

10.000  
dollari l'anno

Il costo dei farmaci anti-Aids per un paziente se si usano quelli prodotti in Occidente

120  
dollari l'anno

Il costo delle stesse cure se si usano farmaci generici prodotti in India

91%  
dei malati

La percentuale di persone affette da Aids che nel mondo usa farmaci indiani

ALESSIO SCHIESARI

# Multinazionali contro l'India la guerra dei farmaci poveri

Due processi a New Delhi segneranno il destino dei generici a basso costo  
Per milioni di malati di Aids nel Terzo Mondo è una questione di vita o di morte

La lotta contro l'Aids cammina su gambe scheletriche come quelle di Thembisile Ferguson, un sudafricano 40enne che ha scoperto di essere sieropositivo nel 1999. Da allora, periodicamente, la malattia gli succhia via la vita, lasciandogli solo la pelle scura, il metro e ottanta di altezza e 35 chili di ossa. La prima volta è successo dodici anni fa, prima che iniziasse a prendere i farmaci anti-retrovirali. Doveva pagarli di tasca sua perché il governo sudafricano non poteva permettersi di curare i 4,1 milioni di malati di Aids del Paese. Quando i pochi risparmi finirono, si rivolse alla clinica Ubuntu di Khayelitsha, un piccolo centro finanziato da Medici senza frontiere.

Era il 2000, e al tempo curare un malato costava 10mila dollari l'anno, perché bisognava pagare le royalty a chi i farmaci li aveva inventati e brevettati. Per questa ragione sono iniziate le prime campagne di Medici senza frontiere e del Tas, il movimento per l'accesso ai farmaci. Sotto la spinta dell'opinione pubblica, nel 2003, il Sudafrica ha modificato la legge sui brevetti per arginare la pandemia di Aids. La nuova legge ha portato la soluzione. Dall'India sono arrivate navi piene di anti-retrovirali generici che, invece di 10mila dollari l'anno, ne costavano appena 120. Thembisile, e con lui tanti altri, ha potuto comin-

## IL «PATENT ACT»

Nel 1970 il governo indiano ha concesso la replica gratuita di molecole coperte da brevetto

ciare a curarsi negli ospedali pubblici. Secondo i dati di Msf, la concorrenza dei generici a basso costo prodotti in India ha reso possibili le cure per 8 milioni di sieropositivi in tutto il mondo. Anche oggi, il 91 per cento dei bambini affetti da Hiv e l'80 per cento dei malati si cura con generici indiani.

Thembisile non lo sa, ma la sua battaglia si combatte anche nelle aule di un tribunale lontano 10mila chilometri, quello di Nuova Delhi, dove si stanno svolgendo due processi che potrebbero avere enormi ricadute sulle possibilità di accesso ai farmaci. Dai camici bianchi alle toghe scure dei magistrati, perché la fortuna dell'industria farmaceutica indiana nasce da una legge: il Patent act del 1970, la legislazione sui brevetti che non riconosceva alcuna royalty alle case farmaceutiche. Per 35 anni l'industria indiana ha replicato, in forma generica, i farmaci creati in Occidente e li ha rivenduti nel Sud del mondo, contribuendo a fare crollare il prezzo di molte medicine del 99 per cento.

Dal 2005 però, come previsto dagli accordi per l'entrata nel Wto, il Patent Act è stato modificato per conciliare il diritto alla salute e quello sulla proprietà intellettuale. Da allora, Nuova Delhi ha concesso 3.488 brevetti in cinque anni. La legge, benché riformulata, mantiene due restrizioni importanti: anzitutto permette di brevettare solo le «vere innovazioni mediche», e non vecchie formulazioni per cui siano stati trovati nuovi modi d'utilizzo. L'altra condizione disciplina i brevetti forzosi, ovvero una clausola con cui lo Stato si riserva il diritto di consentire la produzione di un farmaco a un'azienda diversa da quella detentrica del brevetto se le esigenze sanitarie nazionali lo richiedono. Ad esempio, quando il prezzo di un medicinale è considerato «esorbitante».

Queste clausole sono al centro dei processi di Nuova Delhi, in cui sono impegnati due colossi farmaceutici europei: Novartis e Bayer. La svizzera Novartis contesta la sezione 3d, quella contro l'«evergreening», l'estensione di un brevetto ottenuta grazie a una leggera modificazione del principio attivo. Una



Una attivista anti-Aids a Città del Capo, Sudafrica: senza medicine a basso costo milioni di persone non potrebbero curarsi

pratica considerata da Msf «abusiva» ma assai diffusa, che permette di mantenere artificialmente alti i prezzi bloccando la concorrenza dei generici. Il processo, iniziato nel 2006, riguarda il Glivec, un farmaco antitumorale usato nella cura del leucoma che - secondo l'Ufficio brevetti indiano - sarebbe una semplice riformulazione in forma salina dell'imatinib, una medicina il cui brevetto è già scaduto.

«Con questa tecnica le multinazionali tentano di ribrevettare le stesse medicine per estendere la durata dei brevetti, portandola dai vent'anni concessi dai trattati

internazionali fino anche a quaranta o cinquant'anni», spiega Catherine Tomlinson, capo ricercatrice di Tas, l'Ong sudafricana che si occupa di accesso ai farmaci. La causa di Bayer riguarda invece il Nexavar, un farmaco contro il cancro ai reni e al fegato brevettato nel 2008. Nel marzo scorso però, l'ufficio brevetti ha decretato che lo stesso farmaco fosse prodotto anche in forma generica dalla Natco, con la sola clausola di destinare il 6 per cento dei ricavi alla casa tedesca. È stata la prima applicazione indiana del brevetto forzoso e ha permesso di fare

crollare il prezzo del 97 per cento. La brevettazione forzata è prevista non solo nel Patent act indiano, ma anche nella dichiarazione di Doha che integra gli accordi Trips, quelli stipulati in seno al Wto che hanno spinto l'India a riformare la legislazione sui farmaci. Pochi Paesi, però, fino a oggi hanno deciso di applicarla. E nessu-

## GLI ACCORDI DI DOHA

Dopo l'ingresso nel Wto la legge è stata resa più restrittiva  
Ora rischia di essere spazzata via

no sugli ultimi ritrovati della lotta all'Aids.

Per capire cosa questo significhi occorre tornare in Sudafrica. Nel febbraio scorso, Thembisile Ferguson è ricomparso alla clinica di Ubuntu. La prima generazione di anti-retrovirali, quella che Msf e Tas sono riusciti a importare in versione generica in Sudafrica, sul suo corpo non ha più alcun effetto. La terza generazione di farmaci però costa molto, circa 4mila dollari l'anno, oltre la metà del reddito di un sudafricano.

Come 12 anni fa avveniva con i primi anti-retrovirali, oggi il sistema sanitario nazionale non può permettersi la terza generazione di cure perché non esistono versioni generiche di questi farmaci. Sono infatti sotto brevetto sia dove si potrebbero produrre - come in India - che dove si potrebbero esportare, come in Sudafrica. Entro la fine di quest'anno, nel mondo, 500mila malati avranno bisogno di cure più avanzate. E le cliniche di Msf non possono permettersi farmaci per tutti. «Una soluzione potrebbe essere la brevettazione forzata, per questo è così importante capire cosa accadrà con la causa della Bayer in India», spiega Catherine Tomlinson. Dal destino del discount indiano, dipende la possibilità di cura per Thembisile e milioni di altri ammalati nel resto del mondo.

## «Io sono vivo grazie alle pillole pirata Al diavolo i brevetti, la vita viene prima»

■ Justin si definisce un «miracolato». E in effetti la sua vicenda appare emblematica di un Terzo Mondo nel quale le cure «autorizzate» restano una terra promessa per la maggior parte della popolazione. Da quando 12 anni fa a Kinshasa, nella repubblica democratica del Congo, gli è stato diagnosticato l'Aids, Justin, oggi quarantenne, si è sempre curato con il «cocktail-pirata» di quei farmaci «generici» che le multinazionali dei brevetti sanitari stanno cercando di mettere al bando. «Non deve essere il mercato a decidere chi vive e chi muore», protesta, consapevole che senza le cure gratis garantite da una ong il decorso della sua malattia gli sarebbe già stato fatale.

«I brevetti sui farmaci aggravano l'enorme squilibrio sanitario tra Paesi ricchi e poveri e sono una delle più grandi ingiustizie del mondo attua-

le», testimonia Justin, denunciando l'eccesso di tutele dei diritti di proprietà intellettuale. «Senza medicine gratis sarei già morto», ribadisce, puntando l'indice contro il mancato accesso ai farmaci per un miliardo di persone come lui. «È la più grave violazione del diritto alla salute», insiste.

Justin non si è rassegnato e ha bussato alle porte di enti benefici internazionali che operano in Congo. A salvarlo sono stati i farmaci «equivalenti» messi a disposizione gratuitamente da un ente no-profit. In Paesi nei quali l'accesso al sistema sanitario è pressoché inesistente, evidenzia Justin, «le multinazionali hanno potere di vita e di morte», perciò la «cura pirata» è stata per lui l'unica e obbligata via per sottrarsi a un rapido decorso letale della malattia.

# «Le aziende non possono dettare le regole»

**domande  
a**

3

Annarosa Racca  
presidente Federfarma

**MARCO ACCOSSATO**

La dottoressa Annarosa Racca è la presidente di Federfarma, la Federazione nazionale dei titolari di farmacia.

**Dottoressa, siamo così inermi nelle mani della grandi case farmaceutiche? Davvero l'industria è in grado di decidere la vita o la morte di una persona o di un'intera popolazione, come dimostra la storia emblematica di Thembisile Ferguson?**

«La situazione è diversa nei vari Paesi, ed è completamente differente nel Terzo Mondo. Io credo sarebbe necessario venissero aiutati a fronteggiare anche questa emergenza».

**Dunque concorda, l'industria ha il potere di creare e soprattutto mantenere l'enorme squilibrio sanitario tra Paese e Paese, e tra chi può permettersi un medicinale costosissimo e chi non può pagarlo ed è quindi condannato?**

«Onestamente non ho l'esatta percezione di quello che sta accadendo nei Paesi più poveri del mondo. Ma non c'è dubbio che l'industria farmaceutica guida le regole del mercato. In questo credo che anche gli Stati dovrebbero essere più decisi, controllare meglio queste politiche del farmaco, imporre regole perché non sia l'industria a imporsi. Comprendo che un'azienda deve pagarla la ricerca, ma credo ci sia un limite da fissare. In Italia, però, siamo molto lontani da questa situazione, e si stenta davvero a credere a testimonianze come quella di Thembisile Ferguson».

**Chi produce farmaci generici ha sostenuto recentemente il contrario, che anche nel nostro Paese il farmaco «non griffato» è stato boicottato. Non a caso è una delle grandi contestazioni, quando si parla dei tagli da fare in ospedale: «Perché non si usano più generici, per risparmiare?».**

«In Italia l'immissione di un farmaco equivalente è regolata dall'Aifa, l'Agenzia del farmaco. E non è affatto vero che gli equivalenti non sono conosciuti: il 64 per cento dei "pezzi" venduti in farmacia sono equivalenti. E, malgrado quanto si dice, la farmacia ha fatto pienamente il proprio dovere. Ma se il farmaco equivalente ha fatto risparmiare, come dimostra la spesa sanitaria in continua diminuzione, è altrettanto vero un altro fatto da analizzare: l'industria farmaceutica in Italia ha deciso di orientarsi verso molecole più costose, più legate a prodotti per l'ospedale e meno verso una medicina di territorio, una medicina per la "massa"».