

Cambiamento istituzionale e graduale trasformazione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza in Germania

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

RPS

L'introduzione in Germania, nel 1995, dell'Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza ha rappresentato un cambiamento radicale delle politiche per l'assistenza di lungo termine relative ai diritti sociali, alle modalità con cui l'assistenza viene finanziata e ai criteri con cui viene erogata. Prima della sua introduzione, l'assistenza di lungo termine veniva considerata una responsabilità dei componenti (soprattutto femminili) della famiglia ed era possibile ricevere un sostegno pubblico solo dopo l'accertamento delle disponibilità finanziarie del richiedente.

Nell'articolo vengono analizzati i principi dell'Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza e alcune modifiche significative avvenute dalla sua introduzione. L'articolo si basa su un approccio di neo-istituzionalismo e analizza il ruolo dei diversi attori, i loro interessi e i loro punti di vista, oltre che le condizioni istituzionali all'interno delle quali è avvenuto il processo di riforma. Verranno inoltre presi in considerazione gli effetti prodotti dalla riforma. Lo studio rivela processi sia di cambiamento radicale, che di graduale adattamento.

1. Introduzione

Con l'introduzione dell'Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (*Long-term care insurance*, Ltc) nel 1995-96, la Germania ha creato a livello centrale un modello di tipo universalistico per la *long-term care*, che consente di intervenire in situazioni di necessità di cura a lungo termine, valido per tutto il paese. La legge è entrata in vigore dopo un lungo dibattito politico, iniziato alla fine degli anni '70, relativo alle criticità poste dalla non autosufficienza e quindi riguardo alla necessità di dover rivedere i modelli di politica sociale per renderli adeguati. Alla fine, il crescente onere fiscale a livello locale ha fornito l'impulso decisivo alla riforma.

La legge sull'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza ha cambiato radicalmente la natura dei diritti sociali legati ai bisogni di

cura a lungo termine, le modalità e i principi con cui l'assistenza viene finanziata e i modi in cui viene erogata. Nonostante la legge abbia attinguto dai valori predominanti della società e dalle tradizioni insite nelle politiche sociali, la nuova legge può essere definita come un cambiamento fortemente rilevante rispetto alla normativa pre-esistente sia nella fase di introduzione che, da allora, durante tutto il processo di graduale trasformazione dell'erogazione di assistenza, soprattutto per quanto riguarda questioni legate al suo finanziamento e alla considerazione dei diritti sociali.

La legge è frutto di un compromesso tra le idee e gli interessi politici a vari livelli, le idee degli esperti, come ad esempio le assicurazioni, i partner sociali e altri attori sociali al di fuori del sistema governativo.

Il radicale cambiamento delle politiche legate all'assistenza è scaturito dalla necessità di creare una solida base finanziaria per le cure relative alla non autosufficienza, dall'allargamento del ruolo di copertura dello Stato nell'ambito del welfare e dal bisogno di trovare un compromesso che fosse accettabile da tutti gli attori principali. La legge, inoltre, è stata il punto di partenza di una graduale trasformazione del sistema organizzativo dell'erogazione di cure. Le norme create successivamente alla metà degli anni '90 sviluppano e adattano il quadro del modello organizzativo dell'erogazione di cure, creando ricadute (non) preventivate conseguenti alla riforma.

In questo articolo verranno analizzati entrambi i fenomeni: il cambiamento radicale e la trasformazione graduale. Innanzitutto, tramite esempi sulle modalità di finanziamento e sulla definizione dei diritti sociali, verranno considerati i processi che hanno portato al cambiamento.

Successivamente, verranno esaminate le strategie della riforma relativamente alla ristrutturazione dei processi di erogazione di cura, al fine di analizzare anche i singoli passi fatti durante il processo di cambiamento. L'analisi guarda ai processi di creazione della normativa a partire dagli interessi specifici dei vari singoli attori, dalle loro idee, e si concentra sui processi e sulle interazioni fra i vari attori che hanno portato alla formulazione finale della legge e alle sue seguenti modifiche.

A livello empirico, questa analisi si basa su un processo di revisione della letteratura scientifica esistente, su elementi statistici e sull'analisi della documentazione disponibile.

2. Il finanziamento: combinazione di un sistema di protezione sociale e assistenza di base

Prima dell'introduzione della Ltci, per sopperire ai bisogni di cura relativi alla non autosufficienza il sistema pubblico tedesco appariva fondamentalmente come residuale. Secondo la Normativa federale sull'assistenza sociale (Bshg) del 1961, se l'utente bisognoso di *long-term care* non era in grado di farsi carico dei costi dovuti all'erogazione di cure domiciliari, o in residenze assistite, questi erano coperti dal sistema di welfare basato sulla fiscalità. Inoltre, con la Legge di riforma della sanità del 1989 i costi legati al congedo per assistere i familiari, impegnati in attività di cura verso persone non autosufficienti, potevano essere rimborsati. Con la Riforma del 1991, inoltre, il Sistema assicurativo pubblico per la sanità concedeva ad un gruppo limitato di persone estremamente fragili il diritto a un contributo in denaro o a un servizio in natura. Gli schemi assistenziali relativi al servizio sanitario erano intesi come un primo passo verso un sistema di assistenza pubblica di tipo universalistico e sono stati aboliti dall'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza.

Il costo sempre maggiore delle cure residenziali a livello locale, nell'ambito della Legge federale per l'assistenza sociale, nel 1995-96 ha fornito il principale incentivo per creare un nuovo pilastro del sistema assicurativo sociale tedesco (Campell e Morgan, 2005). La creazione dell'assicurazione ha determinato una riduzione dei costi dovuti all'assistenza sociale a livello locale: da 9 miliardi di euro all'anno nel 1994 a 3,5 miliardi di euro all'anno nel 1997 e, all'interno del sistema delle assicurazioni sanitarie, si è stimata una diminuzione di circa 3,3 miliardi di euro, grazie all'abolizione del sostegno per la *long-term care* e alla riduzione dei giorni di degenza (Deutscher Bundestag, 1993; Statistisches Bundesamt, 2010; si veda appendice 1). Nonostante tali riduzioni, a livello di spesa complessiva l'introduzione della Ltci ha prodotto un considerevole aumento dei fondi disponibili, con 15,94 miliardi di euro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza sociale e 2,1 miliardi di euro nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza privata nel 1997 (si veda appendice 1).

Il sistema di finanziamento emerso dalla legge può essere visto come un compromesso tra gli attori principali. Il processo di policy making che ha portato allo sviluppo della normativa ha visto all'opera diverse ipotesi di finanziamento del fondo che andavano dall'introduzione di

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

un sistema di protezione sociale a sistemi che rendevano l'assicurazione privata obbligatoria, fino ad un sistema basato sulla tassazione fiscale. In realtà nella prima parte degli anni '90 questa ultima ipotesi è stata presto accantonata: a causa dell'aggravarsi della pressione fiscale che ci si aspettava in seguito alla riunificazione delle due Germanie, sembrava irrealistico puntare su un sistema basato sulla tassazione fiscale. Il Partito liberale, allora al governo, le organizzazioni di datori di lavoro, il settore delle assicurazioni private e inizialmente persino il Land del Baden-Württemberg erano a favore della soluzione che implicava le assicurazioni private, in quanto enfatizzava la responsabilità individuale. Il partito dei cristiano-democratici (la Cdu) – con il ministro Norbert Blüm – e il partito socialdemocratico (Spd) – con l'esperto del sociale Rudolf Dreßler, oltre alla maggioranza dei sindacati, puntavano invece su una soluzione che comportasse l'introduzione di un'assicurazione sociale. I sostenitori del modello basato sull'assicurazione sociale insistevano sulla necessità di operare tramite un principio di parziale redistribuzione tra gruppi sociali differenti, principio tipico del più generale regime di previdenza sociale tedesco (Meyer, 1996; Behning, 1999).

Dato che il Senato federale doveva approvare la nuova legge, durante il processo di creazione della normativa fu istituito un gruppo di lavoro anche con membri del Senato dell'allora principale partito di opposizione (Spd) e con rappresentanti del Ministero degli Affari sociali federale, presieduto da membri della Cdu allora al governo, creando per tale riforma una sorta di «Grande coalizione», con il compito di elaborare una proposta risolutiva condivisa¹. Alla fine, a causa della pressione crescente da parte della Cdu, il Partito liberale accettò la proposta di un regime di previdenza sociale, a patto che venissero rafforzati la responsabilità individuale e gli orientamenti di mercato (Meyer, 1996; Behning, 1999).

La proposta definitiva fu elaborata dal Governo federale, coadiuvato da esperti delle autorità dell'assistenza sociale e dalle compagnie assicurative del sistema sanitario responsabili degli schemi sociali già esistenti (Meyer, 1996). La legge sull'assicurazione di cura nel caso di non autosufficienza alla fine si configura, quindi, come un pilastro aggiuntivo e simile a quello tipico del resto del sistema di welfare bi-

¹ Durante questo periodo di tempo il governo conservatore-liberale non controllava la maggioranza di voti al Senato Federale e dovette accordarsi con il Partito socialdemocratico per creare il nuovo schema politico.

smarckiano, distinguendosene, però, per l'enfasi rispetto alla responsabilità individuale dell'assicurato e al rafforzamento delle misure di contenimento dei costi. Infatti:

- ♦ in Germania i contributi versati per la previdenza sociale sono tradizionalmente divisi equamente tra datore di lavoro e lavoratore. Nel caso dell'assicurazione di cura le organizzazioni di datori di lavoro chiesero e ottennero di essere compensate della parte contributiva loro spettante tramite l'abolizione di un giorno festivo, il che significava un decisivo allontanamento dal sistema di previdenza sociale (Landenberger, 1994). L'abolizione di un giorno festivo venne accettata come compromesso dopo un anno di negoziati tra i sindacati e il Partito socialdemocratico da un lato e il governo federale e le organizzazioni di datori di lavoro dall'altro. Inizialmente le organizzazioni di datori di lavoro avevano proposto l'introduzione di giorni di differimento nell'assicurazione sanitaria, proposta che incontrò forte resistenza (Meyer, 1996);
- ♦ all'inizio delle contrattazioni per la creazione della normativa un largo numero di attori era a favore di un regime di previdenza sociale che coprisse larga parte della popolazione, al fine di rafforzare la redistribuzione. Alla fine, però, si crearono due sistemi – un sistema assicurativo obbligatorio sulla non autosufficienza sociale pubblico ed uno privato – che corrispondevano a quanto avveniva già nell'ambito del sistema sanitario²;
- ♦ in contrasto con il sistema sanitario, che può variare, il tasso contributivo alle assicurazioni venne fissato per legge (1,7% del reddito lordo fino ad una certa soglia) e ritenuto valido per tutte le assicurazioni obbligatorie sulla non autosufficienza. Gli introiti corrispondenti vennero definiti come tetto di spesa massimo per il sistema di assicurazione di cura e conseguentemente l'assistenza pubblica disponibile venne definita non in base agli effettivi bisogni di cura dei cittadini, ma in base agli introiti delle assicurazioni. Questa definizione è strettamente correlata all'obiettivo di contenimento dei costi del sistema assicurativo, ma riflette anche l'atteggiamento maggiormente critico verso le spese dello Stato nel campo del welfare, atteggiamento che in generale era predominante all'interno dei dibattiti agli inizi degli anni '90.

² Si veda più avanti la parte relativa ai nuovi argomenti di dibattito sui finanziamenti.

Dalla metà degli anni 2000, i deficit creatisi all'interno del sistema di protezione sociale e le previsioni sull'impatto che avrebbe avuto il cambio demografico, così come la necessità di adeguare le prestazioni legate alla somma di denaro forfettaria, in quanto i costi dei servizi erano aumentati, diedero il via ad un intenso dibattito sulla necessità di creare un sistema di finanziamento sostenibile nel lungo periodo. Durante questa discussione, ancora in corso, sono state presentate molte ipotesi di riforma contrastanti e alcune di tali ipotesi comporterebbero un significativo allontanamento dai principi attuali.

La separazione tra Ltc pubbliche e private è stata delineata nella normativa di metà anni '90 in maniera precisa: le assicurazioni private coprono principalmente la popolazione con alto reddito (il 10% della popolazione) e l'assicurazione pubblica riguarda il restante 90% della popolazione. A causa della correlazione tra posizione sociale, salute e rischi a lungo termine, questa distinzione ha determinato una dinamica ben differente nei bilanci dei due tipi di assicurazioni (Theobald, 2004; Borchert e Rothgang, 2008). Mentre le assicurazioni private generano un surplus consistente, le assicurazioni pubbliche sono state a rischio di deficit ripetuti (si veda appendice 1). Dal 2004 il dibattito scaturito da tali differenti condizioni finanziarie in cui versavano le assicurazioni sociali pubbliche e private ha portato ad una proposta da parte dei Socialdemocratici, dei Verdi, degli altri partiti di sinistra, dei sindacati e delle associazioni non-profit di introdurre una assicurazione di cura «di cittadinanza» («*Bürgerversicherung*») tramite cui l'intera popolazione verrebbe assicurata all'interno del contesto di un sistema di previdenza sociale e in cui altri tipi di reddito, come ad esempio affitti o rendimenti su azioni, verrebbero considerati in aggiunta ai contributi assicurativi sullo stipendio. La «*Bürgerversicherung*» dovrebbe servire a bilanciare le diverse situazioni economiche delle assicurazioni legate alla Ltc, e permettere la riduzione dei contributi assicurativi, consentendo inoltre, di creare uno spazio di manovra per il potenziamento dell'assistenza fornita ai malati di demenza (per avere una panoramica del dibattito si veda Lungen e Büscher, 2007). Al contrario, la Cdu, il Partito liberale, così come le organizzazioni dei datori di lavoro, in questi anni sono stati a favore di un modello di finanziamento basato sulla capitalizzazione, o almeno appaiono più propensi all'introduzione di una componente aggiuntiva di finanziamento in base al principio di capitalizzazione all'interno dell'assetto delle assicurazioni sociali pubbliche, oltre a essere assolutamente contrari all'ipotesi di una *Bürgerversicherung*.

Dal 2005 si sono succedute una Grande coalizione a livello federale, oppure, dal 2010, una divisione di poteri tra il Governo federale Conservatore-liberale e il Senato federale che ha impedito il raggiungimento di un accordo. Al fine di migliorare la situazione economica e consentire un aumento delle prestazioni, la Grande coalizione (2005-2009) aveva già accettato l'aumento del tasso contributivo all'1,95% dello stipendio lordo – un aumento avvenuto per la prima volta dall'introduzione del contributo. Precedentemente, nel 2005, in base ad una sentenza della Corte costituzionale federale, il contributo assicurativo era stato aumentato dello 0,25% per coloro che non avevano figli. Si presuppone che tramite l'aumento universale del tasso contributivo sarà possibile istituire una solida base finanziaria nonostante l'aumento delle prestazioni (2008, 2010, 2012) fino al 2014-15 (Mdk Bayern, 2008; si veda l'appendice 2).

3. Definizione dei diritti sociali: universalismo e contenimento dei costi

L'apporto di assistenza pubblica di tipo universalistico, al fine di evitare di dover effettuare l'accertamento delle disponibilità finanziarie e il relativo rischio di impoverimento delle classi medie in una situazione di non autosufficienza, può essere interpretata come il secondo obiettivo più significativo rispetto all'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza. Durante il processo di creazione della normativa, però, i diritti sociali universali furono sempre più oggetto di discussione nell'ambito delle questioni legate alle criticità per il finanziamento e alle preoccupazioni per quanto riguarda il contenimento dei costi (Meyer, 1996; Behning, 1999).

Alla fine, la salvaguardia dei diritti sociali si sforza di combinare sia l'universalismo, che le politiche di contenimento dei costi. Dovrebbe essere possibile raggiungere entrambi gli obiettivi prima di tutto tramite la definizione del livello di assistenza – che lascia molto alla responsabilità privata – secondariamente, tramite la definizione delle tipologie di prestazioni, in modo particolare quelle in contanti e infine tramite la definizione di determinate soglie di bisogno di cure. I tre diversi elementi da definire furono intensamente discussi durante il processo di creazione della normativa e restano validi ancora oggi. L'unico cambiamento apportato dagli effetti scatenati dalla definizione della soglia – in modo particolare l'assistenza limitata per quanto riguarda le malattie legate alla demenza – fu quello di provocare una modifica sul piano politico.

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

3.1 Il valore delle prestazioni

All'inizio del dibattito la maggior parte degli attori politici e sociali coinvolti sostenne che il valore di finanziamento per la cura a lungo termine doveva essere paragonabile al valore di finanziamento complessivo per l'assistenza sanitaria. Purtroppo però, in base ad alcune «ricerche», i costi molto alti di un sistema con tali caratteristiche nei Paesi Bassi e i costi di spesa pubblica molto alti del Sistema assicurativo sanitario pubblico in Germania furono considerati come indicatori degli ostacoli di tipo finanziario che avrebbe comportato un sistema di assistenza sociale a copertura più ampia (si veda Meyer, 1996; Behning, 1999).

Nella fase conclusiva delle trattative tra la Cdu, il Partito liberale e il Spd si arrivò all'accordo che l'assicurazione dovesse erogare solo un finanziamento di base, cioè una determinata prestazione monetaria forfetaria che non coprisse tutte le esigenze di cura rigorosamente definite dalla gravità della non autosufficienza e dal tipo di assistenza necessaria. Le associazioni non-profit, che si consideravano i difensori dei beneficiari e che erano responsabili per l'erogazione della maggior parte dei servizi di assistenza, alla fine accettarono il principio di un finanziamento di base, ma rivendicarono con successo (anche contro i Comuni in veste di finanziatori) la possibilità di ottenere la disponibilità di ulteriori prestazioni di assistenza sociale, che coprissero appieno le esigenze di cura dei beneficiari con reddito basso, a seguito di accertamento delle disponibilità finanziarie (Meyer, 1996).

Dall'introduzione dell'assicurazione, il dibattito pubblico sui principi del solo finanziamento di base si è fermato. In indagini rappresentative della situazione svolte in Germania e in Europa, gli intervistati hanno risposto che apprezzano il sostegno finanziario pubblico in una situazione di necessità di cure per la non autosufficienza e in parte (45%) sono a favore di un sistema che copra tutte le spese (Runde, Giese e Stierle, 2003; Alber e Köhler, 2004). Con la riforma del 2008 il valore delle prestazioni è stato aumentato per la prima volta dall'introduzione dell'assicurazione. Prima, il non-adequamento delle prestazioni con il crescente costo dei servizi aveva portato ad una riduzione del potere di acquisto del 18,8% secondo l'Indice dei prezzi al consumatore e a un aumento del numero di beneficiari aventi diritto a prestazioni di assistenza sociale (Schneider e Reyes, 2007).

3.2 Tipologie di prestazioni

La definizione delle tipologie di prestazioni è funzionale sia alle politiche di contenimento dei costi, sia all'idea che la famiglia e chi eroga assistenza formale possano interagire. Durante lo sviluppo della normativa, l'erogazione di soli servizi, paragonabile a quanto avviene nel sistema assicurativo sanitario, fu rifiutata da quasi tutti gli attori. I costi relativi ad un modello basato sulla sola erogazione di servizi in natura furono considerati come non sostenibili. In particolare, le assicurazioni sanitarie e i sindacati optarono per un sistema che fosse maggiormente orientato verso i servizi (Meyer, 1996; Behning, 1999). Le organizzazioni della società civile, come ad esempio le associazioni di pensionati o di disabili, le associazioni che operano nel sociale e i sostenitori del libero mercato sostennero l'introduzione di sistemi basati sui trasferimenti monetari al fine di accrescere il livello di autonomia dei beneficiari. La maggior parte degli attori politici – inclusi i membri della Cdu e del Spd – era, invece, a favore di un sistema misto, che includesse sia la possibilità di trasferimenti monetari, come riconoscimento dell'erogazione informale di cure, che quella di servizi di assistenza. Alla fine del processo di discussione e di contrattazione, il modello di assistenza fu definito come una combinazione di cure informali erogate dalla famiglia e cure erogate da professionisti presso il domicilio o in strutture residenziali. Fu, pertanto, introdotto un sistema misto di prestazioni pubbliche, da un lato, con una prestazione in denaro di importo più contenuto dell'equivalente in servizi, per riconoscere il ruolo dell'erogazione di cure da parte della famiglia, ma che evitasse la «economizzazione delle cure erogate dalla famiglia», dall'altro, servizi di assistenza con un valore economico più consistente dei trasferimenti in denaro per coprire il costo maggiore dei servizi domiciliari o erogati dalle strutture residenziali. Il valore più alto delle prestazioni relative ai servizi erogati da strutture residenziali era stato pensato come modalità per ridurre la dipendenza dei beneficiari da ulteriori sussidi di assistenza sociale (Meyer, 1996) (sugli effetti sull'erogazione di cure, si veda il par. 4.1).

Il sistema misto di prestazioni resta tuttora valido. Sulla base di un progetto pilota (2005-2008), in sette Regioni è stato temporaneamente introdotto un nuovo tipo di beneficio, il personal budget (Pb), in parte modellato sul sistema olandese (Arntz e Spermann, 2004; Arntz, Michaelis, e Spermann, 2006; www.pflegebudget.de). All'interno di tale nuovo modello, l'ammontare delle risorse per servizi domiciliari,

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

che viene attualmente pagato agli erogatori di tali servizi, viene, invece, direttamente trasferita all'utente, che può usarlo anche per l'acquisto di assistenza e servizi di cura. Tramite il personal budget, a fronte di un uguale livello di assistenza, dovrebbe essere possibile ottenere un'offerta di servizi di cura maggiormente flessibile, maggiormente orientata agli utenti e più globale. Ad eccezione di alcuni fornitori di servizi di cura professionali, questo tipo di aiuto è stato accolto favorevolmente dalla maggior parte degli attori sociali. Al progetto pilota hanno partecipato circa 900 beneficiari dell'assicurazione di cura. Le valutazioni relative al progetto pilota hanno fatto riscontrare un aumento delle ore di cura erogate, cosa che migliora la difficile situazione assistenziale dei beneficiari che non hanno una rete familiare o sociale stabile. Il miglioramento deriva principalmente da un aumento dell'aiuto erogato da vicini di casa e da servizi a pagamento privati (Blinkert e Klie, 2006b).

3.3 Definizione della soglia minima

A causa della necessità di contenere i costi, per avere accesso ai benefici dell'assicurazione di cura viene richiesto un alto livello di non autosufficienza, definito in base alla quantità di aiuti di cui l'utente necessita. Perché si possa attivare l'assicurazione viene richiesto che l'utente necessiti di almeno 45 minuti di aiuto, per necessità che riguardino l'igiene personale, il mangiare e la mobilità. Inoltre si tende ad aiutare le persone che abbiano impedimenti di tipo motorio, trascurando quelle con difficoltà di tipo psicologico o cognitivo, specialmente le patologie legate alla demenza. Nonostante vi sia stato un grande aumento del numero di beneficiari, la proporzione di anziani (+65) che ricevono assistenza è relativamente bassa, l'11,5% nel 2009 (Statistisches Bundesamt, 2011).

Nonostante gran parte degli attori – in particolare l'Alzheimer Society, le associazioni che operano nel sociale, gli esperti in ambito accademico e i politici – sia d'accordo sulla necessità di incrementare l'assistenza fornita a chi è affetto da patologie legate alla demenza, le questioni relative ai costi fino ad oggi hanno permesso di migliorare la copertura per tali necessità solo in misura limitata e incrementale.

Si possono distinguere, rispetto a tale aspetto, tre fasi:

1. Nel 2002 è stato redatto l'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie che stabilisce una prestazione monetaria forfetaria aggiuntiva, da destinare a coloro che soffrono di disturbi legati alla

demenza, al fine di fornire loro un'assistenza più completa e alleviare il pesante fardello della cura offerta dai carer informali. Per legge i beneficiari che soffrono di demenza ricevono fino ad un massimo di 460 euro all'anno, destinati ad alleggerire il peso di chi si prende cura di loro. La cifra può essere destinata all'acquisto di servizi di cura diurni o a breve termine, oppure ad esempio per cure di gruppo, offerte da operatori professionisti e volontari (si veda più avanti il par. 4.3). Mentre la riforma è stata accolta favorevolmente dagli attori sociali, l'importo della cifra è stato criticato, in quanto giudicato troppo basso e non sufficiente a ridurre l'onere di cura dei carer informali o a migliorare la situazione assistenziale (Theobald, 2004). Nel 2006, solo il 17,5% dei possibili beneficiari dell'assicurazione ne hanno fatto richiesta, in parte a causa degli importi bassi e delle procedure burocratiche (Sauer e Wißmann, 2007).

2. Il fatto che la situazione dei beneficiari rimanesse comunque svantaggiata nei confronti dei richiedenti affetti da impedimento cognitivo – soprattutto quelli che soffrivano di patologie legate alla demenza – e la scarsa richiesta di prestazioni, hanno creato le premesse per un cambiamento ulteriore della normativa. Con la riforma del 2008 la prestazione fu aumentata fino a 200 euro al mese per chi soffriva di demenza, cambiando inoltre i criteri di eleggibilità per la misura. Con tale riforma, anche quei richiedenti che non avevano i requisiti necessari per essere inclusi nel primo livello di non autosufficienza, ma che soddisfacevano i criteri definiti nell'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie, hanno iniziato a ricevere questa somma di denaro forfetaria (Mdk Bayern, 2008).
3. L'estensione della definizione di non autosufficienza nell'ambito del sistema normativo dell'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie nel 2002 (riformato nel 2008) è stata accolta in maniera favorevole dalla maggior parte degli attori, ma è stata vista solo come un primo passo. Ad oggi è in corso un processo di riforma che mira a stabilire una nuova definizione di non autosufficienza nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza, che contenga anche disabilità di tipo cognitivo e mentale. Un gruppo di esperti ha già raccomandato una nuova definizione di non autosufficienza e di corrispettivi strumenti per la valutazione, basati sugli standard stabiliti dalle scienze infermieristiche o dalla gerontologia (Wingenfeld, Büscher e Gansweid, 2008a; 2008b).

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

Mentre gli attori politici e sociali sono generalmente concordi riguardo alle idee e alla modalità di creazione alla base del nuovo strumento di aiuto, il fatto che ora ci si aspetti un maggiore numero di beneficiari sta accendendo la discussione attorno alla questione del finanziamento (Rothgang e al., 2008). Ad oggi non ci sono previsioni sul se, quando o come avverrà la riforma.

4. Offerta di cure: interazione tra famiglia, Stato, mercato e associazioni non-profit

Un terzo obiettivo significativo dell'assicurazione era quello di promuovere la cura domiciliare rispetto ai servizi offerti da strutture residenziali, attraverso l'integrazione dell'erogazione di cure formali e informali. La normativa si poneva l'obiettivo di rafforzare il ruolo della famiglia nell'erogare cure, procedendo con una riorganizzazione più efficiente delle cure formali. In questo contesto, la legge per l'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza ha fornito lo spunto per la riorganizzazione della collaborazione tra diversi settori della società – lo Stato, la famiglia, il mercato, le associazioni non-profit – nell'ambito dell'erogazione di cure. Lo Stato si è assunto il ruolo di regolatore, definendo sia le modalità con cui i diversi ambiti della società debbono interagire, che le tipologie di lavoro assistenziale e i livelli di qualifica dei carer. Nei primi anni di entrata a regime del sistema di assicurazione sono stati definiti solo i principi di base di funzionamento. Le norme e le leggi successive hanno elaborato maggiormente tali principi di fondo e hanno cercato di adattarli alle mutate esigenze.

4.1 Enfasi sull'erogazione di cure informali da parte della famiglia

La Ltci fa leva su valori tradizionali predominanti riguardo al significato di cura da parte della famiglia che va mantenuta tramite la disponibilità di prestazioni monetarie e servizi di cura che assicurino un'alta qualità delle cure (Meyer, 1996; Behning, 1999). Si è quindi instaurato un corrispettivo sistema misto di prestazioni pubbliche, legato anche al concetto di libertà di scelta per i beneficiari (si veda il par. 3.2). L'enfasi posta sul ruolo della famiglia nell'erogare cure, il sostegno offerto ai carer informali e il controllo di qualità ancora oggi corrispondono alle aspettative della maggioranza della popolazione (Runde, Giese e Stierle, 2003; Alber e Köhler, 2004).

Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza è emersa una strategia largamente orientata verso la famiglia, cosa che è confermata dalle percentuali di scelta tra i beneficiari fra servizi di cura domiciliari, pagamenti di prestazioni monetarie e servizi in strutture residenziali. La maggior parte dei beneficiari riceve cure a casa principalmente all'interno del contesto familiare, anche grazie al sostegno assicurato dai trasferimenti monetari. Nonostante la predominanza di prestazioni in denaro, l'uso di servizi domiciliari e di strutture residenziali è aumentato dall'introduzione dell'assicurazione ad oggi. Contrariamente all'obiettivo primario che si era prefissata la Ltci, la proporzione di beneficiari che utilizzano servizi offerti da strutture residenziali è aumentata da 554.000 (il 27,7% dei beneficiari) nel 1999 a 717.490 (il 30,7% dei beneficiari) nel 2009 (Statistisches Bundesamt, 2001; 2011).

La strategia largamente orientata alla famiglia è dovuta alle notevoli differenze dei sistemi organizzativi di cura a seconda del genere, della classe socio-economica, della situazione abitativa, della disponibilità di una rete sociale o familiare di supporto e a seconda che si faccia parte di certi gruppi di immigrati. L'uso di prestazioni in denaro o di servizi professionali può essere considerato come uno degli indicatori di modalità inique di erogazione di cure. Generalmente i servizi di assistenza sono usati più frequentemente da beneficiari che vivono da soli e che hanno un sostegno sociale o familiare precario, o da anziani di estrazione socio-economica più alta e solitamente sono persone di nazionalità tedesca (Blinkert e Klie, 1999; Klie e Blinkert, 2002; Heusinger e Klünder, 2005; Baykara-Krumme e Hoff, 2006; Okken, Spallek, e Razum, 2008).

Il fatto che il sussidio sotto forma di prestazione monetaria forfetaria non copra i costi dell'erogazione di servizi e il fatto che i prezzi non siano stabiliti sulla base del reddito dei beneficiari, rendono l'accesso ai servizi particolarmente difficoltoso per quei beneficiari con reddito basso. Questo disincentivo è addirittura rafforzato dall'idea che la cura per problemi di non autosufficienza dovrebbe essere erogata a costo zero per le famiglie a basso reddito. I beneficiari con una rete familiare o sociale solida, in caso di necessità si rivolgono a queste reti informali (Blinkert e Klie, 1999; Heusinger e Klünder, 2005). Inoltre, studi recenti hanno dimostrato l'impatto che le reti familiare e sociale hanno sull'assistenza, rivelando che il livello di erogazione di cure dipende maggiormente dalla disponibilità della rete familiare e sociale, piuttosto che dal livello effettivo di bisogno di cura (Blinkert e Klie, 2008).

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

Gli effetti della strategia che mette la famiglia al centro dell'erogazione di cure ha determinato l'attuazione di manovre volte ad alleggerire l'impegno dei carer familiari, specialmente per quanto riguarda patologie legate alla demenza, ad accrescere il tempo disponibile da dedicare all'assistenza, tramite l'utilizzo di personal budget e a facilitare l'accesso ai servizi con l'introduzione di un diritto alla presa in carico professionale (si vedano i paragrafi 3.2; 3.3 e 4.2; Mdk Bayern, 2008; Blinkert e Klie, 2006a; 2006b). Per contro, non ci sono indicazioni che suggeriscano un aumento del valore delle prestazioni relativamente al loro adattamento al reddito o alla situazione sociale, per consentire l'accesso ad una erogazione di servizi più completa.

Le diverse politiche del mercato del lavoro, inoltre, impattano sulle politiche che regolano l'erogazione di cura informale. Contemporaneamente all'assicurazione è stato introdotto il riconoscimento dei contributi pensionistici al prestatore di cure, accumulabili nel caso in cui la persona offra cure informali per almeno 14 ore a settimana (e fino ad un massimo equivalente ad un lavoro di 30 ore settimanali), al fine di incentivare soprattutto le donne meno qualificate ad assumersi la responsabilità di prendersi cura del familiare che lo necessita (Schneider e Reyes, 2007). Le nuove strategie politiche enfatizzano la partecipazione del mercato del lavoro femminile e promuovono la combinazione dell'attività di assistenza in ambito familiare con il lavoro. Con la riforma del 2008 furono creati due sistemi di congedo per assistere i familiari al fine di migliorare la combinazione tra attività di assistenza informale e impiego. Un sistema consente di richiedere un congedo non pagato di dieci giorni per permettere di organizzare o di modificare l'organizzazione della cura. Il secondo sistema consente a chi si prende cura del malato di usufruire di un periodo non retribuito di aspettativa dal lavoro o di lavorare part-time fino ad un massimo di sei mesi. Inoltre, possono essere concessi servizi di assistenza diurni o notturni, se questi consentono la partecipazione al mercato del lavoro (Mdk Bayern, 2008).

4.2 Offerta di cure formali: mercato, efficienza dei costi e garanzia di qualità

Prima dell'introduzione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza le organizzazioni non-profit private fornivano cure in stretta cooperazione con le municipalità, spesso sovvenzionate da diversi tipi di sussidi statali (si veda Burau, Theobald e Blank, 2007). Partendo dall'idea della superiorità del mercato e del diritto di scelta

dell'utente, con l'introduzione dell'assicurazione di cura gli erogatori di servizi non-profit hanno iniziato a perdere la posizione privilegiata che avevano avuto per lungo tempo e a oggi entrambe le categorie di fornitori di servizi, organizzazioni non-profit e aziende a scopo di lucro, sono tenuti ad offrire cure a parità di condizioni. La legge prevede il diritto da parte delle assicurazioni a negoziare un contratto sui servizi di cura erogati e sui prezzi con ogni singolo fornitore, ma allo stesso tempo li obbliga ad accettare tutti i fornitori che soddisfano le condizioni prestabilite – livello di qualificazione degli addetti alle cure ed erogazione di cure di alta qualità ad un costo compatibile – senza alcuna considerazione per la situazione del mercato, rispetto ai fornitori di servizi già stabilizzati sul mercato e alla loro offerta di assistenza prevista. La normativa puntava a consentire il controllo sull'erogazione di cure efficienti da parte delle assicurazioni e a mettere in competizione i fornitori di servizi, in modo da garantire prezzi più convenienti nell'erogazione di cura quotidiana, oltre che consentire una maggiore possibilità di scelta all'utente tra le varie strutture assistenziali (Landenberger, 1994; Meyer, 1996; Schmidt, 2002). Le associazioni che operano nel sociale, come anche quelle di assistenza domiciliare, erano scettiche verso l'assunto di base che un aumento della concorrenza avrebbe portato ad un miglioramento della qualità dell'assistenza, senza un incremento dei costi³. Al fine di evitare la competizione in termini di prezzi tra aziende e organizzazioni non-profit, le associazioni che operano nel sociale chiesero e ottennero che il rispetto di un alto standard qualitativo fosse considerato un ulteriore obiettivo dell'erogazione di cure (Meyer, 1996). Mentre i principi di mercato erano già chiaramente definiti dall'introduzione dell'assicurazione, la questione qualitativa dei servizi offerti è stata rielaborata

³ Erano cinque le grandi associazioni che operavano nel welfare – Associazione federale di welfare dei lavoratori (*Arbeiterwohlfahrt*), Caritas tedesca (*Deutscher Caritasverband*, collegata alla Chiesa Cattolica), Diaconi della Chiesa Protestante in Germania (*Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland*), Croce rossa tedesca (*Deutsches Rotes Kreuz*) e il *Paritätischer Wohlfahrtsverband* (associazione dei movimenti sociali) – e che tradizionalmente organizzavano e fornivano assistenza in stretta collaborazione con lo Stato, principalmente a livello locale. Questa stretta collaborazione con l'introduzione della Ltc e l'apertura di un mercato di servizi di assistenza è cambiata radicalmente. In qualità di attori significativi queste associazioni furono molto coinvolte soprattutto nelle discussioni socio-politiche concernenti la creazione dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (Sachße, 2011; Meyer, 1996).

RPS

CAMBIAMENTO NELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA SULLA NON AUTOSUFFICIENZA IN GERMANIA

in maggiore dettaglio. Nel 2002 è entrata in vigore la legge su Garanzia di qualità degli interventi e tutela del consumatore, che prescrive gli sforzi da sostenere per assicurare standard alti nell'ambito della garanzia di qualità (riformata nel 2008). I fornitori di servizi sono costretti a mettere in atto delle misure di controllo di qualità permanenti e ad adeguarsi agli standard di qualità stabiliti a livello nazionale. Inoltre, gli stessi erogatori sono sottoposti a controlli di qualità esterni da parte del Servizio medico delle assicurazioni sanitarie pubbliche obbligatorie. La riforma del 2008 ha rafforzato l'enfasi sulla necessità di trasparenza dei risultati dei controlli di qualità ed ha istituito la possibilità che vengano effettuati dei controlli a campione – almeno una volta all'anno a partire dal 2010. Quello che viene riscontrato da questi controlli esterni deve essere pubblicato in maniera comprensibile agli utenti. Mentre in linea di principio le strutture, o le associazioni che forniscono servizi, hanno accolto favorevolmente le misure volte a controllare la qualità dei servizi offerti e specialmente l'enfasi posta sulla gestione dell'aspetto qualità, hanno però criticato il fatto che questo cambiamento abbia comportato un incremento della documentazione e delle pratiche burocratiche necessarie a svolgere il lavoro di assistenza.

L'apertura di un mercato dell'assistenza in cui organizzazioni non-profit e aziende a scopo di lucro sono tenute ad offrire cure a parità di condizioni e la richiesta da parte degli utenti di poter scegliere liberamente tra i servizi di assistenza, sono state considerate le motivazioni alla base della espansione del numero delle infrastrutture dedicate alla cura, mentre un ruolo secondario è stato riservato alla pianificazione sociale finalizzata a garantire una adeguata qualità delle infrastrutture stesse (Landenberger, 1994). In contrasto con l'introduzione di un mercato dell'assistenza, la mancanza di programmazione da parte delle autorità statali del numero degli erogatori di servizi ha alimentato un intenso dibattito tra gli attori coinvolti (si veda Meyer, 1996). La Cdu e in modo particolare il Spd erano a favore del fatto che la pianificazione dovesse avere un ruolo più incisivo, ma il Partito liberale è riuscito a far prevalere un orientamento generale volto a creare le condizioni per una effettiva competizione fra i fornitori. Nell'ultimo giro di negoziati tra il Governo federale e il Senato federale, si riconfermarono i ruoli delle richieste da parte degli utenti, del principio di libera scelta e della competizione come elementi principali alla base dell'espansione dei servizi. Comunque, l'obbligo da parte delle Regioni di assicurare un'infrastruttura per l'assistenza che fosse adeguata e il

relativo diritto di sovvenzionare gli investimenti di aziende e associazioni non-profit che operano nell'ambito dell'assistenza a parità di condizioni, ha creato uno spazio in cui si è potuta considerare anche la programmazione (Burau, Theobald, e Blank, 2007). L'opportunità di sovvenzionare le infrastrutture adibite alla cura è stata usata principalmente per il finanziamento di strutture per l'assistenza residenziali o semi-residenziali (Theobald, 2004).

Dall'introduzione della Ltc i il numero di aziende private erogatrici di cure domiciliari e residenziali è aumentato costantemente. Nel 2009, il 61,5% dei fornitori di servizi domiciliari erano aziende private. Con una media di 35 utenti, contro i 64 delle organizzazioni non-profit, le aziende private a scopo di lucro hanno in genere meno utenti. Vi sono evidenti differenze regionali nella diffusione relativa di tali forme organizzative, in quanto le aziende private vengono preferite in prevalenza nelle grandi città e nelle regioni della Germania orientale. Nell'ambito dell'assistenza in strutture residenziali il 39,9% dei fornitori di cure sono aziende private a scopo di lucro e il 54,8% sono organizzazioni non-profit, e anche in questo caso si registrano forti differenze regionali nella diffusione relativa dei due tipi di organizzazioni (Statistisches Bundesamt, 2011).

Nonostante il principio di marketizzazione non venga messo in discussione, gli vengono però mosse delle critiche riguardo al fatto che la popolazione anziana fragile trovi difficoltà ad agire come consumatore e rispetto all'impatto che esso ha sulla qualità del lavoro degli operatori professionali (si veda il par. 4.3). Una delle ragioni indicate come causa delle problematiche che gli utenti incontrano ad organizzare pacchetti di assistenza integrati è la complessità di interazione con la vasta gamma di fornitori di servizi. La riforma del 2008 ha richiesto lo sviluppo di punti unici di accesso alla cura – i cosiddetti «*Pflegestützpunkte*», creati in cooperazione fra attori e fornitori diversi di servizi. A questo, nel 2009 è seguita l'introduzione del diritto alla presa in carico professionale, a titolo gratuito per tutti i (potenziali) beneficiari della Ltc i (Mdk Bayern, 2008).

4.3 I carer: attività di assistenza, livelli di qualificazione e situazione lavorativa

La ristrutturazione dell'assistenza agli anziani – modalità di finanziamento e offerta, così come la definizione dei diritti sociali – ha determinato un effetto di dequalificazione e riqualificazione dell'attività di assistenza, un'espansione del mercato del lavoro e un deterioramento

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

delle condizioni impiegatizie e di lavoro (vedi Burau, Theobald e Blank, 2007). L'introduzione della Ltci ha dato l'avvio alla professionalizzazione delle attività di assistenza. Al contrario della previdenza sanitaria nell'ambito del sistema dell'assicurazione di cura, il personale infermieristico ha il diritto di eseguire una valutazione indipendente che stabilisca la gravità della non autosufficienza. La maggior parte delle valutazioni attualmente viene effettuata da personale infermieristico. Inoltre il dirigente di un servizio di assistenza, per lo più un membro del personale infermieristico o un «*Altenpfleger*» (un operatore che ha superato un corso professionale della durata di tre anni, finalizzato alla cura domiciliare o residenziale degli anziani, con particolare attenzione al sociale, *n.d.r.*), ha il diritto di organizzare e creare il pacchetto di cure per il paziente e di contrattare in maniera autonoma con le assicurazioni, sia il prezzo delle prestazioni, che le condizioni di erogazione dell'assistenza.

Nell'ambito della legge sono state definite le qualifiche e le forme di cooperazione tra i diversi tipi di carer. Conseguentemente, l'assistenza di lungo termine deve essere erogata sotto la guida di un infermiere o di un «*Altenpfleger*» con compiti di coordinamento e deve essere erogata da assistenti del personale infermieristico, volontari e carer familiari che si occupano della cura quotidiana di base. Nel caso in cui non fosse possibile il coinvolgimento di servizi professionali, al fine di assicurare la qualità della cura è stata introdotta una visita obbligatoria da parte di personale infermieristico professionale o di un «*Altenpfleger*». Dato il crescente coinvolgimento di assistenti con qualifiche infermieristiche in situazioni formali di erogazione di cure e a seguito del riconoscimento della cura informale nell'ambito familiare, le organizzazioni non-profit coinvolte nell'erogazione dei servizi temevano la dequalificazione del settore (Welti, 1999a; 1999b). Le cinque grandi associazioni non-profit nazionali che operano nell'ambito del welfare hanno appoggiato il riconoscimento della cura informale da parte delle famiglie e il coinvolgimento dei volontari come elementi tradizionali dell'erogazione di cure, ma allo stesso tempo hanno sostenuto fermamente la necessità di servizi di assistenza formali (Meyer, 1996). Dall'introduzione della normativa sono state formulate altre leggi e regolamentazioni volte a ristrutturare l'erogazione di cure – in particolare per quanto riguarda la cooperazione tra operatori professionali relativamente ben qualificati e assistenti agli operatori, carer informali e volontari. Le nuove norme e regolamentazioni si prefiggono lo scopo di assicurare un'assistenza professionale di elevata qualità, con-

giuntamente alla disponibilità di usufruire di infrastrutture dedicate alla cura accessibili a «tariffe ragionevoli».

- ♦ Nel 2003, i programmi di formazione lavoro dei carer senior, che erano già consolidati a livello dello Stato federale, divennero lo standard di riferimento per tutto il paese. I dibattiti si sono concentrati su questioni quali i contenuti e il livello della formazione professionale, come anche il trasferimento a livello centrale delle competenze di regolamentazione. In generale, il fatto che la formazione professionale venisse migliorata e standardizzata venne accolto favorevolmente dagli attori sociali e politici e venne stimolato dalle richieste relative all'erogazione di cura e alla necessità di assicurare un certo livello di qualità dell'assistenza, dal bisogno e dalle opportunità di incrementare lo status delle attività e, conseguentemente, di attirare un numero maggiore di operatori nell'assistenza (Oelke e Menke, 2002).
- ♦ Nel 2002, nell'ambito del modello dell'Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie venne creato un nuovo sistema di servizi, che viene erogato da volontari, guidati da un operatore professionale. L'inclusione di questo tipo di servizio è stato accolto favorevolmente sia dagli attori politici che sociali. Una serie di ricerche, però, ha rivelato che tali servizi, visto che presentano costi molto contenuti, hanno anche comportato una precarizzazione delle condizioni di lavoro dei lavoratori (Sauer e Wißmann, 2007).
- ♦ Sulla base di un progetto pilota (2005-2008) venne introdotto un nuovo tipo di sussidio, cioè quello del personal budget, che consentiva ai beneficiari di utilizzare il sussidio più alto percepito per i servizi domiciliari per acquistare servizi riconosciuti al di fuori dell'infrastruttura di assistenza prestabilita. Le valutazioni hanno mostrato che la quantità di offerta di cure disponibile è aumentata, ma allo stesso tempo sono emerse condizioni di impiego maggiormente precarie (Blinkert e Klie, 2006b; vedi sopra).

Nonostante i palesi sforzi, la ristrutturazione dell'offerta di cure è stata maggiormente influenzata da processi di marketizzazione dell'erogazione di assistenza, da ulteriori regolamentazioni applicabili al settore e dalle attività intraprese dai beneficiari e dalle loro famiglie rispettivamente. Gli attori politici in parte hanno reagito sulla base degli effetti secondari (non) previsti al fine di riorganizzare lo sviluppo dal loro punto di vista.

L'introduzione dell'assicurazione di cura ha determinato l'espansione del mercato del lavoro legato all'assistenza formale e anche il deterio-

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

ramento delle condizioni lavorative all'interno dello stesso. La forza lavoro da circa 320.000 operatori professionali nel 1995 è aumentata a 890.283 nel 2009⁴. Con una percentuale dell'86% nel 2007, il settore dell'assistenza è ancora un campo dominato dalle donne (Schölkopf, 1998; Statistisches Bundesamt, 2011). Il settore lavorativo, con la richiesta di flessibilità dell'orario di lavoro e con l'apertura del mercato dell'assistenza ad aziende private e a causa dell'enfasi posta sulla questione del contenimento dei costi nell'ambito del sistema dell'assicurazione di cura, ha contribuito al deterioramento delle condizioni di lavoro (Oschmianski, 2010).

La creazione di lavoro atipico è stata individuato come una delle strategie per incrementare la flessibilità e ridurre i costi. Il risultato si riflette nell'aumento di forme diverse di lavoro part-time, dal 54,2% nel 1995 al 73,2% nel 2009, nel settore dell'assistenza domiciliare, e dal 39,1% al 66,7% nel settore dell'assistenza in strutture residenziali. Nel 2007, il 13,8% degli operatori in entrambi i settori è stato impiegato part-time con standard di tutela sociale più bassi e un ulteriore 15,0% ha lavorato per meno di 19 ore a settimana (Schölkopf, 1998; Statistisches Bundesamt, 2009; 2011). La maggiore richiesta di servizi di assistenza è stata soddisfatta dall'aumento dei tassi di occupazione di lavoratori qualificati e di assistenti degli operatori professionali (Oschmianski, 2010). Nel 2009, circa il 39% delle persone impiegate nel settore ha portato a termine dei corsi di formazione triennali per ottenere la qualifica di infermiere o «*Altenpfleger*»: il 7,5% ha fatto formazione per diventare assistente, e circa il 38,2% non ha ricevuto formazione (o ha ricevuto formazione non adeguata) lavorativa, il che ha comportato una diminuzione del personale qualificato e un aumento di assistenti e di carer che non sono stati formalmente formati o lo sono stati in modo inadeguato dal 2007. La richiesta di manodopera qualificata si basa su una miscela di servizi nell'ambito dell'assistenza domiciliare, dove il 97% di tutti i fornitori offre servizi di tipo sociale, servizi di cura della persona e servizi infermieristici domiciliari e si basa sui criteri di qualificazione nell'ambito dell'assistenza in strutture residenziali, dove il 50% dei lavoratori ha seguito corsi di formazione professionale nelle case di cura (Statistisches Bundesamt, 2009; 2011). A causa delle difficili condizioni di lavoro, ma anche per consentire

⁴ Grazie all'erogazione integrata di assistenza domiciliare e assistenza di lungo termine, i carer domiciliari sono coinvolti in entrambe le attività e vengono retribuiti in parte dall'assicurazione di cura e in parte dall'assicurazione sanitaria.

un'offerta di cure domiciliari più sensibili alle esigenze di culture diverse, vengono impiegati sempre di più carer provenienti da paesi diversi. Si stima che il loro tasso di impiego nell'ambito dell'assistenza agli anziani sia il 18%. Questo dato è relativamente alto se paragonato al corrispettivo 7% sul mercato del lavoro in generale. Tipicamente, i prestatori di cure domiciliari immigrati – principalmente da paesi dell'Est e dalla Russia o dall'Ucraina – sono cittadini tedeschi o vivono in Germania come residenti con permessi di lavoro permanenti e, teoricamente, hanno la facoltà di attingere agli stessi benefici in ambito lavorativo dei lavoratori di origine tedesca. Si sono svolti pochi studi di ricerca sulla situazione dei carer immigrati (Steffen, 2009).

L'introduzione di aziende erogatrici di servizi di assistenza private a scopo di lucro ha prodotto un fenomeno di abbassamento degli stipendi medi dei lavoratori nel settore e ha comportato un aumento delle differenze di retribuzione tra operatori che hanno fatto una formazione – personale infermieristico e «*Altenpfleger*» – e operatori di base (Theobald, 2004; Dahme e Wohlfahrt, 2007). L'introduzione di un sistema di retribuzione minima nell'agosto del 2010 (che deve essere rispettato fino a dicembre 2014) dovrebbe garantire un livello retributivo minimo a quei lavoratori del settore che si occupano dell'assistenza di base, come la cura della persona, l'aiuto per mangiare e il sostegno per la mobilità, e che vengono impiegati da un erogatore di servizi formali. I carer domiciliari impiegati direttamente dalle famiglie non sono inclusi nella regolamentazione. Il compenso minimo all'ora è di 8,50 euro nel 2010 (con l'aumento a 9,00 euro nel 2013) nelle Regioni della Germania occidentale e di 7,50 euro nel 2010 (con l'aumento a 8,00 euro nel 2013) nelle Regioni della Germania orientale. Il modello di retribuzione minima è stato introdotto a seguito di un accordo intercorso tra i sindacati, le organizzazioni dei datori di lavoro e il Ministero del Lavoro a livello federale. In particolare, le organizzazioni di datori di lavoro hanno aderito all'accordo per proteggere gli erogatori di servizi di assistenza dalle offerte di prezzi più bassi da parte di erogatori di assistenza provenienti dagli Stati membri della Ue, una volta che fossero state aperte le frontiere nel maggio del 2011.

Accanto ad un'offerta di cure formali che si caratterizza per la dequalificazione e riqualificazione dei prestatori di cure e per l'aumento di differenziazioni fra i vari profili professionali, sta emergendo anche un mercato del lavoro prevalentemente sommerso a partire dalla fine degli anni '90. Si sta infatti iniziando a diffondere l'erogazione di assistenza durante l'intera giornata per 24 ore in ambito familiare da parte

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

di immigrati provenienti principalmente dai paesi dell'Est, cioè Repubblica Ceca, Polonia e Romania. Secondo le stime, in Germania circa 120.000 «badanti» prestano servizi di assistenza alle famiglie lungo l'intero arco della giornata in circa 60.000 case (Steffen, 2009; Lutz, 2009). Le badanti immigrate vengono solitamente assunte per prendersi cura di anziani con livello di non autosufficienza altissimo e con reddito alto. Le famiglie con badanti immigrate dichiarano di preferire questa soluzione in quanto il costo è minore, se paragonato al costo per ricevere servizi domiciliari da servizi formali o al costo per tenere il familiare in strutture residenziali. Inoltre viene così soddisfatto il desiderio di poter vivere a casa, nonostante si abbia un livello di non autosufficienza alto e questa soluzione permette di alleggerire il carico di responsabilità che grava su chi si prende cura in famiglia di persone con un tale livello di non autosufficienza (Neuhaus, Isfort e Weidner, 2009; Lutz, 2009).

In Germania questa soluzione trovata principalmente dalle famiglie della classe media ha scatenato un intenso dibattito e ha ispirato nuove politiche volte a regolamentare la situazione. Già nel 2002, su base temporanea fino al 2005 e poi in maniera permanente, è stato implementato un sistema di reclutamento ufficiale dei collaboratori domestici provenienti dai paesi dell'Est, da destinare alle famiglie con a carico una persona con livello di non autosufficienza alto. Le organizzazioni che fornivano assistenza domiciliare si opposero all'introduzione del sistema, mettendo in risalto il tema relativo alla qualità delle cure offerte e la necessità di migliorare l'offerta di assistenza formale. Le regolamentazioni che sono state istituite successivamente vanno nella direzione di regolarizzare le condizioni di lavoro per i collaboratori domestici in Germania e decretano che debbano essere conformi alle leggi sul lavoro e agli standard di sicurezza sociale. Solo dal 2010, oltre ai servizi di assistenza per la cura della casa, è permessa l'erogazione di assistenza infermieristica di base, come ad esempio la cura della persona. Secondo l'autorità responsabile dei collocamenti, nel 2007 a seguito dello schema sono stati ufficialmente impiegati 3.032 collaboratori domestici. Se paragonati ai 120.000 lavoratori immigrati che operano nel settore dell'assistenza sul mercato sommerso, si evince come la legge sia quantitativamente largamente inefficace. Inoltre, le agenzie impiegano – fino ad ora con scarso successo – regolamentazioni relative ai singoli mercati dei paesi della Ue per legittimare le attività (Theobald, 2010).

Tabella 1 - Sommario: assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (Ltc) e riforme in Germania

In vigore da	Riforma
1° aprile 1995	Introduzione della prima parte della Ltc relativa alle prestazioni rivolte all'assistenza domiciliare
1° luglio 1996	Introduzione della seconda parte della Ltc relativa alle prestazioni rivolte all'assistenza in strutture residenziali
1° aprile 2002	Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie
1° gennaio 2002	Legge su garanzia di qualità degli interventi e tutela del consumatore
1° gennaio 2002	Riforma della legge sulle strutture residenziali (introdotta nel 1975) Regolamentazioni riguardanti i diritti degli ospiti delle strutture assistenziali residenziali relativamente a contratto, obblighi del fornitore, controlli di qualità, ecc.
1° agosto 2003	Standardizzazione del «Programma di formazione lavoro per gli «Altenpfleger»» a livello federale
1° gennaio 2005	Incremento dei contributi assicurativi da parte degli assistiti della Ltc sociale senza figli e maggiori di 23 anni dallo 0,25% all'1,95% del reddito lordo
1° settembre 2006	Lo Stato federale diventa il principale responsabile della Legge sulle strutture residenziali
1° luglio 2008/ 1° gennaio 2009	Riforma complessiva relativa a (vedi testo): – Legge su garanzia di qualità degli interventi e tutela del consumatore – Atto di integrazione sulle cure socio-sanitarie – Introduzione di un punto di accesso unico (<i>Pflegestützpunkte</i>) – Introduzione del diritto alla presa in carico professionale a titolo gratuito – Introduzione di due previsioni di sospensione dell'attività lavorativa a favore dei carer informali al fine di facilitare la combinazione di erogazione di cura informale e lavoro – Generale aumento dei contributi assicurativi (Ltc sociale) a 1,95% del reddito lordo e a 2,2% del reddito lordo da parte degli assistiti senza figli – Adeguamento dei sussidi ai costi in diverse fasi 2008, 2010, 2012 (vedi appendice 2). – Aumento dei sussidi relativi ai servizi di assistenza diurni
1° ottobre 2009	Riforma della Legge sulle strutture residenziali a livello federale – Diritto di accesso ad informazioni chiare sulla qualità dell'assistenza, sulle offerte di cura e costi delle strutture residenziali prima della firma del contratto – Regolamentazioni relative ai cambiamenti/adequamenti dell'offerta di cura e recessione dal contratto

5. Conclusioni

Con l'introduzione dell'assicurazione di cura la Germania ha creato un sistema di sostegno sociale di tipo universalistico relativo ai bisogni di assistenza a lungo periodo. Con l'assicurazione si è creato un nuovo tipo di universalismo caratterizzato da soglie relativamente alte, assistenza di medio livello, che è stata anche ridotta fino alla riforma del 2008, a causa dei costi sempre maggiori dell'erogazione di assistenza, e prestazioni in denaro volte a mantenere l'offerta di cure familiari ad un livello minore, in modo da combinare l'universalismo con gli sforzi per il contenimento dei costi. Il sistema fondamentale ha ristrutturato i diritti nel campo dell'assistenza sociale e le modalità di finanziamento e ha definito i principi secondo i quali si è riorganizzato il sistema dell'erogazione di cure. Il meccanismo del cambiamento può essere descritto come un cambiamento radicale in relazione alla riorganizzazione dei diritti all'assistenza e alle modalità di finanziamento e come una graduale trasformazione in relazione alla riorganizzazione dell'offerta di assistenza (si veda l'introduzione di Pavolini e Ranci in questo volume, *infra*; Streeck e Thelen, 2005).

Le modalità di finanziamento – le assicurazioni sociali e private obbligatorie – e la individuazione dei diritti sociali sono stati chiaramente definiti in corso di creazione del sistema e a oggi sono ancora validi. L'unico punto che può essere visto come un'eccezione è l'estensione dei diritti sociali relativi alle patologie legate alla demenza. L'obiettivo principale della riforma era la creazione di un sistema di finanziamento solido ed efficace a cui corrispondesse una riduzione dei vincoli di bilancio a livello locale. Entrambi i risultati – i metodi di finanziamento e l'affermazione dei diritti sociali – sono frutto di un compromesso raggiunto principalmente tra gli attori politici a livelli diversi e alcuni attori sociali. Mentre il Spd e la Cdu, insieme alla maggioranza dei sindacati, erano a favore del sistema di previdenza sociale e della redistribuzione, il Partito liberale e le organizzazioni di datori di lavoro preferivano un modello basato sulle assicurazioni private. Questi ultimi hanno accettato il modello di previdenza sociale, a condizione che le organizzazioni di datori di lavoro venissero compensate per i contributi da loro versati. Gli attori più preoccupati da questioni di sostenibilità finanziaria del sistema, inoltre, hanno ottenuto anche l'introduzione di una prestazione monetaria forfetaria ben precisa legata alle esigenze di cura e all'introduzione di un tetto massimo di spesa. Entrambi questi significativi scostamenti dal tradizionale mo-

dello statale di welfare tedesco sono stati accolti dagli attori maggiormente orientati al sostegno sociale – come ad esempio i sindacati – in quanto la riforma allargava, comunque, la rosa dei diritti sociali e migliorava nettamente la situazione nel campo dell'assistenza.

La normativa inoltre costituiva il punto di partenza per la riorganizzazione dell'erogazione di assistenza, che gradualmente si è adeguata alle nuove politiche e agli effetti secondari che non erano stati previsti. In pratica la legge si prefiggeva l'obiettivo di rafforzare la cura erogata dalle famiglie nelle proprie abitazioni, cosa che corrisponde all'orientamento normativo nella società. La riorganizzazione dell'offerta di cura formale – che si basa sui principi del mercato – ha indebolito lo status dei fornitori di servizi di assistenza non-profit, che tradizionalmente erano i principali erogatori di cure. Gli sforzi sostenuti dalle associazioni non-profit per prevalere sugli erogatori a scopo di lucro sulla base della qualità delle cure offerte non hanno avuto successo – anzi – hanno accresciuto il potere di controllo da parte dello Stato, che ha introdotto delle misure volte ad assicurare un certo livello qualitativo. L'assicurazione di cura ha determinato un allargamento del lavoro di assistenza formale in termini di differenti livelli di qualificazione degli operatori, favorendo la professionalizzazione del lavoro di assistenza, ma ha anche portato a un peggioramento delle condizioni lavorative. Infine, la mancanza di servizi di assistenza integrati ha innescato lo sviluppo di un mercato non ufficiale semi-informale relativo all'assistenza.

Il sostegno pubblico fornito dall'assicurazione, e il relativo miglioramento della situazione concernente l'assistenza, sono stati molto apprezzati dalla popolazione. I principi di base, come la libertà di scelta e l'enfasi posta sulla cura offerta dalle famiglie, corrispondono ancora ai valori della società odierna. Tuttavia, nonostante il crescente supporto da parte dei cittadini, la progettazione dei diritti sociali, il mix fra finanziamenti pubblici e privati, così come l'organizzazione dell'offerta, hanno portato a delle carenze di offerta di cure che colpiscono alcuni gruppi di utenti e all'emergere di disuguaglianze tra i beneficiari sulla base di genere, status socio-economico, situazione abitativa, status di migrante e tipologia di assistenza necessaria. L'obiettivo di ridurre l'uso di servizi di assistenza residenziali, inoltre, non è stato raggiunto.

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

Riferimenti bibliografici

- Alber J. e Köhler U., 2004, *Health and Care in an Enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of Working Conditions, Official Publications of the European Communities, Lussemburgo.
- Arntz M. e Spermann A., 2004, *Die internationale Diskussion. Nationale und internationale Konzepte in der Praxis*, in Klie T. e Spermann A. (a cura di), *Persönliche Budgets – Aufbruch oder Irrweg?*, Vincentz-Network, Hannover, pp. 15-39.
- Arntz M., Michaelis J. e Spermann A., 2006, *Reforming Long-term Care in Germany. Preliminary Findings from a Social Experiment with Matching Transfers*, «Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik», vol. 142 (5), pp. 37-42.
- Baykara-Krumme H. e Hoff A., 2006, *Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*, in Tesch-Römer C., Engstler H. e Wurm S. (a cura di), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 447-517.
- Behning U., 1999, *Zum Wandel der Geschlechterrepräsentationen in der Sozialpolitik*, Leske und Budrich, Opladen.
- Blinkert B. e Klie T., 2008, *Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen*, in Bauer U. e Büscher A. (a cura di), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Vs Verlag, Wiesbaden, pp. 238-255.
- Blinkert B. e Klie T., 1999, *Pflege im sozialen Wandel*, Vincentz, Hannover.
- Blinkert B. e Klie T., 2006a, *Die Zeiten der Pflege*, «Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie», vol. 39, pp. 202-210.
- Blinkert B. e Klie T., 2006b, *Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements*, «Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie», vol. 39, pp. 423-428.
- Borchert L. e Rothgang H., 2008, *Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer*, in Bauer U. e Büscher A. (a cura di), *Soziale Ungleichheit und Pflege*, Vs Verlag, Wiesbaden, pp. 215-237.
- Bureau V., Theobald H. e Blank R.H., 2007, *Governing Home Care: A Cross-National Comparison*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Campbell A.L. e Morgan K.J., 2005, *Federalism and the Politics of Old-age Care in Germany and the United States*, «Comparative Political Studies», vol. 38 (8), pp. 1-28.
- Dahme H.-J. e Wohlfahrt N., 2007, *Vom Korporatismus zur strategischen Allianz von Sozialstaat und Sozialwirtschaft: Neue «Sozialpartnerschaft» auf Kosten der Beschäftigten*, in Dahme H.J., Trube A. e Wohlfahrt N. (a cura di), *Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt?*, Schneider-Verlag Hohengehren, Baltmansweiler, pp. 22-34.
- Deutscher Bundestag (Parlamento federale tedesco), 1993, *Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege –*

- Versicherungsgesetz – PflegVG*), Drucksache 12/5262, Deutscher Bundestag, 12^o Legislatura, Bonn.
- Heusinger J. e Klünder M., 2005, «*Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!*» *Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements*, Mabuse Verlag, Francoforte.
- Klie T. e Blinkert B., 2002, *Pflegekulturelle Orientierungen*, in Tesch-Römer C. (a cura di), *Gerontologie und Sozialpolitik*, Kohlhammer, Stoccarda, pp. 197-217.
- Landenberger M., 1994, *Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaats*, «*Zeitschrift für Sozialreform*», vol. 40 (3), pp. 314-342.
- Lüngen M. e Büscher G., 2007, *Zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeversicherung. Eine quantitative Abschätzung der Beitragssätze*, «*Wirtschaftsdienst*», n. 87, pp. 355-358.
- Lutz H., 2009, *Migrantinnen in der Pflege in deutschen Privathaushalten*, in Larsen C., Joost A. e Heid S. (a cura di), *Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen*, Rainer Hampp, Monaco/Mering, pp. 41-52.
- Mdk Bayern, 2008, *Prisma Gesundheit. Die soziale Pflegeversicherung*, ecomed Medizin, Landsberg.
- Mdk Bayern, 2008, *Leistungen der Pflegeversicherung*, Mdk Bayern, München.
- Meyer J.A., 1996, *Der Weg zur Pflegeversicherung*, Mabuse, Francoforte.
- Neuhaus A., Isfort M. e Weidner F., 2009, *Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen*, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Colonia.
- Oelke U. e Menke M., 2002, *Qualifizierung des Pflegepersonals*, in Igl G., Schiemann D., Gerste B. e Klose J. (a cura di), *Qualität in der Pflege*, Schattauer, Stoccarda/New York, pp. 79-96.
- Okken P.-K., Spallek J. e Razum O., 2008, *Pflege türkischer Migranten in Soziale Ungleichheit und Pflege*, Bauer U. e Büscher A. (a cura di), Vs Verlag, Wiesbaden, pp. 396-422.
- Oschmianski H., 2010, *Wandel der Erverbsformen in einem Frauenarbeitsmarkt. Das Beispiel Altenpflege*, «*Zeitschrift für Sozialreform*», vol. 56 (1), pp. 29-55.
- Private Health Care Insurances (Pkv), 2003, *Zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der Pflegeversicherung*, Verband privater Krankenversicherungen, Colonia.
- Private Health Care Insurances (Pkv), 2010, *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010*, Verband privater Krankenversicherung, Colonia.
- Rothgang H., Holst M., Kulik D. e Unger R., 2008, *Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen*, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen.
- Runde P., Giese R. e Stierle C., 2003, *Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels*,

- Universität Hamburg, Arbeitsstelle Rehabilitations und Präventionsforschung, Amburgo.
- Sachße C., 2011, *Zur Geschichte sozialer Dienste in Deutschland*, in Evers A., Heinze R.G. e Olk T. (a cura di), *Handbuch Soziale Dienste*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 94-144.
- Sauer P. e Wißmann P., 2007, *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz*, Mabuse-Verlag, Francoforte.
- Schmidt R., 2002, *Die neue Pflegelandschaft: Erste Konturen und Steuerungsprobleme*, in Tesch-Römer C. (a cura di), *Gerontologie und Sozialpolitik*, Kohlhammer, Stoccarda, pp. 137-162.
- Schneekloth U., 2006, *Entwicklungstrends beim Pflege- und Hilfebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*, in Schneekloth U. e Wahl H.-W. (a cura di), *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten*, Kohlhammer, Stoccarda, pp. 57-102.
- Schneider U. e Reyes C., 2007, *Mixed Blessings: Long-term Care Benefits in Germany*, in Ungerson C. e Yeandle S. (a cura di), *Cash for Care in Developed Welfare States*, Palgrave Macmillan, Houndmill, pp. 137-165.
- Schölkopf M., 1998, *Die Altenpflege und die Daten. Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen*, «Sozialer Fortschritt», vol. 47 (1), pp. 1-9.
- Statistisches Bundesamt (Ufficio statistico federale), 2001, *Pflegestatistik*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Ufficio statistico federale), 2009, *Pflegestatistik*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Ufficio statistico federale), 2010, *Statistik der Sozialhilfe*, Wiesbaden.
- Steffen M., 2009, *Branchenbericht: Die Arbeitssituation von Migrantinnen in der Pflege*, Ver.di, Berlino.
- Streck W. e Thelen K. (a cura di), 2005, *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Theobald H., 2004, *Care Services for the Elderly in Germany, Infrastructure, Access and Utilisation from the Perspective of Different User Groups*, discussion paper Sp I 2004-302, Working Group Public Health Policy, Social Science Research (Wzb), Berlino.
- Theobald H., 2010, *Prekäre Pflege. Osteuropäische Migrantinnen in der häuslichen Altenfürsorge*, «Osteuropa», vol. 60 (5), pp. 117-129.
- Welti F., 1999a, *Vorbehaltliche Aufgabenbereiche für Pflegeberufe, Part 1*, «Pflege- und Krankenhausrecht», vol. 2 (2/99), pp. 29-33.
- Welti F., 1999b, *Vorbehaltliche Aufgabenbereiche für Pflegeberufe, Part 3*, «Pflege- und Krankenhausrecht», vol. 2 (4/99), pp. 85-90.
- Wingefeld K., Büscher A. e Gansweid B., 2008a, *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*, Bielefeld/ Münster.

Appendice 1 - Sviluppo finanziario privato e sociale dell'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza e della long-term care nell'ambito della normativa federale sull'assistenza sociale

Assicurazione sociale per l'assistenza obbligatoria sulla non autosufficienza (in miliardi di euro)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrate	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31
Uscite	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33

Fonte: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>.

Assicurazione privata per l'assistenza obbligatoria sulla non autosufficienza (in miliardi di euro)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrate	1,66	2,10	2,10	1,97	2,01	1,96	1,99	1,85	1,87	1,87	1,87	1,88	1,97	2,07	
Uscite	0,29	0,44	0,44	0,46	0,47	0,49	0,50	0,52	0,53	0,55	0,56	0,58	0,62	0,67	

Fonti: Private Health Care Insurances (Pkv), 2003 (dati 1995-1998). Private Health Care Insurances (Pkv), 2010 (dati 1999-2009).

Assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza (Hilfe zur Pflege) nell'ambito della normativa federale sull'assistenza sociale. Uscite e numero di beneficiari

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Uscite (in milioni di euro)	9.062	8.934	7.100	3.500	3.001	2.901	2.876	2.905	2.943	3.005	3.142	3.152	3.120	3.217	3.262
Beneficiari (in migliaia)	563	574	426	328	289	310	324	332	313	323	328	344	366	372	397

Fonte: Statistisches Bundesamt, 2010.

RPS

Hildegard Theobald, Sarah Hampel

Appendice 2 - Aumento dei sussidi

Sussidi

<i>Livello di non autosufficienza (I-III)</i>	<i>I Alto</i>	<i>II Molto Alto</i>	<i>III Altissimo</i>
<i>Pagamenti in contanti al mese (p.m.)</i>			
Luglio 2008	215,00 euro	420,00 euro	675,00 euro
Gennaio 2010	225,00 euro	430,00 euro	685,00 euro
Gennaio 2012	235,00 euro	440,00 euro	700,00 euro
<i>Servizi di assistenza (domiciliare) (p. m.)</i>			
Luglio 2008	420,00 euro	980,00 euro	1.470,00 euro
Gennaio 2010	440,00 euro	1.040,00 euro	1.510,00 euro
Gennaio 2012 (non autosufficienza estremamente alta 2008-2012)	450,00 euro	1.100,00 euro	1.550,00 euro (1.918,00 euro)
<i>Servizi di assistenza (strutture residenziali) (p.m.)</i>			
Luglio 2008 (non autosufficienza estremamente alta)	1.023,00 euro	1.279,00 euro	1.470,00 euro (1.750,00) euro
Gennaio 2010 (non autosufficienza estremamente alta)	Nessun incremento	Nessun incremento	1.510,00 euro (1.825,00 euro)
Gennaio 2012 (non autosufficienza estremamente alta)	Nessun incremento	Nessun incremento	1.550,00 euro (1.918,00 euro)

Fonti: Mdk Bayern, 2008.

Traduzione dall'inglese a cura di Cinzia Giammarchi