



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 89

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

245^a seduta: mercoledì 21 luglio 2021

Presidenza della presidente PARENTE

INDICE

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(Doc. XXII, n. 2) **Maria RIZZOTTI ed altri.** – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

(Doc. XXII, n. 13) **AUDDINO ed altri.** – Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

(Doc. XXII, n. 14) **IANNONE.** – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania

(Doc. XXII, n. 16) **SILERI ed altri.** – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Doc. XXII, n. 19) **ZAFFINI, CIRIANI.** – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Doc. XXII, n. 31) **ZAFFINI ed altri.** – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, nonché sulle cause e la gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2

(2194) **FARAONE ed altri.** – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla diffusione dell'epidemia da COVID-19, la gestione dell'emergenza pandemica, nonché sulle misure adottate per prevenire e contrastare la diffusione del virus e le conseguenze derivanti al Sistema sanitario nazionale

(Seguito della discussione congiunta dei Doc. XXII, nn. 2, 13, 14, 16 e 19 e rinvio. Congiunzione con la discussione del Doc. XXII, n. 31 e del disegno di legge n. 2194 e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 4, 5
ENDRIZZI (M5S), relatore 5

(1346) **MARINELLO ed altri.** – Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) **Paola BOLDRINI ed altri.** – Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 5, 10
* CANTÙ (L-SP-PSd'Az) 6

(2255) **Deputato Paolo RUSSO.** – Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

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

Segle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-l'Alternativa c'è-Lista del Popolo per la Costituzione: Misto-l'A.c'è-LPC; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

(146) DE POLI ed altri. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie

(227) Paola BINETTI e DE POLI. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 10

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(Doc. XXII, n. 2) Maria RIZZOTTI ed altri. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

(Doc. XXII, n. 13) AUDDINO ed altri. – Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

(Doc. XXII, n. 14) IANNONE. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania

(Doc. XXII, n. 16) SILERI ed altri. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Doc. XXII, n. 19) ZAFFINI, CIRIANI. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

(Doc. XXII, n. 31) ZAFFINI ed altri. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, nonché sulle cause e la gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2

(2194) FARAONE ed altri. – Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla diffusione dell'epidemia da COVID-19, la gestione dell'emergenza pandemica, nonché sulle misure adottate per prevenire e contrastare la diffusione del virus e le conseguenze derivanti al Sistema sanitario nazionale

(Seguito della discussione congiunta dei Doc. XXII, nn. 2, 13, 14, 16 e 19 e rinvio. Congiunzione con la discussione del Doc. XXII, n. 31 e del disegno di legge n. 2194 e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei Doc. XXII, nn. 2, 13, 14, 16 e 19, sospesa nella seduta dell'11 novembre 2020.

Comunico che sono stati assegnati alla Commissione in sede redigente, su materie affini a quelle trattate dai Documenti XXII, n. 2 e connessi, un nuovo Documento a prima firma del senatore Zaffini, Doc. XXII, n. 31, recante «Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause e la gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2», e un disegno di legge a prima firma del senatore Faraone, l'Atto Senato n. 2194, recante «Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla diffusione dell'epidemia da COVID-19, la gestione dell'emergenza pandemica, nonché sulle misure adottate per prevenire e contrastare la diffusione del virus e le conseguenze derivanti al Sistema sanitario nazionale».

Propongo che i predetti provvedimenti di recente assegnazione siano dati per illustrati e, stante la rilevata affinità di materia, che la discussione degli stessi proceda congiuntamente al seguito della discussione dei Documenti XXII, n. 2 e connessi. Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Ha facoltà di parlare il relatore, senatore Endrizzi.

ENDRIZZI, *relatore*. Signor Presidente, abbiamo notizie – e attendo che me lo confermi poiché senz’altro spetta a lei – di un ulteriore testo non ancora assegnato. Dunque, oltre a dare per illustrati i documenti al nostro esame, forse potrebbe essere opportuno, prima di procedere alle valutazioni del caso, avere il quadro completo per riprendere la riflessione in ordine all’adozione del testo base.

Per quanto riguarda i due testi pervenuti e oggi all’ordine del giorno, ringrazio il senatore Zaffini per avere presentato un testo che riprende sostanzialmente quello già predisposto a suo tempo alla conclusione del lavoro condiviso da tutti i Gruppi: è un modo anche per dare ufficialità ad un provvedimento che era rimasto in un limbo, giacché in seguito non era stato calendarizzato all’ordine del giorno. Pertanto, si riparte sostanzialmente dal punto in cui ci eravamo fermati, tenendo conto delle ulteriori integrazioni che sono arrivate con i due testi presentati oggi, compreso quello del collega Faraone e quello forse in arrivo. Avevo informazioni relative al fatto che quest’ultimo sarebbe stato annunciato oggi e penso che nella prossima seduta potremmo chiudere il cerchio e prendere una direzione, per quanto mi riguarda sempre nel ruolo di relatore.

PRESIDENTE. Senatore Endrizzi, confermo che risulta presentato e non ancora assegnato un ulteriore disegno di legge che tratta una materia affine. Si tratta dell’Atto Senato n. 2193, a prima firma del senatore Romeo, recante «Istituzione di una Commissione bicamerale di inchiesta sul piano pandemico in Italia». In attesa del deferimento di tale disegno di legge, accedendo all’orientamento del relatore, propongo di rinviare il seguito della discussione congiunta. Se non si fanno osservazioni, rimane così stabilito.

Rinvio pertanto il seguito della discussione congiunta dei documenti e del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

(1346) MARINELLO ed altri. – Introduzione della figura dell’infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. – Istituzione della figura dell’infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L’ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1346 e 1751, sospesa nella seduta del 14 luglio.

Ricordo che sono stati illustrati e discussi gli emendamenti riferiti agli articoli da 1 a 3.

Passiamo all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 4.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, gli emendamenti di cui vorrei concludere l'illustrazione di rito nell'odierna plenaria sviluppano la prospettiva politico-strategica che ho già avuto modo di sottolineare nella precedente seduta, in occasione della presentazione di quelli di interesse agli articoli da 1 a 3, sì da promuovere un effettivo riordino della medicina territoriale, coniugandola con una disciplina innovativa per la sistematizzazione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità quale figura chiave dell'integrazione socio-sanitaria e della presa in carico dei bisogni degli assistiti.

Occorre pertanto puntare sulla messa in campo di misure proattive di riscrittura della sanità territoriale, agendo in prevenzione, formazione, supporto specialistico e ricerca, secondo stringenti regole di programmazione, valutazione e controllo, quali parametri vincolanti nella definizione dei nuovi LEA, delle cure primarie domiciliari e della continuità assistenziale, secondo standard ineludibili di riferimento, di cui fa evidente difetto il decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020.

Come ho avuto modo di sottolineare, il cambio di paradigma per una effettiva integrazione dei processi di prevenzione, assistenza e cura di prossimità, non può prescindere da un cambio di prospettiva teso a promuovere la formazione sul campo e il supporto di conoscenze e competenze dall'ospedale al territorio, in chiave bidirezionale, nella logica della prevenzione e della promozione della salute e della domiciliarizzazione tecnologicamente assistita delle cure, che riteniamo debba essere normativamente sancita in sede di aggiornamento dei LEA per la corretta attuazione e appropriata finalizzazione delle risorse del PNRR.

La formazione *in progress* di base specialistica, che proponiamo di declinare in sede di *upgrading* dell'articolo 4, financo come formazione continua – pensate all'emendamento 4.0.4 – deve essere riprogettata, sì da assicurare interazione, autonomia e collaborazione fra i diversi profili e livelli di intensità di approccio clinico, diagnostico e assistenziale, in modo da rendere le esperienze professionali patrimonio comune; e da lì, mediante la discussione, cercare di migliorarle di continuo. Questa è la formazione multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di famiglia e di comunità afferenti al sistema socio-sanitario ma anche al sistema sociale.

La compresenza di questi professionisti nelle due tipologie di strutture identificate dal PNRR (le case di comunità e gli ospedali di comunità); lo sviluppo di un'adeguata formazione, anche informatica-informativa, che consenta una qualificata interazione di questi professionisti nel processo assistenziale nei diversi *setting*; la possibilità di erogare prestazioni di specialistica di primo livello e da remoto con il *second opinion supporting*, sono preconditione per far sì che il primo nucleo di interventi previsto dalla missione 6 (per cui il Piano stanziava complessivamente 7 mi-

liardi di euro), assicuri effettivamente la costruzione delle reti di prossimità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare per la popolazione.

Ciò attraverso quel miglioramento *in progress* che, come dicevo prima, è alla base della formazione e della reciproca conoscenza in chiave multidisciplinare, multiprofessionale e non di emarginazione delle conoscenze e competenze, che dovrà trovare declinazione attuativa secondo le linee operative specificate anche dal tavolo tecnico Agenas-Regioni nel documento su modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale.

Il tutto nel quadro di una rete formativa aperta, che valorizzi il potenziale formativo delle università per sopperire la carenza di risorsa non solo medica ma anche e soprattutto infermieristica, come prospettato nel nostro emendamento 4.0.5, in via sperimentale, dunque, per il periodo 2021-2026, in parziale deroga alle disposizioni della legge 2 agosto 1999, n. 264, in punto di programmazione a livello nazionale, limitatamente alle quote aggiuntive che ogni singolo ateneo, previa valutazione dei propri organi di governo, è in grado di assicurare in ragione della propria capacità formativa.

Si postula pertanto una flessibilità che favorisca l'assolvimento dei nuovi livelli essenziali di prevenzione, assistenza e cure domiciliari, in modo da marginalizzare la frammentazione dei modelli organizzativo-funzionali, prevedendo la costituzione di una rete di sanità territoriale formata secondo il modello *hub and spoke*, per rispondere alle diverse esigenze territoriali e al tempo stesso garantire equità di accesso, capillarità e prossimità di servizio anche in collaborazione con i servizi comunali e il volontariato, agendo sui contenuti essenziali di processo che ci paiono non eludibili, e dunque, come proposto, con accorgimenti emendativi che debbono configurarsi nei singoli ambiti distrettuali come una rete integrata.

Oltre al combinato disposto di quanto già descritto la settimana scorsa relativamente agli emendamenti 2.0.1 e 3.0.1, richiamo la vostra attenzione sugli emendamenti 4.0.3 e 4.0.8 che soli, dal nostro punto di vista possono essere l'occasione per sottolineare in modo plastico alcune delle nostre indicazioni. Peraltro nel merito e nel metodo sono affini ed apprezzabili contributi in linea rispetto a quanto già detto da altri colleghi.

L'impianto normativo dovrà poi essere specificato attuativamente nel rispetto della cornice della norma di rango primario secondo il vigente assetto di competenze Stato-Regioni. Come dicevo prima, anche se si tratta di un documento non ancora definitivo e finalizzato, esso già rinviene nella bozza elaborata dal gruppo di lavoro Agenas sull'assistenza territoriale – processata proprio la settimana scorsa – un primo contributo che fornisce l'indicazione di massima rispetto a quali debbano essere poi le prospettive di dettaglio tecnico attuativo attese.

Siamo quindi chiamati a definire legislativamente puntuali regole di *governance*, applicando modelli formativi in prevenzione, innovazione tecnologica digitale e fragilità geriatriche, come motore del cambiamento.

Entro nel merito dei contenuti, degli strumenti e delle azioni in accompagnamento alla dotazione sistemica della strumentazione di primo

livello, della telemedicina, del *second opinion* specialistico, degli infermieri di famiglia e comunità, pediatri compresi, integrati e coniugati con la medicina di cure primarie e con una regia organizzativo-funzionale a livello distrettuale nel nuovo ruolo del medico di medicina generale. Come ho già avuto modo di sottoporre alla vostra attenzione anche in altre occasioni significative, credo che il medico di medicina generale non debba avere più di mille assistiti, portando progressivamente a 60.000 su base nazionale il numero dei medici di medicina generale, pediatri di famiglia compresi.

Anche in questo caso necessita un sistema di valutazione e controllo degli esiti che non siano solo autoreferenziali, ma grazie a un *rating* istituzionale, che comprenda anche la *customer satisfaction* del paziente e la verifica dell'umanizzazione delle cure, possiamo incidere sia sulla remunerazione che sulla regolazione negoziale delle cure domiciliari, con adeguati incentivi e disincentivi che possono arrivare come *extrema ratio* anche alla revoca del rapporto contrattuale convenzionale.

Un altro punto di vista, nella correzione-adeguamento normativo degli emendamenti all'articolo 4, a chiusura a rispetto a quanto già indicato sull'articolo 3 e finalizzato ad evitare un'applicazione distonica dagli obiettivi in missione strategica M6C1 del PNRR, riguarda le attività di distretto e di continuità assistenziale integrata con la medicina territoriale, in specie laddove si prevede di dare seguito alla realizzazione delle case di comunità e centrali operative territoriali. Il distretto, che nelle intenzioni deve essere lo snodo fra prevenzione, medicina del territorio e ospedale per la corretta presa incarico dei bisogni dei cittadini, deve disporre delle necessarie leve regolatorie atte a connotarlo punto fondamentale per il rafforzamento della prevenzione e la continuità delle cure, valorizzando e al contempo responsabilizzando tutta la filiera erogativa, avvalendosi di medici sia in aggregazione che singoli, dotati non solo di strumentazione di primo livello ma collegati in remoto con un *second opinion centre*, che smisti all'occorrenza le richieste di supporto specialistico presso la rete di erogatori, IRCCS compresi, per il miglior inquadramento diagnostico-clinico in tempo reale dell'assistito.

Da qui, a mio parere, nasce la necessità di integrare e completare l'articolato sia con un sistema di valutazione e controllo delle cure domiciliari – e richiamo in proposito l'emendamento 4.0.8 – sia con meccanismi di sostenibilità economica, sia in prima applicazione che a regime. A ciò è finalizzato l'emendamento 4.0.3.

Pur non entrando nei dettagli della disciplina, che – come dicevo prima – già rinvia nella bozza elaborata dalla cabina di regia per il patto della salute una base di lavoro degna di nota, quand'anche senz'altro migliorabile, ma se ed in quanto in una cornice legislativa non eludibile, a garanzia di piena attuazione delle finalità e obiettivi condivisi, vorrei richiamare alcune ulteriori suggestioni per valutare con il relatore, con il Governo e con voi l'opportunità di inserirle come criteri e principi guida. Si potrebbe elaborare una formulazione che, per esempio, potrebbe interessare alternativamente l'emendamento 3.0.1 ovvero il 4.0.8, inserendo

indicazioni generali e parametri nazionali di riferimento dei nuovi livelli essenziali di prevenzione, assistenza e cura domiciliare, in un'accezione globalmente intesa che non escluda alcun profilo di fragilità eleggibile, appropriatamente a domicilio, e che andranno ad integrarsi con la medicina territoriale con correlate misure del modello prototipale di valutazione e controllo, con una centrale operativa di controllo (la cosiddetta COT) in grado di monitorare che tutti i soggetti della filiera, *in primis* i medici di medicina generale e gli infermieri di famiglia, assolvano tempestivamente e professionalmente i loro compiti, andando a stilare una griglia dove chi non performa come dovrebbe è fuori dal sistema.

Che sia in regime di dipendenza, di convenzionamento o in libera professione, il sistema di scelta e revoca è un indice di gradimento degli aventi titolo, controllato e valutato, che tutela gli utenti e gli operatori. Solo così si marginalizzano le inappropriately e i consumi sanitari non necessari, anche indotti dall'assistito, giacché il medico di medicina generale, come l'infermiere di famiglia, è messo nella condizione di segnalare queste anomalie senza timori o infingimenti, al pari della marginalizzazione di qualsivoglia carenza o ritardo nelle cure, perché in caso di inadempienza del professionista ci sono dirette conseguenze, come abbiamo già visto. Stessa cosa dicasi per il contrasto delle prescrizioni specialistiche inappropriate.

Alla luce degli importanti contributi emendativi complessivamente dedotti, che ben si prestano allo scopo, penso infine che varrebbe la pena, agendo del pari in riformulazione, di meglio precisare – con il contributo di tutta la Commissione – qualche regola puntuale, atta a qualificare le cosiddette case della comunità, con prevalente attività di studi medici e attrezzatura all'avanguardia messa a disposizione dei professionisti, coadiuvati dall'infermiere di famiglia e comunità, per interventi specifici di tutela del paziente e non solo per anziani particolarmente vulnerabili, che consentono di dare risposte in prossimità anche nell'area delle cure intermedie, attraverso il rafforzamento mirato per classi di fragilità e degli interventi domiciliari, andando a superare il *vulnus* di quel generico 10 per cento di popolazione ultrasessantacinquenne trattata a domicilio, prevista nel PNRR, la cui criticità programmatica ho già avuto modo di rilevare.

Come infatti ricorderete, se è vero che per taluni l'ora di assistenza ogni quindici giorni è ridondante, per altri è del tutto insufficiente. La prevenzione, quindi, nonostante le indicazioni di principio sempre animate da buone e buonissime intenzioni, continua ad essere quella cenerentola che ha come cattiva matrigna la norma che non prevede adeguate remunerazioni. Da qui la necessità di prevederle in novella legislativa.

È facilmente comprensibile quanto poco interesse a fare prevenzione abbia un soggetto erogatore anche di cure domiciliari che ha nel suo *core* la produzione, pubblico incluso, senza che con altri parametri di remunerazione e negoziazione si abbia a disincentivare l'inappropriatezza prescrittiva-erogativa, dovendosi contrattualizzare prevenzione primaria, secondaria e terziaria e la necessità di distinzione fra controllore e controllato.

PRESIDENTE. La senatrice Marin aveva chiesto di intervenire, ma purtroppo l'intervento della senatrice Cantù ha avuto una durata superiore a dieci minuti, e tale circostanza rileva ai sensi dell'articolo 100, comma 9 del Regolamento.

Non essendoci altre richieste di intervento da parte degli aventi titolo, dichiaro conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, riservandomi la pronuncia sui profili di improponibilità e inammissibilità.

Non essendo stata completata ancora l'acquisizione di prescritti pareri delle Commissioni, rinvio il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

(2255) Deputato Paolo RUSSO. – Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

(146) DE POLI ed altri. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie

(227) Paola BINETTI e DE POLI. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 2255, 146 e 227, sospesa nella seduta del 13 luglio.

Informo che il dottor Magrini, direttore generale di AIFA, ha chiesto di essere audito dalla Commissione. Mi riservo di sottoporre detta richiesta all'Ufficio di Presidenza e propongo di soprassedere, per il momento, all'avvio della discussione generale. Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,10.

