

REGIONE BASILICATA

Deliberazione della Giunta regionale n. 544 del 27 agosto 2026

*Determinazione della misura di compartecipazione alla spesa farmaceutica convenzionata da parte dei cittadini –
Relazione illustrativa*

Con la deliberazione n. 544 del 27 agosto 2026 la Giunta regionale ha introdotto una misura di compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica convenzionata, nella forma di una quota fissa per ricetta di importo pari a 2,50 euro. La deliberazione fissa al 1° settembre 2026 la decorrenza degli adempimenti organizzativi, tecnici e informatici a carico delle aziende sanitarie e delle farmacie. L'applicazione della quota agli assistiti non esenti decorrerà dal 1° ottobre 2026.

Il provvedimento è un atto dovuto in applicazione di quanto previsto dalla normativa, sorto per effetto del superamento, nell'esercizio 2025, del tetto programmato della spesa farmaceutica convenzionata del 6,80 % del FSN.

La presente relazione illustra, nell'ordine: il presupposto di fatto della misura, il quadro normativo di riferimento, il contenuto del dispositivo e le tutele in esso previste, il raffronto con le soluzioni adottate dalle altre Regioni, il contesto regionale della spesa farmaceutica e gli elementi di attenzione per la fase attuativa.

Spesa Farmaceutica convenzionata 2025

L'Agenzia Italiana del Farmaco effettua periodicamente il monitoraggio della spesa farmaceutica regionale, pubblicando gli scostamenti rispetto ai vincoli fissati dalla normativa nazionale.

Il monitoraggio relativo al periodo gennaio–dicembre 2025 ha rilevato, per la Regione Basilicata, un'incidenza della spesa farmaceutica convenzionata pari al 7,38% del Fondo Sanitario Regionale, a fronte di un tetto fissato al 6,80%.

Assumendo a riferimento il Fondo Sanitario Regionale 2025 di 1.239,2 milioni di euro, allo scarto di 0,58 punti percentuali corrisponde uno scostamento in valore assoluto di circa 7 milioni di euro: la spesa convenzionata si colloca a circa 92 milioni contro un tetto di circa 84 milioni.

Tabella 1 — Spesa farmaceutica convenzionata - Esercizio 2025

Grandezza	Valore	Fonte
Tetto programmato della spesa convenzionata	6,80% – 84,3 mln €	Art. 1, c. 223, L. 213/2023
Incidenza effettiva della spesa convenzionata	7,38%	Monitoraggio AIFA
Scostamento percentuale	0,58 punti	Monitoraggio AIFA
Scostamento in valore assoluto	circa 7,0 mln €	Monitoraggio AIFA

Elaborazione su Monitoraggio AIFA e D.G.R. n. 544/202 sulla base del Fondo Sanitario Regionale 2025 comunicato dal Ministero della Salute il 15 giugno 2026.

Tabella 6.2 Spesa farmaceutica convenzionata nel periodo Gennaio-dicembre 2025 e verifica del rispetto del tetto di spesa del 6,80% per singola regione in ordine decrescente di incidenza sul FSR^{*}.

Regione	A FSN [*] Gen-dic 25	B=A*6,80% Tetto 6,80%	C Spesa netta Convenzionat a [*]	D Payback 1,83%	E Payback ^h	F=C-D-E Spesa netta	G Ticket fisso per ricetta	H=F+G Spesa convenzionata da tetto	I=H-B Scostamento assoluto	J=H/A*100 Inc.% su FSR	Anno 2024 Inc. % spesa su FSR 2024
LOMBARDIA	22.830.396,92	1.552.466,991	1.609.042.332	33.676.057	21.868.007	1.553.498.268	142.053.804	1.695.552.072	143.085.081	7,43	7,06
BASILICATA	1.239.206.559	84.266.046	94.756.163	1.835.941	1.538.349	91.381.873	64.685	91.446.558	7.180.512	7,38	7,04
CALABRIA	4.288.066.899	291.588.549	310.084.123	6.210.854	4.577.192	299.296.077	14.126.238	313.422.315	21.833.766	7,31	7,09
SARDEGNA	3.599.574.681	244.771.078	263.577.204	5.039.150	3.413.396	255.124.658	243.056	255.367.714	10.596.636	7,09	6,97
MOLISE	686.595.634	46.688.503	47.056.476	948.497	669.110	45.438.869	2.993.963	48.432.832	1.744.329	7,05	6,85
PUGLIA	8.933.280.759	607.463.092	604.366.534	12.668.958	8.397.912	583.299.665	44.771.564	628.071.229	20.608.137	7,03	6,83
CAMPANIA	12.640.142,87	859.529.716	839.634.440	17.958.931	14.546.536	807.128.974	80.462.448	887.591.422	28.061.706	7,02	6,90
ABRUZZO	2.941.497.442	200.021.826	207.670.052	4.050.967	3.210.863	200.408.222	6.103.481	206.511.703	6.489.877	7,02	6,90
MARCHE	3.439.457.175	233.883.088	235.991.350	4.504.866	3.074.262	228.412.223	151.433	228.563.656	-5.319.432	6,65	6,45
LAZIO	12.976.300.48	882.388.433	863.177.992	17.478.750	12.314.626	833.384.616	16.957.496	850.342.112	-32.046.321	6,55	6,49
SICILIA	10.881.944.20	739.972.206	675.525.026	14.276.326	8.415.342	652.833.358	50.234.917	703.068.275	-36.903.931	6,46	6,35
FRIULI V.G.	2.735.703.329	186.027.826	172.185.690	3.221.968	2.091.655	166.872.068	0	166.872.068	-19.155.759	6,10	5,97
P.A. TRENTO	1.208.863.895	82.202.745	72.947.559	1.360.622	786.879	70.800.057	165.661	70.965.718	-11.237.027	5,87	5,80
UMBRIA	2.021.690.249	137.474.937	122.295.749	2.327.731	1.637.881	118.330.137	60.381	118.390.518	-19.084.419	5,86	5,79
LIGURIA	3.673.254.167	249.781.283	197.574.164	4.116.636	2.908.129	190.549.399	21.349.951	211.899.350	-37.881.933	5,77	5,75
PIEMONTE	9.887.420.287	672.344.580	587.403.938	10.860.888	8.326.137	568.216.913	566.380	568.783.292	-103.561.287	5,75	5,62
V. D'AOSTA	284.460.038	19.343.283	14.739.362	298.773	204.163	14.236.425	1.405.390	15.641.815	-3.701.467	5,50	5,46
TOSCANA	8.533.214.766	580.258.604	480.282.782	8.887.338	5.425.656	465.969.788	434.531	466.404.319	-113.854.285	5,47	5,41
VENETO	11.134.282.39	757.131.203	547.589.020	11.441.835	7.931.942	528.215.243	61.198.075	589.413.318	-167.717.884	5,29	5,19
E. ROMAGNA	10.261.982.06	697.814.781	518.896.781	10.180.049	5.013.292	503.703.441	32.398.701	536.102.143	-161.712.638	5,22	5,22
P.A. BOLZANO	1.167.531.618	79.392.150	50.502.627	1.065.906	763.860	48.672.861	5.022.699	53.695.560	-25.696.590	4,60	4,45
ITALIA	135.364.866,4	9.204.810.918	8.515.299.364	172.411.042	117.115.188	8.225.773.134	480.764.854	8.706.537.988	-498.272.930	6,43	6,28

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

^{} Fin 2025 definitivo comunicato dal Ministero della Salute il 15/06/2026.*

^a Spesa al lordo del Payback 1,83% e altri Payback (cfr tab 7).

^h Somma dei Payback ad eccezione del payback 1,83% (cfr tab 7)

Fonte AIFA– Monitoraggio Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-dicembre 2025 - Consuntivo

Occorre precisare che il tetto della spesa farmaceutica convenzionata nell’anno 2025 è stato superato da n° 8 Regioni, fra cui l’Abruzzo, la Calabria, la Campania, la Lombardia, il Molise, la Puglia e la Sardegna e la Basilicata.

Altresi è da evidenziare che delle n° 8 Regioni che hanno superato nell’anno 2025 il tetto di spesa programmato, tutte, ad eccezione della regione Sardegna, hanno introdotto, già da anni, misure di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.

Il quadro normativo

L’obbligo di adottare misure di contenimento

L’art. 5, comma 4, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, dispone che le Regioni che superano il tetto prefissato per la spesa farmaceutica **sono tenute ad adottare misure di contenimento per un ammontare pari almeno al 30 per cento dello scostamento.**

Tali misure costituiscono adempimento regionale ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

L’inadempimento comporta la perdita dell’accesso a tale finanziamento: un effetto finanziario di rilievo per il Servizio Sanitario Regionale, che si tradurrebbe in un ulteriore onere a carico del bilancio regionale ben superiore a quello della misura qui adottata.

Le ricette della farmaceutica convenzionata: esercizio 2025

Nel 2025 le ricette della farmaceutica convenzionata regionale sono state pari a n° 6.918.039, **di cui circa il 40% con un codice di esenzione per patologia o per reddito**, pertanto riguardanti prescrizioni al di fuori del perimetro applicativo della misura.

Ricette e stima del gettito

Grandezza	Valore	Fonte
Ricette della farmaceutica convenzionata 2025	6.918.039	Monitoraggio Spesa Farmaceutica - AIFA
Ricette recanti codice di esenzione	40%	Sistema Tessera Sanitaria
Ricette potenzialmente assoggettate	circa 4,22 mln	Elaborazione

Elaborazione su dati del Sistema Tessera Sanitaria relativi all'esercizio 2025. Le stime assumono invarianza del numero di ricette e della quota di prescrizioni esenti rispetto al 2025 e non incorporano l'effetto di contenimento dei volumi atteso dalla misura.

Il vincolo dei Livelli Essenziali di Assistenza

L'assistenza farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, come modificato dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che affida alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini.

La compartecipazione introdotta non si traduce in una barriera all'accesso alle prestazioni essenziali:

il perimetro delle esclusioni della misura introdotta ricomprende integralmente le condizioni di vulnerabilità sanitaria, economica e sociale già individuate dalla normativa nazionale.

Essa troverebbe applicazione alle prescrizioni occasionali o di breve durata rivolte a soggetti non titolari di esenzione.

Il contenuto del provvedimento

La struttura della misura

La compartecipazione è stabilita in 2,50 euro per ricetta, applicata alla sola spesa farmaceutica convenzionata. L'importo è fisso e indipendente dal numero di confezioni prescritte.

Le esclusioni a tutela delle fasce vulnerabili

Il provvedimento è costruito attorno al principio per cui la compartecipazione grava esclusivamente sui cittadini che non versano in condizioni di vulnerabilità. Le esclusioni operano su tre assi distinti e cumulativi.

Tutela sanitaria

- Esenti per patologia cronica e invalidante o per malattia rara individuate dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, relativamente ai farmaci correlati alla patologia secondo quanto attestato dal medico mediante la prescrizione.
- Esenti per la terapia del dolore cronico e infortunati sul lavoro, con il medesimo criterio di correlazione.
- Invalidi civili, di guerra, del lavoro e per servizio; ciechi e sordomuti.
- Soggetti danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

Tutela economica

- Cittadini di età inferiore a sei anni o superiore a sessantacinque appartenenti a nucleo familiare entro la soglia di reddito prevista (codice E01).
- Disoccupati e familiari a carico (E02); titolari di assegno sociale e familiari a carico (E03); titolari di pensione al minimo ultrasessantenni e familiari a carico (E04).
- Soggetti con reddito del nucleo fiscale inferiore alla soglia individuata (E05).

Tutela sociale

- Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e loro familiari.
- Cittadini stranieri già in possesso di esenzione dal ticket.
- Cittadini detenuti o internati.

A tali categorie si aggiunge una clausola di chiusura che estende l'esclusione a tutti i soggetti rientranti nelle macrocategorie dei codici di esenzione individuate nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, con particolare riferimento agli esenti per condizione, malattia oncologica, malattia rara, patologia, reddito e invalidi di guerra.

Le tutele implicite nella struttura della misura:

La compartecipazione è commisurata alla ricetta e non alla confezione.

È la scelta più favorevole all'assistito fra quelle praticabili: l'onere massimo per prescrizione resta fissato a 2,50 euro indipendentemente dal numero di confezioni prescritte, con beneficio diretto per i pazienti politrattati, per i quali una compartecipazione commisurata alla singola confezione produrrebbe un effetto moltiplicativo.

La misura non si applica alla distribuzione diretta.

Ne restano esclusi i medicinali ad alto costo erogati dalle strutture pubbliche che intercettano le condizioni cliniche di maggiore gravità e di continuità terapeutica.

Le due scelte, lette congiuntamente all'elenco delle esclusioni, delimitano il perimetro effettivo della misura: essa grava sulle prescrizioni occasionali o di breve durata e non sui percorsi di cura continuativi né sulle condizioni di fragilità.

Il raffronto con le altre Regioni

Nel 2025 le Regioni che non applicavano alcuna forma di ticket sulla farmaceutica convenzionata erano otto: Piemonte, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna. Con l'adozione della D.G.R. n. 544/2026 la Basilicata esce da tale gruppo, dopo che nel maggio 2025 vi era già uscita l'Emilia-Romagna con la D.G.R. n. 390/2025.

La tabella che segue riepiloga le modalità di applicazione della compartecipazione regionale alla spesa farmaceutica convenzionata in tutte le Regioni e Province autonome, con indicazione dell'atto normativo o amministrativo di riferimento.

Il ticket fisso sulle prescrizioni farmaceutiche nelle Regioni italiane (Situazione aggiornata al 30 agosto 2026)

Regione	Ticket per confezione	Max per ricetta	Quota fissa per ricetta	Note principali	Atto di riferimento
Piemonte	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista. Gli assistiti con codici E92, G01, G02, V01, V01.2 sono esclusi anche dal pagamento della differenza sul prezzo di riferimento.	<i>DGR n. 57-5740 del 3/4/2002; DGR n. 36-7965 del 28/12/2007; DGR n. 16-3096 del 12/11/2011; DGR n. 39-8425 del 15/2/2019</i>
Valle d'Aosta	1 € (reddito 10.000–25.000 €); 2 € (reddito > 25.000 €)	2 € / 4 €	—	Esenti i redditi fino a 9.999 €. Esclusi dal ticket i pazienti con patologie croniche e invalidanti.	<i>DGR n. 1899 del 28/12/2017</i>
Lombardia	2 € (reddito > 20.000 €); 1 € se esente per patologia	4 € / 3 €	—	Esenti i redditi fino a 20.000 €. Ticket applicato anche ad antibiotici monodose, IFN per epatite e farmaci somministrati per fleboclisi (L. 405/2001).	<i>DGR n. 4230 del 25/10/2012</i>
P.A. Bolzano	1 € o 2 € secondo scaglione	2 € / 4 €	1 € per gli esenti per patologia	Esenti malattie rare, invalidi per lavoro, civili, sordomuti, vittime del terrorismo e figli fiscalmente a carico.	<i>DGR n. 1862 del 27/5/2002</i>
P.A. Trento	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista.	<i>Legge provinciale n. 14 del 23/12/2019</i>
Veneto	2 € (reddito > 12.000 €)	4 €	—	Esenti i redditi fino a 12.000 €, la terapia del dolore, i grandi invalidi, le patologie croniche e le malattie rare.	<i>DGR n. 744 dell'11/3/2005</i>
Friuli Venezia Giulia	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista.	—
Liguria	2 €	4 €	—	Ticket esteso ad antibiotici monodose e farmaci per fleboclisi. Esclusi gli esenti per patologia, le vittime del terrorismo e gli invalidi di guerra.	<i>DGR n. 163 del 20/2/2002; DGR n. 1116 del 9/9/2011</i>
Emilia-Romagna	2,20 €	4 €	—	Ticket introdotto dal 2 maggio 2025, applicato ai soli farmaci di fascia A. Circa un cittadino su tre resta esente (oncologici, cronici, malattie rare, invalidi, disoccupati, disagio economico).	<i>DGR n. 390 del 24/3/2025</i>
Toscana	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista.	<i>DGR n. 1134 del 3/8/2020</i>
Umbria	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista.	<i>DGR n. 682 del 30/7/2020</i>
Marche	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista.	—

Regione	Ticket per confezione	Max per ricetta	Quota fissa per ricetta	Note principali	Atto di riferimento
Lazio	4 € (prezzo > 5 €); 2,50 € (prezzo ≤ 5 €); rispettivamente 2 € e 1 € se esente per patologia	—	—	Il ticket si applica ai soli farmaci non inclusi nelle liste di trasparenza AIFA.	DCA n. 45 del 17/11/2008
Abruzzo	• Medicinali con prezzo al pubblico uguale o inferiore a 5 €: 0,50 € per confezione, con un massimo di 1,50 € a ricetta; • Medicinali con prezzo al pubblico superiore a 5 €: 2,00 € per confezione, con un massimo di 6 € a ricetta; • 1 € e 0,25 € se esente per patologia	6 € / 1,50 € (3 € / 0,75 € se esente)	—	Nessun ticket sui farmaci a brevetto scaduto con prezzo al pubblico allineato al prezzo di riferimento.	DCA n. 26 del 4/7/2012
Molise	2 € (farmaci coperti da brevetto, prezzo > 5 €); 0,50 € (brevetto scaduto, prezzo > 5 €)	6 €	0,50 € (brevetto scaduto ed esenti parziali E01–E04)	Esente la terapia del dolore.	DGR n. 1188 del 29/7/2002; DD.CC.AA. nn. 87 e 97/2011; Circolare n. 4702 del 3/4/2012
Campania	1,50 €	—	2 € (1 € per invalidi e cronici con reddito < 50.000 €)	Il ticket per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale. La quota per ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno e ai farmaci del PHT. Esente la terapia del dolore.	DCA n. 67 del 4/11/2010; DC n. 141 del 31/10/2014; DC n. 147 del 24/12/2014; DC n. 34 del 13/3/2015
Puglia	2 € (reddito > 23.000 €); 1 € (reddito < 23.000 €); 0,50 € se esente per patologia	5,50 €	1 €	Esenti i titolari di pensione minima. Ticket esteso ad antibiotici monodose, IFN per epatite e farmaci per fleboclisi. Esclusi invalidi, terapia del dolore, vittime del terrorismo, cronici e malattie rare.	DGR n. 1718 del 19/11/2004; DGR n. 1198 del 6/8/2005; DGR n. 2789 del 14/12/2010; DGR nn. 1389 e 1391 del 21/6/2011
Basilicata	—	—	2,50 € (dal 1° ottobre 2026)	Fino al 2025 quota di compartecipazione non prevista. Esclusi: esenti per patologia cronica/invalidante o malattia rara, terapia del dolore cronico e infortunati sul lavoro, invalidi civili, di guerra, del lavoro e per servizio, ciechi e sordomuti, danneggiati da vaccinazioni/trasfusioni/emoderivati, vittime del terrorismo e della criminalità organizzata, E01–E05, stranieri già esenti, detenuti e internati.	DGR n. 544 del 27/8/2026
Calabria	2 €	5 €	1 €	Esenti le patologie croniche e le malattie rare. Gli invalidi del lavoro (L01–L03), per servizio e civili (C03) pagano la sola quota per ricetta.	DGR n. 247 del 5/5/2009
Sicilia	4 € (prezzo ≤ 25 €) e 4,50 € (prezzo > 25 €); 2 € e 2,50 € per gli equivalenti. Se esente per patologia: 1,50 € / 2 € e 1 € / 1,50 €	—	—	Nessuna compartecipazione per i farmaci il cui principio attivo non è coperto da brevetto o con prezzo di riferimento regionale. Esenti invalidi di guerra, vittime del terrorismo e delle stragi, invalidi civili al 100%, grandi invalidi, detenuti, danneggiati da vaccinazioni e trasfusioni, disoccupati e under 6 / over 65 sotto soglia di reddito.	L.R. n. 6 del 10/1/2012

Regione	Ticket per confezione	Max per ricetta	Quota fissa per ricetta	Note principali	Atto di riferimento
Sardegna	—	—	—	Quota di compartecipazione non prevista.	—

Fonti: AIFA – Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali, «L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2025», Sezione 6.3 e Tabella 6.2 (elaborazione su dati Federfarma); Regione Emilia-Romagna, D.G.R. n. 390/2025; Regione Basilicata, D.G.R. n. 544 del 27 agosto 2026.

La soluzione lucana è l’unica che non applica la compartecipazione commisurata alle confezioni prescritte.

Aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF periodo d'imposta 2026

L'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 prevede che, per le Regioni che presentino nuovi disavanzi nella spesa sanitaria sulla base del quarto monitoraggio trimestrale, il Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta possa adottare, fra i provvedimenti necessari al ripianamento del deficit, gli aumenti delle aliquote IRPEF e IRAP.

Le addizionali regionali dell'IRPEF possono essere incrementate dalle regioni fino al tetto del 3,33%.

Per il periodo d'imposta 2026, le aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF risultano articolate come segue:

Regione	fino a 15.000 EUR	15.000- 28.000 EUR	28.000- 50.000 EUR	oltre 50.000 EUR
Molise	2,03	2,23	3,63%	3,63%
Puglia	1,33%	2,13%	3,23%	3,33%
Calabria	1,73%	1,73%	1,73%	1,73%
Abruzzo	1,67%	1,67%	2,87%	3,33%
Campania	1,73%	2,96%	3,20%	3,33%
Lazio	1,73%	3,33%	3,33%	3,33%
Emilia-Romagna	1,33%	1,93%	2,78%	3,33%
Piemonte	1,62%	2,68%	3,31%	3,33%
Toscana	1,42%	1,43%	3,32%	3,33%
Umbria	1,73%	3,02%	3,12%	3,33%
Marche	1,23%	1,53%	1,70%	1,73%
Lombardia	1,23%	1,58%	1,72%	1,73%
Liguria	1,23%	1,23%	3,18%	3,23%
P.A. Bolzano	1,23%	1,23%	1,23%	1,73%
P.A. Trento	1,23%	1,23%	1,23%	1,73%
Basilicata	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
Sardegna	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
Valle d'Aosta	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
Veneto	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
Sicilia	1,23%	1,23%	1,23%	1,23%
Friuli Venezia Giulia	0,70%	1,23%	1,23%	1,23%

La disciplina applicata dalla Regione Basilicata

La Regione Basilicata, insieme ad altre cinque regioni italiane, applica un'aliquota unica dell'1,23 per cento, per tutti gli scaglioni di reddito, corrispondente al livello minimo previsto dalla normativa statale.

La scelta di mantenere l'addizionale regionale all'IRPEF al livello minimo deve essere letta anche alla luce della disciplina relativa alla copertura dei disavanzi sanitari. L'art. 4, comma 3, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito dalla legge n. 405/2001, prevede infatti che i disavanzi di gestione sanitaria siano coperti dalle Regioni mediante l'introduzione, alternativamente o cumulativamente, di una o più delle seguenti misure:

- misure di compartecipazione alla spesa sanitaria**, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;
- variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali** previste dalla normativa vigente;

c) **altre misure idonee a contenere la spesa**, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di **distribuzione dei farmaci**.

Nel caso della Basilicata, la Regione ha scelto di mantenere l'addizionale regionale all'IRPEF al minimo di legge, intervenendo invece attraverso misure riconducibili alle lettere a) e c) della disposizione citata.

In particolare, sono stati adottati interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci e, con la D.G.R. n. 544 del 27 agosto 2026, è stata prevista una compartecipazione alla spesa farmaceutica pari a 2,50 euro per ricetta. La misura è accompagnata da un articolato sistema di esenzioni ed esclusioni, che ricomprende integralmente le condizioni di vulnerabilità sanitaria, economica e sociale.

Ne consegue che, per il periodo d'imposta 2026, la Regione Basilicata non ha fatto ricorso all'incremento dell'addizionale regionale all'IRPEF, mantenendo l'aliquota all'1,23 per cento, e ha perseguito il contenimento e la copertura della spesa sanitaria mediante strumenti alternativi di compartecipazione alla spesa e di intervento sulla distribuzione dei farmaci.

Monitoraggio e rivalutazione della misura

Il provvedimento stabilisce che la misura introdotta possa essere rivalutata dopo un primo periodo di applicazione, anche in relazione ai dati raccolti con il monitoraggio semestrale del suo impatto.

Il numero di ricette effettivamente assoggettate alla misura sarà rilevabile ex post attraverso il Sistema Tessera Sanitaria fin dai primi mesi di applicazione.

In sintesi:

- La misura introdotta con la D.G.R. n. 544/2026 costituisce adempimento di un obbligo di legge sorto per effetto di uno scostamento dal tetto della spesa farmaceutica convenzionata quantificato in circa 7 milioni di euro per l'esercizio 2025.
- La mancata adozione di misure di contenimento comporta la perdita dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.
- Sotto il profilo dell'equità, il provvedimento adotta la struttura per ricetta anziché per confezione, escludendo così l'effetto di moltiplicazione dell'onere sui pazienti politrattati; esclude integralmente la distribuzione diretta, e con essa i trattamenti ad alto costo e i percorsi di continuità assistenziale; e definisce un perimetro di esenzioni che copre la vulnerabilità sanitaria, economica e sociale, con clausola di chiusura estesa a tutte le macrocategorie del Sistema Tessera Sanitaria.
- La previsione del monitoraggio assicura infine che la misura resti proporzionata al fabbisogno per tutta la durata della sua applicazione.