



Tratto da **Campagne per le Organizzazioni Non Profit**
7 regole per i manager del cambiamento
ASVI-EMI 2006

*Il primo libro italiano per i manager del cambiamento
a cura di Davide Cavazza - Coordinatore Campagne del Comitato
Italiano per l'UNICEF
Prefazione di Valerio Melandri
Presentazione di Marco Crescenzi*

Interviste ai protagonisti del campaigning
Nicoletta Denticò: Campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali



Protagonista

Nicoletta Denticò, direttore generale di Medici Senza Frontiere Italia dal 1999 al 2003, e membro dello steering committee internazionale della Campagna nello stesso periodo.

Nome della campagna

Campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali

Tema

La campagna promuove l'accesso ai medicinali salvavita per i pazienti dei paesi in via di sviluppo, attraverso politiche in grado di utilizzare a pieno le eccezioni sanitarie contemplate nell'accordo sulla proprietà intellettuale dell'OMC e di abbassare i prezzi delle terapie. La campagna denuncia anche i limiti della ricerca scientifica in campo sanitario, e punta a favorire la disponibilità di terapie adeguate ai paesi poveri tramite una ricerca medica e farmaceutica mirata alle malattie oggi trascurate, poiché escluse da una logica di ritorno sull'investimento (malattie tropicali, tubercolosi, etc.)

Organizzazione promotrice

Médecins Sans Frontières

Durata

La campagna, lanciata nel novembre 1999, è tuttora in corso

Partner coinvolti

Sul piano internazionale, l'organizzazione inglese Oxfam, il gruppo di consumatori americano Consumer Technology Project (Cptech), l'organizzazione malese Third World Network, il network Health Action International e molte organizzazioni locali di sviluppo o di intervento sanitario, oltre alle organizzazioni/coalizioni di pazienti sieropositivi (ad es. Treatment Action Campaign). In Italia, una coalizione è stata faticosamente creata nel 2000 per lanciare una petizione nazionale, insieme ad ong come Aifo, Aibi, Cuamm e Mani Tese, la Lila, la Fondazione internazionale Lelio Basso, ma per diversi motivi non ha avuto la forza e la solidità auspiccate all'inizio da MSF Italia.

1. Chi ha deciso di intraprendere questa campagna e perché?

Médecins Sans Frontières ha deciso di intraprendere la campagna per l'accesso ai farmaci essenziali dopo almeno tre anni di studio e di valutazione dei dati acquisiti in relazione alla crescente difficoltà (per la stessa organizzazione) di occuparsi delle patologie dei poveri nei paesi in cui essa è operativa attraverso le proprie missioni medico-umanitarie. La crescente consapevolezza di avere a disposizione terapie inadeguate, o estremamente costose (a detrimento della copertura medica garantita ai pazienti, ad esempio nel caso dei programmi di lotta all'Aids), o addirittura di non avere più medicinali prima disponibili perché ne viene sospesa la produzione in quanto poco redditizi (è il caso dell'eflornitina contro la malattia del sonno) impone ad MSF la necessità di attivarsi su questo problema – medico ma soprattutto politico – per comprenderne le ragioni strutturali ed inaugurare una nuova metodologia di lavoro. Alla campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali MSF ha deciso di attribuire il contributo del Nobel per la Pace, a testimoniare la rilevanza dell'iniziativa lanciata quasi contemporaneamente all'annuncio del Nobel. Le 18 sezioni nazionali di Médecins Sans Frontières hanno poi assunto nei rispettivi paesi la campagna internazionale, con tempi e modalità autonome. La campagna per l'accesso ai farmaci essenziali è stata lanciata in Italia il 24 marzo 2000, in occasione della giornata mondiale contro la tubercolosi.

2. E' stato difficile stabilire gli obiettivi?

Non è stato facile mettere a fuoco gli obiettivi. Prima si tutto, perché studiando lo scenario attraverso i progetti di MSF, ed i dati sul campo, si è scoperto che le origini del problema portavano alle trattative in seno all'Organizzazione Mondiale del Commercio, ed in particolare all'accordo sulla proprietà intellettuale Trips (Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights), e quindi ad un ambito commerciale del tutto sconosciuto ad MSF. Si è trattato poi di definire gli obiettivi in maniera coerente con le necessità sul terreno, dal punto di vista dei pazienti, e con il mandato specifico di MSF. Infine, era necessario trovare un punto di vista di formulazione degli obiettivi che fosse sufficientemente divulgabile e traducibile in messaggi chiari per l'opinione pubblica; il rischio infatti era che il contenuto della campagna rimanesse troppo tecnico, e comprensibile solo per gli addetti ai lavori.

3. Come è stata condotta la campagna? Cosa avete fatto?

La Campagna ha richiesto uno sforzo di formazione interna piuttosto considerevole. Non è stata immediatamente evidente la ragione della scelta – da parte di MSF – di intraprendere questa battaglia, con modalità peraltro differenti rispetto alla classica azione di “*temoignage*”, di denuncia delle violazioni sugli scenari di intervento umanitario. D'altro canto, la campagna ha avuto l'innegabile vantaggio – del tutto causale - di essere lanciata in concomitanza con il Nobel per la Pace, e di essere quindi associata ad un riconoscimento di grande eco internazionale. Non solo, il suo debutto ha catapultato MSF a Seattle durante il summit dell'OMC, con un enorme impatto mediatico. La partenza così promettente ha sgominato solo alcune perplessità interne.

La scelta di MSF è stata quella di far parlare i progetti e gli operatori sanitari (medici e infermieri) dei molti paesi del sud del mondo, o dell'est europeo, per dare l'immediato riscontro della portata umanitaria del problema, bel al di là delle implicazioni commerciali e diplomatiche. In questo senso la strategia tradizionale di comunicazione di MSF, tramite la rappresentazione anche drammatica delle vittime, ha fornito uno strumento di grande impatto unito alle singole storie delle persone. MSF ha usato tutti i “salotti buoni” (incluso Davos) per divulgare il messaggio dell'apartheid sanitario deciso dalle regole del commercio contro l'umanità senza potere d'acquisto. Il caso concreto su cui la Campagna per l'Accesso ai Farmaci Essenziali ha puntato da subito l'attenzione e la azione di lobbying è stata l'azione legale scatenata da un cartello di 39 case farmaceutiche contro il governo del Sudafrica, colpevole di aver introdotto una legge (il Medicines Act del 1997, sottoscritto da Mandela) che incorporando tutte le norme di salvaguardia contemplate dai Trips cercava di eludere la rigidità dei brevetti a

favore degli interessi di salute pubblica. Questa orribile vicenda si è trasformata in una straordinaria opportunità per tutto l'access movement di mostrare il cinismo delle aziende, di fronte alla volontà dei singoli governi di far valere una gestione politica della salute.

Una scelta fondamentale di MSF, per la prima volta nella sua storia, è stata anche quella di aprire spazi a professionalità non usuali nell'organizzazione – legali, campaigners di professione – e di costruire alleanze con organizzazioni e network con solida esperienza nel campo dell'azione politica e delle questioni della globalizzazione, nel nord e nel sud del mondo. La sfida più complessa, per molti aspetti, è stata quella di trasformare le missioni sul terreno di molti paesi in realtà moltiplicatrici della campagna, investendo i capi missione di un mandato politico anche su una materia non legata al diritto umanitario. Non sempre questo è riuscito, ma in numerosi contesti dei paesi poveri MSF è stato un attore chiave nella creazione di campagne nazionali (ad esempio in Sudafrica, Kenya, Guatemala, Tailandia, Honduras, Mali, Ucraina, etc.), un promotore internazionale di battaglie a valenza locale, ed ha coadiuvato molti governi a comprendere a pieno, con consulenze legali, le implicazioni dell'accordo sulla proprietà intellettuale, e le regole migliori per assicurare l'accesso alla salute alle rispettive popolazioni nel bisogno di cure. La campagna si è dotata di un think-tank formato da decine di esperti nel campo della salute, dell'economia, della globalizzazione, etc. – il Neglected Diseases Working Group – per ragionare anche su alcune delle soluzioni concrete di alternativa alle regole commerciali esistenti.

4. Quante persone sono state coinvolte nel team della campagna e con quali ruoli?

Il team internazionale è stato formato all'inizio di cinque persone – il direttore esecutivo, il responsabile della advocacy e comunicazione, la responsabile della lobby, la segretaria, un responsabile medico – alle quali poi si sono aggiunte nuove figure quali la liaison con l'UE, nuove posizioni per l'ufficio stampa, etc.. Oggi la campagna contempla una quindicina di persone, ivi inclusi anche i consulenti su progetti specifici, o specifiche malattie. In ogni sezione del movimento, anche all'interno delle missioni nei paesi in via di sviluppo dove si affrontano le crisi di carattere sanitario legate alle malattie – programmi sulla tubercolosi, programmi con gli antiretrovirali contro l'Aids, programmi sulla malattia del sonno, o il chagas - sono presenti liaisons della campagna, che hanno il ruolo di riverberare sul paese le azioni ed i messaggi formulati di volta in volta dal team internazionale, con azioni di lobby a livello nazionale, ed anche di promuovere iniziative autonome di singoli governi per garantire azioni mirate nelle sedi internazionali – OMC, OMS, Unicef, EU, Asean, etc. - inviando informazioni sulle realtà epidemiologiche di singoli paesi. All'interno della sezione italiana, la campagna è stata posta sotto l'egida del direttore generale (data la pregressa esperienza di campaigning), ma dall'inizio è stato costituito un pool interdipartimentale che comprendesse il responsabile medico, l'addetto stampa, ed il responsabile del marketing. Nel progredire della campagna in Italia si è deciso di creare un dipartimento ad hoc sulla advocacy, ed il ruolo della liaison per i rapporti istituzionali.

5. Quali sono stati, a tuo parere, i momenti cruciali?

Cruciale per la campagna, sia sul fronte internazionale che nazionale, è stato tutto il 2001, un anno di svolta nel movimento per l'accesso alle terapie per i paesi in via di sviluppo. Nel febbraio, la azienda indiana Cipla ha offerto la terapia antiretrovirale al costo di 350 dollari all'anno per paziente, in concorrenza con gli oltre 10.400 dollari fissati dal mercato americano. La mossa ha avuto un effetto dirompente sulle fluttuazioni dei prezzi, ed ha innescato una corsa al ribasso tra produttori di generici di grande impulso ad un sano regime di concorrenza anche con i produttori di medicinali brevettati. Nell'aprile 2001, il ritiro dall'azione legale delle 39 case farmaceutiche schieratesi contro il governo di Pretoria segna la prima vittoria delle ragioni della salute pubblica sulle ragioni del profitto, ed il primo successo della mobilitazione internazionale per l'accesso alle terapie. Con effetto domino, nel giugno 2001 gli Stati Uniti ritirano la propria istanza contro il Brasile – che ha deciso di produrre antiretrovirali generici a sostegno di una politica di prevenzione contro l'Aids fondata sull'accesso universale alle cure – in seno all'OMC, chiaro segno del cambiamento nel dibattito politico e culturale sul tema dei brevetti in campo farmaceutico. Alla quarta conferenza interministeriale dell'OMC di Doha, a poche settimane dall'11 settembre 2001 ed in piena fobia antrace, viene approvata all'unanimità la Dichiarazione di Doha, che introduce un'interpretazione flessibile dell'accordo sulla proprietà intellettuale, e riconosce l'accesso ai medicinali salvavita come diritto individuale, delegando ampiamente ai governi la facoltà di definire i criteri per introdurre le eccezioni sanitarie ai brevetti.

Oggi, si vive un momento cruciale in senso opposto. Dalla Dichiarazione di Doha in poi i governi hanno fatto un'inarrestabile retromarcia sulla questione, e nel frattempo gli Stati Uniti hanno sostituito il multilateralismo dell'OMC con accordi bilaterali che contemplano clausole assai più severe e rigide dei Trips. Strutturalmente le regole del gioco non sono cambiate. Viceversa, la Campagna vive oggi una situazione di emparse in parte fisiologica, in parte molto preoccupante.

6. Chi vi ha aiutato? Chi siete riusciti a coinvolgere?

Come ho già detto, il personale sanitario dei paesi colpiti dalle emergenze sanitarie come l'Aids sono stati i testimonial più attendibili di questa campagna, e lo stesso si deve dire dei pazienti sieropositivi che hanno assunto la battaglia per l'accesso alle terapie come la nuova frontiera dei diritti umani, e dell'impegno politico per farli valere. Il loro coraggio, e penso in questo momento al leader di Treatment Action Campaign, Zackie Akhmat, è servito come spinta unica ad osare con azioni e messaggi forti. Siamo riusciti a coinvolgere molte organizzazioni di consumatori, ed anche di scienziati. Questi ultimi, talvolta, hanno deciso di passare dalla parte nostra, e condividere con la campagna le informazioni e le idee per promuovere la accessibilità delle cure. Ci hanno aiutato molti accademici sensibili al tema, e poi i giornalisti, che hanno capito le ragioni della campagna, e fatto un enorme sforzo divulgativo sul tema. Anche in Italia la questione ha avuto un notevole riscontro da parte dell'opinione pubblica; quando la si affronta ancora oggi in occasione di dibattiti pubblici, la gente capisce, ed ha fame di informazioni. Dobbiamo riuscire a coinvolgere con maggiore capillarità i cittadini della strada, sensibili al tema salute, e soprattutto permeare con più forza il mondo dei medici di base, che restano un segmento perlopiù difficile della nostra società.

7. Che strumenti di lobbying, comunicazione e di fundraising avete utilizzato?

Per quanto riguarda la comunicazione ed il fundraising, abbiamo utilizzato a piene mani le risorse, le metodologie ed i canali già abbondantemente consolidati di MSF. Il fatto di avere questo dispositivo già pronto ha decisamente aiutato le iniziative della campagna. Spesso comunicazione e raccolta fondi sono andate di pari passo, con progetti di raccolta fondi su specifiche malattie o per le vaccinazioni, ma occasionalmente le due azioni sono state separate, e la comunicazione ha previsto la redazione di rapporti di settore per alcuni target groups soltanto. La lobbying si è sviluppata grazie ad alcuni rapporti specifici, alla vigilia di appuntamenti come il G8, la Assemblea Generale dell'OMS, audizioni parlamentari in seno alle UE, oppure nei singoli paesi in via di sviluppo attraverso una azione di esegesi più dettagliata sui Trips, e sulla necessità di adottare nuove leggi in materia di proprietà intellettuale. MSF non ha naturalmente condotto questo lavoro enorme da sola. La coalizione con il tempo è andata crescendo, anche per rispondere alle crescenti esigenze che la campagna impone. Oggi esistono molte iniziative di donazioni unilaterali da parte di case farmaceutiche ai singoli paesi che richiedono un serio monitoraggio. Occorre valutare il lavoro delle Public Private Partnerships (PPPs) nella capacità di favorire una maggiore accessibilità ai farmaci, ai diagnostici o ai vaccini. La comunità internazionale ha messo in piedi il Fondo Globale per la lotta all'Aids, la Tuberculosis e la Malaria. Peccato però che i singoli governi ne inficino il funzionamento e l'efficacia attraverso il mancato finanziamento – è il caso dell'Italia mentre stiamo scrivendo – ovvero adottando politiche bilaterali assai discutibili dal punto di vista della sostenibilità (il programma Pefar degli Stati Uniti). Quindi la strada da percorrere è ancora molta, ed in salita.

8. Avete raggiunto gli obiettivi?

Alcuni obiettivi sono stati raggiunti, come quello di una drastica diminuzione dei prezzi dei farmaci antiretrovirali, seppur non completamente. Viceversa, tutti parlano dell'Aids, ma i prezzi per i medicinali che salvano da altre patologie restano proibitivi, inaccettabilmente proibitivi. L'interpretazione più umana dell'accordo Trips sottoscritto a Doha, viene smentita ad ogni piè sospinto dalle politiche dei paesi produttori di farmaci, che non vogliono allentare la presa. Infine non esistono ancora terapie adeguate per moltissime patologie dei paesi poveri. La ricerca scientifica nel campo della salute è largamente inficiata dalle regole del profitto, e l'innovazione farmaceutica per le malattie dei pazienti ricchi – con l'intento di medicalizzare sintomatologie naturali come la menopausa – fagocita il 90% dei fondi disponibili. Invece, i bisogni sanitari del 90% della popolazione del pianeta restano ancora largamente inevasi. Malgrado gli annunci roboanti sui siti web delle grandi industrie di settore, la ricerca sulle malattie tropicali è praticamente inesistente, e la sostenibilità di lungo periodo di molte iniziative non profit è ancora tutta da dimostrare. Anche qui, strada da fare tanta. Ed in salita!

9. La campagna ha generato anche ulteriore valore?

La campagna ha generato immenso valore all'interno dell'organizzazione MSF, nel senso che è la sola iniziativa su cui la grande organizzazione parla all'unisono, con un approccio autenticamente internazionale. La campagna ha aumentato quindi la consapevolezza di MSF, e delle sue potenzialità non solo nel campo medico, ma anche politico. La Campagna ha inaugurato un modo nuovo di concepire l'azione umanitaria, nel momento in cui il paradigma della guerra non si applica solo ai conflitti combattuti con le armi, ma anche alle catastrofi sottaciute così perfettamente integrate nel contesto economico e politico da risultare praticamente invisibili: un'estinzione lenta che passa per la progressiva negazione dei beni essenziali alla sopravvivenza – l'acqua, il cibo, l'abitazione, la salute. Un'umanità a perdere prevista dal sistema, in altre parole.

Infine, uno dei frutti più audaci della Campagna è la Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi), un nuovo progetto che comprende diverse entità di ricerca pubblica – molte delle quali nei paesi del sud del mondo – per condurre una ricerca unicamente diretta ai bisogni dei pazienti più poveri ed esclusi, al di fuori da ogni logica di profitto, e di ritorno sull'investimento. MSF fa parte di questa nuova realtà, il cui alto profilo di advocacy punta a dimostrare che esiste un modo diverso di produrre innovazione terapeutica.

10. Quali sono state a tuo parere le cose più importanti che avete fatto?

La cosa più importante è stata quella di aver utilmente introdotto il tema della salute nel dibattito sulla globalizzazione, a fronte degli enormi riflessi che essa produce sui sistemi sanitari di molti paesi del pianeta. La questione dell'accesso ai farmaci non esaurisce naturalmente tutta la tematica della salute nella sua complessità, ma ha una valenza assolutamente strategica per comprendere come la questione salute abbia subito un drammatico processo di mercificazione e banalizzazione. Per taluni versi, la gestione dei brevetti nella partita dei brevetti svela il vero gioco del potere, nella società dell'informazione. Ed in questo versante il tema dell'accesso alle terapie può fornire un importante strumento per far capire a tutti la posta in palio per il futuro dell'umanità.

Sito web e ultime notizie:

http://www.msf.it/cosafacciamo/accesso/index_far.php