



PICCOLA
GUIDA
al **SISTEMA**
SANITARIO
in **GERMANIA**





Il Com.It.Es Berlin risponde alla necessità di tutelare il diritto alla salute dei cittadini italiani residenti in Germania realizzando questa guida di facile consultazione, il cui scopo è chiarire il funzionamento del sistema sanitario tedesco, fornire le informazioni utili ad orientarsi nel campo delle assicurazioni e dare riscontro alle domande più frequenti.

Vorremmo che sempre più soggetti si riferissero a questo strumento, che è il risultato del lavoro congiunto di istituzioni pubbliche e di associazioni attive nel

territorio berlinese: il nostro intento è aumentare le competenze di ognuno per rendere più consapevoli le scelte nel campo della salute e della prevenzione.

Un cittadino informato è un cittadino più forte.

Simonetta Donà

Presidente del Com.It.Es Berlin



È un particolare piacere presentare questo Vademecum che è il risultato di una concreta e fruttuosa collaborazione tra la Cancelleria consolare di Berlino, il Com.It.Es di Berlino e la AOK Nordost.

Esso è inteso a fornire a tutti coloro che si sono recentemente trasferiti a Berlino o che sono in procinto di farlo, informazioni pratiche su un aspetto specifico di grande importanza, quello dell'assistenza medica. Scopo di questa pubblicazione è quello di sottolineare le differenze tra i due ordinamenti, di illustrare come interagiscono tra loro e di permettere

all'utente che trasferisce la propria residenza in Germania di fare scelte consapevoli e ragionate.

Si tratta inoltre, attraverso un'informazione semplice e concreta, di aiutare il cittadino a comprendere in che modo coniugare l'obbligo dell'iscrizione all'AIRE con una copertura assicurativa in campo sanitario.

Esprimo pertanto un mio ringraziamento personale a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo progetto e alla pubblicazione di questo importante strumento informativo.

Pietro Benassi

Ambasciatore d'Italia a Berlino

Indice

- 1** *Come funziona il sistema sanitario in Germania?* > PG 6
- 1.1** Copertura sanitaria > PG 7
 - 1.2** Casse mutue e assicurazioni private > PG 8
 - 1.3** L'assistenza infermieristica delle cure di lunga durata (Pflege) > PG 11
- 2** *Servizi di salute mentale* > PG 14
- 2.1** Servizi per le tossicodipendenze > PG 18
- 3** *FAQ - domande frequenti* > PG 22

COME FUNZIONA IL SISTEMA SANITARIO IN GERMANIA?



- 1.1** COPERTURA SANITARIA
- 1.2** CASSE MUTUE E ASSICURAZIONI PRIVATE
- 1.3** L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DELLE CURE DI LUNGA DURATA (*PFLEGE*)



COME FUNZIONA IL SISTEMA SANITARIO IN GERMANIA?

Il settore sanitario è regolato da una legislazione molto complessa, contenuta nei 12 libri del codice di diritto sociale e sanitario (*Sozialgesetzbücher*).

Tale diritto viene tutelato da un apposito apparato giuridico (*Sozialrecht*) - che non ha eguali nel nostro paese - e da un corrispondente foro (*Sozialgericht*).



COPERTURA SANITARIA

Per i residenti in Germania c'è l'obbligo della copertura sanitaria.

Questa non viene finanziata attraverso le tasse, si tratta invece di un contributo aggiuntivo.

La spesa deve essere coperta dall'interessato, il quale sceglie la propria forma assicurativa, pubblica oppure privata.

Per assicurarsi privatamente, il lavoratore dipendente deve avere però un reddito lordo annuo superiore a 56.250 Euro (2016), pari a 4.687,50 Euro mensili lordi (*Versicherungspflichtgrenze*).

Il datore di lavoro si fa carico di una parte della spesa per i dipendenti, con l'esclusione dei cosiddetti "Minijob".

La quota deve invece essere versata interamente dal lavoratore autonomo.

Studenti, freelance, lavoratori

autonomi e impiegati statali col titolo di "Beamte" sono liberi di scegliere un'assicurazione privata senza limiti di reddito.

Ci sono inoltre differenze relative alle quote assicurative da versare attraverso la propria pensione.

Il passaggio dall'assicurazione privata a quella pubblica oggi non è possibile.

È quindi opportuno farsi consigliare prima di effettuare scelte definitive.

Per chi percepisce un sussidio di disoccupazione (ALG I, ALG II), l'assicurazione sanitaria viene pagata dal "Job Center" oppure dall' "Agentur für Arbeit".

Le persone immigrate di recente possono usufruire di questo sostegno solo se hanno lavorato in Germania per un determinato periodo di tempo.

1.2

CASSE MUTUE E ASSICURAZIONI PRIVATE

Sia le casse mutue pubbliche (Krankenkassen) che le assicurazioni private (Privatversicherungen) garantiscono le prestazioni sanitarie.

Il 90% della popolazione in Germania è assicurato tramite le casse mutue. Anche se ci sono 123 casse mutue (1 luglio 2015) i contributi variano di poco. Attualmente (gennaio 2016) si aggirano attorno al 15,1-16% del reddito lordo, che corrisponde al 14,6% di contributo fisso (*Beitragsatz*) più lo 0,4%-1,4% di contributo variabile (*Zusatzbeitrag*).

Le casse mutue finanziano le stesse prestazioni mediche e paramediche di base (*Regelversorgung*).

Queste possono variare nell'offerta specialistica; per esempio nel caso di

progetti speciali per la cura di alcune malattie, come il diabete (DMP). In Germania non troviamo servizi sanitari territoriali o comunitari. In alcune città ci sono delle strutture pubbliche e private che offrono dei servizi integrati (*Integrierte Versorgung*), in cui le prestazioni mediche, infermieristiche e talora anche di supporto sociale, sono coordinate tra loro. Si tratta di singoli progetti gestiti solo da alcune casse mutue (*Selektivverträge*). È opportuno, quindi, informarsi sulle offerte della propria cassa mutua.



L'assistenza sanitaria di base comprende le seguenti prestazioni standard mediche e paramediche:

- ***Assistenza sanitaria ospedaliera***
- ***Assistenza sanitaria ambulatoriale presso un ambulatorio ospedaliero oppure del medico specialista convenzionato.***
Le visite ginecologiche e pediatriche non necessitano della prescrizione del medico di medicina generale (Überweisung).
- ***Medicina di base convenzionata: la scelta del medico é libera***
- ***Cure palliative (Palliativmedizin)***
- ***Ausili sanitari (Hilfsmittelkatalog)***



L'assistenza sociale extra ospedaliera non è considerata una prestazione sanitaria.

Prevenzione e riabilitazione medica vengono finanziate solo in settori specifici, come ad esempio la prevenzione del cancro al seno, con la periodica esecuzione gratuita della mammografia per le fasce a rischio.

Per quanto riguarda la fisioterapia è prevista una partecipazione alla spesa.

Vengono finanziate anche alcune prestazioni infermieristiche a domicilio per limitati periodi di tempo e le cure dentistiche di base. La maggior parte della spesa è a carico dell'interessato.

Normalmente la riabilitazione, l'assistenza sociale, il supporto abitativo, l'inserimento lavorativo e l'assistenza infermieristica vengono offerti da istituzioni diverse.

Le procedure burocratico-amministrative e i criteri per accedere ai diversi servizi sono differenziati.

I programmi di riabilitazione vengono regolati da una particolare legislazione, che fa riferimento all'inserimento

lavorativo. Essi vengono offerti da istituzioni sia ospedaliere che extraospedaliere e convenzionate con gli enti pensionistici (*Rentenversicherungsträger*). La riabilitazione medica, in alcuni casi, può essere finanziata anche dalle casse mutue.

Le assicurazioni private offrono prestazioni molto diverse a seconda dell'età, della persona e del tipo di contratto.

Le quote assicurative sono fisse, non variano a seconda del reddito.

Le persone giovani e sane pagano meno, mentre con l'aumentare dell'età e con l'insorgere di patologie, la quota da versare diventa maggiore.

Il pacchetto concordato può, inoltre, richiedere una quota di partecipazione diretta variabile, offrire solo prestazioni di base, oppure prestazioni di lusso e di medicina alternativa, questo a seconda dell'ammontare della tariffa pagata dall'assicurato.



L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DELLE CURE DI LUNGA DURATA (PFLEGE)

Nel caso di malattie a decorso cronico subentra la cassa per l'assistenza infermieristica delle cure di lunga durata (Pflegeversicherung).

Il contributo obbligatorio equivale, per il 2016, al 2,35% del reddito imponibile per tutti i soggetti minori di 23 anni, oppure maggiori di 23 anni con figli.

Per individui maggiori di 23 anni senza figli, questo ammonta al 2,6%.

La quota viene pagata per intero dal lavoratore autonomo e - nel caso di lavoratore dipendente - l'importo verrà suddiviso con il datore di lavoro.

L'importo massimo è di 99,58 Euro mensili, corrispondenti ad un reddito lordo di 4.237,50 Euro mensili (*Beitragbemessungsgrenze*).

L'assistenza, in questo caso,

può essere erogata come rimborso direttamente all'interessato oppure come servizio di assistenza. L'erogazione del servizio domiciliare, oppure in casa di riposo, presuppone una perizia infermieristica o medica che valuti il grado di disabilità della persona. Sono previsti tre gradi di disabilità (*Pflegestufen*), cui corrisponde un budget definito.

Sono previsti inoltre sussidi integrativi in caso di malattie specifiche come, ad esempio, la demenza.

SERVIZI DI SALUTE MENTALE



2.1 SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE



SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Un discorso a parte va fatto per i servizi psichiatrici e psicoterapeutici, regolati in modo più complesso.

L'assistenza sanitaria di base comprende le seguenti prestazioni standard mediche e paramediche:

- *Le degenze psichiatriche ospedaliere*** (in alcune città ci sono reparti situati nell'ospedale generale, in altre in ospedali psichiatrici)
- *Le visite psichiatriche ambulatoriali, la farmacoterapia e la psicoterapia***
- *In caso di crisi psichiatriche acute, lo psichiatra può attivare un servizio di assistenza psichiatrica domiciliare*** (psychiatrische Krankenpflege), **finanziato dalle casse mutue per un periodo fino a quattro mesi**
- *Per l'inserimento sociale è prevista la figura del terapeuta sociale*** (Soziotherapeut). **La cassa mutua finanzia un determinato contingente di interventi socioterapeutici, che devono essere prescritti dallo specialista. L'utente deve pagare una modesta cifra integrativa** (Selbstbeteiligung)



I comuni, le circoscrizioni e i Länder finanziano (*Zuwendung*) anche piccoli progetti per periodi di tempo definiti che non vengono inseriti nei programmi standard di assistenza.

A Berlino, il Senato della città finanzia un servizio di supporto per situazioni di crisi, il Berliner Krisendienst. Gli ospedali psichiatrici e i reparti di psichiatria degli ospedali generali ospitano anche alcuni ambulatori. La scelta dello psichiatra e dello psicologo esterni convenzionati è libera. Le psicoterapie finanziate dalle casse mutue sono

esclusivamente di due tipi: cognitivo-comportamentale e a orientamento psicoanalitico-psicodinamico. I tempi d'attesa sono piuttosto lunghi e in alcuni Länder possono essere anche di qualche mese. Per le urgenze è pertanto opportuno rivolgersi all'ospedale del proprio quartiere.

I **servizi sociali** del comune, della circoscrizione o del Land finanziano servizi psicosociali extraospedalieri di quartiere nell'ambito dell'assistenza garantita per legge ai meno abbienti. Gli utenti e le loro famiglie, con un reddito al di sopra di un tetto stabilito per legge, devono contribuire o pagare interamente il servizio. Vengono controllati tutti i tipi di reddito e i patrimoni, come ad esempio la casa di proprietà.

Di seguito alcuni esempi di servizi offerti, in cui lavorano prevalentemente assistenti sociali (*Sozialarbeiter und Sozialpädagogen*):

- **Supporto abitativo** (*betreutes Wohnen*)
- **Supporto nel quotidiano** (*Einzelfallhilfe*)
- **Lavoro protetto** (*Zuverdienst- und Beschäftigungsprojekte*)
- **Centro assistenziale diurno** (*Tagesstätte*)

Un discorso a parte va fatto per i servizi psichiatrici sociali (*sozialpsychiatrische Dienste*). Questi vengono finanziati dai comuni, dalle circoscrizioni o dai Länder. I medici e gli operatori dello staff intervengono soprattutto

nell'avvallo dei trattamenti sanitari obbligatori (*Zwangseinweisung, Unterbringung*) e nel controllo amministrativo e peritale delle prestazioni erogate dai servizi sociali.

2.1 SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

I reparti di psichiatria e gli ospedali psichiatrici erogano le cure mediche necessarie nelle fasi acute, per esempio nella fase di disintossicazione (Entgiftungsbehandlung).

A livello extraospedaliero sono attivi centri di consulenza finanziati dagli enti locali e competenti per territorio (*Suchtberatungsstellen*).

Si tratta di strutture facilmente accessibili, nelle quali è possibile entrare in contatto, in tempi brevi, con uno staff di psicologi e assistenti sociali competenti.

Questi servizi funzionano in modo simile ai servizi italiani; ad esempio, non è necessaria la prescrizione del medico e talora viene garantito l'anonimato.

Questi centri collaborano con i gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio e con gli altri servizi sanitari e comunali.

Per il percorso di riabilitazione e per l'inserimento lavorativo (*Entwöhnung*) sono attive varie strutture - sia di tipo ambulatoriale che ospedaliero - **finanziate generalmente dagli enti pensionistici, cui si accede su richiesta e perizia del medico proponente (*di regola il medico di base*).**

FAQ - DOMANDE FREQUENTI





FAQ - DOMANDE FREQUENTI

1 **L'assicurazione sanitaria in Germania è obbligatoria?**

Sì. A partire dalla data di registrazione del proprio domicilio in Germania (*Anmeldung*) è obbligatorio godere di una copertura sanitaria. Essa si ottiene registrandosi presso una cassa di assicurazione malattia (*Krankenkasse*).

2 **Quali prestazioni eroga la cassa malattia?**

La cassa malattia tedesca eroga due forme di copertura assicurativa, entrambe obbligatorie:

- la *Krankenversicherung*: l'assicurazione sanitaria propriamente detta, che ci assicura contro il rischio di malattia o infortunio e garantisce assistenza medica in base ai bisogni di ciascun assicurato;
- la *Pflegeversicherung*: l'assicurazione copre l'utente che va incontro al rischio di non-autosufficienza, che questo sia futuro, temporaneo oppure a lungo termine. I beneficiari della *Pflegeversicherung* sono gli assicurati di qualsiasi età che necessitano di aiuto per svolgere le azioni quotidiane ricorrenti: igiene personale, alimentazione, mobilità e faccende domestiche.

3 **Posso continuare ad utilizzare la mia tessera sanitaria italiana?**

La tessera sanitaria italiana garantisce una copertura assicurativa a chi soggiorni temporaneamente all'estero e debba affrontare situazioni di emergenza. I controlli di routine o le visite programmate (ad esempio visita annuale dal ginecologo o dall'oculista, parto, fisioterapia, etc...) sono a carico dell'utente. Alcune categorie - come studenti, pensionati e lavoratori distaccati - possono godere dell'assistenza sanitaria completa, garantita dalla cassa malattia tedesca, in tutti i paesi dell'Unione Europea, per mezzo del formulario europeo S1, rilasciato dalla ASL in Italia. Chi trasferisce la propria residenza all'estero deve iscriversi all'AIRE. Ciò comporta la cessazione dell'assistenza medica da parte del Servizio Sanitario Nazionale italiano.



4 **Posso assicurarmi ugualmente, anche se non ho ancora un lavoro dipendente?**

Sì. Coloro che non svolgono, al momento, alcuna attività lavorativa come dipendenti, hanno la possibilità di stipulare ugualmente un'assicurazione chiamata, in questo caso, volontaria (*freiwillige Versicherung*) presso una cassa malattia tedesca. L'assicurato si impegna a pagare la quota assicurativa di base, attualmente di circa 160 Euro mensili. Anche i liberi professionisti possono sottoscrivere un'assicurazione volontaria, sebbene a diverse condizioni di prezzo (vedi punto 9).

5 **Io ho un Minijob. Sono automaticamente coperto da assicurazione sanitaria?**

No, attenzione! I lavori pagati sulla base del Minijob non prevedono l'obbligo del pagamento dei contributi da parte del datore di lavoro. Ciò significa che ciascuno ha il dovere di procurarsi autonomamente un'assicurazione sanitaria (come da punto 4).

6 **La mia assicurazione copre anche i familiari a carico?**

L'assicurato ha la possibilità di estendere senza costi aggiuntivi la propria assicurazione anche ai familiari (coniuge o figli), se sussistono le seguenti condizioni:

- il coniuge o partner registrato (*eingetragener Lebenspartner*) deve essere domiciliato oppure residente in Germania, non lavoratore o avente entrate non superiori ad un mensile lordo di 415 Euro o 450 Euro in caso di lavoro Minijob;
- i figli (naturali o adottivi e, in alcuni casi, anche i nipoti) fino all'età di 23 anni - oppure 25 anni se studenti universitari - devono essere domiciliati o residenti in Germania, non lavoratori o aventi entrate non superiori ad un mensile lordo di 415 Euro o 450 Euro in caso di lavoro Minijob

7 Per quanto tempo sono ancora coperto da assicurazione sanitaria dopo il licenziamento?

L'assicurazione sanitaria sarà valida ancora per 4 settimane a partire dalla data della disdetta (*Abmeldung*) da parte del datore di lavoro.

8 Quanto costa l'assicurazione sanitaria per i lavoratori dipendenti?

I costi dell'assicurazione sanitaria sono stabiliti per legge e variano proporzionalmente al reddito. Gli importi mensili a carico del lavoratore dipendente vengono detratti direttamente dalla sua busta paga:

- l'assicurazione malattia (*Krankenversicherung*) costa mensilmente il 14,6% delle entrate lorde dell'assicurato. Il datore di lavoro è tenuto a sostenere tali costi al 50%. Questi, dunque, pagherà alla Krankenkasse il 7,3% dello stipendio lordo del proprio dipendente. Ciascun dipendente è tenuto a pagare il restante 7,3% del proprio salario lordo più un importo aggiuntivo (*Zusatzbeitrag*) stabilito individualmente dalle singole Krankenkassen, che varia dallo 0,4% all'1,4% del reddito lordo;
- la quota mensile per l'assicurazione infermieristica delle cure di lunga durata (*Pflegeversicherung*) ammonta al 2,6% delle entrate lorde dell'assicurato maggiore di 23 anni che non abbia figli. Negli altri casi il costo è 2,35%. Tutti i lavoratori dipendenti hanno, inoltre, l'obbligo di certificare al proprio datore di lavoro l'iscrizione ad una cassa malattia tedesca (*Krankenkasse*)

9 Quanto costa l'assicurazione sanitaria per i liberi professionisti e i lavoratori autonomi?

Il lavoratore autonomo può scegliere tra l'assicurazione privata e l'iscrizione volontaria alla cassa mutua. Egli paga mensilmente e per intero gli importi assicurativi, ossia:

- la quota mensile per l'assicurazione malattia (*freiwillige Krankenversicherung*) ovvero il 14%, più l'importo aggiuntivo di circa 0,9% di tutte le entrate mensili lorde
- la quota mensile per l'assicurazione infermieristica delle cure di lunga durata (*Pflegeversicherung*) che ammonta al 2,6% delle entrate lorde dell'assicurato che sia maggiore di 23 anni e non abbia figli. Negli altri casi il costo è del 2,3%

Esistono, inoltre, delle soglie di reddito minimo e massimo al di sotto ed al di sopra delle quali, rispettivamente, l'assicurazione sanitaria avrà sempre il medesimo costo.

Per i Minijobber e per le persone che non esercitano alcuna attività lavorativa, vedi punti 3 e 4.

10 Ricevo il sussidio dal Job Center. Sono coperto da assicurazione sanitaria?

Sì. Il Job Center copre le spese per l'assicurazione sanitaria per tutti coloro che dispongono dei requisiti di accesso ad una cassa malattia pubblica (*Krankenkasse*).

11 Ho ricevuto una richiesta di arretrati da parte della mia Krankenkasse, perché?

È importante sapere che con il concludersi del rapporto di lavoro non termina automaticamente anche l'assicurazione sanitaria. Ciascun assicurato ha il dovere di pagare autonomamente l'importo mensile per l'assicurazione sanitaria alla cassa malattia di riferimento, a meno di non percepire un sussidio di disoccupazione. Si consiglia pertanto di informare tempestivamente la *Krankenkasse* su eventuali cambiamenti, onde evitare la richiesta tardiva del saldo, che comporta l'accumularsi di più mensilità arretrate.



12 *Sono debitore di un importo molto alto nei confronti della mia cassa malattia. Posso pagare a rate?*

Sì. La rateizzazione è possibile. Basta recarsi allo sportello della cassa malattia competente e inoltrare la relativa domanda (*Stundungsantrag*).

13 *Ritorno in Italia. Come devo comportarmi nei confronti dell'assicurazione?*

Se il rientro è definitivo, è sufficiente informare la propria cassa malattia (*Krankenkasse*), recando come prova la disdetta (*Abmeldung*) rilasciata dall'ufficio anagrafe (*Bürgeramt*). Se il rientro è temporaneo, la copertura per l'emergenza in Italia viene fornita dalla cassa mutua tedesca. Per esigenze particolari è bene prendere direttamente contatto con la vostra cassa.

14 *Ho bisogno del modello E104 per completare la mia iscrizione presso una cassa malattia tedesca. Cos'è e chi lo rilascia?*

Il modello E104 è un formulario europeo che certifica i periodi assicurativi che ciascun interessato ha maturato precedentemente presso l'istituzione sanitaria di un altro paese europeo. Gli italiani possono richiederlo presso la ASL del comune di ultima residenza in Italia.

IDEATORI E ORGANIZZATORI



Ambasciata d'Italia Berlino



in collaborazione con



Autori

Luciana Degano Kieser (Salutare e.V.)

FAQ

Serena Manno (AOK Nordost)
Francesco Marin (Ambasciata d'Italia a Berlino)
Katia Squillaci (Ital-Uil/UIM Berlino)

Grafica

Mattia Grigolo e Davide Grimoldi (Le Balene Possono Volare)

Hanno collaborato

Giulia Borriello, Jessica Gardenal, Sara Mameli



