XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE CONSULTIVA:

Documento programmatico di finanza pubblica 2025. Doc. CCXLIV, n. 1, e Allegati (Parere alla V Commissione) *(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole)* 185

ALLEGATO 1 (Parere approvato) 192

ALLEGATO 2 (Proposta alternativa di parere presentata dal gruppo Movimento 5 Stelle) 193

ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2024/505 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 febbraio 2024, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali degli infermieri responsabili dell'assistenza generale che hanno completato la formazione in Romania. Atto n. 300 *(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e conclusione – Parere favorevole)* 186

ALLEGATO 3 (Parere approvato) 197

Schema di decreto legislativo recante modifiche al decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26, in attuazione della direttiva (UE) 2024/1262, che modifica la direttiva 2010/63/UE per quanto riguarda i requisiti per gli stabilimenti e per la cura e la sistemazione degli animali e per quanto riguarda i metodi di soppressione degli animali. Atto n. 301 *(Esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e rinvio)* 187

SEDE REFERENTE:

Disposizioni per l'appropriatezza prescrittiva e il corretto utilizzo dei farmaci per la disforia di genere. C. 2575 Governo *(Esame e rinvio)* 188

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI 191

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 8 ottobre 2025. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. – Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Marcello Gemmato.

La seduta comincia alle 12.

Documento programmatico di finanza pubblica 2025. Doc. CCXLIV, n. 1, e Allegati.
(Parere alla V Commissione).

(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato nella seduta del 7 ottobre 2025.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che nella giornata di ieri ha avuto luogo lo svolgimento della relazione sul provvedimento in esame.

Simona LOIZZO (LEGA), *relatrice*, sulla base delle considerazioni svolte nella seduta precedente, formula una proposta di parere favorevole *(vedi allegato 1)*.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che il gruppo Movimento 5 Stelle ha presentato una proposta alternativa di parere, che sarà posta in votazione solo nel caso in cui non fosse approvata la proposta di parere del relatore.

Marianna RICCIARDI (M5S) illustra la proposta alternativa di parere presentata dal suo gruppo *(vedi allegato 2)*. Rileva, innanzitutto, che il documento programmatico del Governo, sul quale la relatrice ha formulato una proposta di parere favorevole, non presta la necessaria attenzione alla principale problematica del sistema sanitario italiano: la carenza di personale, aggravata dalla fuga dei professionisti dal Servizio sanitario nazionale verso l'estero o verso il settore privato.

Segnala che l'8° rapporto della fondazione GIMBE sul Servizio sanitario nazionale, presentato proprio nella giornata odierna alla Camera dei deputati, restituisce dati a dir poco allarmanti. Si rammarica, pertanto, che il documento programmatico non faccia menzione alcuna di uno sforzo straordinario, in termini di risorse, che sarebbe invece necessario nella situazione in cui versa attualmente la sanità italiana. Pur nella consapevolezza che una sola manovra finanziaria non possa risolvere elementi patologici che affliggono da tempo il sistema sanitario, è tuttavia convinta che il documento in oggetto non vada nella giusta direzione.

Ricorda, a tale proposito, che la carenza di personale medico e infermieristico è determinata da varie concause, tra le quali un livello troppo basso, rispetto agli altri Paesi europei, degli stipendi pubblici, che non tengono conto dell'aumento del costo della vita, e la scarsa attrattività di alcune specializzazioni mediche, verso le quali il Governo non mette in campo incentivi all'iscrizione dei medici specializzandi. Permane altresì, a suo avviso, il problema dei livelli essenziali di assistenza, che sono erogati secondo modalità tutt'altro che uniformi sul territorio nazionale. Evidenzia come, al riguardo, il documento non offra risposte concrete, se non un generico e non meglio specificato riferimento alla possibilità di modifica dei criteri di riparto delle risorse per la copertura dei fabbisogni *standard* nel settore sanitario.

Per le ragioni illustrate, esposte analiticamente nella proposta alternativa di parere, annuncia il voto contrario del suo gruppo sulla proposta di parere della relatrice.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere della relatrice.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, fa presente che risulta conseguentemente preclusa la proposta alternativa di parere presentata dal gruppo Movimento 5 Stelle.

La seduta termina alle 12.15.

ATTI DEL GOVERNO

Mercoledì 8 ottobre 2025. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI. – Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Marcello Gemmato.

La seduta comincia alle 12.15.

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2024/505 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 febbraio 2024, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali degli infermieri responsabili dell'assistenza generale che hanno completato la formazione in Romania.
Atto n. 300.

(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e conclusione – Parere favorevole).

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto all'ordine del giorno, rinviato nella seduta del 1° ottobre 2025.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che in data 6 ottobre 2025 è stato trasmesso il parere, espresso il 2 ottobre 2025, sullo schema di decreto legislativo in esame dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le

province autonome di Trento e di Bolzano.

Pertanto, avendo il Governo provveduto a integrare la richiesta di parere, già assegnata con riserva dal Presidente della Camera, la Commissione è nelle condizioni di procedere all'espressione del prescritto parere.

Erik Umberto PRETTO (LEGA), *relatore*, formula una proposta di parere favorevole *(vedi allegato 3)*.

Nessuno chiedendo di intervenire, la Commissione approva la proposta di parere del relatore.

Schema di decreto legislativo recante modifiche al decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26, in attuazione della direttiva (UE) 2024/1262, che modifica la direttiva 2010/63/UE per quanto riguarda i requisiti per gli stabilimenti e per la cura e la sistemazione degli animali e per quanto riguarda i metodi di soppressione degli animali.
Atto n. 301.

(Esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del Regolamento, e rinvio).

La Commissione inizia l'esame dello schema di decreto all'ordine del giorno.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare all'odierna seduta in videoconferenza, non essendo previste votazioni.

Dà, quindi, la parola al relatore, deputato Maccari, per lo svolgimento della relazione.

Carlo MACCARI (FDI), *relatore*, fa presente che lo schema di decreto legislativo in esame è volto al recepimento della direttiva (UE) 2024/1262, adottata dalla Commissione europea il 13 marzo 2024, che ha modificato la direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, al fine di adeguarne alcune norme alle attuali conoscenze scientifiche.

Esso è stato predisposto ai sensi della disciplina di delega di cui alla legge 13 giugno 2025, n. 91. L'obiettivo primario dello schema è quello di rafforzare le tutele relative al benessere animale nel contesto della sperimentazione, garantendo condizioni ambientali, alimentari e di gestione coerenti con le più recenti evidenze scientifiche e con gli orientamenti normativi europei.

Il termine per il recepimento, da parte degli Stati membri, della predetta direttiva (UE) 2024/1262 scade il 4 dicembre 2025, mentre il termine per l'applicazione della stessa decorre dal 4 dicembre 2026. Al fine del recepimento in oggetto, le novelle introdotte dal provvedimento in esame – all'articolo 1, Allegato A – modificano due allegati del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26.

Osserva quindi che, in primo luogo, nell'allegato III del citato decreto legislativo n. 26 del 2014, che definisce i requisiti per gli stabilimenti e per la cura e la sistemazione degli animali, vengono inseriti: i requisiti relativi a talune specie sinora ivi non contemplate specificamente: storni, passeri domestici e cinciallegre e cinciarelle; pesci zebra; le disposizioni riguardanti la classe dei cefalopodi.

Sempre al fine del recepimento della suddetta direttiva (UE) 2024/1262, le novelle inseriscono nell'allegato III altre modifiche e integrazioni. In particolare: nel paragrafo 2 della sezione A, si introduce la disposizione che, per gli animali acquatici, le apparecchiature che causano rumore o vibrazioni, come generatori o sistemi di filtraggio, non devono nuocere al benessere degli animali; nel medesimo paragrafo 2, si inserisce l'obbligo di predisposizione di piani di emergenza – efficaci al fine di garantire la salute e il benessere degli animali – relativi all'ipotesi che vengano a mancare elementi essenziali dell'allevamento, con riferimento a tutte le specie animali oggetto del citato decreto legislativo n. 26 del 2014; nel paragrafo 8 della sezione B, relativo agli uccelli, viene inserito un secondo comma, nel quale si specifica che, per gli alloggiamenti di uccelli prelevati allo stato selvatico, il requisito sullo spazio minimo

disponibile si applica qualora gli uccelli siano tenuti per periodi superiori a 24 ore, mentre negli altri casi si devono adottare misure per ridurre al minimo i rischi per il benessere degli animali; nel paragrafo 11 della sezione B, oltre all'inserimento di disposizioni specifiche relative ai pesci zebra, si modificano quelle poste con riferimento in generale ai pesci e relative a: fornitura e qualità dell'acqua; ossigeno, composti azotati, biossido di carbonio, pH e salinità; temperatura e illuminazione; alimentazione e manipolazione.

Le novelle in esame concernono anche l'allegato IV del decreto legislativo n. 26 del 2014; tale allegato definisce, per molte specie animali, nell'ambito della disciplina in oggetto, i divieti e le limitazioni nei metodi di soppressione; i metodi consentiti sono distinti a seconda delle specie e devono essere rispettati salvo deroghe ed eccezioni. L'individuazione dei metodi consentiti è accompagnata dai relativi requisiti e criteri per l'applicazione.

Le novelle inseriscono altresì nell'allegato IV, con esclusivo riferimento ai pesci zebra, l'ipotermia quale pratica consentita, il divieto di utilizzo di gas inerti per i roditori e definiscono le pratiche di soppressione vietate per i cefalopodi, ammettendo esclusivamente il metodo dell'overdose di anestetico.

Un'ulteriore novella introdotta nell'allegato IV specifica che i metodi di conferma della morte, individuati dal medesimo allegato, devono essere appropriati alla specie da sopprimere.

L'articolo 2 dello schema di decreto reca la clausola di invarianza degli oneri di finanza pubblica, mentre l'articolo 3 prevede il termine di decorrenza del 4 dicembre 2026.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, nessuno chiedendo intervenire, rinvia il seguito dell'esame dello schema di decreto legislativo ad altra seduta.

La seduta termina alle 12.35.

SEDE REFERENTE

Mercoledì 8 ottobre 2025. — Presidenza del presidente Ugo CAPPELLACCI.

La seduta comincia alle 12.35.

Disposizioni per l'appropriatezza prescrittiva e il corretto utilizzo dei farmaci per la disforia di genere. C. 2575 Governo.

(Esame e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del provvedimento.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, avverte che, secondo quanto stabilito dalla Giunta per il Regolamento, i deputati possono partecipare alla seduta odierna in videoconferenza, non essendo previste votazioni.

Dà quindi la parola alla relatrice, deputata Morgante, per lo svolgimento della relazione introduttiva.

Maddalena MORGANTE (FDI), *relatrice*, ricorda che il disegno di legge di cui la Commissione avvia oggi l'esame reca disposizioni volte alla disciplina e al monitoraggio dei trattamenti sanitari destinati alle persone minori di età nei casi di diagnosi di disforia di genere (DGM-disforia di genere nei minori).

Come ricordato nella relazione illustrativa del disegno di legge, il tema è stato affrontato dal Comitato nazionale per la bioetica (CNB) la prima volta nel 2018, a seguito di un quesito posto dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) circa l'eticità dell'uso di uno dei farmaci utilizzati in tali casi, cioè la triptorelina, in modalità *off label*, per il blocco della pubertà nei casi di DGM.

In conseguenza del parere allora espresso dal Comitato, la triptorelina, sempre in modalità *off label*, è stata inserita dall'AIFA nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale. Negli anni successivi, si è sviluppato ed è tuttora in corso un importante e articolato dibattito a livello internazionale. Nel no-

stro Paese si pone, quindi, l'esigenza di disciplinare la materia, sicuramente complessa, in modo organico, come è emerso anche dalle audizioni svolte nell'ambito dell'esame di risoluzioni presentate sul tema, in discussione presso la nostra Commissione.

Entrando nel merito del contenuto del disegno di legge, che si compone di tre articoli, fa presente che l'articolo 1, al comma 1, disciplina la somministrazione dei farmaci aventi l'effetto di bloccare la pubertà e degli ormoni mascolinizzanti e femminilizzanti alle persone minori di età con diagnosi di disforia di genere. Si dispone che tale somministrazione sia effettuata soltanto a seguito di diagnosi di una *équipe* multidisciplinare nonché a seguito degli esiti documentati dei percorsi psicologici, psicoterapeutici ed eventualmente psichiatrici precedentemente svolti. La somministrazione dei predetti farmaci e ormoni è inoltre soggetta al rispetto dei protocolli clinici adottati dal Ministero della salute, nonché all'acquisizione del consenso informato espresso secondo le modalità di cui all'articolo 3 della legge n. 219 del 2017, che disciplina il consenso informato al trattamento sanitario della persona minore di età o incapace.

Sulla base del comma 2, nelle more dell'adozione dei protocolli di cui al comma 1 da parte del Ministero della salute, la somministrazione è subordinata al previo assenso del comitato etico a valenza nazionale per le sperimentazioni cliniche in ambito pediatrico, di cui all'articolo 2, comma 9, della cosiddetta legge n. 3 del 2018.

Il successivo comma 3 attribuisce all'AIFA il compito di istituire un registro delle prescrizioni, delle dispensazioni e dei trattamenti farmacologici relativi ai farmaci e agli ormoni di cui al comma 1, al fine di monitorarne il corretto utilizzo, stabilendo che la dispensazione dei farmaci e degli ormoni citati venga effettuata soltanto dalle farmacie ospedaliere. Il comma 4 del medesimo articolo 1 prevede che il Ministero della salute fornisca le indicazioni necessarie ai fini dell'istituzione del predetto registro. In ogni caso, le indicazioni devono prevedere che il registro contenga gli elementi e le informazioni su cui è basata la decisione del medico di prescrivere i farmaci e gli ormoni di cui al comma 1, compresi gli esiti dei precedenti percorsi psicologici, psicoterapeutici ed eventualmente psichiatrici svolti e le eventuali comorbilità diagnosticate, nonché i dati concernenti il monitoraggio clinico e il *follow up*.

Il comma 5 dispone che l'AIFA, con cadenza semestrale, trasmetta al Ministero della salute un rapporto che dia conto dei dati raccolti nel registro.

L'articolo 2, al comma 1, prevede che con decreto del Ministro della salute, di concerto con l'Autorità politica delegata per la famiglia, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del disegno di legge in oggetto, sia istituito presso il Ministero della salute un tavolo tecnico cui è affidata la valutazione del rapporto che dà conto dei dati raccolti nel registro di cui all'articolo 1, comma 5. Il tavolo è composto da un rappresentante del Ministero della salute e da un rappresentante dell'Autorità politica delegata per la famiglia, di cui uno con funzioni di presidente, e da cinque esperti in materia attinente ai compiti che il tavolo è chiamato a svolgere, di cui tre nominati dal Ministro della salute e due nominati dell'Autorità politica delegata per la famiglia.

Viene poi previsto (comma 2) che il Ministro della salute, a decorrere dal terzo anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della legge e, successivamente, con cadenza triennale, presenti alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della medesima legge, contenente gli esiti del monitoraggio svolto sulla base dei dati raccolti nel suddetto registro.

La relazione è predisposta dal medesimo Ministro della salute, sentita l'Autorità politica delegata per la famiglia.

Infine, l'articolo 3 reca la clausola di invarianza finanziaria.

Gilda SPORTIELLO (M5S) rileva come le risoluzioni in materia di disforia di genere, di cui la Commissione aveva avviato l'esame, inspiegabilmente non abbiano più avuto seguito.

Esprime altresì il proprio disappunto per il *modus operandi* del Governo, che presenta alla Camera un disegno di legge genericamente fondato su presunte evidenze scientifiche nonché sui lavori del tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute, dei lavori del quale non è stata data alcuna forma di pubblicità. Al riguardo, comunica che le è stato negato l'accesso agli atti delle riunioni, con la motivazione che di esse non viene redatto verbale. Teme, pertanto, che il contenuto del disegno di legge sia in realtà fondato su motivi ideologici, rispetto alla scientificità dei quali viene oggi chiesto ai parlamentari un « atto di fede ».

Esprime perplessità anche in riferimento alle argomentazioni fondate sulla sicurezza del farmaco in questione, in caso di somministrazione a pazienti minori. Segnala, infatti, che già oggi esso fa parte della terapia per i casi di pubertà precoce che colpiscono circa quindicimila bambini.

Si chiede, pertanto, se tali dubbi sulla sicurezza si pongano anche per questi pazienti, o se invece interessino solo i circa trenta minori che si trovano in situazione di incongruenza di genere.

Ritiene che la questione sottesa al disegno di legge sia relativa non tanto a un farmaco bensì a delle persone, delle quali si raccolgono dati sensibili e si sottintende che sarebbero affette da problemi psicologici o psichiatrici, nonostante ciò sia in aperto contrasto con la posizione assunta in materia dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Per le ragioni illustrate, chiede il ritiro immediato del disegno di legge da parte del Governo. In alternativa, chiede di avviare un ciclo di audizioni, in modo da dare voce alle persone coinvolte e alle associazioni rappresentative del settore, che sono rimaste finora inascoltate in quanto non invitate al suddetto tavolo tecnico.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, ricorda che la calendarizzazione in Commissione delle risoluzioni in materia di disforia di genere, cui ha fatto riferimento la deputata Sportiello, era stata richiesta dal gruppo Alleanza Verdi Sinistra. Ricorda quindi che, a seguito dell'istituzione del predetto tavolo tecnico presso il Ministero della salute, non è più stata avanzata dai gruppi alcuna richiesta nel senso di proseguire nell'esame delle risoluzioni, ragione per cui esse non sono state più inserite all'ordine del giorno della Commissione.

Quanto alla richiesta di prevedere un ciclo di audizioni, assicura che essa sarà adeguatamente valutata nella riunione odierna dell'ufficio di presidenza, assicurando altresì che l'*iter* del provvedimento sarà organizzato con modalità tali da consentire a ciascun deputato di rappresentare compiutamente la propria posizione.

Marco FURFARO (PD-IDP), condividendo molte delle considerazioni formulate dalla collega Sportiello, aggiunge che, innanzitutto, occorre sgomberare il campo dall'insinuazione per cui vi sarebbe qualcuno che intende instillare dubbi sull'identità di genere nei minori. Nella convinzione che l'appello del Movimento 5 Stelle al ritiro del disegno di legge cadrà nel vuoto, auspica perlomeno una discussione all'altezza della problematica che la XII Commissione sta trattando, che parta dalle evidenze comunicate dall'OMS. Ritiene, invece, che la strada sarà in salita se la maggioranza persisterà negli attacchi ideologici degli ultimi mesi, che hanno avuto come bersaglio ora l'operato dei professionisti che lavorano presso l'Ospedale Meyer di Firenze, ora la fantomatica « agenda *woke* » del centrosinistra.

Con riferimento al contenuto del disegno di legge, ne rileva numerosi aspetti a suo avviso problematici: un'eccessiva burocratizzazione delle procedure, nel chiaro intento di creare un impedimento di fatto nell'accesso ai farmaci in questione, sotto la copertura di voler tutelare i minori; il rischio di violazioni gravi della normativa sulla *privacy*, in quella che sembra più una schedatura a fini di controllo e di contenimento che un registro volto a tracciare l'uso dei farmaci; la necessità, anche per persone che hanno manifestato un'inequivocabile volontà di sottoporsi alla terapia, di dare ulteriore dimostrazione della propria scelta, con tutte le sofferenze che ciò può in esse ingenerare.

Condivide la richiesta del Movimento 5 Stelle di organizzare un ciclo di audizioni, che consenta ai soggetti coinvolti di intervenire e di dare contezza della loro situazione. Ricorda, infatti, che il ruolo dello Stato dovrebbe esser quello accompagnarli e non di giudicarli, né tantomeno di strumentalizzare le minoranze a fini propagandistici.

Conclude rinnovando l'appello a una discussione intellettualmente onesta, precisando che, altrimenti, il Partito Democratico si comporterà di conseguenza.

Maddalena MORGANTE (FDI), *relatrice*, si rammarica del fatto che i colleghi parlino di un provvedimento fondato su basi ideologiche, rilevando semmai una mancanza di sensibilità da parte dei gruppi di opposizione nei confronti di un tema così delicato, che riguarda i minori.

Ricordando le numerose audizioni svolte in Commissione in occasione dell'esame delle citate risoluzioni, esprime l'assenso del suo gruppo allo svolgimento di un'attività conoscitiva in merito al provvedimento in oggetto, evidenziando come sarebbe opportuno acquisire anche la testimonianza di coloro che hanno effettuato una transizione e, volendo tornare indietro, non hanno più potuto.

Rivolge quindi un ringraziamento al Governo per il coraggio dimostrato nel voler disciplinare una materia delicatissima sulla base delle risultanze dei lavori del tavolo tecnico e dei dati scientifici acquisiti del CNB e dall'AIFA.

Segnala, quindi, che alcuni Paesi come il Regno Unito, la Finlandia e la Svezia stanno rimettendo in discussione l'approccio « affermativo » precedentemente adottato in materia, sulla base delle più recenti evidenze scientifiche.

Gilda SPORTIELLO (M5S), intervenendo per fornire alcune precisazioni di cui rimarrà traccia nel resoconto della seduta della Commissione – a differenza di quanto accade per le riunioni del suddetto tavolo tecnico, delle quali non esistono verbali – fa presente che i farmaci in questione producono un effetto unicamente sospensivo sulla pubertà e, pertanto, reversibile, motivo per cui vengono utilizzati in altre situazioni. Invita altresì a non paragonare la situazione dell'Italia con quella di altri Paesi, nei quali è molto più agevole accedere a determinati percorsi.

Simona LOIZZO (LEGA), intervenendo in qualità di medico, fa presente che, ad oggi, non esistono farmaci di cui sia provato il carattere totalmente reversibile dell'effetto. Con riferimento ai farmaci in questione, ritiene che sia necessario distinguere tra la reversibilità ormonale e quella neuropsichiatrica. Invita, pertanto, a usare maggiore cautela nelle affermazioni, poiché occorrerebbe prima studiare approfonditamente la farmacocinetica.

Ugo CAPPELLACCI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 13.

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 13 alle 13.10.

ALLEGATO 1

Documento programmatico di finanza pubblica 2025. Doc. CCXLIV, n. 1, e Allegati.

PARERE APPROVATO

La XII Commissione,

esaminato, per quanto di competenza, il Documento programmatico di finanza pubblica 2025 (Doc. CCXLIV, n. 1, e Allegati);

evidenziati, in primo luogo, i dati che attestano una crescita progressiva della spesa sanitaria, dai circa 138 miliardi di euro nel 2024 fino a oltre 155 miliardi nel 2028;

rilevato, sempre per quanto concerne il settore sanitario, come l'azione del Governo si sia incentrata sulla realizzazione degli obiettivi indicati nella Missione Salute del PNRR; nel periodo considerato, altri interventi riguarderanno, tra l'altro: il potenziamento del sistema della Tessera sanitaria quale pilastro della trasformazione digitale; la revisione dei tetti di spesa farmaceutica e dei relativi meccanismi di *payback*, al fine di un maggiore equilibrio tra sostenibilità economica e accesso alle cure; la promozione del ruolo delle farmacie territoriali, quali « presìdi sanitari di prossimità », che eroghino attività di televisita e telemonitoraggio, in modo da favorire un decongestionamento degli ospedali e un'assistenza più capillare sul territorio;

tenuto conto dell'adozione di misure volte a rafforzare il sistema e le risorse per la protezione, l'inclusione sociale e il contrasto della povertà, tra cui il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, con una dotazione di tre miliardi, nell'ambito del quale si colloca l'assegno di inclusione;

evidenziati gli interventi del Governo a sostegno della natalità, dell'infanzia e delle famiglie: oltre all'adozione del nuovo Piano nazionale per la famiglia 2025-2027, si rileva l'incremento di misure di sostegno economico quali il *bonus* asilo nido e il *bonus* nuove nascite e l'ampliamento dell'offerta di servizi socioeducativi territoriali a favore dei minori da parte dei comuni,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.

ALLEGATO 2

Documento programmatico di finanza pubblica 2025. Doc. CCXLIV, n. 1, e Allegati.

PROPOSTA ALTERNATIVA DI PARERE PRESENTATA DAL GRUPPO MOVIMENTO 5 STELLE

La XII Commissione,

in sede di esame del Documento programmatico di finanza pubblica (DPFP 2025), approvato lo scorso 2 ottobre dal Consiglio dei ministri e trasmesso al Parlamento,

premesso che:

il DPFP 2025, che sostituisce la tradizionale NADEF, delinea il quadro di riferimento della politica economica italiana per il triennio 2026-2028, nel quadro della nuova *governance* economica europea;

lo scenario internazionale descritto nel Documento è definito prudente, caratterizzato da tensioni geopolitiche, incertezze commerciali e dalla competizione cinese, e secondo le previsioni eccessivamente ottimistiche del Governo il nostro Paese beneficerebbe di un quadro politico interno stabile e di una rinnovata fiducia dei mercati (*rating* in rialzo e *spread* in calo); la crescita prevista (tra 0,5 per cento e 0,9 per cento fino al 2028) è tuttavia molto modesta e segna il permanere di una dinamica economica debole, nonostante la validazione dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio;

il documento all'esame rivela diverse criticità strutturali e strategiche: *in primis*, accetta integralmente i vincoli imposti dal Piano strutturale di bilancio di medio termine (PSBMT) dell'UE, secondo cui il tasso di crescita della spesa netta diventa parametro fisso e non rivedibile; questa impostazione riduce fortemente la flessibilità della politica fiscale nazionale, impedendo interventi tempestivi in caso di *shock* economici o esigenze sociali emergenti; il nostro Paese rinuncia in sostanza a margini di manovra autonoma e si evince che in sede europea non è riuscito a delinearsi o a rivendicare uno spazio di agibilità finanziaria;

il DPFP punta quasi esclusivamente a garantire la sostenibilità del debito, trascurando la necessità di politiche di crescita e di *welfare* e il miglioramento dei conti pubblici appare contabile più che strutturale e rischia di non tradursi in maggiore capacità di investimento;

le azioni previste — riduzione del carico fiscale sul lavoro, rifinanziamento della sanità, incentivi agli investimenti — sono assolutamente vaghe e non accompagnate da credibili stime di impatto o da coperture chiare; il documento parla di « rimodulazione » della spesa, ma non indica quali voci verranno ridotte o riformate: questo lascia aperta la possibilità a tagli lineari o a misure *una tantum*, prive di efficacia duratura;

il richiamo alle riforme strutturali (giustizia, fisco, PA, PNRR) è formale e ripetitivo e non si introducono nuovi strumenti o obiettivi misurabili, limitandosi a ribadire impegni già assunti in precedenti documenti o nel Piano nazionale di ripresa e resilienza introdotto dai precedenti Governi; e comunque, sul fronte delle riforme strutturali, il documento pur sottolineando la continuità con il PNRR, sottende che la loro efficacia resta condizionata alla capacità di attuazione e al rispetto delle scadenze europee;

il DPFP riconosce l'aumento di pressioni sulla spesa (sanità, difesa, investimenti europei), ma non propone una chiara gerarchia delle priorità e se proprio deve essere individuata una preminenza, la stessa

è senz'altro riconducibile alle rilevanti spese per il riarmo e la difesa: se l'Italia uscirà dalla procedura europea, si stima che gli stanziamenti per le armi cresceranno gradualmente; nel 2026 è previsto un incremento pari allo 0,15 per cento del Pil, circa 3,3 miliardi, nel 2027 si salirà allo 0,3 per cento del Pil, inglobando lo 0,15 per cento già stanziato, per un totale di 6-7 miliardi; nel 2028 si raggiungerà quindi lo 0,5 per cento del Pil, pari a circa 12 miliardi complessivi in tre anni;

una gestione frammentata delle risorse, in cui nuovi e rilevanti impegni sulla spesa militare comportano, oltreché un'ignominia, una probabile compromissione dello stato sociale e delle politiche pubbliche ad esso correlate;

rilevato che:

il DPFP afferma in maniera del tutto generica e fumosa che « si garantirà un ulteriore rifinanziamento del fondo sanitario nazionale »; a riguardo è importante ricordare che un incremento di 4 miliardi per il 2026 era già stato programmato con la legge di bilancio precedente e pertanto non è ben chiaro se si parla di un ulteriore impegno economico, così come annunciato in questi giorni dal Ministro della salute, Orazio Schillaci, o se semplicemente ci si limita a confermare le precedenti previsioni;

secondo i dati riportati nel documento all'esame, la spesa sanitaria crescerà progressivamente dai circa 138 miliardi del 2024 fino a oltre 155 miliardi nel 2028; in rapporto al Pil, essa rappresentava il 6,3 per cento nel 2024 e salirà al 6,5 per cento nel 2026, con un valore più elevato rispetto alle previsioni precedenti non già a causa di un incremento della spesa ma a causa della revisione al ribasso delle stime di crescita economica; il Fondo Sanitario Nazionale cresce solo nominalmente, ma il suo peso sul PIL resta dunque fermo, al di sotto dei livelli pre-Covid e molto al di sotto della media UE;

il documento all'esame, al di là degli annunci e degli accenni, ancora una volta conferma la scelta del Governo in carica di perseguire una linea di rigido contenimento della spesa, sacrificando la sanità pubblica, la coesione sociale e la tutela delle fasce più deboli;

a fronte di un quadro macroeconomico che si dichiara « prudente », il Documento omette di affrontare i nodi strutturali che stanno mettendo in ginocchio il *welfare* italiano con una conseguente programmazione miope, incentrata su equilibri finanziari, che ignora l'urgenza di garantire diritti universali e servizi di qualità;

nonostante le dichiarazioni di principio, non si vedono investimenti reali per recuperare i tagli degli ultimi dieci anni o per contrastare il progressivo smantellamento e definanziamento del Servizio sanitario nazionale a tutto vantaggio della sanità privata;

in molte regioni — soprattutto del Sud — la sanità pubblica è sempre più in affanno: mancano medici, infermieri e risorse per garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e il DPFP non offre risposte a questa emergenza;

quanto al riparto delle risorse del FSN tra le regioni il Documento fa cenno in maniera gravemente fumosa alla possibilità di modificare i criteri di riparto delle risorse per i fabbisogni standard, in coerenza con il Nuovo Sistema di Garanzia e con i nuovi sistemi di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza; dal documento in esame non si evince tuttavia la chiara volontà di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale, introducendo indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché l'indice di deprivazione economica che tenga conto delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie;

il Governo, nel rivendicare l'attuazione della Missione 6 del PNRR, omette di evidenziare come i dati reali raccontino un'altra storia: ritardi gravi nella realizzazione delle Case di comunità e Ospedali di comunità, e laddove le strutture sono state completate, spesso mancano personale e

servizi, trasformando gli edifici in « cattedrali nel deserto »;

nel Focus tematico n. 3 / 22 maggio 2025 – Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale – l'Ufficio parlamentare di Bilancio ha sottolineato come « la realizzazione degli investimenti non garantisce l'entrata in funzione a pieno regime delle nuove strutture. Il successo della Missione Salute è anche legato alla capacità di popolare di professionisti, appositamente formati, le strutture nuove o potenziate. Attualmente, pochi servizi sono assicurati nelle Case e negli Ospedali di comunità, soprattutto nel Mezzogiorno, e non è chiaro in che misura i nuovi posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva siano dotati di apposito personale aggiuntivo per assistere i pazienti. Questo dipende, in parte, dal fatto che i cantieri sono ancora in corso. In una situazione di carenza di personale sanitario come quella attuale (soprattutto infermieri e alcune specialità mediche, ma anche medici di medicina generale), che persiste malgrado la ripresa delle assunzioni negli ultimi anni e soprattutto a seguito della diffusione della pandemia, un piano di reclutamenti appare indispensabile. »;

il Documento ignora dunque la questione più urgente: la carenza di personale nel SSN e la fuga di professionisti dalla sanità pubblica: nessuna misura per aumentare stipendi, ridurre i carichi di lavoro o valorizzare il personale infermieristico;

anche il rivendicato investimento in telemedicina rischia di tradursi in un'operazione di facciata: senza una reale integrazione tra strutture sanitarie e medici di base, la digitalizzazione non ridurrà le liste d'attesa né avvicinerà la sanità ai cittadini;

quanto alla riduzione delle liste di attesa e altre misure per assicurare un'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera tempestiva e di qualità il provvedimento all'esame rileva come « un programma di verifiche dei Servizi ispettivi della Ragioneria generale dello Stato presso un campione di aziende sanitarie in materia di attività libero-professionale dei medici (cd. *intramoenia*) con l'obiettivo di analizzare le procedure amministrative e contabili adottate, il rispetto dell'equilibrio economico nello svolgimento delle relative prestazioni, la congruità dei volumi prestazionali dell'attività intramuraria rispetto a quelli erogati in regime ordinario e l'impatto sui tempi delle liste di attesa. Le evidenze emerse dalle verifiche hanno dato luogo a raccomandazioni di miglioramento organizzativo e gestionale delle singole aziende e del settore sanitario nel suo complesso »;

nonostante il predetto rilievo, seppur fumoso, della Ragioneria generale dello Stato su liste di attesa ed intramoenia, l'intervento del Governo sulle liste di attesa e sull'*intramoenia* è stato addirittura paradossale laddove ha letteralmente messo assieme prenotazioni pubbliche e prenotazioni per azzerare come d'incanto i tempi di attesa (chiaramente solo sulla carta) !;

non si rileva dal documento all'esame un indirizzo politico volto al progressivo rilancio del finanziamento del Servizio sanitario nazionale; nessun cenno alle grandi problematiche irrisolte, e non affrontate dal Governo ovvero affrontate inadeguatamente, come quelle del pronto soccorso o delle liste d'attesa, caratterizzate da gravissime criticità strutturali e dalle carenze di personale e dall'ostinazione a voler mantenere il personale in una condizione di perdurante precarietà;

si continua a esternalizzare e privatizzare, aprendo la porta a una sanità a due velocità, dove chi può paga e chi non può rinuncia alle cure; l'aumento della spesa sanitaria privata e delle assicurazioni integrative dimostra che il modello attuale spinge i cittadini fuori dal sistema pubblico; il Governo rinuncia di fatto a difendere il principio di universalità del diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione;

anche le misure sociali illustrate nel DPFP sono frammentarie e inadeguate; il nuovo Piano Nazionale per la Famiglia viene presentato come svolta, ma non è accompagnato da finanziamenti certi, né

da un piano operativo che coinvolga Comuni e regioni e soprattutto si teme un contenuto o azioni regressive in materia di diritti civili e di genere;

dopo l'abolizione del Reddito di Cittadinanza, non esiste più un vero strumento universale di contrasto alla povertà e il nuovo Assegno di inclusione è circoscritto e caratterizzato da insostenibili barriere burocratiche, che lasciano fuori decine di migliaia di famiglie in difficoltà;

i comuni, principali attuatori del *welfare* territoriale, restano privi delle risorse necessarie per sostenere servizi essenziali come assistenza domiciliare, disabilità e *housing* sociale: la spesa sociale cresce del 3,3 per cento, ma si tratta di un aumento meramente nominale, eroso dall'inflazione e insufficiente ad affrontare l'emergenza abitativa, l'invecchiamento e la non autosufficienza;

il Governo « ha messo nel cassetto » l'attuazione della legge sulla non autosufficienza (legge n. 33 del 2023) così come la legge sulla disabilità, approvate o delineate nella scorsa legislatura anche grazie al lavoro del M5S: di fatto dunque non ci sono risorse aggiuntive e nessun piano operativo per un sistema integrato di assistenza domiciliare e residenziale; le famiglie continuano a farsi carico da sole della cura di anziani e disabili, in assenza di servizi e tutele;

le politiche di coesione sono trattate come meri strumenti di bilancio, senza una strategia di riequilibrio reale tra Nord e Sud e di fatto i fondi europei e del PNRR non vengono utilizzati in modo sinergico per colmare i divari nell'accesso a sanità, istruzione e *welfare*;

il DPFP 2025 consolida un modello economico sbilanciato verso la spesa militare e fiscale, penalizzando i settori sociali: si prevede un aumento graduale della spesa per la difesa, ma nessuna analoga priorità per la sanità pubblica;

si parla di « rimodulazione del prelievo fiscale », ma senza garanzia alcuna di redistribuzione equa e progressiva: nessun beneficio concreto per lavoratori precari, giovani o pensionati a basso reddito; il risultato è una manovra che scava un solco sempre più profondo tra chi ha e chi non ha, a danno dei più fragili;

in sintesi, il DPFP 2025 non tutela il diritto alla salute, non affronta la povertà e le diseguaglianze, non garantisce servizi pubblici universali, non investe nel capitale umano e nelle comunità locali e nei soggetti più fragili e non risponde ai bisogni reali del Paese, non rispettando i principi di equità, solidarietà e giustizia sociale sanciti dalla Costituzione;

si ribadisce la necessità di:

1. portare il Fondo Sanitario Nazionale al livello medio europeo (almeno 7,5 per cento del PIL) al fine di avviare un piano assunzionale del personale del SSN e garantire i livelli essenziali di assistenza;

2. garantire una sanità pubblica gratuita e accessibile e un welfare che non lasci indietro nessuno.

3. attuare pienamente la legge sulla non autosufficienza, finanziandola in modo stabile;

4. ripristinare un reddito minimo universale, quale strumento di dignità e libertà per chi è in difficoltà;

per tutto quanto sopra premesso e considerato,

esprime

PARERE CONTRARIO.

ALLEGATO 3

Schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2024/505 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 febbraio 2024, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali degli infermieri responsabili dell'assistenza generale che hanno completato la formazione in Romania. Atto n. 300.

PARERE APPROVATO

La XII Commissione (Affari sociali),

esaminato lo schema di decreto legislativo recante attuazione della direttiva (UE) 2024/505 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 febbraio 2024, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali degli infermieri responsabili dell'assistenza generale che hanno completato la formazione in Romania (Atto n. 300);

rilevato che il provvedimento in esame, al fine di dare attuazione alla suddetta direttiva, novella il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206;

preso atto del parere favorevole espresso, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 2 ottobre 2025,

esprime

PARERE FAVOREVOLE.