



## IL PAYBACK NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: STRUTTURA, FUNZIONAMENTO E IMPATTO FINANZIARIO

### *LA STRUTTURA ORIGINARIA DEL PAYBACK: DALLA LOGICA MACRO AL FUNZIONAMENTO OPERATIVO*

Il *payback* è oggi uno strumento consolidato di governo della spesa farmaceutica, ma la sua evoluzione è stata graduale.

Le prime basi normative risalgono al 2003, con l'art. 48 del DL 269/2003, che introduce strumenti di controllo della spesa e la possibilità di richiedere contributi alle aziende farmaceutiche nell'ambito della finanza sanitaria (ad esempio, con la introduzione del *payback* di manovra). Tuttavia, è nel 2007 che il sistema assume una forma più organica: con il DL 1° ottobre 2007, n. 159 (convertito nella L. 222/2007) vengono fissati tetti programmati alla spesa farmaceutica e viene previsto un meccanismo strutturato di ripiano in caso di superamento. Da quel momento il *payback* non è più solo uno strumento correttivo episodico, ma diventa parte integrante dell'architettura di controllo della spesa sanitaria.

L'idea di fondo è che alcune componenti della spesa sanitaria, in particolare farmaci e, più recentemente, dispositivi medici, presentino una dinamica strutturalmente espansiva. Questa crescita è in larga parte legata al progresso tecnologico e all'evoluzione dei bisogni clinici, che portano all'introduzione continua di nuovi prodotti e trattamenti. Per quanto riguarda i dispositivi medici, un sistema specifico di contenimento della spesa è stato formalizzato solo più tardi, con l'introduzione del meccanismo di *payback* per dispositivi medici nel 2011, di cui si parlerà più avanti.

Una parte rilevante di questa dinamica riguarda l'arrivo di nuove tecnologie sanitarie ad alto valore terapeutico, che spesso comportano costi significativi per il sistema sanitario. È il caso, ad esempio, dei nuovi farmaci antitumorali, delle terapie geniche avanzate e di altre innovazioni biotecnologiche. In un sistema finanziato prevalentemente con risorse pubbliche, la diffusione di queste innovazioni rende necessario introdurre strumenti di governo della spesa, in modo da mantenere l'equilibrio finanziario del Servizio sanitario nazionale e ricondurre la crescita della spesa entro limiti programmati.

In questo contesto si inserisce il meccanismo del *payback* come strumento di riequilibrio: la legge stabilisce un tetto di spesa e, qualora la spesa effettiva lo superi, una parte dello scostamento viene posta a carico dei fornitori privati, in questo caso le imprese farmaceutiche. Tali strumenti riflettono il tentativo di bilanciare due obiettivi spesso in tensione: da un lato il contenimento della spesa pubblica, dall'altro il mantenimento di adeguati incentivi all'innovazione nel settore farmaceutico.

Con la legge 222/2007 viene fissato un tetto complessivo della spesa farmaceutica in rapporto al finanziamento ordinario del SSN, distinguendo tra spesa territoriale (conosciuto anche come "convenzionata") e spesa ospedaliera (conosciuto come "acquisti diretti"). In origine il meccanismo riguardava la sola spesa territoriale, imponendo all'industria la copertura integrale dello scostamento regionale; nel 2011, con il decreto-legge 98/2011 (legge 111/2011), il sistema viene esteso anche alla spesa ospedaliera, prevedendo una copertura pari al 50% dello sfioramento.

È importante chiarire che nel sistema farmaceutico italiano non esiste un solo tipo di *payback*. In particolare, è utile distinguere tra **meccanismi automatici (ex ante)**, che operano indipendentemente dall'andamento della spesa, e **meccanismi variabili (ex post)**, che si attivano solo quando la spesa farmaceutica supera i limiti programmati dalla normativa.

Il primo è il cosiddetto ***payback* "automatico (ex ante)" dell'1,83%** sulla spesa farmaceutica convenzionata, introdotto con l'art. 11, comma 6, del DL 78/2010, nel contesto delle misure di consolidamento della finanza pubblica adottate durante la crisi finanziaria. Si tratta di una quota fissa applicata alla spesa farmaceutica convenzionata, cioè ai farmaci rimborsati dal SSN tramite le farmacie territoriali. A differenza dei meccanismi di *payback* collegati allo sfioramento dei tetti di spesa, questo contributo non dipende dal superamento del tetto della convenzionata, ma si applica ogni anno in modo automatico, indipendentemente dall'andamento della spesa. La sua funzione è quindi ridurre ex ante la spesa pubblica, configurandosi come una forma di partecipazione strutturale dell'industria farmaceutica al finanziamento del sistema sanitario.

Questo meccanismo è rimasto in vigore per oltre quindici anni ed è tuttora applicato per la gestione della spesa 2025. Tuttavia, la legge di bilancio 2026 ha modificato in modo significativo questo assetto: a decorrere dal 1° gennaio 2026 non si applica più la quota dell'1,83% prevista dall'art. 11, comma 6, del DL 78/2010, determinando di fatto la cessazione di questo tipo di *payback*. Dal 2026, quindi, la partecipazione delle imprese alla copertura della spesa farmaceutica non avverrà più tramite questo contributo fisso, ma si baserà principalmente sugli altri strumenti di contenimento della spesa, in particolare sui meccanismi di *payback* legati allo sfioramento dei tetti di spesa.

La rimozione di questo contributo era da tempo richiesta dal settore farmaceutico. Le principali associazioni industriali sostenevano infatti che il *payback* dell'1,83% rappresentasse una forma di prelievo automatico che poteva ridurre l'attrattività del mercato italiano per gli investimenti e l'innovazione. In questo contesto, il presidente di Farindustria, Marcello Cattani, ha definito l'abolizione dell'1,83% un segnale positivo per il settore, pur sottolineando che il sistema di *payback* non viene eliminato completamente, poiché restano in vigore altri meccanismi legati allo sfioramento dei tetti di spesa, in particolare quelli relativi agli acquisti diretti<sup>1</sup>. Di fatto, la cancellazione di questa quota rappresentava da anni una delle principali richieste avanzate dall'industria farmaceutica.

---

<sup>1</sup> Fonte: [Payback, aziende farmaci e dispositivi medici in audizione: superare meccanismo per garantire investimenti | Farmacista33](#)

Accanto al contributo dell'1,83% esiste un altro meccanismo che può essere ricondotto alla categoria dei **payback automatici**: il cosiddetto **payback del 5%** la cui base normativa è l'art. 1, comma 796, lettera g), della L. 296/2006 (legge finanziaria 2007). La norma prevedeva originariamente una riduzione del 5% del prezzo dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Negli anni successivi questo meccanismo è stato progressivamente modificato: invece di applicare direttamente la riduzione sul prezzo, alle aziende è stato richiesto di versare alle Regioni un importo equivalente alla riduzione del 5%, calcolato sulla spesa dei medicinali rimborsati dal SSN.

In questo modo, fino al 2025, il sistema ha funzionato prevalentemente come un *payback* monetario: le imprese non applicavano necessariamente lo sconto sul prezzo, ma compensavano la riduzione attraverso versamenti periodici alle Regioni. Anche questo meccanismo, analogamente al contributo dell'1,83%, non è legato allo sfioramento dei tetti di spesa, ma deriva da una compressione normativa del prezzo dei farmaci rimborsati.

Con la legge di bilancio 2026 il meccanismo del **payback del 5%** non viene eliminato, ma ne cambia la modalità di applicazione. Fino al 2025 le aziende potevano compensare la riduzione del prezzo versando alle Regioni un importo equivalente. Dal 2026, invece, questa possibilità viene meno e la riduzione del 5% torna ad applicarsi direttamente al prezzo dei farmaci rimborsati dal SSN. Il meccanismo continua quindi a operare come strumento strutturale di contenimento della spesa, ma non più come trasferimento finanziario alle Regioni, bensì come riduzione del prezzo dei medicinali.

I meccanismi descritti finora rientrano nella categoria dei **payback automatici**, ossia contributi applicati in modo fisso (*ex ante*) alle imprese farmaceutiche, indipendentemente dall'andamento della spesa. Essi operano come strumenti di contenimento *ex ante* della spesa pubblica, incidendo stabilmente sui prezzi dei medicinali o imponendo contributi predeterminati a carico delle aziende.

Diversa è invece la logica dei *payback* legati al superamento del tetto, che possono essere definiti come **payback variabili (ex post)**. In questo caso il meccanismo non si applica in modo automatico, ma si attiva solo quando la spesa farmaceutica effettiva supera i limiti programmati dalla normativa. Fino al 2025 tali limiti erano fissati al 6,8% del Fondo sanitario nazionale per la spesa convenzionata e all'8,5% per gli acquisti diretti. La **legge di bilancio 2026** ha successivamente rimodulato questi valori, portandoli rispettivamente al **6,85%** e all'**8,8%** a partire dal 2026.

A differenza dei meccanismi automatici descritti in precedenza, questo sistema ha natura eventuale, si attiva soltanto quando la spesa farmaceutica effettiva supera i tetti stabiliti dalla normativa. In questi casi AIFA calcola lo scostamento rispetto al limite programmato e una parte dell'eccedenza viene posta a carico delle aziende farmaceutiche.

Nel caso degli acquisti diretti, ad esempio, la normativa prevede che le imprese contribuiscano alla copertura dello sfioramento per una quota pari al 50%, mentre la restante parte rimane a carico delle Regioni. Non si tratta quindi di una trattenuta preventiva, ma di uno strumento di riequilibrio *ex post*, che interviene quando la dinamica della spesa supera i livelli programmati.

A questo punto emerge una domanda legittima anche ripetuta dalle aziende farmaceutiche: **perché devono essere le aziende farmaceutiche a coprire parte dello scostamento di spesa? Non dovrebbe essere il governo centrale o il livello regionale a garantire il rispetto dei limiti di bilancio?**

La risposta va distinta a seconda del meccanismo considerato. Nel caso del **payback da superamento dei tetti** (oggi fissati al 6,85% per la convenzionata e 8,8% per gli acquisti diretti), il legislatore ha ritenuto

che lo scostamento non dipenda esclusivamente da inefficienze nella gestione regionale della spesa. Il settore farmaceutico opera, infatti, in un contesto fortemente regolato: i prezzi dei medicinali rimborsati sono negoziati centralmente dall'AIFA, l'accesso alla rimborsabilità è deciso a livello nazionale e la domanda è in larga parte determinata dalla prescrizione medica, mentre il paziente non sostiene direttamente il prezzo pieno del farmaco.

In questo quadro, le Regioni sono responsabili della gestione dei bilanci sanitari, ma non controllano pienamente né l'introduzione dei nuovi farmaci né le condizioni economiche di accesso al mercato, elementi che dipendono da decisioni regolatorie e dalle strategie delle aziende farmaceutiche. L'arrivo di nuovi medicinali, in particolare quelli innovativi e ad alto costo, può quindi determinare aumenti di spesa che non sono interamente governabili a livello regionale.

Per questo motivo il legislatore ha introdotto il meccanismo del **payback da sfornamento dei tetti**: non come una sanzione nei confronti dell'industria, ma come uno strumento di condivisione del rischio finanziario tra settore pubblico e aziende farmaceutiche. Quando la spesa supera i livelli programmati, una parte dell'eccedenza viene quindi posta a carico delle imprese, contribuendo a mantenere l'equilibrio complessivo del sistema sanitario.

In sintesi, la partecipazione delle imprese farmaceutiche al contenimento della spesa può assumere due forme. Da un lato vi sono **meccanismi automatici (ex ante)**, che incidono stabilmente sui prezzi dei medicinali o impongono contributi automatici indipendenti dall'andamento della spesa. Dall'altro lato operano **meccanismi variabili (ex post)**, che si attivano solo nel caso in cui la spesa farmaceutica superi i tetti programmati dalla normativa. Le recenti modifiche introdotte dalla legge di bilancio 2026 hanno parzialmente riorganizzato questi strumenti, eliminando il contributo strutturale dell'1,83% e modificando il funzionamento del *payback* del 5%, ma la logica di fondo del sistema rimane invariata: nel contesto di un mercato fortemente regolato e finanziato con risorse pubbliche, il rischio di sfornamento della spesa viene condiviso tra settore pubblico e aziende farmaceutiche.

Accanto a questi meccanismi ordinari, la normativa prevede anche uno strumento di natura diversa, spesso definito **payback di manovra**. La sua base normativa è l'art. 48, comma 33-bis, del DL 269/2003. A differenza dei meccanismi automatici o di quelli legati al superamento dei tetti di spesa, non si tratta di un contributo applicato stabilmente o in modo sistematico.

Il *payback* di manovra è invece uno strumento utilizzato in specifiche fasi di correzione della finanza pubblica, quando il legislatore ritiene necessario richiedere un contributo aggiuntivo alle aziende farmaceutiche per contribuire al riequilibrio della spesa sanitaria. Si configura quindi come una misura straordinaria, legata a scelte contingenti di politica di bilancio, e non come una componente strutturale e permanente del sistema<sup>2</sup>.

Va però distinta con maggiore precisione la situazione del **payback dei dispositivi medici**, che segue una traiettoria normativa diversa da quella farmaceutica. Un primo tetto di spesa viene introdotto nel 2011 con il **DL 98/2011 (L. 111/2011)**, fissando un limite massimo della spesa pari al 5,2% del FSN. Negli anni successivi il tetto viene progressivamente ridotto: al 4,8% nel 2013 e infine al 4,4% a partire dal 2014, valore tuttora vigente.

---

<sup>2</sup> È anche considerato uno strumento discrezionale, attivabile solo quando una manovra di bilancio decide di chiedere un contributo al settore farmaceutico.

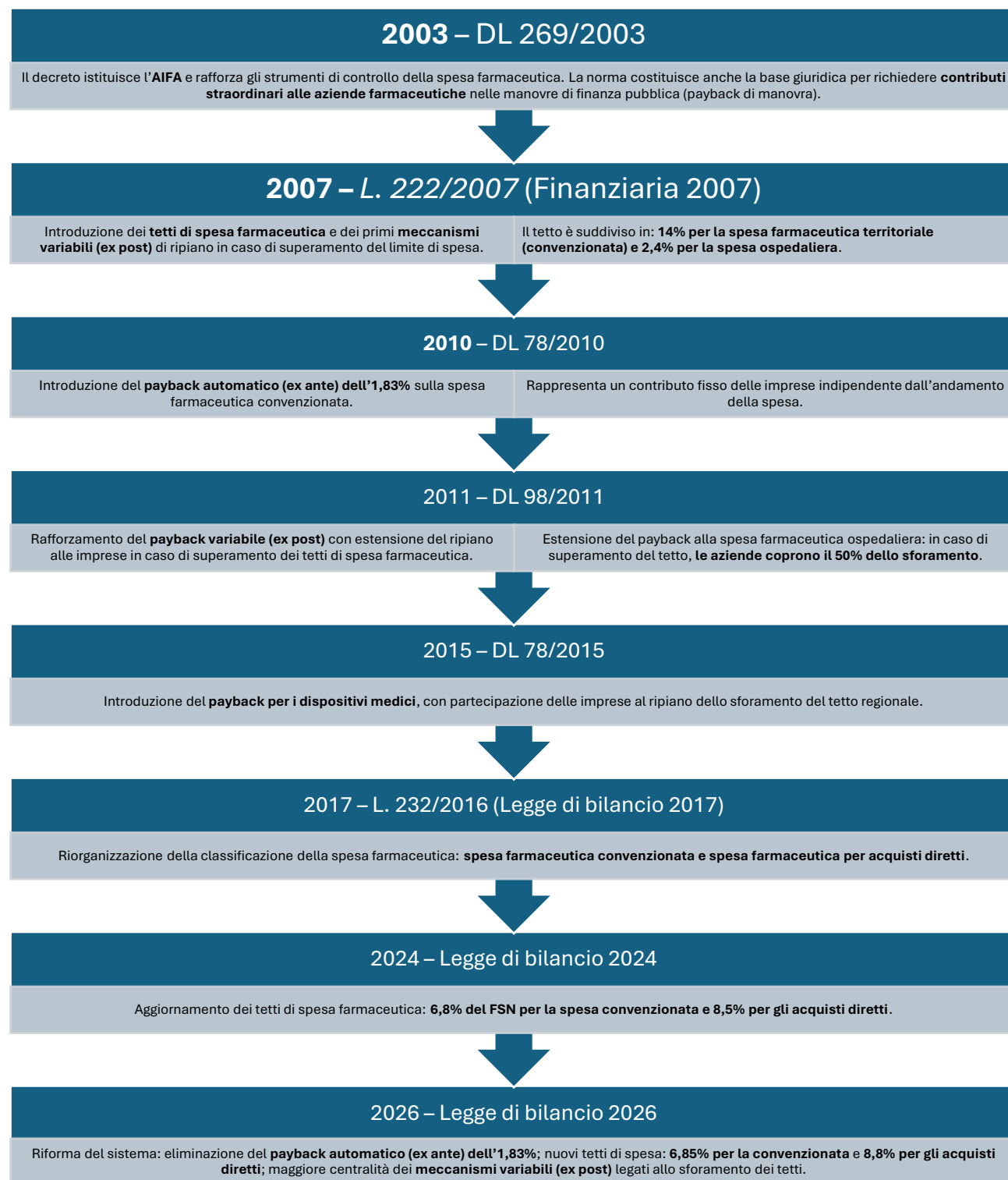
In caso di sfioramento del tetto di spesa, la normativa prevede che una quota dell'eccedenza sia ripianata dalle aziende produttrici di dispositivi medici, mentre la parte restante rimane a carico delle Regioni. In base alla disciplina definita dall'art. 9-ter del DL 78/2015 (L. 125/2015), la partecipazione delle imprese può arrivare fino al 50% dello sfioramento, con modalità di riparto definite a livello regionale. A differenza del sistema farmaceutico, tuttavia, questo meccanismo è diventato pienamente operativo solo negli anni più recenti ed è stato accompagnato da un ampio contenzioso tra imprese e amministrazioni pubbliche, anche per effetto dell'applicazione retroattiva del *payback* su annualità precedenti. Le modifiche introdotte con la legge di bilancio 2026 non hanno alterato la struttura del sistema: il tetto di spesa per i dispositivi medici resta fissato al 4,4% del Fondo sanitario nazionale, così come il principio della compartecipazione delle imprese al ripiano degli sfioramenti.

Questo meccanismo richiama formalmente quello previsto per i farmaci: anche nel caso dei dispositivi medici esiste un tetto di spesa programmato e un sistema di ripiano in caso di superamento. Tuttavia, il contesto in cui opera è molto diverso. Nel settore farmaceutico i prezzi e le condizioni di rimborso sono negoziati centralmente dall'AIFA; nel caso dei dispositivi medici, invece, gli acquisti avvengono soprattutto tramite gare regionali o aziendali. Il mercato è inoltre molto frammentato, sia per tipologie di prodotti sia per numero di fornitori, e la dinamica della spesa dipende in larga parte da scelte organizzative e cliniche a livello locale. In questo scenario, attribuire alle imprese una responsabilità finanziaria complessiva simile a quella prevista per i farmaci risulta più complesso.

Di conseguenza, mentre il *payback* farmaceutico si è consolidato nel tempo come uno strumento ordinario di governo della spesa, quello relativo ai dispositivi medici, pur previsto dalla normativa, ha incontrato negli anni forti contenziosi, sospensioni e interventi correttivi, rimanendo applicato in modo più incerto e controverso. Questa differenza non riguarda solo l'applicazione delle regole, ma riflette soprattutto la diversa struttura di governance e di funzionamento dei due mercati sanitari.

## Linea temporale della normativa sul *payback* farmaceutico

Poiché la normativa sul *payback* è stata molto ampia e nel tempo ha subito diversi cambiamenti, è utile riassumerla in uno schema che permetta di comprendere più facilmente l'evoluzione del *payback* farmaceutico.



Fonte: Elaborazione propria ai sensi del quadro normativo sul *payback*.

## Note:

- Il tetto del 2,4% per la spesa farmaceutica ospedaliera, introdotto nel 2007, rappresentava un limite programmatico sul Fondo sanitario nazionale, ma non era ancora accompagnato da un meccanismo organico e strutturato di ripiano a carico dell'industria, analogo a quello previsto per la spesa convenzionata.
- Nel 2011 viene rafforzato il tetto definito nel 2007, rendendo effettiva e operativa la compartecipazione dell'industria al ripiano dello sfioramento anche per la componente ospedaliera.
- Tra il 2012 e il 2016, nel quadro delle politiche di spending review, il tetto complessivo della spesa farmaceutica viene ridotto al 14,85% del Fondo sanitario nazionale (DL 95/2012, conv. L. 135/2012), con una nuova ripartizione tra territoriale (11,35%) e ospedaliera (3,5%). In questa fase si rafforzano i meccanismi di contenimento e il *payback* diventa uno strumento centrale di riequilibrio, a fronte di sfioramenti ricorrenti soprattutto nella spesa ospedaliera.

## Caso pratico: applicazione dei limiti attuali per Payback farmaceutico

Oggi la legge stabilisce due limiti principali alla spesa farmaceutica pubblica. Il **6,85% del Fondo sanitario nazionale** rappresenta il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata, cioè quelli ritirati dai cittadini in farmacia a carico del SSN. L'8,8% costituisce invece il limite per la spesa farmaceutica per acquisti diretti, cioè i medicinali acquistati direttamente dalle strutture sanitarie (ospedali e altre strutture pubbliche). Questa seconda componente ha un tetto più elevato perché è proprio qui che negli ultimi anni si concentrano molti farmaci innovativi e ad alto costo. Queste percentuali definiscono quindi quanto il sistema può spendere senza generare uno sfioramento, funzionando di fatto come vincoli di bilancio programmati.

Per comprendere in modo semplice il funzionamento del meccanismo, immaginiamo che il Fondo sanitario nazionale sia pari a 100 milioni di euro. In base alle regole attuali, il sistema stabilisce due limiti: 6,85 milioni possono essere destinati alla spesa farmaceutica convenzionata e 8,8 milioni alla spesa per acquisti diretti.

Se la spesa effettiva supera uno di questi limiti, si attiva il meccanismo di *payback*. Ad esempio, se a fronte del limite di 8,8 milioni per gli acquisti diretti la spesa reale fosse di 9 milioni, lo sfioramento sarebbe pari a 0,2 milioni. In base alla normativa vigente, le aziende farmaceutiche coprono il 50% di questo scostamento, cioè 0,1 milioni, mentre la restante parte rimane a carico del sistema pubblico. In questo modo, i valori 6,85% e 8,8% definiscono il livello di spesa programmato, mentre la quota del 50% stabilisce la partecipazione delle imprese al ripiano quando i limiti vengono superati.

## Come funziona la parte operativa del *payback*

Operativamente, il *payback* farmaceutico si basa su un sistema di monitoraggio centralizzato della spesa e su un meccanismo di ripiano degli eventuali sfioramenti. Il quadro normativo di riferimento è definito a livello nazionale (in particolare dall'art. 48 del DL 269/2003 e dalle successive leggi di bilancio), mentre la gestione tecnica del sistema è affidata all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

In concreto, il processo si articola in tre fasi principali. La prima è il monitoraggio della spesa: le Regioni trasmettono periodicamente ad AIFA i dati ufficiali sulla spesa farmaceutica. Su questa base l'Agenzia

verifica se la spesa complessiva rimane entro i limiti programmati oppure se si registra uno sfioramento rispetto ai tetti stabiliti.

La seconda fase è la determinazione degli importi dovuti. Quando si verifica uno sfioramento, AIFA calcola l'ammontare complessivo da ripianare e determina la quota spettante a ciascuna impresa farmaceutica sulla base dei dati di mercato. Gli importi vengono formalizzati tramite specifiche determinazioni pubblicate dall'Agenzia.

La terza fase riguarda il recupero delle somme. Per la spesa farmaceutica convenzionata, le aziende versano gli importi dovuti direttamente alle Regioni. Nel caso della spesa per acquisti diretti (farmaci acquistati da ospedali e altre strutture del SSN), invece, il recupero avviene spesso tramite compensazione contabile: le Regioni o le aziende sanitarie trattengono le somme dovute sulle fatture relative alle forniture in corso, attraverso note di credito o altri meccanismi amministrativi.

In sintesi, la determinazione degli importi di *payback* è centralizzata a livello nazionale presso AIFA, mentre la fase di regolazione finanziaria coinvolge le amministrazioni territoriali. Per la spesa convenzionata le aziende versano gli importi dovuti direttamente alle Regioni, che ne sono beneficiarie; per la spesa per acquisti diretti, invece, le Regioni o le aziende sanitarie possono procedere operativamente alla compensazione o al recupero delle somme dovute.

### Cosa dicono i dati a livello regionale?

AIFA pubblica periodicamente un monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale, che rappresenta il documento ufficiale di consuntivo sull'andamento della spesa del SSN. L'ultimo rapporto disponibile riporta i dati definitivi relativi alla gestione 2024 e rappresenta quindi la base tecnica più aggiornata per valutare il rispetto dei tetti di spesa e la possibile attivazione dei meccanismi di *payback*. È importante precisare che questi dati si riferiscono ancora alla disciplina precedente alla legge di bilancio 2026, quando il tetto della spesa farmaceutica convenzionata era fissato al 6,8% del Fondo sanitario regionale.

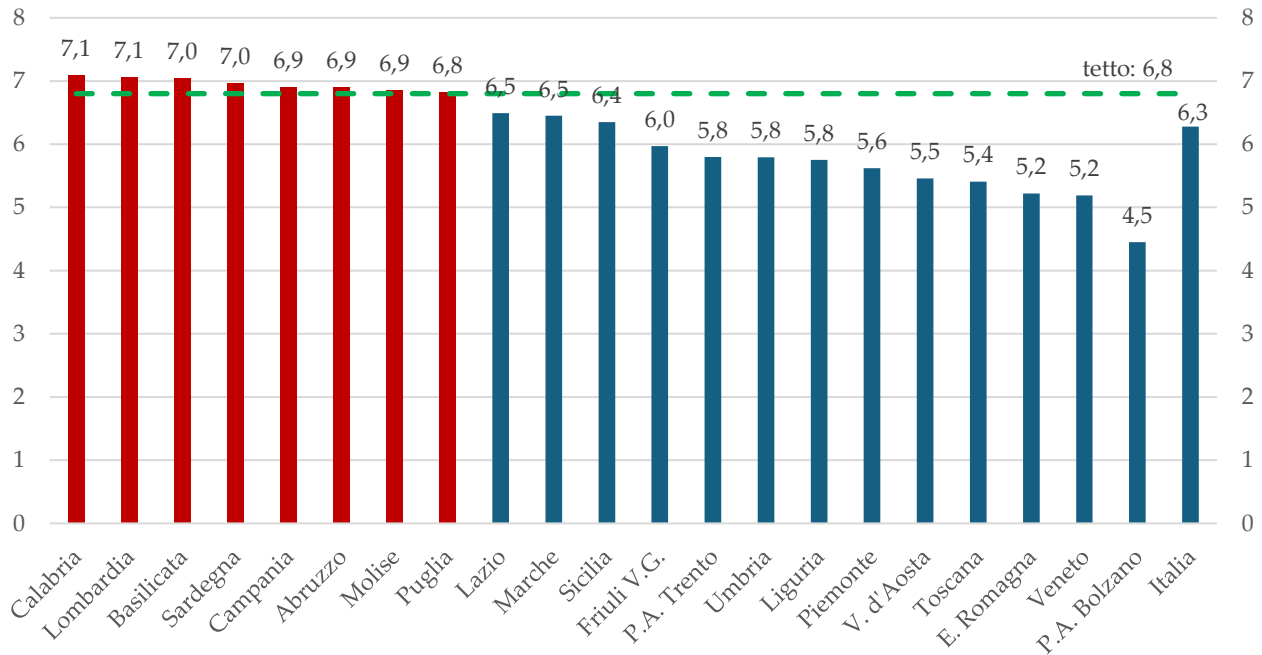
Secondo il monitoraggio AIFA, nel 2024 il tetto del 6,8% non è rispettato da otto Regioni. In particolare, si registrano valori superiori al limite programmato in Calabria (7,1%), Lombardia (7,1%), Basilicata (7,0%), Sardegna (7,0%), Campania (6,9%), Abruzzo (6,9%), Molise (6,9%) e Puglia (6,8%). Le altre Regioni si collocano invece al di sotto del tetto, con livelli di spesa progressivamente più contenuti: tra i valori più bassi si segnalano Veneto (5,2%) e la Provincia autonoma di Bolzano (4,5%), mentre la media nazionale si attesta al 6,3%, quindi complessivamente al di sotto del limite programmato (cfr. Figura 1).

Tra le Regioni che superano il limite programmato, Calabria, Lombardia e Basilicata registrano le incidenze più elevate della spesa farmaceutica convenzionata sul Fondo sanitario regionale. Tuttavia, la lettura percentuale non coincide necessariamente con l'impatto finanziario complessivo: in termini assoluti è infatti la Lombardia a generare l'eccedenza potenzialmente più rilevante, dato il peso molto maggiore della sua spesa farmaceutica nel contesto nazionale.

Nel complesso, il quadro evidenzia quindi uno sfioramento territorialmente circoscritto e non generalizzato, con una maggioranza delle Regioni che mantiene la spesa entro i limiti previsti. Va inoltre ricordato che, a partire dalla legge di bilancio 2026, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è

stato leggermente rimodulato al 6,85%, per cui i dati del 2024 devono essere letti alla luce del quadro normativo precedente.

Figura 1- Incidenza percentuale su FSR e tetto programmato del 6,80% - gestione 2024



Fonte: Rielaborazione su dati AIFA (2024)

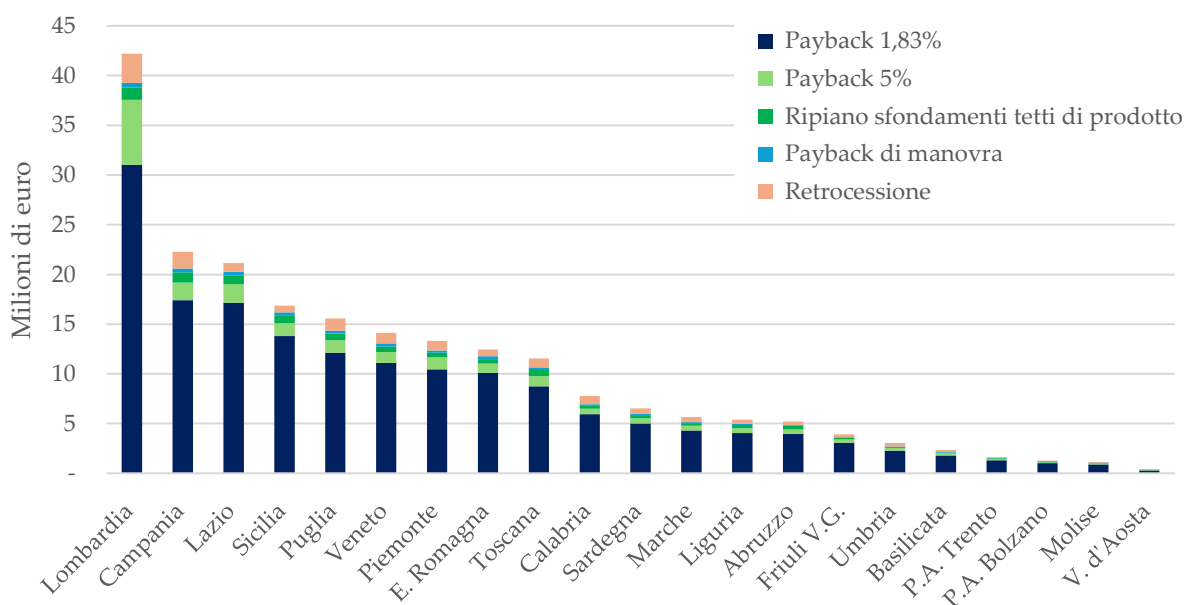
Nella Figura 2, emerge una forte disomogeneità territoriale nella composizione del *payback* farmaceutico. Le Regioni con maggiore dimensione demografica e livelli più elevati di spesa farmaceutica — in particolare Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia — presentano i valori assoluti più elevati di *payback* complessivo. In Lombardia il totale supera i 42 milioni di euro, mentre si colloca intorno ai 22 milioni in Campania, 21 milioni nel Lazio e circa 17 milioni in Sicilia. In queste Regioni la componente dominante è rappresentata dal contributo dell’1,83% sulla spesa convenzionata, che nel 2024 costituisce la quota più rilevante del *payback* complessivo e riflette soprattutto la dimensione della spesa farmaceutica rimborsata dal SSN. Le altre componenti — come il *payback* del 5%, le retrocessioni, il *payback* di manovra e i ripiani dei tetti di prodotto — risultano invece più contenute e incidono in misura minore sul totale.

Oltre alla componente dell’1,83%, tra le voci secondarie si osservano il *payback* del 5% e le retrocessioni, che assumono un peso relativamente maggiore nelle Regioni con volumi di spesa più elevati, come Lombardia, Campania e Puglia. È importante ricordare che il *payback* del 5%, pur comparando nei dati 2024 come trasferimento finanziario alle Regioni, è stato modificato dalla legge di bilancio 2026: il meccanismo non viene eliminato, ma viene trasformato in una riduzione diretta del prezzo dei farmaci, con la conseguenza che questa componente non si tradurrà più in un versamento esplicito alle Regioni, ma dovrebbe riflettersi in una riduzione a monte della spesa farmaceutica convenzionata.

La voce relativa al “ripiano degli sfondamenti dei tetti di prodotto” richiede infine una precisazione. Essa non riguarda il superamento del tetto regionale della spesa farmaceutica convenzionata (pari al 6,8% nel 2024), ma eventuali sforamenti di budget o accordi negoziali riferiti a singoli medicinali o specifiche categorie terapeutiche. Il fatto che questa componente risulti generalmente contenuta nei dati del 2024 suggerisce che, in quell’anno, non si sono verificati superamenti rilevanti dei limiti programmati a livello di prodotto.

In quanto al *payback* di manovra, il suo peso è complessivamente marginale e concentrato in poche Regioni, con importi ridotti. Questo è coerente con la sua natura: non si tratta di un meccanismo strutturale né automatico, ma di uno strumento straordinario attivato in specifiche fasi di correzione della finanza pubblica. Altrettanto residuali risultano le somme derivanti dalle retrocessioni<sup>3</sup>, che rappresentano tra il 4% e l’11% del *payback* totale, con una media nazionale del 7% per l’anno 2024.

Figura 2- Composizione del Payback per Regione - gestione 2024



Fonte: Rielaborazione su dati AIFA (2024)

<sup>3</sup> Le retrocessioni rappresentano trasferimenti monetari dalle aziende farmaceutiche alle Regioni, derivanti da sconti confidenziali negoziati su specifici medicinali.

Va segnalato che le retrocessioni non sono trasferimenti anticipati, ma conguagli a posteriori calcolati sulla base dei consumi effettivi. In questo senso, la retrocessione può essere interpretata come una restituzione alle Regioni del valore degli sconti applicati dalle aziende su determinati farmaci. Vengono considerate parte del meccanismo di *payback* perché producono un effetto finanziario analogo, determinando una riduzione della spesa pubblica netta.

Nel complesso, la figura fotografa quindi la struttura del *payback* nella configurazione vigente nel 2024, prima delle modifiche introdotte dalla legge di bilancio 2026. Con la riforma più recente, l'abolizione del contributo dell'1,83% e la trasformazione del 5% in riduzione di prezzo dovrebbero ridurre il peso delle componenti automatiche del *payback* e modificare progressivamente la composizione osservata nei dati regionali.

È tuttavia importante sottolineare che l'impatto effettivo delle modifiche introdotte dalla legge di bilancio 2026 potrà essere valutato solo con un certo ritardo temporale. I dati ufficiali sulla spesa farmaceutica e sulla composizione del *payback* sono infatti pubblicati da AIFA con un intervallo di tempo significativo rispetto all'anno di gestione. Di conseguenza, le informazioni annuali attualmente disponibili — in particolare i dati consolidati del 2024 e quelli relativi ai primi nove mesi del 2025 — riflettono ancora il quadro normativo precedente, caratterizzato dalla presenza del contributo automatico dell'1,83% sulla spesa convenzionata.

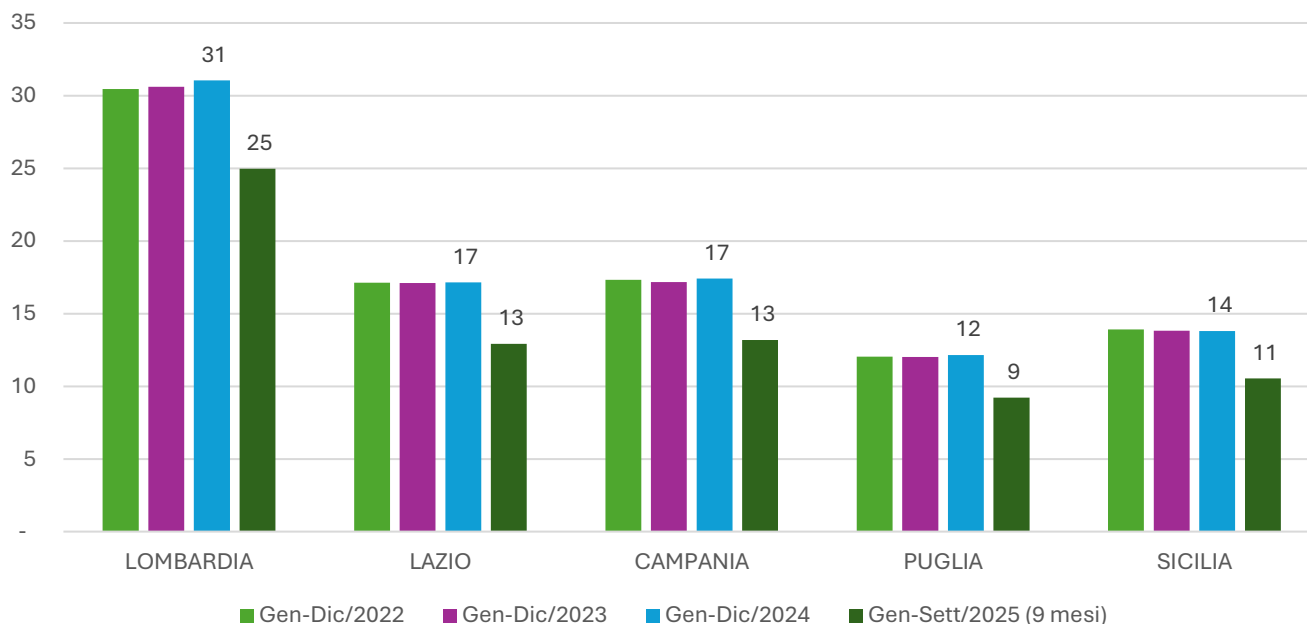
La Figura 2 evidenzia chiaramente come il *payback* dell'1,83%, destinato ad essere abolito dal 1° gennaio 2026, rappresenti la componente dominante rispetto alle altre tipologie di *payback*. La sua distribuzione territoriale, approfondita nella Figura 3, mostra una forte concentrazione in un numero limitato di Regioni: Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Puglia, che negli ultimi quattro anni rappresentano mediamente circa il 56% del *payback* totale nazionale.

In larga parte, questo risultato riflette la dimensione demografica: le Regioni più popolose tendono infatti a generare livelli più elevati di spesa farmaceutica e, di conseguenza, un maggiore volume di spesa che si traduce in importi di *payback* più elevati. Tuttavia, emerge un elemento interessante nel caso della Puglia, che si colloca stabilmente tra le prime cinque Regioni per importo di *payback* (sia nel 2024 sia nella media degli ultimi anni), pur occupando una posizione più bassa in termini di popolazione. Al contrario, il Veneto, pur essendo più popolato, registra valori inferiori di *payback*. Questo scostamento suggerisce che, oltre alla dimensione demografica, incidono anche altri fattori, tra cui la struttura per età della popolazione: una quota più elevata di popolazione anziana può determinare una maggiore domanda di farmaci convenzionati e quindi livelli più alti di spesa (cfr. Allegato A).

È inoltre importante sottolineare che i valori del *payback* dell'1,83% risultano nel complesso stabili nel tempo, con variazioni contenute tra il 2022 e il 2024; ad esempio, la Lombardia passa da circa 30,5 milioni nel 2022 a oltre 31 milioni nel 2024, mantenendo livelli elevati anche nei dati parziali del 2025. Questa stabilità conferma il carattere strutturale e prevedibile di tale componente, che negli ultimi anni si è attestata complessivamente intorno ai 160–165 milioni di euro annui a livello nazionale.

Alla luce di questa evidenza, l'abolizione del *payback* dell'1,83% comporta la rimozione della principale fonte stabile di entrata per le Regioni derivante dalle aziende farmaceutiche, incidendo su una voce consolidata e ricorrente del sistema.

Figura 3 — Confronto del *payback* dell'1,83% nelle cinque Regioni con i valori più elevati (2022–2025, dati disponibili fino a settembre 2025), valori espressi in milioni di euro.



In conclusione, le modifiche introdotte dalla legge di bilancio 2026 risultano complessivamente favorevoli per le aziende farmaceutiche. L'aumento dei tetti di spesa — dal 6,8% al 6,85% per la convenzionata e dall'8,5% all'8,8% per gli acquisti diretti — determina un lieve allentamento dei vincoli e riduce, almeno in parte, il rischio di attivazione del *payback* da sfioramento (cfr. Tabella 1). Tuttavia, si tratta di un effetto relativamente contenuto in termini economici<sup>4</sup>.

Il cambiamento più rilevante riguarda invece l'eliminazione del *payback* dell'1,83%, che nei dati analizzati rappresenta la componente di gran lunga più consistente e stabile del sistema. In termini concreti, questo significa che le Regioni, nel loro complesso, non riceveranno più circa 160–165 milioni di euro all'anno, una risorsa che negli anni precedenti era prevedibile e ricorrente.

Nel complesso, quindi, la riforma alleggerisce significativamente il contributo richiesto alle aziende farmaceutiche. Resta quindi da verificare, nei prossimi anni, se questo nuovo assetto sarà in grado di compensare in modo efficace la perdita di una componente così rilevante.

<sup>4</sup> Va inoltre segnalato che non è possibile stimare con precisione quanto le Regioni riceveranno in meno, poiché i dati AIFA non sono disponibili in forma sufficientemente disaggregata.

Tabella 1 — Sintesi delle modifiche alle principali tipologie di *payback* prima e dopo la legge di bilancio 2026

Descrizione	Fino al 31 dicembre 2025	Dal 1° gennaio 2026	Note
<b>Payback automatico (1,83%)</b>	Contributo pari all'1,83% della spesa farmaceutica convenzionata (classe A) versato dalle aziende alle Regioni	Eliminato (0%)	Eliminato con la legge di bilancio 2026
<b>Payback automatico (5%)</b>	5% del prezzo dei farmaci rimborsati dal SSN (classe A), versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni	Riduzione diretta del prezzo dei farmaci pari al 5%	Cambia la modalità: da trasferimento ex post a riduzione ex ante
<b>Payback di manovra</b>	Misura straordinaria attivata in specifiche manovre di finanza pubblica	Invariato	Ancora attivabile su base discrezionale
<b>Payback da sfioramento – convenzionata</b>	$Payback = 50\% \times [SF^5 - (6,8\% \times FSN^6)]$	$Payback = 50\% \times [SF - (6,85\% \times FSN)]$	Incremento di 0,05 punti percentuali del tetto
<b>Payback da sfioramento – acquisti diretti</b>	$Payback = 50\% \times [AD^7 - (8,5\% \times FSN)]$	$Payback = 50\% \times [AD - (8,8\% \times FSN)]$	Incremento di 0,3 punti percentuali del tetto

<sup>5</sup> Spesa farmaceutica convenzionata

<sup>6</sup> Fondo Sanitario Nazionale

<sup>7</sup> Spesa farmaceutica per acquisti diretti



Allegato A

Regione	Popolazione residente al 01.01.2025	Posizione per popolazione	Payback 1,83% – valore assoluto (anno 2024)	Posizione per payback 1,83% (2024)	Payback 1,83% – media triennale (2022–2024)	Posizione per payback 1,83% (media 2022–2024)
Lombardia	10.035.481	1	31.038.918	1	30.701.936	1
Campania	5.575.025	3	17.423.117	2	17.308.100	2
Lazio	5.710.272	2	17.150.832	3	17.126.948	3
Sicilia	4.779.371	5	13.809.633	4	13.847.441	4
<b>Puglia</b>	<b>3.874.166</b>	<b>8</b>	<b>12.138.271</b>	<b>5</b>	<b>12.061.939</b>	<b>5</b>
<b>Veneto</b>	<b>4.851.851</b>	<b>4</b>	<b>11.082.492</b>	<b>6</b>	<b>10.895.708</b>	<b>6</b>
Piemonte	4.255.702	7	10.451.673	7	10.379.348	7
E. Romagna	4.465.678	6	10.088.428	8	9.899.712	8
Toscana	3.660.834	9	8.736.351	9	8.716.949	9
Calabria	1.832.147	10	5.950.665	10	5.890.872	10
Sardegna	1.561.339	11	5.027.015	11	4.829.684	11
Marche	1.481.252	13	4.317.884	12	4.179.259	12
Liguria	1.509.908	12	4.057.424	13	4.007.880	13





Abruzzo	1.268.430	14	3.963.689	14	3.974.708	14
Friuli V.G.	1.194.095	15	3.080.892	15	3.059.320	15
Umbria	851.954	16	2.278.487	16	2.275.475	16
Basilicata	529.897	19	1.790.110	17	1.766.462	17
P.A. Trento	546.709	17	1.317.123	18	1.281.597	18
P.A. Bolzano	539.386	18	1.004.895	19	969.575	19
Molise	287.966	20	893.402	20	866.586	20
V. D'aosta	122.714	21	285.819	21	279.396	21

