



IO CPI

Le misure del ddl bilancio per la spesa farmaceutica

di Nicolò Geraci, Gilberto Turati
5 dicembre 2025

Il disegno di Legge di Bilancio aumenta marginalmente la quota del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard dedicata alla spesa farmaceutica dal 15,3% al 15,55%, elevando sia il limite della spesa convenzionata (erogata tramite le farmacie) sia quello della spesa per acquisti diretti (erogata tramite gli ospedali). Dal 2013 tale limite è stato costantemente superato prevalentemente a causa della spesa farmaceutica degli ospedali, nonostante i meccanismi di controllo introdotti (su tutti il payback) e le maggiori risorse stanziare. Considerata l'entità degli sforamenti registrati negli ultimi anni, le modifiche previste dal ddl bilancio tamponano la situazione ma sembrano insufficienti a mantenere la spesa farmaceutica nazionale entro i limiti programmati. Sulla base di nostre stime, nonostante l'incremento del FSN 2026, il rispetto del tetto potrebbe essere limitato solo a piccole realtà regionali.

* * *

Il disegno di Legge di Bilancio per il 2026 prevede l'innalzamento della quota del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard (FSN) dedicata alle due componenti in cui si articola la spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la spesa "convenzionata" (erogata dalle farmacie convenzionate) il limite sale dal 6,8% al 6,85% del FSN. Per la spesa per "acquisti diretti" (da parte degli ospedali) il limite sale dall'8,5% all'8,7% del FSN.¹ Complessivamente, la quota del FSN dedicata alla spesa farmaceutica sale quindi dal 15,3% al 15,55%.² Gli stessi limiti di spesa valgono anche per gli esercizi delle singole regioni e province autonome, calcolati sui rispettivi Fondi Sanitari Regionali.³ A queste risorse si aggiunge il Fondo Farmaci Innovativi, pari

¹ Questo tetto include un limite dello 0,2% del FSN per l'acquisto di gas medicinali che il ddl bilancio non modifica.

² Atto Senato 1689 (disegno di Legge di Bilancio 2026), art. 78.

³ Il FSN è ripartito tra le singole Regioni e Province Autonome attraverso una serie di criteri che considerano principalmente la distribuzione della popolazione insieme ad altri fattori che creano specifici fabbisogni come la geografia del territorio e l'anzianità dei residenti.

a 1,3 miliardi l'anno a partire dal 2024, che non è mai stato utilizzato per intero dalle Regioni.⁴

La fissazione di “tetti” di spesa è uno degli strumenti utilizzati per governare la crescita della spesa farmaceutica. Considerati gli scostamenti sistematici registrati nell'ultimo decennio, tali limiti sono stati spesso aggiornati. Questa nota stima gli effetti dell'incremento dei tetti sui possibili scostamenti della spesa farmaceutica nel 2026, tenuto conto anche delle maggiori risorse previste per il SSN dal ddl bilancio 2026 e dalla precedente Legge di Bilancio.⁵

L'andamento della spesa farmaceutica

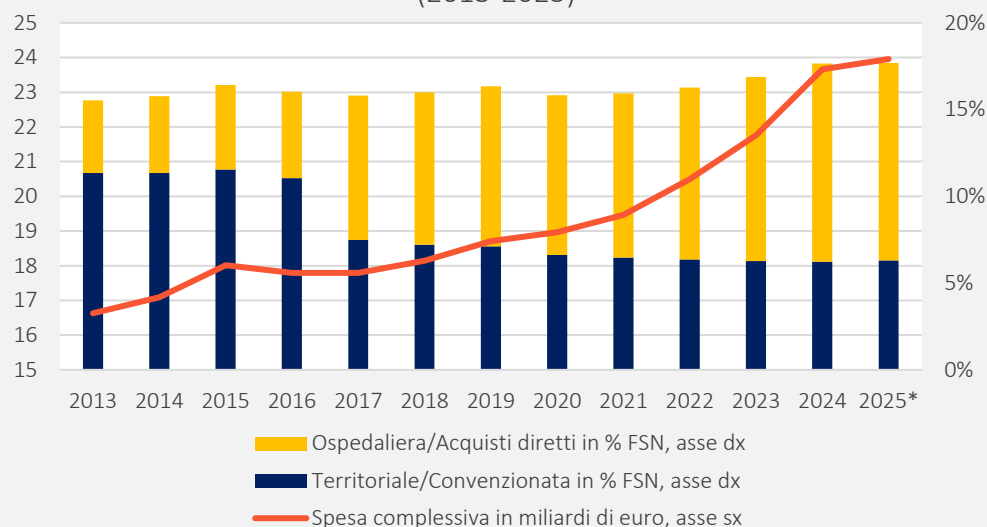
La spesa farmaceutica totale a carico del SSN è cresciuta da 16,6 miliardi nel 2013 (il 15,5% del FSN) a 23,7 nel 2024 (il 17,7%), con una chiara riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto alla spesa erogata tramite gli ospedali (Fig. 1). L'incremento è legato a diversi fattori: l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di patologie croniche che richiedono cure farmacologiche, l'introduzione di farmaci più costosi e diverse criticità di programmazione e amministrazione della spesa.⁶

⁴ Dal 2025 il Fondo di 1,3 miliardi è ripartito in 900 milioni per i farmaci con innovatività piena, 300 milioni per farmaci con innovatività condizionata, e 100 milioni per agenti antinfettivi. L'innovatività di un farmaco è riconosciuta dall'AIFA all'esito di un esame del bisogno terapeutico, del vantaggio terapeutico aggiunto e dalla qualità delle prove scientifiche disponibili. Tra il 2022 e il 2024 hanno beneficiato del requisito 46 farmaci, di cui 25 farmaci oncologici, 24 farmaci “orfani” (per la cura di malattie rare) e 7 terapie avanzate (genica, cellulare somatica, ingegneria tissutale). Si veda Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, “L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2024”, Aifa, novembre 2025, Sezione 5.

⁵ Vedi anche la nostra precedente nota [“Il payback per farmaci e dispositivi medici come meccanismi di controllo della spesa sanitaria”](#), 31 gennaio 2025.

⁶ Vedi Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, [“L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2024”](#), Aifa, novembre 2025, Sezione 1.

Fig. 1: Spesa farmaceutica a valere sul SSN
(2013-2025)



*: il dato del 2025 è stimato proiettando sull'anno i dati del periodo gennaio-maggio 2025 considerando l'andamento stagionale.

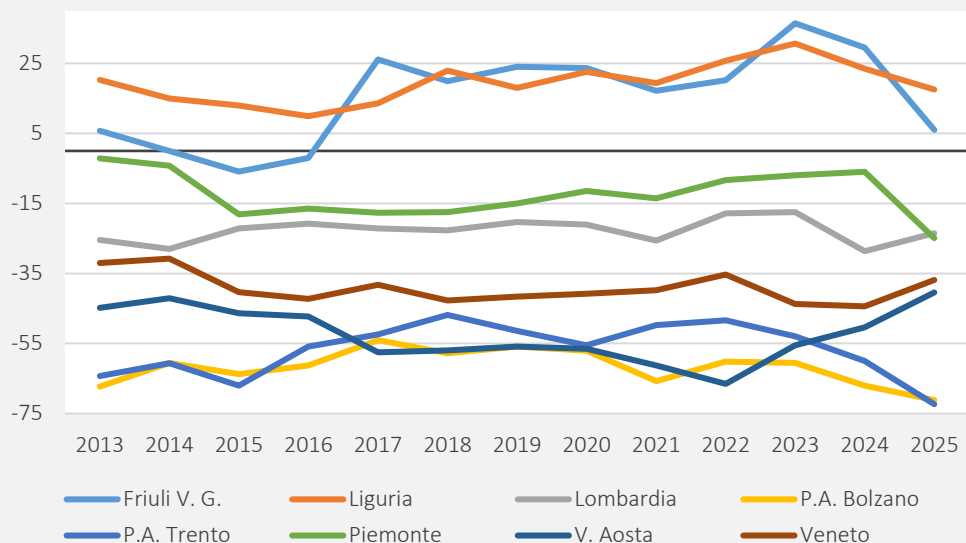
Nota: nel 2017 la spesa territoriale viene riclassificata come "convenzionata" e quella ospedaliera come "acquisti diretti".

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Ministero della Salute e Aifa.

In termini pro capite, la spesa farmaceutica a carico del SSN è cresciuta da 279 euro per residente nel 2013 a 406 euro nel 2024.⁷ La variabilità regionale è elevata e, in generale, al Nord si spende meno che altrove. Nel 2024, si sono collocate al di sotto della media nazionale diverse regioni del Centro-Nord (Lombardia, Piemonte, Veneto, Valle d'Aosta, province autonome di Trento e Bolzano, Toscana) e la Sicilia. Ai primi posti ci sono Sardegna (con una spesa pro capite di 475 euro), Campania (447 euro) e Basilicata (442 euro, Figg. 2-4).

⁷ In termini reali, a prezzi costanti del 2020, la spesa pro capite è passata da 300 euro nel 2013 a 353 nel 2024. La spesa totale per farmaci (pubblica e privata), che non viene discussa qui, include anche una componente privata per i ticket relativi ai farmaci con ricetta dispensati dal SSN e per gli acquisti di farmaci senza obbligo di prescrizione. Nel 2024 ammontava a 37,2 miliardi di euro, vedi Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali, *Op. cit.*.

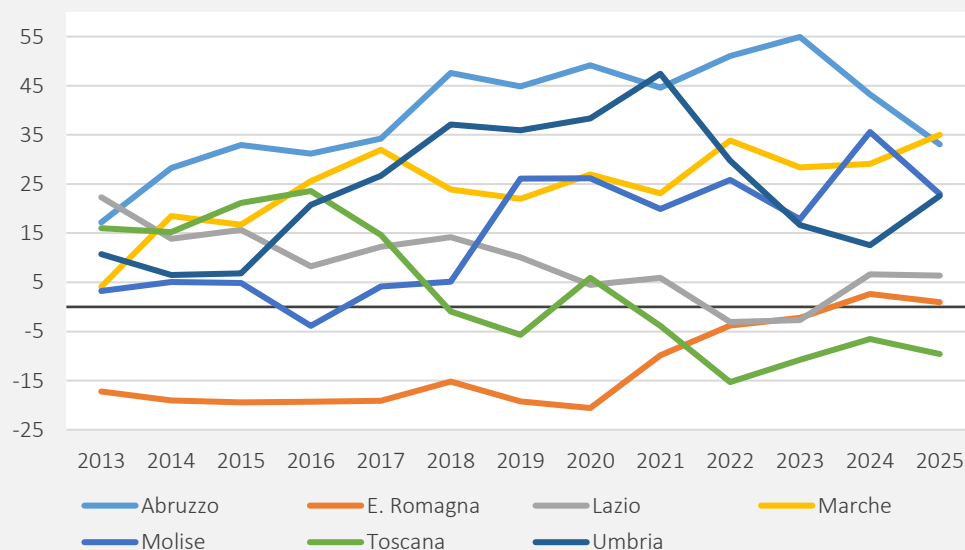
Fig. 2: Spesa farmaceutica pro capite, Nord Italia
(valori in euro, differenze rispetto alla media nazionale)



Nota: il dato del 2025 è stimato annualizzando la spesa del periodo gennaio-maggio 2025 considerando l'andamento stagionale.

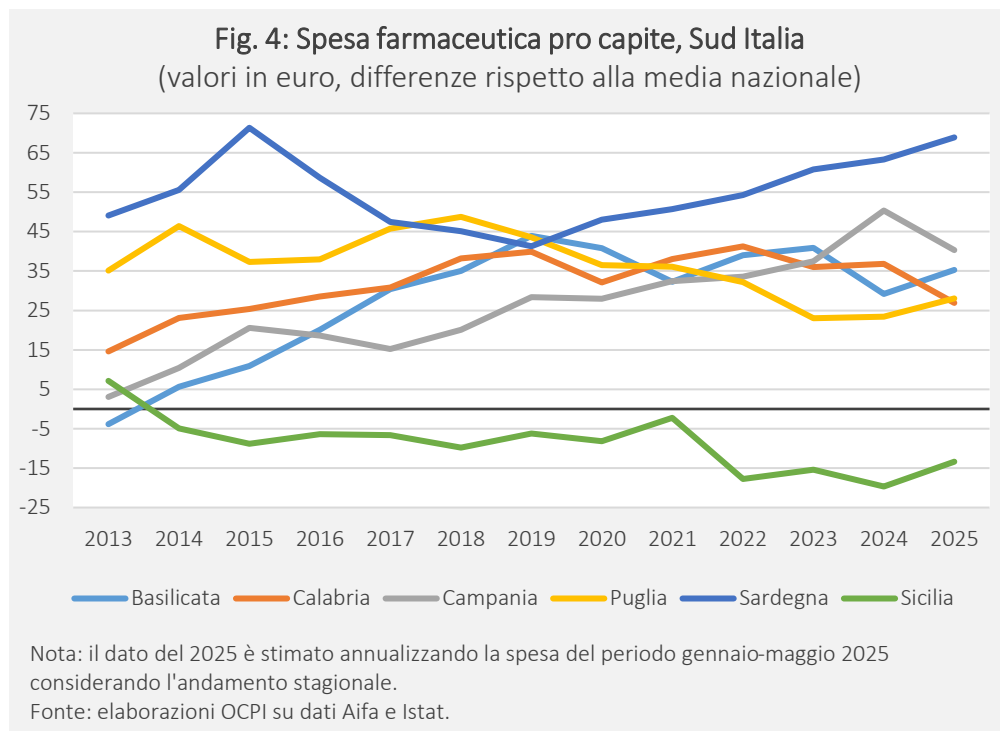
Fonte: elaborazioni OCPI su dati Aifa e Istat.

Fig. 3: Spesa farmaceutica pro capite, Centro Italia
(valori in euro, differenze rispetto alla media nazionale)



Nota: il dato del 2025 è stimato annualizzando la spesa del periodo gennaio-maggio 2025 considerando l'andamento stagionale.

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Aifa e Istat.



Il controllo della spesa farmaceutica finora

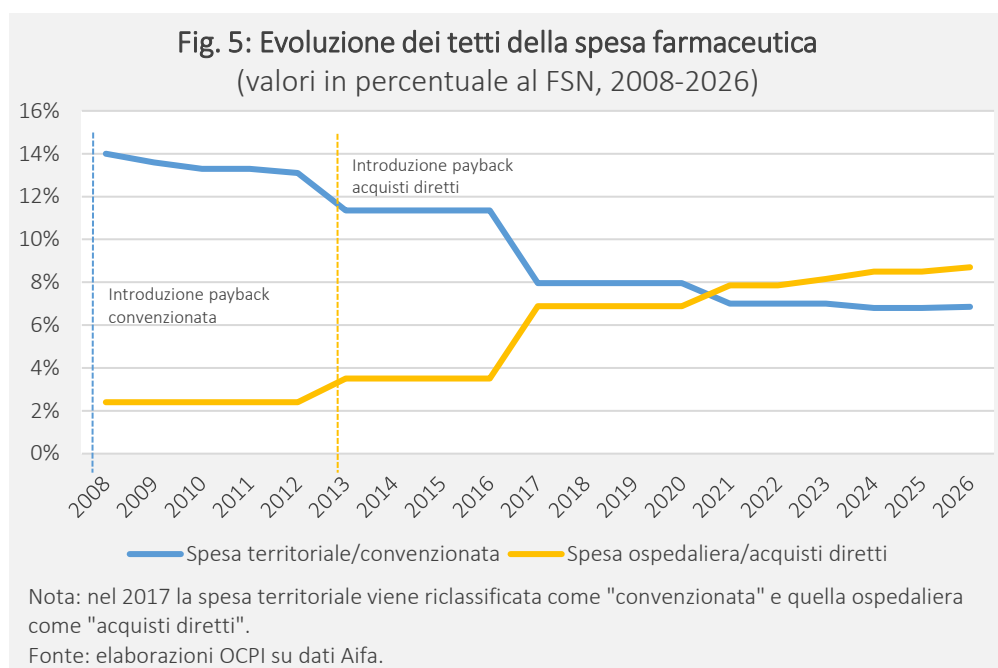
I meccanismi di governo della spesa farmaceutica oggi in vigore includono procedure di negoziazione centralizzata dei prezzi, un sistema di sconti che le imprese farmaceutiche sono obbligate ad applicare sui prodotti distribuiti tramite il SSN, compartecipazioni dei cittadini alla spesa, l'imposizione di "tetti" a livello nazionale e nelle singole regioni, e un regime sanzionatorio che si attiva automaticamente al superamento delle soglie, noto come *payback*.⁸

Per quanto riguarda i tetti, il meccanismo delle soglie pensato per controllare la crescita della spesa è stato introdotto a partire dal 2002 sulla sola componente della spesa farmaceutica convenzionata (allora denominata "territoriale"), con una soglia del 13% parametrata alla spesa sanitaria.⁹ Tra il 2004 e il 2007 si è anche previsto un tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera, fissato al 3%, sempre ancorato alla spesa sanitaria. Nel 2008 i tetti vengono ulteriormente rivisti e parametrati al finanziamento del SSN (e non più alla spesa) con la contemporanea attivazione di un meccanismo di copertura degli sforamenti (il *payback* di cui si dirà tra poco). Le soglie sono state modificate più volte nel corso degli anni in base all'evoluzione della spesa e alle risposte delle regioni. In particolare, si è abbassato progressivamente il

⁸ Si noti che sono al momento in vigore anche altri meccanismi denominati "payback" che non dipendono dal superamento di soglie di spesa, ma funzionano come sconti obbligatori applicati dalle imprese farmaceutiche. È il caso del "payback 1,83%" e del "payback 5%".

⁹ Si veda Ufficio Parlamentare di Bilancio, Il governo della spesa farmaceutica tra massimali e pay-back", [Focus Tematico n° 5, 21 giugno 2017.pdf](#), Tab. 1.

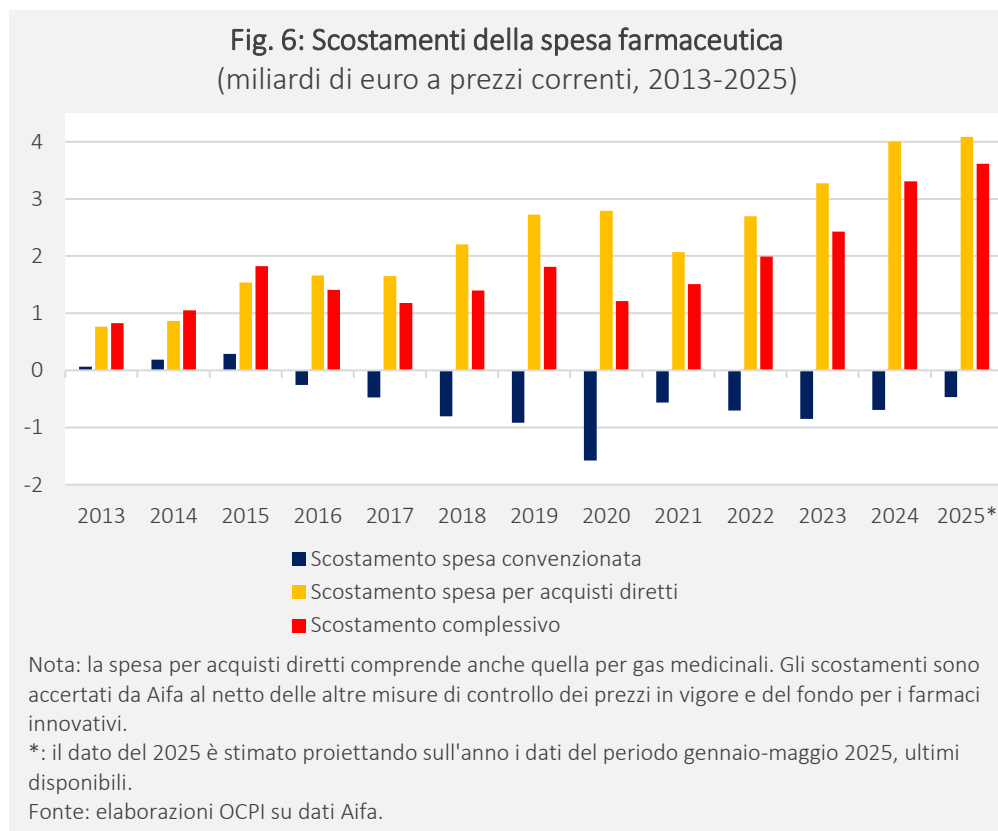
tetto della spesa farmaceutica convenzionata fino all'attuale 6,8% e si è contemporaneamente alzato quello per gli acquisti diretti tramite gli ospedali fino all'8,5% (Fig. 5).¹⁰



L'evoluzione degli scostamenti accertati da Aifa rispetto ai tetti programmati è rappresentata nella Fig. 6. Nonostante l'imposizione di tetti via via più restrittivi, la spesa farmaceutica convenzionata è stata riportata all'interno dei limiti previsti a livello nazionale, con scostamenti negativi rispetto al programmato, ossia degli avanzi. Al contrario, la spesa per acquisti diretti ha registrato scostamenti crescenti. Lo scostamento complessivo è così aumentato da 0,8 miliardi nel 2013 a 3,3 nel 2024; in termini reali, cioè eliminando l'effetto dell'inflazione sulla crescita della spesa, lo scostamento complessivo è cresciuto da 0,9 miliardi nel 2013 a 2,9 nel 2024 (a prezzi costanti del 2020).¹¹ La dinamica degli scostamenti sembra segnalare che l'imposizione dei tetti sulla spesa ha comportato una sostituzione crescente tra la spesa erogata tramite le farmacie e quella erogata tramite gli ospedali, cui si è cercato di far fronte rimodulando i corrispondenti limiti di spesa.

¹⁰ Dal 2019 il tetto per la spesa per acquisti diretti comprende una quota riservata all'acquisto di gas medicinali pari allo 0,2% del FSN.

¹¹ I valori reali sono ottenuti applicando il deflatore Pil come ricavato dalle serie Istat dei conti nazionali edizione settembre 2025.



Il principale incentivo al rispetto di questi tetti è posto dal meccanismo di *payback* che si attiva nei casi di superamento delle soglie all'interno di una regione e pone una parte del ripiano a carico dei fornitori privati, con modalità diverse per le due tipologie di spesa farmaceutica. Nel caso della spesa farmaceutica convenzionata, il *payback* (in vigore dal 2008) prevede che il 100% dello scostamento debba essere ripagato dall'intera filiera di imprese farmaceutiche, grossisti e farmacie.¹² Invece, il *payback* per gli acquisti diretti (in vigore dal 2013) divide equamente il ripiano tra la regione che registra lo scostamento e i fornitori privati.¹³

L'effetto delle misure del ddl bilancio

L'innalzamento ulteriore dei tetti previsto dal ddl bilancio combinato con le maggiori risorse stanziare per il FSN 2026 sarà sufficiente per riportare la spesa farmaceutica sotto controllo?

Per valutare gli effetti di questo incremento sul rispetto dei tetti di spesa, stimiamo per ciascuna regione la spesa farmaceutica del 2025, a partire dai dati del periodo gennaio-maggio 2025 (ultimi disponibili), e poi quella del 2026,

¹² Articolo 5, comma 3, del decreto-legge n. 159/2007, convertito con modificazioni dalla legge n.222 del 2007.

¹³ Articolo 15, comma 7, del decreto-legge n.95 del 2012 convertito con modificazioni dalla legge n. 135 del 2012.

proiettando in avanti la spesa del 2025 con il tasso di crescita medio del periodo 2018-2025 (4% l'anno a livello nazionale per la spesa farmaceutica complessiva).¹⁴ Le Tavole 1-3 illustrano lo scenario stimato per il 2026 della spesa convenzionata, della spesa per acquisti diretti e della spesa farmaceutica complessiva nelle singole regioni e province autonome.¹⁵ Per la spesa convenzionata, le nuove misure potrebbero portare le regioni Basilicata, Calabria, Campania e Puglia a evitare un disavanzo nel 2026 (Tav. 1). Per la spesa per acquisti diretti, invece, i provvedimenti permetterebbero solo di contenere l'aumento degli scostamenti che rimarrebbero vicini ai 4 miliardi a livello aggregato, lo stesso valore osservato nel 2024 e previsto per il 2025 (Tav. 2). Il saldo cumulato delle due voci potrebbe portare a uno scostamento complessivo di 2,8 miliardi, a registrare un avanzo nelle province autonome di Trento e Bolzano e a sfiorare il pareggio in Valle d'Aosta (Tav. 3).

In conclusione, i provvedimenti in questione tamponano la situazione, senza incidere sulla capacità delle regioni di mantenere la spesa al di sotto dei tetti previsti nel 2026. La misura viene incontro alle imprese fornitrici: in alcune regioni potrebbe essere evitato l'eccesso della spesa convenzionata (il cui ripiano ricadrebbe al 100% sui privati) e, in modo uniforme nel Paese, verrebbe arrestata la crescita dello scostamento per gli acquisti diretti (al cui ripiano le imprese partecipano al 50%). In ogni caso, gli scostamenti dal lato degli acquisti diretti restano elevati e, attraverso il meccanismo del *payback 50/50*, determinano un onere per l'industria farmaceutica che nel 2024 ha raggiunto i 2 miliardi di euro. Sembra quindi opportuno intervenire anche su altri aspetti, come il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, da promuovere anche tramite analisi scientifiche indipendenti della costo-efficacia e dell'innovatività dei diversi prodotti.

¹⁴ La metodologia di stima è descritta nell'appendice.

¹⁵ Per una stima degli effetti dei maggiori tetti di spesa sull'esercizio del 2025, si veda anche la Corte dei conti, "[Audizione sul disegno di legge recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e Bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028 \(A.S. 1689\)](#)", novembre 2025, pp. 59 e ss. La spesa farmaceutica 2025 stimata dalla Corte dei conti risulta complessivamente confrontabile con le nostre valutazioni. Per la spesa farmaceutica convenzionata, la stima nazionale della Corte è inferiore dello 0,4% rispetto alla nostra, mentre le differenze regionali rientrano in un margine di $\pm 1\%$. Per la spesa per acquisti diretti, la stima nazionale della Corte è superiore dell'1,1% rispetto alla nostra, e le differenze regionali si collocano entro un margine di $\pm 4\%$. Non è tuttavia chiaro quali dati la Corte abbia utilizzato né in che modo abbia tenuto conto dell'andamento stagionale.

Tav. 1: Proiezioni al 2026 della spesa farmaceutica convenzionata
(dati in milioni di euro)

Regione	FSN 2026	Tetto 6,85% nel 2026	Proiezione della spesa nel 2026	Scostamento atteso nel 2026	Scostamento atteso nel 2025
ABRUZZO	3.104	213	197	-15	-1
BASILICATA	1.305	89	88	-1	4
CALABRIA	4.527	310	304	-7	10
CAMPANIA	13.324	913	867	-45	8
E. ROMAGNA	10.837	742	549	-193	-159
FRIULI V.G.	2.874	197	162	-35	-23
LAZIO	13.728	940	839	-101	-44
LIGURIA	3.840	263	207	-56	-40
LOMBARDIA	24.131	1.653	1.697	44	111
MARCHE	3.629	249	226	-23	-10
MOLISE	728	50	47	-3	0
P.A. BOLZANO	1.229	84	52	-32	-28
P.A. TRENTO	1.279	88	70	-18	-14
PIEMONTE	10.451	716	555	-161	-119
PUGLIA	9.436	646	622	-24	12
SARDEGNA	3.803	260	245	-15	-1
SICILIA	11.492	787	692	-95	-52
TOSCANA	9.011	617	461	-156	-120
UMBRIA	2.120	145	116	-29	-19
V. D'AOSTA	300	21	15	-6	-4
VENETO	11.760	806	578	-228	-182
ITALIA	142.907	9.789	8.586	-1.203	-672

Nota: lo scostamento atteso nel 2025 è stimato a partire dai dati del periodo gennaio-maggio 2025 e dai tetti di spesa validi per l'anno in corso. In rosso gli scostamenti rispetto al tetto di spesa.

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Aifa.

Tav. 2: Proiezioni al 2026 della spesa farmaceutica per acquisti diretti
(dati in milioni di euro)

Regione	FSN 2026	Tetto 8,70% nel 2026	Proiezione della spesa nel 2026	Scostamento atteso nel 2026	Scostamento atteso nel 2025
ABRUZZO	3.104	270	379	109	108
BASILICATA	1.305	114	153	40	41
CALABRIA	4.527	394	514	120	128
CAMPANIA	13.324	1.159	1.744	585	552
E. ROMAGNA	10.837	943	1.370	427	408
FRIULI V.G.	2.874	250	349	99	99
LAZIO	13.728	1.194	1.617	423	412
LIGURIA	3.840	334	458	124	124
LOMBARDIA	24.131	2.099	2.338	238	235
MARCHE	3.629	316	456	140	138
MOLISE	728	63	82	18	18
P.A. BOLZANO	1.229	107	139	32	30
P.A. TRENTO	1.279	111	121	10	11
PIEMONTE	10.451	909	1.140	231	229
PUGLIA	9.436	821	1.108	287	304
SARDEGNA	3.803	331	529	198	192
SICILIA	11.492	1.000	1.265	265	265
TOSCANA	9.011	784	1.052	268	267
UMBRIA	2.120	184	261	77	78
V. D'AOSTA	300	26	33	7	6
VENETO	11.760	1.023	1.316	293	271
ITALIA	142.907	12.433	16.424	3.991	3.919

Nota: la spesa per acquisti diretti comprende anche l'acquisto di gas medicinali. Lo scostamento atteso nel 2025 è stimato a partire dai dati del periodo gennaio-maggio 2025 e dai tetti di spesa validi per l'anno in corso. In rosso gli scostamenti rispetto al tetto di spesa.

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Aifa.

Tav. 3: Proiezioni al 2026 della spesa farmaceutica complessiva
(dati in milioni di euro)

Regione	FSN 2026	Tetto 15,55% nel 2026	Proiezione della spesa nel 2026	Scostamento atteso nel 2026	Scostamento atteso nel 2025
ABRUZZO	3.104	483	576	93	108
BASILICATA	1.305	203	242	39	45
CALABRIA	4.527	704	818	114	138
CAMPANIA	13.324	2.072	2.611	539	560
E. ROMAGNA	10.837	1.685	1.919	234	249
FRIULI V.G.	2.874	447	511	64	76
LAZIO	13.728	2.135	2.456	321	368
LIGURIA	3.840	597	665	68	84
LOMBARDIA	24.131	3.752	4.034	282	346
MARCHE	3.629	564	682	118	128
MOLISE	728	113	129	16	18
P.A. BOLZANO	1.229	191	190	-1	3
P.A. TRENTO	1.279	199	191	-8	-3
PIEMONTE	10.451	1.625	1.695	70	109
PUGLIA	9.436	1.467	1.730	263	316
SARDEGNA	3.803	591	774	182	191
SICILIA	11.492	1.787	1.957	170	214
TOSCANA	9.011	1.401	1.513	112	147
UMBRIA	2.120	330	378	48	58
V. D'AOSTA	300	47	48	1	1
VENETO	11.760	1.829	1.894	65	89
ITALIA	142.907	22.222	25.011	2.789	3.248

Nota: lo scostamento atteso nel 2025 è stimato a partire dai dati del periodo gennaio-maggio 2025 e dai tetti di spesa validi per l'anno in corso. In rosso gli scostamenti rispetto al tetto di spesa.

Fonte: elaborazioni OCPI su dati Aifa.

Nota metodologica

Le nostre stime sono elaborate sui dati forniti dai rapporti di monitoraggio della spesa farmaceutica pubblicati da Aifa a partire dal 2013.

Le spese del 2025 sono stimate sui dati provvisori del rapporto Aifa per il periodo gennaio-maggio 2025. Per annualizzare tali dati tenendo conto dell'andamento stagionale dei consumi, abbiamo misurato che percentuale della spesa annuale (distinguendo fra convenzionata e acquisti diretti) è stata generata in media nei primi cinque mesi degli anni 2018-2023: il 42,7% per la spesa convenzionata e il 42,5% per gli acquisti diretti. I consumi osservati nel periodo gennaio-maggio 2025 (ultimi dati disponibili) sono quindi riportati all'anno attraverso tali rapporti, ossia assumendo un andamento stagionale unico per tutte le regioni.

Per ciascuna regione, la spesa stimata per il 2025 è proiettata al 2026 con il tasso di crescita medio (distinto per la spesa convenzionata e per gli acquisti diretti) osservato all'interno della stessa regione nel periodo 2019-2025.

Il valore del FSN nel 2026 è ottenuto sommando al FSN 2025 gli stanziamenti del ddl bilancio 2026 e della Legge di Bilancio 2025. Le maggiori risorse vengono ripartite fra le regioni e le province autonome in base alle loro quote di spettanza sul FSN 2025.