

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO
INDAGINE CONOSCITIVA****6.****SEDUTA DI MARTEDÌ 1° APRILE 2014**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU****INDICE**

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	2
INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI MEDICI CHE SVOLGONO GLI ACCERTAMENTI SANITARI PER VERIFICARE LO STATO DI SALUTE DEL DIPENDENTE ASSENTE PER MALATTIA	
Audizione del sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione, Angelo Rughetti:	
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	2, 4, 5, 6, 8
Miotto Margherita (PD)	6
Murer Delia (PD)	5
Rughetti Angelo, <i>Sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione</i>	2, 4, 7

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Nuovo Centrodestra: (NCD); Lega Nord e Autonomie: LNA; Per l'Italia (PI); Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: (Fdi-AN); Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero-Alleanza per l'Italia: Misto-MAIE-ApI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIERPAOLO VARGIU

La seduta comincia alle 14.25.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione, Angelo Rughetti.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione, Angelo Rughetti, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

Ringrazio il sottosegretario Angelo Rughetti per la sua disponibilità nei confronti della Commissione e gli do la parola per lo svolgimento della sua relazione.

ANGELO RUGHETTI, *Sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione.* Ringrazio il presidente e tutti i colleghi.

Comincio nel sottolineare l'importanza di questa iniziativa, che ha consentito di mettere in luce una situazione molto complessa e poco ordinata, dal punto di vista sia normativo che organizzativo, una que-

stione che in passato è stata oggetto di tanta comunicazione, alla quale però purtroppo, come abbiamo visto, non ha corrisposto un'iniziativa ben perimetrata e ben organizzata da parte del Governo.

Il quadro che emerge e che viene messo in evidenza nel testo che leggerò, è quello di una disciplina normativa differente tra dipendenti pubblici e privati, diversamente applicata sul territorio nazionale, frammentata in tante disposizioni di carattere normativo primario e secondario e oggetto di interventi anche della Corte costituzionale. Il tutto ci consegna un quadro veramente complicato.

Innanzitutto deve esser chiarito che la normativa che disciplina gli accertamenti sulle assenze per malattia dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni è costituita dall'articolo 55-*septies* del decreto legislativo n. 165 del 2001, il quale prevede che le pubbliche amministrazioni dispongono il controllo sulle assenze per malattia dei dipendenti, valutando la condotta complessiva del dipendente e gli oneri connessi all'effettuazione della visita, tenendo conto dell'esigenza di contrastare e prevenire l'assenteismo.

Il controllo è in ogni caso richiesto dal primo giorno quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti e successive a quelle non lavorative. Come sapete, questa scelta normativa è uno dei motivi che hanno comportato l'aumento dei costi connessi all'esercizio delle verifiche.

Con l'articolo 16, comma 10, del decreto-legge n. 98 del 2011, l'applicabilità della norma è stata estesa anche al personale non contrattualizzato.

Per i dipendenti pubblici l'indennità di malattia è a totale carico dell'amministrazione di appartenenza che attiva la richiesta della visita. Non è prevista, a diffe-

renza di quanto accade nel lavoro privato, un'iniziativa d'ufficio da parte dell'INPS o delle aziende sanitarie.

La competenza dell'INPS trova la sua fonte nell'articolo 5 del cosiddetto « Statuto dei lavoratori », il quale prevede che sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sull'idoneità e sull'invalidità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente. Il controllo delle assenze per infermità o per malattia può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda. Il datore di lavoro ha la facoltà di far controllare l'idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici e istituti specializzati di diritto pubblico.

La problematica che viene posta all'attenzione del ministro sorge a seguito dell'interruzione, a partire dal 1° ottobre 2013, delle richieste d'ufficio delle visite mediche di controllo domiciliare sui lavoratori assenti per malattia, effettuati dai medici di controllo iscritti nelle liste speciali.

L'indagine conoscitiva della XII Commissione ha per oggetto l'organizzazione delle visite fiscali, con particolare attenzione alla posizione dei medici chiamati ad effettuarle. Infatti, i professionisti incaricati di effettuare le visite fiscali, che svolgono prevalentemente le loro prestazioni nell'ambito di rapporti di collaborazione autonoma, sono retribuiti a prestazione e hanno visto drasticamente ridurre i loro compensi, proprio a causa dell'interazione delle visite di controllo. Come sapete, dal punto di vista della natura del rapporto di lavoro, non si tratta di lavoro subordinato ma di lavoro autonomo.

Attualmente risulta ancora vigente la normativa di disciplina di questa attività di cui al decreto-legge n. 463 del 1983, che prevede in capo ai servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti l'obbligo di predisporre le visite fiscali a richiesta dei datori di lavoro o degli enti assicuratori.

La disciplina della materia è stata poi definita con l'emanazione di una serie di

decreti del Ministero delle politiche sociali e del Ministero del lavoro. Precisamente, già con il decreto del 15 luglio 1986 viene previsto, all'articolo 1, che le visite domiciliari di controllo dei lavoratori possono essere disposte dall'Istituto nazionale della previdenza sociale d'ufficio su richiesta degli altri istituti previdenziali o dei datori di lavoro alle sedi dell'istituto medesimo, presso le quali sono istituite, sentiti gli ordini dei medici, apposite liste di medici a rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e liberi professionisti.

Nel successivo decreto del 18 aprile 1996 è stato esplicitamente indicato, all'articolo 1, che l'Istituto nazionale della previdenza sociale esplica un'azione di indirizzo, mediante l'emanazione di apposite direttive di coordinamento nei confronti dei medici iscritti nelle liste speciali.

Con riferimento alla natura giuridica del rapporto, si potrebbe valutare l'opportunità di ridefinire i caratteri della collaborazione, secondo i canoni di stabilità rivendicati dai medici fiscali, nei limiti del rispetto del principio costituzionale del concorso pubblico e della normativa vigente in tema di reclutamento del personale alle dipendenze della pubblica amministrazione.

Il Governo precedente, in risposta ad atti di sindacato ispettivo, aveva individuato la possibilità di istituire il cosiddetto « Polo unico di medicina fiscale », che contemperasse, da un lato, l'esigenza di continuità del rapporto di collaborazione dei medici iscritti nelle liste speciali e, dall'altro, la necessità, quale misura di semplificazione, di accentrare presso un'unica struttura amministrativa dell'INPS le competenze nella gestione del servizio in parola. Tale disposizione avrebbe previsto il passaggio delle funzioni di accertamento medico legale relativo all'assenza per malattia dei lavoratori dipendenti pubblici dalle aziende sanitarie locali all'INPS.

La *ratio* della norma, infatti, era da individuarsi nel più ampio obiettivo di semplificazione e razionalizzazione delle risorse umane strumentali e delle procedure, tenuto conto del fatto che l'istituto

già svolge funzioni di accertamento medico legale e, disponendo già delle adeguate risorse, avrebbe potuto garantire un servizio più efficiente.

Tuttavia, in sede di approvazione della legge di bilancio dovrebbero essere stanziati risorse a favore dell'istituto, tenendo conto del limite dello stanziamento già vigente. Sapete che oggi c'è una diatriba tra Governo e regioni rispetto al *plafond* che viene messo a disposizione, che precedentemente era a carico del Fondo sanitario nazionale. Successivamente sono stati messi a disposizione delle regioni 70 milioni di euro, che però non sono stati ancora erogati.

Da ultimo, nella legge n. 147 del 2013 è stato espressamente previsto all'articolo 1, comma 340, che al comma 10-*bis* dell'articolo 4 del decreto-legge n. 101 del 2013, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Ai fini della razionalizzazione del servizio, l'INPS, per l'effettuazione delle visite mediche di controllo domiciliari ai lavoratori assenti dal servizio per malattia, si avvale, in via prioritaria, dei medici inseriti nelle liste speciali di cui al comma precedente ».

Tale disposizione sembrerebbe andare incontro alle esigenze dei medici, mettendoli al riparo dalle conseguenze del precariato, atteso che dalla norma si evince, al medesimo comma 10-*bis*, l'istituzione di liste speciali ad esaurimento, nelle quali vengono confermati i medici inseriti nelle suddette liste.

Noi abbiamo preparato due brevi grafici che contengono il numero mensile dei giorni di assenza per malattia per dipendente nel pubblico impiego, che ovviamente possono essere distribuiti.

PRESIDENTE (*fuori microfono*). Sono comparativi ?

ANGELO RUGHETTI, *Sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione*. Ce n'è uno comparativo sugli anni dal 2007 al 2013. L'altro invece riguarda le assenze per numero di dipendenti. Penso che possano essere utili per conoscere meglio il fenomeno.

Come conclusione, dal punto di vista politico più che tecnico, penso che sia necessario ristabilire un ordine normativo omogeneo tra il pubblico e il privato, per evitare di avere queste due situazioni differenti. È da valutare l'opportunità di attribuire ad un unico organismo l'esercizio di questa funzione. Occorre trovare delle formule che, nel rispetto del principio costituzionale, salvaguardino le esperienze e le professionalità. Oggi ci sono delle professionalità che nel tempo hanno rinunciato a svolgere altre attività, proprio in ragione delle incompatibilità che esistono tra l'esercizio della professione medica e l'esercizio delle visite per malattia. Peraltro, questa incompatibilità ha un'applicazione « a macchia di leopardo » sul territorio nazionale. Infatti, in alcune regioni c'è un'incompatibilità molto rigida, mentre in altre c'è un po' più di elasticità.

Il Dipartimento si rende disponibile a dare un contributo per cercare di risolvere questa situazione in via definitiva, facendo una perimetrazione più ordinata di tutto l'esercizio della funzione, fermo restando che i costi, come previsto dalla legge, sono a carico dell'amministrazione che lo richiede e che nell'eventualità in cui dovesse essere affidato all'INPS il cosiddetto « polo unico » bisognerà trovare le risorse per finanziare questa attività, perché altrimenti i medici non avrebbero la possibilità di svolgerla. Grazie.

PRESIDENTE. Colleghi, abbiamo sentito le considerazioni che sono state svolte dal sottosegretario Rughetti, che ringrazio.

Credo che anche la Commissione avesse ben chiaro che un eventuale intervento, anche legislativo, di revisione dell'attuale situazione o un atto di indirizzo che dovesse andare verso la modifica dell'attuale situazione, purtroppo, avrebbero come punto di riferimento fondamentale il reperimento delle risorse, perché è difficile pensare a una modifica dell'esistente a costo zero.

Do, quindi, la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

DELIA MURER. Grazie, sottosegretario, per aver colto alcuni degli obiettivi che abbiamo voluto indicare con questa indagine conoscitiva.

Mi pare che si possa dire che anche dalle sue parole si evince che c'è piena consapevolezza della difficoltà della situazione, che invece era rimasta un po' in ombra. Questa difficoltà è data da una frammentazione di esperienze ma anche dalla questione delle incompatibilità. Soprattutto per una parte dei medici fiscali che erano stati assunti prima del 2007 esisteva un sistema di incompatibilità rigido, quasi da farli apparire come dipendenti, pur non essendolo, dovendo questi dare una piena disponibilità di presenza temporale. Esistevano anche delle incompatibilità con la specializzazione e con l'esercizio di alcune attività della professione medica.

Questi medici in questo momento si trovano in una difficoltà estrema, data proprio dalla decisione dell'INPS, a seguito della *spending review*, di diminuire tantissimo il numero delle visite, producendo un calo molto forte dei loro introiti. Si tratta dunque di una categoria in difficoltà. In altri settori, di fronte a una difficoltà così grande, ci sono strumenti come quello della cassa integrazione. Ci hanno denunciato situazioni di medici che vivono con 400 euro al mese. Questo è sicuramente un tema che l'istituto stesso dovrebbe affrontare.

Il tema non è tanto e solo la situazione dei medici, quanto le modalità con cui avvengono le visite di controllo, sia per il settore privato sia per il settore pubblico. Per quanto riguarda il settore privato, ad esempio, ci veniva denunciata la possibile presenza, a seguito di questo calo di controlli, di un lavoro nero non identificato e quindi di un mancato introito o maggiore spesa per lo Stato, rispetto a situazioni che invece si potrebbero affrontare in un altro modo.

Riguardo al settore pubblico, invece, come lei avrà visto, la Conferenza Stato-regioni ci ha portato una nota molto precisa, che ritiene che la medicina fiscale non sia una delle attività da comprendere

nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Io credo che tale questione ci dia un suggerimento più chiaro, rispetto al polo unico, riguardo al possibile indirizzo che la Commissione potrebbe dare al Governo sul fatto di riportare tutta la medicina fiscale all'interno dell'INPS.

Vorrei capire cosa ne pensa il Dipartimento della funzione pubblica e se è pensabile ipotizzare l'invio di una circolare che inviti le strutture pubbliche a indirizzarsi già all'INPS, con la possibilità di utilizzo dei medici delle liste speciali e, in via prioritaria, di quelli che hanno un'esclusività di fatto. Credo che questo potrebbe essere un elemento importante.

Certamente esiste il problema delle risorse. Le regioni dicono che questo servizio è stato svolto fuori dai LEA e che le strutture che l'hanno richiesto si sono sempre rifiutate di pagarlo. Lei ribadiva che è l'amministrazione che chiede la visita che dovrebbe far fronte agli oneri. Credo che questo sia un tema che bisogna riuscire in qualche modo ad affrontare, sia all'interno di tutta la pubblica amministrazione che tra i ministeri competenti.

Forse non ha più senso parlare di polo unico, quanto di piena competenza dell'INPS sulla medicina fiscale. Vorrei capire cosa ne pensa. Vorrei inoltre sapere cosa pensa della possibilità di emanare fin da subito una circolare. Noi faremo invece una valutazione circa l'approvazione di un atto di indirizzo che la Commissione vorrà rivolgere al Governo su questo tema. Grazie.

PRESIDENTE. Credo che la domanda e le riflessioni che la collega Murer ha appena svolto abbiano un po' sintetizzato il lavoro della Commissione. La sua è l'ultima delle audizioni che noi facciamo. Abbiamo iniziato questa indagine conoscitiva sotto la spinta della sofferenza professionale di molti professionisti che, con un regime di esclusività che varia sia in rapporto all'anno in cui è iniziata la loro attività di collaborazione con l'INPS sia in rapporto alle differenti regioni italiane e alle differenti forme di controllo che l'INPS stesso attua nei confronti delle in-

compatibilità, si trovavano in una situazione tale da far sì che il tema venisse sollevato in tante occasioni, anche attraverso atti di sindacato ispettivo, presentati presso l'Assemblea.

In seguito, partendo da questa premessa, siamo arrivati a delle valutazioni che dovremo riprendere nelle conclusioni della nostra indagine e negli eventuali atti successivi della Commissione. Il tema fondamentale è quello dell'efficienza del polo della medicina di controllo.

Vorrei capire se l'indirizzo che la collega Murer ha ricordato e che nelle varie audizioni, ma anche nelle riflessioni che la Commissione ha svolto, sta prendendo piede, ovvero quello di accentrare le funzioni in un unico ente a cui siano deputate le funzioni di controllo, sia la soluzione migliore e se, in quanto tale debba essere adeguatamente finanziata.

In Italia, il numero di giornate di lavoro perse per malattia dal comparto, sia pubblico che privato, è arrivato dopo molto tempo a raggiungere dei livelli fisiologici simili a quelli delle altre realtà europee. Probabilmente ci sono tanti fattori che hanno determinato questa contrazione dell'uso inappropriato dello strumento dell'assenza per malattia. Tra questi, a noi è sembrato che l'attività di controllo sia un elemento importante.

Il mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia dei controlli, a nostro avviso, è importante affinché la cultura della presenza al lavoro, se non si ha un motivo legittimo per non essere presenti, rimanga forte, perché è fondamentale per il funzionamento dell'intero sistema economico del Paese e anche per garantire i diritti dei malati veri. Infatti, se prolifera l'uso distorto dello strumento, il rischio è che coloro i quali hanno un diritto reale ad utilizzarlo possano alla fine essere compressi nei loro diritti fondamentali.

Il ragionamento è dunque partito dalla situazione dei medici che esercitano un'attività di controllo e che si trovano in una situazione di fortissima sofferenza, ed è poi arrivato a riflessioni sulla complessiva efficienza del sistema.

Credo che questa sia la domanda che tutta la Commissione le vuole rivolgere.

MARGHERITA MIOTTO. Naturalmente mi colloco sulla scia del ragionamento fatto dalla collega Murer e poi ripreso dal presidente.

Io semplifico molto, sottosegretario. L'individuazione del polo unico, che è oggetto di discussione da qualche anno e non è mai partita, in verità si colloca in una prospettiva che lascerà le competenze così come sono. Le competenze sono in capo ad un pubblico soggetto e a un altro ente per il privato (in questo caso l'INPS). Il polo unico tende a riorganizzare, a comporre e a definire le procedure, mentre è il momento di cambiare radicalmente, anche perché le regioni hanno detto chiaramente che questo non è un LEA e dunque non è compito loro, per cui non lo assolveranno più.

Di conseguenza, parlare di polo unico, come in occasione dell'audizione, che abbiamo fatto la scorsa settimana, del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo, in verità non risolve il problema. Si risolve il problema, come accennava il presidente, se si affronta il tema del trasferimento del potere di controllo in capo ad un unico soggetto, che può essere l'INPS.

Per tutte le ragioni che sono state richiamate, è nell'interesse generale che ci sia un unico soggetto che effettua i controlli. Forse, se il controllo venisse collocato in capo all'INPS, si tratterebbe di un'attività istituzionale che non avrebbe bisogno di essere remunerata separatamente. Questo è un ragionamento che si deve fare in un'altra sede. Comunque, ritengo sia arrivato il momento di affrontare questo tema. In tal modo si risolverebbe anche il problema dei medici che sono in una condizione che la collega Murer ha ben descritto e che è all'origine dell'indagine conoscitiva che abbiamo condotto.

PRESIDENTE. Do la parola al sottosegretario Rughetti per la replica.

ANGELO RUGHETTI, *Sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione*. Più che replicare, vorrei cercare di dare un contributo a quelle che saranno le conclusioni dell'indagine conoscitiva.

Io penso che ci siano due interessi che vanno temperati. L'equilibrio che va trovato sta proprio nel cercare di salvaguardare entrambi questi interessi. Il primo interesse è che, trattandosi di una funzione pubblica, come tutte le funzioni pubbliche deve essere organizzata e disciplinata nel modo migliore possibile. Occorrono quindi una disciplina normativa il più possibile chiara e ben definita e una strutturazione di risorse dal punto di vista organizzativo e umano compatibile con gli obiettivi che la funzione si pone. Questo è un interesse generale che sta a monte ed è pre-politico. Nel momento in cui si fa una scelta di questo genere, per cui l'effettuazione delle visite fiscali è una funzione pubblica, è normale che questa funzione debba essere disciplinata nel modo migliore possibile e che debba essere fornita la strumentazione finanziaria e professionale utile per raggiungere questo obiettivo.

In secondo luogo, è chiaro che noi stiamo dentro a una situazione di contesto che esiste già, nella quale abbiamo delle norme fatte male e dei medici coinvolti che ne risentono. L'incertezza sulle competenze, la riduzione del numero delle richieste di visite, il fatto che siano nate delle forti incompatibilità, a mio avviso giuste, hanno prodotto una situazione di difficoltà per queste persone coinvolte.

Si tratta di due interessi che vanno sicuramente tenuti in considerazione, ma che devono essere inquadrati nell'ambito di un interesse generale.

Fatta questa brevissima premessa, la domanda è come farlo. A questo proposito, penso che sia corretto quello che diceva l'onorevole Miotto: non bisogna più parlare di un polo unico che eserciti questo ruolo, lasciando invariata la titolarità della funzione pubblica, ma va invece individuato l'INPS come soggetto cui è affidata esclusivamente la titolarità.

Come veniva ricordato nel primo intervento, una pronuncia della Corte costituzionale del 2003 ha stabilito che questo tipo di attività non rientra dentro i livelli essenziali di assistenza e quindi è esclusa dalla competenza regionale, sia di carattere legislativo che di carattere organizzativo. Di conseguenza, non dovrebbero essere le ASL ad intervenire. Tuttavia, se questo ragionamento trova soluzione e base giuridica nel pronunciamento della Corte, non le trova nelle norme che si sono susseguite nel tempo.

Rispondo al deputato che domandava se la funzione pubblica può o meno fare una circolare. Ad oggi gli uffici ritengono che il pubblico debba continuare a utilizzare solo le ASL e non l'INPS. Chiaramente questa è un'interpretazione molto restrittiva che aumenta ulteriormente i problemi, della quale è giusto che il Governo informi il Parlamento. Nell'eventualità in cui noi dovessimo richiedere agli uffici una circolante interpretativa, infatti, oggi la circolare andrebbe in questa direzione e non in quella che invece tutti noi auspicheremmo.

Secondo me, se ci deve essere un intervento normativo, esso dovrebbe attribuire la titolarità della funzione in modo esclusivo e prevedere un'organizzazione stabile in questa materia. Occorre inoltre fare una verifica sulle risorse, non solo per i costi (è chiaro che le visite hanno un costo), ma soprattutto per avere dei flussi finanziari che non creino dei buchi a carico del bilancio delle ASL, come nel passato, di quello dell'INPS o di quello dello Stato, che in ogni modo andrebbero coperti.

C'è poi da domandarsi — questa è un'annotazione che rimetto alla Commissione, perché non è competenza del Governo — se l'attuale disciplina normativa, che prevede che la visita fiscale venga fatta già dal primo giorno, sia ancora attuale, o se invece si possa passare ad una fase successiva, visto che, come diceva il presidente, il nostro livello di assenza per malattia è ormai più o meno nel *range* europeo.

Ribadisco la nostra massima disponibilità a collaborare per trovare una soluzione, che — ahimè — penso debba essere prima normativa e poi di carattere interpretativo.

PRESIDENTE. Mi sembra che siano emerse delle indicazioni che ci saranno molto utili quando stabiliremo come concludere l'indagine conoscitiva e quali atti adottare successivamente per dare corso a ciò che abbiamo fatto nel corso dell'indagine stessa.

Ringrazio il sottosegretario per la sua disponibilità, per la sua competenza e per i suggerimenti che ci ha dato e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 6 maggio 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

