



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 8

N.B. I Resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME INTEGRATIVE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA SANITARIA NEL QUADRO DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DEI SISTEMI DI *WELFARE* E DI TUTELA DELLA SALUTE

47^a seduta: giovedì 9 marzo 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**Seguito dell'audizione di rappresentanti di IVASS**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 9 e passim	* DE POLIS	Pag. 3, 6, 7 e passim
* CAMUSSO (PD-IDP)	6		
FURLAN (PD-IDP)	10		
MAGNI (Misto-AVS)	8, 10		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori

Sigle dei Gruppi parlamentari: Azione-Italia Viva-RenewEurope: Az-IV-RE; Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-Nci-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-Patt, Campobase, Sud Chiama Nord): Aut (SVP-Patt, Cb, SCN); Misto: Misto; Misto-ALLENZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza di IVASS, il dottor Stefano De Polis, segretario generale, accompagnato dal dottor Roberto Novelli, responsabile dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio, e dal dottor Andrea Venturini, dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio.

I lavori hanno inizio alle ore 9,05.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'audizione di rappresentanti di IVASS

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di *welfare* e di tutela della salute, sospesa della seduta dell'8 marzo.

È oggi previsto il seguito dell'audizione dei rappresentanti dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS).

Saluto, in rappresentanza di IVASS, il dottor Stefano De Polis, segretario generale, accompagnato dal dottor Roberto Novelli, responsabile dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio, e dal dottor Andrea Venturini, dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio.

Ricordo che i rappresentanti dell'IVASS hanno esposto una relazione nella seduta del 16 febbraio e che l'audizione non si è potuta concludere. Pertanto l'invito è – se lo ritengono – a integrare l'intervento contenendo l'esposizione a un massimo di dieci minuti complessivi, per poi dare la parola ai colleghi senatori e avviare un dibattito che spero sia costruttivo.

DE POLIS. Signor Presidente, onorevoli senatori e senatrici, desidero nuovamente ringraziare la Commissione per l'invito a partecipare a questo ciclo di audizioni.

La volta precedente ci eravamo soffermati sui due aspetti dell'indagine conoscitiva, sia sulla previdenza che sull'assistenza sanitaria, però l'impressione che avevo tratto al termine della presentazione è che l'interesse della Commissione fosse concentrato in particolare sull'assistenza sanitaria. Pertanto, se me lo permette, signor Presidente, riepilogo alcuni aspetti che riguardano questa parte della relazione.

In particolare, mi sembrava che i temi d'interesse fossero due: il primo riguarda la cosiddetta vigilanza sulle società di mutuo soccorso, anche in considerazione del disposto dell'articolo 345 del codice delle assicurazioni private; l'altro tema, invece, era legato agli aspetti generali della composizione della spesa sanitaria e, in particolare, di quella intermediata dai fondi sanitari o dalle società di mutuo soccorso, che sostanzialmente – secondo i dati del 2021 – ha un valore di circa 4,5 miliardi di euro. Nello stesso tempo, invece, in Italia è presente una spesa *out of pocket*, quindi una spesa diretta delle famiglie, di 36 miliardi di euro, a fronte poi di una spesa pubblica per il Servizio sanitario nazionale di circa 126 miliardi di euro. In Italia c'è quindi questa particolarità, rispetto ad altri Paesi a noi vicini dell'Unione europea, come la Francia o la Germania: la spesa *out of pocket*, quindi direttamente dalle tasche delle famiglie, è molto elevata, mentre quella intermediata è molto contenuta. Pertanto, se guardiamo i dati pubblicati periodicamente dal Ministero della salute, il ruolo dei fondi sanitari e delle società di mutuo soccorso è addirittura più limitato.

Quanto all'assetto di vigilanza sulle società di mutuo soccorso, l'articolo 345 del codice delle assicurazioni private permetterebbe in teoria di assoggettare a forme di vigilanza da definire le società di mutuo soccorso che superano certe soglie di attività. Come dicevo l'altra volta, ci siamo più volte misurati su questo tema e nella precedente legislatura c'è stata anche una proposta di legge di origine parlamentare volta a disciplinare questa materia, che ha costituito l'occasione per fare degli approfondimenti; come dicevo, si tratta di una norma vetusta nel senso tecnico-giuridico del termine, in quanto prevede questa possibilità ma non attribuisce in maniera esplicita all'IVASS – vado al nocciolo della materia – un potere regolamentare sulla materia. In questo caso non si tratta di fare delle norme che contengano meramente istruzioni tecniche di applicazione, ma di andare a definire la vigilanza eventualmente su alcune tipologie di fondi sanitari e di società di mutuo soccorso, andando a incidere sulla loro capacità di operare nel settore. Riteniamo pertanto che sarebbe opportuna – e questo è il mio primo messaggio – una revisione della norma, in maniera da renderla facilmente applicabile.

Vorrei poi sottolineare che si andrebbe a disciplinare il settore dei fondi sanitari ma soprattutto delle società di mutuo soccorso e delle altre forme analoghe, che probabilmente richiederebbe, anche prima di una sua riforma, un approfondimento circa il suo modo di funzionamento, in modo da stabilire quali sono le forme di controllo più opportune (qualora le si vogliano introdurre) rispetto alla particolare tipologia di attività di questi soggetti. Si consideri, ad esempio, l'applicazione *tout court* delle

norme assicurative. Anche ipotizzando di non applicare quelle attualmente vigenti di cui alla direttiva europea Solvency II, ma facendo riferimento alla direttiva precedente Solvency I. Andrebbero sostanzialmente applicate, almeno ai più grandi di questi organismi, logiche e tecniche assicurative completamente nuove che probabilmente in molti casi richiederebbe anche forme di riorganizzazione di questi soggetti.

Ricordo, ad esempio, che la disciplina di cui all'articolo 345 del codice delle assicurazioni private rinvia alle particolari mutue assicuratrici cosiddette piccole mutue assicuratrici e vuole creare un parallelo tra la loro disciplina e quella che potrebbe essere disposta per le società di mutuo soccorso. Tuttavia, ad esser chiari, in Italia non ci sono piccole mutue assicuratrici. Mentre nel mondo finanziario abbiamo avuto dei fenomeni di mutualità riferita alla raccolta dei depositi e alle piccole erogazioni di crediti (ricordo le casse peota e i confidi minori), che hanno richiesto nelle ultime legislature, in entrambi i casi che ho citato, sia le casse peota che i piccoli confidi, degli interventi di tipo legislativo per inquadrarli e poi disciplinarne l'attività, nel mondo assicurativo non ci sono esperienze analoghe. Anche su questo aspetto credo che il modo migliore di procedere sarebbe indagare bene il mondo delle società di mutuo soccorso e dei fondi integrativi sanitari e poi ipotizzare una disciplina calibrata sulle esigenze di questi operatori e nello stesso tempo anche sugli obiettivi di *policy* che si intendono perseguire. Questo sia con riferimento alla parte volta a definire i livelli di prestazione da parte di questi soggetti, sia per disciplinare le modalità di collocamento, quindi la trasparenza e la correttezza in fase di distribuzione dei servizi offerti. Attualmente tali regole sono molto differenti o addirittura in molti casi assenti rispetto a quelle che si applicano alla distribuzione dei prodotti assicurativi.

Vorrei solo ricordare un altro aspetto peculiare di questi organismi: la stessa direttiva europea cosiddetta Solvency II, che disciplina il sistema europeo di vigilanza sulle compagnie di assicurazione, lascia esclusi gli enti di previdenza e di soccorso le cui prestazioni variano in base ai mezzi disponibili e il cui contributo degli iscritti è determinato forfetariamente. Queste sono le due caratteristiche di questo mondo: sostanzialmente fanno fronte ai loro impegni finché hanno i mezzi finanziari per farlo; invece, nella logica del mondo assicurativo, la compagnia garantisce la prestazione sempre con il proprio patrimonio e il contributo degli assicurati è di norma parametrato solo a un calcolo di rischiosità del singolo iscritto ma soprattutto a un collettivo di assicurati. Pertanto la stessa direttiva europea lascia esclusi questi organismi dalla disciplina.

Il secondo aspetto, con cui mi avvio a concludere questa introduzione, riguarda il tema della composizione della spesa sanitaria, in ordine al quale vorrei citare tre dati fondamentali: la spesa pubblica per il Servizio sanitario nazionale nel 2021 ammontava a 126 miliardi; la spesa intermediata tra fondi sanitari e società di mutuo soccorso ammontava a circa 4,5 miliardi; la spesa *out of pocket* arrivava a 36 miliardi. Come dicevo l'altra volta, è importante notare che la maggior parte dei fondi

sanitari (quindi sto parlando della spesa intermediata) ricorre a forme di copertura assicurativa proprio per assicurare le prestazioni che si impegna a erogare ai loro iscritti. Secondo i nostri dati, circa il 70 per cento di quei 4,5 miliardi di euro di spesa intermediata ricade nei fondi sanitari coperti da polizze assicurative, e dunque rientra sostanzialmente nel mondo assicurativo. Pertanto noi svolgiamo comunque, sia pure indirettamente, non sul fondo ma tramite la compagnia, delle forme di controllo e anche di tutela dei beneficiari delle prestazioni. Le prestazioni erogate da soggetti che operano nel mondo della spesa intermediata non connesse a fondi sanitari coperti da compagnie di assicurazione si aggirano in termini di valore intorno a 1,5 miliardi di euro, quindi un importo abbastanza ridotto.

L'ultima considerazione riguarda gli altri Paesi. Abbiamo studiato i sistemi analoghi di altri Paesi a noi vicini per prendere idee e per capire il fenomeno. Ad esempio, in Francia e in Germania, sostanzialmente, la spesa *out of pocket* è molto limitata, perché in entrambi i casi il sistema sanitario si regge su forme di mutualità obbligatoria (in Francia in particolare, ma anche in Germania), a cui fanno ricorso direttamente i lavoratori. Il costo dell'assistenza sanitaria è in parte pagato dai lavoratori e in parte dalle imprese. Tuttavia il dato importante è che (come potrete evincere da un grafico che abbiamo allegato al nostro precedente documento) non solo la spesa *out of pocket* è molto modesta, ma è anche il contributo del sistema sanitario pubblico.

PRESIDENTE. Diciamo che funzionano i due pilastri.

DE POLIS. Esatto, funzionano i due pilastri.

Presidente, questi mi sembravano i due temi principali. Resto a disposizione per eventuali quesiti.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Farò una domanda forse un po' provocatoria. Io capisco che anche i fondi che noi definiamo negoziali sono in realtà tutti (o quasi tutti) coperti da una polizza assicurativa, quindi attraverso la compagnia in qualche modo li monitorate, perché vigilate sulle compagnie. Avete una valutazione del loro stato di salute? In effetti, non si parla dello stato di salute dei fondi in quanto tali. È chiaro che la quota che intermediano è bassa rispetto alla spesa privata dei cittadini e che le effettive prestazioni sono meno delineate, nel senso che non c'è una ricorrenza uguale di scelta di prestazione, a meno che non mi sfugga qualcosa. Invece non ho mai capito qual è la valutazione dello stato dei medesimi fondi, cioè se godono buona salute, se sono fonte di certezze, se hanno problemi, se hanno dovuto cambiare le prestazioni che garantivano. Insomma, vorrei capire qual è lo stato dei fondi all'esito della vigilanza.

PRESIDENTE. Dottor De Polis, il concetto che muove me e i colleghi in questa indagine, posto che ci siamo posti questo obiettivo in

modo unanime, è il seguente. Noi abbiamo un sottofinanziamento del fondo sanitario nazionale, questo è evidente, ma ancor più grave è la enorme quantità di spesa privata, che io insisto a definire bianca, perché sappiamo tutti cosa succede. Questa cifra, che secondo alcuni è di 37-38 miliardi, secondo altri è di 40 miliardi e secondo qualcun altro è già pari a 45 miliardi, è sicuramente d'impatto e dà alcuni segnali rispetto alla necessità che vada fatta manutenzione allo schema di Servizio sanitario nazionale, che vada integrata una distribuzione più uniforme delle prestazioni.

Tuttavia, a mio avviso, l'aspetto che merita maggiore attenzione è quello relativo alla mancanza di intermediazione di quel pezzo di spesa. L'altro pezzo di spesa, infatti, è intermediato dallo Stato, cioè dal Servizio sanitario nazionale, con tutti i suoi difetti e con tutti i suoi limiti, ma lo Stato c'è e il cittadino in qualche misura è tutelato davanti allo Stato. Dall'altra parte c'è un contratto: ci sono due contraenti, un'offerta e una domanda. Si tratta di uno specialista, di un sanitario, però il cittadino che si affaccia all'*out of pocket* è fragile, debole, spaventato, bisognoso di tutela perché in quel caso lo Stato non c'è. Se l'intermediazione di quell'*out of pocket* non arriva al 10 per cento, tutto il resto è *far west* per quanto mi riguarda, perché se una persona va a prenotare una risonanza e trova posto dopo sei mesi, sapendo o temendo di avere una patologia è disponibile a spendere qualunque cifra, anche andando in banca a fare un prestito. Secondo me tutto ciò è incivile e a questo riguardo vi chiedo come potete aiutarci a strutturare questo sistema per aumentare quella quota intermediata, perché comunque un'intermediazione, che sia dei fondi, delle assicurazioni o che sia comunque sottoposta a regole, a controlli e a vigilanza, al cittadino almeno dà qualcosa in più, a patto che lo dia questo qualcosa in più.

L'altro pericolo è la sovrastrutturazione della spesa, cioè il dividere la spesa in mille rivoli per cui alla fine nelle prestazioni sanitarie ne arriva la metà o il 70-80 per cento, perché paghiamo l'apparato, la sovrastruttura, che si mantiene. Rispetto a questo noi stiamo guardando con attenzione anche a cosa succede negli altri Paesi: in Francia c'è una strutturazione basata su due pilastri e tale sistema è in funzione già da qualche anno; per certi versi siamo un Paese abbastanza simile. Quindi vi chiedo come valutate queste esperienze di strutturazione del secondo pilastro degli altri Paesi e in quale misura intendete darci delle indicazioni, che da qui a qualche tempo saremo pronti a raccogliere anche in termini di contributi documentali, proposte effettive. La Commissione intende infatti concludere questa indagine conoscitiva con un'idea progettuale da sottoporre al Parlamento.

DE POLIS. Proverò a rispondere anzitutto alla senatrice Camusso che mi ha chiesto se riusciamo a vedere direttamente lo stato di salute dei fondi. Direttamente non ci riusciamo, ovviamente, ma indirettamente, soprattutto – parlo in maniera esplicita – in casi di patologia, ci riusciamo, perché ci possiamo accorgere quando la compagnia che ha ga-

rantito la prestazione si trova poi ad andare oltre le previsioni di spesa che aveva ipotizzato. In questo caso, quindi, il fondo sottostante ha preso degli impegni che poi non è riuscito a mantenere e logicamente la stessa compagnia che li ha garantiti ha avuto difficoltà a mantenerli.

Per essere più chiari – non mi sottraggo – in un caso recente erano stati presi degli impegni da parte di un fondo sanitario, ma ci sono state difficoltà nel rispettarli e ciò ha portato anche a una rinegoziazione delle prestazioni con i contraenti. Spesso infatti i fondi sanitari contraggono con parti collettive, soprattutto associazioni datoriali e sindacali, quindi sono contratti un po' particolari, perché chi stipula il contratto è un'organizzazione, ma i beneficiari reali poi sono gli iscritti, i lavoratori, i quali in realtà non stipulano *one to one*, ma aderiscono a un contratto stipulato tra un fondo e un'organizzazione. Pertanto, e qui torno al tema importante della necessità di un nomenclatore delle prestazioni, se talvolta questi contratti sono scritti in maniera un po' generica per cui si aprono grandi contestazioni sul significato di alcune prestazioni che erano state promesse nel contratto, poi si entra in una fase di contenzioso, ma talvolta anche di mancato controllo della spesa.

MAGNI (*Misto-AVS*). Vorrei solo chiedere se c'è una differenza, ad esempio anche rispetto a cosa devono fare, tra i fondi negoziali e le polizze più individuali. C'è una differenza di prestazione tra le polizze individuali e quelle definite da un sistema negoziale? Un sistema negoziale infatti decide su cosa può intervenire, mentre con le polizze individuali – come diceva prima il Presidente – potrebbe esserci una giungla. Vorrei capire la dimensione di queste realtà, perché un conto è se parliamo di una, un conto se sono mille, un altro conto ancora se sono un milione.

DE POLIS. Il primo aspetto sta proprio nella struttura. I fondi sanitari hanno la stessa struttura universalistica, seppur con riferimento agli aderenti, del sistema sanitario; l'adesione al fondo, cioè, non comporta una valutazione del rischio specifico dei soggetti che vi partecipano. Invece la sottoscrizione di un contratto assicurativo comporta che la compagnia può chiedere una valutazione dello stato di salute, quindi il premio varia anche in relazione allo stato di salute. Questo è l'aspetto fondamentale da cui poi discende tutta una serie di conseguenze nella gestione.

Venendo alla domanda del Presidente, effettivamente credo che guardando il dato italiano (per quello insistevamo su quei dati) un obiettivo di fondo dovrebbe essere quello di trasformare in prestazione integrativa intermediata buona parte della spesa *out of pocket*, perché sarebbe più efficiente, anche in termini di costi: per intenderci, il costo pagato da un singolo non è lo stesso della prestazione che paga una compagnia di assicurazioni. Lo dico anche rispetto a un soggetto che opera con criteri di mutualità (adesso non parliamo della compagnia che è particolare, ma possiamo parlare anche di un fondo sanitario). Il punto non è questo, ma il fatto che comunque secondo la nostra esperienza le forme collettive

sono sempre molto più efficienti delle forme individuali o anche della spesa *out of pocket*, che è la forma più estrema – come diceva lei – di modalità di sostentamento di questa spesa in situazioni di difficoltà o di forte pressione anche emotiva o psicologica. Pertanto in generale, in tutti i settori, una polizza collettiva è sempre più efficiente rispetto a tante polizze individuali. Questo è evidente, però la politica dovrebbe facilitare o comunque cercare di incentivare e incanalare o dare possibilità di sottoscrivere il più possibile polizze collettive.

PRESIDENTE. Come funzionano le esperienze maturate in Francia e in Germania?

DE POLIS. Posso dire quello che abbiamo visto, su cui possiamo anche lasciare dei contributi.

PRESIDENTE. Se abbiamo dei dubbi facciamo un'interlocuzione anche con gli uffici.

DE POLIS. Sicuramente al centro c'è il fatto che il secondo pilastro è una forma mutualistica. In Germania si parla di *mutue bismarckiane*, poi che siano assicurazioni in senso tecnico o soggetti che comunque operano con tecnica mutualistica poco importa. L'importante è l'altro aspetto, cioè quanto sono in grado di garantire la prestazione, perché la mutua in quanto tale garantisce la prestazione finché ha disponibilità. Come dicevo, anche la normativa europea, nell'esclusione fa riferimento a quelle che garantiscono finché hanno mezzi disponibili. Pertanto, introdurre anche delle tecniche di tipo assicurativo nelle forme di mutue aumenta la probabilità che siano in grado di far fronte con regolarità agli impegni che assumono nei confronti degli associati e in questo senso sarebbe una professionalizzazione, un rilancio di questo settore.

Gli aspetti inerenti a Germania e Francia riguardano logicamente il modo con cui vengono sovvenzionate; ad esempio, mi sembra che in Germania, per iscriversi a questa forma di copertura assicurativa, chi guadagna meno di 62.500 euro l'anno paga il 14,6 per cento del salario, di cui metà a carico del datore di lavoro e metà a carico del lavoratore.

PRESIDENTE. Chi guadagna meno di 62.500 euro.

DE POLIS. Semplificando, chi guadagna più di 62.500 euro ha la possibilità di non pagare questo 14,6 per cento e di sottoscrivere un'assicurazione (magari collettiva), ma comunque tutto nel privato. Deve avere questa assicurazione, perché è obbligatoria, non può sottrarsi.

PRESIDENTE. Come l'assicurazione per la responsabilità civile auto.

DE POLIS. Non può sottrarsi, però in qualche maniera a fronte di questo ha degli sgravi fiscali.

Per le persone prive di reddito o che hanno redditi molto bassi tutto questo è a carico dello Stato.

Qualcosa di simile è presente in Francia, dove il sistema sanitario rimborsa una parte delle prestazioni al sistema delle mutue; sostanzialmente, la prestazione è erogata dalla mutua, però il sistema sanitario nazionale rimborsa una parte della prestazione (da quanto capiamo, una parte molto modesta). Ci risulta però che in Francia ci siano 38 milioni di iscritti alle mutue, quindi un numero rilevante.

PRESIDENTE. Noi avremmo un grande bisogno di capire qual è il risultato di questi due sistemi nella loro messa a terra; siccome entrambi hanno qualche anno di esercizio, vorremmo capire se esistono delle analisi della loro efficacia e avere un *feedback* su questo, se avete la possibilità di farlo. Noi avremmo grande necessità di capire; l'intelaiatura e l'architettura le vediamo, tuttavia, anche allo scopo di studiare qualcosa di simile in Italia, avremmo bisogno di capire quali sono stati i risultati in positivo e in negativo di questi sistemi (quello tedesco e quello francese) abbastanza simili, ma non uguali.

FURLAN (*PD-IDP*). Ho una domanda su un dato importante anche per il nostro obiettivo. C'è una questione di dimensionamento dei fondi, perché sarebbe interessante capire quanti sono e che dimensione hanno i fondi in Germania e in Francia e quanti sono e che dimensione hanno i nostri fondi, cioè quanto questo incide nel reggere il fondo e poi nella quantità e nella qualità delle prestazioni che si danno.

DE POLIS. Sicuramente anche nelle nostre evidenze la dimensione è fondamentale, infatti anche per essere efficienti nell'erogazione bisogna avere una struttura. Realtà troppo piccole o servono veramente quote modestissime di aderenti ovvero hanno difficoltà poi a essere efficaci nelle prestazioni. Pertanto le dimensioni sono importanti, quindi è importante indagare i due sistemi tedesco e francese, anche nell'ottica di quante mutue concretamente fanno quel lavoro (se sono migliaia o se sono poche decine).

MAGNI (*Misto-AVS*). L'assicurazione tedesca è obbligatoria, quindi non è complementare, mentre noi stiamo parlando di assistenza sanitaria complementare; il sistema è nazionale ma quella tedesca è obbligatoria, quindi vuol dire che quello è il sistema. Il quadro deve essere ben chiaro.

PRESIDENTE. I sistemi tedesco e francese sono diversi.

MAGNI (*Misto-AVS*). Altrimenti il riferimento cambia.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente i nostri ospiti.
Dichiaro conclusa l'audizione odierna.
Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,45.

