

## GLOBALIZZAZIONE E SALUTE

### Cos'è la globalizzazione

Secondo Wikipedia, il termine *globalizzazione* si riferisce a «una crescente e globale connettività, integrazione e interdipendenza in campo economico, sociale, tecnologico, culturale, politico ed ecologico». <sup>35</sup> L'Enciclopedia Britannica la definisce come «un processo attraverso il quale l'esperienza della vita quotidiana, segnata dalla diffusione di beni di consumo e di idee, può produrre una standardizzazione delle espressioni culturali in ogni parte del mondo». <sup>36</sup>

Innumerevoli sono le definizioni di globalizzazione, ma tutti gli autori concordano sul fatto che «la *globalizzazione economica* è stata la forza trainante dell'intero processo di globalizzazione negli ultimi due decenni». <sup>37</sup> Un processo che, iniziato con gli shock petroliferi e la crisi del debito degli anni Settanta-Ottanta, è dilagato negli anni successivi, seguendo rigorosamente le linee tracciate dalla dottrina neo-liberista.

Il principale attributo della globalizzazione economica è la liberalizzazione, la *deregulation* nella circolazione *globale* dei capitali, delle merci, dei servizi, delle persone.

Una liberalizzazione applicata con diversi livelli di intensità:

1. Al livello più avanzato c'è la *liberalizzazione finanziaria*. Il valore degli investimenti esteri è cresciuto enormemente, raggiungendo, nel 2006, 1200 miliardi di dollari, <sup>38</sup> mentre nel mondo ogni giorno circola per transazioni una quantità di valuta estera pari a 1900 miliardi di dollari. <sup>39</sup> La liberalizzazione finanziaria espone le economie nazionali alle incertezze create da enormi quantità di flussi di capitali a breve termine. Il pericolo incombente è il disinvestimento di capitali esteri da parte di banche e investitori pubblici e privati: è sufficiente la valutazione negativa di un'agenzia di *rating* per far precipitare un paese in una devastante crisi finanziaria (svalutazione della moneta, evaporazione del potere di acquisto), minando le condizioni di vita di centinaia di milioni di persone. È successo in Messico nel 1994-95, in Russia nel 1997, in vari paesi dell'Asia nel 1997-98, in Argentina nel 2001-02. A quel punto il recupero della solvibilità del paese agli occhi degli investitori esteri è diventato prioritario rispetto al soddisfacimento dei bisogni primari della popolazione. <sup>40</sup>

2. La *liberalizzazione commerciale* ha determinato un forte incremento della circolazione di beni e servizi: dal 1960 al 2003 il valore del commercio mondiale è raddoppiato passando dal 24% al 48% del Prodotto Interno Lordo (PIL).<sup>41</sup> Tuttavia permangono ancora limitazioni e barriere, generalmente a svantaggio delle economie dei paesi più poveri, perché gli stessi governi dei paesi ricchi, fortemente impegnati nel realizzare l'agenda neo-liberista *libero commercio e libero mercato*, diventano molto selettivi nell'applicare queste regole in casa propria, quando la posta in gioco è molto alta (ad esempio elargizione di sussidi agli agricoltori il cui supporto elettorale è decisivo per l'elezione di un governo).<sup>42</sup>
3. La *liberalizzazione della circolazione delle persone* è un fenomeno limitato ai soggetti in possesso di determinate qualifiche professionali ed è – tra l'altro – alla base della continua migrazione di operatori sanitari dai paesi più poveri a quelli più ricchi. La migrazione delle persone povere e non qualificate è invece fortemente contrastata, nonché accompagnata da condizioni di sfruttamento, discriminazione e di grave pericolo per la vita.

Il secondo elemento distintivo della globalizzazione è la *riorganizzazione della produzione e la creazione di una nuova divisione internazionale del lavoro* in cui le produzioni manifatturiere ad alta intensità di manodopera vengono trasferite in paesi in cui il livello di tutela dei lavoratori (salari, orario di lavoro, sicurezza, assistenza sanitaria, ecc.) è molto basso e in cui ciascun elemento della produzione è collocato laddove è maggiore il ritorno economico e minore il rischio finanziario. Questo fenomeno da una parte ha favorito la rapida integrazione nel mercato mondiale di alcune economie – ad esempio, Cina e India – dall'altra ha provocato un rapido declino del reddito e della sicurezza economica dei lavoratori meno qualificati, con un impatto pesante anche nei paesi ricchi a causa dei conseguenti processi di de-industrializzazione.

La globalizzazione dell'economia e della finanza – scrive D. Coburn – sta portando a una nuova fase del capitalismo in cui *aumenta il potere degli affari e diminuisce l'autonomia degli stati*: la conseguenza è lo strapotere delle dottrine e delle politiche del mercato. Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello del capitale globale è caratterizzato dall'attacco al welfare state, dal predominio degli interessi delle imprese». <sup>43</sup>

Il declino del potere della classe lavoratrice rispetto a quello delle imprese, in particolare delle *compagnie multinazionali*, è fotografato dai cambiamenti nella distribuzione della ricchezza all'interno di una nazione: ad esempio in Messico nel 1976 stipendi e salari rappresentavano il 40% del PIL, nel 2000 meno del 20%;<sup>44</sup> nei dieci paesi più industrializzati la componente stipendi e salari dal 1980 al 2006 è scesa dal 63 al 59% del PIL, mentre è cresciuta specularmente la componente derivante dai profitti delle imprese.<sup>45</sup>

La *globalizzazione* – afferma Nancy Birdsall, direttore del *Center for Global Development* – è un processo *fondamentalmente asimmetrico*: nei benefici e nei rischi funziona bene per alcuni e molto peggio per altri. Funziona bene per i paesi ricchi, per le compagnie multinazionali, per i gruppi più ricchi della popolazione:

- a. perché questi hanno le risorse finanziarie, fisiche e umane per sfruttare tutte le opportunità offerte,
- b. perché hanno la possibilità di influenzare il quadro delle regole (niente di più falso che il pensare che il mercato globale sia un sistema *naturale* con una sua logica, esso invece dipende dalla creazione e dal mantenimento di una complicata infrastruttura di leggi e istituzioni).<sup>46</sup>

Inutile aggiungere che funziona malissimo per i paesi più poveri e per i gruppi più svantaggiati della popolazione. Ed infatti il principale effetto di questa asimmetria è stata l'incessante crescita delle diseguaglianze nel reddito (e non solo nel reddito) tra paesi e tra gruppi di popolazione all'interno di un paese a partire dagli inizi degli anni Ottanta. Fino ad arrivare ai giorni nostri quando non è più motivo di stupore apprendere che le 10 persone più ricche degli USA dispongono complessivamente di un reddito pari a quello dei 2,2 miliardi di persone più povere del pianeta.<sup>47</sup>

## Il mercato globale della salute

Alcuni anni orsono in uno sperduto distretto rurale del Nord Uganda (poco più di 150 mila abitanti) furono contate 40 *private clinics*. In quel contesto *private clinic* significa molte cose: un ambulatorio con qualche minima attrezzatura medica, un negozio, qualche

volta una capanna, con l'insegna *Drug Shop*, o – più spesso – un semplice banchetto, situato all'angolo di una strada o all'ingresso di un mercato, ricoperto di contenitori di farmaci, per lo più capsule multicolori. Queste *private clinics* sono molto popolari e frequentate; secondo alcuni svolgono anche una funzione sociale perché consentono di poter accedere a un servizio sanitario a prezzi molto bassi, alla portata di chi non potrebbe permettersi la visita presso un ambulatorio medico o in un ospedale. In verità in quei negozi, dietro quei banchetti non ci sono, nel 95% dei casi, neppure degli infermieri. Il personale è quasi tutto abusivo, non qualificato, improvvisa diagnosi ed eroga farmaci senza alcun titolo, ma ha capito una cosa fondamentale: che con le medicine (magari scadute, avariate o contraffatte) si possono fare soldi, che la sanità è un business, e che la *deregulation* è manna che viene dal cielo.

Secondo l'*ideologia neocons* veicolata dalla Banca Mondiale, la sanità, come ogni altro settore della vita civile, deve aprirsi al mercato globale; un mercato con poche regole per alcuni, con regole robuste per altri, a seconda dei casi. A questo servono i trattati internazionali – GATS (*General Agreement on Trade and Services* – Trattato generale sul commercio e i servizi) e TRIPS (*Trade-Related aspects of Intellectual Property rights* – Aspetti dei diritti di proprietà intellettuale riguardanti il commercio) – che si svolgono sotto l'egida della *World Trade Organisation* (WTO, Organizzazione Mondiale del Commercio – OMC).

GATS. Lo scopo del trattato (entrato in vigore il 1° gennaio 1995) è quello di favorire la «*globalizzazione*» dei servizi: turismo, banche, comunicazioni, ambiente (acqua), assicurazioni (anche sanitarie), fino ai servizi educativi e sanitari. Nel 2000 l'esportazione di servizi nel mondo ha mosso qualcosa come 1400 miliardi di dollari (un quarto del valore del commercio mondiale totale). La tipologia di servizi sanitari compresi nel trattato sono:

- Servizi a distanza tra un paese e l'altro; ad esempio: telemedicina via internet, assicurazioni sanitarie internazionali (*cross-border supply*).
- Trattamento dei pazienti in un altro paese (*consumption abroad*).
- Presenza di un'organizzazione straniera in un paese per la gestione di ospedali, poliambulatori, servizi territoriali e residenziali, agenzie assicurative (*commercial presence*).

- Trasferimento di operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche, ecc.) in un altro paese per erogare un servizio per un periodo temporaneo (*presence of natural persons*).

Il GATS è un trattato in divenire e pieno di ambiguità:

- *In divenire* perché i paesi membri dell'OMC (144) possono scegliere a quali settori dare l'adesione. Le decisioni vengono adottate nel corso di periodici *round* di negoziazione che si tengono a Ginevra. Le maggiori adesioni sono andate al turismo (125 membri), ai servizi finanziari (100) e alle comunicazioni (94), le minori alla sanità (45) e all'educazione (43).
- *Pieno di ambiguità* perché il testo originario è soggetto a continue e differenti interpretazioni. L'art. 16, ad esempio, afferma che i monopoli pubblici sono incompatibili con l'apertura al mercato (che è l'obiettivo finale del GATS). Tale dizione ha suscitato un grande allarme tra i difensori dei servizi sanitari nazionali che si basano appunto sul monopolio assicurativo dello Stato. Un articolo di *Lancet* del novembre del 2000 esprime bene quali erano le preoccupazioni suscitate da quell'articolo del trattato: «È essenziale che i politici, i funzionari pubblici e tutti coloro a cui sta a cuore la salute e la sanità pubblica aprano al pubblico scrutinio le trattative che l'OMC sta conducendo. In gioco c'è non soltanto la democrazia, ma il futuro dei servizi pubblici e con essi i diritti e le attese che stanno alla base della tradizione di welfare sociale europeo».<sup>48</sup>

Preoccupazione fondata? Secondo alcuni no, perché il trattato all'art. 1.3 afferma che «i servizi erogati nell'esercizio dell'autorità di governo» sono esentati dal trattato e i servizi sanitari pubblici – secondo i rappresentanti del governo inglese e lo staff dell'OMC – rientrano in questa categoria.<sup>49 50</sup> Secondo altri la questione è invece aperta a differenti interpretazioni.<sup>51</sup>

La *Commissione sui Diritti Umani delle Nazioni Unite*, in un Rapporto del 2003,<sup>52</sup> ha espresso la preoccupazione che gli investimenti stranieri in campo sanitario possano accentuare gli aspetti mercantili dell'assistenza sanitaria, a danno degli obiettivi sociali, facendo anche riferimento a uno studio congiunto OMS-OMC che affermava: «Il commercio nei servizi sanitari, in alcuni casi, ha esacerbato i problemi di accesso e di equità nel finanziamento dell'assistenza

sanitaria, soprattutto nei confronti delle popolazioni povere dei paesi in via di sviluppo».<sup>53</sup>

Il GATS, con le sue ambiguità, ci dice che è in atto *una fase di liberalizzazione* (anche in sanità) *spinta ma incerta*, che l'adesione al trattato è libera (e quindi la sovranità nazionale è formalmente rispettata) ma sostanzialmente condizionata da forti pressioni (soprattutto nei confronti dei paesi più deboli e ricattabili), che molte questioni vitali sono di volta in volta esposte a differenti interpretazioni, in relazione al potere contrattuale e all'orientamento politico degli attori in quel momento in campo.

*TRIPS*. Questo trattato si occupa di *brevetti, copyright e marchi di fabbrica*, dedicando alcuni specifici articoli ai diritti di proprietà intellettuale dei farmaci. È un trattato di segno opposto rispetto al GATS, perché tende a limitare competizione e libera circolazione, garantendo alla casa farmaceutica che ha inventato il prodotto il monopolio della vendita, e quindi la determinazione del prezzo, per la durata di *20 anni*. Tutto ciò per assicurare all'impresa il *ritorno degli investimenti* sostenuti per la ricerca (secondo alcuni il termine di 20 anni appare eccessivo per questo scopo). Il TRIPS – secondo le intenzioni dell'OMC – dovrebbe contemperare due diversi interessi: quello dell'*industria farmaceutica* di proteggere i diritti di proprietà individuale (e i benefici economici da ciò derivanti) e quello della sanità pubblica di garantire comunque – in caso di necessità – *l'accesso a farmaci essenziali* (anche quelli coperti da brevetto). L'art. 31 del trattato tiene conto di quest'ultima esigenza prevedendo che gli Stati per proteggere la salute della popolazione in situazioni di particolare gravità possono ricorrere alla «licenza obbligatoria» (*compulsory licensing*), possono cioè produrre o far produrre, in forma di generici (e quindi a prezzi molto più bassi), farmaci coperti da brevetto.

Nonostante ci fosse un terribile bisogno di ciò, con l'epidemia di AIDS che devastava interi continenti (soprattutto l'Africa sub-Sahariana) e con il prezzo dei farmaci antiretrovirali (sotto brevetto) alle stelle, i casi di ricorso alla licenza obbligatoria si contano sulle dita di una mano (il più recente il caso «Tailandia-Efavirenz»),<sup>54</sup> per il timore di incorrere in ritorsioni in altre aree del commercio da parte di nazioni (una a caso, gli USA), vicine alle multinazionali farmaceutiche.

Alcuni paesi, come il *Brasile*, hanno preferito utilizzare la minaccia del ricorso alla licenza obbligatoria come deterrente per ottenere dalle aziende produttrici di farmaci antiretrovirali sconti rilevanti sui prezzi di vendita. La stessa strategia adottata dal governo degli *Stati Uniti* quando, in piena *emergenza antrace* dopo l'11 settembre 2001, ha potuto imporre una drastica riduzione del prezzo della ciprofloxacina alla Bayer.<sup>55</sup>

La globalizzazione – si dice – offre opportunità ed espone a rischi. Il Brasile si è mosso con abilità ed è riuscito a conseguire l'importante risultato di offrire a tutti i pazienti affetti da HIV/AIDS il trattamento gratuito, a costi pubblici compatibili, diventando nel contempo un produttore mondiale di generici.<sup>56</sup> Il governo del *Sudafrica*, viceversa, ha buttato al vento tutte le sue potenzialità e ha inflitto alla popolazione un terribile carico di morte evitabile.

Ha scritto al riguardo Nicholas B. Kristof nel *New York Times* del 1-10-2003:

Il presidente del Sud Africa, Thabo Mbeki, ha perseguito per anni una disgraziata politica di crescenti dubbi sul fatto che l'HIV fosse la causa dell'AIDS e di incertezza sulle scelte di fondo su come affrontare la crisi. Anche ora – sebbene Mr. Mbeki abbia fatto marcia indietro – gli ammalati di AIDS trovano ostacoli ad essere curati a causa dei dubbi che Mr. Mbeki ha seminato. L'insipiente ostruzionismo di Mr. Mbeki ha ucciso incomparabilmente molti più sudafricani di ogni altro leader ai tempi dell'apartheid. Il Sud Africa ha annunciato quest'anno l'inizio del trattamento con anti-retrovirali dei pazienti affetti da AIDS. Ci crederò quando vedrò. È imperdonabile che il paese africano con le migliori infrastrutture sanitarie sia quello con il più alto numero di persone infettate e malate – e che nel 2003 queste debbano morire senza trattamento.

Il TRIPS ha subito negli ultimi anni aggiornamenti e modifiche, con la *Dichiarazione di Doha del 2001* e un'integrazione interpretativa nel 2003 che avrebbe dovuto favorire i paesi più poveri nell'accesso alla licenza obbligatoria (consentendogli di importare i farmaci generici da altri paesi), ma pochi sono i risultati nella direzione della tutela della sanità pubblica e nell'accesso della popolazione ai farmaci essenziali.<sup>57</sup>

I motivi sono diversi:

1. L'implementazione di una licenza obbligatoria è un'operazione complessa e richiede la presenza di un'adeguata infrastruttura tecnico-amministrativa il cui costo è spesso proibitivo per i paesi più poveri (non meno di 1,5 milioni di dollari).
2. Le procedure per commissionare a un paese terzo la produzione di un generico sono complicate, tali da non incentivare il produttore.
3. Accordi bilaterali o regionali tra USA e altri paesi (ad esempio, Australia, Corea del Sud, Giordania, Singapore, Marocco) tendono ad annullare le (poche) opportunità offerte dal TRIPS, o addirittura a modificare le regole di base del trattato come la durata del brevetto, allungandola, in cambio di vantaggi nell'export (ad esempio, accesso a settori chiave come l'agricoltura). Non si capisce bene perché questi accordi, che si basano sul depotenziamento del trattato vengono denominati TRIPSplus (qualcuno ha ironizzato proponendone la sostituzione con TRIPSminus).<sup>58</sup>

Contestualmente al confronto che vede opporsi (asimmetricamente) i due diversi schieramenti, a difesa, rispettivamente, degli interessi pubblici (il diritto alla salute) e degli interessi privati (i diritti di proprietà), un'altra partita, seppure meno appariscente, si sta giocando nello stesso agone: quella tra i colossi dell'industria farmaceutica e l'emergente *industria dei farmaci generici* (Brasile, Cina, ma soprattutto India, con Ranbaxy – 1,2 miliardi di dollari di vendite nel 2005 – e Cipla). La competizione tra i due si sta facendo sempre più accesa: nonostante il mercato rappresentato dai farmaci generici sia tuttora minoritario, la campagna per rendere più flessibile l'applicazione dei brevetti è certamente un campo che richiama interessi pesanti e allettanti prospettive.<sup>59</sup> Ne è un chiaro segnale lo scontro tra la multinazionale *Novartis* e il *governo indiano* che si è rifiutato di accettare il brevetto del *Glivac* (imatinib mesylato), farmaco «salvavita» nella terapia della leucemia mieloide cronica il cui costo nella versione brevettata è di 2000 US\$ al mese e in quella di generico di 200 US\$ al mese. Anche se *Novartis* ha sostenuto di erogare gratuitamente il farmaco al 99% dei pazienti attraverso uno speciale programma di assistenza, il governo indiano ha insistito nel diniego costringendo la multinazionale a portare il caso in tribunale, presso la Corte suprema di Madras.<sup>60</sup> La quale ha dato ragione al governo indiano, con il giubilo delle associazioni umanitarie scese in campo a favore della posizione governativa e la piena soddisfazione dell'industria indiana dei generici.<sup>61</sup>