

*„La Repubblica Federale Tedesca è uno stato federale democratico e sociale”
Articolo 20 comma 1 della Legge Fondamentale*

La forza del nostro Paese è la sua dimensione sociale. Il nostro regime di sicurezza sociale, considerato tra i più efficaci del mondo, è un fattore importante del sistema paese perché rafforza la nostra economia e migliora le possibilità di partecipazione di molti cittadini.



Generazione dopo generazione, molti uomini e donne hanno lottato instancabilmente per costruire questa rete di protezione sociale. Ora sta a noi rinnovarla costantemente e adeguarla alle nuove realtà per far rimanere solide e fitte le sue maglie.

Lo stato sociale e l'economia sociale di mercato sono una delle tradizioni più gloriose della Germania. Voglio che continuino anche in futuro a rendere più vivibile il nostro paese e a godere dell'apprezzamento del mondo intero.

Dr. Ursula von der Leyen
Ministro Federale del Lavoro e degli Affari Sociali

Sommario

Assegni familiari, periodo parentale, anticipo degli alimenti, indennità familiare integrativa, assegno parentale federale
(Kindergeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag, Bundeselterngeld)

Tutela della maternità
(Mutterschutz)

Promozione dell'occupazione
(Arbeitsförderung)

Minimo individuale per persone in cerca di lavoro
(Grundsicherung für Arbeitsuchende)

Diritto del lavoro
(Arbeitsrecht)

Ordinamento aziendale
(Betriebsverfassung)

Codeterminazione
(Mitbestimmung)

Salario minimo
(Mindestlohn)

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

Assicurazione contro gli infortuni
(Unfallversicherung)

Riabilitazione e partecipazione delle persone disabili
(Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)

L'iniziativa "Lavoro senza barriere", Job4000
(Jobs ohne Barrieren)

Assicurazione sanitaria e tessera sanitaria elettronica
(Krankenversicherung und elektronische Gesundheitskarte)

Assicurazione contro l'infermità
(Pflegeversicherung)

Assicurazione pensionistica
(Rentenversicherung)

Incentivazione dei regimi previdenziali integrativi
(Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge)

Risarcimento sociale e assistenza alle vittime di guerra
(Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung)

Assistenza sociale
(Sozialhilfe)

Indennità d'alloggio
(Wohngeld)

Assicurazione sociale internazionale
(Internationale Sozialversicherung)

Giurisdizione sociale
(Sozialgerichtsbarkeit)

Tutela della privacy in campo sociale
(Sozialdatenschutz)

Colofone
(Impressum)

Assegni familiari, assegni parentali federali, periodo parentale, anticipo degli alimenti, indennità familiare integrativa, assegno parentale federale

Kindergeld, Bundeselterngeld, Elternzeit, Unterhaltsvorschuss, Kinderzuschlag

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 essere in grado di sostenere. Per questo lo Stato li aiuta con gli assegni familiari. Gli assegni familiari, erogati sotto forma di restituzione dell'imposta sul reddito, sono volti principalmente ad assicurare l'esenzione fiscale sancita dalla Costituzione per un importo pari al minimo esistenziale del bambino. La quota degli assegni familiari che supera tale importo serve a sostenere la famiglia.

Diritti

Hanno diritto a percepire gli assegni familiari tutti coloro che hanno figli e vivono in Germania, compresi gli stranieri in possesso di un titolo valido di stabilimento o di un titolo di soggiorno per determinati scopi. Sebbene gli assegni familiari possano essere versati anche ai padri o alle madri temporaneamente residenti all'estero, ad esempio per motivi di lavoro, 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).

Importante

Poiché gli assegni familiari sono versati solo ad un unico genitore per ogni figlio, i genitori possono scegliere liberamente chi di loro riceverà gli assegni familiari per i bambini che fanno parte della famiglia.

Se i genitori sono separati o divorziati, gli assegni familiari sono corrisposti al genitore che convive con il bambino. Se un figlio non vive con i genitori, gli assegni familiari sono generalmente riconosciuti alla persona che convive con il bambino o a chi sostiene in via principale i costi del suo mantenimento.

Per quali figli si percepiscono gli assegni familiari?

Si percepiscono gli assegni familiari anche per

- i figli del coniuge, se conviventi,
- i bambini in affidamento, se vivono all'interno del nucleo familiare, fanno parte della famiglia per un lungo periodo di tempo e non sono più sotto la custodia o la tutela dei propri genitori naturali,
- i figli dei propri figli, se sono stati accolti nel proprio nucleo familiare. Gli assegni familiari sono erogati per tutti i bambini rientranti in queste categorie che non hanno ancora compiuto i 18 anni. A determinate condizioni è tuttavia possibile continuare a percepire gli assegni familiari anche per i figli maggiorenni.

Il limite d'età per beneficiare degli assegni familiari è di 25 anni se i ragazzi

- frequentano ancora la scuola o stanno apprendendo 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. Si ha inoltre diritto agli assegni familiari se i figli, ad esempio, continuano ad apprendere una professione e non esercitano regolarmente un'attività lavorativa per più di 20 ore alla settimana. Anche i brevi periodi di transizione tra due fasi formative sono considerati come rientranti nella formazione.
- prestano un anno di volontariato sociale o ecologico ai sensi delle leggi applicabili, un servizio volontario nell'ambito del programma "Gioventù in azione" dell'Unione Europea o un altro servizio all'estero in conformità con l'articolo 14b della Legge sul servizio civile, un servizio volontario di assistenza allo sviluppo "aperto al mondo" ai sensi della direttiva del Ministero

federale per la cooperazione economica e lo sviluppo dell'1 agosto 2007, un servizio volontario "di tutte le generazioni" ai sensi dell' art 2 comma 1a del Tomo VII del Codice di Previdenza Sociale, 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, Gemeinsames Ministerialblatt, p. 1778) o un anno di volontariato federale ai sensi della Legge federale sui servizi di volontariato.

- non possono iniziare o continuare un periodo formativo per mancanza di posti di formazione professionale.
- fino al compimento del ventunesimo anno d'età sono considerati ai fini della corresponsione degli assegni familiari anche i figli registrati come persone alla ricerca di un'occupazione presso l'Agenzia del lavoro.

Casi particolari

In casi particolari i genitori possono continuare a percepire gli assegni familiari anche per figli di più di 25 anni.

Come ricevere gli assegni familiari

Per ottenere gli assegni familiari si deve presentare una domanda. Le Casse per la famiglia delle Agenzie del lavoro (e dalle Casse per la famiglia dei datori di lavoro pubblici) forniscono l'assistenza necessaria.

Gli assegni familiari sono erogati anche per i figli maschi che hanno già compiuto i 25 anni e che ancora frequentano un corso di formazione dopo aver assolto il servizio militare o il servizio civile. In questi casi al limite di età si aggiunge un periodo corrispondente alla durata del servizio militare o civile. Esempio: se il figlio ha svolto un servizio militare obbligatorio di 9 mesi, i genitori percepiscono gli assegni familiari fino al compimento dei 25 anni e nove mesi.

I genitori percepiscono gli assegni familiari anche oltre il venticinquesimo anno di età dei figli se questi non sono in grado di mantenersi perché disabili e se la loro disabilità è subentrata prima del compimento del venticinquesimo anno.

Percepiscono direttamente i 184 euro di assegni familiari mensili gli orfani di entrambi i genitori per cui nessun'altra persona riceve assegni familiari o indennità analoghe. La stessa procedura è seguita anche per i bambini che non conoscono il luogo di residenza dei propri genitori.

Il sito internet www.Bundesagentur-fuer-Arbeit.de dell'Agenzia Federale del lavoro contiene un'ampia modulistica e l'elenco delle sedi delle Casse per la famiglia.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano nella Legge sulla tassazione dei redditi ("Einkommensteuergesetz") e nella Legge federale sugli assegni familiari ("Bundeskindergeldgesetz").

Informazioni

Per ogni chiarimento ci si può rivolgere alle Casse famiglia presso gli uffici dell'Agenzia del lavoro.

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

Quando il pagamento degli assegni familiari non esenta dagli oneri fiscali il minimo vitale per la sopravvivenza del bambino (pari a 4.368 euro all'anno), dal reddito sono detratti la franchigia per i figli e gli importi esentasse destinati all'assistenza, all'allevamento o alla formazione dei figli (pari a 2.640 euro all'anno). Gli assegni familiari già percepiti si sommano così agli effetti fiscali delle franchigie. La verifica dell'idoneità degli assegni familiari ad assicurare pienamente le esenzioni fiscali previste dalla Costituzione avviene al momento della tassazione dei redditi.

Maggiorazione per l'infanzia

Nel quadro dei sussidi pubblici per la prima casa, le famiglie che hanno costruito o acquistato un'abitazione hanno diritto a percepire oltre agli assegni familiari anche una maggiorazione per l'infanzia (chiamata in passato Baukindergeld, indennità per la prima casa destinata all'infanzia), che

viene versata per un periodo massimo di otto anni. Essa ammonta a 767 euro all'anno per ogni figlio nel caso di abitazioni in cui la famiglia risiede e il cui contratto d'acquisto è stato stipulato prima dell'1 gennaio 2004 o la cui costruzione da parte degli aventi diritto è iniziata prima di tale data. Se i lavori di costruzione sono stati avviati o il contratto d'acquisto è stato firmato prima del 31 dicembre 2005 essi ricevono un incentivo pari a 800 euro.

A decorrere dall'1 gennaio 2006 è stata abolita l'indennità per la prima casa e non può quindi essere concessa neppure la maggiorazione per l'infanzia prevista in passato per le nuove abitazioni. Essa continuerà tuttavia ad essere riconosciuta fino al termine del periodo di incentivazione concordato a tutti gli aventi diritto che hanno già incominciato a beneficiarne.

Periodo parentale

Il periodo parentale presuppone l'esistenza di un rapporto lavorativo.

I genitori che lo desiderano possono ottenere fino a tre anni di "aspettativa" per ogni figlio, eventualmente anche ripartiti tra di loro o sotto forma di periodi più brevi, anche contemporanei. Si può beneficiare del periodo parentale anche solo per i mesi di coppia dell'assegno parentale. In caso di fruizione contemporanea da parte di ambedue i genitori va ricordato che il periodo parentale non giustifica il diritto all'assistenza sociale, vale a dire

che in questo periodo i genitori devono provvedere autonomamente al proprio sostentamento. Se il datore di lavoro non si oppone, uno dei 3 anni di aspettativa può essere richiesto anche tra il terzo e l'ottavo anno d'età del bambino. In presenza dei requisiti richiesti, il genitore che usufruisce del periodo parentale può lavorare fino a 30 ore settimanali. Ha invece diritto ad un orario ridotto di 15-30 ore settimanali se il suo rapporto di lavoro sussiste da più di 6 mesi a condizione che la sua azienda conti regolarmente più di 15 dipendenti, richieda questa tipologia di riduzione dell'orario per almeno due mesi e non esistano urgenti cause ostative a livello aziendale. Dopo questa fase, il genitore gode inoltre del diritto di ritornare all'orario di lavoro prestato prima dell'inizio del periodo parentale. L'intenzione di fruire di tale periodo va comunicata al datore con almeno 7 settimane di anticipo. La richiesta di riduzione dell'orario di lavoro deve essere presentata al più tardi 7 settimane prima dell'inizio del part-time.

La tutela contro il licenziamento si applica all'intero periodo parentale e decorre a partire dal momento di presentazione della domanda, al più presto comunque 8 settimane prima dell'inizio di tale periodo.

Leggi

I fondamenti dell'assegno e del congedo parentale sono esposti nell'opuscolo "Elterngeld und Elternzeit" (Assegno parentale e congedo parentale). Per ulteriori informazioni si prega di rivolgersi al servizio di consulenza telefonica gratuita del Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 al numero 01801 907050.

Anticipo degli alimenti (Unterhaltsvorschuss)

Prestazioni/Requisiti

L'anticipo degli alimenti, finanziato pubblicamente, è il sussidio speciale che la Legge sull'anticipo degli alimenti (Unterhaltsvorschussgesetz – UVG) assicura ai genitori che allevano da soli i propri figli

L'entità degli assegni familiari

Gli assegni familiari mensili ammontano a

- 184 euro per ognuno dei primi due figli,
- 190 euro per il terzo figlio,
- 215 euro per ognuno degli altri figli.

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 esenzione fiscale per i figli e di importi esentasse destinati all'assistenza, all'allevamento o alla formazione dei figli. Gli assegni familiari sono versati nel corso dell'anno. Ai fini della quantificazione della fiscalità sui 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'allevamento o alla formazione dei figli sono detratti dal reddito, tenendo conto degli assegni familiari già pagati. Ci si attiene invece al versamento degli assegni familiari quando risulta più vantaggioso per i genitori.

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

e non ricevono il pagamento degli alimenti dall'altro genitore o lo ricevono in modo irregolare. È pari all'importo minimo degli alimenti al netto degli assegni familiari per il primo figlio.

L'anticipo degli alimenti è accordato fino al dodicesimo anno di età dei figli per un periodo massimo di 72 mesi. L'anticipo degli alimenti equivale agli alimenti minimi ai sensi dell'art. 1612a comma 1 Codice Civile, da cui si detraggono gli assegni familiari per il primo figlio. Dopo l'1 gennaio 2010 la prestazione mensile ammonta quindi a

- 133 euro per i bambini sotto i 6 anni,
- 180 euro per i bambini più grandi, fino ai 12 anni.

Importante

Il diritto all'anticipo degli alimenti decade se il genitore che alleva i figli si rifiuta di dare informazioni sulle generalità e sulla residenza dell'altro genitore o non contribuisce a stabilirne la paternità. Esso decade inoltre se i genitori convivono o in caso di matrimonio del genitore che alleva il figlio.

Indennità familiare integrativa (Kinderzuschlag)

I genitori hanno diritto all'indennità familiare integrativa per i figli conviventi non sposati di età inferiore ai 25 anni se

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

L'indennità familiare integrativa può ammontare al massimo a 140 euro per figlio e, insieme agli assegni familiari di 184 euro mensili, copre il fabbisogno medio di un bambino. Per le esigenze abitative va considerato il sussidio d'alloggio che spetta a persone con determinati livelli di reddito.

Se il reddito o il patrimonio dei genitori copre solo il loro fabbisogno minimo essi ricevono l'intera indennità familiare integrativa, che si riduce però a partire dal raggiungimento del massimale di riferimento. Se il reddito si attesta tra la soglia minima e il massimale di riferimento, è versato l'importo integrale dell'indennità familiare integrativa. Una volta raggiunto il massimale di riferimento, il reddito che supera il massimale è sottratto 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 quote di reddito e di patrimonio da considerare sono stabilite dalle norme vigenti in materia di indennità di disoccupazione II.

Ai fini della definizione del fabbisogno, il reddito del figlio è sempre considerato integralmente e detratto dall'indennità familiare integrativa.

Dall'11 gennaio 2010 i beneficiari dell'indennità familiare integrativa hanno il diritto di percepire, oltre alle prestazioni economiche che rimangono limitate ad un massimo di 140 euro, anche sette tipologie di prestazioni finalizzate all'istruzione e alla partecipazione per

- le escursioni di un giorno organizzate dalle strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna (spese effettivamente sostenute),
- i viaggi di più giorni organizzati dalle strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna,
- il fabbisogno personale di materiale scolastico (al massimo 100 euro all'anno),
- il servizio di trasporto scolastico di scolari e studenti di scuola superiore (spese effettive),
- la promozione dell'apprendimento (spese effettive),
- la partecipazione al pranzo comune a scuola o nella struttura extrascolastica di assistenza diurna (sovvenzione) e

L'opuscolo gratuito "Elterngeld und Elternzeit" (Assegno parentale e congedo parentale) contiene informazioni anche sull'assegno parentale e può essere richiesto presso il Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. Per ulteriori informazioni si prega di visitare il sito www.bmfsfj.de.

- la partecipazione alla vita sociale e culturale della comunità (ad esempio associazione sportiva o scuola di musica, per un importo mensile di 10 euro).

Il pacchetto per l'istruzione e la partecipazione comprende prestazioni economiche e prestazioni in natura. Queste ultime sono volte ad assicurare che i bambini e i giovani possano effettivamente beneficiare di una promozione individuale. La loro gestione complessiva da parte di un unico interlocutore, gli enti comunali, ne garantisce una gestione a livello locale, prossima al cittadino, efficiente e senza ostacoli burocratici, ed è idonea alla realizzazione degli scopi di queste prestazioni perché in tal modo si ha la certezza che esse si traducano effettivamente in un beneficio per i minori.

L'indennità familiare integrativa deve essere richiesta per iscritto alla Cassa per la famiglia (Familienkasse) competente per il proprio territorio. Le prestazioni finalizzate all'istruzione e alla partecipazione devono essere richieste agli enti comunali competenti designati dal rispettivo Land di appartenenza.

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

Per ulteriori informazioni sull'indennità familiare integrativa si prega di rivolgersi alle Casse per la famiglia dell'Agenzia del lavoro.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano nella Legge sugli assegni familiari federali ("Bundeskindergeldgesetz") del 28 gennaio 2009 (Gazzetta Ufficiale I pp. 142 e 3177), emendata da ultimo dall'art. 9 della Legge del 7 dicembre 2011 (Gazzetta Ufficiale I p. 2592).

Informazioni

Per ricevere informazioni rivolgersi alle Casse per la famiglia dell'Agenzia Federale del lavoro (Familienkassen der Bundesagentur für Arbeit), a cui vanno presentate anche le richieste per ricevere l'indennità familiare integrativa. La scheda informativa "Indennità familiare integrativa" può essere richiesta gratuitamente al Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 53107 Bonn.

Assegno parentale federale (Bundeselterngeld)

L'assegno parentale assicura alle famiglie un aiuto notevole durante i primi 12 o 14 mesi di vita dei figli perché compensa la riduzione del reddito dovuta alla nascita dei figli. In tal modo l'assegno parentale federale permette alle madri e ai padri di sospendere più facilmente la propria attività retribuita o di limitarla temporaneamente per avere 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 alla settimana,
- convivono con i figli e
- hanno la residenza o risiedono abitualmente in Germania.

In presenza di questi requisiti, anche il coniuge o il compagno di un genitore può beneficiare dell'assegno parentale pur non essendo genitore naturale del bambino se assiste quest'ultimo dopo la nascita. Allo stesso modo, per i bambini adottati o accolti a scopo di adozione si ha diritto a percepire l'assegno parentale per un periodo massimo di 14 mesi a partire dal momento in cui i bambini entrano a far parte del nucleo familiare. Tale diritto decade non appena i bambini compiono l'ottavo anno di età. In caso di malattia o di disabilità grave o di decesso dei genitori l'assegno parentale può essere versato anche ai congiunti fino al terzo grado (bisnonni, nonni, zii, zie e fratelli e sorelle) e ai loro coniugi o compagni.

Non hanno diritto a percepire l'assegno parentale i genitori o le coppie ammissibili per altri motivi che abbiano totalizzato un reddito imponibile comune superiore ai 500.000 euro nell'anno di calendario

precedente alla nascita del figlio. Per le famiglie monoparentali il diritto decade per redditi superiori ai 250.000 euro.

In conformità con il diritto europeo, i cittadini di Stati membri dell'UE/AEE e della Svizzera che esercitano un'attività retribuita in Germania o, qualora non lavorino, che vi abitano, godono generalmente dello stesso diritto di ricevere l'assegno parentale riconosciuto ai cittadini tedeschi.

I cittadini stranieri di altra nazionalità hanno diritto all'assegno parentale se il titolo di soggiorno e la possibilità di accesso al mercato del lavoro di cui dispongono fanno ragionevolmente supporre che il loro soggiorno in Germania sia duraturo. Questo requisito è soddisfatto automaticamente dai titolari di un permesso di stabilimento. I titolari di un permesso di soggiorno lo soddisfano solo se sono autorizzati ad esercitare un'attività lavorativa in Germania o se vi hanno già lavorato legalmente. I titolari di un permesso di soggiorno per urgenti ragioni umanitarie o di natura personale, per tutela temporanea, per la sospensione di un provvedimento di espulsione o perché sussistono 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 nel corso dell'anno precedente la nascita e che viene a mancare al genitore che assiste il figlio dopo la nascita di quest'ultimo. Nei casi in cui il reddito pregresso supera i 1.240 euro, l'assegno parentale equivale al 65 per cento del mancato reddito dopo la nascita, per redditi di 1.220 euro equivale al 66 per cento e per redditi tra i 1.000 e i 1.200 euro equivale al 67 per cento. Per redditi pregressi inferiori a 1.000 euro l'aliquota compensativa aumenta gradualmente fino a raggiungere il 100 per cento: quanto più basso è il reddito, tanto più elevata è l'aliquota compensativa applicata. In termini reali, l'assegno parentale ammonta ad almeno 300 euro e non più di 1.800 euro.

L'importo minimo di 300 euro è versato a tutti i genitori aventi diritto, anche se prima della nascita del figlio non esercitavano alcuna attività lavorativa retribuita. Le famiglie numerose possono percepire un bonus mensile pari al 10 per cento dell'assegno parentale spettante, ma comunque di almeno 75 euro. In caso di parti plurimi l'assegno parentale è maggiorato di 300 euro per bambino a partire dal secondo gemello.

Un genitore può beneficiare dell'assegno parentale per un minimo di due e un massimo di dodici mensilità. I genitori hanno diritto a percepire complessivamente dodici mensilità, corrispondenti ai mesi di vita del figlio. Due mensilità supplementari sono riconosciute a quelle coppie in cui ambedue i genitori si avvalgono contemporaneamente dell'assegno parentale (mesi di coppia) e il cui reddito lavorativo si riduce ulteriormente per due mensilità.

Come l'indennità di disoccupazione II, l'assistenza sociale e l'indennità familiare integrativa, anche gli assegni parentali sono interamente considerati ai fini della determinazione del reddito. È tuttavia prevista una quota esentasse per coloro che prima della nascita del figlio esercitavano un'attività lavorativa retribuita. Tale quota corrisponde al reddito precedente fino a un massimo di 300 euro. Al di sotto di questo importo gli assegni parentali non sono considerati al fine della determinazione del reddito imponibile e sono pertanto disponibili nella loro totalità.

Informazioni

La responsabilità di attuare la legge spetta alle sedi designate dai governi regionali:

- in Baden-Württemberg alla Landeskreditbank,
- in Baviera al Centro bavarese per la famiglia e gli affari sociali (Zentrum Bayern für Familie und Soziales),
- in Meclemburgo-Pomerania Anteriore e in Assia agli Uffici che accertano lo stato di invalidità (Versorgungsamter),
- a Berlino, in Renania-Palatinato agli Uffici dei minori (Jugendämter),
- in Brandeburgo ai comprensori (Landkreise),

I fondamenti giuridici dell'assegno per l'allevamento dei figli e del congedo parentale sono stabiliti dalla Legge sugli assegni parentali federali e sul periodo parentale. Le informazioni più importanti si trovano nell'opuscolo "Elterngeld und Elternzeit" (Assegno parentale e periodo parentale). Per indicazioni più specifiche si prega di rivolgersi al servizio di consulenza telefonica gratuita del Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 al numero 01801 907050.

- ad Amburgo agli Uffici circoscrizionali (Bezirksämter),
- a Brema all'Ufficio degli Affari Sociali (Amt für Soziale Dienste),
- a Bremerhaven all'Ufficio per la famiglia e la gioventù (Amt für Familie und Jugend),
- in Bassa Sassonia all'Amministrazione comunale (Gemeindeverwaltung),
- in Renania Settentrionale-Vestfalia, in Sassonia e in Sassonia-Anhalt ai distretti/compensori e alle città che costituiscono distretto (Kreise/Landkreise e kreisfreie Städte),
- in Saarland allo Sportello per gli assegni parentali (Elterngeldstelle) del Ministero del lavoro, della famiglia, della prevenzione, degli affari sociali e dello sport (Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport),
- in Schleswig-Holstein all'agenzia dell'Ufficio regionale dei servizi sociali (Außenstelle des Landesamtes für Soziale Dienste),
- in Turingia all'Ufficio amministrativo regionale (Landesverwaltungsamt).

L'opuscolo gratuito "Elterngeld und Elternzeit" (Assegno parentale e congedo parentale) contiene ulteriori informazioni sull'assegno parentale e può essere richiesto presso il Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. E-mail: publikationen@bundesregierung.de.

Tutela della maternità (Mutterschutz)

In che modo si possono proteggere i nascituri e le lavoratrici in gravidanza dagli effetti di lavori pericolosi, faticosi e insalubri? La risposta a questo quesito è data dalla Legge sulla tutela della maternità, un caposaldo della protezione dei lavoratori. Accanto all'assegno federale per l'allevamento dei figli e al congedo parentale, la tutela della maternità rappresenta un notevole contributo alla realizzazione di una politica sociale a sostegno della famiglia.

Cenni sulla tutela della maternità

La lavoratrice in gravidanza gode di una speciale tutela contro i rischi a cui è esposta sul posto di lavoro e, a partire dall'inizio della gestazione fino al quarto mese di vita del bambino, anche contro il licenziamento. Il riposo prenatale obbligatorio di sei settimane e quello di otto settimane successivo al parto permettono alla gestante di prepararsi nascita del figlio e di rimettersi in forze dopo l'evento. Il periodo di riposo obbligatorio della puerpera si estende a 12 settimane in caso di parto prematuro o di parto gemellare o plurimo. In caso di parto precoce il periodo di riposo obbligatorio è sempre prolungato in funzione delle giornate di astensione prenatale obbligatoria dal lavoro di cui la donna non ha beneficiato.

Durante questo periodo la lavoratrice che soddisfa determinati requisiti percepisce un'indennità di maternità determinato in funzione della tipologia e della copertura offerta dalla sua assicurazione contro le malattie. A partire dal momento della nascita i genitori possono chiedere gli assegni familiari e beneficiare (su richiesta anche contemporaneamente) del congedo parentale. Al capitolo "Assegni familiari, assegno federale per l'allevamento dei figli, periodo parentale, anticipo degli alimenti, indennità familiare integrativa, assegno parentale federale" si trovano informazioni più dettagliate su questo tema.

Ad eccezione dell'indennità di maternità e del relativo contributo versato dal datore di lavoro, le prestazioni sociali previste dalla normativa vigente per i figli sono erogate solo a partire dalla nascita. Le madri che versano in gravi difficoltà prima del parto possono però rivolgersi al consultorio per gestanti più vicino e richiedere eventualmente gli aiuti previsti dal programma della "Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens" (la domanda deve essere presentata prima del parto).

Garanzie di legge

Divieto di licenziamento

Il datore di lavoro non può rescindere il contratto lavorativo durante la gravidanza e nei primi 4 mesi di vita del bambino.

Il licenziamento è possibile solo in casi eccezionali e previa autorizzazione dell'ente competente (generalmente l'Ispettorato del lavoro o l'Ufficio per la salute e la sicurezza sul posto di lavoro).

Dal 1997 il divieto di licenziamento si applica senza restrizioni anche alle collaboratrici familiari.

Il divieto di licenziamento si applica solo ai 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, per sciogliere il loro rapporto di lavoro alla scadenza di tale periodo di riposo. Se invece desiderano rescindere il contratto di lavoro a partire da un altro momento, precedente o successivo, sono invece tenute a rispettare i termini di preavviso definiti dalla legge o da altri accordi.

Se richiedono il congedo parentale alla scadenza del periodo di riposo obbligatorio, le lavoratrici possono invece fruire di una protezione speciale contro il licenziamento: al datore di lavoro è fatto divieto di rescindere il contratto a partire dal momento in cui viene richiesto il congedo parentale – o, al

più tardi, otto settimane prima del suo inizio - e per tutta la sua durata. In particolari circostanze sono tuttavia ammissibili delle eccezioni. Alla lavoratrice che decide di sciogliere il rapporto si prospettano due possibilità alternative:

- licenziarsi alla scadenza del congedo parentale con 3 mesi di preavviso
- licenziarsi in qualsiasi momento del congedo parentale o alla sua scadenza, rispettando comunque i termini di preavviso previsti dalla legge, dal contratto di categoria o dal contratto individuale.

Configurazione del posto di lavoro

Durante la gravidanza e nel periodo di allattamento le lavoratrici hanno diritto ad una postazione di lavoro che non comporti rischi per la loro salute e per quella dei loro figli. Il datore di lavoro è perciò tenuto a configurare la postazione di lavoro, incluse le macchine e gli attrezzi, in modo tale da non mettere a repentaglio la vita e la salute di entrambi e, se necessario, deve adottare anche altri provvedimenti specifici necessari a tutelare la vita e la salute delle lavoratrici.

Se, per esempio, in gravidanza o durante l'allattamento una madre è adibita a mansioni che la obbligano a stare continuamente in piedi, la Legge sulla tutela della maternità impone al datore di lavoro di consentirle di sedersi per delle piccole pause. Simili brevi interruzioni devono essere accordate anche alle donne che, in gravidanza e durante l'allattamento, lavorano continuamente da sedute.

La tutela della maternità è prioritaria

Le lavoratrici non possono essere adibite a determinate attività stabilite dalla legge durante la gravidanza e nel periodo di allattamento.

In linea di massima, le gestanti e le lavoratrici che allattano non possono

- svolgere attività fisiche pesanti,
 - svolgere attività che le esponano agli effetti di sostanze, radiazioni, polveri, gas, vapori, calore o freddo intenso, umidità, vibrazioni o rumore che possano essere nocivi alla salute,
 - lavorare a cottimo,
 - svolgere altre attività in cui l'accelerazione del ritmo di produzione comporti una remunerazione superiore,
 - svolgere attività alla catena di montaggio che richiedano un ritmo di produzione predefinito,
 - svolgere attività che implicino:
 - il sollevamento regolare di pesi superiori a 5 chilogrammi o lo spostamento o il sollevamento manuale sporadico di pesi superiori ai 10 chilogrammi senza l'ausilio di mezzi meccanici,
 - allungamenti o abbassamenti frequenti e notevoli,
 - l'assunzione permanente di una posizione accovacciata o curva,
 - l'assunzione di posizioni a elevato rischio di scivolamento e di cadute,
 - il pericolo di una malattia professionale,
 - svolgere attività su attrezzi o macchine il cui funzionamento richiede principalmente l'uso del piede (ad esempio per l'azionamento di un pedale),
 - lavorare più di 8,5 ore al giorno oppure più di 90 ore durante 2 settimane consecutive,
 - lavorare la notte (tra le ore 20.00 e le 6.00),
 - lavorare la domenica o i giorni festivi.
- Il divieto di lavoro notturno o festivo è limitato da alcune eccezioni specifiche (vedi i regimi particolari riportati in seguito).

Dopo il terzo mese di gravidanza non sono più consentite attività regolari su mezzi di trasporto, ad esempio come conduttrice di autobus, come autista di autocarri o come tassista. Se il periodo di guida supera la metà dell'orario di lavoro, tale divieto si applica anche alle venditrici ambulanti. Dopo il quinto

Chi ha diritto alla tutela della maternità?

La legge di tutela della maternità

si applica a tutte le donne

(gestanti) con un rapporto di

lavoro dipendente, vale a dire

- lavoratrici a tempo pieno,

- lavoratrici a tempo parziale,

- collaboratrici domestiche (dal

1977 tutela completa),

- lavoranti a domicilio,

- impiegate rientranti nel contratto

collettivo del settore pubblico,

- lavoratrici con occupazioni

marginali,

- apprendiste,

la cui nazionalità è irrilevante se la

sede di lavoro si trova in

Germania.

Non possono invece beneficiare di

queste prestazioni le casalinghe e

le lavoratrici autonome (queste

ultime possono ricevere l'indennità

di maternità per un importo pari a

quello dell'indennità di malattia,

purché siano assicurate presso

una cassa mutua), che hanno

però il diritto di percepire

l'assegno parentale (vedi il

capitolo "Assegni familiari,

assegno federale per

l'allevamento dei figli, congedo

parentale, anticipo degli alimenti,

indennità familiare integrativa,

assegno parentale federale").

Le funzionarie statali e le donne

soldato sono soggette a

disposizioni particolari.

mele di gravidanza, le gestanti che svolgono ininterrottamente le loro mansioni camminando, da sedute o in piedi non possono lavorare più di 4 ore al giorno.

Indipendentemente dai divieti generici elencati, il medico può imporre un divieto individuale di continuare a svolgere l'attività lavorativa quando teme che quest'ultima possa comportare un rischio per la vita e la salute della madre o del nascituro. In questi casi il datore di lavoro può proporre un posto di lavoro alternativo con la stessa retribuzione. In altri casi è invece sufficiente ridurre l'orario lavorativo.

I divieti di attività si differenziano dalle assenze per malattia perché non comportano perdite salariali. Durante questi periodi il datore di lavoro versa infatti una retribuzione di tutela della maternità generalmente equivalente allo stipendio netto medio (da non confondere con l'indennità di maternità che si percepisce durante il periodo di congedo di maternità) che gli viene rimborsata nel quadro di un sistema di prelievi.

Regimi particolari di divieto di attività

Le madri minorenni godono di una protezione speciale durante la gravidanza e l'allattamento: esse non possono lavorare per più di 8 ore al giorno o di 80 ore durante due settimane consecutive.

Il divieto di lavoro notturno o festivo è soggetto a deroghe temporanee quando la gestante o la madre che allatta

- lavora in determinati settori, ad esempio nella ristorazione (bar e ristoranti),
- lavora in un ospedale o in un ospizio,
- è un'artista che recita sino alle ore 23.00.

Nell'eventualità che venga svolto in via eccezionale un lavoro notturno o festivo, interviene il diritto ad uno speciale riposo settimanale: la gestante o la madre nella fase di allattamento devono disporre di almeno 24 ore consecutive di riposo alla settimana dopo una notte non lavorata.

Periodo di astensione obbligatoria dal lavoro

Il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro inizia 6 settimane prima del parto. Durante questo periodo può lavorare solo chi lo desidera espressamente.

Importante

La decisione di lavorare durante le sei settimane che precedono il parto può essere revocata in qualsiasi momento.

Durante il periodo di congedo obbligatorio post-parto è invece tassativamente vietato lavorare (unica eccezione: in caso di decesso del nascituro, la madre può chiedere espressamente di riprendere l'attività lavorativa prima del tempo presentando un certificato medico che attesti l'innocuità del lavoro per la sua salute, ma anche in questo caso non può ritornare al lavoro nelle due settimane successive al parto). Il riposo delle puerpere dura di regola 8 settimane a partire dal momento del parto e 12 settimane dopo parti prematuri e gemellari o plurimi (è più lungo in caso di parto prematuro, vedi "Cenni sulla tutela della maternità")

Retribuzione di tutela della maternità

Può accadere che la gravidanza o la maternità impediscano parzialmente o totalmente l'esercizio dell'attività lavorativa anche oltre il periodo di congedo obbligatorio. Generalmente durante questo periodo di divieto di attività il datore di lavoro deve corrispondere almeno la metà della retribuzione media (retribuzione di tutela della maternità).

Cure e assistenza medica

Oltre alle prestazioni anzidette le assicurate o coassicurate presso l'assicurazione sanitaria obbligatoria hanno inoltre diritto a

- regolari visite mediche prenatali,
- assistenza medica e aiuto di un'ostetrica,
- medicinali, materiale per medicazioni e rimedi terapeutici,
- parto in ospedale e assistenza ospedaliera o in un'altra struttura adeguata,
- assistenza domiciliare e
- collaboratrice familiare.

Tutela economica

A volte la gravidanza e la maternità possono ridurre o impedire totalmente l'attività lavorativa anche al di fuori dei periodi di astensione obbligatoria dal lavoro. Generalmente in questi casi si continua a ricevere la retribuzione media precedentemente percepita a titolo di retribuzione a tutela della maternità.

A determinate condizioni, un certificato medico può ridurre o impedire totalmente l'attività lavorativa anche al di fuori dei periodi di astensione obbligatoria dal lavoro. Durante questo arco di tempo il datore di lavoro deve versare almeno la retribuzione media precedentemente percepita (retribuzione a tutela della maternità).

Indennità di maternità

Durante il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro che precede e segue il parto si ha diritto all'indennità di maternità, a condizione che si soddisfino determinati requisiti.

Requisiti

Hanno diritto all'assegno di maternità dell'assicurazione sanitaria pubblica

- le donne che all'inizio del periodo di riposo obbligatorio sono affiliate a titolo personale ad una assicurazione sanitaria pubblica (indipendentemente dal fatto che si tratti di un'affiliazione obbligatoria o volontaria) e
- il cui rapporto assicurativo comporta il diritto all'indennità di malattia oppure
- che sono lavoratrici subordinate, ma non ricevano alcuna retribuzione a causa del periodo di riposo obbligatorio.

Entità

L'importo dell'indennità di maternità dell'assicurazione sanitaria pubblica si calcola in base alla retribuzione media netta percepita dalla lavoratrice negli ultimi 3 mesi oppure nelle ultime 13 settimane prima dell'inizio del periodo di astensione dal lavoro (prenatale), ma non può in nessun caso superare i 13 euro giornalieri.

Importante

Generalmente lo stipendio netto è più alto dell'indennità di maternità. In questi casi si ha diritto ad un **sussidio del datore di lavoro** che integra l'indennità di maternità per un importo pari alla differenza tra i 13 euro giornalieri erogati e la retribuzione reale.

Le lavoratrici non subordinate, ma affiliate all'assicurazione sanitaria obbligatoria con diritto all'indennità di malattia - ad esempio come lavoratrici autonome - percepiscono un'indennità di maternità pari all'indennità di malattia.

L'indennità di malattia percepita dalle donne disoccupate aventi diritto all'indennità di disoccupazione I ai sensi del tomo III del Codice di Previdenza Sociale si calcola secondo la stessa formula dell'indennità di malattia.

Le donne che percepiscono l'indennità di disoccupazione II sono assicurate presso l'assicurazione sanitaria pubblica, ma non hanno diritto all'indennità di malattia. Essa non risulta necessaria perché le gestanti mantengono il diritto all'indennità di disoccupazione anche durante i periodi di inabilità al lavoro. L'indennità di malattia e l'indennità di maternità sono prestazioni sostitutive del reddito di cui le beneficiarie dell'indennità di disoccupazione II non hanno bisogno in quanto continuano a ricevere tale indennità anche in caso di malattia o di maternità.

In base ad una norma specifica, la Federazione corrisponde l'indennità di maternità alle donne che erano lavoratrici dipendenti o lavoranti a domicilio all'inizio del congedo di maternità e sono assicurate privatamente, non assicurate o coassicurate presso l'assicurazione obbligatoria. In questi casi il trattamento economico, erogato dall'Ufficio federale per le assicurazioni di Bonn (Bundesversicherungsamt tel. 0228/619-18 88), non può tuttavia superare i 210 euro. In tal modo l'importo percepito risulta inferiore al reddito netto, cosicché anche in questo caso il sussidio del datore di lavoro equivale alla differenza tra l'indennità giornaliera di base di 13 euro e la retribuzione netta per lo stesso periodo.

Importante

L'indennità di maternità non è soggetta a imposte né a contribuzioni.

Le donne che percepiscono l'indennità di maternità dall'assicurazione sanitaria pubblica sono esentate dalla contribuzione sanitaria e pensionistica pubblica, sia che siano affiliate a titolo obbligatorio, sia che siano affiliate a titolo volontario. Le clienti di assicurazioni private contro le malattie devono invece continuare a versare i premi concordati.

Leggi

I fondamenti giuridici della tutela della maternità si trovano nella Legge sulla tutela della maternità (Mutterschutzgesetz) e nel Regolamento imperiale sulla sicurezza sociale (Rechtsversicherungsordnung). Contiene norme che disciplinano il riconoscimento dell'indennità di maternità anche la Legge sull'assicurazione sanitaria degli agricoltori (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte). È compito delle autorità di vigilanza controllare la corretta applicazione di tali leggi.

Informazioni

Per informazioni sulla Legge di tutela della maternità, in particolare sui periodi di astensione obbligatoria dal lavoro, si prega di rivolgersi alla propria assicurazione sanitaria. Un opuscolo informativo gratuito sulla tutela della maternità può essere richiesto al Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (53107 Bonn). Il Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fornisce ulteriori informazioni sulla normativa per la tutela della maternità dal lunedì al venerdì, dalle ore 7.00 alle ore 18.00 al numero 01801 907050.

Chi non è assicurato può rivolgersi al Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53123 Bonn, tel. 0228/619-18 88.

L'Agenzia del lavoro fornisce tutte le informazioni e i consigli necessari alle donne disoccupate. In funzione del reddito percepito è inoltre possibile avvalersi della consulenza gratuita di un avvocato tramite la pretura.

L'opuscolo gratuito "Leitfaden zum Mutterschutz" (Guida alla tutela della maternità) può essere richiesto presso il Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock. Per ulteriori informazioni si prega di visitare il sito www.bmfsfj.de .

Promozione dell'occupazione (Arbeitsförderung)

Tomo III Codice di Previdenza Sociale – Promozione dell'occupazione

Nella Repubblica Federale Tedesca si mira a raggiungere il massimo livello occupazionale. Per questo la normativa per la promozione dell'occupazione (tomo III Codice di Previdenza Sociale) intende migliorare le prospettive lavorative dei disoccupati e raggiungere una situazione di equilibrio sul mercato del lavoro. L'attuazione del terzo tomo del CPS compete all'Agenzia Federale del lavoro di Norimberga, in collaborazione con le Agenzie del lavoro locali.

Compiti e prestazioni

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

- la consulenza e l'orientamento professionale,
- il collegamento tra domanda e offerta di posti di lavoro e di formazione professionale,
- gli aiuti per il miglioramento delle prospettive occupazionali,
- altre prestazioni per la promozione dell'inserimento professionale,
- le prestazioni sostitutive della retribuzione,
- la consulenza ai datori di lavoro.

L'Agenzia Federale del lavoro fornisce i propri servizi sia ai lavoratori, sia ai datori di lavoro.

La Legge sul miglioramento delle opportunità di inserimento nel mercato del lavoro ha riordinato gli strumenti di governo del mercato del lavoro previsti dal terzo tomo del CPS. Il nuovo capitolo tre, intitolato "Promozione attiva dell'occupazione", li articola in otto sezioni che contengono gli strumenti e le prestazioni necessarie all'integrazione delle **persone alla ricerca di lavoro o di un posto di formazione professionale** in determinati contesti del mercato del lavoro:

- prima sezione: consulenza e collocamento
- seconda sezione: attivazione e integrazione professionale
- terza sezione: scelta della professione e formazione professionale
- quarta sezione: formazione professionale continua
- quinta sezione: inizio di un'attività lavorativa
- sesta sezione: mantenimento dell'occupazione
- settima sezione: partecipazione delle persone disabili sul posto di lavoro
- ottava sezione: prestazioni temporanee.

Viene così accantonata la precedente ripartizione degli strumenti della politica del mercato del lavoro in funzione dei loro destinatari: lavoratori, datori di lavoro e enti.

Alcune delle prestazioni dell'Agenzia del lavoro, tra cui ad esempio la consulenza e l'orientamento professionale e il collegamento tra domanda e offerta di posti di lavoro e di formazione, sono erogate a prescindere dalla contribuzione previa del beneficiario. Altre prestazioni, ad esempio l'indennità di disoccupazione, sono invece concesse solo ai lavoratori che hanno precedentemente svolto un'attività dipendente soggetta all'obbligo assicurativo.

Consulenza e collocamento

Consulenza professionale

La consulenza professionale si rivolge sia ai giovani, sia agli adulti e comprende consigli e informazioni riguardanti in particolare la scelta della professione, le diverse professioni e i loro requisiti, le possibilità di incentivazione della formazione professionalizzante, gli sviluppi significativi del mondo delle professioni, la situazione e l'evoluzione del mercato del lavoro e la ricerca di posti di

formazione professionale e di lavoro.

Le Agenzie del lavoro propongono ai giovani che desiderano frequentare l'università servizi di consulenza specifica: i consulenti professionali per diplomandi e diplomati delle Agenzie del lavoro forniscono informazioni su tutte le questioni relative 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 i loro possibili obiettivi, le opportunità professionali e le 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 informazioni esaurienti su questioni legate alla scelta della professione, alle caratteristiche, ai requisiti e alle prospettive delle scelte professionali, alle possibilità di incentivazione della formazione professionale e ai cambiamenti significativi della domanda delle aziende e amministrazioni.

L'orientamento professionale avviene, tra l'altro, nel quadro di conversazioni condotte nelle scuole con gli allievi dell'ultimo – o del penultimo – anno, tramite iniziative di orientamento professionale organizzate nei Centri di informazione professionale (Berufsinformationszentren – BIZ), ma anche grazie alle pubblicazioni digitali o stampate realizzate dall'Agenzia del lavoro.

Consulenza sulle tendenze del mercato del lavoro

La consulenza in materia di mercato del lavoro offerta dall'Agenzia del lavoro si rivolge ai datori di lavoro, a cui intende assicurare un supporto nell'assegnazione di posti di lavoro e di formazione professionale. Le informazioni fornite riguardano principalmente la situazione e gli sviluppi del mercato del lavoro, 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 richiedono un sostegno mirato.

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 percorso di formazione professionale. Il collocamento è il compito principale delle Agenzie del lavoro, che erogano altre prestazioni o aiuti per la promozione dell'occupazione solo a condizione che questi siano indispensabili all'inserimento duraturo nel mondo del lavoro e della formazione professionale.

Il lavoratore è tenuto a presentarsi personalmente all'Agenzia del lavoro per farsi iscrivere all'anagrafe delle persone in cerca di lavoro appena è informato dell'imminente conclusione del rapporto lavorativo, ma al più tardi tre mesi prima della cessazione di tale rapporto. Deve invece presentarsi all'Agenzia del lavoro entro tre giorni dal momento in cui è informato della rescissione del contratto lavorativo se questa gli è comunicata meno di tre mesi prima della cessazione effettiva del rapporto di lavoro. Se la notifica avviene per via telefonica, la scadenza si considera rispettata a condizione che il lavoratore fissi un appuntamento per un successivo colloquio personale.

Prestazioni di facilitazione del collocamento

Budget per il collocamento

Il budget per il collocamento può aiutare le persone in cerca di un'occupazione, le persone in cerca di lavoro a rischio di disoccupazione e i disoccupati a preparare e ad intraprendere un'attività a obbligo contributivo.

Le prestazioni del budget per il collocamento intendono rimuovere vari tipi di ostacoli esistenti in modo flessibile, mirato e modulato in funzione della domanda, tenendo conto delle esigenze specifiche degli individui in cerca di un'occupazione o di un posto di formazione professionale. In tal modo il budget per il collocamento offre un ampio margine di manovra all'incentivazione personalizzata e consente di assicurare varie forme di supporto, adeguate ai singoli casi. È questo il motivo per cui il legislatore ha

rinunciato a disciplinare dettagliatamente le varie modalità di incentivazione. È ogni singolo beneficiario, insieme ai consulenti e agli operatori specializzati nell'intermediazione, a dover individuare le sue esigenze concrete di supporto e le tipologie di incentivazione individuale da richiedere nel quadro del budget per il collocamento.

Le prestazioni sono riconosciute solo se risultano necessarie ad eliminare un ostacolo concreto alla preparazione e all'esercizio di un'attività lavorativa dipendente e se il datore di lavoro non concede prestazioni analoghe. L'incentivazione deve essere proporzionata.

Le prestazioni sono erogate anche per preparare e intraprendere attività a obbligo contributivo in un altro Stato membro dell'Unione Europea, dell'Accordo sullo Spazio Economico Europeo o in Svizzera, a condizione che la nuova occupazione sia esercitata per almeno 15 ore settimanali.

Interventi per l'attivazione e l'inserimento professionale

Per interventi per l'attivazione e l'inserimento professionale si intendono interventi adeguati ed idonei a migliorare le prospettive di inserimento delle persone in cerca di un posto di formazione professionale, delle persone in cerca di un posto di lavoro minacciate dalla disoccupazione e dei disoccupati. Tali interventi possono essere utilizzati per avvicinare i beneficiari al mondo della formazione professionale e del lavoro, per individuare, ridurre o eliminare ostacoli al collocamento, per trovare un'attività ad obbligo contributivo, per preparare all'esercizio di un'attività autonoma o per rendere stabile un'attività dipendente.

L'incentivazione comprende l'assunzione dei costi derivanti dalla partecipazione all'intervento di formazione, che devono essere proporzionati. I disoccupati che ricevono o sono intitolati a beneficiare dell'indennità di disoccupazione, continuano a percepirla anche durante la formazione.

Gli interventi di formazione devono avere una durata proporzionata ai loro obiettivi e ai loro contenuti e possono essere realizzati, integralmente o parzialmente, dai datori di lavoro. In tal caso, però, la loro durata è limitata a sei settimane per datore di lavoro.

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 competenti o consegnare agli aventi diritto un voucher per l'attivazione e il collocamento. L'Agenzia del lavoro stabilisce come procedere in base alle attitudini e alla situazione personale degli aventi diritto e alla luce della gamma di interventi disponibili nella zona. A determinate condizioni i disoccupati hanno diritto di ricevere un voucher per l'attivazione e il collocamento che consente loro di rivolgersi a un ente di collocamento privato a spese dell'Agenzia del lavoro.

I voucher per l'attivazione e il collocamento specificano tra l'altro gli obiettivi degli interventi e i contenuti necessari alla loro realizzazione. I titolari di voucher per l'attivazione e il collocamento sono liberi di scegliere l'ente accreditato a cui rivolgersi e, se del caso, l'intervento autorizzato di cui beneficiare. L'Agenzia per il lavoro fornisce informazioni sugli interventi (ad es. tramite la banca dati in rete KURSNET). I voucher per l'attivazione e il collocamento vanno consegnati all'ente prescelto, che addebita i costi direttamente all'Agenzia del lavoro.

Strumenti di sostegno dell'autoimprenditorialità

Sussidio di avviamento

Requisiti

La Legge sul miglioramento delle opportunità di inserimento nel mercato del lavoro ha apportato varie modifiche al sussidio di avviamento.

I lavoratori che avviano un'attività autonoma ponendo fine ad un periodo di disoccupazione possono percepire un sussidio di avviamento che ne garantisce il sostentamento e la protezione sociale nel periodo immediatamente successivo all'avvio della nuova attività.

Il sussidio di avviamento può essere riconosciuto ai lavoratori che al momento dell'avviamento dell'attività autonoma godono per almeno altri 150 giorni del diritto di percepire l'indennità di

disoccupazione. Per beneficiare di questa forma di incentivazione, i neoimprenditori devono indicare le proprie conoscenze e le proprie capacità di esercitare l'attività autonoma a cui ambiscono. L'Agenzia del lavoro deve inoltre ricevere l'opinione di una istanza competente che attesti la sostenibilità del futuro progetto imprenditoriale. Tale attestazione può essere rilasciata, tra l'altro, dalle camere di commercio e dell'industria, dalle camere dell'artigianato, dalle associazioni di categoria e dagli istituti di credito.

Il sussidio di avviamento non è riconosciuto fintantoché sussistono o sarebbero sussistiti i requisiti per una sospensione del diritto ai sensi degli artt. 156-159 III CPS. Non possono più percepire il sussidio di avviamento i beneficiari che raggiungono l'età pensionabile. Esso non viene altresì riconosciuto se non sono ancora trascorsi almeno 24 mesi dal termine di un periodo di incentivazione per l'avvio di un'attività autonoma ai sensi del III tomo 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 ai regimi di protezione sociale. In presenza di una intensa attività dell'impresa e se questa continua a rappresentare l'occupazione principale dell'ex disoccupato, per i nove mesi successivi questi può inoltre percepire 300 euro mensili per la contribuzione previdenziale.

Indennità di accesso

Gli aventi diritto che percepiscono prestazioni del minimo individuale ai sensi del tomo II CPS e che decidono di passare all'autoimpiego o di abbracciare un'attività retribuita ad obbligo di contribuzione sociale possono ricevere una cosiddetta "indennità di accesso" dai jobcenter territorialmente competenti.

Requisiti ed entità

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

La quantificazione dell'indennità di accesso avviene, tra l'altro, in base alla durata del periodo di disoccupazione e alle dimensioni del nucleo familiare, il suo importo varia pertanto a seconda dei casi. Questa indennità, a cui la legge non prevede un diritto esigibile, è riconosciuta per un periodo massimo di 24 mesi.

Altri interventi di sostegno ai lavoratori autonomi

Gli aventi diritto che avviano un'attività professionale principale autonoma o che già la esercitano possono ricevere prestiti o sovvenzioni (fino a un massimo di 5.000 euro) destinati all'acquisto di beni strumentali proporzionati e necessari all'esercizio autonomo della professione. Anche la concessione di queste prestazioni è tuttavia subordinata alla viabilità dell'attività autonoma e non costituisce un diritto acquisito per legge.

A partire dall'1 aprile 2012 è inoltre possibile incentivare la consulenza e la trasmissione di conoscenze da parte di terzi a persone indigenti abili al lavoro che esercitano un'attività autonoma, ad esempio allo scopo di conferire maggiore stabilità alla loro attività o per impostarla su basi diverse.

Scelta della professione e formazione professionale

Strumenti di sostegno ai sensi del tomo III del Codice di Previdenza Sociale (III CPS)

Per i giovani è difficile scegliere la professione giusta. Per consentire loro di passare con successo dai banchi di scuola alla formazione professionale e alla vita lavorativa è quindi decisivo assisterli nella scelta della professione. Tanto più che una (prima) formazione professionale qualificata si fa sempre più importante in un mercato del lavoro in cui si assiste alla progressiva riduzione della domanda di

personale non qualificato o con qualifiche generiche. Per questo la normativa volta a promuovere l'occupazione prevede svariati strumenti volti ad incentivare i giovani che mirano a una formazione professionale.

Misure di orientamento professionale (Berufsorientierungsmaßnahmen)

Se almeno la metà dei costi è sostenuta da un ente terzo si possono realizzare misure di orientamento professionale a beneficio di studenti di istituti scolastici non specializzati che, grazie a queste misure, per quattro settimane durante le vacanze ricevono così l'opportunità di farsi un'idea precisa di singole professioni, dei loro requisiti e delle loro prospettive. Le misure di orientamento professionale devono essere organizzate tenendo conto delle esigenze particolari degli studenti che necessitano di un sostegno pedagogico specifico o gravemente disabili.

Le misure di orientamento professionale possono essere prolungate oltre le quattro settimane anche durante il periodo di frequenza scolastica nel quadro dell'orientamento professionale ampliato, una prestazione temporanea riconosciuta fino al 31 dicembre 2013.

Accesso accompagnato alla professione (Berufseinstiegsbegleitung)

Il modo migliore per accedere alla vita professionale è passare direttamente dai banchi di scuola a una formazione professionale. Per aiutare un numero possibilmente elevato di giovani a gestire meglio questa transizione l'accesso accompagnato alla professione, inizialmente sperimentato con successo nel quadro di un progetto pilota condotto in 1.000 istituti scolastici e oggetto di valutazioni positive, sarà proposto nel tempo a livello capillare e consolidato come strumento di accompagnamento degli studenti bisognosi di incentivazione di scuole non specializzate nella fase di passaggio all'attività professionale. L'accesso accompagnato alla professione fornisce sostegno personalizzato per la conclusione del ciclo di studi scolastici, la scelta di una professione e la ricerca di un posto di formazione professionale. L'accompagnamento incomincia due anni prima della conclusione del ciclo scolastico e si conclude generalmente sei mesi dopo l'inizio della formazione professionale. Questo strumento può aiutare un numero più elevato di studenti a conseguire un diploma scolastico finale e ridurre nettamente il tasso di abbandoni durante la formazione professionale.

Interventi formativi di preparazione alla professione (Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen - BvB)

L'Agenzia del lavoro può incentivare i giovani che, per vari motivi, non hanno ancora incominciato la 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.

Nel quadro del BvB la legge riconosce il diritto a un'incentivazione per la preparazione dell'acquisizione a posteriori del diploma di Hauptschule.

Qualificazione iniziale (Einstiegsqualifizierung)

Grazie alle qualificazioni iniziali, i giovani che per motivi personali dispongono di prospettive solo limitate di accesso alla formazione professionale possono partecipare a percorsi di formazione professionale aziendali e acquisire così prime esperienze professionali di natura pratica. Con le qualificazioni iniziali si crea inoltre una via d'accesso ad una formazione professionale per i giovani che non vi sono ancora pienamente idonei, con difficoltà di apprendimento o con difficoltà di origine sociale

Entità e durata

In aggiunta all'intero importo forfettizzato dei contributi socio-previdenziali, l'Agenzia del lavoro versa fino a 216 euro mensili ai datori di lavoro che offrono a un giovane la possibilità di acquisire una qualificazione iniziale di 6-12 mesi

Sussidio per la formazione professionale (Berufsausbildungsbeihilfe – BAB)

Requisiti

L'Agenzia del lavoro versa un sussidio agli apprendisti che, durante la formazione all'esercizio di una professione riconosciuta, comprese le formazioni ai sensi della legge sull'assistenza continua agli anziani della Federazione, non possono risiedere presso i genitori a causa della distanza dell'azienda o della struttura di formazione extra-aziendale. Gli apprendisti sposati o divorziati di più di 18 anni con almeno un figlio possono ricevere il sussidio per la formazione professionale anche se non vivono nello stesso nucleo familiare dei genitori.

In casi particolari e previa scrupolosa valutazione, il sussidio per la formazione professionale è riconosciuto anche per un secondo percorso formativo. Vi sono infatti singoli casi di giovani che, pur avendo concluso con successo la propria formazione professionale, non trovano prospettive lavorative nel loro settore. In questi casi, una seconda formazione professionale che crei prime prospettive lavorative non può essere impedita dalla mancanza di risorse finanziarie in una situazione di necessità e, quindi, dall'impossibilità dell'apprendista di assicurare il proprio sostentamento.

Inoltre, a partire dall'1 gennaio 2009, anche gli stranieri tollerati nel territorio Federale e ivi residenti, possono beneficiare dell'incentivazione per la partecipazione a una formazione professionale aziendale a condizione che soggiornino legalmente, regolarmente e senza interruzioni nella Repubblica Federale Tedesca da almeno quattro anni, o che il loro soggiorno vi sia consentito o tollerato.

Entità e durata

L'importo del sussidio per la formazione professionale dipende dal tipo di alloggio, dalla retribuzione percepita dall'apprendista durante la formazione 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, gli strumenti didattici e l'abbigliamento professionale.

Il sussidio per la formazione professionale è inoltre accordato per la partecipazione a interventi formativi di preparazione alla professione. In questo caso l'assunzione delle spese di iscrizione, di trasporto, di assistenza dei figli, degli strumenti didattici e dell'abbigliamento professionale è indipendente dal reddito del beneficiario.

Interventi di sostegno alla formazione professionale (Ausbildungsbegleitende Hilfen, abH)

A determinate condizioni, durante una formazione professionale aziendale o durante l'ottenimento di una qualificazione iniziale, gli apprendisti possono beneficiare di un supporto supplementare sotto forma di lezioni di sostegno o di accompagnamento sociopedagogico.

Formazione professionale in strutture extra-aziendali (Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen, BaE)

I giovani che, per vari motivi, non sono in grado di seguire una formazione professionale in azienda possono accedere a un corso di formazione ad una professione riconosciuta dallo Stato in una struttura extra-aziendale e, se del caso, continuare a seguirlo fino al raggiungimento della qualifica.

Incentivazione della formazione professionale continua

Requisiti

I costi dei corsi di formazione continua a cui partecipano i lavoratori possono essere sostenuti dall'Agenzia del lavoro se

- la formazione continua è resa necessaria per l'integrazione professionale dopo una situazione di disoccupazione, se è indispensabile per evitare una disoccupazione imminente o se si riconosce la necessità della formazione continua a causa della mancanza di una qualifica professionale,
- il lavoratore si è avvalso della consulenza preliminare dell'Agenzia del lavoro,
- il corso e il suo ente organizzatore sono ufficialmente riconosciuti.

Entità e durata

Le persone che hanno diritto a questa forma di incentivazione ricevono un cosiddetto voucher 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 formazione continua può scegliere liberamente tra tutti gli enti riconosciuti che offrono una formazione corrispondente. L'Agenzia del lavoro si limita a fornire informazioni sulle offerte formative in campo professionale (ad esempio tramite la banca dati in rete KURSNET). La selezione dell'ente di formazione spetta però esclusivamente al titolare del voucher. Il voucher va consegnato all'ente selezionato, che addebita i costi direttamente all'Agenzia del lavoro.

Le spese a carico dell'Agenzia del lavoro per la partecipazione a un corso di formazione continua sono

- costo del corso (spese di iscrizione, compreso il necessario materiale didattico, l'abbigliamento da lavoro, l'iscrizione agli esami preliminari o finali previsti dalla legge o generalmente riconosciuti e il saggio 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 in un luogo diverso dalla propria residenza e
- spese di assistenza dei figli (130 euro mensili per figlio).

Accanto a queste prestazioni esistono programmi specifici di incentivazione della formazione professionale continua dedicati ai lavoratori dipendenti:

1. Formazione aziendale continua dei lavoratori dipendenti anziani scarsamente qualificati (WeGebAU)

Possono beneficiare di questa forma di incentivazione

- i lavoratori scarsamente qualificati senza diploma professionale o che dispongono di diploma professionale, ma svolgono da più di quattro anni un'altra attività per cui non sono formati o a cui sono solo stati addestrati, e non esercitano più l'attività originariamente appresa. I periodi di disoccupazione, allevamento dei figli o assistenza continua a un congiunto sono debitamente considerati.
- i lavoratori di più di 45 anni che lavorano in aziende con meno di 250 dipendenti e cui il datore di lavoro continua a versare la retribuzione durante il percorso di formazione continua.
- fino alla fine del 2014 anche tutti gli altri lavoratori di aziende con meno di 250 dipendenti il cui datore di lavoro si fa carico di almeno il 50 per cento dei costi della formazione continua corrispondendo inoltre la normale retribuzione per tutta la sua durata.

In questo contesto possono essere incentivati i percorsi di formazione professionale continua

- che trasmettano conoscenze e abilità spendibili nel normale mercato del lavoro
- che conducano a un diploma professionale riconosciuto o
- si concludano con una qualificazione parziale certificata o con un certificato intersettoriale.

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

L'incentivazione avviene sotto forma di assunzione completa o parziale dei costi della formazione continua e – per i lavoratori scarsamente qualificati – tramite un'ulteriore sovvenzione per il pagamento della retribuzione.

2. Qualificazione durante la cassa integrazione per il ricollocamento

Grazie alle risorse del Fondo Sociale Europeo, l'Agenzia Federale del lavoro può farsi carico di prestazioni finalizzate alla partecipazione ad interventi di qualificazione da parte di lavoratori, in particolare di piccole e medie imprese, che percepiscono l'indennità di cassa integrazione finalizzata al ricollocamento, sono registrati come persone alla ricerca di un'occupazione presso l'Agenzia del lavoro territorialmente competente e le cui qualifiche sono state considerate deficitarie nel quadro di interventi per la constatazione delle prospettive di integrazione.

In questo contesto si assumono i costi del corso di formazione considerati congrui a condizione che anche il datore di lavoro partecipi in misura adeguata al loro finanziamento. La congruità dei costi del corso di formazione è stabilita in base al costo medio rilevato annualmente dall'Agenzia Federale del lavoro per i singoli obiettivi formativi. Se il datore di lavoro/l'ente che si fa carico del ricollocamento si fa carico della contabilizzazione e del relativo versamento, i partecipanti che devono sostenere spese di viaggio per partecipare ai corsi possono ricevere un importo forfetario di 3 euro per giornata di corso.

Informazioni più specifiche su questi programmi di incentivazione possono essere richieste presso gli sportelli di consulenza ai datori di lavoro delle Agenzie del lavoro territoriali.

Incentivazione sul mercato del lavoro per persone con un background di migrazione

Di norma le persone con un background di migrazione che soddisfano i requisiti giuridici per l'esercizio di un'attività lavorativa possono beneficiare di tutte le prestazioni di inserimento all'attività lavorativa previste dal tomo II e dal tomo III del CPS. Per migliorare l'accesso di queste persone agli strumenti di governo del mercato del lavoro, dalla metà del 2011 il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali, il Ministero Federale dell'Istruzione e della Ricerca e l'Agenzia Federale del lavoro stanno estendendo il programma di incentivazione "Integrazione attraverso la qualificazione – IQ", trasformandolo in una struttura di network regionali che abbraccia tutto il territorio nazionale. I suoi compiti principali consistono nel potenziare con corsi di addestramento e di formazione continua le competenze interculturali e specifiche del mondo delle migrazioni dei consulenti specializzati operanti nelle normali strutture territoriali (in particolare Agenzie del lavoro e Jobcenter) e nel collegare le prestazioni di supporto disponibili a livello territoriale concatenandole all'interno di un processo evolutivo.

I network regionali costituiscono una struttura di supporto per l'attuazione della nuova Legge per il miglioramento della constatazione e del riconoscimento delle qualifiche professionali acquisite all'estero (la cosiddetta Legge di riconoscimento), entrata in vigore l'1 aprile 2012. A tale scopo si istituiscono sportelli di contatto regionali incaricati di fornire le prime informazioni, di assistere le persone che richiedono il riconoscimento nell'individuazione dell'istanza competente per il suo rilascio e di indirizzare gli interessati alle strutture locali in grado di fornire una consulenza più approfondita.

Incentivazione della partecipazione delle persone disabili alla vita lavorativa

Sono considerati disabili ai sensi del tomo III CPS quelle persone le cui prospettive di partecipare o di continuare a partecipare alla vita lavorativa risultano ridotte in via non solo provvisoria a causa della tipologia o della gravità di una disabilità ai sensi dell'art. 2 c. 1 tomo IX CPS – comprese le difficoltà di apprendimento -, e che necessitano pertanto di un sostegno per partecipare alla vita professionale. Le persone che rischiano di andare incontro a una disabilità con le conseguenze citate sono equiparate alle persone disabili. Ai sensi dell'art. 2 comma 1 IX CPS, una persona è disabile quando è altamente probabile che le sue funzioni fisiche, le sue capacità intellettuali o la sua salute psichica divergano per più di sei mesi dalla situazione tipica di persone della stessa età e pregiudichino pertanto la sua partecipazione alla vita sociale. Quando tale pregiudizio è invece solo prevedibile, la persona è considerata a rischio di disabilità.

Le prestazioni generali previste al tomo III del CPS nel quadro della partecipazione alla vita lavorativa delle persone disabili 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,
- l'incentivazione della formazione professionale continua, nonché
- l'incentivazione dell'avvio di un'attività autonoma.

Quando la tipologia e la gravità della disabilità o il consolidamento del successo dell'integrazione li rendono necessari sono inoltre previsti interventi particolari per la partecipazione delle persone disabili alla vita lavorativa. La formazione professionale e la formazione continua possono ad esempio essere impartite anche in apposite strutture di riabilitazione professionale. Ai sensi del tomo III CPS è ammissibile al finanziamento anche la formazione iniziale e professionale in laboratori protetti per disabili.

Le prestazioni per l'inserimento di disabili e disabili gravi destinate ai datori di lavoro sono

- le sovvenzioni all'integrazione (cfr. paragrafo "sovvenzioni all'integrazione") e le sovvenzioni alla retribuzione durante la formazione professionale,
- l'assunzione in prova e
- gli strumenti di lavoro ausiliari.

La Legge che introduce l'attività lavorativa sovvenzionata, entrata in vigore l'1 gennaio 2009, crea un nuovo strumento per la promozione della partecipazione delle persone disabili e gravemente disabili alla vita lavorativa:

L'attività lavorativa sovvenzionata può inserire in un rapporto lavorativo persone che, a causa della loro disabilità, non possono assolvere una formazione professionale neppure avvalendosi di tutti gli aiuti e gli strumenti di compensazione della situazione penalizzante. L'attività lavorativa sovvenzionata permette di creare nuove possibilità occupazionali aziendali rispondenti alle capacità e alle inclinazioni delle persone disabili con una particolare esigenza di sostegno. Seguendo il principio "prima collocare, poi qualificare", queste persone sono addestrate e supportate in vista di una loro assunzione da parte dell'azienda. In tal modo si creano nuove prospettive nel mercato del lavoro ufficiale.

Le prestazioni previste dall'art. 38a IX CPS abbracciano la qualificazione e l'assistenza individuale in azienda. La qualificazione del singolo in azienda è possibile per due anni o, al massimo, tre e consiste principalmente nella trasmissione di contenuti formativi specifici della professione e di qualificazioni fondamentali interprofessionali 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. Quando è necessario un ulteriore supporto anche dopo l'inserimento in un'attività lavorativa a contribuzione previdenziale obbligatoria, esso è generalmente fornito dagli Uffici per l'integrazione sotto forma di assistenza individuale.

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 svolgono un'attività autonoma o subordinata per meno di 15 ore alla settimana.

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 si considera 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. periodo di indennità di malattia).

Dopo l'1 febbraio 2006 le persone che assistono un congiunto non autosufficiente, esercitano un'attività autonoma per meno di 15 ore alla settimana o svolgono un lavoro dipendente all'estero al di fuori dell'Unione Europea (UE) o degli Stati ad essa associati possono continuare a versare i contributi assicurativi per la disoccupazione a titolo volontario. In tal modo anche queste categorie – che non rientrano per legge nella comunità degli assicurati - hanno la possibilità di mantenere la copertura assicurativa contro la disoccupazione tramite contributi volontari. Il richiedente deve tuttavia essere già stato precedentemente assicurato.

L'importo dell'indennità di disoccupazione dipende dalla retribuzione media assicurata del disoccupato nell'anno precedente il momento in cui subentra il diritto alla prestazione (periodo di riferimento).

Dalla retribuzione lorda calcolata in base a questa formula (retribuzione di riferimento) si detraggono poi alcuni importi forfetari: 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 forfetaria 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 nell'arco del termine ampliato di tre anni e dall'età dell'interessato al momento della concretizzazione del 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 ha nuovamente soddisfatto i periodi di attesa. I diritti residui sono sommati ai diritti attuali fino 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 i contributi pensionistici e i contributi obbligatori del disoccupato all'assicurazione malattie, all'assicurazione contro le 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, per motivi di natura economica o a causa di un evento ineluttabile riduce provvisoriamente l'orario di lavoro 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 del ciclo produttivo.

L'indennità di cassa integrazione è versata se

- i lavoratori percepiscono una retribuzione ridotta o non percepiscono più alcuna retribuzione a causa di una riduzione considerevole dell'attività lavorativa,
- la riduzione dell'attività lavorativa è temporanea e considerevole,
- sono soddisfatti i requisiti aziendali e individuali e
- il datore di lavoro o il comitato aziendale hanno notificato subito e per iscritto la riduzione dell'attività lavorativa all'Agenzia del lavoro.

La riduzione dell'attività lavorativa è considerevole quando

- 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.

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 situazione settoriale, aziendale o stagionale o è esclusivamente dovuta a ragioni legate all'organizzazione aziendale.

- può essere impedita dal ricorso alle ferie retribuite laddove i desideri prioritari di ferie da parte dei lavoratori non ostano alla concessione delle ferie, o
- può essere impedita dal ricorso a variazioni ammissibili dell'orario di lavoro.

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 dal cosiddetta mancata retribuzione netta e ammonta di regola al 60 per cento della retribuzione forfetizzata netta non percepita. I lavoratori con almeno un figlio minorenni convivente ricevono invece il 67 per cento della retribuzione forfetizzata netta non percepita.

Per legge il periodo di erogazione delle prestazioni è di 6 mesi e può essere prolungato con ordinanza legislativa del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Indennità di insolvenza

L'indennità di insolvenza è versata al lavoratore che non riceve la retribuzione che gli spetta perché il datore di lavoro non è solvibile. In questi casi il lavoratore riceve un'indennità di insolvenza per i tre mesi precedenti l'apertura della procedura di insolvenza o la reiezione di una tale richiesta per mancanza della massa sufficiente o per cessazione definitiva dell'attività; l'indennità è tuttavia corrisposta anche se non è stata presentata richiesta di apertura di una procedura di insolvenza o se essa non è ipotizzabile perché la massa è insufficiente.

I lavoratori con un reddito lordo inferiore al massimale di riferimento per il calcolo dei contributi (5.600 euro per i Länder occidentali e 4.800 euro per i Länder orientali nel 2012) 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 malattie e contro le infermità, all'ente pensionistico e 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

Durante l'inverno nelle aziende edilizie, di copertura tetti, di giardinaggio e di architettura paesaggistica possono verificarsi ripetute sospensioni dell'attività lavorativa. La mancata retribuzione che esse causano nella stagione del maltempo, dall'1 dicembre al 31 marzo, può essere compensata dall'indennità di cassa integrazione stagionale finanziata con le risorse dell'assicurazione contro la disoccupazione, di importo equivalente a quello dell'indennità di cassa integrazione.

Attingendo alle risorse del prelievo per l'occupazione invernale, versato congiuntamente dai lavoratori e dai datori di lavoro del settore, si possono inoltre finanziare le seguenti prestazioni integrative:

- indennità per i disagi supplementari invernali, versata ai lavoratori e pari a 1,00 euro (netto) per ogni ora effettivamente lavorata tra il 15 dicembre e l'ultimo giorno di febbraio.
- indennità di maggiorazione invernale, versata ai lavoratori e pari a 2,50 euro (netti) per ogni ora di mancato lavoro compensata nel quadro del conto-ore personale.
- rimborso dei contributi ai regimi di previdenza sociale anticipati dai datori di lavoro per i beneficiari dell'indennità di cassa integrazione stagionale.

L'indennità di cassa integrazione stagionale e le prestazioni integrative sono generalmente corrisposte dall'azienda, a cui sono rimborsate dall'Agenzia del lavoro competente su richiesta del datore di lavoro o del comitato aziendale.

Nel quadro di una norma transitoria, fino al 31 marzo 2015 ai ponteggiatori continuano ad applicarsi i precedenti regimi di sostegno all'attività edilizia invernale.

Prestazioni per il ricollocamento

Le prestazioni per il ricollocamento sono interventi di accompagnamento alle ristrutturazioni degli organici dovute a modifiche aziendali e mirano 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 di prestazioni sostitutive del reddito.

La decisione di ricorrere a strumenti per il ricollocamento spetta alle parti sociali aziendali nel quadro delle trattative sul cosiddetto accordo di compromesso/programma di ammortizzatori sociali. In tale accordo si pattuisce generalmente la compensazione finanziaria delle penalizzazioni subite dai lavoratori a causa delle modifiche dell'organizzazione aziendale (concetto chiave: liquidazioni).

Le prestazioni per il ricollocamento sono concepite per fornire incentivi ai datori di lavoro che, oltre a versare la liquidazione, contribuiscono attivamente al processo di reinserimento dei loro ex-lavoratori ora a rischio di disoccupazione. In questi casi le iniziative per la promozione dell'occupazione prevedono due diverse forme di supporto: gli interventi per il ricollocamento e l'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento.

Interventi per il ricollocamento

I termini di preavviso per il licenziamento sono sfruttati per preparare i lavoratori colpiti da modifiche aziendali al passaggio senza soluzione di continuità ad un nuovo rapporto lavorativo. Sono considerate interventi per il ricollocamento in particolare le misure per la constatazione dell'idoneità, la consulenza in vista di un outplacement, 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 per il 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,
- la realizzazione degli interventi è assicurata, e
- si applica un sistema di garanzia della qualità.

Il datore di lavoro può assicurare il suo contributo economico nel quadro di un programma di ammortizzatori sociali aziendali, ma anche con un altro accordo collettivo o individuale. A queste prestazioni possono accedere tutti i lavoratori, indipendentemente dalle dimensioni della loro azienda.

Le prestazioni accordate equivalgono a una sovvenzione del 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 per il ricollocamento i beneficiari non possono ricevere altre prestazioni di promozione attiva dell'occupazione che perseguono lo stesso obiettivo. Dall'1 aprile 2012 al 31 dicembre 2014 i costi dell'intervento possono inoltre comprendere un premio forfetario di risultato per il ricollocamento in un rapporto lavorativo ad obbligo contributivo della durata di almeno 6 mesi. Tale forfait non può superare i 1.000 euro e può venire versato solo una volta per ogni lavoratore incentivato.

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 sia a società interne all'azienda sia a società (di ricollocamento) esterne anche se, di regola, considerazioni legate al diritto del lavoro fanno propendere per la soluzione esterna. In questo contesto i lavoratori colpiti dalla riduzione degli organici sono trasferiti a una società esterna di ricollocamento tramite il cosiddetto "contratto di tre pagine".

Durante il periodo in cui percepiscono questa indennità, la società di ricollocamento o il datore di lavoro devono trasmettere ai lavoratori offerte di ricollocamento e, se del caso, proporre iniziative per migliorare le loro prospettive di inserimento (ad es. interventi di qualificazione, che possono beneficiare di un'incentivazione attingendo alle risorse del Fondo Sociale Europeo).

L'indennità di cassa integrazione per il ricollocamento coincide con l'importo dell'indennità di cassa integrazione, può essere erogata per un massimo di 12 mesi ed è generalmente corrisposta dall'azienda, a cui è rimborsata dall'Agenzia del lavoro competente su richiesta del datore di lavoro o del comitato aziendale.

Requisiti generali

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

- che e fintantoché sono colpiti da un'interruzione ineluttabile e duratura dell'attività lavorativa e dalla conseguente mancata retribuzione a causa di una modifica aziendale,
- che 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 il comitato 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 rivestire poi un'altra posizione all'interno della stessa o di un'altra unità dell'azienda o, nel caso di gruppi industriali, all'interno di 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 a scopo di lucro con un assetto societario indipendente.

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 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,
- potrebbero beneficiare dell'indennità di cassa integrazione e
- si sono registrati come persone alla ricerca di lavoro presso l'Agenzia del lavoro prima del trasferimento a un'unità organizzativa aziendale indipendente e hanno partecipato a un'iniziativa per la constatazione delle prospettive di integrazione.

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 autonoma (generalmente in una cosiddetta società per il ricollocamento) e espulsi dal processo di produzione,
- l'organizzazione e la dotazione economica dell'unità aziendale autonoma rendono plausibile il successo dell'integrazione a cui mira,
- si applica un sistema di garanzia della qualità.

Inserimento dei lavoratori

Sovvenzione per l'inserimento

Requisiti

Al fine di agevolare l'inserimento dei lavoratori con difficoltà di collocamento i datori di lavoro possono ricevere sovvenzioni per la loro retribuzione quando il collocamento è reso più difficile da circostanze

legate alla 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 forfetizzate di contribuzione sociale. Non possono essere considerate retribuzioni una-tantum.

Entità e durata

Le sovvenzioni per l'inserimento non possono di norma superare il 50 per cento della retribuzione lavorativa e sono corrisposte per un massimo di dodici mesi. La durata della prestazione 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. Nel caso di persone gravemente disabili particolarmente svantaggiate che abbiano compiuto il cinquantacinquesimo anno d'età il sussidio può ammontare fino al 70 per cento della retribuzione lavorativa di riferimento e essere corrisposto fino a 60 mesi. Per questa categoria di beneficiari la durata delle prestazioni può essere ulteriormente estesa fino a 96 mesi.

La definizione della durata delle prestazioni dovrebbe tenere debito conto dei precedenti periodi di lavoro incentivato presso il datore di lavoro. L'entità e la durata delle sovvenzioni sono definite considerando inoltre se l'assunzione e l'occupazione della persona gravemente disabile avvengono in assenza di obblighi di legge o ai sensi dell'obbligo di assunzione di cui alla seconda sezione del tomo IX CPS.

Finanziamento

Il finanziamento dell'attività dell'Agenzia Federale del lavoro è assicurato principalmente dai contributi. L'altra fonte di entrata 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 nel 2012). L'importo dei contributi è tuttavia limitato dal raggiungimento del massimale contributivo, pari per il 2009 a 5.600 euro mensili nei Länder occidentali e a 4.800 euro mensili nei Länder orientali.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano nel tomo III CPS.

L'Agenzia Federale del lavoro di Norimberga si fa carico dell'attuazione della normativa in collaborazione con le direzioni regionali competenti, con le Agenzie del lavoro locali e altri uffici. L'Agenzia Federale è un ente di diritto pubblico ad amministrazione autonoma.

Informazioni

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

Legge sul part-time di vecchiaia

Il part-time di vecchiaia offre ai lavoratori più anziani la possibilità di dimezzare l'orario di lavoro per consentire in tal modo una transizione graduale dalla vita attiva al pensionamento.

Possono concordare un part-time di vecchiaia i lavoratori che hanno compiuto il cinquantacinquesimo anno d'età e hanno cumulato almeno 1.080 giornate lavorative (equivalenti a tre anni circa) nel quadro di un rapporto di lavoro ad obbligo contributivo nei cinque anni precedenti. Sono considerati ad obbligo contributivo i rapporti di lavoro che prevedono una retribuzione mensile regolare superiore ai 400 euro. In questo contesto trovano considerazione anche le attività prestate in tutto il territorio

dell'UE, il godimento di indennità di disoccupazione e di indennità di disoccupazione II, nonché di altre prestazioni sostitutive della retribuzione (ad es. indennità di malattia). Il part-time di vecchiaia può risultare esclusivamente da un accordo volontario stipulato dal lavoratore col datore di lavoro, la Legge sul part-time di vecchiaia non sancisce infatti il diritto di beneficiarne, che può invece essere riconosciuto al lavoratore dalle disposizioni di contratti collettivi, accordi aziendali o contratti individuali.

L'accordo con il datore di lavoro dimezza l'orario di lavoro abitualmente prestato, vale a dire l'orario di lavoro settimanale pattuito con il dipendente nel periodo immediatamente precedente il passaggio al part-time di vecchiaia e non superiore all'orario di lavoro settimanale medio concordato negli ultimi 24 mesi.

Possono essere valutati come modello di part-time di vecchiaia il dimezzamento della giornata lavorativa, l'alternanza giornaliera, settimanale o mensile di lavoro e tempo libero o la cosiddetta "formula in blocco". Nel quadro di quest'ultima si costituiscono di norma due periodi uguali tra di loro (uno lavorativo immediatamente seguito da un periodo di tempo libero di durata corrispondente) che determinano il periodo di distribuzione del lavoro durante il periodo concordato del part-time di vecchiaia. In una prima fase il lavoratore può così mantenere l'orario di lavoro consueto maturando il monte ore necessario per la fase di tempo libero. L'unica condizione da rispettare è che, calcolato sul periodo complessivo massimo di tre anni, l'orario di lavoro complessivo sia ridotto in media della metà. Il periodo complessivo può essere ulteriormente prolungato laddove ciò sia consentito dal contratto collettivo o da un accordo aziendale stipulato in forza del contratto collettivo. Per mantenere l'obbligo contributivo all'assicurazione contro la disoccupazione, l'attività lavorativa dei beneficiari di questa opportunità deve rimanere al di sopra della soglia della marginalità.

L'accordo con il datore di lavoro deve essere stilato in modo tale che il part-time di vecchiaia del lavoratore si protragga almeno fino al primo momento utile per percepire una pensione di vecchiaia (eventualmente anche ridotta).

Il datore di lavoro deve aumentare di almeno il 20 per cento la retribuzione regolare dell'attività lavorativa prestata in regime di part-time di vecchiaia, vale a dire la retribuzione regolarmente spettante per il periodo di part-time di vecchiaia. Questo aumento può comprendere altri elementi della retribuzione (ad es. prestazioni patrimoniali, maggiorazioni). Oltre ad aumentare la retribuzione, il datore di lavoro deve versare anche contributi supplementari all'assicurazione pensionistica per la vecchiaia.

Tutela dei crediti dei lavoratori contro l'insolvenza

Al datore di lavoro è fatto obbligo di tutelare dall'eventualità dell'insolvenza i crediti accumulati dai lavoratori nel quadro del part-time di vecchiaia "in blocco". Sono quindi escluse per legge tutte le opzioni che non forniscono garanzie in caso di insolvenza (ad es. accantonamenti di bilancio, fidejussioni in gruppi di aziende).

Il datore di lavoro è tenuto ad informare il lavoratore sulle misure di tutela adottate ogni sei mesi, ad esempio tramite lo statino di busta paga. Il lavoratore può esortarlo a regolarizzare la situazione se non ha adottato precauzioni per l'evenienza dell'insolvenza. Se il datore di lavoro non provvede adeguatamente entro un mese, il lavoratore ha il diritto di esigere una cauzione. Sono esonerati dall'obbligo di tutela contro l'insolvenza la Federazione, i Länder, i Comuni e le persone giuridiche di diritto pubblico, il cui patrimonio non può essere oggetto di una procedura di insolvenza, nonché le persone giuridiche di diritto pubblico la cui solvibilità è assicurata per legge dalla Federazione, da un Land o da un Comune.

Leggi

Con la Legge per la promozione di una transizione graduale allo stato di quiescenza (Legge sul part-time di vecchiaia – *Altersteilzeitgesetz*) sono state create le condizioni quadro per la stipula di accordi sul part-time di vecchiaia tra datori di lavoro e lavoratori, operative a partire dall'1 agosto 1996. La Terza Legge per servizi moderni del mercato del lavoro (*Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt*) ha apportato profonde modifiche alla Legge sul part-time di vecchiaia, entrate in vigore l'1 luglio 2004 (abolizione degli importi minimi netti, introduzione della tutela contro l'insolvenza dei crediti dei lavoratori). La nuova normativa si applica a tutti i part-time di vecchiaia iniziati dopo il 30 giugno 2004 (non è determinante il momento della stipula dell'accordo, ma il momento di inizio del part-time di vecchiaia a tutti gli effetti di legge). Il vigore della Legge sul part-time di vecchiaia non è

limitato nel tempo, mentre l'incentivazione del part-time di vecchiaia da parte dell'Agenzia Federale del lavoro era prevista fino al 31 dicembre 2009. Pertanto, le prestazioni di incentivazioni ai datori di lavoro possono continuare ad essere erogate solo per part-time di vecchiaia iniziati prima di tale data. Continua però ad esistere la possibilità di concordare il part-time di vecchiaia senza ricorrere a incentivazioni da parte dell'Agenzia Federale del Lavoro.

Informazioni

Per una consulenza approfondita sulle possibilità di part-time di vecchiaia si prega di rivolgersi alla propria Agenzia del lavoro o al proprio ente pensionistico. In molti settori esistono accordi contrattuali per la transizione graduale allo stato di quiescenza, definiti dalle parti nel rispetto delle norme vigenti

Minimo individuale per persone in cerca di lavoro (Indennità di disoccupazione II/Assegno sociale)

Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)

Con il minimo individuale per persone in cerca di lavoro il tomo II del Codice di Previdenza Sociale (CPS) ha voluto creare uno strumento di assistenza sociale volto ad assicurare un sostegno rapido ed efficace alle persone abili al lavoro che versano in situazioni di bisogno per aiutarle a porre fine autonomamente a tali situazioni.

Le prestazioni del minimo individuale per persone in cerca di lavoro mirano principalmente all'inserimento nel mondo del lavoro. Se bisognose, 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, che va riconosciuta anche a titolo di prestazione complementare (integrativa) al reddito.

Le prestazioni del minimo individuale per persone in cerca di lavoro si basano su un approccio familiare, vale a dire che, 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 del suo nucleo familiare.

Vale il principio “sostenere ed esigere”

Il minimo individuale per persone in cerca di lavoro mira a rafforzare il senso di autonomia e di responsabilità dei beneficiari abili al lavoro e dei familiari conviventi all'interno del loro nucleo familiare e ad aiutarli a provvedere al proprio sostentamento con mezzi e capacità proprie. Questa prestazione vuole facilitare la ricerca di un'attività retribuita da parte dei beneficiari abili al lavoro e garantirne il sostentamento se non può essere assicurato in altro modo. L'aiuto per la ricerca di un lavoro è finalizzato a un collocamento rapido della persona in stato di bisogno nel quadro di un'occupazione adeguata.

I beneficiari del minimo individuale abili al lavoro possono accedere 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 Codice di Previdenza Sociale, anche delle principali prestazioni per l'inserimento previste dal tomo III del Codice di Previdenza Sociale (CPS III). Essi hanno inoltre la possibilità di partecipare a un'iniziativa occupazionale sovvenzionata con fondi pubblici. L'assistenza di consulenti personali contribuisce ad assicurare la piena efficacia delle prestazioni individuali per l'attivazione, mentre un accordo di inserimento, che tiene conto anche delle circostanze specifiche in cui vivono il beneficiario abile al lavoro e i suoi familiari, definisce i parametri da rispettare nel comune tentativo di conseguire l'integrazione nel mondo del lavoro.

L'indennità di disoccupazione II è finanziata grazie al gettito fiscale, cioè con fondi della collettività, che è dunque interessata a fornire gli interventi per l'inserimento più adeguati, ma ha anche il diritto di esigere che la persona in cerca di lavoro dia prova di spirito di iniziativa e collabori attivamente. Sostenere ed esigere sono dunque due principi equiparati, da attuare contemporaneamente. Da chi percepisce l'indennità di disoccupazione II ci si attende pertanto che si adoperi, nella misura del possibile, per porre fine al più presto alla dipendenza dagli aiuti statali e, quindi, agli oneri finanziari che questi comportano per la comunità.

Chi eroga le prestazioni?

Le prestazioni del minimo individuale per persone in cerca di lavoro sono erogate dai Jobcenter locali, che fungono da interlocutori dei beneficiari, versano 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 versare gli importi di base per il sostentamento e le prestazioni per l’inserimento, mentre i Comuni devono erogare prestazioni adeguate per l'alloggio e il riscaldamento, nonché particolari prestazioni a tantum, come il primo 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 in materia di indebitamento e di ricerca del lavoro, assistenza dei bambini).

Di norma i Jobcenter corrispondono le prestazioni a garanzia del sostentamento sotto forma di indennità di disoccupazione II (importo di riferimento e prestazioni per un alloggio adeguato) in una mensilità unica. 108 distretti o città distretto (detti enti comunali riconosciuti) si fanno carico integralmente di tutte queste mansioni.

Chi riceve l’indennità di disoccupazione II?

L’indennità di disoccupazione II è riconosciuta agli aventi diritto abili al lavoro di età compresa tra i 15 e i 65 anni. È abile al lavoro chi è in grado di lavorare almeno tre ore al giorno alle condizioni abituali del mondo del lavoro. È bisognoso di aiuto chi non è in grado di provvedere al proprio sostentamento e a quello dei suoi congiunti conviventi all’interno dello stesso nucleo familiare né con le sue forze (manodopera) o con i suoi mezzi (reddito e patrimonio), né con l’aiuto di terzi.

L’assegno sociale è riconosciuto agli aventi diritto inabili al lavoro che convivono con titolari di un’indennità di disoccupazione II all’interno dello stesso nucleo familiare.

Ambedue le tipologie di prestazioni (indennità di disoccupazione II e assegno sociale) presentano gli stessi elementi costitutivi, sono erogate mensilmente a titolo anticipato e concesse di volta in volta, generalmente per periodi di sei mesi.

I giovani hanno diritto al minimo per persone in cerca di lavoro?

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 ricevere prontamente una proposta di formazione professionale, di lavoro, di qualificazione o di opportunità lavorativa.

Se sono bisognosi, i giovani di più di 15 anni abili al lavoro percepiscono l’indennità di disoccupazione II a titolo di prestazione per il sostentamento. La constatazione della loro abilità al lavoro (vedi sopra) non tiene conto del fatto che non sono in grado di svolgere un’attività lavorativa, ad esempio a causa della frequenza scolastica, ma si basa piuttosto sulla loro capacità teorica di svolgere una tale attività.

È obbligatorio accettare ogni tipo di 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 rifiuti ripetutamente un lavoro, un tirocinio, un’opportunità lavorativa o un’iniziativa di inserimento ragionevolmente accettabili può invece andare incontro ad una riduzione o alla cessazione dell’indennità di disoccupazione

In questi casi, in una prima fase di tre mesi il trattamento in denaro può essere ridotto del 30 per cento dell’importo di riferimento – cioè di circa 100 euro. Il diritto a percepire la prestazione decade completamente 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

però, in un momento successivo, la persona in stato di bisogno abile al lavoro si dichiara disposta ad ottemperare ai propri obblighi, la sanzione può 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 da questo momento o nella riduzione a sei settimane del periodo di applicazione della sanzione.

Su richiesta, il Jobcenter può erogare anche prestazioni complementari in natura o con valore economico (voucher) in misura adeguata. Le prestazioni in natura devono essere riconosciute 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 di natura esclusivamente assistenziale subordinata all'esistenza di una situazione di bisogno e a questa commisurata. Ciò significa anche che essa interviene solo in via subordinata rispetto 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 a cui si ha diritto.

Per questo motivo 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 del nucleo familiare (coniuge/convivente e figli fino al compimento del 25 anno di età).

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

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. Le prestazioni di legge fanno fronte alle necessità ordinarie e straordinarie e devono servire anche al pagamento delle bollette della luce, delle spese dei mezzi di trasporto pubblici o dell'auto privata.

La Legge sulla determinazione dei fabbisogni di base e di modifica del secondo e del dodicesimo tomo del Codice di Previdenza sociale (Gazzetta Ufficiale, Parte I n. 12 del 29/03/2011) calcola le prestazioni per il sostentamento (fabbisogni di base) in modo trasparente e comprensibile, sulla base del sondaggio sui consumi e sui redditi condotto nel 2008.

Dall'1 gennaio 2011 ai single, alle famiglie monoparentali e alle persone in cerca di lavoro con partner minorenni si applica un fabbisogno di base pari a 374 euro al mese. Se ambedue i partner sono maggiorenni, il rispettivo fabbisogno di base applicabile è di 337 euro.

Il fabbisogno di base applicabile a bambini e giovani è determinato in funzione dell'età ed ammonta a 219 euro mensili per la fascia d'età fino a 6 anni, a 251 euro per la fascia d'età dai 6 ai 14 anni, di 287 euro per la fascia d'età dai 14 ai 18 anni e 299 euro fino al compimento del 25 anno d'età.

Oltre al fabbisogno di base applicabile, dall'1 gennaio 2011 i bambini e i giovani beneficiano anche delle nuove prestazioni per l'istruzione e la partecipazione del cosiddetto pacchetto per l'istruzione.

Questo nuovo pacchetto comprende

- i costi effettivamente sostenuti per escursioni di uno o più giorni organizzate dalle strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna,
- prestazioni per il 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 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 o nelle strutture extrascolastiche di assistenza diurna,
- un budget mensile del valore complessivo di 10 euro per la partecipazione alla vita sociale.

Il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari sociali fornisce informazioni sulla politica del mercato del lavoro e sulle forme di incentivazione dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle 20.00 al numero 01805 6767-12 (14 cent/minuto dalla rete fissa).

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

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

In determinate circostanze e in determinate fasi dell'esistenza possono essere sostenute anche spese supplementari (fabbisogno supplementare) non comprese 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 disabili,
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 (necessità particolare),
6. per la necessaria produzione decentrata di acqua calda (boiler elettrico o a gas).

Il fabbisogno supplementare complessivo per il sostentamento di cui ai punti dal 2 al 4 non può superare l'importo del fabbisogno di base applicabile.

Le prestazioni economiche mensili costituiscono un budget da gestire in piena autonomia e, quindi, 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 possono essere erogate prestazioni separate per

7. l'arredamento di base dell'abitazione, elettrodomestici compresi,
8. il guardaroba di base e la dotazione di base caso di gravidanza e di parto, e
9. l'acquisto e le riparazioni di calzature ortopediche, la riparazione o la locazione di dispositivi terapeutici.

Ha diritto a prestazioni una tantum anche chi non percepisce le prestazioni per il sostentamento perché non presenta il requisito della necessità, ma non dispone del reddito sufficiente a coprire completamente un'esigenza straordinaria.

Spese di alloggio: con l'indennità di disoccupazione II non è più necessario richiedere il sussidio d'alloggio. Nel quadro dell'indennità di disoccupazione II/assegno sociale, infatti, i comuni si fanno carico dei costi di un'abitazione proporzionata e delle spese di riscaldamento per l'intero nucleo familiare, ivi compresa la bolletta dell'acqua e le spese fognarie. I Comuni possono intervenire anche nel caso di affitti arretrati, erogando un prestito se il rischio di sfratto è imminente. La proporzionalità delle spese di alloggio è stabilita dai comuni nel quadro delle loro competenze.

Se un trasloco è irragionevole o impossibile o se non si consegue una riduzione dei costi di locazione, a.e. tramite un subaffitto, le spese di abitazioni sproporzionatamente spaziose o costose sono sostenute per un periodo massimo iniziale di sei mesi, al termine del quale si decide caso per caso se ridimensionare la prestazione riducendola alla quota di spesa considerata proporzionata.

Nei casi in cui i Comuni insistono affinché il beneficiario traslochi, essi devono però farsi carico delle spese di trasloco, dei costi del reperimento di un'altra abitazione e della cauzione. La stessa norma si applica anche alle situazioni in cui il trasloco si rende necessario per altri motivi, ma non è possibile trovare una nuova abitazione in un arco di tempo adeguato.

Il fabbisogno di base applicabile

single/genitore che alleva da solo i figli	Altri membri del nucleo familiare conviventi				
	Figli fino al compimento del 6° anno d'età	Figli dall'inizio del 7° anno d'età fino al compimento del 14°	Figli dall'inizio del 15° anno d'età fino al compimento del 18°	Figli dall'inizio del 19° anno d'età fino al compimento del 25°	Compagno/a convivente a partire dal completamento del 18° anno d'età
374 €	219 €	251 €	287 €	299 €	337 €

Contribuzione sociale

Gli aventi diritto abili al lavoro non coassicurati tramite congiunto e non titolari di un'assicurazione sanitaria privata sono assicurati contro le malattie e l'infermità presso un ente assicurativo pubblico. Gli aventi diritto che dispongono di una copertura assicurativa privata ricevono un contributo per il pagamento delle polizze. I titolari di assegno sociale sono generalmente assicurati contro le malattie e l'infermità nel quadro della polizza familiare di un congiunto.

Prevenzione delle situazioni di necessità mediante l'assegno familiare integrativo

I genitori che, pur provvedendo a se stessi, non sono in grado di sostentare i figli con il proprio reddito o patrimonio 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 140 euro mensili per figlio e va richiesto alla Cassa per la famiglia, che versa anche gli assegni familiari. L'ammontare del reddito familiare massimo per l'ottenimento dell'assegno familiare integrativo dipende dall'importo del canone di affitto e dall'eventuale diritto al riconoscimento dei fabbisogni supplementari.

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

Per informazioni più dettagliate si prega di consultare l'opuscolo "Grundsicherung für Arbeitsuchende – Fragen und Antworten – SGB II" (Minimo individuale per persone in cerca di lavoro – Domande e risposte – Il CPS) pubblicato dal Ministero Federale del Lavoro e degli Affari sociali.

Diritto del lavoro (Arbeitsrecht)

I lavoratori dipendono dal datore di lavoro sul piano economico, ma anche – nell’ambito del contratto di lavoro - sul piano personale e necessitano per questo delle tutele garantite dal diritto del lavoro, il diritto specifico 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 parti: il diritto del lavoro individuale, che disciplina il rapporto tra il datore di lavoro e il lavoratore, e il diritto del lavoro collettivo, che regola l’interazione tra sindacati e organizzazioni datoriali all’interno dell’azienda e, soprattutto, a livello sovraziendale.

Il diritto del lavoro individuale

Al centro dell’attenzione del diritto del lavoro individuale si trova il singolo rapporto di lavoro, definito dal contratto di lavoro stipulato dal lavoratore con il datore di lavoro.

Il contratto di lavoro risponde a due importanti domande: Quali prestazioni lavorative deve fornire il lavoratore? Quale compenso è stato per esse pattuito?

Il contratto di lavoro può inoltre stabilire ulteriori 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, ad esempio anche la Legge sul proseguimento della retribuzione – che impone al datore di lavoro, in caso di malattia del dipendente, di continuare a versare lo stipendio per un periodo massimo di sei settimane – o le disposizioni della Legge sui rapporti di lavoro a tempo parziale o determinato (Teilzeit- und Befristungsgesetz – TzBfG) e della Legge sui periodi di assistenza continua (Pflegezeitgesetz). La TzBfG prevede la possibilità di ridurre l’orario dei lavoratori dipendenti a determinate condizioni e dispone che i lavoratori a tempo parziale siano trattati nello stesso modo dei lavoratori a tempo pieno, fatti salvi i casi in cui la disparità di trattamento sia giustificata da una ragione oggettiva. La Legge sui periodi di assistenza continua consente, a determinate condizioni, ai lavoratori dipendenti di assistere nell’ambiente domestico famigliari non autosufficienti con uno stretto grado di parentela 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 (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz – AGG) 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 offre così una tutela minima dalle discriminazioni sul posto di lavoro e in ambito occupazionale.

I contratti lavorativi individuali e i contratti collettivi (vedi la sezione “Il diritto dei contratti collettivi”) possono stabilire un numero superiore di giorni di ferie e migliorare così norme minime sancite dalla legge.

La legge stabilisce anche che il preavviso per i licenziamenti, a cui si devono attenere sia i lavoratori, sia i datori di lavoro, è di quattro settimane a partire dal giorno 15 o dalla fine del mese e si allunga in funzione dell’anzianità di servizio del dipendente. Se, ad esempio, l’anzianità di servizio del dipendente è di due anni, il preavviso di licenziamento è di un mese a partire dalla fine del mese. Esso si prolunga rispettivamente di un mese dopo 5, 8, 10, 12 e 15 anni di appartenenza all’azienda. Dopo 20 anni il preavviso di licenziamento è di sette mesi a decorrere dalla fine del mese solare.

In deroga alla legislazione vigente, il contratto di lavoro individuale può prevedere preavvisi di licenziamento più lunghi, mentre il contratto di lavoro collettivo può pattuire preavvisi sia più lunghi, sia più brevi.

Ai sensi della Legge di protezione contro i licenziamenti ingiustificati, un licenziamento regolare (che rispetta cioè i 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 ad una sua ulteriore occupazione nell'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 pubblico) 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 solo 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 fintantoché l'azienda continua ad occupare più di cinque dipendenti con cui intratteneva un rapporto di lavoro già il 31 dicembre 2003. Le assunzioni successive a questa data non vengono considerate.

Il diritto alle ferie annuali

1880	-	
1903	3 giorni	solo industria metallurgica, birrerie
1930	3-15 giorni	proporzionalmente all'anzianità di servizio, in vari settori
1946	12 giornate lavorative	minimo sancito per legge
1963*	15-18 giornate lavorative	minimo sancito per legge
1974*	18 giornate lavorative	minimo sancito per legge
1995	24 giornate lavorative	minimo sancito per legge

*nei vecchi Länder della Repubblica Federale

Ai fini del computo del numero dei dipendenti, i lavoratori a tempo parziale sono considerati proporzionalmente, non si contano invece gli apprendisti.

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

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

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

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

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

Il diritto del lavoro collettivo

Il diritto del lavoro collettivo si suddivide in due parti:

- la Legge sui 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.
- la Legge sull'ordinamento aziendale, che istituisce un quadro normativo per i rapporti tra datori di lavoro e maestranze delle singole aziende.

Il diritto dei contratti collettivi

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

Le condizioni di lavoro stabilite dai contratti collettivi sono generalmente determinanti per 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, costituisce il principale strumento a disposizione delle parti contrattuali per imporre gli interessi dei propri iscritti e per contribuire alla definizione delle condizioni di lavoro e di retribuzione.

I contratti collettivi assolvono tre funzioni essenziali:

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 non può infatti sancire condizioni di lavoro peggiorative 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 i singoli rapporti di lavoro 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 disciplinati.

Esempi di materie regolamentate collettivamente possono essere

- 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 dell'accordo, ad esempio del salario pattuito. Tale diritto sussiste solo a condizione che

- il datore di lavoro e il lavoratore siano membri dei rispettivi organismi di rappresentanza (confederazione dei datori di lavoro, sindacato) che stipulano il contratto collettivo (se lo stesso datore di lavoro non è parte contrattuale del cosiddetto contratto collettivo aziendale), oppure che
- il contratto collettivo sia stato dichiarato universalmente vincolante. È naturalmente essenziale che il contratto di lavoro individuale rientri del 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 applicare le norme contrattuali collettive, che trovano inoltre applicazione automatica se ciò risulta conforme alle consuetudini aziendali.

Che cosa si deve fare?

Il diritto del lavoro mira a tutelare il lavoratore, ma comporta anche alcuni obblighi.

Il dovere principale dei lavoratori (derivante dal diritto del lavoro individuale) è quello di svolgere il lavoro concordato, mentre i datori di lavoro sono tenuti a versare il compenso pattuito.

Dal rapporto di lavoro possono inoltre scaturire ulteriori doveri sia per i lavoratori, sia per i datori di lavoro.

I lavoratori che desiderano porre fine al proprio rapporto lavorativo devono attenersi a determinati termini di preavviso.

Il legislatore prescrive un termine di preavviso di quattro settimane a partire dal 15 o dalla fine di ogni mese, che può però essere prolungato o ridotto dal contratto collettivo. Indipendentemente dalla durata dei termini di preavviso stabiliti dal contratto collettivo, il contratto di lavoro individuale può concordare solo termini di preavviso più lunghi, in quanto termini di preavviso più brevi sono ammessi solo nei primi tre mesi di un'attività ausiliaria. I contratti individuali delle piccole aziende con non più di 20 dipendenti possono pattuire termini di preavviso minimi di quattro settimane, senza tuttavia stabilire da quale giorno del mese essi debbano decorrere. I termini di preavviso fissati dal contratto di lavoro individuale non possono tuttavia risultare più lunghi per il lavoratore che per il datore di lavoro.

Orario di lavoro settimanale previsto dai contratti collettivi

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

La Legge sull'ordinamento aziendale

La Legge sull'ordinamento aziendale disciplina i rapporti tra lavoratori e datori di lavoro all'interno dell'azienda. Il concetto fondamentale che lo ispira è che il datore di lavoro e il comitato aziendale, insieme ai rappresentanti sindacali e imprenditoriali, devono poter collaborare 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; è tenuto, ad esempio, a vegliare affinché le leggi vigenti, i regolamenti, le norme antinfortunistiche, i contratti collettivi e gli accordi aziendali siano applicati a vantaggio dei lavoratori.

Il comitato aziendale deve essere coinvolto anche nelle decisioni con risvolti sociali ed economici o relative al personale.

In forza del potere attribuitogli, i diritti di partecipazione del comitato aziendale si compongono di due elementi:

- i diritti di codeterminazione
- i diritti di compartecipazione.

Il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sul diritto del lavoro dal martedì al giovedì dalle ore 8.00 alle 20.00 al numero 01805 6767-13 (14 cent/minuto dalla rete fissa).

La codeterminazione è la forma di partecipazione più ampia.

Nei casi in cui al comitato aziendale è riconosciuto questo diritto, il datore di lavoro può decidere ed e agire soltanto con il suo consenso. Quando il comitato aziendale si oppone alle proposte del datore di lavoro, per dirimere la questione subentra una commissione arbitrale, composta da un presidente neutrale e da un numero uguale di rappresentanti del datore di lavoro e del comitato aziendale.

Il datore di lavoro è tenuto ad informare, ascoltare o consultare il comitato aziendale sulle materie in cui esso gode solo del diritto di compartecipazione.

Il capitolo "Ordinamento aziendale" fornisce informazioni più dettagliate sulla normativa applicabile.

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 sulla tutela del lavoro giovanile (Jugendarbeitsschutzgesetz),
- l'Ordinamento dei mestieri e delle professioni (Gewerbeordnung),
- la Legge sulla contrattazione collettiva e contributiva (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 (Drittelbeteiligungsgesetz),
- la Legge sulla codeterminazione (Mitbestimmungsgesetz),
- la Legge sui periodi di assistenza continua (Pflegezeitgesetz),
- la Legge sul distacco dei lavoratori (Arbeitnehmer-Entsendegesetz),
- la Legge sulle condizioni di lavoro minime (Mindestarbeitsbedingungsgesetz),
- la Legge generale sulla parità di trattamento (Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz).

Importante:

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

Ordinamento aziendale (Betriebsverfassung)

In che misura i singoli lavoratori e le rappresentanze aziendali possono intervenire 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 e accorda loro diritti di partecipazione in tutti gli ambiti aziendali, cioè in tutte le questioni di natura personale, economica e sociale. La Legge crea rapporti democratici e permette così di rendere più umana la vita lavorativa nelle aziende.

Nel 2001, con la Legge di riforma della Legge sull'ordinamento aziendale, le norme che disciplinano la codeterminazione aziendale sono state adeguate alla realtà del mondo del lavoro e dell'economia di oggi. Questa legge garantisce che la partecipazione aziendale rimanga un modello stabile ed utile alle parti sociali anche in futuro. Le sue innovazioni hanno creato strutture aziendali moderne e flessibili, agevolando la formazione di comitati aziendali, coinvolgendo nella codeterminazione aziendale anche categorie particolari di lavoratori come i lavoratori interinali, migliorando le condizioni in cui operano i comitati aziendali, le rappresentanze giovanili e quelle degli apprendisti, rafforzando i diritti di codeterminazione dei comitati aziendali in materia di tutela dell'occupazione e di qualificazione, semplificando il metodo elettivo nelle aziende con un massimo di 50 dipendenti aventi diritto al voto (100 se concordato con i datori di lavoro), promuovendo l'equiparazione delle donne in azienda e eliminando la distinzione, ormai obsoleta, tra operai ed impiegati.

Composizione del comitato aziendale

Il numero di membri del comitato aziendale dipende dal numero dei dipendenti dell'azienda:

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

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

Nelle imprese in cui esistono più comitati aziendali vanno costituiti dei comitati aziendali centrali. Nei gruppi che contano più di un comitato aziendale centrale può essere costituito il 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 persone in cui esiste un comitato aziendale va inoltre istituito il cosiddetto comitato economico, che gode di ampi diritti in materia economica. I membri di tale comitato sono designati dal comitato aziendale.

La cosiddetta "clausola minima" prevede che il genere minoritario in azienda sia rappresentato al comitato aziendale da un numero di delegati almeno proporzionale alla sua presenza tra le maestranze.

Quando il comitato aziendale è formato da 9 o più membri, si istituisce un comitato ristretto a cui affidare la gestione degli affari correnti.

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

Diritti

I lavoratori godono di molti diritti chiaramente definiti, in particolare del diritto di essere informati e consultati sulle questioni essenziali, riguardanti ad esempio il posto di lavoro. I lavoratori possono così

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

Se un lavoratore ritiene di essere vittima di un'ingiustizia o di una penalizzazione, può presentare un reclamo – se lo desidera anche con l'assistenza del comitato aziendale, che ha il compito di far valere i suoi interessi di fronte al datore di lavoro.

Il comitato aziendale e i datori di lavoro sono tenuti a collaborare in uno spirito di fiducia reciproca a beneficio dei lavoratori e dell'azienda e devono altresì cooperare con i sindacati e le associazioni imprenditoriali.

In quali aziende esiste 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 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 un organo specifico di rappresentanza dei giovani e degli apprendisti.

Quando un'azienda è costituita da più siti che dispongono di un proprio comitato aziendale, viene eletto un comitato aziendale centrale, mentre a livello di gruppo si può costituire un comitato aziendale di gruppo.

Non esistono comitati aziendali nelle amministrazioni e nelle società federali, regionali e comunali, né nelle istituzioni di diritto pubblico. Invece della Legge sull'ordinamento Aziendale, ad esse si applicano la Legge federale sulla rappresentanza del personale della funzione pubblica o, a livello di Länder, le diverse leggi regionali in questa materia.

I dirigenti, ad esempio i procuratori legali delle società o gli impiegati in posizioni analogamente elevate, non sono rappresentati dal comitato aziendale, ma nelle aziende con almeno dieci dirigenti possono costituire la cosiddetta commissione dei portavoce con funzioni consultive ai sensi delle leggi applicabili. Gli imprenditori possono eleggere a loro volta una commissione che li rappresenti. È inoltre possibile istituire un comitato dei portavoce a livello di gruppo.

Particolarità

I dirigenti possono eleggere un comitato dei portavoce se la maggioranza esprime parere favorevole alla prima votazione.

Chi può eleggere il comitato aziendale?

Possono eleggere il comitato aziendale tutti i dipendenti che hanno compiuto il diciottesimo anno di età. Dopo l'entrata in vigore della riforma della Legge sull'ordinamento aziendale possono esercitare il diritto di voto anche i lavoratori interinali, a condizione che lavorino da più di tre mesi in azienda; possono però essere eletti come membri del consiglio aziendale soltanto i dipendenti con almeno sei mesi di anzianità di servizio. Ai fini della totalizzazione dei sei mesi sono riconosciuti anche i periodi di lavoro in un'altra unità della stessa società o dello stesso gruppo imprenditoriale.

Dopo l'entrata in vigore della versione emendata dell'art. 5 della Legge sull'ordinamento aziendale nel giugno 2009 si considerano generalmente come lavoratori ai sensi di tale legge i funzionari, i lavoratori pubblici e i militari alle dipendenze di aziende con assetto societario di diritto privato. Trova applicazione a queste categorie di persone anche la norma sull'inquadramento come quadri dirigenti di cui all'art. 5 3 della Legge sull'ordinamento aziendale. Esiste così una norma generale che permette di partecipare con diritto di voto attivo e passivo alle elezioni di comitati aziendali, consigli di sorveglianza e commissioni dei portavoce a tutti i funzionari e a dipendenti pubblici che lavorano in aziende con assetto societario di diritto privato.

Compiti del comitato aziendale

Il comitato aziendale è tenuto, tra l'altro, a vigilare sulla corretta applicazione delle leggi, dei regolamenti, delle norme antinfortunistiche, dei contratti collettivi e degli accordi aziendali da parte dei datori di lavoro.

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 alle 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 controllino il comportamento ed 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 appartamenti aziendali o alla disdetta del loro rapporto di locazione;
- alle questioni relative ai computi salariali, alla fissazione dei principi retributivi, alla definizione delle tariffe per il lavoro a cottimo, dei premi o di prestazioni analoghe basate sul rendimento;
- alla fissazione dei principi per lo svolgimento del lavoro in gruppo.

Inoltre, il comitato aziendale interviene in ampia misura con le sue decisioni

- nella configurazione delle postazioni, dei cicli e dell'ambiente di lavoro,
- nella pianificazione degli organici,
e
- nelle questioni relative alla formazione professionale.

Data la grande importanza rivestita dalla sicurezza occupazionale e dalla qualificazione, in queste materie il comitato aziendale dispone di un margine di manovra ancora maggiore: può ad esempio sottoporre ai datori di lavoro raccomandazioni per organizzare in modo flessibile l'orario di lavoro, promuovere il lavoro a tempo parziale, il part-time di vecchiaia e la qualificazione aziendale dei lavoratori, introdurre nuove forme di organizzazione del lavoro e modificare i processi ed i cicli di lavoro.

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

Sulle questioni fondamentali di natura economica, quale, ad esempio, una possibile acquisizione dell'azienda che le faccia perdere la propria autonomia o alteri i rapporti di controllo, l'imprenditore è tenuto ad informare e a consultare tempestivamente il comitato economico. Laddove questo organismo non esiste, l'imprenditore deve coinvolgere il comitato aziendale.

Nelle imprese con più di 20 dipendenti aventi diritto al 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. Quando il comitato aziendale boccia un intervento, ma il datore di lavoro rimane intenzionato ad attuarlo, la decisione definitiva 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. Quando il comitato aziendale si oppone ad un licenziamento per una delle ragioni previste dalla legge e il lavoratore, regolarmente licenziato, presenta un ricorso nel quadro della tutela contro i licenziamenti, il datore di lavoro deve generalmente continuare ad occupare il dipendente se questi lo richiede. In tali casi il datore di lavoro può essere dispensato dall'obbligo di proseguire il rapporto lavorativo soltanto dal Tribunale del lavoro.

Un ricorso motivato dal comitato aziendale rafforza notevolmente la posizione dei lavoratori nei processi intentati nel quadro della legge contro i licenziamenti illegittimi.

Tutti coloro che lavorano in azienda devono essere trattati in linea di equità. Sul rispetto di questo principio devono vegliare sia il comitato aziendale, sia i datori di lavoro, i quali devono assicurarsi in particolare che all'interno dell'azienda nessuno subisca una disparità di trattamento per motivi legati a razza, appartenenza etnica, discendenza o altra origine, nazionalità, religione, convinzioni personali, disabilità, età, genere, identità sessuale, attività politica o sindacale o opinioni individuali. In questo contesto il comitato aziendale, come la rappresentanza giovanile e quella degli apprendisti, gode ad esempio del diritto di richiedere provvedimenti per combattere tendenze xenofobe in azienda. Non sono ammesse neppure discriminazioni per l'avvenuto superamento di determinati limiti d'età. Il comitato aziendale e i datori di lavoro devono infine proteggere e promuovere la libera realizzazione personale dei dipendenti.

Al fine di agevolare la comunicazione ogni quadrimestre il comitato aziendale deve convocare un'assemblea aziendale per fornire informazioni sulla sua attività e per dar modo ai colleghi di esprimere il loro parere sulle decisioni del comitato aziendale e avanzare eventuali proposte.

La partecipazione aziendale in Europa

La Legge sui comitati aziendali europei 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. La Legge si applica alle imprese e ai gruppi di imprese aventi sede in Germania che impiegano complessivamente almeno 1000 lavoratori, di cui almeno 150 lavoratori per Stato membro 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 pregiudicarne 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 specificità peculiari 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, a titolo di orientamento, un catalogo di materie da disciplinare in base al quale definire, negli accordi da stipulare, le attribuzioni e le mansioni dell'CAE, la procedura da seguire per l'informazione e di consultazione, il luogo, la frequenza e la durata delle riunioni, nonché le risorse finanziarie e materiali da fornire.

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, definendone d'ufficio le competenze e le norme da seguire per assicurare l'informazione e la consultazione.

I requisiti minimi di un CAE costituito per legge prevedono che esso sia informato e consultato almeno una volta all'anno sull'evoluzione delle attività dell'impresa (o del gruppo di imprese) e sulle sue prospettive, in particolare su situazione economica e finanziaria, evoluzione probabile delle attività, produzione e vendite, situazione occupazionale, investimenti, trasferimenti di produzione, fusioni, diminuzione delle dimensioni o chiusura di imprese, stabilimenti o altre parti importanti degli stessi e licenziamenti collettivi. Tali materie corrispondono essenzialmente alle questioni economiche di cui all'art. 106 3 della Legge federale sull'ordinamento aziendale.

Negli intervalli tra le riunioni ordinarie, il CAE deve essere sempre informato e, su sua richiesta, consultato sugli interventi transnazionali straordinari con conseguenze occupazionali che incidono considerevolmente sugli interessi dei lavoratori (a.e. delocalizzazioni, chiusure di imprese o stabilimenti, licenziamenti di massa). Vale a dire che, qualora si verificano circostanze eccezionali, l'amministrazione centrale deve 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 definitiva.

La direttiva sui comitati aziendali europei è stata riformulata nel 2009 con l'intenso coinvolgimento di movimenti sindacali e 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 relative a processi di ristrutturazione transfrontalieri. L'articolato della nuova direttiva stabilisce inoltre la competenza dei CAE nelle materie transfrontaliere. A ciò vengono ad aggiungersi, ad esempio, la precisazione che i CAE devono disporre delle risorse necessarie alla rappresentazione collettiva delle maestranze ai fini 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. Queste modifiche sono entrate in vigore il 5 giugno 2009 e devono essere trasposte negli ordinamenti giuridici nazionali entro il 5 giugno 2011.

Leggi

I fondamenti giuridici si trovano

- nella Legge sull'ordinamento aziendale (Betriebsverfassungsgesetz),
- nella Legge federale sulla rappresentanza dei dipendenti (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 fornire un supporto alle attività dei comitati aziendali.

Codeterminazione (Mitbestimmung)

Pressoché tutte le decisioni aziendali e imprenditoriali influiscono sui dipendenti assunti, a prescindere dal fatto che si tratti di pianificazione delle vendite, di investimenti o di interventi di razionalizzazione. Per questo motivo i lavoratori hanno diritto alla codeterminazione, che, tramite i loro rappresentanti, ne consente la partecipazione al processo decisionale aziendale o imprenditoriale.

La codeterminazione dei dipendenti è un elemento portante della nostra struttura sociale e si basa sulla convinzione profonda che l'applicazione dei principi democratici non deve essere limitata allo Stato, ma deve coinvolgere tutti i settori della società.

Codeterminazione significa però anche che i dipendenti ed i loro sindacati sono pronti ad assumersi delle responsabilità: nei decenni passati essi hanno così contribuito a caratterizzare e a stabilizzare l'assetto sociale della Repubblica Federale Tedesca e continuano a farlo ancora oggi.

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 di mutua assicurazione) possono influenzare la politica imprenditoriale mediante i loro rappresentanti nel 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 gli investimenti cospicui o gli interventi di razionalizzazione.

Codeterminazione nelle grandi imprese ai sensi della Legge sulla codeterminazione

La Legge sulla codeterminazione del 1976 si applica alle società di capitale che non operano nel settore minerario-siderurgico e danno lavoro direttamente o mediante aziende affiliate a più di 2.000 dipendenti: il consiglio di sorveglianza deve essere costituito dallo stesso numero di rappresentanti degli azionisti e di rappresentanti dei dipendenti. 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. Tra i rappresentanti dei dipendenti, poi, un seggio è riservato ai dirigenti. Diversamente da quanto avviene

Composizione del comitato aziendale

Composizione del consiglio di sorveglianza

I membri dei consigli di sorveglianza delle imprese in cui si pratica la codeterminazione rappresentano in modo paritetico gli azionisti e i dipendenti. Il loro numero ammonta

- a dodici (6 + 6) nelle imprese con meno di 10.000 dipendenti,
- a sedici (8 + 8) nelle imprese con più di 10.000 e meno di 20.000 dipendenti,
- a venti (10 + 10) nelle imprese con un numero di dipendenti superiore a 20.000.

In alcuni casi lo statuto dell'impresa può stabilire di aumentare le dimensioni del consiglio di sorveglianza: se la legge prevede un consiglio di sorveglianza con dodici membri, il loro numero può essere portato a sedici o a venti. Se il consiglio di sorveglianza deve essere costituito da sedici membri, in forza dello statuto il loro numero può essere portato a venti.

I sindacati presenti nelle imprese (o, meglio, nei gruppi imprenditoriali) possono rivendicare una parte dei seggi del consiglio di sorveglianza riservati ai dipendenti, e cioè

- 2 seggi nelle imprese in cui il consiglio di sorveglianza conta 12 o 16 membri,
- 3 seggi nelle imprese in cui il consiglio di sorveglianza conta 20 membri.

nel settore carbosiderurgico, i delegati dei dipendenti non godono inoltre di diritto di veto in sede di nomina del cosiddetto direttore del lavoro.

Elezione dei membri del consiglio di sorveglianza rappresentanti dei dipendenti

Tutti i membri del consiglio di sorveglianza che rappresentano i dipendenti sono eletti in funzione al numero dei lavoratori con elezione diretta o mediante dei delegati, indipendentemente dal fatto che essi facciano parte dell'impresa o siano rappresentanti sindacali esterni.

Elezione dei rappresentanti degli azionisti

Le modalità elettive dei rappresentanti degli azionisti (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 dall'assemblea dei soci.

Elezione del presidente

Durante la prima seduta costituyente del consiglio di sorveglianza, i suoi membri eleggono il presidente e vicepresidente. L'elezione un candidato 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 dipendenti eleggono rispettivamente il presidente e il vicepresidente con la maggioranza dei voti espressi.

Il consiglio di amministrazione

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

Importante

Per poter essere eletti, anche i candidati alla presidenza necessitano della maggioranza dei due terzi. Qualora non sia possibile raggiungere questa maggioranza, si costituisce un comitato di conciliazione.

Fa parte del consiglio di amministrazione quale membro equiparato della direzione aziendale anche il cosiddetto direttore del lavoro. Con la nomina gli viene assegnato un portafoglio specifico con mansioni principalmente attinenti alle questioni sociali e al personale.

Codeterminazione nelle piccole imprese ai sensi della Legge sulla codeterminazione nel consiglio di sorveglianza delle società

Nelle società anonime che impiegano da 501 a 2.000 dipendenti un terzo dei seggi del consiglio di sorveglianza deve essere riservato ai rappresentanti dei lavoratori.

Non è invece stato fissato alcun numero minimo di dipendenti per il diritto a una quota riservata 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, vale a dire che un terzo dei seggi dei loro consigli di sorveglianza deve essere riservato ai lavoratori anche se le società contano meno di 500 dipendenti. È però chiaro che con questo rapporto di forze i dipendenti non hanno alcuna possibilità di influire sulle decisioni aziendali, anche se possono 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 è anche la più ampia. Essa si applica alle società per azioni con più di 1000 dipendenti del settore estrattivo, del ferro e dell'acciaio.

Anche in questo caso la composizione del consiglio di sorveglianza è paritaria perché gli azionisti e i dipendenti sono rappresentati al consiglio di sorveglianza dallo stesso numero di membri, a cui si aggiunge un membro "neutrale". Di norma i consigli di sorveglianza delle imprese carbo-siderurgiche sono costituiti da 11 membri, ma nelle aziende di grandi dimensioni il loro numero può essere portato a 15 o a 21.

I membri del consiglio di amministrazione sono nominati e destituiti dal consiglio di sorveglianza. Deve far parte del consiglio di sorveglianza anche un membro nominato dai lavoratori e 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 la fiducia dei rappresentanti dei lavoratori.

Particolarità

In forma attenuata, le disposizioni sulla codeterminazione nel settore carbo-siderurgico si applicano anche alle società di capitali capofila di un gruppo che non sono imprese carbo-siderurgiche, ma controllano grandi aziende di questo settore.

Leggi

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

Codeterminazione nelle Società Europee ai sensi della 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 Europaea, SE) è un nuovo assetto societario che viene ad affiancare gli assetti della società per azioni e della società a responsabilità limitata, già noti a livello nazionale. 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. Per la legislazione societaria tedesca il sistema monistico rappresenta una novità.

Partecipazione dei lavoratori nelle SE

I diritti di partecipazione dei lavoratori sono disciplinati dalla Legge sulla partecipazione nelle SE che, come la direttiva comunitaria sulla SE, si basa su alcune strutture fondamentali:

- il livello di partecipazione dei lavoratori presente nelle società costituenti deve rispecchiarsi anche nella SE (valutazione ex-ante/ex-post).
- la partecipazione dei lavoratori si articola, in base ai suoi contenuti, in diritti di informazione, consultazione e partecipazione agli organi di governo dell'impresa. Ciò corrisponde essenzialmente alla distinzione vigente in Germania tra partecipazione a livello di unità produttiva e a livello aziendale.
- le modalità di attuazione dei diritti di partecipazione dei lavoratori delle SE sono oggetto di trattative tra datori di lavoro e lavoratori. Per i lavoratori il negoziato è condotto da una "delegazione speciale di negoziazione".
- in caso di fallimento delle trattative subentrano le disposizioni di riferimento. In tal modo si

mira a mantenere in ampia misura i diritti di partecipazione presenti nelle società costituenti.

Procedura di negoziazione

La SE è pionieristica anche nel campo della partecipazione, in quanto la definizione dei meccanismi interni di partecipazione dei lavoratori è affidata di norma alla contrattazione e la soluzione negoziale apre alle parti un ampio margine di manovra.

La trattativa è condotta dagli organi di direzione o di amministrazione delle società partecipanti, mentre i lavoratori devono creare una delegazione speciale di negoziazione che rappresenti i lavoratori di tutte le società costituenti. Ai sensi della direttiva, ai lavoratori di ogni Stato membro è assegnato un seggio per ogni quota pari al 10% o a una sua frazione del numero totale dei lavoratori impiegati nelle società partecipanti. Per contenere l'impegno richiesto dalla designazione dei membri tedeschi della delegazione la Legge sulla partecipazione nelle SE non prevede elezioni a suffragio universale, né elezioni di delegati, ma la loro nomina da parte di un'istanza basata sulle strutture di rappresentanza aziendale esistenti. Sono i rappresentanti dei lavoratori al livello più alto (comitato aziendale, comitato aziendale centrale o comitato aziendale di gruppo) a designare i membri nazionali della delegazione speciale di negoziazione. Quando la designazione coinvolge più gruppi aziendali, l'organo designante è costituito dall'insieme delle loro rappresentanze, ma non può essere composto da più di 40 membri. Solo in via eccezionale, quando non esistono organi di rappresentanza dei lavoratori, i membri dell'organo speciale di negoziazione sono eletti direttamente dai lavoratori nazionali.

Disposizioni di riferimento

Laddove non è possibile stipulare un accordo sulle modalità di partecipazione dei lavoratori subentrano le disposizioni di riferimento di legge, costituite da due parti essenzialmente corrispondenti alla differenziazione tra partecipazione a livello di unità produttiva e a livello aziendale.

Comitato aziendale della SE

L'informazione e la consultazione dei lavoratori delle SE a livello trasfrontaliero è assicurata dalla costituzione dell'organo di rappresentanza delle SE, composto da un numero proporzionale di delegati degli Stati membri in cui sono impiegati i lavoratori. I componenti dell'organo di rappresentanza della SE per la Germania sono nominati da un organo designante.

Partecipazione all'interno dell'organo di vigilanza o di amministrazione

Nel definire la partecipazione dei lavoratori all'interno degli organi aziendali le disposizioni di riferimento seguono la cosiddetta valutazione ex-ante/ex-post: la quota dei rappresentanti dei lavoratori all'interno dell'organo di vigilanza o di amministrazione di una SE è stabilito in base alla quota più elevata di rappresentanti dei lavoratori già presente in una (o più) società costituenti. Nel caso di costituzione della SE tramite fusione questa norma si applica solo se almeno il 25% dei lavoratori delle società partecipanti o delle loro affiliate godeva di diritti di partecipazione. Quando la costituzione avviene tramite la creazione di una holding o di una affiliata occorre invece che almeno il 50% dei lavoratori delle vecchie strutture societarie godano di tali diritti. Se la SE è costituita mediante trasformazione si mantengono le forme di partecipazione preesistenti.

Nel caso in cui non si raggiungano le soglie percentuali previste, per riconoscere la quota percentuale più elevata di rappresentanti dei lavoratori esistente in una (o più) società costituenti è necessaria una delibera della delegazione speciale di negoziazione.

I membri del consiglio di sorveglianza o di amministrazione che rappresentano la Germania sono nominati da un organo designante.

Codeterminazione nelle Società Cooperative Europee (SCE) ai sensi della Legge sulla partecipazione nelle SCE

La Legge di attuazione delle SCE e la Legge sulla partecipazione nelle SCE recepiscono le direttive europee relative alla Società cooperativa europea; la Legge sulla partecipazione nelle SCE disciplina la partecipazione dei lavoratori all'interno delle SCE.

Per le SCE si è seguito il modello delle SE. La struttura e i contenuti normativi dei due atti giuridici sono ampiamente coincidenti e i principi essenziali volti a garantire la 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 ai sensi della Legge sulla partecipazione dei lavoratori in caso di fusione transfrontaliera

La Legge sulla partecipazione 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) e costituisce un nuovo importante contributo all'ammmodernamento del diritto europeo in materia di coinvolgimento dei lavoratori dopo la Società europea (SE) e la Società cooperativa europea. L'attuazione della sua parte relativa all'assetto societario avviene tramite un emendamento della Legge sulle modifiche degli assetti societari.

La Legge sulla partecipazione dei lavoratori in caso di fusione transfrontaliera non solo presenta una struttura comparabile alla Legge sulla partecipazione nelle SE e alla Legge sulla partecipazione nelle SCE, ma riprende letteralmente o nei contenuti numerose disposizioni di queste ultime, in particolare relativamente alla costituzione della delegazione speciale di negoziazione e alla procedura negoziale. Per questo si rinvia alle indicazioni fornite a proposito delle SE e delle SCE.

Malgrado le numerose analogie, vanno tuttavia segnalate alcune differenze rispetto alle norme applicabili alle SE e alle SCE:

Disciplina del coinvolgimento nelle decisioni aziendali

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

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

Considerando che 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 dell'applicazione delle normative nazionali che disciplinano la partecipazione dei lavoratori. Il coinvolgimento dei lavoratori tramite procedura negoziale o disposizioni di riferimento va però sempre assicurato in presenza di una delle seguenti circostanze eccezionali:

- se una delle società che partecipano alla fusione è gestita in regime di partecipazione dei lavoratori e nei sei mesi precedenti la pubblicazione del progetto di fusione transfrontaliera aveva un numero medio di lavoratori superiore a 500,
- se la legislazione nazionale applicabile alla società derivante dalla fusione transfrontaliera non prevede un livello di partecipazione dei lavoratori almeno identico a quello attuato nelle società che partecipano alla fusione, o

- se la legislazione nazionale applicabile alla società derivante dalla fusione transfrontaliera non contempla per i lavoratori di stabilimenti situati in altri Stati membri un diritto di esercitare la partecipazione identico a quello di cui godono i lavoratori impiegati nello Stato membro in cui è situata la sede sociale.

Nella realtà si presenterà regolarmente una di queste situazioni straordinarie – principalmente la terza –, che comporterà di fatto l'apertura di una procedura negoziale sulle modalità di coinvolgimento dei lavoratori.

Modifica delle disposizioni di riferimento

Al fine di tutelare i diritti di partecipazione già esistenti, anche in questo caso il fallimento della negoziazione comporta l'applicazione delle disposizioni di riferimento stabilite per legge.

Tuttavia, la X Direttiva eleva ad un terzo dei lavoratori la soglia numerica prevista per l'applicazione delle disposizioni di riferimento dopo il fallimento delle trattative nella società derivante dalla fusione, che è invece automatica nelle SE e nelle SCE. In altri termini: prima della registrazione della società derivante dalla fusione transfrontaliera, almeno un terzo dei lavoratori deve godere di diritti di partecipazione negli organi aziendali. Se tale soglia non è raggiunta, la delegazione speciale di negoziazione può decidere con apposita delibera di imporre per legge la partecipazione dei lavoratori nella società derivante dalla fusione.

Applicazione delle disposizioni di riferimento senza negoziati preliminari

L'applicazione delle disposizioni di riferimento avviene secondo le modalità previste dal diritto sulla SE se le parti lo convengono o in caso di fallimento della negoziazione sulle modalità di coinvolgimento dei lavoratori. La Legge sulla partecipazione dei lavoratori in caso di fusione transfrontaliera crea una nuova possibilità di applicare le disposizioni di riferimento conformemente al diritto europeo: gli organi direttivi delle società che partecipano alla fusione transfrontaliera hanno il diritto di scegliere, senza negoziati preliminari, di essere direttamente assoggettati per legge alle disposizioni di riferimento a decorrere dalla data di iscrizione della società nel registro delle imprese. Le SE e le SCE non conoscono questo diritto di scelta unilaterale degli organi direttivi.

Garanzia dei diritti di partecipazione dei lavoratori in caso di successive fusioni interne

Se alla fusione transfrontaliera succedono una o più fusioni interne, nelle società derivanti da fusione transfrontaliera il principio basilare della garanzia dei diritti acquisiti si applica anche dopo la fusione iniziale. In questo caso, infatti, la garanzia dei diritti di partecipazione si estingue tre anni dopo la registrazione della fusione transfrontaliera. Alla scadenza di tale termine trovano applicazione le disposizioni che disciplinano i diritti di partecipazione a livello nazionale.

Leggi

Le basi giuridiche della partecipazione aziendale si trovano

- nella Legge sulla codeterminazione (Mitbestimmungsgesetz),
- nella Legge sulla codeterminazione nel consiglio di sorveglianza delle società (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)

Possono singoli lavoratori rivendicare il diritto a percepire una retribuzione minima di legge da parte dei loro datori di lavoro? La risposta a questa domanda è fornita dalla Legge sul distacco dei lavoratori e dalla Legge sulle condizioni di lavoro minime, che rendono possibile la fissazione di salari minimi settoriali. Il 2009 ha visto la riformulazione della Legge sul distacco e l'aggiornamento della Legge sulle condizioni minime.

Diritti

La legge accorda ai lavoratori di determinati settori il diritto di percepire dai loro datori di lavoro un salario minimo il cui importo può variare in funzione dell'attività esercitata, della qualificazione e del luogo in cui la prestazione lavorativa è effettuata.

Legge sul distacco dei lavoratori

La Legge sul distacco dei lavoratori, il quadro giuridico che consente di rendere obbligatori salari minimi settoriali per tutti i lavoratori di un determinato comparto economico, sancisce questo diritto a prescindere dal fatto che il datore di lavoro o l'ente che distacca il lavoratore abbia sede in Germania o meno.

La Legge prevede la fissazione di un salario minimo solo nei settori compresi nel proprio campo di applicazione.

Tali settori sono:

- edilizia (strutture e allestimento interni),
- pulizia di edifici,
- recapito di corrispondenza,
- servizi di sicurezza,
- attività estrattive specialistiche in miniere di carbon fossile,
- servizi di lavanderia per collettività o aziende,
- gestione di rifiuti (compresa pulizia stradale e servizi sgombero neve),
- prestazioni di aggiornamento o formazione continua ai sensi dei Tomi II e III CPS,
- assistenza continua (di anziani o assistenza domiciliare di ammalati).

Nel settore in questione in materia di salario minimo deve inoltre essere stipulato un contratto collettivo, di cui lo Stato può poi estendere l'applicazione con una cosiddetta dichiarazione di obbligatorietà generale o con un'ordinanza legislativa.

Nel settore dell'assistenza il salario minimo può essere fissato con ordinanza legislativa su proposta di una commissione composta da otto rappresentanti del settore.

Solo imprese o reparti autonomi di imprese che forniscono principalmente servizi tipici di uno dei settori elencati rientrano nell'ambito di applicazione delle norme sul salario minimo. Questo requisito è considerato soddisfatto se l'orario di lavoro annuo totale dei lavoratori è dedicato in via principale all'erogazione di questo tipo di servizi. Altri requisiti possono essere fissati dai contratti di lavoro "estesi".

Legge sulle condizioni di lavoro minime

La Legge sulle condizioni di lavoro minime consente di fissare salari minimi nei settori in cui meno del 50 per cento delle aziende è tenuto a rispettare il contratto collettivo. Gli esperti della Commissione per le retribuzioni minime, istituita dal Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, stabiliscono se in un determinato settore è opportuno introdurre un salario minimo, che è poi quantificato da una Commissione specialistica composta da rappresentanti del settore in questione. In seguito, il Governo

Federale, su proposta del Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, promulga un'ordinanza che impone l'obbligatorietà dei salari minimi individuati dalla Commissione specialistica per tutti i datori di lavoro e per tutti i lavoratori del settore.

Settori con salario minimo

L'importo dei salari minimi non è fissato dalle Leggi, ma dalle ordinanze o dalle dichiarazioni di obbligatorietà generale che ne derivano. I siti internet del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali (www.bmas.de) e delle autorità doganali (www.zoll.de), regolarmente aggiornati, pubblicano gli importi corrispondenti ai salari minimi dei settori in questione.

Rivendicazione del salario minimo

I lavoratori possono rivendicare il pagamento del salario minimo da parte del datore di lavoro. In caso di controversia, essi possono inoltre intentare una causa per corresponsione del salario minimo presso il Tribunale del Lavoro.

Decadenza del diritto di rivendicazione del salario minimo

Anche se tutti i diritti che scaturiscono da un rapporto di lavoro sono soggetti a un termine di prescrizione generale di tre anni, il diritto di rivendicare il salario minimo non decade ed è possibile rinunciarvi solo nel quadro di una transazione giudiziaria. La Legge sul distacco dei lavoratori consente di stabilire scadenze per l'esclusione della rivendicazione del salario minimo, che devono essere comunque superiori ai sei mesi, solo nei casi in cui esse sono ammesse dal contratto collettivo di riferimento, mentre la Legge sulle condizioni di lavoro minime le vieta completamente.

Controllo dell'applicazione del salario minimo

Le autorità doganali hanno la facoltà di verificare se i datori di lavoro rispettano le condizioni di lavoro fissate dalla Legge sul distacco dei lavoratori e dalla Legge sulle condizioni di lavoro minime. Le violazioni dell'obbligo di versare il salario minimo possono essere punite come infrazioni con multe fino a 500.000 euro.

Leggi

Le basi giuridiche del salario minimo si trovano

- nella Legge sul distacco dei lavoratori e
- nella Legge sulle condizioni di lavoro minime.

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 possono venirsi a creare sul posto di lavoro o durante l'adempimento delle mansioni lavorative. Per questo esiste una normativa specifica in materia di prevenzione e di salute e sicurezza sul posto di lavoro.

Nelle aziende, il responsabile della prevenzione sanitaria è il datore di lavoro che, fra l'altro, è tenuto a predisporre e a gestire le postazioni, gli strumenti, gli apparecchi e gli impianti di lavoro e ad organizzare l'impresa in modo tale da proteggere i lavoratori da eventuali rischi che potrebbero pregiudicarne la vita e la salute. Il datore di lavoro ha l'obbligo di adottare tutte le misure precauzionali necessarie a prevenire il rischio di infortuni e di pregiudizi alla salute dei propri dipendenti, nonché di creare condizioni di lavoro umane e dignitose. Questi obblighi gli vengono imposti dalle norme statali di tutela del lavoro, in particolare dalla Legge sulla tutela del lavoro e dalle norme antinfortunistiche emanate dagli enti assicurativi contro gli infortuni.

La prevenzione riguarda i seguenti settori, fra loro strettamente collegati:

- *luoghi di lavoro, igiene aziendale compresa,*
- *macchinari, apparecchiature e impianti tecnici,*
- *sostanze nocive,*
- *organizzazione dell'orario di lavoro,*
- *protezione di determinate categorie di persone,*
- *organizzazione della prevenzione all'interno dell'azienda,*
- *prevenzione medica sul posto di lavoro,*
- *movimentazione di carichi,*
- *sostanze biologiche,*
- *rumore e vibrazioni,*
- *radiazioni ottiche artificiali.*

Prestazioni/Requisiti

Le disposizioni relative alla salute e alla sicurezza sul posto di lavoro riguardano tutti i dipendenti, compresi 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").

Poiché la maggior parte dei dipendenti rientra nella competenza degli enti mutualistici di categoria contro gli infortuni sul lavoro, costituiti dalle imprese, essi hanno provveduto a creare Uffici tecnici di sorveglianza che vigilano, in collaborazione con le autorità dei Länder preposte alla sicurezza del lavoro, sull'osservanza di tutte le disposizioni in materia di prevenzione sul posto di lavoro e sull'adozione tutti i necessari provvedimenti di prevenzione.

Fondamenti giuridici

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

Alcune di queste norme di tutela si applicano sia a settori industriali e professionali specifici, sia a determinati impianti industriali, sia alla configurazione dei posti di lavoro. Vi sono poi tutta una serie di ulteriori 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.

Normativa classica

Legge sulla prevenzione

È la legge che impone al datore di lavoro l'obbligo di operare una valutazione dei rischi aziendali in grado di pregiudicare la salute e la sicurezza dei lavoratori e lo costringe, sulla base di tale stima, ad adottare misure protettive adeguate e ad informare i dipendenti. In situazioni e settori di lavoro particolarmente pericolosi egli è inoltre tenuto ad adottare le misure precauzionali opportune e a rendere possibile l'attuazione di interventi medici di prevenzione. In situazioni di grave e immediato pericolo i dipendenti hanno il diritto di abbandonare il posto di lavoro senza dover temere conseguenze negative per il proprio rapporto lavorativo. La legge riconosce ai dipendenti il diritto di avanzare proposte per migliorare la salute e la sicurezza del lavoro all'interno dell'azienda. Essi possono inoltre sporgere reclamo presso gli organi di vigilanza competenti a condizione che abbiano già denunciato al proprio datore di lavoro le situazioni di mancato rispetto delle prescrizioni di protezione senza che questi vi abbia posto rimedio.

Che cosa si deve fare?

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 in questo contesto il ruolo dei lavoratori, a cui chiede 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, apparecchi e impianti tecnici. I dipendenti sono inoltre tenuti ad osservare e a rispettare anche le norme comportamentali stabilite dal datore di lavoro. In caso di problemi di salute sul luogo di lavoro, i lavoratori possono chiedere interventi di prevenzione medica.

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 impone al datore di lavoro l'obbligo di avvalersi della consulenza di personale specializzato in tutte le materie relative alla prevenzione e alla sicurezza del lavoro, ivi compresa un'organizzazione umana e dignitosa dei processi lavorativi. Tra i compiti degli esperti nel campo della prevenzione rientra, ad esempio, la prestazione di una consulenza completa su tutta la gamma dei fattori rilevanti per la salute e la sicurezza sul posto di lavoro. Il loro ruolo si manifesta già al momento della progettazione degli impianti aziendali, riguarda poi il reperimento degli strumenti di lavoro e la configurazione delle postazioni di lavoro e include inoltre la consulenza al datore di lavoro in sede di valutazione delle condizioni lavorative. Ai medici aziendali spetta anche il compito di sottoporre a visita medica i lavoratori e di assisterli nei termini richiesti dalla medicina del lavoro. La Legge sulla sicurezza del lavoro è ulteriormente concretizzata dalle norme antinfortunistiche emanate dagli enti assicurativi contro gli infortuni istituiti per legge (a.e. dagli enti mutualistici di categoria contro gli infortuni sul lavoro o Berufsgenossenschaften nel settore industriale). La normativa per la prevenzione degli infortuni "Medici aziendali e addetti alla sicurezza del lavoro" (Regolamento sugli enti mutualistici di categoria A 2, dall'1 gennaio 2011; Norma 2 Assicurazione sociale tedesca contro gli infortuni) ha permesso l'emanazione di regolamentazioni flessibili per le piccole imprese e le microimprese, basate sulle situazioni reali e sul loro effettivo potenziale di rischio. A partire dall'1 gennaio 2011 è stata ottimizzata l'assistenza prescritta dalla legge per le aziende con più di dieci dipendenti, che si compone ora di un'assistenza di base con tempi d'intervento fissi e un'assistenza personalizzata che può essere modulata con precisione in funzione delle esigenze del singolo sito lavorativo. I mansionari

coprono anche problematiche d'attualità. Gli enti mutualistici di categoria sono stati coinvolti nel lavoro di riforma del Regolamento sugli enti assicurativi contro gli infortuni che ha prodotto le prime prescrizioni antinfortunistiche comuni agli enti mutualistici di categoria contro gli infortuni sul lavoro e alle Casse infortuni.

Legge sull'orario di lavoro

La Legge sull'orario di lavoro fissa la durata massima del lavoro giornaliero e stabilisce le pause minime obbligatorie, nonché i periodi minimi di riposo dopo il lavoro. In tal modo essa assicura la tutela della salute, proteggendo in particolare chi presta lavoro notturno. Esiste inoltre un divieto generale di svolgere qualunque attività lavorativa la domenica e i giorni festivi, a cui si può tuttavia derogare a determinate condizioni.

Legge sulla salute e la sicurezza del lavoro minorile

Questa normativa tutela i bambini e gli 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 il periodo di ferie annuali obbligatorie. Il Regolamento di tutela del lavoro minorile elenca le attività non faticose e adeguate ai bambini di età superiore ai 13 anni ed agli adolescenti ancora pienamente soggetti all'obbligo scolastico che questi possono esercitare in via eccezionale.

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 delle attrezzature e dei prodotti

La Legge sulla sicurezza delle attrezzature e dei prodotti e i suoi regolamenti accessori mirano ad assicurare che in Germania si possano commercializzare e vendere soltanto prodotti innocui per la salute. La Legge costituisce inoltre la norma di recepimento nell'ordinamento nazionale di atti giuridici europei che permettono la libera circolazione all'interno del territorio comunitario solo a prodotti sicuri.

Tutti coloro che commercializzano prodotti destinati al consumo e strumenti tecnici di produzione - fabbricanti, importatori e anche commercianti - devono garantirne l'innocuità e assicurarsi che i prodotti da loro fabbricati e immessi sul mercato non mettano a repentaglio la sicurezza e la salute degli utilizzatori.

Regolamento sulle visite mediche preventive sul lavoro

La medicina del lavoro preventiva permette di sensibilizzare i singoli lavoratori sulle interazioni tra lavoro e salute tramite una consulenza adeguata e costituisce un importante complemento agli interventi di prevenzione di natura tecnica e organizzativa nel quadro di una strategia di prevenzione volta ad evitare le malattie professionali e a mantenere l'occupabilità dei singoli individui. Il nuovo regolamento definisce gli obblighi dei datori di lavoro e dei medici, garantisce il rispetto dei diritti dei dipendenti, stabilisce chiaramente le situazioni in cui si impongono visite obbligatorie o si propongono visite facoltative e amplia il diritto dei lavoratori di sottoporsi a visite preventive di propria spontanea volontà. Il regolamento sancisce altresì la separazione di principio tra visite di prevenzione e visite di verifica dell'idoneità a svolgere un'attività lavorativa, ammissibili solo nel rispetto dei principi della normativa sulla privacy e del diritto del lavoro. Il regolamento intende promuovere settori non ancora sufficientemente considerati, quali a.e. i disturbi muscolo-scheletrici, riservando un ruolo centrale alla nuova Commissione per la medicina del lavoro.

Tra i compiti di questa Commissione si annovera tra l'altro l'elaborazione di norme in sintonia con l'evoluzione della medicina del lavoro e di raccomandazioni per la prevenzione aziendale, oltre che l'attuazione pratica del regolamento.

Regolamento sull'utilizzo dei DPI

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

Regolamento sulla movimentazione dei carichi

La normativa contiene prescrizioni sulla sicurezza e la tutela della salute nei casi di movimentazione manuale di carichi che espongono gli addetti a rischi specifici, in particolare a lesioni dorso-lombari. Il datore di lavoro è esortato ad evitare il sollevamento di carichi, se però questo non è possibile egli 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 che gli consente di individuare le misure di prevenzione più adeguate.

Regolamento sui cantieri

Gli strumenti creati con il Regolamento sulla sicurezza e sulla tutela della salute nei cantieri (Baustellenverordnung) 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 della nuova normativa sono il preavviso, il piano di sicurezza e di prevenzione e la nomina di un coordinatore. Con tali misure si intende pianificare e coordinare in maniera più efficace lo svolgimento di lavori edilizi in modo tale da poter riconoscere per tempo i fattori di rischio da eliminare.

Regolamento sul lavoro su videoterminali

Si tratta delle norme necessarie a proteggere i lavoratori che utilizzano i videoterminali in modo sistematico e abituale. Tutti i datori di lavoro sono tenuti a rispettarle. Le disposizioni definiscono i requisiti minimi dei monitor, dell'ambiente e del posto di lavoro, nonché le caratteristiche dei software e dell'organizzazione del lavoro. Le norme contemplano inoltre l'offerta di un esame oculistico presso un medico specializzato.

Regolamento sulla sicurezza aziendale

L'utilizzo dei mezzi di produzione non può pregiudicare la salute e la sicurezza dei lavoratori. Per questo motivo, il Regolamento sulla sicurezza aziendale stabilisce obiettivi e disposizioni di protezione e definisce un intero catalogo di misure volte ad assicurare la protezione dei dipendenti e delle 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.

Regolamento sui luoghi di lavoro

Le norme stabiliscono le modalità di allestimento e di gestione dei luoghi di lavoro – quali fabbriche, officine, negozi, magazzini, uffici pubblici e aziendali - necessarie ad evitare qualsiasi rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori. Esse riguardano ad esempio le dimensioni, il microclima e l'illuminazione degli ambienti di lavoro.

Regolamento sulle sostanze pericolose

Il "Regolamento per la protezione dalle sostanze pericolose", nella sua versione riveduta del 2010, è uno strumento moderno e flessibile per la tutela dei lavoratori che operano a contatto con sostanze pericolose, in particolare con agenti chimici.

Il regolamento accorda al datore di lavoro, che conosce la situazione della sua azienda meglio di chiunque altro, un margine di manovra supplementare nell'adozione di provvedimenti preventivi concreti a livello aziendale. Le decisioni del datore di lavoro sono guidate dalle normative sulla

valutazione del rischio e da un programma di prevenzione graduale basato sull'entità del rischio. La delega di maggiori competenze al datore di lavoro è accompagnata da precise direttive procedurali. Nei casi in cui si presenta la necessità di chiarire ulteriormente le disposizioni del regolamento, interviene un organismo plurale: la precisazione di tali disposizioni è affidata al Comitato per le sostanze pericolose (Ausschuss für Gefahrstoffe – AGS) nel quadro delle cosiddette "Regole tecniche per le sostanze pericolose" (Technische Regeln für Gefahrstoffe – TRGS). L'effetto delle regole applicabili è detto presuntivo perché il loro rispetto consente di presupporre la piena conformità con il regolamento. Ciò nondimeno, il datore di lavoro ha la facoltà di optare liberamente per provvedimenti diversi da quelli sanciti da una Regola tecnica quando lo ritiene opportuno, adeguato e giustificabile.

Il regolamento è completato da numerosi allegati in cui si sanciscono norme alquanto dettagliate per settori particolari che richiedono un'attenzione specifica nel campo della prevenzione.

Regolamento sulle sostanze biologiche

Il Regolamento sulle sostanze biologiche istituisce un quadro normativo intersettoriale per la tutela dei lavoratori che operano a contatto con agenti biologici, cioè con microrganismi patogeni. Gli interventi per la protezione dalle infezioni e dagli effetti di sensibilizzazione o tossici sono stabiliti in base alla classificazione delle sostanze biologiche in 4 gruppi di rischio, indipendentemente dal rischio effettivo nel caso specifico.

Si stima che tali norme si applichino a 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. Per poter disciplinare gli svariati campi di applicazione tramite un unico regolamento, 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. La concretizzazione del regolamento è assicurata dalle Regole tecniche (Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe – TRBA) elaborate dalla Commissione per le sostanze biologiche (Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe – ABAS).

Temi come l'influenza aviaria o la nuova influenza (H1N1, "influenza suina") hanno portato al centro dell'attenzione la tutela dei lavoratori che operano a contatto con agenti patogeni.

Rumore e vibrazioni sul posto di lavoro

Il Regolamento sulle vibrazioni e sul rumore sul posto di lavoro (Verordnung zu Vibrationen und Lärm an Arbeitsplätzen – Lärm-VibrationsArbSchV) recepisce nella normativa 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 e migliorano così la salute e la sicurezza sul posto di lavoro.

Il Regolamento intende contrastare sia la sordità – una delle malattie professionali più diffuse - sia i disturbi muscolo-scheletrici e i disturbi neurologici dovuti alle vibrazioni intense e persistenti.

Regolamento sulle radiazioni ottiche artificiali

Il nuovo Regolamento per la protezione dei lavoratori dai rischi delle radiazioni ottiche artificiali (Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung) recepisce nella normativa nazionale la direttiva europea sulla salute e la sicurezza 2006/25/CE, che mira principalmente a proteggere i lavoratori dai rischi derivanti dalle 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, dell'esposizione alle radiazioni ottiche artificiali quali ad esempio ustioni termiche della cute, formazione di eritemi per effetto dei raggi UV, reazioni fototossiche, lesioni della cornea e della congiuntiva dell'occhio e lesioni termiche della retina. In caso di esposizione prolungata ai raggi UV o IR sussiste un rischio aggravato di cataratta. L'esposizione prolungata ai raggi UV può inoltre indurre alterazioni del genoma e per questo anche esposizioni minime possono causare danni tardivi sotto forma di carcinomi dell'epidermide.

Le radiazioni ottiche artificiali pericolose per la salute sono emesse in particolare durante i lavori di saldatura, la lavorazione del vetro e del quarzo, la produzione e la lavorazione dei metalli e durante l'utilizzo sempre più frequente dei raggi laser. L'esposizione a radiazioni ottiche da fonti artificiali (ad es. laser o radiazioni UV o IR) può causare gravi lesioni oculari e cutanee e minaccia così la salute e la sicurezza dei lavoratori in numerosi luoghi di lavoro. Le lesioni immediate si manifestano ad esempio sotto forma di ustioni cutanee e lesioni della cornea, della retina e della congiuntiva degli occhi. L'esposizione prolungata della cute a radiazioni UV intense può causare danni tardivi sotto forma di carcinomi dell'epidermide.

Gli interventi preventivi imposti dal Regolamento 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.

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 ricorrendo ai mezzi più appropriati. Per conformarsi a questi obblighi di legge, dopo aver svolto una valutazione obbligatoria delle necessità gli enti emanano norme antinfortunistiche giuridicamente vincolanti per i loro membri (imprese) e per gli assicurati. Il personale tecnico di vigilanza accerta l'osservanza di tutte le disposizioni in materia 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

Dal 1993 il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali promuove progetti pilota mirati 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 e nella definizione concreta delle condizioni di lavoro in azienda, mentre la pubblicazione e la divulgazione delle conoscenze acquisite nel corso dei progetti contribuiscono 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.

La priorità selezionata per il 2010 è stata "Cambiamenti demografici nell'edilizia". In questo contesto sono state elaborate e testate soluzioni pilota per il mantenimento e l'incentivazione della capacità lavorativa e dell'occupabilità dei lavoratori, che sono poi state attuate in modo duraturo come modelli pratici di riferimento.

Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro

L'"Iniziativa Nuova Qualità del Lavoro" (Initiative Neue Qualität der Arbeit – INQA) è una cooperazione di Federazione, Länder, parti sociali, enti previdenziali, fondazioni e altri partner, lanciata nel 2002 dal Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali, che vede la partecipazione di circa 1500 aziende all'attività dei propri gruppi di lavoro e ai propri progetti. Gli iniziatori dell'Iniziativa si sono prefissi l'obiettivo comune di aiutare aziende e lavoratori a conciliare l'interesse dei lavoratori di operare in condizioni convenienti e sane con l'interesse delle aziende di potenziare la propria competitività e la propria capacità innovativa, e hanno concordato una piattaforma politica comune.

La ragione principale che ha indotto il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali a costituire l'iniziativa è da ricercarsi tra l'altro nella Strategia di Lisbona: se l'Europa vuole rimanere anche in futuro un'economia competitiva, la sua capacità di competere dovrà infatti essere assicurata da un numero minore di lavoratori più anziani. Mantenere e migliorare l'occupabilità di un numero possibilmente elevato di lavoratori contribuisce inoltre ad assicurare che il nostro sistema previdenziale rimanga finanziabile.

Le sfide causate dai cambiamenti demografici per il mondo del lavoro sono il principale campo di intervento dell'INQA e un ambito in cui si possono ottenere risultati notevoli promuovendo una cultura aziendale che tenga conto delle esigenze dei lavoratori. In questo contesto si iscrivono anche gli esempi di buone pratiche per una migliore conciliabilità della vita lavorativa con la vita familiare. L'INQA concentra in proprio impegno su alcuni comparti che presentano condizioni di lavoro particolarmente gravose, ad esempio l'edilizia e l'assistenza ai non autosufficienti, ed ha inoltre

lanciato un dibattito sul futuro del lavoro sensibilizzando l'opinione pubblica rispetto ai desideri e alle esigenze di cambiamento in vista del mondo del lavoro di domani.

Informazioni

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

Nelle regioni federali esistono enti con competenze specifiche in materia di tutela del lavoro: gli Uffici di protezione del lavoro e gli Ispettorati del lavoro.

Dispongono di Uffici tecnici di sorveglianza anche gli enti antinfortunistici.

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.

L'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 0180 32 14321 (9 cent/minuto dalla rete fissa).

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 agricolo e dagli enti antinfortunistici del il pubblico impiego (Unfallkassen, Landesunfallkassen, Gemeindeunfallversicherungsverbände).

Chi è assicurato?

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

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni tutela inoltre

- gli agricoltori,
- i bambini che frequentano la scuola materna o l'asilo nido o assistiti durante la giornata da idoneo personale retribuito,
- gli scolari e gli studenti,
- 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.

Se non sono soggetti all'obbligo assicurativo in forza della legislazione vigente o di altre disposizioni statutarie i datori di lavoro, i lavoratori autonomi e i liberi professionisti possono assicurarsi a titolo volontario insieme al coniuge che compartecipa alla loro attività. Ai dipendenti statali si applicano particolari regolamenti di previdenza infortunistica.

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. Essa provvede inoltre alla prevenzione degli infortuni sul lavoro, delle malattie edei rischi di origine professionale.

In caso di sinistri, infortuni o malattie professionali essa eroga

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

Importante

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni si fa carico della responsabilità civile dell'impresa nei confronti dei suoi dipendenti (istituto chiamato anche affrancamento dell'impresa dalla responsabilità civile) ed eroga quindi le prestazioni previste indipendentemente dall'origine dell'episodio lesivo.

In linea di massima, l'assicurato fruisce della copertura assicurativa per tutta la durata dell'attività professionale, ivi incluso 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.

Agli assicurati spettano tra l'altro:

Cure mediche

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 presidi terapeutici, nonché i ricoveri ospedalieri o in centri di riabilitazione.

Per questi trattamenti, che sono concessi a prescindere dalla loro durata, non è richiesta né la partecipazione alle spese farmaceutiche o ai costi di rimedi e presidi terapeutici (ticket), né il pagamento di diritti ambulatoriali.

Indennità per inabilità temporanea assoluta

L'importo di questa indennità, a 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 ed è corrisposto nella misura in cui e fintantoché si continua a non percepire la retribuzione. La prestazione 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, a causa di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale, non può più svolgere come prima la propria attività lavorativa. Le prestazioni mirano essenzialmente alla conservazione del vecchio posto di lavoro o al conseguimento di una nuova occupazione. Quando non è possibile realizzare questi obiettivi, l'assicurato ha diritto ad una riqualificazione o ad una nuova formazione professionale. Durante il percorso formativo l'assicurato ha diritto a un'indennità di transizione, da cui viene detratta la retribuzione lavorativa eventualmente percepita nello stesso arco di tempo.

Prestazioni per la partecipazione alla vita sociale e prestazioni integrative

Si tratta di strumenti che comprendono in particolare sussidi per l'automezzo, l'abitazione, la collaboratrice domestica, la consulenza psico-sociale e la riabilitazione sportiva. Quando la gravità e la tipologia delle complicanze delle lesioni lo richiedono, tali prestazioni sono considerate equivalenti ad interventi terapeutici e/o volti a favorire la partecipazione alla vita lavorativa.

Pensione agli assicurati

La pensione spetta agli assicurati che, a causa di un infortunio o di una malattia professionale, hanno perso 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/conviventi in un'unione di fatto o familiari che lavorano nell'azienda, per cui la riduzione della capacità lavorativa deve ammontare almeno al 30 per cento). L'ammontare della pensione è calcolato in base al grado di invalidità riportato e alla retribuzione dei 12 mesi precedenti il sinistro.

Importante

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

Indennità d'assistenza

Gli assicurati non più autosufficienti a causa di un evento lesivo possono ricevere, oltre alla pensione infortunistica, anche prestazioni assistenziali o un'indennità di assistenza e, se del caso, anche un'assistenza domiciliare.

Assegno funerario

I familiari di un assicurato deceduto a causa di un sinistro hanno diritto a un assegno funerario pari a un settimo del valore di riferimento vigente al momento dell'evento (tale valore corrisponde alla media retributiva del regime pensionistico pubblico).

Rendita ai superstiti

Fino all'eventuale contrazione di nuovo matrimonio l'assicurazione contro gli infortuni versa ai coniugi degli assicurati deceduti a causa dell'evento lesivo una rendita il cui ammontare 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 avviene prima dell'1 gennaio 2012, oppure
- è parzialmente o completamente inabile al lavoro/alla professione, oppure
- deve allevare un bambino avente diritto alla pensione degli orfani.

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

Agli aventi diritto senza figli e che hanno compiuto i 45 (o, nella fattispecie, i 47) anni di età al momento del decesso del coniuge è versato annualmente e per due anni consecutivi il 30 per cento della retribuzione annua del defunto.

La rendita è corrisposta per un periodo di tempo illimitato fino a contrazione di eventuale nuovo matrimonio nel caso di coppie coniugate prima dell'1 gennaio 2002 di cui almeno uno dei coniugi avesse già compiuto i 40 anni al momento del matrimonio..

Importante

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

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 se hanno perso solo un genitore, e pari al 30 per cento della retribuzione annua se hanno perso ambedue i genitori. La pensione degli orfani è concessa anche oltre i 18 anni e 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
- è disabile per motivi fisici o psichici e non è in grado di sostentarsi.

Come per la rendita ai superstiti, anche dalla pensione agli orfani è detratto il 40 per cento del reddito proprio degli orfani maggiorenni, ferma restando la quota esente indicizzata.

Importante

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

Liquidazione pensionistica

Nelle situazioni in cui non è prevedibile un miglioramento della riduzione della capacità lavorativa (Minderung der Erwerbsfähigkeit, MdE) può essere richiesta la liquidazione in delle prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni un'unica soluzione. 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. In seguito a 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. L'importo della liquidazione è calcolato in base alla formula stabilita dal Regolamento 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 è stata ridotta di più del 40 per cento dall'evento lesivo possono invece presentare domanda di liquidazione della metà dell'importo pensionistico spettante loro in un decennio. In questi casi non è richiesto 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 la metà della pensione. A partire dall'inizio dell'undicesimo anno l'assicurazione riprende a erogare l'intero importo dovuto.

Finanziamento

Gli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro, in quanto gestori dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni nel settore industriale ed agricolo, sono finanziati dai contributi delle aziende. Gli enti assicurativi contro gli infortuni sul lavoro del settore agricolo ricevono inoltre un finanziamento federale. L'importo dei contributi dipende dal volume annuo delle retribuzioni dei dipendenti e dal grado di rischio a cui sono esposti.

I lavoratori dipendenti, gli scolari, gli studenti universitari, ecc. non sono tenuti a versare alcun contributo.

Leggi

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

- il tomo IX del Codice di Previdenza Sociale,
- il Regolamento sulle malattie professionali (Berufskrankheiten-Verordnung).

Informazioni

Per ulteriori informazioni si prega di rivolgersi agli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro e agli enti antiinfortunistici del settore pubblico (ad esempio, le Associazioni comunali per l'assicurazione contro gli infortuni). Come servizio al cittadino, gli enti antiinfortunistici del settore pubblico forniscono informazioni di carattere generale al numero di telefono unico 0800 6050404: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00 questa linea verde risponde a domande sugli infortuni sul lavoro, gli infortuni in itinere e le malattie professionali.

Dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ci si può inoltre rivolgere al numero 01805 67 67 11 (14 cent/minuto dalla rete fissa), la linea dei cittadini del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali.

Si possono trovare informazioni anche su internet, ad esempio sul sito

Che 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 denunciati immediatamente a chi di dovere: 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 notifica all'Ente antiinfortunistico competente.

www.dguv.de

Forniscono informazioni sulla tutela assicurativa generale contro gli infortuni anche gli opuscoli

- Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert im freiwilligen Engagement (n. d'ordine A 329)
- Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen (n. d'ordine A 401)
- Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert in der Schule (n. d'ordine A 402),

pubblicati dal Ministero Federale del Lavoro e degli Affari sociali, che possono essere richiesti all'indirizzo Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53108 Bonn

Riabilitazione e partecipazione dei disabili **(Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)**

La riabilitazione è quell'insieme di interventi che permettono l'integrazione sociale delle persone disabili. Nella Repubblica Federale Tedesca nessuno deve sentirsi escluso: a tutte le persone disabili o a rischio di disabilità, e quindi bisognose di particolari attenzioni, spettano prestazioni per la riabilitazione e per la partecipazione, indipendentemente dalla causa delle loro disabilità. Questo aiuto può essere reso necessario da lesioni causate dalla guerra, da un incidente stradale o da un infortunio sul lavoro. Necessitano di particolare assistenza anche le persone strappate dal loro ambiente professionale a causa di una malattia o da sintomi di logoramento, nonché – naturalmente – tutti coloro che sono disabili fin dalla nascita.

Il tomo IX del Codice di Previdenza Sociale – Riabilitazione e partecipazione delle persone disabili –, entrato in vigore l'1 luglio del 2001, ha disciplinato la materia in modo perfettamente chiaro: come i Tomi I, IV e X del CPS, anche il tomo IX coordina infatti con efficaci norme trasversali le diverse categorie di prestazioni erogate in questo ambito. In primo piano non si trova più l'assistenza ai disabili o alle persone a rischio di disabilità, bensì la loro partecipazione autonoma alla vita sociale e l'abbattimento di tutte le barriere alla parità.

Le norme della legislazione sociale (IX CPS) mirano a raggiungere tale obiettivo facendo leva su prestazioni mediche, professionali e sociali tempestive, efficaci, economiche e durevoli, definite "prestazioni per la partecipazione". Nella misura del possibile, i disabili e le persone a rischio di disabilità possono così identificare autonomamente e sotto propria responsabilità le loro esigenze effettive.

Presso il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali è stata istituita una linea telefonica diretta a disposizione dei cittadini. Al numero 01805/6767-15 - per i non udenti e le persone con danni uditivi al numero 01805/6767-16 (telescrivente) - si ottengono informazioni sui temi della disabilità dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00. (0,14 euro/minuto dalla rete fissa). Negli stessi giorni, ma dalle ore 14.00 alle ore 18.00, è disponibile anche la linea telefonica in linguaggio gestuale. Per la comunicazione è richiesto un terminale VoIP videocompatibile in grado di supportare lo standard SIP (videotelefono IP) o un PC con software adeguato (Softclient o Softphone).

Prestazioni / Requisiti

Hanno diritto a beneficiare degli aiuti i disabili fisici, mentali o psichici e le persone minacciate da analoghe disabilità. Tali aiuti possono risultare necessari ad esempio

- 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.

Gli aiuti mirano ad assicurare ai disabili un posto adeguato all'interno della società e, in particolare, a consentire una partecipazione alla vita lavorativa confacente alle loro inclinazioni e capacità.

Prestazioni per la partecipazione

Si può beneficiare dei seguenti aiuti:

Prestazioni per la riabilitazione medica

Le prestazioni per la riabilitazione medica comprendono tra l'altro

- trattamento medico e dentistico,
- medicinali e materiale di medicazione,
- rimedi, inclusa l'ortofonia e l'ergoterapia,

- presidi terapeutici, incluse le modifiche, la riparazione, la fornitura di pezzi di ricambio, 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 da servizi specializzati e comprendono all'occorrenza anche il vitto e l'alloggio.

Prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa

Le prestazioni che permettono di prendere parte alla vita lavorativa includono tra l'altro

- aiuti per il mantenimento o l'ottenimento di un posto di lavoro, incluse le prestazioni di consulenza e di intermediazione, i corsi di addestramento e gli aiuti alla mobilità,
- preparazione professionale, inclusa la formazione di base resa necessaria dalla disabilità (ad esempio per i non vedenti),
- adattamento, formazione e aggiornamento professionale, incluso il conseguimento del diploma scolastico necessario per accedere a corsi di perfezionamento,
- ulteriori incentivi alla promozione della partecipazione alla vita lavorativa che consentono ai disabili di esercitare e conservare un'attività dipendente adeguata e appropriata o una professione autonoma.

Dal 2004 i datori di lavoro sono tenuti a proporre una gestione aziendale dell'inserimento (Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM) ai dipendenti ammalati per un lungo periodo allo scopo di ripristinarne ed assicurarne in modo duraturo l'occupabilità e di evitare così che perdano il posto di lavoro.

La scelta delle prestazioni che permettono la partecipazione alla vita lavorativa deve considerare non solo l'idoneità, le inclinazioni e l'attività esercitata dal disabile, ma anche la situazione e l'evoluzione del mercato del lavoro. Le prestazioni erogate comprendono le spese di vitto e alloggio quando i disabili, per poter usufruire degli aiuti, sono costretti a soggiornare in un luogo diverso dalla propria residenza o da quella dei loro genitori. Tale necessità può essere imputabile alla tipologia e alla gravità della disabilità o costituire un presupposto determinante per il buon esito delle prestazioni di cui sopra.

Prestazioni per la partecipazione alla vita sociale

Esse comprendono ad esempio

- prestazioni pedagogiche di insegnamento differenziato per bambini in età prescolare,
- aiuti volti a promuovere la comunicazione con l'ambiente circostante,
- aiuti volti a consentire una vita indipendente in alloggi assistiti,
- aiuti volti a permettere la partecipazione alla vita sociale e culturale.

Prestazioni per assicurare il sostentamento e altre prestazioni integrative

A seconda dell'ente erogatore delle prestazioni, per assicurare il sostentamento durante gli interventi di riabilitazione medica si ha generalmente diritto all'indennità di malattia, all'indennità assistenziale di malattia, all'indennità per i feriti o all'indennità di transizione. L'indennità di malattia equivale 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 che si sarebbe percepita nello stesso periodo. L'assicurazione di invalidità e vecchiaia invece, concede un'indennità di transizione che ammonta al 75 per cento o al 68 per cento dell'ultima retribuzione netta, in funzione della situazione familiare del beneficiario.

Anche nel quadro delle prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa si percepisce generalmente un'indennità di transizione dello stesso importo. Quando l'erogazione delle prestazioni compete all'Agenzia Federale del lavoro, questa concede un'indennità di transizione o di sostentamento a condizione che si possano dimostrare determinati periodi di contribuzione all'assicurazione contro la disoccupazione. In particolari circostanze l'Agenzia Federale del lavoro eroga anche un'indennità di formazione per la formazione professionale iniziale di giovani e di giovani adulti disabili. Le persone disabili bisognose di assistenza, ma abili al lavoro, beneficiano delle prestazioni per il sostentamento ai sensi della legislazione sociale (II CPS).

Budget individuale

Per permettere alle persone disabili e bisognose di assistenza di condurre una vita possibilmente autonoma e autosufficiente, invece di singole prestazioni in natura possono essere erogate su richiesta anche prestazioni pecuniarie, regolari o straordinarie, o buoni equivalenti destinati all'organizzazione autonoma e al pagamento dei servizi necessari. Il budget individuale può 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 definivano i budget individuali a loro discrezione, a partire dall'1 gennaio 2008 il diritto di percepirli è sancito e disciplinato per legge.

Strutture

Centri di formazione professionale

Si tratta di istituzioni interaziendali e interregionali che offrono percorsi di preparazione alla professione e di formazione professionale ai giovani disabili. In questi centri i giovani che necessitano di un'assistenza particolare sono seguiti da operatori competenti e da servizi ausiliari (a.e. medici, psicologi e pedagogisti) 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 un mestiere o un'attività corrispondente alla loro formazione. Sono aziende di servizi del terzo settore che trasmettono e consolidano competenze personali e professionali grazie all'intervento di operatori specializzati e di servizi ausiliari (a.e. medici, psicologi).

Centri di addestramento professionale

Si tratta di strutture specializzate nella promozione della partecipazione dei disabili psichici che perseguono il dichiarato obiettivo di identificare prospettive professionali realistiche, di reinserirli sul mercato del lavoro o di stabilizzarli per una successiva riqualificazione/formazione oppure per riprendere la vita lavorativa. I centri di addestramento professionale dispongono di postazioni di lavoro in linea con le esigenze e le condizioni vigenti in azienda.

Istituti per la riabilitazione medico-professionale

Si tratta di strutture di riabilitazione per malattie o tipologie particolari di disabilità che attuano interventi di riabilitazione medica e promuovono la partecipazione alla vita lavorativa nel quadro di una procedura composta di varie fasi correlate (cosiddetta Fase II). Nei Länder occidentali esistono oggi 23 strutture associate alla Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen e.V. (Fase II).

Laboratori protetti per disabili

Si tratta di strutture in cui si assicura un'adeguata formazione professionale e un'occupazione ai disabili che ancora non possono inserirsi nel mercato del lavoro convenzionale a causa di una particolare disabilità grave. I laboratori consentono di sviluppare, accrescere o riacquisire l'efficienza personale e di percepire una retribuzione.

Importante

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

Regimi particolari per i disabili

Le persone a cui è stato riconosciuto un grado di disabilità del 50 per cento (generalmente accertato dall'ufficio di assistenza) hanno diritto ad una particolare tutela sul posto di lavoro: sono innanzitutto protette dal licenziamento da parte del datore di lavoro e, se la disabilità è grave, beneficiano di giornate supplementari di ferie retribuite (di regola 5 giorni lavorativi).

Tutti i datori di lavoro pubblici e privati con più di 20 dipendenti devono riservare ai disabili gravi il 5 per cento dei posti di lavoro disponibili. La quota minima di posti riservati è del 6 per cento presso i datori di lavoro pubblici che fanno capo alla Federazione. Ai fini del conteggio del numero di posti di lavoro riservati non si considerano i posti di apprendistato. Nel computo del numero di disabili occupati, un apprendista gravemente disabile equivale a due posti riservati. L'Agenzia del lavoro può inoltre equiparare un disabile grave ad un massimo di tre posti riservati se la sua integrazione nella vita lavorativa risulta particolarmente difficile.

Per ogni posto obbligatoriamente riservato, ma non occupato da disabili gravi è riscosso un prelievo di compensazione progressivo pari a

- 105 euro mensili per quote di attuazione tra il 3 per cento e il 5 per cento,
- 180 euro mensili per quote di attuazione tra il 2 per cento e il 3 per cento,
- 260 euro mensili per quote di attuazione inferiori al 2 per cento.

Nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche che occupano in via provvisoria almeno cinque disabili gravi, questi eleggono una loro rappresentanza (portavoce dei disabili) incaricata di promuovere l'inserimento nell'azienda o nel luogo di servizio e di difendere i loro interessi.

Per poter assicurare ai disabili gravi un posto adeguato e stabile, in casi particolari si deve ricorrere ad aiuti integrativi che completano le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa. In questi casi l'Agenzia Federale del lavoro e l'Ufficio per l'integrazione erogano particolari prestazioni finanziarie, ad esempio, per adattare un impianto produttivo o per adeguare la postazione di lavoro alle esigenze del disabile.

I disabili gravi possono inoltre chiedere prestazioni compensative della loro penalizzazione, che sono tuttavia riconosciute solo in presenza di particolari condizioni di salute. Tra le prestazioni compensative rientrano

- le agevolazioni fiscali (in modo particolare l'importo forfetario di disabilità),
- il trasporto gratuito con i mezzi pubblici,
- le agevolazioni sulla tassa di circolazione,
- l'agevolazione sui parcheggi e
- l'esenzione dall'obbligo di abbonamento radiotelevisivo.

Tessera attestante una disabilità grave

Su richiesta, l'Ufficio di assistenza competente può rilasciare una tessera di disabilità grave che attesta la disabilità e consente di beneficiare delle prestazioni compensative. Vagliando le richieste di tessera di disabilità l'Ufficio di assistenza competente accerta 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 riduzione della mobilità nel traffico stradale e consente al disabile di viaggiare gratuitamente sui mezzi di trasporto pubblico o di pagare una tassa di circolazione ridotta.

Viaggi gratuiti sulla rete dei trasporti pubblici locali

Viaggiano gratuitamente sui mezzi di trasporto pubblici le persone disabili la cui mobilità nel traffico stradale è notevolmente compromessa, le persone indifese e i non udenti. In questi casi basta esibire la tessera di disabile adeguatamente contrassegnata. La gratuità si applica ai viaggi in tram, in autobus, in metropolitana (S-Bahn e U-Bahn) e in treno (2° classe) quando la società ferroviaria fa parte di un consorzio di trasporti e accetta il biglietto di detto consorzio.

I viaggi gratuiti con i mezzi di trasporto della Deutsche Bahn e delle sue affiliate sono limitati ai tragitti di 2° classe fino ad una distanza di 50 km dalla propria abitazione. I supplementi obbligatori vanno corrisposti.

Si può beneficiare delle prestazioni gratuite della Deutsche Bahn e delle sue affiliate quando la tessera di disabilità è munita di un bollino e dell'indicazione del percorso. Il bollino può essere acquistato presso l'Ufficio di assistenza al prezzo di 60 EUR all'anno o di 30 EUR per sei mesi. Su richiesta, i non vedenti, le persone indifese e i disabili a basso reddito possono ricevere gratuitamente un bollino valido per un anno. Questa forma di esenzione è riconosciuta anche agli invalidi di guerra. In caso di comprovata necessità di un accompagnamento continuo, l'accompagnatore viaggia gratuitamente anche sulle tratte di lungo percorso.

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 se risulta indispensabile per l'ottenimento o il mantenimento di un posto di lavoro e permette al il disabile di richiedere prestazioni finalizzate all'integrazione alla vita lavorativa, ad esclusione delle ferie supplementari e del trasporto gratuito.

Competenze

Nel sistema di previdenza sociale tedesco ogni ente, oltre ad assolvere i suoi compiti specifici, si occupa di un particolare settore riabilitativo:

- l'assicurazione sanitaria fornisce ai suoi assistiti prestazioni per la riabilitazione medica mediante le seguenti istituzioni:
 - Cassa malattia locale,
 - Cassa malattia aziendale,
 - Cassa malattia corporativa,
 - Cassa malattia della gente di mare,
 - Cassa malattia degli impiegati e cassa malattia ausiliaria dei lavoratori,
 - Cassa mutua federale dei minatori, cassa malattia degli agricoltori.
- gli enti pensionistici erogano ai loro assistiti prestazioni di riabilitazione e per la partecipazione alla vita lavorativa tramite
 - l'Ente pensionistico della Federazione tedesca,
 - le Sedi regionali dell'Ente pensionistico tedesco,
 - l'Ente pensionistico tedesco dei minatori, dei ferrovieri e della gente di mare.
- 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 sociale tramite
 - gli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro dell'industria,
 - gli enti assicurativi di categoria contro gli infortuni sul lavoro dell'agricoltura,
 - gli enti antinfortunistici del pubblico impiego (Unfallkassen,
 - Landesunfallkassen, Gemeindeunfallversicherungsverbände).
- in caso di pregiudizio alla salute gli enti competenti in materia di risarcimento sociale offrono, ad esempio agli invalidi di guerra e del servizio militare, prestazioni per la riabilitazione medica e per la partecipazione alla vita lavorativa e sociale tramite
 - gli enti assistenziali competenti territorialmente,
 - gli Uffici sociali competenti territorialmente o gli Uffici sociali federali.

Gli Uffici d'integrazione offrono ulteriori aiuti quando i disabili gravi o le persone disabili ad essi equiparate incontrano difficoltà di natura occupazionale, in particolare riconoscendo agevolazioni finanziarie ai datori di lavoro per promuovere l'attività dei disabili gravi.

- in assenza di altri enti competenti, le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa sono a carico dell'Agenzia Federale del lavoro che collabora con le direzioni regionali e le Agenzie del lavoro locali. Ai sensi della legislazione sociale (II CPS) le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa delle persone abili al lavoro o in cerca di un'occupazione e bisognose di aiuto sono erogate dagli enti competenti per il minimo individuale.
- in assenza di altri enti competenti, in tutti i settori della riabilitazione e della partecipazione

intervengono gli erogatori del sussidio sociale e l'Ufficio di assistenza ai minori. In questo caso gli enti a cui rivolgersi sono innanzitutto gli Uffici di assistenza e gli Uffici dei minori delle città e dei comuni.

Spesso per i non addetti ai lavori è difficile identificare gli enti competenti per ogni singola prestazione. Per evitare che i disabili ne risultino penalizzati, gli enti di riabilitazione sono pertanto chiamati a una stretta collaborazione. Gli enti di quasi tutte le circoscrizioni amministrative e le città che non fanno parte di circoscrizione hanno inoltre istituito "sportelli unici" per fornire informazioni sulle competenze, i requisiti per l'accesso alle prestazioni e le procedure amministrative di tutti gli enti competenti e assistere gli interessati nella presentazione delle richieste. La creazione degli sportelli unici facilita il coordinamento dei servizi, erogati in prossimità del luogo di residenza, e permette di aiutare le persone disabili o minacciate da disabilità con un unico interlocutore. Per soddisfare rapidamente e con la necessaria attenzione personale le esigenze dei cittadini, gli enti sono inoltre tenuti ad accertare in via definitiva le competenze entro quattordici giorni dalla presentazione delle domande.

Uffici di assistenza (Versorgungsämter) e Uffici d'integrazione (Integrationsämter)

I compiti indicati dal tomo IX del Codice di Previdenza Sociale devono essere svolti, tra gli altri, dagli Uffici di assistenza, dall'amministrazione del lavoro e dagli Uffici d'integrazione. Gli Uffici di assistenza accertano la disabilità, il suo grado e la presenza degli eventuali requisiti medici richiesti per aver diritto alle prestazioni compensative della situazione di svantaggio e rilasciano inoltre le tessere di riconoscimento dei disabili gravi. L'Agenzia Federale del lavoro promuove l'assunzione dei disabili gravi e vigila sul rispetto dell'obbligo di assunzione. Gli uffici di integrazione, infine, si occupano della tutela specifica contro i licenziamenti ingiustificati, dei sostegni per la vita lavorativa e professionale e della riscossione del prelievo di compensazione.

Leggi

I fondamenti giuridici più importanti si trovano

- nel Codice di Previdenza Sociale (Sozialgesetzbuch),
- nella Legge federale sulle pensioni (Bundesversorgungsgesetz),

Informazioni

Un elemento centrale del tomo IX del Codice di Previdenza Sociale è l'obbligo imposto agli enti di riabilitazione di istituire centri di assistenza collettivi a livello locale per offrire una consulenza e un'assistenza integrate e indipendenti.

Tali centri sono tenuti ad esempio a

- fornire informazioni sulle prestazioni degli enti di riabilitazioni e sui requisiti per accedervi,
- aiutare gli interessati nella fase di identificazione del fabbisogno riabilitativo,
- accertare a quale ente compete la riabilitazione,
- assistere nella formulazione delle richieste,
- ricevere e trasmettere le domande agli enti di riabilitazione,
- preparare la decisione del caso,
- presentare il caso in modo possibilmente definitivo,
- fornire aiuto sino alla decisione dell'ente competente, ma anche coordinare e mediare tra i diversi enti di riabilitazione.

Importante

Ogni ente di riabilitazione è tenuto ad accettare la richiesta (informale) di prestazioni per la riabilitazione e la partecipazione alla vita lavorativa e a farla pervenire all'ufficio responsabile, anche quando tale richiesta non è di sua competenza. È l'ente di riabilitazione a cui è inoltrata la richiesta ad adottare le decisioni del caso. In via eccezionale è ipotizzabile un nuovo inoltro della richiesta, ma solo a condizione che sia stata appurata l'effettiva disponibilità di un altro ente a deciderne l'esito.

L'iniziativa „Lavoro senza barriere” (Jobs ohne Barrieren)

“Jobs ohne Barrieren” è l’iniziativa per la formazione professionale e l’occupazione delle persone disabili e per la prevenzione aziendale che il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali coordina dalla metà del 2004 in collaborazione con vari partner – datori di lavoro, sindacati, associazioni e organizzazioni di disabili, Agenzia Federale del lavoro, Uffici di integrazione, Enti di riabilitazione, servizi e strutture di riabilitazione, Comitato consultivo per la partecipazione delle persone disabili e altre organizzazioni. Questa iniziativa intende migliorare la realizzazione delle opportunità di partecipazione alla vita lavorativa e di integrazione nel mercato del lavoro primario delle persone disabili e gravemente disabili. Infatti, anche se negli ultimi tempi l’integrazione professionale dei disabili e dei disabili gravi è nettamente migliorata, la loro situazione sul mercato del lavoro non protetto continua a restare insoddisfacente.

Negli anni scorsi il Governo federale e il legislatore hanno innanzitutto definito un quadro giuridico idoneo ad assicurare ai disabili gravi pari opportunità di partecipazione alla vita lavorativa tenendo conto del mutamento del mercato del lavoro.

Per stimolare un effettivo miglioramento della partecipazione dei disabili e dei disabili gravi alla vita lavorativa, il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali coordina l’iniziativa per la formazione professionale e l’occupazione dei disabili e per la prevenzione aziendale “job – Lavoro senza barriere”.

L’iniziativa “job” ha permesso di diffondere informazioni sia sulle norme giuridiche che disciplinano la promozione della formazione professionale e dell’occupazione delle persone disabili e gravemente disabili, sia sulla prevenzione aziendale e ha così consentito di presentare modelli esemplari di attuazione per realizzare all’interno delle aziende e nelle sedi di servizio di datori di lavoro pubblici e privati tre obiettivi fondamentali:

- promozione della formazione professionale dei giovani disabili e disabili gravi,
- miglioramento delle opportunità occupazionali dei disabili gravi, in particolare nelle piccole e medie imprese,
- intensificazione delle iniziative di prevenzione aziendale, in particolare tramite l’introduzione di un sistema di gestione aziendale dell’inserimento.

I principali risultati ottenuti fino al 2006 sono:

- sostegno economico a 41 progetti grazie a risorse del Fondo di compensazione e del Fondo sociale europeo.
- 42 attività non sostenute economicamente dall’iniziativa, ma presentate come “migliori prassi”.
- più di 130.000 richieste dell’opuscolo “job – incentivazione dei datori di lavoro che formano o assumono persone disabili o gravemente disabili”, che illustra l’iniziativa, e più di 15.000 richieste del DVD dell’iniziativa.
- quasi 3.500 partecipanti alle 13 manifestazioni tenutesi finora in varie regioni tedesche.

La valutazione finale dell’iniziativa (2004-2006) è stata presentata il 30 giugno 2007 nel quadro della relazione del Governo federale sull’impatto degli strumenti per assicurare l’occupazione e sulla prevenzione aziendale ai sensi dell’art. 160, 2 IX CPS

La nuova edizione dell’iniziativa “job” (2007-2010) raccoglie le esperienze dell’edizione precedente e tiene conto del bisogno di informazioni, ancora molto diffuso in particolare presso i datori di lavoro, sul quadro normativo per la promozione della formazione professionale e l’occupazione e delle persone disabili. L’iniziativa risponde altresì alla necessità di esempi emulabili di integrazione riuscita di persone disabili e gravemente disabili nel mondo del lavoro tramite gli strumenti del mercato del lavoro primario.

Informazioni

Il sito www.jobs-ohne-barrieren.de contiene ulteriori informazioni sull’iniziativa, tra cui una descrizione sintetica delle attività e dei progetti, indicazioni precise sulle modalità di partecipazione e altro. Eventuali domande supplementari possono essere rivolte per iscritto al Bundesministerium für Arbeit und Soziales, “job-Project”, Gruppe Rehabilitation, Rochusstraße 1, 53123 Bonn.

L'iniziativa promuove

- dal settembre 2008 il progetto "Integratives Beratungsnetzwerk Betriebliches Eingliederungsmanagement -Rete di consulenza per l'integrazione Sistema aziendale di gestione dell'inserimento" (della Deutsche Rentenversicherung Bund)
- dall'ottobre 2008 il progetto "Motiviert integriert II – Beschäftigung schwerbehinderter Menschen sichern und Fördermittel nutzen - Integrati motivati II – Beneficiare di aiuti pubblici per assicurare l'occupazione di persone con disabilità gravi" (del Sozialverband VdK)
- dall'ottobre 2008 il progetto "Entwicklung eines betrieblichen Ausbildungsgangs für schwerbehinderte Jugendliche zum/zur Fachpraktiker/in in sozialen Einrichtungen - Sviluppo di un corso di formazione professionale per personale ausiliario qualificato in strutture sociali rivolto a giovani gravemente disabili –" (della Gesellschaft zur Förderung nachhaltiger Lebensqualität e.V)
- dal novembre 2008 il progetto "Automobil: Ausbildung ohne Barrieren - Automobile: Formazione professionale senza barriere" (dell'Università di Colonia e altri partner)
- dal maggio 2009 il progetto "Medizinische Tastuntersucherin - Operatrice socio-sanitaria per l'esame manuale del seno" (del Berufsförderungswerk di Düren e altri partner)
- dal giugno 2009 il progetto "Werkzeugkasten Eingliederungsmanagement - Toolbox per il sistema di gestione aziendale dell'inserimento" (del BIT - Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung e.V. e altri partner)
- dall'aprile 2010 il progetto "Evaluation der Einführung des Ausbildungsgangs 'Fachpraktiker/in in sozialen Einrichtungen' - Bilancio dell'introduzione del corso di formazione professionale aziendale per personale ausiliario qualificato in strutture sociali" (della Fachhochschule di Emden)

L'iniziativa "Job" comprende 17 attività a cui partecipano anche cinque grandi gruppi aziendali: Bertelsmann Ag, Daimler AG, E.ON AG, RWE e Siemens AG. Il Gruppo Metro svolge inoltre un ruolo determinante nell'ambito dell'attività "Formazione professionale collegata – Berufsbildungswerke e azienda".

Nel quadro di "Job" sono state realizzate nove manifestazioni dedicate alle tematiche prioritarie dell'iniziativa che hanno visto la partecipazione di circa 300 persone, in particolare responsabili aziendali nel settore delle risorse umane.

Numerose sono state anche le ristampe del fascicolo "Servizi di "Job" per datori di lavoro che formano o occupano persone disabili o disabili gravi", che contiene una presentazione dettagliata di tutte le prestazioni e i servizi finalizzati alla partecipazione dei disabili a disposizione delle aziende che formano o assumono queste persone.

È disponibile anche un DVD dell'iniziativa - sottotitolato per eliminare ogni barriera d'accesso - che presenta tra l'altro il progetto pilota "Operatrici socio-sanitarie per l'esame manuale del seno". I progetti realizzati nel quadro dell'iniziativa "Job" saranno valutati nel primo semestre 2011, i loro risultati saranno poi divulgati nel quadro di una manifestazione conclusiva e su internet.

Job 4000

Le esperienze dell'iniziativa "job – Lavoro senza barriere" sono confluite nel Programma "Job4000", lanciato l'1 gennaio 2007 per promuovere l'integrazione professionale delle persone gravemente disabili nel mondo del lavoro. Allo stesso tempo il Programma intende assistere l'Agenzia Federale del lavoro nell'adempimento dei suoi obblighi relativi all'integrazione professionale delle persone disabili.

Entità

L'entità delle prestazioni ammonta a 30 milioni di euro, messi a disposizione dal Ministero del Lavoro e degli Affari sociali e provenienti dal Fondo di perequazione, a cui vanno ad aggiungersi stanziamenti aggiuntivi dei Länder pari a 20 milioni di euro.

Obiettivi

Occupazione

I datori di lavoro che assumono a titolo supplementare un disabile particolarmente grave ricevono dall'Ufficio di integrazione un sussidio economico il cui importo preciso e la cui durata sono stabiliti caso per caso. In media è possibile percepire fino a 600 euro mensili per un periodo massimo di cinque anni. Il programma intende creare almeno 1.000 nuovi posti di lavoro per le categorie incentivate che comprendono, ad esempio, i disabili gravi privi di formazione professionale o i disabili psichici.

Formazione professionale

I datori di lavoro che creano un posto di formazione professionale supplementare destinato a giovani gravemente disabili ricevono dall'Ufficio di integrazione un premio che può raggiungere i 3.000 euro. Un secondo premio dell'importo massimo di 5.000 euro è poi riconosciuto al termine della formazione professionale e dopo il passaggio a un rapporto lavorativo ad obbligo di contribuzione sociale, in questo modo si mira a creare 500 nuovi posti di formazione professionale per giovani gravemente disabili.

Sostegno

Per sostenere la formazione professionale l'occupazione delle persone gravemente disabili, in particolare di coloro che hanno appena concluso una formazione scolastica, esistono servizi specializzati in integrazione, che possono percepire fino a 250 euro mensili per ogni caso seguito. Il programma mira a finanziare i servizi di sostegno in almeno 2.500 casi.

Competenze

L'attuazione del Programma "Job4000" è di responsabilità dei Länder, mentre gli Uffici di integrazione sono gli interlocutori dei datori di lavoro.

Assicurazione sanitaria e carta sanitaria elettronica (Krankenversicherung und elektronische Gesundheitskarte)

L'assicurazione sanitaria obbligatoria tutela l'assicurato e la sua famiglia in caso di malattia sostenendo i costi per l'assistenza medica necessaria - eccettuate le prestazioni a cui si ha diritto in caso d'infortunio sul lavoro o di malattia professionale, in quanto in tali casi interviene l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Fino alla fine del 1995 l'affiliazione ad una cassa mutualistica dipendeva dalla professione esercitata o dall'azienda presso cui si lavorava. Dal gennaio 1996 sussiste piena libertà di scelta tra le casse mutue locali o aziendali, le casse di categoria e le casse di risarcimento, anche se l'affiliazione alle casse sanitarie aziendali e a quelle di categoria è possibile solamente quando i loro statuti consentono l'adesione di terzi. Dall'1 aprile 2007 è possibile aderire anche all'assicurazione di categoria dei minatori. Alla scelta delle casse mutualistiche degli agricoltori si applicano norme particolari.

Quali sono le prestazioni dell'assicurazione sanitaria obbligatoria?

Gli assicurati hanno diritto a

- interventi di prevenzione e di diagnosi precoce di determinate malattie (per i bambini durante i primi sei anni di vita e - fatto nuovo – una volta anche all'inizio della pubertà; ogni 2 anni per gli adulti a partire dai 35 anni). Le donne a partire dal ventesimo anno di età e gli uomini dopo i 45 anni hanno diritto ad una visita annuale di prevenzione contro le malattie tumorali.
- corsi di igiene dentale 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 congiunta federale sulla base di tali raccomandazioni su raccomandazione della Commissione permanente per le vaccinazioni dell'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, in un centro di assistenza medica, di un medico o di un dentista autorizzato, in una struttura autorizzata, in una clinica dentistica o in una struttura appartenente all'assicurazione liberamente scelti dall'assicurato.
- medicinali, materiale per medicazioni, rimedi e presidi terapeutici quali apparecchi acustici e sedie a rotelle.
- protesi e corone dentarie necessarie per motivi medici.
- trattamenti ospedalieri.
- pagamento o concessione di sussidi per le necessarie cure di prevenzione e di riabilitazione.
- 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 prolunga oltre questo termine, la cassa mutua eroga per 78 settimane nell'arco di 3 anni il 70 per cento della retribuzione media (solo fino al raggiungimento 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; i lavoratori agricoli stagionali assicurati ricevono però un'indennità di malattia dalla cassa mutua degli agricoltori.
- indennità di malattia per un massimo di 10 giorni all'anno per ogni figlio ammalato di età inferiore ai 12 anni: questa prestazione è concessa dietro presentazione di un certificato medico attestante che nessun'altro componente del nucleo familiare può assicurare l'assistenza, la sorveglianza e la cura del bambino. L'assicurato che alleva un figlio da solo ha diritto all'indennità di malattia per 20 giorni all'anno. Se i figli assicurati sono più di uno, la prestazione massima è di 25 giornate lavorative all'anno, nel caso di famiglie monoparentali di 50 giornate lavorative all'anno. Il diritto a percepire l'indennità di malattia per figli disabili ammalati e bisognosi di assistenza sussiste anche dopo il compimento del dodicesimo anno.
- sussiste inoltre un diritto illimitato all'indennità di malattia qualora il figlio sia affetto da una

- patologia incurabile ed abbia un'aspettativa di vita di solo poche settimane o pochi mesi.
- sussidio per la conduzione della casa quando si rendono necessari trattamenti ospedalieri e l'assicurato non può pertanto occuparsi delle faccende domestiche, se questi ha un figlio di meno di 12 anni o disabile e bisognoso di assistenza.
- assistenza continua a domicilio se essa permette di evitare o abbreviare ricoveri ospedalieri o consente di assicurare un trattamento medico.
- assistenza domiciliare 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 è concessa per un periodo di tempo che va dalla sesta settimana prima del parto fino all'ottava settimana dopo il parto (congedo obbligatorio). In caso di parto prematuro o gemellare, l'indennità di maternità è erogata nelle prime 12 settimane successive 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, fino a un massimo di 13 euro al giorno. L'eventuale differenza rispetto all'importo netto del reddito medio è corrisposta dal datore di lavoro.

Chi è assicurato?

I lavoratori dipendenti sono assicurati a titolo obbligatorio se la loro regolare retribuzione lavorativa supera 400 euro mensili e risulta inferiore a un determinato massimale annuo. Con l'introduzione di una soglia retributiva annuale ordinaria e di una soglia retributiva annuale straordinaria, a decorrere 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. Nel 2012 la soglia retributiva annuale ordinaria ammonta a 50.850 euro e corrisponde ancora al 75 per cento del massimale contributivo applicato all'assicurazione pensionistica di operai e impiegati (Länder occidentali). Per motivi consuetudinari e di salvaguardia dei contratti preesistenti, una soglia retributiva annuale inferiore, pari a 45.900 euro nel 2012, si applica ai lavoratori dipendenti che al 31 dicembre 2002 erano esenti dall'obbligo assicurativo in quanto superavano la soglia retributiva annuale e risultavano assicurati a titolo sostitutivo presso un ente assicurativo privato. L'importo di questa soglia retributiva annuale equivale al massimale di riferimento per il calcolo dei contributi dell'assicurazione pubblica.

La Legge sul finanziamento delle assicurazioni pubbliche ha ridefinito l'esenzione dall'obbligo assicurativo dei lavoratori dipendenti con un reddito lavorativo superiore alla soglia retributiva annuale. A partire dal 31 dicembre 2010 l'esenzione ritorna a scattare appena la soglia è superata per la prima volta.

Ai sensi della normativa specifica, oltre ai lavoratori dipendenti sono 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 corso di incentivazione dell'attività professionale,
- i disoccupati che percepiscono l'indennità di disoccupazione o - a determinate condizioni - l'indennità di disoccupazione II,
- gli imprenditori agricoli,
- i familiari di più di 15 anni che lavorano a tempo pieno 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.

L'adesione volontaria ad una cassa mutua entro tre mesi è possibile, tra l'altro, per

- tutte le persone soggette all'obbligo assicurativo al momento dell'estinzione di tale obbligo, se possono comprovare un determinato periodo preassicurativo,

- i disabili gravi (a determinate condizioni),
- i familiari precedentemente coassicurati che soddisfano determinati periodi di preassicurazione.

Non è richiesto il pagamento del ticket per le visite finalizzate alla diagnosi precoce, le vaccinazioni preventive e altri interventi di prevenzione, nonché per la profilassi dentistica. Le Casse malattia possono inoltre esentare totalmente o parzialmente dal versamento del ticket i loro assicurati, ad es. se partecipano a determinate misure di prevenzione.

Dopo l'1 aprile 2007 sono soggette all'obbligo assicurativo presso l'assicurazione pubblica tutte le persone non altrimenti coperte in caso di malattia che hanno intrattenuto l'ultimo rapporto assicurativo con una cassa mutua pubblica (art. 5 comma 1 numero 13 tomo 5 CPS). Esse ritornano obbligatoriamente ad essere affiliate alla loro vecchia cassa mutua pubblica, o agli enti loro successori ai fini di legge, a partire dal primo giorno in cui non dispongono di una copertura contro le malattie in Germania, ma non prima dell'1 aprile 2007. Sono assoggettate allo stesso obbligo le persone che non hanno mai aderito ad una cassa mutua pubblica o privata e che soddisfano i requisiti per l'attribuzione a un'assicurazione pubblica. Per una consulenza sul riassetto della copertura assicurativa contro le malattie si raccomanda rivolgersi a una cassa mutualistica pubblica.

La tutela in caso di malattia dei beneficiari di sussidio sociale è assicurata secondo questi principi: 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 XII tomo del Codice di Previdenza Sociale (CPS XII) ricevono aiuto dagli enti erogatori del sussidio sociale. Ai sensi dell'art. 264 del tomo V CPS i costi dell'assistenza agli ammalati sono generalmente sostenuti dalle assicurazioni pubbliche contro la malattia che sono poi rimborsate dagli enti erogatori del sussidio sociale. La norma di cui all'art. 5 comma 8a del V tomo CPS dispone espressamente che tali enti mantengono le loro competenze in caso di malattia dei loro assistiti anche dopo l'1 aprile 2007 anche se il diritto di percepire le prestazioni sociali correnti si è interrotto per meno di un mese. Tale principio si applica a prescindere dal fatto che l'ente erogatore dei sussidi abbia comunicato o meno la cessazione della partecipazione di queste persone alla procedura di assistenza di cui all'art. 264 del tomo V CPS. L'unico criterio decisivo è che le persone in questione l'1 aprile 2007 percepissero prestazioni correnti ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del XII tomo del Codice di Previdenza Sociale (SGB XII) e che abbiano continuato a riceverle senza interruzioni di più di un mese.

Rimangono assicurati nel quadro dell'assicurazione pubblica coloro che incominciano a percepire regolarmente prestazioni ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del XII tomo del Codice di Previdenza Sociale (CPS XII) dopo l'1 aprile 2007 ed in quel momento sono assicurati in via subordinata presso l'assicurazione pubblica contro le malattie (art. 5 comma 1 13 tomo 5 CPS).

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 nella misura in cui risultano inquadrabile in questa assicurazione e l'1 aprile 2007 o più tardi soddisfacevano i requisiti dell'obbligo assicurativo secondario per assenza di altri diritti di tutela in caso di malattia. A causa di tale assenza di tutele alternative queste persone restano affiliate all'assicurazione sanitaria pubblica anche se in seguito percepiscono prestazioni correnti per il sostentamento (prestazioni ai sensi dei capitoli 3, 4, 6 o 7 del XII tomo del Codice di Previdenza Sociale).

Gli affiliati a titolo volontario che desiderano passare a un'assicurazione privata contro le malattie dovrebbero considerare che un successivo reinserimento nel regime assicurativo pubblico potrà avvenire solo a condizioni molto restrittive e dovrebbero rivolgersi a una cassa mutualistica pubblica per una consulenza a riguardo.

Assicurazione familiare

L'assicurazione sanitaria obbligatoria comprende anche un'assicurazione familiare gratuita. In tal modo sia il coniuge, sia il convivente in un'unione civile, sia i figli (fino ad una certa età) di un assicurato risultano coassicurati a loro volta se nel 2012 non dispongono di un reddito superiore ai 375 euro mensili. Il reddito complessivo ammissibile per i lavoratori che esercitano un'attività a reddito marginale ammonta a 400 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 inoltre segnalare tali cambiamenti anche alla locale Agenzia del lavoro.

Partecipazione degli assicurati alle spese sanitarie

L'assistenza sanitaria deve restare finanziabile e non può pertanto intervenire per tutti i piccoli disturbi e ad ogni minimo dolorino.

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 Ticket massimo di 10 euro per tragitto
Rimedi	10 per cento del prezzo di vendita Supplemento di 10 euro per ogni prescrizione*
Presidi terapeutici	10 per cento dei costi totali Ticket minimo di 5 euro Ticket massimo di 10 euro*
Presidi terapeutici 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
Interventi di riabilitazione ambulatoriali	10 euro al giorno
Interventi di prevenzione e riabilitazione residenziali	10 euro al giorno
Riabilitazione successiva	10 euro al giorno per un massimo di 28 giorni
Interventi di prevenzione e riabilitazione destinati a padri e madri	10 euro al giorno
Diritti ambulatoriali	10 euro a trimestre**

*l'importo non può superare il prezzo del prodotto

** vedi indicazioni specifiche nel testo

È chiaro che anche gli assicurati devono sentirsi responsabili del mantenimento della propria salute e, per questo motivo, sono tenuti a contribuire alle spese di determinate prestazioni sanitarie (ticket). La legislazione sull'assicurazione sanitaria ha stabilito questa modalità di partecipazione per animare gli assicurati ad usufruire delle prestazioni in modo responsabile ed economicamente razionale.

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

Esonero totale dal ticket

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

Esenzione dal ticket/Massimali

Il massimale stabilito 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, il massimale dipende dal numero di persone che appartengono allo stesso nucleo familiare e assicurano il proprio sostentamento con tale reddito – per ogni membro della famiglia la legge stabilisce infatti una franchigia che viene detratta dal reddito familiare. Ai bambini si applica una franchigia maggiorata. La partecipazione alla spesa sanitaria considerata ammissibile varia pertanto in funzione delle dimensioni del nucleo familiare. La franchigia detratta per il primo congiunto convivente equivale al 15 percento del valore annuo di riferimento, pari a 4.725 euro per il 2012. Ogni ulteriore congiunto convivente ha diritto a una franchigia supplementare equivalente al 10 percento del valore annuo di riferimento, vale a dire a 3.150 euro per il 2012, mentre la franchigia per i bambini ammonta a 7.008 euro. L'applicazione della detrazione del 10 percento per gli altri membri del nucleo familiare è rilevante solo nel quadro della cassa malattia degli agricoltori.

Ai fini della constatazione del reddito familiare sono sommati tutti i redditi lordi considerabili ai fini del sostentamento, vale a dire tutte le entrate dell'assicurato e dei suoi congiunti conviventi all'interno dello stesso nucleo familiare utilizzate per finanziarne il sostentamento. Esse comprendono, ad esempio, anche le entrate derivanti da locazioni e affitti o i redditi da capitale, vale a dire i redditi degli assicurati soggetti all'obbligo contributivo, ma non considerati ai fini del calcolo dei contributi.

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

Ogni anno l'assicurato, il coniuge/convivente considerabile ai fini dell'esenzione e i figli devono comprovare tutti i pagamenti di ticket, mentre le casse mutualistiche sono tenute a rilasciare 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, vale a dire 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 dei malati 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 inoltre che il Comitato federale congiunto dell'ordine dei medici e delle assicurazioni sanitarie emani delle direttive per precisare la definizione di malattia cronica.

Secondo i parametri concordati alla riunione del 22 gennaio 2004 del Comitato federale congiunto, è considerata malattia cronica grave ogni patologia che per un anno richieda almeno una terapia medica per trimestre e soddisfi uno dei seguenti criteri:

- bisogno d'assistenza continua di secondo o terzo livello
- grado di disabilità pari o superiore al 60 percento ai sensi della normativa in materia di disabilità gravi/di assistenza, oppure riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 60 percento ai sensi della normativa in materia di assicurazione antinfortunistica.
- necessità di un'assistenza medica costante (terapia medica o psicoterapeutica, terapia farmacologica, assistenza durante una terapia, fornitura di rimedi e presidi terapeutici), in assenza della quale il personale medico diagnostichi un peggioramento della patologia, una riduzione dell'aspettativa di vita o un deterioramento permanente della qualità della vita a causa dei problemi sanitari imputabili alla malattia di cui al comma 1.

Ai sensi delle direttive di cui sopra, l'accertamento dello statuto di ammalato cronico grave di un assicurato è affidato alle casse mutualistiche. Dopo l'1 gennaio 2004, gli assicurati che soddisfano questo requisito e superano la soglia personale di sostenibilità possono rivolgersi alla loro cassa malattia per farsi esentare dal pagamento di ogni forma di ticket per il resto dell'anno. Tale esenzione si applica anche a tutti i congiunti conviventi facenti parte del nucleo familiare.

Dall'1 gennaio 2008 la soglia personale di sostenibilità ridotta è vincolata ad un comportamento responsabile da parte dell'interessato. Il medico curante può rilasciare il certificato attestante la malattia cronica solo se ha constatato che il comportamento del paziente è in linea con le esigenze terapeutiche.

Gli ammalati che necessitano regolarmente di trattamenti medici o di medicinali (ammalati cronici) possono beneficiare del dimezzamento della soglia di sostenibilità per i ticket (1 percento invece del 2 percento delle entrate annue lorde disponibili per il sostentamento) se dimostrano di essersi informati sulle visite di prevenzione adeguate prima dell'insorgere della malattia. Tale norma si applica agli assicurati che si possono sottoporre per la prima volta ad una visita di prevenzione ai sensi dell'art. 25 tomo V CPS dopo l'1 gennaio 2008, vale a dire a tutte le donne nate dopo l'1 aprile 1987 e a tutti gli uomini nati dopo l'1 aprile 1962.

Leggi

Le basi giuridiche dell'assicurazione sanitaria, che è il ramo più antico della previdenza sociale, si trovano in varie normative, ad esempio

- il tomo V del Codice di Previdenza Sociale (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- la Seconda legge sulla assicurazione sanitaria degli agricoltori (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte),
- il Regolamento imperiale di sicurezza sociale (Reichversicherungsordnung).

La norma si limita inizialmente alle visite preventive per la diagnosi precoce del tumore al seno, all'intestino e al collo dell'utero, ma sarà estesa ad altre visite di prevenzione.

Il Ministero Federale della Sanità fornisce informazioni dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00. Rivolgersi al numero 01805/9966-02 per domande sull'assicurazione e sanitaria e al numero 01805/9966-01 per domande sulla copertura assicurativa (14 cent/minuto dalla rete fissa, le tariffe dalla rete mobile possono variare).

La consulenza può essere effettuata da ogni medico autorizzato a svolgere le visite di prevenzione. In base alla consulenza ricevuta, gli assicurati possono decidere se avvalersi o meno delle visite di prevenzione.

Le assicurazioni contro le malattie forniscono agli assicurati una "tessera della prevenzione" che permette di comprovare la regolare partecipazione alla prevenzione.

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

La Legge di ammodernamento del sistema sanitario prevede disposizioni più vantaggiose rispetto a quelle applicate agli altri assicurati per tutte le persone finora esentate dal pagamento del ticket che beneficiavano di prestazioni assistenziali ai sensi del dodicesimo tomo del Codice di Previdenza Sociale (assistenza sociale) o della Legge sull'assistenza alle vittime di guerra. La fissazione della soglia di sostenibilità per questa categoria di persone considera come reddito lordo disponibile per il sostentamento del nucleo familiare esclusivamente la quota di riferimento del capofamiglia ai sensi del regolamento sulle quote di legge (art. 62 c. tomo V Codice di Previdenza Sociale).

I beneficiari dell'assistenza sociale devono sostenere le spese di partecipazione ai

costi sanitari attingendo a questa stessa quota, che non può essere accresciuta e ammonta a 4.368 euro per anno solare. In forza di tale principio i titolari di queste prestazioni devono cioè sostenere per l'intero nucleo familiare spese annuali di ticket pari a
circa 43,68 euro per soglie di partecipazione dell'1 per cento (malati cronici)
circa 87,36 euro per soglie di partecipazione del 2 per cento (casi normali).

Queste disposizioni particolari si applicano anche alle persone per cui un ente erogatore di assistenza sociale o di assistenza alle vittime di guerra sostiene i costi di sistemazione in un ricovero o in istituzioni analoghe, nonché per le categorie di persone di cui all'art. 264 V Codice di Previdenza Sociale (titolari di assistenza la cui assistenza sanitaria è a carico dell'assicurazione sanitaria pubblica e beneficiari abituali di prestazioni ai sensi dell'art. 2 della Legge sui richiedenti asilo). In altri termini, le entrate lorde disponibili per il sostentamento dell'intero nucleo familiare sono identificate esclusivamente in base alla quota percepita dal capofamiglia ai sensi della normativa sulle quote di riferimento.

I titolari di assistenza sociale che vivono in ricoveri sono tutelati contro gli oneri economici - temporaneamente - eccessivi dalla procedura federale unitaria introdotta con la Legge di riforma della Legge di inquadramento della normativa relativa all'assistenza sociale nel Codice di Previdenza Sociale. Essa dispone che gli enti erogatori di assistenza sociale accordino agli interessati un credito pari alla rispettiva soglia di sostenibilità e lo versino direttamente alla loro cassa mutua la quale, dal canto suo, l'1 gennaio di ogni anno rilascia agli interessati un attestato di esenzione dall'obbligo di pagamento del ticket.

Il rimborso del credito all'ente erogatore dell'assistenza avviene in rate di uguale importo ripartite su tutto l'anno solare.

Criteri speciali di insostenibilità per protesi dentarie

In materia di protesi dentarie si applicano particolari criteri di insostenibilità legati all'importo lordo mensile concretamente disponibile per il sostentamento. Si prega di rivolgersi alla propria assicurazione sanitaria per accertare se si ha diritto all'esonero parziale o totale dal versamento del ticket sulle protesi dentarie.

Informazioni

Ulteriori informazioni si ottengono presso le casse mutue, che forniscono anche il registro delle ricevute che consente di certificare i pagamenti effettuati.

Finanziamento

Dal gennaio 2009 in tutto il territorio federale alle assicurazioni pubbliche contro le malattie si applica un'aliquota contributiva unitaria ridotta.

L'1 gennaio 2009 questa aliquota era ancora fissata tramite decreto legislativo del Governo Federale sulla base delle stime di un gruppo di esperti dell'Ufficio Federale delle Assicurazioni, ma dall'1 gennaio 2011 essa è stabilita per legge.

L'aliquota generale, che si applica tra l'altro ai contributi da reddito lavorativo o da prestazioni pensionistiche, ammonta al 15,5 per cento ed è composta da una quota del 14,6 per cento versata in parti uguali dai lavoratori e dai datori di lavoro o, se del caso, dagli enti erogatori e dai beneficiari delle prestazioni pensionistiche e da una quota pari allo 0,9 per cento corrisposta esclusivamente dagli assicurati.

L'aliquota contributiva ridotta, applicata di norma agli assicurati non aventi diritto all'indennità di malattia, ammonta al 14,9 per cento. Anche questa aliquota comprende la quota dello 0,9 per cento esclusivamente a carico dell'assicurato.

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.

Le assicurazioni contro le malattie, a loro volta, ricevono dal Fondo un importo forfetario per ogni assicurato, a cui vanno aggiungersi maggiorazioni, modulate in base all'età, al rischio specifico e al sesso degli affiliati, destinate a coprire i costi dei servizi erogati. In tal modo si tengono in debito conto le differenze strutturali tra le assicurazioni contro le malattie imputabili alla diversa base di assicurati e alla diversa incidenza della varie malattie.

Le assicurazioni contro le malattie che già dispongono di sufficienti riserve finanziarie e percepiscono importi superiori al loro fabbisogno economico hanno la facoltà di distribuire premi agli affiliati. Se invece le risorse ricevute non sono sufficienti, le assicurazioni devono attingere alle loro riserve "di efficienza" e, se anche ciò non bastasse, hanno la facoltà di imporre ai loro assicurati un contributo aggiuntivo proporzionato al reddito. Nel meccanismo di finanziamento delle assicurazioni sanitarie l'equilibrio sociale è assicurato anche dall'introduzione della perequazione sociale tra tutte le assicurazioni, che evita oneri eccessivi per gli affiliati delle assicurazioni pubbliche. Se il contributo aggiuntivo richiesto dalla rispettiva cassa malattia supera il 2 per cento del reddito soggetto all'obbligo contributivo, interviene infatti automaticamente la perequazione sociale del datore di lavoro o dell'ente pensionistico. Poiché nel 2011 il contributo aggiuntivo medio richiesto dalle assicurazioni sanitarie è stato di zero euro, la perequazione sociale non si è rivelata necessaria. La stessa situazione si è verificata nel 2012.

D'altronde, gli affiliati delle assicurazioni sanitarie pubbliche possono evitare di dover versare contributi aggiuntivi cambiando ente assicurativo nel rispetto dei termini di preavviso di legge. Se non scelgono questa opzione, i contributi aggiuntivi sono esclusivamente a loro carico.

Per il resto si applica la regola per cui i datori di lavoro sono tenuti a corrispondere la metà del contributo a finanziamento paritetico dei lavoratori dipendenti soggetti ad obbligo contributivo.

I lavoratori dipendenti affiliati a titolo facoltativo all'assicurazione malattia devono invece pagare per intero i loro contributi, ma a determinate condizioni possono ricevere una sovvenzione dai loro datori di lavoro. I lavoratori dipendenti assicurati contro la malattia a titolo facoltativo ed esonerati dall'obbligo assicurativo solo a causa del superamento della soglia retributiva annuale, ad esempio, ricevono dal datore di lavoro un contributo pari alla quota che questi dovrebbe corrispondere se il lavoratore fosse assicurato a titolo obbligatorio.

Hanno diritto a percepire una sovvenzione per le spese dell'assicurazione sanitaria dal loro ente pensionistico anche i pensionati che sono affiliati a titolo facoltativo all'assicurazione contro le malattie.

La definizione della contribuzione individuale deve rispettare la cosiddetta soglia per il calcolo dei contributi (3.825 euro per il 2012): il contributo effettivamente versato è calcolato al massimo in base a questo importo, anche in caso di redditi superiori.

A partire dall'1 aprile 2003 i lavoratori dipendenti che percepiscono una retribuzione mensile compresa tra i 400,01 e gli 800 euro beneficiano di un trattamento particolare: ai rapporti di lavoro rientranti in questa fascia retributiva, detta scivolo contributivo o fascia di progressione, si applicano infatti disposizioni specifiche di previdenza sociale. In conformità con la nuova normativa, i lavoratori dipendenti che rientrano in questa fascia beneficiano di sgravi contributivi proporzionali al reddito, ma - come per tutti i rapporti di lavoro soggetti ad obbligo assicurativo - i datori di lavoro devono invece versare l'intero importo della quota contributiva datoriale.

Informazioni sulla carta sanitaria elettronica (situazione al 10 gennaio 2012)

L'inizio è fatto: dopo intensi preparativi, a partire dal mese di ottobre 2011 le assicurazioni sanitarie pubbliche dotano i loro assicurati della nuova carta sanitaria elettronica. Questa carta, corredata della fotografia del titolare, concorre da subito ad arginare il ricorso abusivo alle prestazioni dell'assistenza sanitaria, ma è anche tecnicamente predisposta per consentire l'attivazione successiva di altre funzionalità. L'introduzione della carta sanitaria elettronica e la futura costruzione di un'infrastruttura comunicativa creano i presupposti di uno scambio sicuro di importanti dati medici e di informazioni amministrative tra le varie strutture sanitarie per migliorare la qualità dell'assistenza medica ai pazienti e renderla più economica ed efficiente.

Nell'Accordo di coalizione il Governo Federale si è espresso a favore della costruzione di un'infrastruttura telematica che "crei i presupposti tecnici per consentire, ove necessario, uno scambio agevole e sicuro di dati medici". Più oltre il testo recita "anche nel quadro dell'introduzione di una carta sanitaria elettronica continuiamo a ritenere assolutamente prioritaria la sicurezza dei dati e l'autodeterminazione dei pazienti e degli assicurati per quanto attiene ai loro dati personali". Per questo la carta sanitaria elettronica viene introdotta in modo graduale, prestando la massima attenzione alla sua sicurezza e praticabilità. Tutti gli operatori coinvolti riconoscono e difendono il valore della privacy e del particolare rapporto di fiducia che lega medici e pazienti.

L'introduzione della carta sanitaria elettronica è graduale – dall'1 ottobre 2011 la CSE è considerata prova valida del rapporto assicurativo

Prima di consegnare ai pazienti le carte sanitarie elettroniche negli ospedali e negli studi medici e dentistici sono stati installati nuovi terminali in grado di leggere sia le nuove carte sanitarie elettroniche, sia le tessere finora in uso. Nel periodo di transizione le tessere convenzionali rimangono infatti valide parallelamente alle nuove carte sanitarie elettroniche.

Gli assicurati che non dispongono più della tessera tradizionale, ma solo della carta sanitaria elettronica sono assistiti comunque, anche se si rivolgono a uno studio medico non ancora attrezzato con i nuovi terminali. In questo caso il personale dovrà reperire i dati amministrativi necessari al trattamento tramite altri canali.

A medio termine le assicurazioni contro le malattie arriveranno ad emettere solo carte sanitarie elettroniche e la tessera tradizionale non sarà più considerata valida. Le assicurazioni forniranno agli assicurati le informazioni del caso.

Le carte sanitarie elettroniche distribuite a partire da questo momento contengono alcune importanti funzionalità aggiuntive:

- L'innovazione più evidente è la fotografia che si trova sulla carta sanitaria elettronica. Tutti gli affiliati di assicurazioni pubbliche riceveranno di norma una carta sanitaria elettronica dotata di fotografia, anche per contrastare utilizzi abusivi. Non è invece richiesta alcuna fotografia sulle carte sanitarie elettroniche dei bambini fino ai 15 anni di età e delle persone gravemente non-autosufficienti, che non possono contribuire alla realizzazione di una foto. Le assicurazioni sanitarie rivolgono infatti ai loro assicurati la richiesta di produrre una fotografia che sarà stampata sulla loro carta sanitaria elettronica.
- In un primo momento la carta sanitaria elettronica, come la tradizionale tessera sanitaria, contiene dati amministrativi: nome, data di nascita, indirizzo, codice e statuto dell'assicurato. Sarà invece una novità l'indicazione del sesso. Altre informazioni saranno introdotte una volta disponibile l'infrastruttura informatica.
- Sul retro della carta sanitaria elettronica può essere stampata la tessera sanitaria europea, che consente di avvalersi dell'assistenza medica in tutti i 27 Stati membri dell'UE, nonché in Islanda, Lichtenstein, Norvegia e Svizzera.

Tutte le altre funzionalità sono ancora in fase di sviluppo e saranno quindi sottoposte ad un'accurata sperimentazione. Le si potrà poi introdurre in modo graduale senza la necessità di sostituire le carte già in possesso dei pazienti.

La meta finale: un'infrastruttura telematica per una comunicazione migliore

La qualità dell'assistenza medica dipende anche dalla capacità del medico di consultare tutte le informazioni rilevanti nel caso specifico. Oggi documenti come referti di analisi di laboratorio, esiti di esami o relazioni su svolgimento e decorso di interventi chirurgici sono ancora spesso trasmessi su supporto cartaceo e non sono disponibili per tempo.

Per questo, la carta sanitaria elettronica intende creare su tutto il territorio federale un'infrastruttura comunicativa migliore e omogenea, comparabile con la rete stradale, che consenta lo scambio sicuro delle informazioni mediche necessarie ai trattamenti e migliorare così la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria. La distribuzione delle carte elettroniche ai pazienti rappresenta solo un primo passo verso questa meta. I passi successivi sono in fase di preparazione.

Le altre funzionalità sono in preparazione

L'incarico di introdurre la carta sanitaria elettronica è stato conferito a gematik – Società per le applicazioni telematiche della carta sanitaria elettronica rl. La gematik riunisce i rappresentanti delle principali istituzioni del sistema sanitario: l'ordine federale dei medici, l'ordine federale dei medici dentisti, l'ordine dei farmacisti tedeschi, la società tedesca degli istituti ospedalieri, l'associazione centrale delle assicurazioni sanitarie pubbliche, l'associazione federale dei medici convenzionati e l'associazione federale dei medici dentisti convenzionati. Questi ultimi hanno definito le priorità della fase di sviluppo e di introduzione di nuove funzionalità:

- in futuro i dati amministrativi contenuti nella carta sanitaria elettronica dovranno poter essere aggiornati online, rendendo superflua la sostituzione della carta ad es. in caso di cambiamento di indirizzo o di statuto.
- gli assicurati che lo desidereranno potranno far conservare sulla loro carta anche informazioni utili in caso di emergenza, ad es. prescrizioni mediche attuali, allergie, intolleranze nei confronti di medicinali, ma anche informazioni quali ad es. un'eventuale gravidanza, trapianti, ecc. Possono essere introdotti anche i dati utili a contattare il medico curante o dei familiari da informare in caso di necessità. In situazioni di emergenza i medici o i soccorritori possono così accedere a queste informazioni anche senza la partecipazione attiva del paziente.
- è inoltre prevista l'introduzione di un canale di comunicazione sicuro tra i medici. Oggi si utilizzano principalmente i canali postali e ciò causa da un lato ritardi nella trasmissione di informazioni agli altri medici curanti e d'altro lato la necessità di digitalizzare successivamente le lettere dei medici negli studi dei colleghi per renderne disponibili le informazioni nel quadro del software ivi utilizzato. In questa fase si stanno creando i presupposti per lo scambio rapido e sicuro di informazioni su supporto elettronico di modo che in futuro i referti possano essere trasmessi velocemente e in tutta sicurezza da medico a medico in formato elettronico.
- un'ulteriore funzionalità consiste nel supportare la creazione di una documentazione completa dell'assistenza prestata da tutte le strutture o da tutti i medici provvisoriamente coinvolti nel trattamento di uno stesso paziente.

Le carte sanitarie attualmente in fase di distribuzione sono già predisposte per queste funzionalità. Se gli assicurati lo desiderano, i dati d'emergenza potranno quindi essere introdotti senza che si renda necessario sostituirla a condizione che siano state superate con successo le fasi sperimentali e si rispettino i rigorosi requisiti di sicurezza. Più tardi è ipotizzabile che la carta sanitaria elettronica consenta di accedere non solo ai dati utili in caso emergenza, ma anche ad es. alle dichiarazioni di assenso alla donazione di organi, alla documentazione dei medicinali assunti o delle vaccinazioni, oppure anche alla cartella sanitaria elettronica dei pazienti.

La carta sanitaria elettronica rafforza i diritti dei pazienti

L'autodeterminazione incondizionata dei pazienti è un elemento centrale della carta sanitaria elettronica. Sebbene la conservazione dei dati sanitari si trovi ancora in una fase preparatoria, è già stato stabilito in via definitiva che saranno gli assicurati stessi a decidere se e quali dati medici salvare sulla loro carta. È in programma l'allestimento di terminali a disposizione dei pazienti, che potranno così leggere i dati contenuti nella loro carta. Gli unici dati che obbligatoriamente introdotti nella carta saranno i dati amministrativi.

La privacy, priorità suprema

La tutela dei dati sanitari sensibili è assolutamente prioritaria: la legge stabilisce che ogni assicurato decida liberamente se i dati relativi al suo stato di salute (ad es. referti, diagnosi o dati per i casi di emergenza) saranno conservati o meno sulla carta sanitaria elettronica.

Anche la tutela contro gli abusi dei dati contenuti nella carta sanitaria elettronica è disciplinata da chiare norme di legge che si devono tradurre in interventi giuridici e tecnici. Esse dispongono che possono accedere ai dati conservati sulla carta sanitaria elettronica solo determinate categorie professionali (ad es. i medici, i medici dentisti e i professionisti che li assistono) per assicurare un'adeguata assistenza sanitaria. La tecnologia utilizzata rende possibile l'accesso ai dati contenuti sulla carta sanitaria elettronica solo a condizione che si utilizzi una tessera identificativa elettronica di professionista della sanità o una tessera istituzionale per le organizzazioni mediche che dispone delle autorizzazioni tecniche necessarie. Concretamente ciò significa che, eccezion fatta per i dati di

emergenza, il medico può leggere i dati solo a condizione che la carta sanitaria elettronica sia inserita nel terminale, che il medico stesso “attivi” la sua tessera identificativa di professionista sanitario digitando il suo codice PIN, che la carta sanitaria abbia verificato l'autenticità della tessera identificativa e che il paziente abbia inserito il suo codice identificativo personale (PIN). Tutti gli aventi diritto devono seguire una procedura analoga per ottenere l'autorizzazione d'accesso.

Per consentire la tracciabilità, la legge prevede inoltre la registrazione automatica degli ultimi 50 accessi. Le assicurazioni sanitarie e i datori di lavoro, del resto, non possono e non riescono ad accedere ai dati sanitari dei pazienti poiché non dispongono di tessere identificative elettroniche di professionisti della sanità o perché le loro tessere istituzionali sono prive delle autorizzazioni necessarie. Gli abusi sono inoltre perseguiti penalmente.

La carta sanitaria elettronica consente inoltre di trasmettere e di conservare determinati dati sanitari garantendo maggior sicurezza al paziente: a differenza di quanto avviene oggi con la trasmissione a volte ancora in chiaro di dati sanitari via fax o via e-mail, in futuro grazie alla carta sanitaria elettronica i dati sanitari potranno essere criptati singolarmente non appena lasceranno gli studi medici o gli ospedali previa autorizzazione da parte di medici e pazienti. In maniera analoga, nella comunicazione tra medici il mittente potrà criptare singolarmente i dati inviati al destinatario utilizzando la sua tessera identificativa elettronica di professionista della sanità. La sicurezza sarà inoltre accresciuta dal ricorso a reti sicure, accessibili solo a utilizzatori autorizzati.

Ogni assicurato avrà in mano una propria chiave per la decodifica, contenuta nella sua carta sanitaria elettronica. Poiché non esisteranno “chiavi universali”, nessuno potrà leggere i dati senza il concorso dell'assicurato stesso. Inoltre, nonostante queste misure cautelative, non si procederà alla conservazione centrale dei dati sanitari personali di tutti agli assicurati.

Lo sviluppo dei progetti di attuazione tecnica volti ad assicurare la tutela della privacy avviene in stretta concertazione con il Garante Federale della privacy e della libertà di informazione (Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit) e con l'Ufficio Federale per la sicurezza nella tecnologia dell'informazione (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnologie).

Conclusione: la carta sanitaria elettronica e la nuova infrastruttura telematica miglioreranno l'assistenza sanitaria ai pazienti, rafforzeranno l'autodeterminazione degli assicurati e renderanno i servizi sanitari più economici.

Assicurazione contro l'infermità (Pflegeversicherung)

Intervenire dove c'è bisogno d'aiuto

L'uomo non può predeterminare il corso della propria vita. Alcuni avvenimenti si verificano senza che si possa fare nulla per evitarli. Anche le persone che oggi necessitano di assistenza un tempo godevano di buona salute, ma si sono improvvisamente trovate ad aver bisogno di cure.

Molte persone non autosufficienti e le loro famiglie si sono trovate da un giorno all'altro a dover sostenere gli impegni gravosi dell'assistenza, con tutte le conseguenze che essa comporta: chi assiste una persona non autosufficiente è spesso assorbito totalmente da tale compito, frequentemente, poi, l'assistenza prosciuga anche le risorse finanziarie. Prima dell'introduzione dell'assicurazione contro l'infermità erano solo poche le persone tutelate contro ogni eventualità.

Bastano alcuni dati per cogliere le dimensioni del fabbisogno assistenziale: oggi nella Repubblica Federale Tedesca 2,42 milioni di persone – più di tutti gli abitanti di Amburgo - dipendono stabilmente dall'assistenza continua. Di queste, circa 0,75 milioni vivono in istituti. Le altre, circa 1,67 milioni di persone, sono assistite in casa: se ne occupano i familiari, i vicini, gli assistenti volontari e professionisti. Centinaia di migliaia di operatori svolgono ogni giorno un servizio degno di riconoscimento, spesso con grande abnegazione nei confronti di chi ha perso la propria autosufficienza.

Che cosa si deve fare?

All'assicurazione obbligatoria si applica il principio "l'assicurazione contro l'infermità è abbinata alla previdenza sanitaria", valido sia nei confronti dei titolari dell'assicurazione obbligatoria, sia nei confronti dei loro familiari coassicurati, dei pensionati o di chi ha stipulato un'assicurazione sanitaria a titolo volontario: tutti costoro sono automaticamente assicurati anche nel quadro dell'assicurazione obbligatoria contro l'infermità.

Chi ha stipulato un'assicurazione sanitaria pubblica a titolo volontario può essere dispensato dall'obbligo assicurativo contro l'infermità a condizione che presenti una richiesta scritta allegando un contratto assicurativo contro l'infermità equivalente, ma stipulato con un ente privato. Tale richiesta va presentata alla propria cassa infermità entro tre mesi dall'inizio dell'affiliazione volontaria all'assicurazione sanitaria.

Dopo l'1 gennaio 1995, tutte le persone che godono di un'assicurazione sanitaria privata sono tenute a stipulare anche un'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità. Chi fosse successivamente assoggettato all'obbligo assicurativo presso gli enti previdenziali potrà recedere dal contratto privato di assicurazione contro l'infermità 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 obbligatoria pubblica ed è inoltre tenuta ad offrire condizioni e premi adeguati alle famiglie e agli assicurati più anziani.

Anche i pubblici funzionari non affiliati ad un'assicurazione sanitaria pubblica devono stipulare un'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità che, in questo caso, si farà carico dei costi residui, integrando il sussidio dello Stato.

Prestazioni/ Requisiti

Indipendentemente dalle proprie condizioni finanziarie, attraverso il pagamento dei contributi l'assicurato acquisisce il diritto di beneficiare delle prestazioni di assistenza in caso di perdita dell'autosufficienza.

Che cosa significa “bisogno di assistenza”?

La legge fornisce una definizione precisa: si considera persona bisognosa di assistenza chi necessita di aiuto notevole e costante, prevedibilmente per almeno sei mesi, nello svolgimento dei compiti abituali e ricorrenti del vivere quotidiano a causa di una malattia fisica, mentale o psichica o a causa di una disabilità.

Le operazioni abituali del vivere quotidiano sono:

1. nell'ambito dell'igiene fisica: lavarsi, fare la doccia o il bagno, lavare i denti, pettinarsi, radersi, defecare o urinare;
2. nell'ambito dell'alimentazione: preparare e ingerire i cibi;
3. nell'ambito della mobilità: alzarsi e andare a letto, vestirsi e svestirsi, camminare, reggersi in piedi, salire le scale o uscire e rientrare in casa;
4. nell'ambito della conduzione domestica: fare la spesa, cucinare, fare le pulizie, lavare i piatti, cambiare e lavare la biancheria e gli abiti e riscaldare l'abitazione.

La prestazione di assistenza può consistere nell'aiuto fornito a una persona nelle operazioni della vita quotidiana, nell'espletamento totale o parziale di tali operazioni in sua vece o nel controllo e nella guida della persona mentre le svolge. L'assistenza è però un aiuto mirato all'attivazione, è cioè volto a consentire, nella misura del possibile, che l'assistito svolga queste operazioni in modo autonomo.

Ai fini del riconoscimento delle prestazioni, le persone bisognose di assistenza sono classificate secondo tre livelli:

1. I non autosufficienti di primo livello sono coloro che presentano un notevole bisogno di assistenza: necessitano di aiuto nell'ambito dell'igiene, dell'alimentazione o della mobilità almeno una volta al giorno per almeno due delle operazioni sopra elencate e abbisognano inoltre di aiuto nella conduzione domestica più volte alla settimana.
2. I non autosufficienti di secondo livello sono coloro che richiedono un'assistenza maggiore: necessitano, almeno tre volte al giorno e in diversi momenti della giornata, di aiuto nell'igiene fisica, nell'alimentazione o nella mobilità ed abbisognano inoltre di aiuto nella conduzione domestica più volte alla settimana.
3. I non autosufficienti di terzo livello sono coloro che presentano un bisogno di assistenza estremo: necessitano, per tutto il giorno e anche durante la notte, di aiuto nelle operazioni dell'igiene fisica, dell'alimentazione o della mobilità ed abbisognano di aiuto nella conduzione domestica più volte alla settimana.

Per il riconoscimento del primo livello di bisogno il tempo medio richiesto settimanalmente ai familiari o ad un operatore non professionista per l'assistenza di base e la conduzione domestica deve essere di almeno 90 minuti al giorno, oltre 45 dei quali devono essere dedicati all'assistenza di base. Perché sia accertato il secondo livello l'assistenza deve richiedere almeno tre ore al giorno, di cui almeno due devono essere destinate all'assistenza di base. Per la constatazione del terzo livello il tempo assorbito dall'assistenza deve essere di almeno cinque ore al giorno, di cui almeno quattro dedicate all'assistenza di base.

L'inquadramento dei bambini non autosufficienti all'interno di una di queste tre categorie dipende dall'entità dell'assistenza aggiuntiva di cui abbisognano rispetto ai coetanei sani.

Se e in quale misura una persona sia bisognosa di assistenza è stabilito da una perizia del Servizio perizie mediche (Medizinischer Dienst) dell'assicurazione sanitaria su richiesta della cassa contro l'infermità. A questo scopo, chi necessita di assistenza è sottoposto a una visita sanitaria a domicilio o, se si tratta di una persona che non può più vivere nella propria abitazione, presso la struttura di assistenza in cui risiede.

Assistenza a domicilio o in una struttura residenziale

Le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità dipendono dai livelli di cui sopra e dalla necessità di assistenza a domicilio o in un istituto residenziale. Le prestazioni si basano su due principi fondamentali: "prevenire e riabilitare (ovvero intervenire in tutti i modi possibili per contribuire a superare e/o a ridurre lo stato di bisogno, così come per impedirne un aggravamento) anziché assistere" e "assistere a domicilio anziché in una struttura esterna".

Dopo l'1 aprile 1995 l'assicurazione contro l'infermità accorda prestazioni per l'assistenza domiciliare, mentre dopo l'1 luglio 1996 sono previste prestazioni anche per l'assistenza permanente in strutture residenziali.

Assistenza domiciliare

Come sempre, la famiglia è "il più grande servizio assistenziale della nazione", la maggior parte delle persone non autosufficienti che vivono in casa sono infatti assistite dai familiari. Questo è positivo perché, generalmente, le persone non autosufficienti desiderano continuare a vivere il più a lungo possibile nel loro ambiente e insieme alla famiglia. L'assistenza domiciliare va dunque privilegiata rispetto a quella in apposite strutture residenziali, e per questo motivo la legge attribuisce particolare importanza alle prestazioni che migliorano le condizioni dell'assistenza domiciliare e facilitano il compito di chi se ne occupa.

L'importo delle prestazioni economiche accordate per l'assistenza a domicilio dipende dal livello di bisogno (vedi tabella). La persona bisognosa di assistenza ha il diritto di scegliere tra prestazioni in natura (prestazioni assistenziali fornite da operatori convenzionati con la cassa contro l'infermità, ad esempio centri assistenziali o servizi di assistenza domiciliare) e prestazioni in denaro (con cui la persona non autosufficiente può provvedere in modo adeguato all'assistenza, a.e. tramite i familiari). È anche possibile combinare prestazioni in natura e prestazioni in denaro, cosicché gli aiuti possono essere gestiti in modo tale da soddisfare adeguatamente le necessità specifiche della persona non autosufficiente. In particolare nel quadro di nuovi modelli abitativi è inoltre prevista la possibilità per più persone bisognose di assistenza di accorpate i loro diritti a prestazioni in natura, incrementandone l'efficienza e liberando così potenzialità che possono essere convogliate in primis verso prestazioni di sorveglianza.

L'assicurazione contro l'infermità garantisce inoltre altre prestazioni

- presidi per l'assistenza (ad esempio letti per lungodegenti),
- sussidi fino a 2.557 euro per ogni ristrutturazione dell'abitazione effettuata a fini assistenziali - con un'adeguata partecipazione finanziaria del beneficiario - nel caso in cui non esistano altre possibilità di finanziamento,
- corsi di assistenza gratuiti per familiari e operatori volontari.

L'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità non eroga prestazioni in natura, ma solo prestazioni in denaro, essa riconosce cioè un rimborso di pari importo invece delle prestazioni in natura.

Gli aventi diritto ai sussidi o all'assistenza sanitaria in forza delle prescrizioni della funzione pubblica e dei principi dello statuto dei funzionari affiliati all'assicurazione contro l'infermità percepiscono solo la metà delle prestazioni riconosciute. Per questo motivo il loro contributo risulta dimezzato. I pubblici funzionari obbligatoriamente assicurati contro l'infermità presso un'assicurazione privata ricevono tutte le prestazioni di cui sopra proporzionalmente al sussidio statale a cui hanno diritto.

Assistenza sostitutiva per ferie

Le persone non autosufficienti hanno diritto ad un operatore sostitutivo per un massimo di quattro settimane all'anno quando la persona che li assiste a domicilio va in vacanza o non è disponibile per altri motivi. Tale diritto è riconosciuto se l'operatore abituale, prima di dover essere sostituito, ha assistito per almeno sei mesi la persona non autosufficiente nel suo ambiente domestico. Se l'assistenza sostitutiva è fornita da un operatore retribuito o da un servizio sanitario domiciliare, il corrispettivo della prestazione può raggiungere i 1.550 euro nel corso di un anno solare. L'importo

massimo a cui si ha diritto ammonta a 1.550 euro anche se l'assistenza sostitutiva è prestata a titolo volontario da vicini di casa o da familiari con un grado di parentela superiore al secondo.

Se invece l'assistenza sostitutiva è prestata non a scopo di lucro da un parente stretto, le spese della cassa contro l'infermità non possono superare l'importo erogato per il livello corrispondente di fabbisogno di assistenza accertato. In questo caso, le prestazioni in denaro possono essere incrementate fino ad un massimo di 1.550 euro se l'assistente ha dovuto sostenere spese necessarie (a.e. spese di viaggio o mancato guadagno) comprovabili. I costi complessivamente sostenuti dalla cassa contro l'infermità non possono tuttavia superare i 1.550 euro.

Assistenza in strutture semiresidenziali e assistenza temporanea

Che cosa accade quando l'assistenza domiciliare non può essere assicurata in misura sufficiente o se è necessario integrarla e ampliarla? In questo caso la persona non autosufficiente può essere assistita a tempo parziale in strutture diurne e notturne, oppure - se anche questo non dovesse bastare - in strutture di assistenza temporanea. L'assicurazione contro l'infermità interviene a tempo indeterminato, facendosi carico dei costi dell'assistenza di base, dell'assistenza sociale, del trattamento nei centri di assistenza diurna e notturna fino ad un importo di 450, 1.100 o 1.550 euro mensili, in funzione del bisogno di assistenza, nonché fino a 1.550 per l'assistenza temporanea in strutture residenziali per un totale di 4 settimane per ogni anno solare. Oltre al diritto all'assistenza diurna e notturna sancito dalla legge, permane il diritto al 50 per cento della prestazione assistenziale domiciliare in natura o dell'indennità di assistenza continua. Se si fa valere il diritto all'assistenza diurna o notturna solo in misura inferiore o pari alla metà delle prestazioni a cui si è intitolati, permane il diritto all'intera prestazione assistenziale domiciliare in natura o all'intero importo dell'indennità di assistenza continua. L'assistenza temporanea di minori non autosufficienti può essere assicurata anche in strutture di supporto per persone disabili o in altre strutture adeguate.

Le persone non autosufficienti con capacità estremamente limitate di affrontare il vivere quotidiano assistite a domicilio possono inoltre ricevere prestazioni supplementari e, se ospitate in istituti di assistenza continua, possono essere seguite da personale aggiuntivo. La capacità estremamente limitata di affrontare il vivere quotidiano è constatata nel quadro di una perizia del Servizio di ispezione medica delle assicurazioni contro la malattia (Medizinischer Dienst der Krankenkassen).

Settore ambulatoriale

Le persone non autosufficienti che presentano una capacità estremamente limitata di affrontare la vita quotidiana e che vengono assistite a domicilio hanno diritto a percepire un importo supplementare di sorveglianza massimo di 100 euro mensili (importo di base) o di 200 euro (importo maggiorato), vale a dire, rispettivamente, ad un massimo di 1.200 o 2.400 euro all'anno. Tra i beneficiari di questa prestazione si annoverano essenzialmente le persone non autosufficienti in stato di confusione senile, affette da patologie psichiche o disabili mentali. Possono beneficiare di queste prestazioni anche le persone affette da demenza che presentano una limitazione estrema delle competenze necessarie ad affrontare il vivere quotidiano e, pur avendo un certo bisogno di assistenza, non soddisfano i requisiti per il riconoscimento della non autosufficienza di primo livello (cosiddetto livello 0). Questa categoria di persone può inoltre avvalersi di una visita di consulenza, che può essere effettuata anche da consultori riconosciuti. Per ottenere il riconoscimento non è necessario comprovare alcuna competenza specifica nel settore dell'assistenza continua.

L'importo supplementare di sorveglianza ha destinazione vincolata e può essere utilizzato solo per le prestazioni a qualità garantita menzionate dalla legge: consente di rimborsare le spese sostenute dall'assicurato per prestazioni di assistenza diurna e notturna, di assistenza temporanea e di servizi riconosciuti di assistenza continua – nella misura in cui non questi non rientrano nell'assistenza di base o nella conduzione domestica, ma sono mirati all'accompagnamento e alla sorveglianza – o di altri servizi di sorveglianza ad impegno ridotto riconosciuti dalla normativa dei Land (a.e. gruppi di sorveglianza di persone affette da demenza, gruppi di supporto per sgravare su base oraria i familiari che assistono in casa persone non autosufficienti, sorveglianza diurna in piccoli gruppi o individuale da parte di operatori riconosciuti e servizi di sgravio della famiglia).

Settore residenziale

Gli assicurati con capacità estremamente limitate di affrontare il vivere quotidiano residenti in strutture di assistenza continua possono beneficiare anche di un altro servizio di sorveglianza e di attivazione. Per soddisfare le esigenze di questa categoria di pazienti le strutture di assistenza residenziale possono assumere personale supplementare prevedendo un operatore in più per ogni 25 residenti affetti da demenza. I costi del personale supplementare sono completamente a carico delle casse contro l'infermità pubbliche e private secondo criteri concordati, e non vanno quindi a gravare ulteriormente sulle persone bisognose di assistenza o sugli enti di assistenza sociale.

Sicurezza sociale di chi assiste persone non autosufficienti

Chi assiste una persona in casa si assume un impegno gravoso. Spesso ad assistere i familiari non autosufficienti sono le donne, che devono rinunciare del tutto o in parte ad una propria attività lavorativa. Per tale motivo la legge migliora la tutela previdenziale di queste persone, che durante l'attività assistenziale beneficiano anche della copertura dell'assicurazione pubblica contro gli infortuni (per l'opuscolo sulla tutela assicurativa contro gli infortuni si veda il capitolo dedicato all'assicurazione contro gli infortuni).

Chi assiste un'altra persona e non svolge un'attività lavorativa o la svolge per meno di 30 ore settimanali è assicurato presso l'assicurazione pensionistica obbligatoria e i suoi contributi sono versati dall'assicurazione contro l'infermità. L'ammontare dei contributi dipende dal grado di bisogno dell'assistito e dal tempo dedicato ad assisterlo. La cassa contro l'infermità versa i contributi pensionistici di chi assiste persone non autosufficienti anche durante il periodo di ferie.

Importante

È considerata persona che assiste un non autosufficiente chi assiste a domicilio senza fini di lucro una persona non autosufficiente per almeno 14 ore alla settimana.

Periodi di assistenza

Anche la Legge sui periodi di assistenza continua, messa a punto nell'interesse dei congiunti non autosufficienti per tenere conto dei loro diversi contesti e del diverso fabbisogno di assistenza, mira a promuovere l'assistenza continua in ambito domestico. La normativa si basa su due principi che garantiscono l'assistenza continua in ogni situazione:

- 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 dieci giorni lavorativi (impedimento lavorativo temporaneo). In tal modo, in casi acuti, famigliari hanno la possibilità di informarsi sulle prestazioni di assistenza offerte e di avviare le attività organizzative necessarie. Il diritto di assentarsi temporaneamente dal lavoro mira però anche a permettere alla persona non autosufficiente che non può essere accolta da una struttura di assistenza continua adeguata dopo un ricovero ospedaliero, di essere assistita in casa dai propri congiunti, almeno in un primo momento. Il diritto di invocare un impedimento lavorativo temporaneo è riconosciuto a tutti i lavoratori, indipendentemente dal numero abituale di dipendenti del loro datore di lavoro.
- inoltre, i lavoratori dipendenti che desiderano assistere un congiunto non autosufficiente all'interno delle mura domestiche o essergli vicino nelle ultime fasi della vita hanno diritto all'esonero dall'attività lavorativa per un periodo massimo di sei mesi (periodo di assistenza).

La legge riconosce il diritto di avvalersi di periodi di assistenza ai lavoratori impiegati presso datori di lavoro con un numero di dipendenti generalmente superiore a quindici. Questo diritto è collegato al diritto supplementare di essere reintegrati sul lavoro alle stesse condizioni che vigevano prima del periodo di assistenza (tutela straordinaria contro il licenziamento). In tal modo si evita la fuoriuscita involontaria dalla vita professionale delle persone disposte ad assistere dei familiari e, tramite l'istituto dell'esenzione parziale dall'attività lavorativa e il diritto di reintegro nell'occupazione a tempo pieno, si impedisce contemporaneamente che le loro possibilità di sviluppo professionale si riducano.

La tutela sociale durante i periodi di assistenza è garantita: l'assicurazione contro l'infermità si fa carico della contribuzione all'assicurazione contro la disoccupazione, che considera i periodi di assistenza come periodi assicurativi. Inoltre, nei casi in cui non sussiste altra copertura, in particolare tramite un'assicurazione familiare, l'assicurazione per contro l'infermità concede dei sussidi per la contribuzione ad un'assicurazione volontaria contro le malattie e contro l'infermità, il cui importo è generalmente calcolato in modo tale da coprire integralmente i contributi. Come già avveniva prima dell'introduzione dei periodi di assistenza, i periodi dedicati all'assistenza domestica senza scopo di lucro sono considerati periodi di contribuzione anche all'assicurazione pensionistica se l'attività di assistenza domestica impegnano per almeno 14 ore alla settimana e la persona non autosufficiente riceve le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità. Quando il periodo di assistenza è richiesto sotto forma di esenzione parziale dall'attività lavorativa, non è consentito prestare più di 30 ore di lavoro retribuito alla settimana. L'assicurazione contro l'infermità si fa carico anche dei contributi all'assicurazione pensionistica obbligatoria in funzione del fabbisogno di assistenza e dall'entità dell'attività di assistenza prestata.

Assistenza in strutture residenziali

Laddove sia necessaria l'assistenza in una struttura residenziale, l'assicurazione sanitaria si fa carico dei costi dell'assistenza di base, dell'assistenza sociale e delle cure mediche, versando 1.023 euro per i bisognosi di assistenza di primo livello, 1.279 euro per l'assistenza di secondo livello e 1.550 euro per il terzo livello. In via eccezionale e in circostanze particolarmente gravi, per i non autosufficienti di terzo livello possono essere erogati fino a 1.918 euro mensili. Le spese di vitto e alloggio devono essere sostenute dall'assicurato, come nel caso dell'assistenza domiciliare.

L'importo a carico della cassa per l'assistenza non può superare il 75 per cento dei costi effettivi della struttura. L'assicurato deve dunque sostenere direttamente almeno il 25 per cento delle spese.

Informazioni

Le casse contro l'infermità istituite presso ogni cassa malattia pubblica sono gli enti assicurativi pubblici competenti in materia di assistenza continua.

Per ottenere informazioni più precise o per una consulenza dettagliata si prega quindi di rivolgersi alla propria cassa contro l'infermità. Dall'1 gennaio 2009 ogni persona non autosufficiente ha il diritto, sancito dalla legge, a ricevere assistenza e supporto da parte di un consulente per l'assistenza continua. Questi operatori possono essere contattati presso i cosiddetti punti di supporto per l'assistenza continua (Pflegetützpunkte) o, in assenza di questi sportelli unici, presso le casse contro l'infermità competenti.

Chi ha stipulato un'assicurazione privata contro l'infermità è pregato di interpellare il proprio Ente assicurativo oppure il Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

L'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità offre la propria consulenza specializzata tramite la società "COMPASS Private Pflegeberatung", sia sotto forma di consulenza specialistica telefonica (al numero 0800 101 88 00), sia sotto forma di consulenza personale, con la visita di un consulente specializzato al domicilio della persona non autosufficiente, in una struttura di assistenza residenziale, in ospedale o in una struttura di riabilitazione.

Su richiesta, il Ministero Federale della Sanità e degli Affari sociali invia gratuitamente gli opuscoli "Pflegeversicherung", "Pflege zuhause" e "Wenn das Gedächtnis nachläßt".

Portatori di handicap in strutture residenziali per disabili

Tutte le prestazioni descritte sono pienamente disponibili anche per i giovani disabili non autosufficienti. Inoltre, l'assicurazione contro l'infermità partecipa con un contributo forfetario alle spese fisse delle strutture residenziali più dedite all'inserimento dei disabili che alla loro assistenza.

Finanziamento

Le prestazioni dell'assicurazione sociale contro l'infermità sono finanziate tramite contributi il cui importo è correlato al reddito e determinato in base agli imponibili contributivi vigenti per l'assicurazione sanitaria. Nel 2012 il massimale mensile ammonta a 3.825 euro sia nei Länder occidentali, sia in quelli orientali.

Dall'1 gennaio 1995 al 30 giugno 1996 l'aliquota contributiva applicata in tutta la Repubblica Federale era dell'1 per cento delle entrate imponibili, dopo l'entrata in vigore delle prestazioni per l'assistenza domiciliare, cioè dopo l'1 luglio 1996, fino al 30 giugno 2008 l'aliquota era dell'1,7 per cento e dopo l'1 luglio 2008 è passata all'1,95 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 l'infermità. Si applica il principio della contribuzione paritetica in quanto l'aliquota dell'1,95 per cento si compone di una quota del dipendente, pari allo 0,975

percento, e dello stesso importo versato dal datore di lavoro. Per compensare gli oneri derivanti ai datori di lavoro dai contributi per l'assicurazione sanitaria in tutte le regioni federali (esclusa la Sassonia) è stata abolita la festività di Buß- und Betttag. In Sassonia, dove non è stata abolita alcuna festività, la quota del lavoratore ammonta all'1,475 percento, mentre il datore di lavoro versa lo 0,475 percento.

Dopo l'1 aprile 2004 l'intero contributo versato all'assicurazione contro l'infermità dai pensionati è a carico di questi ultimi perché è stata abolita la partecipazione del 50 percento degli enti pensionistici.

I lavoratori assicurati a titolo volontario presso l'assicurazione sanitaria pubblica ricevono, quale sussidio contributivo del datore di lavoro, un importo pari alla metà del contributo totale versato all'assicurazione contro l'infermità e detratto dalla propria retribuzione. Ricevono un sussidio contributivo anche i lavoratori assicurati a titolo obbligatorio presso un'assicurazione privata, in questo caso esso è limitato alla metà del premio versato.

Nell'ambito dell'assicurazione familiare i figli aventi diritto al mantenimento, i coniugi e i partner assimilabili ai coniugi con un reddito mensile abituale nel 2012 inferiore ai 375 euro o, nel caso di attività lavorativa marginale, ai 400 euro sono coassicurati automaticamente senza dover versare contributi propri.

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 erogatore locale abilitato, gli enti di riabilitazione versano i contributi di chi segue cure riabilitative, gli enti che gestiscono le pratiche degli invalidi si fanno carico dei contributi dei disabili e gli enti erogatori di prestazioni sociali corrispondono i contributi per tutti coloro che beneficiano di prestazioni sociali per il sostentamento di altra natura.

Poiché i bambini di oggi sono i contribuenti di domani, l'allevamento dei figli costituisce il fondamento del buon funzionamento futuro del regime assicurativo sociale contro l'infermità, che si basa sul principio della redistribuzione. Per questo motivo dall'1 gennaio 2005 i periodi di allevamento dei figli godono di un particolare riconoscimento nell'ambito del regime contributivo dell'assicurazione sociale contro l'infermità: le persone senza figli devono versare un supplemento pari allo 0,25 percento. L'aliquota contributiva di un lavoratore senza figli è cioè aumentata dallo 0,975 percento all'1,225 percento. In questo modo si è introdotta la differenziazione tra contribuenti con e senza prole richiesta dalla Corte costituzionale. Sono esentati dal supplemento obbligatorio gli assicurati senza figli nati prima dell'1 gennaio 1940, nonché i bambini e i giovani che non abbiano completato il ventitreesimo anno di età.

Continuano a godere dell'esenzione anche i beneficiari di indennità di disoccupazione II e le persone che prestano servizio militare o civile. L'Agenzia Federale del lavoro versa al fondo di perequazione dell'assicurazione sociale contro l'infermità gestito dall'Ufficio Federale delle Assicurazioni un importo annuale di 20 milioni di euro a titolo di supplemento contributivo (semplificazione amministrativa) per i titolari di indennità di disoccupazione, di sussidio di sostentamento, di indennità di cassa integrazione, di indennità di transizione e, nella misura in cui è tenuta al versamento dei contributi previdenziali, per i titolari del sussidio federale alla formazione professionale ai sensi del III CPS. Sebbene i beneficiari di queste prestazioni non siano più tenuti a corrispondere alcun contributo supplementare, la legge autorizza l'Agenzia Federale del lavoro - con il consenso del Ministero Federale del Lavoro e degli Affari sociali - a rivalersi su di loro per questo onere.

Il Ministero Federale della Sanità risponde a domande su tutte le questioni riguardanti l'assicurazione contro l'infermità dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 18.00 e il venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00 al numero 01805/9966-03 (a pagamento: 14 cent/minuto dalla rete fissa, fino a 42 cent/minuto dalle reti mobili).

La "Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung/Pflegeversicherung – Ausland (DVKA)", Pennefeldsweg 12 c, 53177 Bonn, tel: 0228 9530-0, che dall'1 luglio 2008 è diventata una divisione dello Spitzenverband Bund der Krankenkassen, fornisce informazioni personalizzate sulle prestazioni all'estero dell'assicurazione contro le malattie e dell'assicurazione contro l'infermità.

Per domande o richieste legate specificamente alla disabilità (ivi comprese domande relative all'assicurazione contro le malattie e l'infermità) ci si può inoltre rivolgere alla "Gemeinsame Servicestelle der Rehabilitationsträger" del comune di residenza.

È inoltre possibile richiedere consulenza e supporto anche nel quadro della cosiddetta "assistenza agli anziani" del comune o della città di residenza. A questo scopo si raccomanda di rivolgersi direttamente alla propria amministrazione comunale o circoscrizionale.

Assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità

Come nel caso dell'assicurazione privata contro le malattie, i premi dell'assicurazione privata obbligatoria contro l'infermità non dipendono dal reddito, ma dall'età al momento della stipula del contratto assicurativo. Il premio massimo è stabilito per legge e non può superare l'importo del 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 sanitario o contro l'infermità. I funzionari pubblici aventi diritto a prestazioni sussidiarie 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 non può superare il 150 per cento del contributo massimo dell'assicurazione sociale. Non è ammesso a beneficiare di questa agevolazione per coppie coniugate chi abbia sottoscritto un'assicurazione privata 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.

	Panoramica dei diritti degli assicurati a prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità nel 2012	Livello 1 Fabbisogno assistenziale notevole	Livello 2 Fabbisogno assistenziale grave	Livello 3 Fabbisogno assistenziale estremo (casi particolari di estrema gravità)
Assistenza domestica	Prestazioni in natura massime mensili, in euro fino al 30/6/2008	384	921	1.432 (1.918)
	dall'1/7/2008 al 31/12/2009	420	980	1.470 (1.918)
	dall'1/1/2010	440	1.040	1.510 (1.918)
	dall'1/1/2012	450	1.100	1.550 (1.918)
	Indennità di assistenza massima mensile, in euro fino al 30/6/2008	205	410	665
	dall'1/7/2008 al 31/12/2009	215	420	675
	dall'1/1/2010	225	430	685
	dall'1/1/2012	235	440	700
Assistenza sostitutiva ¹⁾	Oneri assistenziali massimi per un periodo massimo di 4 settimane durante l'anno solare, in euro fino al 30/6/2008			
*di congiunti *di altre persone		205 ¹⁾ 1.432	410 ¹⁾ 1.432	665 ¹⁾ 1.432
	dall'1/7/2008 al 31/12/2009			
*di congiunti *di altre persone		215 ¹⁾ 1.470	420 ¹⁾ 1.470	675 ¹⁾ 1.470
	dall'1/1/2010			
*di congiunti *di altre persone		225 ¹⁾ 1.510	430 ¹⁾ 1.510	685 ¹⁾ 1.510
	dall'1/1/2012			
*di congiunti *di altre persone		235 ¹⁾ 1.550	440 ¹⁾ 1.550	700 ¹⁾ 1.550

¹⁾ Su richiesta, i parenti stretti sono rimborsati delle spese necessarie (mancato guadagno, spese di trasporto, ecc.) fino al raggiungimento del massimale riconosciuto a operatori terzi.

	Panoramica dei diritti degli assicurati a prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità nel 2012	Livello 1 Fabbisogno assistenziale notevole	Livello 2 Fabbisogno assistenziale grave	Livello 3 Fabbisogno assistenziale estremo (casi particolari di estrema gravità)
Assistenza temporanea	Oneri assistenziali massimi annui, in euro fino al 30/6/2008 dall'1/7/2008 al 31/12/2009 dall'1/1/2010 dall'1/1/2012	1.432 1.470 1.510 1.550	1.432 1.470 1.510 1.550	1.432 1.470 1.510 1.550
Assistenza semire-sidenziale diurna e notturna	Oneri assistenziali massimi mensili, in euro fino al 30/6/2008 dall'1/7/2008 al 31/12/2009 dall'1/1/2010 dall'1/1/2012	384 420 ²⁾ 420 ²⁾ 450 ²⁾	921 980 ²⁾ 1.040 ²⁾ 1.100 ²⁾	1.432 1.470 ²⁾ 1.510 ²⁾ 1.550 ²⁾
Prestazioni di assistenza integrativa assicurati per con notevole fabbisogno di assistenza ³⁾	Prestazioni per un importo massimo annuale in euro fino al 30/06/2008 dall'1/07/2008	460 2.400 ³⁾	460 2.400 ³⁾	460 2.400 ³⁾
Assistenza completa strutture residenziali	Oneri assistenziali forfetari mensili, in euro fino al 30/6/2008 dall'1/7/2008 al 31/12/2009 dall'1/1/2010 dall'1/1/2012	1.023 1.023 1.023 1.023	1.279 1.279 1.279 1.279	1.432 (1.688) 1.432 (1.688) 1.432 (1.688) 1.432 (1.688)
Assistenza completa strutture residenziali per disabili	Oneri assistenziali mensili pari a	10% del al massimo	costo della 265 euro	struttura al mese

²⁾ Oltre al diritto all'assistenza diurna sussiste il diritto alla metà dell'importo applicabile per le prestazioni assistenziali ambulatoriali o per l'indennità di assistenza.

³⁾ In futuro sarà riconosciuto un importo variabile tra i 1.200 euro (importo di base) e i 2.400 euro (importo maggiorato) in funzione della situazione assistenziale personale dovuta a lesioni permanenti o ricorrenti o a disturbi della capacità di cui all'art. 25 a comma 2 linee 1-9 del XI Tomo SCP.

	Panoramica dei diritti degli assicurati a prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità nel 2012	Livello 1 Fabbisogno assistenziale notevole	Livello 2 Fabbisogno assistenziale grave	Livello 3 Fabbisogno assistenziale estremo (casi particolari di estrema gravità)
Presidi medico-chirurgici consumabili	Oneri massimi mensili in euro		31	
Presidi tecnici e altri presidi	Oneri in euro	100% dei situazioni al massimo, preferenza sono forniti non si di	costi, ma in con ticket di 25 euro. i presidi in prestito e richiede il ticket.	determinate del 10% o, Di tecnici per questo pagamento
Interventi per l'adeguamento dell'ambiente domestico	Oneri massimi in euro	2.557 per quota alle spese	intervento adeguata da parte	con una di concorso dell'interessato
Versamento contributi pensionistici per persone che assistono non-autosufficienti ⁴⁾	In funzione dell'entità dell'attività di assistenza fino alla concorrenza di un massimale mensile in euro di (Länder orientali)	137.20 (117.08)	274.40 (234.16)	411.60 (351.23)
Versamento contributi assicurativi contro la disoccupazione per lavoratori che beneficiano di periodi di congedo per assistenza	Importo mensile in euro (Länder orientali)		7.88 (6.72)	
Concorso al versamento dei contributi assicurativi di malattia e di infermità per lavoratori che beneficiano di periodi di congedo per assistenza	Massimale mensile in euro Assicurazione malattia Assicurazione assistenza continua		135.62 17.06	

⁴⁾ Se esercitano l'attività di assistenza per almeno 14 ore alla settimana, non hanno un'occupazione retribuita di più di 30 ore settimanali e non percepiscono ancora una pensione integrale di vecchiaia.

Altri interventi dell'assicurazione contro l'infermità a beneficio degli assicurati	A supporto dell'assistenza continua in caso di	
	Assistenza domiciliare	Assistenza residenziale
Aiuto di centri di supporto all'assistenza vicini al luogo di residenza, consulenza personalizzata (case management)	X	X
Trasmissione di		
- tabelle comparative di prestazioni e costi di strutture di assistenza autorizzate	X	X
- tabelle comparative di prestazioni e costi di interventi di assistenza ad impegno ridotto	X	
- Informazioni su interlocutori e gruppi di autoaiuto	X	X
- informazioni sui contratti di assistenza medica integrata/partecipazione all'assistenza integrata nel bacino di utenza del richiedente	X	X
Corsi di assistenza continua destinati a congiunti o a assistenti volontari	X	
Maggiorazione della retribuzione per l'assistenza supplementare a non autosufficienti con notevole bisogno di assistenza generica		X
Promozione di interventi di attivazione e riabilitazione con versamento di bonus a strutture di assistenza continua per una sensibile riduzione del fabbisogno assistenziale		X
Promozione di strutture di assistenza a persone con notevole bisogno di assistenza generica	X	
Promozione della creazione e del potenziamento di strutture di volontariato e di autoaiuto	X	X

Assicurazione pensionistica (Rentenversicherung)

La sicurezza sociale, inscindibilmente legata all'assicurazione pensionistica, contribuisce da molti decenni a garantire ai propri assicurati un buon sostegno finanziario anche durante la vecchiaia.

Chi è assicurato?

Tutti i lavoratori dipendenti (tranne alcune eccezioni) hanno l'obbligo di versare contributi previdenziali all'assicurazione di invalidità e vecchiaia. Ciò vale anche per gli apprendisti, per le persone disabili che svolgono un'attività in laboratori protetti riconosciuti, per chi assolve il servizio militare o civile e per chi presta l'anno di volontariato sociale o ecologico.

I contributi pensionistici sono calcolati in base al reddito, con un massimale di riferimento pari, per il 2012, a 5.600 euro nei Länder occidentali e a 4.800 euro nei Länder orientali, che non costituisce però una soglia di esenzione dall'obbligo assicurativo. L'obbligo assicurativo sussiste cioè anche per chi percepisce redditi superiori al massimale di riferimento, in base al quale sono però calcolati i contributi.

Dopo l'1 aprile 2003 vigono norme specifiche per la definizione dell'aliquota contributiva applicata ai lavoratori a reddito ridotto (da 400.01 a 800 euro). Oggi trovano pertanto applicazione automatica le disposizioni di legge relative alla cosiddetta passerella fiscale (detta anche fascia variabile o fascia di progressione), che introducono una riduzione dei contributi previdenziali e sociali a carico dei lavoratori proporzionata al loro reddito da lavoro. In altri termini: in funzione del reddito del lavoratore, l'aliquota complessiva di contribuzione sociale e pensionistica a suo carico (assicurazione sanitaria, assicurazione pensionistica e assicurazione contro la disoccupazione, attualmente pari a una media del 21 per cento) subisce un aumento lineare che varia dal 9 per cento per il primo livello della fascia variabile (400.01 euro) all'importo pieno della quota del lavoratore per le retribuzioni pari a 800 euro. Il datore di lavoro, invece, corrisponde sempre integralmente la sua aliquota contributiva, calcolata in base alla retribuzione versata. Tale normativa non si applica alle retribuzioni degli apprendisti.

Importante

Poiché il computo dei diritti pensionistici si basa esclusivamente sulla retribuzione – in questo caso più bassa - per cui si sono pagati i contributi, il dipendente può notificare al datore di lavoro la sua volontà di versare contributi commisurati al reddito effettivo. Se il lavoratore desidera che il calcolo dei diritti pensionistici si basi sull'importo integrale della retribuzione, i suoi contributi possono così corrispondere all'importo pieno dell'aliquota anche all'interno della fascia variabile.

Sono invece soggette all'obbligo assicurativo solo determinate categorie di lavoratori autonomi, tra cui gli insegnanti, i docenti universitari e gli educatori indipendenti e il personale paramedico autonomo, ad esempio le ostetriche. Sono soggetti all'obbligo assicurativo anche gli artigiani autonomi, che possono tuttavia richiedere l'esenzione dopo 18 anni di attività. Sono tenute ad ottemperare all'obbligo assicurativo anche le categorie degli artisti e dei giornalisti, anche se essi possono 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 assumono 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.

L'esenzione dall'obbligo assicurativo può essere accordata su richiesta per un massimo di tre anni a chi avvia un'attività in proprio con un unico committente. Hanno diritto all'esenzione anche persone in età avanzata.

La categoria degli agricoltori non è soggetta all'obbligo di contribuzione all'assicurazione pensionistica pubblica, ma all'assicurazione previdenziale di categoria, il regime previdenziale specifico che assicura agli agricoltori solo alcune prestazioni ed è integrato da altri regimi, in particolare dalla quota aziendale e dai prelievi fiscali sulle aziende agricole.

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 per l'educazione dei figli: durante questi periodi sono soggetti all'obbligo assicurativo anche i padri e le madri che accudiscono ai figli. L'obbligo assicurativo per il periodo di educazione interviene per i primi tre anni di vita dei figli nati dopo l'1 gennaio 1992. Per i figli nati prima di questa data il periodo di contribuzione obbligatoria è di un anno. I contributi per questi periodi vengono versati dal Governo federale.

Assistenti di persone non autosufficienti: sono soggette all'obbligo assicurativo presso un ente assicurativo pubblico per tutta la durata dell'attività di assistenza le persone che, a titolo non professionale, assistono tra le mura domestiche un congiunto con una non-autosufficienza di secondo o di terzo livello. I loro contributi sono a carico della cassa infermità. In tal modo anche questa categoria di persone risulta assicurata, senza tuttavia dover provvedere di tasca propria al versamento dei contributi.

Tranne i titolari di indennità di disoccupazione II, tutti i beneficiari di prestazioni salariali sostitutive sono soggetti all'obbligo assicurativo se lo erano da ultimo nell'anno precedente l'inizio di tali prestazioni. Negli altri casi, essi possono fare richiesta di affiliazione presso l'assicurazione pensionistica obbligatoria. Tra le prestazioni salariali sostitutive rientrano ad esempio l'indennità di malattia, l'indennità infortunistica e l'indennità di transizione, l'indennità di disoccupazione I e II, l'indennità di sostentamento, l'indennità di transizione per gli anziani e il sussidio di prepensionamento. In questi casi i contributi assicurativi sono versati dagli enti previdenziali competenti.

Chi è esente dall'obbligo assicurativo?

a) Lavoratori con un'occupazione continuativa a retribuzione marginale

Un'attività è considerata marginale se la sua retribuzione non supera regolarmente i 400 euro mensili. Le persone che esercitano un'attività lavorativa marginale sono esenti dall'obbligo assicurativo e non devono versare alcun contributo previdenziale.

Il loro datore di lavoro, invece, corrisponde un contributo pensionistico forfetario pari al 15 per cento. Ai cosiddetti "Mini-jobs" presso nuclei familiari privati, considerati una forma particolare di attività marginale, si applica un'aliquota contributiva forfetaria ridotta, pari al 5 per cento. In questo modo chi esercita un'attività lavorativa marginale e non percepisce ancora l'intera pensione di vecchiaia può beneficiare di vantaggi in termini pensionistici perché acquisisce il diritto ad integrazioni pensionistiche o, in misura limitata, a riduzioni dei periodi di attesa.

È soggetto all'obbligo assicurativo chi esercita un'attività lavorativa marginale ed ha rinunciato all'esenzione tramite notifica scritta al datore di lavoro. Con l'unica eccezione dei pensionati a pieno titolo, nella fase iniziale di un'attività a retribuzione marginale tale opzione può essere esercitata da tutti. In questo caso, l'obbligo di contribuzione pensionistica sussiste fino al termine del rapporto lavorativo e il dipendente deve integrare il contributo previdenziale forfetario del datore di lavoro fino al raggiungimento dell'aliquota piena (nel 2012 l'aliquota piena ammonta al 19,6 per cento. Chi esercita un'attività marginale presso nuclei familiari privati deve pertanto aggiungere all'aliquota del 5 per cento un importo pari al 14,6 per cento, mentre tutti gli altri lavoratori marginali devono incrementare del 4,6 per cento l'aliquota forfetaria del 15 per cento). Il versamento dei contributi obbligatori permette di maturare il diritto all'ampia gamma di prestazioni della previdenza obbligatoria che, oltre alla pensione regolare di vecchiaia, comprende essenzialmente anche le prestazioni di 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 155 euro, si deve versare un contributo minimo da cui sono detratti i contributi corrisposti dal datore di lavoro. Il datore di lavoro è tenuto ad informare i dipendenti della possibilità di integrare il contributo assicurativo forfetario.

b) Attività lavorative di breve durata

Un'attività lavorativa di breve durata è caratterizzata dalla breve estensione temporale del rapporto di lavoro che, indipendentemente dalla retribuzione (e in forza di una previsione basata sulla tipologia, la natura o la mole del lavoro da svolgere) risulta abitualmente inferiore a due mesi o a 50 giornate lavorative per anno solare o è limitata a priori per via contrattuale a tale periodo (a.e. tramite un contratto-quadro con vigore massimo di un anno). Tale attività non può essere svolta a titolo professionale o, se ciò avviene, non può comportare una retribuzione mensile superiore ai 400 euro. Le attività lavorative di breve durata non implicano alcun obbligo di versamenti previdenziali, neppure per la parte forfetaria a carico del datore di lavoro.

c) Attività lavorative multiple

Più attività a retribuzione marginale o più attività lavorative di breve durata esercitate contemporaneamente vanno considerate nel loro complesso. Se comportano il superamento delle soglie sopra indicate, subentra l'obbligo assicurativo in tutti i campi della previdenza sociale.

In caso di esercizio contemporaneo di un'attività marginale e di un'attività principale soggetta ad obbligo assicurativo si devono considerare le seguenti avvertenze:

un'attività principale soggetta ad obbligo assicurativo può essere integrata da un'unica attività a retribuzione marginale senza che anche per quest'ultima scatti l'obbligo previdenziale perché sommata con l'attività principale. Ogni ulteriore attività marginale è però sommata all'attività principale ad obbligo previdenziale e risulta pertanto soggetta a sua volta a tale obbligo.

La considerazione cumulativa delle attività non si applica in caso di esercizio contemporaneo di attività di breve durata e marginali o di attività di breve durata e di un'attività principale soggetta ad obbligo assicurativo.

Eccezioni: norme divergenti sono previste per alcune categorie di persone - ad esempio apprendisti e persone disabili -, che rimangono soggette all'obbligo assicurativo anche in presenza dei requisiti di un'attività lavorativa a retribuzione marginale.

L'inquadramento previdenziale dei singoli casi è di competenza della cassa mutua locale e, per le attività lavorative a retribuzione marginale, della Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See quale ufficio di riscossione centrale (www.minijobzentrale.de). Inoltre, la Knappschaft e gli altri enti previdenziali forniscono informazioni e consulenza specializzata.

Chi può assicurarsi a titolo volontario?

Generalmente, gli individui non vincolati da un obbligo assicurativo – in particolare i lavoratori autonomi e le casalinghe - possono scegliere di versare contributi volontari all'ente previdenziale pubblico. I funzionari pubblici, i giudici e i militari di carriera e di complemento sono soggetti a precise restrizioni.

Riabilitazione

Il diritto previdenziale sancisce espressamente il principio per cui "la riabilitazione ha la precedenza sulla pensione". Ogniqualvolta si faccia richiesta di una pensione per ridotta capacità lavorativa, gli enti previdenziali verificano pertanto se l'erogazione della pensione può essere evitata tramite prestazioni riabilitative.

Chi ha diritto alla pensione?

I diritti pensionistici sono subordinati al soddisfacimento di determinati requisiti individuali e tecnico-giuridici. 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 è la maturazione di periodi di attesa

Per avere diritto alle prestazioni pensionistiche, gli assicurati devono comprovare un determinato periodo minimo di appartenenza all'assicurazione pensionistica, chiamato periodo di attesa. Per beneficiare delle pensioni ordinarie di vecchiaia, delle pensioni per ridotta capacità lavorativa e delle pensioni di reversibilità è indispensabile aver maturato un periodo di attesa generale di cinque anni – periodi di contribuzione e periodi sostitutivi compresi. Anche il periodo di attesa di 15 anni, indispensabile per percepire la pensione di vecchiaia per disoccupazione o dopo un part-time di vecchiaia e la pensione di vecchiaia per le donne può comprendere sia periodi di contribuzione, sia periodi sostitutivi riconosciuti. Il periodo di attesa di 35 anni, richiesto per la pensione di vecchiaia con periodo contributivo prolungato e per la pensione di vecchiaia per persone gravemente disabili, può comprendere anche periodi di esenzione contributiva e altri periodi considerati ai fini del conteggio pensionistico perché dedicati all'educazione dei figli. La pensione di vecchiaia con periodo contributivo particolarmente prolungato richiede un periodo di attesa di 45 anni, da cui possono essere dedotti i periodi di contribuzione obbligatoria nel quadro di un'attività lavorativa ad obbligo contributivo - ma non di indennità di disoccupazione - nonché i periodi ufficialmente considerati ai fini del conteggio pensionistico. I periodi di esenzione contributiva possono comprendere, ad esempio, determinati periodi di formazione professionale e periodi di malattia o di disoccupazione.

Maturazione anticipata dei periodi di attesa

L'erogazione delle pensioni per ridotta capacità lavorativa o per decesso è subordinata alla totalizzazione di un periodo di attesa generale di cinque anni, che può però essere maturato in un arco di tempo più breve quando un infortunio sul lavoro o un pregiudizio subito durante il servizio civile o militare riducono la capacità lavorativa dell'assicurato o ne causano il decesso. Può inoltre essere applicata una deroga supplementare: l'assicurato che abbia perso totalmente la propria capacità lavorativa o deceda nei primi sei anni successivi al compimento della formazione può godere personalmente del diritto alla pensione o, nella fattispecie, può assicurarla ai suoi superstiti se nei due anni precedenti l'evento debilitante ha maturato almeno un anno di contribuzione obbligatoria. Al periodo di due anni vanno ad aggiungersi i 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 a percepire una pensione di vecchiaia solo gli assicurati che abbiano raggiunto una determinata età (limite di età) e soddisfino altri requisiti supplementari, diversi in funzione della tipologia di pensione di vecchiaia richiesta.

In 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 prevede un'elevazione graduale dell'età pensionabile da 65 a 67 anni tra il 2012 e il 2029 e innalzamenti corrispondenti anche per altre tipologie pensionistiche. I dettagli della nuova normativa si trovano alla sezione "In pensione a 67 anni".

Limiti di età per il godimento della pensione integrale

Per contenere gli oneri sostenuti dall'ente pensionistico pubblico a causa del ricorso alle pensioni anticipate, sono stati elevati anche i limiti di età per percepire la pensione di vecchiaia integrale: sono passati da 60 a 65 anni per l'importo integrale della pensione di vecchiaia destinata alle donne, da 63 a 66 anni e dieci mesi per la pensione di vecchiaia con periodo contributivo prolungato e da 60 a 63 anni e per le pensioni di vecchiaia per disabili gravi.

Malgrado ciò, il pensionamento anticipato continua ad essere possibile. In questo caso le spese supplementari dell'ente pensionistico derivanti dal periodo prolungato di versamento della pensione sono compensate detraendo dalla pensione mensile lo 0,3 per cento per ogni mese di pensionamento anticipato. Per un pensionamento anticipato di cinque anni (60 mesi), la detrazione complessiva ammonta così al 18 per cento. Il rinvio della pensione dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età comporta invece una maggiorazione mensile, che incrementa l'importo percepito dello 0,5 per cento. Le detrazioni e le maggiorazioni rimangono invariate per tutto il periodo di percezione della pensione, anche dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età, e influiscono inoltre sull'importo della pensione di reversibilità.

Si è ormai concluso per pressoché tutte le tipologie pensionistiche il periodo di applicazione delle norme di salvaguardia dei contratti esistenti, destinate a determinate categorie di persone al momento dell'elevazione dei limiti di età.

1. Pensione ordinaria di vecchiaia

Hanno diritto a percepire la pensione ordinaria di vecchiaia tutti gli assicurati che abbiano raggiunto il limite generale d'età di 65 anni ed abbiano maturato il periodo di attesa generale di 5 anni. I redditi supplementari realizzati dai beneficiari delle pensioni ordinarie di vecchiaia non sono soggetti ad alcuna limitazione.

(Per i nati a partire dal 1947 si confronti la sezione "In pensione a 67 anni")

2. Pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo prolungato

Hanno diritto a percepire questa tipologia di pensione di vecchiaia – con riduzioni - prima del raggiungimento dell'attuale limite di età di 65 anni tutti gli assicurati che

- abbiano compiuto il sessantatreesimo anno di età,
- abbiano maturato un periodo di attesa di 35 anni.

Non si procede alla riduzione graduale a 62 anni del limite di età per l'erogazione anticipata di questa tipologia di prestazioni pensionistiche, prevista dalla normativa finora vigente.

(Per i nati a partire dal 1948 si confronti la sezione "In pensione a 67 anni")

3. Pensione di vecchiaia per disabili gravi

Hanno diritto a percepire l'importo integrale di questa tipologia di pensione di vecchiaia tutti gli assicurati che

- abbiano raggiunto l'attuale limite di età di 63 anni,
- abbiano ottenuto il riconoscimento come disabili gravi al momento del pensionamento e
- abbiano maturato un periodo di attesa di 35 anni.

Con alcune detrazioni, oggi questa tipologia di pensione di vecchiaia può essere percepita già dopo il compimento del sessantesimo anno di età.

Possono ottenere il riconoscimento come disabili gravi tutte le persone residenti in Germania o in un paese dell'Unione Europea che presentano un grado di disabilità uguale o superiore al 50 per cento. Il grado di disabilità è stabilito dall'Ufficio di assistenza. Possono beneficiare di questa tipologia pensionistica anche le persone nate prima dell'1 gennaio 1951 non gravemente disabili, ma inabili o invalide al lavoro ai sensi della legislazione vigente il 31 dicembre 2000.

Per salvaguardare i contratti esistenti, la pensione di vecchiaia per disabili gravi può essere erogata senza detrazioni già al momento del compimento del sessantesimo anno anche a tutti gli assicurati che hanno completato i cinquant'anni di età prima del 16 novembre 2000 ed in quella data erano ufficialmente considerati disabili gravi ai sensi dell'art. 2 par. 2 del tomo IX del Codice di Previdenza Sociale.

(Per i nati a partire dal 1951 si confronti la sezione "In pensione a 67 anni")

4. Pensione di vecchiaia per disoccupazione o dopo part-time di vecchiaia

Hanno diritto a percepire questa tipologia di pensione di vecchiaia – con riduzioni - tutti gli assicurati nati prima dell'1 gennaio 1952 che

- abbiano raggiunto il limite di età,
- abbiano maturato un periodo d'attesa di 15 anni,
- nei dieci anni precedenti il pensionamento abbiano maturato 8 anni di contribuzione obbligatoria per un'attività o un lavoro dipendente assicurati,
- al momento del pensionamento siano disoccupati e, dopo aver compiuto 58 anni e 6 mesi di età, abbiano accumulato un periodo di disoccupazione complessivo di 52 settimane oppure abbiano lavorato in regime di part-time di vecchiaia per almeno 24 mesi.

Tra il 2006 e il 2008 l'età minima per beneficiare di questa tipologia di pensione di vecchiaia è stata gradualmente elevata da 60 a 63 anni. Gli assicurati nati nel gennaio 1946 hanno dunque percepito questa pensione di vecchiaia al raggiungimento dei 60 anni e un mese, gli assicurati nati nel febbraio 1946 al raggiungimento dei 60 e due mesi, e così via. Le persone nate dopo il dicembre 1948, infine, potranno godere di questa pensione di vecchiaia solo dopo il compimento del sessantatreesimo anno di età. Prima di tale età, inoltre, non sarà più possibile percepire questa forma di pensione di vecchiaia neppure accettando delle riduzioni.

Per salvaguardare i contratti esistenti, l'età pensionabile minima di questa tipologia di pensione di vecchiaia rimane invariata per gli assicurati che avevano concordato a tutti gli effetti di legge la conclusione del rapporto lavorativo (ad esempio con un contratto di part-time di vecchiaia o un contratto di rescissione del rapporto di lavoro) già prima dell'1 gennaio 2004 o che, in quella data, erano già disoccupati o privi di occupazione.

Il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni telefoniche sulla tematica delle pensioni dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 al numero 01805 676710 (14 cent al minuto dalla rete fissa).

Determinati fattori, quali ad esempio i periodi riconosciuti e, in particolare, i periodi di disoccupazione esentati dall'obbligo contributivo, possono comportare un prolungamento a vantaggio dell'assicurato del periodo di dieci anni entro il quale si devono maturare otto anni di contribuzione.

Il requisito del part-time di vecchiaia si considera soddisfatto quando l'assicurato ha svolto per almeno 24 mesi solari un'attività in regime di part-time, indipendentemente dal fatto che tale regime lavorativo fosse sovvenzionato o meno dall'Agenzia del lavoro.

I periodi di disoccupazione vanno comprovati tramite un'attestazione dell'Agenzia del lavoro.

5. Pensione di vecchiaia per le donne

Hanno diritto a questa tipologia di pensione di vecchiaia – con riduzioni – tutte le donne nate prima del 1952 che

- abbiano completato il sessantesimo anno di età,
- abbiano maturato un periodo di attesa di 15 anni,
- abbiano versato contributi obbligatori per un'attività assicurata per almeno dieci anni dopo il compimento del quarantesimo anno di età.

Pensioni per riduzione della capacità lavorativa

Se gli assicurati non sono più in grado di lavorare o lo sono solo parzialmente le pensioni intervengono a sostituzione del reddito se risultano soddisfatti alcuni requisiti di legge: gli assicurati devono aver maturato almeno 3 anni di contribuzione obbligatoria nel quinquennio precedente la sopravvenuta riduzione della capacità lavorativa (a cui possono essere sommati periodi riscattabili o accreditabili per l'educazione dei figli) e aver totalizzato un periodo di attesa generale di 5 anni. Questi requisiti non si applicano solo nei casi in cui l'incapacità lavorativa sia imputabile a circostanze per le quali il periodo di attesa si considera totalizzato.

I requisiti di legge sono soddisfatti anche se gli assicurati hanno maturato il periodo di attesa generale prima del 1984 e, a partire dallo stesso anno, ogni mese è riconoscibile ai fini pensionistici.

Le pensioni per riduzione della capacità lavorativa sono erogate solo fino al raggiungimento del limite d'età, in seguito l'assicurato ha diritto alla pensione ordinaria di vecchiaia per un importo almeno equivalente.

In particolare, si può fare richiesta delle seguenti prestazioni:

1. Pensione per incapacità lavorativa parziale: si riconosce l'incapacità parziale di esercitare

un'attività retribuita agli assicurati che, a causa di una riduzione della capacità lavorativa imputabile a motivi di salute, non sono in grado di esercitare per almeno sei ore al giorno un'attività retribuita alle normali condizioni del mercato del lavoro. 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 agli assicurati che, a causa di una riduzione della capacità lavorativa imputabile a motivi di salute, non sono in grado di esercitare per almeno tre ore al giorno un'attività retribuita alle normali condizioni del mercato del lavoro. Percepiscono una pensione per incapacità lavorativa totale anche gli assicurati in grado di lavorare ancora più di tre, ma meno di sei ore al giorno, che non possono beneficiare delle loro restanti capacità lavorative perché disoccupati. La pensione per incapacità lavorativa totale equivale a una pensione anticipata di vecchiaia per disabili gravi.
3. **Pensione per incapacità lavorativa parziale in caso di inabilità professionale:** si riconosce la pensione per incapacità lavorativa parziale in caso di inabilità professionale agli assicurati nati prima del 2 gennaio 1961 che, a causa di una riduzione della capacità lavorativa imputabile a motivi di salute, non sono in grado di esercitare per almeno sei ore al giorno la professione svolta fino a quel momento né un'altra professione ragionevolmente adeguata. L'importo di questa tipologia pensionistica è pari alla pensione per incapacità lavorativa parziale.
4. **Pensione per riduzione completa della capacità lavorativa dei disabili:** si riconosce la pensione per riduzione completa della capacità lavorativa dei disabili agli assicurati già totalmente inabili al lavoro prima della maturazione del periodo di attesa generale di 5 anni che lo sono rimasti senza interruzioni e possono documentare un periodo di attesa di 20 anni. Il diritto a questa tipologia di pensione può essere maturato anche con il versamento di contributi volontari.

Pensioni temporanee

Le pensioni per capacità lavorativa ridotta sono generalmente temporanee. Esse possono 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 soddisfatta quando questa tipologia pensionistica è già stata erogata per un periodo complessivo di 9 anni.

Redditi lavorativi aggiuntivi

Le pensioni versate agli assicurati sostituiscono i loro mancati guadagni. I redditi lavorativi aggiuntivi dei beneficiari di trattamenti pensionistici anticipati sono soggetti a determinate limitazioni fino al raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria (65 anni di età per i nati fino al 1946). Sono considerati redditi supplementari le retribuzioni, i redditi da lavoro e le entrate analoghe. Non si considerano invece come redditi lavorativi le retribuzione percepite da chi assiste persone non autosufficienti per importi inferiori all'indennità prevista, né le retribuzioni versate ai disabili nei laboratori protetti. Ai fini del regime pensionistico per riduzione della capacità lavorativa, determinate entrate sostitutive del reddito da lavoro sono considerate come redditi lavorativi aggiuntivi.

A. Pensioni di vecchiaia

I criteri determinanti ai fini dell'accertamento dei redditi supplementari consentiti ai beneficiari di pensioni di vecchiaia sono il raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria e la tipologia della pensione percepita (parziale o totale).

1. Pensioni ordinarie di vecchiaia

I titolari di pensioni ordinarie di vecchiaia possono realizzare redditi supplementari illimitati. Allo stesso modo, chi percepisce una pensione di vecchiaia già prima del raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria può realizzare redditi supplementari illimitati solo a partire dal mese successivo al raggiungimento del limite di età.

2. Pensioni di vecchiaia prima del raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria

Fino al raggiungimento dell'età pensionabile ordinaria, i beneficiari di una pensione di vecchiaia non possono percepire un reddito mensile supplementare superiore ai 400 euro lordi. È consentito superare tale soglia fino ad un massimo del 100 per cento solo per due volte nel corso dell'anno solare (ad esempio a causa dell'indennità di ferie e della tredicesima). Il superamento del limite imposto per i redditi supplementari non comporta la cancellazione automatica della prestazione pensionistica: la pensione totale può essere convertita in una pensione parziale, che consente redditi supplementari più elevati.

In base all'entità del reddito da lavoro percepito, la pensione di vecchiaia è erogata sotto forma di pensione parziale pari a due terzi, alla metà o a un terzo della prestazione pensionistica totale. L'ammontare del reddito supplementare consentito nei singoli casi dipende anche dal reddito dei tre anni solari precedenti la prima erogazione pensionistica. A chi nei tre anni precedenti ha realizzato solo un reddito inesistente o minimo si applica invece la cosiddetta soglia di reddito mensile minima, pari alla metà della media salariale.

Le informazioni relative ai limiti individuali di reddito supplementare sono fornite dagli enti pensionistici.

I limiti applicati ad ogni singolo pensionato sono indicati sulla comunicazione di pagamento della pensione. I pensionati sono tenuti a notificare il superamento di tali limiti al loro ente pensionistico.

B. Pensioni per riduzione della capacità lavorativa

Anche i beneficiari di pensioni per riduzione della capacità lavorativa possono realizzare redditi supplementari paralleli solo fino ad un determinato massimale. Chi riceve l'importo integrale di una pensione per incapacità lavorativa totale non può percepire un reddito mensile supplementare superiore ai 400 euro lordi. Come per le pensioni di vecchiaia, a tutte le tipologie di prestazioni pensionistiche parziali si applicano massimali generali minimi, validi per tutti gli assicurati, e massimali individuali calcolati in base all'ultima retribuzione. È consentito superare tali soglie fino ad un massimo del 100 per cento solo per due volte nel corso dell'anno solare (ad esempio a causa dell'indennità di ferie e della tredicesima).

Chi percepisce una pensione per riduzione della capacità lavorativa è tenuto a notificare all'ente pensionistico l'inizio di ogni nuova occupazione. Se può tornare ad esercitare un'attività perché il suo stato di salute è sostanzialmente migliorato, l'ente erogatore della prestazione deve verificare se continuano a sussistere i requisiti per il versamento della pensione: quando i problemi di salute che hanno portato al suo riconoscimento vengono meno essa può infatti essere revocata. La decisione di revoca è adottata dall'ente pensionistico.

Pensioni ai superstiti

1. Pensioni di reversibilità

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 il periodo di attesa generale di 5 anni. La pensione di reversibilità massima ammonta al 55 per cento della pensione dell'assicurato deceduto (ai sensi della legislazione precedente era pari al 60 per cento della pensione spettante all'assicurato deceduto al netto degli assegni familiari) ed è riconosciuta se il vedovo o la vedova hanno compiuto il quarantacinquesimo anno d'età, presentano una capacità lavorativa ridotta, allevano un figlio minorenne o accudiscono un figlio che non è in grado di provvedere al proprio sostentamento a causa di una disabilità. È inoltre accordata una maggiorazione di 3,636 punti retributivi per il primo figlio allevato, mentre la maggiorazione per gli altri figli equivale, rispettivamente, a 1,818 punti retributivi. Quando non sussiste nessuno dei precedenti requisiti, è riconosciuta per un periodo massimo di 24 mesi (ai sensi legislazione precedente senza limitazioni nel tempo) la pensione di reversibilità minima, pari al 25 per cento della pensione dell'assicurato deceduto. Dalla pensione è detratta una quota del reddito del coniuge sopravvissuto.

Per salvaguardare i contratti esistenti, la legislazione precedente rimane in vigore per i coniugi che hanno contratto matrimonio prima dell'1 gennaio 2002 se almeno un coniuge è nato prima del 2 gennaio 1962.

La stessa regola si applica alle prestazioni maturate nell'ambito di convivenze registrate.

2. Pensione agli orfani

La pensione per gli orfani viene corrisposta ai figli degli assicurati deceduti. Il diritto di beneficiare di questa prestazione sussiste fino al raggiungimento della maggiore età o fino al compimento del ventisettesimo anno se gli orfani seguono una formazione scolastica o professionale, si trovano in un periodo di transizione tra due fasi (ad esempio formazione scolastica e servizio militare o civile obbligatorio o servizio di volontariato) della durata massima di quattro mesi solari, prestano l'anno di volontariato sociale o ecologico o non sono in grado di provvedere al proprio sostentamento a causa di una disabilità fisica, mentale o psichica.

Gli orfani di entrambi i genitori percepiscono un quinto della pensione completa dell'assicurato, gli orfani di un genitore un decimo. A questo importo è inoltre aggiunta una maggiorazione. La pensione degli orfani di età superiore ai 18 anni è invece decurtata di un importo proporzionale al loro reddito.

3. Pensione per l'educazione dei figli

La pensione per l'educazione dei figli è un'altra tipologia di pensione riconosciuta in seguito a un decesso e costituisce una forma di tutela indipendente destinata alle persone divorziate che allevano dei figli.

Gli assicurati hanno diritto alla pensione per l'educazione dei figli se soddisfano i seguenti requisiti:

- se il coniuge divorziato è deceduto,
- se allevano il proprio figlio o il figlio del coniuge divorziato,
- se non hanno contratto nuovo matrimonio,
- se hanno maturato il proprio periodo minimo di attesa,
- se il divorzio è stato pronunciato (nei Länder occidentali solo per divorzi successivi al 30 giugno 1977, nei Länder orientali solo per divorzi successivi al 31 dicembre 1991).

Questo trattamento pensionistico è calcolato secondo la stessa formula delle pensioni di vecchiaia, in base ai periodi contributivi dell'ex coniuge rimasto in vita cumulati ai diritti che questi ha acquisito dall'ex coniuge deceduto perché trasferitigli con il conguaglio previdenziale al momento del divorzio.

Anche la pensione per l'educazione di figli subisce delle detrazioni proporzionate al reddito. Vi si applicano inoltre le stesse franchigie 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.

Per salvaguardare i contratti esistenti, 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 dei coniugi è nato prima del 2 gennaio 1962. Le franchigie attualmente applicate alla pensione di vedovanza e alla pensione per l'educazione di figli ammontano a

725,21 euro nei Länder occidentali
643,37 euro nei Länder orientali

La franchigia per ogni figlio a cui spetta una pensione per orfani aumenta di

153,83 euro nei Länder occidentali
136,47 euro nei Länder orientali

Le franchigie attualmente applicate alla pensione a orfani che hanno superato i 18 anni di età ammontano a

483,47 euro nei Länder occidentali

428,91 euro nei Länder orientali

Le franchigie sono abbinate all'importo delle pensioni e aumentano pertanto in modo indicizzato.

5. Divisione della pensione tra i coniugi

Per promuovere l'autonomia pensionistica delle donne, le coppie più giovani hanno la possibilità di condividere tra di loro a titolo volontario i diritti pensionistici acquisiti durante il matrimonio. Una dichiarazione consensuale di ambedue i coniugi permette di sostituire la suddivisione dei diritti pensionistici maturati durante il matrimonio 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). Di norma l'effetto di questa divisione tra gli sposi, chiamata Rentensplitting, si manifesta già nel corso della vita di ambedue i coniugi (con la concessione di una pensione integrale di vecchiaia anche al secondo coniuge).

Lo splitting è però possibile solo a condizione che ambedue i coniugi siano in grado di dimostrare rispettivamente un periodo pensionistico di 25 anni.

Gli stessi diritti sono riconosciuti alle unioni registrate.

In 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 prevede un'elevazione graduale dell'età pensionabile da 65 a 67 anni tra il 2012 e il 2029 e innalzamenti corrispondenti anche per altre tipologie pensionistiche.

Anche se l'accesso a queste forme di pensioni di vecchiaia avviene solo dopo il 2011, si continuano ad applicare la normativa e le soglie di età attualmente vigenti agli assicurati nati prima del 1952 che, in presenza di determinate condizioni, possono ancora beneficiare della pensione di vecchiaia per le donne, della pensione di vecchiaia per disoccupazione o della pensione dopo part-time di vecchiaia.

Specificità

Pensione di vecchiaia ordinaria

Per i nati a partire dal 1947 il limite di età per l'accesso alla pensione di vecchiaia ordinaria è gradualmente elevato a 67 anni. Inizialmente l'innalzamento equivale ad un mese supplementare per ogni classe di leva per i nati fino al 1958 (innalzamento dell'età pensionabile ordinaria da 65 a 66 anni) e a due mesi supplementari per ogni classe di leva per i nati a partire dal 1959 (innalzamento dell'età pensionabile ordinaria da 66 a 67 anni). A tutti i nati dopo il 1963 si applica la soglia di 67 anni.

Pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo particolarmente prolungato

L'1 gennaio 2012, con l'inizio dell'innalzamento graduale dell'età pensionabile ordinaria, si introduce un nuovo regime pensionistico di vecchiaia destinato agli assicurati con periodo contributivo particolarmente prolungato. Chi totalizza almeno 45 anni di contributi obbligatori per attività dipendente o autonoma, per l'assistenza a persone non indipendenti o per periodi di educazione di figli di meno di 10 anni è intitolato a beneficiare dell'importo integrale delle prestazioni pensionistiche al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

Pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo prolungato

Per i nati a partire dal 1949 l'età pensionabile ordinaria per beneficiare dell'importo integrale delle prestazioni pensionistiche nel quadro della pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo prolungato è gradualmente innalzata da 65 a 67 anni. Rimane invariato l'accesso anticipato alle prestazioni di tale regime pensionistico, che può avvenire al più presto con il compimento del sessantatreesimo anno di età. Non si verifica invece l'abbassamento a 62 anni dell'età minima per accedere anticipatamente alle prestazioni, previsto dalla normativa precedente. Le prestazioni sono decurtate dello 0,3 per cento per ogni mese di erogazione anticipata.

Pensione di vecchiaia per disabili gravi

Per i nati a partire dal 1952 l'età pensionabile ordinaria per beneficiare dell'importo integrale delle prestazioni nel quadro della pensione di vecchiaia per disabili gravi è elevata gradualmente 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. In tal modo la riduzione massima non può superare il 10,8 per cento.

Pensioni per la riduzione della capacità lavorativa e pensioni ai superstiti

L'età di riferimento per il calcolo delle decurtazioni nel quadro delle pensioni per la riduzione della capacità lavorativa e delle pensioni ai superstiti è elevata gradualmente a 65 anni. L'età di riferimento di 63 anni rimane invariata per gli assicurati che hanno totalizzato 35 anni di contribuzione obbligatoria (40 anni a partire dal 2024). Si considerano anni di contribuzione obbligatoria i periodi utili ai fini della maturazione della pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo prolungato. La riduzione massima delle prestazioni non può superare il 10,8 per cento.

Pensione di reversibilità minima e massima

Il limite di età nel quadro di questi regimi pensionistici è elevato gradualmente da 45 a 47 anni. Rimangono invariate le norme relative all'accesso a questa tipologia pensionistica per esigenze legate all'educazione dei figli o in caso di riduzione della capacità lavorativa.

Salvaguardia dei diritti acquisiti

La salvaguardia dei diritti acquisiti è assicurata essenzialmente dal fatto che l'innalzamento dell'età pensionabile inizia solo nel 2012 ed è fortemente graduale. I lavoratori dipendenti dispongono così del tempo sufficiente a adeguare i loro piani alla nuova realtà.

Gli assicurati nati fino al 1954 che hanno sottoscritto accordi vincolanti di part-time di vecchiaia prima dell'1 gennaio 2007 beneficiano di particolari salvaguardie nel quadro dell'elevazione dell'età pensionabile ordinaria delle pensioni di vecchiaia. Nel quadro delle pensioni di vecchiaia per disabili gravi beneficiano invece di particolari salvaguardie solo le persone che l'1 gennaio 2007 erano considerate anche disabili gravi ai sensi dell'art. 2 par. 2 del tomo IX Codice Previdenza Sociale.

Un adeguamento delle disposizioni di tutela giuslaborista contenute nel tomo VI del Codice di Previdenza sociale consente ai lavoratori - se legati da un rapporto di lavoro a termine alla cui scadenza abbiano diritto di accedere alla pensione di vecchiaia pur senza aver raggiunto l'età pensionabile ordinaria - di continuare a lavorare per un periodo corrispondente alla fase raggiunta nell'elevazione dell'età pensionabile ordinaria, al massimo fino al compimento del sessantasettesimo anno di età.

Elevazione dell'età pensionabile

Regime pensionistico		Norma vigente	Norma futura
Pensione ordinaria di vecchiaia		65	+2 = 67
Pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo particolarmente prolungato	Importo integrale		= 65 (nuova pensione)
Pensione di vecchiaia per assicurati con periodo contributivo prolungato con 35 anni di contribuzione	Con detrazione: graduale riduzione a 62 anni per i nati dopo il 1948 Quota detratta: Importo integrale:	63 7,2% 65	63 Nessuna riduzione +7,2%=14,4% + 2 = 67
Pensione di vecchiaia per disabili gravi con 35 anni di contribuzione	Con detrazione: Importo integrale:	60 63	+2 = 62 +2 = 65
Pensione di vecchiaia per le donne (per assicurate nate fino al 1951)	Con detrazione: Importo integrale:	60 63	= 60 (senza variazioni) = 65 (senza variazioni)
Pensione di vecchiaia per disoccupazione o dopo part-time di vecchiaia (per assicurati nati fino al 1951)	Con detrazione: Importo integrale:	63 65	= 63 (senza variazioni) = 65 (senza variazioni)

Calcolo della pensione

Periodi contributivi

L'ammontare della pensione dipende generalmente dalla situazione salariale e dalla retribuzione dei lavoratori assicurati con formula contributiva. Sono conteggiati come periodi contributivi anche i periodi di allevamento dei figli e i periodi in cui si è prestata assistenza non retribuita a persone non autosufficienti.

Il valore di un periodo contributivo dipende dal rapporto tra le singole retribuzioni lorde annuali e la media salariale di tutti gli assicurati. In alcuni periodi contributivi le retribuzioni assicurate possono risultare relativamente basse. Esistono poi disposizioni straordinarie applicabili, ad esempio, ai periodi di formazione professionale, di educazione dei figli, di assistenza non retribuita a persone non autosufficienti, di servizio militare e di servizio civile.

Periodi sostitutivi

I periodi sostitutivi mirano a evitare gli svantaggi che potrebbero subentrare nel quadro della perequazione sociale dell'assicurazione pensionistica a causa della sospensione dei versamenti contributivi dovuta ad eventi bellici. I periodi sostitutivi comprendono anche i periodi di detenzione per motivi politici nella ex Germania democratica.

Periodi di assistenza

Ai sensi della legge sull'assicurazione contro le infermità, a partire dall'1 aprile 1995 i periodi dedicati all'assistenza non professionale tra le mura domestiche (almeno 14 ore alla settimana) sono considerati periodi di contribuzione pensionistica obbligatoria a tutti gli effetti. I periodi di assistenza sono utili per il diritto e per la misura della pensione. In questo contesto la quantificazione dei periodi di assistenza ai fini pensionistici dipende dal 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 assistono tra le mura domestiche un congiunto non autosufficiente, anche se queste persone esercitano parallelamente un'attività dipendente retribuita per meno di 30 ore alla settimana. Sono escluse da questo trattamento determinate categorie di persone esentate dal versamento dei contributi, ad esempio i titolari di pensioni integrali di vecchiaia. Il

valore pensionistico mensile corrispondente a un anno di assistenza può raggiungere al massimo 20 euro.

Periodi per l'educazione dei figli

Il periodo per l'educazione dei figli ammonta ad un anno per i bambini nati fino al 1991 ed è stato esteso ai primi tre anni di vita per i bambini nati dopo questa data.

I periodi per l'educazione dei figli sono utili per il diritto e per la misura della pensione, possono quindi essere considerati anche ai fini della totalizzazione dei periodi di attesa per il riconoscimento delle pensioni per riduzione dell'attività lavorativa o di vecchiaia. Per questo possono percepire una pensione di vecchiaia anche le donne che hanno allevato cinque figli nati prima del 1992 o che hanno allevato due figli nati prima del 1992 e hanno versato tre anni di contributi. Nel caso di bambini nati dopo il 1992, basta che una donna abbia allevato due figli per soddisfare il periodo di attesa richiesto.

A partire dall'1 luglio 2000 i periodi per l'educazione dei figli sono considerati ai fini pensionistici come periodi di contribuzione obbligatoria per attività retribuita per un importo pari al 100 per cento della media salariale. Attualmente ogni anno di educazione dei figli equivale ad un valore pensionistico mensile di 27 euro nei Länder occidentali e di 24 euro nei Länder orientali. A questo si aggiungono i periodi considerati ai fini pensionistici.

Periodi di allevamento dei figli considerati ai fini pensionistici

I periodi di allevamento dei figli considerati ai fini pensionistici incominciano al momento della nascita del bambino e terminano al momento del compimento del suo decimo anno di vita. 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 del periodo di attesa di 35 anni nel quadro di pensioni anticipate ad assicurati con periodo contributivo prolungato, dell'ampliamento della tutela assicurativa nel caso di pensioni per riduzione della capacità lavorativa, dell'accertamento delle prestazioni complessive per i periodi esentati dall'obbligo contributivo, ecc.

La formula della pensione

La pensione è determinata da tre fattori

PEP punti retributivi personali
(persönliche Entgeltpunkte)
Retribuzione dell'assicurato (fino al
massimale di riferimento) di
ognianno, 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: 27,47 euro (ovest),
24,37 euro (est))

$PEP \times RF \times AR = \text{pensione mensile}$

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, realizzando così redditi regolarmente inferiori alla media. A partire dal 1992 in presenza di un periodo pensionistico di almeno 25 anni (compresi i periodi di allevamento dei figli considerati ai fini pensionistici), il reddito individuale di queste persone è incrementato del 50 per cento fino e non oltre l'occorrenza del 100 per cento della media salariale.

Dopo il 1992 i periodi di allevamento contemporaneo 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 un periodo pensionistico di almeno 25 anni (compresi i periodi per l'educazione dei figli e i periodi di allevamento dei figli considerati ai fini pensionistici).

I contributi pensionistici versati dalla cassa per le infermità per tutti 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, ma al massimo fino al raggiungimento del 100 per cento del reddito medio. Ai periodi successivi al 1992 questa forma di rivalutazione si applica a condizione che gli educatori abbiano maturato un periodo pensionistico di almeno 25 anni (compresi i periodi per l'educazione dei figli e i periodi di allevamento dei figli considerati ai fini pensionistici).

Periodi accreditabili

I periodi accreditabili a fini pensionistici sono riconosciuti in particolare quando gli assicurati sono impossibilitati a versare i contributi pensionistici per motivi indipendenti dalla loro volontà. In generale, si tratta di periodi di incapacità professionale, di disoccupazione, di ricerca di un posto di formazione professionale e di formazione scolastica di una durata massima di otto anni e successivi al compimento del diciassettesimo anno di età.

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 decidono in giovane età o presentano una capacità lavorativa ridotta possono maturare solo diritti pensionistici limitati. I periodi addizionali sono stati creati per consentire all'assicurato o ai suoi familiari supersiti di beneficiare di una sicurezza adeguata. In questi casi il computo della pensione avviene come se si trattasse di assicurati che hanno adempiuto all'obbligo contributivo fino al compimento del sessantesimo anno di età.

Pensione da reddito minimo

Se gli assicurati a bassa contribuzione obbligatoria possono dimostrare un periodo pensionistico pari a 35 anni, tutti i contributi da loro versati prima del 1992 sono aumentati fino ad un importo pari al 150 per cento del valore maturato, senza tuttavia superare il 75 per cento della media salariale.

Rivalutazione di determinati periodi contributivi obbligatori

- **Formazione professionale**
I periodi di formazione professionale effettivamente seguita sono conteggiati almeno sulla base dell'effettivo reddito realizzato. Per un periodo massimo di tre anni, inoltre, la loro valutazione è calcolata in base al valore medio delle retribuzioni di tutti i periodi contributivi dell'assicurato nel corso della vita lavorativa, senza tuttavia superare il 75 per cento della media salariale di tutti gli assicurati.
- **Contribuzione obbligatoria ridotta per di disabili**
Il calcolo 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 2012 esso ammonta a 2.625 euro nei Länder occidentali e a 2.240 euro nei Länder orientali.
- **Contributi obbligatori per chi presta servizio militare o civile**
I contributi obbligatori di questa categoria di persone, versati dalla Federazione, sono calcolati in base a un reddito fittizio pari al 60 per cento del valore di riferimento.

La formula della pensione

Alle pensioni calcolate in base alla retribuzione e ai contributi versati si applica una regola generale: l'ammontare della pensione è principalmente proporzionato all'importo del salario o del reddito da lavoro assicurato tramite i contributi versati nell'arco dell'intero periodo assicurativo. Il salario o il reddito da lavoro assicurati annualmente tramite i contributi sono convertiti in punti retributivi. Anche nei periodi non soggetti ad obbligo contributivo è possibile maturare punti retributivi la cui entità dipende dall'importo del salario o del reddito da lavoro assicurati nei restanti periodi.

Il rapporto di ogni tipo di pensione con la pensione di vecchiaia è determinato dal fattore specifico di ogni tipologia pensionistica adottato per il calcolo della pensione.

Chi decide di beneficiare anticipatamente della pensione di vecchiaia o di rinunciare al raggiungimento della normale età pensionabile può invece evitare i vantaggi e gli svantaggi della diversa durata del periodo pensionistico grazie al cosiddetto fattore di accesso.

Il valore attuale della pensione è la quota corrispondente ad una pensione di vecchiaia maturata con i contributi versati per un anno da un assicurato di reddito medio. Tale fattore rientra nella formula di calcolo della pensione.

Quantificazione del trattamento

Il calcolo della pensione considera anche i periodi esentati dalla contribuzione o a contribuzione ridotta. L'esenzione comprende i periodi accreditabili, i periodi addizionali e i periodi sostitutivi. Il cosiddetto valore medio dell'intera prestazione pensionistica è calcolato quale valore medio di tutto il periodo contributivo (contributi obbligatori e volontari). I periodi in cui non si sono versati contributi possono ridurre la prestazione globale, mentre i periodi esentati dall'obbligo contributivo e i periodi a contribuzione ridotta non hanno questo effetto. Generalmente, i periodi contributivi per l'allevamento dei figli incrementano il valore dei periodi esenti da 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 pensionistico attuale Länder federali occidentali e orientali. L'importo adeguato lordo delle prestazioni pensionistiche mensili è individuato moltiplicando il nuovo valore pensionistico attuale con gli altri fattori della formula di calcolo della pensione.

Ai fini dell'adeguamento delle pensioni è determinante in primo luogo l'andamento dei redditi (lordi) della popolazione attiva con particolare considerazione per l'andamento delle entrate del regime pensionistico pubblico. In questo contesto si considerano inoltre la spesa previdenziale dei lavoratori (contribuzione al regime pensionistico pubblico, o quota contributiva) e la spesa previdenziale privata (quota previdenziale). Grazie al cosiddetto fattore di sostenibilità si può inoltre tenere conto dell'evoluzione del rapporto numerico tra pensionati e contribuenti: se il numero dei contribuenti diminuisce gli aumenti pensionistici sono tendenzialmente moderati, se invece il numero dei contribuenti aumenta gli adeguamenti pensionistici sono generalmente più consistenti. Il fattore di sostenibilità trasmette anche ai pensionati parte degli effetti esercitati sul finanziamento del sistema pensionistico dalle maggiori aspettative di vita, dalla natalità e dall'andamento occupazionale.

Una clausola di salvaguardia (la cosiddetta "garanzia delle pensioni") assicura che l'adeguamento delle pensioni non porti a una riduzione delle prestazioni pensionistiche già percepite ("pensione lorda") per effetto dei fattori di contenimento (quota previdenziale, fattore di sostenibilità).

A partire dal 2011 il contenimento degli adeguamenti pensionistici impedito dalla clausola di salvaguardia (necessità di compensazione) è controbilanciato dal dimezzamento degli adeguamenti positivi, fino ad esaurimento della necessità di compensazione.

Informazioni pensionistiche

Gli assicurati che hanno compiuto il ventisettesimo anno di età ricevono ogni anno un prospetto informativo relativo alla loro pensione. Con questo strumento gli enti pensionistici creano una maggiore trasparenza nel conteggio della pensione di vecchiaia individuale e offrono ai loro assicurati una base solida per la pianificazione responsabile di una previdenza complementare. Le informazioni pensionistiche sono redatte in base ai periodi contributivi registrati nei bilanci assicurativi individuali e comprendono, tra l'altro, una stima approssimativa dell'importo pensionistico percepibile al raggiungimento del cinquantesimo anno di età, sia al netto degli adeguamenti pensionistici, sia comprensivo di virtuali adeguamenti. Con il compimento del cinquantaquattresimo anno di età gli assicurati, invece delle informazioni pensionistiche, ricevono una scheda con dati più particolareggiati sul loro percorso pensionistico.

Diritto pensionistico per gli stranieri

La Legge sulla previdenza per gli stranieri associa al regime previdenziale vigente determinate categorie di persone, in particolare i rifugiati e gli emigrati di nazionalità tedesca che rientrano in Germania (Aussiedler e Spätaussiedler) con uno statuto riconosciuto. Essi sono generalmente equiparati a chi ha trascorso la propria vita lavorativa in Germania.

Organizzazione

Con l'abbandono della precedente distinzione tra assicurazioni per operai e assicurazioni per impiegati e la suddivisione degli enti pensionistici in enti federali ed enti regionali, l'1 ottobre 2005 la

struttura della previdenza pensionistica ha subito profondi mutamenti. La nuova denominazione degli enti pensionistici è composta dalla dicitura "Deutsche Rentenversicherung" e da una specificazione che ne precisa le competenze. Gli enti federali sono 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 dipendenti del settore minerario, ferroviario e marittimo. Un esempio di ente regionale può essere costituito dalla "Deutsche Rentenversicherung Westfalen". Le nuove denominazioni degli enti previdenziali e gli eventuali cambiamenti di competenze sono comunicati agli assicurati con l'assegnazione dei nuovi codici assicurativi.

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 (pari al 19,6 per cento a decorrere dall'1 gennaio 2012). I contributi dei lavoratori dipendenti sono calcolati in base alla retribuzione percepita fino al raggiungimento dell'attuale massimale mensile di 5.600 euro nei Länder occidentali e di 4.800 euro nei Länder orientali. Il Governo Federale partecipa alla spesa pensionistica con delle sovvenzioni.

Informazioni

Si possono ottenere informazioni in materia pensionistica presso tutti gli Uffici assicurativi statali, comunali e distrettuali e presso gli Uffici di informazione e consulenza specializzati dei singoli enti pensionistici. Fornisce informazioni anche il personale incaricato dal rispettivo ente assicurativo (Versichertenältesten o Versichertenberater).

Informazioni sulla normativa pensionistica possono essere richieste presso il Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion, Postfach 500, 53107 Bonn. Informazioni telefoniche sulla normativa pensionistica sono inoltre fornite telefonicamente dal Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 al numero 01805 676710 (14 cent al minuto dalla rete fissa).

Incentivazione dei regimi previdenziali integrativi (Förderung der zusätzlichen Altersvorsorge)

L'età media della popolazione è in costante aumento. Nel quadro del regime pensionistico obbligatorio ciò significa che un numero sempre più esiguo di contribuenti deve finanziare le prestazioni erogate a un numero sempre più elevato di pensionati. È pertanto inevitabile che i futuri aumenti pensionistici siano inferiori a quelli attuali per non gravare di oneri eccessivi le giovani generazioni. Risulta così necessaria una previdenza pensionistica integrativa, che consenta di mantenere il tenore di vita abituale anche durante la terza età. 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 previdenziali.

I. I regimi pensionistici aziendali

I regimi pensionistici aziendali sono una classica prestazione volontaria del datore di lavoro. Dal 2002, però, tutti i dipendenti hanno 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). Il datore di lavoro è tenuto ad accogliere la richiesta. Le caratteristiche specifiche di tale regime pensionistico sono esito di un accordo con i lavoratori, spesso sancito da contratti collettivi o da contratti aziendali. In assenza di accordo, ogni lavoratore gode di un diritto minimo alla permuta di una quota della retribuzione in una assicurazione diretta (forma particolare di assicurazione sulla vita).

I regimi pensionistici aziendali, secondo pilastro della previdenza pensionistica, 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,
- 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 (imposto da molti contratti collettivi).

L'incentivazione statale

Lo Stato incentiva la previdenza aziendale tramite l'esenzione fiscale e contributiva delle somme devolute a questo fine. Nel 2012 l'importo esentasse che può essere investito in una pensione aziendale ammonta a 4.488 euro. Le quote di retribuzione così convertite non sono inoltre soggette a contribuzione sociale fino ad un totale di 2.688 euro.

Il Ministero Federale del Lavoro e degli Affari Sociali fornisce informazioni sulla pensione dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 al numero 01805/6767-10 (14 cent/minuto dalla rete fissa).

Anche i regimi pensionistici aziendali possono essere intitolati a beneficiare delle maggiorazioni e della detrazione straordinaria dal reddito imponibile previste dall'incentivazione Riester per la previdenza privata.

II. La previdenza privata

Dal 2002 lo Stato, a determinate condizioni, incentiva la costituzione di una previdenza privata con copertura patrimoniale. 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

- i piani di risparmio bancario
- le assicurazioni pensionistiche private
- i piani di risparmio in fondi

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 e 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 dei prodotti può tuttavia essere previsto un versamento iniziale straordinario che può raggiungere anche il 30% 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.

L'incentivazione Riester della previdenza privata è destinata agli affiliati della previdenza pubblica obbligatoria o della previdenza obbligatoria degli agricoltori e dei funzionari pubblici, 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 suo contratto pensionistico a suo nome che preveda un premio a suo carico di almeno 60 euro annui.

L'incentivazione statale

L'incentivazione statale della previdenza privata si fonda sulla maggiorazione previdenziale, costituita da un importo di base per ogni avente diritto e, se del caso, da un'indennità familiare supplementare. Se stipulano un contratto previdenziale indipendente hanno diritto a percepire la maggiorazione anche i coniugi dei beneficiari.

Il prodotto deve recare 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 in materia di fiscalità 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 garanzia di rendimenti elevati.

Il riconoscimento della maggiorazione previdenziale statale è subordinato al versamento di un contributo minimo (cfr. tabella): se esso non è pienamente corrisposto, la maggiorazione statale è infatti 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.

Inoltre, il passaggio alla fiscalità ex-post, avviato nel 2005, ha nettamente migliorato le possibilità di deduzione fiscale degli investimenti previdenziali individuali. I lavoratori autonomi, in particolare, dispongono ora della possibilità di costruirsi una copertura previdenziale incentivata dallo Stato (la cosiddetta pensione di base o pensione Rürup).

La Legge pensionistica del 2008 sulla casa di proprietà considera in modo più vantaggioso le prime case nell'ambito del regime di incentivazione statale della previdenza privata e crea 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;
- prelievo di capitale incentivato già accantonato a fini pensionistici all'inizio della fase di erogazione per la liquidazione del debito gravante sulla casa d'abitazione.

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.

Ai sensi della legge, le prime due nuove prestazioni sono accessibili a chi si è trasferito nella casa di proprietà dopo il 31 dicembre 2007. La terza può essere riconosciuta anche per immobili utilizzati dal proprietario acquistati o costruiti prima del 2008.

Le norme relative ai prelievi agevolati si applicano anche nel quadro di contratti di risparmio previdenziale precedentemente stipulati, anche se esiste una norma transitoria per il 2008 e il 2009. Per questi due anni i prelievi su tutti i "contratti Riester" stipulati prima dell'1 gennaio 2008 sono soggetti al (vecchio) massimale di 10.000 euro. 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 percento sull'intero capitale incentivato utilizzato per l'immobile.

Per informazioni più dettagliate, si prega di consultare il sito internet http://www.bundesfinanzministerium.de/DE/Buergerinnen_und_Buerger/Alter_und_Vorsorge/Altersvorsorge

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 vengono fornite dal datore di lavoro, dai delegati dei lavoratori o dai sindacati.

La rivista "FINANZtest" della Stiftung Warentest pubblica analisi comparate di numerose offerte previdenziali e formula raccomandazioni precise. Può rivelarsi utile anche il ricorso ai consulenti indipendenti dei centri di assistenza ai consumatori (Verbraucherzentralen).

Informazioni dettagliate sono disponibili tra l'altro sui siti www.deutsche-rentenversicherung.de, www.bundesfinanzministerium.de, www.warentest.de, www.vzbv.de.

L'incentivazione Riester

detrazione straordinaria (agli investimenti previdenziali)	fino a 2.100 euro
maggiorazione di base	154 euro
maggiorazione per ogni figlio	185 euro 300 euro ¹⁾
contribuzione individuale minima iniziale	4 % da cui sono detratte le maggiorazioni ²⁾
Al massimo	2.100 euro da cui sono detratte le maggiorazioni

1) per i figli nati dopo l'1 gennaio 2008

2) almeno 60 € (importo di partenza)

Risarcimento sociale e assistenza alle vittime di guerra (Soziale Entschädigung und Kriegsopferversorgung)

Nella Repubblica Federale Tedesca la sicurezza sociale si traduce anche nel riconoscimento del diritto all'assistenza a chi subisce un pregiudizio alla salute le cui conseguenze sono a carico della società. È così possibile, ad esempio, risarcire almeno in termini finanziari le vittime di particolari incidenti, e, a determinate condizioni, assicurare l'assistenza anche ai loro superstiti.

Il risarcimento sociale è riconosciuto

- alle vittime di guerra (la principale categoria di persone a cui la legge riconosce il diritto all'assistenza),
- alle vittime di atti di violenza,
- agli invalidi militari e del servizio civile,
- ai disabili da vaccinazione,
- ai tutti coloro che sono stati arrestati nella zona d'occupazione sovietica, nel settore sovietico di Berlino o nei settori menzionati dall'art. 1 c. 2 n. 3 della Legge federale sui profughi dopo l'8 maggio del 1945 e, in conseguenza di ciò, hanno subito pregiudizi alla salute,
- alle persone che per una sentenza ingiusta da parte della SED sono state arrestate e hanno riportato pregiudizi alla salute tuttora persistenti.

Leggi

I fondamenti giuridici del risarcimento sociale si trovano

- nella Legge federale sull'assistenza (BVG),
- nella Legge sull'assistenza ai soldati (SVG),
- nella Legge sul servizio civile (ZDG),
- nella Legge sui detenuti (HHG),
- nella Legge sul risarcimento delle vittime (OEG),
- nella Legge sulla protezione dalle infezioni (IfSG),
- nella Legge sulla riabilitazione penale (StrRehaG),
- nella Legge sulla riabilitazione amministrativa (VWRehaG).

Questo capitolo esamina i singoli settori dell'assistenza alle vittime di guerra e degli atti di violenza.

Assistenza alle vittime di guerra

Prestazioni / Requisiti

Su richiesta si possono ricevere prestazioni assistenziali per le conseguenze fisiche ed economiche dei pregiudizi causati

- dall'assolvimento del servizio militare o di un servizio equivalente,
- da un incidente avvenuto durante questo servizio,
- da condizioni specifiche di questo servizio,
- dalla prigionia di guerra,
- dall'azione diretta della guerra (a.e. civili feriti durante un bombardamento) o se il pregiudizio alla salute è stato causato da atti violenza delle forze occupanti (a.e. lesioni e violenze sessuali).

I danneggiati ai sensi della normativa sul risarcimento sociale hanno diritto ai trattamenti terapeutici richiesti dalle conseguenze riconosciute e provocate dal danno subito, quali ad esempio

- trattamento medico e dentistico ambulatoriale,
- trattamento medico ospedaliero,
- farmaci, materiale per medicazioni e rimedi terapeutici,
- presidi terapeutici,

- protesi dentarie,
- prestazioni che completano l'assistenza (per esempio, l'acquisto di un veicolo e le sue necessarie trasformazioni),
- cure termali,
- collaboratore domestico,
- corsi di ginnastica per invalidi.

Importante per i disabili gravi

La normativa vigente in materia di risarcimento sociale prevede il diritto al trattamento anche delle malattie non dovute al danno subito quando l'entità riconosciuta delle conseguenze dei pregiudizi subiti (Grad der Schädigungsfolgen – GdS) è almeno del 50 per cento. Naturalmente ciò vale solo per le cure che non risultano già coperte da altre tutele assicurative. Non gode del diritto al trattamento terapeutico delle patologie estranee al danno subito neppure chi dispone di un reddito superiore alla soglia retributiva annuale delle assicurazioni pubbliche contro le malattie, che nel 2011 ammonta a 4.125 euro mensili sia nei Länder occidentali, sia nei Länder orientali.

I danneggiati inabili al lavoro a causa del pregiudizio subito hanno inoltre diritto all'indennità di malattia e alle cure mediche, incluse le prestazioni di previdenza sanitaria e la riabilitazione medica nella misura in cui esse non sono erogate da altri Enti.

Beneficiano di tale diritto

- gli invalidi a vantaggio del coniuge, i figli e gli altri congiunti,
- i beneficiari di un'indennità supplementare d'assistenza a vantaggio delle persone che li assistono a titolo gratuito,
- i superstiti.

Essi hanno inoltre diritto di fruire delle prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa che consentono di esercitare, riesercitare o mantenere una professione adeguata. Per tutta la durata di tali prestazioni essi percepiscono inoltre un'indennità di transizione o un contributo al sostentamento.

Alle persone danneggiate, alle loro vedove, ai loro partner in unioni civili, ai loro orfani ed ai loro genitori sono poi riconosciute prestazioni pensionistiche. La pensione di invalidità, il cui importo dipende dall'entità riconosciuta delle conseguenze dei pregiudizi subiti (GdS), interviene a partire da un GdS del 25 per cento. In questo caso il catalogo delle prestazioni comprende

- la pensione minima, modulata in funzione del GdS. La pensione minima degli invalidi gravi aumenta dopo il sessantacinquesimo anno di vita.
- l'indennità di invalidità estremamente grave, modulata su sei livelli.
- l'indennità di assistenza ai non autosufficienti, elargita per persone in stato di impotenza, anch'essa modulata su sei livelli.
- il risarcimento per il maggior consumo di abiti e di biancheria.
- il sussidio per i costi dell'accompagnatore dei non-vedenti.
- la compensazione dei danni professionali per compensare le perdite di reddito subite dai disabili che non possono più esercitare o esercitano solo parzialmente la loro professione o la professione a cui ambivano.
- la pensione compensativa per gli invalidi gravi e l'indennità per i coniugi che ne assicurano il sostentamento. In questo caso il reddito è calcolato al netto delle franchigie riconosciute.
- la pensione minima per la vedova e gli orfani dei disabili gravi deceduti a causa dell'invalidità. Per assicurare il loro sostentamento viene inoltre versata una pensione di compensazione, da cui si detrae il reddito al netto delle franchigie.
- la compensazione per il danno subito dalle vedove il cui reddito, inclusa la pensione minima, la pensione di compensazione e l'indennità di assistenza, risulta inferiore al 50% di quanto avrebbe percepito il defunto se non fosse intervenuta l'invalidità.
- il sussidio di vedovanza e il sussidio per gli orfani sono riconosciuti, a determinate condizioni, ai superstiti degli invalidi deceduti per motivi diversi dall'invalidità.
- 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 della franchigia di legge.

L'assistenza riconosciuta 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 disabili (a.e. sussidi per l'adeguamento dell'auto),
- prestazioni per la partecipazione delle persone danneggiate alla vita lavorativa,
- ulteriori sussidi 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 altri trattamenti. Di norma esse sono erogate in funzione del reddito e del patrimonio, a meno che il bisogno sia totalmente imputabile al pregiudizio subito.

Leggi

I fondamenti giuridici dell'assistenza alle vittime di guerra si trovano nella Legge federale sull'assistenza e sulla tutela sociale (Bundesversorgungsgesetz - BVG).

Informazioni

L'assistenza alle vittime di guerra è di competenza degli Uffici di assistenza territoriali. Le richieste di prestazioni possono essere presentate presso tali Uffici oppure ai comuni, agli enti assicurativi o alle rappresentanze all'estero della Repubblica Federale Tedesca. Chi considera insufficienti le prestazioni riconosciute può presentare ricorso gratuito presso il Tribunale sociale.

Di norma, 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.

I trattamenti pecuniari dell'assistenza alle vittime di guerra (dopo l'1/07/2009)

Beneficiari	GdS*	Nei Länder occidentali al mese euro	Nei Länder orientali al mese euro
Non vedenti (indennità di accompagnamento)		147	130
pensione minima per gli invalidi **	30	123	109
	40	168	149
	50	226	200
	60	286	254
	70	396	351
	80	479	425
	90	576	511
	100	646	573
aumento di anzianità della pensione minima	50,60	25	22
	70,80	31	28
	90,100	38	34
indennità di invalidità grave	livello I	74	66
	livello II	154	137
	livello III	229	203
	livello IV	306	271
	livello V	382	339
	livello VI	460	408

Beneficiari	GdS*	Nei Länder occidentali al mese euro	Nei Länder orientali al mese euro
pensione compensativa per invalidi	50,60	396	351
	70,80	479	425
	90	576	511
	100	646	573
		71	63
indennità coniugale		71	63
indennità di assistenza continua	livello I	272	241
	livello II	466	413
	livello III	661	586
	livello IV	849	753
	livello V	1.104	979
	livello VI	1.357	1.204
pensione minima per vedovi		387	343
pensione compensativa per vedovi		429	381
pensione minima per			
- orfani di un genitore		110	98
- per orfani di ambedue i genitori		204	181
pensione compensativa per			
- orfani di un genitore		192	170
- per orfani di ambedue i genitori		266	236
pensione dei genitori			
- per la coppia di genitori		525	466
- per un genitore		366	325
aumento secondo l'art. 51 2 BVG 2			
- per la coppia di genitori		96	85
- per un genitore		71	63
aumento secondo l'art. 51 3 BVG			
- per la coppia di genitori		297	263
- per un genitore		215	191
indennità di sepoltura			
- intera		1.560	1.384
- dimezzata		781	693
forfait per il consumo degli indumenti		1,843	1,635

* Entità delle conseguenze dei pregiudizi subiti

** Dopo la sentenza della Corte Costituzionale del 14/3/2000 e la successiva giurisprudenza della Corte sociale federale, a decorrere dall'1/1/1999 l'importo della pensione minima d'invalidità, compreso l'incremento di anzianità, versata alle vittime di guerra e alle vittime della SED nei Länder orientali è pari a quello dei Länder occidentali.

Vittime di atti di violenza

Prestazioni / Requisiti

Le vittime di un atto di violenza pregiudizievole per la salute commesso nella Repubblica Federale Tedesca, su una nave o su un aeroplano tedeschi beneficiano della stessa assistenza delle vittime di guerra. Ciò vale in ugual misura anche per gli stranieri provenienti da uno Stato che garantisce un trattamento analogo ai cittadini tedeschi vittime di un atto di violenza nel suo territorio. La cosiddetta riserva di reciprocità non si applica tuttavia ai cittadini dell'Unione Europea.

Nel 1993, con la seconda riforma della Legge sul risarcimento alle vittime di atti di violenza (Opferentschädigungsgesetz - OEG), questo trattamento è stato inoltre esteso agli 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 interesse pubblico di un certo rilievo. Nei casi di particolare gravità, ai turisti ed ai visitatori stranieri si applica una normativa specifica. Con la terza riforma della Legge sul risarcimento alle vittime di atti di violenza, avvenuta nel 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 tali atti sono stati perpetrati prima dell'1 luglio 2009. Poiché 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 il paese in cui si è verificato l'atto violento non riconosce alcun risarcimento e se non subentra nessun altro regime di protezione. Le persone in questione ricevono i trattamenti terapeutici resi necessari dagli effetti dell'atto violento sulla loro salute; tutte 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 assistenza per la richiesta di prestazioni risarcitorie presso gli Stati Membri dell'Unione Europea in cui si è verificato l'atto di violenza (vedi p. 6).

Leggi

La Legge per il 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 determinate circostanze, chi è stato danneggiato tra il 23 maggio del 1949 ed il 15 maggio del 1976 può ricevere un indennizzo per il pregiudizio subito.

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 prestazioni assistenziali che si concretano in un indennizzo per il sinistro.

Informazioni

Questa materia è di competenza degli Uffici d'assistenza. Le richieste di prestazioni possono essere presentate presso tali Uffici oppure ai comuni, agli enti assicurativi o alle rappresentanze all'estero della Repubblica Federale Tedesca.

Importante

È prevista una possibilità di ricorso gratuito contro le decisioni amministrative in materia di prestazioni assistenziali equivalenti a quelle delle 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.

Indicazione: il risarcimento delle cosiddette "vittime del Contergan" viene regolato indipendentemente dal diritto al risarcimento sociale nel quadro della Legge istitutiva della fondazione "Hilfswerk für behinderte Menschen" (Opera di soccorso per persone invalide). Per ricevere informazioni a riguardo si prega di rivolgersi al Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Rochusstrasse 8-10, 53123 Bonn.

Sozialhilfe (Sozialhilfe)

L'assistenza sociale protegge dalla povertà, dall'esclusione sociale e da situazioni di particolare difficoltà. Le sue prestazioni sono destinate alle persone e ai nuclei familiari che, non riuscendo a soddisfare i loro bisogni con mezzi propri, non hanno maturato diritti (sufficienti) per beneficiare dei regimi assicurativi e assistenziali primari.

Il quadro normativo dell'assistenza sociale, radicalmente riformato, è stato integrato al Codice di Previdenza Sociale come tomo XII nel 2003 ed è entrato in vigore, con alcune eccezioni, l'1 gennaio 2005. Il presente capitolo propone una panoramica degli aspetti fondamentali della nuova legislazione e ne illustra le principali novità.

Obiettivi della nuova legge e principi dell'assistenza sociale

L'assistenza sociale ha il compito di "consentire agli aventi diritto di condurre un'esistenza dignitosa" (art. 1 c. 1 XII Codice di Previdenza Sociale). Se il reddito e il patrimonio di una persona sono insufficienti alla realizzazione di questo obiettivo, l'assistenza garantisce il minimo per condurre una vita dignitosa e permette così di avere un livello di vita socialmente accettabile. 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. La separazione delle due diverse modalità di intervento dell'assistenza sociale in "sussidi per il sostentamento" e "sussidi in particolari situazioni della vita" è stata sostituita dalla differenziazione introdotta nel tomo VII del CPS, che disciplina le singole prestazioni e descrive in modo più preciso le situazioni in cui esse intervengono.

Uno degli obiettivi centrali dell'assistenza sociale consiste nel rafforzare l'iniziativa individuale: le prestazioni mirano ad "abilitare, nella misura del possibile, a vivere senza di esse; per quanto in loro potere, anche i beneficiari delle prestazioni sono tenuti ad impegnarsi al fine di realizzare tale obiettivo" (art. 1 c. 2 tomo XII CPS). Ci si attende inoltre che i beneficiari e gli enti dell'assistenza sociale collaborino per il raggiungimento di questo 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 XII CPS).
- l'assistenza sociale non è una prestazione primaria 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 XII CPS).
- l'assistenza sociale non presuppone 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 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 XII CPS). I trattamenti non si limitano tuttavia all'aspetto economico, ma comprendono sempre anche consulenza, attivazione e altre forme di sostegno finalizzate al raggiungimento dell'indipendenza dall'assistenza sociale (art. 11 XII CPS).
- numerose disposizioni consolidano il primato dell'assistenza ambulatoriale rispetto all'assistenza residenziale. Le prestazioni di assistenza residenziale possono ad esempio essere riconosciute solo previa valutazione del bisogno, delle eventuali alternative - in particolare possibilità di assistenza ambulatoriale - e dei costi; un altro esempio è dato dalla presunzione della copertura del bisogno di cui all'art. 39 XII CPS, che prevede deroghe per gestanti e persone disabili o non autosufficienti.

- ulteriori prestazioni, quali un'ampia consulenza, informazioni approfondite o un'assistenza pratica (allacciamento di contatti, accompagnamento agli sportelli dei servizi sociali, possibilità di consulenze ancora più specifiche, ecc.) permettono di rafforzare e di attivare l'iniziativa individuale.

Evoluzione dell'assistenza sociale: nuove problematiche e separazione giuridica

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, a.e. alle persone anziane con pensioni esigue. Anche se negli anni successivi la povertà tra gli anziani è nettamente diminuita, si è tuttavia registrato un contemporaneo aggravamento di altre situazioni di necessità:

- consistente aumento della disoccupazione: disoccupati di lunga durata, lavoratori stranieri scarsamente qualificati, giovani disoccupati non aventi diritto alle prestazioni della previdenza sociale necessitano in misura crescente di assistenza per il sostentamento;
- declino della stabilità familiare: 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;
- aumento del numero di persone disabili.

Per rispondere alla trasformazione delle situazioni di bisogno che richiedevano prestazioni di assistenza sociale, il legislatore ha ripetutamente riformato la Legge federale sull'assistenza sociale al fine di adeguarla alle mutate esigenze della società, emanando al contempo una serie di norme volte a scorporare dal regime di assistenza sociale le prestazioni destinate a particolari categorie di persone o a difficoltà specifiche. La Legge sulle prestazioni alle persone richiedenti asilo è entrata in vigore nel 1993, la Legge sull'assicurazione contro l'infermità nel 1995. Anche se nel 2001 il tomo IX del CPS ha espressamente definito l'assistenza sociale come uno degli enti competenti in materia di riabilitazione, la legge non mirava alla creazione di prestazioni indipendenti o a uno sgravio dell'assistenza sociale. A partire dal gennaio 2003 la Legge sull'integrazione al minimo individuale per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta a beneficio degli ultrasessantacinquenni e di persone tra i 18 e i 64 anni con capacità lavorativa costantemente ridotta ha istituito nuove prestazioni primarie indipendenti ed è diventata il quarto capitolo della normativa sull'assistenza sociale.

Oltre ad integrare l'assistenza sociale come tomo XII del Codice di Previdenza Sociale, nell'ambito del secondo tomo si sono istituite prestazioni distinte per le persone tra i 15 e i 64 anni abili al lavoro e in cerca di un'occupazione. Oggi esse possono così beneficiare della nuova integrazione al minimo per persone in cerca di lavoro, ma sono escluse per principio dal beneficio delle prestazioni per il sostentamento ai sensi del terzo capitolo del tomo XII CPS (art. 21 XII CPS).

Nel corso del tempo, varie leggi indipendenti destinate a determinate categorie di persone (1993: richiedenti asilo, 2003: persone anziane e a capacità lavorativa costantemente ridotta) o volte a mitigare situazioni particolarmente onerose (1995: non-autosufficienza) sono state scorporate dall'assistenza sociale. Oggi le persone abili al lavoro di età compresa tra i 15 e 64 anni e aventi diritto alle prestazioni (ai sensi dell'art. 8 II CPS) e i loro congiunti non rientrano più nella sfera d'azione dell'assistenza sociale, ma – in caso di necessità – sono titolari del diritto alle prestazioni di cui al tomo II CPS (minimo individuale per persone in cerca di lavoro). L'integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta è invece confluita nel tomo XII CPS.

Alla stessa stregua dell'assistenza sociale, anche l'integrazione al minimo per le persone in cerca di lavoro comprende prestazioni sotto forma di servizi, in contanti e in natura, anch'esse modulate in funzione delle condizioni in cui versa il beneficiario. 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 che prevede l'indennizzo delle spese supplementari. Per provvedere al proprio sostentamento, le persone abili al lavoro tra i 15 e i 64 anni bisognose di aiuto e non altrimenti tutelate percepiscono l'indennità di disoccupazione II (art. 19 II CPS). Le persone inabili al lavoro che vivono all'interno del loro nucleo familiare hanno inoltre diritto all'assegno sociale (art. 28 II CPS). Ambedue le 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 II CPS). La Legge sulla determinazione dei fabbisogni di base e di modifica

del secondo e del dodicesimo tomo del Codice di Previdenza sociale, promulgata il 29 marzo 2011 (Gazzetta Ufficiale, Parte I n. 12 del 29/03/2011), attua tutte le richieste contenute nella sentenza del 9 febbraio 2010 della Corte Costituzionale Federale.

Come richiesto da tale sentenza, il fabbisogno di base di bambini e giovani - che determina l'importo delle prestazioni forfetarie di minimo – è calcolato separatamente e scagionato in funzione dell'età e non è più derivato tramite calcoli percentuali dalle vecchie quote di legge di riferimento – oggi fabbisogno di base di categoria 1.

Sistematica delle prestazioni dell'assistenza sociale

La nuova struttura dell'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. 41-46),
- 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 CPS

Il dualismo tra "sussidi per il sostentamento" e "sussidi in particolari situazioni della vita", finora esistente all'interno dell'assistenza sociale, è stato sostituito da un'articolazione in sette capitoli che specificano le prestazioni erogate dall'assistenza sociale nelle diverse situazioni della vita.

Terzo capitolo: sussidi per il sostentamento (artt. 27-40 XII CPS)

I principali beneficiari dei sussidi per il sostentamento sono persone appartenenti a nuclei familiari privati. I loro partner conviventi e i bambini minorenni che vivono nello stesso nucleo familiare sono considerati come appartenenti allo stesso nucleo economico. Ai sensi dell'art. 27 XII 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

che l'assistenza sociale non fornisce solo il minimo necessario alla sopravvivenza fisica, ma assicura anche il minimo necessario per condurre una vita dignitosa, compresa la partecipazione alla vita sociale.

Il sussidio per il sostentamento è erogato principalmente sotto forma di prestazione in denaro: si determina innanzitutto l'effettivo bisogno, in seguito si 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 nuove categorie di fabbisogno di base (Regelbedarfsstufen/RBS), a partire dall'1 gennaio 2012 si applicano i corrispondenti importi in euro:
 - Fabbisogno di base di categoria 1(RBS 1, 374 euro):
Per signoli aventi diritto adulti che, soli o con i figli che allevano da soli, costituiscono un nucleo familiare indipendente; tale categoria si applica anche se nello stesso nucleo familiare vivono uno o più adulti che rientrano nel fabbisogno di base di categoria 3.
 - Fabbisogno di base di categoria 2 (RBS 2, 337 euro):
Per ognuno dei due componenti di una coppia di beneficiari - coniugi, partner conviventi o partner in regimi assimilabili al matrimonio - che costituiscono insieme un nucleo familiare.
 - Fabbisogno di base di categoria 3 (RBS 3, 299 euro):
Per singoli aventi diritto adulti che non costituiscono nucleo familiare indipendente né soli, né con il loro coniuge, partner convivente o partner in regimi assimilabili al matrimonio.
 - Fabbisogno di base di categoria 4 (RBS 4, 287 euro)
Per giovani aventi diritto, dall'inizio del quindicesimo al completamento del diciottesimo anno d'età.
 - Fabbisogno di base di categoria 5 (RBS 5, 251 euro)
Per bambini aventi diritto, dall'inizio del settimo al completamento del quattordicesimo anno d'età.
 - Fabbisogno di base di categoria 6 (RBS 6, 219 euro)
Per bambini aventi diritto, fino al completamento del sesto anno d'età.
- Con il nuovo fabbisogno per la formazione e la partecipazione dei bambini e dei giovani si assicura la copertura di un fabbisogno esistenziale dignitoso anche nel quadro della partecipazione alla vita sociale per queste categorie di persone e per gli scolari e gli studenti di scuola superiore. Per realizzare una migliore integrazione sociale dei bambini e dei giovani

bisognosi tramite prestazioni mirate, questo tipo di fabbisogno è riconosciuto come fabbisogno a sè stante accanto al fabbisogno di base.

- Spese di alloggio per un importo equivalente a costi di locazione proporzionati. Qualora i costi di locazione siano considerati “sproporzionatamente 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 XII CPS).
- Spese di riscaldamento pari ai costi effettivamente sostenuti, a condizione che essi siano proporzionati. Si abbandona il forfait per l'acqua calds, precedentemente detratto dal fabbisogno di base e si riconoscono le spese per il riscaldamento centrale dell'acqua effettivamente sostenuti. Un fabbisogno supplementare è inoltre riconosciuto (art. 30 comma 7 XII CPS) se l'acqua è riscaldata da dispositivi installati nell'abitazione (riscaldamento dell'acqua decentrato, ad es. boiler).
- Spese aggiuntive (fabbisogno supplementare) non coperte dal fabbisogno di base in circostanze particolari e in determinate situazioni della vita, a condizione che si soddisfino i requisiti personali (cfr. riquadro in azzurro).
- Prestazioni una tantum erogate per le prime suppellettili domestiche, i primi indumenti (considerando anche le esigenze straordinarie in caso di gravidanza e di parto). Il fabbisogno supplementare già compreso nel fabbisogno di base, ma innegabilmente necessario in casi specifici, è erogato sotto forma di credito (art. 37 XII CPS).
- I contributi versati 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 XII CPS).
- Al fine di evitare emergenze abitative, l'assistenza sociale si fa carico anche degli arretrati d'affitto (art. 36 XII CPS).

I fabbisogni di base e le prestazioni per esigenze straordinarie si intendono come prestazioni forfetarie, mentre delle altre componenti l'assistenza sociale si fa carico solo nella misura delle spese effettivamente sostenute.

Il sussidio per il sostentamento è erogato 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 per l'uso personale pari al 27 per cento del fabbisogno di base di categoria 1 (art. 27b CPS XII).

I cittadini tedeschi residenti all'estero possono percepire il sussidio per il sostentamento solo a condizione che si trovino in una “situazione di emergenza fuori dal comune” e, per particolari motivi, non sia possibile il loro rimpatrio (art. 24 CPS XII).

Quarto capitolo: integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta (artt. 41-46a XII CPS)

Se bisognose e abitualmente residenti nella Repubblica Federale Tedesca, le persone che hanno raggiunto il limite di età e le persone maggiorenni le cui capacità lavorative risultano completamente pregiudicate a titolo permanente per motivi di salute hanno diritto alle prestazioni di integrazione al minimo ai sensi del capitolo

- Le prestazioni una tantum sono riconosciute esclusivamente in tre circostanze specifiche: per le prime suppellettili domestiche, per la dotazione iniziale in caso di gravidanza e per l'acquisto e la riparazione di calzature ortopediche, la riparazione di dispositivi e apparecchiature terapeutiche e la locazione di dispositivi terapeutici.
- Ai fini della definizione delle quote percentuali per gli altri membri del nucleo familiare si distingue oggi tra tre categorie: i bambini di meno di 6 anni al 60 per cento, i bambini fino ai quattordici anni ricevono il 70 per cento del fabbisogno di base, i familiari di età superiore l'80 per cento.
- Gli importi forfetari per il fabbisogno supplementare in futuro potranno raggiungere solo il 36 per cento della quota di legge, quest'ultima è però stata aumentata e comprende ampiamente le prestazioni straordinarie. I supplementi risultano lievemente più vantaggiosi per i genitori di famiglie monoparentali. Le altre categorie di persone percepiscono gli stessi importi ricevuti finora. Ricevono ora una maggiorazione (pari al 12 per cento) anche i genitori di famiglie monoparentali con un figlio di età superiore ai 7 anni.
- L'assunzione delle spese di alloggio nei casi in cui un trasloco non è ragionevole o possibile è limitata a sei mesi.
- A determinate condizioni agli enti erogatori dell'assistenza sociale è consentito forfetizzare gli importi destinati alle spese di alloggio e di riscaldamento.
- 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 rimborsabile anche durante la percezione di sussidi per il sostentamento.
- La somma in contanti corrisposta a chi vive in strutture residenziali equivale all'attuale importo minimo in contanti.
- Il diritto dei cittadini tedeschi residenti all'estero di beneficiare di prestazioni di assistenza sociale risulta ulteriormente limitato e ridotto a pochi casi di emergenza.
- La prestazione forfetaria supplementare per l'acquisto di materiale scolastico è riconosciuta fino al termine della decima classe agli scolari e studenti che frequentano scuole di formazione generale o altri istituti scolastici.

quarto. Eccezion fatta per le suppellettili domestiche (capitolo terzo), tali prestazioni sono calcolate in base alle stesse quote di riferimento del sussidio per il sostentamento, ma – a differenza da quest'ultimo – devono essere richieste. Il riconoscimento delle prestazioni avviene generalmente per un anno. Dall'importo versato dall'assistenza sociale si detraggono i redditi, ad esempio le pensioni o il patrimonio dei beneficiari, dei loro coniugi, dei partner conviventi e dei partner in regimi assimilabili al matrimonio. Non è tuttavia previsto il regresso se i genitori e i figli tenuti al sostentamento dispongono di un reddito inferiore ai 100.000 euro.

- Il nuovo 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 dalle strutture scolastiche o extrascolastiche di assistenza diurna,
 - prestazioni per viaggi d'istruzione di più giorni,
 - 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 ai pranzi comunitari a scuola e
 - un budget mensile per la partecipazione del valore di 10 euro per la partecipazione alla vita sociale e culturale.

Anche alle persone disabili sono naturalmente riconosciuti i fabbisogni per la partecipazione alla vita sociale e culturale a titolo di prestazioni integrative alla promozione della loro integrazione.

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.

L'integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta, introdotta quale prestazione primaria l'1 gennaio 2003, risulta ora integrata nel Codice di Previdenza Sociale come capitolo quarto del tomo XII, senza alcuna modifica delle norme speciali in materia di non regresso sui congiunti tenuti al sostentamento e di rinuncia alla rivalsa sugli eredi del beneficiario. Non si applica inoltre 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 dal sussidio per il sostentamento. Per il resto si applicano essenzialmente le stesse disposizioni vigenti in materia di sussidio per il sostentamento.

Quinto capitolo: sussidi per l'assistenza sanitaria (artt. 47-52 XII CPS)

I sussidi per l'assistenza sanitaria sono equiparati alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria di malattia, in quanto i beneficiari dell'assistenza sociale non assicurati contro la malattia godono delle stesse prestazioni sanitarie dei mutuati. Di norma, le assicurazioni sanitarie pubbliche si fanno inizialmente carico dei trattamenti dei beneficiari dell'assistenza sociale non assicurati contro la malattia, per cui ricevono un successivo rimborso.

Secondo la normativa che disciplina le prestazioni assistenziali, i beneficiari di assistenza sociale non assicurati contro le malattie sono equiparati agli assicurati presso una mutua pubblica. I loro trattamenti medici sono generalmente a carico delle assicurazioni pubbliche contro le malattie, a cui gli enti erogatori dell'assistenza sociale rimborsano le spese sostenute per le prestazioni sanitarie.

È stata inoltre potenziata la possibilità di percepire i sussidi per l'integrazione sotto forma di quota di un "budget individuale integrato" messo a disposizione da tutti gli enti erogatori di prestazioni (art. 57 XII CPS). Il budget individuale consente alle persone disabili e bisognose di aiuto di scegliere autonomamente le prestazioni di cui fruire, le modalità di erogazione e gli enti erogatori.

Le norme che disciplinano i sussidi per l'assistenza continua sono state o sono sostanzialmente riprese dalla Legge federale sull'assistenza sociale. Anche in questo contesto si è indicata la possibilità di percepire le prestazioni sotto forma di "budget individuale integrato" messo a disposizione da tutti gli enti erogatori di prestazioni.

Il nono capitolo recepisce il disposto dei vecchi articoli 15, 27 c. 2, 67, 70, 71 e 75 della Legge federale sull'assistenza sociale senza modificarne i contenuti.

I beneficiari possono scegliere liberamente un'assicurazione della regione di competenza dell'ente responsabile dell'erogazione dell'assistenza sociale che fornisce loro la tessera sanitaria necessaria per usufruire delle sue prestazioni. Pur non essendo 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, le spese sostenute dall'assicurazione sanitaria pubblica per le prestazioni sanitarie erogate sono rimborsate dall'assistenza sociale. Essendo equiparate agli assicurati presso le mutue pubbliche, anche le persone che percepiscono l'assistenza sociale devono versare i ticket richiesti ai pazienti in base alla normativa che disciplina le assicurazioni sanitarie nei limiti della soglia di sostenibilità.

Sesto capitolo: sussidi per l'integrazione delle persone disabili (artt. 53-60 XII CPS)

I sussidi per l'integrazione delle persone disabili intervengono a scopo di prevenzione, di riabilitazione e di integrazione e hanno il compito di "prevenire una disabilità imminente, di eliminare o mitigare una disabilità o le sue conseguenze e di integrare le persone disabili nella società" (art. 53 c. 3 XII CPS). Possono beneficiare di queste prestazioni tutte le persone che presentano una disabilità fisica, mentale o psichica grave o a rischio di una tale disabilità.

Nel tomo XII del Codice di Previdenza Sociale sono stati essenzialmente riproposti i sussidi per l'integrazione delle persone disabili già disciplinati dalla Legge federale sull'assistenza sociale e dal tomo XI del Codice di Previdenza Sociale. L'art. 92 del tomo XII stabilisce la considerazione limitata del reddito e del patrimonio ai fini della definizione delle prestazioni riconosciute alle persone disabili. Accanto alle forme ormai note di aiuto, tali prestazioni possono essere erogate quale quota di un "budget individuale integrato" messo a disposizione da vari enti assistenziali.

Settimo capitolo: sussidi per l'assistenza continua (artt. 61-66 XII CPS)

L'assistenza sociale fornisce un sostegno alle persone non autosufficienti, di cui si assume parzialmente o totalmente i costi di assistenza continua.

L'introduzione dell'assicurazione contro l'infermità ha però ridotto sensibilmente gli oneri sostenuti dall'assistenza sociale per i non autosufficienti: questo nuovo regime primario di assistenza sociale eroga dall'aprile 1995 prestazioni per l'assistenza ambulatoriale, parzialmente residenziale o temporanea e dal giugno 1996 prestazioni per l'assistenza residenziale.

Dopo l'introduzione dell'assicurazione contro l'infermità, le competenze dell'assistenza sociale risultano essenzialmente circoscritte alle persone non autosufficienti che non soddisfano il criterio del "notevole bisogno di assistenza" (primo livello ai sensi dell'art. 15 XI CPS), ai casi di assistenza (estremamente intensiva) particolarmente costosa, al finanziamento delle spese di vitto e alloggio non assunte dall'assicurazione contro l'infermità, agli investimenti necessari all'assistenza residenziale, nonché alle persone non assicurate contro l'infermità.

Ottavo capitolo: sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali (artt. 67-69 XII CPS)

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.

Nono capitolo: sussidi in altre circostanze (artt. 70-74 XII CPS)

Il nono capitolo comprende varie tipologie di prestazioni: sussidi per continuare la conduzione della casa (art. 70), sussidi agli anziani (art. 71), costi di sepoltura (art. 74) e, come norma residuale, sussidi in altre circostanze (art. 73 XII CPS).

Altre disposizioni

Le altre sezioni del dodicesimo tomo del Codice di Previdenza Sociale comprendono:

- decimo capitolo: strutture e servizi (artt. 75-81 XII CPS),
- undicesimo capitolo: ricorso al reddito e al patrimonio, cessione dei diritti acquisiti (artt. 82-96 XII CPS),
- dodicesimo capitolo: competenze (artt. 97-101 XII CPS),
- tredicesimo capitolo: norme procedurali (artt. 116-120 XII CPS),
- quindicesimo capitolo: statistiche (artt. 121-129 XII CPS),
- sedicesimo capitolo: disposizioni transitorie e finali.

Cenni sul metodo di detrazione del reddito

Partendo dal presupposto che i beneficiari ai sensi del tomo XII CPS non esercitano un'attività lavorativa retribuita per più di tre ore al giorno – in quanto, se fossero in grado di lavorare più a lungo, rientrerebbero nel campo di applicazione del tomo II del Codice di Previdenza Sociale -, si consente loro di conservare il 30 per cento del reddito lavorativo (è mantenuta la deroga applicata ai dipendenti di laboratori protetti per disabili: in questi casi l'importo non defalcato dalle prestazioni continua ad equivalere ad un ottavo del fabbisogno di base di categoria 1, a cui si aggiunge il 25 per cento della retribuzione supplementare).

Il denaro percepito a titolo di promozione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art. 43 c. 4 IX CPS è generalmente escluso dal conteggio anche in casi diversi dagli aiuti residenziali per l'integrazione.

Ai fini delle prestazioni di cui ai capitoli dal quinto al nono, il dodicesimo tomo del Codice di Previdenza Sociale riconosce 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 forfetariamente ceduto all'ente erogatore dell'assistenza sociale per importi che possono raggiungere i 31.07 euro in caso di sussidio per l'integrazione di persone disabili o di sussidio per l'assistenza continua e i 23.90 euro in caso di sussidio di sostentamento. Di norma, nel quadro delle prestazioni di integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta non sono contemplate possibilità di regresso.

Indennità d'alloggio (Wohngeld)

Un'abitazione dignitosa costa, per alcuni costa addirittura troppo. È questo il motivo per cui è stata istituita l'indennità d'alloggio, il sussidio erogato dallo Stato per aiutare a coprire i costi abitativi.

Possono beneficiare dell'indennità di alloggio sia i locatari, sia i proprietari di abitazioni i cui canoni di affitto o oneri finanziari risultino eccessivi per il bilancio familiare. Ed è irrilevante che l'abitazione si trovi in uno stabile vecchio o nuovo, che sia stata parzialmente finanziata con sussidi pubblici, che abbia fruito di agevolazioni fiscali o che sia stata acquistata con finanziamenti privati.

Questa indennità è chiamata sussidio di locazione quando è versata ai locatari, e sussidio per gli oneri di alloggio quando invece è corrisposta ad un proprietario che abita personalmente in locali che gli appartengono.

Prestazioni / Requisiti

Possono beneficiare del sussidio di locazione

- i locatari di un appartamento o di una stanza,
- i proprietari di un'abitazione nel quadro di un consorzio edile o di una fondazione,
- i titolari di un diritto di usufrutto di locali 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 ivi residenti,
- gli abitanti di una casa di ricovero.

Possono beneficiare del sussidio per gli oneri d'alloggio

- i proprietari di una casa (di due appartamenti al massimo) ivi residenti, anche se l'edificio è prevalentemente occupato da esercizi commerciali o uffici o appartiene ad un'azienda agricola,
- i proprietari di un appartamento,,
- i titolari di un diritto ereditario di costruzione
- i proprietari 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.

Esclusione dall'indennità d'alloggio

L'indennità di alloggio non è riconosciuta ai beneficiari di

- indennità di disoccupazione II e sussidio sociale ai sensi del tomo II del Codice di Previdenza Sociale (II CPS),
- sovvenzioni ai sensi dell'art. 22 7 II CPS,
- indennità di transizione pari all'importo dell'indennità di disoccupazione II ai sensi dell'art. 21 comma 4.1 VI CSP,
- indennità per lesioni pari all'importo dell'indennità di disoccupazione II ai sensi dell'art. 47 comma 4 VII CSP,
- 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 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 Codice di Previdenza Sociale per nuclei familiari

composti esclusivamente da beneficiari di tali prestazioni e ai loro familiari considerati ai fini della quantificazione delle prestazioni se queste ultime considerano anche le spese di alloggio.

Tali disposizioni evitano la necessità di presentare due richieste e di effettuare una compensazione contabile tra i vari enti pubblici per le prestazioni erogate.

L'esclusione dall'indennità di alloggio non si applica quando questa può consentire di eludere o eliminare una situazione di indigenza e una delle prestazioni precedenti non è ancora stata erogata o viene erogata, ma risulta secondaria rispetto all'indennità di alloggio.

Diritto costituito

L'indennità d'alloggio non è un'elemosina dello Stato, ma un diritto riconosciuto dalla legge in presenza di determinati requisiti.

Requisiti per la concessione

La concessione e l'entità dell'indennità d'alloggio dipendono

- dal numero dei componenti del nucleo familiare (tra sui si annoverano la persona intitolata a percepire l'indennità, il coniuge, il convivente, i coabitanti nel quadro di altre unioni di fatto o comunità beneficiarie, i genitori e i figli – compresi i figli adottivi e in affigo -, 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 però riconosciuti solo fino al raggiungimento di determinati massimali stabiliti in funzione del numero di membri del nucleo familiare considerabili ai fini dell'erogazione indennità e della fascia del canone di locazione,
- dall'ammontare del reddito complessivo.

Calcolo del reddito complessivo

La quantificazione del reddito ai fini dell'indennità d'alloggio riprende la definizione di reddito sancita dalla normativa fiscale, si considerano cioè determinanti le entrate soggette a imposta ai sensi dell'art. 2, comma 1, 2 e 5 della Legge sull'imposta sui redditi. Ad esse vengono ad aggiungersi le entrate esentasse specificate nel relativo elenco.

Il reddito complessivo considerato risulta composto dalla somma del reddito annuo di tutti i membri del nucleo familiare al netto di determinate detrazioni e franchigie. Il reddito deve essere documentato.

È considerato come reddito annuo il reddito prevedibile nel periodo della concessione delle prestazioni.

Massimali di reddito per l'ottenimento dell'indennità di alloggio

Numero dei membri della famiglia considerati appartenenti al nucleo familiare	Nuovi e vecchi Länder					
	Soglie di reddito familiare mensile, espresse in euro, calcolate in base alla formula per l'indennità d'alloggio per spazi abitativi nei Comuni con locazioni di categoria					
	I	II	III	IV	V	VI
1	780	790	800	820	840	860
2	1050	1070	1100	1120	1140	1170
3	1310	1340	1350	1380	1410	1430
4	1710	1750	1780	1810	1850	1880
5	1980	2010	2040	2080	2110	2150

Che cosa si deve fare?

Presentare la richiesta

Per percepire l'indennità d'alloggio occorre presentare domanda all'ufficio dell'amministrazione comunale o distrettuale competente e dimostrare di soddisfare i requisiti richiesti.

Durata della concessione

L'indennità di alloggio è generalmente concessa per 12 mesi, ma può essere riconosciuta anche per periodi più lunghi o più brevi. Chi desidera richiederla, dovrebbe tenere presente che l'indennità è versata soltanto a partire dal mese in cui l'ufficio competente riceve la domanda.

Chi desidera continuare a ricevere l'indennità d'alloggio anche dopo il periodo previsto dalla concessione è tenuto a rinnovare la richiesta. Per evitare interruzioni nei pagamenti si consiglia dunque di inoltrare la nuova domanda possibilmente due mesi prima della scadenza del periodo di concessione.

Leggi

I fondamenti giuridici sono sanciti dalla Legge sull'indennità d'alloggio (Wohngeld-gesetz), completata più tardi dal Regolamento sull'indennità d'alloggio (Wohngeldverordnung).

Informazioni

I collaboratori degli Uffici territoriali erogatori dell'indennità d'alloggio sono tenuti a fornire chiarimenti sui diritti e sui doveri ad essa relativi. Per informazioni più precise sulla normativa vigente si prega di consultare il sito Internet del Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung all'indirizzo www.bmvbs.de/wohngeld.

Assicurazione sociale internazionale (Internationale Sozialversicherung)

Il quadro normativo dei regimi tedeschi di previdenza sociale contempla in molti casi prestazioni riconosciute solo in Germania.

L'intreccio dei rapporti internazionali si fa tuttavia sempre più stretto: milioni di persone lavorano in un paese straniero o vi si recano come turisti. Per questo è importante che le prestazioni sociali siano erogate anche oltre confine o che se ne possa beneficiare anche in un altro paese.

Per questo motivo, all'interno dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Gran Bretagna, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria, Cipro) esistono basi giuridiche che consentono di far pervenire oltre confine le prestazioni sociali a chi ha il diritto di beneficiarne, ad esempio di garantire i trattamenti sanitari necessari agli assicurati contro le malattie e ai loro familiari anche in tutti gli Stati membri.

Tali basi giuridiche si applicano anche in Norvegia, Islanda e Lichtenstein in forza dell'accordo sullo Spazio economico europeo (SEE) e vigono anche per la Svizzera.

Esistono analoghi accordi di cooperazione anche con una serie di paesi con cui la Germania ha stipulato un accordo sull'assicurazione sociale, tra cui

- Australia,
- Bosnia-Erzegovina,
- Canada (accordo su prestazioni pensionistiche),
- Cile (accordo su prestazioni pensionistiche),
- Cina (accordo sul distacco di lavoratori),
- Corea del Sud (accordo su prestazioni pensionistiche),
- Croazia,
- Giappone (accordo su prestazioni pensionistiche),
- India (accordo sul distacco di lavoratori),
- Israele,
- Macedonia,
- Marocco,
- Montenegro.
- Serbia,
- Tunisia,
- Turchia,
- USA (accordo su prestazioni pensionistiche).

Gli accordi vigenti con Cina e India contengono normative volte ad evitare il doppio obbligo assicurativo per chi esercita un'attività lavorativa nell'altro Stato contraente.

Tutti questi accordi non mirano ad armonizzare i diversi regimi di previdenza sociale, ma solo a coordinarli.

Principi fondamentali

Le normative dell'Unione Europea e alcuni degli accordi sull'assicurazione sociale comprendono materie molto ampie. Tra i loro aspetti più importanti vanno menzionate le prestazioni in caso di malattia, d'invalidità e di vecchiaia, nonché le prestazioni ai superstiti e le prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali.

Gli accordi internazionali muovono da due presupposti:

1. l'equiparazione di principio dei diritti sociali delle persone che rientrano nel loro campo di azione.
2. l'equiparazione di principio del soggiorno in uno degli Stati membri o in un paese firmatario al soggiorno in un altro Stato membro o in un altro paese firmatario.

Importante

I regolamenti internazionali non contemplano solo l'assicurazione obbligatoria, ma anche l'assicurazione volontaria nei casi previsti dai rispettivi ordinamenti giuridici.

Le norme dell'Unione Europea si applicano ad esempio a chi è o è stato assicurato conformemente alla normativa di uno o di più Stati membri. Queste persone devono inoltre avere la cittadinanza di uno Stato membro o risiedere nel territorio di quest'ultimo come cittadini di un paese terzo o come apolidi o profughi.

Gli accordi bilaterali (con Stati non appartenenti all'Unione Europea) si applicano innanzitutto

- ai cittadini tedeschi,
- ai cittadini di altri Stati firmatari di accordi,
- ai profughi,
- agli apolidi.

Leggi

La base giuridica della tutela assicurativa all'interno dell'Unione Europea è il regolamento (CE) 883/2004, mentre nelle relazioni con la Norvegia, l'Islanda, il Lichtenstein e la Svizzera si continua ad applicare il regolamento (CEE) 1408/71.

Con gli Stati europei ed extraeuropei sopra elencati esistono accordi sull'assicurazione sociale.

Assicurazione sanitaria

Prestazioni/Requisiti

Chi si reca per motivi di lavoro in un altro Stato membro - o in uno Stato con il quale esiste un accordo - è assicurato contro le malattie e riceve le necessarie prestazioni dagli enti competenti.

Anche i turisti hanno però il diritto di fruire in un altro Stato membro dell'Unione Europea delle cure mediche che non possono essere rinviate fino al loro rientro in patria.

Chi si reca in un altro Stato membro dell'Unione per beneficiare di prestazioni mediche può ottenere dalla sua cassa sanitaria tedesca il rimborso dei costi in cui è incorso fino al raggiungimento dell'importo della spesa che questa avrebbe dovuto sostenere in Germania. Le cure ospedaliere sono invece soggette a previa approvazione della cassa sanitaria. Tali norme non si applicano in Australia, Canada, Cile, Cina, Corea del Sud, India, Israele, Giappone, Marocco e USA.

Se un lavoratore straniero lavora in Germania e la sua famiglia risiede, ad esempio, in Turchia, i suoi familiari beneficiano di una copertura assicurativa sanitaria completa, come se il padre lavorasse in Turchia.

Per maggiori informazioni sulla copertura sanitaria garantita a chi soggiorna in Bosnia-Erzegovina, Croazia, Macedonia, Montenegro o Serbia si prega di rivolgersi alla propria cassa mutua tedesca.

Che cosa si deve fare?

È opportuno che i turisti si facciano rilasciare prima della partenza una tessera sanitaria europea e la portino con sé. Se intendono soggiornare in Bosnia-Erzegovina, Montenegro, Serbia, Tunisia o Turchia dovrebbero procurarsi un certificato particolare che attesta il diritto alle prestazioni, accettato al di fuori dell'UE anche in Croazia e in Macedonia. Questo documento indica anche gli interlocutori a cui rivolgersi per ottenere le necessarie prestazioni dell'assicurazione sanitaria.

I lavoratori distaccati in un altro paese continuano ad essere assicurati nel paese di origine, dove versano normalmente i contributi. Essi devono portare con sé il "certificato di distacco", che permette di evitare la doppia contribuzione.

L'assicurato e i suoi familiari coassicurati beneficiano inoltre dell'indennità di assistenza per non autosufficienti versata dall'assicurazione tedesca contro l'infermità negli Stati dell'Unione Europea, nello Spazio Economico Europeo e in Svizzera.

Informazioni

Per consigli e informazioni si prega di rivolgersi alla propria cassa mutua o alla federazione delle assicurazioni pubbliche contro le malattie (GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle, Krankenversicherung-Ausland (DVKA), Postfach 200464, 53134 Bonn).

Assicurazione contro gli infortuni

Prestazioni/Requisiti

Poniamo il caso di qualcuno che lavori in Francia presso un datore di lavoro di questo paese e rientri in Germania dopo aver subito un infortunio sul lavoro: l'ente assicurativo francese dovrà versargli in Germania la pensione infortunistica che gli spetta. Il lavoratore riceverà inoltre la necessaria assistenza medica sia in Francia, sia nel suo paese.

Se egli subisce oltre confine un infortunio con esito mortale, i suoi superstiti percepiscono una pensione dall'ente assicurativo estero, anche se sono residenti in Germania.

Che cosa si deve fare?

Per richiedere le prestazioni rivolgersi all'ente assicurativo tedesco oppure all'ente straniero.

Informazioni

La Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Alte Heerstrasse 111, 53757 Sankt Augustin, fornisce informazioni e consulenza specializzata.

Assicurazione pensionistica

Prestazioni/Requisiti

Per accertare la maturazione del periodo contributivo minimo di un lavoratore che nel corso della sua vita professionale abbia svolto un'attività retribuita in diversi Stati membri dell'Unione Europea e/o in Stati con i quali esiste un accordo, si sommano tutti i singoli periodi di contribuzione. Se il lavoratore ha subito un infortunio ed ha diritto ad una pensione, questa gli viene corrisposta anche all'estero, in uno Stato membro dell'Unione Europea o in un altro Stato con il quale sia stata stipulata una convenzione. In questi casi si segue il principio per cui ogni ente assicurativo risponde dei periodi di assicurazione nel suo Stato, come avviene anche per l'erogazione delle pensioni ai superstiti.

Che cosa si deve fare?

Gli affiliati all'assicurazione tedesca che soggiornano all'estero continuano a versare i contributi assicurativi in Germania. In questi casi le richieste di prestazioni devono essere presentate all'istituto assicurativo del paese di residenza.

La richiesta di prestazioni straniere può invece essere inoltrata sia tramite l'ente straniero, sia tramite l'ente tedesco.

Informazioni

Per informazioni e consulenza specialistica relative a tutti gli Stati membri dell'UE, dello SEE e degli Stati con cui esistono accordi si prega 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 la Grecia, Cipro, il Lichtenstein e la Svizzera,
- Berlino-Brandeburgo (www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de) per la Polonia,
- Braunschweig-Hannover (www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de) per il Giappone e la Corea del Sud,
- regione Germania Centrale (www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de) per l'Ungheria e la Bulgaria,
- Baviera meridionale (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de) per la Slovacchia, la Slovenia, la Repubblica Ceca, la Bosnia-Erzegovina, la Croazia, la Macedonia, la Serbia, il Montenegro e il Kosovo,
- regione Nord (www.deutsche-rentenversicherung-nord.de) per la Danimarca, l'Estonia, la Finlandia, la Gran Bretagna, l'Irlanda, la Lettonia, la Lituania, la Norvegia, la Svezia, la Cina, il Canada e gli USA,
- Baviera meridionale (www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de) per l'Austria,
- Baviera settentrionale (www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de) per il Portogallo, la Romania e la Turchia,
- Oldenburg-Brema (www.deutsche-rentenversicherung-oldenburg-bremen.de) per l'Australia,
- Renania (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de) per il Belgio, la Spagna, il Cile e Israele
- Renania-Palatinato (www.deutsche-rentenversicherung-rheinland-pfalz.de) per la Francia e il Lussemburgo
- Svevia (www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de) per l'Italia, Malta, il Marocco e la Tunisia,
- Westfalia (www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de) per i Paesi Bassi e l'Islanda

Assegni familiari

Prestazioni/Requisiti

I contribuenti a tutti gli effetti del fisco tedesco e i lavoratori dipendenti hanno diritto a percepire gli assegni familiari anche per i figli che vivono in determinati paesi. Mentre per i figli residenti nel territorio dell'Unione Europea, nel Lichtenstein, in Svizzera, in Norvegia ed in Islanda viene versato l'importo integrale degli assegni familiari, ai figli che vivono in altri Stati (ad esempio in Turchia) si applicano invece tariffe concordate.

I lavoratori dipendenti (non distaccati) in uno di questi paesi ricevono di norma un sussidio familiare (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 alla Cassa per la famiglia territorialmente competente proprio datore di lavoro pubblico. Per far valere i propri diritti all'estero ci si deve invece rivolgere alla sede straniera competente. Informazioni più dettagliate si trovano negli appositi opuscoli divulgativi.

Informazioni

Per consigli ed informazioni si prega di rivolgersi alla Cassa per la famiglia territorialmente competente.

Assicurazione contro la disoccupazione

Prestazioni/Requisiti

Un disoccupato in possesso di determinati requisiti che si trasferisce in un altro Stato dell'Unione Europea o in Norvegia, Islanda, Lichtenstein e Svizzera per cercarvi lavoro potrà ricevere l'indennità di disoccupazione tedesca – solo, però, per un periodo massimo di tre mesi o, tutt'al più, di sei mesi. Continua invece a percepire l'indennità di disoccupazione se rientra in patria prima della scadenza di questo periodo. A determinate condizioni, i disoccupati che hanno lavorato in Germania beneficiano delle prestazioni dell'assicurazione locale in Bosnia-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 dell'Unione Europea si devono soddisfare i seguenti requisiti: essersi iscritti alle liste di disoccupazione tedesche prima della partenza ed essere rimasti a disposizione dell'agenzia del lavoro tedesca per almeno quattro settimane a partire dall'inizio della disoccupazione. E ancora: entro sette giorni dall'arrivo ci si deve iscrivere all'anagrafe delle persone in cerca di lavoro presso l'Ufficio di collocamento del nuovo Stato membro di residenza.

Per consigli ed informazioni si prega di rivolgersi all'Agenzia del lavoro o all'Agenzia Federale del lavoro di Norimberga.

Giurisdizione sociale (Sozialgerichtsbarkeit)

La sicurezza sociale va di pari passo con la tutela giuridica assicurata dalla giurisdizione sociale, che, ove necessario, garantisce a ciascuno il diritto di far accertare e di far valere i propri diritti sociali in sede giudiziaria.

Competenze dei Tribunali sociali

I Tribunali sociali decidono in particolare i contenziosi in materia di assicurazioni sociali, quali l'assicurazione contro le malattie, l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione pensionistica. Rientrano tuttavia tra le competenze dei Tribunali sociali anche le azioni legali in materia di assicurazione contro la disoccupazione, di diritto del risarcimento sociale, eccezion fatta per l'assistenza alle vittime di guerra, e di legislazione sui disabili gravi. L'1 gennaio 2005 la giurisdizione sociale ha inoltre acquisito la competenza per i ricorsi relativi al minimo individuale per persone in cerca di un'occupazione (Harz IV) e all'assistenza sociale.

Ordinamento della giurisdizione sociale

La giurisdizione sociale si articola su tre livelli: le decisioni di primo grado spettano ai Tribunali sociali, le decisioni di secondo grado alle Corti sociali regionali e le decisioni di ultima istanza alla Corte sociale federale. In seno alle Corti sociali si vengono a creare camere specializzate che si occupano di determinate materie e sono costituite da un giudice togato in veste di presidente e da due giudici onorari a latere. Le Corti sociali regionali decidono in appello sulle sentenze già pronunciate e le loro sezioni – omologhe delle camere specializzate dei Tribunali – sono composte da un presidente, due giudici togati e due giudici onorari. Allo stesso modo, anche le sezioni della Corte sociale federale, chiamata a giudicare i ricorsi in cassazione, si compongono di un presidente, due giudici togati e due giudici onorari.

I giudici onorari sono giudici popolari con gli stessi diritti e gli stessi doveri dei giudici ordinari. I giudici onorari che fanno parte delle sezioni e dei senati della giurisdizione sociale vantano particolari esperienze pratiche nelle materie giuridiche di loro competenza.

Modalità dell'azione legale

L'azione legale va promossa per iscritto o presentata affinché sia stesa per iscritto dal funzionario di cancelleria del Tribunale. 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. Il testo della citazione in giudizio deve menzionare attore e convenuto. La citazione deve anche dichiarare l'obiettivo dell'azione e dovrebbe inoltre indicare la decisione – se questa esiste - degli enti della sicurezza sociale o delle autorità pubbliche contro cui essa è rivolta, che dovrebbe essere acclusa. Si devono inoltre indicare i fatti e i mezzi probatori che motivano l'azione.

L'azione legale va intentata presso la giurisdizione sociale territorialmente competente, vale a dire presso il Tribunale del distretto giudiziario in cui la parte attrice risiede al momento della proposizione dell'azione.

Se la parte attrice rivendica la revoca o la modifica di un atto amministrativo esistente o l'emanazione di un atto amministrativo negato, essa deve innanzitutto essersi opposta all'atto amministrativo in questione presso l'autorità o l'ente assicurativo competenti. L'opposizione va proposta presso l'ufficio che ha emanato l'atto amministrativo entro un mese dalla notifica di quest'ultimo. In tal modo prende avvio una procedura di opposizione in cui l'autorità o l'ente assicurativo verificano nuovamente la legalità e l'opportunità dell'atto amministrativo. Se ritiene fondata l'opposizione, l'ente assicurativo revoca l'atto amministrativo contestato e, se del caso, emana un atto opportuno. In caso contrario l'autorità o l'ente competente ad esaminare le opposizioni risponde ufficialmente all'impugnazione confermando l'atto amministrativo contestato. In questa fase è possibile intentare un'azione legale presso il Tribunale sociale.

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 risposta ufficiale all'impugnazione.

Procedimento giudiziario

I procedimenti di fronte ai Tribunali sociali comprendono di norma un'udienza dibattimentale. Il presidente può richiedere atti, documenti elettronici e documentazione sanitaria già prima del dibattimento e può assumere informazioni, ascoltare testimoni ed esperti, commissionare perizie, convocare periti e incontrare le parti interessate per discutere personalmente la questione e tentare, nella misura del possibile, di concludere il contenzioso con il dibattimento. L'udienza dibattimentale è pubblica ed è condotta dal presidente. Innanzitutto, questi cita l'azione e istruisce i testimoni eventualmente convocati, che lasciano poi l'aula fino al momento di essere ascoltati. Il presidente espone quindi la situazione attuale e i termini del litigio. A questo punto, se necessario, avviene l'assunzione delle prove, al termine della quale l'attore e il convenuto possono esprimersi sui fatti. Una volta discussa la causa, il presidente conclude l'udienza.

Nei processi in materia sociale svolge un ruolo fondamentale l'istruzione probatoria, nel quadro della quale sono ascoltati ad esempio i testimoni o gli esperti – ad es. un medico -, ma possono essere prodotti anche documenti che attestano una determinata situazione. Tutte le parti in causa possono essere chiamate a collaborare, durante l'istruzione probatoria il giudice non è però vincolato dalle offerte di prove delle parti, in quanto nel processo sociale vige il cosiddetto principio dell'inchiesta d'ufficio, che impone al giudice di indagare d'ufficio sulle circostanze controverse e di esaminare tutti i fatti di rilievo per la decisione del procedimento.

Le parti di azioni in materia sociale possono farsi rappresentare in giudizio da mandatari, la cui presenza è tuttavia tassativamente obbligatoria solo di fronte alla Corte sociale federale, mentre rimane facoltativa davanti alle Corti regionali e ai Tribunali sociali. Possono fungere da rappresentanti in giudizio i legali delle parti, ma anche membri e 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 di valore inferiore ai 750 €. 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 presentata un'istanza di revisione. A differenza dell'appello, la revisione è sempre soggetta a una dichiarazione di ammissibilità da parte della Corte sociale regionale, in particolare laddove la controversia 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 possibile opporsi a tale decisione presentando un ricorso contro la mancata autorizzazione. Nel quadro della procedura 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 per iscritto 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 gratuiti. L'attore o il convenuto che non rientrano in queste categorie – a.e.

un ente assicurativo in ambito sociale – sono invece tenuti a corrispondere un importo forfetario per la copertura delle spese. Quando né l'attore, né il convenuto rientrano nelle categorie elencate, le spese processuali sono commisurate al valore del contendere, come avviene nei procedimenti di fronte ad altre giurisdizioni.

Tutela della privacy in campo sociale (Sozialdatenschutz)

Fondamenti della tutela della privacy in campo sociale

È impensabile che i regimi di sicurezza sociale assicurino il godimento dei diritti sociali senza disporre dei dati personali (dati sociali) dei cittadini interessati. Di norma, però, l'acquisizione, l'elaborazione o l'utilizzo di dati personali - spesso altamente sensibili - relativi ad esempio allo stato di salute degli interessati sono da considerarsi come un'ingerenza nel diritto di autodeterminazione del singolo in materia di dati personali sancito dalla costituzione, per questo vi si applicano norme particolarmente rigorose.

Innanzitutto deve essere stabilito con precisione quali informazioni relative agli assicurati possono essere acquisite, conservate o trasmesse per legge dagli enti erogatori di servizi sociali. La protezione dei dati personali è inoltre improntata ad un principio fondamentale: l'acquisizione, l'elaborazione o l'utilizzazione dei dati personali sono consentite solo a condizione che siano indispensabili per assolvere i compiti dell'ente responsabile - generalmente si tratta di enti erogatori di prestazioni sociali, quali a.e. enti pensionistici o casse malattia. Le casse malattia, ad esempio, possono acquisire informazioni sui singoli individui solo nella misura in cui esse sono necessarie ad accertare il rapporto assicurativo e l'affiliazione delle persone in questione. In questo contesto sono importanti indicazioni quali il nome, l'indirizzo, lo stato di famiglia e la situazione lavorativa.

Quando l'interessato ha acconsentito all'utilizzo specifico dei suoi dati si applicano di norma restrizioni meno rigorose. Per contro, in tali casi va considerato che le prestazioni sociali costituiscono una compagine integrata, per cui i singoli enti erogatori possono svolgere i propri compiti solo in base a dati sociali in possesso di altri enti. La ramificazione delle prestazioni sociali non può pertanto causare deficit informativi.

Con le disposizioni in materia di segreto sociale (art. 35 I CPS), di tutela della privacy in campo sociale ai sensi del secondo capitolo X CPS (artt. 67-85), nonché con le norme specifiche in materia di tutela della privacy sociale dei singoli volumi del Codice di Previdenza Sociale il legislatore ha ottemperato alla prescrizione costituzionale di elaborare una regolamentazione normativa in materia di difesa dei dati sociali - considerati dati personali particolarmente degni di tutela - che garantisca un elevato livello di protezione. In forza di tale normativa, ogni singolo gode del diritto di non vedere acquisiti, elaborati o utilizzati senza autorizzazione da parte degli erogatori delle prestazioni i dati sociali che lo riguardano (segreto sociale).

Le prescrizioni in materia di segreto sociale e di tutela della privacy sociale vigono indipendentemente dal fatto che il Codice di Previdenza Sociale sia applicato dalle istanze regionali o federali.

Si considerano dati sociali i singoli dati relativi a situazioni personali o fattuali di una persona fisica determinata o determinabile acquisiti, elaborati o utilizzati ad esempio da un erogatore di prestazioni sociali in vista dell'espletamento dei suoi compiti ai sensi del CPS. I segreti aziendali e industriali sono equiparati per legge ai dati sociali. Regole particolari sono talvolta applicate ai dati personali particolarmente sensibili, quali ad esempio i dati sanitari.

Trasmissione di dati

La trasmissione di dati sociali a terzi è ammessa solo in presenza dell'assenso della persona interessata o di una facoltà di trasmissione sancita per legge dal Codice di Previdenza Sociale. Ai sensi della definizione di legge, per trasmissione si intende la notifica a terzi di dati sociali - conservati o acquisiti tramite processi di elaborazione di dati -, avvenuta in modo tale da inoltrare i dati a terzi o da mantenerli disponibili in forma visionabile o richiamabile per essere visionati o richiamati da terzi.

Principali casi di trasmissione

- trasmissione di particolari dati in forma enumerativa, a.e. nome o indirizzo, per consentire l'espletamento di compiti delle autorità di polizia, della magistratura, ecc.,
- trasmissione per l'espletamento di compiti di natura sociale,
- trasmissione per assicurare la salute e della sicurezza sul posto di lavoro,
- trasmissione nel rispetto di particolari compiti e poteri di trasmissione sanciti dalla legge,
- trasmissione di dati sociali per la ricerca e la programmazione,
- trasmissione di dati a uffici esteri, sopranazionali o internazionali.

1. Un'associazione mutualistica di categoria comunica a un Ente pensionistico dati relativi alla pensione percepita da una persona rimasta vittima di un infortunio sul lavoro, di modo che l'Ente pensionistico possa verificare se e in che misura le sue prestazioni ai sensi dell'art. 93 VI CPS possono essere detratte dalla pensione dell'associazione di categoria.

2. Se un Ente erogatore intende ricorrere in giustizia a.e. per frode ai danni dell'assicurazione sociale o per sottrazione o appropriazione indebita di redditi lavorativi, ciò giustifica la trasmissione dei dati sociali alle autorità competenti. Questa fattispecie comprende anche la denuncia di un'assicurazione pensionistica nel quadro della riscossione dei contributi, in quanto un'azione di questa natura è idonea a mantenere il rispetto dei termini di pagamento e ad evitare ulteriori pregiudizi.

La trasmissione per l'espletamento di compiti di natura sociale assume un ruolo pratico di particolare rilievo perché si tratta del caso più frequente di trasmissione di dati nel quadro dell'esecuzione dei compiti affidati dalla legge agli enti erogatori di prestazioni e dell'esperimento delle procedure istituite dal Codice di Previdenza Sociale.

Colofone

Editore:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Referat Information, Publikation, Redaktion
53107 Bonn

Situazione gennaio 2012

Per ordinare la pubblicazione:

Nr. ordine: A 982
Telefono: 01805/778090*
Fax: 01805/778094*

Per posta: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 481009, 18132 Rostock
E-mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: <http://www.bmas.de>

Videotelefono/Fax per non udenti e persone con difficoltà auditive:

E-mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Telescrivente: 01805/676716*
Fax: 01805/676717*

Linea linguaggio gestuale: gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de

* (0,14 euro/minuto dalla rete fissa, le tariffe delle reti mobili possono variare, ca.42 Cent/Min.)

Layout/Composizione: Area grafica del BMAS, Bonn
Stampa: Stamperia del BMAS, Bonn

Le citazioni dalla presente pubblicazione sono autorizzate con l'indicazione di editore, titolo e anno di riferimento della pubblicazione. Si prega di inviare copia d'obbligo all'editore.