

Big pharma, i colossi farmaceutici che strozzano il Sud del mondo

Il numero delle persone sieropositive continua ad aumentare – da 35 milioni nel 2001 siamo passati a 38 milioni nel 2003, sino a raggiungere i 42 milioni nel 2004. Nello stesso anno, circa 3 milioni di persone sono morte di AIDS; da quando la malattia è stata identificata, nel 1981, sono morte oltre 20 milioni di persone. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nei paesi in via di sviluppo le persone che necessitano di un trattamento antiretrovirale, vale a dire una combinazione di almeno tre farmaci in grado di inibire la replicazione del virus HIV e che nei paesi industrializzati ha ridotto i tassi di mortalità dell'80%, siano almeno 6 milioni, ma solo una minoranza di loro riceve i farmaci di cui avrebbe bisogno.

La buona notizia è che i farmaci funzionano, e funzionano ovunque. Ma purtroppo sono sottoposti a brevetto. Secondo le norme attualmente operanti, il brevetto garantisce un monopolio sul farmaco per un periodo di venti anni, e vieta la produzione, l'impiego ed il commercio di prodotti equivalenti se non si è autorizzati dal titolare del brevetto. In tal caso, la produzione del principio attivo e la vendita sono soggetti ad un costo che le economie più deboli non possono sopportare. I brevetti sono quasi sempre in possesso di aziende occidentali: due terzi del mercato appartiene ad una ventina di grandi gruppi e la tendenza alla concentrazione cresce.

A contendersi un settore in crescita costante sono poche multinazionali farmaceutiche. Familiaramente note come Big Pharma, otto multinazionali farmaceutiche (cinque anglosassoni e tre europee) da sole si spartiscono oltre la metà del fatturato complessivo. La loro immensa fortuna si basa su alcuni importanti accordi commerciali, tra cui l'accordo TRIPS, entrato in vigore nel gennaio 1995.

Va sottolineato che prima dell'entrata in vigore di tale accordo non tutti gli Stati riconoscevano i diritti di Proprietà Intellettuale, in particolare per il settore farmaceutico, con motivazioni diverse ma comunque legate a preoccupazioni di salute pubblica. Altri Stati preferivano garantire i brevetti solo sul prodotto e non sul processo produttivo, in modo da permettere alle industrie generiche locali, tramite il meccanismo del reverse engineering, di giungere comunque, con metodi diversi, a prodotti qualitativamente equivalenti.

Pur senza entrare troppo nel dettaglio, occorre comunque notare che uno dei problemi relativi all'accesso ai farmaci brevettati nei Paesi poveri è proprio il loro costo, e che ciò è dovuto essenzialmente allo sfruttamento dei diritti di proprietà intellettuale: troppo elevato per il reddito medio della popolazione di molti paesi del sud del mondo. Per alcuni Stati, come Uganda e Zimbabwe, il costo potenziale di una terapia a base di tre antiretrovirali brevettati supera infatti il valore delle entrate totali del Paese, anche qualora si considerassero solo i casi ad immediato rischio di sopravvivenza. Parliamo di paesi con una prevalenza che supera il 40%, e dove il reddito medio difficilmente raggiunge la cifra di un dollaro al giorno. Vale a dire che in paesi come Uganda, Zimbabwe, o Sudafrica, quattro persone su dieci sono sieropositive. E oltre tre milioni moriranno nei prossimi dodici mesi.

A chi sostiene che il problema principale rimane il prezzo dei farmaci antiretrovirali, Big Pharma risponde che portare un nuovo farmaco sul mercato costa 500 milioni di dollari, e che l'unico modo per incentivare la ricerca è garantire alti profitti e un'assoluta tutela dei brevetti. Ma non dice che nel conto sono incluse le spese di commercializzazione, che circa 12 miliardi di dollari vengono spesi ogni anno per mantenere una struttura di vendita di oltre 90,000 informatori farmaceutici, e che nel calcolo sono inclusi anche i salari dei manager (Hank McKinnell, Pfizer: salario annuo di 28 milioni di dollari, più 30,6 milioni di dollari in stock options; Raymond Gilmartin, Merck: salario annuo di 19,5 milioni di dollari, più 48 milioni di dollari in stock options; PR Dolan, Bristol Myer Squibb: salario annuo di 8,5 milioni di dollari, più 3,4 milioni di dollari in stock options; Jean Pierre Garnier, Glaxo Smith-Kline: salario annuo di 11,8 milioni di dollari, solo per fare alcuni esempi). Vale a dire che il totale degli stipendi di soli quattro C.E.O., vale a dire i presidenti delle

multinazionali farmaceutiche che controllano il mercato della salute globale, corrisponde al costo dei farmaci necessari a trattare, per un anno, 1.154.285 persone.

E se la presenza di farmaci generici di alta qualità ha dimostrato quanto sia essenziale spezzare il monopolio delle multinazionali, la vera sfida per i prossimi anni è garantire un aumento costante della produzione e della distribuzione di antiretrovirali verso il sud del mondo, coinvolgendo nello sforzo anche i paesi industrializzati. Alla fine del 2004, seguendo l'esempio del governo Canadese, la commissione Europea ha raccomandato la rapida implementazione della decisione adottata dall'Organizzazione Mondiale il 30 Agosto 2003, che autorizza i paesi industrializzati a produrre farmaci generici da esportare verso paesi che abbiano emesso una licenza obbligatoria, senza avere la necessaria capacità produttiva. L'allora commissario Europeo per il commercio, Pascal Lamy, ora alla testa dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, si augurava che tale raccomandazione venisse rapidamente adottata dal Parlamento Europeo e, soprattutto, dagli Stati membri. Da allora nulla è stato fatto.

Preoccupa allo stesso modo il fatto che una nuova burocrazia globale viva e prosperi sull'AIDS. Su ogni singolo caso di AIDS nel mondo, c'è qualcuno – generalmente un funzionario di classe media, bianco e bene istruito, che nella maggior parte dei casi vive all'altro capo del mondo - che ci guadagna sopra qualcosa. In una situazione del genere c'è il rischio concreto che la ricerca di una cura definitiva si arrenda alla tentazione di perpetuare all'infinito l'obiettivo.

Se è vero che la questione dell'accesso ai farmaci mette a confronto interessi contrapposti, da una parte le ragioni del profitto, dall'altra le persone sieropositive e le organizzazioni che ne tutelano i diritti, dobbiamo allora chiederci quali siano le ragioni di una parte verso l'altra. A tale proposito va detto che le questioni morali, che in questo caso sono anche, e terribilmente politiche, sono facili da analizzare quando non ci coinvolgono direttamente. Sono state scritte centinaia di pagine su come i cittadini tedeschi possano aver tollerato gli orrori del nazismo; o su come i bianchi Sud Africani possano avere approvato gli orrori che l'apartheid ha inflitto, a loro beneficio, alla maggior parte dei loro concittadini. La situazione delle persone sieropositive che vivono in africa o in altre regioni povere del mondo pone un problema analogo per il mondo occidentale, ricco e sviluppato. Le ineguaglianze relative all'accesso e alla distribuzioni di farmaci salvavita, quali i farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'HIV/AIDS, riflettono le ineguaglianze di un mondo costruito attorno a un sistema di mercato che opprime paesi poveri ed indebitati a vantaggio della parte più ricca del mondo, che proprio attraverso lo sfruttamento di quei paesi riesce a procurarsi materie prime e manodopera a basso costo. Il risultato è che trattamenti efficaci vengono negati a chi più ne ha bisogno, per il bene esclusivo delle multinazionali farmaceutiche e dei loro azionisti.

Quelli che fra noi vivono una vita ricca e opulenta, che hanno accesso a sistemi sanitari in grado di fornire le cure di cui hanno bisogno, non dovrebbero chiedersi come i cittadini tedeschi, o i bianchi sudafricani, abbiano potuto tollerare la vicinanza con sistemi immorali e basati sullo sfruttamento. E' quello che avviene tutti i giorni anche a noi, che viviamo in prossimità alla malattia e alla morte di milioni di persone sieropositive o malate di AIDS. Siamo tutti responsabili per i 35 milioni di persone sieropositive che vivono nel sud del mondo, e che certamente moriranno nei prossimi anni qualora non abbiano accesso a farmaci ai quali noi tutti abbiamo accesso, e sta anche a noi porre fine a questo genocidio.

Mauro Guarinieri (Global Network People With Live HIV AIDS)