I vasi comunicanti della spesa oncologica

Esce un brevetto, entra un'innovazione. Ho provato a misurarlo con I numeri del cancro 2025 e l'OsMed 2025.

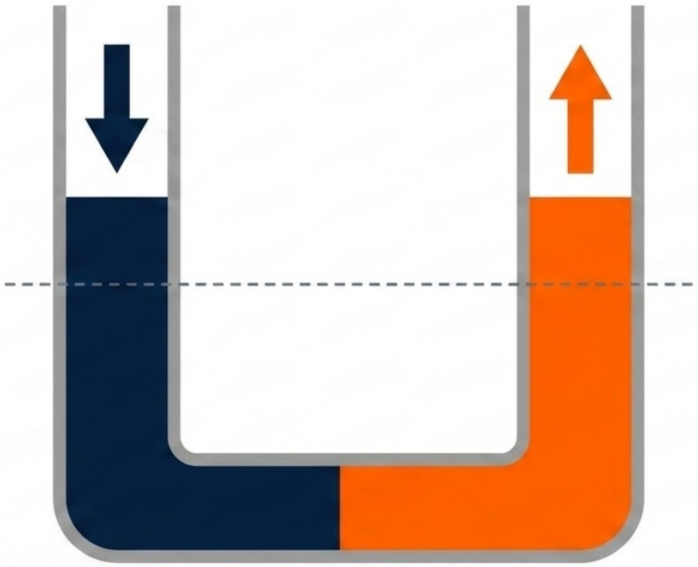
Struttura:
modello → livello →
dove sta l'acqua →
come si è mossa →
cosa arriva



Metodo, fonti e limiti nella slide 11.

Esce un brevetto, entra un'innovazione

L'assunto silenzioso su cui poggia la sostenibilità dell'oncologia.

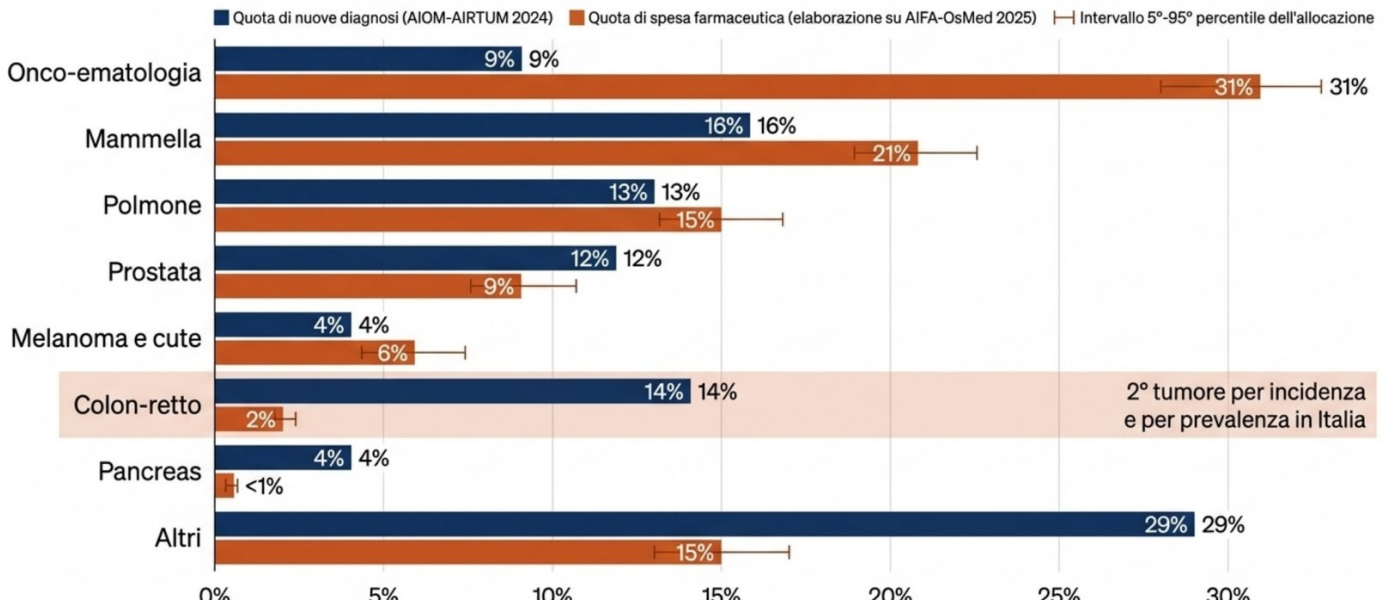


Ogni scadenza brevettuale libera lo spazio per il farmaco che arriva, e il livello complessivo resta fermo. In Italia funziona davvero così?

Schema concettuale.

Incidenza e spesa: due mappe dello stesso Paese

Prima cosa · quota di nuove diagnosi e quota di spesa farmaceutica, per gruppo di tumori

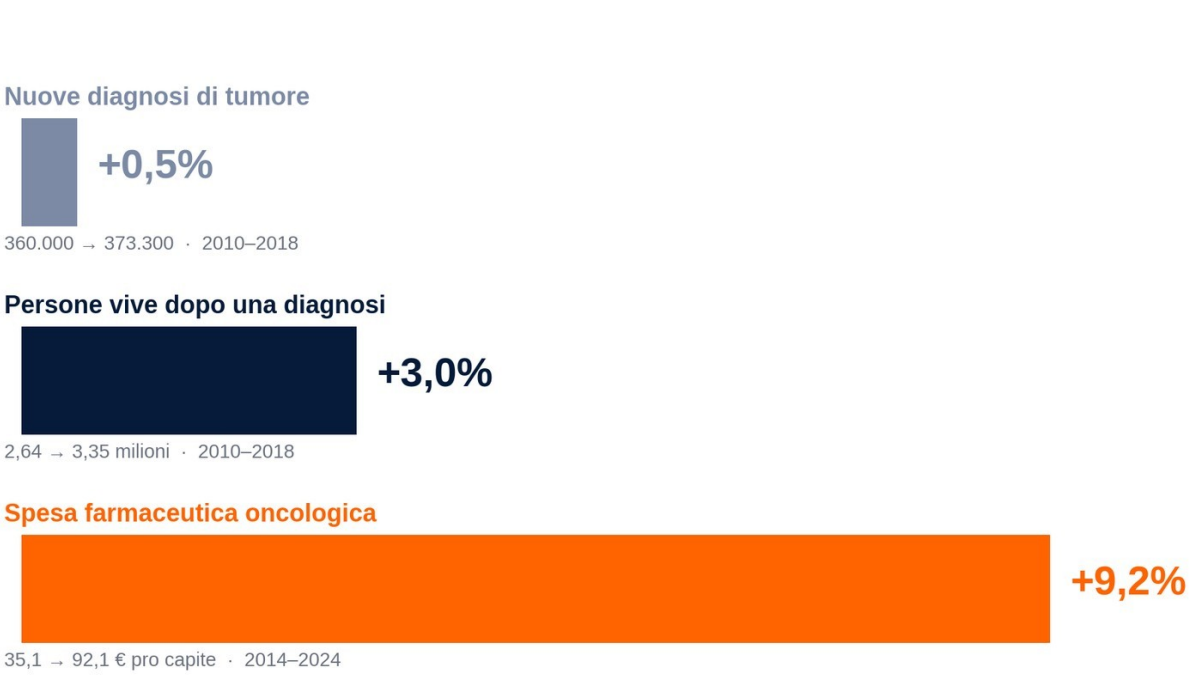


Il colon-retto è il secondo tumore d'Italia per nuove diagnosi e vale circa il 2% della spesa farmaceutica oncologica. L'onco-ematologia, con un decimo delle diagnosi, ne assorbe quasi un terzo.

Elaborazione su AIFA-OsMed 2025, 41 categorie ATC IV · intervalli 5°–95° pct · AIFA non pubblica una ripartizione per patologia

Non ci si ammala di più.
Si sopravvive di più.

Seconda cosa · crescita media annua di diagnosi, sopravviventi e spesa

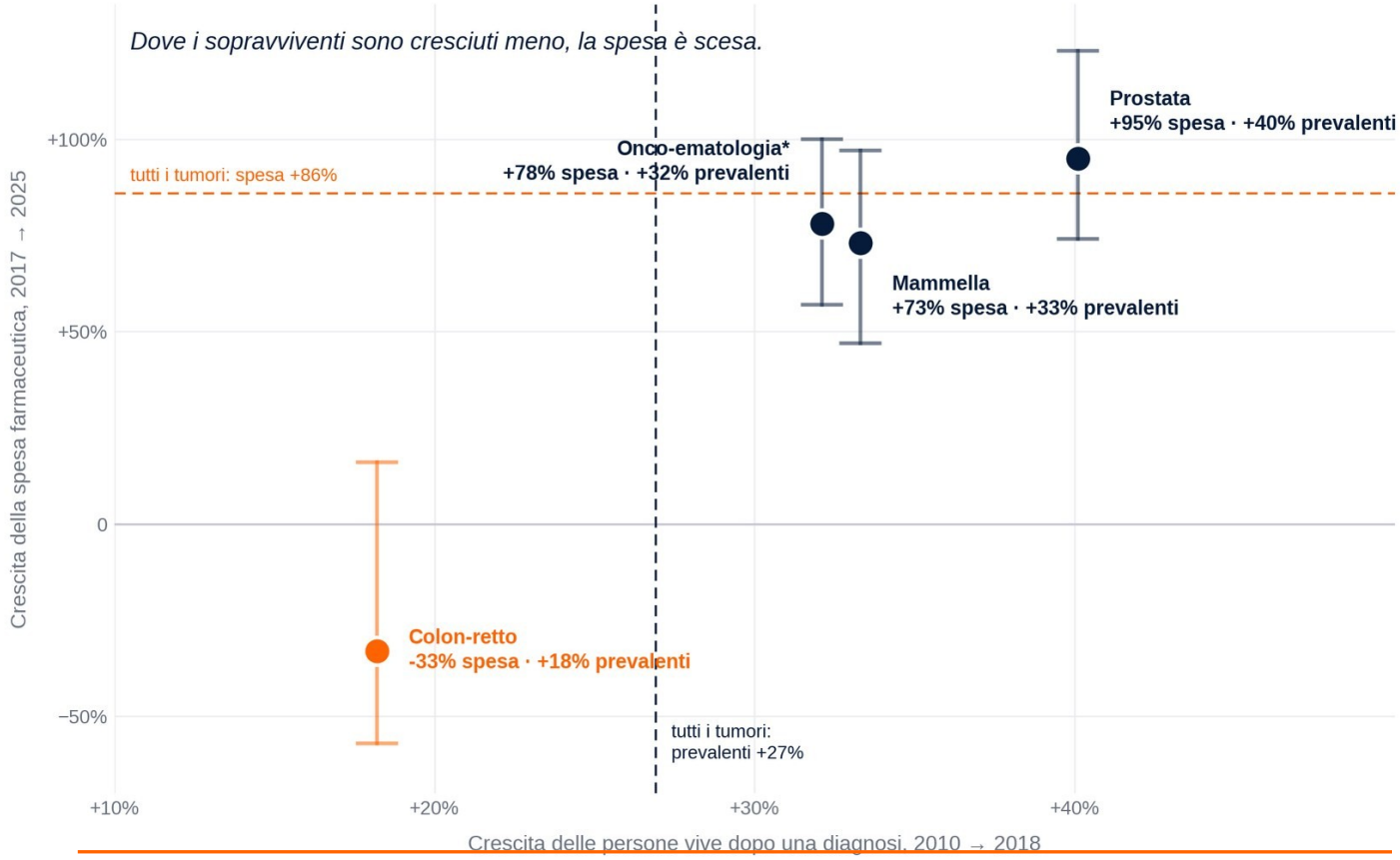


La spesa non segue chi si ammala: segue chi sopravvive. L'innovazione allunga la sopravvivenza, la prevalenza cresce, e più prevalenti trattati significano più spesa che continua negli anni.

Tassi medi annui composti. Nuove diagnosi: AIOM-AIRTUM 2010-2018. Prevalenti: Guzzinati et al., BMC Cancer 2018 e ESMO Open 2024 (stime AIRTUM), 2010-2018. Spesa oncologica pro capite: AIFA-OsMed 2024, sez. 3.1.1, 2014-2024, tasso calcolato da AIFA. Le finestre non coincidono e sono indicate accanto a ciascuna serie.

Più sopravviventi, più spesa. Meno sopravviventi, meno spesa.

Terza cosa · i vasi comunicano, ma male: crescita dei prevalenti e crescita della spesa, per sede

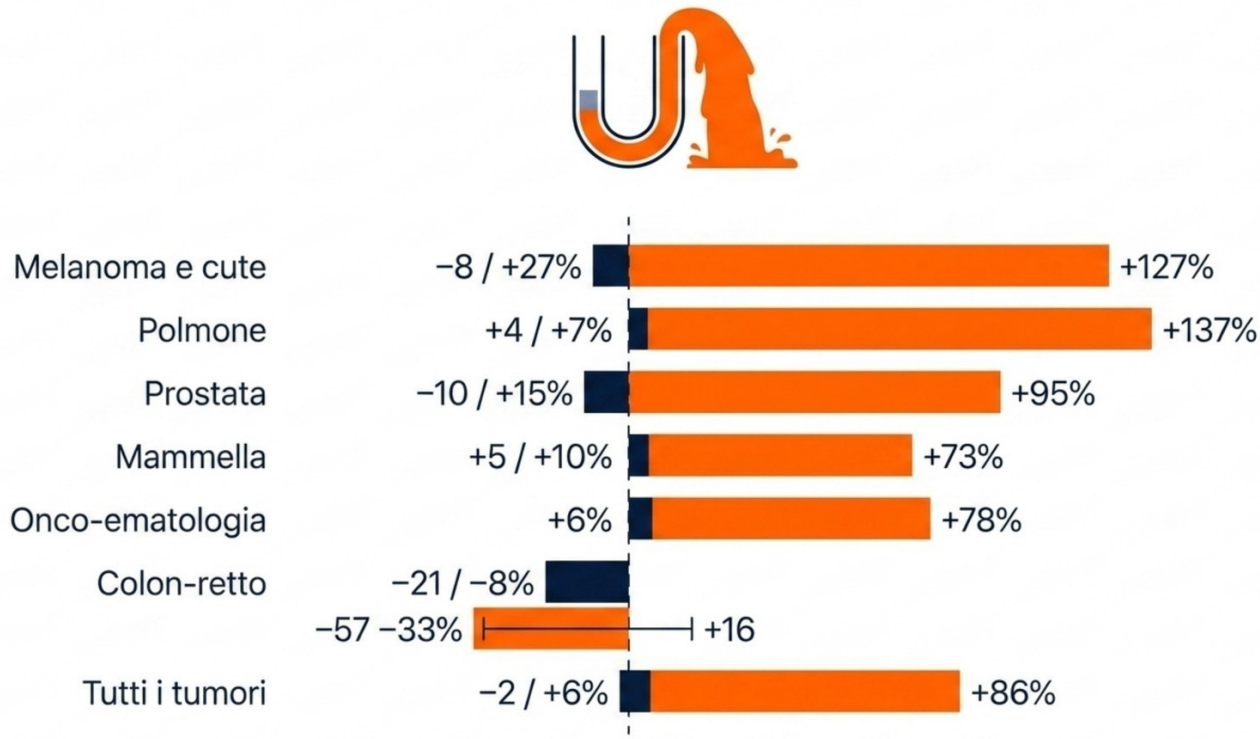


Mammella, prostata e onco-ematologia: prevalenti +32–40%, spesa +73–95%. Il colon-retto è cresciuto meno di tutti nei sopravviventi, +18%, ed è l'unico in cui la spesa è scesa. Dove arriva innovazione crescono i sopravviventi, e la spesa con loro.

Prevalenza 2010 (Guzzinati et al., BMC Cancer 2018) e 2018 (ESMO Open 2024), stime AIRTUM coerenti con I numeri del cancro 2025. Spesa: elaborazione su AIFA-OsMed 2017 e 2025, intervalli 5°–95° percentile. Per l'onco-ematologia la prevalenza è dei soli linfomi non Hodgkin. La crescita della prostata riflette in larga parte l'anticipazione diagnostica da PSA; quella del colon-retto è frenata anche dallo screening.

Otto anni di travasi che nessuno ha deciso

Terza cosa · variazione 2017 → 2025 di diagnosi e spesa

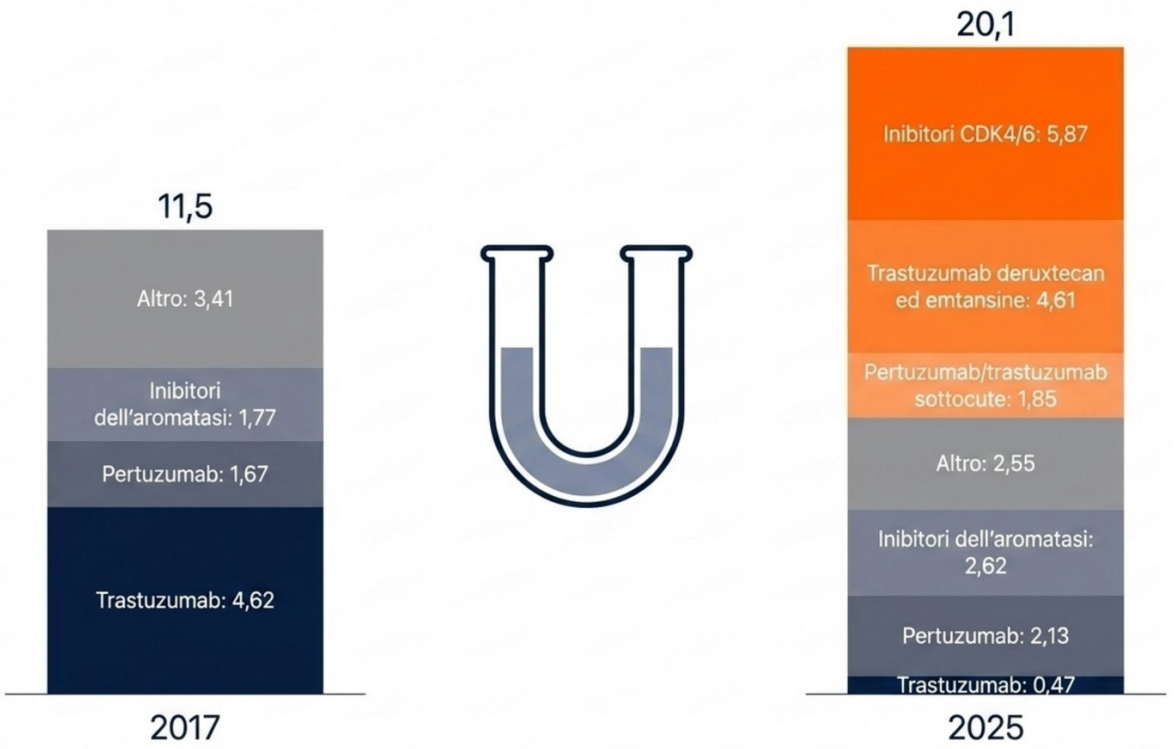


Polmone e melanoma più che raddoppiati con l'immunoterapia; ematologia, mammella e prostata tra +73 e +95%. Il colon-retto è l'unico gruppo la cui spesa non è cresciuta.

Diagnosi: AIOM 2017 vs le due stime 2024/25 · Spesa: OsMed 2017 (per molecola) e 2025 (per categoria ATC) · melanoma e polmone 2017 con intervalli ampi

La mammella ha cambiato tutto ciò che compra

Terza cosa · stesso livello, acqua diversa: la quota resta al 21–22%



Trastuzumab da 4,62 a 0,47 euro pro capite dopo i biosimilari; al suo posto CDK4/6 (5,87) e anticorpi coniugati (4,61). Il travaso è avvenuto dove c'era una pipeline pronta a riempire il vaso, non dove qualcuno ha scelto di reinvestire. E del trastuzumab residuo, il 60% è la formulazione sottocute, dove il biosimilare non arriva.

OsMed 2017 (Tab. 3.2.2c) e OsMed 2025 (Tab. 2.1.10, 3.11, 3.18, 3.19) · euro pro capite · trastuzumab 2025: biosimilare ev 0,18, originator sc 0,28

Colon-retto: un vaso si è svuotato

Terza cosa · 125.000 prevalenti in più, nessun farmaco nuovo

2°

tumore per nuove diagnosi in Italia



+18%

persone vive dopo una diagnosi, 2010 → 2018

≈2%

della spesa farmaceutica oncologica

−33%

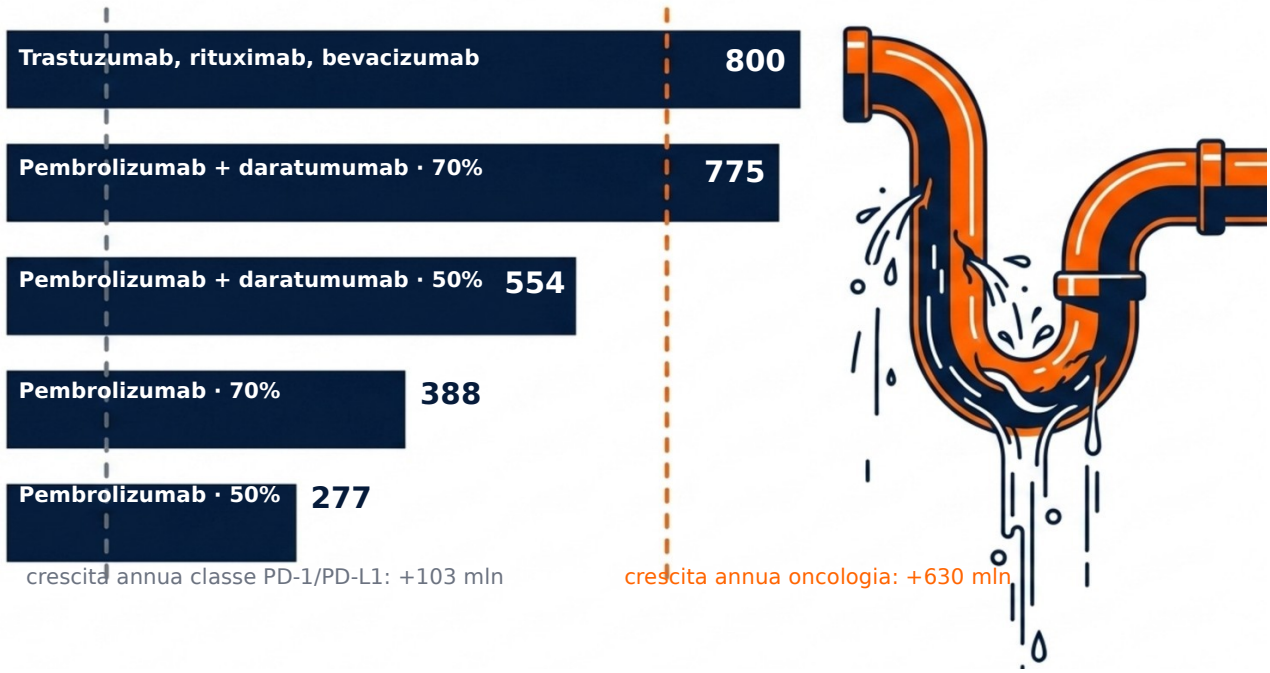
spesa 2017 → 2025 (da −57 a +16%)

Ha perso bevacizumab e cetuximab e non ha ricevuto nulla di paragonabile: è l'unico gruppo la cui spesa non è cresciuta. L'acqua è andata al polmone e al melanoma. Nessuno ha scelto questo travaso.

AIOM-AIRTUM 2025; AIRTUM 2026; prevalenti 2010→2018 da Guzzinati et al. (BMC Cancer 2018, ESMO Open 2024); elaborazione su OsMed 2017 e 2025 · spesa per nuova diagnosi 1.600–2.100 €, contro 56–62 mila per l'onco-ematologia

Quanto spazio libera una scadenza?

Quarta cosa · il prossimo travaso non basterà



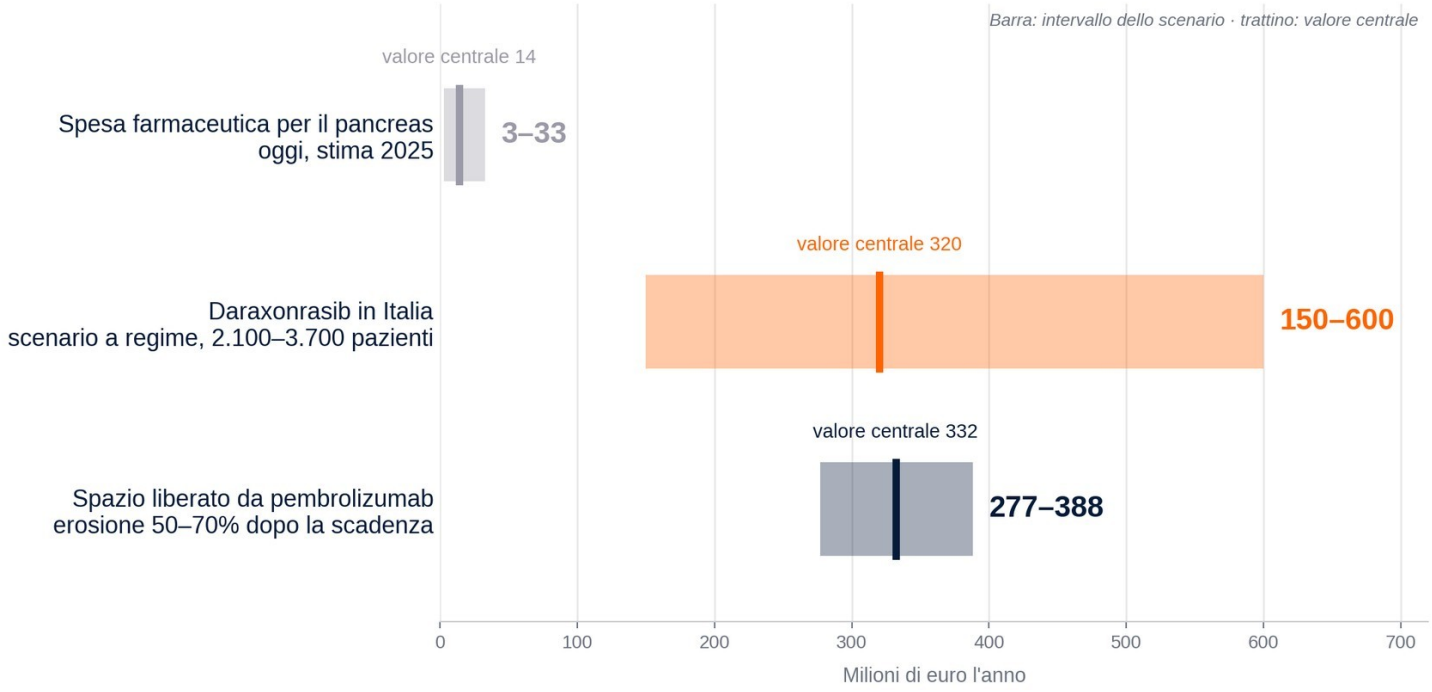
Pembrolizumab e daratumumab valgono 1,1 miliardi l'anno e potrebbero liberare 550–890 milioni. Sembrano molti: sono tra dieci e diciassette mesi di crescita dell'oncologia italiana. Il solo pembrolizumab, 277–388 milioni, ne copre tra cinque e sette. Se il sottocute farà con pembrolizumab ciò che ha fatto con trastuzumab, anche meno.

OsMed 2025: pembrolizumab 554,1 mln, daratumumab 553,5 · scadenze europee attese tra fine decennio e 2031 (bilanci Genmab, BMS; pembrolizumab dipende dai certificati complementari) · erosione 70–80% osservata (Egualia)

Pancreas: da nulla da comprare



Quarta cosa · e intanto arriva altro



Sopravvivenza a 5 anni 11%, meno dell'1% della spesa, perché non c'era nulla da comprare. Daraxonrasib, approvato FDA il 26 agosto: 13,2 mesi contro 6,7, 39.800 dollari al mese. In Italia potrebbe valere 150–600 milioni l'anno: da solo, più dell'intero patent cliff. Ed è ciò che vogliamo.

FDA 26/8/2026; WAC 39.800 $/30 gg (Revolution Medicines) · scenario Italia: 13.585 diagnosi, 45–55% metastatici, 35–50% in 2ª linea, 12–20 mila €/mese per 6–8 mesi · prezzo italiano non negoziato

Cosa ho fatto, cosa non so

Metodo e limiti

Spesa per tumore

41 categorie ATC IV degli acquisti diretti (L01-L02) più radiofarmaci, lenalidomide/pomalidomide e inibitori dell'aromatasi. Le categorie tumore-specifiche coprono il 58% senza assunzioni.

Epidemiologia

Due stime AIRTUM per lo stesso anno (report AIOM 2025; Cancer Epidemiology 2026), usate come intervallo. Mieloma da edizioni precedenti.

Categorie miste

PD-1/PD-L1 allocati molecola per molecola; ADC e bispecifici con pesi dichiarati. Incertezza: 10.000 estrazioni sui pesi, intervalli 5°–95° percentile.

Perimetro

Esclusi supportive care, L03-L04 non oncologici, convenzionata oltre gli inibitori dell'aromatasi. Valori nominali, coerenti con la serie OsMed dei farmaci oncologici.

Serie 2017

OsMed 2017 pubblicava per molecola e sottogruppo: strumento diverso dal 2025. Il confronto è tra due ricostruzioni, non tra due misure.

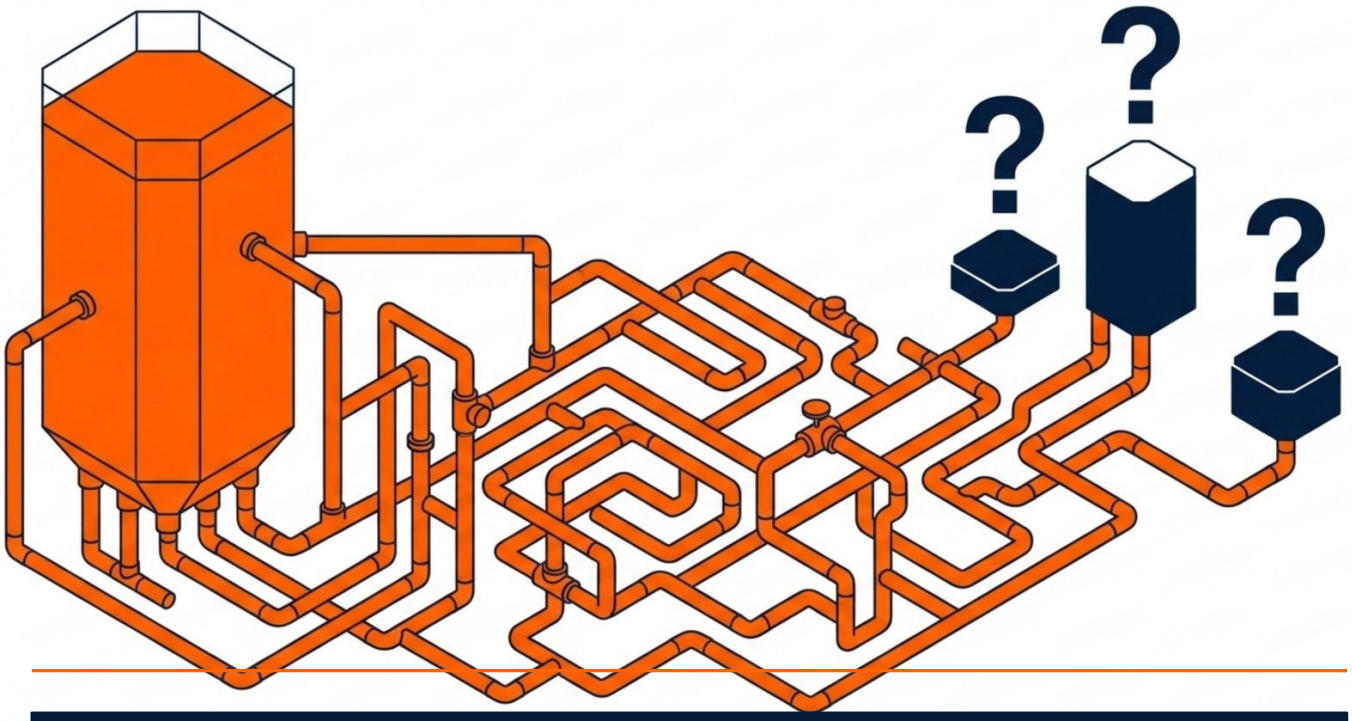
Cosa non so

Il prezzo italiano di daraxonrasib. La data europea di pembrolizumab. La ripartizione ufficiale AIFA per patologia, che non esiste.

Fonti: AIOM-AIRTUM, I numeri del cancro 2017 e 2025; AIRTUM, Cancer Epidemiology 2026; Guzzinati et al., BMC Cancer 2018 e ESMO Open 2024; AIFA-OsMed 2017, 2024 e 2025; Egualia; bilanci Genmab e BMS; Revolution Medicines (WAC daraxonrasib, agosto 2026). Dataset, pesi e intervalli disponibili su richiesta.

La domanda che resta

Non basta chiedersi quanto costerà l'oncologia.



Quanta acqua dovrà arrivare nel vaso dell'oncologia nei prossimi cinque anni — e da quale vaso la prendiamo?

@Disfarm UniMi · @ISPOR Italy-Rome Chapter · #MarketAccess #HTA #Farmacoeconomia #AIFA #HealthPolicy