

## 4. Il Programma per i farmaci essenziali

*Gianni Tognoni*

### **Quadro di riferimento**

Quanto più si allontana nel tempo, l'iniziativa dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che portò alla pubblicazione, nel 1977, di uno dei suoi tanti rapporti tecnici, – il TRS (Technical Report Series) 615,<sup>1</sup> destinato a “fare storia” come best seller, ma trasformato presto in uno degli snodi esemplari del rapporto tra salute e sanità, tra pubblico e privato, tra economia e diritto – ha bisogno di un inquadramento cronologico, che è anche e soprattutto culturale e politico, di cui si propone una lettura assolutamente sintetica nella Tabella. Il primo dato da ritenere è l'intensità temporale assolutamente diversa dei “fatti” riportati nelle due parti della Tabella: la prima compattata nel decennio degli anni settanta; la seconda distesa lungo tre decenni. Senza ovviamente nessuna pretesa di completezza o di assoluta corrispondenza con quanto è oggettivamente successo in seguito nella storia del rapporto OMS/farmaci, il quadro di riferimento della Tabella può essere ragionevolmente assunto come guida-strumento; esso in altre parole permette di dare a questa storia – che coincide di fatto con la storia stessa della tecnologia-ideologia del farmaco nella società, al di là della sanità – non un ruolo di più o meno suggestiva presa di coscienza “archeologica”, ma di pro-memoria metodologico e operativo per il fare di oggi.

### **Essenziale: termine tecnico, o di immaginario?**

L'interrogativo del titolo riassume bene l'ipotesi che guida il percorso concettuale e operativo che si propone. Si tratta forse di un'ipotesi provocatoria, ma certo molto reale e da tener presente a tutti gli incroci in cui, non importa quali siano i Paesi, si incontra il farmaco. La nostra traiettoria concettuale è tutta concentrata attorno al termine “essenziale”, esplicitato e interpretato come articolazione di cinque campi semantico-politici molto diversi e nel contempo molto complementari. La Tabella rimane il filo conduttore, che accompagna con radicamento nella concretezza di ciò che è successo e che oggi succede. Di che cosa si può, anzi si dovrebbe fare.

**Tabella. Per una storia contestualizzata (1970-2012) del TRS 615**

**A- Radici e Contesti – 1970-78**

- Archibald Cochrane, Ivan Illich, Peter Armitage, Thomas Mc Keown, Richard Peto, Mervyn Susser, William Silverman

Gli anni settanta sono tra i più innovativi-creativi nella storia della sanità pubblica e nello sviluppo delle metodologie di valutazione (epidemiologica e controllata) di farmaci e in generale di interventi sanitari. I nomi elencati sono troppo noti per essere associati qui all'una o all'altra delle loro pubblicazioni (peraltro reperibili con qualsiasi navigazione): insieme, documentano il crescere "collettivo" di una cultura che si fa carico della responsabilità di fare della sanità uno strumento per ampliare la fruibilità del diritto alla vita.

**B- La "regressione" della salute alla "norma" dell'economia**

1985	Nella logica degli aggiustamenti strutturali – prescritti, come "trattamento del sottosviluppo" da Fondo monetario internazionale (FMI) e Banca mondiale (BM) – la conferenza di Nairobi <sup>a</sup> ri-legge in chiave di mercato il TRS 615, e l'iniziativa di Bamako <sup>b</sup> impone per l'accesso ai farmaci essenziali una tassa obbligatoria per tutti i cittadini dei Paesi a basso reddito.
1990	La BM si dichiara controllore competente della sostenibilità delle politiche sanitarie globali.
1996	La salute viene riletta – BM e OMS sono co-autori e co-responsabili del Global Burden of Disease (GBD) – come storia dei costi delle malattie.
1994-2000	In forma diretta e indiretta, la World Trade Organization (WTO) riconduce – con "concessioni" rare e strappate a forza, come la clausola di Doha <sup>c</sup> – tutto il comparto sanitario da quello del diritto universale costituzionale ("beni comuni"), a quello dei "beni commerciabili", sia nell'ideologia sia nella pratica: "globale" è il logo che definisce automaticamente ciò che è non-discutibile; e gli "shock" (economici, e/o finanziari, e/o di guerra) instaurano la crisi e l'emergenza come criterio di obbligatorietà-in-assenza di dati.
2000-2012	Sulla liberalizzazione e la commercializzazione dei farmaci e dei servizi sanitari, e sulle loro conseguenze, si vedano numerosi capitoli dei precedenti rapporti dell'Osservatorio italiano sulla salute globale. <sup>2-5</sup>

<sup>a</sup> Alla conferenza di Nairobi, Kenya, del 1985, alla presenza di governi, industria e ONG, la strategia dell'OMS fu rivista; la lista dei farmaci essenziali fu considerata importante solo per il settore pubblico e l'enfasi fu spostata dalla selezione all'acquisizione, alla distribuzione, all'uso e alla qualità dei farmaci.

<sup>b</sup> L'Iniziativa di Bamako, Mali, fu adottata dai ministri della sanità dell'Africa Subsahariana nel 1987, su pressione dell'UNICEF e dell'OMS, per attuare strategie miranti ad aumentare la disponibilità di farmaci essenziali e altri servizi di assistenza sanitaria mediante forme di co-pagamento.

<sup>c</sup> La conferenza ministeriale della WTO, riunita nel 2001 a Doha, Qatar, adottò una dichiarazione che permette ai Paesi membri di aggirare, in specifiche circostanze, la legislazione internazionale sui brevetti allo scopo di rendere disponibili farmaci essenziali in situazione di emergenza.

La scelta, da parte di un organismo pubblico come l’OMS, di una qualificazione che di fatto equivale a una non-definizione per qualificare un rapporto previsto come strettamente tecnico – una lista di farmaci – è l’intuizione di fondo più carica di futuro di tutto il TRS 615. Il termine “essenziale” rimanda, senza specificare, a radici, progetti, obiettivi da raggiungere. Suggestisce, ma non esprime né indica, un giudizio di valore. Il gruppo di lavoro del TRS 615 non aveva nessuna propensione per la filosofia o l’ideologia. I suoi membri provenivano tutti dalla prima generazione di farmacologi chiamati a fare scelte di salute pubblica: avevano al massimo sfiorato aspetti allo stesso tempo importanti e periferici della allora neonata farmacologia clinica, come la farmacocinetica, le interazioni metaboliche, i pochi dati di consumo (si era ancora in epoca pre-informatica). E si operava tutti, allora, in uno scenario generale in cui la percentuale di farmaci registrati con dati “controllati” non era superiore al 15 per cento. La “genetica”, culturale e tecnica, di questi esperti – pochi, “essenziali”, ma rappresentativi della eterogeneità del mondo – era tuttavia destinata a incrociare quella che oggi viene chiamata la “epigenetica” dei contesti.

Le due radici bibliografiche della Tabella sono reali, ed esemplari. Le provocazioni di Archibald Cochrane su efficacia ed effettività (non per niente chiamate random reflections) erano note, ma non certo tra i testi raccomandati dalla farmacologia. La critica radicale di Ivan Illich, che leggeva trasversalmente le “tecnologie” (della sanità, della scuola, dei trasporti) come portatrici di una loro nemesis interna (=guardano tanto a se stesse da dimenticare il proprio “oggetto”, o “fine”, cioè la vita dei loro “soggetti”) aveva fatto capolino sul *Lancet*, eco dei tanti sessantotto che a livello mondiale avevano coinciso con guerre di liberazione o esperimenti di post-colonialismo.

La lucidità politica del Direttore generale dell’OMS, Halfdan Mahler, aveva chiamato nel gruppo, a pari titolo, uno spettro di esperti di “valutazione di farmaci” che provenivano da contesti in cui l’uso e il ruolo dei farmaci poneva domande solo apparentemente simili, perché nascevano da contesti diversi: quali farmaci hanno senso, non solo tecnologicamente, ma in quanto “salvavita”, a costi sostenibili? L’esperienza delle società fiduciose nella razionalità autoregolantesi delle tecnologie (scandinava, italiana, britannica, olandese, statunitense) con prontuari (ospedalieri e non) che distinguono farmaci utili o inutili, incrociava così, obbligatoriamente, contesti “altri”. “Essenzia-

le” diventa parola-eco del riconoscimento-bisogno di una politica capace di vivere con lucidità, senza finte sicurezze, a un incrocio in cui le scelte tecniche possono essere solo una delle variabili da considerare: imprescindibile certo, ma non riconducibile a una definizione “interna” alla tecnologia.

### *Essenziale 2*

Per capire questa seconda accezione del termine, la letteratura di riferimento diventa, silenziosamente, altra rispetto a quella che si mette in nota all’uno o all’altro farmaco per spiegarne tecnicamente l’eventuale [non] novità farmaco-terapeutica. Con questo si intende:

- la letteratura che già allora narrava l’aspetto “oscuro” dello sviluppo di queste tecnologie (gli scandali delle sperimentazioni “violatrici di diritto” sui prigionieri, o con i contraccettivi, nelle popolazioni latinoamericane, o con i vaccini, sui neonati);
- la letteratura che descrive (per esempio, nel caso della tubercolosi) come l’effetto dei farmaci è una delle variabili che modificano le curve di sopravvivenza, dal momento che la nutrizione o l’acqua potabile sono i determinanti che contano nella sostanza;
- quanto era già emerso prepotentemente in psichiatria sull’ambivalenza assoluta tra il ruolo liberante o di controllo o fuorviante degli psicofarmaci;
- fino a includere le speranze “nuove” che farmaci antitumorali “vecchi” producono solo se posti-pensati in contesti di ricerca-cura appropriati (è il tempo dei primi successi sulla leucemia infantile, e sulla complementarietà chirurgia-chemioterapia della mammella);
- la “evidenza” allora emergente sulla “sperimentazione controllata”, come parte ed espressione di una epidemiologia nella quale il “destino” delle popolazioni deve essere, obbligatoriamente, la misura di esito al di là dell’efficacia del farmaco.

La non-definizione tecnica si trasforma necessariamente in una narrazione (Riquadro): l’impossibile definibilità di quale e come deve essere un farmaco da scegliere secondo criteri “intrinseci”, si “distende” in un contesto tecnico-operativo-culturale che la rende infinitamente più concreta. La domanda dirimente riguarda quale sia la conoscenza, e ancor più il progetto, che si ha sulla maggioranza delle popolazioni. Il loro destino non è riconducibile a definizioni rigide e univoche: il loro diritto ad avere “curve di vita” al di là delle curve di sopravvivenza medicalmente qualificabili è il risultato di variabili di cui l’offerta da

parte della sanità di tecnologie appropriate (di cui i farmaci sono le più diffuse e in sviluppo) è solo una componente.

Sono essenziali quei farmaci che sono di più grande importanza, di base, indispensabili, necessari per i bisogni di salute della maggioranza delle popolazioni dei diversi Paesi, a costi, e con condizioni di approvvigionamento, che siano compatibili con un'accessibilità corrispondente a quella auspicabile-necessaria per identificare-definire-farsi carico dei problemi-bisogni per i quali i farmaci hanno un'indicazione adeguatamente documentata.

N.B. Questa “definizione narrata”, ritrovabile nelle linee “essenziali” nel TRS 615, si è venuta via via perfezionando soprattutto nel rapporto coincidente (con un anno di ritardo) con il decennale della prima lista, disponibile in traduzione italiana commentato con una bibliografia che lo inquadra negli sviluppi del quadro politico e sanitario sia nazionale sia internazionale.<sup>6</sup>

### *Essenziale 3*

Una terza narrazione racconta un progetto che intreccia bisogni e immaginari, non per discuterne, ma per proporre una realizzazione progressiva, sperimentale e sistematica, ma flessibile su misura dei bisogni e in coerenza con l'obiettivo che è inequivocabile, proprio perché non imprigionato in definizioni. Su scala minore, perché questo è il suo ruolo, la narrazione che riguarda i “farmaci essenziali” evoca e rimanda sia alla definizione della salute come diritto umano e costituzionale, sia a quella originaria adottata dall'OMS nella sua costituzione, tanto discussa come utopica, imprecisa, inutile, passata. Erano quelli i tempi di incubazione e infine proclamazione del mobilitante orizzonte di Alma Ata sulla salute per tutti entro l'anno 2000 (capitoli 1 e 3). Erano anche i tempi della legge 180 in Italia che anticipava, perché ne diceva anche il “dopo”, la norma 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (SSN); un sistema sanitario tiene e ha senso se esso è, in modo sempre diverso e dialettico, indicatore-sperimentatore della attribuibilità di diritti di dignità di vita nella società.

Il tono apparentemente “minore” della narrazione del TRS 615 è quello che conta, quando i diritti devono farsi concreti per le popolazioni reali: l'immaginario è obbligatorio perché è l'orizzonte che fa camminare, ma diventa legittimo solo se si confronta, per esempio, con i costi, con tutta la lucidità necessaria. I costi (dice la narrazione del Ri-

quadro) devono essere “accessibili”. È chiaro che i costi non corrispondono (come per tutte le merci) al “valore” dei farmaci. E non ha senso – non sarebbe immaginario, ma stupidità irresponsabile: o lucida decisione di demagogia – pensare che i produttori di farmaci diventino protagonisti e responsabili di una “eticità” unilaterale e/o collaborativa, perché si lavora sulla salute. L'accessibilità a costi sostenibili, e il monitoraggio sistematico della variabilità con cui il concetto e le conseguenze operative di farmaci essenziali può o meno applicarsi nei Paesi, sono le due indicazioni “politiche” che radicano, in modo disincantato, la non-definizione nel terreno delle pratiche. Queste indicazioni devono poi tradursi liberamente negli strumenti tecnici più appropriati; la “lista” dei farmaci essenziali a questo punto è necessaria, ma marginale. Diventa un annesso al TRS 615. Uno dei modelli possibili. Da sperimentare. Modificare. Restringere. Ampliare. Mai da valutare fuori dal suo contesto. Come tutti gli immaginari-di-diritto-attribuibili, lo statuto dei farmaci essenziali è quello di essere occasione e scenario di sperimentazione-ricerca sui diritti attribuiti:

- secondo le modalità della “nuova” sperimentazione di popolazione che si annuncia frontiera metodologica praticabile (Tabella, A);
- come opportunità critica per verificare la simmetrica e complementare non-definibilità della primary care: che è un altro nome “essenziale”, dice più ancora che la vocazione, l'obbligo (che le deve essere connaturato) della medicina di essere “primarily” là dove ci sono i bisogni delle persone – popolazioni reali: in modo infinitamente diversificato secondo i contesti, i problemi, le tecnologie necessarie. Per i farmaci, come per l'organizzazione sanitaria, “l'appropriatezza” dell'uso deve coincidere con la capacità di essere strumento di diritti accessibili, anzitutto per chi ne è più privato.

#### *Essenziale 4*

La stagione dell'OMS che aveva generato il TRS 615 e Alma Ata affronta rapidamente il rischio di “regressione”, inevitabile ogni volta che ci si confronta con la possibilità di mantenere una coerenza-continuità tra culture-linguaggi-modelli di civiltà, con la loro trasferibilità storica. È vero della Dichiarazione universale dei diritti umani. Del “nostro” SSN. Della Costituzione. Del diritto all'educazione. Dell'utopia, legittimità e obbligatorietà di diritti di welfare a misura dei bisogni. Il tempo ricchissimo – con lunghe code occasionali, più o meno efficaci, qua e là per il mondo – in cui la Essential Drug Culture and

Policy (EDCP) dell'OMS è stata protagonista assoluta dello scenario internazionale non è durato a lungo purtroppo, intrappolato in una dialettica spesso acuminata con e tra industrie, medici, accademia, interessi di governi nel Nord e nel Sud del mondo, con farmaci generici e di marca. Progressivamente – la Tabella-B, e le referenze relative hanno lo scopo anche di contenere la lunghezza di un discorso complesso – la “politica del farmaco” è divenuta parte della “politica generale del mercato”, come lo è divenuta la sanità. Nairobi e Bamako sono in questo senso profondamente simboliche, e drammaticamente concrete. Nelle capitali dei due tra i Paesi più a rischio, più portatori di bisogni, e più bisognosi di immaginario, si afferma:

- che il privato è la priorità, e il pubblico non può entrare in competizione: il pubblico è per i poveri, se ci sono i fondi e la volontà-autonomia dei governi;
- che il rischio principale dei poveri è quello di essere considerati avidi consumatori irresponsabili di troppi farmaci: i ticket devono essere (sotto qualsiasi denominazione) obbligatori, anzitutto per loro; non c'è bisogno di sperimentare per verificare: “è evidente” che i poveri, anche perché tanto mal-educati, non sono capaci di fare scelte razionali.

L'OMS è sponsor autorevole di questa operazione. Che è passaggio storico, di svolta.

Ciò che viene dopo è coerente:

- gli aggiustamenti strutturali degli anni ottanta fanno dei farmaci e delle “ritualità” teoricamente rigorose delle loro liste, e dei loro numeri (200, 250, 280, 400...), un ornamento obbligatorio di tutte le “ricette” (nomen est omen, si diceva un tempo) del FMI e della BM;
- il dipartimento dei farmaci dell'OMS continua a svolgere il suo ruolo diligente di aggiornare la lista, di fare formazione, di assistere molto variabilmente i governi che lo chiedano nella “gestione” della politica;<sup>7</sup>
- per quanto riguarda il ruolo dell'OMS, la storia dei farmaci HIV, in Sud-Africa ma non solo,<sup>d</sup> dice bene il grado di dissociazione che si è via via creato tra una strategia pro-attiva, e a misura dei tempi e dei luoghi, e un ruolo di “presenza” e di blando presidio,

---

<sup>d</sup> Nel 2001, il governo del Sud Africa, sostenuto da un'imponente mobilitazione nazionale ed internazionale, vinse una causa intentata da 39 grandi aziende farmaceutiche contro una legge, approvata nel 1997, che permetteva di importare farmaci generici e a basso costo contro l'AIDS.

- che mira in buona sostanza solo a ridurre i conflitti;
- la Dichiarazione di Doha del 2001 riassume – proprio perché punto di arrivo avanzato oltre ogni aspettativa in termini di ciò che è possibile-doveroso fare, ma che è tanto impossibile praticare – i rapporti di forza che gli scenari via via definiti dalle più diverse organizzazioni, iniziative, ideologie, demagogie, alleanze – World Trade Organization, Global Burden of Disease, Millennium Development Goals, Public Private Partnership..., che si mascherano con acronimi (WTO, GBD, MDG, PPP, ...) che promettono efficienza e capacità di presenza globale – hanno stabilito per la sanità rispetto all’economia: la “variabile farmaco” non può che essere espressione e indicatore di questo cambio di prospettiva. In questo scenario, l’OMS agisce come garante di un’eticità soft, che sostituisce la impraticabile obbligatorietà del diritto.

### *Essenziale 5 - Riflessioni per oggi-domani*

È bene a questo punto provare a verificare la pertinenza del percorso fatto fin qui confrontandosi – nella stessa logica di incrocio-contaminazione tra concettuale-politico, immaginario e sua trasferibilità – con la tenuta concettuale (=credibilità, plausibilità) e operativa (=serve ancora, e come, dove...) del termine “essenziale” e del suo ruolo nel contribuire alla definizione di una funzione attiva dell’OMS nel campo di farmaci-tecnologie.

1. Non sembra ragionevole preoccuparsi più di tanto o addirittura inseguire una politica OMS specifica per il campo generale dei farmaci (di cui il comparto “essenziale” è rimasto un’espressione permanente, ancorché del tutto marginale, negli ultimi decenni).
2. Come alla sua origine, ciò che sta dietro alla denominazione di “essenziale” applicata ai farmaci può essere solo espressione-indicatore di una politica che tocca il rapporto tra sanità/salute ↔ mercato ↔ diritti: non a livello di asserzioni, ma in termini di sperimentazioni concrete della “sostenibilità” nella pratica dell’una o dell’altra asserzione.
3. Già molti anni fa, in un Paese molto debole ma che sperimentava “atención primaria” come la Bolivia, era stato possibile far toccare con mano che una politica di farmaci essenziali era non solo praticabile, ma in fondo “banale”, pur se dialettica, facendo vedere le connessioni sviluppabili tra epidemiologia comunitaria e accessibilità. La letteratura fornisce tanti esempi di (più o me-

no micro e/o occasionali) esperienze positive (da parte di gruppi, e/o governi, e/o agenzie, e/o programmi “disease oriented”, o village based), e di valutazioni (più o meno positive, e/o tra loro contaddittorie) di programmi dell’OMS, della BM, delle Organizzazioni non governative (ONG); ... . È chiara tuttavia la percezione di una sostanziale assenza di interesse a politiche capaci di rilanciare una progettualità dell’“essenziale”: che equivarrebbe evidentemente ad andare contro-corrente rispetto alla macro-tendenza a lasciar decadere la salute-sanità dal ruolo di espressione di “diritti umani” e/o di “beni comuni” (accessibili ed esigibili, come ricordato in Essenziale 3).

4. È quasi ovvio peraltro sottolineare – proprio in coerenza con l’esigenza di permanente flessibilità-sperimentazione-adattamento su cui si è ritornati più volte – che la praticabilità di un immaginario che rimane sostanzialmente lo stesso deve corrispondere a una profonda ri-lettura dei termini concreti nei quali oggi dovrebbe essere concepita una EDCP e un ruolo dell’OMS. Lo scenario dei farmaci è totalmente cambiato, sia a livello di ricerca, sia di sperimentazione, sia di priorità. A una crescita esponenziale di investimenti e sperimentazioni, di propaganda e di registrazioni dubbie sotto il profilo dell’innovazione, ha corrisposto la documentazione ancor più sistematica di una “corruzione” sostanziale (non tanto né solo economica) nel settore farmaco. La letteratura – anche molto “ufficiale” – è troppo abbondante e nota per essere qui citata. Importa invece sottolineare che:

- di fronte a tutte queste evoluzioni l’OMS si è posta in una posizione sostanzialmente di “spettatore” (non è un understatement), sviluppando e appoggiando al massimo, in varie sedi e in vari modi, una sotto-cultura che fa riferimento a “codici di condotta”, la cui credibilità è decisamente non “evidence-based”, quando sono in discussione diritti fondamentali;
- lo stesso atteggiamento da cauto interlocutore di buona volontà sembra sia la norma per quanto riguarda le problematiche relative ai brevetti nel campo farmaceutico;
- sembrano altrettanto esitanti e senza tempo – in tempi di forti evoluzioni culturali ed economiche – le decisioni relative al collegamento tra farmaci “essenziali” ad alto costo ed alto impatto (da quelli per HIV agli oncologici) e programmi di salute pubblica che ne garantiscano l’accessibilità. Se questa connessione era intrinseca nella

matrice concettuale e nell'interpretazione del 1977, sotto forma di una esigenza-raccomandazione, oggi lo stesso nesso può essere credibile solo se si attivano, in una logica di sostenibilità metodologica ed economica, piani reali e specifici di singoli Paesi.

5. La domanda ovvia – che non è critica: è piuttosto una constatazione realistica – è molto semplice: è ancora pensabile un ruolo protagonista-propositivo, con gradi di autonomia reale, di un'agenzia dell'Organizzazione delle nazioni unite (ONU)? In altre parole, l'OMS vuole davvero giocare un'altra volta la partita delle politiche pubbliche in campo sanitario? Può farlo? Di fatto:
- l'ONU stessa è spettatrice delle politiche economico-finanziarie (e non solo), di cui quelle relative alla sanità sono un'espressione;
  - gli Stati membri, che costituiscono la trama di connessione reale tra l'OMS e le realtà delle loro popolazioni, mostrano una vocazione sempre più preoccupante a confinare la sanità tra le variabili “facoltative” di un welfare “assicurativo”;
  - gli strumenti tecnici per ri-formulare il diritto alla sanità-salute sono orientati a tamponare le disuguaglianze eccessive, attraverso un'applicazione del termine “essenziale” a livelli di assistenza nei quali l'immaginario di diritto ha al massimo una funzione di “immagine”, che impedisce una ricerca comune, e rinuncia a essere finestra aperta a sperimentare narrazioni.

### **Immaginando un'agenda...**

Alla radice di questo paragrafo che guarda al futuro c'è una memoria: tanto antica da sembrare obsoleta, ma tanto importante da non permettere la cancellazione. L'OMS è l'agenzia cui era stato affidato il compito di “pilotare” e rendere credibile il preambolo della Dichiarazione universale dei diritti umani: i popoli attori-protagonisti, allo stesso tempo soggetti e destinatari, di un progetto di ricerca di lunghissima durata, e ad alto rischio di insuccesso: il diritto di avere diritti per tutte/i, in condizioni di parità. Pur nella sua situazione di crisi, l'OMS ha mantenuto – almeno nell'immaginario collettivo – quel ruolo di pilota-simbolo di un progetto. Il disincanto del realismo dice che le probabilità di ritrovare un'autonomia culturale, se non economico-organizzativa, sono decisamente basse. Il disincanto non obbliga tutta-

via a silenzi rassegnati. Ci sono poche cose, concrete, che ci si potrebbero aspettare.

1. Promuovere una rilettura della lista, orientata a problemi-popolazioni, con una concentrazione dell'attenzione ai Paesi a basso reddito, per garantire alle loro popolazioni l'accesso a "costi accessibili" a strategie che coincidono con il diritto di vivere. Un esempio, ma non il solo, potrebbe essere l'oncologia pediatrica, ovvero le patologie croniche ad alto rischio, come le cardiovascolari o e/o invalidanti.<sup>8-10</sup>
2. Stimolare e sostenere reti di Paesi a basso reddito nei quali la farmacovigilanza abbia come oggetto specifico il monitoraggio epidemiologico dell'impatto della non-accessibilità a farmaci-strategie essenziali sulle morbi-mortalità evitabili (che sono diritti di vita).<sup>11</sup>
3. Assumere un ruolo attivo di contenimento (ora è di promozione) delle politiche culturalmente (e concretamente) coloniali che le società scientifiche (in alleanza con i "produttori" dei relativi "beni" diagnostico-terapeutici) fanno per imporre-trasferire linee-guida, programmi di formazione, eccetera nei Paesi a basso reddito.
4. "Credere" al rapporto sui determinanti sociali della salute, nel quale si celebravano i 20 anni di Alma Ata, come punto di partenza da tradurre come elemento essenziale di politica sanitaria a livello dei singoli Paesi, perché diventi nella diversità dei tanti contesti un'alfabetizzazione collettiva alla salute come bene comune e perciò diritto dovuto.
5. Nel conflitto, anche intra-capitalistico, che riguarda il rapporto tra diritti delle merci (e dei brevetti) e diritti delle popolazioni, l'OMS (e con l'OMS i suoi Stati membri) deve mettersi chiaramente e con determinazione nella linea della Dichiarazione di Doha, interpretando la clausola non come l'eccezione, ma come la "normalità" minima: non è altro infatti che una delle definizioni (in termini di salute pubblica) di "essenziale".

Sono piccole cose. A partire dal farmaco non si può fare altro. Come nel 1977, benché su altra scala, il farmaco continua a essere un "indicatore". Vorrebbe esserlo sul serio: obbligando a guardare la luna.

### **Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization. The selection of essential drugs. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 615). WHO,

Geneva, 1977

2. Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004: salute e globalizzazione. Feltrinelli, Milano, 2004
3. A caro prezzo: le disuguaglianze nella salute. 2° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. ETS, Pisa, 2006
4. Salute globale e aiuti allo sviluppo: carità, ideologie, inganni. 3° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. ETS, Pisa, 2008
5. Salute globale: InFormAzione. 4° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. ETS, Pisa, 2010
6. L'uso dei farmaci essenziali. Terzo rapporto di una Commissione di Esperti dell'OMS. Supplemento al Bollettino Informazioni sui Farmaci, Reggio Emilia, Dicembre 1988
7. World Health Organization. The selection and use of essential medicines. World Health Organ Tech Rep Ser 2011;965
8. Gray A. WHO Essential Medicines List for Children: impact on patient outcomes? Paediatr Drugs 2011;13:209-11
9. Mackey TK, Liang BA. Patent and exclusivity status of essential medicines for non-communicable disease. PLoS One 2012;7:e51022
10. Gilson AM, Maurer MA, Ryan KM et al. Ensuring patient access to essential medicines while minimizing harmful use: a revised World Health Organization tool to improve national drug control policy. J Pain Palliat Care Pharmacother 2011;25:246-51
11. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. Lancet 2009;373:240-9