



21 giugno 2014

POLITICA E SANITÀ

Truffa su vaccini H1N1, perquisizioni in Novartis.

L'ad della divisione vaccini della casa farmaceutica Novartis, Francesco Gulli, è indagato con l'accusa di truffa aggravata nell'inchiesta della procura di Siena sulla fornitura del vaccino pandemico anti A(H1N1) al ministero della Salute: gli investigatori ipotizzano un danno all'erario di 2,7 milioni di euro. Perquisizioni si sono svolte ieri nelle sedi del gruppo farmaceutico Novartis, a Siena e a Origgio (Varese). L'inchiesta dei carabinieri del Nas di Firenze è coordinata dalla procura di Siena e ipotizza una truffa nell'ambito della fornitura al ministero della Salute del vaccino contro l'influenza A(H1N1) del 2009. Gli investigatori ipotizzano una truffa legata al risarcimento che nel 2012 lo Stato versò a Novartis, a cui, nel 2010, in seguito al "cessato allarme" pandemia, il ministero aveva chiesto l'interruzione della fornitura del vaccino. L'accusa ipotizzerebbe che il risarcimento venne calcolato sulla base del prezzo fittiziamente gonfiato da Novartis di un componente essenziale del vaccino, l'adiuvante MF59. Il costo sarebbe stato incrementato grazie a una serie di sovrapproduzioni fra le società del gruppo. **Pronta la replica dell'azienda che in una nota «desidera sottolineare che il suo operato è - ed è sempre stato - improntato al pieno rispetto della legge e delle disposizioni vigenti. Novartis rinnova la sua disponibilità a collaborare pienamente con le autorità competenti, verso le quali nutre la massima fiducia».**

Marco Malagutti

Sofosbuvir, il Nice UK prende tempo. Gasbarrini: il problema è il prezzo

L'adozione del Sofosbuvir, il farmaco di nuova generazione contro l'Epatite C sta facendo discutere in molti Paesi e secondo **Antonio Gasbarrini**, docente di Gastroenterologia all'Università Cattolica di Roma, si sta cercando di decidere una strategia europea. Infatti, se in Italia la negoziazione tra l'Aifa e l'azienda produttrice Gilead è stata sospesa per un mese per poter definire l'accordo, in Gran Bretagna il Nice ha chiesto nuove informazioni sul farmaco prima di approvarne l'adozione per il servizio sanitario.

«Il problema del Sofosbuvir è il prezzo, - dice senza mezzi termini Gasbarrini - nessuno contesta che sia un farmaco eccezionale: si sta avvicinando ai 10 miliardi di dollari di vendite e diventerà entro l'anno il più venduto della storia della medicina. Ma in genere quando un farmaco è molto venduto costa relativamente poco, mentre per un trattamento con il Sofosbuvir di tre settimane si parla di 50 o 60 mila euro».

Il Nice è l'ente valutatore del sistema sanitario inglese del rapporto tra costo ed efficacia dei farmaci: «è il più rappresentativo a livello europeo e in passato ha ritenuto non costo-efficaci tanti farmaci, che il sistema sanitario nazionale inglese non distribuisce; ha quindi un impatto fortissimo sulle scelte britanniche ma anche europee. La presa di posizione del Nice sul Sofosbuvir era un evento molto atteso».

E la decisione del Nice è stata di chiedere maggiori evidenze sull'efficacia del farmaco per alcuni sottogruppi di pazienti con epatite cronica. L'epatologo italiano sospetta che si tratti di un modo per ottenere una riduzione del prezzo: «Il Nice non mette in dubbio la costo-efficacia del Sofosbuvir per i malati gravi, ma l'epatite in fase iniziale ha una lunga storia naturale prima che si sviluppi una cirrosi, cosa che non sempre succede. Dati a lungo termine non possono essere ovviamente forniti perché si tratta di un medicinale nuovo; quindi l'ente britannico dice che in questo momento non ha abbastanza informazioni per affermare che il farmaco è costo-efficace, ma è verosimile che abbassando i prezzi lo diventi».

Renato Torlaschi

Corte Ue: stati a rischio sostenibilità non tenuti a rimborsare cure all'estero

Prima batosta al diritto dei pazienti di uno stato dell'Unione di curarsi in un altro stato comunitario se non possono fruire in casa propria di una prestazione rientrando nei livelli essenziali di assistenza "promessi". L'Avvocato della Corte di Giustizia Ue Cruz Villalon, riferendo su un contenzioso tra una degente romana (costretta poi a pagare in Germania 18 mila euro d'intervento) e l'ospedale "reo" di non avere il materiale adeguato a curarla, afferma che un conto è quando un paziente è forzato a trasferirsi perché - se non curato in tempo per una prestazione fruibile a casa sua - peggiorerebbe; altro è se in tutto il paese nessun ospedale ha i materiali per garantire una prestazione adeguata. Nel primo caso la sanità del paese di provenienza non può evitare di pagare la prestazione alla struttura del paese di destinazione. Può magari ridurre la tariffa richiestale al livello della propria se in quel dato momento il paziente proprio non riesce a trovare dalle sue parti una cura fruibile tempestivamente. Ma quando, per carenze persistenti, la prestazione "promessa" non può essere garantita in nessuna parte di quel paese, l'Ue non può imporre l'obbligo di rimborso: si rischierebbero il fuggi-fuggi dei pazienti e il crack del servizio sanitario di provenienza. La pronuncia dell'avvocato Ue non è vincolante per la sentenza che darà alla fine la Corte, e si riferisce a un caso e a sentenze antecedenti alla Direttiva transfrontalieri 24/2011. Ma potrebbe valere per la stessa Direttiva. E giunge mentre in Italia il rapporto dell'Osservatorio di Cittadinanzattiva sul Federalismo sottolinea come otto regioni su 20 non solo non mettano online le novità della direttiva transfrontalieri ma non informino chi "naviga" su come si ottengono le cure all'estero. Il Rapporto conferma poi che le regioni sono più attente a evitare il deficit che a garantire i Lea. Il coordinatore del Tribunale del Malato Tonino Aceti avverte del rischio implosione del Ssn che l'Italia corre con una revisione delle prestazioni essenziali e del meccanismo dei ticket calate dall'alto: «Il patto per la salute non può ridursi a un accordo stato-regioni che metta le mani su diritti acquisiti, come l'esenzione per patologia cronica o rara. Si devono ascoltare i pazienti, gli italiani, i medici e i sanitari. Questi attori devono poter dire su cosa si deve investire, specie nelle regioni che nel loro sforzo di rientro dal deficit non riescono a garantire l'assistenza essenziale».

Mauro Miserendino