



Annual meeting sul welfare integrato

**Pensioni, salute e assistenza:
il valore aggiunto del welfare complementare**

Le sinergie possibili tra sanità pubblica e integrativa: l'esperienza della Regione Veneto

Abano Terme, 7 novembre 2015

Valerio Vergadoro

Direttore Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

Regione Veneto





Contenuti

- 1. Le principali caratteristiche del SSR del Veneto**
- 2. Lo scenario normativo**
- 3. Un piano di lavoro**
- 4. Alcune riflessioni**

Conclusioni



1.

Le principali caratteristiche del SSSR del Veneto



- 1. Costi di gestione contenuti (*spesa pro capite € 1.783,4; Italia 1.853,3*)**
- 2. Adeguato n. di p.l per acuti (*3,32 per 1.000 ab. ; Italia 3,29*) e non acuti (*0,57; Italia 0,59*)**
- 3. Sviluppo dell'Assistenza territoriale (*Distretto forte*)**



Elementi fondamentali della programmazione regionale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale

il potenziamento del TERRITORIO

- *La riorganizzazione del Distretto e relativi strumenti organizzativo-gestionali (es. Centrale Operativa Territoriale)*

l'organizzazione in TEAM delle CURE PRIMARIE

il potenziamento dell'ASSISTENZA DOMICILIARE

il rafforzamento della RETE DELLE CURE PALLIATIVE

la rimodulazione dell'ASSISTENZA RESIDENZIALE

l'implementazione delle STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE



La riorganizzazione del DISTRETTO prevista dal PSSR 2012-2016

Centrale
Operativa
Territoriale

DISTRETTO



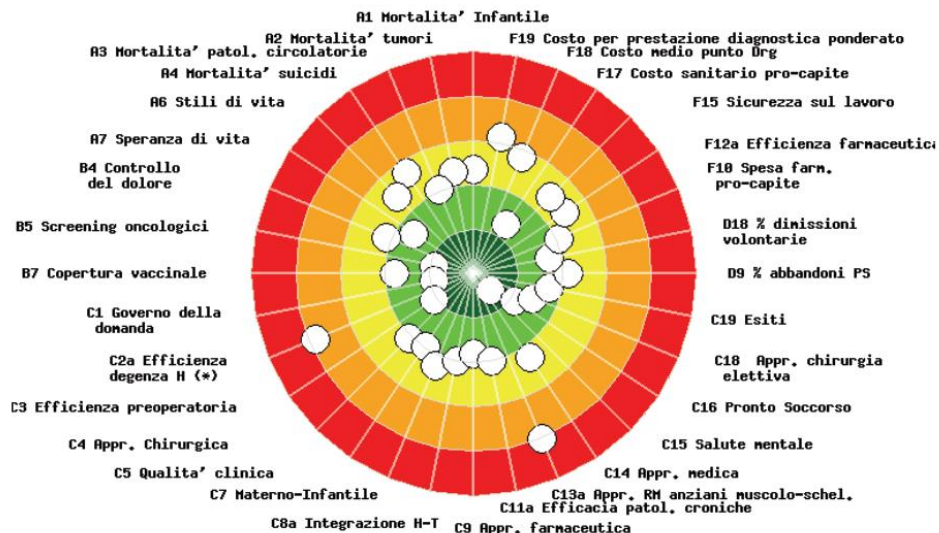


4. **Integrazione socio-sanitaria**
5. **Indici di performance buoni o ottimi**
*(griglia adempimenti LEA 193: 3° posto;
indicatori PNE; Bersaglio Network delle regioni
Laboratorio MeS)*
6. **Buona salute della popolazione** (*speranza
di vita alla nascita*)

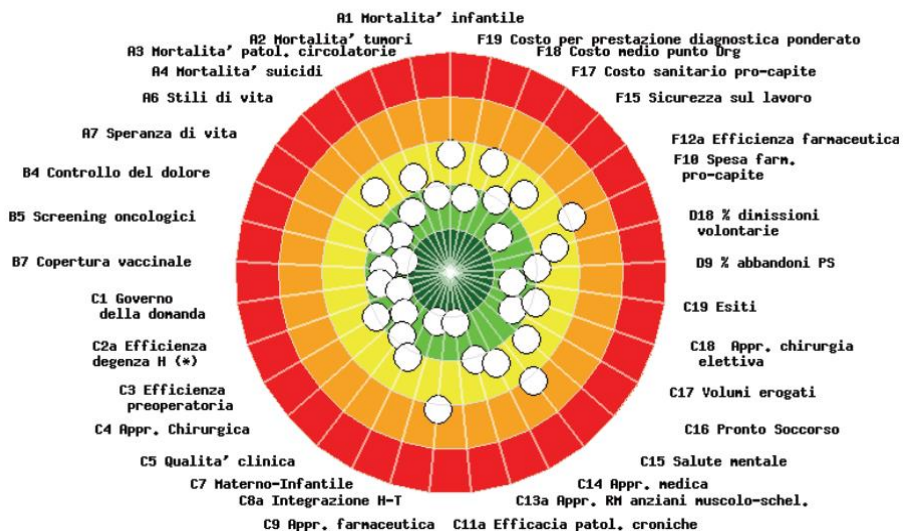
Anno 2014	Veneto	Italia
Maschi	80,8	80,3
Femmine	85,7	85



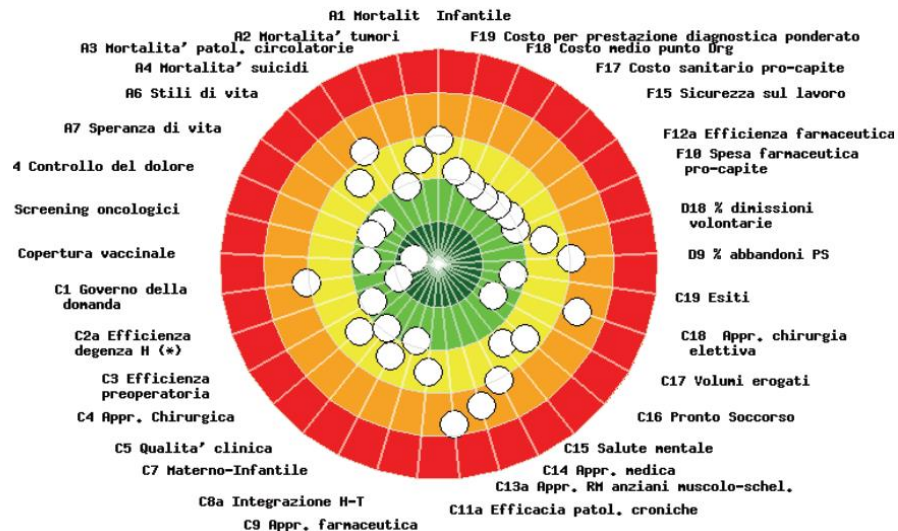
Veneto



Toscana



Emilia-Rom.





2.

Lo scenario normativo



I vincoli normativi

- Art. 3 della Costituzione Italiana
- La legge 833 costitutiva del SSN e successive modificazioni: il SSN assicura i **livelli essenziali di assistenza (LEA)** nel rispetto *"dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e delle loro **appropriatezza** riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'**economicità** nell'impegno delle risorse"*. (D.L.vo n.229 1999)
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "**Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419**", art. 9
- Decreto 27 marzo 2008 (Decreto Turco) «**Fondi sanitari integrativi del SSN**»
- Decreto 27 ottobre 2009 (Decreto Sacconi) **Modifica al decreto 31 marzo 2008 riguardante «Fondi sanitari integrativi del SSN»**



I vincoli normativi

- *L'attività professionale, pur se prevista e tutelata, non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (D.L.vo n.229 1999)*
- Il DG è responsabile di concordare i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione ai volumi di attività libero professionale (DPCM 27 marzo 2000)
- Le attività di prenotazione e di erogazione delle prestazioni di attività libero professionale vanno svolte in tempi e spazi diversi rispetto a quelli istituzionali (Legge 3 agosto 2007 n.120)



Art . 55 CCNL Dirigenza Medica 8 giugno 2000

Art. 55 CCNL Dirigenza Medica 8 giugno 2000

Definisce le diverse tipologie di attività libero professionali al di fuori dell'orario di servizio:

- a) libera professione individuale, caratterizzata dalla scelta diretta -da parte dell'utente - del singolo professionista cui viene richiesta la prestazione;
- b) attività libero professionale a pagamento svolte in équipe all'interno delle strutture aziendali, caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente, singolo o associato anche attraverso forme di rappresentanza, all'équipe, che vi provvede nei limiti delle disponibilità orarie concordate;
- c) partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse;
- d) partecipazione ai proventi di attività professionali, a pagamento richieste da terzi (utenti singoli, associati, aziende o enti) all'azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, d'intesa con le équipes dei servizi interessati.



L.R. 13 del 5 aprile 2013

Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2013

Art. 12 - Fondo sanitario integrativo veneto.

1. La Giunta regionale è autorizzata a contribuire alla costituzione di **fondi regionali sanitari integrativi** posti in essere da associazioni imprenditoriali e/o sindacali a favore di residenti nel Veneto, per un importo totale massimo di euro 100.000,00.
2. La Giunta regionale individua, sentita la competente commissione consiliare, le modalità ed i criteri di attuazione degli interventi riconducibili ai contenuti del comma 1.
3. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo, quantificati in euro 100.000,00 per l'esercizio 2013, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0244 "Politiche del lavoro" del bilancio di previsione 2013.



Le opportunità

Pur nel quadro di un panorama normativo fortemente «vincolato» e di un quadro economico - finanziario ad elevata criticità, e tenuto conto che la Regione Veneto è tra quelle più avanzate in Italia per livello quali/quantitativo di prestazioni sanitarie, il rapporto con i Fondi sanitari integrativi si presenta come una interessante opportunità per il SSR del Veneto:

- *sia nel senso di favorire le esigenze particolari degli aderenti al Fondo, tutti cittadini contribuenti ;*
- *sia nel senso che il finanziamento che i Fondi sono in grado di garantire, a fronte di particolari servizi erogati dalla sanità pubblica, potrebbe essere reimpiegato nel sistema, ad esempio consentendo nuovi investimenti in grado di migliorare ulteriormente il livello qualitativo dei servizi sanitari regionali.*



2.

Un piano di lavoro



Premessa

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 all'Art. 16 "Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria" afferma che:

"La Giunta regionale promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo le parti sociali, i soggetti e le organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative."



Premessa

«Appare quindi anche di interesse pubblico sviluppare i rapporti con i Fondi sanitari integrativi, che potrebbero vedere nel prossimo futuro un notevole incremento per coprire anche un numero crescente di prestazioni che i LEA non sono più in grado di garantire.

*La Regione Veneto si rende quindi disponibile ad approfondire, a livello tecnico e politico, le forme di collaborazione con i Fondi, con l'obiettivo di concordare uno **schema di convenzione tipo per disciplinare una serie di prestazioni** (dal pagamento delle prestazioni in libera professione, alle attività di screening e check up, alle attività diagnostiche non urgenti), in grado di tutelare in maniera trasparente i reciproci interessi, governando i rapporti tra singole Aziende sanitarie territoriali e Fondi Integrativi.»*

Domenico Mantoan, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione Veneto, *Welfare sanitario contrattuale – Quali rapporti con la sanità pubblica ?*; Vicenza, 19 ottobre 2013



La costituzione di un Tavolo tecnico

In attuazione a quanto previsto dal Piano, è stato costituito un Tavolo tecnico, ritenendo che:

« ... una regolamentazione condivisa possa essere più agevolmente realizzata attraverso la costituzione di un tavolo tecnico al quale chiamare a partecipare tutti i soggetti interessati, con il compito di valutare, alla luce degli elementi che caratterizzano il contesto regionale e delle indicazioni che possono ricavarsi dalle misure adottate in altre Regioni, l'opportunità di un intervento regolamentare ed eventualmente di predisporre una proposta.».

(Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione Veneto, n. 9
13 febbraio 2014)



Obiettivi del Tavolo tecnico

Al Tavolo tecnico di lavoro è stato quindi affidato il compito di:

«analizzare l'attuale normativa di riferimento e di pervenire alla definizione di un'ipotesi di modello innovativo di compartecipazione e ottimizzazione delle prestazioni sanitarie tra la Regione e i Fondi e Casse ... ».

(Decreto n. 9, 13 febbraio 2014)



Componenti

- dott. *Valerio Vergadoro*, Direttore VENETO FORMSS, Coordinatore del Tavolo tecnico
- dott. *Fabio Baiocco*, Responsabile Ufficio Convenzioni Dirette FASI
- dott. *Simonpaolo Buongiardino*, Presidente FONDO EST
- dott. *Sandro Caffi*, Direttore Generale AOUIVR
- dott.ssa *Cinzia Cassella*, Servizio Convenzioni, Azienda Ospedaliera di Padova;
- dott. *Amleto Cattarin*, Dirigente Avvocato UOC Servizio Legale AULSS 20 Verona
- dott. *Daniele Cerrato*, Presidente CASAGIT
- dott. *Alessandro Dall'Ora*, Direttore Generale AULSS 22 Bussolengo
- dott.ssa *Roberta Gavagnin*, Direzione Medica Ospedale dell'Angelo, AULSS 12 Veneziana
- dott. *Gerardo Gerardi*, Consigliere delegato CASDIC
- dott. *Claudio Giammatteo*, Direttore FASCHIM
- dott. *Oscar Rigoni*, Rappresentante SANI.IN VENETO
- dott. *Claudio Trucato*, Presidente FASDAC



Altri Fondi e Casse rappresentati al Tavolo

- **ASSIDA (Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa Dirigenti Aziende del Gruppo Telecom Italia)**
- **CASPIE (Cassa Autonoma e di Assistenza Sanitaria tra il Personale dell'Istituto di Emissione)**
- **Cmn BCC (Cassa mutua nazionale per il personale delle Banche di Credito Cooperativo)**
- **FISDE (Fondo Integrativo sanitario per i Dipendenti del Gruppo Enel)**
- **QU.A.S. (Cassa Assistenza Sanitaria Quadri)**



Focus dell'attività

- A. **analisi della normativa di riferimento**
- B. **analisi della domanda e dell'offerta**
- C. **rilevazione e studio delle esperienze attualmente in atto nel Veneto ed in altre Regioni (*pratiche e buone pratiche*)**
- D. **valutazione della fattibilità di un'ipotesi di modello di compartecipazione e di ottimizzazione delle prestazioni tra SSSR e Fondi e Casse da applicare sull'intero territorio regionale (*Accordo quadro; Regolamenti attuativi*)**



Outcome del Tavolo tecnico

- **Valutare l'opportunità di un intervento regolamentare ed eventualmente predisporre una proposta da sottoporre alle autorità regionali.**
- **Aumentare la sensibilizzazione delle aziende del SSSR sul ruolo e le opportunità rappresentate dal welfare sanitario integrativo.**
- **Aumentare la consapevolezza dei Fondi/Casse delle difficoltà operative incontrate dalle aziende pubbliche in relazione ai diversi modelli di comportamento degli operatori privati.**



La sfida del Tavolo tecnico

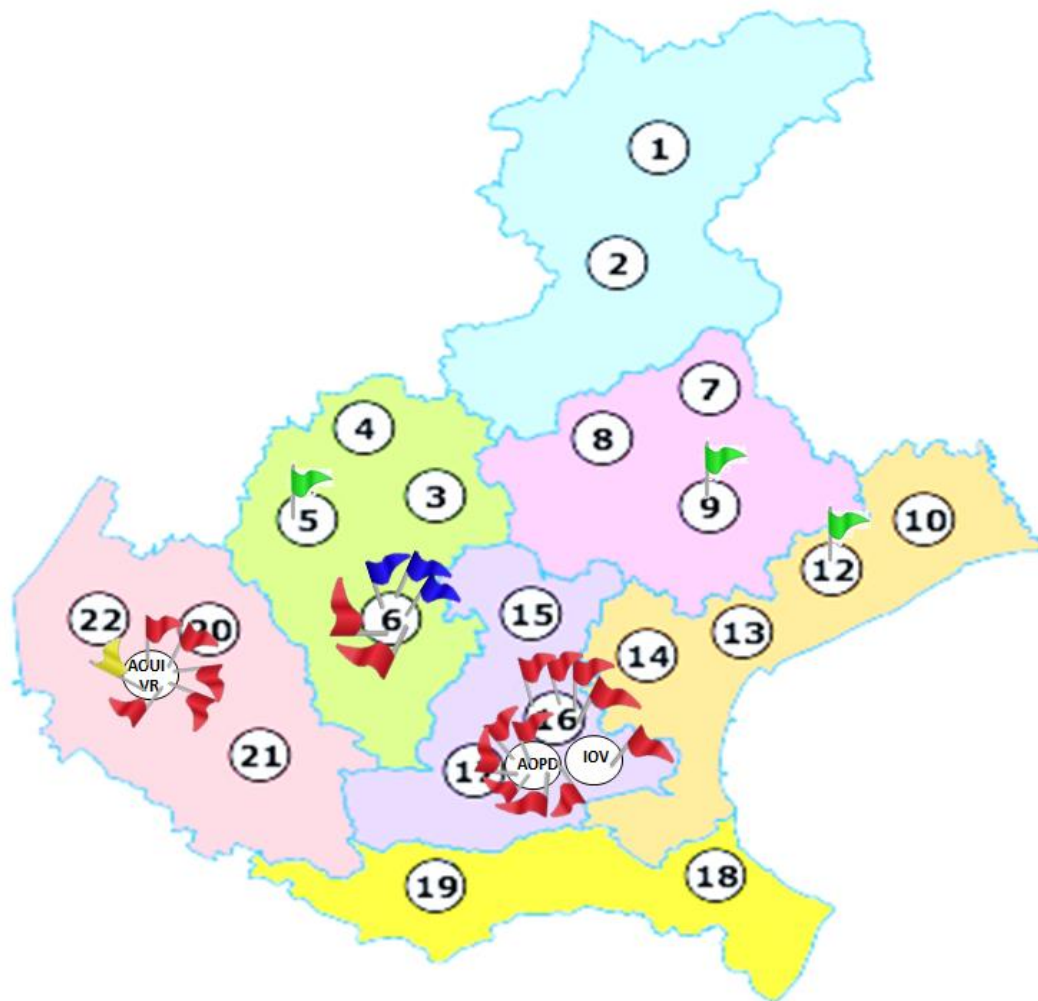
Andare oltre gli *schemi di lavoro consolidati* nel pubblico come nel privato, per affrontare la problematica con sufficiente apertura mentale, al fine di ipotizzare soluzioni in grado di fornire un ulteriore servizio ai cittadini del Veneto, che possa esser anche di esempio per le altre regioni italiane e l'intero SSN.









La ricognizione dell'esistente

N. convezioni per provincia		
Provincia	N. Conv.	%
Padova	11	44%
Verona	6	24%
Vicenza	6	24%
Treviso	1	4%
Venezia	1	4%
Belluno	0	---
Rovigo	0	---
	25	100%



Legenda:

-  Diagnostica+Visite
-  Visite+Diagnostica+Prevenzione+Check up
-  Ricoveri
-  CU

N. 8 az.= con conv.
(33%)

N. 5 az. = senza conv.
(21%)

N. 11 az.= n.r.
(46%)



Fatturato Aziende sanitarie per attività con Fondi e Casse *Anni 2011 - 2013*

	2011	2012	2013
ULSS 6	23.006,00	53.181,00	174.797,00
ULSS 9	108,00	450,00	445,50
ULSS 12	7.666,69	14.857,24	9.218,92
ULSS 16	314.058,45	362.573,40	173.306,45
AO PD	1.695.682,65	1.947.628,30	1.520.373,88
AOUI VR	151.000,00	160.108,00	239.123,35
IOV	28.898,00	5.699,00	1.532,00
TOTALE	2.220.419,79	2.544.496,94	2.118.797,10



Ranking delle prestazioni richieste

I.	Interventi chirurgici
II.	Assistenza odontoiatrica
III.	Ricoveri ordinari e diurni
IV.	Diagnostica
IV.	Visite spec. (no odontoiatriche)
VI.	Protesi e farmaci
VII.	Prestazioni san. e soc. per non autosuff.
VIII.	Check up e prevenzione
IX.	Fisioterapia
X.	Farmaci



Lo stato dell'arte delle relazioni: *il punto di vista dei Fondi*

1. Attesa per ottenere la prestazione
2. Costo fuori mercato rispetto al privato
3. Regole frammentate per singola struttura
4. Uso dell'applicativo informatico
5. Vincoli normativi burocratici interni/Tempi delibere
6. Tariffe «ad libitum» per LP medica
7. Nomenclatore di riferimento
8. Uso del nostro tariffario



Lo stato dell'arte delle relazioni: *il punto di vista delle aziende sanitarie pubbliche*

1. Conoscenza normativa del SSN
2. Modalità di presa in carico dei pz.
3. Nomenclatori
4. Tariffari
5. Quota di copertura delle spese a carico degli iscritti
6. Interfaccia operativa con i fondi
7. Procedure informatiche
8. Recupero crediti
9. Volumi richiesti/garantiti



Le problematiche interne alle aziende sanitarie

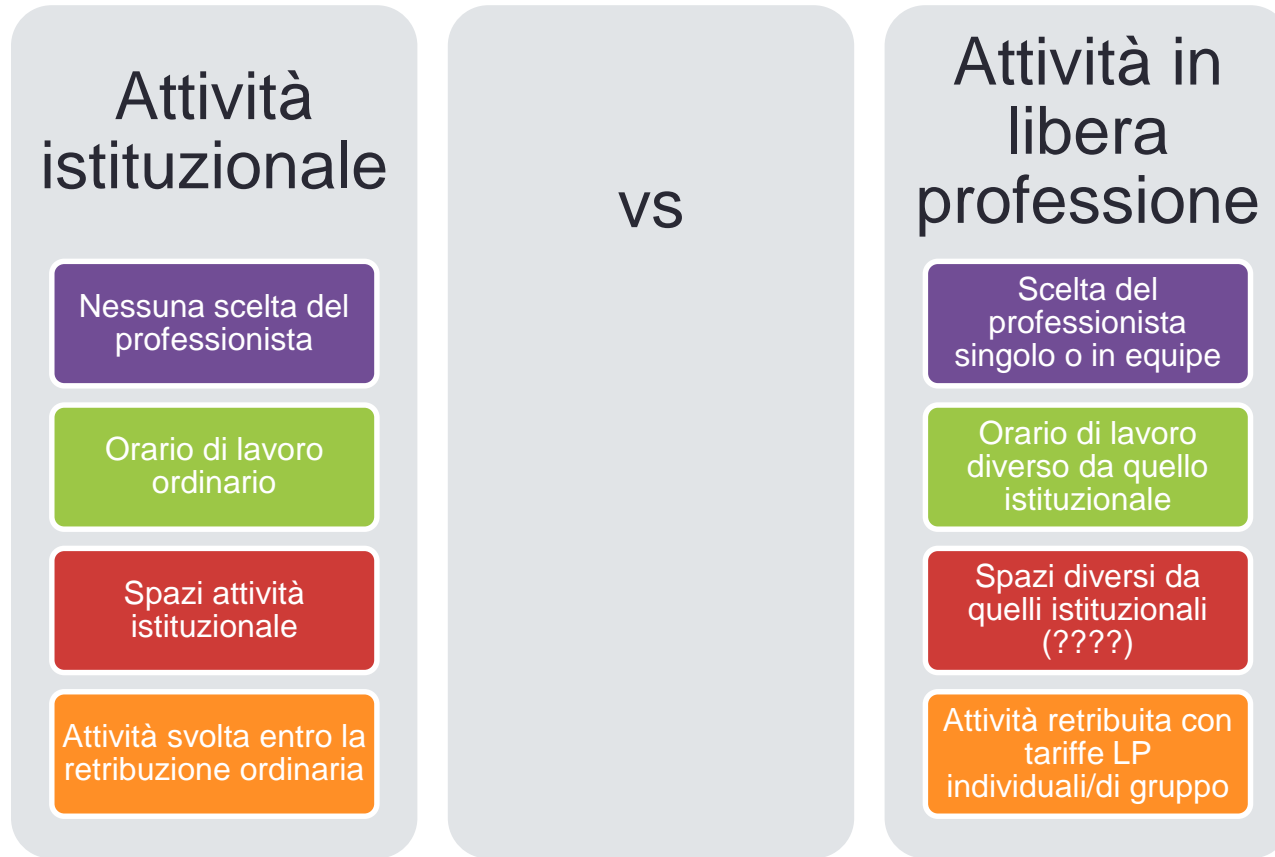
- Mandato non chiaro da parte dei vertici aziendali
- Volumi richiesti/programmati
- Aspetti organizzativi
- Modalità di «ingaggio» dei professionisti
- ...



Gli scogli da superare per lo sviluppo delle relazioni



A. Regole di ingaggio del personale



Art. 55 CCNL Dirigenza Medica 8 giugno 2000: attività LP al di fuori dell'orario di servizio
d) partecipazione ai proventi di attività professionali, a pagamento richieste da terzi (utenti singoli, associati, aziende o enti) all'azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, d'intesa con le équipes dei servizi interessati.



A. Regole di ingaggio del personale: *la terza via*



Art. 55 CCNL Dirigenza Medica 8 giugno 2000: attività LP al di fuori dell'orario di servizio

d) partecipazione ai proventi di attività professionali, a pagamento richieste da terzi (utenti singoli, associati, aziende o enti) all'azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, d'intesa con le équipes dei servizi interessati.

- Fondo «Balduzzi»
- Art. 55 CCNL Dirigenza Medica: *lettera d*
- Art. 58 CCNL Dirigenza Medica
- Art. 43 LF 1998



B. Problematiche relative ai sistemi operativi

- Classificazione della domanda (nomenclatore)
- Organizzazione dell'offerta (orari/giorni/modalità di prenotazione/regime di erogazione)
- Documentazione richiesta e relativo formato
- Sistemi informativi/supporti informatici
- Flusso dell'attività - Processo (*richiesta – autorizzazione – erogazione - liquidazione - pagamento*)
- ...



C. Problematiche relative alla gestione economico-finanziaria

- Configurazione e definizione del prezzo della prestazione (tariffari)
- Tempi e modalità di pagamento
- Relazioni finanziarie (rimborso diretto/indiretto; acconti/saldi; compartecipazione assistito)
- ...



Schema degli interventi per regolamentare i rapporti tra SSSR del Veneto e Fondi/Casse



1. LR/DGRV

Disciplina del regime di erogazione delle prestazioni per utenti assistiti da Fondi Sanitari Integrativi e Casse di assistenza e delle modalità di coinvolgimento dei professionisti

Ex artt. 55 e 58 CCNL Dirigenza medica del 8/06/2000;

LR 13 del 5/04/2013;

DGRV 2621 del 18/12/2012;

DGRV 320, 1310, 1630 del 2013





Contenuti dell'accordo quadro

1. Assolvimento della **quota di compartecipazione alla spesa per la prestazione (cd. ticket)** a carico dell'utente da parte del Fondo/Cassa;
2. utilizzo della **modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie**, a favore degli iscritti ai Fondi/Casse qualificata nella prassi come '**solvenza**', ovvero *libera professione aziendale a pagamento*, in aggiunta e sul presupposto del regolare svolgimento delle attività istituzionali ordinarie;



Contenuti dell'accordo quadro

3. impegno delle parti di addivenire, almeno per le **prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione più frequenti**, ad una omogeneizzazione e uniformità lessicale che si concretizzi nella condivisione di un **nomenclatore unico**, che consenta un efficace e lineare dialogo tra i soggetti ed una pronta erogazione dei servizi;
4. impegno delle aziende del SSR del Veneto ad **omogeneizzare il più possibile i tariffari** delle prestazioni erogate ai cittadini coperti da assistenza sanitaria integrativa, sia in regime di “solvenza” o libera professione d'azienda, sia in attività libero professionale, almeno per quelle più frequenti e con un'ampia base di erogazione territoriale, a **tariffe concorrenziali con il sistema privato**;



Contenuti dell'accordo quadro

5. impegno del SSR a **progettare ed erogare**, secondo criteri di appropriatezza clinica, di efficienza gestionale e di omogeneità territoriale, **pacchetti di attività di prevenzione, screening e check up**, oltre a quelli istituzionali già disponibili per tutti i cittadini del Veneto, da offrire a pagamento ai cittadini coperti da assistenza sanitaria integrativa a **tariffe concorrenziali con il sistema privato**;
6. impegno delle parti a procedere ad una **ottimizzazione e semplificazione dei sistemi di comunicazione e di gestione delle relazioni economico-finanziarie**, in modo da renderli più semplici ed omogenei, utilizzando appieno le potenzialità dei sistemi informatici e del web.



Contenuti delle Convenzioni:

A - Visite, attività diagnostica, prevenzione e check up

1. Oggetto ✓ visite e prestazioni diagnostiche
(art. 2) : ✓ percorsi clinici-diagnostici standard (check up)
✓ percorsi clinici-diagnostici personalizzati (check up)
✓ trattamento alberghiero
2. Impegni della struttura sanitaria (art. 3)
3. Impegni del Fondo/Cassa/Gestore (art. 4)
4. Modalità di presa in carico ed erogazione (art. 5)
5. Tariffe (art. 6)
6. Relazioni finanziarie (art. 7)



Contenuti delle Convenzioni:

B - *Ricoveri medici e chirurgici*

1. Ambito di applicazione (*art. 1*)
2. Impegni della struttura sanitaria (*art. 2*)
3. Impegni del Fondo/Cassa/Gestore (*art. 3*)
4. Modalità di presa in carico ed erogazione (*art. 4*)
5. Tariffe (*art. 5*)
6. Relazioni finanziarie (*art. 6*)



**Una sfida ulteriore:
*Il Fondo sanitario aperto
territoriale del Veneto***



3. Alcune riflessioni



Alcuni spunti di riflessione

Tre elementi di riflessione, emersi anche durante i lavori del tavolo, meritano di essere sottolineati:

- 1. il paradosso dell'efficienza dei servizi pubblici;*
- 2. la barriera della non conoscenza e del sospetto;*
- 3. la sfida dell'appropriatezza.*



1. *Il paradosso dell'efficienza del servizio pubblico*

Il fatto che l'eccellenza e l'efficienza di alcuni Servizi sanitari pubblici regionali, testimoniate da moltissimi parametri, abbia portato un minor sviluppo del sistema sanitario privato rispetto ad altri territori italiani, porta ad una situazione che possiamo definire come *il paradosso dell'efficienza pubblica*.

Le risposte quali-quantitative ai bisogni di salute dei residenti, e quindi anche degli assistiti dai fondi, in queste regioni vengono principalmente dalle strutture pubbliche e questa situazione rende più complicata l'attività dei fondi stessi, abituati a confrontarsi con maggiore facilità con le *strutture private*.

Queste, essendo più orientate al mercato, hanno una maggiore flessibilità nella risposta alle loro esigenze.



1. *Il paradosso dell'efficienza del servizio pubblico*

I cittadini di queste regioni, quindi, con coperture sanitarie integrative, e che già versano i contributi al SSR, trovano maggiore difficoltà a sfruttare appieno tali coperture nel territorio, e forse in parte non ne sentono del tutto la necessità.

Nondimeno i contributi in molti casi sono obbligatori e non vengono direttamente destinati/accantonati per le necessità degli assistiti del territorio, cosicché questi finiscono per finanziare indirettamente le prestazioni *consumate* in altre regioni ed erogate principalmente da operatori privati, con una sorta di redistribuzione, nei fatti, a tutto svantaggio dei cittadini assistiti in queste regioni nonché, nella sostanza, anche del SSR, che non riesce a *catturare* tali potenziali finanziamenti aggiuntivi.



2. La barriera della non conoscenza e del sospetto

Dalla ricognizione effettuata sulle relazioni in essere tra fondi/casse e aziende sanitarie pubbliche del Veneto, è emerso che molte di queste non sono a conoscenza dell'esistenza e dell'attività dei fondi.

Inoltre, essi vengono talvolta percepiti con sospetto, in quanto considerati enti che tutelano categorie particolari di persone, come i dirigenti; non è noto, invece, che i fondi assistono in Italia più di 5 milioni di persone, appartenenti a diverse categorie di lavoratori.

Appare evidente, pertanto, che per poter migliorare le relazioni reciproche è necessario che aziende sanitarie e fondi superino la barriera della non conoscenza e diffidenza sviluppando un dialogo costruttivo.



3. La sfida dell'appropriatezza

L'appropriatezza delle prestazioni sanitarie sta diventando un tema centrale del dibattito sul governo delle relazioni tra domanda e offerta di servizi, entro il sistema pubblico. Prestazioni inappropriate, oltre a consumare inutilmente risorse collettive, possono anche essere dannose per i cittadini che le utilizzano.

Il consumo di prestazioni sanitarie entro sistemi più di mercato, e quindi con modelli erogativi di natura privatistica, risente meno di questa tensione verso la ricerca di appropriatezza.

La spesa dei fondi privati indirizzata maggiormente verso tali erogatori, quindi, rischia di «acquistare» prestazioni non sempre necessarie: in tal modo quote finanziarie più o meno ingenti possono produrre «salute» in misura meno che proporzionale.



3. *La sfida dell'appropriatezza*

Un maggior indirizzo della spesa dei Fondi verso l'erogatore pubblico, di contro, potrebbe comportare una maggiore attenzione all'effettiva utilità delle prestazioni da erogare, con una duplice conseguenza positiva:

- *un ridotto consumo da parte dell'utente di prestazioni di non comprovata utilità;*
- *la liberazioni dei risorse dei Fondi verso attività più «valuable», come ad esempio programmi di prevenzione e screening non già offerti dal sistema pubblico, o interventi di LTC.*



CONCLUSIONI

Lo sviluppo dei rapporti con i fondi appare sempre più di interesse per il SSN e potrebbe vedere nel prossimo futuro un notevole incremento per coprire anche un numero crescente di prestazioni che i Lea non sono più in grado di garantire.

L'esempio della Regione del Veneto, con il Tavolo tecnico attivato con l'obiettivo di migliorare tali forme di collaborazione e giungere a definire un **Accordo quadro** e degli schemi di **Convenzione**, sta andando in questa direzione, anticipando a livello nazionale tale necessario confronto tra pubblico e privato.



***"Grazie per
l'attenzione!"***



