

# L'assicurazione per la non-autosufficienza in Germania

Ottobre 2020

# INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>2</b>
<b>2. LE PRESTAZIONI</b>	<b>4</b>
2.1 I livelli di assistenza	4
2.2 Le prestazioni previste	4
2.2.1 <i>Assistenza domiciliare</i>	5
2.2.2 <i>Assistenza residenziale</i>	7
2.2.3 <i>Prestazione aggiuntive</i>	7
<b>3. IL NUMERO DEI BENEFICIARI</b>	<b>9</b>
<b>4. L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E I COSTI IN GERMANIA</b>	<b>13</b>
<b>5. GLI ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI</b>	<b>17</b>
5.1 Il finanziamento	17
5.2 La spesa	18
5.3 Il risultato di bilancio	20
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUZIONE

La Germania ha istituito l'assicurazione per la non autosufficienza (*Pflegeversicherung*) nel 1995<sup>1</sup>. L'assicurazione "copre" i residenti di qualsiasi età, che necessitino di aiuto per lo svolgimento delle attività giornaliere, per un periodo di tempo sufficientemente lungo e non inferiore ai 6 mesi. Il "sistema" ha subito nel corso del tempo varie riforme<sup>2</sup>. Tra queste, particolarmente importante è l'ultima (*Pflegestärkungsgesetze* - PSG), attuata tra il 2015 e il 2017 che, oltre a incrementare le prestazioni erogate, ha rivisto la modalità stessa con cui viene definita la non autosufficienza (NA), in modo tale da coprire i problemi mentali e psicologici, in precedenza affrontati in modo insufficiente<sup>3</sup>. Come vedremo in seguito, ciò ha comportato un significativo incremento della spesa, sia per l'ampliamento delle prestazioni riconosciute che di quello della platea dei beneficiari.

Dal 1995, quindi, per la NA è stato istituito un nuovo pilastro che si aggiunge ai quattro che caratterizzano storicamente il *welfare* tedesco, ossia il pensionistico (*Rentenversicherung*), quello per gli infortuni sul lavoro (*Unfallversicherung*), per la disoccupazione (*Arbeitslosenversicherung*) e, infine, quello sanitario (*Krankenversicherung*)<sup>4</sup>. L'assicurazione per la NA è

<sup>1</sup> L'attuazione si è svolta in due fasi: inizialmente è stata garantita la sola assistenza domiciliare e a partire dall'anno successivo è stata introdotta quella presso le case di cura.

<sup>2</sup> Tra queste ricordiamo quella del luglio 2008 in cui sono stati innalzati i tassi di contribuzione previsti per il finanziamento e ampliati i livelli di assistenza, in particolare per le persone con problemi di demenza.

<sup>3</sup> Anche in questo caso, la riforma è stata attuata in due tempi. A partire dal 1° gennaio 2015 sono state incrementate le prestazioni erogate, mentre a partire dal 1° gennaio 2017 si è modificata la definizione dei livelli di assistenza riconosciuti.

<sup>4</sup> La protezione sociale è garantita in gran parte mediante appositi schemi di assicurazione sociale obbligatoria, a cui tutti i cittadini devono obbligatoriamente aderire. Le autorità federali, ossia i ministeri competenti, definiscono le regole generali (i livelli di contribuzione, le prestazioni e i criteri di esigibilità) e la regolamentazione a cui sono soggetti i fondi assicurativi. I fondi, infine, hanno piena autonomia nella gestione delle proprie risorse, ma sono soggetti al controllo di un'apposita Agenzia (*Bundesversicherungsamt*) che svolge funzioni simili a una autorità garante. Cfr. G. Fosti, E. Notarnicola (2014), p. 65.

incardinata su quella relativa alla sanità. In primo luogo, gli enti incaricati di gestire il fondo di assistenza sono le “Casse di assistenza”, enti autonomi di diritto pubblico senza fini di lucro, dotati di autonomia gestionale, sottoposti a vigilanza pubblica e istituite presso le Casse mutue sanitarie. Ossia, ogni Cassa sanitaria ha costituito all'interno della propria struttura una Cassa di assistenza per la NA a favore dei propri iscritti, gestita dal proprio personale amministrativo. Tali casse hanno perciò gli stessi organi gestionali, personale amministrativo e servizio medico e sono sottoposte alla stessa vigilanza pubblica. In secondo luogo, coloro che sono assicurati con l'assicurazione sanitaria obbligatoria (GKV), afferiscono all'assicurazione per la NA obbligatoria, che è quella di cui ci occuperemo nei prossimi paragrafi, mentre quelli assicurati con l'assicurazione sanitaria privata (PVK) afferiscono all'assicurazione per la NA privata<sup>5</sup>.

L'assicurazione obbligatoria non garantisce tutte le prestazioni ritenute necessarie. È cioè richiesta la partecipazione dell'utente, che deve integrare “di tasca propria” le prestazioni ricevute dall'assicurazione. Per le persone che non dispongono di risorse proprie adeguate è previsto l'intervento dell'assistenza sociale.

<sup>5</sup> In Germania, l'assicurazione sanitaria è obbligatoria dal 2009. Il sistema sanitario tedesco è un sistema duale costituito da un'assicurazione sanitaria obbligatoria (GKV), accessibile a tutti, e una privata (PKV), a cui si può accedere a determinate condizioni, tra cui la disponibilità di un reddito superiore a definiti livelli. In particolare, i lavoratori dipendenti possono richiedere un'assicurazione privata se il loro reddito lordo è superiore ad una soglia definita che per il 2019 è di 5.062,5 euro mensili.

## 2. LE PRESTAZIONI

### 2.1 I livelli di assistenza

Prima dell'ultima riforma la legislazione prevedeva tre livelli di “bisogno” e di assistenza (*pflegegraden*), definiti dal tempo richiesto ai *care-giver* familiari o ad altri operatori autorizzati per assistere la persona per le attività di vita quotidiana<sup>6</sup>. Il sistema finiva per sottostimare le “necessità” di coloro che soffrivano di problemi psicologici o demenza.

Attualmente il bisogno di assistenza invece di essere stimato sul tempo di assistenza necessario è calcolato sul grado di autosufficienza, tenendo in considerazione le disabilità fisiche, mentali e cognitive. Il grado di non autosufficienza è accertato da un'apposita commissione medica sulla base dei *deficit* manifestati in sei aree della vita quotidiana, che sono<sup>7</sup>:

- 1) mobilità (ad esempio, salire le scale),
- 2) capacità comunicative e cognitive;
- 3) modelli di comportamento e problemi psicologici;
- 4) capacità di svolgere autonomamente le attività quotidiane - ADL;
- 5) capacità di gestire autonomamente il disturbo o le relative terapie;
- 6) capacità di gestire la vita quotidiana e le relazioni sociali.

Sulla base del livello di autonomia mostrato in ciascuna di queste 6 aree, si assegna un punteggio che va da 0 - quando la persona è del tutto autonoma - a tre - la persona non è in grado di compiere nessuna attività

<sup>6</sup> In particolare, il bisogno di assistenza veniva determinato con riferimento a quattro aree: igiene personale, alimentazione, mobilità e cura della casa. Per il primo livello, il tempo medio richiesto settimanalmente per l'assistenza di base e la conduzione domestica doveva essere di almeno 90 minuti al giorno, di cui oltre la metà dedicati all'assistenza di base; per il secondo erano necessarie almeno tre ore al giorno di assistenza, di cui almeno due destinate a quella di base; infine, per il terzo livello la necessità deve essere di almeno cinque ore al giorno, di cui almeno quattro dedicate all'assistenza di base

<sup>7</sup> Si valutano, inoltre, le capacità di compiere attività al di fuori della casa e di gestione familiare (ad esempio, fare *shopping*, avere a che fare con “questioni” finanziarie).

autonomamente. La somma dei punteggi, opportunamente ponderata, determina, infine, in quale dei 5 livelli di NA, ordinati in modo che vanno dal meno al più grave, ricade la persona specifica<sup>8</sup>. Il primo livello di NA - il più basso - serve solo come livello preliminare e prevede minime prestazioni d'assistenza da utilizzare secondo scopi ben definiti.

## 2.2 Le prestazioni previste

Le prestazioni previste comprendono l'assistenza domiciliare, quella presso le case di cura, ulteriori prestazioni che possono riguardare anche i familiari che prestano le cure e la copertura di ulteriori e definite spese.

### 2.2.1 Assistenza domiciliare

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, gli assistiti possono scegliere tra prestazioni in natura (*Pflegesachleistung*) o in denaro (*Geldleistung*) o anche una combinazione tra le due. Nel primo caso viene riconosciuto alle persone interessate un "voucher" con cui acquistare, come vedremo meglio in seguito, un complesso di prestazioni da strutture, *profit* e *no-profit*, riconosciute e autorizzate dalle Casse di assistenza regionali e locali, nelle forme e nelle modalità che vedremo meglio in seguito. Nel secondo caso, invece, la persona ha diritto a ricevere un assegno che costituisce un'integrazione alle cure sostenute dai familiari o da parenti<sup>9</sup>. Nella tavola 1 abbiamo riportato l'importo mensile (in euro) delle due tipologie di prestazioni previste per il 2019, in corrispondenza dei 5 livelli di NA. Come si può vedere l'assegno

<sup>8</sup> Ai fini della determinazione del livello di NA alle 6 aree è attribuito un peso differente: alla prima un peso pari al 10%, alla seconda e terza un peso complessivo del 15%, alla quarta uno del 40%, alla quinta del 20% e all'ultima del 15%.

<sup>9</sup> Il monitoraggio dello stato di salute, delle condizioni e della qualità dell'assistenza è realizzato attraverso visite periodiche di personale "specializzato" a casa dell'assistito che hanno anche la finalità di individuare nuovi servizi, per alleviare il peso a carico di coloro che prestano l'assistenza.

monetario destinato ai familiari è per ciascun grado di NA inferiore al *voucher* (poco meno della metà).

**Tavola 1. Assistenza domiciliare: prestazioni previste (2019)**  
(valori in euro)

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5
Voucher (mensile)		689	1.298	1.612	1.995
Assegno monetario (mensile)		316	545	728	901
Ricovero per vacanze del care giver					
- familiari (annuale)		474	818	1.092	1.352
- altri (annuale)		1.612	1.612	1.612	1.612
Ricovero temporaneo (annuale)		1.612	1.612	1.612	1.612

Fonte: Bunderministerium für Gesundheit (2019).

È possibile anche scegliere una combinazione tra assistenza in denaro e in natura. In questo caso, se il *voucher* mensile non è interamente utilizzato, all'assistito viene erogato un trasferimento monetario pari ad una parte della somma non sfruttata, secondo una percentuale definita dal rapporto tra il valore utilizzato e quello massimo, sempre a patto che sia garantita l'assistenza informale<sup>10</sup>.

L'assistito ha diritto, inoltre, a ulteriori assegni monetari con cui pagare dei soggiorni presso specifiche strutture della durata di sei settimane per supplire alle vacanze del *care-giver* (*Pflegevertretung*) e di otto settimane qualora il soggetto richieda cure particolari che non possono essere prestate a domicilio (*Kurzzeitpflege*). Nel caso di vacanze del *care giver*, l'importo dell'assegno è più basso se il *care giver* stesso è un familiare rispetto a quello in cui sia invece una persona estranea.

<sup>10</sup> Arntz M., Sacchetto R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S. (2007), p. 9.

### 2.2.2 Assistenza residenziale

Nel caso le condizioni dell'assistito richiedano un ricovero presso specifiche strutture, l'assicurazione provvede all'erogazione di importi mensili, differenziati (ovviamente) secondo il livello di NA (cfr. tavola 2).

**Tavola 2. Assistenza nelle case di cura: importi mensili per il 2019**

(valori in euro)

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5
Part-time		689	1.298	1.612	1.995
Full-time	125,0	770	1.262	1.775	2.005

Fonte: Bunderministerium für Gesundheit (2019).

Si distingue tra un'istituzionalizzazione piena e una *part-time*. Nel primo caso, le prestazioni previste non coprono integralmente i costi del ricovero: i costi dei servizi "alberghieri" sono normalmente a carico dei beneficiari (a meno di una loro incapacità, nel cui caso interviene l'assistenza sociale). Per l'istituzionalizzazione *part-time* le prestazioni previste possono combinarsi con quelle domiciliari se l'importo massimo previsto per l'assistenza in natura, a seconda del livello di necessità, non è stato superato. Inoltre, deve essere garantito all'assistito che non può il trasporto verso e dalla casa di cura.

### 2.2.3 Prestazioni aggiuntive

L'assicurazione prevede poi una serie di ulteriori prestazioni a beneficio dell'assistito e dei *care-giver* familiari. Per quest'ultimi sono disponibili una serie di benefici, di tipo previdenziale e assicurativo<sup>11</sup>, di permessi sul lavoro<sup>12</sup>

<sup>11</sup> A coloro che si occupano dei "familiari" per almeno 10 ore e almeno due giorni alla settimana e che a causa di tale impegno non possono lavorare o che non sono impiegati per più di 30 ore settimanali altrove, l'assicurazione per la NA paga i contributi pensionistici, in base al grado di bisogno dell'assistito



e la possibilità di frequentare volontariamente corsi gratuiti in cui ricevono informazioni di diverso genere e indicazioni pratiche e dove è hanno la possibilità di condividere con gli altri le proprie esperienze.

Gli assistiti hanno, infine, diritto ad altre prestazioni di assistenza domiciliare, tra cui ricordiamo i contributi per l'acquisto di prodotti, sia durevoli che non, che facilitano l'assistenza, per gli interventi di adeguamento dell'abitazione (e più in generale dell'ambiente in cui l'assistito vive) e per la retta del ricovero in case di cura particolari (tavola 3).

**Tavola 3. Altre prestazioni di assistenza domiciliare (2019)**  
(valori in euro)

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Livello 4	Livello 5
Cure ambulatoriali (franchigia mensile)	125	125	125	125	125
Comunità di assistenza (mensili)	214	214	214	214	214
Contributo mensile acquisto ausili assistenziali	40	40	40	40	40
Contributo acquisto ausili tecnici e altro (in % del costo)	100%	100%	100%	100%	100%
Contributo adeguamento domicilio (fino a)	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000

Fonte: Bunderministerium für Gesundheit (2019).

e al tempo dedicato all'attività di assistenza. Inoltre, i "care-giver" sono coperti dall'assicurazione sugli incidenti e infortuni sul lavoro. Cfr. DG Employment, Social Affairs and Inclusion (2018), p. 10.

<sup>12</sup> È anche riconosciuto il diritto di assentarsi dal lavoro per un periodo massimo di dieci giorni lavorativi (impedimento lavorativo temporaneo) o all'esonero dall'attività lavorativa per un periodo massimo di sei mesi (periodo di assistenza), se 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 precedenti. Cfr. DG Employment, Social Affairs and Inclusion (2018), pp. 10-11.

### 3. IL NUMERO DEI BENEFICIARI

Nel 2018 (al 31 dicembre) i beneficiari dell'assicurazione (pubblica) per la NA erano circa 3 milioni e 700 mila persone (cfr. tavola 4, dove abbiamo riportato il numero di beneficiari per livello di NA e per tipologia - domiciliare e residenziale - di assistenza ricevuta).

Circa l'80% dei beneficiari riceveva assistenza domiciliare. La tavola rende inoltre evidente come la percentuale di assistiti a domicilio scende all'aumentare del grado di NA: si passa da circa il 99% per il primo livello, a circa l'89% per il secondo fino a scendere al 48,1% per il grado più elevato. Nel complesso, circa il 9,4% dei beneficiari appartiene al primo livello di NA. La frequenza relativa più elevata si rinviene per il secondo livello di NA di cui risulta "soffrire" il 42,4% dei beneficiari. Il 27,9% rientra nel terzo grado di NA, mentre appena il 6,2% nel quinto e più elevato livello<sup>13</sup>.

**Tavola 4. Numero di beneficiari per grado di non-autosufficienza (2018)**

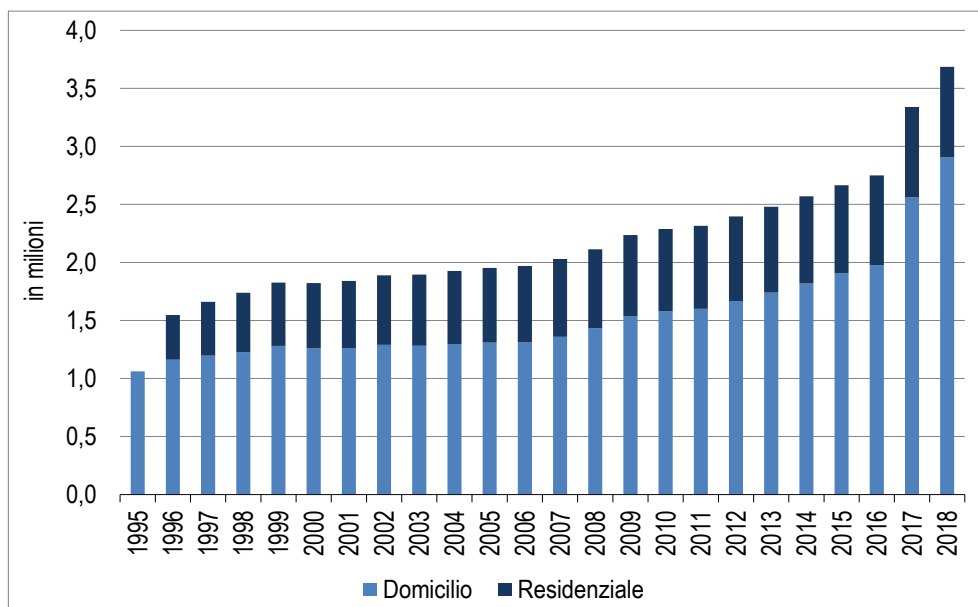
Grado di NA	Ass. domiciliare	Ass. case di cura	Totale
1	343.334	4.787	348.121
2	1.384.210	178.215	1.562.425
3	773.796	255.590	1.029.386
4	294.516	223.551	518.067
5	109.469	117.921	227.390
<b>Totale</b>	<b>2.905.325</b>	<b>780.064</b>	<b>3.685.389</b>

Fonte: Bunderministerium für Gesundheit (2019).

<sup>13</sup> Nel 2016 il 58,7% dei beneficiari dell'assicurazione ricadeva nel precedente primo livello di bisogno, il 30,4% nel secondo e il 10,9% nel terzo. Rispetto alle percentuali registrate nel 1996, si rileva un incremento di beneficiari del primo livello, cresciuti di 18,6 punti percentuali e una riduzione di quelli negli altri due livelli, rispettivamente di 12,9 e di 5,7 punti percentuali.

Dal 1995 i beneficiari si sono quasi quadruplicati, con una crescita cumulata del 247,2%. Ad aumentare in misura più elevata sono stati i beneficiari delle cure domiciliari che nell'arco di tempo considerato si sono quasi triplicati (cfr. grafico 1). I beneficiari delle cure residenziali a loro volta sono cresciuti dal 1996 di poco più del doppio (da poco più di 384 mila a 780 mila persone).

**Grafico 1. I beneficiari: la dinamica 1995-2018**

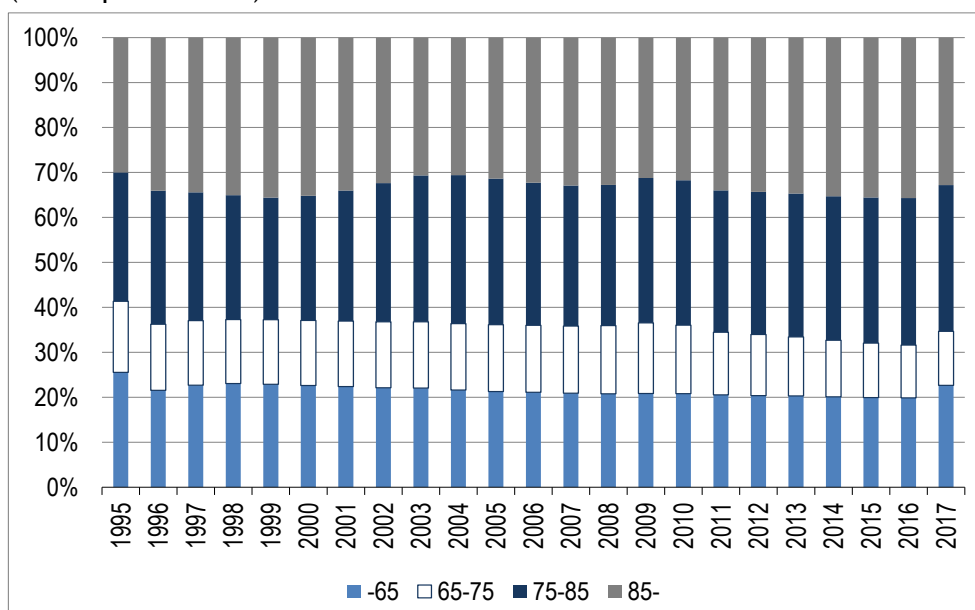


Fonte: elaborazioni CER su dati Bunderministerium für Gesundheit (2019).

Passando a considerare la struttura per età, i beneficiari con età inferiore ai 65 anni erano nel 2017 il 22,7% del totale, quelli di età compresa tra i 65 e i 75 il 12%, quelli di età tra i 75 e gli 85 il 32,5% e quelli di età superiore il 32,8% (cfr. grafico 2). Dal 1995 al 2016 la quota degli *over 85* è cresciuta di 5,7 punti percentuali, mentre quella degli *under 65* si è ridotta di 5,6 punti percentuali. In crescita anche la quota dei beneficiari di età compresa tra i 75 e gli 85 anni che, come nel caso precedente, è cresciuta della stessa percentuale (4 punti percentuali) con cui si è ridotta quella dei beneficiari di età tra i 65 e i 75 anni (-4,1 punti percentuali). Tra il 2016 e il 2017, per effetto della riforma e, crediamo, della maggiore considerazione data ai problemi psicologici si è assistito ad un aumento della quota di beneficiari

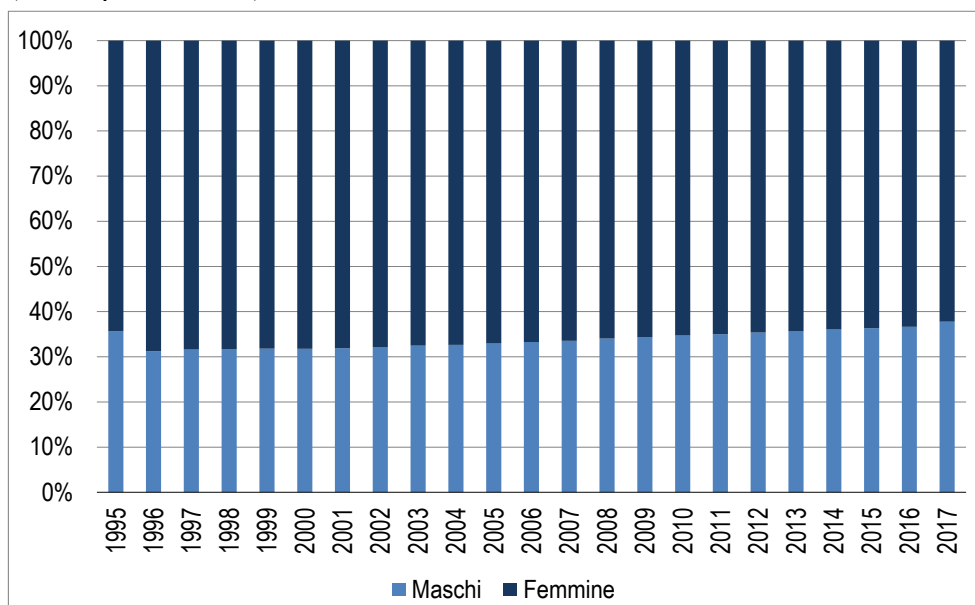
under 65 (erano 19,9% nel 2016) e ad una corrispondente riduzione di quella relativa agli over 85 (erano il 35,7% nel 2016).

**Grafico 2. I beneficiari: distribuzione per età (1995-2017)**  
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni CER su dati Bunderministerium für Gesundheit (2019).

**Grafico 3. I beneficiari: distribuzione per sesso (1995-2017)**  
(valori percentuali)



Fonte: elaborazioni CER su dati Bunderministerium für Gesundheit (2019).

Il 62,2% degli assicurati nel 2017, infine, sono di sesso femminile (grafico 3). Più nel dettaglio, l'esame dei dati mostra come nel corso del periodo considerato tale percentuale sia scesa costantemente; o meglio dal 64,4% nel 1995 è cresciuta fino a toccare il 68,8% l'anno successivo per poi scendere costantemente fino a raggiungere una percentuale (62,2%) più bassa di quella iniziale.

## 4. L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E I COSTI IN GERMANIA

Il sistema di erogazione delle prestazioni è organizzato sulla base del principio di sussidiarietà. Gli enti pubblici si occupano principalmente della programmazione dei servizi e della verifica dell'appropriatezza e della conformità alla legge della loro fornitura. La loro erogazione è, invece, demandata in prima istanza alla comunità e ai privati, *profit* o *non-profit*.

Ciò si traduce sia nella prevalenza delle prestazioni monetarie rispetto ai servizi forniti direttamente dal pubblico, sia nel ruolo appunto svolto dalle organizzazioni private.

Tra le stesse motivazioni che hanno portato all'introduzione dell'assicurazione per la NA e del *design* adottato, vi era anche quella di stimolare lo sviluppo di un'offerta mista di prestazioni fino ad allora dominata da un "cartello" di un limitato numero di erogatori specializzati nell'offerta di un limitato paniere di servizi<sup>14</sup>.

Nel 2017 le strutture attive nell'assistenza domiciliare sono state 14.050 con più di 390 mila dipendenti (in gran parte donne), mentre quelle residenziali circa 14.500 con poco meno di 765 mila dipendenti. Rispetto al 1999 si registra perciò una crescita del numero delle strutture: le prime si accrescono del 29,9%, le seconde del 63,4%. Crescono anche i dipendenti: quelli delle strutture domiciliari si sono più che raddoppiati (112,4%), mentre quelli delle strutture residenziali sono aumentati del 73,4%. Il numero medio di dipendenti delle strutture domiciliari è stato nel 2017 di circa 28 unità, 11 in più rispetto al 1999, mentre quello delle strutture residenziali è stato di circa 53 unità, sostanzialmente stazionario dai primi anni 2000<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Glendinning C, Moran N (2009), p. 17.

<sup>15</sup> Cfr. Bundesministerium für Gesundheit (2019).

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, coloro che preferiscono l'opzione dei servizi in natura possono scegliere la struttura da cui intendono servirsi da una lista stilata a livello regionale e locale (la legge impone, infatti, che tale lista sia stilata insieme alle prestazioni offerte da ciascuna struttura e al loro costo). Le attività e gli interventi di cura sono determinati sostanzialmente sulla base del bisogno di assistenza e dalle disponibilità di risorse riconosciute. Le prestazioni di servizi e gli interventi ("*Leistungskomplexe*") sono raggruppati in differenti "pacchetti assistenziali", come mostra l'esempio riportato nella tavola 5. Gli assistiti possono scegliere qualsiasi combinazione dei "pacchetti" che si adatta meglio alle loro esigenze, i cui costi sono finanziati dall'assicurazione entro i *budget* definiti. Secondo i principi dell'assicurazione, con tali pacchetti si coprono solo i bisogni basilari, mentre eventuali servizi supplementari devono essere erogati da assistenti "informali" o acquistati (anche con il sostegno, per i meno abbienti, dei servizi sociali). Il prezzo di ciascun "pacchetto" è il risultato di una negoziazione locale tra le Casse di assicurazione provinciali e gli erogatori privati. Gli erogatori affiliati con le strutture di carità religiose negoziano tassi di remunerazioni uniformi a livello di *Länder* con le Casse. Gli erogatori privati indipendenti tendono, invece, a negoziare singolarmente la remunerazione e quindi il prezzo delle prestazioni offerte, sebbene anche in tal caso si rinviene la tendenza a creare associazioni a cui demandare la negoziazione con la conseguenza, secondo le Casse di assistenza, di una tendenza all'aumento delle tariffe riconosciute. D'altra parte, nel corso della negoziazione le casse di assistenza possono esaminare la qualità dei servizi erogati e riconoscere remunerazioni differenti<sup>16</sup>. Ne consegue una differenza esistente tra i diversi *Länder* e all'interno di uno stesso *Länder*, tra le diverse strutture erogatrici per quanto riguarda i costi/prezzi attribuiti ai diversi pacchetti. Allo stesso modo, una differenza territoriale esiste anche nel modo

<sup>16</sup> Cfr. Cuellar A. E. (2003), p. 60-61.

i cui sono definiti e raggruppati le prestazioni offerte nei diversi “pacchetti”. Nella tavola 6 abbiamo riportato, a titolo di esempio, i prezzi praticati in media in due *Länder* per le 4 aree di assistenza basilari<sup>17</sup>.

**Tavola 5. Panoramica delle prestazioni dell'assicurazione a Berlino (2019)**

Servizi	Categoria	Prezzo (euro)
1 Cura personale	Assistenza personale	16,92
2 Cura personale avanzata	Assistenza personale	
2.1 - senza bagno	Assistenza personale	25,41
2.2 - con bagno	Assistenza personale	33,84
3 Aiuto ad alimentarsi	Assistenza personale	14,13
4 Aiuto per lasciare/rientrate nell'abitazione	Assistenza personale	3,94
5 Accompagnamento fuori casa	Assistenza personale	33,84
6 Riscaldamento dell'appartamento	Aiuto conduzione domestica	6,57
7 Pulizia dell'appartamento	Aiuto conduzione domestica	14,79
8 Cura biancheria e vestiti	Aiuto conduzione domestica	26,28
9 Shopping	Aiuto conduzione domestica	13,14
10 Preparazione di un pasto caldo in casa	Aiuto conduzione domestica	14,79
11 Prima visita	Aiuto conduzione domestica	38,33

Fonte: elaborazioni CER su dati Bundesministerium für Gesundheit (2008).

**Tavola 6. I costi dei servizi in due Länder**  
(prezzi in euro)

	Igiene personale	Alimentazione	Mobilità	Cura della casa
Brandeburgo	7	8-9	19-22	14-15
Berlino	8	10	24	11

Fonte: Theobald (2004).

<sup>17</sup> Cfr. H. Theobald (2004), p. 22. Un confronto più accurato e particolareggiato è disponibile nelle relazioni annuali sull'assicurazione contro la non autosufficienza redatte dal Ministero della salute tedesco.



Per le case di cura vale un modello analogo di determinazione della remunerazione riconosciuta. In questo caso la remunerazione stabilita deve coprire tre tipologie di costo: costi “sanitari”, costi alberghieri e costi di investimento (quest’ultimi coprono gli ammortamenti per la costruzione e la modernizzazione delle case di cura e sono parzialmente finanziati dai *Länder*)<sup>18</sup>. La remunerazione può essere determinata o individualmente per ciascuna casa di cura, in funzione della relativa *performance*, o collettivamente, dando vita ad un tasso uniforme a livello locale<sup>19</sup>. Le remunerazioni stabilite non coprono i costi effettivamente sostenuti: la struttura dei costi storici serve come una piattaforma orientativa per la negoziazione<sup>20</sup>. Come detto, infine, il contributo previsto per gli assistiti istituzionalizzati è inferiore al costo complessivo del ricovero: la differenza è posta a carico dell’assistito che può, se è nelle condizioni previste dalla legge, beneficiare dell’assistenza sociale comunale.

<sup>18</sup> I *Länder* hanno la responsabilità di finanziare gli investimenti nelle strutture per la *long term care*. La regolamentazione varia a livello territoriale; alcuni *Länder* finanziano direttamente gli investimenti in nuove case di cura, altri erogano solo i sussidi per coloro che non riescono a pagare la retta.

<sup>19</sup> Sozialgesetzbuch - SGB XI §§ 84-5-6 [Codice Sociale - Libro XI]. Cfr. anche Scheryögg J, Tiemann O., Busse R., 2005, pp. 65-67.

<sup>20</sup> È stato fatto notare che il sistema può di fatto scoraggiare la ricerca di una maggiore efficienza di gestione: incentivi all’efficienza si potrebbero introdurre nei casi in cui la tariffa fosse identica in tutto il territorio provinciale e fissata ad esempio al livello del costo medio locale. Cfr. Rothgang H., Igl G. (2009), p. 68.

## 5. GLI ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI

### 5.1 Il finanziamento

In linea con il sistema di finanziamento previsto per l'assistenza sanitaria, le risorse per l'assicurazione per la NA sono ricavate da una contribuzione sui redditi imponibili, che a partire dal 1° gennaio del 2019 è pari al 3,05% del reddito lordo<sup>21</sup>. Nel caso dei lavoratori dipendenti il contributo è pagato per metà da loro e per l'altra metà dai datori di lavoro. A partire, inoltre, dal 2005 gli assicurati con età superiore ai 23 anni e senza figli sono soggetti ad una contribuzione aggiuntiva, pari allo 0,25% del reddito<sup>22</sup>.

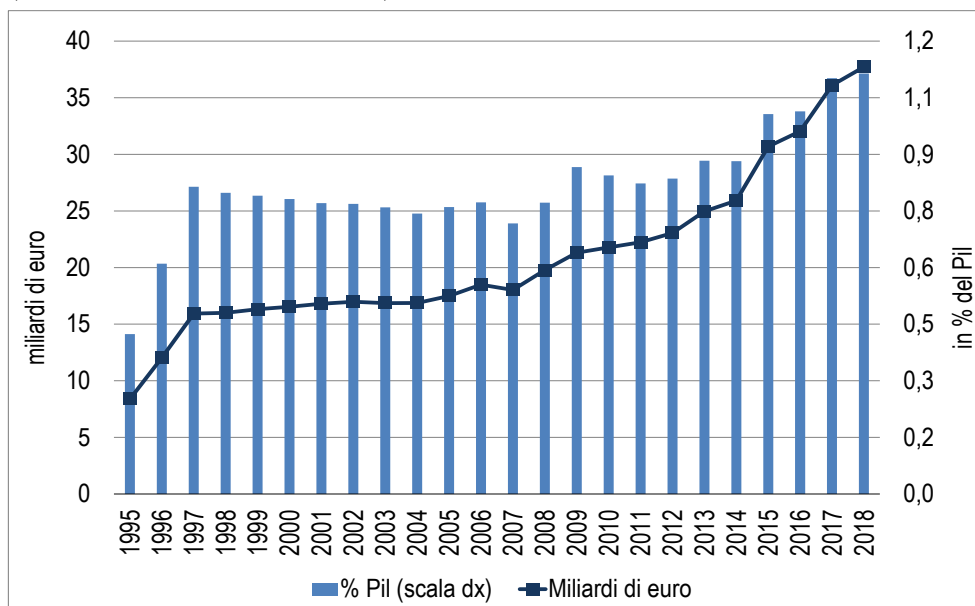
Il finanziamento dell'assicurazione per la NA è stato nel 2018 pari a 37,7 miliardi di euro, pari all'1,1% del Pil (cfr. grafico 4). Il finanziamento si è quasi raddoppiato nel triennio iniziale, passando da 8,4 a 15,9 miliardi di euro. Negli anni successivi, fino al 2007, il finanziamento è cresciuto ad un tasso decisamente più contenuto (1,2% in media d'anno). Dal 2008 anche in conseguenza delle revisioni verso l'alto dei tassi di contribuzione, il finanziamento ha sperimentato una crescita più sostenuta (6,9% in media d'anno), con le performance più rilevanti nel 2015 (18,4%) e 2017 (12,7%).

Esaminando più nel dettaglio la composizione del finanziamento, in media dell'intero periodo circa il 58% delle risorse recuperate è costituito dai contributi sul lavoro dipendente. Poco più del 18% è ricavato dai contributi pagati dai pensionati e oltre il 15% da quelli pagati da coloro che si sono assicurati volontariamente.

<sup>21</sup> Nel 2015 il contributo base è stato aumentato dal 2,05% al 2,35%. Nel 2017-2018 il contributo era stato aumentato fino al 2,55% del reddito lordo. Oltre un certo ammontare di reddito, che per il 2019 è pari a 4.537,5 euro al mese, il reddito non viene più considerato per il calcolo dei contributi.

<sup>22</sup> Il coniuge non occupato e i figli sono assicurati senza ulteriori contribuzioni. Cfr. Federal Ministry of health, Germany (2017), p. 5.

**Grafico 4. Il finanziamento: la dinamica tra il 1995 e il 2018**  
(miliardi di euro e in % di Pil)



Fonte: elaborazioni CER su dati Bundesministerium für Gesundheit (2019) e EUROSTAT.

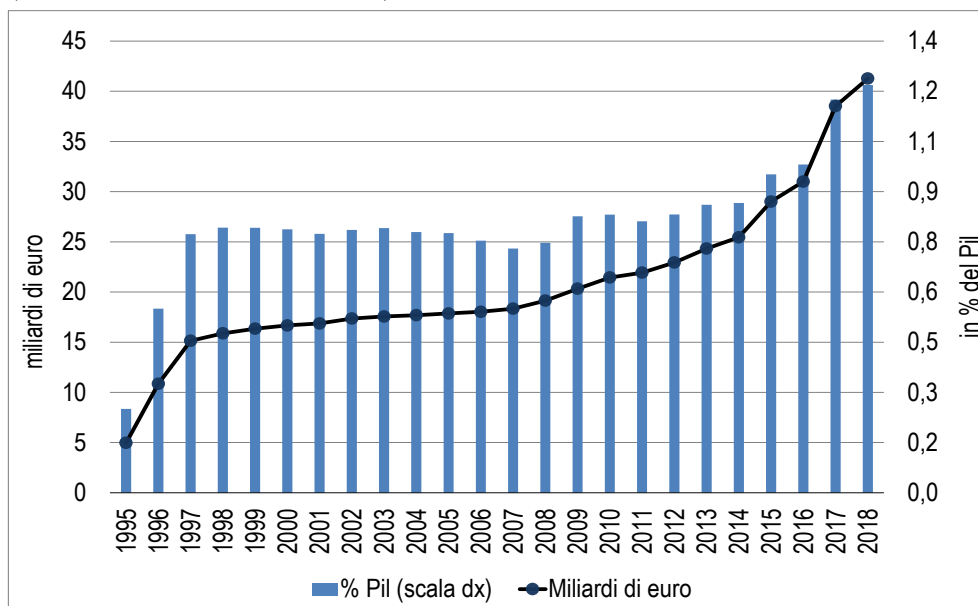
## 5.2 La spesa

La spesa complessiva si triplica tra il 1995 e il 1997, passando da 5 a 15 miliardi di euro (grafico 5). Nei 21 anni successivi la spesa più che si raddoppia, senza però triplicarsi un'altra volta (il tasso cumulato è del 172,6%, pari ad un tasso medio annuo del 4,9%), raggiungendo l'importo di 41 miliardi di euro nel 2018. Più nel dettaglio, la dinamica della spesa si mantiene significativamente contenuta fino al 2008-2009, quando la spesa riprende a crescere in modo più sostenuto raggiungendo le punte più elevate nel quadriennio finale (con un tasso di crescita medio annuo del 12,8%)<sup>23</sup>.

In termini di Pil, infine, la spesa sale fino a raggiungere l'1,2% nel 2018, 1 punto percentuale in più rispetto al medesimo rapporto fatto segnare nel 1995.

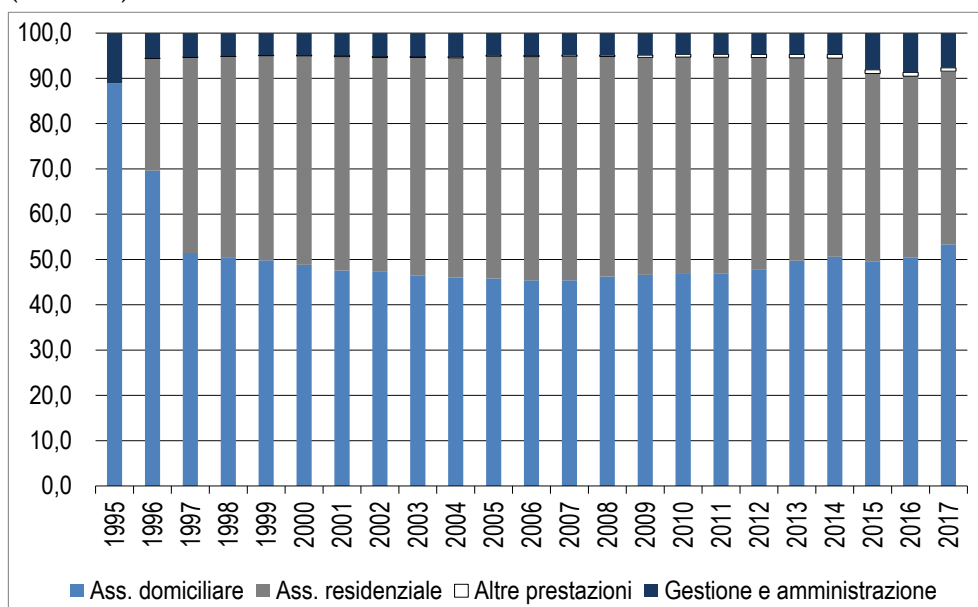
<sup>23</sup> Negli anni 1999-2007 il tasso medio annuo di crescita si attesta sull'1,6% in media d'anno, ben al di sotto di quello fatto registrare a partire dal 2008 (7,7%).

**Grafico 5. La spesa: dinamica tra il 1995 e il 2018**  
(miliardi di euro e in % di Pil)



Fonte: elaborazioni CER su dati Bundesministerium für Gesundheit (2019) e EUROSTAT.

**Grafico 6. La composizione della spesa**  
(valori %)



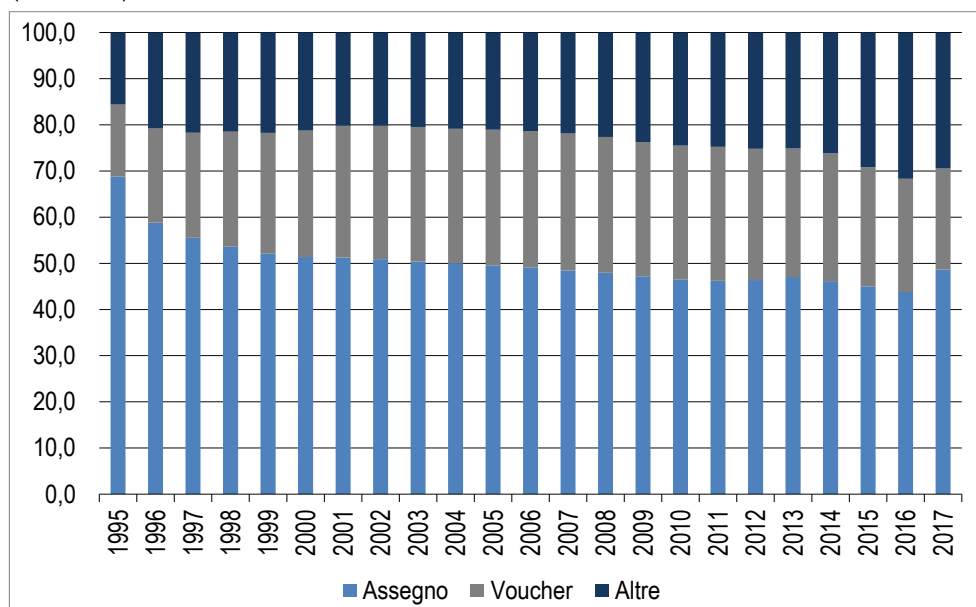
Fonte: elaborazioni CER su dati Bundesministerium für Gesundheit (2019) e EUROSTAT.

Esaminando più nel dettaglio la composizione della spesa complessiva, si rileva come nella media dell'intero periodo oltre la metà è utilizzata per l'assistenza domiciliare (grafico 6). L'assistenza residenziale ne assorbe in

media circa il 43%, mentre la restante parte è in gran parte costituita da spese di gestione e amministrazione (in media il 5,6% della spesa totale) e solo in minima parte per l'erogazione di altri servizi (0,4% in media).

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, infine, la metà della relativa spesa è assorbita nella media dell'intero periodo dall'erogazione dell'assegno monetario (grafico 7). La spesa per l'erogazione del *voucher* ne assorbe poco meno del 27%, mentre la restante parte è costituita dalle spesa per le altre prestazioni garantite.

**Grafico 7. La composizione della spesa per assistenza domiciliare (valori %)**



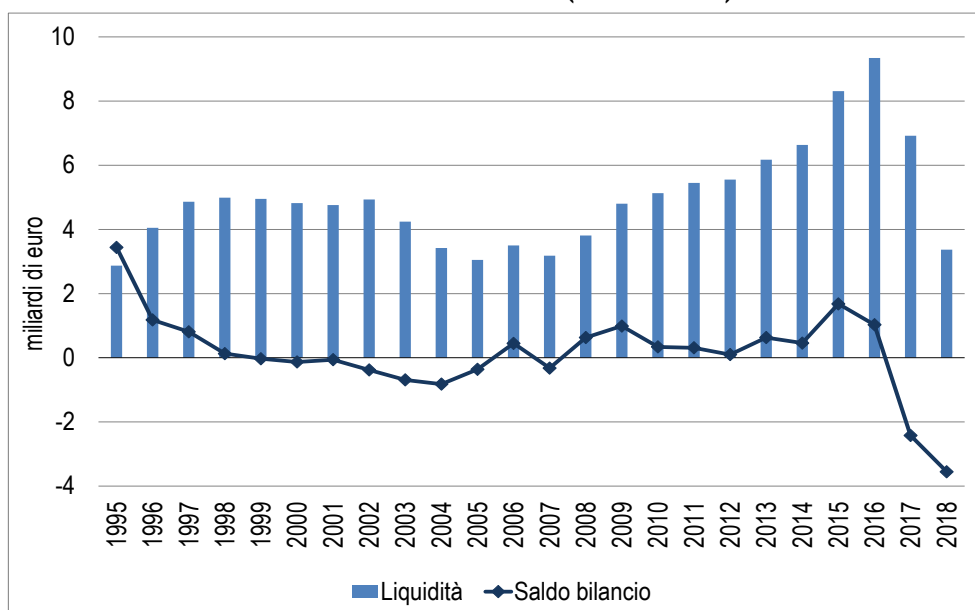
Fonte: elaborazioni CER su dati Bundesministerium für Gesundheit (2019) e EUROSTAT.

### 5.3 Il risultato di bilancio

Nel grafico 8 è riportato il risultato di bilancio dell'Assicurazione per ciascun anno considerato e la corrispondente dinamica delle riserve. Si può vedere come il sistema abbia realizzato consistenti avanzi di gestione nei primi due/tre anni di funzionamento. Ciò ha comportato la formazione di riserve che nel 1998 hanno sfiorato i 5 miliardi di euro. Negli anni successivi il sistema

si è mantenuto in equilibrio di bilancio o ha registrato continui disavanzi. Il sistema è ritornato stabilmente in avanzo a partire dal 2008, quando l'aliquota di contribuzione è stata rivista al rialzo. Tale situazione si è mantenuta fino al 2016: anzi nel 2015-2016 il sistema ha registrato, nuovamente grazie all'aumento delle aliquote di contribuzione, un avanzo annuale significativo (rispettivamente 1,7 e 1 miliardo di euro). Nel 2017-2018, infine, il sistema ha registrato disavanzi significativi (2,4 e 3,6 miliardi di euro), in conseguenza dell'ultima riforma del settore, con una riduzione delle riserve, che si sono ridotte da 9,3 miliardi di euro nel 2016 a 3,4 miliardi nel 2018.

**Grafico 8. Risultato di bilancio e riserve (1995-2018)**



Fonte: elaborazioni CER su dati Bundesministerium für Gesundheit (2020).

## BIBLIOGRAFIA

- Arntz M., Sacchetto R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S., *The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options* (2007), Institute for the Study of Labor (IZA) *Discussion Paper No. 2625*
- Bunderministerium für Gesundheit (2019), *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*
- Cuellar A. E., *Germany's experience with Cash Payments* (2003), in Wiener J. M., Tilly J., Cuellar A. E., *Consumer-directed Home Care in the Netherlands, England and Germany*, AARP;
- DG Employment, Social Affairs and Inclusion, *Peer Review on "Germany's latest reforms of the long term care system - Synthesis Report*, 2018;
- Federal Ministry of Health , Germany (2017), *Long-term Care in Germany (Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system)*
- Fosti G., Notarnicola E. (2018), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, Egea, Milano;
- Glendinning C, Moran N. (2009) *Reforming Long-term Care: Recent Lessons from Other Countries*, Social PolicY Research Unit, Working Paper No. DHP 2318,
- Rothgang H., Igl G. (2009), *Long term care in Germany*, *The Japanese Journal of Social Security Policy*;
- Scheryögg J, Tiemann O., Busse R. (2005), *The use of cost accounting methodologies to determine prices in German health care*, *Diskussionspapier 2005/7* (Technische Universität Berlin);
- Theobald H., (2004), *Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilization from the perspective of different user groups*, Arbeitsgruppe Public Health