



Articolo realizzato
con il contributo
di Open Society
Foundations

Vaccino Covid

Sarà accessibile a tutti?

La pandemia era attesa, ma ha colto impreparati i governi. Che ora corrono a elargire risorse a iosa all'industria farmaceutica. Due le priorità: non escludere nessuno dal vaccino e far tesoro degli errori.

di Matteo Metta

Un memoriale per le vittime del Covid. Nei mesi scorsi, la proposta di erigere in Francia un monumento in ricordo dei morti della pandemia ha suscitato un vespaio di polemiche. Tra i più accesi oppositori il filosofo Bernard-Henri Lévy, che l'ha bollata come «grottesca e soprattutto indecente». I memoriali della Shoah, della Resistenza o del genocidio armeno

sono il monito storico di un tragico passato – questo il suo ragionamento – mentre «i morti di Covid, come quelli di cancro o diabete, non sono martiri della storia». Buona o cattiva che sia l'idea del memoriale, la domanda ineludibile è: siamo sicuri che si tratti solo di fatalità e che la storia (che di scelte sciagurate si nutre) non c'entri nulla? La storia si fa anche con i «se», e le cose sarebbero

potute andare diversamente se i governi avessero dato ascolto agli esperti. Non alle trame di giallisti, alle profezie di Nostradamus o ai film su contagi apocalittici. Ma alle prove raccolte dalla comunità scientifica.

La spada di Damocle

Dopo la Sars, all'inizio di questo millennio, e la Mers nel 2012 – entrambe



altamente letali, ma poco contagiose - gli scienziati e le autorità sanitarie di mezzo mondo avevano previsto la comparsa di una malattia respiratoria causata da un nuovo virus, capace di fare il salto di specie da un animale all'uomo. Un contagio che sarebbe potuto sfociare in una pandemia. Predizioni non certo rimaste confinate ai circoli accademici. Erano comparse in forma articolata, e tanto precisa da sembrare profetiche, anche in saggi divulgativi, alcuni dei quali di largo successo. In cima a tutti *Spillover* (Adelphi) di David Quammen, uscito nel 2012 e poi divenuto celebre per aver centrato il luogo dal quale sarebbe venuto fuori il virus, «un mercato cittadino della Cina meridionale».

Perfino Bill Gates in un Ted Talk del 2015 aveva indicato in «un virus altamente contagioso» la causa che «ucciderà dieci milioni di persone, nei prossimi decenni».

Per fortuna siamo lontani da numeri così catastrofici, e speriamo di non arrivarci mai. Fatto sta che, nonostante i precedenti e l'attesa di una pandemia, i coronavirus sono stati studiati poco. Negli ultimi vent'anni l'interesse e gli investimenti (pubblici e no) sono avvenuti a ridosso di ogni emergenza, per poi calare nettamente una volta cessato l'allarme. Uno stato di cose che nel 2015 ha spinto l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) a inserire questi virus nella lista dei patogeni cui dare priorità nella ricerca e contro cui era più urgente sviluppare farmaci antivirali e vaccini. In ogni caso l'investimento in ricerca ha riguardato sempre cifre irrisorie, tanto più se paragonate a quelle che stiamo investendo oggi, spinti dalla paura e dai disastri umani e materiali generati dal Sars-Cov-2.

Un sistema da cambiare

Il punto è che la ricerca e lo sviluppo dei farmaci sono perlopiù lasciati alla libera iniziativa dei privati. L'industria farmaceutica non ha - e non si può neanche pretendere che abbia - tra i suoi obiettivi quelli di soddisfare i bisogni di

Prima di quest'anno erano in corso pochissimi studi clinici sui coronavirus

Fiumi di denaro pubblico



15,9

I miliardi di euro di impegni che la Commissione europea è riuscita a mobilitare nel mondo per contribuire a sviluppare e a garantire un accesso equo a vaccini, test e cure contro il Covid-19

di cui 11,9

promessi dalla stessa Commissione europea, dagli Stati membri e dalla Banca di investimenti europea (BEI)

10

I miliardi di dollari inizialmente stanziati dal governo degli Stati Uniti per lo sviluppo e la produzione dei vaccini, dei farmaci e dei test per il Covid-19

0,6

I miliardi di dollari che si stima siano stati complessivamente stanziati per la ricerca sui coronavirus nei vent'anni precedenti la pandemia

salute dei pazienti e di coprire le aree in cui scarseggiano terapie efficaci. L'impresa privata investe e innova nei settori più redditizi. Ciò che persegue in via prioritaria sono i profitti, che devono essere quanto più ragguardevoli e certi. Ragioni per cui deve minimizzare i rischi e sfruttare al massimo le protezioni (brevetti e monopoli temporanei) e altri vantaggi, tra cui quelli fiscali, che le leggi le garantiscono. Le aziende si concentrano soprattutto sui farmaci oncologici e sui farmaci «orfani». Uno status, quello di farmaco orfano, che viene sfruttato per farmaci destinati non alla cura di malattie rare, come dovrebbe essere, ma a «nicchie di pazienti» (vedi articolo su Altroconsumo InSalute 143, dicembre 2019). I medicinali oncologici e quelli orfani sono considerati dall'industria preziosissime galline dalle uova d'oro, perché è su questi che è più facile imporre prezzi stellari agli Stati. Prezzi spesso iniqui, in quanto totalmente sganciati da riferimenti reali, vale a dire dai costi sostenuti per portare sul mercato il farmaco e dal riconoscimento di un giusto profitto.

Pagare due volte

Dover strapagare i farmaci per gli Stati significa mettere in pericolo la sostenibilità del proprio sistema sanitario, non poter garantire a tutti i malati un equo accesso alle terapie e, in ultima analisi, essere costretti a razionarle, come è già successo. Paradossalmente tutto questo è reso possibile grazie alla corazzata di protezione dalla concorrenza che gli stessi Stati hanno cucito addosso all'industria farmaceutica.

Gilead ci prova anche stavolta

L'azienda americana insiste in comportamenti discubili. Per esempio far passare un farmaco per il Covid-19 come farmaco orfano.

Non le è bastata la cattiva reputazione che si è guadagnata con il caso Sovaldi. Ve lo ricordate il farmaco per l'epatite C prodotto dall'americana Gilead e passato alla storia come il medicinal da mille dollari a pillola? In Italia arrivò dopo lunghe trattative che fissarono a circa 40mila euro il prezzo del trattamento per paziente, cosa che costrinse il Ssn a razionare il farmaco, destinandolo soltanto ai malati più gravi. I pazienti meno gravi che non volevano aspettare di peggiorare per curarsi si diressero in India, dove veniva prodotto un generico. Non paga del discredito già accumulato, Gilead tenta un nuovo colpo con il Remdesivir, l'antivirale sviluppato per combattere l'Ebola e ora tra i più usati per trattare i casi di Covid-19.

Lo status di "orfano"

Gilead a marzo ha impudentemente richiesto e ottenuto per il Remdesivir lo status di "farmaco orfano" (previsto per i medicinali per le malattie rare e che dà diritto a un'esclusiva di mercato per almeno sette anni). Come se il Covid-19 fosse una malattia rara... Non che per ottenerlo serva che lo sia, perché è sufficiente rispettare il requisito numerico. Negli Stati Uniti è considerata rara una malattia che in tutto il Paese colpisce meno di 200mila

persone, e a marzo i contagiati erano 35mila. Farmaco orfano significa maggiore protezione dal mercato: un monopolio di sette anni negli Usa (e di dieci nell'Ue). Quando i casi sono scoppiati, Gilead ha dovuto rinunciare a questo status per il suo Remdesivir, anche per via dello sdegno suscitato nell'opinione pubblica.

Un prezzo gonfiato

Gilead ha chiesto un prezzo di 390 dollari a fiala. Le indicazioni dicono che ogni malato di Covid-19 deve ricevere il trattamento per almeno cinque giorni, cioè sei dosi - 2.340 dollari - per vedere in teoria progressi, che comunque non sono quelli sensazionali sbandierati dalla società (vari esperti li hanno ridimensionati). Secondo le stime dell'istituto ICER, per coprire tutti i costi, anche quelli futuri, relativi al Remdesivir (ricerca, sviluppo, produzione, distribuzione...) e garantirsi pure un guadagno, Gilead dovrebbe chiedere non più di 1.600 dollari. E per un trattamento non di cinque, ma di dieci giorni! Considerata l'elevatissima domanda, i guadagni lauti non le mancherebbero comunque. Per inciso, gli Usa si sono accaparrati il 90% della produzione sino a fine settembre. Non un esempio di equa distribuzione delle risorse per il fronte comune contro la pandemia...

>

Va inoltre considerato che sempre più spesso le grandi case farmaceutiche si sottraggono al rischio di sviluppare in proprio nuove molecole e preferiscono acquistare i brevetti di prodotti messi a punto in aziende più piccole o in laboratori universitari che hanno ricevuto finanziamenti. Così i governi pagano l'innovazione due volte: a monte (perché hanno finanziato la ricerca) e a valle (perché hanno acquistato a carissimo prezzo i farmaci).

Un business poco appetibile

Le malattie infettive emergenti sono invece ben lungi dall'essere uno scenario attraente per l'industria, poiché non è dato sapere quale virus causerà un focolaio, né dove e quando questo avverrà. È più probabile che ciò accada nei paesi con meno risorse, quelli incapaci di pagare i farmaci a prezzi così alti da garantire i margini di profitto sperati. Inoltre un focolaio può anche essere controllato abbastanza rapidamente, in certi casi persino senza farmaci. Tanti rischi e incognite mal si accordano con la visione squisitamente commerciale delle aziende. Questo spiega perché dal 1995 a oggi, stando ai dati dell'Oms, tra tutti i progetti di ricerca che hanno dato origine a farmaci, vaccini e mezzi diagnostici, solo il 7% ha riguardato le malattie infettive. Molto meno, soltanto lo 0,4%, i progetti relativi ai patogeni per i quali la stessa Oms aveva raccomandato priorità di studio. C'è di più: prima di quest'anno gli studi clinici su Sars e Mers da parte di aziende si potevano contare sulle dita di due mani, e ciascuno di questi dipendeva fortemente da investimenti pubblici (principalmente americani).

Brutta partenza. E il finale?

Sarà questa l'occasione per imparare dagli errori e cambiare sistema? Le prime avvisaglie non lasciano ben sperare. Infatti, il primo riflesso istintivo degli Stati non è stato quello di fare fronte comune, bensì di ingaggiare una dannosa competizione tra loro. C'è stata la gara

I vaccini in pole position

Agli inizi di settembre i vaccini in fase di sperimentazione clinica erano 34, di cui 9 nella fase più avanzata. Ecco quelli che hanno ricevuto più finanziamenti pubblici, in larga parte statunitensi.

AstraZeneca

Il vaccino dell'Università di Oxford e AstraZeneca ha avuto finanziamenti Usa per 1,2 miliardi di dollari. L'Ue ne ha già ordinate 300 milioni di dosi. Dopo il recente caso di reazione avversa sviluppata in un volontario, la sperimentazione è stata sospesa per verifiche.

Sanofi/GSK

Sono 2 i miliardi di dollari che gli Stati Uniti hanno investito nella collaborazione tra due giganti della farmaceutica (il francese Sanofi e l'inglese Glaxo Smith Kline) per supportare le fasi finali della sperimentazione del loro vaccino e la produzione di 100 milioni di dosi.

BioNTech/Pfizer

Il governo americano ha sborsato quasi 2 miliardi di dollari per ottenere 100 milioni di dosi del vaccino messo a punto grazie alla collaborazione tra l'azienda biotech tedesca e il colosso farmaceutico svizzero.

Moderna

Alla società biotech di Cambridge, nel Massachusetts, sono arrivati soldi pubblici per circa 2,5 miliardi di dollari, per la sperimentazione, la produzione e la consegna di 100 milioni di dosi negli Usa.

ad accaparrarsi prima i dispositivi di protezione e poi il diritto di prelazione sulle dosi di vaccino necessarie a immunizzare la propria popolazione. Ma così si fa ancora una volta il gioco dell'industria, che da sempre mette in pratica la strategia del «divide et impera»: dividere gli acquirenti per non far trapelare i termini degli accordi, affinché ciascuno pensi di aver spuntato le condizioni più vantaggiose, mentre è lei la sola a guadagnarci. Iniziata negli Stati Uniti, la corsa all'approvvigionamento del vaccino è continuata in Europa con l'iniziativa di Francia, Germania, Italia e Olanda, che insieme hanno negoziato a metà giugno un accordo con Oxford/AstraZeneca per assicurarsi in totale 400 milioni di dosi. Non è malizioso pensare che sia stato proprio questo accordo a spingere la Commissione europea ad accelerare la presentazione del proprio piano di intervento comune,

al fine di evitare disparità (e malumori) all'interno dell'Unione e di garantire a tutta la popolazione europea un accesso rapido ed equo al vaccino. Il programma è in realtà di più ampio respiro, perché la Commissione ha deciso di guidare lo sforzo di solidarietà a livello globale affinché il vaccino sia universalmente disponibile. Pertanto, oltre che mettere a disposizione proprie risorse, si è attivata per stimolare il contributo economico di paesi extra-europei (e anche di organizzazioni filantropiche). Massicce iniezioni di denaro pubblico nelle casse delle aziende farmaceutiche, soprattutto in quelle di chi ha i "cavalli" considerati vincenti, non servono solo a sviluppare più velocemente il vaccino, ma anche a rafforzare il sistema produttivo e distributivo, in modo da ottenere in tempi brevi il numero di dosi necessario a garantire un accesso esteso alla profilassi. Obiettivo su cui gli Stati Uniti sono

attivissimi. Ma la parte più innovativa del piano di Ursula von der Leyen sta nel fatto che «la Commissione concluderà accordi con singoli produttori di vaccini a nome degli Stati membri. In cambio del diritto di acquistare un determinato numero di dosi di vaccino in un dato periodo, la Commissione finanzierà una parte dei costi iniziali sostenuti dai produttori di vaccini. Il tutto assumerà la forma di accordi preliminari di acquisto. I finanziamenti erogati saranno considerati un acconto sui vaccini che saranno effettivamente acquistati dagli Stati membri». Sembra incredibile che si riesca finalmente a centralizzare a livello europeo le negoziazioni con le aziende del farmaco. E addirittura che si tenga conto dei soldi pubblici già versati, per non pagare due volte. La via imboccata sembra quella giusta. Sul prezzo occorrerà trasparenza: chissà se anche questa farà parte degli accordi. 

