



**LASTMILE
SOLUTIONS**

PUBLIC AFFAIRS & INSTITUTIONAL
COMMUNICATION

HEALTH

— POLICY REPORT —

A decorative horizontal line in dark blue, featuring a stylized heartbeat or ECG symbol in the center.

MONITORAGGIO ISTITUZIONALE

Quadro tematico di attualità sanitaria

Aggiornamento integrato

Settimana corrente – 31 luglio 2026

Sanità, la vera prova della legge di bilancio

Da settembre Governo e Parlamento saranno chiamati a decidere quanto investire nel Servizio sanitario nazionale. Sul tavolo il confronto tra Schillaci e Giorgetti, le richieste delle Regioni, la crisi del personale, il futuro dei medici di famiglia, le liste d'attesa e la sostenibilità della spesa farmaceutica. Mentre il PNRR entra nella fase decisiva e al Ministero della Salute si preparano riforme e nuovi equilibri.

Settembre segnerà l'inizio di un autunno decisivo per la sanità italiana. Con la ripresa dell'attività politica, Governo e Parlamento entreranno nella fase più delicata della preparazione della legge di bilancio per il 2027, la quinta e ultima manovra completa della legislatura prima delle elezioni politiche previste nel 2027.

Quest'anno il disegno di legge di bilancio dovrebbe iniziare il proprio percorso parlamentare alla Camera, dopo che la manovra per il 2026 era stata esaminata in prima lettura dal Senato. Il testo dovrà essere presentato al Parlamento entro il 20 ottobre e approvato definitivamente entro il 31 dicembre. Ma le decisioni politiche più importanti saranno prese nelle prossime settimane, nel confronto interno al Governo sulla quantità delle risorse disponibili e sulla loro destinazione.

La sanità sarà uno dei principali terreni di negoziato. Non si tratterà soltanto di stabilire quanti miliardi aggiungere al Fondo sanitario nazionale, ma di decidere se quelle risorse dovranno limitarsi a compensare l'aumento dei costi oppure sostenere una trasformazione strutturale del Servizio sanitario nazionale.

Il confronto tra Schillaci e Giorgetti

Il primo confronto tra il ministro della Salute Orazio Schillaci e il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti si è già aperto. Schillaci avrebbe indicato la necessità di almeno 5 miliardi di euro aggiuntivi per il 2027. L'ipotesi considerata più realistica è però quella di ottenere dal Ministero dell'Economia tra 2 e 3 miliardi, da sommare al miliardo di incremento già previsto dalla legislazione vigente. Il Fondo sanitario potrebbe quindi crescere complessivamente di una cifra vicina ai 4 miliardi rispetto al livello programmato. Si tratta, tuttavia, ancora di una trattativa e non di uno stanziamento acquisito.

A legislazione vigente, il fabbisogno sanitario nazionale standard è destinato a passare dai 143,1 miliardi del 2026 a circa 144,1 miliardi nel 2027: un aumento inferiore all'1%, che rischia di essere assorbito dall'inflazione, dai rinnovi contrattuali, dall'aumento dei prezzi di farmaci, dispositivi ed energia e dalla crescita della domanda di assistenza.

Il Documento di finanza pubblica 2026 stima per il 2027 una spesa sanitaria pubblica complessiva di circa 151,2 miliardi, contro i 148,5 miliardi del 2026, con un'incidenza intorno al 6,4% del PIL. Il dato non coincide con il Fondo sanitario, perché comprende ulteriori componenti di spesa, ma evidenzia la distanza tra il finanziamento ordinario attribuito alle Regioni e il costo complessivo del sistema.

È qui che si misura la distanza tra le richieste della Salute e i vincoli del MEF. Schillaci punta a rafforzare personale, prevenzione, assistenza territoriale e farmaceutica. Giorgetti deve comporre una manovra sottoposta alle nuove regole europee, all'elevato debito pubblico e all'obiettivo di mantenere sotto controllo il deficit.

La domanda, quindi, non è soltanto quanti miliardi saranno assegnati alla sanità, ma quanti saranno realmente aggiuntivi, strutturali e disponibili per l'erogazione dei servizi.

Le attese delle Regioni

Le Regioni sono il primo interlocutore del Governo perché sostengono direttamente il costo dell'assistenza. Le loro richieste possono essere riassunte in tre parole: risorse, programmabilità e flessibilità.

Il problema più urgente è coprire l'aumento dei costi senza essere costrette a ridurre i servizi, aumentare la pressione fiscale regionale o ricorrere a risorse proprie. Accanto all'incremento del Fondo sanitario, le Regioni chiedono di poter assumere il personale necessario e superare definitivamente vincoli di spesa costruiti su livelli ormai lontani dalle esigenze attuali.

Un altro nodo riguarda il riparto del Fondo. I criteri basati su popolazione, struttura per età, bisogni sanitari e indicatori socioeconomici dovranno rappresentare meglio cronicità, fragilità, dispersione territoriale, deprivazione economica e mobilità sanitaria. Il riparto del Fondo 2025, superiore a 136 miliardi, ha già incorporato alcuni indicatori sociali, ma il tema resta aperto.

Soprattutto, le Regioni chiedono che ogni nuovo investimento sia accompagnato dalle risorse correnti necessarie a mantenerlo. Costruire una Casa della comunità con i fondi europei è un investimento; garantire medici, infermieri, tecnici, diagnostica e apertura prolungata rappresenta invece una spesa permanente.

La manovra dovrà quindi finanziare non soltanto gli edifici della nuova sanità territoriale, ma il loro funzionamento quotidiano.

Il personale, vera emergenza del sistema

Medici, infermieri e professionisti sanitari attendono risposte che non possono più essere rinviate. Il problema non è esclusivamente numerico. Il Servizio sanitario deve affrontare una perdita di

attrattività determinata da retribuzioni insufficienti, carichi di lavoro elevati, aggressioni, responsabilità professionali, difficoltà di conciliazione e scarse prospettive di carriera.

Nel 2023 il personale dipendente del SSN era pari a circa 701 mila unità, quasi 52 mila in più rispetto al 2019. L'aumento complessivo, tuttavia, non risolve gli squilibri tra professioni, territori e specialità. L'Italia continua ad avere una grave insufficienza di infermieri, un'età media elevata del personale e carenze particolarmente marcate nel pronto soccorso, nell'anestesia, nella medicina d'urgenza e in diverse aree interne.

Le organizzazioni sindacali chiedono risorse per i rinnovi contrattuali, l'aumento delle indennità di specificità, il lavoro nel pronto soccorso e un piano pluriennale di assunzioni. Chiedono inoltre di ridurre il ricorso ai medici a gettone e di rendere nuovamente conveniente lavorare nella sanità pubblica.

La manovra 2026 ha previsto un piano per circa mille medici e 6.300 infermieri, ma il fabbisogno strutturale resta sensibilmente più ampio.

Focus: i medici di medicina generale e il futuro dell'assistenza territoriale

La medicina generale rappresenta uno dei passaggi più delicati della riforma sanitaria. Senza un nuovo modello per i medici di famiglia, le Case della comunità rischiano di essere strutture moderne ma prive della capacità professionale necessaria a garantire una presa in carico continuativa.

Al 1° gennaio 2025, secondo le elaborazioni della Fondazione GIMBE, in Italia mancavano oltre 5.700 medici di medicina generale in 18 Regioni. Ogni medico seguiva in media 1.383 assistiti, rispetto a un rapporto considerato ottimale di circa 1.200. Entro il 2028 sono inoltre previsti 8.180 pensionamenti.

La fotografia assume un significato ancora più preoccupante se confrontata con il passato. Nel 2021 erano in attività 40.250 medici di medicina generale, già 1.457 in meno rispetto all'anno precedente, e circa il 75% aveva più di 27 anni di anzianità professionale.

Il massimale ordinario è fissato a 1.500 assistiti, ma può salire a 1.800 e, in condizioni eccezionali, anche oltre. L'aumento dei massimali ha consentito di garantire formalmente un medico a un numero maggiore di cittadini, ma ha spesso prodotto un sovraccarico professionale: meno tempo per le visite, maggiore pressione amministrativa e minore capacità di seguire in modo proattivo anziani, cronici e fragili.

La questione non può quindi essere ridotta alla contrapposizione tra medici convenzionati e medici dipendenti.

La bozza di riforma presentata nella primavera del 2026 prevedeva un doppio binario: mantenimento del rapporto convenzionale, accompagnato da nuovi obblighi organizzativi, e possibilità di accedere volontariamente alla dipendenza dal Servizio sanitario. Il progetto avrebbe dovuto rafforzare la presenza dei medici nelle Case della comunità, ma ha incontrato la forte opposizione dei sindacati e

rilevanti perplessità regionali. Dopo il rallentamento del provvedimento, è rimasta in discussione soprattutto l'ipotesi di garantire un impegno orario dei medici nelle nuove strutture territoriali.

Il punto centrale non è però lo status giuridico del professionista. È il modello assistenziale. La medicina generale del futuro dovrà passare da un'attività prevalentemente individuale a un'organizzazione integrata, in collegamento con infermieri di famiglia, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali, farmacie, servizi domiciliari e ospedali.

La scelta fiduciaria del medico da parte del cittadino deve essere preservata, ma deve convivere con:

- presenza organizzata nelle Case della comunità;
- continuità dell'assistenza nell'arco della giornata;
- accesso condiviso ai dati clinici;
- presa in carico proattiva dei pazienti cronici;
- telemedicina e teleconsulto;
- diagnostica di primo livello;
- riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso;
- collegamento con il numero europeo 116117 per le cure non urgenti.

La legge di bilancio dovrà pertanto finanziare équipe multiprofessionali, personale di studio, strumenti digitali, diagnostica e remunerazioni collegate anche agli obiettivi di salute. Non basta chiedere ai medici di famiglia alcune ore aggiuntive nelle Case della comunità se non vengono costruiti gruppi organizzati in grado di lavorare con continuità.

Anche la formazione deve essere riformata. Il PNRR ha finanziato 2.700 borse aggiuntive per il corso triennale di medicina generale, ma il percorso continua ad avere condizioni economiche e riconoscimenti differenti rispetto alle specializzazioni universitarie.

Serve quindi una strategia che renda la medicina generale professionalmente attrattiva, rafforzi la formazione clinica e organizzativa e programmi gli accessi sulla base dei fabbisogni territoriali. Senza medici di famiglia, infermieri e personale amministrativo, la nuova rete territoriale resterà incompleta.

Liste d'attesa: dalle norme ai risultati

Le liste d'attesa restano il principale indicatore della crisi percepita dai cittadini. Quando una visita o un esame non sono disponibili nei tempi prescritti, l'universalità del SSN diventa teorica: chi può pagare ricorre al privato, chi non può rinvia la cura o vi rinuncia.

Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2026-2028 punta a integrare nel CUP tutte le agende, compresa l'attività libero-professionale intramuraria, rafforzare il monitoraggio e impegnare le

Regioni ad adottare programmi operativi verificabili.

Il problema, tuttavia, non può essere risolto soltanto aumentando il numero delle prestazioni. Servono appropriatezza prescrittiva, presa in carico dei pazienti cronici, trasparenza delle agende, utilizzo pieno delle apparecchiature e responsabilità organizzativa delle aziende sanitarie.

La medicina generale è parte della soluzione: un medico inserito in una rete multiprofessionale può filtrare la domanda, seguire direttamente molte cronicità, utilizzare percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ed evitare richieste ripetute o inappropriate. Ma l'appropriatezza non può diventare uno strumento puramente restrittivo: deve essere sostenuta da linee guida, sistemi informativi e possibilità di confronto con gli specialisti.

Il 2027, primo anno dopo il PNRR

La Missione 6 Salute dispone complessivamente di 15,63 miliardi del dispositivo europeo, ai quali si aggiungono 892 milioni del Piano nazionale complementare. Gli investimenti riguardano sanità territoriale, digitalizzazione, tecnologie ospedaliere, ricerca e formazione.

Dopo la rimodulazione, gli obiettivi minimi comprendono almeno 1.038 Case della comunità, 480 Centrali operative territoriali e 307 Ospedali di comunità. Sono inoltre previsti almeno 300 mila assistiti attraverso la telemedicina e altri 842 mila ultrasessantacinquenni raggiunti dall'assistenza domiciliare.

Il 2026 è l'anno della conclusione formale del Piano; il 2027 sarà quello della prova sostanziale. Bisognerà dimostrare che le strutture sono operative e non soltanto collaudate, che i sistemi digitali comunicano tra loro e che la telemedicina è inserita nei percorsi assistenziali.

La manovra dovrà perciò prevedere risorse permanenti per personale, manutenzione, energia, tecnologie, cybersecurity e aggiornamento delle piattaforme.

Farmaceutica: quasi 25 miliardi di spesa pubblica

La farmaceutica sarà uno dei capitoli più complessi della legge di bilancio. Il farmaco rappresenta contemporaneamente uno strumento di cura, una voce rilevante della spesa pubblica, un settore industriale strategico e uno dei principali motori dell'innovazione scientifica.

Nel 2025 la spesa farmaceutica pubblica complessiva – convenzionata, acquisti diretti e gas medicinali – ha raggiunto 24,937 miliardi di euro, pari al 18,42% del Fondo sanitario nazionale.

La spesa pubblica netta per i medicinali erogati dalle farmacie territoriali è stata pari a 8,515 miliardi, in crescita del 4,8% rispetto al 2024. La spesa convenzionata rilevante ai fini del tetto si è attestata a 8,745 miliardi, pari al 6,46% del Fondo sanitario, generando un avanzo di circa 459 milioni rispetto al limite del 6,8%.

La dinamica è completamente diversa per gli acquisti diretti, cioè soprattutto i medicinali acquistati dagli ospedali e dalle strutture pubbliche. La spesa lorda per farmaci di classe A e H ha raggiunto 17,220 miliardi, con un aumento del 6% rispetto al 2024. Considerando il dato rilevante ai fini del tetto, inclusi i gas medicinali, la spesa è stata pari a 16,193 miliardi, con un'incidenza dell'11,96% sul Fondo sanitario e uno sfondamento di 4,702 miliardi. Ne deriva un ripiano a carico delle imprese superiore a 2,3 miliardi, contro circa 2 miliardi nel 2024.

Questi numeri mostrano il principale squilibrio della governance farmaceutica: il canale convenzionato registra un avanzo, mentre gli acquisti diretti superano sistematicamente il proprio

tetto. Il problema non è necessariamente una spesa impropria. Nei canali ospedalieri si concentrano infatti farmaci oncologici, biologici, terapie per malattie rare, medicinali innovativi e terapie avanzate ad alto costo.

La crescita della spesa diretta riflette dunque anche il progresso terapeutico, l'ampliamento delle indicazioni cliniche, l'invecchiamento della popolazione e la cronicizzazione di patologie precedentemente associate a una sopravvivenza più breve.

Tetti di spesa e payback: un sistema da ripensare

La legge di bilancio 2026 ha aumentato il tetto della farmaceutica convenzionata dal 6,8% al 6,85% del Fondo sanitario e quello degli acquisti diretti dall'8,5% all'8,7%, compresa la quota dello 0,2% riservata ai gas medicinali. La quota complessiva destinata alla farmaceutica è salita così dal 15,3% al 15,55%.

L'aumento, però, non sembra sufficiente a correggere lo squilibrio. Secondo le analisi dell'Osservatorio sui conti pubblici italiani dell'Università Cattolica, anche con i nuovi tetti lo

scostamento degli acquisti diretti potrebbe restare vicino ai 4 miliardi.

Quando il tetto degli acquisti diretti viene superato, il disavanzo è ripartito indicativamente per metà tra aziende farmaceutiche e Regioni attraverso il payback. Il sistema è stato concepito come strumento di controllo della spesa, ma negli anni si è trasformato in un onere crescente, poco prevedibile e oggetto di un contenzioso continuo.

Le imprese chiedono il superamento o almeno una profonda revisione del meccanismo. Sostengono che non sia sostenibile chiedere alle aziende di ripianare una spesa determinata dalle decisioni prescrittive del SSN, dall'introduzione di nuove terapie e da tetti inferiori al fabbisogno reale.

Le Regioni, al contrario, temono che l'eliminazione del payback trasferisca interamente sui loro bilanci miliardi di maggiore spesa. Per questo la sua revisione dovrà essere accompagnata da risorse aggiuntive, nuovi criteri di programmazione e strumenti capaci di distinguere tra crescita della spesa appropriata, innovazione terapeutica e inefficienze.

La manovra 2027 potrebbe intervenire su quattro livelli:

- riallineare i tetti alla composizione reale della spesa;
- utilizzare in modo più flessibile gli avanzi della convenzionata;
- rendere più prevedibile e graduale il payback;
- introdurre una programmazione pluriennale basata sui farmaci in arrivo e sulle nuove indicazioni terapeutiche.

AIFA dovrà rafforzare le attività di horizon scanning, valutando anticipatamente l'impatto clinico, organizzativo e finanziario delle nuove terapie. In questo modo il loro ingresso nel SSN potrà essere programmato, invece di essere gestito a posteriori attraverso gli sfondamenti.

Innovazione e accesso: il rischio delle disuguaglianze regionali

Dal 2025 il Fondo per i farmaci innovativi dispone di 1,3 miliardi annui: 900 milioni per i medicinali con innovatività piena, 300 milioni per quelli con innovatività condizionata e 100 milioni per gli

agenti antinfettivi. Tra il 2022 e il 2024 hanno ottenuto il requisito di innovatività 46 farmaci, tra cui 25 oncologici, 24 farmaci orfani e sette terapie avanzate.

Il problema non è soltanto mettere a disposizione le risorse, ma garantire che l'innovazione raggiunga tempestivamente e uniformemente i pazienti. Dopo l'autorizzazione europea e la negoziazione nazionale con AIFA, l'effettivo accesso può infatti essere rallentato da prontuari regionali, procedure di acquisto, organizzazione dei centri prescrittori e differenze nella capacità amministrativa.

La manovra e la riforma farmaceutica dovrebbero quindi perseguire un principio chiaro: una volta riconosciuta la rimborsabilità nazionale, il luogo di residenza non può determinare tempi sostanzialmente diversi nell'accesso alla terapia.

Accanto ai farmaci innovativi, occorre valorizzare generici e biosimilari, promuovere l'appropriatezza prescrittiva e liberare risorse da reinvestire nelle terapie ad alto valore. Appropriatezza non significa scegliere automaticamente il prodotto meno costoso, ma utilizzare l'opzione con il migliore rapporto tra benefici clinici, sicurezza e impiego delle risorse.

Particolare attenzione merita la resistenza antimicrobica. Il fondo da 100 milioni per gli agenti antinfettivi innovativi rappresenta un primo passo, ma servono nuovi modelli di remunerazione che riconoscano il valore dell'antibiotico anche quando, proprio per preservarne l'efficacia, deve essere utilizzato in modo limitato.

Il Testo unico della farmaceutica

Al confronto sulla legge di bilancio si affianca il percorso del Testo unico della legislazione farmaceutica, nato per riordinare una disciplina stratificata in circa 700 norme contenute in un centinaio di provvedimenti.

La legge delega punta a semplificare le procedure, riorganizzare i canali distributivi, digitalizzare prescrizione e dispensazione, rafforzare i sistemi informativi, valorizzare le farmacie territoriali e rivedere tetti di spesa e payback.

Il riordino dei canali distributivi è particolarmente importante. Oggi uno stesso farmaco può essere erogato attraverso la convenzionata, la distribuzione diretta delle aziende sanitarie o la distribuzione per conto tramite le farmacie. Le differenze regionali producono disagi per i cittadini e rendono difficile una lettura omogenea della spesa.

Il nuovo sistema dovrebbe avvicinare i medicinali ai pazienti, soprattutto anziani e cronici, senza perdere la capacità pubblica di negoziare condizioni economiche favorevoli. In questo quadro le farmacie possono diventare un punto della rete territoriale, contribuendo all'aderenza terapeutica, alla prevenzione, alle vaccinazioni e al monitoraggio dei pazienti.

La farmacia dei servizi, tuttavia, deve essere integrata con medici di famiglia, distretti e Case della comunità. Non deve diventare un circuito parallelo o una frammentazione ulteriore dell'assistenza.

Le attese delle imprese

L'industria farmaceutica chiede certezza delle regole, tempi più rapidi di accesso al mercato, una governance stabile e il superamento di un payback considerato incompatibile con la programmazione degli investimenti.

La questione riguarda anche la politica industriale. Il comparto farmaceutico genera produzione, esportazioni, ricerca e occupazione qualificata. Ma la competitività non può essere separata dall'interesse pubblico: prezzi, rimborsabilità e incentivi devono essere collegati al valore terapeutico, alla sicurezza degli approvvigionamenti, alla ricerca realizzata in Italia e alla capacità produttiva europea.

La pandemia e le successive carenze hanno mostrato i rischi della dipendenza da catene globali concentrate. La manovra dovrebbe quindi sostenere ricerca clinica, produzione di principi attivi e medicinali strategici, disponibilità dei farmaci essenziali e capacità di risposta alle emergenze.

Le “grandi manovre” al Ministero della Salute

Sullo sfondo della legge di bilancio si muovono partite istituzionali altrettanto importanti. Il Ministero deve governare contemporaneamente la conclusione del PNRR, il controllo delle liste d'attesa, la riforma della medicina generale, il riordino dell'assistenza territoriale e ospedaliera, la revisione delle professioni sanitarie e il Testo unico farmaceutico.

A queste riforme si aggiunge il consolidamento degli assetti di AGENAS e il nuovo ruolo di AIFA. AGENAS è sempre più centrale nel monitoraggio dei servizi regionali, nella sanità digitale e nel controllo delle liste d'attesa. AIFA dovrà invece governare innovazione, accesso, prezzi, appropriatezza e sostenibilità della spesa in una fase di rapida evoluzione scientifica.

Negli ambienti politici e sanitari circolano ipotesi di ulteriori aggiustamenti negli incarichi e negli equilibri interni al Ministero. In assenza di atti formali, sarebbe improprio trasformare queste indiscrezioni in decisioni già assunte. È però evidente che l'ultima parte della legislatura richiede una struttura ministeriale pienamente operativa e allineata con le priorità del ministro.

Le “grandi manovre” non riguardano quindi soltanto le persone. Riguardano i rapporti tra Ministero, MEF, Regioni, AGENAS, AIFA e Istituto superiore di sanità; la distribuzione delle competenze; la governance digitale; la gestione dei dati e la capacità dello Stato di garantire uniformemente i livelli essenziali di assistenza.

La scelta politica

La legge di bilancio 2027 sarà giudicata non sulla cifra annunciata, ma sulla capacità di trasformare le risorse in cure accessibili.

Almeno sette criteri permetteranno di valutarla: quanti fondi saranno realmente aggiuntivi; quanta parte avrà carattere strutturale; quali risorse saranno destinate al personale; come verrà riformata la medicina generale; come saranno finanziate le strutture del PNRR; quali risultati saranno richiesti a Regioni e aziende; come verrà resa sostenibile la spesa farmaceutica senza limitare l'accesso all'innovazione.

La vera sfida è evitare una manovra composta da numerosi finanziamenti settoriali incapaci di modificare il funzionamento del sistema. Il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di una strategia

pluriennale che colleghi finanziamento, personale, medicina generale, territorio, ospedali, farmaci, innovazione e prevenzione.

Il confronto tra Schillaci e Giorgetti rappresenta dunque qualcosa di più di una trattativa tra due ministeri. È il confronto tra due esigenze entrambe legittime: la sostenibilità dei conti pubblici e la sostenibilità sociale del diritto alla salute.

Se prevarrà soltanto la logica della compatibilità finanziaria, il rischio è che il Servizio sanitario resti universale nelle norme ma sempre più selettivo nella realtà. Se invece aumenteranno le risorse senza una riforma della programmazione e della responsabilità organizzativa, i miliardi potrebbero non produrre i risultati attesi.

L'autunno della manovra dovrà tenere insieme entrambe le dimensioni. Perché la sanità non è semplicemente una voce di spesa: è una delle principali infrastrutture sociali, economiche e democratiche del Paese.

INSTITUTIONAL MONITORING

Thematic Overview of Current Healthcare Developments

Integrated Update

Current Week – 31 August 2026

Healthcare: The Real Test of Italy's Budget Law

From September, the Government and Parliament will have to decide how much to invest in the National Health Service. The negotiations between Health Minister Orazio Schillaci and Economy Minister Giancarlo Giorgetti will address the demands of the Regions, workforce shortages, the future of general practice, waiting lists and the sustainability of pharmaceutical expenditure. Meanwhile, the NRRP is entering its decisive phase and major reforms and institutional changes are taking shape within the Ministry of Health.

September will mark the beginning of a decisive autumn for Italian healthcare. As political activity resumes, the Government and Parliament will enter the most sensitive phase in the preparation of the 2027 Budget Law—the fifth and last full budget of the current legislature before the general election expected in 2027.

This year, the Budget Bill is expected to begin its parliamentary journey in the Chamber of Deputies, after the 2026 Budget Law was examined first by the Senate. The bill must be submitted to Parliament by 20 October and approved by 31 December. However, the most important political decisions will be made much earlier, during negotiations within the Government over the amount of funding available and how it should be allocated.

Healthcare will be one of the main areas of negotiation. The issue will not simply be how many additional billions should be assigned to the National Health Fund, but whether those resources will merely compensate for higher costs or support a structural transformation of the National Health Service.

The negotiations between Schillaci and Giorgetti

The first round of negotiations between Health Minister Orazio Schillaci and Economy and Finance Minister Giancarlo Giorgetti has already begun.

Schillaci is reported to have requested at least €5 billion in additional healthcare funding for 2027. The option currently regarded as more realistic, however, would be an additional allocation of between €2 billion and €3 billion from the Ministry of Economy and Finance, on top of the approximately €1 billion increase already provided for under existing legislation.

The National Health Fund could therefore increase by close to €4 billion compared with the amount currently programmed. These figures remain part of an ongoing negotiation and should not yet be regarded as approved appropriations.

Under current legislation, Italy's standard national healthcare requirement—the amount used to finance the essential functions of the National Health Service—is due to increase from €143.1 billion in 2026 to approximately €144.1 billion in 2027. This is an increase of less than 1%, which could be entirely absorbed by inflation, contract renewals, rising energy costs and higher expenditure on medicines and medical devices.

At the same time, the 2026 Public Finance Document estimates total public healthcare expenditure of approximately €151.2 billion in 2027, compared with €148.5 billion in 2026, remaining at around 6.4% of GDP. This figure is not the same as the National Health Fund, because it includes other expenditure components, but it highlights the gap between the ordinary funding allocated to the

Regions and the overall cost of the healthcare system.

This is where the distance between the requests of the Ministry of Health and the constraints imposed by the Ministry of Economy becomes evident. Schillaci wants to strengthen the workforce, prevention, community care and pharmaceutical assistance. Giorgetti must prepare a budget compatible with the new European fiscal rules, Italy's high level of public debt and the objective of keeping the deficit under control.

The question, therefore, is not simply how many billions will be assigned to healthcare, but how much of the funding will be genuinely additional, permanent and available for the actual delivery of services.

What the Regions expect

The Regions are the Government's primary interlocutors because they are directly responsible for organising and financing healthcare services. Their requests can be summarised in three words: resources, predictability and flexibility.

The most immediate problem is how to cover increasing costs without reducing services, increasing regional taxation or diverting resources from other regional policies. In addition to a larger National Health Fund, the Regions are asking for greater freedom to recruit the necessary personnel and for the definitive removal of expenditure ceilings based on historical spending levels that no longer reflect current needs.

Another issue concerns the distribution of the Fund. The criteria based on population size, age structure, health needs and socioeconomic indicators must better account for chronic disease, frailty, geographical dispersion, social deprivation and patient mobility between Regions.

The allocation of the 2025 Fund, worth more than €136 billion, already incorporated some social indicators, but the debate remains open.

Above all, the Regions want every new capital investment to be accompanied by the current expenditure required to operate it. Building a Community Health House with European funding is a one-off investment. Providing doctors, nurses, technicians, diagnostic services and extended opening hours represents a permanent cost.

The Budget Law must therefore finance not only the buildings of the new community healthcare system, but also their daily operation.

The healthcare workforce: the system's real emergency

Doctors, nurses and other healthcare professionals are expecting answers that can no longer be postponed. The problem is not merely numerical. The National Health Service is suffering from a

loss of attractiveness caused by inadequate remuneration, heavy workloads, workplace violence, professional liability, work-life balance difficulties and limited career prospects.

In 2023, the National Health Service employed approximately 701,000 people—almost 52,000 more than in 2019. However, this overall increase has not resolved the imbalance between professions, specialties and geographical areas. Italy continues to have a serious shortage of nurses, an ageing workforce and substantial gaps in emergency departments, anaesthesia, emergency medicine and services located in remote or less attractive areas.

Trade unions are demanding funding for collective agreement renewals, increased professional allowances, better remuneration for emergency department work and a multiannual recruitment plan. They are also calling for less reliance on temporary agency doctors and for measures that make employment in the public health service attractive again.

The 2026 Budget provided for the recruitment of approximately 1,000 doctors and 6,300 nurses, but the structural requirement is significantly greater.

The nursing workforce deserves particular attention. Community Health Houses, home care and Community Hospitals all depend on a model in which family and community nurses play a central role. Without adequate nursing numbers, the reform of community care cannot become operational.

Focus: general practitioners and the future of community care

General practice is one of the most sensitive aspects of the healthcare reform. Without a new model for family doctors, Community Health Houses risk becoming modern buildings without the professional capacity required to provide continuous and coordinated care.

According to estimates published by the GIMBE Foundation, as of 1 January 2025 Italy had a shortage of more than 5,700 general practitioners across 18 Regions. Each general practitioner cared for an average of 1,383 patients, compared with an estimated optimal ratio of approximately 1,200 patients per doctor. A further 8,180 general practitioners are expected to retire by 2028.

The situation becomes even more concerning when compared with earlier years. In 2021, Italy had 40,250 active general practitioners, already 1,457 fewer than in 2020, and approximately 75% had more than 27 years of professional experience—a clear indication of the ageing profile of the profession.

The ordinary maximum patient list is 1,500 people per general practitioner, but this can increase to 1,800 and, under exceptional local arrangements, even further. Raising these ceilings has allowed the system formally to assign more citizens to a family doctor, but it has also increased professional overload: less time for consultations, greater administrative pressure and a reduced ability to monitor elderly, chronically ill and vulnerable patients proactively.

The problem cannot therefore be reduced to a dispute over whether general practitioners should remain independent professionals working under national agreements or become salaried employees of the National Health Service.

A reform proposal presented in spring 2026 envisaged a dual model: doctors could retain their contractual status under the national agreement, subject to new organisational obligations, or voluntarily become NHS employees. The objective was to strengthen the participation of general practitioners in Community Health Houses.

The proposal encountered strong opposition from medical trade unions and significant concerns among the Regions. Following the slowing down of the reform, the debate has focused mainly on the possibility of requiring general practitioners to provide a defined number of working hours within Community Health Houses.

The central issue, however, is not the doctor's legal employment status. It is the care model.

General practice must evolve from a predominantly individual activity into an integrated organisation connected with family and community nurses, outpatient specialists, social workers, pharmacies, home-care services and hospitals.

The citizen's freedom to choose a trusted family doctor should be preserved, but it must coexist with:

- organised participation in Community Health Houses;
- continuity of care throughout the day;
- shared access to clinical information;
- proactive management of patients with chronic diseases;
- telemedicine and specialist teleconsultation;
- access to basic diagnostic services;
- fewer inappropriate emergency department visits;
- coordination with the European 116117 number for non-urgent healthcare.

The Budget Law must therefore finance multidisciplinary teams, practice staff, digital tools, basic diagnostic equipment and remuneration linked partly to health outcomes and population needs.

It is not enough to require family doctors to spend additional hours in Community Health Houses unless those facilities are staffed by structured teams capable of ensuring continuity and effective patient management.

Training must also be reformed. The National Recovery and Resilience Plan financed 2,700 additional places in the three-year general practice training programme. However, the programme continues to provide different financial and academic conditions from those offered by university-based medical specialty training.

Italy therefore needs a strategy capable of making general practice professionally attractive, strengthening clinical and organisational training and programming the number of places according to territorial needs.

Without general practitioners, nurses and administrative staff, the new community healthcare network will remain incomplete.

Waiting lists: moving from regulations to measurable results

Waiting lists remain the clearest indicator of the crisis experienced by citizens. When a consultation or diagnostic test cannot be provided within the prescribed timeframe, the universal nature of the National Health Service becomes largely theoretical: those who can afford it turn to private care, while those who cannot either delay treatment or abandon it altogether.

The 2026–2028 National Waiting List Governance Plan aims to integrate all appointment schedules into the central booking system, including those related to private practice carried out by NHS doctors within public facilities. It also strengthens monitoring and requires the Regions to adopt verifiable operational programmes.

However, the problem cannot be solved simply by increasing the number of procedures. Italy also needs greater prescribing appropriateness, better management of patients with chronic diseases, transparent appointment schedules, fuller use of diagnostic equipment and clearer organisational accountability for local health authorities and hospitals.

General practitioners are part of the solution. A doctor working within a multidisciplinary network can manage many chronic conditions directly, use shared diagnostic and therapeutic pathways, consult specialists and avoid duplicate or inappropriate referrals.

Appropriateness must not, however, become a purely restrictive instrument. It must be supported by clinical guidelines, interoperable information systems and rapid access to specialist advice.

Nor can extraordinary measures become the ordinary method of managing waiting lists. Purchasing services from accredited private providers or paying public employees for additional activity may reduce backlogs temporarily, but it cannot replace a structural increase in the productive capacity of the public system.

New funding should therefore be linked to measurable outcomes: actual access times, use of equipment, extended service hours, reduced patient mobility and the proportion of patients receiving coordinated care.

2027: the first year after the NRRP

The 2027 Budget Law will differ from previous budgets because it will be the first to address the transition from NRRP investment to ordinary operation.

Italy's NRRP Mission 6 for Health has a total allocation of €15.63 billion from the Recovery and Resilience Facility, supplemented by €892 million from the National Complementary Plan. Its investments cover community healthcare, digitalisation, hospital technology, research and professional training.

Following the revision of the Plan, the minimum targets include at least:

- 1,038 Community Health Houses;
- 480 Territorial Coordination Centres;
- 307 Community Hospitals;
- 300,000 people assisted through telemedicine;
- an additional 842,000 people aged over 65 receiving home care.

The year 2026 represents the formal conclusion of the NRRP; 2027 will be the year of the substantive test. Italy will have to demonstrate that the facilities are operational rather than merely completed, that digital systems can communicate with one another and that telemedicine has been incorporated into clinical pathways.

The Budget Law must therefore provide permanent funding for staff, maintenance, energy, technology, cybersecurity and platform upgrades. Without adequate current expenditure, the NRRP could create new fixed costs without generating a corresponding increase in care capacity.

Pharmaceuticals: almost €25 billion in public expenditure

Pharmaceutical policy will be one of the most complex chapters of the 2027 Budget Law. Medicines are simultaneously a healthcare instrument, a major component of public expenditure, a strategic industrial sector and one of the main drivers of scientific innovation.

In 2025, total public pharmaceutical expenditure—including community pharmacy expenditure, direct purchases and medical gases—reached €24.937 billion, equivalent to 18.42% of the National Health Fund.

Net public expenditure on medicines dispensed through community pharmacies amounted to €8.515 billion, an increase of 4.8% compared with 2024. Expenditure relevant to the community pharmacy ceiling amounted to €8.745 billion, corresponding to 6.46% of the National Health Fund and generating a surplus of approximately €459 million compared with the 6.8% ceiling.

The trend was entirely different for direct purchases, primarily medicines bought by hospitals and other public healthcare facilities. Gross expenditure on Class A and Class H medicines reached €17.220 billion, an increase of 6% compared with 2024.

Taking into account the amount relevant to the expenditure ceiling, including medical gases, direct-purchase expenditure totalled €16.193 billion. This represented 11.96% of the National Health Fund and exceeded the available resources by €4.702 billion. Consequently, the amount to be recovered from pharmaceutical companies through the payback system exceeded €2.3 billion, compared with

approximately €2 billion in 2024.

These figures reveal the main imbalance in pharmaceutical governance: community pharmacy expenditure generates a surplus against its ceiling, while direct purchases systematically exceed theirs.

This does not necessarily mean that hospital pharmaceutical expenditure is inappropriate. Hospital channels carry most oncology medicines, biologics, treatments for rare diseases, innovative medicines and advanced therapies.

Growth in direct expenditure therefore also reflects therapeutic progress, wider clinical indications, population ageing and the transformation of previously fatal diseases into chronic conditions that require long-term treatment.

Expenditure ceilings and payback: a system that needs redesigning

The 2026 Budget Law increased the community pharmaceutical expenditure ceiling from 6.8% to 6.85% of the National Health Fund and the ceiling for direct purchases from 8.5% to 8.7%, including the 0.2% share reserved for medical gases. The overall pharmaceutical share consequently increased from 15.3% to 15.55% of the Fund.

This adjustment does not appear sufficient to correct the imbalance. According to an analysis by the Observatory of Italian Public Accounts at the Catholic University, even with the new ceilings, direct-purchase expenditure could continue to exceed the limit by approximately €4 billion.

When the direct-purchase ceiling is exceeded, the deficit is shared approximately equally between pharmaceutical companies and the Regions through the payback mechanism. The system was designed as an expenditure-control instrument, but over the years it has become an increasingly large and unpredictable charge and a source of recurrent litigation.

Pharmaceutical companies are calling for either its abolition or substantial reform. Their position is that companies cannot be expected to compensate for expenditure generated by NHS prescribing decisions, the introduction of new therapies and ceilings set below actual demand.

The Regions, conversely, fear that abolishing payback would transfer billions of euros in additional expenditure entirely onto their budgets. Any reform must therefore be accompanied by additional resources, better planning and instruments capable of distinguishing between appropriate expenditure growth, therapeutic innovation and inefficiency.

The 2027 Budget Law could intervene at four levels:

- aligning expenditure ceilings with the actual composition of pharmaceutical spending;
- allowing greater flexibility in transferring surpluses between the community and direct-purchase channels;
- making payback more predictable, gradual and sustainable;
- introducing multiannual planning based on the expected arrival of new medicines and additional therapeutic indications.

AIFA will need to strengthen horizon-scanning activities to anticipate the clinical, organisational and financial impact of new treatments. New therapies could then be incorporated into NHS planning rather than managed retrospectively through expenditure overruns.

Innovation and access: the risk of regional inequalities

Since 2025, the Innovative Medicines Fund has had an annual allocation of €1.3 billion:

- €900 million for medicines granted full innovative status;
- €300 million for medicines with conditional innovative status;
- €100 million for innovative anti-infective agents.

Between 2022 and 2024, 46 medicines obtained innovative status, including 25 oncology medicines, 24 orphan medicines and seven advanced therapies involving gene therapy, somatic cell therapy or tissue engineering.

The challenge is not merely to allocate resources but to ensure that innovation reaches patients promptly and uniformly.

Following European authorisation and national price and reimbursement negotiations with AIFA, effective access may still be delayed by regional formularies, procurement procedures, the organisation of authorised prescribing centres and differences in administrative capacity.

The Budget Law and pharmaceutical reform should therefore establish a clear principle: once a medicine has been granted national reimbursement, a patient's place of residence should not determine a substantially different waiting time for treatment.

Alongside innovative medicines, Italy must promote the appropriate use of generic and biosimilar medicines and reinvest the resulting savings in high-value treatments. Appropriate prescribing does not mean automatically choosing the least expensive product. It means selecting the option offering the best balance between clinical benefits, safety and use of public resources.

The criteria applied to recognise innovation must also evolve. New gene, cell and precision therapies are sometimes assessed using surrogate endpoints because conventional long-term outcomes are not yet available. Evaluation must therefore combine scientific rigour with the ability to recognise potentially transformative therapies, while using outcome registries and payment agreements to manage uncertainty.

Antimicrobial resistance deserves specific attention. The €100 million allocated to innovative anti-infective agents is an important first step, but antibiotics require new reimbursement models. Their value cannot be measured solely through the volume sold because the most important new antibiotics must often be used sparingly in order to preserve their effectiveness.

Italy should therefore consider subscription or availability-based models that reward the clinical and strategic value of an antibiotic independently of the number of doses administered.

Prices, access times and the role of AIFA

Pharmaceutical policy cannot be reduced to expenditure ceilings. The time required to negotiate prices and reimbursement also affects patients, companies and regional healthcare systems.

AIFA must reconcile several objectives: rapid access, robust assessment of added therapeutic value, sustainable prices and national uniformity. Faster procedures must not result in weaker evaluation, but delays that are primarily administrative should be eliminated.

There is also a need for greater transparency regarding negotiated discounts, managed-entry agreements, expenditure forecasts and the actual outcomes achieved in clinical practice.

Outcome-based agreements can be useful for highly innovative medicines, particularly when evidence is still developing. However, they require high-quality registries, interoperable data and the administrative ability to monitor each treatment.

The pharmaceutical information infrastructure must therefore be connected with the Electronic Health Record, regional databases, hospital records and disease registries. Digitalisation is not simply an administrative objective: it is a prerequisite for assessing whether public pharmaceutical expenditure produces genuine health value.

The Pharmaceutical Consolidation Act

The debate over the Budget Law is accompanied by the legislative process concerning the Consolidation Act on pharmaceutical legislation, intended to reorganise a system built up through approximately 700 provisions contained in around 100 different legislative measures.

The enabling law aims to simplify procedures, reorganise distribution channels, digitalise prescribing and dispensing, strengthen information systems, enhance the role of community pharmacies and revise expenditure ceilings and payback.

The reorganisation of distribution channels is particularly important. The same medicine may currently be supplied through an ordinary community pharmacy, directly by a local health authority or hospital, or through “distribution on behalf” arrangements under which pharmacies dispense medicines purchased by the public system.

Regional differences in these arrangements create inconvenience for patients and make expenditure difficult to compare. The new system should bring medicines closer to patients—particularly elderly people and those with chronic diseases—without weakening the public sector’s ability to negotiate favourable purchasing conditions.

Community pharmacies can become an important part of the local healthcare network by contributing to treatment adherence, prevention, vaccination, screening and patient monitoring.

However, the “pharmacy of services” must be integrated with general practitioners, health districts and Community Health Houses. It should not become a parallel system or create further fragmentation of care.

Pharmaceutical companies and industrial policy

The pharmaceutical industry is asking for predictable rules, faster access procedures, stable governance and reform of a payback system regarded as incompatible with long-term investment planning.

This is also an industrial policy issue. The Italian pharmaceutical sector generates production, exports, research and highly qualified employment. However, industrial competitiveness cannot be separated from the public interest. Prices, reimbursement and incentives should reflect therapeutic value, security of supply, research conducted in Italy and European manufacturing capacity.

The pandemic and subsequent medicine shortages exposed the risks associated with overdependence on highly concentrated global supply chains. The Budget Law should therefore support clinical research, the production of active pharmaceutical ingredients and strategic medicines, the availability of essential treatments and the ability to respond to emergencies.

Public procurement should also consider supply reliability and production resilience, not only the lowest price. Excessively aggressive price competition can lead suppliers to leave the market, increasing the risk of shortages and dependence on a small number of manufacturers.

The objective should be a new pact between the public health system and industry: sustainable and evidence-based prices in exchange for investment, transparency, security of supply and rapid patient access.

Prevention, chronic diseases and long-term care

In the competition for resources, prevention is often sacrificed because it produces results over the medium term and does not provide immediately visible political outcomes.

Yet prevention, screening, vaccination, mental health, addiction, obesity and chronic disease management are central to the future sustainability of the National Health Service.

Italy is simultaneously facing population ageing, a rising burden of chronic disease and increasing long-term care needs. A budget focused almost exclusively on hospitals would therefore be inadequate.

Healthcare and social policies must be integrated, home care strengthened and social care entitlements translated into services that are genuinely available throughout the country.

Mental health, palliative care and cancer screening deserve particular attention. They received additional resources under the 2026 Budget Law but require permanent funding and additional staff.

The expectations of healthcare organisations

Hospital trusts, local health authorities and their directors are asking above all for stability. Services cannot be planned effectively through exceptional funds, annual extensions and constantly changing rules.

Healthcare organisations need multiannual budgets, faster recruitment procedures, greater managerial autonomy accompanied by rigorous evaluation, and information systems capable of comparing costs, quality and outcomes.

They will also have to be assessed on their capacity to integrate hospitals and community services. The objective is not simply to produce more consultations, tests and admissions, but to prevent avoidable hospitalisations, ensure continuity after discharge and manage chronic disease close to where people live.

This requires a different system of incentives. If hospitals are rewarded only for the number of services delivered and local services remain underfunded, the system will continue to concentrate activity and resources within hospitals.

The “major manoeuvres” at the Ministry of Health

In the background of the Budget Law, equally important institutional developments are taking place. The Ministry must simultaneously manage the conclusion of the NRRP, waiting-list controls, the reform of general practice, the reorganisation of community and hospital care, the reform of healthcare professions and the Pharmaceutical Consolidation Act.

These reforms coincide with the consolidation of AGENAS's governance and AIFA's evolving role.

AGENAS is becoming increasingly important in monitoring regional services, digital healthcare, NRRP implementation and waiting-list oversight. AIFA, meanwhile, must govern innovation, access, prices, appropriate prescribing and pharmaceutical sustainability during a period of exceptionally rapid scientific development.

There is also a broader political question concerning the balance between central government and the Regions. Stronger national monitoring may help reduce territorial inequalities, but the Regions are likely to resist any system that gives central institutions control without adequately financing the services they are expected to deliver.

Political and healthcare circles continue to discuss possible further changes in senior appointments and internal balances at the Ministry. In the absence of formal measures, it would be inappropriate to present these reports as decisions already taken. It is nevertheless clear that the final stage of the legislature requires a fully operational ministerial structure aligned with the Health Minister's political priorities.

The "major manoeuvres" therefore concern more than individual appointments. They involve the relationships between the Ministry of Health, the Ministry of Economy, the Regions, AGENAS, AIFA and the National Institute of Health; the allocation of responsibilities; digital governance; the use of health data; and the State's ability to ensure that essential levels of care are provided uniformly throughout the country.

The political choice

The 2027 Budget Law will not be judged on the size of the headline figure, but on its ability to translate resources into accessible care.

At least seven criteria will determine whether it succeeds:

- how much funding is genuinely additional;
- how much is permanent rather than temporary;
- how many resources are assigned to the healthcare workforce;
- whether general practice is effectively reformed;
- how NRRP facilities will be financed after completion;
- which measurable results will be required from Regions and healthcare organisations;
- how pharmaceutical expenditure will be made sustainable without restricting access to innovation.

The real challenge is to avoid a budget made up of numerous small, sector-specific allocations that fail to change how the system operates.

The National Health Service needs a multiannual strategy linking funding, workforce planning, general practice, community care, hospitals, pharmaceuticals, innovation and prevention.

The negotiations between Schillaci and Giorgetti therefore represent more than a dispute between two ministers. They embody two equally legitimate requirements: the sustainability of the public finances and the social sustainability of the right to healthcare.

If financial compatibility becomes the only priority, the National Health Service risks remaining universal in law while becoming increasingly selective in practice. If resources are increased without reforming planning, governance and organisational accountability, the additional billions may fail to produce the expected results.

The autumn budget process will have to reconcile both dimensions. Healthcare is not simply an item of public expenditure. It is one of Italy's most important social, economic and democratic infrastructures.