

## I MERCANTI DEL DIRITTO ALLA SALUTE

**Il fallimento dei negoziati al vertice della WTO fa naufragare le speranze dei Paesi poveri di accedere ai farmaci essenziali a basso costo**

di LORENZO RINELLI

**A** dicembre, durante l'incontro fra i 144 membri dell'Organizzazione Mondiale per il Commercio (WTO), gli Stati Uniti hanno posto il loro veto al compromesso che avrebbe dovuto concretizzare il programma d'intenti tracciato al vertice di Doha, nel Qatar, nel novembre del 2001. In quell'occasione, si era di fatto sancita la supremazia del diritto alla salute sul diritto dei brevetti, lo spirito umanitario sulla logica del profitto, sancendo che "niente impedisce agli Stati membri di prendere misure per proteggere la salute pubblica, in particolare contro l'Aids, la tubercolosi, la malaria e altre malattie".

Questo testo rappresentava un cambio radicale nelle politiche pubbliche dei governi volte a fronteggiare tali malattie, che provocano più di 6 milioni di morti l'anno, realizzava la speranza dei Paesi poveri di poter comprare ad un prezzo più accessibile i farmaci necessari, di far valere una deroga, la "licenza obbligatoria" per produrre copie dei medicinali ad uso interno o nel caso di Paesi privi d'industrie farmaceutiche, la possi-

*«Sono stanco di vedere donne, uomini e bambini morire di Aids o per la malattia del sonno pur sapendo che le cure esistono e possono essere disponibili, solo che ce ne fosse la volontà. Sono stanco di constatare come il profitto abbia sempre la meglio sul diritto alla salute. Sono stanco della logica secondo cui chi non può pagare, muore»*

**James Orbinski**  
presidente di MSF  
(Medici Senza Frontiere)  
Internazionale

bilità di "importazioni parallele" dei farmaci essenziali.

Ma quali sono i farmaci essenziali? Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), i farmaci essenziali sono quelli che soddisfano i bisogni prioritari della popolazione in materia di cure sanitarie. Sono selezionati tenendo conto della loro incidenza sulla salute pubblica, della dimostrata efficacia e sicurezza, e dell'efficienza comparativa dei costi.

I farmaci essenziali devono essere sempre disponibili all'interno di un contesto di sistemi sanitari funzionanti in ammontare adeguato, nell'appropriato dosaggio, con qualità assicurata e adeguata informazione, e al prezzo che il consumatore individuale e la comunità possono permettersi di pagare.

L'attuazione del concetto di farmaci es-

senziali deve essere flessibile e adattabile a molte situazioni diverse; stabilire quali farmaci sono considerati essenziali resta una responsabilità nazionale.

Nonostante tali intenti, le cifre dimostrano chiaramente quanto la situazione sanitaria nei Paesi in via di sviluppo sia grave, in particolare per le malattie infettive e parassitarie: milioni di persone muoiono perché non possono pagarsi le cure necessarie.

Più del 75% della popolazione mondiale che vive nel Sud del mondo consuma solo il 15% della quantità totale di farmaci prodotta sul nostro pianeta. Circa 10 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni muoiono per infezioni respiratorie acute, malattie intestinali, tubercolosi e malaria, malattie spesso facilmente prevenibili o curabili. Nelle prigioni siberiane, un quarto dei detenuti malati di TBC multiresistente muoiono perché non hanno accesso al trattamento di seconda linea, troppo costoso. All'ospedale Mbagathi di Nairobi, i sieropositivi malati di meningite opportunistica vengono rimandati a casa perché la cura è resa inaccessibile dai brevetti che la proteggono: per i kenioti, un giorno di trattamento costa 20 dollari mentre in Thailandia, dove non ci sono brevetti protettivi, solo 0,70 dollari.

Dei 15 milioni di persone che ogni anno muoiono a causa delle malattie infettive, l'1,2% proviene dai Paesi industrializzati, il 43% dai Paesi a basso reddito. Entro il 2010, l'Aids potrebbe provocare un aumento del 75% della mortalità infantile nell'Africa meridionale ed orientale, come recita il Rapporto sul Progresso delle Nazioni dell'anno 2000. A causa dell'Aids,



La lenta agonia di un bimbo malato di AIDS.

che colpisce ed uccide la popolazione giovane e produttiva, il Pil del Kenia diminuirà dell'1,5% entro il 2005. Dei 1.233 farmaci commercializzati tra il 1975 e il 1997, 379, ovvero il 31%, sono considerati innovazioni terapeutiche mentre solo 11 sono dedicati alla lotta contro le malattie tropicali. Di questi 11, 6 derivano dalla ricerca veterinaria e 3 dalla ricerca dei militari americani durante la guerra del Vietnam. Di questi 11, quindi, la gran parte non è legata ad una ricerca civile sull'uomo.

Il 90% del denaro investito in ricerca e sviluppo di nuovi farmaci è destinato a problemi sanitari che riguardano meno del 10% della popolazione mondiale, mi riferisco in particolare all'obesità, all'impotenza e alla calvizie. Dall'annuale ricerca e sviluppo mondiali relativi alla sanità, solo lo 0,2% riguarda polmonite, dissenteria e tubercolosi, sebbene queste patologie rappresentino il 18% dei casi globali di malattia. Nella lista dei farmaci essenziali (costantemente aggiornata e oggi diffusa in 150 Paesi) non sono stati inclusi molti farmaci coperti da brevetto,

perché troppo costosi per i Paesi poveri e di conseguenza 1/3 della popolazione mondiale, quasi due miliardi di persone, non riesce ad avere accesso a questi farmaci: per molte persone questo suona come una condanna a morte senza appello. Ma la cifra più importante da ricordare, per capire questa logica assurda, è che il mercato dei farmaci nel mondo vale intorno ai 400 miliardi di dollari di cui il 75% vengono dai Paesi occidentali, Nord America, Europa e Giappone, mentre l'Africa vale solo l'1,5% di questo affare.

Patologie che noi ormai consideriamo stati di malessere – mi riferi-

sco in particolar modo alla dissenteria, oggi forse la maggior causa di morte nella fascia infantile da 0 a 5 anni – diventano morti sicure se non si interviene con i farmaci.

Perché i farmaci mancano? I farmaci non sono resi accessibili perché il loro prezzo è troppo alto e assolutamente fuori dalla portata delle persone che vivono nei Paesi a basso reddito. Avviene che il farmaco efficace non sia più disponibile sul mercato. Oppure avviene che il farmaco non esista più, che sia messo fuori commercio e non vi sia più ricerca e sviluppo di far-



Distribuzione di medicinali in un "ospedale" ugandese.

maci che possano servire a combattere certe patologie.

Si configura, oserei dire, una sorta di *omissione globale di soccorso*. È omissione globale di soccorso laddove le cure esistono ma non vengono somministrate, laddove il meccanismo di ricerca e sviluppo non viene attivato perché non risponde alle leggi del profitto.

Il farmaco sembra rappresentare davvero la migliore cartina al tornasole di come la salute sia passata da dominio del diritto, a dominio del profitto, da diritto riconosciuto per tutti, ad un oggetto di dominio del mercato. In sostanza, oggi i farmaci si trattano alla stre-

gua dei CD, delle Barbie e di qualunque altro bene di consumo. E come gli altri beni di consumo sono regolati e protetti per mezzo dei TRIPS, (Trade Related Aspects of Intellectual Properties) accordi negoziati in sede WTO (World Trade Organization) che riguardano la proprietà intellettuale, ovvero i brevetti, in modo tale che chi mette a punto un farmaco, tramite il brevetto, si assicura che nessuno possa "copiarlo", così che i Paesi del sud del mondo attualmente in grado di sviluppare farmaci a basso costo, si scontrino sovente con le

norme internazionali in materia di proprietà intellettuale, e con la tutela dei brevetti.

Questo accordo sui TRIPS è entrato in vigore nel 1996, anche se per 48 Paesi meno avanzati il termine è stato prorogato al 2006. I TRIPS stabiliscono che l'inventore o il titolare di una invenzione o di una qualunque scoperta può gestire la sua scoperta per 20 anni in base ad un regime monopolistico, ovvero per 20 anni ha la titolarità assoluta su questa invenzione e può decidere in maniera del tutto arbitraria i criteri dei prezzi

e di approvvigionamento. È evidente, l'effetto devastante che una simile regola viene ad assumere, quando applicata ai farmaci, soprattutto se si pensa che il titolare dell'invenzione può stabilire eventualmente, quali criteri di ritorsione adottare contro i Paesi che non accettano il suo monopolio. Il sistema dei brevetti conferisce alle case farmaceutiche il monopolio sui farmaci permettendo loro di fissare prezzi elevati e uguali in tutti i Paesi. Si immagini un mondo in cui il costo di un chilo di pane fosse uguale a Nairobi, Managua e Milano o più alto a Bangkok che a Toronto. Bisogna che tale sistema

cambi: la società civile deve impegnarsi in questa azione e le scelte politiche di oggi devono essere rimesse in questione. Come? Due sono state le strade percorse finora: la "licenza obbligatoria" e l'«importazione parallela». La prima dovrebbe permettere alle autorità di un Paese di dare la licenza per produrre localmente un farmaco, ancora sotto brevetto, senza l'autorizzazione del detentore; la seconda permette invece di importare dall'estero un farmaco il cui prezzo sia più basso che nel proprio Paese, anche qui senza necessità di autorizzazione, monitorando l'applicazione delle regole commerciali vigenti elaborate per assicurare la disponibilità di prodotti essenziali. Si può ricorrere a queste due possibilità, tuttavia, solo in casi eccezionali di emergenze sanitarie o abuso del brevetto da parte del detentore.

Inoltre ogni volta che i Paesi in via di sviluppo hanno tentato di percorrere queste strade sono stati ricattati con la minaccia di ingenti sanzioni economiche. È celebre in proposito il caso del Sudafrica e del processo contro il "Medicin Act", intentato da 39 case farmaceutiche per bloccare la legge voluta da Mandela per contrastare il monopolio sui farmaci contro



In Iraq dopo l'embargo.

l'Aids e per consentirne l'accessibilità a tutti i malati.

Quello che il Sudafrica ha voluto fare con il "Medicin Act" di Mandela nel 1998, non è stato altro che la rivendicazione del proprio diritto a trattare gli oltre 4 milioni di sieropositivi all'interno del Paese. Allo stesso modo, il Brasile, rivendica la possibilità di adottare una legge di produzione nazionale degli antiretrovirali perché se lo può permettere, essendo come l'India un Paese dalla forte capacità produttiva, ma immediatamente una

azienda farmaceutica americana spinge sul governo USA a far causa al Brasile.

Nel 2001 a Doha, l'America era in piena psicosi per le lettere all'antrace; George W. Bush aveva minacciato la Bayer di non rispettare il suo brevetto sul Cipro, se i prezzi dei medicinali contro il carbonchio non fossero scesi. Ma tutta questa disponibilità è presto svanita sotto le pressioni delle lobby farmaceutiche che hanno esibito l'efficace spauracchio di una riduzione dei profitti a causa della cupidigia di quei Paesi poveri, come l'India, più propensi a rivendere i medicinali prodotti all'estero, che a soddisfare le necessità interne.

Sarebbe come dire: «Mi dispiace, ma Lei muore a causa del mercato!». Quando una malattia colpisce quasi esclusivamente persone povere di Paesi poveri, non dotate di sufficiente potere d'acquisto, la situazione è considerata di poco interesse per l'industria mondiale dei farmaci che persegue una logica di mercato, e dunque i profitti anziché la pubblica utilità. Sembra chiaro che la salute, da bene di diritto fondamentale, è diventata il promemoria che non tutti gli esseri umani sono uguali e chi non è competitivo non è neanche titolare di diritti. ■



Un laboratorio farmaceutico per preparazioni galeniche.