12 e i 17 anni.

Dall'1 luglio 2017 hanno diritto all'anticipo degli alimenti anche i figli tra i 12 e i 17 anni a condizione che non dipendano da prestazioni del Tomo III del Codice di Previdenza sociale o che il genitore che li alleva e percepisce tali prestazioni realizzi un reddito autonomo lordo pari ad almeno 600 euro.

Il reddito del genitore che alleva figli di età inferiore ai 12 anni è invece irrilevante.

Dall'1 luglio 2017 il versamento dell'anticipo degli alimenti non è assoggettato a limiti temporali.

Importante

Il diritto all'anticipo degli alimenti non sussiste se il genitore che alleva i figli si rifiuta di dare informazioni sull'altro genitore o non contribuisce ad accertarne la paternità o il luogo di residenza. Decade inoltre quando i genitori convivono o in caso di matrimonio del genitore che alleva il figlio.

Indennità familiare integrativa

I genitori hanno diritto all'indennità familiare integrativa per i figli non coniugati e di età inferiore ai 25 anni che vivono nel loro nucleo familiare se

- per tali figli percepiscono gli assegni familiari,
- il loro reddito raggiunge la soglia minima di 900 euro lordi per coppie o di 600 euro per genitori soli,
- il reddito cumulato all'indennità familiare integrativa non supera la soglia massima di reddito e
- il versamento dell'indennità familiare integrativa evita una condizione di bisogno ai sensi del Tomo II del Codice di Previdenza Sociale.

L'indennità familiare integrativa può raggiungere i 170 euro al mese per figlio e, sommata agli assegni familiari di 192 euro mensili, copre il fabbisogno medio di un bambino. Per le esigenze abitative va considerata l'indennità di alloggio riconosciuta in presenza di determinati requisiti di reddito.

Ove il reddito o il patrimonio dei genitori sia pari al loro fabbisogno minimo, essi percepiscono l'importo intero dell'indennità familiare integrativa, che si riduce però a partire dal raggiungimento del massimale di riferimento. Di norma l'importo integrale dell'indennità è versato quando il reddito si attesta tra la soglia minima e il massimale di riferimento. Una volta raggiunto, il reddito che lo supera è detratto dall'indennità familiare integrativa: per il 50 per cento se si tratta di reddito lavorativo e per il 100 per cento quando si tratta di ogni altra forma di reddito. Le norme vigenti in materia di indennità di disoccupazione II stabiliscono quali quote di reddito o di patrimonio vanno considerate.

Il reddito del figlio è considerato in misura intera come riduttivo del fabbisogno ed è sempre detratto dall'indennità familiare integrativa.

Oltre a prestazioni economiche per un massimo di 170 euro, dall'1 gennaio 2011 i beneficiari dell'indennità familiare integrativa hanno il diritto di percepire anche sette tipi di prestazioni finalizzate all'istruzione e alla partecipazione per

- le escursioni di un giorno organizzate da strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna (spese effettivamente sostenute),
- i viaggi di più giorni organizzati dalle strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna (spese effettivamente sostenute),
- il fabbisogno personale di materiale scolastico (complessivamente 100 euro all'anno),
- gli spostamenti di scolari e studenti di scuola superiore per raggiungere l'istituto scolastico (spese effettivamente sostenute),
- la promozione dell'apprendimento (spese effettivamente sostenute),
- la partecipazione al pranzo comunitario a scuola o in strutture extrascolastiche di assistenza diurna (sovvenzione) e
- la partecipazione alla vita sociale e culturale della comunità (ad esempio associazione sportiva o scuola di musica, fino a un importo massimo di 10 euro al mese).

L'opuscolo gratuito "ElterngeldPlus und Elternzeit" contiene informazioni sul periodo parentale e sull'assegno parentale e può essere richiesto a: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. Per ulteriori informazioni si raccomanda di consultare il sito www.bmfsfj.de.

Il pacchetto per l'istruzione e la partecipazione comprende sia prestazioni economiche, sia prestazioni in natura. Queste ultime mirano ad assicurare che i bambini e i giovani possano effettivamente beneficiare di una promozione individuale. La gestione unitaria di queste prestazioni da parte degli

enti comunali sotto forma di sportello unico garantisce che siano erogate a livello locale, prossimo al cittadino, in modo mirato e senza ostacoli burocratici, ed è idonea a realizzare lo scopo delle prestazioni perché permette di avere la certezza che si traducono effettivamente in un beneficio per i minori.

L'indennità familiare integrativa deve essere richiesta per iscritto alla Cassa per la famiglia territorialmente competente. Le prestazioni per l'istruzione e la partecipazione vanno richieste presso gli enti comunali designati dai rispettivi Länder federali.

I fondamenti giuridici dell'indennità familiare integrativa si trovano nella Legge federale sugli assegni familiari.

Per ulteriori informazioni sull'indennità familiare integrativa si raccomanda di rivolgersi alle Casse per la famiglia presso gli uffici delle agenzie del lavoro.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano nella versione della Legge federale sugli assegni familiari ("Bundeskindergeldgesetz") pubblicata il 28 gennaio 2009 (Gazzetta Ufficiale I pp. 142 e 3177) come emendata da ultimo dall'art. 8 della Legge del 23 giugno 2017 (Gazzetta Ufficiale I p. 1682).

Informazioni

Per ulteriori informazioni si raccomanda di rivolgersi alle Casse per la famiglia dell'Agenzia federale del lavoro, a cui vanno presentate anche le richieste di indennità familiare integrativa. La scheda informativa "Kinderzuschlag" (Indennità familiare integrativa) può essere richiesta gratuitamente al Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e i Giovani (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn).

Tutela della maternità (Mutterschutz)

Come si può assicurare a tutte le donne lo stesso livello di tutela durante la gravidanza, dopo il parto e durante l'allattamento?

La risposta viene dalla nuova legge sulla tutela della maternità (Legge per la tutela delle madri sul lavoro, durante la formazione professionale e gli studi universitari), entrata in vigore l'1 gennaio 2018.

La nuova disciplina mira ad assicurare la migliore tutela possibile della salute delle donne gestanti e che allattano, ad evitare che esse siano penalizzate nella vita professionale, a riaffermare l'autodeterminazione della donna – in materia di prosecuzione dell'attività lavorativa retribuita durante la gravidanza e l'allattamento –, nonché a contrastare le discriminazioni.

In particolare, la nuova normativa sulla tutela della maternità ha operato degli adeguamenti in materia di tutela della salute e tutela dai licenziamenti e ha esteso il campo di applicazione.

Beneficiarie

La legge sulla tutela della maternità si applica a tutte le lavoratrici dipendenti durante la gravidanza e l'allattamento. Decisivo è che la donna intrattenga un rapporto di lavoro subordinato in Germania o che al suo rapporto di lavoro si applichi il diritto tedesco, mentre la nazionalità e lo stato civile sono irrilevanti.

La legge riguarda pertanto

- lavoratrici a tempo pieno,
- lavoratrici a tempo parziale,
- lavoratrici presso nuclei familiari,
- lavoranti a domicilio,
- lavoratrici assunte con il contratto collettivo del settore pubblico,
- Lavoratrici con rapporti di lavoro marginali,
- apprendiste,
- tirocinanti (ai sensi dell'art. 26 del Berufsbildungsgesetz),
- studentesse e studentesse universitarie (vedi la sezione "studentesse e studentesse universitarie"),
- donne con disabilità che lavorano in laboratori per disabili,
- volontarie (ai sensi del Jugendfreiwilligendienstgesetz o del Bundesfreiwilligendienstgesetz),
- donne che occupano gratuitamente o sono messe a disposizione per occupare gratuitamente un posto in organico perché appartenenti a una comunità religiosa, diaconesse o affiliate a comunità analoghe,
- persone equiparabili a lavoratrici dipendenti.

A funzionarie statali, donne giudice e donne soldato si applica un regime speciale disciplinato dalla normativa applicabile ai funzionari e dal regolamento per la tutela della maternità delle soldatesse.

La tutela della maternità in breve

Le donne gestanti o che allattano godono di una tutela particolare contro i rischi a cui sono esposte sul lavoro e di una speciale tutela contro il licenziamento dall'inizio della gravidanza fino al termine del quarto mese successivo al parto. Il riposo prenatale obbligatorio di sei settimane e quello di almeno otto settimane successivo al parto (chiamati di seguito periodi di riposo obbligatorio consentono alle gestanti di concentrarsi sul figlio e di rimettersi in forze dopo il lieto evento senza doversi preoccupare delle proprie prestazioni professionali. Il periodo di riposo obbligatorio della puerpera si estende a 12 settimane in caso di parto prematuro o gemellare. In caso di parto precoce il periodo di riposo obbligatorio è sempre prolungato del numero di giorni corrispondente all'anticipo del parto rispetto alla conclusione naturale della gravidanza. Se al neonato è diagnosticata una disabilità nelle prime otto

settimane di vita, si può richiedere il prolungamento del periodo di riposo obbligatorio da otto a dodici settimane.

A determinate condizioni, durante questo periodo le lavoratrici percepiscono l'indennità di maternità dall'assicurazione sanitaria pubblica o dallo sportello indennità di maternità presso l'Ufficio Federale Assicurazioni (Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn) e l'indennità integrativa del datore di lavoro. Il diritto all'indennità di maternità dipende dalla tipologia e dalla copertura dell'assicurazione sanitaria della lavoratrice.

A partire dal momento della nascita i genitori possono richiedere gli assegni familiari e beneficiare (se lo desiderano, anche contemporaneamente) del congedo parentale. Per ulteriori informazioni su queste prestazioni specifiche si consulti il capitolo "Assegni familiari".

Eccezione fatta per l'indennità di maternità e l'indennità integrativa del datore di lavoro, le prestazioni sociali di legge per i figli sono erogate solo a partire dal momento della nascita. Le gestanti che versano in gravi difficoltà possono però rivolgersi al consultorio per gestanti più vicino per richiedere gli aiuti della Fondazione federale Mamma e Bambino – Tutela della vita prima della nascita ("Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens"), ricordando che per ottenere questi finanziamenti è necessario presentare domanda prima del parto.

Prestazioni di legge

Prestazioni economiche

Indennità di maternità dell'assicurazione pubblica contro le malattie

Durante i periodi di riposo obbligatori precedenti e successivi al parto e per il giorno del parto le lavoratrici affiliate ad un'assicurazione sanitaria pubblica (a titolo obbligatorio o volontario e con una tariffa che prevede il diritto all'indennità di malattia) ricevono da quest'ultima un'indennità di maternità in presenza di determinati requisiti supplementari:

- sono titolari di un rapporto di lavoro subordinato o a domicilio, oppure
- il loro rapporto di lavoro è stato legittimamente sciolto dal datore di lavoro durante la gravidanza, oppure
- quando il rapporto di lavoro si instaura solo dopo l'inizio del periodo di riposo obbligatorio. In questo caso il diritto all'indennità di maternità subentra con l'instaurarsi del rapporto di lavoro.

Le affiliate a titolo volontario a un'assicurazione sanitaria pubblica che esercitano a titolo principale un'attività autonoma hanno diritto a percepire l'indennità di maternità se hanno dichiarato alla propria assicurazione che la loro polizza deve comprendere l'indennità di malattia (opzione dichiarata).

L'importo dell'indennità di maternità dipende dalla retribuzione media degli ultimi tre mesi di calendario interamente liquidati, al netto delle detrazioni di legge. In caso di liquidazione settimanale della retribuzione, si considerano le tredici settimane precedenti il periodo di riposo obbligatorio. L'indennità di maternità non supera i tredici euro al giorno.

Con la modifica della Legge sui contratti assicurativi, le lavoratrici autonome che hanno stipulato un'assicurazione privata che prevede un'indennità malattia hanno diritto a percepire l'indennità convenuta durante il periodo di riposo obbligatorio. In tal modo le donne gestanti e le puerpere possono decidere, indipendentemente da valutazioni di natura economica, se e in che misura esercitare la loro professione durante questo periodo.

Indennità di maternità dell'Ufficio Federale Assicurazioni

Le donne non affiliate personalmente a un'assicurazione sanitaria pubblica (ma, ad esempio, affiliate a un'assicurazione privata contro le malattie o a un'assicurazione pubblica in quanto familiari del titolare del rapporto assicurativo) ricevono un'indennità di maternità il cui importo complessivo non può superare i 210 euro. L'ente erogatore è l'Ufficio Federale Assicurazioni di Bonn (sportello indennità di maternità).

Prestazione integrativa del datore di lavoro

Quando la retribuzione giornaliera media netta della lavoratrice supera l'importo di 13 euro (retribuzione netta mensile di 390 euro), il datore di lavoro è tenuto a versare la differenza a titolo di prestazione integrativa. Questo obbligo vige anche per lavoratrici che intrattengono rapporti di lavoro marginali la cui retribuzione netta supera i 390 euro.

Retribuzione di tutela della maternità

In caso di cambiamento del posto di lavoro determinato da esigenze di tutela della maternità o in caso di divieto di occupazione al di fuori dei periodi di riposo obbligatorio le lavoratrici non subiscono pregiudizi economici perché hanno diritto alla cosiddetta retribuzione di tutela della maternità, pari generalmente alla retribuzione media percepita prima dell'inizio della gravidanza.

Durata del divieto di licenziamento

Divieto di licenziamento

Il datore di lavoro non può porre fine al rapporto lavorativo né durante la gravidanza, né nei primi quattro mesi di vita del bambino. Sono illegittimi anche i licenziamenti a seguito di aborti spontanei dopo la dodicesima settimana di gravidanza.

In via derogatoria, il licenziamento è possibile solo in casi straordinari e previa autorizzazione dell'ente competente (generalmente l'Ispettorato del lavoro o l'Ufficio per la salute e la sicurezza sul posto di lavoro).

Il divieto di licenziamento vincola esclusivamente i datori di lavoro. Le lavoratrici possono invece licenziarsi senza alcun obbligo di preavviso sia durante la gravidanza, sia nel periodo di riposo obbligatorio successivo al parto e sciogliere così il loro rapporto di lavoro alla scadenza del suddetto periodo. Se desiderano rescindere il contratto di lavoro a partire da un altro momento, precedente o successivo, sono invece tenute a rispettare i termini di preavviso sanciti dalla legge o altrimenti pattuiti.

Alla fine del periodo di riposo obbligatorio, le lavoratrici che richiedono il congedo parentale continuano a fruire di una tutela speciale contro il licenziamento. Il datore di lavoro non può infatti rescindere il contratto di lavoro dal momento in cui viene richiesto il congedo parentale – o, al più tardi, nelle otto settimane che lo precedono o nelle tredici settimane precedenti se il congedo parentale è richiesto dopo il terzo anno di vita del bambino - e per tutta la sua durata. In particolari circostanze sono tuttavia ammissibili delle eccezioni.

Le lavoratrici che decidono di sciogliere il rapporto di lavoro hanno invece due possibilità alternative: licenziarsi alla scadenza del congedo parentale con 3 mesi di preavviso o licenziarsi in qualsiasi altro momento del congedo parentale o alla sua scadenza rispettando i termini di preavviso previsti dalla legge, dal contratto di categoria o dal contratto individuale.

Configurazione del posto di lavoro

Durante la gravidanza e il periodo di allattamento le lavoratrici hanno diritto ad una tutela sufficiente a dai rischi per la loro salute e per quella dei loro figli anche sul posto di lavoro.

Valutazione del rischio e divieto di lavoro per ragioni aziendali

Nel quadro della valutazione generale del rischio prevista dalla legge per la tutela della salute sul posto di lavoro, il datore di lavoro è tenuto a valutare anche i rischi cui sono o potrebbero essere esposte le lavoratrici gestanti o che allattano, indipendentemente dalla loro effettiva presenza in azienda, e a individuare l'eventuale necessità di misure di protezione specifiche previste dalla normativa per la tutela della maternità.

In base alla comunicazione del rischio precedentemente effettuata, una volta ricevuta comunicazione della gravidanza o del periodo di allattamento di una lavoratrice il datore di lavoro deve adottare le misure di tutela necessarie per proteggere la donna e il figlio (non nato).

Ove si rilevi un rischio, il datore di lavoro deve valutare se esso può venire rimosso tramite la riconfigurazione della postazione di lavoro della lavoratrice o il suo trasferimento su un'altra postazione di lavoro. Se né la riconfigurazione, né il trasferimento risultano possibili, il datore di lavoro deve pronunciare il divieto di lavoro (divieto di lavoro per motivi aziendali).

Il datore di lavoro non può assegnare le lavoratrici gestanti o in allattamento ad attività che comportano un rischio irragionevole, ad esempio a causa di

- sostanze pericolose (sostanze chimiche, ad es. sostanze che danneggiano la capacità riproduttiva),
- sostanze biologiche (virus, batteri, funghi),
- esposizione a fenomeni fisici (in particolare radiazioni ionizzanti e non ionizzanti),
- ambiente di lavoro usurante (ad esempio in locali con pressione eccessiva),
- attività a ritmo prestabilito (tra cui lavoro a cottimo o su catena di montaggio),
- movimentazione di carichi,
- attività ripetitive,
- sollecitazioni fisiche dell'organismo (assunzione di posizione allungata, flessa o accovacciata, mantenimento di posizione ricurva, posture innaturali),
- assegnazione a mezzi di trasporto,
- rischio di infortuni (di scivolare, cadere o precipitare),
- utilizzo di abbigliamento protettivo pesante,
- attività che sollecitano fortemente i piedi,
- lavoro in condizioni di pressione eccessiva, in atmosfera a ridotto tenore di ossigeno, sottoterra in miniera o
- lavoro prolungato, domenicale, festivo o notturno.

Possono essere ammissibili eccezioni al divieto di lavoro tra le ore 20 e le 22 o al divieto del lavoro domenicale e festivo quando la lavoratrice si dichiara espressamente disposta ad accettarle, un'attestazione medica certifica l'assenza di motivi ostativi e il datore di lavoro abbia presentato una richiesta completa all'autorità di vigilanza competente (procedura di autorizzazione dell'autorità competente). La dichiarazione di disponibilità al lavoro tra le ore 20 e le 22 può essere revocata in ogni momento.

Divieto di lavoro per ragioni mediche

Indipendentemente dai divieti di lavoro per ragioni aziendali, quando una visita medica accerta che la salute della lavoratrice o del bambino sono a rischio se la donna continua a lavorare alle stesse condizioni, si può giungere a un divieto di lavoro per ragioni mediche.

In presenza di un divieto di lavoro per motivi aziendali e/o di un divieto di lavoro per ragioni mediche e se una riconfigurazione della postazione di lavoro o un trasferimento su un'altra postazione non sono possibili, la lavoratrice non può più lavorare nella misura indicata. Non subisce tuttavia una riduzione della retribuzione perché il datore di lavoro è tenuto a versarle la retribuzione di tutela della maternità (vedi "Retribuzione di tutela della maternità", sotto "Prestazioni economiche"). I costi (retribuzione di tutela della maternità e prestazione integrativa del datore di lavoro) gli saranno rimborsati integralmente nel contesto di un regime contributivo.

Studentesse e studentesse universitarie

Le studentesse e le studentesse universitarie rientrano nel campo di applicazione della Legge per la tutela della maternità se il loro istituto di formazione (scuola o università) prescrive tassativamente luogo, orari e svolgimento dei momenti di formazione o se le stesse studentesse e studentesse universitarie svolgono un tirocinio obbligatorio nel quadro della loro formazione scolastica o universitaria.

Le norme per la tutela della maternità relative all'orario di lavoro che si applicano a questa categoria di persone prevedono delle particolarità:

A differenza dalle lavoratrici, il periodo di riposo successivo al parto delle studentesse e studentesse universitarie non è obbligatorio. Su richiesta esplicita, la scuola o università di appartenenza possono consentire loro di proseguire la formazione scolastica o universitaria. La richiesta può essere revocata in ogni momento.

A differenza dalle lavoratrici, le studentesse e le studentesse universitarie possono lavorare tra le ore 20 e le 22, la domenica e nelle festività se accettano di farlo e se ciò è indispensabile ai fini della formazione. In questi casi non è necessario avviare la procedura di autorizzazione dell'autorità competente, la scuola o l'università sono tuttavia tenute a notificare all'autorità competente che le studentesse partecipano a momenti di formazione tra le ore 20 e le 22.

Non si applicano invece alle studentesse e alle studentesse universitarie le norme specifiche della Legge per la tutela della maternità in materia di tutela dal licenziamento e di prestazioni economiche (vedi artt. 16-23 della Legge).

Le studentesse e le studentesse universitarie non lavoratrici sono generalmente affiliate all'assicurazione sanitaria pubblica senza diritto all'indennità di malattia e **non hanno pertanto diritto all'indennità di maternità**.

La responsabilità di garantire la tutela della loro maternità incombe per principio alla loro scuola o università.

In caso di domande o di perplessità, le studentesse stesse e le loro scuole/università possono rivolgersi all'autorità di vigilanza competente (Ispettorato del lavoro o Ufficio per la salute e la sicurezza sul posto di lavoro).

Leggi

I fondamenti giuridici della tutela della maternità si trovano nella Legge per la tutela della maternità (Mutterschutzgesetz) e nel Tomo V del Codice di Previdenza Sociale (Sozialgesetzbuch V). Norme che disciplinano il riconoscimento dell'indennità di maternità si trovano anche nella Legge sull'assicurazione sanitaria degli agricoltori (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte). Il rispetto di tali leggi è controllato dalle autorità di vigilanza competenti dei Länder, cioè gli ispettorati del lavoro (Gewerbeaufsichtsamt e Arbeitsschutzamt).

Informazioni

L'opuscolo gratuito "Leitfaden zum Mutterschutz" è distribuito dal Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e i Giovani. Per ulteriori informazioni sulla Legge sulla tutela della maternità si prega inoltre di rivolgersi al servizio di consulenza telefonica gratuita del Ministero, attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 al numero 030 20179130.

L'opuscolo gratuito "Leitfaden zum Mutterschutz" contiene una guida alla tutela della maternità e può essere richiesto a: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock. Per ulteriori informazioni si raccomanda di visitare il sito www.bmfsfj.de.

Il Bundesversicherungsamt (sportello per l'indennità di maternità), Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, fornisce informazioni sull'indennità di maternità per le lavoratrici non direttamente affiliate a un'assicurazione sanitaria pubblica.

L'Agenzia del lavoro fornisce informazioni e consigli alle donne disoccupate. In funzione del reddito percepito, rivolgendosi all'Amtsgericht è inoltre possibile avvalersi di assistenza legale gratuita ai sensi della Legge sugli aiuti per la consulenza giuridica.

Promozione dell'occupazione (Arbeitsförderung)

Tomo III del Codice di Previdenza Sociale (CPS) – Promozione dell'occupazione

Nella Repubblica Federale Tedesca deve trovare lavoro un numero possibilmente elevato di persone. Proprio per questo la normativa sulla promozione dell'occupazione (Tomo III del CPS) mira a migliorare le prospettive lavorative dei disoccupati e a creare una situazione di equilibrio sul mercato del lavoro. L'attuazione del Tomo III del CPS compete all'Agenzia federale del lavoro di Norimberga con le sue agenzie del lavoro.

Compiti e prestazioni

Tra i compiti fondamentali dell'Agenzia federale del lavoro rientrano, tra l'altro,

- la consulenza sulle tendenze del mercato del lavoro,
- la consulenza e l'orientamento professionale,
- il collocamento in posti di lavoro e di formazione professionale,
- il sostegno per il miglioramento delle prospettive occupazionali,
- altre prestazioni per la promozione dell'inserimento professionale,
- le prestazioni sostitutive della retribuzione.

I servizi dell'Agenzia federale del lavoro si rivolgono sia alle lavoratrici e ai lavoratori, sia ai datori di lavoro.

Alcune delle prestazioni dell'Agenzia del lavoro, tra cui la consulenza e l'orientamento professionale e il collocamento in posti di lavoro e di formazione, sono accessibili a tutti, a prescindere dalla precedente contribuzione all'assicurazione contro la disoccupazione. Altre prestazioni, ad esempio l'indennità di disoccupazione, sono invece riconosciute solo ai lavoratori precedentemente soggetti all'obbligo contributivo ai fini della promozione del lavoro.

Consulenza e collocamento

Consulenza professionale

La consulenza professionale, rivolta sia ai giovani, sia agli adulti, offre indicazioni e informazioni vertenti in particolare sulla scelta della professione, le diverse professioni e i loro requisiti, le possibilità di incentivazione della formazione professionalizzante, gli sviluppi professionalmente significativi del mondo dei mestieri, la situazione e l'evoluzione del mercato del lavoro e la ricerca di posti di formazione professionale e di posti di lavoro.

Le agenzie del lavoro propongono servizi di consulenza specifica ai giovani che desiderano conseguire una laurea: ad esempio, i consulenti professionali per diplomandi delle agenzie del lavoro forniscono chiarimenti su tutte le questioni collegate alla scelta della facoltà, ai requisiti di ammissione, all'impegno richiesto dai vari indirizzi, alle prospettive occupazionali e al finanziamento, individuando insieme ai giovani interessati possibili obiettivi individuali, opportunità professionali e eventuali alternative.

Orientamento professionale

Un orientamento professionale sistematico può incidere positivamente sulla preparazione alla scelta della professione e, quindi, sul percorso professionale di giovani ed adulti. Può inoltre facilitare il processo di consulenza professionale volto a fornire ampi chiarimenti su questioni legate alla scelta della professione, alle caratteristiche, ai requisiti e alle prospettive delle varie professioni, ai percorsi e alle possibilità di incentivazione della formazione professionale e agli sviluppi significativi della domanda di personale di aziende e di pubbliche amministrazioni e del mercato del lavoro in generale. L'orientamento professionale avviene tra l'altro con conversazioni organizzate nelle scuole superiori con gli allievi dell'ultimo e del penultimo anno o tramite iniziative di orientamento professionale, ad es. nei Centri di informazione professionale (Berufsinformationszentren – BIZ), ma anche tramite le pubblicazioni digitali o stampate dell'Agenzia federale del lavoro (BA).

Consulenza sulle tendenze del mercato del lavoro

Questa consulenza offerta dall'Agenzia del lavoro è destinata ai datori di lavoro e mira a supportare le loro decisioni di assegnazione di posti di lavoro e di formazione professionale. Le informazioni fornite riguardano principalmente la situazione e l'evoluzione del mercato occupazionale e delle varie professioni, la configurazione delle postazioni di lavoro, le condizioni e l'orario lavorativo, la formazione professionale e continua e l'integrazione di apprendisti e lavoratori che necessitano di un'incentivazione.

Collocamento in un posto di lavoro o di formazione professionale

Tutte le persone alla ricerca di un posto di lavoro – perché già o presto disoccupate o perché desiderano cambiare attività – possono avvalersi dei servizi di collocamento dell'Agenzia del lavoro, che assiste anche i giovani alla ricerca di un posto di formazione professionale. Il collocamento costituisce il compito principale delle agenzie del lavoro. Le altre prestazioni e gli altri aiuti per la promozione dell'occupazione possono essere erogati solo a condizione che contribuiscano all'inserimento professionale duraturo nel mercato del lavoro e della formazione professionale o che lo favoriscano.

Il volantino „Übergang von der Schule in die Berufsausbildung“ (A 406) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sul passaggio dalla scuola alla formazione professionale e sui diversi percorsi di formazione professionale.

I lavoratori sono tenuti a presentarsi personalmente all'Agenzia del lavoro per farsi iscrivere all'anagrafe delle persone alla ricerca di lavoro già in anticipo, appena ricevono comunicazione dell'imminente conclusione del rapporto lavorativo, ma al più tardi tre mesi prima della cessazione di tale rapporto. Devono invece presentarsi all'Agenzia del lavoro entro tre giorni dal momento in cui sono informati dello scioglimento del contratto lavorativo quando questo è comunicato meno di tre mesi prima della cessazione effettiva del rapporto di lavoro. Quando i lavoratori fissano un appuntamento per una successiva iscrizione personale, per rispettare la scadenza è sufficiente una notifica telefonica. L'obbligo di notifica non vale per i rapporti di formazione professionale in azienda.

Prestazioni a sostegno del collocamento

Budget per il collocamento

Le prestazioni del budget per il collocamento mirano a rimuovere vari tipi di ostacoli al collocamento in modo flessibile, mirato e modulato secondo necessità, tenendo conto delle esigenze specifiche delle persone alla ricerca di un'occupazione o di una formazione professionale. Il budget per il collocamento intende aiutare persone alla ricerca di un posto di formazione professionale, persone a rischio di disoccupazione alla ricerca di lavoro e disoccupati a preparare e ad avviare un'attività lavorativa dipendente ad obbligo contributivo. Per questo motivo lascia un ampio margine di manovra alla promozione personalizzata e consente di assicurare forme di supporto differenziate a seconda del singolo caso. Il legislatore ha dunque rinunciato a disciplinare dettagliatamente le varie modalità di incentivazione: le esigenze specifiche di supporto e le tipologie di promozione individuale da richiedere nel quadro del budget per il collocamento vanno chiarite di volta in volta insieme ai consulenti e al personale specializzato in collocamento e consulenza dell'Agenzia del lavoro o dell'ente erogatore del minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro.

Possono beneficiare dell'incentivazione

- persone a rischio di disoccupazione alla ricerca di lavoro e disoccupati che desiderano intraprendere un'attività a obbligo contributivo.
- persone in cerca di un posto di formazione che aspirano ad una formazione professionale.
- beneficiari di prestazioni di minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro che possono percepire anche prestazioni per la preparazione e l'inizio di una formazione professionale scolastica.

Requisiti

- Le prestazioni devono essere necessarie per eliminare impedimenti concreti alla preparazione o all'avvio di un'attività lavorativa dipendente o di una formazione professionale a obbligo contributivo.
- L'entità dell'incentivazione deve essere congrua.
- Il datore di lavoro non eroga prestazioni analoghe.
- La legge non impone di erogare prestazioni analoghe a nessun altro ente pubblico.
- L'incentivazione del budget per il collocamento deve essere richiesta prima che intervengano le spese a cui si riferisce.
- Il sostegno del budget per il collocamento è una prestazione discrezionale, non un diritto esigibile.

Le prestazioni del budget per il collocamento possono essere erogate anche per la preparazione o l'avvio di un'attività dipendente retribuita ad obbligo contributivo in un altro stato membro dell'Unione Europea, dell'Accordo sullo Spazio Economico Europeo e in Svizzera se la nuova occupazione è esercitata per almeno 15 ore settimanali.

Interventi per l'attivazione e l'inserimento professionale

Le persone alla ricerca di un posto di formazione professionale, le persone alla ricerca di un posto di lavoro minacciate dalla disoccupazione e i disoccupati possono beneficiare di interventi per l'attivazione e l'inserimento professionale adeguati ed idonei a migliorarne le prospettive di inserimento professionale. Tali interventi possono venire utilizzati per far accostare i beneficiari al mondo della formazione professionale e del lavoro, per individuare, ridurre o eliminare impedimenti al collocamento, per consentire il collocamento in un'attività ad obbligo contributivo, per preparare all'esercizio di un'attività autonoma o per stabilizzare un'attività dipendente.

L'incentivazione comprende l'assunzione delle spese adeguate per la partecipazione all'intervento di formazione. I disoccupati aventi diritto a percepire l'indennità di disoccupazione continuano a riceverla anche durante la partecipazione agli interventi.

Gli interventi di formazione devono avere una durata adeguata ai loro obiettivi e ai loro contenuti e possono essere realizzati in parte o in toto presso o ad opera dei datori di lavoro. In tal caso, però, la loro durata massima è limitata a sei settimane per ogni intervento. Nel caso di disoccupati di lunga durata con gravi impedimenti al collocamento ogni partecipazione a interventi di formazione o a loro parti presso o ad opera dei datori di lavoro può durare fino a dodici settimane.

La partecipazione a questi interventi avviene su proposta o con il consenso dell'Agenzia del lavoro territorialmente competente, che può incaricare direttamente della loro attuazione enti qualificati o consegnare agli aventi diritto un buono per l'attivazione e il collocamento. La decisione dell'Agenzia del lavoro si basa sull'idoneità e sulla situazione individuale della persona ammissibile all'incentivazione o sulla disponibilità degli interventi proposti a livello locale.

Il buono per l'attivazione e l'inserimento professionale indica tra le altre cose l'obiettivo dell'intervento e i contenuti necessari a raggiungerlo, ma consente ai beneficiari di scegliere liberamente uno degli enti autorizzati e, se del caso, uno degli interventi ammessi. A determinate condizioni i disoccupati hanno il diritto di ricevere un buono per l'attivazione e l'inserimento professionale che consente loro di affidare questi compiti ad un operatore privato del settore del collocamento a spese dell'Agenzia del lavoro. Il buono va consegnato all'operatore privato che fattura le spese direttamente all'Agenzia del lavoro.

Strumenti di sostegno all'autoimprenditorialità

Sussidio di avviamento

Requisiti

I lavoratori che avviano un'attività autonoma ponendo fine ad un periodo di disoccupazione possono percepire un sussidio di

L'opuscolo gratuito del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali "A-Z der Arbeitsförderung" (A 186) fornisce maggiori informazioni.

avviamento che garantisce loro il sostentamento e la protezione sociale nel primo periodo dopo l'avvio della nuova attività.

Il sussidio di avviamento può essere riconosciuto ai disoccupati che al momento dell'avviamento dell'attività autonoma godono di un diritto residuo all'indennità di disoccupazione per almeno altri 150 giorni. I neoimprenditori che desiderano beneficiare di questa forma di incentivazione devono specificare le proprie conoscenze e le proprie capacità di esercitare l'attività autonoma a cui ambiscono. Devono inoltre presentare all'Agenzia del lavoro il parere di una istanza competente che attesti la sostenibilità del loro progetto imprenditoriale. L'attestazione può essere rilasciata, tra l'altro, dalle Camere dell'industria e del commercio, dalle Camere dell'artigianato, dagli Enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro e dagli istituti di credito.

Il sussidio di avviamento non è riconosciuto fintantoché sussistono o sarebbero sussistiti i requisiti per la sospensione del diritto ai sensi degli artt. 156-159 del Tomo III del CPS. Il pagamento del sussidio di avviamento è interrotto a partire dal mese successivo a quello in cui i beneficiari raggiungono l'età pensionabile. Non è altresì riconosciuto se non sono ancora trascorsi almeno 24 mesi dal termine di un periodo di sostegno dell'autoimprenditorialità ai sensi del Tomo III del CPS.

Entità e durata

Il versamento del sussidio di avviamento avviene in due fasi distinte: nei primi sei mesi i neoimprenditori possono ricevere un sussidio mensile per il sostentamento pari all'ultima indennità di disoccupazione percepita, a cui va ad aggiungersi un importo di 300 euro per la contribuzione previdenziale. Inoltre, se l'attività dell'impresa è intensa, per i nove mesi successivi il beneficiario può continuare a percepire i 300 euro mensili destinati alla contribuzione previdenziale.

Indennità di accesso

Gli aventi diritto che percepiscono prestazioni del minimo individuale ai sensi del Tomo II del CPS e decidono di avviare un'attività autonoma o di accettare un'attività retribuita ad obbligo contributivo possono ricevere una cosiddetta "indennità di accesso" corrisposta dai jobcenter territorialmente competenti.

Requisiti ed entità

L'indennità di accesso può essere erogata a titolo di sussidio complementare alle prestazioni del minimo individuale quando sussistono fondati motivi per ritenere che i proventi della nuova attività lavorativa – attività subordinata a obbligo contributivo o attività principale autonoma - porranno fine allo stato di indigenza del beneficiario.

La quantificazione dell'indennità di accesso avviene, tra l'altro, in funzione della durata del periodo di disoccupazione e delle dimensioni del nucleo familiare, il suo importo varia pertanto a seconda dei casi. Questa sovvenzione, che non costituisce un diritto esigibile, è riconosciuta per un periodo massimo di 24 mesi.

Altri interventi a sostegno dei lavoratori autonomi

Gli aventi diritto che avviano o esercitano un'attività professionale principale in proprio possono inoltre ricevere prestiti o sovvenzioni (sovvenzioni fino a un massimo di 5.000 euro) destinati all'acquisto di beni strumentali adeguati e necessari all'esercizio autonomo di tale professione. Per persone indigenti abili al lavoro che già esercitano un'attività autonoma è prevista l'incentivazione della consulenza e della trasmissione di conoscenze da parte di terzi, ad esempio allo scopo di stabilizzare la loro attività o di impostarla su basi diverse. L'erogazione di tali prestazioni è però legata alla sostenibilità economica dell'attività autonoma e non costituisce un diritto esigibile.

Scelta della professione e formazione professionale

Incentivazioni del Tomo III del CPS

Per i giovani è difficile scegliere la professione giusta. Assisterli nella scelta della professione è quindi decisivo per aiutarli a passare con successo dai banchi di scuola alla formazione professionale e alla vita lavorativa. Tanto più che una (prima) formazione professionale qualificata diventa sempre più importante in un mercato del lavoro in cui si assiste alla progressiva sparizione di posti di lavoro per personale non qualificato o con qualifiche generiche. Per questo motivo la normativa per la promozione dell'occupazione prevede svariate modalità di sostegno ai giovani che aspirano a una formazione professionale.

I profughi riconosciuti e gli aventi diritto all'asilo o alla protezione internazionale sussidiaria che soddisfano i requisiti previsti possono accedere, oltre alle qualificazioni iniziali, anche a tutte le prestazioni e gli strumenti di legge per la preparazione e la promozione della formazione professionale senza alcun requisito di maturazione di un periodo di soggiorno in Germania.

L'accesso degli altri cittadini stranieri a interventi di preparazione e promozione della formazione professionale è disciplinato in funzione dello statuto di soggiorno e della maturazione dei periodi di soggiorno previsti per ogni singola prestazione.

Misure di orientamento professionale

Se almeno la metà delle spese è sostenuta da un ente terzo, gli studenti di istituti scolastici non specializzati possono partecipare a misure di orientamento professionale per avere l'opportunità di farsi un'idea concreta di singole professioni, dei requisiti che richiedono e delle prospettive che offrono. Queste misure sono realizzate in modo da tener conto delle esigenze particolari degli studenti che necessitano di un sostegno pedagogico specifico o che sono gravemente disabili.

Accesso accompagnato alla professione

L'accesso accompagnato alla professione è destinato a studenti di scuole medie superiori con scarso rendimento scolastico che solo difficilmente potrebbero conseguire un diploma scolastico e correrebbero così il rischio di non incominciare con successo la vita professionale. La misura interviene già nel penultimo e nell'ultimo anno di frequenza di Hauptschulen o di Förderschulen per integrare gli studenti in una formazione professionale e si protrae dopo l'inizio della formazione professionale per un periodo massimo di sei mesi. La selezione degli studenti che vi possono accedere avviene durante la consulenza professionale su raccomandazione degli insegnanti.

Il volantino "Ausbildungsbegleitende Hilfen" (A 842) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sulle prestazioni di supporto alla formazione professionale.
--

Un operatore segue personalmente e costantemente i partecipanti aiutandoli a conseguire un diploma scolastico, durante l'orientamento professionale e nella scelta della professione, durante la ricerca di un posto di formazione professionale, nei periodi di transizione tra la scuola e la formazione professionale e durante la fase di stabilizzazione del rapporto di formazione professionale. L'accompagnatore deve preoccuparsi in particolare di far partecipare i ragazzi alle necessarie misure di sostegno (ad es. lezioni di ripetizione durante il periodo scolastico, consulenza professionale, misure di transizione). Grazie a questo supporto, che si basa anche su approcci sociopedagogici, si vogliono promuovere le competenze dei partecipanti e accrescere così le loro opportunità di integrazione professionale. L'accompagnatore alla professione opera in stretta collaborazione con i docenti delle scuole frequentate dai ragazzi e con i consulenti specializzati dell'Agenzia del lavoro, senza tuttavia farsi carico delle loro mansioni specifiche. In funzione delle esigenze dei singoli partecipanti, l'accompagnatore opera anche all'interno di una rete regionale (agenzie del lavoro, jobcenter, Camere di commercio e delle professioni, assistenti sociali del settore giovanile).

Nel 2011, dopo una fase sperimentale pilota, la valutazione positiva dei risultati dell'accesso accompagnato alla professione ha portato alla sua introduzione duratura nel Tomo III del CPS. Da

allora questo intervento può essere realizzato in tutte le scuole di formazione generale. La sua nuova disciplina prevede tuttavia un cofinanziamento da parte di terzi. Per gli anni scolastici dal 2014/2015 al 2018/2019 gli interventi di accesso accompagnato alla professione saranno cofinanziati con risorse del Fondo Sociale Europeo (FSE). Complessivamente, all'interno di queste cinque coorti di studenti si seguiranno e sosterranno circa 113.000 studenti di 2.977 scuole, 518 delle quali saranno Förderschulen.

Interventi formativi di preparazione alla professione

L'Agenzia del lavoro può sostenere giovani che, per vari motivi, non hanno ancora incominciato una formazione professionale, permettendo loro di partecipare a interventi formativi di preparazione alla professione finalizzati all'orientamento professionale, alla ricerca della professione appropriata o alla preparazione mirata ad una formazione professionale. Tali interventi durano generalmente dai 10 agli 11 mesi.

L'Agenzia federale del lavoro ha poi concepito un'ulteriore proposta a bassa soglia, gli interventi formativi di preparazione alla professione orientati ad attività produttive. Tali interventi si distinguono dagli interventi formativi di preparazione alla professione classici in particolare per il loro principio fondamentale: l'approccio orientato alle attività produttive. Tali interventi presuppongono inoltre un cofinanziamento almeno del 50 per cento da parte di fonti terze. Il normale periodo di incentivazione può raggiungere i 12 mesi, prorogabili a 18 mesi in singoli casi debitamente motivati. In singoli casi eccezionali e in presenza di prospettive di integrazione, è possibile un'ulteriore proroga di tre mesi.

Nel quadro degli interventi formativi di preparazione alla professione è inoltre possibile la preparazione al conseguimento tardivo del diploma di Hauptschule (diritto azionabile). In questo caso il periodo normale di incentivazione è di 12 mesi. In casi motivati il periodo di incentivazione individuale può essere prolungato (durata complessiva massima di 18 mesi).

I partecipanti ad un intervento formativo di preparazione alla professione sono sostenuti tramite un sussidio alla formazione professionale.

Qualificazione iniziale

La qualificazione iniziale consente specialmente ai giovani che per motivi personali dispongono di prospettive limitate di accesso alla formazione professionale di incominciare percorsi aziendali di formazione professionale acquisendo così prime esperienze professionali di natura pratica. Ma, grazie alla qualificazione iniziale, anche i giovani non ancora pienamente idonei o carenti nell'apprendimento e socialmente svantaggiati trovano un canale di accesso alla formazione professionale.

Ai datori di lavoro che offrono a un giovane la possibilità di acquisire una qualificazione iniziale per un periodo dai 6 ai 12 mesi, l'Agenzia del lavoro competente versa fino a 231 euro mensili oltre a una quota forfettizzata dei contributi socio-previdenziali complessivi.

Sussidio per la formazione professionale

Il sussidio per la formazione professionale spetta ai partecipanti a interventi formativi di preparazione alla professione e agli apprendisti che altrimenti non dispongono delle risorse necessarie, in particolare per assicurare il proprio sostentamento. Questa prestazione è stata concepita sul modello della Legge federale per la promozione della formazione professionale destinata agli studenti universitari, ma è finanziata tramite un sistema contributivo. Chi assolve una formazione professionale aziendale può accedervi solo se non vive nello stesso nucleo familiare dei genitori. Gli apprendisti disabili possono beneficiare del sussidio per la formazione professionale anche se vivono nello stesso nucleo familiare dei genitori.

Generalmente il sussidio per la formazione professionale è erogato solo per la prima formazione professionale. In casi particolari, tuttavia, è possibile sostenere un secondo percorso formativo. Vi sono giovani che, pur avendo concluso con successo la formazione professionale, non trovano prospettive occupazionali nel loro settore. In questi casi una seconda formazione professionale necessaria per schiudere finalmente prospettive lavorative non deve fallire solo perchè non si dispone delle risorse economiche per assicurare il proprio sostentamento.

L'importo del sussidio per la formazione professionale dipende dal tipo di alloggio, dall'entità della retribuzione dell'apprendista e dal reddito annuo dei genitori e del coniuge o, se del caso, del convivente. Il calcolo considera in modo parzialmente forfettizzato le spese per il sostentamento, il trasporto, l'assistenza dei figli, il materiale didattico e l'abbigliamento professionale.

Chi partecipa a un intervento formativo di preparazione alla professione riceve un sussidio per la formazione professionale anche se vive nello stesso nucleo familiare dei genitori. In questo caso il sostegno è forfettario e indipendente dal reddito dei genitori.

Sovvenzioni alla retribuzione della formazione professionale di persone con disabilità e disabilità gravi

Quando il successo della formazione professionale non può essere ottenuto in altro modo, i datori di lavoro possono percepire una sovvenzione per la retribuzione della formazione professionale di apprendisti disabili o gravemente disabili o per retribuzioni analoghe. La sovvenzione mensile non può superare il 60 per cento – in caso di disabili gravi l'80 per cento – della retribuzione mensile dell'ultimo anno di formazione professionale o di una retribuzione analoga, compresa la corrispondente quota datoriale forfettizzata della contribuzione previdenziale complessiva. In casi straordinari, debitamente motivati, le sovvenzioni erogate possono raggiungere un importo pari alla retribuzione dell'ultimo anno di formazione professionale.

Interventi di accompagnamento alla formazione professionale

I giovani sfavoriti possono beneficiare di interventi di accompagnamento alla formazione professionale aziendale quando necessitano di un supporto per non pregiudicare il successo di questa formazione. L'incentivazione riguarda interventi che esulano dai contenuti tipici della formazione professionale aziendale, a.e. l'eliminazione di deficit linguistici o formativi, la promozione di pratica e teoria del settore specifico e l'assistenza sociopedagogica. Gli interventi di accompagnamento alla formazione professionale possono proseguire anche dopo l'abbandono di una formazione professionale aziendale fino all'inizio di un'altra formazione professionale aziendale o extra-aziendale o anche dopo la conclusione della formazione professionale fino all'avvio o al consolidamento di un rapporto lavorativo, nonché durante la qualificazione iniziale.

Formazione professionale in strutture extra-aziendali

I giovani sfavoriti che non possono essere collocati in un rapporto di formazione professionale aziendale neppure tramite gli interventi di accompagnamento di cui sopra possono essere sostenuti durante una formazione professionale in strutture extra-aziendali, durante la quale si devono sfruttare tutte le opportunità per rendere possibile il passaggio dei beneficiari a una formazione professionale aziendale.

Se non esistono prospettive di inserimento in una formazione professionale aziendale, la formazione professionale in strutture extra-aziendali può essere sostenuta anche dopo lo scioglimento precoce di rapporti di formazione professionale aziendale o extra-aziendale. In questo caso gli apprendisti che non sono considerati persone sfavorite possono proseguire la formazione professionale in strutture extra-aziendali. Se necessario all'inserimento professionale, può essere sostenuta anche una seconda formazione professionale.

Secondo le disposizioni dell'Agenzia federale del lavoro, le formazioni professionali in strutture extra-aziendali possono avere un'impostazione "di cooperazione" o "di integrazione". Nel primo caso la parte pratica della formazione professionale si svolge in stabilimenti di aziende che cooperano alla formazione. Nel secondo caso la formazione avviene principalmente presso l'ente di formazione, che si fa carico dell'addestramento specialistico, sia teorico, sia pratico.

Formazione professionale assistita

Questo strumento – a durata limitata – mira a portare un numero più elevato di giovani sfavoriti a concludere con successo una formazione professionale aziendale nel quadro del sistema duale. Nel contesto della formazione professionale assistita i partecipanti e le aziende che li formano beneficiano di un sostegno sia prima, sia durante una formazione professionale. In tal modo si offre una prospettiva aggiuntiva in azienda a giovani che fino a quel momento potevano partecipare solo a

formazioni professionali extra-aziendali. Per tenere debitamente conto delle differenze regionali e consentire un adeguamento della formazione professionale assistita alle strutture esistenti nella regione, lo strumento è stato concepito in modo molto flessibile. E' stata ad esempio introdotta l'opzione di integrare la formazione assistita con una fase preparatoria e di estendere la cerchia delle persone che ne possono beneficiare tramite piani dei Länder.

Residenze per giovani

Gli enti che gestiscono residenze per giovani possono ricevere prestiti e sovvenzioni per la costruzione, l'ampliamento, la ristrutturazione e l'arredamento di tali residenze quando ciò sia necessario per raggiungere una situazione di equilibrio nel mercato della formazione professionale e per promuovere tale formazione. Questi enti o soggetti terzi devono partecipare in misura congrua alle spese. In tal modo l'Agenzia federale del lavoro ha riacquisito la possibilità, abolita nel 2009, di partecipare alle spese necessarie per le migliorie edilizie e l'ammodernamento delle strutture (incentivazione di investimenti).

Incentivazione del perfezionamento professionale

Requisiti

L'Agenzia del lavoro può farsi carico dei costi di corsi di perfezionamento professionale frequentati dai lavoratori se

- il perfezionamento è reso necessario per l'inserimento professionale in una situazione di disoccupazione o se è indispensabile per evitare una disoccupazione imminente o se si riconosce la sua necessità a causa della mancanza di una qualifica professionale,
- il lavoratore si è avvalso della consulenza preliminare dell'Agenzia del lavoro,
- l'intervento formativo e il suo ente organizzatore sono ufficialmente ammissibili all'incentivazione.

Fa tuttavia eccezione l'incentivazione del recupero del diploma di Hauptschule o di un diploma equivalente (diritto azionabile all'incentivazione in presenza dei requisiti previsti).

Entità e durata

Le persone che hanno diritto a questa forma di incentivazione ricevono un cosiddetto buono di formazione con una determinata validità territoriale e generalmente vincolato ad un obiettivo formativo specifico. In tal modo, chi è interessato a partecipare ad un corso di perfezionamento professionale può scegliere liberamente tra tutti gli enti riconosciuti che offrono la formazione desiderata. L'Agenzia del lavoro si limita a fornire informazioni sulle offerte formative in campo professionale (ad esempio tramite la banca dati in rete KURSNET), mentre la scelta dell'ente di formazione spetta esclusivamente al titolare del buono. Il buono va consegnato all'ente selezionato, che addebita i costi direttamente all'Agenzia del lavoro.

Le spese per la partecipazione ad un corso di perfezionamento professionale di cui si fa carico l'Agenzia del lavoro sono

- costo del corso (spese di iscrizione, compreso il necessario materiale didattico, abbigliamento professionale, iscrizione agli esami intermedi o finali previsti dalla legge o generalmente riconosciuti e saggi di prova), nonché tutti i costi preliminari alla partecipazione e necessari all'accertamento dell'idoneità (a.e. visita medica),
- spese di trasporto,
- spese di vitto e alloggio al di fuori dalla propria abitazione e
- spese di assistenza dei figli (130 euro mensili per figlio).

Dall'1 ottobre 2016 i lavoratori privi di qualifica professionale possono ricevere un'incentivazione per l'acquisizione delle competenze di base (lettura, scrittura, matematica e tecnologie dell'informazione e della comunicazione) necessarie per prepararsi a un perfezionamento professionale specifico che sfocia nell'ottenimento di una qualifica professionale se esso è necessario per partecipare con successo all'iniziativa di perfezionamento professionale (che deve iniziare prima del 31 dicembre 2020). Per promuovere la perseveranza e la motivazione di chi partecipa a misure di perfezionamento professionale volte all'ottenimento di una qualifica professionale è inoltre previsto il riconoscimento di

premi a chi supera con successo un esame intermedio o finale. Il diritto a percepire un premio di perfezionamento professionale sussiste solo per iniziative di perfezionamento volte all'ottenimento di una qualifica professionale iniziate tra l'1 agosto 2016 e il 31 dicembre 2020 (art. 44 par. 2 Tomo III CPS e art. 131 par. 3 Tomo III CPS).

Accanto a queste prestazioni esistono programmi specifici di incentivazione del perfezionamento aziendale dedicati ai lavoratori dipendenti:

1. Perfezionamento professionale aziendale di dipendenti anziani scarsamente qualificati

Possono beneficiare di questa forma di incentivazione

- i lavoratori scarsamente qualificati privi di diploma professionale o con diploma professionale, che da più di quattro anni non possono più esercitare l'attività originariamente appresa e svolgono un'altra attività senza formazione o per cui sono stati solo addestrati. I periodi di disoccupazione, educazione dei figli o assistenza continua a un familiare sono debitamente considerati.
- i lavoratori di più di 45 anni che lavorano in aziende con meno di 250 dipendenti e per cui il datore di lavoro continua a versare la retribuzione durante il percorso di perfezionamento professionale.
- a termine (per gli interventi attivati prima del 31 dicembre 2020), anche tutti gli altri lavoratori di aziende con meno di 250 dipendenti se il datore di lavoro si fa carico almeno del 50 per cento dei costi di formazione e corrisponde inoltre la normale retribuzione per tutta la sua durata.
- In aziende con meno di dieci dipendenti non è richiesta la partecipazione ai costi di formazione da parte del datore di lavoro.

In questo contesto possono essere incentivati i percorsi di perfezionamento professionale

- che trasmettono conoscenze e abilità spendibili nel normale mercato del lavoro,
- che conducono a un diploma professionale riconosciuto o
- che si concludono con una qualificazione parziale certificata o con un certificato di un'associazione settoriale o intersettoriale.

I lavoratori che possono accedere a questa forma di incentivazione ricevono un buono formativo e possono scegliere tra vari percorsi formativi riconosciuti.

L'incentivazione avviene sotto forma di assunzione completa o parziale dei costi del perfezionamento professionale. I datori di lavoro ricevono un sussidio alla retribuzione dei lavoratori scarsamente qualificati che beneficiano di un distacco retribuito dal lavoro.

2. Iniziativa "Zukunftstarter"

L'iniziativa "Spätstarter" stata perfezionata e prosegue dall'1 agosto 2016 sotto il nuovo nome di "Zukunftstarter". Grazie alle nuove possibilità di incentivazione più ampie della Legge per il rafforzamento del perfezionamento professionale e della tutela assicurativa dell'assicurazione contro la disoccupazione, entro la fine del 2020 si vogliono motivare 120.000 giovani a partecipare ad una formazione mirata al conseguimento ritardato di una qualifica professionale. Le finalità principali consistono, in particolare, nel ridurre la percentuale di abbandoni e nel motivare un numero maggiore di disoccupati di lunga durata ad acquisire una qualifica professionale di cui non dispongono. Si mira inoltre a incentivare maggiormente le riconversioni professionali in azienda e l'acquisizione di qualifiche parziali. L'iniziativa non si rivolge solo ai disoccupati, ma anche ai lavoratori dipendenti ancora privi di una formazione professionale. In presenza dei requisiti richiesti, possono beneficiare dell'iniziativa anche giovani adulti con disabilità e profughi. In tal modo l'iniziativa contribuisce all'integrazione efficace al lungo termine nel mondo del lavoro e alla copertura del fabbisogno di forza lavoro specializzata.

Incentivazione dell'integrazione nel mercato del lavoro di persone con background migratorio

Per migliorare l'accesso delle persone con background migratorio agli strumenti di governo del mercato del lavoro il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali, il Ministero Federale dell'Istruzione e della Ricerca e l'Agenzia federale del lavoro hanno esteso il programma di incentivazione "Integrazione con la qualificazione – IQ", per trasformarlo in una struttura di 16 network regionali che abbraccia tutto il territorio nazionale. Tra le altre cose, si sono potenziate le competenze interculturali e specifiche sul mondo delle migrazioni dei consulenti specializzati che operano nelle normali strutture territoriali (in particolare agenzie del lavoro e jobcenter) e si sono articolate le prestazioni di supporto disponibili a livello territoriale in una successione logica. I network regionali costituiscono inoltre la struttura di supporto per l'attuazione della Legge per il miglioramento della constatazione e del riconoscimento delle qualifiche professionali acquisite all'estero (la cosiddetta Legge di riconoscimento). A tal scopo in tutto il territorio nazionale si sono istituiti sportelli per la consulenza iniziale e l'indirizzo, incaricati di fornire prime informazioni, di assistere le persone che richiedono il riconoscimento ad individuare la professione di riferimento dell'ordinamento tedesco e, a seguito di ciò, a trovare l'istanza competente per il rilascio del riconoscimento. Dopo il 2015 il programma di incentivazione IQ è stato ulteriormente ampliato con l'introduzione della nuova priorità operativa "Qualificazione degli immigrati nel contesto della Legge di riconoscimento". Oltre al potenziamento delle proposte di consulenza e di coaching, questa priorità, finanziata con risorse del Fondo Sociale Europeo, comprende anche moduli per la qualificazione tesi a colmare le lacune tecniche e linguistiche in base alle esigenze specifiche dei singoli in modo da poter ottenere la dichiarazione di piena equipollenza, il permesso di esercitare un mestiere o, se del caso, l'abilitazione a svolgere una professione.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.netzwerk-iq.de

Incentivazione della partecipazione di persone con disabilità alla vita lavorativa

Secondo il Tomo III del CPS sono considerate disabili le persone le cui prospettive di partecipare o di continuare a partecipare alla vita lavorativa risultano sostanzialmente ridotte in via non solo provvisoria a causa del tipo o della gravità della loro disabilità ai sensi dell'art. 2 par. 1 Tomo IX del CPS – ivi comprese le difficoltà di apprendimento, e che necessitano pertanto di un sostegno per partecipare alla vita lavorativa. Chi rischia di andare incontro a una disabilità con le conseguenze citate è equiparato alle persone disabili. Ai sensi dell'art. 2 par. 1 Tomo IX del CPS sono considerate persone con disabilità le persone le cui funzioni fisiche, capacità intellettuali, salute mentale o capacità sensoriali presentano minorazioni che, in combinazione con barriere attitudinali o ambientali, possono impedire, molto probabilmente per più di sei mesi, la loro partecipazione equiparata alla vita della società. Sussiste una minorazione quando lo stato fisico o mentale divergono da quello tipico dei coetanei. Quando tale minorazione solo prevedibile, le persone sono invece considerate a rischio di disabilità.

Le prestazioni generali previste al Tomo III del CPS nel quadro della partecipazione alla vita lavorativa delle persone con disabilità comprendono

- le prestazioni per l'attivazione e l'inserimento professionale,
- l'incentivazione della preparazione all'esercizio della professione e alla formazione professionale, compreso il sussidio per la formazione professionale, la formazione professionale assistita, l'incentivazione del perfezionamento professionale, nonché
- l'incentivazione dell'avvio di un'attività autonoma.

Sono inoltre previsti interventi particolari per la partecipazione delle persone con disabilità alla vita lavorativa nella misura in cui sono necessari a causa del tipo e della gravità della disabilità o per il consolidamento del successo dell'integrazione. La formazione professionale e il perfezionamento professionale possono ad esempio avvenire anche in apposite strutture di riabilitazione professionale. Ai sensi del Tomo III del CPS può essere incentivata anche la formazione iniziale e professionale in laboratori protetti per disabili o presso un altro fornitore di servizi di questo tipo.

Il CD „Informationen zum Thema Behinderung“ (C 720) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni dettagliate sul tema della disabilità, ivi comprese anche dati di indirizzi utili.

Le prestazioni per l'inserimento delle persone con disabilità e gravemente disabili destinate ai datori di lavoro sono

- la sovvenzione all'integrazione (cfr. paragrafo "sovvenzione all'integrazione"),
- l'assunzione in prova e
- gli strumenti di lavoro ausiliari.

Un ulteriore strumento per la promozione della partecipazione delle persone con disabilità e gravemente disabili alla vita lavorativa è stato creato con la Legge del 22 dicembre 2008 che introduce l'attività lavorativa incentivata:

l'attività lavorativa incentivata può far accedere a un rapporto lavorativo persone che, a causa della loro disabilità, non possono assolvere una formazione professionale neppure avvalendosi di tutti gli ausili e gli strumenti di compensazione della situazione di svantaggio. L'attività lavorativa sovvenzionata permette di creare nuove possibilità occupazionali in azienda che coincidono con le capacità e le inclinazioni di persone con disabilità che presentano particolari esigenze di sostegno. Secondo il principio "prima collocare, poi qualificare", queste persone sono addestrate e assistite in vista di una loro assunzione definitiva in azienda. In tal modo si creano nuove prospettive nel mercato del lavoro convenzionale.

Le prestazioni dell'art. 55 del Tomo IX del CPS abbracciano la qualificazione individuale e l'accompagnamento in azienda. La qualificazione individuale in azienda è resa possibile per due o, al massimo, tre anni e consiste principalmente nella trasmissione di contenuti formativi interprofessionali e di qualificazioni fondamentali e in interventi per lo sviluppo della personalità. Chi vi partecipa è affiliato alla sicurezza sociale. Questo tipo di prestazioni rientra nella competenza degli enti di riabilitazione, generalmente dell'Agenzia del lavoro. Di norma, gli uffici per l'integrazione intervengono con un accompagnamento individuale quando emerge la necessità di un ulteriore supporto anche dopo l'inserimento in un'attività lavorativa a contribuzione obbligatoria.

Prestazioni sostitutive della retribuzione

Indennità di disoccupazione

L'indennità di disoccupazione spetta

- ai disoccupati
- che si sono fatti iscrivere personalmente alle liste di disoccupazione,
- hanno completato il periodo di maturazione di tale diritto e
- ricercano attivamente una nuova occupazione cooperando a questo scopo anche con i tentativi di collocamento delle agenzie del lavoro.

Sono considerate disoccupate le persone che esercitano un'attività lavorativa dipendente o autonoma per meno di 15 ore settimanali.

Per farsi iscrivere alle liste di disoccupazione, il disoccupato deve presentarsi personalmente all'Agenzia del lavoro e notificare l'inizio della disoccupazione. Le comunicazioni telefoniche o scritte non sono riconosciute.

Il periodo di maturazione del diritto è completato se nel biennio precedente la data di iscrizione alle liste di disoccupazione (finestra temporale) i lavoratori possono far valere almeno 12 mesi (360 giorni) di contribuzione obbligatoria all'Agenzia federale del lavoro in forza di un rapporto di lavoro dipendente o per altri motivi (a.e. percezione di indennità di malattia).

Alle persone che esercitano un'attività autonoma di almeno 15 ore settimanali o svolgono un lavoro dipendente all'estero al di fuori dell'Unione Europea o degli stati ad essa associati e alle persone che perfezionano la loro formazione professionale o si avvalgono di un periodo parentale dopo il terzo anno di vita del figlio è data la possibilità di continuare a versare i contributi assicurativi contro la disoccupazione a titolo volontario. In tal modo anche a queste categorie di persone – che non rientrano per legge nella comunità degli assicurati - si offre la possibilità di mantenere una copertura assicurativa contro la disoccupazione tramite contributi volontari a condizione, però, che abbiano già fatto parte dalla comunità degli assicurati.

L'opuscolo "Grundsicherung für Arbeitsuchende, SGB II" (A 430) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali contiene informazioni sul minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro e sul CPS II, testi legislativi compresi.

L'importo dell'indennità di disoccupazione dipende di norma dalla retribuzione media per cui il disoccupato ha versato contributi nell'anno precedente il momento in cui interviene il diritto alla prestazione (periodo di riferimento).

Dalla retribuzione lorda calcolata in base a questa formula (retribuzione di riferimento) si detraggono poi alcuni importi forfettari quali il forfait previdenziale, pari al 21 per cento della retribuzione di riferimento, l'imposta sul reddito e la soprattassa di solidarietà.

I disoccupati con almeno un figlio riconosciuto ai sensi della legislazione fiscale ricevono un'indennità di disoccupazione pari al 67 per cento della retribuzione netta forfettaria così calcolata (retribuzione delle prestazioni), gli altri disoccupati il 60 per cento.

Il periodo in cui si ha diritto all'indennità di disoccupazione dipende di norma dalla durata dei rapporti lavorativi ad obbligo contributivo intrattenuti nella finestra temporale prolungata di tre anni e dall'età dell'interessato al momento in cui interviene il diritto.

Si ha diritto all'indennità di disoccupazione per un periodo di

dopo un rapporto lavorativo ad obbligo contributivo di almeno mesi	dopo il compimento del anno di età	mesi
12		6
16		8
20		10
24		12
30	50°	15
36	55°	18
48	58°	24

Il diritto a percepire l'indennità di disoccupazione si estingue quando il disoccupato completa un nuovo periodo di maturazione. Il diritto residuo è sommato ai nuovi diritti fino a concorrenza del rispettivo limite massimo in funzione dell'età.

Per tutta la durata dell'indennità di disoccupazione, che è regolarmente accreditata alla fine di ogni mese sul conto corrente indicato dal disoccupato, l'Agenzia del lavoro versa anche contributi all'assicurazione malattie, all'assicurazione contro l'infermità e all'assicurazione pensionistica.

Indennità di cassa integrazione

In presenza dei requisiti di legge, l'Agenzia del lavoro corrisponde l'indennità di cassa integrazione quando un'azienda riduce provvisoriamente l'orario di lavoro per motivi di natura economica o a causa di un evento ineluttabile e ne effettua debita notifica. L'obiettivo principale di questa prestazione consiste nell'evitare licenziamenti rendendo possibile il mantenimento del rapporto lavorativo anche in caso di interruzione temporanea dell'attività lavorativa.

L'indennità di cassa integrazione può essere versata se

- i lavoratori percepiscono una retribuzione ridotta o non percepiscono più alcuna retribuzione a causa di una riduzione dell'attività lavorativa,
- la riduzione dell'attività lavorativa è temporanea e considerevole,
- sono soddisfatti i requisiti individuali (in particolare un rapporto di lavoro ad obbligo contributivo in corso) e
- il datore di lavoro o il comitato aziendale hanno notificato senza indugio e per iscritto all'Agenzia del lavoro la riduzione dell'attività lavorativa.

La riduzione dell'attività lavorativa è considerevole se

- è imputabile a ragioni di natura economica, in particolare a una situazione congiunturale negativa, o ad un evento ineluttabile (ad es. un'inondazione),
- è temporanea,
- è inevitabile e

- nel periodo in cui si ha diritto alla prestazione (rispettivo mese di calendario) determina una riduzione superiore al 10 per cento della retribuzione di almeno un terzo dei dipendenti dell'azienda interessata. La riduzione può ammontare anche al 100 per cento della rispettiva retribuzione.

La riduzione dell'attività lavorativa è temporanea se si può verosimilmente ritenere che si ritornerà al normale carico lavorativo completo durante il periodo di erogazione delle prestazioni.

La riduzione dell'attività lavorativa è evitabile, ad esempio, se

- è principalmente causata da una consueta situazione settoriale, aziendale o stagionale o è esclusivamente dovuta a ragioni legate all'organizzazione aziendale,
- può essere impedita ricorrendo a ferie retribuite ove desideri prioritari di ferie da parte dei lavoratori non ostano alla concessione di tali ferie, oppure
- può essere impedita ricorrendo a variazioni dell'orario di lavoro ammissibili all'interno dell'azienda.

L'indennità di cassa integrazione è generalmente corrisposta dall'azienda, a cui è rimborsata dall'Agenzia del lavoro competente su richiesta del datore di lavoro o del comitato aziendale.

L'indennità di cassa integrazione è calcolata a partire dalla mancata retribuzione netta e ammonta di regola al 60 per cento della retribuzione forfettizzata netta non percepita. I lavoratori con almeno un figlio minorenni convivente ricevono il 67 per cento della retribuzione forfettizzata netta non percepita. Secondo il Decreto legislativo sulle retribuzioni forfettizzate nette ai fini dell'indennità di cassa integrazione, la differenza rispetto alla retribuzione netta è calcolata convertendo in un importo netto forfettario sia la retribuzione lorda che il lavoratore avrebbe percepito in assenza di riduzioni dell'attività lavorativa (retribuzione nominale), sia la retribuzione lorda ridotta percepita a seguito della riduzione dell'attività (retribuzione reale). L'indennità di cassa integrazione versata è pari al 67 o al 60 per cento della differenza tra questi due valori netti. Il calcolo non considera le modifiche dell'orario di lavoro eventualmente concordate nel quadro di accordi collettivi di garanzia dell'occupazione.

Per legge le prestazioni possono essere erogate per un massimo di 12 mesi.

Presentazione della domanda

L'indennità di cassa integrazione è versata su richiesta del datore di lavoro o della rappresentanza aziendale dei lavoratori. La domanda deve essere presentata entro una scadenza tassativa di tre mesi presso l'Agenzia del lavoro competente. Il termine decorre a partire dalla fine del mese solare (periodo in cui si ha diritto alle prestazioni) in cui rientrano le giornate per cui si richiede l'indennità.

Indennità di insolvenza

L'indennità di insolvenza è versata al lavoratore che non ha ricevuto la retribuzione spettantegli perché il datore di lavoro non è solvibile. In questi casi il lavoratore ha diritto a percepire un'indennità di insolvenza per la retribuzione che gli spetta, secondo il contratto di lavoro, per i tre mesi precedenti l'apertura della procedura di insolvenza o la reiezione della richiesta di procedura di insolvenza per mancanza di massa sufficiente. L'indennità di insolvenza è versata anche per i tre mesi precedenti la cessazione definitiva dell'attività quando non è stata presentata richiesta di apertura di procedura di insolvenza o se questa non è ipotizzabile perché la massa è insufficiente.

I lavoratori con un reddito lordo inferiore al massimale di riferimento per il calcolo dei contributi (6.500 euro per i Länder occidentali e 5.800 euro per i Länder orientali nel 2018) percepiscono un'indennità di insolvenza pari all'importo delle retribuzioni nette arretrate. Sono a carico dell'Agenzia del lavoro competente anche gli arretrati dovuti all'assicurazione sanitaria, all'assicurazione contro l'infermità e all'assicurazione pensionistica e i contributi all'Agenzia federale del lavoro.

L'indennità di insolvenza deve essere richiesta entro due mesi dall'apertura della procedura di insolvenza, dalla reiezione della domanda di insolvenza per mancanza di massa sufficiente o dalla cessazione dell'attività aziendale.

Indennità di cassa integrazione stagionale

Nella stagione del maltempo (1 dicembre – 31 marzo) i lavoratori hanno diritto all'indennità di cassa integrazione stagionale se

- sono dipendenti di un'azienda del settore edilizio,
- la riduzione dell'attività lavorativa è considerevole e
- sono soddisfatti i requisiti aziendali e individuali.

Per aziende del settore edilizio si intendono quelle aziende la cui attività economica principale consiste in prestazioni edilizie nel mercato delle costruzioni. Sono considerate prestazioni edilizie tutte le prestazioni finalizzate alla costruzione, riparazione, manutenzione, modifica o rimozione di edifici. Il Decreto legislativo sulle aziende del settore edilizio elenca le aziende che possono accedere all'incentivazione e le aziende escluse. Possono accedere all'incentivazione le aziende edilizie propriamente dette e le aziende di copertura tetti, di costruzione ponteggi e di giardinaggio e architettura paesaggistica.

I requisiti aziendali sono soddisfatti quando l'azienda interessata conta almeno un dipendente.

La riduzione dell'attività lavorativa è considerevole se è imputabile a cause meteorologiche o economiche o ad un evento ineluttabile e se è di natura temporanea e inevitabile.

La riduzione dell'attività lavorativa è evitabile se

- è determinata esclusivamente da ragioni organizzative,
- può essere impedita ricorrendo a ferie retribuite ove desideri prioritari di ferie da parte dei lavoratori non ostano alla concessione di tali ferie, oppure
- può essere impedita ricorrendo a variazioni dell'orario di lavoro ammissibili all'interno dell'azienda.

Se dopo l'ultima stagione di maltempo i conti-ore costituiti da meno di un anno sono stati estinti per ragioni diverse dalla stabilizzazione della retribuzione mensile in caso di riduzione dell'attività lavorativa dovuta alle condizioni meteorologiche o da distacchi per una qualificazione dei lavoratori, le riduzioni dell'attività lavorativa sono considerate evitabili fino all'entità del monte-ore estinto. Sono invece considerate inevitabili le riduzioni dell'attività lavorativa principalmente dovute a situazioni consuete del settore o dell'azienda o a condizioni stagionali.

Per riduzione dell'attività lavorativa dovuta alle condizioni meteorologiche si intende la riduzione di almeno un'ora del regolare orario di lavoro di una giornata lavorativa dell'azienda dovuta esclusivamente a ragioni meteorologiche cogenti.

Per avere diritto all'indennità di cassa integrazione stagionale si devono soddisfare i requisiti individuali dell'indennità di cassa integrazione congiunturale.

L'indennità di cassa integrazione stagionale è corrisposta per il periodo di riduzione del lavoro durante la stagione del maltempo (1 dicembre – 31 marzo), vale a dire per un massimo di 4 mesi.

I periodi di percezione dell'indennità di cassa integrazione stagionale non sono dedotti dal periodo di versamento dell'indennità di cassa integrazione ordinaria, ma non sono considerati neppure come periodi di interruzione ai fini dell'eventuale inizio di un nuovo periodo di percezione.

All'importo dell'indennità di cassa integrazione stagionale si applicano le disposizioni sull'indennità di cassa integrazione congiunturale sopra esposte.

L'indennità di cassa integrazione stagionale è versata su richiesta del datore di lavoro o della rappresentanza aziendale dei lavoratori. La domanda deve essere presentata entro un termine tassativo di tre mesi presso l'Agenzia del lavoro competente. Il termine decorre a partire dalla fine del mese di calendario in cui rientrano le giornate per cui si richiede l'indennità stagionale. Nella misura del possibile, la richiesta dovrebbe essere presentata entro il giorno 15 del mese successivo. È

competente l'Agenzia del lavoro della circoscrizione in cui ha sede l'ufficio di contabilità salariale del datore di lavoro.

Oltre all'indennità di cassa integrazione stagionale, i lavoratori hanno diritto ad un'indennità invernale sotto forma di sovvenzione invernale e di sovvenzione per disagi invernali supplementari. I datori di lavoro del settore edilizio hanno invece il diritto al rimborso della loro quota di contributi previdenziali se i fondi utilizzati allo scopo provengono da un regime settoriale di prelievi. Queste prestazioni integrative non sono quindi erogate attingendo ai contributi dell'assicurazione contro la disoccupazione e sono riconosciute solo per i rapporti di lavoro che non possono essere conclusi a motivo delle condizioni meteorologiche nel periodo del maltempo, sono cioè riconosciute ai lavoratori con mansioni artigianali, ma non agli impiegati o ai capimastri.

La sovvenzione invernale ammonta ad un massimo di 2,50 euro per ogni ora di mancato lavoro compensata estinguendo il conto-ore personale ed evitando così il ricorso all'indennità di cassa integrazione stagionale.

La sovvenzione per disagi invernali supplementari ammonta a 1,00 euro per ogni ora di lavoro ammissibile all'incentivazione prestata tra il 15 dicembre e l'ultimo giorno di febbraio ed è versata ai lavoratori il cui posto di lavoro è soggetto agli influssi meteorologici. Sono considerate ammissibili fino a 90 ore lavorative in dicembre e fino a 180 ore in gennaio e in febbraio.

Le prestazioni integrative sono erogate su richiesta del datore di lavoro o della rappresentanza aziendale dei lavoratori. La domanda deve essere presentata entro un termine tassativo di tre mesi presso l'Agenzia del lavoro competente. Il termine decorre a partire dalla fine del mese di calendario (periodo in cui si ha diritto alle prestazioni) in cui rientrano le giornate per cui si richiedono le prestazioni integrative. Nella misura del possibile, la richiesta dovrebbe essere presentata entro il giorno 15 del mese successivo. È competente l'Agenzia del lavoro della circoscrizione in cui ha sede l'ufficio di contabilità salariale del datore di lavoro.

Prestazioni di ricollocamento

Le prestazioni di ricollocamento sono interventi di accompagnamento alle ristrutturazioni degli organici dovute a modifiche aziendali finalizzati a migliorare le prospettive di collocamento dei lavoratori colpiti dallo smantellamento di posti di lavoro. Lo scopo è quello di consentire, nella misura del possibile, il trasferimento da una situazione lavorativa ad un'altra ("job to job") senza periodi intermedi di erogazione dell'indennità di disoccupazione.

La decisione di ricorrere a prestazioni di ricollocamento spetta alle parti sociali aziendali nel quadro delle trattative sul cosiddetto accordo di compromesso/piano sociale. Tale accordo stabilisce generalmente la compensazione finanziaria delle penalizzazioni subite dai lavoratori a causa delle modifiche dell'organizzazione aziendale (concetto fondamentale: liquidazioni).

Le prestazioni di ricollocamento sono concepite per fornire incentivi ai datori di lavoro perché, oltre a versare le liquidazioni, contribuiscano attivamente al processo di reinserimento dei loro ex-lavoratori ormai a rischio di disoccupazione. In questi casi la promozione dell'occupazione prevede due diverse forme di supporto: interventi di ricollocamento e indennità di cassa integrazione per il ricollocamento.

Gli enti erogatori di interventi di ricollocamento e le società di ricollocamento a cui si versa l'indennità necessitano di una licenza di erogazione di prestazioni ai sensi del Tomo III del CPS. I datori di lavoro che gestiscono autonomamente una società di ricollocamento interna all'azienda, invece, non necessitano di tale licenza.

Interventi di ricollocamento

I termini di preavviso per il licenziamento sono usati per preparare i lavoratori colpiti da modifiche aziendali a passare senza soluzione di continuità ad un nuovo rapporto lavorativo. Sono interventi di ricollocamento in particolare le misure per la constatazione dell'idoneità, la consulenza in vista di un collocamento al di fuori dell'azienda di appartenenza, l'addestramento alla ricerca di lavoro, le qualifiche brevi, le consulenze e l'assistenza all'autoimprenditorialità.

I lavoratori a rischio di disoccupazione a causa di modifiche dell'organizzazione aziendale o dopo la conclusione di un rapporto di formazione professionale hanno diritto alla partecipazione incentivata ad interventi di ricollocamento se

- le parti sociali aziendali si sono avvalse di una consulenza dell'Agenzia del lavoro prima di decidere l'introduzione di tali interventi,
- gli interventi sono realizzati da un ente terzo e il datore di lavoro contribuisce in misura congrua al loro finanziamento,
- gli interventi previsti sono finalizzati all'inserimento dei lavoratori nel mercato del lavoro, e
- la realizzazione degli interventi è assicurata.

L'impegno del datore di lavoro a fornire il proprio contributo economico può essere sancito nel quadro di un accordo di compromesso aziendale, ma anche in un altro accordo collettivo o individuale. A queste prestazioni possono accedere tutti i lavoratori, indipendentemente dalle dimensioni della loro azienda.

L'importo delle sovvenzioni accordate è pari al 50 per cento dei costi necessari e congrui degli interventi fino a un massimo di 2.500 euro a persona. Durante la partecipazione a interventi di ricollocamento i beneficiari non possono ricevere altre prestazioni di promozione attiva dell'occupazione aventi lo stesso obiettivo.

Indennità di cassa integrazione per il ricollocamento

L'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento mira ad assicurare che il passaggio dei lavoratori dall'occupazione attuale presso il vecchio datore di lavoro ad un nuovo rapporto lavorativo con un altro datore di lavoro avvenga senza un periodo intermedio di disoccupazione.

Di norma l'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento può essere riconosciuta a unità con organizzazione autonoma sia interne, sia esterne all'azienda anche se, di regola, considerazioni legate al diritto del lavoro fanno propendere per la soluzione esterna. I lavoratori colpiti dalla riduzione degli organici sono così trasferiti dalla loro azienda a una società esterna di ricollocamento nel contesto di un contratto trilaterale.

Durante il periodo di corresponsione dell'indennità, la società di ricollocamento o il datore di lavoro devono trasmettere ai lavoratori offerte di ricollocamento e proporre iniziative per migliorare le loro prospettive di inserimento (ad es. interventi di qualificazione). L'Agenzia del lavoro può inoltre incentivare la qualificazione necessaria di dipendenti che hanno compiuto il quarantacinquesimo anno d'età o privi di un titolo professionale se il datore di lavoro si fa carico almeno del 50 per cento dei costi. L'incentivazione comprende anche perfezionamenti professionali che portano a un titolo professionale in una professione riconosciuta e si protraggono anche dopo lo scioglimento della società di ricollocamento.

L'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento coincide con l'importo dell'indennità di cassa integrazione, può essere percepita per un massimo di 12 mesi ed è corrisposta dalla società di ricollocamento o dall'azienda, a cui è rimborsata dall'Agenzia del lavoro competente su richiesta del datore di lavoro o della rappresentanza aziendale dei lavoratori.

Requisiti generali

I lavoratori hanno diritto a percepire l'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento

- se e fintantoché sono colpiti da un'interruzione ineluttabile e duratura dell'attività lavorativa e dalla conseguente mancata retribuzione a causa di una modifica aziendale,
- se presentano i requisiti individuali e aziendali richiesti,
- se le parti sociali aziendali si sono avvalse di una consulenza dell'Agenzia del lavoro prima di decidere l'introduzione dell'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento,
- se l'azienda o la rappresentanza aziendale hanno notificato l'interruzione duratura dell'attività lavorativa all'Agenzia del lavoro.

Non hanno diritto a percepire l'indennità i lavoratori confluiti solo temporaneamente all'interno di un'unità organizzativa aziendale indipendente per passare poi ad un altro posto di lavoro nello stesso stabilimento o ad un altro stabilimento della stessa azienda o, nel caso di gruppi industriali, ad un'altra azienda del gruppo. Non hanno diritto a beneficiare di questa incentivazione neppure i lavoratori del

settore pubblico, eccezion fatta per i dipendenti di aziende con assetto societario indipendente che operano a scopo di lucro.

Requisiti personali

Hanno diritto a percepire l'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento solo i lavoratori

- a rischio di disoccupazione,
- che mantengono un rapporto di lavoro a obbligo contributivo preesistente anche dopo l'intervenuta interruzione dell'attività lavorativa o avviano un nuovo rapporto lavorativo a obbligo contributivo dopo la conclusione del loro rapporto di formazione professionale,
- non sono esclusi dal beneficio dell'indennità di cassa integrazione e
- prima del trasferimento a un'unità organizzativa aziendale indipendente si sono registrati come persone alla ricerca di lavoro presso l'Agenzia del lavoro e hanno partecipato a un'iniziativa per la constatazione delle prospettive di integrazione (il cosiddetto profiling).

Requisiti aziendali

I requisiti aziendali sono considerati soddisfatti quando

- le modifiche dell'organizzazione interna di un'azienda comportano interventi di adeguamento degli organici,
- i lavoratori interessati sono fatti confluire in un'unità aziendale con un'organizzazione indipendente (generalmente in una società di ricollocamento) e estromessi dal processo di produzione,
- l'organizzazione e la dotazione economica dell'unità aziendale con organizzazione autonoma rendono plausibile il successo dell'integrazione a cui mira,
- si applica un sistema di garanzia della qualità. Se l'unità aziendale con organizzazione indipendente è gestita da terzi, l'ente gestore deve essere autorizzato.

Ove l'unità organizzativa aziendale indipendente sia gestita da un terzo, è necessaria l'autorizzazione dell'ente erogatore.

Inserimento dei lavoratori

Sovvenzione per l'inserimento

Requisiti

I datori di lavoro possono ricevere una sovvenzione alla retribuzione per l'inserimento di lavoratori il cui collocamento è reso più difficile da circostanze legate alla loro persona. L'entità della sovvenzione dipende dal grado di riduzione del rendimento del lavoratore e dai requisiti del rispettivo posto di lavoro.

La sovvenzione per l'inserimento è riconosciuta per i salari contrattuali o localmente consueti versati regolarmente dal datore di lavoro e per le quote forfettizzate di contribuzione sociale. Non si considerano le retribuzioni una-tantum.

Entità e durata

Le sovvenzioni per l'inserimento non possono di norma superare il 50 per cento della retribuzione lavorativa ammissibile e sono versate per un massimo di dodici mesi. La durata delle prestazioni può essere estesa fino a 36 mesi per i lavoratori che hanno compiuto il cinquantesimo anno di età

Nel caso di lavoratori disabili o gravemente disabili l'entità e la durata delle prestazioni sono disciplinate da norme particolari: in deroga al principio sopra enunciato, l'importo dei sussidi può arrivare fino al 70 per cento della retribuzione lavorativa di riferimento e la durata può raggiungere i 24 mesi. I sussidi possono raggiungere il 70 per cento della retribuzione lavorativa di riferimento e essere corrisposti per un periodo massimo di 60 mesi nel caso di persone gravemente disabili particolarmente svantaggiate. Per quest'ultima categoria di beneficiari la durata delle prestazioni può essere ulteriormente estesa fino a 96 mesi se essi hanno compiuto i 55 anni d'età.

L'entità e la durata delle sovvenzioni sono definite considerando inoltre se la persona gravemente disabile è assunta ed occupata in assenza di obblighi di legge o per ottemperare all'obbligo di assunzione di cui alla terza sezione del Tomo IX del CPS.

Finanziamento

Il finanziamento dell'attività dell'Agenzia federale del lavoro è assicurato principalmente da un sistema contributivo. Altre fonti di entrate sono i prelievi raccolti dai datori di lavoro o dalle associazioni mutualistiche di categoria. Sono soggetti all'obbligo contributivo sia i lavoratori subordinati (impiegati, operai, persone occupate nel quadro di una formazione professionale, lavoratori a domicilio), sia i datori di lavoro; essi si dividono l'onere contributivo in base alle aliquote vigenti (3 per cento del salario o dello stipendio lordi dal 2012). L'importo dei contributi è tuttavia limitato dal massimale contributivo, che nel 2018 ammonta a 6.500 euro mensili nei Länder occidentali e a 5.800 euro mensili nei Länder orientali.

Per maggiori informazioni si raccomanda di rivolgersi all'Agenzia del lavoro competente. Informazioni dettagliate si trovano anche sul sito internet <http://www.arbeitsagentur.de>

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano nel Tomo III del CPS.

L'attuazione della normativa è a carico dell'Agenzia federale del lavoro di Norimberga, in collaborazione con le sue direzioni regionali competenti, con le agenzie del lavoro locali e altri sportelli. L'Agenzia federale è un ente di diritto pubblico ad amministrazione autonoma.

La linea del cittadino del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sulla politica e la promozione del mercato del lavoro dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 20:00 al numero 030/221911003.

Minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro (Indennità di disoccupazione II/Assegno sociale) Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

Con il minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro il Tomo II del Codice di Previdenza Sociale (CPS) ha voluto creare uno strumento assistenziale finanziato con il gettito fiscale per intervenire in modo rapido ed efficace a sostegno delle persone abili al lavoro che versano in situazioni di bisogno e aiutarle a porre fine da sole a tale situazione.

In caso di bisogno, le persone che non riescono a trovare un'occupazione retribuita pur adoperandosi assiduamente o che, pur lavorando, non possiedono un reddito sufficiente al proprio sostentamento, godono per legge del diritto di percepire l'indennità di disoccupazione II, riconosciuta anche a titolo di prestazione complementare (integrativa) al reddito.

Le prestazioni del minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro sono impiegate sul concetto di fabbisogno del nucleo familiare: in caso di bisogno, le prestazioni per il sostentamento non sono riconosciute solo alla persona abile al lavoro avente diritto, ma – sotto forma di assegno sociale - anche alle persone non abili al lavoro che convivono all'interno dello suo nucleo familiare.

Il principio “promuovere e pretendere”

Il minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro mira a rafforzare il senso di responsabilità e di autonomia dei beneficiari abili al lavoro e dei loro familiari conviventi all'interno dello stesso nucleo familiare e ad aiutarli a provvedere al proprio sostentamento con mezzi e capacità proprie. Questa prestazione intende facilitare l'avvio di un'attività lavorativa retribuita da parte dei beneficiari abili al lavoro e garantirne il sostentamento ove non possa essere assicurato in altro modo. L'aiuto per la ricerca di un lavoro è finalizzato al collocamento rapido in un'occupazione adeguata della persona in stato di bisogno. I beneficiari del minimo individuale abili al lavoro accedono alle necessarie prestazioni di consulenza, collocamento e integrazione tramite un interlocutore unico, mentre chi percepisce l'indennità di disoccupazione II può beneficiare, oltre che delle prestazioni specifiche per l'inserimento di cui al Tomo II del CPS, anche delle prestazioni essenziali per l'inserimento previste dal Tomo III del CPS. Essi hanno inoltre la possibilità di partecipare a iniziative occupazionali sovvenzionate con fondi pubblici. L'assistenza di consulenti personali contribuisce ad assicurare la piena efficacia delle prestazioni individuali per l'attivazione dei beneficiari abili al lavoro: i parametri da rispettare nel comune tentativo di conseguire l'integrazione sono definiti in un accordo di inserimento con la persona alla ricerca di lavoro tenendo conto anche delle circostanze specifiche in cui vivono il beneficiario abile al lavoro e i suoi familiari.

L'opuscolo gratuito „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (A 430) chiarisce ulteriori aspetti del minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro.

L'indennità di disoccupazione II è finanziata grazie al gettito fiscale, cioè con fondi della collettività, che è dunque interessata a fornire l'aiuto più adeguato per l'inserimento, ma ha anche il diritto di esigere che la persona alla ricerca di lavoro dia costantemente prova di spirito di iniziativa e di collaborazione fattiva. Promuovere e pretendere sono quindi due principi equiparati che si integrano reciprocamente.

Da chi ha diritto a percepire l'indennità di disoccupazione II ci si attende pertanto che faccia il possibile per porre fine al più presto alla dipendenza dagli aiuti statali e, con essi, all'onere finanziario per la comunità.

Erogazione delle prestazioni

Le prestazioni del minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro sono erogate dai jobcenter locali, che fungono da interlocutori dei beneficiari, liquidano le prestazioni e forniscono gli aiuti necessari.

I jobcenter nascono generalmente da una cooperazione tra l'Agenzia del lavoro locale e il comune, i due enti a cui compete la responsabilità ultima delle varie prestazioni. Alle agenzie del lavoro spetta erogare gli importi di base per il sostentamento e le prestazioni per l'inserimento, mentre i comuni devono farsi carico delle spese congrue per il fabbisogno di alloggio e riscaldamento, nonché di

particolari prestazioni una-tantum quale l'arredamento di base dell'abitazione. Sono inoltre tenuti ad assicurare le prestazioni supplementari per l'istruzione e la partecipazione (pacchetto formazione) e le prestazioni accessorie per l'integrazione (consulenza debitori e consulenza dipendenze, prestazioni di assistenza ai bambini). Di norma i jobcenter corrispondono le prestazioni a garanzia del sostentamento sotto forma di indennità di disoccupazione II (importo di riferimento, fabbisogno supplementare, nonché spese congrue per un alloggio) in una soluzione mensile unica. In 104 distretti o città distretto (detti enti comunali riconosciuti) questi compiti sono esclusivamente di responsabilità comunale.

Beneficiari

L'indennità di disoccupazione II è riconosciuta agli aventi diritto abili al lavoro di età compresa tra i 15 anni e l'età pensionabile ordinaria richiesta per percepire una pensione ordinaria di vecchiaia, che sarà gradualmente elevata in concomitanza con l'aumento dell'età pensionabile. È abile al lavoro chi è in grado di svolgere per almeno tre ore al giorno un'attività lavorativa alle abituali condizioni del mercato del lavoro ordinario. È bisognoso di aiuto chi non è in grado di provvedere alle necessità del proprio sostentamento e a quello dei suoi congiunti conviventi all'interno dello stesso nucleo familiare né con risorse (reddito e patrimonio) o forze (capacità lavorativa) proprie, né con l'aiuto di terzi.

Gli aventi diritto inabili al lavoro che convivono con titolari di un'indennità di disoccupazione II all'interno dello stesso nucleo familiare ricevono l'assegno sociale.

Entrambe le prestazioni (indennità di disoccupazione II e assegno sociale), che presentano gli stessi elementi costitutivi, sono erogate mensilmente a titolo anticipato e concesse di volta in volta, generalmente per un periodo di dodici mesi. Il periodo di erogazione è ridotto a sei mesi quando la prestazione è inizialmente riconosciuta in via provvisoria, ad esempio perché non è ancora possibile quantificare a priori il reddito.

Minimo per persone alla ricerca di lavoro destinato ai giovani

Per dare a tutti un'opportunità di inserimento nel mondo del lavoro, i giovani di meno di 25 anni beneficiano di un'assistenza particolare. Se presentano una richiesta di indennità di disoccupazione II devono essere sostenuti senza indugio. Ove siano privi di una qualifica professionale si deve ricorrere in particolare alle possibilità di collocamento in una formazione professionale.

I giovani di più di 15 anni abili al lavoro in situazione di bisogno percepiscono l'indennità di disoccupazione II a titolo di prestazione per il sostentamento. Per constatare la loro abilità al lavoro (vedi sopra) è determinante che siano impossibilitati a svolgere un'attività lavorativa retribuita, ad esempio perché vanno a scuola, ma piuttosto che i giovani siano teoricamente in grado di svolgere una tale attività. L'indennità di disoccupazione II può continuare ad essere erogata durante la formazione professionale se la retribuzione e l'incentivazione della formazione professionale non sono sufficienti ad assicurare il sostentamento.

Prestazioni per l'inserimento nel mondo del lavoro

Per facilitare l'inserimento (o il reinserimento) nel mercato del lavoro ordinario sono disponibili numerose prestazioni, in particolare:

- prestazioni del budget per il collocamento finalizzate alla preparazione e all'esercizio di un'attività,
- interventi per l'attivazione e l'inserimento professionale,
- incentivazione del perfezionamento professionale, ivi compreso il conseguimento tardivo del diploma di Hauptschule,
- prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa,
- prestazioni al datore di lavoro,
- incentivazione del perfezionamento professionale di lavoratori dipendenti,
- incentivazione della scelta della professione e della formazione professionale,
- prestazioni comunali per l'integrazione (ad es. assistenza dei figli, consulenza dipendenze o consulenza debitori),
- indennità di accesso,
- prestazioni per l'integrazione di lavoratori autonomi,

- opportunità lavorative,
- incentivazione di rapporti di lavoro.

Obbligo di accettazione del lavoro

Come disposto dall'art. 10 Tomo II CPS, in linea di principio va accettato ogni tipo di lavoro fatti salvi, ad esempio, comprovati motivi ostativi di natura fisica, mentale o psichica o occupazioni da considerarsi immorali a causa della retribuzione troppo esigua. Può essere considerata ragione sufficiente per rifiutare una proposta di lavoro anche la necessità di accudire figli di meno di tre anni o di fornire assistenza continua a familiari non autosufficienti. Si possono inoltre far valere altri importanti motivi di rifiuto – in particolare la frequenza di un istituto scolastico che impartisce una formazione generale.

Chi rifiuta ripetutamente un posto di lavoro, una formazione professionale o un'iniziativa di inserimento ragionevolmente accettabili deve prepararsi a subire una riduzione dell'indennità di disoccupazione II o, se del caso, la cessazione della sua erogazione.

In una prima fase di tre mesi il trattamento in denaro potrà essere ridotto del 30 per cento del fabbisogno di base applicabile. Il diritto a percepire l'indennità di disoccupazione II viene meno se il beneficiario viola i suoi obblighi per tre volte nell'arco di un anno. Per i beneficiari di meno di 25 anni sono previste sanzioni più severe, che comportano la cessazione totale dell'indennità di disoccupazione II già con la seconda violazione dell'obbligo di accettare un lavoro. Se in un momento successivo la persona in stato di bisogno abile al lavoro si dichiara disposta ad ottemperare ai propri obblighi, la sanzione può però essere mitigata. Alla luce di tutte le circostanze del caso specifico, per i giovani questa mitigazione può tradursi nella prosecuzione dell'erogazione delle prestazioni per la copertura delle spese di alloggio e di riscaldamento a partire dal momento in cui interviene la nuova disponibilità o nella riduzione a sei settimane del periodo di applicazione della sanzione.

In caso di decurtazione di più del 30 per cento dell'indennità di disoccupazione II il jobcenter può erogare su richiesta anche prestazioni complementari in natura o con valore economico (buono) in misura adeguata. Le prestazioni in natura devono essere tassativamente accordate quando il nucleo familiare dell'avente diritto comprende anche figli minorenni conviventi.

Entità, durata e modalità di erogazione

Nel quantificare l'indennità di disoccupazione II va sempre considerato che si tratta di una prestazione assistenziale subordinata. Ciò significa che si deve ricorrere in via prioritaria alle prestazioni dovute da altri enti e che il reddito percepito e il patrimonio posseduto, al netto delle quote esenti, riducono l'importo dell'indennità di disoccupazione II cui si ha diritto.

Da ultimo, l'entità della prestazione in denaro chiamata indennità di disoccupazione II dipende dalle necessità effettive degli aventi diritto abili al lavoro e dei loro congiunti conviventi all'interno dello stesso nucleo familiare (coniuge/convivente e figli fino al compimento del venticinquesimo anno di età).

La linea del cittadino del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sulla politica e la promozione del mercato del lavoro dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle 20:00 al numero 030/221911003.

Le prestazioni per il sostentamento erogate agli aventi diritto abili al lavoro nel quadro dell'indennità di disoccupazione II equivalgono al fabbisogno di base applicabile e ad un eventuale fabbisogno supplementare, ivi comprese spese congrue di alloggio e di riscaldamento.

Il fabbisogno di base per il sostentamento degli aventi diritto abili al lavoro comprende, oltre alle necessità alimentari ed igieniche, alle suppellettili domestiche e alle esigenze della vita quotidiana, anche le relazioni con l'ambiente circostante e la partecipazione alla vita culturale. Il fabbisogno di base permette di far fronte alle necessità ordinarie e straordinarie (acquisti sostitutivi).

Dall'1 gennaio 2018 a persone non coniugate, famiglie monoparentali e persone alla ricerca di lavoro con partner minorenni si applica un fabbisogno di base mensile pari a 416 euro. Se ambedue i partner sono maggiorenni, il rispettivo fabbisogno di base applicabile è di 374 euro al mese.

Il fabbisogno di base applicabile a bambini e giovani è fissato in funzione dell'età ed ammonta a 240 euro mensili per la fascia d'età fino a 6 anni, a 296 euro per la fascia d'età dai 6 ai 14 anni, a 316 euro per la fascia d'età dai 14 ai 18 anni e a 332 euro fino al compimento del 25 anno d'età.

Oltre al fabbisogno di base applicabile, i bambini e i giovani ricevono anche le prestazioni per l'istruzione e la partecipazione – il cosiddetto pacchetto per l'istruzione.

Il pacchetto comprende

- i costi effettivamente sostenuti per escursioni di uno o più giorni organizzate dalle scuole o dalle strutture extrascolastiche di assistenza diurna,
- prestazioni per le necessità personali di materiale scolastico pari a 70 euro l'1 agosto e a 30 euro l'1 febbraio di ogni anno,
- i costi del trasporto scolastico di scolari e studenti di scuola superiore se necessari (onere ammissibile per il beneficiario 5 euro) e non sostenuti da terzi,
- le prestazioni per la promozione dell'apprendimento a determinate condizioni,
- i costi supplementari per la partecipazione a pranzi comunitari a scuola (contributo del beneficiario 1 euro per figlio) o in strutture extrascolastiche di assistenza diurna,
- un budget mensile fino ad un massimo di 10 euro per la partecipazione alla vita sociale.

Queste prestazioni sono riconosciute anche a bambini per cui si eroga l'indennità familiare integrativa o il sussidio d'alloggio.

Gli aventi diritto ricevono così una prestazione economica forfettaria per tutti i beni rientranti nel fabbisogno di base.

In determinate circostanze e in determinate fasi dell'esistenza possono essere sostenuti anche oneri supplementari (fabbisogno supplementare) non compresi nelle prestazioni di base:

1. per gestanti a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza,
2. per persone che allevano da sole i figli, in funzione dell'età e del numero dei bambini,
3. per la partecipazione alla vita lavorativa delle persone con disabilità abili al lavoro,
4. per l'alimentazione (quando, per motivi medici, è comprovata la necessità di un'alimentazione particolarmente costosa),
5. per costanti esigenze straordinarie innegabili nel caso specifico (particolare necessità),
6. per la necessaria produzione decentrata di acqua calda (boiler elettrico o a gas).

Il totale del fabbisogno supplementare per la sopravvivenza riconosciuto ai sensi dei punti da 1 a 4 non può superare l'importo del fabbisogno di base applicabile nel caso specifico.

Le prestazioni economiche mensili costituiscono un budget da gestire in piena autonomia e, quindi, anche sotto la propria responsabilità. Se tuttavia tali prestazioni dovessero risultare insufficienti, in determinate situazioni può essere valutata anche l'opportunità di concedere prestiti integrativi.

Oltre al fabbisogno di base applicabile si erogano separatamente prestazioni per

1. il primo arredamento di base dell'abitazione, elettrodomestici compresi,
2. il guardaroba di base e la dotazione di base in caso di gravidanza e di parto, e
3. l'acquisto e le riparazioni di calzature ortopediche, la riparazione o il noleggio di dispositivi terapeutici.

Ha diritto a queste tre prestazioni straordinarie anche chi non percepisce le prestazioni per il sostentamento perché non presenta il requisito della necessità, ma non dispone di un reddito sufficiente a coprire completamente esigenze straordinarie.

Spese di alloggio: nel quadro dell'indennità di disoccupazione II/assegno sociale i comuni riconoscono come fabbisogno del nucleo familiare anche le spese congrue di alloggio e riscaldamento, ivi comprese le spese per l'acqua calda e fredda e le spese fognarie. I comuni possono intervenire anche nel caso di affitti arretrati, erogando un prestito per evitare il rischio di sfratto. Nel quadro delle loro competenze, i comuni decidono della congruità delle spese. Chi percepisce un'indennità di disoccupazione II, che comprende le spese di alloggio, non ha più diritto all'indennità di alloggio.

Nei casi in cui un trasloco non è ragionevole o è impossibile o quando non si consegue una riduzione delle spese di locazione, a.e. tramite un subaffitto, si tiene conto delle spese per abitazioni sproporzionatamente spaziose o costose per un periodo iniziale massimo di sei mesi, al termine dei quali si decide caso per caso se tener conto solo della quota di spesa considerata congrua.

I comuni si fanno poi carico delle spese del trasloco quando un cambio di abitazione si rende necessario a causa dell'incongruità delle spese di alloggio o per altri motivi e non è altrimenti possibile trovare un alloggio in un arco di tempo adeguato.

Fabbisogno di base applicabile

persona non coniugata /genitore che alleva da solo i figli	Altri membri del nucleo familiare conviventi				
	Figli di meno di 6 anni	Figli dai 7 ai 14 anni	Figli dai 15 ai 18 anni	Figli dai 19 fino al compimento dei 25 anni	Compagno/a convivente di più di 18 anni
416 €	240 €	296 €	316 €	332 €	374 €

Contribuzione sociale

Durante la percezione dell'indennità di disoccupazione II gli aventi diritto abili al lavoro sono assicurati in via obbligatoria contro le malattie e l'infermità presso un ente assicurativo pubblico. Sono esentati da quest'obbligo i titolari di indennità di disoccupazione II riconducibili a un'assicurazione privata contro le malattie, vale a dire le persone che appena prima di ricevere tale indennità disponevano di una copertura assicurativa privata o non erano assicurati contro le malattie né presso un'assicurazione privata, né presso un'assicurazione pubblica ed esercitavano in via principale un'attività autonoma o erano esentati dall'assicurazione contro le malattie (ad es. in qualità di funzionari pubblici). Queste persone sono tenute ad assicurarsi contro le malattie presso un'assicurazione privata, dove possono generalmente accedere a una tariffa di base. Gli aventi diritto con copertura assicurativa privata ricevono un contributo per il pagamento delle quote. I titolari di assegno sociale sono generalmente assicurati contro le malattie e l'infermità nel quadro della polizza familiare di un congiunto.

Assegno familiare integrativo per prevenire situazioni di necessità

I genitori che con il proprio reddito o patrimonio riescono a provvedere a se stessi, ma non sono in grado di sostenere i figli, possono percepire il cosiddetto assegno familiare integrativo che evita loro di dover richiedere l'indennità di disoccupazione II o l'assegno sociale esclusivamente per assicurare il sostentamento dei figli.

L'assegno familiare integrativo può raggiungere i 170 euro mensili per figlio e va richiesto alla Cassa per la famiglia, che versa anche gli assegni familiari. Il massimale di reddito per l'ottenimento dell'assegno familiare integrativo dipende dall'importo del canone di affitto versato e dall'eventuale diritto al riconoscimento di fabbisogni supplementari della famiglia.

Mentre il 50 per cento del reddito dei genitori che eccede il fabbisogno di base di questi ultimi non è considerato, la quota residua riduce l'assegno familiare integrativo. Questa prestazione economica è generalmente riconosciuta per sei mesi, ma può essere rinnovata in presenza dei requisiti necessari. Sul sito internet del Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e i Giovani si può trovare un calcolatore di assegni familiari integrativi (<http://www.bmfsfj.de/Kinderzuschlagrechner>).

Diritto del lavoro (Arbeitsrecht)

I lavoratori dipendono dal datore di lavoro sul piano economico e - nell'ambito del contratto di lavoro – sul piano personale e necessitano per questo delle tutele garantite dal diritto del lavoro, la normativa specifica che si applica a tutti i lavoratori subordinati, siano essi operai o impiegati. Per analogia o in forza di particolari norme di legge, le disposizioni del diritto del lavoro si applicano anche ai lavoratori a domicilio la cui dipendenza economica dal committente è particolarmente accentuata. Il diritto del lavoro si articola in due rami: il diritto del lavoro individuale, che disciplina il rapporto tra il datore di lavoro e il lavoratore, e il diritto del lavoro collettivo, che disciplina l'interazione tra sindacati e organizzazioni datoriali all'interno dell'azienda e, soprattutto, a livello sovraziendale.

Diritto del lavoro individuale

Il diritto del lavoro individuale verte sostanzialmente sui singoli rapporti lavorativi risultanti dai contratti di lavoro stipulati dai lavoratori con i loro datori di lavoro.

Il contratto di lavoro risponde a due quesiti sostanziali: Quali prestazioni lavorative deve fornire il lavoratore? Quale compenso gli spetta?

Il contratto di lavoro può inoltre stabilire altri diritti e doveri che determinano il complesso delle condizioni lavorative e possono riguardare sia il lavoratore, sia il datore di lavoro. Alcuni diritti fondamentali dei lavoratori sono però già garantiti da diverse norme legislative tra cui, oltre alla Legge federale sulle ferie, si annoverano ad esempio anche la Legge sul proseguimento della retribuzione –

L'opuscolo gratuito „Entgeltfortzahlung“ (A 164) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali informa i datori di lavoro e i lavoratori sui loro diritti e i loro doveri.

– che, in caso di malattia del dipendente, impone al datore di lavoro di continuare a versargli lo stipendio per un periodo massimo di sei settimane – o le disposizioni della Legge sui rapporti di lavoro a tempo parziale o determinato e della Legge sui periodi di assistenza continua e della Legge sui periodi di assistenza continua di familiari. La Legge sui rapporti di lavoro a tempo parziale o determinato prevede la possibilità di ridurre l'orario dei lavoratori dipendenti in presenza di determinate condizioni e dispone che i lavoratori a tempo parziale siano trattati allo stesso modo dei lavoratori a tempo pieno, fatti salvi i casi in cui la disparità di trattamento è giustificata da ragioni oggettive. La Legge sui periodi di assistenza continua e la Legge sui periodi di assistenza continua di familiari offrono ai lavoratori dipendenti che soddisfano determinati requisiti la possibilità di assistere in casa parenti prossimi non autosufficienti grazie all'esenzione parziale o totale dall'attività lavorativa per un massimo di sei mesi, rendendo così la vita professionale più compatibile con le esigenze dell'assistenza continua tra le mura domestiche. La Legge generale sulla parità di trattamento introduce il divieto di discriminare a motivo della razza, dell'appartenenza etnica, del sesso, della religione o delle convinzioni personali, di una disabilità, dell'età o dell'identità sessuale e assicura in tal modo una tutela di base contro le discriminazioni sul posto di lavoro e in ambito occupazionale.

Il diritto del lavoro consente ai datori di lavoro e ai lavoratori di avvalersi del contratto di lavoro – o anche dei contratti collettivi (vedi la sezione “Diritto dei contratti collettivi”) - per creare condizioni di lavoro più vantaggiose rispetto alle norme minime fissate per legge.

La legge stabilisce anche i termini di preavviso per i licenziamenti. Il termine iniziale, a cui si devono attenere sia i lavoratori, sia i datori di lavoro, è fissato in quattro settimane a metà o fine mese e si protrae gradualmente con l'aumentare dell'anzianità di servizio del dipendente. Quanto più lungo è il periodo di appartenenza aziendale del lavoratore, tanto più lungo è il termine di preavviso che il datore di lavoro deve rispettare in caso di licenziamento. Se, ad esempio, l'anzianità di servizio del dipendente è di due anni, il preavviso è di un mese a partire dalla fine del mese e è prolungato di un mese rispettivamente dopo 5, 8, 10, 12 e 15 anni di appartenenza all'azienda. Quando l'anzianità di servizio supera i 20 anni, il preavviso è di sette mesi a decorrere dalla fine del mese civile.

Il DVD gratuito „Teilzeitrechner“ (D 132) permette di calcolare il proprio orario a tempo parziale e il proprio guadagno.

I contratti collettivi possono pattuire termini di preavviso più brevi o più lunghi. Independentemente dalla durata dei termini di preavviso previsti dal contratto collettivo, il contratto di lavoro individuale può fissare solo termini di preavviso più lunghi. In via eccezionale, termini più brevi sono ammessi solo nei primi tre mesi di un'attività ausiliaria. I contratti individuali di piccole aziende con non più di 20 dipendenti possono pattuire termini di preavviso minimi di quattro settimane, senza tuttavia stabilire in quale giorno del mese essi possono scadere (non scadono cioè solo a metà mese o a fine mese). I termini di preavviso non possono però risultare più lunghi per i lavoratori che per i datori di lavoro.

L'opuscolo gratuito „Teilzeit – Alles was Recht ist“ (A 263) sulla normativa applicabile agli orari a tempo parziale può essere richiesto al Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali.

Ai sensi della Legge di protezione contro i licenziamenti ingiustificati, un licenziamento ordinario (nel rispetto dei termini di preavviso) è socialmente giustificato ed ha efficacia giuridica se è determinato da motivi e comportamenti personali del lavoratore o da esigenze aziendali urgenti che si oppongono alla prosecuzione della sua occupazione in azienda. L'applicazione o meno della Legge di protezione contro i licenziamenti ingiustificati al singolo rapporto di lavoro dipende dalle dimensioni dell'azienda (o dell'ente) e dal momento di inizio del rapporto lavorativo.

- La Legge di protezione contro i licenziamenti ingiustificati trova applicazione ai rapporti di lavoro avviati dopo l'1 gennaio 2004 se l'azienda occupa normalmente più di dieci dipendenti.
- La Legge di protezione contro i licenziamenti ingiustificati si applica ai rapporti di lavoro già in atto il 31 dicembre 2003 a condizione che l'azienda fino a quella data occupasse normalmente più di cinque dipendenti con cui intrattiene un rapporto di lavoro ancora al momento del licenziamento. Le assunzioni successive al 31 dicembre 2003 non sono prese in considerazione.

L'opuscolo gratuito „Kündigungsschutz“ (A 163) informa datori di lavoro e lavoratori sulla protezione contro i licenziamenti.

Ai fini del computo del numero dei dipendenti, i lavoratori a tempo parziale sono considerati proporzionalmente alle ore di lavoro prestate, non si contano invece gli apprendisti. I lavoratori interinali che lavorano nell'impresa vanno considerati se il loro impiego si basa su un fabbisogno "regolare" di personale.

La tutela contro i licenziamenti ingiustificati richiede inoltre che al momento del licenziamento sussista un rapporto di lavoro ininterrotto con la stessa azienda da almeno sei mesi (periodo di maturazione).

In presenza di un motivo grave, il rapporto di lavoro può essere rescisso anche in via straordinaria (senza preavviso).

Per ricorrere in giustizia contro un licenziamento considerato nullo perché socialmente ingiustificato o per altri motivi, il lavoratore deve proporre per iscritto l'azione presso il Tribunale del lavoro competente entro tre settimane dal ricevimento della comunicazione scritta di licenziamento.

I disabili gravi godono di una tutela particolare contro il licenziamento. Per principio, il loro licenziamento è privo di efficacia in assenza dell'assenso previo dell'ufficio per l'integrazione. E' inoltre inefficace anche ogni licenziamento pronunciato dal datore di lavoro senza il previo coinvolgimento dell'organo di rappresentanza dei disabili gravi.

L'opuscolo gratuito "Arbeitsrecht-Informationen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber" (A 711) fornisce informazioni su diritti e i doveri sanciti dal diritto del lavoro.

La Legge sui rapporti di lavoro a tempo parziale e a tempo determinato disciplina i requisiti dei contratti di lavoro a tempo determinato e le conseguenze giuridiche della nullità della loro limitazione temporale. I contratti di lavoro a tempo determinato si estinguono alla scadenza dei termini o con il raggiungimento della finalità concordata, senza necessità di licenziamento. Se il contratto individuale lo consente o se ciò è previsto dal contratto collettivo applicabile, i contratti di lavoro a tempo determinato possono inoltre essere legittimamente sciolti anche prima della scadenza del termine temporale pattuito. Il lavoratore che ritiene priva di efficacia giuridica la limitazione temporale prevista dal proprio contratto di lavoro può ricorrere in giustizia proponendo l'azione per iscritto presso il Tribunale del lavoro competente al più tardi nelle tre settimane successive alla scadenza contrattuale.

La forma scritta è un requisito imprescindibile per l'efficacia giuridica di licenziamenti, contratti di scioglimento del rapporto di lavoro e contratti di lavoro che prevedono una limitazione nel tempo del

rapporto lavorativo.

Diritto del lavoro collettivo

Il diritto del lavoro collettivo si articola su due livelli:

- il diritto dei contratti collettivi, che istituisce un quadro normativo per i rapporti tra i sindacati, le confederazioni dei datori di lavoro e i singoli datori di lavoro.
- il diritto dell'ordinamento aziendale, che istituisce un quadro normativo per i rapporti tra datori di lavoro e dipendenti delle singole aziende

Diritto dei contratti collettivi

Tra i diritti d'azione dei sindacati e delle confederazioni dei datori di lavoro garantiti dalla Costituzione rientra l'autonomia contrattuale, che autorizza le parti contrattuali a stipulare contratti collettivi sotto la propria responsabilità.

Le condizioni di lavoro stabilite dai contratti collettivi determinano generalmente anche i rapporti di lavoro individuali. Già questo dato consente di comprendere il ruolo fondamentale dell'autonomia contrattuale in Germania.

Il contratto di lavoro collettivo, stipulato dai sindacati e dalle organizzazioni dei datori di lavoro (le cosiddette coalizioni) oppure dai sindacati e da un singolo datore di lavoro, è il principale strumento di cui dispongono le parti contrattuali per far valere gli interessi dei propri iscritti e definire le condizioni di lavoro e di retribuzione.

I contratti collettivi assolvono tre funzioni fondamentali:

1. Funzione di tutela
Il contratto collettivo tutela il lavoratore dalla discrezionalità del datore di lavoro nella definizione delle condizioni lavorative. Il contratto di lavoro individuale non può infatti sancire condizioni di lavoro peggiori rispetto a quelle stabilite dal contratto collettivo (condizioni lavorative minime).
2. Funzione di regolamentazione
Per tutto il suo periodo di validità, il contratto collettivo di lavoro dà un preciso contenuto a tutti i singoli rapporti di lavoro individuali a cui si applica.
3. Funzione di pace sociale
Per tutto il periodo di validità del contratto collettivo i lavoratori non possono ricorrere allo sciopero per far valere nuove rivendicazioni negli ambiti da esso regolamentati.

Esempi di materie regolamentate collettivamente sono

- l'ammontare della retribuzione,
- l'orario di lavoro,
- la durata delle ferie,
- i termini di licenziamento.

La Legge sui contratti collettivi di lavoro non contempla il diritto automatico di beneficiare delle condizioni previste dagli accordi collettivi, ad esempio del salario pattuito; tale diritto sussiste solo

- se il datore di lavoro e il lavoratore sono membri dei rispettivi organismi di rappresentanza (confederazione dei datori di lavoro, sindacato) che stipulano tra di loro il contratto collettivo (ove lo stesso datore di lavoro non sia lui stesso parte contrattuale del cosiddetto contratto collettivo aziendale), oppure
- se il contratto collettivo è stato dichiarato universalmente vincolante. Naturalmente è essenziale che il contratto di lavoro individuale rientri nel campo di applicazione del contratto collettivo.

Indipendentemente da ciò, nel quadro del contratto di lavoro individuale il datore di lavoro e il lavoratore possono pattuire di adottare le norme contrattuali collettive, che trovano inoltre applicazione automatica se ciò risulta conforme alle consuetudini aziendali.

Orario contrattuale di lavoro settimanale

Orario di lavoro in ore	% dei lavoratori						
	2008	2007	2005	1998	1985	1980	1975
35	19,7	20,1	20,5	19,8	18,8	-	-
36	2,7	2,7	2,8	2,3	0,9	-	-
36,5	0,5	0,4	0,4	0,6	0,3	-	-
37	6,0	6,8	6,8	6,8	9,0	-	-
37,5	13,0	12,3	12,5	12,7	12,6	-	-
38	10,9	10,6	11,0	10,0	6,9	-	-
38,5	21,9	22,4	22,7	21,1	20,6	-	-
39	14,3	13,2	13,4	17,0	18,3	-	-
39,5	0,2	0,2	0,7	0,2	0,2	-	-
40	8,6	8,9	9,0	9,2	12,3	94,0	90,6
41	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	1,4	1,6
41,5	-	-	-	-	-	-	0,7
42	-	-	-	-	-	3,5	1,5
42,5	-	-	-	-	-	0,4	0,4
43	-	-	-	-	-	0,7	1,6
44	-	-	-	-	-	2,7	-
45	-	-	-	-	-	-	0,9
Orario medio di lavoro (in ore)	37,59	37,57	37,64	37,65	37,80	40,12	40,27

Diritto che disciplina l'ordinamento aziendale

Il diritto dell'ordinamento aziendale disciplina i rapporti tra lavoratori e datori di lavoro all'interno dell'azienda. Il suo principio ispiratore è che il datore di lavoro e il comitato aziendale, insieme ai rappresentanti delle organizzazioni sindacali e datoriali, collaborino in un clima di fiducia per il bene dei lavoratori e dell'azienda.

Il comitato aziendale è eletto dai dipendenti e svolge innanzitutto una serie di compiti di carattere generale; nell'interesse dei lavoratori veglia ad esempio sul rispetto delle leggi vigenti, dei regolamenti, delle norme antinfortunistiche, dei contratti collettivi e degli accordi aziendali.

Il comitato aziendale deve inoltre essere coinvolto nelle decisioni con risvolti sociali, economici o che riguardano il personale.

In base alla loro incisività, i diritti di partecipazione del comitato aziendale si suddividono in:

- diritti di codeterminazione e
- diritti di partecipazione.

Il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sul diritto del lavoro dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle 20:00 al numero 030 221911004.

La codeterminazione è la forma di partecipazione più incisiva: nei casi in cui al comitato aziendale è riconosciuto questo diritto, il datore di lavoro può decidere ed agire soltanto con il suo consenso. Se il comitato aziendale si oppone alle proposte del datore di lavoro, per dirimere la questione subentra una commissione arbitrale, composta da esperti designati in ugual numero dal datore di lavoro e dal comitato aziendale e da un presidente neutrale nominato di comune accordo tra entrambe le parti.

Quando il comitato aziendale gode solo del diritto di partecipazione, il datore di lavoro è tenuto ad informarlo, ascoltarlo o consultarlo sulla tematica in questione.

Per ulteriori informazioni sulla normativa applicabile si raccomanda di consultare il capitolo "Ordinamento aziendale".

Leggi

Il diritto del lavoro si basa su una serie di singole leggi, tra cui ad esempio

- il Codice Civile (Bürgerliches Gesetzbuch),
- la Legge di tutela contro i licenziamenti (Kündigungsschutzgesetz),
- la Legge federale sulle ferie (Bundesurlaubsgesetz),
- la Legge di tutela della maternità (Mutterschutzgesetz),
- la Legge sul proseguimento della retribuzione in caso di malattia (Entgeltfortzahlungsgesetz),
- la Legge sull'obbligo di dimostrazione (Nachweisgesetz),
- la Legge sull'orario di lavoro (Arbeitszeitgesetz),
- la Legge sui periodi di assistenza continua di familiari (Familienpflegezeitgesetz),
- la Legge sulla tutela del lavoro giovanile (Jugendarbeitsschutzgesetz),
- l'Ordinamento dei mestieri e delle professioni (Gewerbeordnung),
- la Legge sui contratti collettivi (Tarifvertragsgesetz),
- la Legge sui rapporti di lavoro a tempo parziale e determinato (Teilzeit- und Befristungsgesetz),
- la Legge sull'ordinamento aziendale (Betriebsverfassungsgesetz),
- la Legge sulla commissione dei portavoce (Sprecherausschussgesetz),
- la Legge sulla codeterminazione nell'industria mineraria e metallurgica (Montan-Mitbestimmungsgesetz),
- la Legge sulla codeterminazione nel consiglio di sorveglianza delle società o Legge della partecipazione di un terzo (Drittelbeteiligungsgesetz),
- la Legge sulla codeterminazione (Mitbestimmungsgesetz),
- la Legge sui periodi di assistenza continua (Pflegezeitgesetz),
- la Legge sul distacco dei lavoratori (Arbeitnehmer-Entsendegesetz),
- la Legge sul salario minimo (Mindestlohnsgesetz)
- la Legge generale sulla parità di trattamento (Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz).

Importante

Invece della Legge sull'ordinamento aziendale, nel pubblico impiego vigono le leggi della Federazione o dei Länder sulle rappresentanze del personale della funzione pubblica.

Ordinamento aziendale (Betriebsverfassung)

Quali sono gli spazi di intervento dei singoli lavoratori e delle rappresentanze aziendali nelle decisioni e nella gestione aziendale? Quali sono i diritti dei sindacati nell'ambito dell'ordinamento delle imprese? Queste domande trovano risposta nella Legge sull'ordinamento aziendale, che disciplina l'assetto interno delle aziende.

La Legge sull'ordinamento aziendale permette ai lavoratori di prendere parte ai processi decisionali delle imprese. I loro diritti di partecipazione si estendono praticamente a tutti gli ambiti aziendali, cioè a tutte le questioni con risvolti sociali, economici o occupazionali. La Legge introduce principi democratici nell'interazione aziendale e permette così di umanizzare la vita lavorativa.

Diritti

I lavoratori godono di molti diritti chiaramente definiti, ad esempio del diritto di essere informati e consultati sulle questioni con conseguenze dirette sul loro posto di lavoro. I lavoratori possono così

- esigere di essere informati sull'impatto delle nuove tecnologie sul posto di lavoro,
- esaminare il proprio fascicolo personale,
- ottenere spiegazioni sulla valutazione del rendimento personale,
- ricevere chiarimenti sulla composizione della retribuzione.

I lavoratori che ritengono di essere vittima di un'ingiustizia o di una penalizzazione possono presentare reclamo – se lo desiderano anche con l'assistenza del comitato aziendale, che ha il compito di far valere gli interessi dei lavoratori di fronte al datore di lavoro.

I comitati aziendali e i datori di lavoro sono tenuti a collaborare in uno spirito di fiducia reciproca per il bene dei lavoratori e dell'azienda e a cooperare con i sindacati e con le associazioni datoriali.

Composizione del comitato aziendale

Le dimensioni del comitato aziendale dipendono dal numero di dipendenti dell'azienda:

- aziende con 5 - 20 dipendenti aventi diritto di voto = 1 persona,
- aziende con 21 - 50 dipendenti aventi diritto di voto = 3 persone,
- aziende con 51 - 100 dipendenti aventi diritto di voto = 5 persone.

Nelle imprese di dimensioni maggiori i comitati aziendali sono composti da un numero di membri ancora più elevato.

Nelle imprese in cui esistono più comitati aziendali va costituito anche un comitato aziendale centrale. Nei gruppi aziendali in cui esistono più comitati centrali può essere costituito un comitato aziendale di gruppo. La stessa regola si applica laddove esistano più organismi di rappresentanza dei giovani e degli apprendisti.

Nelle imprese con più di 100 dipendenti in cui esiste un comitato aziendale va inoltre istituito il cosiddetto comitato economico, che gode di ampi diritti di informazione e consultazione su questioni economiche. I membri di tale comitato sono designati dal comitato aziendale.

La cosiddetta "clausola minima" prevede che nei comitati aziendali composti da almeno tre persone il genere minoritario in azienda sia rappresentato da un numero di delegati almeno proporzionale alla sua presenza tra le maestranze.

Quando il comitato aziendale è formato da nove o più membri, si istituisce una commissione aziendale a cui è affidata la gestione degli affari correnti.

A determinate condizioni, possono partecipare alle sedute del comitato aziendale anche i delegati dei sindacati presenti in azienda.

Aziende che possono costituire un comitato aziendale

I comitati aziendali possono essere eletti nelle aziende private con almeno cinque dipendenti di età superiore ai 18 anni a condizione che l'anzianità di servizio di almeno tre dei lavoratori superi i sei mesi (requisito di eleggibilità).

I dipendenti di meno di 18 anni e gli apprendisti di meno di 25 anni possono eleggere una rappresentanza dei giovani e degli apprendisti.

Nelle aziende costituite da più stabilimenti con un comitato aziendale proprio si elegge un comitato aziendale centrale, mentre a livello di gruppo si può costituire un comitato aziendale di gruppo.

Le amministrazioni e le società federali, regionali e comunali e le istituzioni di diritto pubblico non sono dotate di comitato aziendale. Per esse non vige la Legge sull'ordinamento aziendale, ma la Legge federale sulla rappresentanza del personale della funzione pubblica o, a livello di Länder, le diverse leggi regionali in materia.

I quadri dirigenti, ad esempio procuratori legali di società o impiegati in posizioni analogamente elevate, non sono rappresentati dal comitato aziendale. Ai sensi della Legge sulle commissioni dei portavoce, i siti aziendali con almeno dieci quadri dirigenti possono però costituire la cosiddetta commissione dei portavoce. A livello di azienda può essere costituita una commissione centrale o una commissione aziendale dei portavoce. È inoltre possibile istituire un comitato dei portavoce a livello di gruppo.

Particolarità

I quadri dirigenti possono eleggere un comitato dei portavoce solo a condizione che la maggioranza esprima parere favorevole alla prima votazione.

Rappresentanza dei disabili gravi

Nelle aziende e nelle amministrazioni gli interessi particolari delle persone gravemente disabili sono difesi dalla rappresentanza dei disabili gravi (portavoce dei disabili gravi) che viene eletta nelle aziende o negli uffici in cui sono stabilmente occupati almeno cinque disabili gravi. Possono partecipare al voto tutti i disabili gravi che lavorano in tali sedi.

La rappresentanza dei disabili gravi promuove l'integrazione delle persone gravemente disabili, difende i loro interessi all'interno dell'azienda o dell'ufficio e le assiste fornendo consulenza e aiuto concreto. Per poter svolgere questi compiti, il portavoce dei disabili gravi dispone, ad es. di diritti di consultazione e di partecipazione nelle relazioni con il datore di lavoro e con gli altri organi di codeterminazione.

L'integrazione delle persone gravemente disabili all'interno dell'azienda o dell'ufficio è inoltre promossa anche dagli altri organi di codeterminazione (ad. es. comitato aziendale, comitato del personale dell'amministrazione pubblica, comitato dei giudici).

Aventi diritto al voto del comitato aziendale

Possono eleggere il comitato aziendale tutti i lavoratori che hanno compiuto il diciottesimo anno di età. Gli interinali hanno il diritto di votare se lavorano in azienda da più di tre mesi. Al comitato aziendale possono però essere eletti soltanto i dipendenti con almeno sei mesi di anzianità di servizio. Ai fini della maturazione dei sei mesi sono riconosciuti anche i periodi di lavoro in un altro stabilimento della stessa azienda o dello stesso gruppo imprenditoriale.

Secondo la versione emendata dell'art. 5 della Legge sull'ordinamento aziendale, entrata in vigore nel giugno 2009, sono generalmente considerati lavoratori i funzionari, i lavoratori pubblici e i militari alle dipendenze di aziende con assetto societario di diritto privato. A queste categorie di persone si applicano anche le norme sull'inquadramento come quadri dirigenti di cui all'art. 5 par. 3 della Legge sull'ordinamento aziendale. Grazie a tale normativa i funzionari e i dipendenti pubblici che lavorano in

aziende con assetto societario di diritto privato possono così partecipare con diritto di voto attivo e passivo alle elezioni di comitati aziendali, consigli di sorveglianza e commissioni dei portavoce.

Compiti

Il comitato aziendale è tenuto, tra l'altro, a vigilare sul rispetto delle leggi, dei regolamenti, delle norme antinfortunistiche, dei contratti collettivi e degli accordi aziendali riguardanti i lavoratori.

Il comitato aziendale è inoltre chiamato ad intervenire in tutta una serie di decisioni di natura sociale relative

- all'assetto aziendale e al comportamento dei lavoratori;
- alla regolamentazione degli orari di lavoro aziendali o all'introduzione della cassa integrazione o di straordinari;
- alla definizione di principi generali per la disciplina delle ferie e delle date delle ferie dei singoli lavoratori se questi non giungono ad un accordo personale con il datore di lavoro;
- alla forma, l'organizzazione e l'amministrazione di strutture di natura sociale la cui sfera d'azione sia limitata all'azienda, all'impresa o al gruppo imprenditoriale;
- all'introduzione o all'utilizzo di strumentazioni tecniche che permettono di controllare il comportamento o il rendimento dei lavoratori;
- nei limiti delle norme di legge, alle regolamentazioni volte a prevenire gli infortuni e le malattie professionali o relative alla protezione della salute;
- alla concessione di alloggi aziendali o alla disdetta del loro rapporto di locazione;
- alle questioni relative alle strutture salariali, alla fissazione dei principi retributivi, alla definizione delle tariffe per il lavoro a cottimo, di premi o di prestazioni analoghe basate sul rendimento;
- alla fissazione dei principi per lo svolgimento del lavoro in gruppi.

Inoltre, il comitato aziendale interviene in ampia misura nelle decisioni relative

- alla configurazione delle postazioni, dei processi e dell'ambiente di lavoro,
- alla pianificazione degli organici, e
- alle formazioni professionali.

La garanzia dell'occupazione e la qualificazione sono materie importanti in cui il comitato aziendale dispone di un margine di intervento: ad esempio, può sottoporre ai datori di lavoro proposte per organizzare in modo flessibile l'orario di lavoro, realizzare orari di lavoro a tempo parziale o il part-time in uscita e la qualificazione aziendale dei lavoratori, ma anche per introdurre nuove forme di organizzazione del lavoro e modificare i processi ed i cicli lavorativi.

A determinate condizioni, il comitato aziendale può imporre un piano sociale per compensare o attutire il danno economico subito dai dipendenti a causa di trasformazioni dell'assetto aziendale (a.e. per riduzione dell'attività produttiva, chiusura o trasferimento dell'attività).

L'imprenditore è tenuto ad informare e a consultare tempestivamente il comitato economico su questioni fondamentali di natura economica - ad esempio un possibile passaggio di proprietà dell'azienda che comporti l'acquisizione del suo controllo. Dove questo organismo non esiste, l'imprenditore deve coinvolgere il comitato aziendale.

Nelle imprese con più di 20 dipendenti aventi diritto di voto il datore di lavoro deve chiedere l'assenso del comitato aziendale a tutti i provvedimenti individuali di gestione delle risorse umane, tra cui

- le assunzioni,
- gli inquadramenti,
- i reinquadramenti,
- i trasferimenti.

In presenza di alcuni requisiti di legge, il comitato aziendale può negare il proprio consenso. Se il datore di lavoro rimane intenzionato ad attuare un intervento bocciato dal comitato aziendale, la decisione finale spetta al Tribunale del lavoro.

Importante

I datori di lavoro devono consultare il comitato aziendale anche prima di ogni licenziamento, in caso contrario il licenziamento è nullo.

Il comitato aziendale gode inoltre del diritto di opporsi ai licenziamenti ordinari. Ciò significa che, su richiesta del lavoratore, il datore di lavoro deve continuare ad occuparlo se il comitato aziendale si è opposto al licenziamento ordinario per una delle ragioni contemplate dalla legge e il lavoratore ha presentato ricorso nel quadro della procedura di tutela contro i licenziamenti. In tali casi il datore di lavoro può essere dispensato dall'obbligo di proseguire il rapporto lavorativo soltanto dal Tribunale del lavoro.

L'opposizione motivata del comitato aziendale rafforza notevolmente la posizione dei lavoratori anche nei processi contro i licenziamenti illegittimi.

Tutti coloro che lavorano in azienda devono essere trattati secondo diritto ed equità. Sia il comitato aziendale, sia i datori di lavoro devono vegliare sul rispetto di questo principio, assicurandosi in particolare che all'interno dell'azienda nessuno subisca una disparità di trattamento per motivi legati alla razza, all'appartenenza etnica, alla discendenza o altra origine, alla nazionalità, alla religione, alle convinzioni personali, alla disabilità, all'età, al genere, all'identità sessuale, all'attività politica o sindacale o alle opinioni individuali. In questo contesto il comitato aziendale, la rappresentanza giovanile e quella degli apprendisti hanno ad esempio il diritto di chiedere provvedimenti per contrastare tendenze xenofobe in azienda. Nessun lavoratore può inoltre subire discriminazioni a motivo dell'età avanzata. Infine, il comitato aziendale e i datori di lavoro devono proteggere e promuovere la libera realizzazione personale dei dipendenti.

Per agevolare la comunicazione con i lavoratori, ogni trimestre il comitato aziendale deve convocare un'assemblea in cui fornisce informazioni sulla propria attività e dà modo ai colleghi di esprimere il loro parere sulle sue decisioni e di avanzare proposte.

Partecipazione aziendale in Europa

La Legge sui comitati aziendali europei del 1996 ha recepito nell'ordinamento giuridico tedesco la direttiva dell'UE sui "comitati aziendali europei", che consente l'informazione e la consultazione transfrontaliera dei lavoratori nelle imprese e nei gruppi di imprese di dimensioni comunitarie operanti in due o più stati membri dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo. Nel campo di applicazione di questa Legge rientrano tutte le imprese e i gruppi di imprese aventi sede in Germania che impiegano complessivamente almeno 1000 lavoratori, di cui almeno 150 lavoratori per paese in almeno due stati membri dell'UE.

Il comitato aziendale europeo (CAE) è un organo transnazionale di rappresentanza dei lavoratori che consente l'informazione e la consultazione dei lavoratori nelle imprese e nei gruppi di imprese transnazionali e viene ad integrare gli organi nazionali di rappresentanza dei lavoratori (comitato aziendale, comitato aziendale centrale, comitato aziendale di gruppo) senza limitarne le competenze.

L'istituzione dei CAE e l'organizzazione di una procedura di informazione e consultazione transfrontaliera dei lavoratori sono disciplinate in via prioritaria dagli accordi volontari stipulati dall'amministrazione centrale dell'impresa e dalla delegazione speciale di negoziazione, costituita da lavoratori dei singoli stati membri. Per tenere conto delle peculiarità di ogni singola impresa, la direttiva riconosce infatti a datori di lavoro e lavoratori la massima libertà di definire tutti i dettagli relativi al funzionamento dei CAE. La Direttiva e la Legge forniscono però alle parti un catalogo orientativo di materie da affrontare in base al quale gli accordi da stipulare devono disciplinare le attribuzioni e le mansioni del CAE, la procedura da seguire per l'informazione e la consultazione, il luogo, la frequenza e la durata delle riunioni, nonché le risorse finanziarie e materiali disponibili.

Solo nei casi in cui le parti non riescono a raggiungere un accordo sull'istituzione di un CAE, la direttiva e la Legge ne prescrivono la costituzione, definendo d'ufficio le sue competenze e le regole per l'informazione e la consultazione.

I requisiti minimi di un CAE costituito per legge prevedono l'informazione e la consultazione almeno una volta all'anno sull'andamento delle attività dell'impresa (o del gruppo di imprese) e sulle sue

prospettive, in particolare sulla situazione economica e finanziaria, l'evoluzione probabile di attività, produzione e vendite, la situazione occupazionale, gli investimenti, i trasferimenti di produzione, le fusioni, il ridimensionamento o la chiusura di imprese, stabilimenti o altre parti importanti degli stessi e i licenziamenti collettivi. Tali materie corrispondono sostanzialmente alle questioni economiche di cui all'art. 106 par. 3 della Legge federale sull'ordinamento aziendale.

Negli intervalli tra le riunioni ordinarie, il CAE deve essere sempre informato e, su sua richiesta, consultato su interventi transnazionali straordinari con conseguenze occupazionali che incidono considerevolmente sugli interessi dei lavoratori (a.e. delocalizzazioni, chiusure di stabilimenti, licenziamenti di massa). Ove si verificano circostanze eccezionali, l'amministrazione centrale deve dunque informarne immediatamente il CAE producendo tutta la documentazione necessaria e, su sua richiesta, è tenuta a consultarlo in una fase sufficientemente tempestiva da consentire di valutarne le proposte o le obiezioni prima di adottare una decisione.

La direttiva sui comitati aziendali europei è stata riformulata nel 2009 con l'intenso coinvolgimento dei movimenti sindacali e delle associazioni datoriali. Le novità comprendono tra l'altro la definizione dei concetti di informazione e consultazione, volta a garantire il coinvolgimento tempestivo dei CAE prima di decisioni aziendali relative a processi transfrontalieri di ristrutturazione. L'articolato della nuova direttiva stabilisce inoltre la competenza dei CAE nelle materie transfrontaliere. A questo si aggiunge, ad esempio, la precisazione che i CAE devono ricevere le risorse necessarie a rappresentare collettivamente le maestranze ai sensi della direttiva, l'obbligo di rinegoziare gli accordi costitutivi dei CAE in caso di ristrutturazioni sostanziali di aziende o di gruppi di aziende e il dovere di dispensare ai membri del CAE la formazione necessaria. La nuova normativa è stata trasposta nel diritto nazionale con modifiche della Legge sui comitati aziendali europei ed è entrata in vigore il 18 giugno 2011.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano

- nella Legge sull'ordinamento aziendale (Betriebsverfassungsgesetz),
- nella Legge sulla rappresentanza dei dipendenti della Federazione (Bundespersonalvertretungsgesetz), nelle diverse Leggi regionali sulla rappresentanza dei dipendenti (Landespersonalvertretungsgesetze)
- nella Legge sulla commissione dei portavoce (Sprecherausschussgesetz) e
- nella Legge sui comitati aziendali europei (Europäische Betriebsräte-Gesetz).

Numerose disposizioni di legge permettono ai sindacati di fornire un supporto alle attività dei comitati aziendali.

Codeterminazione (Mitbestimmung)

Che si tratti di pianificazione delle vendite, di investimenti o di interventi di razionalizzazione, quasi tutte le decisioni aziendali e imprenditoriali hanno un impatto sui dipendenti. Per questo motivo i lavoratori godono di diritti di codeterminazione grazie ai quali possono partecipare al processo decisionale aziendale o imprenditoriale tramite i loro rappresentanti.

La codeterminazione dei lavoratori è un elemento portante del nostro ordinamento sociale e si basa sulla profonda convinzione che i principi democratici non devono rimanere limitati allo Stato, ma essere ancorati in tutti i settori della società.

La codeterminazione però esige anche che i dipendenti ed i loro sindacati siano pronti ad assumersi delle responsabilità.

In questo modo hanno contribuito a plasmare e a stabilizzare l'ordinamento sociale della Repubblica Federale Tedesca nei decenni passati e continuano a farlo ancora oggi.

La Legge per la partecipazione equiparata di donne e uomini alle posizioni dirigenziali nell'economia privata e nel settore pubblico incide notevolmente sulla composizione dei consigli di sorveglianza e, quindi, anche sulla codeterminazione dei lavoratori. Contribuisce così ad aumentare significativamente la quota femminile in posizioni dirigenziali e a promuovere un cambiamento culturale nelle aziende. La legge prescrive una quota del 30 per cento di presenza di ogni sesso nei consigli di sorveglianza delle aziende quotate in borsa con codeterminazione paritetica. Tutte le aziende quotate in borsa con codeterminazione paritetica sono tenute a fissare obiettivi relativi alle quote femminili al consiglio di sorveglianza, al consiglio di amministrazione e ai due livelli dirigenziali immediatamente inferiori a quest'ultimo, indicando le scadenze per la loro realizzazione.

Diritti

I dipendenti delle imprese di grandi o medie dimensioni (siano esse società per azioni o società a responsabilità limitata, società in accomandita per azioni, cooperative o società mutue di assicurazione) possono influenzare la politica aziendale tramite i loro rappresentanti al consiglio di sorveglianza.

Lo spazio della codeterminazione non è limitato alle questioni con risvolti sociali, ma abbraccia tutti i settori dell'attività imprenditoriale.

Il consiglio di sorveglianza può, ad esempio,

- nominare i membri dei vertici imprenditoriali (consiglio di amministrazione) o deciderne la destituzione (eccezion fatta per le società in accomandita per azioni),
- richiedere informazioni esaurienti su tutte le questioni aziendali,
- subordinare al proprio assenso le decisioni imprenditoriali di una certa rilevanza, per esempio investimenti cospicui o interventi di razionalizzazione.

Codeterminazione nelle grandi imprese

La Legge sulla codeterminazione del 1976 si applica alle società di capitale che non operano nel settore minerario e metallurgico e, direttamente o mediante aziende affiliate, danno lavoro a più di 2.000 dipendenti. Il loro consiglio di sorveglianza è composto per legge da un numero uguale di rappresentanti degli azionisti e dei dipendenti. A seconda delle dimensioni del consiglio di sorveglianza, due o tre seggi spettanti ai dipendenti sono riservati a rappresentanti sindacali e uno al rappresentante dei quadri dirigenti. La Legge prevede tuttavia una lieve prevalenza degli azionisti: se una votazione del consiglio di sorveglianza si traduce per la seconda volta in una situazione di parità, il presidente - che nella prassi è sempre un rappresentante degli azionisti - può infatti esprimere un voto supplementare per pervenire a una decisione maggioritaria. Diversamente da quanto avviene nel settore minerario e metallurgico, i delegati dei dipendenti non godono poi di diritto di veto in sede di nomina del membro del consiglio di amministrazione con funzione di "direttore del lavoro".

Elezioni dei rappresentanti dei dipendenti

Tutti i membri del consiglio di sorveglianza che rappresentano i dipendenti sono eletti con elezione diretta o indiretta in proporzione al numero dei lavoratori, indipendentemente dal fatto che si tratti di dipendenti dell'impresa o di rappresentanti sindacali esterni.

Elezione dei rappresentanti degli azionisti

Le modalità elettive dei rappresentanti degli azionisti (cosiddetti "rappresentanti del capitale") al consiglio di sorveglianza dipendono dall'assetto societario. Nelle società per azioni essi sono eletti dall'assemblea generale degli azionisti, nelle società a responsabilità limitata dai soci riuniti nell'assemblea dei soci.

Elezione del presidente

Durante la prima seduta costitutiva del consiglio di sorveglianza, i suoi membri eleggono il presidente e il vicepresidente. L'elezione richiede la maggioranza di almeno due terzi dei voti.

Importante

Se nessun candidato raggiunge la maggioranza richiesta si procede ad un secondo turno di votazione. In questo caso i rappresentanti degli azionisti e quelli dei lavoratori eleggono rispettivamente il presidente e il vicepresidente a maggioranza dei voti espressi.

Consiglio di amministrazione

Il consiglio di sorveglianza designa i membri del consiglio di amministrazione e può destituirli.

Fa parte del consiglio di amministrazione quale membro equiparato della direzione aziendale anche il cosiddetto direttore del lavoro, che riceve un portafoglio specifico con mansioni principalmente attinenti alle questioni sociali e al personale.

Codeterminazione nelle piccole imprese secondo la Legge della partecipazione di un terzo

Secondo la Legge sulla codeterminazione nel consiglio di sorveglianza delle società, le società anonime che impiegano da 501 a 2.000 dipendenti devono riservare un terzo dei seggi del consiglio di sorveglianza ai rappresentanti dei lavoratori.

La pubblicazione gratuita „Mitbestimmung“ (A 741) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali contiene informazioni circostanziate sulla codeterminazione, ivi comprese le normative europee.
--

Non esiste invece una soglia minima di dipendenti per la quota riservata ai rappresentanti dei lavoratori nei consigli di sorveglianza delle società per azioni e delle società in accomandita per azioni fondate prima del 10 agosto 1994 che non siano società familiari. Ciò significa che un terzo dei seggi dei loro consigli di sorveglianza deve essere riservato ai lavoratori anche se le società contano meno di 500 dipendenti. Con la quota di un terzo i lavoratori non hanno pressoché alcuna possibilità di influire sulle decisioni aziendali, possono però accedere a informazioni importanti.

Codeterminazione nell'industria mineraria e metallurgica

La codeterminazione dell'industria mineraria e metallurgica non è solo la forma più antica di codeterminazione, ma anche la più ampia. Si applica nelle società per azioni del settore estrattivo, del ferro e dell'acciaio con più di 1000 dipendenti.

Anche in questo caso il consiglio di sorveglianza è composto da un numero uguale di rappresentanti degli azionisti e dei lavoratori. Ad essi viene però ad aggiungersi un membro "neutrale". Di norma i consigli di sorveglianza delle imprese carbosiderurgiche sono costituiti da 11 membri, ma nelle aziende di grandi dimensioni il loro numero può essere portato a 15 o a 21.

Il consiglio di sorveglianza nomina e destituisce i membri del consiglio di amministrazione. Tra di essi, anche un membro preposto alla gestione del personale (direttore del lavoro), che non può tuttavia

essere nominato né destituito contro il volere della maggioranza dei rappresentanti dei dipendenti. Il direttore del lavoro deve quindi necessariamente godere della fiducia dei rappresentanti dei lavoratori.

Particolarità

Alle società di capitali capofila di un gruppo che, pur non essendo imprese minerarie o estrattive, controllano grandi aziende carbossiderurgiche si applica in forma attenuata la codeterminazione di questo settore.

Leggi

I fondamenti giuridici della codeterminazione nel settore carbossiderurgico sono sanciti dalla Legge sulla codeterminazione nel settore carbossiderurgico del 1951 e dalla Legge integrativa sulla codeterminazione nel settore carbossiderurgico del 1956.

Codeterminazione nelle Società Europee (SE) secondo la Legge sulla partecipazione nelle SE

La Legge sull'introduzione della Società Europea recepisce nell'ordinamento legislativo tedesco il Regolamento europeo sullo statuto della SE e la Direttiva complementare sulla partecipazione dei lavoratori. La Società Europea (o Societas Europea, SE) è l'assetto societario europeo che viene ad affiancare gli assetti nazionali della società per azioni e della società a responsabilità limitata. L'introduzione della SE mira ad agevolare fusioni transfrontaliere tra aziende dell'Unione Europea. La costituzione di una SE può avvenire in quattro modi diversi: mediante trasformazione, fusione, costituzione di una holding o costituzione di una affiliata.

Strutture organizzative

La SE può darsi un'organizzazione dualistica (con consiglio di amministrazione, consiglio di sorveglianza e assemblea generale) oppure – seguendo l'esempio di molti stati confinanti con la Germania – un'organizzazione monistica. Rispetto al sistema dualistico, in cui il consiglio di sorveglianza controlla il consiglio di amministrazione, nel sistema monistico l'organo di vigilanza e l'organo di conduzione convergono in un organo amministrativo unico. Per la legislazione societaria tedesca il sistema monistico rappresenta una novità.

Partecipazione dei lavoratori nelle SE

La partecipazione dei lavoratori delle SE è disciplinata dalla Legge sulla partecipazione nelle SE. In via prioritaria, i termini di tale partecipazione sono concordati attraverso una libera trattativa tra la direzione aziendale e una delegazione speciale di negoziazione. In caso di fallimento della trattativa intervergono le disposizioni di riferimento di legge che, oltre a diritti di informazione e consultazione, prevedono per i lavoratori anche diritti di codeterminazione.

Alla codeterminazione dei lavoratori in seno al consiglio di sorveglianza o al consiglio di amministrazione della SE si applicano i seguenti principi:

I diritti di codeterminazione dei lavoratori preesistenti nelle società che costituiscono la SE devono rimanere ampiamente assicurati grazie a un "esame ex-ante e ex-post". In funzione della quota di lavoratori della SE che in precedenza godevano di diritti di codeterminazione, ove si superino determinate soglie si applica automaticamente la più ampia codeterminazione possibile, mentre ove tali soglie non siano superate la codeterminazione è introdotta solo dopo una deliberazione a maggioranza assoluta della delegazione speciale di negoziazione. I rappresentanti dei lavoratori al consiglio di sorveglianza o al consiglio di amministrazione provengono proporzionalmente dagli stati membri in cui sono occupati i lavoratori della SE. In tal modo si rispecchia il respiro internazionale della società.

L'informazione e la consultazione transfrontaliere sono garantite da un particolare organismo di rappresentanza dei lavoratori (comitato aziendale europeo).

Codeterminazione nelle Società Cooperative Europee (SCE) secondo la Legge sulla partecipazione nelle SCE

Le Direttive europee relative alla Società cooperativa europea sono recepite nella normativa nazionale dalla Legge di attuazione delle SCE e dalla Legge sulla partecipazione nelle SCE. La codeterminazione dei lavoratori all'interno delle SCE è disciplinata dalla Legge sulla partecipazione nelle SCE.

Per le SCE si è seguito il modello delle SE. La struttura e i contenuti normativi dei due atti giuridici di riferimento sono ampiamente coincidenti e i principi essenziali volti a garantire i diritti di partecipazione dei lavoratori ("valutazione ex-ante/ex-post", negoziazione/disposizioni di riferimento) sono applicabili anche alle SCE. Le leggi di recepimento contengono spesso le stesse disposizioni (in particolare a proposito dell'organo designante, della composizione della delegazione speciale di negoziazione e della procedura negoziale), cosicché in questa sede si può rinviare alle indicazioni fornite a proposito della Legge sulla partecipazione nelle SE.

La differenza essenziale tra SE e SCE consiste nelle modalità di costituzione, in quanto una SCE, diversamente da una SE, può essere costituita anche o esclusivamente da persone fisiche.

Codeterminazione nel caso di fusioni transfrontaliere di società di capitali di diversi stati membri

La Legge sulla codeterminazione dei lavoratori in caso di fusione transfrontaliera recepisce nel diritto nazionale la parte relativa ai diritti dei lavoratori della Direttiva sulla fusione transfrontaliera delle società di capitali (X Direttiva), che costituisce un nuovo importante contributo all'ammodernamento del diritto europeo in materia di partecipazione dei lavoratori dopo la Società europea (SE) e la Società cooperativa europea (SCE). L'attuazione della sua parte relativa all'ordinamento societario avviene tramite un emendamento della normativa sulle modifiche degli assetti societari.

La Legge sulla codeterminazione dei lavoratori in caso di fusione transfrontaliera non solo presenta una struttura comparabile a quella della Legge sulla partecipazione nelle SE e della Legge sulla partecipazione nelle SCE, ma riprende letteralmente o comunque nei contenuti numerose disposizioni di queste ultime. Malgrado le numerose analogie, vanno tuttavia segnalate alcune differenze rispetto alle norme applicabili alle SE e alle SCE:

Disciplina della partecipazione alle decisioni aziendali

Diversamente da quanto avviene per le SE e le SCE, la X Direttiva e la Legge sulla codeterminazione dei lavoratori in caso di fusione transfrontaliera disciplinano esclusivamente la partecipazione dei lavoratori alle decisioni aziendali e non coprono i diritti di informazione e consultazione transfrontaliera dei lavoratori, definiti invece nel caso delle SE e delle SCE.

Legislazione nazionale dello stato membro in cui ha sede la società o soluzione negoziale

Poiché il risultato di una fusione transfrontaliera ai sensi della X Direttiva non è un nuovo assetto societario europeo, ma una società di diritto nazionale, il principio adottato è quello di applicare la disciplina nazionale sulla partecipazione dei lavoratori. Ci si discosta però da questo principio quando partecipa alla fusione un'azienda codeterminata con almeno 500 lavoratori e se il diritto nazionale del paese che sarà sede della nuova società prevede un livello di codeterminazione inferiore a quello di aziende che partecipano alla fusione o se esso non assicura ai lavoratori di altri stati membri gli stessi diritti di codeterminazione dei propri lavoratori. In questi casi, rilevanti nella pratica, non si applica la normativa sulla codeterminazione del paese sede della società, ma si introduce la codeterminazione tramite il noto meccanismo regolamentare della Società Europea e della Società Cooperativa Europea (soluzione negoziale/disposizioni di riferimento).

Diversamente dalle SE e dalle SCE, le direzioni aziendali delle società che partecipano a fusioni transfrontaliere possono tuttavia decidere di applicare le disposizioni di legge sulla codeterminazione a partire dal momento della registrazione, senza trattativa preliminare.

Leggi

I fondamenti giuridici della partecipazione aziendale si trovano

- nella Legge sulla codeterminazione del 1976 (Mitbestimmungsgesetz),
- nella Legge sulla codeterminazione nel consiglio di sorveglianza delle società o Legge della partecipazione di un terzo (Drittelbeteiligungsgesetz),
- nella Legge sulla codeterminazione nell'industria mineraria e metallurgica (Montan-Mitbestimmungsgesetz),
- nella Legge integrativa sulla codeterminazione (Mitbestimmungsergänzungsgesetz),
- nella Legge sulla partecipazione nelle SE (SE-Beteiligungsgesetz),
- nella Legge sulla partecipazione nelle SCE (SCE-Beteiligungsgesetz),
- nella Legge sulla codeterminazione dei lavoratori in caso di fusioni transfrontaliere (Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei einer grenzüberschreitende Verschmelzung).

Salario minimo (Mindestlohn)

In che misura la legge riconosce ai lavoratori il diritto di percepire un salario minimo, come lo si può rivendicare e come se ne controlla il rispetto? La risposta a queste domande è fornita dalla Legge sul salario minimo, la Legge sul distacco dei lavoratori e la Legge sulla somministrazione di manodopera.

Diritti

In Germania a partire dall'1 gennaio 2015 i lavoratori hanno il diritto di percepire il salario minimo di legge, che l'1 gennaio 2017 è passato da 8,50 euro a 8,84 euro lordi per ora di lavoro prestata. Il salario minimo generale di legge tutela i lavoratori da retribuzioni incongruamente basse e contribuisce al contempo al buon funzionamento di una concorrenza leale.

L'opuscolo gratuito del Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sui requisiti del salario minimo (A 640).

Beneficiari

Il salario minimo di legge spetta a tutti i lavoratori maggiorenni che hanno completato un percorso di formazione professionale.

L'accesso al mercato del lavoro dei disoccupati di lunga durata è agevolato prescindendo dall'obbligo di versare loro il salario minimo durante i primi sei mesi di lavoro.

Hanno diritto al salario minimo di legge anche i tirocinanti, con l'unica eccezione di chi partecipa a tirocini obbligatori, cioè tirocini prescritti nel quadro di un corso di studi. Sono esclusi dal salario minimo anche i tirocini volontari di durata inferiore ai tre mesi svolti a scopo di orientamento prima della scelta di una professione o di un indirizzo universitario o in parallelo agli studi universitari.

L'opuscolo gratuito del Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni dettagliate sulla situazione degli studenti universitari in tirocinio (A 765).

Il salario minimo generale non vale per gli apprendisti ai sensi della Legge sulla formazione professionale.

Rivendicazione del salario minimo

Il diritto al salario minimo può essere fatto valere nei confronti del proprio datore di lavoro. In caso di controversia si può intentare una causa per corresponsione della retribuzione presso il Tribunale del lavoro.

Decadenza del diritto di rivendicare il salario minimo

Il diritto al salario minimo è ampiamente tutelato. Il diritto acquisito a percepirlo è soggetto al termine di prescrizione ordinario di tre anni. Questo periodo non può essere abbreviato in quanto non sono ammessi termini di preclusione. Il diritto di percepire il salario minimo non può decadere. Una rinuncia non è possibile e le clausole di accordi che limitano o escludono l'applicazione del salario minimo sono inefficaci.

Controllo del rispetto del salario minimo

Le autorità doganali controllano il rispetto del salario minimo da parte dei datori di lavoro. Le violazioni dell'obbligo di corrispondere il salario minimo spettante possono essere punite come infrazioni con ammende fino a 500.000 euro

Legge sul distacco dei lavoratori

La Legge sul distacco dei lavoratori definisce il quadro giuridico che consente di rendere obbligatori i salari minimi settoriali più elevati – che prevalgono rispetto al salario minimo generale di legge - per tutti i lavoratori di determinati comparti, indipendentemente dal fatto che il datore di lavoro o l'ente che distacca i lavoratori abbia sede in Germania o all'estero.

La possibilità di fissare particolari salari minimi settoriali ai sensi della Legge sul distacco dei lavoratori continua a sussistere parallelamente al salario minimo generale sia nei settori espressamente menzionati nel testo della Legge stessa, sia per tutti gli altri settori.

Il requisito previsto dalla Legge sul distacco dei lavoratori per la fissazione di un salario minimo settoriale è che sia stato stipulato un contratto collettivo sul salario minimo del settore in questione e che questo sia stato esteso dallo Stato, vale a dire che la sua applicazione sia stata resa obbligatoria per tutti i datori di lavoro con sede in Germania o all'estero che rientrano nel campo d'applicazione del contratto collettivo e per i loro dipendenti. L'estensione avviene tramite l'emanazione di un decreto legislativo del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Su proposta di una commissione composta da otto rappresentanti del settore si possono inoltre fissare con ordinanza legislativa anche salari minimi nel campo dell'assistenza continua alle persone non autosufficienti.

Rientrano nell'ambito di applicazione delle norme sul salario minimo ai sensi della Legge sul distacco dei lavoratori solo le imprese o i reparti autonomi di imprese che forniscono principalmente servizi tipici del rispettivo settore. Il requisito è considerato soddisfatto se il tempo totale di lavoro annuo dei lavoratori è dedicato in via principale all'erogazione di questo tipo di servizi. I contratti collettivi "estesi" possono stabilire ulteriori requisiti.

L'opuscolo gratuito (A 763) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni specifiche sul salario minimo nel settore dell'assistenza continua alle persone non autosufficienti.

I salari minimi settoriali ai sensi della Legge sul distacco dei lavoratori prevalgono sul salario minimo generale di legge se il loro importo non è inferiore a quest'ultimo. Tale primato è generale.

Legge sulla somministrazione di manodopera

Su proposta delle parti del contratto collettivo del settore del lavoro interinale il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali può emanare un decreto legislativo per la fissazione di una soglia salariale minima obbligatoria per tutti i somministratori di manodopera in veste di datori di lavoro, indipendentemente dallo stato in cui essi hanno sede. I lavoratori hanno così il diritto ad una retribuzione pari almeno a tale importo. La soglia salariale minima attualmente vigente è calcolata in base al "Terzo regolamento sulla soglia salariale minima nella somministrazione di manodopera", entrato in vigore l'1 giugno 2017.

Settori con salario minimo settoriale

L'importo dei salari minimi settoriali non è fissato nel testo legge, ma dai decreti legislativi da essa derivanti. I siti internet del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali (www.bmas.de) e delle autorità doganali (www.zoll.de) aggiornano regolarmente gli importi corrispondenti ai salari minimi dei settori in questione.

Controllo del rispetto del salario minimo settoriale

Le autorità doganali controllano anche il rispetto dei salari minimi settoriali specifici ai sensi della Legge sul distacco dei lavoratori e della Legge sulla somministrazione di manodopera. Le violazioni dell'obbligo di corrispondere il salario minimo spettante possono essere punite come infrazioni con ammende fino a 500.000 euro.

Sicurezza sul lavoro e prevenzione degli infortuni (Arbeitsschutz und Unfallverhütung)

I lavoratori dipendenti hanno bisogno di sicurezza. La loro vita e la loro salute devono essere protette dalle situazioni di pericolo che si vengono a creare sul posto di lavoro o durante l'adempimento delle mansioni lavorative. Le norme di salute e sicurezza sul posto di lavoro esistono per questo.

Il responsabile della salute e della sicurezza nelle aziende è il datore di lavoro. Egli è tenuto fra l'altro a predisporre e a gestire luoghi di lavoro, strumenti, apparecchiature, impianti, ecc. e ad organizzare l'impresa in modo tale da proteggere i lavoratori da eventuali rischi per la vita e la salute. Il datore di lavoro ha l'obbligo di adottare misure precauzionali per prevenire il rischio di infortuni e di pregiudizi alla salute e per creare condizioni di lavoro umane e dignitose. Questi obblighi gli sono imposti dalle disposizioni nazionali sulla salute e la sicurezza del lavoro, in particolare dalla Legge sulla salute e la sicurezza del lavoro e dai regolamenti che si basano su di essa, come le norme antinfortunistiche emanate dagli enti assicurativi contro gli infortuni.

La salute e la sicurezza abbracciano questi settori, fra loro strettamente collegati:

- luoghi di lavoro, ivi compresa l'igiene aziendale,
- macchinari, apparecchiature e impianti tecnici,
- sostanze nocive,
- organizzazione dell'orario di lavoro,
- protezione di determinate categorie di persone,
- organizzazione della salute e della sicurezza all'interno dell'azienda,
- medicina del lavoro preventiva,
- movimentazione di carichi,
- sostanze biologiche,
- rumore e vibrazioni,
- radiazioni ottiche artificiali,
- campi elettromagnetici.

L'opuscolo gratuito „Klare Sache“ (A 707) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali illustra la normativa sulla salute e la sicurezza del lavoro minorile e il decreto per la tutela dell'infanzia.

Prestazioni/Requisiti

Le disposizioni relative alla salute e alla sicurezza sul posto di lavoro riguardano tutti i dipendenti, anche quelli del settore agricolo e pubblico.

La Legge sulla salute e la sicurezza del lavoro minorile accorda una particolare protezione ai bambini e agli adolescenti: in linea di massima possono svolgere un'attività lavorativa solo gli adolescenti, vale a dire le persone di più di quindici anni che non hanno ancora compiuto il diciottesimo anno di età.

I lavoratori sono affiliati ad un ente di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (vedi anche il capitolo "Assicurazione contro gli infortuni"). La maggior parte dei lavoratori dipendenti rientra nella competenza degli enti mutualistici di categoria contro gli infortuni sul lavoro, costituiti dalle aziende.

Gli enti mutualistici di categoria hanno provveduto a creare uffici tecnici di sorveglianza che, in collaborazione con le autorità dei Länder preposte alla sicurezza del lavoro, vigilano sul rispetto di tutte le disposizioni in materia di salute e sicurezza e sull'utilizzo di tutti i dispositivi di protezione disponibili.

Fondamenti giuridici

Le disposizioni relative alla salute e alla sicurezza sul posto di lavoro discendono da numerose leggi e regolamenti statali, nonché dalle norme antinfortunistiche degli enti assicurativi competenti.

Le norme di tutela possono riferirsi a settori industriali e professionali specifici, ma anche a determinati impianti industriali o alla configurazione dei posti di lavoro, ecc. Esiste poi tutta una serie di altre disposizioni concernenti, ad esempio,

- l'impiego e le caratteristiche tecniche di strumenti e apparecchiature,
- l'uso di particolari sostanze nel ciclo produttivo,

- determinate categorie di persone, ecc.

Coinvolgimento personale

L'adozione di provvedimenti tecnici o organizzativi non consente di eliminare o di prevenire completamente tutte le situazioni e i fattori di pericolo, per questo nelle aziende vi saranno sempre dei rischi. La Legge sulla prevenzione sottolinea il ruolo dei lavoratori in questo contesto e impone loro di agire con accortezza e di sostenere le iniziative di prevenzione del datore di lavoro.

Anche le disposizioni antinfortunistiche stabiliscono norme di comportamento valide per tutti i lavoratori che operano a contatto con attrezzi, apparecchiature e impianti tecnici. I dipendenti sono inoltre tenuti ad osservare e a rispettare le norme comportamentali stabilite dal datore di lavoro. In caso di problemi di salute sul luogo di lavoro, i lavoratori possono chiedere interventi preventivi di medicina del lavoro.

Normativa classica

Legge sulla prevenzione

La Legge sulla prevenzione impone al datore di lavoro l'obbligo di valutare i rischi per la salute sul posto di lavoro e di adottare misure protettive adeguate sulla base di tale stima. Il datore di lavoro deve informarne i dipendenti. In situazioni e settori di lavoro particolarmente pericolosi è inoltre tenuto ad adottare misure precauzionali e a rendere possibili interventi preventivi di medicina del lavoro.

In situazioni di pericolo grave e immediato i dipendenti hanno il diritto di abbandonare il posto di lavoro senza dover temere conseguenze negative per il proprio rapporto lavorativo. La legge riconosce loro anche il diritto di avanzare proposte su tutti i temi della salute e della sicurezza all'interno dell'azienda. Essi possono inoltre sporgere reclamo presso gli organi di vigilanza competenti contro situazioni di mancato rispetto delle prescrizioni di prevenzione, a condizione che le abbiano già denunciate al proprio datore di lavoro senza che questi vi abbia posto rimedio.

Legge sui medici aziendali, i responsabili del servizio di prevenzione e protezione e gli altri addetti alla sicurezza del lavoro (o Legge sulla sicurezza del lavoro)

La Legge sulla sicurezza del lavoro impone ai datori di lavoro l'obbligo di avvalersi del supporto di personale specializzato in tutti gli ambiti della prevenzione e della salute e sicurezza del lavoro, ivi compresa l'organizzazione umana e dignitosa dei processi lavorativi. Tra i compiti degli esperti di prevenzione rientra la prestazione di una consulenza completa su tutta la gamma di fattori rilevanti per la salute e la sicurezza sul posto di lavoro. Il loro ruolo inizia già al momento della progettazione degli impianti aziendali, riguarda poi l'acquisto degli strumenti di produzione e la configurazione delle postazioni di lavoro e comprende anche la consulenza al datore di lavoro in sede di valutazione delle condizioni lavorative. Ai medici aziendali, è affidato, tra l'altro, il compito di fornire consulenza sulle questioni relative all'inserimento o al reinserimento delle persone con disabilità. La Legge sulla sicurezza del lavoro è concretizzata dalla norma antinfortunistica "Medici aziendali e addetti alla sicurezza del lavoro" (Norma 2 dell'Assicurazione sociale tedesca contro gli infortuni).

L'opuscolo gratuito „Das Arbeitszeitgesetz“ (A 120) dedicato alla Legge sull'orario di lavoro può essere richiesto al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Legge sull'orario di lavoro

La Legge sull'orario di lavoro limita la durata massima dell'attività lavorativa giornaliera e stabilisce le pause minime obbligatorie durante l'orario di lavoro e i periodi minimi di riposo postlavorativo, assicurando così la tutela della salute e proteggendo in particolare tutti coloro che prestano lavoro notturno, indipendentemente dal loro sesso. La domenica e nei giorni festivi vige un divieto generalizzato di svolgere qualsivoglia attività lavorativa, a cui si può tuttavia derogare a determinate condizioni.

Legge sulla salute e la sicurezza del lavoro minorile

La Legge sulla salute e la sicurezza del lavoro minorile tutela ragazzi e adolescenti da oneri lavorativi eccessivi stabilendo, ad esempio, l'età minima a cui i minorenni possono esercitare un'attività lavorativa, la durata massima della loro giornata di lavoro e le ferie annuali obbligatorie. Il Decreto

legislativo per la tutela del lavoro minorile elenca le attività non faticose e adeguate che possono essere esercitate in via eccezionale da ragazzi di età superiore ai 13 anni e adolescenti ancora pienamente soggetti all'obbligo scolastico..

Legge sulla tutela della maternità

La Legge sulla tutela della maternità stabilisce le modalità di tutela delle gestanti e dei loro figli dagli effetti di lavori pericolosi, faticosi e insalubri.

Legge sulla sicurezza dei prodotti

In Germania si possono commercializzare e vendere soltanto prodotti innocui per la salute. Questo principio vale sia per i prodotti al consumo, sia per i prodotti utilizzati dai lavoratori nello svolgimento delle loro mansioni ed è sancito dalla Legge sulla sicurezza dei prodotti e dai Regolamenti sulla sicurezza dei prodotti ad essa ispirati. Essi traspongono in diritto nazionale le disposizioni europee che consentono solo ai prodotti sicuri di circolare liberamente all'interno della Comunità.

Tutti coloro che immettono prodotti sul mercato - fabbricanti, importatori e anche commercianti – sono tenuti a garantirne l'innocuità e ad assicurarsi che le merci da loro fabbricate e commercializzate non mettano a repentaglio la sicurezza e la salute degli utilizzatori.

Decreto legislativo sulla medicina del lavoro preventiva

La medicina del lavoro preventiva permette di sensibilizzare i singoli lavoratori con un'adeguata consulenza sulle interazioni tra lavoro e salute e costituisce un importante complemento agli interventi di prevenzione di natura tecnica e organizzativa nel contesto di una strategia di prevenzione per evitare le malattie professionali e mantenere l'occupabilità dei singoli. Il decreto sulla medicina del lavoro preventiva definisce gli obblighi dei datori di lavoro e dei medici, garantisce il rispetto dei diritti dei dipendenti, stabilisce chiaramente le situazioni in cui sono opportuni interventi di prevenzione obbligatoria o facoltativa e amplia il diritto dei lavoratori a partecipare a misure di prevenzione di propria iniziativa. Il decreto sancisce altresì la separazione di principio tra visite di prevenzione e visite di verifica dell'idoneità a svolgere un'attività lavorativa, di cui valuta l'ammissibilità in funzione del rispetto dei principi della normativa sulla tutela dei dati personali e del diritto del lavoro. L'attuazione pratica del decreto avviene tramite norme di medicina del lavoro conformi allo stato dell'arte e raccomandazioni di medicina del lavoro elaborate dalla Commissione per la medicina del lavoro.

Gli opuscoli "Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge" (A453) e "Impfungen als Bestandteil arbeitsmedizinischer Vorsorge" (A 457) sul decreto legislativo sulla medicina del lavoro preventiva e sulle vaccinazioni come componente integrante della medicina del lavoro preventiva possono essere richieste al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Decreto legislativo sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale

Le prescrizioni fondamentali del decreto sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) riguardano la scelta, la messa a disposizione e l'uso dei DPI in tutti i settori di attività. Il datore di lavoro è inoltre tenuto a far istruire adeguatamente i lavoratori sull'uso corretto dei DPI.

Decreto legislativo sulla movimentazione dei carichi

Il decreto sulla movimentazione dei carichi contiene prescrizioni sulla sicurezza e la tutela della salute in caso di movimentazione manuale di carichi che espongono gli addetti a rischi specifici, in particolare a lesioni dorso-lombari. Il datore di lavoro è chiamato ad evitare il sollevamento di carichi, ove però questo non sia possibile è tenuto ad organizzare il lavoro in modo tale che le operazioni di sollevamento siano effettuate in condizioni di massima sicurezza e comportino il minor rischio possibile per la salute degli addetti. A tal fine egli procede ad una valutazione delle condizioni di lavoro per individuare le misure di prevenzione più adeguate da adottare.

Decreto legislativo sui cantieri

Gli strumenti creati con il decreto sulla sicurezza e la tutela della salute nei cantieri si propongono di ridurre in modo decisivo il rischio di infortuni e lesioni, particolarmente elevato in questo settore di attività, e di migliorare complessivamente la sicurezza e la salute dei lavoratori. I punti salienti del

decreto sono il preavviso, il piano di sicurezza e di prevenzione e la nomina di un coordinatore. Tutte queste misure permettono di pianificare e coordinare in maniera più efficace lo svolgimento di lavori edilizi affinché si possano riconoscere e rimuovere per tempo i fattori di rischio.

Decreto legislativo sulla sicurezza operativa

L'utilizzo degli strumenti di produzione non può pregiudicare la salute e la sicurezza dei lavoratori. Per questo motivo, il decreto sulla sicurezza stabilisce obiettivi e disposizioni di protezione e individua un intero catalogo di misure per assicurare la protezione di dipendenti e persone terze durante il funzionamento di impianti che richiedono particolare sorveglianza. Questa categoria di impianti comprende, ad esempio, le camere di combustione, i macchinari con serbatoi pressurizzati e gli impianti ascensori.

Il decreto legislativo sui cantieri e le sue interpretazioni sono presentati nell'opuscolo gratuito „Sicherheit und Gesundheitsschutz auf Baustellen“ (A218).

Il decreto è concretizzato dal Comitato per la sicurezza operativa. Il Comitato elabora regole (le "Regole tecniche per la sicurezza operativa") e acquisisce conoscenze che devono essere rispettate dal datore di lavoro quando stabilisce le misure di protezione. Se tali regole e conoscenze sono rispettate si può partire dal presupposto che i requisiti previsti dal decreto sono soddisfatti (effetto presunto). Ci si può tuttavia discostare da tali regole e conoscenze ove la salute e la sicurezza possano essere garantite almeno in modo analogo con altre misure.

Decreto legislativo sugli ambienti di lavoro

Il decreto sugli ambienti di lavoro stabilisce le modalità di allestimento e di gestione dei luoghi di lavoro, quali ad esempio fabbriche, officine, uffici pubblici e aziendali, magazzini e punti vendita. I datori di lavoro devono assicurare che la gestione degli ambienti di lavoro non comporti rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori e per questo il decreto disciplina ad esempio il lavoro sui videoterminali, le dimensioni dei locali, l'aerazione, l'illuminazione e la temperatura degli ambienti di lavoro.

Decreto legislativo sulle sostanze pericolose

Il decreto per la protezione dalle sostanze pericolose contiene norme per la tutela dei lavoratori che operano a contatto con sostanze pericolose, in particolare con agenti chimici pericolosi.

Nell'adozione di provvedimenti preventivi concreti a livello aziendale il decreto accorda un margine di manovra al datore di lavoro perché è lui a conoscere meglio di chiunque altro la situazione della sua azienda. Nei casi in cui si presenta la necessità di chiarire ulteriormente le disposizioni del decreto, interviene un organismo plurale: il Comitato per le sostanze pericolose le specifica nel quadro delle "Regole tecniche per sostanze pericolose". Queste Regole tecniche hanno un effetto detto presuntivo perché il loro rispetto consente di presupporre la piena conformità con il decreto. Quando lo ritiene opportuno, adeguato e giustificabile, il datore di lavoro ha tuttavia la facoltà di optare liberamente per provvedimenti diversi da quelli sanciti da una Regola tecnica. Il decreto è completato da numerosi allegati in cui si sanciscono norme specifiche per settori particolari che richiedono un'attenzione particolare in materia di salute e sicurezza.

L'opuscolo gratuito "Arbeitsstättenverordnung" (A 225) illustra il decreto legislativo statale sui luoghi di lavoro e può essere richiesto al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Decreto legislativo sulle sostanze biologiche

Il decreto sulle sostanze biologiche, riformulato nel 2013, istituisce un quadro normativo intersettoriale a tutela dei lavoratori che operano a contatto con agenti biologici (sostanze biologiche), cioè con microrganismi. In base alla classificazione delle sostanze biologiche in gruppi di rischio, si stabiliscono interventi di protezione contro le infezioni e gli effetti tossici o di sensibilizzazione.

L'opuscolo gratuito „Biostoffverordnung 2013“ (A 227) può essere richiesto al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Si stima che queste norme si applichino ai circa 5 milioni di lavoratori che entrano in contatto con sostanze biologiche durante l'esercizio della loro attività professionale nel campo della ricerca, delle biotecnologie, della produzione alimentare, dell'agricoltura, della gestione dei rifiuti e delle acque reflue e nel settore sanitario. Per poter disciplinare questi diversi campi di applicazione tramite un

unico decreto, la normativa è incentrata su disposizioni di riferimento chiare e unitarie, che consentono ai datori di lavoro di definire e adottare le misure necessarie alla protezione dei lavoratori in base all'effettiva situazione di rischio in azienda. Il decreto si concretizza in Regole tecniche per sostanze biologiche elaborate dal Comitato per le sostanze biologiche.

Problematiche come l'influenza aviaria o la nuova influenza (H1N1, "influenza suina") hanno attirato l'attenzione sulla tutela dei lavoratori che operano a contatto con agenti patogeni. Ma il decreto sulle sostanze biologiche e le sue norme tecniche disciplinano anche le misure di protezione necessarie, in particolare per gli operatori del settore sanitario, in caso di rischi causati da virus altamente patogeni come il virus Ebola che l'anno scorso ha tenuto tutto il mondo col fiato sospeso.

Rumore e vibrazioni sul posto di lavoro

Il decreto sulle vibrazioni e sul rumore sul posto di lavoro recepisce nell'ordinamento nazionale le direttive europee sulla salute e la sicurezza relative al rumore (2003/10/CE) e alle vibrazioni (2002/44/CE) e la Convenzione ILO n. 148 sul rumore, migliorando la salute e la sicurezza sul posto di lavoro.

Gli opuscoli gratuiti „Technische Regeln Lärm“ (A 223), „Vibration“ (A 221) e „Laserstrahlung“ (A 229) relativi alle norme tecniche in materia di rumore, vibrazioni e raggi laser possono essere richiesti tramite il sito internet del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Il decreto intende contrastare sia la sordità dovuta al rumore – una delle malattie professionali più diffuse - sia i disturbi muscolo-scheletrici e i disturbi neurologici dovuti a vibrazioni intense e persistenti.

Decreto legislativo sulle radiazioni ottiche artificiali

Il decreto per la protezione dei lavoratori dai rischi delle radiazioni ottiche artificiali recepisce nella normativa nazionale la direttiva europea sulla salute e la sicurezza 2006/25/CE, che mira principalmente a proteggere i lavoratori dai rischi di esposizione a radiazioni ottiche artificiali durante le attività svolte sul luogo di lavoro.

Il rispetto delle soglie di esposizione fissate intende prevenire effetti nocivi, in particolare per gli occhi e per la cute, derivanti dall'esposizione a radiazioni ottiche artificiali, quali ad esempio ustioni termiche della cute, formazione di eritemi per effetto di raggi UV, reazioni fototossiche, lesioni della cornea e della congiuntiva dell'occhio e lesioni termiche della retina. In caso di esposizione prolungata a raggi UV o IR sussiste un rischio aggravato di cataratta. I raggi UV possono inoltre indurre alterazioni del genoma, per questo anche esposizioni minime possono causare danni tardivi sotto forma di carcinomi dell'epidermide.

Il CD gratuito (C 219) contiene informazioni su vari decreti legislativi in materia di prevenzione, salute e sicurezza sul lavoro.

Gli interventi preventivi imposti dal decreto mirano sia a migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori sul posto di lavoro, sia a ridurre le spese sostenute dai regimi di sicurezza sociale.

Decreto legislativo sui campi elettromagnetici

Il nuovo decreto legislativo per la protezione dei lavoratori dai rischi derivanti dai campi elettromagnetici, introdotto nel 2016, recepisce nella normativa nazionale i requisiti previsti della direttiva europea 2013/35/UE.

Il decreto sui campi elettromagnetici disciplina la sicurezza e la protezione della salute dei lavoratori da rischi derivanti da campi elettromagnetici sul posto di lavoro.

In molti settori economici si creano campi elettromagnetici di elevata intensità durante diversi processi industriali, quali ad esempio i processi galvanici, elettrolitici, di saldatura, di sigillatura, di riscaldamento e di tempra per induzione, nell'utilizzo di applicazioni radiofoniche, cellulari e radar e nei processi medici come la tomografia a risonanza magnetica.

Per evitare rischi dovuti agli effetti diretti e indiretti derivanti dall'esposizione a campi elettromagnetici l'allegato del decreto stabilisce valori limite di esposizione e livelli di azione, che si riferiscono esclusivamente agli effetti a breve termine di tali campi elettromagnetici. I datori di lavoro che

rispettano tali valori limite e livelli di azione possono ritenere di aver assicurato la protezione della salute e la sicurezza dei lavoratori esposti a campi elettromagnetici.

Gli effetti a lungo termine dei campi magnetici rientrano nel campo di applicazione della direttiva 2013/35/UE e del decreto perché finora mancano prove scientifiche che li attestino.

Sono effetti diretti dei campi elettromagnetici statici e di bassa frequenza, ad esempio, le stimolazioni di muscoli, nervi od organi sensoriali dei lavoratori esposti che possono pregiudicare le funzioni del sistema nervoso centrale o periferico e comportare vertigini, nausea, sapore metallico in bocca e fosfemi magnetici (fotosensibilità della retina). Gli effetti diretti dei campi elettromagnetici ad alta frequenza (ad es. in apparecchi radiofonici, telefoni cellulari e radar) inducono il riscaldamento dei tessuti corporei dei lavoratori esposti. Un'esposizione eccessiva può ledere i tessuti e provocare addirittura ustioni.

L'opuscolo gratuito "EMF-Verordnung 2016" sul decreto sui campi elettromagnetici può essere richiesto tramite il sito internet del Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali.

Sono effetti indiretti dei campi elettromagnetici, ad esempio, danni a impianti medici (ad es. stimolatori cardiaci) e il rischio propulsivo di oggetti ferromagnetici in campi magnetici statici intensi.

Tomo VII del Codice di Previdenza Sociale

La normativa impone agli enti di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro l'obbligo di provvedere alla prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali e dei rischi per l'incolumità fisica dei lavoratori, nonché di istituire un servizio di pronto soccorso nelle aziende e nei pubblici uffici avvalendosi di tutti i mezzi appropriati. Per conformarsi a questi obblighi di legge, dopo aver svolto l'obbligatoria valutazione delle necessità, gli enti emanano norme antinfortunistiche giuridicamente vincolanti per i loro membri (imprese) e per gli assicurati. Il personale tecnico di vigilanza accerta il rispetto delle disposizioni antinfortunistiche e offre un servizio di consulenza alle imprese e agli assicurati.

Programma pilota del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali per la lotta contro le malattie imputabili all'attività lavorativa

Già dal 1993 il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali promuove in modo mirato progetti pilota nel campo della salute e della sicurezza sul posto di lavoro. L'esito di questi progetti aiuta datori di lavoro e lavoratori a tradurre la prevenzione in realtà nella definizione concreta delle condizioni di lavoro in azienda. La pubblicazione e la divulgazione delle conoscenze acquisite nel corso dei progetti contribuiscono invece a prevenire i rischi sanitari e le malattie imputabili all'attività lavorativa nell'industria, nell'artigianato e nel settore terziario del sistema economico tedesco, rafforzandone la competitività. In questo contesto si elaborano e si testano soluzioni pilota per il mantenimento e l'incentivazione della capacità lavorativa e dell'occupabilità dei lavoratori, attuate poi in modo duraturo come modelli pratici di riferimento.

L'Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro

L'Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro è un'iniziativa congiunta di attori del mondo politico, economico, sindacale, scientifico e sociale che cercano di individuare soluzioni pratiche per rendere le condizioni di lavoro attraenti, motivanti e salubri per i lavoratori e al contempo propizi all'innovazione e redditizie per gli imprenditori. L'Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro, una piattaforma indipendente, apartitica e ampiamente sostenuta dalle parti sociali, offre l'opportunità di uno scambio di vedute costruttivo basato sulla prassi aziendale relativamente a questioni che altrimenti vedono l'opposizione di interessi contrastanti.

L'Iniziativa Nuova Qualità del lavoro collega in rete tutte le istanze interessate ad organizzare l'attività lavorativa in Germania. L'iniziativa ne sostiene l'impegno con numerose possibilità di scambi di vedute, proposte di consulenza e di informazione di bassa soglia o impiegate su esigenze aziendali specifiche, strumenti pratici, programmi di incentivazione, nonché un sito internet che comprende una banca dati delle migliori prassi, con stimolanti esempi pratici. Alla realizzazione dell'iniziativa collaborano strettamente il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, le parti sociali e le Camere di commercio, dell'industria e dell'artigianato, l'Agenzia federale del lavoro, la Conferenza dei ministri del Lavoro e degli Affari Sociali dei Länder, l'Unione federale delle associazioni centrali dei comuni, nonché assicurazioni sociali e fondazioni.

Alla luce degli sviluppi demografici e dei cambiamenti strutturali in corso nel mondo del lavoro, le aziende e le pubbliche amministrazioni sono chiamate in modo sempre più pressante a competere per posizionarsi come datori di lavoro attraenti per i lavoratori specializzati e qualificati e a percorrere nuove vie nella selezione del personale. Risulta particolarmente importante l'approccio volto ad incrementare gli investimenti nella fidelizzazione dei dipendenti e a creare all'interno dell'organizzazione una cultura aziendale orientata alle esigenze dei lavoratori. In questo contesto è fondamentale assicurare condizioni di lavoro buone, salubri e motivanti per i dipendenti.

Qui interviene l'Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro, che mira a far percepire meglio questa realtà e a diffondere approcci di soluzione a bassa soglia facilmente attuabili nel mondo aziendale e nel settore pubblico.

Considerando le sfide che aziende, amministrazioni e lavoratori devono affrontare, l'Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro ha individuato quattro settori di intervento nell'ambito della politica delle risorse umane, in cui propone o sta mettendo a punto proposte di sostegno o di consulenza a bassa soglia. Si tratta di:

- Leadership: il governo e la gestione delle risorse umane sono sempre più impegnativi e rendono indispensabile una buona cultura di leadership nonché una pianificazione e una strategia di gestione del personale calibrate sulle capacità e le doti individuali.
- Parità di opportunità e diversità: una politica del personale moderna punta sulla molteplicità. I team che riuniscono ad es. persone di età, sesso e provenienza sociale e culturale diversa e con diverse capacità, esperienze e caratteristiche possono essere più innovativi e lavorare con maggior successo.
- Salute: la salute e un buon equilibrio tra tempi di vita e di lavoro sono fattori importanti per la motivazione e la capacità produttiva e innovativa. Le organizzazioni che guardano al futuro confidano su una prevenzione costante dei rischi comportamentali alla fonte e promuovono al contempo strategie di superamento individuali. La salute fisica e psichica dei lavoratori e la resilienza dell'organizzazione sono fattori decisivi del suo successo.
- Sapere & competenze: il sapere è la chiave di un successo aziendale duraturo e il presupposto dell'innovatività dell'economia tedesca. La formazione permanente e l'apprendimento su tutto l'arco della vita permettono di mantenere e di sfruttare al meglio il knowhow esistente.

Questi settori di intervento fungono al contempo da struttura per l'inquadramento dei contenuti e delle proposte di informazione e di consulenza dell'Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro. Come esposto nel grafico più sotto, condizioni di lavoro eque e sicure sono la base di tutti i settori di intervento e quindi anche dell'"azienda del futuro" – sia per i datori di lavoro, sia per i lavoratori.

Le proposte fondanti dell'iniziativa Nuova Qualità del Lavoro sono il programma "unternehmensWert: Mensch", finanziato dal Fondo Sociale Europeo e l'audit "Zukunftsfähige Unternehmenskultur". Con il programma "unternehmensWert: Mensch" si assistono le piccole e medie imprese (PMI) nell'individuazione delle loro esigenze in termini di personale e nell'elaborazione di soluzioni di politica delle risorse umane calibrate in funzione del loro profilo. La consulenza è assicurata da esperti di lungo corso ed adeguata alle esigenze specifiche di ogni azienda. In questo contesto è obbligatorio coinvolgere i dipendenti nei processi di trasformazione.

Con l'audit "Zukunftsfähige Unternehmenskultur" dell'iniziativa Nuova Qualità del Lavoro i responsabili di aziende e amministrazioni possono acquisire una visione d'insieme della bontà della loro politica di gestione del personale e della loro cultura aziendale. Dopo aver individuato i potenziali di miglioramento in tutti e quattro i settori di intervento, i datori di lavoro e i lavoratori, collaborando fin dall'inizio, mettono a punto misure concrete – in tematiche che vanno dal miglioramento della salute, la flessibilizzazione dell'orario di lavoro, la conciliabilità di vita familiare e professionale fino alla qualificazione e al perfezionamento della formazione dei lavoratori. Una volta attuato con successo, questo processo globale basato sulla partecipazione è premiato con un riconoscimento.

Un ulteriore obiettivo dell'Iniziativa è la regionalizzazione delle attività tramite le strutture del network per divulgare in modo più capillare sia l'importanza delle problematiche di cui l'Iniziativa si occupa, sia i suoi scopi e contenuti, nella convinzione che le piccole e medie imprese operano principalmente tramite network regionali e devono pertanto essere interpellate "in loco". Anche l'incentivazione dei progetti, che il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali continua ad assicurare, si

concentrerà maggiormente sull'elaborazione di approcci aziendali e di strumenti per il mantenimento dell'abilità al lavoro e il miglioramento dell'occupabilità nell'ambito di progetti pilota o di trasferimento delle conoscenze.

Informazioni

Per ulteriori informazioni sulla salute, la sicurezza e la prevenzione antinfortunistica sul posto di lavoro ci si può rivolgere a vari interlocutori.

Nei Länder federali esistono enti con competenze specifiche in materia di tutela del lavoro: gli uffici di protezione del lavoro e gli ispettorati del lavoro.

La linea di assistenza al cittadino dell'Ente federale per la prevenzione e la medicina del lavoro risponde alle domande su salute e sicurezza sul lavoro dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 16:30 al numero 0231/9071-2071.

Gli enti antinfortunistici dispongono di uffici tecnici di sorveglianza propri. L'Ente federale per la prevenzione e la medicina del lavoro si occupa dell'attività di ricerca, di consulenza e di qualificazione in materia di prevenzione.

Assicurazione contro gli infortuni (Unfallversicherung)

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è stata istituita già nel 1884 ed è attuata dagli enti assicurativi contro gli infortuni sul lavoro del settore industriale e del settore agricolo e dalle casse federali, regionali e comunali contro gli infortuni del pubblico impiego.

Persone assicurate

Tutti i lavoratori dipendenti e gli apprendisti sono assicurati per legge contro gli infortuni, indipendentemente dalla loro retribuzione.

Sono inoltre tutelati dall'assicurazione pubblica contro gli infortuni

- gli agricoltori,
- i bambini che durante la giornata frequentano l'asilo anche a tempo pieno o sono assistiti da idoneo personale retribuito,
- gli scolari e gli studenti di scuola secondaria,
- gli studenti universitari,
- i soccorritori in caso di calamità,
- i soccorritori della protezione civile,
- i donatori di sangue e di organi,
- chi assiste in casa persone non autosufficienti,
- determinati operatori volontari.

I datori di lavoro, i lavoratori autonomi e i liberi professionisti non soggetti all'obbligo assicurativo per legge o in forza di altre disposizioni statutarie possono assicurarsi a titolo volontario insieme al coniuge che compartecipa alla loro attività. Ai dipendenti statali si applicano disposizioni particolari di previdenza contro gli infortuni.

Prestazioni/Requisiti

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni tutela l'assicurato e la sua famiglia dalle conseguenze di eventi lesivi (infortuni sul lavoro e malattie professionali) che possono verificarsi durante l'esercizio dell'attività professionale.

L'assicurazione provvede inoltre alla prevenzione degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali e dei rischi sanitari legati all'attività lavorativa.

In caso di infortuni o malattie professionali essa eroga

- trattamenti terapeutici completi,
- prestazioni finalizzate alla partecipazione alla vita lavorativa (ivi compresi corsi di riqualificazione se necessari), prestazioni finalizzate per la partecipazione alla vita sociale e prestazioni integrative,
- prestazioni in denaro sia agli assicurati, sia ai superstiti.

Importante

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni eroga quindi le prestazioni previste indipendentemente dall'origine dell'episodio lesivo perché si fa carico della responsabilità civile dell'impresa nei confronti dei suoi dipendenti - istituto chiamato anche subentro all'impresa nella responsabilità civile.

In linea di massima, la copertura assicurativa riguarda tutta la durata dell'attività assicurata, compreso il percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro. Sono generalmente tutelati anche coloro che condividono un mezzo di trasporto nel tragitto dall'abitazione al lavoro, anche se ciò richiede eventuali deviazioni.

Principali diritti degli assicurati

Trattamenti terapeutici

Quando si verifica un evento lesivo della salute l'assicurazione contro gli infortuni si fa carico dei costi del trattamento medico, inclusi i medicinali, il materiale di medicazione, i rimedi ausiliari e i dispositivi medici, nonché dei ricoveri ospedalieri o in centri di riabilitazione, indipendentemente dalla durata delle prestazioni.

Indennità per inabilità temporanea assoluta

L'importo di questa indennità, cui si ha diritto durante l'intero periodo di inabilità assoluta, varia dall'80 per cento della retribuzione lorda all'importo integrale della retribuzione netta. La prestazione è corrisposta nella misura in cui e fintantoché non si percepisce la retribuzione, ma ha una durata massima di 78 settimane.

Prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa

Ha diritto alle prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa chi, dopo un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale, non può più svolgere come prima la propria attività lavorativa. Tali prestazioni mirano essenzialmente alla conservazione del vecchio posto di lavoro o al conseguimento di una nuova occupazione. Quando esse non riescono a realizzare questi obiettivi, l'assicurato ha diritto ad una riqualificazione o ad una nuova formazione professionale. Durante la formazione l'assicurato riceve l'indennità di transizione, da cui è detratta la retribuzione lavorativa eventualmente percepita nello stesso arco di tempo.

Prestazioni per la partecipazione alla vita sociale e prestazioni integrative

Queste prestazioni si traducono principalmente in sussidi per un automezzo e un'abitazione adeguati, per un aiuto domestico, per la consulenza psico-sociale e la riabilitazione sportiva. Quando la gravità e la tipologia delle complicanze lo richiedono, tali prestazioni sono considerate equivalenti ai trattamenti terapeutici e/o agli interventi volti a favorire la partecipazione alla vita lavorativa.

Pensione agli assicurati

Ricevono una pensione gli assicurati che, a causa di un infortunio o di una malattia professionale, perdono almeno il 20 per cento della propria capacità lavorativa per oltre 26 settimane dopo l'evento lesivo. (Fanno eccezione gli imprenditori agricoli e i loro coniugi/partner che lavorano nell'azienda di famiglia, per cui la riduzione della capacità lavorativa deve essere almeno del 30 per cento). L'ammontare della pensione è calcolato in base al grado di invalidità riportato e al reddito dei 12 mesi precedenti il sinistro.

Importante

Come le pensioni del sistema previdenziale pubblico, anche le pensioni infortunistiche sono soggette ad adeguamenti annuali.

Indennità d'assistenza continua

Gli assicurati non più autosufficienti a causa di un evento lesivo ricevono, oltre alla pensione infortunistica, anche prestazioni di assistenza continua o un'indennità di assistenza, ove opportuno anche assistenza continua in una struttura specializzata.

Assegno funerario

Quando l'evento lesivo causa il decesso di un assicurato, i suoi superstiti hanno diritto ad un assegno funerario pari a un settimo del valore di riferimento vigente al momento del decesso (tale valore corrisponde alla media retributiva del regime pensionistico pubblico).

Pensione ai superstiti

Fino all'eventuale contrazione di nuovo matrimonio l'assicurazione contro gli infortuni versa una rendita ai coniugi di assicurati deceduti a causa di un evento lesivo. L'importo è calcolato in base all'età del beneficiario, alla sua capacità lavorativa o professionale e al numero dei figli. La pensione annuale ammonta al 40 per cento della retribuzione annua del defunto se il coniuge

- ha compiuto i 45 anni di età e il decesso si è verificato prima dell'1 gennaio 2012, oppure
- è parzialmente o completamente inabile al lavoro o all'esercizio della sua professione, oppure
- deve allevare un figlio avente diritto alla pensione per orfani.

Per i decessi successivi al 31 dicembre 2011 il limite di età di 45 anni è gradualmente elevato a 47 anni; l'aumento è proporzionale all'elevazione dei limiti d'età delle pensioni ai superstiti previsti dall'assicurazione pensionistica pubblica.

Gli aventi diritto che hanno compiuto i 45 (o, nella fattispecie, i 47) anni di età al momento del decesso del coniuge e non hanno figli ricevono annualmente per due anni consecutivi il 30 per cento della retribuzione annua del defunto. Nel caso di coppie coniugate prima dell'1 gennaio 2002, se in quella data almeno uno dei coniugi ha già compiuto i 40 anni, la rendita è corrisposta per un periodo di tempo illimitato fino a contrazione di eventuale nuovo matrimonio.

Importante

Nel rispetto della quota esente indicizzata (che aumenta in relazione al numero dei figli aventi diritto alla pensione per orfani), dalla rendita si detrae il 40 per cento dell'eventuale reddito proprio dei superstiti (ad esempio reddito da lavoro o altre tipologie pensionistiche).

Pensione agli orfani

Gli orfani minorenni di un assicurato deceduto in seguito ad un sinistro hanno diritto a una pensione pari al 20 per cento della retribuzione annua del genitore deceduto se hanno perso solo un genitore o al 30 per cento se hanno perso entrambi i genitori. La pensione degli orfani è concessa anche oltre i 18 anni sino al compimento del ventisettesimo anno di età se l'orfano

- assolve una formazione scolastica o professionale, oppure
- assolve un anno di volontariato civile o ecologico ai sensi della Legge sui servizi di volontariato giovanile o un servizio ai sensi della Legge federale sui servizi di volontariato, oppure
- non è in grado di sostentarsi a causa di una disabilità fisica, mentale o psichica.

Nel caso della pensione agli orfani si rinuncia a detrarre dalla prestazione il reddito proprio dei beneficiari.

Importante

La rendita dei superstiti e quella degli orfani non possono superare complessivamente l'80 per cento del reddito lavorativo annuo del defunto, in caso contrario le pensioni sono decurtate in proporzione.

Liquidazione pensionistica

Nelle situazioni in cui non è prevedibile un miglioramento sostanziale della riduzione della capacità lavorativa (Minderung der Erwerbsfähigkeit, MdE) si può essere richiedere la liquidazione in un'unica soluzione di tutte le prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni. In questi casi si distingue tra la liquidazione della cosiddetta pensione minima, riconosciuta per riduzioni della capacità lavorativa inferiori al 40 per cento, e la liquidazione della pensione massima, corrisposta per riduzioni della

capacità lavorativa superiori al 40 per cento. La liquidazione delle pensioni minime ha effetto definitivo, l'importo versato in una soluzione è cioè considerato come saldo finale di tutte le prestazioni pensionistiche a cui si avrebbe diritto nel corso della vita. A seguito di tale liquidazione non è pertanto più corrisposto nessun'altro trattamento pensionistico, fatti salvi i casi in cui le conseguenze dell'evento lesivo provocano un aggravamento talmente serio dello stato di salute dell'assicurato da dargli diritto ad una pensione più elevata di quella liquidata. Il capitale liquidato è calcolato in base alla formula stabilita dal Decreto legislativo sul valore del capitale emanato dal Governo Federale, che tiene in debito conto l'età dell'assicurato e l'arco di tempo trascorso dal momento dell'evento lesivo.

Gli assicurati maggiorenni la cui capacità lavorativa risulta ridotta di più del 40 per cento a causa dell'evento lesivo possono invece presentare domanda di liquidazione della metà dell'importo pensionistico spettante loro in un decennio. In questi casi non è richiesto di comprovare l'uso del denaro, ma la somma liquidata non può superare l'importo della metà della pensione moltiplicato per nove. Nei dieci anni successivi il versamento della liquidazione continua ad essere corrisposta l'altra metà della pensione. A partire dall'inizio dell'undicesimo anno l'assicurazione riprende ad erogare l'intero importo dovuto.

Finanziamento

In quanto gestori dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del settore industriale ed agricolo, gli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro sono finanziati dai contributi delle aziende. L'ente assicurativo contro gli infortuni sul lavoro del settore agricolo riceve inoltre una sovvenzione federale. L'importo dei contributi dipende dal volume annuo delle retribuzioni dei dipendenti e dal grado di rischio a cui sono esposti.

Non sono tenuti a versare alcun contributo i lavoratori dipendenti, gli scolari, gli studenti di scuole secondarie, gli studenti universitari, ecc.

Leggi

Il fondamento giuridico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni si trova nel Tomo VII del Codice di Previdenza Sociale (Sozialgesetzbuch). Si applicano inoltre diverse altre leggi e regolamenti, ad esempio

- il Tomo IX del Codice di Previdenza Sociale,
- il Decreto legislativo sulle malattie professionali (Berufskrankheiten-Verordnung).

Cosa si deve fare?

Chi subisce un infortunio durante il lavoro o nel percorso dall'abitazione al posto di lavoro deve informare immediatamente il datore di lavoro.

Gli infortuni che coinvolgono bambini, scolari e studenti vanno comunicati immediatamente a chi di dovere, cioè a scuole materne, scuole, università, ecc. Quando un assicurato perde la vita o subisce una lesione che lo rende inabile al lavoro per più di tre giorni, gli imprenditori sono tenuti a darne comunicazione all'Ente antinfortunistico competente.

Gli opuscoli gratuiti „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert im freiwilligen Engagement“ (A 329), „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ (A 401) e „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert in der Schule“ (A 402) forniscono informazioni sull'assicurazione contro gli infortuni nel volontariato, nell'assistenza domestica a congiunti non autosufficienti e a scuola.

Informazioni

Per ulteriori informazioni si raccomanda di rivolgersi agli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro e agli enti antinfortunistici del settore pubblico (ad esempio, le Associazioni comunali per l'assicurazione contro gli infortuni). Gli enti antinfortunistici del settore pubblico forniscono assistenza e informazioni di carattere generale ai cittadini dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 al numero di telefono unico 0800 6050404. Questa linea verde risponde a domande sugli infortuni sul lavoro, sugli infortuni in itinere e sulle malattie professionali.

Dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 20:00 ci si può inoltre rivolgere al numero 030 221 911 002, la linea del cittadino del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Informazioni utili si possono trovare anche su internet, ad esempio sui siti www.dguv.de e www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/inhalt.html

Riabilitazione e partecipazione delle persone con disabilità (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung)

La riabilitazione è il ricorso ad interventi volti a sostenere le persone che, per motivi di salute, dispongono di una possibilità limitata di svolgere determinate attività, a superare tali limitazioni per assicurare la piena partecipazione, vale la conduzione attiva e autodeterminata della vita sociale e professionale di tutte le persone.

Così dispone anche la Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità, che dal 26 marzo 2009 è vincolante anche per la Germania. La Convenzione ha lo scopo di promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità e di promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità. Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che, in interazione con varie barriere, possono impedirne la piena ed effettiva partecipazione alla società su una base di eguaglianza con gli altri. I capisaldi della Convenzione sono la non-discriminazione e il principio guida dell'inclusione. Questo significa che le persone con disabilità, con i loro interessi, devono essere coinvolte sin dall'inizio allo scopo di farle partecipare su una base di eguaglianza con gli altri in tutti gli ambiti della vita – vale a dire alla vita politica, pubblica, economica, culturale e sociale. La Convenzione non fonda qui diritti particolari, ma concretizza e specifica i diritti universali della persona nella prospettiva delle persone con disabilità. Essa è imperniata sul diritto alla parità di trattamento, alla partecipazione e all'autodeterminazione, che la Convenzione declina in modo concreto per i singoli ambiti della vita.

Su questa base tutte le persone disabili o a rischio di disabilità, e quindi bisognose di particolari attenzioni, hanno diritto a ricevere prestazioni per la riabilitazione e per la partecipazione, indipendentemente dalla causa della loro (possibile) disabilità. Le prestazioni per la partecipazione possono essere rese necessarie da varie situazioni, ad esempio dalle conseguenze di una lesione di guerra, da un incidente stradale o da un infortunio sul lavoro. Anche le persone strappate dal loro ambiente professionale a causa di una malattia o da sintomi di logoramento possono aver bisogno di prestazioni, come avviene – naturalmente – per tutti coloro che sono disabili fin dalla nascita.

Il Tomo IX del Codice di Previdenza Sociale (CPS), intitolato "Riabilitazione e partecipazione delle persone con disabilità", nella sua prima parte riunisce vari settori della previdenza sociale con norme procedurali e materiali unitarie. In tal modo il Tomo IX acquisisce un'efficacia trasversale, come già avveniva precedentemente per i Tomi I, IV e X del CPS. Nell'ambito della disabilità e del rischio di disabilità in primo piano non si trovano più soltanto l'assistenza e il sostentamento, bensì la partecipazione autodeterminata alla vita sociale e la rimozione di tutte le barriere alla parità.

Le norme della legislazione sociale del Tomo IX del CPS mirano a raggiungere questi obiettivi in modo rapido, efficace, economico e durevole, facendo leva su prestazioni sanitarie, professionali, sociali e volte ad assicurare l'accesso alla formazione definite "prestazioni per la partecipazione". Nella misura del possibile, le persone con disabilità e a rischio di disabilità possono così individuare autonomamente e sotto propria responsabilità le loro esigenze effettive.

Con la ratifica della Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità la Repubblica Federale Tedesca ha manifestato l'intento di principio di far evolvere la propria normativa in sintonia con tale Convenzione.

In quest'ottica nel 2016 è stata varata la Legge federale sulla partecipazione, entrata in vigore l'1 gennaio 2017, che intende migliorare la situazione delle persone con disabilità aumentandone la partecipazione e l'autodeterminazione e trasformare i sussidi per l'integrazione in un moderno diritto di partecipazione. La Legge federale sulla partecipazione prevede anche una riforma dei sussidi per l'integrazione, che entrerà però in vigore solo l'1 gennaio 2020.

Prestazioni/Requisiti

E' naturale che le persone con disabilità o a rischio di disabilità abbiano diritto alle prestazioni sociali e ad altri aiuti statali nella stessa misura degli altri cittadini. Hanno inoltre diritto di percepire le prestazioni per la partecipazione che possono risultare necessarie

- per prevenire, eliminare o mitigare una disabilità, oppure

- per prevenire un aggravamento della disabilità o per alleviarne le conseguenze indipendentemente dalla causa che l'ha determinata.

Queste prestazioni per la partecipazione mirano ad assicurare ai disabili una collocazione adeguata all'interno della comunità. Ciò vale anche per una collocazione adeguata nel mondo del lavoro, confacente alle loro inclinazioni e capacità.

Prestazioni per la partecipazione

Si può beneficiare delle seguenti prestazioni:

Prestazioni per la riabilitazione medica

Le prestazioni per la riabilitazione medica comprendono in particolare

- trattamento medico e dentistico,
- diagnosi precoce e interventi precoci destinati ai bambini,
- medicinali e materiale di medicazione,
- rimedi, ortofonia e ergoterapia incluse,
- dispositivi medici, incluse le modifiche, riparazioni e sostituzioni, nonché l'addestramento al loro utilizzo,
- prove di carico ed ergoterapia.

Gli interventi ambulatoriali o residenziali di riabilitazione medica sono effettuati in strutture di riabilitazione o da servizi specializzati e comprendono all'occorrenza anche il vitto e l'alloggio.

Prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa

Le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa comprendono in particolare

- aiuti per il mantenimento o l'ottenimento di un posto di lavoro, inclusi servizi di consulenza e di supporto al collocamento, corsi di addestramento e aiuti alla mobilità;
- preparazione professionale, inclusa la formazione di base resa necessaria dalla disabilità (ad esempio per i non vedenti);
- periodi di prova, formazione e aggiornamento professionali, incluso il conseguimento del diploma scolastico necessario per accedere a corsi di aggiornamento;
- ulteriori incentivi alla promozione della partecipazione alla vita lavorativa che consentono alle persone con disabilità di esercitare e conservare un'attività dipendente adeguata e appropriata o una professione autonoma.

L'opuscolo „Gemeinsame Erklärung zur Psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“ (A 449) contiene il testo della dichiarazione congiunta sulla salute psichica nel mondo del lavoro e può essere richiesto al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Nella scelta delle prestazioni che permettono la partecipazione alla vita lavorativa si devono considerare non solo l'idoneità, le inclinazioni e l'attività esercitata fino a quel momento dalle persone con disabilità, ma anche la situazione e l'evoluzione del mercato del lavoro. Le prestazioni erogate comprendono le spese di vitto e alloggio quando le persone con disabilità sono costrette a soggiornare in un luogo diverso dalla propria residenza o da quella dei loro genitori per poter partecipare. Questo può rendersi necessario a causa del tipo e della gravità della disabilità o costituire un presupposto decisivo per il buon esito delle prestazioni per la partecipazione.

Prestazioni per la partecipazione alla formazione

Si tratta delle prestazioni di sostegno necessarie alla partecipazione equiparata delle persone con disabilità a iniziative di formazione, cioè di

- sostegno alla formazione scolastica, in particolare nel contesto dell'obbligo scolastico,
- sostegno alla formazione professionale scolastica,
- sostegno alla formazione universitaria,
- sostegno al perfezionamento scolastico e universitario.

Prestazioni per la partecipazione alla vita sociale

Esse comprendono ad esempio

- prestazioni per l'abitazione,
- prestazioni di assistenza per permettere di affrontare in modo autonomo e autodeterminato la vita quotidiana, ivi compresa la partecipazione alla vita sociale e culturale,
- prestazioni di pedagogia terapeutica per bambini in età prescolare,
- prestazioni per promuovere la comunicazione con il proprio ambiente,
- prestazioni per la mobilità.

Prestazioni per assicurare il sostentamento e altre prestazioni integrative

Per assicurare il sostentamento durante gli interventi di riabilitazione medica si riceve generalmente un'indennità che può essere di malattia, assistenziale di malattia, per persone lese o di transizione, a seconda dell'ente che eroga le prestazioni. L'indennità di malattia ammonta al 70 per cento della retribuzione o del reddito da lavoro considerato ai fini contributivi, ma non può superare il 90 per cento della retribuzione lavorativa netta. L'assicurazione di invalidità e vecchiaia, invece, versa un'indennità di transizione che ammonta di norma al 75 o al 68 per cento dell'ultima retribuzione netta, in funzione della situazione familiare del beneficiario.

Durante l'inserimento graduale i lavoratori dipendenti percepiscono un'indennità di malattia o un'indennità di transizione e continuano ad essere considerati inabili al lavoro.

Nel quadro delle prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa si percepisce generalmente un'indennità di transizione. Quando l'erogazione delle prestazioni compete all'Agenzia federale del lavoro, questa riconosce un'indennità di transizione a condizione che si possano dimostrare determinati periodi di contribuzione all'assicurazione contro la disoccupazione. Ove non possa essere riconosciuta l'indennità di transizione, l'Agenzia federale del lavoro eroga inoltre, a determinate condizioni, un'indennità di formazione per la formazione professionale iniziale di giovani e giovani adulti disabili. Le persone con disabilità bisognose di assistenza, ma abili al lavoro, beneficiano delle prestazioni per il sostentamento in conformità con le disposizioni del Tomo II del CPS.

Prevenzione

Dal 2004 i datori di lavoro sono tenuti ad offrire ai dipendenti ammalati per un lungo periodo un servizio di gestione aziendale dell'inserimento allo scopo di ripristinarne ed assicurarne in modo duraturo l'occupabilità e di evitare che perdano il posto di lavoro.

Budget individuale integrato

Invece delle singole prestazioni in natura, per permettere alle persone con disabilità e bisognose di assistenza di condurre una vita possibilmente autosufficiente e autonoma, su richiesta possono essere erogate, regolarmente o una-tantum, anche prestazioni pecuniarie o essere forniti buoni equivalenti con cui organizzare autonomamente e pagare i servizi necessari. Il budget individuale integrato essere corrisposto anche sotto forma di budget complessivo, per un importo pari al totale delle prestazioni di tutti gli enti competenti. Dopo una fase sperimentale in cui gli enti erogatori delle prestazioni decidevano a loro discrezione se approvare i budget individuali, dall'1 gennaio 2008 sussiste un diritto esigibile a beneficiarne.

L'opuscolo gratuito „Schritt für Schritt zurück in den Job“ (A 748) fornisce informazioni sul BEM, il servizio di gestione aziendale dell'inserimento.

L'opuscolo „Das trägerübergreifende Persönliche Budget“ (A 722) fornisce informazioni in linguaggio corrente e semplificato sul budget personale e il DVD (D 722) lo illustra anche con un film in linguaggio dei segni.

Strutture

Centri di formazione professionale

Si tratta di strutture interaziendali e interregionali che offrono ai giovani disabili percorsi di preparazione alla professione o di formazione professionale. I giovani che necessitano di assistenza particolare sono seguiti da operatori competenti e da servizi di sostegno (a.e. servizi medici, psicologici e pedagogici) che li accompagnano nella loro crescita personale e professionale.

Centri di promozione professionale

Si tratta di strutture interaziendali e interregionali che offrono percorsi di riqualificazione o di aggiornamento professionale agli adulti disabili che non possono continuare ad esercitare il loro mestiere o un'attività corrispondente alla loro formazione. Sono aziende sociali di servizi che trasmettono e consolidano competenze personali e professionali grazie all'intervento di operatori specializzati e di servizi di sostegno (a.e. servizi medici e psicologici).

Centri di addestramento professionale

Si tratta di strutture specializzate nella promozione della partecipazione dei disabili psichici alla vita lavorativa. Il loro obiettivo specifico consiste nell'identificare prospettive professionali realistiche, nel reinserimento di queste persone nel mercato del lavoro o nella loro stabilizzazione in vista di una successiva riqualificazione/formazione o del ritorno alla vita lavorativa. I centri di addestramento professionale dispongono di postazioni di lavoro in linea con le esigenze e le condizioni vigenti in azienda.

Strutture di riabilitazione medico-professionale

Le strutture di riabilitazione medico-professionale si sono impegnate ad erogare prestazioni particolarmente ampie per la riabilitazione medica, scolastica, professionale e psicosociale nel contesto di un processo integrato allo scopo di assicurare l'inserimento nella scuola, nella formazione professionale, sul lavoro, in famiglia e nella società di persone con limitazioni, disturbi di apprendimento o disturbi del comportamento sociale e professionale imputabili a una malattia.

Laboratori protetti per disabili

Si tratta di strutture in cui si assicura un'adeguata formazione professionale e un'occupazione alle persone con disabilità che non possono o non possono ancora essere inseriti o reinseriti nel mercato del lavoro ordinario a causa del tipo o della gravità della loro disabilità. I laboratori consentono loro di sviluppare, accrescere o riacquisire le loro capacità prestazionali e di percepire una retribuzione.

Il CD gratuito „Behinderung“ (C 720) informa sulle tematiche legate alla disabilità.

Altri prestatori di servizi

La Legge federale sulla partecipazione ha completato le offerte occupazionali dei lavoratori protetti per disabili riconosciuti autorizzando l'attività di altri prestatori di servizi e introducendo il "Budget per il lavoro".

Gli altri prestatori di servizi possono essere enti che soddisfano i requisiti di competenza validi per i laboratori protetti per disabili e propongono la formazione all'esercizio di una professione e le possibilità occupazionali altrimenti offerte da tali laboratori. Le persone con disabilità che vi trovano impiego hanno gli stessi diritti di cui godrebbero anche in un laboratorio protetto.

Budget per il lavoro

Il budget per il lavoro apre una prospettiva di accesso al mercato del lavoro convenzionale alle persone con disabilità altrimenti titolari di un diritto azionabile a un'occupazione in un laboratorio protetto per i disabili. I datori di lavoro che assumono una persona disabile con contratto di lavoro ad obbligo contributivo ricevono una compensazione duratura delle prestazioni inferiori del dipendente disabile tramite una sovvenzione ai costi salariali pari al 75 per cento della retribuzione regolarmente versata. Sono inoltre finanziate anche le necessarie prestazioni di assistenza.

Regimi particolari per disabili gravi

Le persone a cui è stato riconosciuto un grado di disabilità superiore al 50 per cento (generalmente accertato dall'ufficio di assistenza) hanno diritto ad una particolare tutela nel contesto del rapporto lavorativo.

La tutela particolare riguarda innanzitutto il licenziamento da parte del datore di lavoro, che può essere pronunciato e acquisisce validità solo previo assenso dell'ufficio per l'integrazione. I licenziamenti pronunciati prima dell'assenso dell'ufficio per l'integrazione non sono validi. Altrettanto invalidi sono i licenziamenti di persone gravemente disabili pronunciati dal datore di lavoro senza il previo coinvolgimento della rappresentanza dei disabili gravi

I disabili gravi beneficiano inoltre di giornate supplementari di ferie retribuite (di regola cinque giorni lavorativi all'anno se sono stati occupati per tutto l'anno come disabili gravi presso il proprio datore di lavoro).

Importante

I disabili che lavorano in un laboratorio protetto beneficiano di una copertura assicurativa contro le malattie, gli infortuni e l'infermità e della previdenza sociale.

Tutti i datori di lavoro pubblici e privati con più di venti posti di lavoro devono riservare ai disabili gravi il cinque per cento dei posti disponibili. Presso alcuni datori di lavoro pubblici che fanno capo alla Federazione la quota minima obbligatoria di posti riservati è del sei per cento. I posti di apprendistato non si considerano ai fini del conteggio del numero di posti di lavoro riservati. Un apprendista gravemente disabile equivale a due posti riservati. L'Agenzia del lavoro può inoltre equiparare ad un massimo di tre posti riservati un disabile grave la cui integrazione nella vita lavorativa risulta particolarmente difficile.

Per ogni posto obbligatoriamente riservato a disabili gravi, ma non occupato da queste persone deve essere riscosso un prelievo compensatorio progressivo pari a

- 125 euro mensili per quote di attuazione tra il 3 per cento e il 5 per cento,
- 220 euro mensili per quote di attuazione tra il 2 per cento e il 3 per cento,
- 320 euro mensili per quote di attuazione inferiori al 2 per cento.

Nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche che occupano in via non solo provvisoria almeno cinque disabili gravi, questi eleggono una loro rappresentanza (portavoci dei disabili) incaricata di promuoverne l'inserimento, di assisterli fornendo consulenza e aiuto e di difenderne gli interessi in azienda o nel luogo di servizio.

Per poter assicurare ai disabili gravi una partecipazione adeguata e stabile alla vita lavorativa, in singoli casi possono rivelarsi necessari aiuti integrativi a complemento delle prestazioni per la partecipazione. In queste circostanze l'Agenzia federale del lavoro e l'ufficio per l'integrazione erogano particolari prestazioni finanziarie, destinate ad esempio all'adeguamento di un macchinario produttivo o all'adeguamento di una postazione di lavoro alle esigenze del disabile per garantire la sua partecipazione equiparata a lungo termine sul posto di lavoro.

I disabili gravi possono inoltre avvalersi di prestazioni compensative della loro minorazione o delle spese supplementari dovute alla disabilità, che sono tuttavia subordinate alla presenza di particolari condizioni di salute. Tra le prestazioni compensative rientrano ad esempio

- agevolazioni fiscali (ad esempio la detrazione forfettaria di disabilità),
- trasporto gratuito sui mezzi pubblici,
- agevolazioni sulla tassa di circolazione,
- agevolazioni nei parcheggi e
- abbonamento radiotelevisivo a tariffa ridotta.

Tessera attestante una disabilità grave

La tessera di disabilità grave, che attesta la disabilità e consente di beneficiare delle prestazioni compensative, è rilasciata su richiesta dall'ufficio di assistenza competente.

Vagliando le richieste, gli uffici accertano anche eventuali diritti a prestazioni compensative, in presenza dei quali la tessera di disabilità grave è munita di un particolare contrassegno di riconoscimento. Il contrassegno "G", ad esempio, indica una "notevole compromissione della mobilità nella circolazione stradale" e consente al disabile di viaggiare gratuitamente sulla rete dei trasporti pubblici locali o di beneficiare di agevolazioni sulla tassa di circolazione.

Viaggi gratuiti sulla rete dei trasporti pubblici locali

Viaggiano gratuitamente sui mezzi pubblici della rete di trasporto locale le persone disabili la cui mobilità nella circolazione stradale è notevolmente compromessa, le persone che necessitano di accompagnamento e i non udenti. In questi casi è sufficiente esibire la tessera di disabilità adeguatamente contrassegnata. La gratuità si applica ai viaggi in tram, in autobus, in metropolitana (S-Bahn e U-Bahn) e in treno (2° classe) in tutto il territorio federale.

Si può beneficiare della gratuità a condizione che la tessera di disabilità sia munita di un bollino che può essere acquistato presso l'ufficio di assistenza al prezzo di 80 euro all'anno o di 40 euro per sei mesi. Su richiesta, i non vedenti, le persone che necessitano di accompagnamento e determinate categorie di disabili a basso reddito possono ricevere gratuitamente un bollino valido per un anno. Questa forma di esenzione è riconosciuta anche a determinate categorie di vittime di guerra. In caso di comprovata necessità di accompagnamento (tessera di disabilità grave con contrassegno "B"), l'accompagnatore viaggia gratuitamente anche sulla lunga percorrenza.

Il vademecum gratuito per persone con disabilità in Germania „Ratgeber für Menschen mit Behinderung“ (A 712), la sua versione in linguaggio semplificato „Rat-Geber für Menschen mit Behinderung in Leichter Sprache“ (A 749) e il vademecum in linguaggio semplificato sull'Unione Europea „Rat-Geber für Menschen mit Behinderung in der Europäischen Union in Leichter Sprache (A 812) possono essere richiesti al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali

Equiparazione dei disabili ai disabili gravi

Importante

In particolari circostanze i portatori di un grado di disabilità inferiore al 50 per cento, ma superiore al 30 per cento possono chiedere all'Agenzia del lavoro di essere equiparati ai disabili gravi. L'equiparazione è concessa ove in sua assenza sia impossibile ottenere o mantenere un posto di lavoro adeguato. Se concessa, essa permette al disabile di richiedere prestazioni finalizzate all'integrazione nella vita lavorativa, eccezion fatta per le ferie supplementari e il diritto al trasporto gratuito.

Competenze

All'interno del sistema delle prestazioni sociali vi sono vari enti di riabilitazione che svolgono compiti specifici di riabilitazione o di partecipazione e creano i presupposti ad esse necessari grazie a conoscenze specifiche, strutture e prestazioni specializzate o anche con un apparato amministrativo appositamente creato.

Per permettere a tutti i cittadini di accedere agevolmente alle prestazioni di questo sistema articolato di prestazioni sociali si applica il principio della cosiddetta "procedura pianificata di partecipazione", vale a dire dell'erogazione delle prestazioni come se vi fosse uno sportello unico (vedi la sezione "Procedura pianificata di partecipazione"). Non è quindi più necessario presentare la domanda di prestazioni all'autorità "giusta", perché ogni ente di riabilitazione è tenuto a ricevere qualsiasi domanda di prestazioni di riabilitazione e a trattarla tenendo conto delle competenze di altri enti. I cittadini sono quindi sgravati dall'onere di individuare gli enti competenti.

La collaborazione degli enti di riabilitazione nel contesto della procedura programmata di partecipazione prevede una divisione dei compiti:

- le assicurazioni sanitarie erogano ai loro affiliati prestazione di riabilitazione medica tramite
 - le Casse malattia locali (Ortskrankenkassen),
 - le Casse malattia aziendali (Betriebskrankenkassen),
 - le Casse malattia artigianali di categoria (Innungskrankenkassen),
 - l'Assicurazione pensionistica federale dei minatori, dei ferrovieri e della gente di mare (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See),

- le Casse di risarcimento delle spese di malattia (Ersatzkassen),
- la Cassa malattia degli agricoltori (landwirtschaftliche Krankenkasse).
- Gli enti pensionistici erogano ai loro assistiti prestazioni di riabilitazione e per la partecipazione alla vita lavorativa tramite
 - l'Ente pensionistico della Federazione tedesca (Deutsche Rentenversicherung Bund),
 - le sedi regionali dell'Ente pensionistico tedesco (Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung),
 - l'Ente pensionistico tedesco dei minatori, dei ferrovieri e della gente di mare (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See).
- In caso di infortuni e di malattie professionali l'assicurazione contro gli infortuni assicura prestazioni per la riabilitazione medica e per la partecipazione alla vita lavorativa e per la partecipazione alla vita sociale tramite
 - gli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro dell'industria (gewerbliche Berufsgenossenschaften),
 - l'ente assicurativo di categoria contro gli infortuni sul lavoro dell'agricoltura (landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften),
 - le casse federali, regionali e comunali contro gli infortuni del pubblico impiego (Unfallkassen, Landesunfallkassen, Gemeindeunfallversicherungsverbände).
- in caso di pregiudizio alla salute, gli enti competenti in materia di risarcimento sociale offrono, ad esempio alle vittime di guerra e del servizio militare o alle vittime di atti di violenza, prestazioni per la riabilitazione medica, per la partecipazione alla vita lavorativa, per la partecipazione alla formazione e per la partecipazione alla vita sociale tramite
 - gli enti assistenziali competenti territorialmente,
 - gli uffici sociali competenti territorialmente o gli uffici sociali federali (Fürsorgestellen o Hauptfürsorgestellen),
- l'Ufficio federale per la gestione del personale dell'esercito (Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr).

Gli uffici per l'integrazione offrono ulteriori aiuti quando i disabili gravi o le persone disabili ad essi equiparate incontrano difficoltà di natura occupazionale. In particolare, per promuovere l'attività lavorativa dei disabili gravi essi possono riconoscere prestazioni economiche ai datori di lavoro.

In assenza di altri enti competenti, le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa sono a carico dell'Agenzia federale del lavoro in collaborazione con le direzioni regionali e le agenzie del lavoro locali. In assenza di altri enti competenti, l'Agenzia federale del lavoro è anche l'ente di riabilitazione che riconosce le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa agli aventi diritto abili al lavoro che presentano disabilità ai sensi del Tomo II.

Gli erogatori dell'assistenza sociale e l'ufficio di assistenza ai minori. Intervengono in tutti i settori della riabilitazione e per tutte le prestazioni necessarie alla partecipazione, ma solo se non vi sono altri enti competenti. In questo caso gli enti cui rivolgersi sono innanzitutto gli uffici di assistenza sociale e gli uffici dei minori delle circoscrizioni o delle città e dei comuni.

Procedura pianificata di partecipazione

Spesso per i non addetti ai lavori è difficile individuare gli enti competenti di ogni singola prestazione. Per evitare che questo penalizzi le persone con disabilità, tutti gli enti di riabilitazione sono pertanto tenuti a una stretta collaborazione.

A partire dall'1 gennaio 2018, inoltre, nei casi in cui sono necessarie prestazioni di diverse categorie o di vari enti di riabilitazione, la procedura da seguire per ricevere prestazioni di partecipazione è stata nettamente semplificata. Grazie alla nuova procedura pianificata di partecipazione in questi casi, ferme restando le competenze dei singoli enti, basta un'unica richiesta di riabilitazione per avviare una procedura completa di valutazione e riconoscimento. Affinché ciò possa avvenire, la legge disciplina le competenze e la collaborazione trasversale di tutti gli enti di riabilitazione. Quando sono coinvolti più enti o in caso di richiesta di prestazioni diverse, in futuro tutti gli enti dovranno obbligatoriamente seguire una procedura comune per la determinazione del fabbisogno di intervento. Con il consenso o su richiesta dei beneficiari, in futuro si terranno inoltre incontri di pianificazione della partecipazione in cui si discuteranno le esigenze individuali di sostegno dei singoli richiedenti. In tal modo si rafforza la

partecipazione alla procedura delle persone con disabilità nei casi in cui possono essere valutate varie prestazioni o possono risultare competenti enti diversi.

Organo di conciliazione ai sensi della Legge sulla parità delle persone con disabilità

Dall'inizio di dicembre 2016 le persone con disabilità che si considerano lese nei loro diritti possono rivolgersi all'organo indipendente di conciliazione di cui all'art. 16 della Legge sulla parità delle persone con disabilità. Si crea così un canale extragiudiziale di composizione rapida delle controversie dedicato alle persone con disabilità. L'organo di conciliazione ha sede presso la Referente del Governo Federale per le persone con disabilità.

I servizi dell'organo di conciliazione sono gratuiti. Le spese di viaggio necessarie possono essere rimborsate al ricorrente.

I dettagli del procedimento sono disciplinati dal decreto sull'organo di conciliazione di cui all'art. 16 della Legge sulla parità delle persone con disabilità e sul suo procedimento, entrato in vigore il 3 dicembre 2016.

Possono rivolgersi all'organo di conciliazione anche le associazioni riconosciute ai sensi della Legge sulla parità delle persone con disabilità. Il procedimento davanti all'organo di conciliazione costituisce inoltre la preconditione per un successivo ricorso delle associazioni in sede giudiziaria.

Uffici di assistenza e uffici per l'integrazione

I compiti indicati dal Tomo IX del CPS sono svolti, tra gli altri, dagli uffici di assistenza nelle strutture amministrative generali o nei comuni (secondo l'organizzazione consentita dall'assetto giuridico del rispettivo Land), dall'amministrazione del lavoro e dagli uffici per l'integrazione. Gli uffici di assistenza accertano la disabilità, il suo grado e la presenza degli eventuali requisiti sanitari richiesti per aver diritto alle prestazioni compensative della situazione di svantaggio e rilasciano inoltre le tessere di riconoscimento ai disabili gravi. L'Agenzia federale del lavoro promuove l'assunzione di disabili gravi e vigila sul rispetto dell'obbligo di occupazione. Gli uffici per l'integrazione, infine, si preoccupano della tutela specifica contro i licenziamenti, dei sostegni per la vita lavorativa e professionale e della riscossione del prelievo compensatorio.

Leggi

I fondamenti giuridici più importanti si trovano

- nel Codice di Previdenza Sociale (Sozialgesetzbuch),
- nella Legge federale sull'assistenza (Bundesversorgungsgesetz).

Informazioni

Punti di contatto

Dal 1° gennaio 2018, tutti gli enti di riabilitazione sono tenuti a designare punti di contatto senza barriere che, anche a nome di altri enti, forniscano informazioni ai richiedenti o ai datori di lavoro, ad esempio sull'accesso alle prestazioni per la partecipazione o sulla possibilità che tali prestazioni siano erogate sotto forma di budget individuale integrato. Dato l'obbligo dei punti di contatto di collegarsi in rete al di là dei loro confini di competenza, in futuro non sarà più decisivo interpellare l'ente "giusto".

Consulenza integrativa indipendente per la partecipazione

La Legge federale sulla partecipazione persegue con determinazione il miglioramento del coordinamento e della collaborazione degli enti che erogano prestazioni di riabilitazione. In futuro la consulenza e il sostegno alle persone con disabilità o a rischio di disabilità e ai loro familiari saranno nettamente migliorati, in particolare grazie alla procedura pianificata di partecipazione, di natura trasversale e partecipativa, e all'introduzione di una consulenza integrativa per la partecipazione, indipendente dagli enti che erogano le prestazioni, disponibili in tutto il territorio federale come proposte a bassa soglia.

Il 30 maggio 2017 Ministero federale del Lavoro e degli Affari sociali ha emanato una direttiva per la promozione dell'attuazione della consulenza integrativa indipendente per la partecipazione, grazie alla quale dall'1 gennaio 2018 si finanziano varie centinaia di offerte di consulenza. Dall'1 dicembre 2017 è operativo il Centro specialistico per la consulenza per la partecipazione e del 2 gennaio 2018 è a disposizione di tutti gli interessati la piattaforma informativa www.teilhabeberatung.de. Il Centro specialistico ha, tra l'altro, il compito di individuare le esigenze di formazione dei centri di consulenza, di sviluppare il curriculum formativo e di aggiornamento dei consulenti, di elaborare standard qualitativi e di istituire un sistema di gestione del feedback.

In linea di principio, gli enti che erogano le prestazioni finanziano proposte indipendenti di consulenza che vengono ad integrare a livello regionale l'offerta di consulenza già esistente. Il metodo di consulenza "peer counseling", che consente alle persone che chiedono consigli di acquisire maggiore fiducia in se stesse e di responsabilizzarsi, costituisce un criterio di finanziamento privilegiato e permetterà di offrire in futuro alle persone con disabilità una consulenza e un supporto nettamente migliori. La consulenza integrativa indipendente per la partecipazione è intesa a fornire l'orientamento necessario per individuare possibilità di partecipazione, in particolare nella fase di preparazione della richiesta di prestazioni specifiche. I fondi per l'incentivazione, pari a 58 milioni all'anno, provengono da risorse federali e sono inizialmente erogati fino al 31 dicembre 2022.

Importante

Ogni ente che eroga prestazioni di riabilitazione è tenuto ad accettare richieste (informali) di prestazioni per la riabilitazione e la partecipazione e a farle pervenire all'ufficio responsabile anche quando tali richieste non sono di sua competenza. Di norma è l'ente di riabilitazione a cui è inoltrata la richiesta a dover prendere una decisione definitiva. Un ulteriore inoltro della richiesta è ipotizzabile in via eccezionale, ma solo a condizione che sia stata appurata l'effettiva disponibilità di un altro ente a deciderne l'esito.

Assicurazione sanitaria (Krankenversicherung)

L'assicurazione sanitaria obbligatoria tutela gli assicurati e le loro famiglie in caso di malattia facendosi carico dei costi dell'assistenza medica necessaria – fanno eccezione le prestazioni a cui si ha diritto in caso d'infortunio sul lavoro o di malattia professionale, per cui interviene l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Fino alla fine del 1995 la cassa mutualistica di affiliazione dipendeva dalla professione esercitata dall'assicurato o dall'azienda presso cui lavorava. Dal gennaio 1996 si ha piena libertà di scelta tra casse mutue locali, aziendali, di categoria e di risarcimento, anche se l'affiliazione alle assicurazioni sanitarie aziendali e di categoria è possibile solamente quando l'adesione di terzi è ammessa dai loro statuti. Dall'1 aprile 2007 si può inoltre aderire all'assicurazione di categoria dei minatori, dei ferrovieri e dei marittimi (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See). Norme particolari si applicano all'assicurazione sanitaria del settore agricolo.

Prestazioni

Gli assicurati hanno diritto in particolare a

- interventi di prevenzione e diagnosi precoce di determinate patologie infantili e giovanili, dalla nascita fino al compimento del diciottesimo anno d'età;
- visite sanitarie biennali per adulti a partire dai 35 anni e visite regolari per la diagnosi precoce di determinate patologie tumorali negli adulti;
- interventi dentistici finalizzati alla prevenzione delle malattie dentarie e rivolti in particolare ai bambini e ai giovani nell'ambito della profilassi individuale e di gruppo;
- vaccinazioni preventive definite dalla Commissione federale congiunta su raccomandazione della Commissione permanente delle vaccinazioni presso l'Istituto Robert Koch;
- trattamenti ortodontici, generalmente per assicurati che non hanno ancora compiuto il diciottesimo anno d'età;
- cure medico-dentistiche da parte di un medico o di un dentista convenzionato, di un medico o di un dentista autorizzato, di un centro di assistenza medica, di una struttura autorizzata, di una clinica dentistica o di una struttura appartenente all'assicurazione liberamente scelti dall'assicurato;
- medicinali, materiale per medicazioni, rimedi e dispositivi medici quali apparecchi acustici e sedie a rotelle;
- elaborazione e consegna di un protocollo cartaceo di somministrazione dei medicinali valido in tutto il territorio federale e sua attualizzazione ad opera di un medico convenzionato in caso di uso contemporaneo nell'arco di almeno 28 giorni di almeno tre farmaci ricettati;
- protesi e corone dentarie necessarie per motivi medici;
- trattamenti ospedalieri;
- gestione della dimissione: al momento della dimissione gli ospedali possono prescrivere ai loro pazienti assistenza infermieristica a domicilio per un massimo di sette giorni, rimedi, dispositivi medici e socioterapia a spese dell'assicurazione pubblica contro le malattie. Per tale periodo si può constatare anche un'eventuale incapacità lavorativa. Ora i medici ospedalieri possono inoltre effettuare prescrizioni di medicinali.
- assunzione dei costi o concessione di sussidi per i necessari interventi preventivi o riabilitativi;
- indennità di malattia: in linea di massima, la retribuzione degli assicurati inabili al lavoro per malattia continua ad essere corrisposta dal datore di lavoro per 6 settimane. Se la malattia si protrae oltre questo termine, la cassa mutua eroga per un massimo di 78 settimane nell'arco di 3 anni il 70 per cento della retribuzione lorda fino a concorrenza del massimale contributivo, ma per un importo che non può tuttavia superare il 90 per cento dell'ultima retribuzione netta. Invece dell'indennità di malattia, i coltivatori diretti hanno diritto ad un sussidio aziendale;
- indennità di malattia per un massimo di 10 giorni all'anno per ogni figlio ammalato di età inferiore ai dodici anni; questa prestazione è concessa dietro presentazione di un certificato medico attestante che il bambino deve essere curato e che nessun altro componente del nucleo familiare può assicurarne l'assistenza, la sorveglianza o la cura. Il periodo di erogazione questa indennità di malattia è raddoppiato a un massimo di 20 giorni all'anno quando l'assicurato alleva il figlio da solo. Se i figli assicurati sono più di uno, la prestazione

massima è di 25 giornate lavorative all'anno o di 50 nel caso di famiglie monoparentali. Il diritto sussiste anche dopo il compimento del dodicesimo anno per figli disabili ammalati che dipendono dall'aiuto di terzi. Sussiste inoltre un diritto illimitato all'indennità di malattia qualora il figlio sia affetto da una patologia incurabile ed abbia un'aspettativa di vita solo di settimane o di pochi mesi;

- sussidio per la conduzione della casa quando si rendono necessarie degenze ospedaliere, trattamenti di riabilitazione ambulatoriali o assistenza infermieristica a domicilio e l'assicurato non può pertanto occuparsi delle faccende domestiche, a condizione che prima dell'inizio di questa prestazione nel suo nucleo familiare viva un bambino di meno di 12 anni o disabile che necessita dell'aiuto di terzi. Le casse malattia devono inoltre prevedere regolarmente nei loro statuti norme integrative da applicare nei casi in cui gli affiliati non possono più farsi carico della conduzione della casa a causa di una malattia;
- sussidio per la conduzione della casa della durata massima di quattro settimane quando l'assicurato non può occuparsi delle faccende domestiche a causa di una patologia grave o dell'acuto peggioramento di una malattia, soprattutto a seguito di una degenza ospedaliera, di un'operazione ambulatoriale o di un trattamento ospedaliero in regime di day-hospital. Se nel nucleo familiare vive un bambino che non ha ancora compiuto i 12 anni al momento dell'inizio della prestazione o è disabile e dipende dall'aiuto di terzi, il diritto al sussidio si prolunga fino ad un massimo di 26 settimane.
- assistenza infermieristica domicilio se questa prestazione consente di evitare o abbreviare ricoveri ospedalieri o di assicurare un trattamento medico;
- assistenza domiciliare o sussidio per la conduzione della casa alle donne che ne abbiano necessità a causa di una gravidanza o di un parto;
- socioterapia per gli assicurati che non sono in grado di curarsi o di seguire le cure mediche prescritte a causa di una grave malattia psichica;
- indennità e sussidio di maternità in caso di gravidanza e di parto. In linea di massima, l'indennità di maternità è concessa per un periodo di tempo che va dalla sesta settimana prima del parto fino all'ottava settimana successiva al parto (periodo di riposo obbligatorio), compreso il giorno del parto stesso. In caso di parto prematuro o gemellare e nei casi in cui al bambino è diagnosticata una disabilità prima della fine dell'ottava settimana di vita, su richiesta l'erogazione dell'indennità di maternità è prolungata fino alla dodicesima settimana successiva al parto. L'ammontare di questa prestazione dipende dal reddito medio percepito dell'assicurata negli ultimi 3 mesi o, nella fattispecie, nelle 13 settimane precedenti il congedo obbligatorio, e può raggiungere un massimo di 13 euro al giorno. L'eventuale differenza rispetto all'importo netto del reddito medio è corrisposta dal datore di lavoro. Con la modifica della Legge sui contratti assicurativi, le donne che hanno stipulato un'assicurazione privata con indennità malattia hanno diritto a percepire l'indennità convenuta durante il periodo di riposo obbligatorio. In tal modo le donne gestanti e le puerpere possono decidere indipendentemente da valutazioni di natura economica se e in che misura esercitare la loro professione durante questo periodo.

L'assicurazione sanitaria è il ramo più antico della previdenza sociale. I suoi fondamenti giuridici si trovano in varie normative, ad esempio nel Tomo V del Codice di Previdenza Sociale o nella Seconda legge sull'assicurazione sanitaria degli agricoltori.

Persone assicurate

I lavoratori dipendenti sono assicurati a titolo obbligatorio se la loro regolare retribuzione lavorativa supera i 450 euro mensili e non oltrepassa un determinato massimale annuo, la cosiddetta soglia retributiva annuale. Dall'1 gennaio 2003 la retribuzione annuale al di sotto della quale il lavoratore dipendente è soggetto all'obbligo assicurativo è stata formalmente svincolata dall'importo di riferimento per il calcolo dei contributi previdenziali ed è stata differenziata in una soglia retributiva annuale ordinaria e una soglia retributiva annuale straordinaria. Nel 2018 la soglia retributiva annuale ordinaria ammonta a 59.400 euro. Per tutelare i diritti acquisiti e il legittimo affidamento, ai lavoratori dipendenti che il 31 dicembre 2002 erano esenti dall'obbligo assicurativo in quanto superavano la soglia retributiva annuale e avevano stipulato un'assicurazione completa contro le malattie presso un ente assicurativo privato si applica una soglia retributiva annuale inferiore, pari a 53.100 euro nel 2018. L'importo di questa soglia retributiva annuale equivale al massimale di riferimento per il calcolo dei contributi dell'assicurazione pubblica contro le malattie.

La Legge sul finanziamento delle assicurazioni pubbliche ha ridefinito l'esenzione dall'obbligo assicurativo dei lavoratori dipendenti con reddito da lavoro superiore alla soglia retributiva annuale. A

partire dal 31 dicembre 2010 l'esenzione dei lavoratori dipendenti precedentemente assoggettati all'obbligo assicurativo ritorna a scattare con il primo superamento di detta soglia.

Oltre ai lavoratori dipendenti e ai lavoratori retribuiti a scopo di formazione professionale, la legge prevede che siano soggetti all'obbligo assicurativo anche

- gli studenti di istituti universitari statali o parificati,
- i tirocinanti e gli apprendisti nel quadro del secondo percorso di formazione professionale,
- i pensionati affiliati all'assicurazione obbligatoria o coassicurati in quanto familiari di un assicurato durante la maggior parte della seconda metà della vita attiva,
- i disabili che lavorano in laboratori protetti riconosciuti o che beneficiano di un intervento per la partecipazione alla vita lavorativa,
- i disoccupati che percepiscono l'indennità di disoccupazione o - a determinate condizioni - l'indennità di disoccupazione II,
- gli imprenditori agricoli,
- i congiunti di più di 15 anni che svolgono la loro attività lavorativa principale nell'azienda agricola familiare o vi assolvono la formazione professionale,
- gli agricoltori anziani con vitalizio previdenziale,
- gli artisti e i giornalisti in conformità con la Legge sull'assicurazione sociale degli artisti e dei giornalisti.

Di norma è possibile aderire a titolo volontario a un'assicurazione pubblica contro le malattie all'inizio della prima occupazione in Germania e al termine di un rapporto assicurativo obbligatorio o a titolo di familiare coassicurato. Tale possibilità è prevista, a determinate condizioni, anche per i disabili gravi.

Gli assicurati a titolo volontario presso un'assicurazione pubblica contro le malattie - ad esempio lavoratori dipendenti la cui retribuzione supera la soglia annua, funzionari pubblici o lavoratori autonomi - possono stipulare un'assicurazione contro le malattie anche presso una società assicurativa privata. Si raccomanda di ponderare attentamente le due opzioni considerando che, una volta passati all'assicurazione privata, il successivo reinserimento nel regime assicurativo pubblico potrà avvenire solo a determinate condizioni, molto restrittive.

L'ordinamento giuridico tedesco prescrive che tutti gli abitanti privi di altre forme garantite di tutela in caso di malattia ricevano una copertura assicurativa nel quadro dell'assicurazione pubblica o privata contro le malattie.

Dopo l'1 aprile 2007 tutte le persone non altrimenti coperte in caso di malattia che hanno intrattenuto l'ultimo rapporto assicurativo con una cassa mutua pubblica sono soggette al cosiddetto obbligo assicurativo subordinato presso l'assicurazione pubblica di cui all'art. 5 par. 1 numero 13 del Tomo V del Codice di Previdenza Sociale (CPS). A partire dal primo giorno in cui non dispongono di altra copertura contro le malattie in Germania, ma non prima dell'1 aprile 2007, queste persone ritornano obbligatoriamente ad essere affiliate alla loro ultima assicurazione pubblica contro le malattie o all'ente che le è succeduto ai fini di legge. Allo stesso obbligo sono assoggettate anche le persone che non hanno mai aderito né a una cassa mutua pubblica né a una cassa mutua privata e che soddisfano i requisiti per l'inquadramento nel regime assicurativo pubblico. Per una consulenza su queste disposizioni di legge si raccomanda di rivolgersi ad una cassa mutualistica pubblica.

Ai sensi dell'art. 193 par. 3 numero 1 della Legge sui contratti assicurativi, a partire dall'1 gennaio 2009 tutti i residenti in Germania non assicurati o soggetti all'obbligo assicurativo presso l'assicurazione pubblica e privi di altra tutela economica contro le malattie sono tenuti a stipulare un contratto assicurativo privato contro le malattie. Questo contratto deve coprire almeno cure sanitarie ambulatoriali e residenziali e non può prevedere una franchigia superiore ai 5.000 euro per anno civile.

Chi esercita un'attività principale autonoma non è soggetto all'obbligo di affiliazione presso l'assicurazione sanitaria pubblica e deve quindi aderire ad un regime assicurativo privato - se da ultimo non era affiliato ad un ente assicurativo pubblico.

A partire dall'1 gennaio 2009 chi non è soggetto all'obbligo assicurativo contro le malattie - in particolare i funzionari pubblici, i funzionari in pensione e le altre persone legittimate a percepire il sussidio statale per le spese di malattia - e non abbia stipulato un'assicurazione sanitaria integrativa

per coprire totalmente i costi residui non a carico del sussidio statale per le spese di malattia, continua a non essere assoggettato all'obbligo assicurativo subordinato (art. 5 paragrafo 1 par. 13 CPS V) presso una cassa malattia pubblica neppure se da ultimo vi era assicurato. Queste persone sono tenute a stipulare un contratto con un'assicurazione privata contro le malattie per coprire la parte dei costi non a carico del sussidio statale per le spese di malattia. Hanno il dovere di assicurarsi contro le malattie presso una società privata anche i lavoratori dipendenti non soggetti all'obbligo assicurativo, vale a dire gli operai e gli impiegati la cui retribuzione abituale supera la soglia annua e che non sono affiliati all'assicurazione pubblica contro le malattie a titolo volontario.

Gli interessati soddisfano questo obbligo assicurativo anche stipulando un'assicurazione a tariffa di base. Dopo l'1 gennaio 2009 tutte le società assicurative private contro le malattie sono tenute a offrire anche questo tipo di tariffa ad integrazione di quelle già esistenti.

Tutela dei beneficiari di assistenza sociale in caso di malattia

In caso di malattia, le persone che l'1 aprile 2007 percepivano e continuano ancora a percepire regolarmente prestazioni ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del Tomo XII del CPS ricevono aiuto dagli enti erogatori dell'assistenza sociale. Ai sensi dell'art. 264 del Tomo V del CPS i costi dell'assistenza degli ammalati sono generalmente sostenuti dalle assicurazioni pubbliche contro la malattia, poi rimborsate dagli enti erogatori dell'assistenza sociale. L'art. 5 par. 8a del Tomo V del CPS dispone espressamente che anche dopo l'1 aprile 2007 tali enti mantengano le loro competenze in caso di malattia degli assistiti. Questo principio si applica anche quando il diritto a percepire le prestazioni sociali abituali ha subito un'interruzione di meno di un mese e a prescindere dal fatto che l'ente erogatore dei sussidi abbia registrato o meno la cessazione della partecipazione di queste persone alla procedura di assistenza di cui all'art. 264 del Tomo V del CPS. L'unico criterio decisivo è che l'1 aprile 2007 le persone in questione percepissero prestazioni correnti ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del Tomo XII del CPS e abbiano continuato a riceverle senza interruzioni di più di un mese.

Coloro che dopo l'1 aprile 2007 hanno incominciato a percepire regolarmente prestazioni ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del Tomo XII del CPS ed erano assicurati in via subordinata presso l'assicurazione pubblica contro le malattie (art. 5 par. 1 punto 13 Tomo V del CPS) rimangono assicurati nel quadro dell'assicurazione pubblica. A causa del diritto riconosciuto dalla legge a ricevere aiuto in caso di malattia collegato al percepimento delle prestazioni di assistenza sociale, in caso di passaggio dall'indennità di disoccupazione II a prestazioni correnti dell'assistenza sociale ai sensi dei capitoli 3 o 4 del Tomo XII CSP nel corso di uno stesso mese si escludono sia l'obbligo di assicurazione subordinata ai sensi dell'art. 5 par. 1 n. 13 del Tomo V del CPS, sia la possibilità di un'assicurazione successiva obbligatoria ai sensi dell'art. 188 par. 4 del Tomo V del CPS. Se si soddisfano i requisiti relativi ai periodi pregressi di assicurazione e se gli interessati dichiarano alla cassa malattia di volervi aderire entro tre mesi dalla cessazione della precedente affiliazione (art. 9 Tomo V del CPS), il rapporto assicurativo può tuttavia essere mantenuto sotto forma di sottoscrizione volontaria all'assicurazione pubblica contro le malattie

Coloro che in caso di malattia ricevono solo aiuti ai sensi del capitolo 5 del Tomo XII del CPS sono soggetti all'obbligo assicurativo presso l'assicurazione sanitaria pubblica se risultano inquadrabili in questo regime assicurativo e se l'1 aprile 2007 o successivamente soddisfacevano i requisiti dell'obbligo assicurativo subordinato per assenza di altri diritti di tutela in caso di malattia (art. 5 par. 1 n. 13 Tomo V del CPS). Proprio a causa dell'assenza di coperture alternative, queste persone restano affiliate all'assicurazione sanitaria pubblica anche se successivamente incominciano a percepire prestazioni correnti per il sostentamento (prestazioni ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del Tomo XII del CPS).

Indipendentemente dalle prestazioni percepite, i beneficiari di prestazioni correnti ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del Tomo XII del CPS che rientrano nel regime assicurativo privato contro le malattie, sono tenuti ad assicurarsi presso un'assicurazione privata se hanno incominciato a ricevere tali prestazioni dopo l'1 gennaio 2009 e non sono titolari di un rapporto assicurativo o di un obbligo di assicurazione presso l'assicurazione pubblica contro le malattie (art. 193, par. 3, fr. 2 n. 4 Legge sui contratti assicurativi). In questo caso gli enti erogatori dell'assistenza sociale si fanno carico del premio versato all'assicurazione nella misura in cui esso è congruo (art. 32, par. 5 Tomo XII del CPS). Si parte dal presupposto che tale condizione sia soddisfatta per gli importi pari o inferiori alla quota della tariffa di base, dimezzata per i beneficiari di prestazioni di assistenza sociale. Gli enti erogatori dell'assistenza

sociale possono farsi carico di contributi più elevati per un periodo massimo di tre mesi o, in casi eccezionali debitamente motivati, anche di sei mesi.

Assicurazione familiare

L'assicurazione sanitaria obbligatoria comprende anche una assicurazione familiare gratuita. In tal modo il coniuge o il partner registrato, nonché i figli (fino ad una certa età) degli assicurati risultano coassicurati a loro volta se nel 2018 non dispongono di un reddito regolare superiore ai 435 euro mensili e se non sono essi stessi affiliati a titolo personale di un'assicurazione individuale. Il reddito complessivo ammissibile per i lavoratori che esercitano un'attività a reddito marginale ammonta a 450 euro.

Tutti gli affiliati alle assicurazioni sanitarie pubbliche devono notificare senza indugi alla cassa mutualistica qualsiasi cambiamento della loro situazione economica, finanziaria o familiare. Chi percepisce un'indennità di disoccupazione I o II deve segnalare tali cambiamenti anche all'Agenzia del lavoro o al Jobcenter locale.

Partecipazione degli assicurati alle spese sanitarie

È chiaro che l'assistenza sanitaria deve restare finanziabile. Per questo gli assicurati maggiorenni devono pagare il ticket previsto dalla legge per varie prestazioni dell'assicurazione pubblica contro le malattie.

Ticket applicati dall'assicurazione sanitaria pubblica

Prestazioni	Ticket a partire dall'1 gennaio 2004
Medicinali	10 per cento del prezzo di vendita in farmacia da un minimo di 5 a un massimo di 10 euro
Bendaggi	come sopra*
Spese di trasporto	10 per cento della spesa complessiva ticket minimo di 5 euro e ticket massimo di 10 euro per tragitto
Rimedi	10 per cento del prezzo di vendita supplemento di 10 euro per ogni prescrizione*
Dispositivi medici	10 per cento dei costi totali ticket minimo di 5 euro e ticket massimo di 10 euro*
Dispositivi medici di consumo	10 per cento dei costi per un massimo di 10 euro al mese
Trattamenti ospedalieri	10 euro al giorno per un massimo di 28 giorni nel corso dell'anno civile
Interventi di riabilitazione ambulatoriale	10 euro al giorno
Interventi di prevenzione e riabilitazione residenziale	10 euro al giorno
Riabilitazione successiva	10 euro al giorno per un massimo di 28 giorni nel corso dell'anno civile, da cui si detraggono i ticket precedentemente versati per trattamenti ospedalieri

Interventi di prevenzione e riabilitazione
destinati a padri e madri

10 euro al giorno

*l'importo non può superare il costo effettivo

Gli assicurati sono corresponsabili del mantenimento della propria salute. Con i ticket stabiliti dalla normativa sull'assicurazione sanitaria il legislatore intende anche far sì che gli assicurati siano consapevoli dei costi e usufruiscano delle prestazioni in modo responsabile.

Anche se il contributo del paziente è necessario, il legislatore ha tenuto in considerazione il principio per cui a nessuno possono essere imposti oneri finanziari insostenibili e stabilisce che in alcune circostanze si conceda un'esenzione parziale o totale dal pagamento del ticket.

Esenzione totale dal ticket

I bambini e i giovani fino ai 18 anni sono esentati dal pagamento del ticket, fatta eccezione per le protesi dentarie e le spese di trasporto.

Esenzione dal ticket/Soglia di sostenibilità degli oneri

La soglia di sostenibilità per la partecipazione alle spese sanitarie ammonta al 2 percento del reddito lordo considerabile ai fini del sostentamento (1 percento in caso di patologie croniche). Poiché il parametro da cui muove il legislatore è il reddito familiare lordo, la soglia dipende dal numero di persone che appartengono allo stesso nucleo familiare e ne traggono il sostentamento – per ogni membro della famiglia la legge stabilisce una franchigia che è detratta dal reddito familiare, ai i bambini si applica una franchigia maggiorata. La quota ragionevole di partecipazione alla spesa sanitaria varia pertanto in funzione delle dimensioni del nucleo familiare. La franchigia detratta per il primo familiare convivente equivale al 15 percento del valore annuo di riferimento, pari a 5.481 euro per il 2018. La franchigia per i bambini ammonta a 7.428 euro.

Il reddito familiare è la somma di tutti i redditi lordi per il sostentamento, vale a dire di tutte le entrate dell'assicurato e dei suoi congiunti conviventi all'interno dello stesso nucleo familiare disponibili per il sostentamento. Esse comprendono, ad esempio, anche entrate derivanti da locazioni e affitti o redditi da capitale, cioè tutti i redditi non considerati ai fini del calcolo dei contributi degli assicurati a titolo obbligatorio.

La normativa che disciplina l'assicurazione contro le malattie è incentrata sul cosiddetto principio del lordo. Il reddito lordo è cioè il normale parametro per misurare le disponibilità economiche degli assicurati. La quantificazione dei contributi avviene pertanto in base all'ammontare delle entrate lorde senza ricorrere ad altri parametri (entrate nette) per constatare il raggiungimento della soglia di sostenibilità.

L'assicurato, il coniuge/convivente considerabile ai fini dell'esenzione e i figli devono documentare tutti i ticket versati nell'anno in corso perchè le casse mutualistiche sono tenute a rilasciare su richiesta un attestato di esenzione per l'anno corrente a tutti coloro che hanno già raggiunto la soglia di sostenibilità.

La soglia di sostenibilità vale per tutti i ticket, cioè ad esempio anche per la partecipazione alle spese di trattamenti ospedalieri o di interventi residenziali di prevenzione o di riabilitazione.

Norme particolari per ammalati cronici

Il legislatore è consapevole della situazione particolare degli ammalati cronici ed ha pertanto emanato una normativa specifica a loro vantaggio.

Agli assicurati sottoposti a cure permanenti per la stessa patologia si applica una soglia di sostenibilità ridotta pari all'1 percento del reddito annuo disponibile per il sostentamento. La normativa prevede che la Commissione federale congiunta precisi con sue direttive la definizione di malattia gravemente cronica. Ai sensi della corrispondente direttiva della Commissione per l'attuazione della disciplina dell'art. 62 del Tomo V CPS sui pazienti gravemente cronici, sono considerate gravemente croniche le

malattie che hanno richiesto almeno una terapia medica al trimestre per un anno e soddisfano uno dei seguenti criteri:

- grado 3, 4 o 5 di bisogno di assistenza continua ai sensi del capitolo 2 del Tomo XI del CPS,
- grado di disabilità ai sensi della normativa in materia di disabilità grave/di assistenza pari o superiore al 60 per cento, oppure riduzione della capacità lavorativa ai sensi della normativa in materia di assicurazione antinfortunistica pari o superiore al 60 per cento.
- necessità di assistenza medica costante (terapia medica o psicoterapia, terapia farmacologica, assistenza continua durante una terapia, fornitura di rimedi e dispositivi medici), in assenza della quale il personale medico prevede un peggioramento della patologia, una riduzione dell'aspettativa di vita o un deterioramento permanente della qualità della vita a causa di problemi sanitari imputabili alla malattia.

L'accertamento dello statuto di malato gravemente cronico di un assicurato ai sensi delle direttive è affidato alle casse mutualistiche. L'esenzione si applica anche a tutti i congiunti conviventi facenti parte del nucleo familiare del malato cronico.

Norme particolari per titolari di assistenza sociale e altre categorie di persone

Agli aventi diritto alle prestazioni del Tomo II o XII del CPS (minimo per persone alla ricerca di lavoro o assistenza sociale) o dell'assistenza alle vittime di guerra si applicano disposizioni più vantaggiose di quelle abituali: in questi casi ai fini della fissazione della soglia di sostenibilità si considera quale reddito lordo disponibile per il sostentamento dell'intero nucleo familiare esclusivamente l'importo del fabbisogno di base di categoria 1 ai sensi dell'Allegato dell'art. 28 del Tomo XII (art. 62 par. 2, Tomo V del CPS).

Gli aventi diritto alle prestazioni devono sostenere le spese di partecipazione ai costi sanitari utilizzando il loro importo di base. Ciò non determina il riconoscimento di un fabbisogno di base più elevato. Il fabbisogno di base di categoria 1 per tutto l'anno 2018 ammonta a 4.992 euro. Per questo motivo i beneficiari dell'assistenza sociale e dell'indennità di disoccupazione II devono cioè farsi carico di spese annuali di ticket per l'intero nucleo familiare pari a

circa 49,92 euro per soglie dell'1 per cento (malati cronici)
circa 99,84 euro per soglie del 2 per cento (casi normali).

Queste stesse norme particolari si applicano anche alle persone i cui costi di sistemazione in ricovero o in istituzioni analoghe sono a carico di un ente erogatore di assistenza sociale o di assistenza alle vittime di guerra, nonché alle categorie di persone di cui all'art. 264 Tomo V del CPS (titolari di assistenza sociale per cui l'assistenza sanitaria pubblica si fa carico della copertura sanitaria e beneficiari di prestazioni abituali ai sensi dell'art. 2 della Legge sulle prestazioni erogate ai richiedenti asilo). In altri termini: le entrate lorde disponibili per il sostentamento dell'intero nucleo familiare sono determinate esclusivamente in base alla quota di riferimento del capofamiglia ai sensi del Decreto legislativo sulle quote di riferimento.

Agli assicurati che percepiscono prestazioni per il sostentamento ai sensi del Tomo II del CPS, le prestazioni di base ai sensi dell'art. 20 par. 2 Tomo II del CPS sono generalmente determinanti al fine della definizione delle entrate lorde per il sostentamento.

La tutela degli altri assicurati contro oneri eccessivi è garantita da soglie di sostenibilità dell'1 o, se del caso, del 2 per cento delle entrate lorde annuali.

I titolari di assistenza sociale che vivono in ricoveri e che dispongono solo di un importo in contanti adeguato sono - temporaneamente - tutelati da oneri economici eccessivi grazie ad un procedimento federale unitario introdotto con la Legge di riforma della Legge di inquadramento della normativa relativa all'assistenza sociale nel CPS. Questa Legge prevede che gli enti erogatori di assistenza sociale accordino agli interessati un credito pari alla rispettiva soglia di sostenibilità e lo versino direttamente alle loro casse mutua che, dal canto loro, l'1 gennaio di ogni anno rilasciano ai beneficiari dell'importo in contanti un attestato di esenzione dall'obbligo di pagamento del ticket.

Il rimborso del credito all'ente erogatore di assistenza da parte di chi beneficia dell'importo in contanti avviene in rate di pari entità ripartite su tutto l'anno civile.

Criteria particolari di insostenibilità degli oneri per protesi dentarie

In materia di protesi dentarie si applicano norme particolari per i casi critici, legate all'importo delle entrate lorde mensili. Per accertare un eventuale diritto all'esenzione parziale o totale dal versamento del ticket sulle protesi dentarie si raccomanda di rivolgersi alla propria assicurazione sanitaria.

Informazioni

Ulteriori informazioni si ottengono presso le casse mutue, dove si può trovare anche il registro delle ricevute che consente di attestare il pagamento dei ticket.

Finanziamento

A partire all'1 gennaio 2009 le assicurazioni pubbliche contro le malattie applicano un'aliquota contributiva generale e un'aliquota contributiva ridotta unitarie in tutto il territorio federale.

Dall'1 gennaio 2015 l'aliquota contributiva generale, applicata tra l'altro ai contributi da redditi lavorativi e pensioni, ammonta al 14,6 per cento ed è versata dal datore di lavoro e dal lavoratore o dall'ente pensionistico e dal pensionato in parti uguali. L'aliquota ridotta, che si applica in linea di massima agli affiliati senza diritto all'indennità di malattia, ammonta al 14 per cento.

Le assicurazioni contro le malattie possono inoltre richiedere ai loro assicurati un contributo aggiuntivo che può variare da ente assicurativo a ente assicurativo. I contributi aggiuntivi degli impiegati sono corrisposti all'assicurazione direttamente dal datore di lavoro. I contributi aggiuntivi di chi percepisce prestazioni di minimo individuale e di assistenza sociale sono a carico degli uffici competenti.

I contributi sono calcolati in base al reddito soggetto all'obbligo contributivo e, insieme a fondi provenienti dal gettito fiscale, confluiscono nel Fondo per la salute. Per coprire i costi dei servizi erogati, le assicurazioni contro le malattie ricevono a loro volta dal Fondo un importo forfettario per ogni assicurato, con maggiorazioni o detrazioni in funzione dell'età, del rischio specifico e del sesso degli affiliati. In tal modo si tiene debito conto delle differenze tra le assicurazioni dovute alla struttura dei loro assicurati e delle loro patologie.

Se gli importi versati alle assicurazioni contro le malattie non sono sufficienti, esse devono attingere alle proprie riserve "di efficienza" e, se anche questo non basta, hanno la facoltà di imporre ai propri affiliati un contributo aggiuntivo o di aumentarlo ove già esiste. Se la situazione economica delle assicurazioni sanitarie lo consente, esse possono offrire più prestazioni statutarie o ridurre i contributi aggiuntivi.

Contributo aggiuntivo medio

Il contributo aggiuntivo medio si applica a determinate categorie di persone, ad es. apprendisti (con una retribuzione fino a 325 euro) nonché titolari di indennità di disoccupazione II.

Per il 2018 si prevede che il contributo aggiuntivo medio ammonti all'1,0 per cento.

D'altronde, nel rispetto dei termini di preavviso di legge, gli affiliati delle assicurazioni sanitarie pubbliche possono cambiare ente assicurativo per evitare di dover versare contributi aggiuntivi. Il diritto di rescissione straordinaria del rapporto assicurativo presenta caratteristiche molto vantaggiose per gli assicurati: al più tardi un mese prima dell'introduzione o dell'aumento di un contributo aggiuntivo le casse malattia sono tenute a segnalare con una lettera ad ogni affiliato l'esistenza di tale diritto, l'importo del contributo aggiuntivo medio e la pubblicazione della Confederazione delle assicurazioni pubbliche contro le malattie che contiene una panoramica dei contributi individuali aggiuntivi applicati da ogni assicurazione contro le malattie. Le assicurazioni sanitarie la cui aliquota contributiva aggiuntiva individuale supera il contributo aggiuntivo medio (1,4 per cento nel 2018) devono ricordare espressamente agli assicurati che possono passare a un'assicurazione più economica.

I lavoratori dipendenti affiliati a titolo facoltativo all'assicurazione pubblica contro le malattie devono invece versare i loro contributi per intero, a determinate condizioni possono però ricevere una

sovvenzione dai datori di lavoro. I lavoratori dipendenti assicurati contro le malattie a titolo facoltativo ed esentati dall'obbligo assicurativo solo a causa del superamento della soglia retributiva annuale ricevono un contributo del datore di lavoro pari alla quota che questi dovrebbe corrispondere se il lavoratore fosse assicurato a titolo obbligatorio.

Anche i pensionati affiliati all'assicurazione pubblica contro le malattie a titolo facoltativo hanno il diritto di percepire dal loro ente pensionistico una sovvenzione per le spese dell'assicurazione sanitaria.

La quantificazione della contribuzione individuale deve rispettare la cosiddetta soglia di computo dei contributi (4.425 euro mensili per il 2018), vale a dire che il contributo effettivamente versato è calcolato al massimo in base a questo importo, anche in caso di redditi superiori.

Ai rapporti di lavoro rientranti nella fascia retributiva detta "passerella contributiva" (redditi a partire da 450,01 fino a 850 euro) si applicano disposizioni specifiche di previdenza sociale. In conformità con le norme di legge, i lavoratori dipendenti che rientrano in questa fascia beneficiano di sgravi contributivi proporzionati al reddito mentre i datori di lavoro devono versare l'intero importo della quota contributiva datoriale come per tutti gli altri rapporti di lavoro soggetti ad obbligo assicurativo.

Tessera sanitaria elettronica

A partire dall'1 gennaio 2015 la tessera sanitaria elettronica è l'unico documento che permette di comprovare il diritto alle prestazioni dell'assicurazione pubblica contro le malattie. La tessera elettronica contiene una fotografia, con eccezioni solo per gli assicurati di meno di 15 anni e per coloro che non possono contribuire alla realizzazione della foto. Il retro della tessera sanitaria elettronica può essere utilizzato per la "tessera sanitaria europea", che consente di accedere alle cure sanitarie in tutta Europa senza oneri burocratici.

Attualmente la tessera deve obbligatoriamente contenere i dati amministrativi degli assicurati, come ad es. il nome e il codice dell'assicurato. Nella fase successiva i dati amministrativi saranno controllati e aggiornati online.

In futuro la tessera conterrà anche dati medici, come informazioni di emergenza e protocollo delle terapie farmacologiche a cui hanno diritto tutti i pazienti che assumono almeno tre medicinali, importante soprattutto per gli anziani e gli ammalati cronici. L'autodeterminazione degli assicurati è potenziata dalle nuove norme che già disciplinano il passaggio al fascicolo medico elettronico e dal diritto azionabile del paziente di far introdurre i dati conservati sulla tessera elettronica anche in una cosiddetta sezione del paziente. In questa sezione, infatti, si potranno introdurre anche dati propri che potranno essere visionati fuori dallo studio medico. La tutela e la sicurezza dei dati personali sono priorità supreme e sono assicurate da cautele giuridiche e tecniche. Ogni assicurato può decidere liberamente se e in che misura desidera avvalersi delle nuove potenzialità della tessera sanitaria elettronica.

Assicurazione contro l'infermità (Pflegeversicherung)

Aiutare dove è necessario

L'uomo non può determinare il corso della propria vita. Spesso non possiamo fare nulla per influenzare quello che ci succede. Anche le persone che oggi necessitano di assistenza un tempo conducevano una vita spensierata – fino al giorno in cui si sono trovate ad aver bisogno di assistenza continua.

Molte persone non autosufficienti e le loro famiglie hanno dovuto far fronte da un giorno all'altro all'onere gravoso dell'assistenza continua, con tutte le conseguenze che essa comporta. Chi assiste una persona non autosufficiente è spesso assorbito totalmente da questo compito, a volte fino al sovraccarico. Prima dell'introduzione dell'assicurazione contro l'infermità nel 1995 solo pochi erano assicurati contro questa evenienza.

Per cogliere le dimensioni del fabbisogno assistenziale sono sufficienti alcuni dati: oggi nella Repubblica Federale Tedesca più di 3 milioni di persone dipendono dall'assistenza continua – più di tutti gli abitanti di Amburgo. Di queste, circa 0,8 milioni vivono in istituti. Le altre, circa 2,5 milioni, sono assistite in casa: se ne occupano familiari, vicini, assistenti volontari e operatori professionisti. Ogni giorno queste centinaia di migliaia di persone svolgono un servizio degno di riconoscimento, spesso con grande abnegazione nei confronti di chi ha perso la propria autosufficienza.

Obbligo assicurativo

L'obbligo assicurativo prevede che "l'assicurazione contro l'infermità è abbinata all'assicurazione sanitaria". Questo principio si applica indipendentemente dal fatto che si sia affiliati all'assicurazione pubblica contro le malattie come titolari di un'assicurazione obbligatoria, familiari coassicurati, pensionati o titolari di un'assicurazione volontaria: tutti sono automaticamente affiliati anche all'assicurazione sociale contro l'infermità.

Gli assicurati presso un'assicurazione sanitaria pubblica a titolo volontario possono essere dispensati dall'obbligo assicurativo contro l'infermità a condizione che ne presentino richiesta scritta allegando un contratto assicurativo contro l'infermità equivalente, ma stipulato con un ente privato. Tale richiesta va depositata presso la propria cassa contro l'infermità entro tre mesi dall'inizio del rapporto assicurativo volontario contro le malattie.

Dopo l'1 gennaio 1995, tutti gli assicurati contro le malattie presso un ente privato sono obbligatoriamente tenuti a stipulare anche un'assicurazione privata contro l'infermità. Chi dovesse successivamente rientrare nell'obbligo assicurativo presso l'assicurazione sociale contro l'infermità potrà recedere dal contratto assicurativo privato a partire dalla data di decorrenza di tale obbligo.

L'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità deve garantire prestazioni equivalenti a quelle erogate dall'assicurazione pubblica obbligatoria ed è inoltre tenuta a proporre condizioni e premi adeguati alle famiglie e agli assicurati più anziani.

Anche i funzionari pubblici non affiliati ad un'assicurazione sanitaria pubblica devono stipulare un'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità che, nel loro caso, si fa carico dei costi residui, integrando il sussidio statale.

Anche altre categorie di persone la cui copertura assicurativa contro la malattia è disciplinata da leggi o da regimi particolari sono soggette all'obbligo assicurativo contro l'infermità presso un'assicurazione pubblica o privata, a seconda della prossimità all'uno o all'altro regime.

I bambini aventi diritto agli alimenti, i coniugi e i partner di persone assicurate contro l'infermità nel quadro di un regime pubblico sono coassicurati a titolo gratuito se il loro reddito mensile complessivo non supera regolarmente i 435 euro - o i 450 euro quando esercitano un'attività lavorativa marginale.

Prestazioni/ Requisiti

Con il versamento dei contributi l'assicurato acquisisce il diritto di beneficiare delle prestazioni di assistenza in caso di perdita dell'autosufficienza, indipendentemente dalle proprie condizioni economiche.

Definizione di bisogno di assistenza

In linea di principio, un bisogno di assistenza ai sensi della legge può intervenire in tutte le fasi della vita. La definizione della Legge sull'assicurazione contro l'infermità comprende persone la cui autonomia e le cui capacità sono compromesse per motivi di salute e che, per questo, necessitano dell'aiuto di terzi. Si tratta di persone che non sono in grado di compensare o di superare da sole minorazioni fisiche, mentali o intellettuali o sollecitazioni ed esigenze determinate dal loro stato di salute. Il bisogno di assistenza deve essere duraturo – protrarsi prevedibilmente per almeno sei mesi – e presentare almeno la gravità prevista all'art. 15 del Tomo XI del CPS.

Nozione di bisogno di assistenza, strumento di valutazione e gradi di assistenza

Il bisogno di assistenza presenta volti molto diversi. La nozione di bisogno di assistenza tiene conto di questa realtà.

Per la valutazione del bisogno di assistenza e l'inquadramento in un grado di assistenza si utilizza uno strumento di valutazione che parte dalla situazione individuale ed è impostato su quesiti come: cosa riesce a fare da sola la persona bisognosa di assistenza nella vita quotidiana? di quali capacità dispone ancora? in che misura la persona ammalata è ancora autosufficiente? per che cosa necessita di aiuto?

Quello che conta è la persona specifica e la misura in cui è in grado di far fronte alla vita quotidiana. La valutazione permette così un inquadramento personalizzato perché tiene conto con più precisione e in modo più ampio di prima delle minorazioni e delle capacità esistenti inquadrando in cinque gradi di assistenza. Ne traggono profitto, ad esempio, le persone ammalate di demenza con un particolare bisogno di assistenza e di accudimento.

Modulazione dei gradi di assistenza

I gradi di assistenza si basano sul livello di compromissione dell'autonomia o delle capacità della persona non indipendente. Il grado di ciascuno è individuato tramite uno strumento di valutazione fondato su conoscenze specialistiche.

I cinque gradi di assistenza sono modulati gradualmente, a cominciare dalle piccole compromissioni dell'autonomia o delle capacità (grado di assistenza 1) fino alle compromissioni gravissime con esigenze particolari di assistenza (grado di assistenza 5). Per motivi specifici basati su conoscenze specialistiche, le persone non autosufficienti con un profilo assistenziale particolare che presentano un bisogno di assistenza specifico e straordinariamente elevato che pongono esigenze particolari all'assistenza possono essere inquadrati nel grado di assistenza 5 anche se non raggiungono il numero di punti necessario. Nelle sue direttive per la realizzazione delle perizie, l'Associazione federale centrale delle casse contro l'infermità specifica i requisiti di questi profili particolari di bisogno di assistenza, basati su esigenze specifiche di assistenza.

Richiesta delle prestazioni

Per ricevere prestazioni di assistenza continua è necessario farne domanda alla cassa contro l'infermità presso la propria cassa malattia. La richiesta può essere presentata anche da familiari, vicini o buoni conoscenti dotati di procura o anche telefonicamente. Non appena ricevuta la domanda, la cassa contro l'infermità incarica il Servizio ispezioni mediche dell'assicurazione sanitaria o altri periti indipendenti di svolgere una perizia per accertare il bisogno di assistenza.

Gli affiliati delle assicurazioni private presentano la domanda al loro ente assicurativo privato, che incarica della perizia gli esperti del Servizio di ispezioni mediche MEDICPROOF.

Accertamento del bisogno di assistenza

La cassa contro l'infermità chiede al Servizio ispezioni mediche dell'assicurazione sanitaria, ad altri periti indipendenti o, nel caso di assicurati presso la Knappschaft, al Servizio ispezioni medico-sociali di svolgere una perizia per accertare il bisogno assistenziale e l'entità dell'assistenza necessaria nel caso specifico; nel caso degli affiliati presso un ente assicurativo privato la perizia è svolta dal Servizio di ispezioni mediche MEDICPROOF. La visita necessaria all'accertamento è compiuta dal perito (operatore assistenziale specializzato o medico) a domicilio o nella struttura di assistenza ed avviene esclusivamente su appuntamento – non si effettuano visite senza preavviso.

Alla visita dovrebbero possibilmente essere presenti anche i familiari o le persone che assistono la persona ammalata e la appoggiano. Parlare con queste persone permette al perito di disporre di un quadro completo del livello di indipendenza e del tipo di minorazioni del richiedente.

Dal 2013 sono in vigore direttive della Confederazione delle assicurazioni pubbliche contro le malattie per orientare le prestazioni nella procedura di accertamento con valore vincolante per tutti i Servizi di ispezione, che assicurano una maggiore trasparenza e un migliore orientamento al servizio della procedura di accertamento. In particolare, esse stabiliscono i principi generali che i periti devono seguire mentre svolgono l'accertamento, le informazioni personalizzate e complete sulla procedura di accertamento da fornire agli assicurati (anche in lingua croata, francese, greca, inglese, italiana, polacca, russa e turca), le modalità di intervista degli assicurati e le modalità di gestione dei reclami.

Quesiti di valutazione

Per accertare il livello di autonomia di una persona bisognosa di assistenza continua, il perito considera attentamente sei ambiti della vita:

1. Mobilità: il perito esamina la mobilità fisica: ad es. la persona può alzarsi dal letto da sola e recarsi in bagno? riesce a muoversi autonomamente in casa propria? è in grado di salire le scale?

2. Capacità intellettive e comunicative: questo ambito comprende la comprensione e l'uso della parola: ad es. la persona interessata si orienta nel tempo e nello spazio? comprende situazioni complesse? riconosce rischi? è in grado di condurre conversazioni con altre persone?

3. Comportamenti e problematiche mentali: si tratta tra l'altro di agitazione notturna o di ansie e aggressività che creano difficoltà alla persona bisognosa di assistenza, ma anche ai suoi familiari. In questo contesto si tiene conto anche di reazioni ostili agli interventi di assistenza.

4. Indipendenza: il richiedente è in grado di lavarsi, vestirsi, andare in bagno e di mangiare e bere da solo?

5. Capacità di affrontare autonomamente sollecitazioni ed esigenze determinate da malattie o terapie: il perito verifica, ad esempio, se la persona interessata è in grado di assumere farmaci, misurarsi la glicemia, utilizzare dispositivi come protesi o deambulatori e recarsi dal medico in modo autonomo.

6. Organizzazione della vita quotidiana e contatti sociali: la persona interessata è in grado, ad esempio, di organizzare da sola il corso della propria giornata? Riesce ad entrare in contatto diretto con altre persone o a partecipare a incontri con conoscenti senza necessità di essere aiutata?

Per ogni criterio relativo a questi ambiti della vita i periti accertano il grado di autonomia della persona non autosufficiente, generalmente utilizzando un punteggio che va da 0 (la persona riesce a svolgere l'attività senza l'assistenza di un terzo o eventualmente da sola con dispositivi ausiliari) e – generalmente – 3 (la persona non è in grado di svolgere l'attività, nemmeno parzialmente). In tal modo emerge il grado di minorazione in ogni ambito della vita e, alla fine, i punti sono tradotti – con diversa ponderazione – in un valore globale che coincide a uno dei cinque gradi di fabbisogno di assistenza.

I periti valutano inoltre anche le **attività extra-domestiche** e la **conduzione domestica**. Le risposte relative a questi settori non sono considerate ai fini dell'inquadramento perché le minorazioni per essi rilevanti sono già contemplate dalle domande sui sei ambiti della vita. Una volta accertato il bisogno di assistenza, queste informazioni servono però ai consulenti in materia di assistenza continua delle casse contro l'infermità perché permettono loro di fornire alle persone non autosufficienti una

consulenza a proposito ad altre iniziative o prestazioni sociali e di elaborare un protocollo di accudimento personalizzato. Le informazioni sono molto utili anche per la programmazione dell'assistenza da parte degli operatori specializzati.

Accertamento del bisogno di assistenza dei minorenni

Di norma, l'accertamento del bisogno di assistenza dei minorenni deve avvenire ad opera di periti ed esperti del Servizio ispezioni mediche che dispongono di una particolare formazione e qualificazione specializzata nell'assistenza infermieristica infantile o da medici pediatri. Il grado di bisogno di assistenza è accertato confrontando le minorazioni dell'autonomia e delle capacità dei minorenni con la situazione di coetanei normalmente sviluppati.

Una particolarità riguarda l'accertamento presso bambini di meno di 18 mesi. Per loro natura, i bambini di questa fascia d'età non sono autosufficienti in nessun ambito della vita quotidiana. Per attribuire anche a questi bambini il grado di assistenza adeguato alle loro esigenze, l'accertamento considera anche ambiti indipendenti dall'età come "comportamenti e problematiche mentali" e "capacità di affrontare sollecitazioni ed esigenze determinate da malattie o terapie". Si considera inoltre se un bambino presenta gravi problemi di assunzioni del cibo che fanno scattare un bisogno di aiuto straordinariamente intenso.

Tempi di risposta

Il termine di legge per l'evasione delle richieste di prestazioni di assistenza continua è di 25 giorni lavorativi. In caso di degenza ospedaliera, di soggiorno in una struttura di riabilitazione residenziale, in un hospice o durante una terapia palliativa ambulatoriale l'accertamento del Servizio ispezioni mediche o degli altri periti indipendenti deve però avvenire entro una settimana ove ciò sia necessario per assicurare la continuazione dell'assistenza o se al datore di lavoro è già stato comunicato l'intento di avvalersi di un periodo di congedo ai sensi della Legge sui periodi di assistenza continua o della Legge sui periodi di assistenza continua di familiari. I tempi di risposta sono invece di due settimane se il richiedente si trova nel suo ambiente domestico e non necessita di cure palliative, ma si è comunicato al datore di lavoro l'intento di avvalersi di un congedo dedicato all'assistenza continua ai sensi della Legge sui periodi di assistenza continua o della Legge sui periodi di assistenza continua ai familiari.

Se la risposta scritta alla richiesta non perviene entro 25 giorni lavorativi dalla ricezione della domanda o nel rispetto dei tempi di valutazione più brevi previsti per legge in casi specifici, la cassa contro l'infermità deve corrispondere immediatamente al richiedente 70 euro per ogni settimana o frazione di settimana di ritardo rispetto alla scadenza di legge, eccezion fatta per i casi in cui il ritardo non le può essere imputato o in cui il richiedente si trova in una struttura di assistenza residenziale e gli è già stata riconosciuta almeno una compromissione notevole dell'autonomia o delle capacità (grado di assistenza 2).

Comunicazione di riconoscimento delle prestazioni

La decisione della cassa contro l'infermità sull'accertamento del bisogno di assistenza continua deve essere trasparente e comprensibile per i pazienti. Se i richiedenti non si oppongono, la cassa invia loro la perizia. La trasmissione della perizia può essere richiesta anche in un secondo momento.

Gli assicurati ricevono inoltre una raccomandazione separata per la prevenzione e la riabilitazione, emessa nel contesto della valutazione. Al contempo sono informati che, se il richiedente è d'accordo, l'inoltro di questo documento all'ente di riabilitazione competente fa scattare una procedura di richiesta di prestazioni di riabilitazione medica.

Assistenza a domicilio o in strutture residenziali

Le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità dipendono dai gradi di assistenza sopra illustrati e dal fatto che l'assistenza debba essere prestata a domicilio o in un istituto residenziale. Le prestazioni obbediscono a due principi fondamentali: "prevenire e riabilitare (ovvero intervenire in tutti i modi possibili sia per contribuire a superare e/o a ridurre lo stato di bisogno, sia per impedirne un aggravamento) anziché assistere" e "assistere a domicilio anziché in una struttura esterna".

Assistenza domiciliare

La famiglia continua ad essere “il più grande servizio assistenziale della nazione”. La maggior parte delle persone non autosufficienti che vivono in casa sono infatti assistite dai familiari. Le persone non autosufficienti desiderano generalmente continuare a vivere il più a lungo possibile nel loro ambiente domestico e insieme alla famiglia. È questo il motivo per cui la legge attribuisce particolare importanza alle prestazioni che migliorano le condizioni dell'assistenza domestica e facilitano il compito di chi se ne fa carico.

L'entità delle prestazioni per l'assistenza domiciliare dipende dal rispettivo grado di assistenza delle persone non autosufficienti, che hanno il diritto di scegliere tra prestazioni domiciliari in natura (interventi assistenziali di servizi di assistenza domiciliare autorizzati dalla cassa contro l'infermità o di operatori individuali) e prestazioni in denaro (con cui la persona non autosufficiente può provvedere da sola ad assicurarsi in modo adeguato l'assistenza necessaria, a.e. tramite i familiari). Le prestazioni in natura e le prestazioni in denaro possono essere combinate. Gli aiuti possono così venire calibrati per soddisfare le esigenze individuali delle persone non autosufficienti.

Dall'1 gennaio 2017 le persone non autosufficienti con uno dei gradi di assistenza (da 1 a 5) assistite a domicilio ricevono un importo di sgravio unitario che può raggiungere al massimo i 125 euro mensili. L'importo di sgravio non è una prestazione in denaro a carattere forfettario, ma è vincolato ad usi specifici. L'importo di sgravio può essere utilizzato per rimborsare le spese sostenute dalla persona non autosufficiente per ricorrere all'assistenza semiresidenziale diurna o notturna, all'assistenza temporanea in strutture residenziali o a servizi di assistenza domicilio (per i gradi da 2 a 5, però, non per prestazioni nell'ambito dell'autonomia). Può inoltre essere utilizzato per prestazioni di sostegno nella vita quotidiana riconosciute dalla normativa regionale che contribuiscono a sgravare le persone che assistono i non autosufficienti e aiutano questi ultimi a restare il più a lungo possibile nel loro ambiente domestico, a mantenere i contatti sociali e a continuare a gestire la loro vita quotidiana in modo possibilmente autonomo.

L'importo di sgravio è concesso in aggiunta alle altre prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità a chi è assistito a domicilio e non è pertanto detratto dalle altre prestazioni a cui si ha diritto. Gli importi non (interamente) utilizzati possono essere riportati ai mesi successivi dell'anno civile; gli importi non ancora utilizzati alla fine dell'anno civile possono essere riportati al semestre successivo.

Per persone non autosufficienti con un grado di assistenza di almeno 2 come prestazioni domiciliari in natura l'assicurazione contro l'infermità si fa carico dei costi delle prestazioni di un servizio di assistenza o di un operatore individuale per interventi di assistenza fisiologica e di accudimento assistenziale e per l'aiuto nella conduzione domestica (assistenza domestica ausiliaria). Le persone con grado 2 hanno il diritto di beneficiare di un'assistenza domestica ausiliaria mensile fino ad un importo massimo di 689 euro, quelle con grado 3 fino a 1.298 euro, quelle con grado 4 fino a 1.612 euro e quelle con grado 5 fino a 1.995 euro.

Se la somma destinata alle prestazioni assistenziali domiciliari in natura non è pienamente sfruttata o non è esaurita dal ricorso a prestazioni domiciliari in natura, l'importo non utilizzato può essere impiegato per richiedere un ulteriore rimborso di prestazioni di sostegno nella vita quotidiana da parte di operatori riconosciuti dalla normativa regionale. In questo caso si può richiedere al massimo la conversione del 40 per cento dell'importo destinato alle prestazioni assistenziali domiciliari in natura (diritto azionabile alla conversione).

È inoltre possibile che diverse persone non autosufficienti, soprattutto se assistite nelle nuove forme di alloggio, mettano in comune i loro diritti a prestazioni in natura (poolen). I risparmi che ne derivano, in particolare in termini di tempo e di denaro, devono essere utilizzati esclusivamente nel loro interesse.

Quando l'assistenza domestica è garantita senza ricorrere ad operatori esterni, ad esempio da familiari o da altri volontari, l'assicurazione contro l'infermità versa un'indennità di assistenza continua a tutte le persone non autosufficienti a partire dal grado 2. Tale indennità ammonta a 316 euro mensili per persone con grado 2, 545 euro per persone con grado 3, 728 euro per persone con grado 4 e 901 per persone con grado di assistenza 5.

Altre prestazioni

- Assunzione dei costi di determinati dispositivi per l'assistenza destinati al consumo fino a un massimo di 40 euro al mese
- Dispositivi tecnici per l'assistenza (ad esempio letti per lungodegenti), ove possibile principalmente sotto forma di comodato d'uso gratuito da parte della cassa contro l'infermità
- Sussidi fino a 4.000 euro per interventi di ristrutturazione dell'abitazione determinati da bisogni assistenziali (interventi di miglioramento dell'ambiente residenziale). Questo sussidio può ammontare fino a quattro volte 4.000 euro – vale a dire al massimo 16.000 euro – quando più persone bisognose di assistenza convivono sotto lo stesso tetto
- Consulenza individuale completa in materia di assistenza continua
- Corsi gratuiti di assistenza continua per familiari e operatori volontari
- Consulenza in materia di assistenza ad assicurati e familiari.

Queste prestazioni sono disponibili anche per le persone con grado di assistenza 1.

Maggiorazione per gruppi di alloggio con assistenza a domicilio

Se vivono in gruppi di alloggio seguiti con prestazioni a domicilio, le persone non autosufficienti che ricevono l'indennità di assistenza continua, prestazioni domiciliari di assistenza continua in natura o l'importo di sgravio, oltre alle altre prestazioni, possono percepire su richiesta anche un importo forfettario pari a 214 euro al mese, la cosiddetta maggiorazione per gruppi di alloggio. Tale maggiorazione può essere versata anche a persone non autosufficienti con grado 1, che la ricevono senza dover beneficiare di indennità per l'assistenza continua, di prestazioni domiciliari di assistenza o dell'importo di sgravio.

Per ricevere la maggiorazione per gruppi di alloggio è necessario

* che l'interessato viva con almeno due e al massimo undici altre persone in un alloggio condiviso allo scopo di ricevere un accudimento tramite prestazioni di assistenza continua organizzate congiuntamente, e che almeno altre due di queste persone siano bisognose di assistenza continua.

* che chi condivide l'alloggio abbia incaricato una persona (operatore presente) di svolgere attività generali di natura organizzativa, amministrativa, assistenziale o di promozione della vita comunitaria.

* che l'ente gestore del gruppo di alloggio o dei terzi non offrano alcuna forma di accudimento che possa fornire alle persone non autosufficienti prestazioni di assistenza ampiamente coincidenti con la gamma di prestazioni concordate per l'assistenza residenziale, ivi compresa l'assistenza semiresidenziale.

Oltre alle sovvenzioni per l'adeguamento dell'abitazione, le persone non autosufficienti che concorrono alla costituzione di un gruppo di alloggio con assistenza a domicilio possono richiedere alla loro cassa contro l'infermità anche un finanziamento straordinario per interventi di miglioramento dell'ambiente residenziale per un importo massimo di 2.500 euro a testa. Ha diritto a percepirlo chi è intitolato a ricevere la maggiorazione per gruppi di alloggio di cui sopra e partecipa alla costituzione di un tale gruppo. L'importo massimo spettante ad ogni gruppo di alloggio è limitato a 10.000 euro. Se i membri fondatori sono più di quattro, l'importo complessivo è ripartito tra di loro in parti uguali. Questo finanziamento di avviamento è vincolato alla ristrutturazione della nuova abitazione per adeguarla alle esigenze delle persone anziane o per eliminare le barriere architettoniche.

Assistenza in caso di impossibilità dell'assistente

La cassa contro l'infermità si fa carico dei costi dell'assistenza sostitutiva a persone non autosufficienti con grado da 1 a 5 quando chi le assiste in casa è in vacanza o è impossibilitato per malattia, a condizione che la persona impossibilitata abbia assunto il compito di assistenza da almeno sei mesi. Se l'assistenza sostitutiva è prestata da una persona remunerata o da un servizio di assistenza a domicilio, l'importo di questa prestazione può raggiungere i 1.612 euro all'anno. Questo importo può essere versato anche quando l'assistenza sostitutiva è prestata da lontani parenti, non legati alla persona non autosufficiente da un legame di parentela – anche acquisita – fino al secondo grado o da vicini di casa. Se l'assistenza sostitutiva è prestata da parenti fino al secondo grado o da chi convive con i non autosufficienti nello stesso nucleo familiare, la prestazione dipende dall'importo dell'indennità di assistenza continua percepita. I costi sostenuti dalla cassa contro l'infermità non possono superare il 150 per cento dell'indennità di assistenza corrispondente al grado di assistenza accertato della persona non autosufficiente. Tale importo può però essere maggiorato delle spese necessarie comprovabili (ad es. mancato guadagno o spese di viaggio) sostenute per assicurare

l'assistenza sostitutiva da questa persona fino a un montante complessivo di 1.612 euro. L'esborso complessivo della cassa contro l'infermità non può comunque superare i 1.612 euro.

Durante l'assistenza sostitutiva si continua a ricevere la metà dell'indennità di assistenza normalmente percepita per un massimo di sei settimane all'anno.

Per tutta la durata delle vacanze della persona che si occupa dell'assistenza la cassa contro l'infermità continua a pagare i suoi contributi all'assicurazione pensionistica e contro la disoccupazione. In tal modo continua la maturazione dei diritti pensionistici e non decade la tutela assicurativa contro la disoccupazione non si interrompe.

Oltre all'importo specificamente destinato all'assistenza sostitutiva si può utilizzare a questo scopo fino al 50 per cento dell'importo destinato all'assistenza temporanea (vale a dire fino a 806 euro all'anno). La maggiorazione per l'assistenza sostitutiva di cui ci si avvale è detratta dalle prestazioni per l'assistenza temporanea. Per l'assistenza sostitutiva si può così disporre fino ad un massimo di 2.418 euro all'anno.

Assistenza diurna e notturna semiresidenziale

Si definisce assistenza diurna e notturna (semiresidenziale) l'accudimento temporaneo in una struttura adeguata nel corso della giornata. Per gli autosufficienti con grado da 2 a 5, la cassa contro l'infermità si fa carico dei costi di assistenza continua, di accudimento e delle prestazioni di assistenza medica necessarie nella struttura, che comprendono anche i costi del servizio di trasporto dall'abitazione alla struttura di assistenza al mattino e di riaccompagnamento a domicilio alla sera. Le altre spese (ad esempio di alloggio o costi di investimenti) devono invece essere sostenuti dalla persona non autosufficiente.

L'assistenza semiresidenziale è concessa quando non è possibile assicurare in misura sufficiente l'assistenza domiciliare o quando è necessaria per integrare e migliorare l'assistenza domiciliare. L'assistenza diurna, generalmente, è richiesta per persone autosufficienti i cui familiari lavorano durante il giorno. Essa offre inoltre un'importante possibilità di sgravare chi assicura l'assistenza di parenti affetti da demenza. Di solito i pazienti sono prelevati al mattino e riaccompagnati a casa nel pomeriggio.

L'importo della prestazione dipende dal grado di assistenza e può arrivare a 689 euro per le persone con grado 2, a 1.298 euro per le persone con grado 3, a 1.612 euro per le persone con grado 4 e a 1.995 euro per le persone con grado 5. Le persone con grado 1 possono utilizzare il loro importo di sgravio.

Oltre a queste prestazioni, nelle strutture di assistenza semiresidenziali le persone non autosufficienti hanno un diritto autonomo all'accudimento e all'attivazione.

Oltre all'assistenza diurna e notturna ci si può avvalere anche delle prestazioni assistenziali domiciliari in natura nella loro interezza, senza decurtazioni.

Per beneficiare di prestazioni di assistenza diurna e notturna le persone con grado 1 possono utilizzare l'importo di sgravio pari a 125 euro mensili.

Assistenza temporanea

Alcune persone non autosufficienti necessitano di assistenza continua residenziale solo per un periodo limitato, in particolare fino al superamento di situazioni di crisi nell'assistenza domestica o per un periodo transitorio dopo una degenza ospedaliera. L'assistenza temporanea in strutture residenziali adeguate è stata concepita per loro. L'importo delle prestazioni per persone con grado da 2 a 5 può raggiungere 1.612 euro per un periodo massimo di otto settimane all'anno.

L'importo delle prestazioni può essere aumentato a 3.224 euro grazie a una maggiorazione attinta alle risorse inutilizzate dell'assistenza sostitutiva, che può raggiungere 1.612 euro. La maggiorazione per l'assistenza temporanea di cui si è beneficiato è detratta dalle prestazioni per l'assistenza sostitutiva.

Per beneficiare di prestazioni di assistenza temporanea le persone con grado 1 possono utilizzare l'importo di sgravio pari a 125 euro mensili.

Durante l'assistenza temporanea la metà delle prestazioni in denaro per l'assistenza continua precedentemente percepite è erogata ancora per un massimo di otto settimane all'anno.

È possibile beneficiare dell'assistenza temporanea anche in strutture residenziali di prevenzione o riabilitazione prive dell'autorizzazione di prestare assistenza continua ai sensi del Tomo XI CPS quando il familiare che assicura l'assistenza si avvale di un intervento di prevenzione o di riabilitazione nella stessa struttura o nelle vicinanze. In tal modo si facilita la partecipazione a interventi di prevenzione o di riabilitazione da parte dei familiari che assicurano l'assistenza.

Dall'1 gennaio 2016 sussiste il diritto all'assistenza temporanea sotto forma di prestazione dell'assicurazione pubblica contro le malattie. Se il sostegno a domicilio dato dall'assistenza del malato e/o dall'aiuto alla conduzione domestica non è sufficiente, quale nuova prestazione dell'assicurazione pubblica contro le malattie gli assicurati possono ricorrere all'assistenza temporanea in una struttura adeguata. L'entità delle prestazioni equivale a quella dell'assicurazione sociale contro l'infermità, i costi sono cioè sostenuti fino a un importo massimo di 1.612 euro.

Accudimento e attivazione supplementari in strutture residenziali di assistenza continua

Dall'1 gennaio 2017 ogni persona non autosufficiente ha il diritto a prestazioni supplementari di accudimento e attivazione in strutture di residenziali o semiresidenziali che vanno al di là dell'assistenza necessaria in base al tipo e alla gravità del bisogno di assistenza. Questo accudimento e questa attivazione supplementari permettono alle persone assistite in strutture specializzate di ricevere più attenzioni, di intrattenere uno scambio più intenso con altre persone e di partecipare meglio alla vita comunitaria.

Sicurezza sociale di chi assiste persone non autosufficienti

Assistere una persona in casa è un impegno gravoso. Spesso chi si fa carico di questa incombenza – in generale si tratta di donne - deve rinunciare del tutto o in parte ad un'attività lavorativa propria. Per questo il motivo l'assicurazione contro l'infermità riconosce prestazioni per garantire la sicurezza sociale di queste persone.

L'opuscolo "Unfallversicherung bei der häuslichen Pflege" (A 401) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sull'assicurazione contro gli infortuni di chi assiste in casa persone non autosufficienti.

Chi assiste senza scopo di lucro una o più persone con grado da 2 a 5 nel loro ambiente domestico per almeno 10 ore settimanali regolarmente ripartite su almeno due giorni della settimana e non svolge un'attività lavorativa retribuita o la svolge per meno di 30 ore settimanali è considerato una persona che assicura assistenza ai sensi dell'assicurazione contro le infermità. Se non svolge un'attività retribuita per più di 30 ore alla settimana, l'assicurazione contro l'infermità versa contributi pensionistici il cui importo dipende dal grado di assistenza e dalla tipologia delle prestazioni percepite (solo indennità di assistenza, solo prestazioni domiciliari in natura o prestazioni combinate).

Chi assiste una persona cara nel suo ambiente domestico gode della copertura gratuita dell'assicurazione pubblica contro gli infortuni che comprende tutte le attività considerate interventi di assistenza anche dalla stessa assicurazione contro l'infermità, come l'aiuto alla conduzione domestica. L'assicurazione contro gli infortuni copre inoltre il percorso diretto di andata e ritorno per raggiungere il luogo in cui si presta l'assistenza quando la persona non autosufficiente e la persona che le presta assistenza vivono in abitazioni diverse.

Dall'1 gennaio 2017 la cassa contro l'infermità versa i contributi all'assicurazione contro la disoccupazione per l'intero periodo di assistenza assicurato da persone che hanno abbandonato la loro professione per assistere familiari non autosufficienti. In tal modo queste persone hanno diritto all'indennità di disoccupazione e alle prestazioni di promozione attiva del lavoro se al termine del periodo di assistenza non riescono ad accedere immediatamente ad un'altra occupazione. Lo stesso vale anche per le persone che smettono di percepire prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione a causa della loro attività di assistenza.

I contributi sono a carico della cassa contro l'infermità. Dall'1 gennaio 2017 le persone che assicurano assistenza affiliate volontariamente presso l'assicurazione contro la disoccupazione secondo le norme

vigenti fino al 31 dicembre 2016 mantengono il rapporto assicurativo, che si trasforma da volontario a obbligatorio (vale a dire con contribuzione esclusivamente a carico della cassa contro l'infermità), fintantoché continuano ad esercitare l'attività di assistenza.

Conciliabilità di attività di assistenza a non autosufficienti e attività professionale – misure di sostegno

Periodi di assistenza continua e di assistenza continua familiare

Mirano a valorizzare l'assistenza continua in ambito domestico anche la Legge sui periodi di assistenza continua e la Legge sui periodi di assistenza continua familiare, perfezionate nell'interesse dei parenti prossimi delle persone non autosufficienti per tenere conto dei diversi contesti e del diverso bisogno di assistenza. In caso di necessità, i familiari che lavorano di persone non autosufficienti possono avvalersi di questi permessi:

- quando l'esigenza di assistenza continua di un congiunto sopravviene improvvisamente, i lavoratori dipendenti hanno il diritto di assentarsi dal lavoro per un periodo massimo di 10 giorni lavorativi (impedimento lavorativo temporaneo) al fine di organizzare o assicurare l'assistenza adeguata di un parente prossimo bisognoso di assistenza continua. In tal modo, in casi acuti, i familiari hanno la possibilità di informarsi sulle prestazioni di assistenza disponibili e di avviare le attività organizzative necessarie. Il diritto di assentarsi temporaneamente dal lavoro mira anche a permettere alla persona non autosufficiente che non può essere accolta in una struttura adeguata di assistenza continua dopo un ricovero ospedaliero di essere assistita in casa dai propri parenti prossimi, almeno in un primo momento. Il diritto di invocare un impedimento lavorativo temporaneo è riconosciuto ai lavoratori indipendentemente dalle dimensioni dell'impresa in cui lavorano. Il datore di lavoro è tenuto a continuare a versare la retribuzione solo se quest'obbligo discende da altre disposizioni giuridiche o da un accordo. I lavoratori che non continuano a percepire la retribuzione dal datore di lavoro possono richiedere la cosiddetta indennità di supporto all'assistenza continua, limitata ad un periodo massimo di dieci giorni, per la cura di persone non autosufficienti con qualsiasi grado di assistenza. L'indennità di supporto all'assistenza continua è una prestazione sostitutiva della retribuzione il cui importo lordo ammonta al 90 per cento (o il 100 per cento in caso di percepimento di un importo una-tantum assoggettato all'obbligo contributivo nei dodici mesi precedenti l'esenzione dal lavoro) della retribuzione lavorativa netta non percepita.
- i lavoratori dipendenti che desiderano assistere i congiunti non autosufficienti all'interno delle mura domestiche hanno inoltre la possibilità di ottenere un congedo lavorativo di durata massima di 6 mesi (periodo di assistenza continua). Il congedo può essere completo o essere riconosciuto sotto forma di riduzione dell'orario di lavoro. Il diritto a beneficiare di un periodo di assistenza sussiste nei confronti dei datori di lavoro che occupano generalmente più di 15 dipendenti.
- se i lavoratori dipendenti necessitano di una riduzione più prolungata dell'orario di lavoro per assicurare l'assistenza di un congiunto tra le mura domestiche, possono ricorrere a un periodo di congedo per l'assistenza continua familiare della durata massima di 24 mesi. Durante i periodi di assistenza continua familiare l'orario lavorativo settimanale deve essere di almeno 15 ore. In caso di orario settimanale diverso o di ripartizione disomogenea si deve raggiungere un orario lavorativo settimanale medio minimo di 15 ore per un periodo della durata massima di un anno. Il diritto di beneficiare di un periodo di assistenza continua familiare sussiste nei confronti di datori di lavoro che occupano generalmente più di 25 dipendenti.
- molti bambini e giovani non autosufficienti non sono assistiti solo all'interno della mura domestiche, ma per lunghi periodi anche fuori casa, ad esempio in clinica. Anche se non si trovano in una situazione di assistenza continua tra le mura domestiche, i minorenni hanno la necessità di essere accuditi dai loro congiunti. Per consentire ai lavoratori dipendenti che lo desiderano di accudire bambini e giovani in ambiente domestico si conferisce loro il diritto a un congedo lavorativo totale ai sensi della Legge sui periodi di assistenza continua e della Legge sui periodi di assistenza continua familiare. Il congedo totale è possibile solo per un periodo massimo di 6 mesi, come per i periodi di assistenza. Del congedo parziale con orario settimanale di almeno 15 ore si può fruire per un periodo massimo di 24 mesi. La durata complessiva di tutti i periodi di congedo – anche combinati con periodi di assistenza continua e periodi di assistenza continua familiare – non può però superare i 24 mesi. Il diritto di

beneficiare di un congedo fino a 6 mesi sussiste nei confronti di datori di lavoro che occupano generalmente più di 15 dipendenti. Nei confronti di datori di lavoro che occupano generalmente più di 25 dipendenti sussiste il diritto di beneficiare di un congedo parziale più prolungato con orario settimanale minimo di 15 ore.

- molti lavoratori dipendenti vogliono poter prendere commiato in modo dignitoso dai loro familiari giunti all'ultima fase della vita e stare loro vicini davanti alla morte. Per dar loro questa possibilità, la Legge sui periodi di assistenza continua permette di chiedere un congedo lavorativo totale o parziale per un periodo che può arrivare a 3 mesi. In questo caso non si presuppone un'assistenza tra le mura domestiche, ma si intende permettere l'accompagnamento del congiunto anche durante la permanenza in un hospice. Questo diritto sussiste nei confronti di datori di lavoro che occupano generalmente più di 15 dipendenti.

Al termine di un congedo lavorativo per fornire assistenza continua è possibile avvalersi di un congedo ai sensi della Legge sui periodi di assistenza continua familiare e viceversa. I diversi tipi di periodi di assistenza devono però susseguirsi nel tempo senza soluzione di continuità e ottemperare ai rispettivi tempi di notifica al datore di lavoro. Il congedo per accompagnare i congiunti nell'ultima fase della vita è l'unica forma di esenzione dal lavoro di cui si può fruire anche dopo aver ripreso a tutti gli effetti l'attività lavorativa al termine di un altro periodo di congedo. La durata totale di tutti i periodi di congedo ai sensi della Legge sui periodi di assistenza continua e della Legge sui periodi di assistenza continua familiare non può superare i 24 mesi.

Per mitigare le perdite retributive derivanti da un congedo sensi della Legge sui periodi di assistenza continua o della Legge sui periodi di assistenza continua familiare, i lavoratori dipendenti che se ne avvalgono possono richiedere un prestito statale a tasso zero presso l'Ufficio Federale per la Famiglia e i Compiti della Società Civile (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben). Per maggiori dettagli si prega di consultare il sito wege-zur-pflege.de.

I dipendenti di piccole imprese possono concordare un congedo con il loro datore di lavoro. Anche in questo caso i lavoratori hanno diritto a ricevere un prestito statale a tasso zero.

Il datore di lavoro non può sciogliere il rapporto di lavoro dal momento della notifica – ma al massimo dalla dodicesima settimana che precede il momento di inizio del periodo di assistenza notificato – fino al termine dell'impedimento lavorativo temporaneo o del congedo lavorativo ai sensi della Legge sui periodi di assistenza continua o della Legge sui periodi di assistenza continua familiare.

Un licenziamento può essere dichiarato in casi particolari solo dall'autorità regionale suprema competente per la tutela del lavoro o da un'istanza da essa designata.

Durante i periodi di assistenza continua di cui si fruisce sotto forma di congedo totale è garantita la protezione sociale necessaria. Generalmente la tutela dell'assicurazione contro la malattia e l'infermità prosegue anche durante il periodo di assistenza perché di solito durante tale periodo esiste un'assicurazione come familiare. Se ciò non fosse possibile, la persona interessata deve continuare il rapporto con l'assicurazione sanitaria a titolo volontario, generalmente versando il contributo minimo. Con l'assicurazione sanitaria si riceve automaticamente anche l'assicurazione contro l'infermità. Su richiesta, la cassa contro l'infermità delle persone non autosufficienti di qualsiasi grado rimborsa i contributi all'assicurazione contro le malattie e contro l'infermità fino all'importo del contributo minimo. Come per tutti coloro che assistono una o più persone con grado da 2 a 5 per almeno 10 ore settimanali regolarmente ripartite su due giorni della settimana, durante i periodi di assistenza sussiste una copertura assicurativa gratuita contro gli infortuni, mentre l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione prosegue per tutta la durata del periodo di assistenza. I contributi necessari sono a carico della cassa contro le infermità. Di norma, l'assicurazione privata contro la malattia e l'infermità continua a sussistere anche durante i periodi di assistenza. Su richiesta, la cassa o l'assicurazione privata contro l'infermità delle persone non autosufficienti di qualsiasi grado si fa carico della polizza assicurativa contro le malattie e l'infermità fino all'importo della polizza minima, come nel caso degli affiliati all'assicurazione pubblica.

Le persone che assistono una o più persone con grado di bisogno assistenziale da 2 a 5 nel loro ambiente domestico per almeno 10 ore settimanali regolarmente ripartite su due giorni della settimana e non svolgono un'attività lavorativa per più di 30 ore settimanali sono assicurate presso l'assicurazione pensionistica pubblica durante tutto il periodo di assistenza.

Assistenza continua in strutture residenziali

Per l'assistenza continua in strutture residenziali l'assicurazione contro l'infermità si fa carico di tutti i costi legati all'assistenza, inclusi costi di accudimento e delle prestazioni di assistenza medica. Le spese di vitto e alloggio e i costi di investimenti fatturabili separatamente devono invece essere sostenuti dalla persona non autosufficiente.

Per il grado 1 la cassa contro l'infermità versa un contributo pari a 125 euro mensili. Con grado 2 si ha diritto a un importo forfettario mensile di 770 euro, con grado 3 a 1.262 euro mensili, con grado 4 a 1.775 euro mensili e con grado 5 a 2.005 euro mensili.

Se in passato l'aggravamento del bisogno di assistenza comportava anche l'aumento dell'importo riconosciuto per le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità, al contempo cresceva però anche la partecipazione economica richiesta alla persona non autosufficiente. Dall'1 gennaio 2017 la legge prevede che la quota unitaria di partecipazione ai costi dell'assistenza residenziale sia identica per tutti i gradi di bisogno all'interno della stessa struttura. Se il bisogno di assistenza di una persona dovesse aumentare e determinare il passaggio a un grado superiore, essa non dovrà quindi versare una quota di partecipazione più elevata.

Prestazioni per persone non autosufficienti con grado di assistenza 1

Di norma le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità sono erogate alle persone con grado da 2 a 5. In questi casi l'assicurazione contro l'infermità riconosce soprattutto prestazioni che permettono di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico. I non autosufficienti con grado 1 hanno diritto all'importo di sgravio, che ammonta al massimo a 125 euro mensili. Hanno inoltre diritto a ricevere dispositivi utilizzabili per assistenza e, ove necessario, a sovvenzioni per interventi di miglioramento dell'ambiente residenziale, alla maggiorazione per gruppi di alloggio e al finanziamento di avviamento per la costituzione di gruppi di alloggio assistiti a domicilio. Sono inoltre disponibili prestazioni per periodi di assistenza e per impedimenti lavorativi temporanei. Se le persone non autosufficienti con grado 1 optano per l'assistenza residenziale, l'assicurazione contro l'infermità riconosce una sovvenzione di 125 euro mensili. Nelle strutture di assistenza le persone con grado 1 hanno inoltre diritto a prestazioni supplementari di accudimento e attivazione. E, come tutte le persone non autosufficienti, godono inoltre del diritto di ricevere una consulenza in materia di assistenza, una consulenza sul proprio ambiente domestico e corsi di assistenza per i familiari.

Consulenza specialistica e centri di supporto all'assistenza continua

Le persone non autosufficienti e gli assicurati che presentano una richiesta di prestazioni di assistenza continua presso la cassa contro l'infermità hanno il diritto di beneficiare di una consulenza individuale gratuita da parte di un consulente specializzato. Con il consenso della persona non autosufficiente, possono beneficiare della consulenza i loro famigliari o altre persone che ne assicurano l'assistenza. In preparazione del primo colloquio la cassa contro l'infermità è tenuta a designare un consulente competente a decidere personalmente su tutte le questioni relative all'assistenza continua. Quando riceve una richiesta di prestazioni (eccezion fatta per le richieste di rimborso ricorrenti) la cassa contro l'infermità è inoltre tenuta, entro due settimane dal ricevimento della richiesta, a proporre di sua iniziativa un appuntamento per la consulenza individuale o un buono per una consulenza individuale erogata da un consultorio indipendente. La consulenza in materia di assistenza può avvenire presso la sede della cassa locale contro l'infermità oppure, su richiesta, anche telefonicamente o a domicilio. Queste norme valgono anche per le assicurazioni private contro l'infermità.

Le prestazioni erogate dai consulenti specializzati in assistenza continua sono:

- * assistenza nella presentazione delle richieste di prestazioni e in tutti gli aspetti che riguardano le relazioni con la cassa contro l'infermità,
- * consulenza su tutte le prestazioni e tutti i diritti di ricevere prestazioni,
- * supporto nella selezione delle offerte di assistenza, in particolare anche per quanto riguarda le prestazioni volte a sgravare i congiunti che prestano assistenza continua,
- * compilazione, su richiesta degli interessati ed insieme ad essi, di un protocollo assistenziale individuale, e aiuto nella sua attuazione e attualizzazione,
- * segnalazione del diritto di ricevere copia della perizia stilata dal Servizio ispezioni mediche dell'assicurazione sanitaria o da un altro perito.

La consulenza è erogata da consulenti appositamente formati e con competenze specifiche, in particolare in materia di diritto sociale e di previdenza sociale. Questa qualifica aggiuntiva può essere generalmente acquisita da personale di assistenza, specialisti di assicurazione sociale o assistenti sociali. Possono però essere prese in considerazione anche persone con altre professioni o titoli di studio adeguati.

La maggior parte dei consulenti sono dipendenti delle casse contro l'infermità, ma anche i comuni mettono a disposizione consulenti propri. Nei centri di supporto all'assistenza continua ai sensi dell'art. 7c, Tomo XI del CPS – che non sono tuttavia presenti in tutte le regioni – operano di concerto sia consulenti delle casse contro l'infermità e dei comuni, sia consulenti sociali. Si può fruire della consulenza anche qui. Le casse contro l'infermità indicano il centro di supporto più vicino. Forniscono informazioni in materia di assistenza continua anche gli sportelli di servizio e consulenza dei comuni e le associazioni benefiche.

Gli assicurati contro l'infermità presso un ente privato possono ricevere ulteriori informazioni sull'assicurazione contro l'infermità rivolgendosi alla propria società assicurativa o alla Federazione degli assicuratori privati all'indirizzo Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln. L'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità assicura un supporto specializzato tramite la società "COMPASS Private Pflegeberatung" con una consulenza telefonica centralizzata (al numero 0800 101 88 00, attivo da lunedì a venerdì dalle ore 8:00 alle ore 19:00 e il sabato dalle ore 10:00 alle ore 16:00) o tramite la visita di un consulente specializzato, ad esempio presso il nucleo familiare della persona non autosufficiente, in una struttura di assistenza residenziale, in ospedale o in un centro di riabilitazione.

Non autosufficienti in strutture residenziali di aiuto ai disabili

La cassa contro l'infermità si fa carico di una quota della retta pattuita per persone non autosufficienti con grado da 2 a 5 assistiti in strutture residenziali di aiuto ai disabili il cui scopo sociale consiste principalmente nella partecipazione alla vita lavorativa o sociale, la formazione scolastica o l'educazione dei disabili. I costi sostenuti dalla cassa contro l'infermità non possono superare i 266 euro per persona al mese. Le persone non autosufficienti in strutture residenziali di aiuto ai disabili hanno diritto all'indennità di assistenza integrale per i giorni in cui sono assistiti a domicilio. I tempi di viaggio per raggiungere e lasciare le strutture residenziali sono considerati giornate intere di assistenza a domicilio.

Finanziamento

Le prestazioni dell'assicurazione sociale contro l'infermità sono finanziate tramite contributi il cui importo è correlato al reddito. Anche in questo caso si applica il massimale contributivo dell'assicurazione sanitaria, che nel 2018 ammonta a 4.425 euro mensili sia nei Länder occidentali, sia in quelli orientali.

Dall'1 gennaio 2017 l'aliquota contributiva ammonta al 2,55 per cento dei redditi assoggettati all'obbligo contributivo. L'aliquota applicata agli assicurati senza figli è del 2,8 per cento.

Il versamento dei contributi avviene come per l'assicurazione sanitaria: il datore di lavoro li trattiene direttamente dallo stipendio e li accredita all'assicurazione contro le malattie applicando il principio della contribuzione paritetica, vale a dire che il lavoratore e il datore di lavoro versano rispettivamente l'1,275 per cento dell'aliquota totale del 2,55 per cento. Per compensare gli oneri derivanti dalla contribuzione dei datori di lavoro all'assicurazione contro l'infermità, in tutti i Länder federali eccetto la Sassonia è stata soppressa la festività della giornata di penitenza e di preghiera. In Sassonia, dove invece non è stata soppressa alcuna festività, la quota del lavoratore ammonta all'1,775 per cento, mentre il datore di lavoro versa lo 0,775 per cento.

Gli assicurati che non hanno figli – a prescindere dal motivo per cui si trovano in questa situazione – dall'1 gennaio 2005 devono versare un contributo aggiuntivo pari a 0,25 punti contributivi. La quota contributiva a carico di un lavoratore senza figli passa cioè dall'1,275 all'1,525 per cento. In tal modo si è dato corso alla richiesta della Corte Costituzionale Federale di introdurre una differenziazione tra i contributi di assicurati con figli e senza figli aventi lo stesso reddito. Dal versamento di questo supplemento sono esentati gli assicurati senza figli nati prima dell'1 gennaio 1940 e i bambini e i

giovani che non hanno completato il ventitreesimo anno d'età. Beneficia dell'esenzione anche chi percepisce un'indennità di disoccupazione I e II o presta servizio militare o civile.

I contributi dei pensionati, calcolati in base alle prestazioni pensionistiche, alle prestazioni assistenziali durante la terza età e al reddito da lavoro, sono interamente a carico degli assicurati.

I lavoratori dipendenti assicurati a titolo volontario presso l'assicurazione sanitaria pubblica ricevono dal datore di lavoro un sussidio contributivo pari alla metà del contributo totale all'assicurazione contro l'infermità detratto dalla propria retribuzione. Anche i dipendenti assicurati a titolo obbligatorio presso un'assicurazione privata contro l'infermità ricevono un sussidio contributivo di pari importo, che non può però superare la metà del premio da versare.

I contributi dei titolari di indennità di disoccupazione o di sostentamento sono versati dall'Agenzia federale del lavoro; i contributi dei beneficiari dell'indennità di disoccupazione II sono corrisposti dall'Agenzia federale del lavoro o dall'ente comunale abilitato ad erogare queste prestazioni; gli enti di riabilitazione versano i contributi di chi riceve cure riabilitative; gli enti che gestiscono strutture residenziali per disabili si fanno carico dei contributi dei loro assistiti e gli enti erogatori di prestazioni sociali corrispondono i contributi di tutti coloro che percepiscono prestazioni per il sostentamento di altra natura.

Assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità

Come per l'assicurazione privata contro le malattie, i premi dell'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità non dipendono dal reddito, ma dall'età al momento dell'ingresso nell'assicurazione. Il premio massimo è stabilito per legge e non può superare l'importo equivalente al massimale contributivo dell'assicurazione sociale contro l'infermità. Le persone che hanno stipulato un'assicurazione sanitaria privata solo dopo l'1 gennaio 1995 possono beneficiare della limitazione del premio solo previa maturazione di un periodo assicurativo di cinque anni presso il proprio ente assicurativo sanitario o contro l'infermità. I funzionari pubblici aventi diritto ai sussidi statali in caso di infermità non possono versare più della metà del massimale.

I contributi sono uguali per uomini e donne. Nel caso di coppie sposate in cui solo uno dei coniugi eserciti un'attività lavorativa o il reddito lavorativo di uno dei coniugi non superi la soglia della marginalità, il premio dell'assicurazione privata contro l'infermità non può superare il 150 per cento del contributo massimo dell'assicurazione pubblica. Questa agevolazione per coppie coniugate non è accessibile a chi ha sottoscritto un'assicurazione privata contro l'infermità solo dopo l'1 gennaio 1995, data dell'entrata in vigore dell'assicurazione contro l'infermità. Come presso l'assicurazione pubblica, anche presso l'assicurazione privata i figli sono coassicurati a titolo gratuito.

Ulteriori informazioni

La linea del cittadino dedicata all'assicurazione contro l'infermità che opera su incarico del Ministero Federale della Salute risponde al numero 030 3406066-02, attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 e il venerdì dalle ore 8:00 alle ore 12:00.

Presso il Ministero Federale della Salute si possono richiedere tra l'altro gli opuscoli gratuiti "Ratgeber Pflege" (Guida all'assistenza continua) numero d'ordine BMG-P07055, "Die Pflegestärkungsgesetze – Das Wichtigste im Überblick" (Le leggi per il rafforzamento dell'assistenza continua – Sintesi delle informazioni principali) numero d'ordine BMG-P-11019, "Die Pflegestärkungsgesetze – alle Leistungen zum Nachschlagen" (Le leggi per il rafforzamento dell'assistenza continua – Prontuario di tutte le prestazioni) numero d'ordine BMG-P11005, "Ratgeber Demenz" ("Manuale sulla demenza") numero d'ordine BMG-P11021 e il volantino "Pflegebedürftig. Was nun?" (Non autosufficiente. E adesso?), numero d'ordine BMG-P-07053.

Informazioni specifiche sulla copertura sanitaria e contro l'infermità all'estero o durante soggiorni all'estero possono essere richieste presso la "Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung/Pflegeversicherung – Ausland" (DVKA), Pennefeldsweg 12c, 53177 Bonn, Telefono: 0228/9530-0, che dall'1 luglio 2008 è un reparto della Federazione nazionale delle casse malattia.

Per domande ed esigenze connesse alla disabilità (ivi comprese questioni relative all'assicurazione sanitaria e contro l'infermità) ci si può inoltre rivolgere allo sportello unico degli enti di riabilitazione del comune di residenza.

Consulenza e sostegno sono forniti anche nel contesto della cosiddetta "assistenza agli anziani" del comune di residenza. Si raccomanda di rivolgersi direttamente alla propria amministrazione comunale o circoscrizionale.

Assicurazione pensionistica (Rentenversicherung)

La sicurezza sociale è inscindibile dall'assicurazione pensionistica, che da molti decenni contribuisce in modo determinante a garantire la tranquillità economica degli assicurati anche durante la vecchiaia.

Assicurati

Tutti i lavoratori dipendenti (tranne alcune eccezioni) hanno l'obbligo di versare contributi previdenziali all'assicurazione pensionistica. Ciò vale anche per gli apprendisti, per le persone con disabilità che lavorano in laboratori protetti, per chi sceglie il servizio militare o un servizio di volontariato della Federazione e per chi presta l'anno di volontariato sociale o ecologico.

Nel 2018 il massimale di reddito applicato al calcolo dei contributi è di 6.500 euro mensili nei Länder occidentali e di 5.800 euro nei Länder orientali. Questo importo non determina una soglia di esenzione dall'obbligo assicurativo, che sussiste anche per chi percepisce redditi superiori. I contributi sono però quantificati in base al massimale di reddito.

I lavoratori che avviano un rapporto di lavoro con retribuzione mensile pari o uguale a 450 euro dopo l'1 gennaio 2013 sono assicurati a titolo obbligatorio in forza della loro attività marginale. Il datore di lavoro versa un contributo pensionistico forfettizzato pari al 15 per cento (per minijob presso un operatore economico) o al 5 per cento (per minijob presso un nucleo familiare), mentre (in conformità con l'aliquota contributiva, pari al 18,6 per cento per il 2018) è a carico del lavoratore una quota pari al 3,6 per cento (per minijob presso un operatore economico) o del 13,6 per cento (per minijob presso un nucleo familiare). Con il versamento di questi contributi obbligatori si acquisisce il diritto di beneficiare dell'intera gamma di prestazioni del regime pensionistico pubblico che, oltre alla pensione ordinaria di vecchiaia, comprende essenzialmente il diritto alla riabilitazione, le pensioni per riduzione della capacità lavorativa, il pensionamento anticipato e l'incentivazione nel quadro della cosiddetta pensione Riester. Se la retribuzione mensile è inferiore ai 175 euro, il contributo minimo è calcolato in base a 175 euro.

Per la determinazione dell'aliquota contributiva dei lavoratori con reddito compreso tra i 450,01 euro e gli 850 euro si applicano le norme della cosiddetta passerella contributiva (chiamata anche fascia di progressione), che introducono una riduzione dei contributi previdenziali a carico dei lavoratori in funzione della loro retribuzione. A seconda del reddito del lavoratore, l'aliquota previdenziale complessiva a suo carico (per assicurazione sanitaria, assicurazione pensionistica e assicurazione contro la disoccupazione, attualmente pari a una media del 20 per cento) subisce un aumento lineare che varia dall'11 per cento per il primo livello della fascia variabile (450,01 euro) all'importo pieno della quota lavoratore per le retribuzioni pari a 850 euro. Il datore di lavoro, invece, corrisponde sempre integralmente l'aliquota contributiva di sua competenza per la retribuzione versata. Tale normativa non si applica alle retribuzioni degli apprendisti.

Importante

Poiché il computo dei diritti pensionistici tiene conto esclusivamente della retribuzione - più bassa - per cui si sono versati i contributi, il dipendente può notificare al datore di lavoro di voler pagare contributi basati sul reddito effettivo. In questo caso versa contributi pari alla normale aliquota piena anche all'interno della passerella contributiva e la sua retribuzione è considerata integralmente nel calcolo della pensione.

L'obbligo di contribuzione al regime pensionistico vige solo per determinate categorie di lavoratori autonomi, tra cui insegnanti e docenti universitari liberi professionisti, educatori indipendenti e personale paramedico autonomo come le ostetriche. Sono soggetti all'obbligo di contribuzione pensionistica anche gli artigiani autonomi, che possono tuttavia chiedere di essere esentati dopo 18 anni. La Legge sull'assicurazione sociale degli artisti impone l'obbligo pensionistico anche agli artisti e ai giornalisti, che possono però versare soltanto la metà dei contributi. Per beneficiare di tale agevolazione devono disporre di un reddito annuale da attività autonoma superiore ai 3.900 euro - o anche inferiore se si tratta principianti. L'Ente previdenziale di categoria degli artisti di Wilhelmshaven non si limita ad accertare l'obbligo assicurativo, ma calcola anche l'importo dei contributi.

Dall'1 gennaio 1999 sono soggetti all'obbligo assicurativo anche i lavoratori autonomi che nell'ambito della loro attività non occupano regolarmente dipendenti soggetti all'obbligo assicurativo ed hanno essenzialmente un unico committente. Il requisito del committente unico si considera soddisfatto non solo qualora sussistano effettivi rapporti contrattuali, ma anche in caso di sostanziale dipendenza economica da un unico cliente.

Chi si mette in proprio con un unico cliente e ne fa richiesta può ottenere l'esenzione dall'obbligo assicurativo per un massimo di tre anni. Questa esenzione spetta anche alle persone in età avanzata.

Di norma gli agricoltori non rientrano nel regime pensionistico pubblico, ma sono tenuti ad affiliarsi all'assicurazione pensionistica di categoria, il regime previdenziale specifico che assicura agli agricoltori determinate prestazioni.

Tali prestazioni sono integrate da altre misure, in particolare dalla quota aziendale di vecchiaia e dai prelievi fiscali sull'azienda agricola.

Nei primi cinque anni dopo l'avvio dell'attività, i lavoratori autonomi non soggetti all'obbligo assicurativo possono chiedere di assoggettarsi a tale obbligo a titolo volontario con gli stessi diritti e gli stessi doveri degli altri assicurati.

Periodi di educazione dei figli: durante questi periodi anche i padri e le madri che accudiscono i figli sono soggetti all'obbligo assicurativo che vige durante i primi tre anni di vita dei figli nati dopo l'1 gennaio 1992. Per i bambini nati prima di questa data si considerano due anni di contribuzione obbligatoria

Persone che prestano assistenza continua a non autosufficienti: chi assiste senza scopo di lucro una o più persone con necessità di assistenza di grado da 2 a 5 nel suo ambiente domestico per almeno 10 ore settimanali regolarmente ripartite su almeno due giorni della settimana e non svolge un'attività lavorativa retribuita, o la svolge per meno di 30 ore settimanali, è assicurato presso l'assicurazione pensionistica se la persona assistita ha diritto a prestazioni dell'assicurazione pubblica o privata contro l'infermità. I contributi sono a carico della cassa per l'infermità. Anche questa categoria di persone risulta così assicurata senza tuttavia dover provvedere di tasca propria al versamento dei contributi. (Per informazioni complementari si consulti il capitolo "Assicurazione contro l'infermità – Sicurezza sociale di chi assiste persone non autosufficienti".)

Sono soggetti all'obbligo assicurativo anche tutti i beneficiari di prestazioni sostitutive della retribuzione che vi erano soggetti da ultimo nell'anno precedente l'inizio di tali prestazioni, eccezion fatta per i titolari di indennità di disoccupazione II. Chi non è in possesso di questi requisiti deve presentare richiesta di affiliazione obbligatoria presso l'assicurazione pensionistica pubblica. Tra le prestazioni sostitutive della retribuzione rientrano ad esempio l'indennità di malattia, l'indennità infortunistica e di transizione, l'indennità di disoccupazione. In questi casi i contributi assicurativi sono versati dal rispettivo ente previdenziale, a prescindere dall'ente a cui sono imputati. Dal 2011 i titolari di indennità di disoccupazione II non sono tenuti ad assicurarsi presso un ente pensionistico pubblico. A partire da quella data i loro periodi di erogazione della prestazione possono essere riconosciuti come periodi accreditabili.

L'opuscolo del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari sociali "Geringfügige Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone" (A 630) fornisce ulteriori informazioni sulle attività lavorative marginali.

Esenzione dall'obbligo assicurativo

Sono esentate dall'obbligo di assicurarsi le persone per cui non sussiste obbligo assicurativo, tra cui le persone che, in forza della loro situazione personale o di un'altra forma di previdenza, non si annoverano nella categoria degli assicurati (a.e. funzionari pubblici o giudici), nonché le persone che hanno già raggiunto l'età pensionabile ordinaria e percepiscono una pensione integrale di vecchiaia. Per aumentare ulteriormente l'importo della propria pensione, chi riceve una pensione integrale di vecchiaia e continua a lavorare può rinunciare all'esenzione dall'obbligo assicurativo.

Sono esentate dall'obbligo assicurativo anche le attività lavorative di breve durata. Dopo l'1 gennaio 2015 un'attività lavorativa di breve durata è limitata a priori a non più di tre mesi o a 70 giornate lavorative complessive all'anno e – ove la retribuzione sia superiore ai 450 euro al mese - non è esercitata a titolo professionale. Queste soglie si applicano fino alla fine del 2018, in seguito si tornerà

alla durata massima di due mesi o 50 giornate lavorative. Le attività lavorative di breve durata non implicano alcun obbligo di contribuzione pensionistica, neppure per la parte forfettaria a carico del datore di lavoro.

Requisiti per l'esenzione dall'obbligo assicurativo

Varie categorie di persone hanno il diritto di farsi esentare a determinate condizioni dall'obbligo assicurativo, ad esempio le persone affiliate a enti previdenziali di categoria o chi esercita un'attività a retribuzione marginale. Si è in presenza di un'attività a retribuzione marginale (chiamata minijob) quando la remunerazione mensile non supera regolarmente i 450 euro. Il datore di lavoro versa al regime pensionistico pubblico un contributo forfettario pari al 15 per cento, mentre ai minijob presso nuclei familiari privati, considerati una forma particolare di attività marginale, si applica l'aliquota contributiva forfettaria ridotta del 5 per cento.

Il dipendente a retribuzione marginale integra la differenza tra il contributo pensionistico forfettario del datore di lavoro e l'aliquota piena (nel 2018 l'aliquota piena ammonta al 18,6 per cento. Chi esercita un'attività marginale presso nuclei familiari privati deve pertanto versare al regime pensionistico pubblico un contributo pari al 13,6 per cento, mentre tutti gli altri lavoratori versano un contributo pari al 3,6 per cento della retribuzione). Se il dipendente a retribuzione marginale si fa esentare dall'obbligo di contribuzione all'assicurazione pensionistica, deve continuare a versare l'aliquota forfettaria solo il suo datore di lavoro, mentre il lavoratore non è più tenuto ad integrarla. L'esenzione deve essere richiesta al datore di lavoro, il quale comunica l'informazione all'ufficio centrale di gestione dei minijob (Minijobzentrale), che fa parte della Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Al contrario di quanto avviene in presenza di un obbligo contributivo che dà diritto al riconoscimento di un mese assicurativo per ogni mese di lavoro, l'esenzione dall'obbligo di contribuzione all'assicurazione pensionistica consente di maturare requisiti assicurativi solo in misura limitata. Le attività marginali esentate dall'obbligo contributivo, inoltre, non consentono di mantenere il diritto a beneficiare delle pensioni per riduzione della capacità lavorativa e permettono di maturare solo diritti pensionistici ridotti.

Eccezioni: norme divergenti sono previste per determinate categorie di persone, ad esempio gli apprendisti e le persone con disabilità, che rimangono soggette all'obbligo assicurativo senza diritto all'esenzione anche in presenza dei requisiti dell'attività lavorativa a retribuzione marginale.

La pubblicazione „Ratgeber zur Rente“ (A 815) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce ulteriori informazioni sull'assicurazione pensionistica.

Attività lavorative multiple

Più attività a retribuzione marginale o più attività lavorative di breve durata esercitate allo stesso tempo sono da considerare nel loro complesso: se, sommate, determinano il superamento delle soglie sopra indicate, vige l'obbligo assicurativo in tutti i campi della previdenza sociale e non è prevista l'esenzione dalla contribuzione all'assicurazione pensionistica.

In caso di esercizio contemporaneo di attività marginali e di un'attività principale soggetta ad obbligo assicurativo si devono rispettare le seguenti avvertenze:

un'attività principale soggetta ad obbligo contributivo può essere affiancata da una sola attività a retribuzione marginale senza che ciò comporti la decadenza del diritto all'esenzione dall'assicurazione pensionistica. Ogni ulteriore attività a retribuzione marginale è però sommata all'attività principale ad obbligo contributivo ed è quindi soggetta a sua volta a tale obbligo senza diritto di esenzione dalla contribuzione pensionistica. L'obbligo di cumulare le attività non sussiste solo in caso di esercizio contemporaneo di un'attività di breve durata e di un'attività continuativa a retribuzione marginale o di un'attività di breve durata e di un'attività principale soggetta ad obbligo contributivo.

Decisioni vincolanti

L'inquadramento previdenziale dei singoli casi è di competenza della cassa mutua territorialmente competente. Per le attività lavorative a retribuzione marginale spetta alla Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, che è l'ufficio centrale di riscossione

(www.minijobzentrale.de). La Knappschaft e gli altri enti previdenziali forniscono inoltre informazioni e consulenza specializzata.

Assicurazione volontaria

Chi non è soggetto all'obbligo assicurativo può aderire a titolo volontario al regime pensionistico pubblico. Ciò vale ad esempio per i lavoratori autonomi non soggetti all'obbligo assicurativo o per le casalinghe.

Riabilitazione

La normativa pensionistica dispone che "la riabilitazione ha la precedenza sulla pensione". In forza di questo principio gli enti pensionistici che ricevono domande di prestazioni per ridotta capacità lavorativa verificano innanzitutto se è possibile mantenere o migliorare la capacità lavorativa tramite interventi di riabilitazione.

In presenza dei requisiti personali e assicurativi, gli enti pensionistici erogano ai loro assicurati prestazioni di riabilitazione medica e prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa (riabilitazione professionale) quando è a rischio la capacità lavorativa o quando una già ridotta capacità lavorativa può essere migliorata o ripristinata. Essi erogano inoltre prestazioni preventive per consolidare la capacità lavorativa e prestazioni post-terapeutiche ove queste siano necessarie per consolidare il risultato positivo delle prestazioni per la partecipazione già fornite.

Per ragioni di natura soprattutto demografica è prevedibile che nei prossimi anni il fabbisogno di prestazioni riabilitative continui ad aumentare perché la generazione del boom demografico ha raggiunto l'età di quarantacinque anni, dopo la quale le esigenze di riabilitazione si intensificano. Per questo il bilancio preventivato ogni anno dalle assicurazioni pensionistiche per prestazioni riabilitative contempla non solo l'andamento delle retribuzioni, ma anche un fattore demografico che permette di tener conto nella spesa per prestazioni di partecipazione anche del fabbisogno economico addizionale temporaneo determinato dall'andamento demografico.

Beneficiari

Il diritto alla pensione dipende dalla maturazione di un periodo minimo di affiliazione all'assicurazione (anzianità assicurativa) e dalla presenza di determinati requisiti individuali e assicurativi. L'ente pensionistico pubblico versa le seguenti pensioni:

- pensioni di vecchiaia,
- pensioni per ridotta capacità lavorativa,
- pensioni di reversibilità (pensioni in seguito a un decesso).

Requisito fondamentale: maturazione di anzianità assicurativa

Per avere diritto alla pensione gli assicurati devono comprovare un determinato periodo di appartenenza all'assicurazione pensionistica, chiamato anzianità assicurativa.

Per beneficiare delle pensioni ordinarie di vecchiaia, delle pensioni per ridotta capacità lavorativa e delle pensioni di reversibilità è indispensabile aver maturato un'anzianità pensionistica generale di cinque anni comprensiva sia dei periodi contributivi, sia dei periodi non contributivi equiparati. Anche l'anzianità assicurativa di 15 anni, indispensabile per percepire la pensione di vecchiaia per disoccupazione o dopo un part-time in uscita o la pensione di vecchiaia per le donne include sia periodi contributivi, sia periodi non contributivi equiparati. Il periodo contributivo di 35 anni richiesto per la pensione di vecchiaia con anzianità contributiva prolungata e per la pensione di vecchiaia per persone gravemente disabili comprende anche i periodi di esenzione contributiva e i periodi di contribuzione figurativa per l'educazione dei figli considerati ai fini del calcolo della pensione. La pensione di vecchiaia con anzianità contributiva particolarmente prolungata richiede un periodo contributivo di 45 anni che può essere raggiunto con periodi di contribuzione obbligatoria nel contesto di un'attività lavorativa dipendente a obbligo contributivo, di un'attività autonoma o di periodi di assistenza continua, nonché con periodi di contribuzione figurativa per l'educazione dei figli. Per evitare particolari criticità dovute a interruzioni provvisorie dell'attività retribuita, di norma possono essere considerati anche i periodi di disoccupazione (e, per motivi di parità di trattamento, anche i periodi di percepimento di altre prestazioni sostitutive del reddito nel contesto della promozione

dell'occupazione, ad es. in caso di perfezionamento professionale, cassa integrazione o insolvenza). Non sono però considerati i periodi di disoccupazione permanente o di lunga durata (percepimento di indennità di disoccupazione II o di sussidio di disoccupazione). I periodi di contribuzione volontaria possono essere considerati a condizione che si siano versati almeno 18 anni di contributi obbligatori.

Maturazione anticipata dell'anzianità assicurativa

L'erogazione delle pensioni per ridotta capacità lavorativa o per decesso richiede un'anzianità assicurativa generale di cinque anni, che può però essere maturata in un arco di tempo più breve quando un infortunio sul lavoro, una malattia professionale o un pregiudizio subito durante il servizio civile o militare riducono la capacità lavorativa dell'assicurato o ne causano il decesso. Inoltre, l'assicurato che perde totalmente la propria capacità lavorativa o decede nei sei anni successivi alla conclusione della formazione professionale gode del diritto alla pensione o, se del caso, lo assicura ai suoi superstiti a condizione che abbia maturato almeno un anno di contribuzione obbligatoria nei due anni precedenti l'infortunio. Il periodo di due anni è prolungato del periodo corrispondente ai tempi di formazione scolastica assolti dopo il compimento del diciassettesimo anno di età, fino ad un massimo di sette anni.

Pensioni di vecchiaia

Hanno diritto alla pensione di vecchiaia tutti gli assicurati che hanno raggiunto una determinata età (età pensionabile) e soddisfano altri requisiti, diversi in funzione della tipologia di pensione di vecchiaia richiesta.

Pensione a 67 anni

La Legge sull'adeguamento dell'età pensionabile ordinaria all'andamento demografico e sul consolidamento delle fonti di finanziamento dell'assicurazione pensionistica pubblica del 2007 dispone un'elevazione graduale dell'età pensionabile per le pensioni ordinarie da 65 a 67 a partire dal 2012 e innalzamenti analoghi per altre tipologie pensionistiche. Informati con molti anni di anticipo, i lavoratori e i datori di lavoro hanno quindi avuto il tempo necessario per adeguare i loro piani alla nuova realtà.

Gli assicurati nati prima del 1955 godono della tutela del legittimo affidamento nel contesto dell'elevazione dell'età pensionabile ordinaria se hanno sottoscritto accordi vincolanti di part-time in uscita prima dell'1 gennaio 2007. Inoltre, grazie ad un adeguamento delle disposizioni di tutela del diritto del lavoro del Tomo VI del Codice di Previdenza Sociale (CPS), anche tutti i lavoratori il cui rapporto di lavoro scade in un momento in cui hanno diritto alla pensione ordinaria di vecchiaia pur non avendo raggiunto il limite generale d'età possono continuare a lavorare, secondo la progressione, fino a 67 anni.

Al termine di questa sezione si trova una sintesi delle progressioni dell'età pensionabile. A causa di disposizioni transitorie o di tutela del legittimo affidamento, in singoli casi possono valere età pensionabili divergenti da quelle indicate. Si prega di informarsi di persona presso gli enti assicurativi competenti.

1. Pensione ordinaria di vecchiaia

Hanno diritto a percepire la pensione ordinaria di vecchiaia tutti gli assicurati che hanno raggiunto l'età pensionabile ordinaria e hanno maturato l'anzianità assicurativa ordinaria di 5 anni. I redditi aggiuntivi realizzati dai beneficiari delle pensioni ordinarie di vecchiaia non sono soggetti ad alcuna limitazione.

Per i nati a partire dal 1947 l'età pensionabile ordinaria per l'accesso alla pensione di vecchiaia è gradualmente elevata a 67 anni. La progressione equivale inizialmente ad un mese supplementare per ogni classe di leva (innalzamento dell'età pensionabile ordinaria da 65 a 66 anni) e in seguito a due mesi supplementari per ogni classe di leva a partire dal 1959 (innalzamento dell'età pensionabile ordinaria da 66 a 67 anni). L'età pensionabile ordinaria di tutti i nati prima del 1947 continua ad essere di 65 anni. L'età pensionabile ordinaria di tutti i nati dopo il 1963 è di 67 anni.

Gli assicurati nati nel 1953 raggiungono l'età pensionabile ordinaria nel 2018, a 65 anni e sette mesi.

2. Pensione di vecchiaia per anzianità contributiva particolarmente prolungata

L'1 gennaio 2012, con l'inizio dell'innalzamento graduale dell'età pensionabile ordinaria, è stato introdotto un nuovo regime pensionistico di vecchiaia per gli assicurati con anzianità contributiva particolarmente prolungata. Chi totalizza almeno 45 anni di contribuzione obbligatoria per attività dipendente o autonoma, per assistenza a persone non indipendenti o per periodi di educazione di figli di meno di 10 anni dovrebbe raggiungere il diritto di percepire l'importo integrale delle prestazioni pensionistiche al compimento del sessantacinquesimo anno di età. Con la Legge sul miglioramento delle prestazioni dell'assicurazione pensionistica pubblica (Rentenversicherung-Leistungsverbesserungsgesetz) del 23 giugno 2014 l'accesso a questo tipo particolare di pensione di vecchiaia è stato esteso provvisoriamente: l'età pensionabile è stata abbassata a 63 anni per gli assicurati nati prima del 1953 e sarà gradualmente riportata ai 65 anni precedentemente vigenti per gli assicurati nati dopo il 31 dicembre 1952 aggiungendo due mesi a ogni successivo anno di leva. L'età pensionabile degli assicurati nati nel 1964 tornerà così ad essere di 65 anni. Questa pensione non può essere percepita a titolo anticipato, vale a dire prima del raggiungimento dell'età pensionabile e accettando riduzioni.

Oltre al raggiungimento dell'età pensionabile prevista, per acquisire il diritto di percepire la pensione di vecchiaia per anzianità contributiva particolarmente prolungata si deve aver maturato un'anzianità contributiva di 45 anni. Dopo l'emendamento della Legge sul miglioramento delle prestazioni dell'assicurazione pensionistica pubblica, a questo scopo si considerano di norma anche i periodi di percepimento dell'indennità di disoccupazione e delle altre prestazioni sostitutive della retribuzione previste nel contesto della promozione dell'occupazione, con l'eccezione dell'indennità di disoccupazione II e del sussidio di disoccupazione. Chi può provare di aver versato contributi obbligatori per 18 anni può ora vedersi considerati anche i periodi di contribuzione volontaria.

3. Pensione di vecchiaia per anzianità contributiva prolungata

Hanno diritto a percepire questo tipo di pensione di vecchiaia prima del raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria, cioè con detrazioni, tutti gli assicurati che

- hanno compiuto il sessantatreesimo anno di età e
- hanno maturato un periodo di anzianità assicurativa di 35 anni.

Per i nati a partire dal 1949 l'età pensionabile ordinaria per percepire l'importo integrale della pensione di vecchiaia per anzianità contributiva prolungata è gradualmente innalzata da 65 a 67 anni. L'accesso anticipato a queste prestazioni pensionistiche accettando riduzioni rimane possibile a partire dal sessantatreesimo anno d'età. Le prestazioni sono decurtate dello 0,3 per cento per ogni mese di erogazione anticipata.

Gli assicurati nati dopo il 31 dicembre 1947 che beneficiano della tutela del legittimo affidamento possono percepire questa pensione con riduzioni già prima dei 63 anni.

4. Pensione di vecchiaia per disabili gravi

Hanno diritto a percepire l'importo integrale di questo tipo di pensione di vecchiaia tutti gli assicurati che

- hanno raggiunto l'età pensionabile applicabile (vedi sotto),
- al momento del pensionamento sono riconosciuti come disabili gravi e
- hanno maturato un'anzianità assicurativa di 35 anni.

Per i nati a partire dal 1952 l'età pensionabile ordinaria che dà diritto alle prestazioni integrali della pensione di vecchiaia per disabili gravi è elevata progressivamente da 63 a 65 anni, mentre l'età che consente l'accesso anticipato alle prestazioni di tale regime pensionistico passa gradualmente da 60 a 62 anni. Le prestazioni sono decurtate dello 0,3 per cento per ogni mese di erogazione anticipata, cosicché la riduzione massima continua ad essere del 10,8 per cento.

La pubblicazione "Ratgeber für Menschen mit Behinderungen" (A 712) del Ministero Federale per il Lavoro e gli Affari Sociali fornisce ulteriori informazioni in materia di disabilità.

Nel contesto dell'elevazione dell'età pensionabile ordinaria godono di particolare tutela del legittimo affidamento

* gli assicurati nati fino al 1954 che hanno sottoscritto accordi vincolanti di part-time in uscita prima dell'1 gennaio 2007 e

* in quella data erano considerati disabili gravi ai sensi dell'art. 2 par. 2 del Tomo IX del CPS.

Per questa categoria di persone rimane invariata l'età pensionabile di 63 anni per la pensione ordinaria e di 60 anni per il pensionamento anticipato.

Per tutelare il legittimo affidamento, la pensione di vecchiaia per disabili gravi può inoltre essere erogata senza detrazioni già a 60 anni anche a tutti gli assicurati nati prima del 17 novembre 1950 e che il 16 novembre 2000 erano considerati disabili gravi ai sensi dell'art. 2 par. 2 del Tomo IX del CPS o invalidi o inabili al lavoro ai sensi di un'altra normativa vigente.

Possono ottenere il riconoscimento come disabili gravi tutti i residenti in Germania o in un paese dell'Unione Europea con un grado di disabilità almeno del 50 per cento. Il grado di disabilità è accertato dall'ufficio di assistenza. La pensione di anzianità per disabili gravi è riconosciuta anche alle persone non gravemente disabili nate prima dell'1 gennaio 1951 se invalide o inabili al lavoro ai sensi della legislazione vigente il 31 dicembre 2000.

La tabella che segue presenta una panoramica sintetica, ma dettagliata dell'elevazione graduale dell'età pensionabile ordinaria per le pensioni di vecchiaia.

Elevazione dell'età pensionabile

Anno di nascita	Pensione di vecchiaia ordinaria		Pensione di vecchiaia per anzianità contributiva particolarmente prolungata		Pensione di vecchiaia per anzianità contributiva prolungata					Pensione di vecchiaia per disabili gravi				
	Importo integrale		Importo Integrale		Importo integrale		Accesso anticipato a partire da			Importo integrale		Accesso anticipato a partire da		
	Età		Età		Età		Età		Detrazione	Età		Età		Detrazione
	Anno	mese	Anno	Mese	anno	mese	anno	mese	in %	anno	mese	anno	mese	in %
1945	65	-	-	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1946	65	-	-	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1947	65	1	65	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
1948	65	2	65	-	65	-	63	-	7,2	63	-	60	-	10,8
01/1949	65	3	65	-	65	1	63	-	7,5	63	-	60	-	10,8
02/1949	65	3	65	-	65	2	63	-	7,8	63	-	60	-	10,8
03-12/1949	65	3	65	-	65	3	63	-	8,1	63	-	60	-	10,8
1950	65	4	65	-	65	4	63	-	8,4	63	-	60	-	10,8
1951	65	5	63*	-	65	5	63	-	8,7	63	-	60	-	10,8
01/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	1	60	1	10,8
02/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	2	60	2	10,8
03/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	3	60	3	10,8
04/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	4	60	4	10,8
05/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	5	60	5	10,8
06-12/1952	65	6	63	-	65	6	63	-	9,0	63	6	60	6	10,8
1953	65	7	63	2	65	7	63	-	9,3	63	7	60	7	10,8
1954	65	8	63	4	65	8	63	-	9,6	63	8	60	8	10,8
1955	65	9	63	6	65	9	63	-	9,9	63	9	60	9	10,8
1956	65	10	63	8	65	10	63	-	10,2	63	10	60	10	10,8
1957	65	11	63	10	65	11	63	-	10,5	63	11	60	11	10,8
1958	66	-	64	-	66	-	63	-	10,8	64	-	61	-	10,8
1959	66	2	64	2	66	2	63	-	11,4	64	2	61	2	10,8
1960	66	4	64	4	66	4	63	-	12,0	64	4	61	4	10,8
1961	66	6	64	6	66	6	63	-	12,6	64	6	61	6	10,8
1962	66	8	64	8	66	8	63	-	13,2	64	8	61	8	10,8
1963	66	10	64	10	66	10	63	-	13,8	64	10	61	10	10,8
1964	67	-	65	-	67	-	63	-	14,4	65	-	62	-	10,8

* L'età pensionabile di 63 anni vale anche per gli assicurati nati prima del 1951 che non hanno ancora ricevuto né la pensione, né un riconoscimento vincolante della pensione.

Pensioni per riduzione della capacità lavorativa

Questa tipologia pensionistica sostituisce il reddito quando l'assicurato non è più in grado di lavorare o lo è solo parzialmente. I requisiti di legge per l'accesso alla prestazione sono la maturazione di almeno 3 anni di contribuzione obbligatoria nel quinquennio precedente la sopravvenuta riduzione della capacità lavorativa (a cui possono eventualmente essere sommati periodi riconoscibili o contribuzioni figurative per l'educazione dei figli) e un'anzianità assicurativa generale di 5 anni. Questi requisiti non si applicano solo nei casi in cui l'incapacità lavorativa sia imputabile a circostanze che fanno considerare raggiunta l'anzianità assicurativa.

I requisiti di legge sono soddisfatti anche se l'assicurato ha maturato l'anzianità assicurativa generale prima del 1984 e, a partire dallo stesso anno, ogni mese precedente la riduzione della capacità lavorativa risulta riconoscibile ai fini pensionistici.

Le pensioni per riduzione della capacità lavorativa sono erogate solo fino al raggiungimento dell'età pensionabile. In seguito l'assicurato ha diritto alla pensione ordinaria di vecchiaia per un importo almeno equivalente.

I tipi di pensione per riduzione della capacità lavorativa sono:

1. **Pensione per incapacità lavorativa parziale:** si riconosce l'incapacità parziale di esercitare un'attività retribuita all'assicurato che, a causa di una malattia o di una disabilità, non è in grado di esercitare un'attività retribuita di almeno sei ore al giorno alle normali condizioni del mercato del lavoro per un periodo di durata non prevedibile. La pensione per incapacità lavorativa parziale equivale alla metà della pensione per incapacità lavorativa totale.
2. **Pensione per incapacità lavorativa totale:** si riconosce l'incapacità totale di esercitare un'attività retribuita all'assicurato che, a causa di una malattia o di una disabilità, non è in grado di esercitare un'attività retribuita di almeno tre ore al giorno alle normali condizioni del mercato del lavoro per un periodo di durata non prevedibile. Percepisce una pensione per incapacità lavorativa totale anche l'assicurato in grado di lavorare ancora più di tre, ma meno di sei ore al giorno che non può valorizzare le sue capacità lavorative restanti perché disoccupato.
3. **Pensione per incapacità lavorativa parziale in caso di inabilità professionale:** si riconosce l'inabilità professionale agli assicurati nati prima del 2 gennaio 1961 che, a causa di una malattia o di una disabilità, non sono in grado di esercitare per almeno sei ore al giorno né la professione precedentemente svolta né un'altra professione ragionevolmente adeguata. La pensione per incapacità lavorativa parziale in caso di inabilità professionale equivale all'importo della pensione per incapacità lavorativa parziale.
4. **Pensione per riduzione completa della capacità lavorativa delle persone con disabilità:** si riconosce la riduzione completa della capacità lavorativa dei disabili agli assicurati totalmente inabili al lavoro già prima della maturazione dell'anzianità assicurativa generale di 5 anni che sono rimasti inabili senza interruzione se possono documentare un'anzianità assicurativa di 20 anni. Il diritto a questo tipo di pensione può essere maturato anche con il versamento di contributi volontari.

L'opuscolo "Erwerbsminderungsrente" (A 261) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce ulteriori informazioni sulle pensioni per riduzione della capacità lavorativa.

Pensioni temporanee

Le pensioni per capacità lavorativa ridotta sono generalmente temporanee. Possono però essere concesse per un periodo illimitato se

- il diritto alla pensione sussiste indipendentemente dalla situazione del mercato del lavoro,
- il ripristino della capacità lavorativa risulta improbabile. Questa fattispecie si considera sempre soddisfatta quando la pensione temporanea è già stata erogata per un periodo complessivo di 9 anni.

Redditi lavorativi aggiuntivi

Le pensioni versate agli assicurati sostituiscono i loro mancati guadagni. È questo il motivo per cui i redditi lavorativi aggiuntivi dei beneficiari di trattamenti pensionistici anticipati sono soggetti a determinate limitazioni fino al raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria. Sono considerati redditi aggiuntivi le retribuzioni, i redditi da lavoro e le entrate analoghe. Non si considerano invece redditi lavorativi le retribuzioni inferiori all'indennità di assistenza continua percepite da chi assiste persone non autosufficienti, né le retribuzioni versate ai disabili nei laboratori protetti. Nei regimi pensionistici per riduzione della capacità lavorativa sono invece considerate redditi lavorativi aggiuntivi anche determinate entrate sostitutive del reddito da lavoro.

1. Pensione di vecchiaia

Il raggiungimento o meno dell'età pensionabile ordinaria è importante ai fini dell'accertamento dei redditi aggiuntivi consentiti ai beneficiari di pensioni di vecchiaia.

2. Pensione ordinaria di vecchiaia

Dopo il raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria sono consentiti redditi aggiuntivi illimitati. Gode di tale facoltà anche chi percepisce una pensione di vecchiaia anticipata, ma solo a partire dal mese successivo al raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria.

3. Pensione di vecchiaia prima del raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria

Fino al raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria sono consentiti solo redditi aggiuntivi limitati. Non sono dedotti dalle pensioni di vecchiaia i redditi aggiuntivi fino a 6.300 euro annui.

Se i redditi annuali superano la soglia annua di 6.300 euro potrebbe sussistere il diritto a una pensione parziale, il cui importo si definisce in base alla detrazione integrale del reddito aggiuntivo. Essa è calcolata sottraendo integralmente dalla pensione di vecchiaia il 40 per cento del reddito aggiuntivo che supera la soglia annuale di 6.300 euro, fino al raggiungimento di una soglia massima individuale (il cosiddetto massimale di reddito aggiuntivo). Tale massimale dipende dal reddito annuo ad obbligo contributivo più elevato realizzato negli ultimi 15 anni civili precedenti alla sopravvenuta incapacità lavorativa. Solo in caso di superamento del massimale, dalla pensione si detrae il 100 per cento dell'importo eccedentario.

4. Pensione per riduzione della capacità lavorativa

Anche i beneficiari di pensioni per riduzione della capacità lavorativa possono realizzare determinati redditi aggiuntivi durante il pensionamento. Va osservato in particolare che le pensioni per riduzione della capacità lavorativa sono destinate a compensare finanziariamente l'incapacità parziale o totale di svolgere un'attività lavorativa retribuita. Il fatto che gli assicurati svolgano in parallelo un'attività retribuita illimitata o anche considerevole è inconciliabile con questo principio. Per tale ragione i beneficiari di pensione per riduzione della capacità lavorativa possono realizzare redditi aggiuntivi solo in misura limitata. Di norma, tali redditi devono inoltre essere realizzati nel contesto della capacità lavorativa residua, in caso contrario il diritto alla pensione può cessare.

Dalle pensioni per incapacità lavorativa totale non sono detratti i redditi aggiuntivi inferiori alla soglia annuale di 6.300 euro, mentre alle pensioni per incapacità lavorativa parziale si applica una soglia individuale. Nel contesto di queste soglie vanno considerati i redditi realizzati e, in determinati casi, anche le prestazioni sociali percepite.

Dalle pensioni per incapacità lavorativa totale si sottrae il 40 per cento del reddito aggiuntivo che supera la soglia annuale di 6.300 euro, fino al raggiungimento di una soglia massima individuale (il cosiddetto massimale di reddito aggiuntivo). Solo in caso di superamento del massimale, dalla pensione si detrae il 100 per cento dell'importo eccedentario.

Anche dalle pensioni per incapacità lavorativa parziale si sottrae il 40 per cento del reddito aggiuntivo che supera la soglia annuale individuale, fino al raggiungimento di una soglia massima individuale (il cosiddetto massimale di reddito aggiuntivo).

Nel caso delle pensioni per incapacità lavorativa parziale o totale il massimale di reddito aggiuntivo dipende dal reddito annuo ad obbligo contributivo più elevato realizzato negli ultimi 15 anni civili precedenti alla sopravvenuta incapacità lavorativa. Se negli ultimi 15 anni non è stato percepito alcun reddito o è stato percepito un reddito molto basso, il calcolo del massimale si basa sulla metà della retribuzione media.

Pensioni ai superstiti

1. Pensione di reversibilità ai vedovi

I vedovi e le vedove che non contraggono nuovo matrimonio dopo il decesso del coniuge hanno diritto alla pensione di reversibilità a condizione che il coniuge defunto abbia maturato l'anzianità assicurativa generale di 5 anni. La pensione di reversibilità massima ammonta al 55 per cento della pensione dell'assicurato deceduto ed è riconosciuta se il vedovo o la vedova ha compiuto il quarantasettesimo anno d'età (nel contesto dell'elevazione graduale delle soglie di età, nel 2012 questa soglia di età è passata da 45 anni a 47 anni) o presenta una capacità lavorativa ridotta o alleva un figlio minorenni o accudisce un figlio che non è in grado di provvedere al proprio sostentamento a causa di una disabilità.

Per il primo figlio è accordata una maggiorazione della pensione di reversibilità pari a 2 punti retributivi, mentre la maggiorazione per ognuno degli altri figli è di 1 punto retributivo. Quando non sussiste nessuno dei precedenti requisiti, la pensione di reversibilità minima, pari al 25 per cento della pensione dell'assicurato deceduto è riconosciuta per un periodo massimo di 24 mesi. Dalla pensione è detratta una quota del reddito del coniuge sopravvissuto.

Per tutelare il legittimo affidamento, la legislazione precedente (pensione di reversibilità massima pari al 60 per cento della pensione del deceduto al netto della maggiorazione per figli a carico) rimane in vigore per i coniugi che hanno contratto matrimonio prima dell'1 gennaio 2002 se almeno uno di essi è nato prima del 2 gennaio 1962. Questa categoria di persone ha diritto a ricevere la pensione di reversibilità minima ai sensi della precedente legislazione senza limitazioni temporali.

Il diritto a queste prestazioni vale anche per le convivenze registrate.

2. Pensione per gli orfani

La pensione per gli orfani spetta ai figli degli assicurati deceduti. Il diritto di beneficiare di questa prestazione sussiste fino al raggiungimento dei diciotto anni o fino al compimento del ventisettesimo anno se gli orfani seguono una formazione scolastica o professionale o si trovano in un periodo di transizione tra due fasi (ad esempio tra formazione scolastica e prestazione di un servizio di volontariato) della durata massima di quattro mesi solari o prestano un anno di volontariato ai sensi della Legge sull'imposta sul reddito (art. 32 par. 4 par. 1 nr. 2 lettera d), ad esempio un servizio di volontariato internazionale "aperto al mondo" o un servizio di volontariato federale. Gli orfani di entrambi i genitori percepiscono un quinto della pensione integrale dell'assicurato deceduto, gli orfani di un genitore un decimo. A questo importo va poi ad aggiungersi una maggiorazione.

3. Pensione per l'educazione dei figli

La pensione per l'educazione dei figli è un altro tipo di pensione riconosciuto in seguito a un decesso e costituisce una forma di tutela indipendente destinata alle persone divorziate che allevano dei figli.

Hanno diritto alla pensione per l'educazione dei figli gli assicurati che soddisfano i seguenti requisiti:

- il coniuge divorziato è deceduto,
- allevano il proprio figlio o il figlio del coniuge divorziato,
- non hanno contratto nuovo matrimonio,
- hanno maturato il proprio periodo minimo di anzianità assicurativa prima del decesso del coniuge divorziato e è stato pronunciato il divorzio (nei Länder occidentali divorzi successivi al 30 giugno 1977, nei Länder orientali divorzi successivi al 31 dicembre 1991).

Questo trattamento pensionistico è calcolato, secondo la stessa formula delle pensioni di vecchiaia, in base ai periodi pensionistici propri e ai diritti trasferiti con il conguaglio previdenziale.

Anche le prestazioni della pensione per l'educazione di figli sono assoggettate a detrazioni in funzione del reddito. Le franchigie applicate sono quelle delle pensioni di reversibilità.

4. Considerazione del reddito

Dalla pensione ai superstiti si detrae il 40 per cento della quota di reddito personale (entrate da lavoro, entrate sostitutive del reddito da lavoro, entrate patrimoniali) che supera una determinata franchigia. La stessa regola si applica alle prestazioni maturate nell'ambito di convivenze registrate.

Le franchigie attualmente applicate alla pensione di reversibilità e alla pensione per l'educazione di figli ammontano a

819,19 euro nei Länder occidentali
783,82 euro nei Länder orientali

Per ogni figlio avente diritto alla pensione per orfani le franchigie aumentano di

173,77 euro nei Länder occidentali
166,26 euro nei Länder orientali

Le franchigie sono abbinate al valore attuale delle pensioni e aumentano pertanto in modo indicizzato.

La detrazione del reddito proprio dalle pensioni versate agli orfani maggiorenni è stata abolita. L'importo di tutte le pensioni per orfani è così versato integralmente, indipendentemente dalla situazione reddituale dei beneficiari.

Per tutelare il legittimo affidamento, la detrazione del reddito ai sensi della vecchia legislazione – con la considerazione delle entrate da lavoro e delle entrate sostitutive del reddito da lavoro – rimane in vigore per i coniugi che hanno contratto matrimonio prima dell'1 gennaio 2002 se almeno uno di essi è nato prima del 2 gennaio 1962.

5. Condivisione della pensione tra coniugi

Per promuovere l'autonomia pensionistica delle donne, alle coppie più giovani è stata riconosciuta la possibilità di dividere facoltativamente in parti uguali i diritti pensionistici complessivamente acquisiti durante il matrimonio. Una dichiarazione consensuale di ambedue i coniugi permette di sostituire al regime pensionistico tradizionale di coniugi e vedovi (fintantoché ambedue i coniugi sono in vita, ognuno percepisce la propria pensione, dopo il decesso di uno dei due coniugi il vedovo o la vedova percepiscono inoltre una pensione sussidiaria derivata di reversibilità) la divisione in parti uguali dei diritti pensionistici maturati durante il matrimonio. Gli effetti di questa opzione si manifestano di norma quando entrambi i coniugi sono ancora in vita (con il riconoscimento di una pensione integrale di vecchiaia anche al secondo coniuge). La scelta di questa formula determina regolarmente un aumento delle prestazioni pensionistiche autonome della donna, da cui non si detrae il reddito e che non vengono meno in caso di nuovo matrimonio.

La condivisione è però possibile solo a condizione che entrambi i coniugi siano in grado di dimostrare un periodo di 25 anni riconoscibili ai fini pensionistici.

Il diritto a queste prestazioni vale anche per le unioni civili.

Calcolo della pensione

Periodi contributivi

L'ammontare della pensione dipende generalmente dalla situazione salariale e dalla retribuzione dei lavoratori assicurata con formula contributiva. Sono conteggiati come periodi contributivi anche i periodi di educazione dei figli e i periodi di assistenza continua a persone non autosufficienti a titolo non professionale.

Il valore di un periodo contributivo dipende dal rapporto tra la retribuzione lorda annuale del singolo e la media salariale di tutti gli assicurati. Disposizioni particolari si applicano a determinati periodi:

- **Formazione professionale:**
I periodi di formazione professionale effettivamente seguita sono conteggiati almeno in base al reddito effettivamente realizzato. Si procede inoltre alla rivalutazione di un periodo massimo di tre anni, calcolandola in base al valore medio delle retribuzioni di tutti i periodi di contribuzione nel corso della vita lavorativa dell'assicurato, ma solo fino a concorrenza del 75 per cento della media salariale di tutti gli assicurati.
- **Contribuzione obbligatoria ridotta dei disabili che lavorano in laboratori protetti:**
La determinazione della contribuzione minima dei disabili che lavorano in laboratori protetti riconosciuti e in enti ad essi equiparati si basa sull'80 per cento del valore di riferimento, che è soggetto a revisione annuale. Nel 2018 esso ammonta a 3.045 euro mensili nei Länder occidentali e a 2.695 euro nei Länder orientali.
- **Contributi obbligatori per prestazioni sostitutive della retribuzione:**
I contributi pensionistici per i periodi in cui si percepiscono prestazioni sostitutive della retribuzione come indennità di malattia, indennità per persone danneggiate e indennità di disoccupazione, sono versati dall'ente competente per le prestazioni, indipendentemente da chi le versa. I contributi sono calcolati in base all'80 per cento della retribuzione per la quale è erogata la prestazione.
- **Contributi obbligatori di chi presta servizio militare:**
La determinazione dei contributi obbligatori delle persone che prestano servizio militare o civile si basa su un reddito fittizio pari al 60 per cento del valore di riferimento.

Periodi non contributivi equiparati

I periodi non contributivi equiparati hanno lo scopo di evitare gli svantaggi che potrebbero essere causati dalla sospensione dei versamenti contributivi dovuta ad eventi bellici nel quadro della perequazione sociale dell'assicurazione pensionistica. Questi periodi comprendono anche i periodi di detenzione per motivi politici nella ex Repubblica Democratica Tedesca.

Periodi di assistenza continua

Ai sensi della Legge sull'assicurazione contro l'infermità, a partire dall'1 aprile 1995 i periodi di assistenza non professionale prestata a persone non autosufficienti in ambiente domestico sono considerati periodi di contribuzione pensionistica obbligatoria a tutti gli effetti. I periodi di assistenza sono quindi utili sia per l'acquisizione del diritto alla pensione, sia per la determinazione dell'importo delle prestazioni. In questo contesto la quantificazione dei periodi di assistenza ai fini pensionistici dipende dal livello del bisogno di assistenza della persona non autosufficiente e dall'entità dell'assistenza prestata. L'assicurazione contro l'infermità si fa carico dei contributi pensionistici obbligatori delle persone che prestano assistenza non professionale nell'ambiente domestico a congiunti non autosufficienti anche se esercitano un'attività parallela retribuita di meno di 30 ore alla settimana. Sono escluse da tale trattamento determinate categorie di persone esentate dal versamento dei contributi, ad esempio i titolari di pensioni integrali di vecchiaia che hanno già raggiunto l'età pensionabile ordinaria.

Periodi di educazione dei figli

Dall'1 luglio 2014 i periodi di educazione dei figli riconosciuti sono stati elevati da un anno a due anni per ogni bambino nato prima del 1992 (cosiddetta pensione per madri). Per i nati a partire dal 1992 il periodo di educazione dei figli ammonta a 3 anni.

I periodi di educazione dei figli sono utili per l'acquisizione del diritto alla pensione e per la determinazione dell'importo delle prestazioni, possono quindi essere considerati ad esempio anche ai fini della maturazione dell'anzianità assicurativa necessaria al riconoscimento delle pensioni per attività lavorativa ridotta o di vecchiaia. È questa la ragione per cui anche le donne che hanno allevato 3 figli nati prima del 1992 o che hanno allevato due figli nati prima del 1992 e hanno versato un anno di contributi possono percepire una pensione di vecchiaia ordinaria. Nel caso di bambini nati dopo il 1992, per soddisfare i requisiti di anzianità assicurativa basta che una donna abbia allevato due figli.

Ai fini pensionistici i periodi di educazione dei figli dopo l'1 luglio 2000 sono equivalenti a periodi di contribuzione obbligatoria per attività retribuita di importo pari al 100 per cento della media salariale. Attualmente l'importo pensionistico di ogni anno di educazione dei figli equivale a 31,03 euro nei Länder occidentali e a 29,69 euro nei Länder orientali. A questi importi vanno ad aggiungersi i periodi di contribuzione figurativa.

Periodi di educazione dei figli a contribuzione figurativa

I periodi di educazione dei figli a contribuzione figurativa incominciano al momento della nascita e terminano al momento del compimento del decimo anno di vita del bambino. Diversamente da altri periodi riconosciuti ai fini pensionistici, essi non hanno un effetto diretto sull'importo delle prestazioni pensionistiche, ma sono rilevanti ai fini della totalizzazione dell'anzianità assicurativa di 45 anni richiesta per la pensione ordinaria di vecchiaia degli assicurati con anzianità contributiva particolarmente prolungata, dell'anzianità assicurativa di 35 anni per le pensioni per anzianità contributiva prolungata e per le pensioni di vecchiaia per persone gravemente disabili, per l'estensione della tutela assicurativa nel caso di pensioni per capacità lavorativa ridotta e per la determinazione del trattamento complessivo dei periodi esentati dall'obbligo contributivo.

In tal modo risultano incrementati i diritti pensionistici acquisiti da coloro che, durante i primi 10 anni di vita dei figli, esercitano un'attività retribuita principalmente sotto forma di part-time e percepiscono così retribuzioni regolarmente inferiori alla media. Dopo il 1992, in presenza di almeno 25 anni riconoscibili ai fini pensionistici (compresi i periodi di educazione dei figli a contribuzione figurativa), il reddito individuale di queste persone è rivalutato del 50 per cento o fino a concorrenza del 100 per cento della media salariale.

Dopo il 1992 i periodi di educazione contemporanea di due figli di meno di 10 anni totalizzati da persone che non si trovano in congedo per l'educazione dei figli sono riconosciuti con un accredito di 0,33 punti retributivi all'anno a condizione che tali persone abbiano maturato almeno 25 anni riconoscibili ai fini pensionistici (compresi i periodi di educazione dei figli e i periodi di educazione dei figli a contribuzione figurativa).

I contributi pensionistici versati dalla cassa per le infermità per gli educatori che assistono un figlio non autosufficiente tra il quarto e il diciottesimo anno di vita del bambino sono rivalutati del 50 per cento o fino a concorrenza del 100 per cento della media salariale. Ai periodi successivi al 1992 questa forma di rivalutazione si applica a condizione che gli educatori abbiano maturato almeno 25 anni riconoscibili ai fini pensionistici (compresi i periodi di educazione dei figli e i periodi di educazione dei figli a contribuzione figurativa).

Periodi accreditabili

Si tiene conto di periodi accreditabili in particolare quando gli assicurati sono impossibilitati a versare contributi pensionistici per motivi indipendenti dalla loro volontà. In generale si tratta di periodi di inabilità al lavoro, di disoccupazione o di ricerca di un posto di formazione professionale o scolastica successivi al compimento del diciassettesimo anno di età, in quest'ultimo caso per una durata massima di otto anni.

Periodi addizionali

I periodi addizionali sono rilevanti ai fini dell'erogazione delle pensioni per ridotta capacità lavorativa e delle pensioni di reversibilità. In linea generale, le persone che presentano una capacità lavorativa ridotta o decedono in giovane età possono maturare solo diritti pensionistici limitati. I periodi addizionali sono stati creati per consentire agli assicurati o ai superstiti di beneficiare di una sicurezza adeguata. In questi casi il calcolo della pensione avviene come se questi assicurati avessero continuato a lavorare e a versare contributi anche dopo la sopravvenuta riduzione della capacità lavorativa o il decesso.

Dopo l'1 luglio 2014 la Legge sul miglioramento delle prestazioni dell'assicurazione pensionistica pubblica garantisce maggiori tutele agli assicurati presso il regime pensionistico pubblico tramite due misure specifiche: da un lato introduce la cosiddetta valutazione di vantaggiosità, secondo la quale gli ultimi quattro anni che precedono la sopravvenuta riduzione della capacità lavorativa non contano ai

fini della valutazione di periodi addizionali se ne diminuirebbero il valore (ad es. a causa di un reddito inferiore dovuto al passaggio al tempo parziale o di fasi di malattia precedenti all'erogazione della pensione), dall'altro i periodi addizionali sono stati elevati da 60 a 62 anni. La Legge di miglioramento delle prestazioni delle pensioni per capacità lavorativa ridotta e di modifica di altre leggi, varata nel 2017, ha esteso ulteriormente i periodi addizionali: per i futuri beneficiari di pensioni per capacità lavorativa ridotta dal 2018 al 2024 tali periodi addizionali saranno gradualmente prolungati di tre anni, fino al completamento del sessantacinquesimo anno d'età.

Formula della pensione

Esiste una regola generale per il calcolo delle pensioni in base alla retribuzione e ai contributi versati: l'ammontare della pensione dipende soprattutto dall'importo della retribuzione o del reddito da lavoro assicurati con i contributi versati nell'arco dell'intera biografia assicurativa. La retribuzione e il reddito da lavoro assicurati ogni anno tramite i contributi sono convertiti in punti retributivi. Anche se non si sono versati contributi si possono maturare punti retributivi anche nei periodi non soggetti ad obbligo contributivo la loro entità dipende dall'importo della retribuzione o del reddito da lavoro assicurati nei restanti periodi.

Il fattore specifico di ogni regime pensionistico determina l'obiettivo che la rispettiva pensione deve assicurare rispetto alla pensione di vecchiaia.

I vantaggi e gli svantaggi della diversa durata del periodo pensionistico di chi decide di andare in pensione anticipata o di rinunciare a percepire la pensione al raggiungimento della normale età pensionabile, pur avendo maturato il periodo minimo di anzianità assicurativa, sono evitati da un fattore di accesso. I vantaggi dell'inizio precoce del versamento della pensione e quindi di suo un percepimento più prolungato sono controbilanciati da decurtazioni delle prestazioni pensionistiche.

Il valore attuale della pensione è l'importo corrispondente ad una pensione di vecchiaia maturata con i contributi di un anno di un assicurato a reddito medio. Esso rientra nella formula di calcolo della pensione.

La pensione è determinata da tre fattori

PEP	Punti retributivi personali (persönliche Entgeltpunkte) Retribuzione assicurata (fino al massimale contributivo) di ogni anno, divisa per la media retributiva di tutti gli assicurati per lo stesso anno, sommata per l'intero periodo contributivo e moltiplicata per il fattore d'accesso (Zugangsfaktor, ZF)
RF	Fattore della tipologia pensionistica Fattore stabilito per effettuare il calcolo delle pensioni in funzione dell'obiettivo previdenziale
AR	Valore attuale della pensione (aktueller Rentenwert) Importo corrispondente alla pensione mensile di vecchiaia risultante dai contributi corrispondenti alla retribuzione media di un anno (attualmente: 31,03 euro (ovest), 29,69 euro (est))

$$\text{PEP} \times \text{RF} \times \text{AR} = \text{pensione mensile}$$

Valutazione complessiva

Il calcolo della pensione considera anche i periodi esentati dalla contribuzione o a contribuzione ridotta. I periodi esentati comprendono periodi accreditabili, periodi addizionali e periodi non contributivi equiparati. I periodi a contribuzione ridotta sono periodi in cui, nello stesso mese solare, si registrano periodi contributivi (ad es. in forza di un rapporto di lavoro) e periodi non contributivi (ad es. periodi accreditabili per tutela della maternità). Nel quadro del calcolo della pensione determinati periodi esentati dalla contribuzione e a contribuzione ridotta sono convertiti in un valore pari al valore

medio risultante dalla valutazione complessiva di tutti i periodi di contribuzione (obbligatoria o volontaria). Le lacune nella biografia contributiva dell'assicurato riducono tale valore quando non si tratta di periodi esentati dall'obbligo contributivo o di periodi a contribuzione ridotta. Generalmente, i periodi per l'educazione dei figli a contribuzione figurativa incrementano il valore dei periodi esentati dalla contribuzione e dei periodi a contribuzione ridotta.

Adeguamento delle pensioni

L'adeguamento delle pensioni è effettuato l'1 luglio di ogni anno in base alle modifiche del valore attuale della pensione registrate nei Länder federali occidentali e orientali. L'importo lordo delle prestazioni pensionistiche mensili adeguato si ottiene moltiplicando il nuovo valore attuale della pensione con gli altri fattori della formula di calcolo della pensione.

Ai fini dell'adeguamento delle pensioni è determinante soprattutto l'andamento salariale (variazione di salari e stipendi lordi per lavoratore in base ai conti nazionali rilevati dall'Ufficio statistico federale) alla luce dello sviluppo delle retribuzioni ad obbligo di contribuzione pensionistica. Per suddividere equamente tra giovani e anziani gli oneri derivanti dai cambiamenti demografici, oltre all'andamento salariale il calcolo dell'adeguamento delle pensioni tiene conto di altri due sviluppi importanti: da un lato si traspone all'adeguamento delle pensioni la variazione della spesa pensionistica dei lavoratori (cosiddetto fattore della spesa pensionistica). D'altro lato l'adeguamento delle pensioni tiene conto dell'andamento del rapporto numerico tra pensionati e contribuenti attraverso il fattore di sostenibilità.

Una clausola di salvaguardia (la cosiddetta garanzia delle pensioni) assicura però che in sede di adeguamento delle pensioni né il fattore della spesa pensionistica, né il fattore di stabilità, né un andamento salariale negativo possano determinare una riduzione dell'importo pensionistico mensile percepito ("pensione lorda").

La Legge sul completamento della transizione del regime pensionistico garantisce che, a partire dall'adeguamento delle pensioni del 2018, si realizzi gradualmente il pieno allineamento dei valori della pensione, che dovrà essere completato entro l'1 luglio 2024. Saranno adeguati gradualmente anche i parametri specifici di calcolo dei nuovi Länder, che raggiungeranno il livello occidentale o spariranno entro l'1 gennaio 2025, quando in tutta la Germania al calcolo delle pensioni si applicheranno parametri di calcolo uniformi.

Informazioni pensionistiche

Gli assicurati che hanno compiuto il ventisettesimo anno di età ricevono ogni anno una nota informativa sulla loro pensione. In questo modo gli enti pensionistici creano maggiore trasparenza sul calcolo della pensione di vecchiaia individuale e offrono ai loro assicurati una base solida per la pianificazione responsabile di una previdenza complementare. Le note informative sulle pensioni sono redatte in base ai periodi contributivi delle posizioni pensionistiche individuali e comprendono, tra l'altro, una stima approssimativa dell'importo delle prestazioni pensionistiche che si potranno percepire al raggiungimento dell'età pensionabile, sia al netto degli adeguamenti pensionistici, sia comprensivo di virtuali adeguamenti. Dopo i 55 anni invece delle note informative gli assicurati ricevono un prospetto riepilogativo della pensione che contiene dati più particolareggiati sulla loro biografia assicurativa.

La linea del cittadino del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari sociali fornisce informazioni sulla normativa pensionistica dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 20:00 al numero 030 / 221911001

Organizzazione

Dopo l'1 ottobre 2005 la struttura della previdenza pensionistica ha subito profondi mutamenti. È stata abbandonata la precedente distinzione tra assicurazioni per operai e assicurazioni per impiegati e gli enti pensionistici sono ora suddivisi in enti federali e enti regionali. La loro denominazione è costituita dalla dicitura "Deutsche Rentenversicherung" e da una specificazione che ne precisa le competenze. Sono enti federali la "Deutsche Rentenversicherung Bund" (nata dalla fusione tra la Bundesversicherungsanstalt für Angestellte o BfA e il Verband deutscher Rentenversicherungsträger o VDR) e la "Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See" (in passato Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt e Seekasse), che si occupa anche dei lavoratori del settore minerario, ferroviario e marittimo. Un esempio di designazione di un ente regionale può essere la "Deutsche Rentenversicherung Westfalen". I nuovi assicurati ricevono comunicazione dell'ente per essi

competente con l'assegnazione del codice assicurativo. La stessa procedura è seguita in caso di cambiamento delle competenze.

Gli enti previdenziali sono soggetti alla vigilanza dello Stato.

Finanziamento

La spesa pensionistica è essenzialmente coperta dal gettito contributivo: i lavoratori e i datori di lavoro corrispondono rispettivamente la metà dei contributi pensionistici in funzione dell'aliquota contributiva vigente (18,6 percento dall'1 gennaio 2018). I contributi dei lavoratori dipendenti sono calcolati in base alla retribuzione percepita fino a concorrenza dell'attuale massimale mensile di 6.500 euro nei Länder occidentali e 5.800 euro nei Länder orientali. Il Governo Federale partecipa alla spesa pensionistica con delle sovvenzioni.

Informazioni

Per ulteriori informazioni in materia pensionistica si raccomanda di rivolgersi agli uffici assicurativi cittadini, municipali e distrettuali o agli uffici preposti all'informazione e alla consulenza dei singoli enti pensionistici. Forniscono consulenza anche gli interlocutori specializzati dal rispettivo ente assicurativo (Versichertenältesten o Versichertenberater).

Incentivazione dei regimi previdenziali integrativi (Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge)

L'età media della popolazione è in costante aumento. Per il regime pensionistico pubblico ciò significa che un numero sempre più esiguo di contribuenti deve finanziare le prestazioni erogate a un numero sempre più elevato di pensionati. Per non gravare di oneri eccessivi le giovani generazioni i futuri aumenti pensionistici saranno inevitabilmente inferiori a quelli attuali. Per mantenere il tenore di vita abituale anche durante la terza età è quindi necessaria una previdenza pensionistica integrativa. In futuro dovrà perciò diffondersi una previdenza pensionistica basata su tre pilastri: i regimi pensionistici pubblici, i regimi aziendali e i regimi privati. Lo stato incentiva la capitalizzazione previdenziale integrativa tramite indennità supplementari, agevolazioni fiscali e riduzioni dei contributi ai regimi di sicurezza sociale.

Regimi pensionistici aziendali

I regimi pensionistici aziendali sono una classica prestazione volontaria del datore di lavoro. I dipendenti hanno tuttavia il diritto di convertire parte del loro salario o del loro stipendio in una forma di previdenza aziendale che consentirà più tardi di beneficiare di una pensione aziendale (Entgeltumwandlung) e il datore di lavoro è tenuto ad accettare la loro richiesta. Le caratteristiche specifiche di questi regimi pensionistici sono esito di un accordo con i lavoratori, spesso sancito da contratti collettivi o da contratti aziendali. In assenza di accordo, ogni lavoratore gode del "diritto minimo" alla permuta di una quota di retribuzione in un'assicurazione diretta (forma particolare di assicurazione sulla vita).

I regimi pensionistici aziendali presentano alcuni vantaggi rispetto alla previdenza privata:

- sono spesso più economici perché i costi di stipula e le spese amministrative sono distribuiti su un numero più ampio di persone (sconto sui grandi quantitativi).
- sono più facilmente gestibili da parte dei lavoratori che non si devono preoccupare della scelta del prodotto più vantaggioso e dei molti adempimenti burocratici, di cui si fa carico il datore di lavoro.
- il datore di lavoro partecipa spesso alla previdenza aziendale dei suoi dipendenti anche con un contributo finanziario (previsto da molti contratti collettivi).

Incentivazione statale

Lo Stato incentiva la previdenza aziendale tramite l'esenzione fiscale e contributiva delle somme devolute a questo fine. Ammonta a 6.240 euro l'importo esentasse che può essere investito nel 2018 in una pensione aziendale che abbia come canale di attuazione un fondo pensione, una cassa pensionistica o un'assicurazione diretta. Le spese sostenute non sono inoltre soggette a contribuzione sociale fino ad un totale di 3.120 euro.

Come per la previdenza privata, anche i regimi pensionistici aziendali sono generalmente intitolati a beneficiare delle maggiorazioni e della detrazione straordinaria dal reddito imponibile previste dall'incentivazione Riester.

Previdenza privata

Dal 2002 lo Stato incentiva la costituzione di una previdenza privata a copertura patrimoniale in presenza di determinati requisiti. La cosiddetta incentivazione Riester avviene tramite due canali: incentivi finanziari (maggiorazioni) e agevolazioni fiscali straordinarie (detrazioni straordinarie aggiuntive).

Più precisamente, le forme di investimento incentivate sono:

- piani di risparmio bancario,
- assicurazioni pensionistiche private,
- piani di risparmio in fondi,
- rendita dell'abitazione di proprietà (vedi più sotto).

La linea del cittadino del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sulle tematiche pensionistiche dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 20:00 al numero 030/221911001.

I piani di risparmio bancari sono particolarmente adeguati alle esigenze degli investitori più anziani, il cui periodo di risparmio è più breve, e di persone con un forte bisogno di sicurezza. Le assicurazioni pensionistiche private sono particolarmente indicate per gli investitori giovani, ma sensibili alle esigenze della sicurezza. I fondi con un'elevata quota di azioni sono più indicati per gli investitori più giovani e amanti del rischio, perché questi ultimi dispongono del tempo necessario a compensare eventuali cedimenti temporanei delle quotazioni. Tutti i prodotti sono tuttavia accomunati dall'assicurazione degli enti emittenti che al momento dell'inizio delle prestazioni si disporrà almeno di tutti gli importi versati (versamenti del titolare e maggiorazioni). In tal modo si esclude qualsiasi perdita nominale.

Oltre all'età e al bisogno di sicurezza, per selezionare il prodotto previdenziale più adeguato alle proprie esigenze si dovrebbero considerare anche i seguenti elementi:

- * i costi
I prodotti che comportano spese iniziali di stipula risultano tanto più convenienti quanto più lunga è la durata del contratto.
- * il rischio da assicurare
È opportuno valutare la copertura del rischio di una diminuzione della capacità lavorativa o l'introduzione nella copertura assicurativa di un'eventuale reversibilità per il coniuge o per i figli.
- * la formula di liquidazione
Le assicurazioni complementari devono garantire prestazioni vitalizie. A seconda dell'ente di emissione e del prodotto, all'inizio della fase di erogazione può tuttavia essere prevista una liquidazione straordinaria pari anche al 30 per cento del capitale.
- * la situazione in caso di decesso
I piani di risparmio bancario e in fondi consentono la trasmissione agli eredi del capitale risparmiato fino all'inizio del cosiddetto periodo pensionistico residuo (a partire dall'ottantacinquesimo anno d'età). Di norma, le assicurazioni private non contemplano tale possibilità. Con esse si può tuttavia concordare un periodo minimo garantito durante il quale la pensione deve essere tassativamente versata. In caso di decesso del beneficiario, l'importo di incentivazione statale va restituito, con un'unica eccezione: non sono previste restituzioni se il patrimonio previdenziale ereditato è trasferito al contratto pensionistico Riester del coniuge superstite.

Va controllato che il prodotto rechi il codice corrispondente alla verifica dell'Ente di certificazione e la dicitura "Il contratto di previdenza pensionistica è stato certificato ed è pertanto ammesso a beneficiare dell'incentivazione fiscale ai sensi dell'art. 10a della Legge sull'imposta sui redditi", che attesta la conformità del prodotto ai requisiti di legge. La certificazione non fornisce tuttavia alcuna indicazione sull'utile realizzato e non costituisce dunque in alcun modo una garanzia di rendimenti elevati.

L'opuscolo „Zusätzliche Altersvorsorge“ (A 817) del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni supplementari sulla previdenza integrativa.

Dall'1 gennaio 2017 chi propone contratti Riester è tenuto a produrre un prospetto illustrativo standardizzato che consenta agli investitori di confrontare oggettivamente i costi. L'incentivazione Riester della previdenza privata è destinata agli assicurati in via obbligatoria presso il regime pensionistico pubblico obbligatorio o il regime obbligatorio degli agricoltori e dei funzionari pubblici, ai soldati, ai titolari di particolari categorie di emolumenti, nonché a chi percepisce pensioni per capacità lavorativa ridotta. Per le coppie sposate, è sufficiente che un coniuge soddisfi i requisiti previsti per la maggiorazione perché anche il secondo possa fruirne. Per beneficiarne, il secondo coniuge stipula un contratto pensionistico a proprio nome che preveda un premio a suo carico di almeno 60 euro annui.

Incentivazione statale

L'incentivazione statale della previdenza privata si fonda sulla maggiorazione previdenziale, costituita da un importo di base per ogni avente diritto e da un'eventuale indennità supplementare per i figli. Anche i coniugi dei beneficiari hanno il diritto di percepire la maggiorazione se stipulano un proprio contratto previdenziale e vi versano almeno 60 euro all'anno.

Il riconoscimento della maggiorazione previdenziale statale è subordinato al versamento di un contributo minimo (cfr. tabella): se questo non è pienamente corrisposto, infatti, la maggiorazione

statale è decurtata. A titolo aggiuntivo, gli importi destinati al risparmio nel quadro di un cosiddetto contratto Riester sono considerati come spese straordinarie e possono beneficiare di agevolazioni fiscali fino al raggiungimento di un determinato massimale (cfr. tabella).

Anche i lavoratori autonomi dispongono della possibilità di costruirsi una copertura previdenziale incentivata dallo Stato (la cosiddetta pensione di base o pensione Rürup).

L'incentivazione statale della previdenza privata può comprendere anche la prima casa. Esistono varie possibilità di promozione dell'acquisto di proprietà immobiliare ad uso privato del proprietario:

- incentivazione dell'ammortamento del debito tramite un contratto di credito immobiliare certificato,
- prelievo di capitale incentivato già accantonato a fini pensionistici durante la fase di risparmio per l'acquisto o l'edificazione immediata della casa d'abitazione
- o liquidazione del debito gravante sulla casa d'abitazione.

Il capitale (prelevato) beneficia di un'incentivazione fiscale ed è tassato solo dopo un'ipotetica fase di liquidazione (fiscalità ex post). In questo contesto i contribuenti possono scegliere tra due formule alternative:

1. imposte su base annuale per un periodo di 17-25 anni (a seconda dell'inizio della fase di liquidazione, che deve essere compreso tra il sessantesimo e il sessantottesimo anno d'età del beneficiario),
2. imposta una-tantum del 70 per cento sull'intero capitale incentivato utilizzato per l'immobile.

Informazioni

Si raccomanda di tenere sempre presenti ambedue i pilastri, la previdenza aziendale e la previdenza privata, e di valutare l'opzione più conveniente in base alla propria situazione personale. Si ricordi inoltre che è possibile praticare contemporaneamente la permuta della retribuzione, con le relative agevolazioni fiscali e contributive, e il risparmio previdenziale, con le maggiorazioni e le detrazioni straordinarie aggiuntive dell'incentivazione Riester.

Per ulteriori informazioni si raccomanda di rivolgersi ad esempio al proprio ente pensionistico. Le informazioni sui regimi aziendali sono fornite dal datore di lavoro, dai delegati dei lavoratori o dai sindacati.

La rivista "FINANZtest" della fondazione Stiftung Warentest pubblica analisi comparate di numerose offerte previdenziali e formula raccomandazioni precise. Può inoltre rivelarsi utile una consulenza indipendente di un centro di assistenza ai consumatori (Verbraucherzentrale).

Fiscalità ex-post significa che le entrate realizzate nella terza età sono assoggettate all'imposizione fiscale al momento in cui sono percepite dal contribuente – vale a dire durante la vecchiaia. In compenso, i contributi previdenziali nella fase lavorativa rimangono esentasse fino al raggiungimento di un determinato massimale.

Informazioni dettagliate si trovano sul sito
http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Alter_und_Vorsorge/Altersvorsorge

Informazioni dettagliate sono disponibili tra l'altro sui siti
[www.deutsche-
rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)
www.bundesfinanzministerium.de
www.warentest.de
www.vzbv.de

L'incentivazione Riester

detrazione straordinaria (oltre alle spese previdenziali)	fino a 2.100 euro
maggiorazione di base	175 euro 200 euro ¹⁾
maggiorazione per ogni figlio	185 euro 300 euro ²⁾
contribuzione individuale minima iniziale	4 % da cui sono detratte le maggiorazioni ³⁾
Al massimo	2.100 euro da cui sono detratte le maggiorazioni

- 1) bonus una-tantum per l'inizio dell'attività professionale fino ai 25 anni
- 2) per i figli nati dopo l'1 gennaio 2008
- 3) in base al reddito ad obbligo assicurativo dell'anno precedente, ma almeno 60 € (importo di base)

Risarcimento sociale (Soziale Entschädigung)

Nella Repubblica Federale Tedesca la sicurezza sociale si traduce anche nel riconoscimento del diritto all'assistenza a coloro che subiscono pregiudizi alla salute le cui conseguenze sono a carico della collettività. In tal modo si intende ad esempio risarcire, almeno in termini finanziari, le vittime di determinati infortuni e assicurare assistenza ai loro superstiti che presentano requisiti particolari.

Il risarcimento sociale comprende prestazioni destinate a

- vittime di guerra,
- vittime di atti di violenza,
- invalidi militari e del servizio civile,
- disabili da vaccinazione,
- tutti coloro che sono stati arrestati dopo l'8 maggio del 1945 nella zona d'occupazione sovietica, nel settore di Berlino occupato dai sovietici o nei settori menzionati all'art. 1 par. 2 n. 3 della Legge federale sui profughi e hanno subito conseguenti pregiudizi alla salute,
- persone che sono state arrestate e hanno riportato pregiudizi alla salute tuttora persistenti a causa di una sentenza ingiusta da parte della SED, nonché
- persone a cui decisioni amministrative di un ente pubblico dell'ex Repubblica Democratica Tedesca hanno causato un pregiudizio alla salute che perdura tuttora.

Leggi

Il diritto che disciplina il risarcimento sociale comprende varie leggi:

- Legge federale sull'assistenza (Bundesversorgungsgesetz),
- Legge sull'assistenza ai militari (Soldatenversorgungsgesetz),
- Legge sulla procedura amministrativa per l'assistenza alle vittime di guerra (Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung),
- Legge sul servizio civile (Zivildienstgesetz),
- Legge sul risarcimento delle vittime (Opferentschädigungsgesetz),
- Legge sulla riabilitazione penale (Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz),
- Legge sull'aiuto ai prigionieri (Häftlingshilfegesetz),
- Legge sulla riabilitazione amministrativa (Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz),
- Legge sulla prevenzione di malattie infettive (Gesetz zur Verhütung von Infektionskrankheiten),
- Legge sulla garanzia della capitalizzazione della pensione di base (Gesetz zur Sicherstellung der Grundrentenabfindung).

Il CD gratuito „Bundesversorgungsgesetz“ (C 752) contiene tutte le leggi rilevanti e può essere richiesto presso il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali

Il presente capitolo esamina nel dettaglio le materie “assistenza alle vittime di guerra” e “assistenza alle vittime di atti di violenza”.

Assistenza alle vittime di guerra

Prestazioni/Requisiti

Su richiesta si possono ricevere prestazioni assistenziali per le conseguenze sanitarie ed economiche dei pregiudizi causati

- dall'assolvimento del servizio militare o di un servizio equivalente,
- da un infortunio verificatosi durante questo servizio,
- da condizioni specifiche di questo servizio,
- dalla prigionia di guerra,
- dagli effetti diretti della guerra (a.e. nel caso di civili feriti durante un bombardamento) o
- da atti di violenza delle forze occupanti (a.e. lesioni e violenze sessuali).

Le persone lese ai sensi della normativa sul risarcimento sociale ricevono prestazioni per il trattamento terapeutico delle conseguenze riconosciute del danno subito e da esso provocate, ad esempio a

- trattamenti medici e dentistici ambulatoriali,
- trattamenti ospedalieri,
- medicinali, materiale per medicazioni,
- rimedi,
- fisioterapia, cinesiterapia, logopedia e ergoterapia,
- dispositivi medici,
- protesi dentarie,
- assistenza infermieristica domiciliare,
- trattamenti in strutture di riabilitazione,
- test di carico e ergoterapia,
- prestazioni sociopediatriche di natura non medica,
- psicoterapia sotto forma di trattamento medico e psicoterapico e socioterapia.

Importante per i disabili gravi

Se l'entità riconosciuta delle conseguenze dei pregiudizi subiti (Grad der Schädigungsfolgen – GdS) raggiunge almeno il 50 per cento, si ha diritto al trattamento anche di tutte le altre malattie non causate dai pregiudizi subiti se questo trattamento non risulta già coperto da altre tutele assicurative e se il reddito del beneficiario non supera la soglia retributiva annuale delle assicurazioni pubbliche contro le malattie. Nel 2018 tale soglia ammonta a 59.400 euro annuali, corrispondenti a 4.950 euro mensili.

Inoltre, chi è inabile al lavoro a causa del pregiudizio subito ha diritto a un'indennità assistenziale di malattia e prestazioni di cura medica.

Ricevono prestazioni di cura medica

- le persone gravemente lese per il coniuge, i figli e gli altri congiunti,
- i beneficiari di un'indennità assistenziale supplementare a non autosufficienti per le persone che li assistono a titolo gratuito,
- i superstiti.

Si ricevono poi prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa che permettono di esercitare, riesercitare o mantenere una professione adeguata. Per tutta la durata di tali prestazioni si percepisce inoltre un'indennità di transizione o un contributo al sostentamento. (Prestazioni assistenziali alle vittime di guerra).

Alle persone lese, ai loro coniugi superstiti, ai loro partner in unioni civili, ai loro orfani ed ai loro genitori sono poi riconosciute prestazioni pensionistiche. L'importo della pensione per persone lese dipende dalle conseguenze riconosciute dei pregiudizi subiti (GdS). Tali prestazioni intervengono a partire da un GdS del 25 per cento e comprendono

- pensione di base, modulata in funzione del GdS. La pensione di base degli invalidi gravi aumenta al compimento del sessantacinquesimo anno d'età.
- indennità di invalidità estremamente grave, modulata su sei livelli.
- indennità assistenziale supplementare a non autosufficienti, elargita a persone in stato di impotenza e modulata anch'essa su sei livelli.
- risarcimento per il maggior consumo di abiti e di biancheria.
- sussidio per i costi dell'accompagnatore dei non-vedenti.
- compensazione dei danni professionali per compensare le perdite di reddito subite dalle persone lese che non possono più esercitare o esercitano solo parzialmente la loro professione o la professione a cui ambivano.
- pensione compensativa per gli invalidi gravi e indennità e per i loro coniugi al fine di assicurarne il sostentamento. In questo caso il reddito è detratto dalle prestazioni al netto delle franchigie di legge.
- pensione di base ai superstiti di persone gravemente lese decedute a causa dell'invalidità. Per assicurarne il sostentamento, i superstiti ricevono inoltre una pensione compensativa da cui è detratto il reddito disponibile al netto delle franchigie di legge.

- compensazione per il danno subito dai vedovi il cui reddito, ivi incluse pensione di base, pensione compensativa e indennità di assistenza, risulta inferiore al 50 per cento di quanto avrebbe percepito il defunto se non fosse intervenuta l'invalidità.
- sussidio di vedovanza o sussidio per gli orfani, che possono essere riconosciuti ai superstiti degli invalidi deceduti per motivi diversi dall'invalidità che soddisfano i requisiti previsti.
- I genitori di disabili deceduti a causa dell'invalidità possono percepire una pensione se sono bisognosi e ultrasessantenni o inabili al lavoro. Godono di tale diritto anche i genitori adottivi, il patrigno e la matrigna, i genitori affidatari e, in determinate circostanze, anche i nonni. Se i genitori dispongono di un reddito proprio, questo è detratto dalla pensione che ricevono al netto delle franchigie di legge.

L'opuscolo gratuito „Kriegsopferfürsorge“ (A 105) illustra tutte le prestazioni assistenziali per le vittime di guerra.

Prestazioni di assistenza alle vittime di guerra

L'assistenza alle vittime di guerra comprende inoltre prestazioni aggiuntive, ad esempio

- sussidi per l'assistenza ai non autosufficienti,
- sussidi per continuare ad attendere al governo della casa,
- sussidi di anzianità,
- sussidi per il recupero delle forze,
- sussidi per particolari situazioni esistenziali, tra l'altro aiuti per l'integrazione delle persone con disabilità,
- prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa,
- sussidi complementari per il sostentamento.

Le prestazioni destinate alle vittime di guerra dalla Legge federale sull'assistenza non sono prestazioni primarie, ma vengono concesse in casi particolari per sostenere ed integrare le normali prestazioni. Esse sono generalmente erogate in funzione del reddito e del patrimonio, a meno che il bisogno sia stato causato esclusivamente dal pregiudizio subito.

Leggi

I fondamenti giuridici dell'assistenza alle vittime di guerra si trovano nella Legge federale sull'assistenza e sulla tutela sociale (Bundesversorgungsgesetz).

Informazioni

L'assistenza alle vittime di guerra è di competenza delle autorità assistenziali territoriali. Le richieste di prestazioni possono essere presentate presso i loro uffici oppure a comuni, enti assicurativi o rappresentanze ufficiali all'estero della Repubblica Federale Tedesca. Chi non concorda con la risposta ricevuta può presentare ricorso gratuito presso il Tribunale sociale.

La tutela sociale delle vittime di guerra è di competenza degli enti territoriali e regionali per la tutela sociale delle vittime di guerra. Le possibilità di ricorso in materia di tutela sociale delle vittime di guerra sono assicurate dai Tribunali della giurisdizione amministrativa.

Il sostentamento e dell'assistenza alle vittime di guerra riconosciuti alle persone lese durante il servizio militare e ai loro superstiti è di competenza dell'amministrazione dell'esercito. Le prestazioni possono essere richieste presso l'Ufficio federale per la gestione del personale dell'esercito (Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr).

I trattamenti pecuniari dell'assistenza alle vittime di guerra (all'1/07/2015)

Beneficiari / Prestazioni	GdS*	Valore delle prestazioni mensili euro
Prestazioni per non vedenti (accompagnamento)		164
pensione di base per gli invalidi	30	138
	40	183
	50	253
	60	320
	70	444
	80	537
	90	645
	100	722
aumento di anzianità della pensione di base	50,60	28
	70,80	35
	90,100	43
indennità di invalidità grave	livello I	83
	livello II	172
	livello III	256
	livello IV	343
	livello V	427
	livello VI	515
pensione compensativa per invalidi	50,60	444
	70,80	537
	90	645
	100	722
indennità coniugale supplementare		80
indennità supplementare a non autosufficienti	livello I	305
	livello II	521
	livello III	741
	livello IV	951
	livello V	1.235
	livello VI	1.519
pensione di base per vedovi		435
pensione compensativa per vedovi		479
pensione di base		
- per orfani di un genitore		122
- per orfani di entrambi i genitori		229
pensione compensativa		
- per orfani di un genitore		215
- per orfani di entrambi i genitori		299
pensione dei genitori		
- per entrambi i genitori		588
- per un genitore		410
aumento secondo l'art. 51 par. 2 BVG 2		
- per entrambi i genitori		107
- per un genitore		80
aumento secondo l'art. 51 par. 3 BVG		
- per entrambi i genitori		334
- per un genitore		242
indennità di sepoltura		
- integrale		1.674
- dimezzata		838
forfait per il consumo degli indumenti		19-124 **

* Entità delle conseguenze dei pregiudizi subiti

** L'importo preciso in euro dipende dal tipo di pregiudizio.

Vittime di atti di violenza

“Hilfe für Opfer von Gewalttaten” (A 719) è il titolo dell’opuscolo gratuito del Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali con informazioni supplementari sugli aiuti alle vittime di atti di violenza.

Prestazioni/Requisiti

Le vittime di un atto di violenza pregiudizievole per la salute commesso nel territorio della Repubblica Federale Tedesca o su una nave o un aeroplano tedeschi beneficiano della stessa assistenza delle vittime di guerra.

Nel 1993, con la seconda riforma della Legge sul risarcimento alle vittime di atti di violenza, questo trattamento è stato opportunamente esteso anche agli altri stranieri che risiedono legalmente nella Repubblica Federale Tedesca da lungo tempo. Nel loro caso, le modalità del risarcimento dipendono dalla durata del soggiorno, vale a dire dal loro grado di integrazione. Sono indennizzati anche gli stranieri la cui permanenza sul territorio della Repubblica Federale Tedesca è considerata legittima e giustificata per motivi umanitari o per un notevole interesse pubblico. Ai turisti ed ai visitatori stranieri si applica una normativa specifica per i casi critici.

Dopo l’1 luglio 2009 possono percepire prestazioni risarcitorie anche i cittadini tedeschi o stranieri legalmente residenti in Germania rimasti vittime di atti di violenza durante un soggiorno all’estero di durata inferiore ai sei mesi se tali atti sono stati perpetrati dopo tale data. Poiché qui la legge non pone più in primo piano la responsabilità dello Stato tedesco, ma l’idea della tutela sociale, queste persone possono beneficiare delle prestazioni solo se non ricevono alcun risarcimento da parte del colpevole e se non interviene nessun altro regime di protezione del paese in cui si è verificato l’atto di violenza. Le persone in questione ricevono i trattamenti terapeutici resi necessari dagli effetti dell’atto violento sulla loro salute; le prestazioni pecuniarie a beneficio delle vittime o dei loro superstiti sono corrisposte in un’unica soluzione. Il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce inoltre assistenza per la richiesta di prestazioni risarcitorie presso gli stati membri dell’Unione Europea in cui si è verificato l’atto di violenza.

Leggi

La Legge sul risarcimento delle vittime di atti di violenza (Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten) è entrata in vigore il 16 maggio del 1976 e riguarda generalmente solo i pregiudizi causati da atti di violenza commessi dopo tale data. In presenza di determinati requisiti, chi ha subito lesioni tra il 23 maggio del 1949 ed il 15 maggio del 1976 può ricevere assistenza nel contesto di una compensazione per casi critici.

Gli stranieri tutelati legalmente solo con la seconda riforma della Legge sul risarcimento beneficiano di prestazioni assistenziali solo se l’atto di violenza si è verificato dopo il 30 giugno del 1990. Per violenze commesse prima di tale data possono essere erogate solo prestazioni assistenziali sotto forma di un indennizzo per il sinistro.

Informazioni

Questa materia è di competenza degli enti assistenziali. Le richieste di prestazioni possono essere presentate presso i loro uffici oppure a comuni, enti assicurativi o rappresentanze ufficiali all’estero della Repubblica Federale Tedesca.

Importante

Contro le decisioni amministrative si può presentare ricorso gratuito presso i Tribunali sociali. Il ricorso amministrativo è possibile per prestazioni assistenziali corrispondenti a quelle riconosciute alle vittime di guerra.

Le vittime di un atto di violenza verificatosi in un altro stato membro dell’Unione Europea possono rivolgersi al Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali, che è la cosiddetta “autorità di assistenza” ai sensi della direttiva 2004/80/CE e inoltra le richieste di indennizzo alle autorità competenti dello stato membro in questione.

Ulteriori informazioni si trovano, tra l'altro, sul sito internet del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Indicazione: a prescindere dal diritto al risarcimento sociale, il risarcimento delle cosiddette "vittime del Contergan" è disciplinato dalla Legge sulla Fondazione Contergan per persone disabili (Conterganstiftungsgesetz). Per ricevere informazioni a riguardo si raccomanda di rivolgersi a: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Rochusstrasse 8-10, 53123 Bonn o alla sede amministrativa della Fondazione Contergan per persone disabili (Geschäftsstelle der Conterganstiftung für behinderte Menschen).

Assistenza sociale (Sozialhilfe)

L'assistenza sociale protegge dalla povertà, dall'esclusione sociale e da situazioni particolarmente gravose. Le sue prestazioni sono destinate alle persone che, non riuscendo a provvedere alle loro esigenze con mezzi propri, non hanno maturato diritti (sufficienti) per beneficiare dei regimi assicurativi e assistenziali primari.

Principi dell'assistenza sociale

L'assistenza sociale ha il compito di "consentire agli aventi diritto di condurre un'esistenza consona alla dignità dell'uomo" (art. 1 fr. 1 Tomo XII CPS). Quando il reddito e il patrimonio di una persona sono insufficienti, l'assistenza sociale garantisce il minimo necessario alla conduzione di una vita dignitosa. In caso di necessità, l'assistenza sociale cerca di compensare anche altre situazioni di difficoltà - quali la disabilità, la non-autosufficienza o situazioni sociali particolarmente problematiche - mettendo a disposizione le prestazioni di sostegno necessarie affinché le persone interessate, per quanto possibile, non vedano pregiudicata la loro partecipazione alla vita sociale.

L'opuscolo gratuito „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ (A 207) fornisce una panoramica della normativa in materia di assistenza sociale e integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta.

Uno degli obiettivi centrali dell'assistenza sociale consiste nel rafforzare l'iniziativa individuale:

le prestazioni mirano ad "abilitare, nella misura del possibile, a vivere indipendentemente da esse; anche i beneficiari delle prestazioni sono tenuti ad adoperarsi con tutte le loro forze per realizzare questo obiettivo" (art. 1 fr. 2 Tomo XII CPS). Dai beneficiari e dagli enti dell'assistenza sociale si continua ad attendere che collaborino per il raggiungimento di tale scopo.

Le caratteristiche fondamentali delle prestazioni erogate nel quadro dell'assistenza sociale sono:

- le prestazioni sono modulate in base alle esigenze individuali e in considerazione della situazione, dei desideri e delle capacità dei beneficiari (art. 9 Tomo XII CPS).
- l'assistenza sociale è una prestazione ancillare e viene dunque generalmente erogata a condizione che siano state esperite tutte le altre possibilità, quali ad esempio il ricorso ai redditi e al patrimonio dei beneficiari - e, se del caso, delle persone tenute a provvedere al loro mantenimento -, la loro capacità lavorativa e i diritti da loro acquisiti nell'ambito dei regimi di sicurezza primari (art. 2 Tomo XII CPS).
- l'assistenza sociale non presuppone la presentazione di una richiesta formale, ma interviene non appena l'ente erogatore viene a conoscenza della presenza dei requisiti richiesti per il suo riconoscimento. L'unica eccezione è costituita dall'integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta ai sensi del Tomo IV (art. 18 e art. 41 Tomo XII CPS). L'erogazione delle prestazioni avviene sotto forma di servizi, in contanti o in natura, riconoscendo generalmente la priorità delle prestazioni in contanti rispetto alle prestazioni in natura (art. 10 Tomo XII CPS).
- oltre al sostegno finanziario, le prestazioni erogate comprendono consulenza, attivazione e altre forme di supporto quali la preparazione di contatti e l'accompagnamento agli sportelli dei servizi sociali (art. 11 Tomo XII CPS).
- numerose disposizioni consolidano il primato dell'assistenza ambulatoriale rispetto all'assistenza residenziale. Le prestazioni di assistenza residenziale possono ad esempio essere accordate solo previa valutazione del fabbisogno, delle eventuali alternative - in particolare possibilità di assistenza ambulatoriale - e dei costi, si prevede inoltre l'eccezione esplicita di gestanti e persone disabili o non autosufficienti dalla presunzione della copertura del fabbisogno di cui all'art. 39 Tomo XII del CPS.

Evoluzione dell'assistenza sociale: nuove problematiche e scorporo giuridico

La Legge federale sull'assistenza sociale, entrata in vigore nel 1962, mirava ad assicurare un sostegno temporaneo a singole categorie di persone in condizione di bisogno, ad esempio alle persone anziane con pensioni esigue. Anche se negli anni successivi la povertà tra gli anziani è

nettamente diminuita, si è tuttavia registrato un aggravamento di altre situazioni di necessità:

- consistente aumento della disoccupazione negli anni successivi all'entrata in vigore della Legge federale sull'assistenza sociale: disoccupati di lunga durata, lavoratori stranieri scarsamente qualificati, giovani disoccupati non aventi diritto alle prestazioni della previdenza sociale necessitano in misura crescente del sussidio per il sostentamento;
- cambiamento delle strutture familiari: il sussidio per il sostentamento compensa l'insufficienza degli alimenti corrisposti a molti genitori che allevano i figli in famiglie monoparentali;
- immigrati quale nuova categoria di beneficiari: richiedenti asilo, profughi di guerre civili, emigrati di origine tedesca rientrati dall'Europa orientale, stranieri disoccupati;
- cambiamenti demografici: incremento del numero delle persone non autosufficienti che dipendono dagli aiuti per l'assistenza ai non-autosufficienti;
- aumento del numero di persone con disabilità.

Per rispondere al cambiamento delle situazioni di bisogno che richiedevano prestazioni di assistenza sociale, il legislatore da un lato ha ripetutamente riformato la Legge federale sull'assistenza sociale al fine di adeguarla alle mutate esigenze della società, d'altro lato ha emanato una serie di norme volte a incorporare dal regime di assistenza sociale prestazioni destinate a particolari categorie di persone o a difficoltà specifiche:

* 1993 - Legge sulle prestazioni alle persone richiedenti asilo (Asylbewerberleistungsgesetz)

* 1995 - Legge sull'assicurazione contro l'infermità (Pflegeversicherungsgesetz)

* 2001 - il Tomo IX del CPS ha espressamente classificato gli enti dell'assistenza sociale tra gli enti competenti in materia di riabilitazione, ma la legge non mirava a creare prestazioni indipendenti, né a sgravare l'assistenza sociale.

* 2003 - Legge sull'integrazione al minimo individuale per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta (Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) a beneficio degli ultrasessantacinquenni e delle persone tra i 18 e i 64 anni a capacità lavorativa costantemente e completamente ridotta

* 31/12/2004 – Decadenza della Legge sull'assistenza sociale federale e dell'assegno di disoccupazione (parte del Tomo III del CPS)

* 2005 – Minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro ai sensi del Tomo II del CPS

* 2005 – Assistenza sociale ai sensi del Tomo XII del CPS

* 2005 – La Legge sull'integrazione al minimo individuale per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta è integrata come prestazione prioritaria nell'assistenza sociale del capitolo quarto.

Relativamente alle prestazioni per garantire il sostentamento in situazioni di indigenza, a partire dal 2005 va osservata una peculiarità: accanto alle prestazioni specificamente previste dall'assistenza sociale ai sensi del Tomo XII del CPS esistono anche le prestazioni per il sostentamento del minimo individuale per persone alla ricerca di lavoro ai sensi del Tomo II del CPS, destinate alle persone abili al lavoro alla ricerca di un'occupazione di età compresa tra i 15 anni e l'età pensionabile ordinaria. La percezione delle prestazioni ai sensi di uno o dell'altro dei Tomi del CPS dipende dalla presenza della capacità lavorativa del beneficiario. Il discrimine dipende pertanto dall'"abilità al lavoro" da un lato (prestazioni ai sensi del Tomo II del CPS) e dalla "capacità lavorativa totalmente ridotta" dall'altro (prestazioni ai sensi del Tomo XII del CPS).

Alla stessa stregua dell'assistenza sociale, anche l'integrazione al minimo per le persone alla ricerca di lavoro comprende prestazioni modulate in funzione delle condizioni del beneficiario sotto forma di servizi, in contanti e in natura. In questo caso, l'obiettivo prioritario è il superamento della situazione di bisogno tramite l'integrazione nel mercato del lavoro (con il ricorso agli strumenti di promozione del lavoro) o tramite un'iniziativa occupazionale con indennizzo delle spese supplementari. Per provvedere al proprio sostentamento, le persone tra i 15 anni e l'età pensionabile ordinaria abili al lavoro e bisognose di aiuto e non altrimenti tutelate percepiscono l'indennità di disoccupazione II (art. 19 Tomo II CPS). Le persone inabili al lavoro che vivono all'interno del loro nucleo familiare hanno inoltre diritto all'assegno sociale (art. 23 Tomo II CPS). Questa categoria di persone è esclusa per principio dalle prestazioni per il sostentamento ai sensi del terzo capitolo del Tomo XII del CPS (art. 21 Tomo XII del CPS). Ambedue queste tipologie di prestazioni corrispondono per importo e struttura al sussidio per il sostentamento di cui al Tomo XII del CPS, ma sono erogate solo su richiesta (art. 37 Tomo II CPS). Dopo il 29 marzo 2011, data di promulgazione della Legge sulla determinazione dei fabbisogni di base e di modifica del secondo e del dodicesimo Tomo del CPS, è cambiato il metodo di individuazione dei fabbisogni di base, che oggi vengono quantificati a scadenze regolari in base ai dati

sul consumo delle fasce di reddito più basse. In tal modo si assicura una quantificazione rispettosa dei dettami costituzionali.

In esecuzione di una sentenza della Corte Costituzionale, il fabbisogno di base che determina l'importo delle prestazioni forfettarie di minimo destinate a bambini e giovani è calcolato autonomamente e modulato in funzione dell'età.

Sistematica delle prestazioni

L'assistenza sociale comprende vari settori di intervento:

- sussidi per il sostentamento (artt. 27-40),
- integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta (artt. 41-46b),
- sussidi per l'assistenza sanitaria (artt. 47-52),
- sussidi per l'integrazione delle persone disabili (artt. 53-60),
- sussidi per l'assistenza continua (artt. 61-66),
- sussidi per il superamento di particolari difficoltà sociali (artt. 67-69),
- sussidi in altre circostanze (artt. 70 –74),

nonché la consulenza e il sostegno necessari in ogni singolo caso.

Cenni sui settori disciplinati da capitoli specifici del Tomo XII del CPS

Terzo capitolo: sussidi per il sostentamento (artt. 27-40)

I principali beneficiari dei sussidi per il sostentamento sono persone che vivono in nuclei familiari privati e, insieme ai partner e ai figli minorenni conviventi nello stesso nucleo familiare, sono considerate un cosiddetto nucleo economico. Ai sensi dell'art. 27a del Tomo XII del CPS, il necessario sostentamento comprende "in particolare alimentazione, alloggio, abbigliamento, igiene personale, suppellettili domestiche, riscaldamento e esigenze personali della vita quotidiana". Tra queste ultime si annoverano "in misura ragionevole anche le relazioni con l'ambiente circostante e la partecipazione alla vita culturale". Tale definizione chiarisce come l'assistenza sociale non fornisca solo il minimo necessario alla sopravvivenza fisica, ma assicuri anche un minimo che consenta di condurre una vita dignitosa e di partecipare alla vita sociale.

Il sussidio per il sostentamento è erogato principalmente sotto forma di prestazione in denaro: innanzitutto si determina il fabbisogno e in seguito se ne detraggono i redditi e i valori patrimoniali (in conformità con l'undicesimo capitolo). Il fabbisogno assistenziale per il sostentamento è determinato dalle seguenti componenti:

- Dall'1 gennaio 2011 sono in vigore categorie di fabbisogno di base (RBS), gli importi in euro sotto indicati si applicano a partire dall'1 gennaio 2018:
 - Fabbisogno di base di categoria 1 (RBS 1, 416 euro):
per ogni adulto avente diritto che non convive con un coniuge né con un partner in regimi assimilabili al matrimonio o all'unione civile.
 - Fabbisogno di base di categoria 2 (RBS 2, 374 euro):
per ognuno dei due componenti adulti di una coppia di aventi diritto che convivono nella stessa abitazione come coniugi, partner conviventi o partner in regimi assimilabili al matrimonio o all'unione civile.
 - Fabbisogno di base di categoria 3 (RBS 3, 332 euro):
per ogni adulto avente diritto che vive in una struttura residenziale.
 - Fabbisogno di base di categoria 4 (RBS 4, 316 euro):
per ogni giovane avente diritto, dall'inizio del quindicesimo anno d'età al completamento del diciottesimo.
 - Fabbisogno di base di categoria 5 (RBS 5, 296 euro):
per ogni bambino avente diritto, dall'inizio del settimo anno d'età al completamento del quattordicesimo.
 - Fabbisogno di base di categoria 6 (RBS 6, 240 euro):
per ogni bambino avente diritto, fino al completamento del sesto anno d'età.
- Il fabbisogno per la formazione e la partecipazione dei bambini e dei giovani assicura loro e

agli scolari e studenti di scuola superiore la copertura di un fabbisogno esistenziale dignitoso nel quadro della partecipazione alla vita sociale. Per realizzare una migliore integrazione sociale dei bambini e dei giovani bisognosi tramite prestazioni mirate, questo tipo di fabbisogno è riconosciuto come fabbisogno indipendente accanto al fabbisogno di base.

- Spese di alloggio per un importo equivalente a costi di locazione congrui. Qualora i costi di locazione siano considerati "incongruamente elevati", il loro corrispettivo è versato fintantoché non sia possibile o accettabile il trasloco in un'altra abitazione, di norma fino ad un massimo di 6 mesi (art. 35).
- Spese di riscaldamento pari ai costi effettivamente sostenuti, a condizione che essi siano congrui. Si abbandona il forfait per l'acqua calda, precedentemente detratto dal fabbisogno di base, e si riconoscono le spese per il riscaldamento centrale dell'acqua effettivamente sostenuti. Quando l'acqua è riscaldata da dispositivi installati nell'abitazione (riscaldamento dell'acqua decentralizzato, ad es. boiler) è invece riconosciuto un fabbisogno supplementare (art. 30 par. 7).
- Al fine di evitare emergenze abitative, l'assistenza sociale si fa carico anche degli arretrati d'affitto (art. 36).
- A determinate condizioni gli enti erogatori dell'assistenza sociale possono forfettizzare gli importi destinati alle spese di alloggio e di riscaldamento.
- Fabbisogni supplementari non coperti dal fabbisogno di base sono a carico dell'assistenza sociale in circostanze particolari e in determinate situazioni della vita, a condizione che si soddisfino i requisiti personali. Si riconoscono fabbisogni supplementari ad esempio agli aventi diritto in possesso di tessera attestante una disabilità grave con contrassegno "G", alle gestanti, alle famiglie monoparentali e in caso di approvvigionamento idrico decentralizzato.
- Prestazioni una-tantum erogate per le prime suppellettili domestiche, i primi indumenti (considerando anche esigenze straordinarie in caso di gravidanza e di parto), per l'acquisto e la riparazione di calzature ortopediche, la riparazione di dispositivi e apparecchiature terapeutiche e la locazione di dispositivi terapeutici (art. 31). Il fabbisogno supplementare già compreso nel fabbisogno di base, ma innegabilmente necessario in casi specifici, è erogato sotto forma di credito (art. 37).
- I contributi all'assicurazione contro le malattie e contro l'infermità possono continuare ad essere sostenuti dall'assistenza sociale, così come i contributi previdenziali (artt. 32 e 33).

I fabbisogni di base e le prestazioni per esigenze straordinarie sono concepiti come prestazioni forfettarie, mentre le altre componenti sono a carico dell'assistenza sociale solo nella misura delle spese effettivamente sostenute. L'ulteriore fabbisogno straordinario compreso nel fabbisogno di base, ma innegabilmente necessario in singoli casi, non può più essere coperto con prestazioni una-tantum, ma è erogabile solo sotto forma di credito che deve essere restituito già durante il percepimento di sussidi per il sostentamento.

Un sussidio per il sostentamento è accordato anche a chi risiede in strutture residenziali. In tal caso esso comprende di norma, accanto alle prestazioni in natura per le suppellettili domestiche, anche l'abbigliamento e un importo in contanti ad uso personale pari al 27 per cento del fabbisogno di base di categoria 1 (art. 27b).

I cittadini tedeschi residenti all'estero possono ancora percepire il sussidio per il sostentamento solo a condizione che si trovino in una "situazione di emergenza fuori dal comune" e il loro rimpatrio non sia possibile per determinati motivi (art. 24).

Il pacchetto per l'istruzione

Il pacchetto per l'istruzione (fabbisogno per l'istruzione e la partecipazione) destinato a scolari e studenti di scuola superiore comprende:

- * i costi di escursioni di un giorno organizzate da strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna,
- * prestazioni per viaggi d'istruzione di più giorni organizzati da strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna,
- * prestazioni per il materiale scolastico pari a 70 euro per la prima metà dell'anno scolastico e a 30 euro per la seconda metà,
- * i costi del trasporto scolastico se necessari e non sostenuti da terzi,
- * prestazioni per il sostegno all'apprendimento al di fuori dell'istituto scolastico e su raccomandazione degli insegnanti, a determinate condizioni,

- * i costi supplementari per la partecipazione al pranzo comunitario a scuola, in strutture extrascolastiche diurne di assistenza o assistenza continua per bambini,
- * un budget mensile del valore di 10 euro per la partecipazione alla vita sociale e culturale.

Quarto capitolo: integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta (artt. 41-46b)

Se bisognose e abitualmente residenti nella Repubblica Federale Tedesca, le persone che hanno raggiunto l'età pensionabile ordinaria e le persone maggiorenni le cui capacità lavorative risultano interamente pregiudicate a titolo permanente e per motivi esclusivamente di salute hanno diritto a prestazioni di integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta. Di norma, tali prestazioni calcolate in base alle stesse quote di riferimento del sussidio per il sostentamento al di fuori di strutture residenziali, ma – a differenza da quest'ultimo – devono essere richieste e sono generalmente riconosciute per la durata di un anno. Dall'importo versato dall'assistenza sociale si detraggono i redditi, ad esempio le pensioni, o il patrimonio dei beneficiari, dei loro coniugi o partner conviventi e dei partner in regimi assimilabili al matrimonio o all'unione civile, si rinuncia tuttavia al regresso nei confronti di genitori e figli tenuti al sostentamento che dispongono di un reddito inferiore ai 100.000 euro.

Non si applica neppure la presunzione per cui il beneficiario che condivide l'abitazione con parenti o affini riceverebbe da questi ultimi anche prestazioni per il sostentamento. Le prestazioni effettivamente percepite vanno tuttavia detratte, come avviene nel caso del sussidio per il sostentamento. Per il resto si applicano essenzialmente le stesse disposizioni vigenti in materia di sussidio per il sostentamento.

Informazioni

Oltre agli enti dell'assistenza sociale, anche gli enti pensionistici pubblici forniscono informazioni sull'integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta sia ai propri assicurati, sia a non assicurati potenzialmente intitolati a fruire di tali prestazioni.

Quinto capitolo: sussidi per l'assistenza sanitaria (artt. 47-52)

Le prestazioni per l'assistenza sanitaria sono equivalenti alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro la malattia in quanto i beneficiari dell'assistenza sociale non assicurati contro la malattia godono delle stesse prestazioni sanitarie dei mutuatati. Di norma, le assicurazioni sanitarie pubbliche si fanno inizialmente carico dei trattamenti dei beneficiari dell'assistenza sociale non assicurati contro la malattia, per cui sono rimborsate in un secondo momento. I beneficiari scelgono un'assicurazione contro la malattia della regione di competenza dell'ente che eroga l'assistenza sociale.

Questa assicurazione fornisce loro la tessera sanitaria richiesta per usufruire dell'assistenza sanitaria necessaria. Pur non essendo effettivamente assicurati, gli interessati possono così presentarsi ai medici e agli altri erogatori di servizi sanitari come se lo fossero.

Nel quadro dei sussidi per l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale rimborsa le spese sostenute dall'assicurazione sanitaria pubblica per le prestazioni sanitarie erogate. Essendo equiparati agli assicurati presso le mutue pubbliche, anche i beneficiari dell'assistenza sociale devono versare i ticket previsti dalla normativa vigente, nei limiti della soglia di sostenibilità.

Sesto capitolo: sussidi per l'integrazione delle persone disabili (artt. 53-60)

I sussidi per l'integrazione ai sensi del Tomo XII CPS, destinati a persone le cui capacità di partecipare alla vita della società sono o rischiano di essere limitate a causa di una disabilità fisica, mentale o psichica, mirano a prevenire disabilità incombenti, a rimuovere disabilità esistenti o le loro conseguenze e perseguono l'integrazione sociale degli aventi diritto. In parte, le prestazioni dei sussidi per l'integrazione sono erogate a prescindere dalla situazione reddituale e patrimoniale. I dettagli sono disciplinati dall'art. 92.

I sussidi per l'integrazione sono riconosciuti solo nella misura in cui le prestazioni non rientrano nella competenza prioritaria di enti tenuti per legge ad erogarle, quali in particolare l'assicurazione sanitaria, l'assicurazione pensionistica o l'Agenzia del lavoro.

Le prestazioni dei sussidi per l'integrazione sono

- prestazioni di riabilitazione medica, che corrispondono alle prestazioni di riabilitazione dell'assicurazione sanitaria pubblica.
- prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa, che comprendono prestazioni nel settore dei laboratori per persone disabili riconosciuti, prestazioni presso altri erogatori di servizi e prestazioni presso datori di lavoro pubblici e privati (budget per il lavoro).
- prestazioni per la partecipazione alla vita sociale, tra cui si annoverano sussidi per la promozione della comunicazione con l'ambiente circostante (ad es. assunzione dei costi di interpreti in linguaggio dei segni, aiuti per il reperimento, la ristrutturazione, l'allestimento e il mantenimento di un'abitazione attrezzata per disabili, aiuti per vivere in modo autodeterminato in strutture residenziali assistite (ad es. gruppi di alloggio assistiti a domicilio) e aiuti per partecipare alla vita sociale e culturale (ad es. assunzione dei costi necessari di visite ad amici o di partecipazione ad eventi culturali). Tra le prestazioni per la partecipazione alla vita sociale si annoverano anche le prestazioni di pedagogia terapeutica per bambini in età prescolare (ad es. stimoli adeguati durante l'accudimento in strutture di assistenza diurna), nonché il sostegno finalizzato alla formazione scolastica a una professione adeguata o alla formazione professionale ad un'altra attività adeguata.

Su richiesta degli aventi diritto, le prestazioni dei sussidi per l'integrazione possono essere erogate sotto forma di "budget individuale integrato".

Settimo capitolo: sussidi per l'assistenza continua (artt. 61-66)

Dato che l'entità delle prestazioni assicurative ai sensi del Tomo XI del CPS è limitata dagli importi massimi fissati per legge (regime di prestazioni parziali), anche dopo l'introduzione della nuova nozione di non autosufficienza del Tomo XI del CPS e dopo il netto miglioramento delle prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità può continuare a sussistere un fabbisogno residuo di assistenza continua. In caso di indigenza economica questo fabbisogno residuo è coperto dai sussidi per l'assistenza continua nel contesto dell'assistenza sociale.

Come per il Tomo XI del CPS, l'1 gennaio 2017 è stata introdotta anche nel Tomo XII la nuova nozione di non autosufficienza per assicurare alle persone indigenti un'assistenza adeguata in caso di non autosufficienza anche in futuro.

Con l'introduzione della nuova nozione di non autosufficienza, il parametro determinante per l'inquadramento in uno dei cinque gradi di assistenza, è grado di minorazione dell'autonomia o delle capacità della persona bisognosa di assistenza. Rispetto al Tomo XI del CPS la nozione di non autosufficienza risulta più ampia, in quanto non è richiesto che la non autosufficienza si protragga prevedibilmente per almeno sei mesi.

In caso di indigenza, quindi, i sussidi per l'assistenza continua sono quindi ipotizzabili

- per persone non autosufficienti non assicurate presso l'assicurazione pubblica contro l'infermità,
- nei casi in cui l'autosufficienza non si protrae prevedibilmente per almeno sei mesi e non sono pertanto erogate prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità,
- nei casi in cui il fabbisogno di assistenza continua non può essere coperto tramite l'entità limitata delle prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità.

I sussidi per l'assistenza continua corrispondono in ampia misura alla tipologia di prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità. Rispetto al diritto che li disciplinava finora, essi sono stati estesi in particolare a prestazioni di accudimento.

Di norma percepiscono i sussidi per l'assistenza continua persone non autosufficienti con grado da 2 a 5. A causa della ridotta intensità delle loro minorazioni, le persone non autosufficienti con grado 1 hanno (solo) il diritto a dispositivi per l'assistenza e a interventi per il miglioramento dell'ambiente residenziale. Inoltre, si riconosce loro un importo di sgravio pari al massimo a 125 euro mensili.

Rispetto a quella vigente, la nuova nozione di autosufficienza comprende anche minorazioni mentali e intellettuali, a cui si devono rivolgere anche prestazioni di assistenza continua. Le persone non autosufficienti con grado da 2 a 5 ricevono pertanto prestazioni supplementari di accudimento che, essendo prestazioni supplementari dell'assicurazione contro l'infermità pubblica, prima dell'introduzione della nuova nozione di autosufficienza erano riconosciute solo agli affiliati di quest'ultima.

Ottavo capitolo: sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali (artt. 67-69)

Il sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali è destinato alle persone che vivono in una situazione particolarmente gravosa connessa a difficoltà di natura sociale. Tra i beneficiari di questa prestazione si annoverano in particolare i senzatetto che versano anche in altre situazioni di disagio legate al loro stato.

Nono capitolo: sussidi in altre circostanze (artt. 70-74)

Il nono capitolo comprende vari tipi di prestazioni: sussidi per continuare la conduzione della casa (art. 70), sussidi agli anziani (art. 71), sussidi per non vedenti (art. 72), costi di sepoltura (art. 74) e, come norma residuale, sussidi in altre circostanze (art. 73).

Altre disposizioni

Le altre sezioni del Tomo XII del CPS comprendono:

- decimo capitolo: strutture e servizi (artt. 75-81),
- undicesimo capitolo: ricorso al reddito e al patrimonio, trasferimento dei diritti acquisiti (artt. 82-96),
- dodicesimo capitolo: competenze (artt. 97-101),
- tredicesimo capitolo: rimborso e ripetizione dei costi (artt. 102-115),
- quattordicesimo capitolo: norme procedurali (artt. 116-120),
- quindicesimo capitolo: statistiche (artt. 121-129),
- sedicesimo capitolo: disposizioni transitorie e finali.

Cenni sul metodo di detrazione del reddito e del patrimonio

Dalle prestazioni degli aventi diritto che percepiscono aiuti al sostentamento o di integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta è detratto un importo pari al 30 per cento del reddito da lavoro dipendente o autonomo, che non può tuttavia superare il 50 per cento del fabbisogno di base 1 ai sensi dell'allegato all'art. 28 del Tomo XII CPS (208 euro nel 2018).

Il reddito da lavoro dipendente o autonomo esente da detrazioni per i dipendenti di laboratori protetti per persone con disabilità ammonta a un ottavo del fabbisogno di base di categoria 1, a cui si aggiunge il 50 per cento della retribuzione che eccede questo importo. La Legge federale sulla partecipazione ha elevato questa aliquota dal 25 al 50 per cento a partire dall'1 gennaio 2017..

Il denaro percepito a titolo di promozione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art. 59 par. 2 del Tomo IX del CPS è generalmente escluso da questo conteggio anche in casi diversi dagli aiuti residenziali per l'integrazione. L'importo è inoltre stato aumentato da 26 a 52 euro mensili. Tale aumento va a beneficio di tutti i dipendenti di laboratori protetti, anche di coloro che, accanto alla retribuzione per le loro prestazioni lavorative, percepiscono anche una pensione per riduzione della capacità lavorativa e pertanto non dipendono (più) dalle prestazioni integrative dell'integrazione al minimo individuale.

A partire dall'1 gennaio 2018 nell'integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta è stato introdotto un nuovo importo esente da detrazioni destinato alla previdenza pensionistica integrativa – vale a dire in particolare alla previdenza aziendale o privata, quali le pensioni Riester o Rürup –, che riguarda di norma tutti i redditi vitalizi versati mensilmente. Esso si compone di un importo di base di 100 euro, a cui va ad aggiungersi il 30 per cento della pensione integrativa che eccede tale somma fino a raggiungere un importo massimo attualmente pari a 208 euro (50 per cento del fabbisogno di base del 2018). In deroga a questa norma, gli emolumenti o le entrate mensili

esentasse ai sensi dell'art. 3, commi 12, 26, 26a o 26b della Legge sulle imposte sui redditi (ad esempio per l'attività in un organo di rappresentanza comunale o in associazioni sportive non a fini di lucro) non sono considerati reddito fino ad un importo mensile di 200 euro.

Tale principio generale vale per tutte le prestazioni vitalizie versate mensilmente su base volontaria per ridurre lo stato di bisogno dopo il raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria.

Non rientrano in questo importo esente i redditi che il beneficiario percepisce a titolo dei periodi di obbligo assicurativo presso l'assicurazione pensionistica pubblica, presso regimi assicurativi obbligatori ad essa assimilabili o a titolo di trattamento di quiescenza della funzione pubblica.

Anche il reddito lavorativo di chi riceve di sussidi per l'integrazione beneficia di un importo esente da detrazioni (attualmente pari ad un massimo di 270 euro mensili, 40 per cento del reddito lordo, fino ad un massimo del 65 per cento del fabbisogno di base di categoria 1). Le persone attive che percepiscono sussidi per l'assistenza continua beneficiano a loro volta dell'introduzione di questo importo non detraibile (importo di reddito esente) del reddito da attività lavorativa propria (attualmente pari ad un massimo di 270 euro mensili, 40 per cento del reddito lordo non depurato degli effetti di calendario fino ad un massimo del 65 per cento del fabbisogno di base di categoria 1). Le persone con disabilità e le persone non autosufficienti che soddisfano personalmente i requisiti previsti per accedere alle prestazioni degli aiuti residenziali per l'integrazione o dei sussidi per l'assistenza continua in futuro potranno pertanto detrarre un importo forfettario del loro reddito lavorativo.

Ai fini delle prestazioni di cui ai capitoli dal quinto al nono, il Tomo XII del CPS riconosce inoltre solo un'unica soglia di reddito pari al doppio del fabbisogno di base di categoria 1, a cui vanno ad aggiungersi il 70 per cento del fabbisogno di base di categoria 1 per gli altri membri della famiglia e le spese di alloggio.

Fatte salve poche eccezioni, il diritto all'assegno alimentare di una persona adulta disabile o non autosufficiente è trasferito forfettariamente all'ente erogatore dell'assistenza sociale per importi che possono raggiungere i 32,75 euro in caso di sussidi per l'integrazione di persone disabili o per l'assistenza continua e i 25,19 euro in caso di sussidi per il sostentamento. Gli importi sono fissati dai Länder. Solitamente non si procede a una rivalsa per le prestazioni di integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta.

La natura subordinata delle prestazioni dell'assistenza sociale impone ai beneficiari delle sue prestazioni di ricorrere innanzitutto al loro patrimonio. Il legislatore ha tuttavia previsto alcune eccezioni a tale regola, facendo salvi, ad esempio, una abitazione con terreno congrui o un piccolo importo in contanti, attualmente pari a 5.000 euro.

Per le persone che ricevono sussidi per l'integrazione esiste un'ulteriore franchigia patrimoniale, pari a 25.000 euro, volta ad assicurare un tenore di vita e a una previdenza adeguati.

Questa franchigia vale anche per chi percepisce sussidi per l'assistenza continua nella misura in cui il patrimonio a cui essa si riferisce non derivi completamente o in ampia misura dall'attività lavorativa svolta dalla persona non autosufficiente mentre percepisce queste prestazioni.

Indennità di alloggio

(Wohngeld)

Un'abitazione dignitosa è costosa - per alcuni cittadini troppo costosa. Per questo motivo esiste l'indennità di alloggio.

L'indennità di alloggio è un sussidio statale che aiuta i cittadini a basso reddito a coprire i costi abitativi per permettere loro di vivere in un alloggio adeguato e consono alle esigenze familiari. L'indennità di alloggio è erogata sia sotto forma di sussidio di locazione per locatari di un'abitazione, sia sotto forma di sussidio per gli oneri di alloggio per proprietari di locali in cui abitano personalmente. L'indennità di alloggio è erogata solo su richiesta a chi comprova di soddisfare i requisiti previsti.

Prestazioni/Requisiti

Possono beneficiare del sussidio di locazione

- i locatari di un appartamento o di una stanza,
- i sublocatari,
- i proprietari di un'abitazione nel quadro di una cooperativa edilizia o di un'opera pia,
- i titolari di un diritto di usufrutto assimilabile alla locazione, in particolare i titolari di un diritto abitativo permanente assimilabile alla locazione,
- i proprietari di una casa di tre o più appartamenti,
- gli abitanti di una casa di ricovero

che occupano personalmente tali abitazioni.

Possono beneficiare del sussidio per gli oneri d'alloggio

- i proprietari di una casa (con un massimo di due appartamenti),
- i proprietari di un appartamento,
- i titolari di un diritto di enfiteusi,
- i titolari di un diritto abitativo permanente assimilabile alla proprietà, di un diritto abitativo o di un diritto di usufrutto,
- coloro che hanno il diritto al riconoscimento o alla cessione di uno dei diritti succitati,

che occupano personalmente tali abitazioni.

Criteri di esclusione

L'indennità di alloggio non è riconosciuta a chi ha il diritto di ricevere

- indennità di disoccupazione II e sussidio sociale ai sensi del Tomo II del Codice di Previdenza Sociale (CPS),
- indennità di transizione pari all'importo dell'indennità di disoccupazione II ai sensi dell'art. 21 par. 4 fr. 1 del Tomo VI del CPS,
- indennità per lesioni pari all'importo dell'indennità di disoccupazione II ai sensi dell'art. 47 par. 4 del Tomo VII del CPS,
- integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta ai sensi del Tomo XII del CPS,
- indennità per il sostentamento ai sensi del Tomo XII del CPS,
- sussidi supplementari al sostentamento o altri sussidi per la permanenza in una struttura residenziale che comprendono il sostentamento ai sensi della Legge federale sull'assistenza o di un'altra normativa da essa dichiarata applicabile,
- sussidi in situazioni particolari e prestazioni di base ai sensi della Legge sulle prestazioni ai richiedenti asilo,
- prestazioni ai sensi del Tomo VIII del CPS per nuclei familiari composti esclusivamente da beneficiari di tali prestazioni

e ai loro familiari considerati ai fini della quantificazione di queste prestazioni quando esse comprendono anche le spese di alloggio.

L'esclusione del diritto all'indennità di alloggio non si applica tuttavia quando essa permette di evitare o eliminare una situazione di indigenza e una delle prestazioni succitate non è ancora stata erogata o è erogata, ma risulta secondaria rispetto all'indennità di alloggio.

Diritto azionabile

L'indennità di alloggio non è un'elemosina dello stato, ma un diritto esigibile riconosciuto dalla legge in presenza di determinati requisiti.

Requisiti

La concessione e l'entità dell'indennità di alloggio dipendono

- dal numero dei componenti del nucleo familiare (tra cui rientrano essenzialmente la persona stessa avente diritto di percepire l'indennità, il coniuge, il partner, i conviventi nel contesto di altri nuclei solidali o di responsabilità, i genitori e i figli – compresi i bambini in affidamento, i familiari e i cognati),
- dall'ammontare dell'affitto o degli oneri dell'abitazione per cui può essere versata la sovvenzione. L'affitto o gli oneri sono riconosciuti solo fino alla concorrenza di determinati massimali stabiliti in base al numero di membri del nucleo familiare considerabili ai fini dell'erogazione dell'indennità e alla fascia del canone di locazione, e
- dall'ammontare del reddito mensile complessivo di tutti i membri del nucleo familiare da considerare.

Sono in particolare i membri del nucleo familiare da considerare a dover fornire alle amministrazioni competenti le informazioni determinanti ai fini dell'erogazione dell'indennità di alloggio.

Calcolo del reddito complessivo

La quantificazione del reddito ai fini dell'indennità di alloggio segue la normativa fiscale, considera cioè determinanti le entrate imponibili ai sensi dell'art. 2, commi 1, 2 e 5 della Legge sull'imposta sui redditi. Ad esse si aggiungono le entrate esentasse specificate nell'apposito catalogo.

Il reddito complessivo considerato risulta composto dalla somma del reddito annuo di tutti i membri del nucleo familiare al netto di determinate detrazioni per imposte e contributi previdenziali e di altre franchigie per determinate categorie di persone (a. e. membri del gruppo familiare gravemente disabili). Il reddito deve essere documentato.

È considerato reddito annuo il reddito complessivo del periodo della durata prevedibile delle prestazioni al momento della presentazione della domanda.

Massimali di reddito

La tabella che segue illustra a titolo orientativo i limiti mensili di reddito complessivo (arrotondati per difetto all'ultimo euro) in funzione del numero di membri del nucleo familiare da considerare. Con il superamento di tali soglie decade anche il diritto a percepire l'indennità di alloggio.

Numero di persone considerate appartenenti al nucleo familiare	Soglie di reddito complessivo mensile in euro calcolate in base alla formula dell'indennità di alloggio per alloggi nei comuni con locazioni di categoria					
	I	II	III	IV	V	VI
1	850	892	923	955	986	1.010
2	1.116	1.216	1.262	1.307	1.350	1.384
3	1.427	1.483	1.534	1.585	1.635	1.672
4	1.909	1.970	2.023	2.075	2.127	2.166
5	2.177	2.244	2.304	2.362	2.419	2.461

* situazione 2014

Che cosa si deve fare?

Per percepire l'indennità di alloggio occorre farne domanda presso l'ufficio competente della propria amministrazione comunale o distrettuale e dimostrare di soddisfare i requisiti richiesti. I moduli sono disponibili tra l'altro presso tali uffici o, se del caso, sul sito internet dell'amministrazione comunale.

Per informazioni più precise sulla normativa vigente si raccomanda di consultare il sito internet del Ministero Federale dell'Ambiente, della Protezione della Natura, dell'Edilizia e della Sicurezza Nucleare.

Informazioni

I collaboratori degli uffici territorialmente competenti per l'erogazione dell'indennità di alloggio sono tenuti ad informare sui diritti e sui doveri previsti dalla Legge sull'indennità di alloggio.

Durata delle prestazioni

L'indennità di alloggio è generalmente concessa per 12 mesi, ma può essere riconosciuta anche per periodi più lunghi o più brevi. È opportuno tenere presente che l'indennità è versata al più presto a partire dal mese in cui l'ufficio competente riceve la domanda.

Se si desidera continuare a ricevere l'indennità di alloggio anche dopo il periodo di concessione previsto si è tenuti a rinnovare la richiesta. Per cercare di evitare un'interruzione nei pagamenti si consiglia di inoltrare la nuova domanda possibilmente due mesi prima della scadenza delle prestazioni correnti.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano nella Legge sull'indennità di alloggio e nel Decreto integrativo sull'indennità di alloggio.

Assicurazione sociale internazionale (Internationale Sozialversicherung)

Il diritto tedesco che disciplina l'assicurazione sociale si applica anzitutto a situazioni che si verificano all'interno della Germania.

L'intreccio dei rapporti internazionali si fa tuttavia sempre più stretto: milioni di persone lavorano in un paese straniero o lo visitano come turisti. È quindi importante che le prestazioni della sicurezza sociale siano erogate anche oltre confine o che se ne possa beneficiare anche in un altro paese.

Poiché i regimi di sicurezza sociale degli altri paesi sono molto diversi tra di loro, il coordinamento transfrontaliero delle norme nazionali degli stati membri o degli stati contraenti è assicurato da regolamenti dell'Unione Europea (UE) e da accordi bilaterali stipulati dalla Repubblica Federale Tedesca con stati che non fanno parte dell'UE.

Le norme comuni vigenti all'interno dell'UE assicurano in particolare che i lavoratori dipendenti e autonomi non siano svantaggiati quando esercitano la loro attività in stati membri diversi.

In forza dell'accordo sullo Spazio economico europeo (SEE) queste norme vigono altresì in Norvegia, Islanda e Lichtenstein e sono applicabili anche alla Svizzera.

Accordi di cooperazione analoghi esistono anche con una serie di paesi con cui la Germania ha stipulato una convenzione sulla sicurezza sociale, tra cui

- Albania,
- Australia,
- Bosnia e Erzegovina,
- Brasile,
- Canada,
- Cile,
- Cina (accordo sul distacco di lavoratori),
- Corea del Sud,
- Filippine,
- Giappone,
- India,
- Israele,
- Macedonia,
- Marocco,
- Montenegro,
- Serbia,
- Tunisia,
- Turchia,
- Uruguay,
- USA.

La convenzione sulla sicurezza sociale stipulata con la Cina contiene esclusivamente disposizioni volte ad evitare il doppio obbligo assicurativo per chi esercita un'attività lavorativa nell'altro stato contraente.

Tutte queste regolamentazioni non vogliono armonizzare i diversi regimi di sicurezza sociale, ma mirano solo a coordinarli. La configurazione dei regimi di sicurezza sociale (cioè la definizione di quali prestazioni sono riconosciute a quali condizioni) rimane di competenza esclusiva dei singoli stati.

Principi fondamentali

Le disposizioni dell'Unione Europea sono molto ampie, come in parte anche quelle delle convenzioni sulla sicurezza sociale. I loro aspetti più importanti sono le prestazioni in caso di malattia, d'invalidità e di vecchiaia, le prestazioni ai superstiti, le prestazioni in caso di infortunio sul lavoro e le prestazioni familiari.

Le regolamentazioni internazionali muovono da due presupposti:

1. l'equiparazione di principio dei diritti e dei doveri sociali delle persone nel campo di applicazione.
2. l'assenza di svantaggi per le persone che si spostano tra gli stati membri o gli stati contraenti e per i loro familiari.

L'opuscolo gratuito „Die Länder Europas“ (A 871) contiene un raffronto tra i sistemi politici e le prestazioni sociali dei paesi europei.

L'opuscolo gratuito „Soziales Europa von A bis Z“ (A 798) è un glossario che spiega nozioni specifiche della politica di sicurezza sociale.

Le convenzioni bilaterali (con stati non appartenenti all'Unione Europea) si applicano innanzitutto

- ai cittadini tedeschi,
- ai cittadini dell'altro stato firmatario della convenzione,
- ai profughi,
- agli apolidi.

„Europäische Sozialpolitik“ (A 799) è una guida ai vari siti internet relativi ai diversi paesi dell'UE e alle istituzioni della stessa UE.

Leggi

I fondamenti giuridici della tutela assicurativa all'interno dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo e della Svizzera si trovano nei Regolamenti (CE) 883/2004 e (CE) 987/2009. Al di fuori del loro campo di applicazione risultano determinanti le convenzioni sulla sicurezza sociale di cui sopra.

Assicurazione sanitaria e contro l'infermità

Prestazioni/Requisiti

I lavoratori e i loro familiari sono di norma assoggettati alle disposizioni di legge dello stato membro in cui vivono. Se si spostano in un altro stato per lavorarci, sono tuttavia assicurati contro le malattie presso l'ente assicurativo locale, presso il quale devono farsi registrare e da cui ricevono le prestazioni necessarie. Rimane però assicurato contro le malattie in Germania chi è distaccato solo provvisoriamente dal datore di lavoro. Se si risiede in uno stato membro diverso da quello competente, le prestazioni in natura sono erogate in forza delle disposizioni del paese di residenza.

All'interno degli stati così individuati si ha diritto alle prestazioni mediche necessarie che non possono essere rinviate fino al previsto rientro in patria. Chi si reca in un altro stato membro per beneficiare di prestazioni mediche può richiedere alla propria assicurazione sanitaria tedesca il rimborso dei costi in cui è incorso fino a concorrenza dell'importo che esse sarebbero costate in Germania. A questo scopo è tuttavia necessaria un'autorizzazione preliminare della propria assicurazione sanitaria.

Che cosa si deve fare?

Per soddisfare le esigenze degli assicurati, gli enti assicurativi devono in particolare scambiare dati con enti degli altri stati membri, anche perché le prestazioni degli enti assicurativi locali sono erogate per conto dell'ente competente e questo richiede una concertazione. Per scambiare le informazioni necessarie sono stati creati documenti internazionali unitari. A seconda dello statuto personale del beneficiario (lavoratore, pensionato, turista, ecc.) si necessita di formulari diversi. Il documento più noto è la tessera assicurativa europea contro le malattie, che si trova generalmente sul retro della tessera assicurativa tedesca contro le malattie ed è richiesta per le vacanze all'estero.

Prima di recarsi in uno degli stati membri in questione è opportuno informarsi e farsi consigliare sia sui documenti necessari, sia sulle eventuali particolarità della propria situazione specifica.

Le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità sono gestite secondo le stesse regole dell'assicurazione contro le malattie. L'indennità di assistenza per non autosufficienti è pertanto versata anche durante il soggiorno in un altro stato membro.

Informazioni

Per consigli e informazioni si raccomanda di rivolgersi alla propria cassa mutua. Ci si può inoltre rivolgere alla Confederazione delle assicurazioni pubbliche contro le malattie (GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung-Ausland (DVKA), Pennefeldsweg 12c, 53117 Bonn).

Assicurazione contro gli infortuni

Prestazioni/Requisiti

In caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale si ha diritto a prestazioni in natura in conformità con le prescrizioni di legge dello stato membro in cui si risiede. Le prestazioni in denaro sono versate dallo stato membro in cui si è assicurati quando si verifica l'infortunio o si manifesta la malattia professionale, indipendentemente dal luogo di residenza.

Supponiamo, ad esempio, che un cittadino tedesco lavori in Francia presso un datore di lavoro locale e rientri in Germania dopo aver subito un infortunio sul lavoro: l'ente assicurativo francese deve versargli in Germania la pensione infortunistica che gli spetta. Il lavoratore riceve inoltre la necessaria assistenza medica sia in un paese, sia nell'altro.

Che cosa si deve fare?

Per richiedere le prestazioni ci si può rivolgere all'ente assicurativo tedesco o all'ente straniero. Si devono tassativamente rispettare una serie di formalità.

Informazioni

Per informazioni e consulenza specializzata si raccomanda di rivolgersi alla propria cassa contro gli infortuni o al proprio ente assicurativo di categoria contro gli infortuni sul lavoro, nonché all'assicurazione pubblica tedesca contro gli infortuni (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV, Glinkastraße 40, 10117 Berlin).

La pubblicazione „Sozialkompass Europa“ (A 801) sulle prestazioni sociali in Europa può essere richiesta sul sito www.bmas.de

Assicurazione pensionistica

Prestazioni/Requisiti

I contributi pensionistici già versati da un lavoratore che nel corso della sua vita professionale abbia esercitato un'attività retribuita in diversi stati membri dell'Unione Europea non sono né trasferiti in un altro stato membro, né liquidati al lavoratore stesso al termine del periodo assicurativo in uno stato membro. Ogni stato membro in cui è stato assicurato conserva i suoi contributi fino al raggiungimento dell'età pensionabile prescritta, dopodiché versa una propria pensione. Se i periodi di assicurazione pensionistica in uno stato membro non sono sufficienti a dare diritto ad una pensione, per raggiungere la necessaria anzianità assicurativa si sommano i singoli periodi di contribuzione negli altri stati membri. In questi casi si segue il principio per cui ogni ente assicurativo si fa carico delle prestazioni corrispondenti ai periodi in cui ha assicurato il beneficiario. La stessa formula si applica anche alla corresponsione delle pensioni ai superstiti. La pensione è versata nello stato in cui si abita o in cui si soggiorna.

Dati aggiornati sulla situazione in tutta Europa si trovano anche sul sito www.sozialkompass.eu

Che cosa si deve fare?

Chi ha lavorato in più di uno stato membro non deve presentare una domanda distinta presso ogni ente assicurativo perché una richiesta unica vale anche per gli enti pensionistici degli altri stati membri.

Informazioni

Per informazioni e consulenza su tutti gli stati membri dell'UE e del SEE e sugli stati con cui esistono accordi si raccomanda di rivolgersi

- all'Assicurazione pensionistica tedesca (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de),
- all'Assicurazione pensionistica tedesca – Cassa previdenziale dei minatori, dei ferrovieri e dei marittimi (www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de),

e agli enti regionali dell'assicurazione pensionistica tedesca:

- Baden-Württemberg (www.deutsche-rentenversicherung-bw.de) per Cipro, Grecia,

- Lichtenstein e Svizzera,
- Berlino-Brandeburgo (www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de) per la Polonia,
- Braunschweig-Hannover (www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de) per Corea del Sud, Filippine e Giappone,
- regione Germania Centrale (www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de) per Bulgaria e Ungheria,
- Baviera meridionale (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de) per Austria, Bosnia e Erzegovina, Croazia, Kosovo, Macedonia, Montenegro, Repubblica Ceca, Serbia, Slovacchia e Slovenia,
- regione Nord (www.deutsche-rentenversicherung-nord.de) per Canada, Cina, Danimarca, Estonia, Finlandia, Gran Bretagna, Irlanda, Lettonia, Lituania, Norvegia, Svezia e USA,
- Baviera settentrionale (www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de) per Brasile, Portogallo, Romania e Turchia,
- Oldenburg-Brema (www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de) per l'Australia,
- Renania (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de) per Belgio, Cile, Israele e Spagna,
- Renania-Palatinato (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland-pfalz.de) per Albania, Francia e Lussemburgo,
- Svevia (www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de) per Italia, Malta, Marocco e Tunisia,
- Westfalia (www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de) per Islanda e Paesi Bassi.

Prestazioni familiari

Prestazioni/Requisiti

In tutti gli stati membri dell'UE si riconoscono prestazioni familiari. La struttura e l'entità di tali prestazioni sono tuttavia notevolmente diverse da paese a paese. È pertanto opportuno informarsi sullo stato membro competente a riconoscere le prestazioni e sui requisiti richiesti per accedervi.

I contribuenti del fisco tedesco a tutti gli effetti e i lavoratori dipendenti hanno diritto a percepire gli assegni familiari anche per i figli che vivono in altri paesi.

Di norma i lavoratori dipendenti attivi in un altro stato membro (non i lavoratori distaccati) percepiscono assegni familiari per i figli che vivono in Germania conformemente alle normative del paese in cui lavorano.

Che cosa si deve fare?

Le richieste di prestazioni devono essere presentate presso la Cassa per la famiglia territorialmente competente o al proprio datore di lavoro pubblico. Per far valere i propri diritti all'estero ci si deve invece rivolgere alla sede straniera competente. Gli appositi opuscoli divulgativi forniscono informazioni più dettagliate.

Informazioni

Per consigli ed informazioni si raccomanda di rivolgersi alla Cassa per la famiglia territorialmente competente.

Per consigli ed informazioni si raccomanda di rivolgersi all'Agenzia del lavoro locale o all'Agenzia federale del lavoro di Norimberga.

Assicurazione contro la disoccupazione

Prestazioni/Requisiti

I disoccupati in possesso di determinati requisiti che si trasferiscono in un altro stato membro dell'Unione Europea o in Norvegia, Islanda, Lichtenstein e Svizzera perché desiderano cercarvi lavoro possono continuare a percepire l'indennità di disoccupazione tedesca per un periodo variabile da tre a un massimo di sei mesi. Se rimpatriano prima della scadenza di questo periodo, il diritto a percepire l'indennità di disoccupazione acquisito prima di lasciare il paese può essere nuovamente riconosciuto

nella misura in cui non è già esaurito o estinto. A determinate condizioni, i disoccupati che hanno lavorato in Germania beneficiano delle prestazioni dell'assicurazione locale in Bosnia e Erzegovina, Croazia, Slovenia, Serbia, Montenegro e Macedonia.

Che cosa si deve fare?

Per continuare a ricevere l'indennità di disoccupazione tedesca in un altro stato membro dell'Unione Europea si devono soddisfare i seguenti requisiti: essersi fatti registrare come disoccupati dall'Agenzia del lavoro tedesca al più tardi quattro settimane prima dell'inizio della disoccupazione ed essere rimasti a sua disposizione. E ancora: entro sette giorni dall'arrivo ci si deve iscrivere all'anagrafe delle persone alla ricerca di lavoro presso l'ufficio di collocamento del nuovo stato membro di residenza.

Giurisdizione sociale (Sozialgerichtsbarkeit)

La sicurezza sociale e la tutela giuridica offerta dalla giurisdizione sociale vanno di pari passo. Ove necessario, la giurisdizione sociale garantisce a ciascuno il diritto di far accertare e di rivendicare i propri diritti sociali in sede giudiziaria.

Competenze dei Tribunali sociali

I Tribunali sociali decidono da un lato dei contenziosi in materia di assicurazioni sociali, quali l'assicurazione contro le malattie, l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione pensionistica. D'altro lato i Tribunali sociali sono competenti anche in materia di assicurazione contro la disoccupazione, di diritto al risarcimento sociale - eccezion fatta per l'assistenza alle vittime di guerra - e di legislazione sui disabili gravi. A partire dall'1 gennaio 2005 sono di competenza della giurisdizione sociale anche i ricorsi relativi al minimo individuale per persone alla ricerca di un'occupazione (Harz IV), all'assistenza sociale (sussidio per il sostentamento e integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta) e alle normative sulle prestazioni ai richiedenti asilo.

Ordinamento della giurisdizione sociale

La giurisdizione sociale si articola su tre livelli: le decisioni di primo grado spettano a Tribunali sociali, le decisioni di secondo grado alle Corti sociali regionali e le decisioni di ultima istanza sono adottate dalla Corte sociale federale. In seno ai Tribunali sociali si costituiscono sezioni specializzate che si occupano di determinati ambiti del diritto e sono composte da un giudice togato in veste di presidente e da due giudici popolari a latere. Le Corti sociali regionali decidono in particolare le impugnazioni di sentenze di primo grado e sono composte da un presidente, altri due giudici togati e due giudici popolari. Allo stesso modo, anche le sezioni della Corte sociale federale, chiamata a giudicare i ricorsi in cassazione, si compongono di un presidente, altri due giudici togati e due giudici popolari.

I giudici popolari sono giudici non togati con gli stessi diritti e gli stessi doveri dei giudici ordinari. I giudici popolari che fanno parte delle sezioni della giurisdizione sociale vantano particolari esperienze pratiche nelle materie giuridiche di loro competenza.

Modalità dell'azione legale

Generalmente, chi desidera richiedere l'annullamento o la modifica di un atto amministrativo che lo riguarda o l'emanazione di un atto amministrativo negatogli deve innanzitutto opporsi all'atto amministrativo in questione. Il ricorso deve essere proposto per iscritto o affinché sia steso per iscritto presso l'ufficio che ha emanato l'atto stesso. L'autorità competente esamina nuovamente la legittimità e l'opportunità dell'atto in questione nel quadro di una procedura di ricorso. Se l'autorità ritiene fondato il ricorso, annulla l'atto amministrativo impugnato e, se opportuno, emana l'atto richiesto. In caso contrario l'autorità emana una decisione con cui respinge il ricorso. A questo punto si può avviare un'azione legale presso il Tribunale sociale competente.

L'azione legale va proposta per iscritto o affinché sia stesa per iscritto dal funzionario di cancelleria del Tribunale competente. Ciò significa che la parte attrice può intentare l'azione legale anche esponendo i fatti controversi al funzionario giudiziario competente, che ne appronta una stesura. L'atto di citazione in giudizio deve menzionare attore e convenuto. La citazione deve inoltre dichiarare l'obiettivo dell'azione e, se esiste una decisione, essa andrebbe allegata. Si devono inoltre elencare i fatti e i mezzi probatori che motivano l'azione.

L'azione legale va proposta presso la giurisdizione sociale territorialmente competente, vale a dire in linea di principio presso il Tribunale del distretto giudiziario di residenza della parte attrice al momento della proposizione dell'azione.

Si devono inoltre rispettare i termini per la proposizione dell'azione, che va intentata presso il Tribunale sociale competente entro un mese dalla notifica della decisione di rigetto dell'opposizione.

Procedimento giudiziario

I procedimenti di fronte ai Tribunali sociali comprendono di norma un'udienza dibattimentale. Già prima del dibattimento il presidente può richiedere atti, documenti elettronici e documentazione sanitaria e può acquisire informazioni, ascoltare testimoni ed esperti, commissionare consulenze tecniche, convocare periti e incontrare le parti interessate per discutere personalmente la questione e tentare, nella misura del possibile, di concludere il contenzioso con un solo dibattimento. L'udienza dibattimentale è pubblica ed è condotta dal presidente. Innanzitutto questi chiama la causa a ruolo e istruisce i testimoni eventualmente convocati, che lasciano poi l'aula fino al momento di essere ascoltati. Il presidente espone poi la situazione fattuale e i termini della controversia. A questo punto, se necessario, si procede all'acquisizione delle prove, al termine della quale l'attore e il convenuto possono esprimersi sui fatti. Una volta discussi i fatti, il presidente chiude l'udienza.

Nei processi in materia sociale svolge un ruolo fondamentale l'istruzione probatoria, nel quadro della quale sono ascoltati, tra gli altri, testimoni o esperti – ad es. un medico -, ma possono essere prodotti anche documenti che attestano una determinata situazione. Durante l'istruzione probatoria il giudice non è vincolato dalle offerte di prove delle parti in quanto nel processo sociale vige il cosiddetto principio dell'indagine d'ufficio. Questo principio impone al giudice di avviare d'ufficio un'inchiesta sulle circostanze controverse e di esaminare tutti i fatti di rilievo per la decisione del procedimento. Le parti possono tuttavia essere chiamate a collaborare.

Le parti di azioni in materia sociale possono farsi rappresentare in giudizio da mandatari, la cui presenza è tassativamente obbligatoria solo di fronte alla Corte sociale federale. Possono fungere da rappresentanti in giudizio ad esempio i legali delle parti, ma anche i funzionari di sindacati o di associazioni di datori di lavoro.

I procedimenti di fronte ai Tribunali sociali si concludono regolarmente con una sentenza, proclamata in linea di massima nella stessa data in cui si conclude il dibattimento.

Possibilità di riesame

Di norma, per il riesame di una sentenza esistono due possibili mezzi di impugnazione: l'appello e la revisione. L'appello permette di contestare ogni giudizio emesso da una giurisdizione sociale, eccezion fatta per i contenziosi il cui valore del ricorso non supera i 750 euro. In questi casi l'istanza di appello deve essere espressamente dichiarata ammissibile. Il valore del ricorso equivale alla differenza tra quanto è stato riconosciuto dal giudice sociale al ricorrente e quanto egli intende ottenere con l'istanza d'appello. Nel procedimento di appello la Corte sociale regionale riesamina tutti gli aspetti fattuali e giuridici della controversia.

Contro le sentenze delle Corti sociali regionali può invece essere proposta un'istanza di revisione. A differenza dall'appello, la revisione è sempre subordinata a una dichiarazione di ammissibilità da parte della Corte sociale regionale. La revisione è dichiarata ricevibile, ad esempio, laddove il quesito giuridico rivesta un'importanza di principio – riguardi cioè una materia non ancora oggetto di decisioni della Corte sociale federale e tocchi un interesse collettivo – o la sentenza diverga da una decisione della Corte sociale federale. Se la Corte sociale regionale non autorizza la revisione è invece possibile opporsi a tale decisione presentando ricorso contro la mancata autorizzazione. Nel quadro del procedimento di revisione, la Corte sociale federale non considera più gli aspetti fattuali della controversia, ma si limita ad esaminarne gli aspetti giuridici.

L'appello e la revisione devono essere proposti entro un mese dalla notifica della sentenza.

Costi

Per gli assicurati, i beneficiari di prestazioni sociali e le persone disabili i procedimenti di fronte alle giurisdizioni sociali sono esentati in tutti i casi dagli oneri giudiziari, eccezion fatta per le controversie relative all'eccessiva lunghezza dei tempi della giustizia. Gli attori o i convenuti che non rientrano in queste categorie – ad es. gli enti assicurativi in ambito sociale – sono invece tenuti a corrispondere dei diritti forfettari per la copertura delle spese. Quando né l'attore, né il convenuto rientrano nelle categorie di persone menzionate, le spese processuali sono commisurate al valore del contendere come avviene nei procedimenti di fronte ad altre giurisdizioni.

Tutela dei dati personali in campo sociale (Sozialdatenschutz)

Fondamenti della tutela dei dati personali in campo sociale

È impensabile che i regimi di sicurezza sociale possano assicurare il godimento dei diritti sociali senza entrare in contatto con i dati personali dei cittadini. Di norma, però, il trattamento di dati personali spesso altamente sensibili, relativi ad esempio allo stato di salute degli interessati, va considerato come un'ingerenza nel diritto di autodeterminazione del singolo in materia di dati personali sancito dalla Costituzione.

Per questo le norme applicabili sono particolarmente rigorose.

Con le disposizioni sul segreto sociale dell' art. 35 del Tomo I CPS e sulla tutela dei dati sociali del capitolo 2 (artt. 16-85a) del Tomo X del CPS e con le disposizioni integrative straordinarie in materia di tutela dei dati personali contenute nei singoli Tomi del CPS, il legislatore ha ottemperato al disposto costituzionale di emanare disposizioni giuridiche per la tutela dei dati sociali, considerati dati personali particolarmente meritevoli di protezione. Tali disposizioni assicurano un elevato livello di protezione dei dati e garantiscono al contempo l'operatività dell'amministrazione delle prestazioni sociali.

Il 25 maggio 2018 in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea è entrato direttamente in vigore il Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). Questo Regolamento ha lo scopo di assicurare un livello equivalente di protezione dei diritti e delle libertà delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali in tutti gli Stati membri.

La Legge di emendamento della Legge federale sull'assistenza e di altre disposizioni ha adeguato la disciplina di tutela dei dati sociali dei Tomi I e X del CPS alle norme direttamente applicabili del Regolamento. In futuro le norme sulla tutela dei diritti personali in campo sociale si baseranno sistematicamente sul regolamento, lo integreranno, lo specificeranno o lo limiteranno. In tal senso, in futuro sussisterà un regime normativo integrato.

Ai sensi dell'art. 35 Tomo I CPS ogni cittadino ha il diritto che gli enti erogatori di prestazioni sociali non procedano a un trattamento non autorizzato dei suoi dati sociali (segreto sociale). I dati sociali sono dati personali trattati da enti figuranti all'art. 1, Tomo I CPS per l'espletamento delle loro mansioni, definite dal CPS. I dati sociali sono assimilati per legge ai segreti aziendali o commerciali. Ai dati personali particolarmente sensibili, ad esempio i dati sanitari, si applicano in parte normative specifiche.

Il trattamento dei dati sociali è ammissibile solo in presenza di una base giuridica o con l'assenso dell'interessato (divieto con riserva di autorizzazione). La legge deve cioè specificare con precisione la tipologia di dati dell'assicurato o del beneficiario di prestazioni che gli enti erogatori di prestazioni sociali possono acquisire, conservare, modificare, trasmettere o assoggettare a trattamento limitato. Le basi giuridiche possono discendere sia dagli artt. 6 e 9 del Regolamento, sia dal CPS, ma, secondo la sistematica della tutela dei dati sociali, basi giuridiche derivanti da altre leggi diverse dal CPS non sono sufficienti e non possono conferire la facoltà di trattare dati sociali.

La tutela dei dati personali è inoltre improntata al principio fondamentale per cui i dati possono essere trattati solo se ciò è necessario per assolvere i compiti degli enti responsabili – in generale enti erogatori di prestazioni sociali quali enti pensionistici o assicurazioni sanitarie. In tal modo, ad esempio, le assicurazioni sanitarie hanno la facoltà di acquisire informazioni relative a singoli individui nella misura in cui queste ultime sono indispensabili per accertare il rapporto assicurativo o l'affiliazione.

Di norma, inoltre, le informazioni non possono essere trattate o utilizzate che ai fini per cui sono state acquisite (principio dello scopo vincolante).

Trasferimento dei dati

Il trasferimento di dati sociali a terzi, quale forma particolare di utilizzo dei dati, è ammesso solo se esplicitamente consentito da una disposizione degli artt. 6 o 9 del Regolamento (ad es. in forza dell'assenso dell'interessato) o in presenza di una facoltà di trasferimento sancita per legge dal CPS. Per trasferimento si intende la notifica a terzi di dati sociali tramite la loro trasmissione o la disponibilizzazione in forma visionabile o richiamabile (art. 67d, par. 1, frase 1 Tomo X CPS).

Principali casi di trasferimento:

- trasferimento di particolari dati in forma enumerativa, ad es. nome o indirizzo, per consentire l'espletamento di compiti delle autorità di polizia, delle procure,
- trasferimento per l'espletamento di compiti di natura sociale,
- trasferimento per assicurare la salute e la sicurezza sul posto di lavoro,
- trasferimento nel rispetto di particolari compiti e poteri di notifica sanciti dalla legge,
- trasferimento a scopi di ricerca e programmazione.

Nella prassi riveste un ruolo di particolare rilievo il trasferimento per l'espletamento di compiti di natura sociale ai sensi dell'art. 69, Tomo X CPS.

Esempi

- * Un ente assicurativo di categoria contro gli infortuni sul lavoro comunica a un ente pensionistico dati relativi alla pensione percepita dalla vittima di un infortunio sul lavoro affinché l'ente pensionistico possa verificare se e in che misura la pensione dell'ente di categoria può essere detratta dalle sue prestazioni ai sensi dell'art. 93 del Tomo VI del CPS.

Le persone e gli uffici destinatari del trasferimento di dati sociali sono tenuti a tutelarne la confidenzialità nella stessa misura in cui sono tenuti a farlo gli enti direttamente assoggettati al segreto sociale (cosiddetta tutela ampliata dei dati sociali, art. 78 Tomo X CPS).

Diritti

Gli artt. 12 a 22, 34 e 82 del Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali riconoscono ampi diritti alle persone di cui si trattano i dati. I diritti delle persone interessate rappresentano al contempo i doveri dei responsabili del trattamento. I diritti delle persone interessate comprendono, ad esempio, il diritto di essere informate al momento della raccolta dei dati, di accedere ai dati che le riguardano, di farli cancellare e di opporsi al loro trattamento. Per tutelare la sicurezza sociale e l'operatività dell'amministrazione delle prestazioni sociali, tali diritti sono in parte limitati dalle disposizioni degli artt. 82-84 del Tomo X CPS.

Chi si ritiene leso nei propri diritti dal trattamento di dati sociali può rivolgersi alle autorità competenti in materia di tutela dei dati personali (Garante federale per la tutela dei dati o istanze competenti secondo gli ordinamenti dei Länder) o proporre un'azione avverso i responsabili di fronte al giudice del lavoro.

Linea del cittadino

Dal lunedì al giovedì dalle ore 8 alle ore 20

Rispondiamo alle vostre domande

Pensione: **030 221 911 001**

Assicurazione contro gli infortuni/Volontariato: **030 221 911 002**

Politica e incentivazione del mercato del lavoro: **030 221 911 003**

Diritto del lavoro: **030 221 911 003**

Tempo parziale, Part-time in uscita, Occupazioni marginali: **030 221 911 004**

Informazioni per persone con disabilità: **030 221 911 005**

Fondo sociale europeo/Europa sociale: **030 221 911 006**

Partecipazione dei lavoratori alla formazione di capitale: **030 221 911 007**

Informazioni sul pacchetto per l'istruzione: **030 221 911 009**

Informazioni sul salario minimo: **030 60 28 00 28**

Servizio per non udenti/ipoudenti:

E-mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Videotelefono ISDN:

030 211 911 015

Fax:

030 221 911 017

Linea telefonica in linguaggio dei segni: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Linea telefonica in linguaggio dei segni

Grazie alla linea telefonica in linguaggio dei segni i non udenti e gli ipoudenti possono ricevere informazioni senza l'intermediazione di terzi o di un interprete ricorrendo alla lingua dei segni e alla videotelefonata. La linea telefonica in linguaggio dei segni è attiva dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 20:00. Linea telefonica in linguaggio dei segni tramite video over IP: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de.

Informazioni tecniche sull'utilizzo della lingua telefonica in linguaggio dei segni tramite video over IP

Indirizzo:

L'indirizzo della linea telefonica in linguaggio dei segni non è un indirizzo di posta elettronica, né una pagina internet, ma l'indirizzo della destinazione che va introdotto nel proprio terminale:
gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de.

Terminali

Per la comunicazione è necessario o un apparecchio VoIP con funzionalità video in grado di gestire il protocollo di segnalazione SIP (videotelefono IP) o un PC con software adeguato (Softclient o Softphone)

- Terminale VoIP con funzionalità video:
disponibile nei negozi specializzati
- Softclient/Softphone:

Sono offerti da vari produttori. Si prega di verificare che siano compatibili con il protocollo SIP e con la funzionalità video per i codec H.263 o H.264 (ad es. X-Lite per Windows, Linphone per Linux o Kphone per Unix/Linux).

In alternativa si può scaricare gratuitamente il software per l'utilizzo della linea telefonica in linguaggio dei segni all'indirizzo sopra indicato, dove si possono trovare anche ulteriori informazioni, un manuale dell'utilizzatore e possibilità di contattarci per richiedere un supporto.

Connessione internet con banda sufficiente:

Per la comunicazione è necessaria una connessione sufficientemente veloce alla rete. Raccomandiamo una connessione DSL. La comunicazione può avvenire anche via ISDN, tuttavia in questo caso sono necessari almeno entrambi i canali (128kBit/s). Se la banda è troppo limitata, la qualità dell'immagine può risultare insufficiente.

Impostazioni firewall:

Può risultare necessario verificare le impostazioni del proprio firewall.

Devono essere aperte le seguenti porte in uscita:

- SIP: 5060 (TCP o UDP)
- RTP: 20000 – 20200 (UDP)

Colofone

Editore:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Referat Information, Monitoring,
Bürgerservice, Bibliothek
53107 Bonn

Situazione: febbraio 2018

Per ordinare la pubblicazione:

Nr.ordine: A 982
Telefono: 030 18 272 272 1
Telefax: 030 18 10 272 272 1
Indirizzo postale: Publikationsversand
der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Servizio non udenti/ipoudenti:

E-mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de

Fax: 030 221 911-017

Linea telefonica in linguaggio dei segni: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

Impaginazione/Layout: Reparto grafico del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali, Bonn
Fotografie: colourbox.com; iStockphoto.com

Le citazioni dalla presente pubblicazione sono autorizzate con l'indicazione precisa di editore, titolo e anno di riferimento. Si chiede inoltre di inviare copia d'obbligo all'editore.