

Promuovere le comunità attraverso la mutualità

Reggio Emilia, 25 ottobre 2011

**Necessità ed opportunità di un sistema di
integrazione sanitaria pubblico-privato**

**Dott.ssa Grazia Labate, ricercatore in economia sanitaria York
U.K.**

Analisi di contesto

- **Il contesto europeo ed italiano è caratterizzato da profondi cambiamenti:**
 - **Calo demografico. Invecchiamento della popolazione.**
 - **Crisi dei legami sociali.**
 - **Alti tassi di disoccupazione e precarizzazione del lavoro.**
 - **Flussi migratori.**
 - **Difficile sostenibilità del modello di famiglia mononucleare, difficoltà abitative, inconciliabilità tra tempi di lavoro e tempi di cura.**
 - **I sistemi di cura e le cure di lungo periodo, vivono da almeno un decennio la ricerca e la sperimentazione di rapporti tra pubblico e privato, profit e non profit, per coprire sia i copayments che i costi per la salute e la cura della popolazione soprattutto anziana, affinché non gravino a totale carico delle famiglie.**

- **La crisi economico finanziaria 2007 -2011 e i suoi effetti.**
 - **Incide profondamente sui sistemi di Welfare, acuisce le diseguaglianze, produce iniquità.**
 - **I paesi a maggiore indebitamento pubblico, sono messi a dura prova sul terreno della coesione sociale, tanto più necessaria per traghettare la crisi verso la crescita e dunque per la messa in sicurezza dei propri sistemi di protezione sociale e della salute.**

- **La crisi ha vanificato i progressi dell'UE degli ultimi 20 anni:**
 - **Il PIL europeo è sceso del 4% nel 2010;**
 - **La produzione industriale è tornata a livello degli anni '90;**
 - **23 milioni di persone pari al 10% della popolazione attiva, sono attualmente disoccupate;**
 - **Le finanze pubbliche hanno subito un forte deterioramento con deficit medi pari al 7% del PIL e livelli di debito superiori all'80% del PIL.**
 - **La popolazione attiva dell'UE, inizierà a diminuire dal 2013/2014.**
 - **Il numero di ultrasessantacinquenni aumenta ad una velocità doppia rispetto a prima del 2007 (circa 2 milioni in più, ogni anno, rispetto al milione in precedenza).**

- **Il quadro socio economico italiano:**
 - **Confindustria prevede crescita 0.**
 - **L'OCSE indica la disoccupazione giovanile al 28%.**
 - **L'ISTAT indica nel 2011 1 italiano su 4, povero, (24,7% della popolazione).**
 - **Nel 2010 sono nati 15.000 bambini in meno rispetto al 2009 e l'UNICEF pone l'Italia agli ultimi posti nella graduatoria dei paesi OCSE per gli interventi a favore dei minori e degli adolescenti.**
 - **In Europa, l'Italia scende al 20mo posto nel rapporto PIL/SPESA SOCIALE con una netta prevalenza della spesa previdenziale a scapito di politiche sociali per la famiglia, i giovani, gli anziani non autosufficienti, nonostante si sia la nazione europea più anziana.**
 - **La maggior parte degli economisti italiani denunciano un Welfare sempre più residuale e selettivo.**

Lo scenario macroeconomico nazionale

- **La nota di aggiornamento presentata alle camere dal Governo, il 22 settembre, rivede il quadro macroeconomico per l'anno in corso e per il triennio 2012-2014, evidenziando un trend di crescita sfavorevole dell'economia italiana rispetto alle previsioni formulate nel documento economico e finanziario presentato ad aprile.**
- **In particolare per il 2011 il PIL italiano è stimato ad un tasso dello 0,7% rispetto all'1,1% di aprile, per il 2012 allo 0,6% rispetto all'1,3%, per il 2013 lo 0,9% rispetto all'1,5%, per il 2014 l'1,2% rispetto all'1,6%.**

La realtà e le cifre con cui fare i conti: le politiche sociali

- **Dal 2007 il Fondo nazionale per le politiche sociali ha avuto un trend decrescente.**
- **La parte di fondo destinata alle Regioni, (al netto della parte di finanziamento destinata ai diritti sogettivi), per le politiche sociali a livello locale, passa da 745 milioni di euro del 2007 ai 274 milioni di euro del 2011. Per il 2012: 61 milioni e 240mila euro. Per il 2013: 61milioni e 469mila euro. Per il 2014: 64milioni e 809mila euro.**
- **Il Fondo per la non autosufficienza passa da 100milioni di euro del 2007 ai 300milioni di euro del 2008 ai 400 milioni di euro del 2009 e del 2010 fino ad azzerarsi nel 2011 e per gli anni successivi.***

*Fonte: Nota di aggiornamento DEF 2011

Sulle politiche sociali peseranno altri 2 aspetti

- 1. I tagli strutturali ai bilanci delle autonomie locali. Nel 2012 Regioni, Province e Comuni dovranno risparmiare 6 miliardi di euro. Nel 2013 e nel 2014 diventeranno 6 miliardi e 400milioni, che incideranno principalmente sul trasporto pubblico e l'assistenza sociale.**
- 2. Per effetto del Disegno di legge delega, in materia fiscale ed assistenziale N°4566 già in discussione alla Commissione Finanze della Camera dei Deputati, il Governo sarà delegato ad emanare provvedimenti tali, da determinare effetti positivi, ai fini dell'indebitamento netto, non inferiori a 4 miliardi di euro per l'anno 2012 e per 20 miliardi di euro a decorrere dal 2013.**

La realtà e le cifre con cui fare i conti: la Sanità (1)

- **Dal 2007 la spesa sanitaria pubblica è passata da 103 miliardi e 736 milioni di euro a 113 miliardi e 457 milioni di euro a consuntivo nel 2010, con forti variabilità regionali. Da un minimo di 1.671 euro procapite della Sicilia ad un massimo di 2.170 euro per Bolzano, ai 2.089 della Val D'Aosta, fino a 2.080 euro di Trento, Liguria e Molise. Nel 2011 si attesterà su 114 miliardi e 818 milioni di euro, con una incidenza sul PIL pari al 7,3%.**
- **La spesa sanitaria privata delle famiglie è passata da 26 miliardi e 248 milioni di euro del 2007 a 29 miliardi e 564 milioni di euro nel 2010, e a circa 30 miliardi di euro nel 2011 con una incidenza sul PIL del 2,2%.**

***Fonte: Relazione generale della Corte dei Conti sui Bilanci della Pubblica amministrazione G.U. del 5 agosto 2011.**

La realtà e le cifre con cui fare i conti: la Sanità (2)

- **Dunque una spesa sanitaria totale di 143miliardi e 021milioni di euro pari al 9,5% di incidenza sul PIL, che è nella media dei paesi europei.**
- **Secondo le ultime tabelle dell'OCSE, l'incidenza più elevata sul PIL è detenuta dall'Olanda con il 12%,seguita dalla Francia con l'11,8%, la Germania con l'11,6%, la Danimarca con l'11,5%, la Svizzera con l'11,4, l'Austria con l'11%, seguono Regno Unito, Irlanda, Grecia e Portogallo, Italia, con il 9,5%, paesi che più hanno risentito della crisi e della bassa crescita.**

***Fonte: Relazione generale della Corte dei Conti sui Bilanci della Pubblica amministrazione G.U. del 5 agosto 2011.**

L'anomalia italiana

- **Una elevata spesa sanitaria out of pocket, non intermediata da altri soggetti profit o non profit, che esce direttamente dalle tasche dei cittadini.**
- **Recenti studi indicano che circa l'82,4% è direttamente sostenuta dai cittadini, il 13,9% è coperto da Fondi sanitari negoziali, casse e mutualità volontaria (SMS), il 3,7% da assicurazioni for profit, ramo malattia e ramo vita.***

***Fonte: ns. elaborazione su dati Eurostat, Bankitalia, Ania, Fondi sanitari integrativi, Censis.**

Le manovre prodotte quest'estate (luglio ed agosto)

- **Introduzione di tickets sulla specialistica per complessivi 814milioni di euro, che vanno ad aggiungersi a quelli già esistenti su farmaci, specialistica, analisi di laboratorio, ricoveri impropri di pronto soccorso (codici bianchi e verdi).**
- **Tagli al Fondo sanitario nazionale per 2,5 miliardi nel 2012 e 5,45 miliardi nel 2013.**
- **Il prolungamento a 5 anni del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni, con conseguente perdita del potere d'acquisto di circa il 20%.Ulteriore precarizzazione dei rapporti di lavoro. Proroga della facoltà delle amministrazioni di pensionamento coatto, a prescindere dalla età anagrafica, spesso inferiore a 60 anni. Il mondo medico e sanitario è penalizzato.**

Le famiglie italiane si impoveriscono

- **La crisi economico finanziaria esplosa nel 2008, vede le famiglie italiane impoverirsi a causa del sostenimento di spese sanitarie e sociali, soprattutto legate alla non autosufficienza.**
- **Circa il 6% delle famiglie italiane si impoverisce, di cui il 4,1% sostiene le cosiddette spese catastrofiche, cioè quelle che superano il 40% della capacity to pay. Specialistica, cure odontoiatriche, disabilità, farmaci, non autosufficienza sono le voci di maggior spesa.***
- **La paura dell'invecchiamento e delle malattie cronico degenerative terrorizza il 63% degli italiani over 65 anni, secondo la ricerca ASTRA presentata al Senato il 18 ottobre, su come evitare i disagi della quarta età, gli italiani rispondono al 28% che si affiderebbero a parenti o a badanti, il 34% si affiderebbe al sistema di Welfare , il 41% si affiderebbe a soluzioni di fondi integrativi o ad assicurazioni.**

*Fonte: Rapporto CEIS,2009, Censis, indagine sul nuovo Welfare 2011.

Il de profundis del federalismo

- **Le manovre a tagli lineari, la mancata crescita, il ritardo e la mancata VISION con cui il Governo stenta ad emanare i provvedimenti per la crescita del paese; il patto per la salute concordato con le Regioni, reso nullo da tagli e tickets aggiuntivi, la protezione sociale falciata dalla delega su la riforma fiscale e dell'assistenza; i LIVEAS mai costruiti, regioni virtuose e quelle con piani di rientro messe sotto scacco dalle manovre, rendono evidente il vanificarsi d'un sol colpo del federalismo, quello fiscale, la perequazione di un paese a 2 velocità, la sussidiarietà orizzontale e verticale, intesa come scaricabarile delle responsabilità costituzionali e dell'ordinamento vigente.**
- **Costi standards e LEP, che ormai risultano vaniloqui teorici all'affacciarsi di un neocentralismo da sopravvivenza.**

Che fare?

- **La crisi rimanda ad antichi nodi irrisolti, ma può essere occasione per costruire una moderna Riforma del Welfare, capace di rispondere all'evoluzione dell'odierna domanda sociale, fuori da ogni logica assistenzialistica, rompendo i corporativismi egoistici, dentro l'idea di un comune impegno ed esercizio di responsabilità condivise, tra tutti gli attori di un nuovo patto sociale. Istituzioni, mercato sociale o terzo settore, privato profit e non profit, cittadini sul territorio possono integrare diritti e responsabilità su inderogabili progetti di assistenza e salute volti a raggiungere obiettivi comuni, di tutela dei beni primari e delle necessità di cura nel tempo complesso in cui viviamo.**

Gli attori sociali del nuovo patto (1)

- **Le istituzioni locali in primo luogo: soggetti rappresentativi e mediatori dei bisogni sociali, dell'inclusività nei propri territori, garanti dell'equa redistribuzione delle risorse e dei trasferimenti propri e da parte dello stato. Codecidere sulla base del rapporto risorse reali-bisogni della popolazione, dentro una visione certo di razionalizzazione ed ottimizzazione dell'esistente frammentato sistema di protezione sociale, ma anche definendo un progetto incrementale di sviluppo di medio lungo periodo per costruire una massa critica di partenza, sulla quale parametrare una nuova modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi. Un pubblico garante di standard, modelli operativi, qualità e controllo degli obiettivi e insieme capace di sviluppare un mercato sociale, in cui imprese sociali, cooperazione, mutualità di territorio, associazionismo, privato sociale e quello accreditato, accettino regole del gioco nuove, sia per concorrere nella definizione degli obiettivi e cogestire gli obiettivi da raggiungere, sottoponendosi a verifica, sia per ampliare la platea di una domanda sociale vasta, che non può più essere lasciata alla solitudine delle famiglie o al massimo alla caccia della badante a basso costo.**

Gli attori sociali del nuovo patto (2)

- **Il terzo settore, come soggetto fondativo del nuovo welfare, fuori da ogni logica istituzionale di supplenza a basso costo o di mercato protetto, ma dentro una concezione delle responsabilità pubbliche, ampia dell'agire sociale per l'esigibilità dei diritti e dei doveri di cittadinanza.**
- **Promozione e sviluppo di Caregiver di qualità, modulati sulle esigenze della famiglia di oggi, della non autosufficienza con il suo carico di cronicità, del bisogno di socialità della prima infanzia che non può vedere il baby seating volante, come forma di conciliazione tra maternità e lavoro o il nonno parking come rimedio fino ai tre anni.**
- **Auditing sociale, strutturata e riconosciuta, come soggetto di valutazione e controllo del grado di soddisfacimento della domanda sociale a garanzia dell'empowerment dei cittadini nei percorsi di accesso e fruizione dei servizi dedicati e per la crescita collettiva dei diritti e delle responsabilità verso il bene comune.**

Gli attori sociali del nuovo patto (3): la mutualità

- **Il recente rapporto Disegniamo il Welfare di domani, redatto in occasione dei primi 40 anni della rivista Prospettive Sociali e Sanitarie, dall'IRS, con la collaborazione di giuristi, economisti e ricercatori sociali, avanza proposte condivisibili, ma a mio modo di vedere sottovaluta, proprio in questa difficile fase l'apporto, che potrebbe suscitare in termini di sviluppo, l'estendersi di un mercato sociale di servizi alla persona, intermediato da forme di mutualità, che hanno già una consistente tradizione ed innovatività nel ns. paese, dalle SMS alla intermedialità negoziale, conseguente ai Fondi sanitari integrativi, che ancorchè legati al lavoro dipendente o a categorie professionali, al titolare ed ai familiari a carico, vivono una stagione di dibattito e discussione rispetto a possibili evoluzioni in ordine al tema della LONG TERM CARE, alle possibilità di diritti di portabilità interaziendale, alla possibilità di connetterli alla Previdenza complementare, alla tutela dei nuovi lavori flessibili, che con CADIPROF vede per la prima volta costruire un fondo sanitario integrativo per i famosi CO.CO.PRO degli studi professionali.**

Gli attori sociali del nuovo patto (3): la mutualità

- **Non riflettere all'ingente massa di danaro che costituisce l'out of pocket da parte dei cittadini, intermediata solo per il 13,7% in campo sanitario dai Fondi integrativi, senza mettere in campo strumenti di riorientamento di quello che c'è e di sviluppo verso forme collettive di socializzazione del rischio, attraverso la mutualità aperta di territorio, mi appare quanto meno un esercizio di non ottimizzazione delle risorse disponibili, lasciate, nel campo dei servizi alla persona, alle più svariate soluzioni fai da te, non sempre foriere di legalità, trasparenza e soprattutto qualità.**

Un nuovo welfare, con una rinnovata capacità di governo della Domanda

- **Per troppi anni non si è affrontato nel ns, paese il disegno di dar vita a ciò che la Riforma ter della sanità del 1999 aveva previsto all'art. 9 e che la legge 328 di riforma dell'assistenza aveva previsto all'art. 26 e cioè la necessità di attivare un secondo pilastro di finanziamento della Sanità, attraverso i Fondi sanitari integrativi e la mutualità volontaria. Solo nel marzo 2008 e poi nel novembre 2009 si è dato corso con il Ministro Turco prima e con il Ministro Sacconi dopo, al decreto attuativo dei fondi, agli ambiti di operatività, alla costruzione dell'Anagrafe nazionale dei fondi alla quale iscriversi obbligatoriamente se si vuole godere del beneficio fiscale di 3615,20 euro di deduzione fiscale, che la finanziaria 2007 aveva armonizzato sia per i fondi negoziali che per la mutualità.**
- **L'idea che ci ha guidato non è stata solo quella di dar corso alle leggi attuative, ma di riorientare da un lato i fondi esistenti verso l'obbligo di legge di fornire almeno il 20% di prestazioni in odontoiatria e non autosufficienza, e per le prestazioni sociali e sanitarie, il cui non assolvimento non dà luogo al beneficio fiscale; di Monitorare attraverso l'anagrafe alla quale i fondi e le mutue sono obbligati ad iscriversi, bilanci preventivi e consuntivi, nomenclatori tariffari, numero degli aderenti e beneficiari, per verificare i trend di crescita delle modalità integrative.**

Un nuovo welfare, con una rinnovata capacità di governo della Domanda

- **Ad oggi si sono iscritti all'anagrafe circa trecento fondi e 55 società di mutuo soccorso con una platea di iscritti di circa 5milioni e 700mila e di circa 11milioni di beneficiari, Le operazioni di verifica sono ancora in corso e nel 2012 insieme alla Agenzia delle Entrate, il ministero della salute certificherà gli aventi diritto al beneficio fiscale. La cosa sorprendente è che tra il 2009 ed 2010 in piena crisi 50 rinnovi contrattuali hanno previsto l'istituzione di nuovi fondi sanitari integrativi rinunciando a pochi euro di aumento salariale lordo, in favore della costituzione dei fondi per se e per i propri familiari. Convogliare quote di risparmio contrattuale verso i bisogni sanitari e sociali delle famiglie si può, così come si può riorientare la massa enorme di risorse private verso forme di mutualità collettiva, capace di socializzare rischi presenti e futuri, derivanti da nuovi bisogni e dalla lunga fase di transizione epidemiologica che stiamo attraversando.**

The Role of Mutual Societies in the 21st century

- **A luglio di quest'anno un interessantissimo rapporto, promosso dalla direzione generale per le politiche economiche e sociali della commissione europea, per il Parlamento, fornisce un quadro del ruolo e dello sviluppo della mutualità nel vecchio continente a 27, al fine di poter conseguire lo STATUTO della MUTUALITA' a livello europeo, visto l'enorme ruolo che essa gioca nella politica di coesione sociale e nello sviluppo di forme efficienti, che reggono sul piano finanziario, nonostante la crisi, data loro finalità in assenza di lucro, per rispondere alla complessità di una domanda sociale, che i regimi di protezione sociale e sanitaria dei diversi paesi, pur nella loro diversità di origine bismarkiana o beveridgeriana, non riescono pienamente a soddisfare. A livello europeo le mutue offrono servizi sociali e sanitari a 230.milioni di cittadini, rappresentano 180 miliardi di euro di quote associative con cui o direttamente o acquistando sul mercato offrono servizi e prestazioni ai propri soci e alle loro famiglie, dando lavoro a 350.000 persone.**

La mutualità in Europa

(1)

- **In Europa sono diffuse 2 principali tipologie di mutue: le società di mutuo soccorso, mutual benefit, e le mutue assicuratrici, mutual insurance. Mentre queste ultime si occupano del servizio assicurativo, gestito secondo i criteri della mutualità e possono coprire tutti i rischi dalla proprietà alla vita, le prime forniscono coperture di Welfare complementare, supplementare o integrativo del sistema di protezione sociale vigente nei diversi paesi. In alcuni casi gestiscono proprie strutture(ospedali, farmacie, case di cura per anziani, servizi di homecare, pacchetti servizi per le famiglie con anziani non autosufficienti a settimana, al mese o annuali a seconda delle necessità di cura, il postacuzie, o riabilitativa o di media o lunga durata.**
- **Quest'ultima modularità, offerta con qualità tecnico professionale, soprattutto per le persone anziane ha visto affermarsi in Inghilterra BENENDEN la più grande SMS con quote di partecipazione dei soci che vanno da 8 sterline a settimana a 35 sterline mensili a 420 sterline l'anno. I soci iscritti sono circa 1.200.000.**

La mutualità in Europa

(2)

- In Francia, Harmonie mutuelle è la più grande SMS con 4.000.000 di iscritti e fornisce essenzialmente copertura complementare alle assicurazioni obbligatorie per la salute, nonché servizi soprattutto per la terza età.
- In Germania le Sparkassen, antiche mutue dei lavoratori, hanno un ruolo integrativo del sistema obbligatorio assicurativo sociale e sanitario, nonché dell'assicurazione obbligatoria di long term care, che recentemente ha elevato il contributo a carico del lavoratore e dell'impresa dall'1,7% all'1,9%
- In Svezia la mutualità è molto diffusa a livello delle contee e gestisce servizi in proprio che vengono acquistati in nome e per conto dei soci iscritti attraverso società di Purchasing. E' molto consolidato l'istituto della cessione della nuda proprietà a favore delle case protette o delle RSA per anziani, che utilizzano tecniche di domotica intelligente, collegate con servizi di telemedicina e telesoccorso con i pronto soccorso, i geriatri di distretto e gli ospedali d'eccellenza.
- Recentemente vanno diffondendosi anche esperienze di cash for care, che rendono meno appariscente il solco tra assistenza informale e formale, Sono schemi di assistenza informale retribuita, che per esempio in Olanda e Svezia sono stati introdotti accanto agli schemi tradizionali esistenti, al fine di rafforzare la libertà di scelta e l'empowerment del cittadino.

- **FIMIV è l'organizzazione italiana che rappresenta a livello nazionale la mutualità volontaria. 2500 società di mutuo soccorso in tutta Italia con prevalenza nel centro nord del paese. Tradizione ultracentocinquantenaria nel paese, svolgono la loro attività in campo sociale, sanitario, culturale. Sviluppando la loro capacità di adesione e le modalità di gestione diretta o indiretta di offrire servizi e prestazioni.) 9 mutue sanitarie di grandi dimensioni sono impegnate nel Consorzio nazionale MUSA e garantiscono a circa 400.000 soci, il rimborso di una vasta gamma di prestazioni sanitarie, avvalendosi di un network nazionale di convenzioni con centri specialistici, laboratori d'analisi, case di cura, mettendo a disposizione di tutti gli associati e delle loro famiglie un nomenclatore di servizi e prestazioni di tutto rispetto con una quota di partecipazione media che va dai 150 ai 280 euro annui.**

La mutualità volontaria in italia (2)

- **Nuove esperienze di mutualità si sono recentemente affermate: la nascita di MUTUA NUOVA SANITA' con 100.000 soci e 61 sezioni sul territorio, che opera con le strutture sanitarie e socioassistenziali di territorio, di cui gli associati usufruiscono attraverso la libera scelta di quelli più consoni alle loro esigenze. Una mutualità attiva che collabora con il sistema sanitario per offrire un qualificato servizio integrativo a lavoratori dipendenti, autonomi e pensionati, coprendo anche i costi di compartecipazione previsti dal SSN.**
- **Per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, Mutua NuovaSanità ha recentemente costituito assieme ad un gruppo di cooperative sociali la Fondazione Easy Care, che opera già in alcune Regioni del paese per l'assistenza domiciliare integrata, assicurando qualità umana e tecnica delle prestazioni in collaborazione con l'ANCOM che è una cooperativa nazionale di medici di medicina generale e di specialisti nonché di geriatri con forti motivazioni professionali verso le cure domiciliari.**
- **Infine la più recente esperienza di mutualità che si chiama PRONTO SERENITA' è un modello di erogazione di servizi, condotto, monitorato e sovrinteso dalla Fondazione Easy Care, che lo ha validato e concretizzato con la collaborazione del CERGAS della Bocconi di Milano, Coopselios, cooperativa sociale leader in Italia nell'erogazione dei servizi alla persona, che offre soluzioni alle famiglie, ai soggetti fragili, agli anziani soluzioni di sostegno, assistenza e cura.**

Le esperienze più innovative

- **16 settembre 2011 è nato in Trentino Alto Adige, il primo fondo sanitario integrativo regionale gestito dalle parti sociali, lavoratori e imprese, società di mutuo soccorso, per integrare i LEA, soprattutto nel campo della non autosufficienza e dell'odontoiatria. Attraverso una Fondazione il fondo eviterà il costo della cessione in gestione a compagnie di assicurazioni private e potrà gestire sul territorio prestazioni e servizi richiesti dalle famiglie.**

Aprire con forza un dibattito pubblico sul Welfare che vogliamo

- **Non mancano proposte, idee riformatrici, che non smarriscono l'universalità del sistema, ma che si sforzano di coniugare secondo un principio di coerenza, il ruolo delle istituzioni pubbliche, la sussidiarietà orizzontale e verticale, un vero federalismo e decentramento dei diritti di cittadinanza costituzionalmente protetti, il pilastro della fiscalità generale con pilastri collettivi di socializzazione dei rischi, per allargare l'esigibilità dei diritti e renderli aderenti alla domanda di un moderno welfare, in cui nascere ed invecchiare deve poter essere un binomio accompagnato da una migliore qualità della vita per tutti.**