L’assistenza a lungo termine (Long-Term Care) in Germania

La Germania rappresenta uno dei modelli europei più strutturati per la gestione della Long-Term Care (LTC) rivolta a persone anziane non autosufficienti. Questo articolo presenta l’architettura del sistema di LTC tedesco e il suo sistema di finanziamento, le modalità di accesso, il sistema di valutazione dei bisogni, i servizi offerti e le forme di sostegno ai caregiver.

Di Franco Pesaresi *(Direttore ASP “Ambito 9” Jesi, AN; Network non Autosufficienza NNA, Asiquas)*

L’Italia con la L. 33/2023 ha approvato la legge di riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti; riforma la cui attuazione stenta ad affermarsi. Può essere allora utile, in questa fase di lentissima costruzione del nuovo sistema, andare a vedere come funziona il sistema dell’assistenza a lungo termine in Germania, sicuramente il sistema più noto ed interessante al mondo.

Il sistema assicurativo tedesco per l’assistenza a lungo termine

La Germania fornisce assistenza a lungo termine (LTC) alle persone non autosufficienti (anziani e disabili) tramite un’**assicurazione obbligatoria per l’assistenza a lungo termine (LTC)**. L’assicurazione è stata **introdotta nel 1995 come quinto e ultimo pilastro autonomo e indipendente**, che si aggiunge alle assicurazioni sociali che coprono malattia, infortuni, disoccupazione e previdenza per la vecchiaia. Il sistema assicurativo tedesco copre principalmente i costi delle spese relative all’assistenza. Esso si compone di due componenti indipendenti:

- l’assicurazione sociale (pubblica, senza scopo di lucro);
- l’assicurazione privata per l’assistenza a lungo termine.

Entrambe sono concepite come assicurazioni obbligatorie con prestazioni identiche. Non esiste una ripartizione delle entrate tra questi due rami assicurativi obbligatori, ma una perequazione finanziaria prevista dalla legge in ciascuno di questi due sistemi. L’accesso alle prestazioni prevede l’inserimento in uno dei cinque livelli di bisogno di assistenza a lungo termine, sulla base di una valutazione individuale del bisogno di assistenza. Il sistema assicurativo tedesco di LTC fornisce **prestazioni soprattutto per l’assistenza domiciliare e per le strutture residenziali**. Per l’assistenza domiciliare, il sistema LTC offre un’**ampia gamma di prestazioni: prestazioni in denaro per l’assistenza informale e prestazioni in natura per vari servizi di assistenza infermieristica e personale.** I beneficiari sono generalmente **liberi di scegliere tra prestazioni in natura o in denaro o di combinare entrambi i tipi di prestazioni**. Di conseguenza, i beneficiari possono anche scegliere come utilizzare le prestazioni in denaro (ad esempio per un assistente familiare). Se optano per le prestazioni in natura, possono scegliere tra diversi fornitori di servizi professionali. In questo caso, il sistema di LTC aiuta anche nell’organizzazione individuale dell’assistenza fornendo informazioni su servizi, qualità e costi, nella scelta dei servizi e dei fornitori appropriati e supportando la gestione dei casi. **L’80% dei beneficiari sceglie prestazioni in denaro**, per le quali il sistema di LTC spende il 64% della sua spesa complessiva (31 miliardi di euro nel 2016). Tutte le prestazioni di LTC sono soggette a un tetto massimo. I costi non coperti dal sistema assicurativo devono essere pagati dalla persona bisognosa di assistenza. Il governo eroga sussidi per le assicurazioni private aggiuntive volontarie. Inoltre, **il sistema di assistenza sociale fornito dai comuni locali copre i costi non coperti, ad esempio nelle strutture residenziali, delle persone a basso reddito** (450.674 nel 2015) (European Union, 2017). Ogni singolo fornitore di prestazioni negozia contratti aziendali

con le filiali regionali dell'assicurazione e i servizi di Assistenza Sociale degli enti locali. Tutti i fornitori (pubblici, privati a scopo di lucro, privati senza scopo di lucro) hanno diritto a ottenere un contratto e a fornire servizi a condizione che rispettino gli standard di qualità uniformi a livello nazionale (definiti dalla legge e supervisionati dal Servizio Medico delle Assicurazioni Sanitarie). **I fondi di assistenza a lungo termine previsti dalla legge sono responsabili della garanzia e del finanziamento dell'assistenza a lungo termine**; i Länder (le regioni tedesche) sono responsabili della garanzia dell'infrastruttura delle strutture di assistenza a lungo termine. **I prezzi dei servizi sono contrattualizzati e validi per tutto il sistema assicurativo e anche per i pagamenti diretti.** Il numero totale di fornitori di assistenza domiciliare è di 13.300, di cui il 65% di proprietà privata a scopo di lucro. Il numero totale delle strutture residenziali è di 13.600, di cui il 42% di proprietà privata a scopo di lucro. I fornitori di assistenza a lungo termine impiegano complessivamente oltre 1 milione di persone. **Negli ultimi anni (2015-2017) tutto il sistema dell'assistenza a lungo termine è stato aggiornato e migliorato.** La modifica più significativa è stata l'introduzione di una **nuova definizione dei bisogni di assistenza a lungo termine**. Il nuovo strumento di valutazione tiene conto in modo appropriato delle esigenze delle persone con demenza e migliora quindi l'accesso alle prestazioni di LTC per questa categoria di beneficiari. **Le nuove normative hanno inoltre aumentato significativamente il livello di tutte le prestazioni esistenti, in particolare quelle relative all'assistenza domiciliare.** Sono stati introdotti nuovi servizi di supporto, in particolare il finanziamento dell'assistenza diurna e l'assistenza negli atti della vita quotidiana. Le strutture residenziali sono state dotate di personale di supporto aggiuntivo e il coordinamento dell'assistenza è stato migliorato, in particolare rafforzando il ruolo dei comuni. Per finanziare queste prestazioni aggiuntive, l'aliquota contributiva nel sistema di assicurazione sociale per l'assistenza a lungo termine è stata aumentata di 0,5 punti percentuali, arrivando ora al 2,55% del reddito da lavoro, di cui 0,1 punti contributivi che vanno a riempire uno stock di capitale pubblico per finanziare ulteriormente il previsto crescente onere dell'assistenza a lungo termine a partire dal 2035. Si rammenta che **nel 1995, quando venne introdotto il sistema assicurativo per le cure di lungo termine, venne abolito un giorno festivo come contributo dei dipendenti per finanziare il sistema**.

Il sistema di Long-Term Care tedesco nel dettaglio

Assicurazione obbligatoria per tutta la popolazione

L'assicurazione per le cure di lungo termine sostanzialmente[1]**copre l'intera popolazione residente in Germania.** Essa è fornita dalle assicurazioni sociali, che coprono il 90% della popolazione, e dalle assicurazioni private per l'assistenza a lungo termine, che coprono il 10% della popolazione, entrambe obbligatorie. **L'assicurazione sociale per l'assistenza a lungo termine copre tutti gli iscritti all'assicurazione sanitaria obbligatoria (GKV)**. Questo vale sia per gli iscritti obbligatori che per quelli volontari. Tuttavia, gli iscritti volontari hanno il diritto di scegliere un'assicurazione privata per l'assistenza a lungo termine. I piani assicurativi privati per l'assistenza a lungo termine includono coloro che sono iscritti a un piano assicurativo sanitario privato obbligatorio con copertura completa dei costi sanitari, comprese le cure ospedaliere.

Il sistema di valutazione

Negli ultimi anni la legge tedesca sulle cure di lungo termine è stata aggiornata e dal 1° gennaio 2017 è stata introdotta una nuova definizione di assistenza a lungo termine (LTC). La nuova definizione tedesca dei bisogni di assistenza a lungo termine comprende le persone bisognose di assistenza la cui indipendenza o abilità sono ridotte a causa di disabilità o capacità legate alla salute e che pertanto necessitano di assistenza da parte di altri. **Il bisogno di assistenza deve essere a lungo termine, ovvero la cui durata stimata è di almeno sei mesi. Un ulteriore prerequisito per l'idoneità è la valutazione dei bisogni di assistenza individuali da parte del Servizio Medico dell'assicurazione sanitaria** (MDK) e la conseguente a**ssegnazione del beneficiario a uno specifico livello di assistenza a lungo termine**. Il nuovo strumento di valutazione del bisogno individuale di assistenza consente di raggruppare le persone in cinque nuovi livelli di assistenza, che hanno sostituito i precedenti livelli di assistenza. Ai livelli di assistenza a lungo termine (LTC) si applicano le relative prestazioni (Cfr. Tab. 2). **Per la prima volta, il nuovo strumento di valutazione, in vigore dal 1° gennaio 2017, considera**

non solo le limitazioni fisiche, ma anche i deficit cognitivi e psicologici. – *Previsti 5 livelli di bisogno* In Germania, **il processo di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali di persone non autosufficienti è un processo standardizzato a livello nazionale**, che garantisce a tutti gli individui uniformità ed equità di accesso alle cure in tutto il Paese, indipendentemente dal luogo di residenza. **La valutazione multidimensionale determina il livello di assistenza di cui una persona ha bisogno e, di conseguenza, le prestazioni a cui ha diritto.** Nel contesto della valutazione dei bisogni assistenziali, il Servizio Medico dell'Assicurazione Sanitaria (MDK) individua le limitazioni nella vita autonoma degli utenti con particolare riferimento ai seguenti **sei ambiti della vita**:

1. **Mobilità**: ad esempio salire le scale, per muoversi all'interno della zona giorno;
2. **Capacità cognitive e comunicative**: ad esempio orientamento temporale e spaziale, partecipazione a una conversazione;
3. **Modelli comportamentali e problemi psicologici**: ad esempio irrequietezza notturna, difesa contro le procedure infermieristiche, partecipazione a una conversazione;
4. **Autosufficienza**, ad esempio lavarsi e spogliarsi, mangiare, bere, usare il bagno;
5. **Gestire e gestire in modo autonomo le esigenze e gli oneri legati alla malattia o alla terapia**: ad esempio, assunzione di farmaci, misurazione della glicemia, cura della stomia, ausili prossimali come protesi, visite mediche;
6. **Strutturare la vita quotidiana e i contatti sociali**: ad esempio occuparsi, organizzare la routine quotidiana, mantenere relazioni umane al di fuori dell'ambiente immediato.

Vengono inoltre valutate le attività svolte fuori casa (ad esempio, uscire dall'abitazione, partecipare ad attività) e la gestione della casa (ad esempio, fare la spesa, gestire le questioni finanziarie). Le risposte in queste aree non vengono utilizzate per la classificazione dei bisogni di assistenza, poiché le relative compromissioni sono già state considerate nelle domande relative alle sei aree della valutazione. La valutazione multidimensionale assegna l'individuo a uno dei cinque livelli di assistenza, noti come ***Pflegegrade***, che vanno dalla menomazione lieve (Pflegegrad 1) alla menomazione grave (Pflegegrad 5[2]). **Ogni livello corrisponde a una quantità e ad una tipologia di assistenza diversa**, con livelli superiori che indicano una maggiore necessità di assistenza e che quindi danno diritto a prestazioni più estese. I cinque gradi di dipendenza, così come indicati nella tabella 1 corrispondono ai livelli di fabbisogno garantiti dall'assicurazione tedesca per la non autosufficienza (Cfr. Tab. 1).

Livello	Descrizione	Punti	Ripartizione dei casi valutati
1	lieve compromissione dell'autonomia o delle capacità	Da 12,5 fino a meno di 27 punti	2,5%
2	compromissione significativa dell'autonomia o delle capacità	Da 27 a meno di 47,5 punti	45,2%
3	Forte compromissione dell'autonomia o delle capacità	Da 47,5 fino a meno di 70 punti	28,4%
4	Estrema compromissione dell'autonomia o delle capacità	da 70 a meno di 90 punti	16,2%
5	Estrema compromissione dell'autonomia o delle capacità con esigenze particolari nel piano di cura	da 90 a 100 punti	7,6%

Fonte: elaborazione dell'autore da HCEA 2019

Tabella 1 – Livelli di non autosufficienza del sistema di Long-Term Care tedesco

-L'unità valutativa **Le prestazioni di assistenza a lungo termine vengono concesse su richiesta.** La necessaria valutazione del bisogno di assistenza e la conseguente raccomandazione per l'inserimento in un livello di assistenza a lungo termine vengono fornite dal personale addetto alla valutazione del Servizio Medico della Assicurazione di Malattia (MDK), costituito principalmente da infermieri e medici, che visitano i richiedenti a domicilio. L**'ispettore dell'MDK si reca al domicilio della persona (abitazione propria o struttura residenziale) per valutare il modo in cui la persona richiedente gestisce la sua vita quotidiana** valutando la sua autonomia e il suo bisogno di aiuto. Nel suo rapporto, il servizio di valutazione MDK formula raccomandazioni sui mezzi che potrebbero migliorare la situazione (ausili tecnici, attrezzature mediche, adeguamento degli alloggi). I **richiedenti hanno il diritto di opporsi a qualsiasi decisione** relativa all'assistenza a lungo termine. In caso di rigetto di un reclamo, il caso può essere portato dinanzi ai tribunali competenti (UE, 2017). ***-Le forme di sostegno*** I**n base al livello di assistenza assegnato, l'individuo ha diritto a diverse forme di sostegno, sia finanziario che assistenziale.** I benefici economici per i livelli di assistenza dal livello 2 al livello 5 sono rispettivamente 316 €/mese, 545 €/mese, 728 €/mese e 901 €/mese. In alternativa, è possibile ricevere prestazioni per l'assistenza domiciliare, in questo caso dal livello 1 al livello 5, per un valore di 125 €/mese, 689 €/mese, 1298 €/mese, 1612 €/mese e 1995 €/mese, sempre a seconda del livello assegnato (EPML, 2021). **Chi sceglie le prestazioni in servizi riceve delle prestazioni con un valore maggiorato rispetto a chi sceglie il contributo economico.** La maggiorazione per chi sceglie i servizi è superiore al 100% del valore del contributo economico; per gli anziani collocati nelle strutture residenziali l'aumento è ancora maggiore (Cfr. Tab.2).

Livello di non autosufficienza	Prestazione in denaro	Prestazione in servizi domiciliari	Prestazione per le persone accolte in strutture residenziali
1	0	125	0
2	316	689	770
3	545	1.298	1.262
4	728	1.612	1.775
5	901	1.995	2.005

Fonte: EPML, 2021

Servizi di consulenza per le persone bisognose di cure e per le loro famiglie membri

Le persone che richiedono prestazioni, o che già ne beneficiano, hanno diritto a una consulenza gratuita e personalizzata in materia di assistenza. La consulenza in materia di assistenza viene effettuata da consulenti dell'assicurazione LTC con formazione specifica in materia di assistenza. **Le assicurazioni sono obbligate a nominare un consulente sanitario** che fornirà assistenza in caso di richiesta. L'organizzazione dell'assicurazione offrirà un appuntamento per una consulenza individuale **entro due settimane dal ricevimento della domanda di sussidio che , su richiesta, verrà eseguita a domicilio**. Anche i familiari hanno diritto a ricevere consulenza in materia di assistenza, previo consenso della persona bisognosa di cure. Queste disposizioni si applicano anche all'assicurazione obbligatoria privata. I consulenti del servizio di consulenza forniscono i seguenti servizi:

- **Aiutano a presentare le domande di sussidio** e forniscono tutta l'assistenza necessaria per gestire le richieste amministrative relative alla copertura dell'assicurazione LTC;
- **Forniscono consulenza su tutti i servizi e i vantaggi**;
- **Aiutano nella selezione dei servizi** e, in particolare, dei benefici per l'utente;

- Su richiesta dei richiedenti, **elaborano un piano di assistenza personalizzato** e aiutano nella sua attuazione e aggiornamento;
- Forniscono **informazioni su come prepararsi alla valutazione** della necessità di cure fornite dal Servizio Medico (MDK).
- Servizi di consulenza sono disponibili anche presso i **Centri di Consulenza per l'assistenza a lungo termine.** In questi centri collaborano consulenti di dell'assicurazione LTC, casse malati e spesso anche consulenti comunali. A livello nazionale, circa 450 punti di consulenza per l'assistenza a lungo termine offrono servizi di consulenza, ma non sono presenti in tutte le regioni (Sassonia e Sassonia-Anhalt).

Le prestazioni domiciliari garantite

-Prestazioni di grado di assistenza 1 Con il livello di assistenza 1, fino a 500.000 persone possono avere accesso ad alcune prestazioni di LTC. Il livello di assistenza 1 si applica alle persone con lievi disabilità. Tali persone hanno diritto a:

- l'indennità di LTC fino a 125 euro mensili, che è considerata una sorta di buono che può essere utilizzato solo per servizi di assistenza diurna o notturna, assistenza a breve termine, servizi di assistenza approvati e supporto alla vita quotidiana riconosciuti dalla legge federale;
- l'indennità di LTC per le convivenze auto-organizzate con condivisione di appartamenti fino a 214 Euro mensili;
- Vantaggi per i dispositivi di assistenza e le utenze di assistenza;
- Servizi di consulenza relativi all'assistenza;
- Consulenza per assistenti familiari a domicilio;
- Corsi di formazione per assistenti familiari;
- indennità aggiuntive fino a 4.000 euro a persona per misure volte a migliorare l'ambiente di vita, in particolare per l'adattamento degli alloggi correlato all'assistenza; possono essere accumulati dalle persone, ma non più di 16.000 euro in totale per un appartamento in condivisione laddove più persone abitano nello stesso appartamento.

-Prestazioni per l'assistenza domiciliare nei gradi di assistenza da 2 a 5 La priorità assoluta dell'assicurazione di LTC è di **rafforzare l'assistenza domiciliare e di sostenere i familiari che si prendono cura di loro**. Questo soddisfa anche i desideri di chi ha bisogno di assistenza. **Oltre il 70% di tutti gli i beneficiari dell'assicurazione di LTC ricevono assistenza a domicilio**, la maggior parte dei quali dai caregiver familiari. **Le prestazioni di assistenza domiciliare di base sono prestazioni in denaro per l'assistenza auto-organizzata e prestazioni in natura per i servizi di assistenza domiciliare.** Questi servizi includono l'assistenza infermieristica e le pulizie domestiche. Oltre alle prestazioni descritte nel livello di assistenza 1, l'assicurazione di LTC offre anche altri servizi per l'assistenza domiciliare: **sostituti di assistenza (supplenti) per i familiari che assistono**, **centri diurni** e assistenza a breve termine in strutture residenziali, **diritto a permessi dal lavoro e a riduzione dell'orario di lavoro**, formazione professionale e servizi di consulenza, inclusa la gestione dei casi. Le persone bisognose di assistenza possono combinare prestazioni in denaro con prestazioni in natura in base alle proprie esigenze personali, entro determinati limiti. Un'indennità non utilizzata fino al 40% per l'assistenza domiciliare professionale può essere utilizzata per il rimborso dei costi per servizi facilmente accessibili per l'assistenza quotidiana. I beneficiari che richiedono solo prestazioni in denaro o servizi facilmente accessibili per l'assistenza alla vita quotidiana devono sottoporsi a visite periodiche di consulenza domiciliare. Questo supporta i caregiver familiari e garantisce una buona qualità dell'assistenza domiciliare. L'assicurazione di LTC supporta appartamenti di assistenza condivisa auto-organizzati con un massimo di 12 persone aventi diritto ai servizi di LTC. **Le prestazioni in denaro sono correlate al grado di assistenza** come segue: grado di assistenza da 2 a 5 come indicati nella tabella 2. Inoltre, sono disponibili i seguenti servizi per i beneficiari sia di prestazioni in denaro che in natura:

- Indennità per un sostituto dell'assistenza fino a 6 settimane per anno solare, ad esempio durante i periodi di vacanza o malattia del prestatore informale di assistenza, e fino a 1.612 € per anno solare; l'importo può essere aumentato

fino a 806 € all'anno in sostituzione delle prestazioni di assistenza a breve termine;
- Assistenza a breve termine in strutture residenziali fino a 8 settimane per anno solare e fino a 1.612 € per anno solare. Se l'indennità per i sostituti dell'assistenza non è stata utilizzata per un importo massimo di 1.612 €, l'indennità per l'assistenza a breve termine può essere aumentata a 3.224 € per anno solare;
- Le prestazioni nei centri diurni semiresidenziali sono correlate al grado di assistenza come segue per i gradi di assistenza da 2 a 5: fino a 689 €; 1.298 €; 1.612 €; 1.995 € per anno solare.

I beneficiari hanno inoltre diritto ai servizi di consulenza, all'assistenza consulenziale per i caregiver familiari a domicilio, agli assegni per le convivenze di persone con disabilità negli appartamenti e alle misure per migliorare l'ambiente abitativo, nonché ai corsi di formazione per i caregiver familiari. ***-Prestazioni di sicurezza sociale per chi presta assistenza familiare*** L'assicurazione LTC copre i contributi all'assicurazione pensionistica dei caregiver familiari. L'assicurazione si applica a chiunque si prenda cura regolarmente di una o più persone con un livello di assistenza da 2 a 5 per almeno 10 ore e almeno 2 giorni alla settimana a casa e non sia impiegato per più di 30 ore settimanali. Inoltre, la copertura dell'assicurazione contro la disoccupazione è stata migliorata e le attività di assistenza di queste persone sono coperte dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Le prestazioni garantite nelle strutture residenziali

L'assicurazione LTC fornisce prestazioni per l'assistenza in strutture residenziali sotto forma di prestazioni in natura. L**'assicurazione di LTC promuove l'assistenza domiciliare e la convivenza in appartamenti.** Tuttavia, oltre 700.000 persone, **circa il 27% di tutte le persone bisognose di assistenza a lungo termine, vivono attualmente in strutture residenziali**. Per molte persone con un intenso bisogno di supporto, le strutture residenziali forniscono l'assistenza a lungo termine adeguata e necessaria. **Più della metà dei residenti nei presidi residenziali soffre di demenza.** Le politiche di assistenza a lungo termine mirano a garantire sia una buona qualità dell'assistenza che una buona qualità della vita, il più possibile vicina a quella delle persone che vivono nelle proprie case. L'assicurazione di LTC copre parzialmente le spese di assistenza infermieristica e le spese per i servizi di assistenza medica come prestazioni in natura. Le prestazioni in natura sono correlate al livello di assistenza come segue (livello di assistenza da 2 a 5): 770 euro; 1.262 euro; 1.775 euro; 2.005 euro (Cfr. Tab. 2). Le persone con livello di assistenza 1 possono utilizzare l'indennità di 125 euro anche nelle strutture residenziali, ad esempio per i centri diurni o per l'assistenza a breve termine (di sollievo). **In caso di assistenza nelle strutture residenziali, i beneficiari potrebbero essere meno interessati all'importo delle prestazioni ricevute, quanto piuttosto all'importo della compartecipazione alla spesa che devono pagare di tasca propria**. Infatti, prima del 2017, la compartecipazione alla spesa aumentava ogni volta che una persona veniva riassegnata a un livello di assistenza superiore del sistema di LTC. **Dal 2017, la compartecipazione alla spesa del beneficiario non aumenta più con l'aumentare del fabbisogno di assistenza a lungo termine**, poiché la nuova normativa stabilisce che tutti i residenti delle strutture residenziali assegnati ai livelli di assistenza da 2 a 5 contribuiscono con lo stesso importo ai costi correlati all'assistenza. Tuttavia, l'importo specifico varia da una struttura residenziale all'altra. L**a media federale per la compartecipazione alla spesa correlata all'assistenza nel 2017 è stata di 587 euro al mese.** Inoltre, le persone bisognose di assistenza a lungo termine devono sostenere i costi di vitto e alloggio. Ciò vale anche per i costi di investimento, nella misura in cui questi non sono sovvenzionati dal settore pubblico. **Le persone che vivono in strutture residenziali hanno diritto a un supporto e a un'attivazione aggiuntivi in termini di personale assistenziale all'interno della struttura di assistenza residenziale.** A questo scopo, l'assicurazione di LTC finanzia l'assunzione di circa 60.000 nuovi dipendenti nei presidi residenziale e nei centri diurni, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei residenti. Questo personale aggiuntivo supporta gli infermieri attraverso servizi come accompagnare le persone bisognose di assistenza, fare esercizi, leggere insieme, partecipare alle funzioni religiose o semplicemente essere presenti e ascoltare. Di conseguenza, contribuisce a migliorare la qualità della vita nelle strutture di assistenza residenziale.

I rapporti con i fornitori dei servizi di assistenza a lungo termine

Il fondo di assicurazione per l'assistenza a lungo termine, in quanto assicurazione sociale, garantisce un'adeguata assistenza a lungo termine a tutti gli assicurati. A tal fine, i fondi di LTC negoziano contratti di fornitura e accordi di remunerazione con tutti i fornitori di servizi e le strutture residenziali. Ogni struttura o servizio di assistenza che rispetti i requisiti di autorizzazione è legalmente autorizzato a fornire servizi di assistenza. Per questo motivo, servizi e strutture di proprietà pubblica, no-profit o privata con scopo di lucro coesistono l'uno accanto all'altro. **La base per l'autorizzazione a fornire servizi di assistenza è generalmente il cosiddetto contratto di assistenza.** Questi contratti regolano tutti gli aspetti tra le casse di assistenza e i fornitori di servizi, ad esempio per quanto riguarda l'idoneità del personale infermieristico, il contenuto e l'entità delle prestazioni, nonché le questioni relative alla garanzia della qualità e alla remunerazione delle prestazioni fornite. Le disposizioni contrattuali contenute nel contratto di assistenza sono vincolanti per tutte le parti interessate, in particolare quelle relative all'esito delle trattative individuali sulla retribuzione. **Inoltre, è stato determinato un salario minimo legale per le persone impiegate nell'assistenza a lungo termine dal 1° gennaio 2018: € 10,55 negli stati federali occidentali ed € 10,05 in quelli orientali.** Alle persone bisognose di assistenza vengono fatturate le quote di compartecipazione alla spesa che superano la copertura definita dall'assicurazione per l'assistenza e, in caso di degenza, i costi di vitto e alloggio (in alcuni casi anche un contributo ai costi di investimento).

Garanzia di qualità dei servizi

Tutte le strutture di assistenza autorizzate sono tenute ad attuare la gestione della qualità e a definire procedure di garanzia della qualità basate su standard specialistici. Tutte le strutture residenziali sono tenute a fornire i propri servizi **secondo i requisiti richiesti dalla legge**. I principali attori coinvolti nell'assistenza hanno concordato standard e principi per la tutela e l'ulteriore sviluppo della qualità dell'assistenza nelle strutture di assistenza territoriale e residenziale. Questi standard sono vincolanti per tutti i fornitori di servizi e strutture di assistenza autorizzati/accreditati. **Il rispetto della qualità dell'assistenza è monitorato dai fondi assicurativi di LTC**. Tutte le strutture autorizzate e i servizi di assistenza territoriale vengono sottoposti a verifica annuale da parte del servizio medico dell'assicurazione sanitaria (MDK) o del servizio di controllo dell'Associazione delle assicurazioni sanitarie private. Le ispezioni nelle strutture di assistenza residenziale sono generalmente a sorpresa. Le ispezioni di qualità nei servizi di assistenza territoriale devono essere annunciate il giorno prima per motivi operativi. Durante l'ispezione, l'enfasi viene posta sulla qualità dell'assistenza e sull'efficacia degli interventi infermieristici e assistenziali (qualità dei risultati). **L'ispezione comprende anche un sondaggio e una valutazione di un campione di residenti** (o dei loro tutori legali, se applicabile) che devono dare il loro consenso a partecipare. **I risultati delle ispezioni di qualità nei servizi e nelle strutture di assistenza sono pubblicati dal 2008 nei cosiddetti "rapporti sulla trasparenza".** In caso di inosservanza, i fondi di LTC hanno il potere legale di richiedere misure correttive o di imporre ulteriori sanzioni. I rapporti triennali sulla qualità del Servizio Medico dell'Associazione Federale delle Assicurazioni Malattie certificano un significativo miglioramento negli anni della qualità dell'assistenza a lungo termine in Germania. È in corso lo sviluppo di un nuovo sistema di controllo della qualità e della trasparenza, che consentirà agli assicurati di ottenere valutazioni della qualità delle strutture e dei servizi di assistenza più significative e comparabili.

I congedi per l'assistenza di un familiare

In situazioni di assistenza che si verificano con breve preavviso, i familiari stretti possono assentarsi dal lavoro fino a dieci giorni lavorativi per organizzare un'assistenza adeguata. Durante questo periodo, viene offerto un indennizzo salariale, il cosiddetto **assegno di assistenza**. È stato introdotto un altro programma per offrire un "**congedo per assistenza familiare**" ai dipendenti che necessitano di tempo per prendersi cura di un familiare bisognoso di assistenza a lungo termine. Possono assentarsi dal lavoro, totalmente o parzialmente, per un massimo di sei mesi. Il congedo per assistenza può essere richiesto anche per lavoro part-time per un massimo di 24 mesi. S**ono previsti anche permessi dal lavoro per la cura dei figli bisognosi di assistenza a lungo termin**e, anche nei casi in cui l'assistenza non è fornita a domicilio, e per il sostegno ai parenti stretti durante l'ultima fase della vita (tre mesi). Durante questi periodi di congedo per assistenza **viene offerto un prestito senza interessi** per sostenere il sostentamento.

Il Finanziamento del sistema assicurativo dell'assistenza a lungo termine

L'assicurazione pubblica per l'assistenza a lungo termine è finanziata tramite contributi a ripartizione. Gli iscritti e i datori di lavoro contribuiscono ciascuno per metà dei contributi (ad eccezione della Sassonia). Si applica il limite massimo di contribuzione dell'assicurazione sanitaria obbligatoria (nel 2017 tale soglia era di 4.350 euro al mese). I coniugi che non

BIBLIOGRAFIA

European Union (2017), *Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system*, Bruxelles.

EPML (*Employment and social affairs of the European Parliament*) (2021), *Ageing policies – Access to services in different member state*, European Parliament, Luxembourg.

HCFEA (2019), *Politiques de soutien a l'autonomie des personnes agees*, Paris.

Pesaresi F. (2025), *La valutazione della non autosufficienza in Germania*, welforum.it, 25 novembre.