

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1507

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato **BABBINI**

Istituzione del ramo assicurativo per l'assistenza sociale
domiciliare

Presentata il 7 agosto 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge ha l'obiettivo di favorire la formazione, anche nel nostro Paese, di una attività assicurativa privata orientata a funzioni di benessere collettivo in quanto finalizzata alla tutela dei rischi sociali connessi al processo di invecchiamento. I prodotti assicurativi incentivati riguardano la possibilità da parte dell'anziano autosufficiente di garantirsi servizi e prestazioni di carattere preventivo per ritardare l'insorgenza di stati di non autosufficienza nonché servizi e prestazioni finalizzati al mantenimento dell'autosufficienza.

In tutti i Paesi dell'occidente industrializzato la popolazione anziana andrà crescendo nel prossimo futuro a ritmi so-

stenuti. Si stima, infatti, che la percentuale media degli ultrasessantenni dei paesi dell'OECD, pari nel 1990 al 13 per cento, arriverà nel 2020 al 17,9 per cento e nel 2050 al 21,2 per cento.

L'Italia, che oggi si colloca al di sopra della media dei Paesi suddetti con una percentuale pari al 13,3 per cento, arriverà presumibilmente al 18,9 per cento nel 2020 ed al 21,6 per cento nel 2050. All'interno della popolazione ultrasessantacinquenne, inoltre, sarà la classe degli anziani con oltre 50 anni a crescere di più in termini relativi. In Italia, nel 1990 gli anziani oltre i 60 anni rappresentavano il 20,1 per cento di tutta la popolazione anziana, ma nel 2020 e nel 2050 saranno rispettivamente il 23,5 per cento

ed il 28,1 per cento. Si ritiene, quindi, che si produrrà un fenomeno di invecchiamento specifico (quello dei grandi anziani) nell'ambito del più ampio invecchiamento della popolazione generale.

Per una parallela dinamica riguardante il progressivo decremento delle classi d'età al di sotto dei 14 anni, accomunate agli anziani per la loro collocazione al di fuori della popolazione attiva, crescerà il così detto « indice di dipendenza » ovvero la quota di popolazione a carico della collettività. Nel 1990 questo indice era per l'Italia pari a 46 ed arriverà presumibilmente a 51,5 nel 2020 ed a 67,6 nel 2050, conformemente ai *trends* dei paesi del OECD. (*Aging populations: the social policy implications* Parigi: 1988).

I dati demografici appena citati sono ormai noti e rappresentano i vincoli generali entro cui la questione-anziani si pone oggi e si porrà nel prossimo futuro. Altri dati di natura socio-sanitaria sono meno noti, ma altrettanto rilevanti per individuare appropriate linee di intervento.

È accertato che la popolazione anziana sotto il profilo dello Stato sociale e delle esigenze è molto più eterogenea di quanto si esprime attraverso comuni immagini pubbliche. L'appartenenza ad una classe di età avanzata non corrisponde automaticamente ad una condizione di dipendenza in termini di consistenti esigenze e, quindi, di domanda di servizi e prestazioni. Lo stato della popolazione anziana è difatti classificabile in almeno quattro categorie di cui è possibile stimare la consistenza quantitativa: gli anziani cosiddetti non-autosufficienti (pari al 3,8 per cento dell'intera popolazione anziana), gli anziani parzialmente autosufficienti (10 per cento), quelli che abbisognano di una serie contenuta e determinata di servizi e prestazioni (20 per cento) e gli anziani autosufficienti, che costituiscono la categoria dominante (62,2 per cento) (Ministero della sanità: *progetto anziani*; 1989).

L'autosufficienza e il suo contrario, la non-autosufficienza, sono situazioni i cui poli estremi significano null'altro che la capacità o l'incapacità di vivere ed organizzare, indipendentemente da aiuti esterni di varia natura, la quotidianità. È

inoltre accertato che l'autosufficienza è uno « stato dinamico » che diminuisce con il progredire dell'età e cambia in funzione di una molteplicità di altri fattori sociali, economici ed istituzionali. Si osserva, ad esempio, che tra gli anziani non-autosufficienti la percentuale maggiore è rappresentata da ultrasessantacinquenni, persone che vivono sole o in solitudine, che risiedono in aree metropolitane piuttosto che in città di grandezza medio-piccola e, comunque, in contesti che registrano carenze di servizi specifici. Al *continuum* dell'autosufficienza — non autosufficienza è abbinabile un *continuum* parallelo di servizi e prestazioni sociali e sanitarie; il *continuum* va dal semplice aiuto domestico (ad esempio il governo della casa) alle prestazioni di tipo socio-sanitario quali l'assistenza infermieristica, alcune terapie riabilitative, eccetera fino a prestazioni sanitarie cosiddette di lungo periodo (*long term care*).

Lo stato dei servizi per la terza età oggi disponibili in Italia è insufficiente sia sotto il profilo qualitativo che sotto quello quantitativo. L'offerta dei servizi è infatti centrata sull'anziano non autosufficiente mediante ricoveri ospedalieri oppure ospitalità in case di riposo o altre tipologie residenziali. I ricoveri seguono ovviamente l'insorgenza di episodi di malattia, l'ingresso nelle case di riposo fa seguito ove possibile alle situazioni in cui l'anziano, per ragioni sanitarie e sociali, perde la capacità di vivere in autonomia al proprio domicilio. Sotto il profilo quantitativo lo stato della situazione è inadeguato. Si stima infatti che siano solo un paio di decine di migliaia gli anziani che attualmente godono dell'ospitalità in case di riposo e di ricoveri dei comuni e che solo il 13 per cento dei comuni italiani disponga effettivamente di tali servizi, a loro volta concentrati nelle regioni settentrionali e nelle aree di media grandezza.

L'assistenza domiciliare è generalmente diffusa in quanto tutte le regioni provvedono una qualche modalità di tale servizio, ma l'offerta effettiva non copre che una minima parte della domanda ed anche in tal caso è assai selettiva in

quanto si rivolge all'anziano non autosufficiente. L'inadeguatezza e la parzialità dell'offerta si può cogliere anche da considerazioni concernenti la spesa pubblica riferibile agli anziani. Si stima che nel 1984 (è anno più recente per cui si dispone di dati consolidati) la spesa *pro-capite* per gli anziani erogata dai comuni per le case di riposo fosse pari a lire 5.310. La spesa per l'assistenza domiciliare e quella erogata dalle USL per questa categoria di utenza non è nota ma si stima che sia insufficiente e comunque limitata rispetto alla spesa teorica che coprirebbe la domanda. Esiste poi la spesa assistenziale propriamente detta (43,356 miliardi nel 1987), ma questa riguarda tutte le categorie di popolazione assistibile e comunque consiste esclusivamente in trasferimenti monetari, da parte dello Stato, l'INPS, le regioni eccetera. Non è possibile allo stato attuale delle conoscenze enucleare la quota che va agli anziani ma è presumibile che sia pressoché inesistente quella destinata ai servizi per questa popolazione. (IRS: *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia*; Milano: Angeli 1989).

L'analisi della situazione di fatto motiva due riflessioni, una di ordine politico-istituzionale, l'altra di tipo operativo.

La sola grande questione concernente gli anziani all'ordine del giorno riguarda il settore pensionistico, ovvero, la previdenza integrativa dalla cui introduzione si attende un contributo al riequilibrio della finanza pubblica. Non si è discusso affatto finora della opportunità di incentivare comportamenti economici delle famiglie e delle imprese per ottimizzare l'uso di risorse finanziarie private anche per il settore dei servizi. Sarebbe opportuno, invece, sulla base dell'analisi prima condotta, introdurre, oltretutto la previdenza integrativa finalizzata a garanzie di reddito, un complementare tipo di previdenza finalizzata a garantire servizi e prestazioni per la terza età.

La seconda riflessione muove invece dalla constatazione che: a) la percentuale di popolazione anziana che abbisogna di servizi e prestazioni sanitarie elevate è

minima e si concentra quasi esclusivamente nelle classi d'età avanzate ed aggravate da altre condizioni sociali ed economiche; b) è possibile prevenire o comunque ritardare l'emergenza di stati di non-autosufficienza e, quindi, mantenere il più a lungo possibile lo stato di autosufficienza mediante la predisposizione di arrangiamenti che ampliano la possibilità di usufruire di appropriati servizi e prestazioni. Dal punto di vista della proposta qui avanzata ne consegue che la funzione di prevenzione della non autosufficienza ed il mantenimento di quella di autosufficienza sono, per le caratteristiche quantitative e qualitative del fenomeno, un rischio assicurabile anche mediante previdenze individuali.

Si avanza pertanto la proposta di incentivare lo sviluppo di assicurazioni private per la terza età in quanto ne esistono i presupposti tecnici (l'assicurabilità del rischio) e di fatto inerenti una importante carenza di offerta pubblica (che in altri Paesi è per lo più affidata ad operatori privati) in un settore di bisogno crescente suscettibile di essere soddisfatto mediante un progetto di complementarietà tra il sistema di sicurezza sociale e l'assicurazione privata.

I contenuti generali di un'assicurazione per la terza età possono essere articolati in alcuni moduli di garanzie da offrirsi come prodotti assicurativi individuali oppure abbinabili a prodotti complessi e innovativi, oppure a prodotti esistenti quali le polizze malattia. I moduli elementari sono i seguenti:

- 1) prestazioni di aiuto domestico e di gestione della casa;
- 2) cura della persona;
- 3) manutenzione della casa;
- 4) servizi di lavanderia;
- 5) trasporto;
- 6) servizio sociale;
- 7) assistenza infermieristica;
- 8) prestazioni di riabilitazione;
- 9) telesoccorso.

Primi moduli potrebbero essere combinati in prodotti rivolti, ad esempio, alla prevenzione dell'insorgenza di stati di non autosufficienza e al mantenimento dell'autosufficienza mediante la fornitura di servizi che permettano all'anziano di continuare in via autonoma a vivere la propria quotidianità. I moduli che comportano in garanzia alcune assistenze potrebbero svolgere la funzione di contenere, ad esempio, l'ospedalizzazione in quanto assicurano esigenze soddisfacibili a domicilio. I moduli sono inoltre abbinabili alle comuni garanzie offerte dalle polizze malattie che potrebbero in tale modo essere migliorate sotto il profilo qualitativo per coprire anche le esigenze di lungo periodo.

Il meccanismo finanziario ottimale per introdurre i prodotti assicurativi per la terza età deve essere fondato sul criterio di accumulazione tipico delle polizze-vita.

L'accumulazione può essere anticipata rispetto alla data d'inizio di godimento delle garanzie oppure coincidente. Nel primo caso si tratta di pagamenti periodici finalizzati alla accumulazione di un fondo o conto-individuale sufficiente per pagare una predeterminata quantità di prestazioni. Nel secondo caso, invece, può trattarsi di un versamento di un capitale, oppure della mobilitazione di risorse finanziarie garantite da una proprietà immobiliare. I prodotti assicurativi ipotizzati, in sostanza, si configurano come polizze di « risparmio-servizi » con godimento a partire da una data età. Per questa ragione tali prodotti devono godere di un beneficio fiscale relativamente alle risorse di senescenza e ai premi pagati fino al limite di un milione annuo.

La proposta di legge qui avanzata di incentivare forme di previdenza complementari finalizzate a garantire l'erogazione di servizi per la popolazione anziana trova altre due fonti di legittimazione. La prima è di ordine socio-economico: sono per lo più le famiglie, dato che il settore pubblico non riesce oggi né riuscirà in futuro, a soddisfare la domanda, a dover intervenire nella fornitura di servizi e prestazioni anche elementari sopportando costi (non quantificati finora) ma presumi-

bilmente di consistente livello. Si è, infatti, accertato che l'impegno cosiddetto di « servizio sociale » delle famiglie aggrava l'organizzazione familiare ed ha un costo economico in termini di minore produttività lavorativa soprattutto per le donne. Non è, inoltre, auspicabile che in prospettiva le famiglie possano farsi carico completo di questo onere, quando sono possibili altri arrangiamenti ed in vista dello svolgersi di una dinamica demografica che presenta una riduzione della dimensione familiare ed una crescita del ruolo lavorativo femminile.

La seconda fonte di legittimazione riguarda le attuali condizioni del mercato privato dei servizi sociali. Si stima che già oggi le famiglie spendano circa 400 miliardi di lire (forse di più nel centro-nord) per acquistare la fornitura di servizi e prestazioni sociali (stime su dati Ministero della sanità, Centro studi, 1990). Esiste, quindi, in linea teorica già una disponibilità delle famiglie che potrebbe essere meglio organizzata attraverso una regolamentazione pubblica del settore come quella qui proposta.

L'introduzione di un'assicurazione privata per la terza età presenta quindi varie valenze positive. Sul piano sociale è una iniziativa previdenziale finalizzata ad acquisire garanzie per il mantenimento di condizioni di vita autonoma; sotto il profilo economico rappresenta una possibilità di canalizzare con trasparenza e sistematicità le risorse già oggi spese e, comunque, di reperirne altre a partire da qualsiasi età (l'assicurazione per la terza età può infatti essere contratta anche durante la vita lavorativa) con l'obiettivo di decongestionare la crescita della domanda e, quindi, delle esigenze finanziarie a carico del settore pubblico. La proposta avanzata offre in sostanza una possibilità di attivare sinergie tra le giuste obbligazioni dell'operatore pubblico verso l'anziano e le necessarie previdenze individuali, assolvibili da quelle fasce di popolazioni in grado di partecipare con risorse proprie, dedicate al momento opportuno, alla costruzione di una vecchiaia protetta e sicura. Risiede in queste finalità sociali

ed economiche dell'assicurazione privata per la terza età la ragione fondamentale per cui si propone di defiscalizzare le riserve di senescenza e parzialmente i premi.

V'è infine un'ultima annotazione positiva. Lo sviluppo di un mercato assicurativo per la terza età può innescare un processo di ammodernamento organizzativo sul versante della produzione dei servizi e delle prestazioni destinate agli anziani. La defiscalizzazione per i prodotti assicurativi che sono conformi alle finalità di questa proposta favorirà, infatti, il progressivo consolidarsi di risorse finanziarie, tali da incentivare investimenti diretti alla costituzione di reti di servizio sociale. Queste reti potrebbero operare congiuntamente alle imprese di assicurazione per la fornitura dei servizi e prestazioni agli assicurati e rendersi altresì disponibili per operare in convenzione con il settore pubblico. Potranno, in definitiva, emergere modelli innovativi di organizzazione del mercato assicurativo-produttivo tali da rispondere adeguatamente alle esigenze poste dallo sviluppo demografico e dal cambiamento della struttura sociale della popolazione. Questa ipotesi di sviluppo di un mercato cosiddetto di economia sociale è suffragata da una duplice constatazione: a) esiste già oggi in Italia un numero consistente di società e di cooperative di servizi sociali e sanitari che sono concentrate prevalentemente nelle regioni centro settentrionali ove le radici storiche della cooperazione sono più profonde e che trovano difficoltà a diffondersi sull'intero territorio nazionale anche per ragioni legate alla inadeguatezza di un volano di investimenti finanziari che solo una crescita dell'utenza potrebbe invece assicurare; b) esiste già oggi sia l'esigenza istituzionale (comuni, regioni, eccetera) di avvalersi, per la soddisfazione di specifiche esigenze sociali e sanitarie della popolazione anziana, di società e di cooperative dedicate alla fornitura di prestazioni di tipo domiciliare, in genere, di attività ove prevalente è il rapporto continuativo con l'utenza che difficilmente può essere soddisfatto dai servizi generali per la popolazione, fondati

sulla logica burocratica; sia l'esigenza, da parte dell'utenza anziana, di fare affidamento sulla qualità dei servizi resi da tali strutture del privato sociale.

Dunque, vi è una urgente e buona ragione oggi nel nostro Paese per incentivare, tramite iniziative del tipo di quelle qui proposte, lo sviluppo di un « mercato di servizi sociali » di cui si può già acquisire l'impatto benefico per il Paese in termini di qualità e di adeguatezza del servizio, di crescita della occupazione e di incentivazione di modalità innovative di *mix* pubblico-privato, che a loro volta possono contribuire alla decelerazione del ritmo di incremento della spesa pubblica.

Ebbene, a questo obiettivo di grande valore umano e sociale un decisivo contributo può venire dall'industria assicurativa del Paese. Essa, infatti, nell'ambito delle proprie competenze e finalità istituzionali, può creare e mettere a disposizione degli utenti dei prodotti assicurativi che siano in grado di fronteggiare gli speciali bisogni considerati dalla legge. In larga misura si tratterà di prodotti vita a lungo termine capaci di fronteggiare sia il rischio morte sia il processo evolutivo di invecchiamento della popolazione da soddisfare anziché con prestazioni pensionistiche con prestazioni di servizi in natura variabili, quanto a qualità ed intensità, con il variare dell'età, e quindi del grado di autonomia, degli assicurati.

Per gli utenti i premi vengono a rappresentare una forma di risparmio finalizzato al godimento differito di servizi in natura. Questi di fatto consentiranno agli assicurati di continuare a godere nel futuro di uno *standard* di prestazioni in linea con il loro passato reddito monetario e quindi con una trasformazione di questi in reddito reale.

Tali premi, insieme con quelli destinati alla previdenza complementare, vengono, dunque a rappresentare forme di risparmio dall'elevato contenuto sociale.

Per le compagnie tali premi rappresentano dei ricavi anticipati, il cui investimento nel tempo darà luogo a redditi che consentiranno di elevare il livello delle prestazioni. A fronte dei loro futuri impe-

gni le compagnie accantoneranno a bilancio apposite riserve tecniche che evidenzieranno il debito verso gli assicurati.

L'erogazione in natura delle prestazioni obbligherà le compagnie a mettere a punto, vuoi direttamente vuoi a mezzo di convenzioni, strutture di intervento in grado di fornire i servizi dovuti agli assicurati.

In ambedue i casi sarà compito dell'ISVAP, l'organo di vigilanza sul settore assicurativo, provvedere alle relative autorizzazioni e quindi al controllo della qualità delle strutture con riferimento alle prestazioni effettuabili.

In tale modo il mercato potrà ricevere uno stimolo non indifferente verso la messa a punto di strutture via via più efficienti finalizzate all'erogazione dei servizi qualificati coprendo una domanda finora insoddisfatta e contribuendo in tal modo a fornire nuove sicurezze ai cittadini.

Dalle vecchie antiche solidarietà di quartiere, di borgo, di vicinato si potrà passare a nuove moderne solidarietà riducendo i costi di questa fase di transizione, costi costituiti dalla solitudine nel bisogno, dall'abbandono nella sofferenza e nella miseria, non di rado più umana che economica.

Il meccanismo assicurativo permette di fronteggiare le nuove esigenze di una popolazione sempre più anziana e quindi sempre più bisognosa di prestazioni di servizi domiciliari garantendo prima il riparto nel tempo degli oneri relativi e poi consentendo, a mezzo della quantità di prestazioni erogabili, di abbassarne il costo.

C'è da aggiungere che tale risparmio di lunga durata né più né meno del risparmio pensionistico complementare, può essere investito per sostenere programmi pubblici a redditività differita.

Esso può consentire, in altri termini, alla stregua del risparmio previdenziale, di alleviare le difficoltà del bilancio pubblico nel finanziamento di grandi progetti di riforme capaci di produrre del reddito solo dopo non pochi anni dall'investimento iniziale. In questi casi titoli e ob-

bligazioni relativi al finanziamento di programmi potrebbero essere assunti a copertura delle riserve tecniche da costituire a bilancio.

La proposta di legge si compone di 7 articoli. Con l'articolo 1 viene costituito un nuovo ramo assicurativo, denominato assistenza sociale domiciliare. L'assicurato, previo pagamento di un premio, potrà ottenere, al raggiungimento di una data età o a seguito di un evento fortuito, prestazioni domiciliari da parte dell'impresa. Tali prestazioni potranno essere effettuate anche in natura. Esse potranno essere fornite anche a mezzo di strutture non appartenenti all'impresa.

L'articolo 1 indica anche la qualità delle prestazioni domiciliari da erogare pur consentendo una loro integrazione all'interno del contratto di assicurazione.

Viene demandato al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato il potere di stabilire l'età di decorrenza della prestazione assicurativa, onde evitare una indicazione rigida stabilita dalla legge che poi nel tempo potrebbe rivelarsi superata dall'allungamento della vita media.

Con l'articolo 2 viene previsto un processo autorizzativo all'esercizio del nuovo ramo negli stessi termini previsti dalla vigente normativa per l'autorizzazione di altri rami assicurativi.

Con l'articolo 3 vengono indicate le riserve tecniche di senescenza che le imprese dovranno accantonare per fronteggiare sia gli impegni futuri sia l'aggravarsi del rischio collegato al decorso dell'età.

Con l'articolo 4 il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato provvede a stabilire con proprio decreto le caratteristiche delle attrezzature e i requisiti del personale necessari per l'esercizio dell'attività nel ramo assistenza sociale domiciliare nell'ipotesi di prestazione in natura a favore dei beneficiari.

Gli articoli 5 e 6 introducono dei benefici fiscali a favore dei soggetti che provvedono alla stipula di polizze assicurative dirette a fronteggiare i rischi di cui alla proposta di legge. Con l'articolo 5 è prevista una deduzione dal reddito imponibile di premi pagati fino ad 1 milione di lire,

deduzione cumulabile con la detrazione fiscale per i premi di assicurazione consentita dalla vigente normativa. Tale deduzione appare giustificata ove si evidenzino non solo l'alto valore sociale delle prestazioni previste ma anche il risparmio di spesa pubblica che ne consegue evitando inopportune spedalizzazioni di anziani o internamenti altrettanto inopportuni in ospedali geriatrici. Con l'articolo 6 il beneficio fiscale è elevato fino ad una deduzione di lire 3 milioni nell'ipotesi che il beneficiario delle prestazioni sia persona handicappata. La persona handicappata può trovarsi in bisogno di assistenza domiciliare, per talune o tutte quelle prestazioni previste dalla presente proposta di legge, a prescindere dalla sua età. Per questi motivi la proposta di legge ha previsto, nell'articolo 6, una decorrenza delle prestazioni senza porre limiti di età al beneficiario. Nella realtà accade che molte persone handicappate vivono a carico dei genitori, i quali, finché in vita o autonomi, provvedono direttamente a prestare ai figli handicappati tutte le prestazioni domiciliari di cui abbisognano. Purtroppo alla morte dei genitori il figlio handicappato viene a trovarsi in una condizione di totale abbandono con l'esigenza di internamento in istituti più o meno specializzati anche se in molti casi potrebbe continuare a vivere nella casa dei genitori purché assistito con quelle prestazioni indi-

cate nella presente proposta di legge. Anche in questo caso quindi la prestazione assicurativa, erogata in natura e a domicilio della persona handicappata, consente di razionalizzare la spesa pubblica destinata a sorreggere le istituzioni che provvedono alla cura delle persone handicappate e nel contempo a garantire alla stessa persona una ulteriore continuità di vita nell'ambito del suo passato. Tali prestazioni, indispensabili alla morte dei genitori della persona handicappata potrebbero rivelarsi molto opportune, in diversi casi, anche per alleviare la fatica degli stessi genitori viventi, i quali per di più, sorretti da strutture specializzate per molti servizi, potrebbero fornire i servizi di assistenza con minore fatica e comunque fornirli in un contesto meno angosciante.

Infine, l'articolo 7 prevede la non applicabilità della facoltà di recesso dal contratto ultradecennale come previsto dall'articolo 1899 del codice civile alla fine del decennio. Tale deroga garantisce in questo caso il contraente più debole, non consentendo alla compagnia la possibilità di recesso con l'avvicinarsi del momento di maggior bisogno dell'assicurato.

Anche la deroga al limite di proroga tacita biennale torna a vantaggio dell'utente che potrebbe venirsi a trovare, con il procedere dell'età, in una situazione di scopertura assicurativa.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. È istituito il ramo assicurativo assistenza sociale domiciliare.

2. Esercita attività assicurativa nel ramo di cui al comma 1 l'impresa che si obbliga, previo pagamento di un premio, a mettere ad immediata disposizione dell'assicurato, in denaro o in natura, entro i limiti convenuti, una prestazione domiciliare, nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito di un evento fortuito o al raggiungimento di una data età.

3. Le prestazioni in natura possono essere fornite anche mediante utilizzo di personale e attrezzature di terzi. In ogni caso l'impresa deve potersi avvalere di una centrale operativa propria o, previa autorizzazione dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (ISVAP), appartenente ad altri soggetti.

4. L'attività di assistenza sociale domiciliare comprende le prestazioni di aiuto domestico e di gestione della casa, di cura della persona, i servizi di lavanderia, di trasporto, di assistenza infermieristica, le prestazioni di riabilitazione, il telesoccorso, nonché tutte quelle indicate nel contratto di assicurazione.

5. Con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato saranno determinate le prestazioni da comprendere nel ramo indicato nel numero 2-bis) dell'allegato 1 alla legge 10 giugno 1978, n. 295, e nel ramo indicato nel numero VI-bis) della tabella A allegata alla legge 22 ottobre 1986, n. 742, introdotti dai commi 6 e 7 del presente articolo. Con lo stesso decreto sarà stabilita l'età a decorrere dalla quale i beneficiari potranno usufruire della copertura assicurativa.

6. Nell'allegato 1 alla legge 10 giugno 1978, n. 295, alla lettera a), dopo il n. 2) è inserito il seguente:

« 2-bis). Assistenza sociale domiciliare: prestazioni connesse con lo stato di non autosufficienza dei soggetti anziani o handicappati ».

7. Nella tabella A allegata alla legge 22 ottobre 1986, n. 742, dopo il numero VI è aggiunto il seguente:

« VI-bis. Assistenza sociale domiciliare: prestazioni connesse con lo stato di non autosufficienza di soggetti anziani o handicappati ».

ART. 2.

1. Le imprese che intendono esercitare le assicurazioni di cui all'articolo 1 devono essere autorizzate dal Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato con proprio decreto.

ART. 3.

1. Le imprese di assicurazione hanno l'obbligo di accantonare i premi incassati per i contratti di cui all'articolo 1 in una apposita riserva tecnica destinata a garantire l'erogazione futura delle prestazioni e a compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assicurati.

ART. 4.

1. Il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, su proposta dell'ISVAP, stabilisce con proprio decreto i requisiti del personale e le caratteristiche delle attrezzature necessarie per l'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo assistenza sociale domiciliare con prestazioni in natura.

ART. 5.

1. I premi pagati per i contratti di assicurazione diretti a garantire il rimborso o l'erogazione di prestazioni domiciliari di servizio sociale per la popolazione anziana sono deducibili dal reddito complessivo soggetto all'imposta sui redditi delle persone fisiche per un importo non superiore a lire 1 milione. Detto importo è cumulabile con la detrazione fiscale per i premi di assicurazione di cui alla lettera *m*) del comma 1 dell'articolo 10 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

ART. 6.

1. Ove il beneficiario dell'assistenza domiciliare di cui all'articolo 1 sia persona handicappata la decorrenza della prestazione può avvenire in ogni momento di vita dell'assicurato.

2. Il limite di deducibilità di cui all'articolo 5 è elevato a lire 3 milioni a favore di genitori con figli handicappati. Detto importo è altresì cumulabile con la detrazione fiscale per i premi di assicurazione di cui al medesimo articolo 5.

ART. 7.

1. Ai contratti di cui all'articolo 1 non si applica l'articolo 1899 del codice civile.