

Sono coperti dall'assicurazione anche i *familiari a carico* secondo quanto già stabilito per le Casse di Malattia. Più precisamente, beneficiano delle prestazioni del fondo previdenziale di assistenza senza versare ulteriori contributi i familiari a carico residenti o con domicilio abituale in Germania che non svolgano alcuna attività autonoma regolarmente remunerata e non dispongano di un reddito mensile superiore ad un settimo del valore mensile di riferimento, che non siano esonerati o non siano soggetti ad alcun obbligo assicurativo. In particolare i figli sono tutelati fino alla maggiore età, o fino ai 23 anni se disoccupati o fino ai 25 anni se studenti, o se frequentano corsi di formazione professionale — comprendendo nella durata del corso di studi l'eventuale servizio di leva — o se prestano servizio di volontariato sociale o ecologico della durata di un anno secondo le rispettive leggi; non sussistono limiti di età qualora il figlio non possa provvedere al proprio mantenimento per impedimento fisico, mentale o psichico sempreché ricorrano i requisiti previsti in generale per i familiari a carico. Non sono invece iscritti gratuitamente al fondo previdenziale i figli quando il coniuge del titolare di polizza sia esonerato dall'obbligo assicurativo o abbia una copertura privata e percepisca un reddito superiore all'assicurato, un reddito che sia sistematicamente maggiore a un dodicesimo del limite contributivo (§25).

Una volta cessato l'obbligo assicurativo è in alcuni casi possibile proseguire volontariamente, a condizione che vi sia stata copertura previdenziale per almeno 24 mesi negli ultimi cinque anni o nei dodici mesi immediatamente precedenti la cessazione dell'obbligo sempreché non venga a sussistere un diverso obbligo assicurativo. Questa eventualità ricorre quando l'assicurazione familiare sia scaduta o non possa essere stipulata per la mancanza dei requisiti che prevedono l'iscrizione gratuita del figlio nel caso in cui il coniuge del titolare di assicurazione abbia reddito superiore e sia soggetto all'obbligo di iscrizione ad un fondo privato e quando l'assicurato trasferisce la propria residenza o dimora abituale all'estero. Se il trasferimento coinvolge anche i familiari a carico allora vale la norma dell'iscrizione gratuita al fondo, altrimenti la polizza familiare viene a scadere ed i familiari, se intendono proseguire volontariamente l'assicurazione, devono versare i relativi contributi.

L'appartenenza ad una determinata Cassa di Assistenza decorre dal momento in cui si manifestano le condizioni previste (§§ artt. 20 e 21) e cessa quando queste vengano meno o in caso di morte. È comunque possibile prorogare l'iscrizione con la prosecuzione volontaria dell'assicurazione fino alla morte dell'assicurato o alla disdetta del contratto comunicata dall'assicurato (§49).

Tutti i soggetti obbligati a contrarre l'assicurazione hanno doveri informativi verso le competenti Casse di Assistenza direttamente o per interposta persona (uffici ed enti competenti) circa la natura dell'obbligo, dati personali e tutte le informazioni richieste dalle Casse di Assistenza per l'espletamento delle loro funzioni (§50). Le compagnie private di assicurazione o i datori di lavoro o le Casse Mutue dei funzionari pubblici devono comunicare all'Ente Federale della Assicurazioni i nomi di coloro che, tenuti a stipulare una polizza inte-

gratativa per l'assistenza, non vi abbiano provveduto entro i termini previsti (§51): il mancato rispetto di tali doveri è soggetto a sanzioni amministrative.

*I beneficiari delle prestazioni.*

L'articolo 1 comma 4 recita: « Obiettivo dell'assicurazione in oggetto è quello di fornire un aiuto a tutti coloro che, necessitando di assistenza personale e domiciliare per gravi motivi di salute, non hanno altra risorsa che i sussidi sociali ».

Per persone che necessitano di assistenza personale e domiciliare si intendono quelle persone che hanno bisogno di un *aiuto fisso* per lo svolgimento delle consuete e ricorrenti attività legate alla vita quotidiana (§14). Affinché si possa parlare di aiuto fisso, la durata minima dello stato di indigenza è stabilita in sei mesi anche se non è escluso che già prima dello scadere di suddetto termine si possa constatare la non autosufficienza permanente di una persona e quindi erogare le prestazioni del caso. La legge specifica anche quali siano le *attività consuete e ricorrenti*, distinguendole in quattro categorie:

1. igiene personale: lavarsi, fare il bagno, la doccia, lavarsi i denti, pettinarsi, radersi, defecare o urinare;
2. alimentazione: preparare il cibo e mangiare;
3. mobilità: alzarsi e coricarsi in modo autonomo, vestirsi e svestirsi, camminare; stare in piedi, salire la scale, entrare ed uscire di casa;
4. faccende domestiche: fare la spesa, cucinare, pulire, lavare, stirare, provvedere al riscaldamento.

In relazione alla quantità, frequenza e durata dell'aiuto di cui necessita la persona non autosufficiente per l'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità (quando si rende necessaria l'assistenza solo per le faccende domestiche non si configura ancora uno stato di bisogno) si sono definiti tre livelli di necessità in corrispondenza dei quali vengono determinati il tipo ed il contenuto delle prestazioni da erogarsi.

Il *1° livello di necessità* (non autosufficienza rilevante) comprende soggetti bisognosi di aiuto almeno una volta al giorno per lo svolgimento di almeno due delle attività delle prime tre categorie e più volte alla settimana di aiuto domestico.

Nel *2° livello di necessità* (non autosufficienza grave) rientrano persone bisognose di assistenza almeno tre volte al giorno, ad ore diverse, per lo svolgimento di attività delle prime tre categorie e più volte alla settimana di aiuto nelle faccende domestiche.

Nel *3° livello di necessità* (non autosufficienza gravissima) rientrano persone bisognose di assistenza quotidianamente, 24 ore su 24, per lo svolgimento di attività delle prime tre categorie e più volte alla settimana di aiuto nelle faccende domestiche.

Nel caso in cui la necessità di assistenza riguardi un bambino si valuta il bisogno di assistenza supplementare rispetto ad un coetaneo.

La non autosufficienza può derivare da *malattia o da impedimento fisico, mentale o psichico*, ovvero « insufficienze, blocchi o altri disturbi funzionali del tronco o degli arti; disturbi funzionali degli organi interni e degli organi di senso; disturbi del sistema nervoso centrale, come problemi di conduzione, memoria od orientamento nonché psicosi endogene, nevrosi o disturbi mentali » (§14,2).

Coloro che vogliano usufruire dell'assistenza fornita dai fondi previdenziali devono farne richiesta<sup>54</sup>: l'*accertamento* della non autosufficienza spetta alle Casse di Assistenza, le quali delegano tale compito all'Ufficio Sanitario della Mutua. La prima valutazione dell'Ufficio Sanitario riguarda la possibilità di intervenire attraverso programmi riabilitativi, in ottemperanza al principio di priorità della prevenzione e riabilitazione sull'assistenza. Nell'ambito di questo accertamento l'Ufficio Sanitario può chiedere informazioni e documenti al medico di famiglia per risalire all'origine della non autosufficienza e deve considerare anche l'ambiente sociale e la situazione assistenziale gravitante intorno all'assistito. Sia la prima visita che quelle successive si eseguono al domicilio dell'assicurato; il rifiuto di sottoporsi a visita medica fa decadere i diritti alla prestazione tranne nel caso in cui l'assicurato mostri una documentazione relativa ad una diagnosi medica inequivocabile. Al termine della visita, l'Ufficio Sanitario deve stendere una relazione nella quale si illustra un programma assistenziale individuale che deve indicare con esattezza il tipo di assistenza necessaria.

Determinate categorie, tra cui i funzionari pubblici, hanno diritto alla metà delle prestazioni fornite dai fondi previdenziali di assistenza in quanto godono già di forme di assistenza sanitaria e sussidiaria per legge (§28, 2); anche l'entità dei contributi da versare è ridotta alla metà.

Per usufruire delle prestazioni assistenziali, oltre alla richiesta alla quale segue l'accertamento da parte delle Casse di Assistenza tramite gli Uffici Sanitari delle Mutue, occorre un periodo minimo di contribuzione al fondo di assistenza. Il periodo minimo è di un anno nel 1996, due anni nel 1997 e così di seguito fino ad arrivare a 5 anni a partire dal 1° gennaio del 2000. Per chi recede da un fondo privato per entrare in un fondo pubblico, il periodo contributivo risulta dalla somma dei periodi nei due fondi (§33).

*Il diritto alle prestazioni è sospeso* per tutto il periodo in cui l'assicurato risiede o è domiciliato all'estero in quanto le prestazioni in denaro, considerate un surrogato di quelle in natura, non sono ovviamente esportabili; tuttavia se la persona non autosufficiente è all'estero per una vacanza o qualsiasi altro tipo di soggiorno non superiore alle sei settimane, ha diritto a prestazioni in denaro. Ugualmente la sospensione opera quando una persona beneficia già di prestazioni erogate ai sensi della legge nazionale sull'assistenza o della normativa sulle prestazioni assistenziali per infortunio o gode di

<sup>54</sup> La Cassa di Assistenza può agire d'ufficio quando il caso le sia segnalato.

analoghe prestazioni all'estero o ad opera di strutture interstatali. Inoltre l'assistenza domiciliare è sospesa quando nell'ambito dell'assistenza infermieristica prestata dalle Casse di Malattia è compresa l'assistenza di base e l'aiuto nelle faccende domestiche oppure durante i ricoveri ospedalieri o in centri riabilitativi a tempo pieno (§34).

Il diritto di fruire delle prestazioni assistenziali cessa quando l'assistito non risulta più iscritto al fondo.

La legge prevede di delegare al Ministero Federale del Lavoro e della Previdenza Sociale il compito di emanare disposizioni circa la durata minima dell'assistenza per ogni livello di necessità, i criteri di massima per accertare la sopraggiunta non autosufficienza e per classificare i bisognosi secondo i tre livelli (§16); spetta invece alle Direzioni Centrali delle Casse di Assistenza stabilire esattamente tali criteri in collaborazione con gli enti competenti (§17); a tali parametri si devono conformare le compagnie assicurative private.

#### *Le prestazioni erogate dal fondo.*

Obiettivo dell'assicurazione obbligatoria è consentire ai non autosufficienti di condurre un'esistenza il più possibile autonoma e indipendente nel pieno rispetto della dignità umana. L'aiuto sarà finalizzato al recupero, ovvero al mantenimento, delle facoltà fisiche, mentali e psicologiche dell'assistito. (§2). L'assistenza si pone anche come obiettivo l'attivazione del bisognoso per mantenere le capacità presenti e tentare un recupero di quelle perdute. Si giudica anche importante evitare il rischio di isolamento considerando le esigenze di socializzazione dell'assistito (§28, 4). In questa ottica la legge prevede una responsabilità anche dell'assistito (§6) in relazione allo stile di vita, alla diligenza nella sottoposizione ai controlli medici periodici e nella partecipazione attiva ai trattamenti riabilitativi previsti per ridurre la necessità di assistenza.

Come si è detto, nell'ambito dell'erogazione dell'assistenza, la legge pone due principi fondamentali: i) la priorità dell'assistenza domiciliare su quella residenziale (§3) per far sì che l'assistito possa rimanere il più a lungo possibile nel suo ambiente familiare e ii) la priorità della prevenzione e riabilitazione sull'assistenza (§5): la possibilità di ricorrere a terapie riabilitative è la prima valutazione che gli Uffici Sanitari delle Mutue devono fare in sede di accertamento dello stato di non autosufficienza. In questa fase, il compito delle Casse di Assistenza è di cooperare con le strutture sanitarie facendo presente il tipo di prestazioni necessarie ed eventualmente sottolineando l'urgenza di un tempestivo intervento; in caso di ritardi da parte delle strutture competenti, al fine di impedire il peggioramento delle condizioni di salute dell'assistito, la Cassa di Assistenza può, per un periodo di tempo limitato, provvedere direttamente all'erogazione delle prestazioni. Inoltre le Casse di Assistenza sono tenute a fornire consulenza ed informazioni agli assistiti aiutandoli nell'espletamento delle formalità burocratiche, quali ad esempio la compilazione del modulo di richiesta delle prestazioni (§31, 32).

L'assistito è libero di scegliere tra le strutture ed i servizi messi a disposizione dagli enti assistenziali: le prestazioni possono assumere la forma di servizi, di attività, di erogazione di denaro (compresi rimborsi spese) utili all'assistenza della persona ed allo svolgimento delle faccende domestiche. In particolare, gli interventi di assistenza personale e domiciliare sono elencati all'articolo 28 comma 1: prestazioni assistenziali in natura, prestazioni pecuniarie per assistenza privata, combinazione di prestazioni pecuniarie e prestazioni in natura, assistenza domiciliare in caso di indisponibilità della persona incaricata, ricorso a mezzi assistenziali e strumentazioni tecniche, assistenza notturna e diurna, assistenza a orario ridotto, assistenza a tempo pieno. In ogni caso, sono le Casse di Assistenza che determinano l'entità e la qualità delle prestazioni in relazione alla gravità dei problemi in cui versa l'assicurato e alla natura dell'assistenza fornita: domiciliare, personale parziale (ad integrazione dell'assistenza dei familiari e dei volontari), personale a tempo pieno ovvero presso centri di degenza. Le prestazioni devono essere adeguate alle esigenze manifestate, di quantità sufficiente e qualità elevata, ma senza derogare agli obblighi di ottimizzazione, di economicità e di efficienza, ossia il rapporto costi-benefici deve essere favorevole tenendo presente di non fornire assistenza oltre la misura ritenuta necessaria (§29). Le prestazioni che non soddisfano i criteri di economicità non possono essere in alcun modo erogate; è comunque previsto che il governo possa adeguare il valore delle prestazioni in relazione all'aliquota contributiva e ai conseguenti scatti retributivi (§30), ma entro i limiti delle entrate previste.

Le *prestazioni assistenziali in natura* (§36) possono essere richieste da persone assistite nel proprio ambiente familiare per l'espletamento delle operazioni consuete ricorrenti, così come sono definite nell'articolo 14 (igiene personale, alimentazione, mobilità, faccende domestiche)<sup>55</sup> Le prestazioni sono fornite da personale qualificato, contrattualmente legato alle Casse di Assistenza sia direttamente che indirettamente, ovvero attraverso strutture ambulatoriali abilitate ad operare dalle Casse di Assistenza. La legge stabilisce il valore massimo mensile delle prestazioni in relazione ai livelli di necessità; in particolare, l'importo mensile per il 1° livello non può superare i 750 marchi, per il 2° livello i 1.800 marchi e per il 3° i 2.800 marchi. Per le persone appartenenti al 3° livello, in caso di particolari necessità come ad esempio la richiesta di più interventi durante la notte nei malati terminali di cancro, il tetto dei 2.800 marchi può essere sfondato fino ad una cifra di 3.750 marchi al mese. Questi casi devono essere contenuti entro il 3% del numero di assistiti al 3° livello.

Le *prestazioni pecuniarie per assistenza privata* sono alternative alle prestazioni in natura e vengono concesse quando l'assicurato provveda per proprio conto alla designazione di una persona che si occupi di fornire l'aiuto necessario per l'espletamento delle operazioni consuete ricorrenti. L'importo dell'assegno varia in relazione ai tre livelli di necessità e consiste di 400 marchi al mese per i bisognosi del 1° livello,

<sup>55</sup> Non è compresa l'eventuale assistenza terapeutica, che è invece di competenza dei servizi infermieristici domiciliari delle Casse Mutue di Malattia.

di 800 marchi al mese per i bisognosi del 2° livello, di 1.300 marchi al mese per i bisognosi del 3° livello. Se la durata di questo tipo di prestazione è inferiore al mese, l'assegno è proporzionalmente ridotto. Le prestazioni pecuniarie sono un surrogato di quelle in natura: l'Ufficio Sanitario deve accertarsi che sia garantita assistenza domiciliare adeguata.

La *combinazione di prestazioni pecuniarie e prestazioni in natura* è possibile quando un assicurato non si avvalga completamente delle prestazioni in natura, per cui ha diritto a ricevere un assegno integrativo che viene calcolato detraendo la percentuale di prestazioni in natura percepite. Ad esempio se un assicurato del 1° livello richiede un valore di prestazioni in natura per 225 marchi, ovvero il 30% di ciò che gli spetta, ha diritto ad un'integrazione in denaro pari al 70% dell'assegno di sua pertinenza cioè a 280 marchi. La scelta dell'assistito circa la combinazione delle due prestazioni deve rimanere inalterata per almeno sei mesi (§38).

È prevista *l'assistenza domiciliare in caso di indisponibilità della persona incaricata*, a condizione che questa abbia già prestato per almeno un anno assistenza domiciliare all'assistito in questione, da parte di un sostituto nominato delle Casse di Assistenza. L'onere a carico delle Casse di Assistenza non deve eccedere i 2.800 marchi per anno per assicurato, per un periodo massimo di quattro settimane l'anno (§39).

Oltre all'assistenza domiciliare vera e propria è prevista la *fornitura, successiva a verifica da parte delle Casse di Assistenza, di mezzi assistenziali e strumentazioni tecniche* per facilitare l'assistenza o per rendere più autonoma la vita del bisognoso, quando questi non siano già concessi dalle Casse Malattia o da altre strutture competenti. La spesa che mensilmente le Casse di Assistenza possono sostenere per materiali di consumo è di 60 marchi, mentre le strumentazioni tecniche sono concesse prioritariamente a noleggio. In caso di rifiuto ingiustificato del prestito di un apparecchio, l'intera spesa viene sostenuta dall'assistito; è comunque prevista una quota a suo carico pari al 10% del costo dell'apparecchio fino a 50 marchi per strumento anche se nei casi più gravi è prevista l'esenzione parziale o totale dal pagamento supplementare, secondo le regole stabilite per l'assistenza sanitaria. La concessione di tali strumentazioni tecniche può essere subordinata alla capacità dell'assistito o della persona incaricata dell'assistenza di utilizzarla correttamente o comunque alla volontà di sottoporsi ad uno specifico addestramento. L'assistito può anche richiedere adeguamenti dell'apparecchio, riparazioni e pezzi di ricambio. Spetta poi al Ministero Federale del Lavoro e della Previdenza Sociale emanare disposizioni di legge che stabiliscano quali mezzi e strumentazioni tecniche debbano fornire i fondi previdenziali. In tale ambito rientra anche la concessione di sussidi finanziari per adeguare l'alloggio alle necessità insorte, al fine di evitare un prolungato ricovero ospedaliero e di agevolare l'assistenza domiciliare. L'entità del sussidio varia in relazione al costo dell'intervento strutturale ed alla situazione patrimoniale dell'assistito e comunque non potrà in nessun caso superare i 5.000 marchi (§40).

L'*assistenza parziale* presso strutture organizzate sia per le ore diurne che per quelle notturne, comprensiva anche del trasporto dall'abitazione all'istituto e viceversa, viene prestata quando non è possibile garantire un'adeguata assistenza domiciliare. Anche in questo caso l'entità delle prestazioni differisce in relazione al livello di necessità: le Casse di Assistenza sostengono le spese fino ad un massimo mensile di 750 marchi per i bisognosi del 1° livello, 1.500 marchi per quelli del 2° livello e 2.100 marchi per quelli del 3° livello. L'*assistenza semiresidenziale* può coesistere con quella domiciliare, prestata sia in natura che in denaro (secondo le regole delle prestazioni combinate), purché il valore totale delle prestazioni non ecceda il limite massimo stabilito per ogni livello di necessità per l'*assistenza domiciliare* (§41).

Si ha diritto all'*assistenza a orario ridotto* presso apposite strutture ma solo per periodi di tempo limitati (quattro settimane all'anno) che siano successivi ad un ricovero ospedaliero o in presenza di condizioni particolari che non consentano il ricorso all'*assistenza domiciliare* o *parziale* in misura adeguata. L'*assistenza a orario ridotto* come alternativa all'*assistenza domiciliare* può essere concessa a patto che la persona incaricata abbia già prestato assistenza domiciliare al paziente in questione per almeno dodici mesi. Le spese sostenute dall'ente previdenziale per questo tipo di prestazione non devono superare i 2.800 marchi l'anno (§42).

Le norme relative alle prestazioni sopra esposte sono entrate in vigore il 1° aprile 1995 (la legge è entrata in vigore il 1° gennaio 1995), mentre l'articolo 43 sull'*assistenza a tempo pieno* è in vigore dal 1° luglio 1996. Si ricorre a tale prestazione presso apposite strutture solo quando la particolarità della situazione non renda possibile né opportuno l'utilizzo dell'*assistenza domiciliare* o *semiresidenziale*. Le spese a carico delle Casse di Assistenza riguardano tutte quelle prestazioni generiche relative al ricovero per una somma non eccedente i 2.800 marchi mensili, ma con l'impegno di non superare la media dei 2.500 marchi al mese per paziente. Questo limite può essere superato fino ad un massimo di 3.300 marchi solo in casi eccezionali inerenti gli assistiti del 3° livello (ad esempio, per gli ammalati terminali di cancro); il numero di casi eccezionali non deve riguardare più del 5% dell'insieme dei bisognosi del 3° livello. Le spese di vitto ed alloggio sono a carico del paziente, tuttavia le Casse di Assistenza si impegnano a contrattare con gli istituti delle tariffe economicamente accettabili, inoltre, al fine di detrarre dalle rette di degenza i costi sostenuti dagli istituti per la realizzazione e la manutenzione delle strutture, sono previste in questo settore delle sovvenzioni da parte delle regioni. Nell'eventualità in cui l'assistito opti per l'*assistenza a tempo pieno* senza un reale bisogno, ha diritto ad un sussidio di ammontare pari a quello previsto per il relativo livello di necessità per l'*assistenza domiciliare* (§36). La legge delega al governo il compito di precisare con decreto il tipo di prestazioni assistenziali fornite dalle strutture residenziali, l'onere delle spese di vitto ed alloggio per i pazienti con riferimento anche alle spese di investimento.

In linea generale, i risarcimenti forniti nell'ambito dell'*assistenza domiciliare* e personale sono prioritari rispetto alle prestazioni di

natura assistenziale e previdenziale previste dalle leggi sull'assistenza sociale. Tali risarcimenti non rientrano nel computo del reddito individuale, sulla cui base vengono concesse altre eventuali prestazioni sociali; in caso di coesistenza di forniture di servizi, le Casse di Assistenza dovranno accordarsi con gli enti previdenziali in modo da ripartire l'attività secondo il criterio della competenza (§13).

Abbiamo visto che le prestazioni assistenziali sono erogate da strutture competenti legate contrattualmente alle Casse di Assistenza. Tuttavia, nel contesto dell'assistenza domiciliare, le cure al non autosufficiente sono spesso fornite dai familiari o volontari. La legge li definisce come *personale assistente* purché siano occupati nell'assistenza per almeno 14 ore la settimana a titolo non professionale (§19). A favore del personale assistente che non svolga un'attività professionale regolarmente retribuita per più di 30 ore la settimana, la legge ha stabilito che gli enti presso i quali l'assistito è assicurato devono versare i contributi previdenziali ed inoltre devono essere tutelati gratuitamente contro gli infortuni (§44). L'entità dei contributi dipende dal grado di non autosufficienza dell'assistito e quindi dalla quantità di assistenza prestata, ma deve comunque garantire il diritto alla pensione; se l'assistito è seguito da più familiari, ognuno di loro ha diritto ai contributi previdenziali per una parte pari al quoziente tra il totale dei contributi versati ed il numero dei familiari che prestano assistenza (sempreché siano rispettate le condizioni necessarie per usufruire di tale diritto). Nella Tavola 6 che segue evidenziamo i contributi dovuti dalle Casse di Assistenza agli enti di previdenza pensionistica.

Sono previsti anche *corsi specifici per parenti dell'assistito e personale volontario* allo scopo di migliorare il livello di assistenza, alleviare il compito di tali persone dal punto di vista fisico e psichico e in genere promuovere e rafforzare l'impegno sociale. I corsi devono essere gratuiti e possono essere tenuti anche al domicilio dell'assistito. L'organizzazione spetta alle Casse di Assistenza che possono operare da sole o in collaborazione con altri enti o delegandola a strutture idonee concordando gli argomenti da trattare (§45).

TAVOLA 6

| Livello di necessità | Ore minime di assistenza settimanali | % della retribuzione di riferimento per determinare i contributi |       |       | Valore assoluto dei contributi (marchi) |        |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------------|--------|
|                      |                                      | Germania                                                         | Ovest | Est   | Ovest                                   | Est    |
| 1°                   | 14                                   | 26,66% di                                                        | 1.045 | 821   | 200,70                                  | 157,70 |
| 2°                   | 14                                   | 35,55% di                                                        | 1.394 | 1.095 | 267,60                                  | 210,26 |
|                      | 21                                   | 53,33% di                                                        | 2.090 | 1.643 | 401,41                                  | 315,39 |
| 3°                   | 14                                   | 40% di                                                           | 1.568 | 1.232 | 301,06                                  | 236,54 |
|                      | 21                                   | 60% di                                                           | 2.352 | 1.848 | 551,58                                  | 354,82 |
|                      | 28                                   | 80% di                                                           | 3.136 | 2.464 | 602,11                                  | 473,09 |

Fonte: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1994

Come abbiamo già visto, l'assicurazione stipulata presso una compagnia privata deve prevedere prestazioni equivalenti a quelle erogate dai fondi previdenziali pubblici, compresa la tutela dei familiari a carico e quella previdenziale in favore del personale assistente. Le compagnie private devono agire « nel rispetto delle clausole generali per l'equità sociale ». In particolare, si configura per le compagnie operanti nel ramo assistenziale una serie di obblighi molto limitativi della loro libertà di azione: i) a contrarre; ii) a coprire il rischio di patologie già presenti, iii) ad erogare le prestazioni con tempi di attesa analoghi a quelli riscontrati nei fondi pubblici; iv) a non diversificare il premio assicurativo in relazione allo stato di salute dell'assicurato; v) a non stabilire un premio superiore all'importo del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico <sup>56</sup>; vi) a concedere sconti quando l'assicurazione includa il coniuge, il cui reddito sia sotto un certo limite, in modo tale che il premio complessivamente pagato non ecceda il 150% del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico; vii) ad iscrivere gratuitamente i figli a carico al fondo, così come previsto dall'articolo 25. L'applicazione di tali clausole si ha nei confronti di chi risultava già iscritto ad una Cassa Malattia privata che provveda all'erogazione di tutte le prestazioni ospedaliere, di chi volontariamente iscritto ad una Cassa Mutua pubblica abbia scelto un fondo di assistenza privato, dei funzionari pubblici delle poste e delle ferrovie e di chi godendo gratuitamente di assistenza sanitaria sia obbligato ad iscriversi ad un fondo privato. Nei confronti di chi contrae una polizza dopo l'entrata in vigore delle legge non valgono tutte le clausole, per cui le compagnie private possono rifiutare di assicurare persone già non autosufficienti, possono diversificare il premio in base alle condizioni di salute dell'assicurato ma comunque senza superare il limite del contributo massimo previsto per il fondo di assistenza pubblico, non sono tenute a rispettare la clausola relativa all'entità del premio dovuto quando al fondo è iscritto anche il coniuge. Le limitazioni sull'entità dei premi valgono solo dopo cinque anni di adesione al fondo privato. Sempre nell'ottica di equiparare l'assicurazione pubblica a quella privata sono state determinate norme che prevedono l'accantonamento di riserve tecniche, l'utilizzo degli avanzi di gestione in favore degli assicurati ma anche norme che limitano i diritti di risoluzione e recesso del contratto tipici del settore assicurativo: infatti la compagnia non può sciogliere il contratto per morosità dell'assicurato anche se può chiedere l'esecuzione forzata del pagamento dei premi e sospendere le prestazioni fino a quando la situazione non è regolarizzata, mentre si è visto che l'assicurato può recedere dal contratto se al momento dell'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo sceglie di aderire ad un fondo previdenziale pubblico.

#### *Il finanziamento del sistema.*

I fondi previdenziali di assistenza sono finanziati con contributi ed entrate diverse. L'aliquota contributiva è pari all'1% del reddito im-

<sup>56</sup> Si tratta di 57 DM al mese finché l'aliquota contributiva è dell'1% e di circa 100 DM al mese dal momento (luglio 1996) in cui l'aliquota salirà all'1,7%.

ponibile per il periodo tra il 1° gennaio 1995 ed il 30 giugno 1996 e all'1,7% dal 1° luglio 1996. Coloro che godono già di sussidi assistenziali (vedi §28,2) sono tenuti a versare solo la metà dei contributi stabiliti, in quanto hanno diritto alla metà delle prestazioni dei fondi di assistenza. L'ammontare dei contributi non può superare il 75% della soglia massima prevista per l'assicurazione di rendita degli operai e degli impiegati (§55), attualmente pari a 5.700 marchi nella Germania Ovest e 4.700 marchi nella Germania Est. L'onere contributivo è diviso in parti uguali tra lavoratore e datore di lavoro. Qualora la figura del datore di lavoro non sussista, gli oneri relativi sono posti a carico: per i pensionati dell'ente previdenziale che eroga la pensione, per chi beneficia di sussidi di malattia delle Casse Mutue e per i disoccupati dell'Ufficio federale del lavoro. I militari (§21,6) e chi volontariamente abbia stipulato l'assicurazione contro le malattie sono tenuti a versare i propri contributi per intero, fatta eccezione per chi percepisce indennità per infortuni, malattia — i cui contributi sono interamente a carico della struttura riabilitativa competente — e per chi è membro statutario di organizzazioni religiose: in questo caso i contributi sono sostenuti dalla comunità (§59). In realtà, i lavoratori titolari di polizze malattia volontarie godono di una *sovvenzione contributiva* da parte dei datori di lavoro di un ammontare pari a quello previsto per i lavoratori obbligatoriamente assicurati (§61,1). Analoghe sovvenzioni sono riconosciute ai lavoratori dipendenti che abbiano contratto una polizza assicurativa privata; ai beneficiari di assegni di prepensionamento; ai partecipanti a corsi di preparazione professionale rivolti a bisognosi di terapie riabilitative o a programmi professionali sperimentali, a condizione che abbiano obbligatoriamente un'assicurazione sanitaria presso compagnie private <sup>57</sup>.

Sono invece *esonerati* dal pagamento dei contributi: i componenti del nucleo familiare qualora siano presenti le condizioni previste dall'articolo 25 (assicurazione familiare); il coniuge titolare di una pensione di reversibilità; l'orfano di un pensionato fino al raggiungimento della maggiore età; i percettori di assegni di maternità e familiari solo per il periodo in cui ne beneficiano; i non autosufficienti che usufruiscono di assistenza a tempo pieno e di altre prestazioni previste dalla legge sulla previdenza sociale (§56). Il versamento dei contributi viene materialmente effettuato dal datore di lavoro (tramite trattenuta su busta paga) o negli altri casi da chi per esso (§60). A fronte dell'onere che i datori di lavoro sono chiamati a sostenere dopo l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria contro la non autosufficienza, la legge prevede, per la sua prima fase di attuazione, l'eliminazione di una festività infrasettimanale. Qualora le regioni non provvedessero in tal senso, l'onere contributivo verrebbe assunto totalmente dai lavoratori. Per la seconda fase di attuazione della legge, si dovrà valutare l'eventualità dell'abolizione di un'ulteriore festività regionale infrasettimanale; nel caso in cui questa seconda compensa-

<sup>57</sup> Affinché si possa beneficiare delle sovvenzioni erogate dai datori di lavoro, la compagnia assicurativa deve essere stata autorizzata ad operare nel settore dal competente organo di vigilanza; deve gestire le polizze assistenziali secondo le stesse modalità dell'assicurazione sulla vita; deve utilizzare gli avanzi di gestione risultanti dalle polizze stipulate a favore degli assicurati; deve gestire congiuntamente le polizze assistenziali e sanitarie.

zione non venisse attuata, il lavoratore dovrà un contributo supplementare pari allo 0,7%, mentre la quota a carico del datore di lavoro sarà pari allo 0,5% (§58).

I redditi che costituiscono la *base imponibile* per il calcolo dei contributi coincidono con quelli previsti per i contributi dovuti alle Casse Mutue. Casi particolari sono ravvisabili per coloro che percepiscono indennità di infermità<sup>58</sup>, gli agricoltori<sup>59</sup>, chi abbia stipulato volontariamente l'assicurazione e chi non abbia l'obbligo dell'assicurazione contro le malattie (§57).

Per quanto riguarda la determinazione dei premi da parte dalle *compagnie private*, queste devono mediare tra i vincoli posti dalle clausole generali (vedi sopra) e le esigenze di sostenibilità attuariale la cui pura applicazione determinerebbe (vedi Par. 3.1) premi troppo elevati proprio per coloro che più hanno bisogno di assistenza. Per fronteggiare il problema il legislatore ha previsto la costituzione di un fondo perequativo organizzato e gestito da tutte le compagnie private, nazionali o estere, operanti nel settore assistenziale; tale fondo deve garantire alle compagnie una compensazione duratura ed efficace.

#### *Aspetti organizzativi ed istituzionali.*

L'assicurazione obbligatoria per i bisognosi di assistenza personale e domiciliare viene istituita come ramo autonomo della previdenza sociale (§1) attraverso la creazione di un apposito fondo previdenziale gestito dalle Casse di Assistenza in seno alle già esistenti Casse di Malattia<sup>60</sup>. Le Casse di Assistenza sono enti giuridici autonomi di diritto pubblico, sono dotate di un loro Statuto (§47) il quale deve anche prevedere i diritti ed i doveri degli organi che compongono le Casse di Assistenza, l'ammontare dei compensi previsti per il personale e la redazione ed approvazione del bilancio. Tuttavia, le Casse di Assistenza, in quanto costituite all'interno delle Casse Malattia, ne condividono gli organi gestionali, il personale, il patrimonio e rimangono unite qualsiasi variazione strutturale la Cassa Malattia assuma; sono sottoposte allo stesso organo di vigilanza e comune è l'organo di rappresentanza regionale e nazionale (§52,53) anche se le Casse di Assistenza devono istituire dei comitati operativi regionali o locali per svolgere le funzioni specifiche previste dalla legge. Tali funzioni (§12) consistono nel fornire assistenza agli assicurati collaborando con le strutture sanitarie e sociali in modo da organizzare le risorse dispo-

<sup>58</sup> Il reddito imponibile è pari all'80% della retribuzione imponibile sulla cui base è stato concesso il sussidio di infermità.

<sup>59</sup> Per gli imprenditori agricoli ed i familiari coadiuvanti il reddito imponibile è dato dal reddito da lavoro agricolo e forestale.

<sup>60</sup> Le Casse Malattia sono organizzazioni senza scopo di lucro, giuridicamente autonome, ad amministrazione autonoma. Sussiste l'obbligo di iscrizione per tutti i lavoratori (tuttavia la maggior parte dei pensionati e degli studenti partecipa al sistema dell'assicurazione malattia obbligatoria) con un reddito inferiore ad un determinato limite che viene attualizzato annualmente. I contributi sono a carico del datore di lavoro e del lavoratore in parti uguali, dipendono dal reddito ed i familiari a carico sono compresi nell'assicurazione senza ulteriori versamenti contributivi. I tassi di contribuzione differiscono fra le diverse Casse Malattia in relazione alla morbidità degli assicurati ed alla loro struttura demografica (vedi Salvadori 1996, 1997).

nibili e coordinare i trattamenti medici, l'assistenza fornita durante i trattamenti, le terapie riabilitative, l'assistenza di base e domiciliare intervenendo laddove vi siano delle carenze strutturali. Le Casse di Assistenza hanno inoltre compiti informativi e consulenziali allo scopo di indurre gli assistiti ad assumere atteggiamenti responsabili e di portarli a conoscenza dei programmi e delle prestazioni disponibili nel rispetto del diritto di riservatezza dell'assistito (§6).

Si configura una responsabilità comune delle regioni, comuni, uffici sanitari, strutture previdenziali... nel garantire assistenza ambulatoriale ed ospedaliera efficiente e capillare, nuove forme di assistenza domiciliare, programmi di riabilitazione, sviluppo di strutture ma anche attività che contribuiscano a diffondere una cultura dell'aiuto e della dedizione nei confronti del prossimo. La legge ha quindi stabilito (§10) che il Governo Federale istituisca una Commissione per le Questioni relative all'Assicurazione Obbligatoria per l'Assistenza Personale e Domiciliare alla quale partecipino tutte le strutture competenti in materia previdenziale ed assistenziale con compiti informativi nei confronti del Governo Federale in materia di servizi assistenziali, producendo in particolare stime e studi sulla cui base attuare interventi migliorativi coordinando le risorse e fornendo dati consuntivi.

Coerentemente con la struttura federale dello Stato tedesco, sono le regioni (§9) che devono finanziare la realizzazione e la manutenzione delle strutture assistenziali curandosi che la loro presenza sul territorio sia sufficiente e che la loro attività si espliciti nel rispetto dei criteri di efficienza e di economicità. Le regioni dovrebbero trarre i fondi necessari dai tagli alla spesa sanitaria risultanti dall'introduzione dei fondi previdenziali di assistenza.

Gli enti assistenziali devono erogare prestazioni in linea con lo stato dell'arte nel settore medico-sanitario e secondo criteri di umanità ed utilità. Possono operare solo se legati da contratto a Casse di Assistenza o ad altre associazioni che agiscono per conto di queste (§29, 2), nel completo rispetto delle strutture assistenziali già esistenti, nonché della loro autonomia istituzionale, organizzativa e operativa (§69).

I rapporti tra le Casse di Assistenza e gli enti assistenziali che erogano effettivamente le prestazioni riguardano aspetti diversi: essi sono regolati da convenzioni di assistenza, accordi tariffari, convenzioni di riferimento e raccomandazioni generali.

Tutte le convenzioni stipulate devono ottemperare al principio del pareggio finanziario. La *convenzione di assistenza* viene concordata tra l'ente che gestisce la struttura e l'associazione regionale delle Casse di Assistenza. All'ente, che fornisce le prestazioni secondo le norme del diritto pubblico, viene richiesto un servizio che sia quantitativamente sufficiente e di qualità elevata ad un costo accettabile. Una convenzione può essere disdetta solo nel caso in cui tali requisiti non siano rispettati per un periodo di tempo lungo. Nell'accordo viene ovviamente specificato il tipo, il contenuto e l'entità delle prestazioni.

L'*accordo tariffario* prevede un rimborso, basato su tariffe precise per ogni prestazione, concordato tra l'ente erogatore del servizio e le Casse di Assistenza locali. Nel caso in cui l'accordo tariffario si

accompagni ad una convenzione di assistenza, le Casse di Assistenza pagano le prestazioni direttamente all'ente erogatore; in caso contrario, l'ente erogatore può concordare il prezzo con l'assistito, il quale ha diritto ad un rimborso da parte del fondo di assistenza solo per l'80% del valore della prestazione corrispondente al suo livello di non autosufficienza e non sono ammesse integrazioni con prestazioni di altri fondi assistenziali. Le strutture assistenziali non sono esenti dal rischio imprenditoriale in quanto è venuto meno il principio delle coperture a posteriori di eventuali perdite finanziarie: per questa ragione le tariffe devono essere stabilite in modo da garantire all'ente erogatore un risultato di gestione positivo.

Le *convenzioni di riferimento* vengono stipulate dalle associazioni regionali delle Casse di Assistenza in collaborazione con il servizio medico e con l'associazione degli enti assistenziali. Queste sono immediatamente operative e vincolanti per tutte le Casse di Assistenza e le strutture abilitate nel territorio della regione. Anche le autorità ecclesiastiche, le comunità religiose di diritto pubblico e le associazioni di beneficenza possono stipulare convenzioni di riferimento valide per tutti gli enti loro sottoposti. Tali convenzioni regolamentano soprattutto i contenuti delle prestazioni, i parametri operativi di riferimento e i principi di dotazione del personale.

Le *raccomandazioni generali*, elaborate a livello nazionale dalle associazioni delle Casse di Assistenza e degli enti assistenziali, con la collaborazione dei servizi medici, della confederazione dei consorzi comunali e del comitato nazionale degli enti associativi regionali, sono inerenti i contenuti delle convenzioni di riferimento, al fine di garantire un'assicurazione efficace ed omogenea su tutto il territorio nazionale.

La soluzione di eventuali conflitti e controversie spetta ad una corte arbitrale formata da rappresentanze delle associazioni regionali delle Casse di Assistenza e degli enti assistenziali in parti uguali, con voto decisivo del presidente in caso di parità. La corte arbitrale decide in merito a clausole delle convenzioni di riferimento ed a tariffe di pagamento delle prestazioni. La decisione della corte può essere impugnata con ricorso alla giurisdizione previdenziale. Come per altri aspetti, il controllo sulle attività delle Casse di Assistenza viene assimilato a quello sulle Casse Mutue Malattia, le quali sono soggette, con frequenza quinquennale, ad una verifica gestionale e contabile da parte dell'Ente Federale delle Assicurazioni e delle massime autorità amministrative regionali competenti in materia di previdenza sociale; ciò non esclude che il controllo sulle Casse di Assistenza possa essere affidato ad uno specifico ente di diritto pubblico che operi sul territorio federale; la revisione si estende a tutte le attività delle Casse, tenendo conto dei criteri di legalità ed economicità (§46,6).

Per quanto riguarda le spese amministrative sostenute dalle Casse Malattia a seguito dell'istituzione al loro interno delle Casse di Assistenza per l'impiego di infrastrutture logistiche, di materiale e personale, si è previsto un rimborso da parte delle Casse di Assistenza in ragione del 3,5% del valore medio delle spese sostenute per i servizi erogati e dei premi riscossi. (§46,3). Poiché tale ammontare si riferisce all'insieme delle Casse di Assistenza (a tale scopo tra tutte le Casse di

Assistenza si stabilisce un regime di perequazione finanziaria), (§66), la ripartizione alle singole Casse Mutue, effettuata dalle Direzioni Centrali delle Casse Mutue, deve essere fatta in relazione agli effettivi esborsi sostenuti. Ciò non esclude la possibilità che il Ministero Federale del Lavoro e della Previdenza Sociale, d'intesa con il Ministero della Sanità, emani regole sulle modalità di rimborso delle spese amministrative e ne modifichi l'entità a seguito delle verifiche contabili. Inoltre le Casse di Assistenza devono partecipare alle spese dell'Ufficio Sanitario della Mutua per il 50%, mentre sono interamente a loro carico le spese relative al personale ed alla revisione contabile.

Le risorse delle Casse di Assistenza sono costituite da fondi di esercizio e da riserve (§62). Nei fondi di esercizio si considerano i crediti ed i debiti a bilancio, mentre vengono escluse le spese correnti. Tali fondi devono essere tenuti a disposizioni oppure investiti in attività che tuttavia non ne impediscano il loro utilizzo per le attività contemplate dalla Legge o dallo Statuto di ciascuna Cassa di Assistenza, nonché per le spese amministrative; per la costituzione di fondi di riserva e per il finanziamento del fondo di compensazione (§63). L'entità del fondo non deve superare l'ammontare delle spese per far fronte alle quali esso è costituito; più precisamente, la consistenza del fondo, calcolato come media mensile dell'anno finanziario, non deve eccedere le spese preventive nel bilancio relative a quel mese. I fondi di riserva (§64) servono per garantire alle Casse di Assistenza la propria operatività, per cui intervengono nella copertura delle spese correnti quando i fondi di esercizio non siano sufficienti; possono essere investiti in attività purché siano facilmente utilizzabili per questo scopo. La riserva minima obbligatoria è pari al 50% dell'importo medio mensile previsto a budget per coprire gli esborsi, eventuali eccedenze possono essere impiegate per la copertura di spese di esercizio; ulteriori eccedenze possono sommarsi nel fondo di compensazione, entro i primi quindici giorni di ogni mese. Sono le Casse di Assistenza a gestire i fondi di riserva mentre è l'Ente Federale delle Assicurazioni che amministra il *fondo di compensazione* (§65). Questo è costituito dai contributi pensionistici, dalle eccedenze dei fondi di esercizio e di riserva e dai redditi di capitale. Come per gli altri fondi, anche le risorse del fondo di compensazione possono essere investite sempreché siano disponibili per coprire le spese per le quali le Casse di Assistenza non dispongano delle risorse necessarie. Nell'eventualità che si verifichi tale situazione, la Cassa di Assistenza preleva la differenza che scaturisce, su base mensile, dal confronto tra l'ammontare delle spese registrate, l'ammontare dei contributi effettivi, l'ammontare obbligatorio minimo dei fondi di esercizio e di riserva previsti e l'ammontare dei fondi di esercizio e di riserva effettivi. Qualora invece le entrate, — dopo aver tenuto conto delle riserve obbligatorie — siano superiori alle spese, la Cassa di Assistenza deve versare l'eccedenza nel fondo di compensazione. Tali operazioni si effettuano mensilmente e vengono verificate alla fine dell'anno solare, in sede di compensazione finale, sulla base dei dati di gestione e di bilancio redatti da tutte le Casse di Assistenza <sup>61</sup>.

<sup>61</sup> Nel caso in cui si evidenzino degli errori, questi verranno tenuti in considerazione con effetti sulle compensazioni dell'anno successivo in base alla normativa vigente. Norme più dettagliate in materia possono essere emanate dal governo.

*Assicurazioni private e meccanismi impliciti di competizione.*

Il legislatore tedesco ha cercato di conciliare due esigenze tendenzialmente contrastanti: da un lato si voleva lasciare agli individui la libertà di scegliere il soggetto (pubblico o privato) presso il quale assicurarsi; dall'altro lato si voleva costringere gli individui a concentrare in un unico soggetto il prestatore di assicurazione sanitaria e di assicurazione contro la non autosufficienza.

In effetti, la libertà di scelta per gli individui comporta l'attivazione di forme di competizione tra soggetti assicuratori e può quindi contribuire all'efficienza nell'erogazione dei servizi. Al contrario, accorpando in un unico soggetto (le Casse Mutue di Malattia) le funzioni di assistenza sanitaria generica e l'assistenza ai non autosufficienti si possono ottenere due ordini di vantaggi (vedi Bundesministerium..., 1994, p 50): i) si evita la creazione di un nuovo e costoso apparato burocratico e si possono sfruttare molteplici sinergie: la non autosufficienza e la malattia sono in effetti due rischi sociali strettamente connessi tra loro e — come si è detto — non sempre è facile tracciare un confine netto tra le prestazioni di competenza dell'una o dell'altra; ii) conseguentemente, le casse mutue dispongono già di notevole esperienza nel campo assistenziale e possono quindi « non partire da zero ».

La scelta effettuata dal parlamento tedesco è di compromesso anche se prevale nettamente la tutela del principio che a gestire il fondo previdenziale di assistenza debba essere, per ciascun assistito, lo stesso ente che gestisce la cassa di malattia. Coerentemente con questo principio vige infatti la regola generale che vede obbligati ad iscriversi a casse di assistenza private coloro che abbiano una polizza privata per l'assistenza sanitaria (circa 7 milioni di cittadini)<sup>62</sup>; analogamente i cittadini iscritti a casse malattia pubbliche devono iscriversi alla stessa mutua anche per l'assistenza contro la non autosufficienza<sup>63</sup>. Esistono delle deroghe a questo principio generale: chi abbia optato per una cassa sanitaria pubblica può essere esonerato (non si tratta dunque di un diritto ma di una concessione, vedi §22) dietro propria richiesta a condizione che provi di avere stipulato analoga polizza assicurativa presso una compagnia privata. Coerentemente con il principio sopra enunciato, a chi possiede una polizza sanitaria privata (e non desideri contrarre anche una polizza di assistenza privata) viene offerta — come si è detto — la possibilità di disdire la polizza esistente e di passare « in toto » alle mutue pubbliche.

In definitiva, sembra che il legislatore tedesco abbia largamente privilegiato l'esigenza di rendere efficiente il meccanismo di erogazione complessivo di erogazione sanitaria e assistenziale attraverso processi di razionalizzazione interni all'organizzazione produttiva piuttosto che

<sup>62</sup> Il desiderio di applicare in modo rigido il principio dell'unicità dell'ente assicuratore era talmente forte che in un primo momento si voleva obbligare il cittadino con assicurazione sanitaria privata ad assicurarsi contro la non autosufficienza presso la stessa compagnia di assicurazione. La presenza di evidente contrasto con le norme CEE in materia di concorrenza ha poi impedito di seguire questo orientamento (vedi il capitolo « Il fondo di assicurazione privato » curata da Inge Lutter in Bundesministerium..., 1994).

<sup>63</sup> La legge (§20) parla significativamente di « obbligo di estensione dell'assicurazione obbligatoria malattie all'assistenza personale e domiciliare ».

attraverso meccanismi di competizione sul mercato. Anche in questa scelta si può ravvisare la natura del capitalismo renano contrapposta a quella del capitalismo anglosassone.

## 6. *L'esperienza francese.*

### 6.1 Introduzione.

Prima della legge n. 97-60 del 24 Gennaio 1997, l'assistenza alle persone non autosufficienti era realizzata in Francia attraverso l'azione di una pluralità di istituti rivolta indistintamente verso persone anziane e non. La legge in questione istituisce invece una prestazione specifica riservata alle persone non autosufficienti anziane.

Il sistema francese è caratterizzato dal fatto che rami diversi del sistema di sicurezza sociale e del sistema sanitario nazionale svolgono ruoli complementari che vengono integrati da interventi delle casse di assistenza sociale delle collettività locali. Esistono poi schemi specifici che erogano prestazioni a favore di alcune categorie professionali. Questo insieme di interventi da un lato garantisce all'assistenza nel suo insieme un pluralismo di soggetti erogatori che può essere visto con favore; d'altra parte, questo complesso meccanismo è anche fonte di difficoltà di coordinamento.

In particolare, le forme di assistenza domiciliare si sono sviluppate a partire dai primi anni '80 grazie anche al ruolo importante svolto dalle associazioni senza scopo di lucro: dietro richiesta di un medico o di un assistente sociale viene attivata l'erogazione del servizio da parte di una società non profit che viene poi pagata dall'assistenza sociale. Nel 1980 beneficiava di prestazioni domiciliari circa il 3% della popolazione con più di 65 anni, nel 1986 questa percentuale era già salita al 7%; nel 1991 il numero medio di ore di aiuto per settimana era pari a 2,77 (OECD, 1996).

Le principali differenze rispetto alla legge tedesca sono tre: a) come si è visto, nel caso tedesco si è deciso di trattare il problema della non autosufficienza in generale (indipendentemente dall'età del disabile); b) in Francia l'importo delle prestazioni dipende dalla situazione reddituale e patrimoniale del soggetto e c) diverse sono le modalità di finanziamento dello schema.

Si stima (OECD, 1996) che la riforma francese riguarderà l'assistenza domiciliare di circa 400.000 non autosufficienti e l'assistenza in casa di cura di circa 240.000 persone. Il costo annuo previsto (OECD, 1996) è di 14 miliardi di franchi. Il governo francese stima che l'erogazione di queste prestazioni di assistenza consentirà di creare oltre 50.000 nuovi posti lavoro.

### 6.2 I principali contenuti della legge francese <sup>64</sup>.

La legge 97-60 del 24/1/1997 istituisce una prestazione in natura (« *prestation spécifique dépendance* ») per persone non autosufficienti

<sup>64</sup> Le fonti normative qui utilizzate sono: il testo di legge pubblicato sul Journal Officiel de la République Française del 25/1/1997 pp. 1280 e segg. \*ed i decreti attuativi del Ministero del lavoro e degli affari sociali n. 97-426 e 97-427 entrambi del 28.4.97 pubblicati sul Journal Officiel de la République Française del 30/4/1997 pp. 6529 e segg.