



NOGRAZIEPAGOIO!

Lettera di informazione periodica

Esce ogni 2-3 mesi; contiene le notizie più significative già pubblicate sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

Lettera n. 33 – Maggio 2015

Comunicazione agli aderenti

Noi NoGrazie siamo quasi tutti operatori sanitari. Difficile però ottenere i risultati che desideriamo (per esempio, che le associazioni professionali eliminino i loro legami con l'industria della salute per una formazione indipendente da interessi commerciali) se continuiamo a raccontarcela tra noi. È necessario uscire dal nostro ambito professionale per dialogare con la sempre invocata e spesso fantomatica società civile. Se molti cittadini o gruppi di cittadini, indipendentemente dalla loro posizione nella società, chiedessero le stesse cose che chiediamo noi, ed esercitassero la dovuta pressione su chi di competenza, le nostre chances di successo aumenterebbero, a beneficio della salute di tutti. Ben venga quindi l'appello di un gruppo di mamme sarde contro la pesante interferenza dell'industria su un congresso pediatrico: merita la nostra prima pagina. E la seconda pagina, ma sotto lo stesso titolo, la merita una protesta di alcuni gruppi di mamme contro una trasmissione televisiva, e la ditta di prodotti per l'infanzia che la produce, che squalifica il ruolo delle Ostetriche asservendole alle pretese del mercato e del marketing. Buona lettura.

Indice	
1. Nascere in Sardegna o su Real TV	pag. 2
2. Pediatri del Friuli Venezia Giulia	4
3. EXPO 2015	5
4. Scienza zuccherata	7
5. Forza zucchero!	9
6. OKkio al MOIGE	11
7. OMS: rendere disponibili tutti i risultati dei trials clinici	13
8. The Cancer War: un grosso affare per Big Pharma	13
9. Insulina evergreen	10
10. Lavorano in perdita, poveretti!	15
11. La formazione dei giornalisti come quella dei medici?	17

1. Nascere in Sardegna o su Real TV

Lettera all'assessore all'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale

Oristano 21 Marzo 2015

Alla cortese attenzione dell'Assessore all'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale,
Dottor Luigi Benedetto Arru
e p. c. - al MAMI Movimento Allattamento Materno Italiano
all'IBFAN International Baby Food Action Network
alla CIANB Coalizione Italiana per l'Alimentazione dei Neonati e dei Bambini
al Gruppo No Grazie Pago Io

Gentile Assessore Arru, siamo una rappresentanza delle madri della Sardegna che, in occasione del Primo Raduno dei Gruppi di auto aiuto regionali, si sono riunite oggi qui a Oristano partendo da questa riflessione. "Chi più delle donne, delle madri di famiglia, si preoccupa e si occupa di mantenere in salute i propri cari? Chi, più di loro, è interessato a farlo nella maniera più informata, efficace, semplice ed economica? In Sardegna da molti anni diversi gruppi di madri cercano di riscoprire e tramandare i saperi autentici sulla maternità e di far riemergere le loro intrinseche potenzialità di dare alla luce, allattare e accudire i loro bambini. Sempre maggiori evidenze scientifiche mostrano il ruolo inalienabile delle madri nel tutelare la salute dei bambini e della comunità tutta, a breve e lungo termine". E con questi obiettivi: riconoscere il valore del mutuo aiuto, condividere le esperienze, rafforzare i legami.

Gentile Assessore Arru, come madri siamo consapevoli di quanto gli operatori sanitari abbiano a cuore la nostra salute e quella dei nostri figli e delle nostre figlie e li rispettiamo perché si prodigano quotidianamente per salvaguardarla e proteggerla. Nel rendere partecipe Lei e la Regione Sardegna di questo nostro primo incontro regionale intendiamo cogliere l'occasione per comunicarLe una nostra preoccupazione. Tra qualche giorno si terrà a Cagliari il Convegno "Nascere in Sardegna" che ha il Patrocinio della Società Italiana di Neonatologia e dell'Azienda Ospedaliera Brotzu. È con perplessità che vediamo tra le aziende che supporteranno il Congresso varie ditte produttrici di alimenti per l'infanzia, seppure sotto la dicitura "non condizionante". Abbiamo il timore che questo evento violi il Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno (Art. 7.5 e Art. 7.1) e le successive Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità (49.15, 58.32, 61.20).

Crediamo che questo momento storico abbia messo in evidenza i rischi che si possono correre quando si configura un conflitto di interesse in sanità. Non possiamo fare a meno di manifestare le nostre preoccupazioni sulle conseguenze che potrebbero avere i finanziamenti da parte di tali aziende ai congressi sulla salute infantile. Ci domandiamo in che modo e secondo quali indicatori si valuti il "non condizionamento" degli operatori e chi vigili perché le politiche di salute siano affrancate da tale condizionamento. Temiamo che queste iniziative da parte di produttori di sostituti del latte materno abbiano ricadute negative sia sulla salute dei bambini per la riduzione delle percentuali e della durata degli allattamenti esclusivi (tassi che sino ad oggi la Sardegna non ha raccolto in maniera sistematica), sia sui bilanci delle famiglie per il ricorso a formule artificiali. Inoltre sappiamo che potrebbero comportare maggiori spese anche per il sistema sanitario e sociale per le conseguenze dei mancati allattamenti, anche relativamente alla salute di noi donne e dell'ambiente, oltre che a quella dei bambini.

Con questa nostra lettera chiediamo che l'Assessorato da Lei presieduto si faccia carico di vigilare sul rischio di conflitti d'interesse nell'area della salute Materno Infantile e che attivi, nel modo da Lei identificato più idoneo, Percorsi di Protezione della Fisiologia della Nascita e dell'Allattamento secondo le raccomandazioni dell'OMS.

Fiduciose nella Sua considerazione, La salutano con cordialità,

(seguono 91 firme di mamme da tutta la Sardegna)

PRESIDENTE
Dott.ssa **Luciana Pibiri** AO Brotzu, Cagliari

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Dott. **Manuel Sarano** AO Brotzu, Cagliari

ACCREDITAMENTO ECM 1537-116970
n° 8 crediti assegnati per 100 Medici Chirurghi
(discipline: Pediatria, Neonatologia, Ginecologia e Ostetricia),
Infermieri, Infermieri Pediatrici, Ostetrici)

PROVIDER
Provider Nazionale AIMOS 1537
(Associazione Interdisciplinare Medici Ospedalieri Sardi)

aimos
Associazione Interdisciplinare Medici Ospedalieri Sardi

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Aserveice Studio srl via Machiavelli 136, 09131 Cagliari
tel 070/498613 fax 070/429339 posta@aservicestudio.com
info e iscrizioni www.aservicestudio.com

SEDE DEL CORSO
Caesar's Hotel**** via Darwin 2/4, Cagliari
tel 070/340750 - fax 070/340755 - www.caesarshotel.it

MODALITA' ISCRIZIONE
Pre-iscrizione obbligatoria. Iscrizioni a numero chiuso. Compilare la scheda d'iscrizione e
trasmetterla alla Segreteria Organizzativa. L'iscrizione al Congresso deve essere
effettuata entro il 02/04/2015, compilando in ogni sua parte la scheda, scaricabile dal sito
web www.aservicestudio.com e inviandola, unitamente alla copia del relativo bonifico
bancario, alla Segreteria Organizzativa

Per l'immagine di copertina si ringrazia il pittore Flavio Piredda di Thies
Liberalmente tratto dal quadro ad olio su tela «Madre e bambino in costume sardo»

con il supporto non condizionante di



Aserveice Studio srl
via Machiavelli 136, 09131 Cagliari
tel. 070/498613 / fax 070/429339
posta@aservicestudio.com
www.aservicestudio.com

Azienda Ospedaliera C. Brotzu Cagliari
U.O. Assistenza Neonatale

V EDIZIONE CONVEGNO REGIONALE
NASCERE IN SARDEGNA
attualita' e prospettive
Venerdi 10 Aprile 2015 Caesar's Hotel Cagliari



PRESIDENTE
Dott.ssa **Luciana Pibiri**
Direttore Neonatologia AO Brotzu, Cagliari

con il patrocinio
AIMOS
SIN
Societa' Italiana Neonatologia

ACCREDITAMENTO ECM n° 8 crediti assegnati
per 100 Medici Chirurghi (discipline: pediatria,
neonatologia, ginecologia e ostetricia),
infermieri, infermieri pediatrici, ostetrici

Lettere alla presidente della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO)

27 Marzo 2015

Gent.ma dott.ssa Maria Vicario,

Riceve questo scritto da parte di un coordinamento di gruppi di mamme che sostengono altre mamme nell'allattamento e nella maternità. Desideriamo esprimerle il nostro disappunto a proposito del prossimo programma dell'emittente Real Time, 'Quando nasce una mamma', una sorta di reality, sponsorizzato da una nota ditta produttrice di ciucci e biberon, che ha per protagoniste tre ostetriche nel loro accompagnare otto donne "nel duro ed entusiasmante periodo del post partum". Nella pubblicità del reality, le immagini che accompagnano la descrizione delle professioniste le propongono serenamente ritratte con un bel biberon accostato ad uno smagliante sorriso.

Come donne e mamme alla pari, che si dedicano ad aiutare altre donne, non possiamo non provare una triste sensazione di tradimento ed abbandono. Non è forse l'ostetrica quella figura che dovrebbe accudire ed accompagnare amorevolmente una donna durante il periodo più bello e stravolgente della sua vita? Non dovrebbe, forse, essere quella delicata ma costante presenza che protegge ed accudisce la diade mamma-bambino e che trasmette alle donne l'antico sapere e l'ancestrale consapevolezza delle donne? Non dovrebbe essere prima professionista, tra tutte, a proteggere e promuovere il più intimo contatto di amore e nutrizione quale è l'allattamento? E infatti molte di noi conoscono ostetriche così, "angeli custodi" del periodo perinatale, preziose alleate di noi mamme.

Abbiamo appreso con gioia e senza stupore l'inserimento nel vostro codice deontologico del rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, e ora saremmo molto deluse nel non vedere una presa di posizione chiara nei confronti di questa trasmissione e delle sue protagoniste. Noi donne vi vogliamo fortemente al nostro fianco purché competenti, libere e non offuscate dal marketing.

Roberta Brucoli ed Erika Antoniazzi per il coordinamento gruppi mamme a sostegno dell'allattamento

(seguono le firme di 39 gruppi di mamme da tutte le regioni d'Italia)

Va detto che la presidente della FNCO aveva già accolto questa protesta, oltre a quella di numerosi

gruppi di ostetriche, a cominciare da alcune docenti dell'Università Bicocca di Milano, ed aveva emanato pochi giorni prima un comunicato stampa di critica alla ditta produttrice della trasmissione (Chicco/Artsana) e di disapprovazione del comportamento delle tre ostetriche che hanno accettato di esserne le protagoniste. Questo il contenuto del comunicato stampa:

"La Federazione nazionale delle ostetriche (FNCO) sostiene il Codice internazionale per l'allattamento al seno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – Unicef ed è pronta ad avviare campagne di sensibilizzazione affinché in tutti i punti nascita, consultori e servizi alla maternità si promuova l'allattamento materno e sempre più donne vengano indirizzate e sostenute nell'allattare al seno, per un periodo che superi i primi 6 mesi e arrivi al primo anno di vita del neonato."

"L'ostetrica/o promuove l'allattamento al seno e supporta il ruolo genitoriale, sostiene e diffonde la donazione volontaria del latte materno. L'ostetrica/o altresì aderisce al Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, ne promuove il rispetto delle norme e s'impegna a denunciarne eventuali violazioni".

La FNCO ricorda inoltre che gli operatori sanitari non devono accettare compensi o farsi promotori di alimenti per lattanti o di altri prodotti, come presidi e attrezzature per la loro preparazione e consumo, eccetto quando necessario nell'ambito di una valutazione professionale o ricerca a livello istituzionale e che la partecipazione al programma televisivo delle tre ostetriche, riprese con in mano prodotti del marchio sponsor, *"lede l'immagine stessa della professione veicolando un messaggio sbagliato e violando palesemente il Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte materno, elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Unicef"*.

"Anche i fabbricanti e distributori - ha sottolineato Vicario - devono aderire ai principi del Codice che è già stato violato più volte in passato dallo sponsor del programma televisivo".

"La FNCO auspica che simili episodi non si abbiano più a verificare, nell'interesse della salute delle donne, dei bambini e della categoria tutta."

2. Pediatri del Friuli Venezia Giulia

Alcuni pediatri del Friuli Venezia Giulia hanno elaborato un manifesto per annunciare ai genitori dei loro assistiti l'impegno a proteggere la salute dei bambini evitando, per quanto possibile, interferenze commerciali. Al manifesto hanno aderito, finora, 32 pediatri. Alcuni l'hanno stampato ed esposto in sala d'attesa; altri ritengono, per il momento, di non esporlo, in attesa di fare, tra qualche mese, un primo bilancio di questa iniziativa e, se necessario, di modificare il manifesto e l'iniziativa stessa. Ci sembra una proposta da incoraggiare e seguire con attenzione. Ecco il testo, molto breve, del manifesto.

Il tuo pediatra si impegna a:

- [non accettare sponsorizzazioni e regali da parte delle aziende che producono farmaci, vaccini e alimenti per bambini;
- [partecipare ad eventi formativi in modo indipendente e non condizionato da interessi commerciali;
- [porre attenzione alla presenza di conflitti di interesse con l'industria dei farmaci, dei vaccini e degli alimenti per bambini nella consultazione delle pubblicazioni scientifiche.

Sulla base di queste scelte il tuo pediatra si impegna a:

- [prescrivere farmaci utili in base alle prove scientifiche di efficacia;
- [utilizzare il farmaco meno costoso, il cosiddetto generico;
- [prescrivere solo accertamenti e consulenze utili;
- [sostenere l'allattamento al seno e l'alimentazione con i cibi di casa;
- [promuovere le vaccinazioni di provata efficacia e utilità.

Aprile 2015

3. EXPO 2015

Sarà utile? E se sì, a chi? Molti probabilmente si staranno facendo queste domande senza trovare, per il momento, risposte certe. Quello che sembra certo è che EXPO 2015 interessa ad alcune multinazionali del cibo e delle bevande, che hanno fatto a gara per diventare sponsor ufficiali sborsando, immaginiamo, fior di quattrini, con la certezza di ottenerne un buon ritorno in termini di immagine e, probabilmente, di profitti. Se no, perché spenderebbero tanti soldi? Eccovi una paio di considerazioni su questa faccenda; una esterna e una di un NoGrazie.

McDonald's ad Expo 2015: come nominare Erode testimonial di Unicef

Dopo Nestlé, acqua ufficiale di Expo, dopo Coca Cola partner soft drink di Expo, ora sbarca alla “fiera del cibo” il simbolo stesso della cattiva alimentazione globalizzata, ovvero McDonald’s. Sarà presente con un ristorante da 300 posti. Il più grande ristorante di Expo, e con il progetto “Fattore futuro” a sostegno della filiera italiana.

Se la missione dichiarata dei dirigenti di EXPO e dei molti, più o meno dubbiosi, aderenti a questo evento è *“dare una risposta all'esigenza vitale di garantire cibo sano, sicuro, che non produca obesità e sufficiente per tutti i popoli, nel rispetto del pianeta e dei suoi equilibri”*, rendere oggi questa missione compatibile con la partnership di McDonald's e Coca Cola è cosa per stomaci molto forti. Sarebbe come: “far diventare Erode testimonial d'onore di UNICEF”.

È sufficiente ricordare, a proposito dell'industria del fast food, che gran parte del mangime di soia utilizzato per far ingrassare alla velocità della luce i polli è, infatti, coltivato in Amazzonia attraverso la distruzione di rilevanti porzioni di quella foresta che resta il principale polmone del Pianeta, e che 1 Kg di carne e frattaglie tritate produce diversi Kg di anidride carbonica con un disastroso equilibrio fra rendimento alimentare ed inquinamento. Inoltre, non è certo un segreto il contributo che questo tipo di alimentazione fornisce all'obesità e all'ipertensione, patologie caratteristiche della nostra epoca.

Speriamo sinceramente di non essere rimasti soli ad indignarci delle continue manifestazioni d'imbroglio culturale che caratterizzano Expo, dell'uso spregiudicato del termine “sostenibilità” e del furto del linguaggio dei movimenti che lo contestano, mentre si fanno scelte che vanno in direzione opposta e contraria.

Sono tempi nei quali sembra non esistere più alcun tabù, ma noi vorremmo rivolgere ugualmente un appello alla riflessione a quanti, impegnati in prospettive alternative alla globalizzazione alimentare, hanno dato la loro adesione, seppure in forme diverse, al contenitore Expo, fornendole l'alibi di un impegno sociale per il bene comune del quale francamente si fatica a trovarne traccia.

Emilio Molinari e Vittorio Agnoletto, di Costituzione Beni Comuni, Milano, 11 marzo 2015

Coca-Cola ad Expo 2015

Lo sbiancamento di una coscienza sporca era tecnica usata già in tempi lontani, si parlava allora di sepolcri imbiancati. Oggi il lessico si è aggiornato e si parla di whitewashing, un processo molto usato dalle multinazionali per modificare in positivo la propria immagine di fronte ad un pubblico a volte critico, come ci ha ricordato un articolo di Adriano Cattaneo.(1)

Un recentissimo esempio di whitewashing è il Padiglione della Coca-Cola per l'Expo 2015 di Milano.(2) L'opera sarà donata al Comune al termine dell'esposizione ed avrà una seconda vita come spazio dedicato alle attività fisiche a beneficio della comunità locale. Giuseppe Sala, AD di Expo 2015, ha dichiarato che *“Il Padiglione descrive la cornice in cui l'azienda racconterà il proprio modello di sostenibilità, basato sulla promozione di stili di vita attivi e un'alimentazione equilibrata, l'innovazione di prodotto e delle confezioni e la protezione dell'ambiente.”* Gli ha fatto eco Kim Alexander, General Manager Coca-Cola per Expo, che ha aggiunto: *“il Padiglione*

rappresenta la ricerca di un equilibrio fra il bisogno di cibo dell'uomo e le risorse disponibili: Coca-Cola ha da sempre lavorato per creare comunità più forti, in salute e attive per la tutela ambientale, anche grazie al modello di cooperazione fra istituzioni, imprese private e società civile”.

Fermiamoci un attimo a riflettere: una bottiglietta di Coca-Cola da 250 ml contiene 27 grammi di zucchero, 2 grammi in più rispetto ai 25 consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); una lattina da 330 ml ne contiene ben 33 grammi, come mostra un video molto efficace apparso su Youtube.(3) L'OMS ha annunciato nel marzo scorso di voler cambiare le linee guida sulla quantità di zucchero da consumare ogni giorno. Si passerebbe dal 10% attuale (considerato rispetto al totale fabbisogno calorico) al 5%. Queste linee guida sono parte dell'impegno dell'OMS



Fermiamoci un attimo a riflettere: una bottiglietta di Coca-Cola da 250 ml contiene 27 grammi di zucchero, 2 grammi in più rispetto ai 25 consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); una lattina da 330 ml ne contiene ben 33 grammi, come mostra un video molto efficace apparso su Youtube.(3) L'OMS ha annunciato nel marzo scorso di voler cambiare le linee guida sulla quantità di zucchero da consumare ogni giorno. Si passerebbe dal 10% attuale (considerato rispetto al totale fabbisogno calorico) al 5%. Queste linee guida sono parte dell'impegno dell'OMS all'interno del Global Action Plan for NCDs 2013-2020, per aumentare l'attenzione sul diabete e sull'obesità e ridurre del 25% il carico di nascite premature dovute a queste ed altre malattie non trasmissibili entro il 2025.(4) Basta quindi una Coca-Cola per superare i limiti consigliati, il *semel in die* è già troppo. In una imbarazzante intervista del 2013 un giornalista della BBC chiede quanto zucchero c'è nella storica bevanda e il presidente della Coca Cola Europe James Quincey deve ammettere a malincuore che nel bicchiere maxi offerto nei fast-food di mezzo mondo di zucchero ne sono nascoste ben 44 bustine!(5)

Se riflettiamo sulla nostra appartenenza alla specie *Homo sapiens* (ma ci meritiamo questo nome?), apparso sulla terra 200mila anni fa, e al consumo di zucchero raffinato, esploso meno di un secolo fa, possiamo facilmente comprendere come il nostro organismo non abbia mai conosciuto una tale abbondanza e disponibilità a poco prezzo di questo componente oggi abituale della nostra dieta. Così ha fatto molto scalpore l'articolo apparso su Nature nel 2012, a firma Robert Lustig, dal titolo

inequivocabile “The toxic truth about sugar”, dove si riassume la 'verità tossica' in tre punti:

1. il legame evidente fra consumo di zucchero ed aumento delle malattie non trasmissibili;
2. gli effetti dello zucchero sul nostro organismo, simili a quelli dell'alcol;
3. l'ampia liberalità nei consumi, per mancanza di regole, soprattutto nelle scuole.

Riguardo ai primi due punti, non si tratta semplicemente di assumere più calorie. Con lo zucchero si modificano profondamente le attività metaboliche, e si può arrivare fino al codice genetico attraverso legami fra il DNA e il fruttosio. Lo zucchero, come l'alcol ed il tabacco, arriva al cervello incoraggiando ulteriori consumi ed inducendo dipendenza attraverso modifiche dei mediatori della fame e della sazietà. Riducendo poi i segnali dopaminergici ci può capitare di non saper più dire basta.(6)

A dicembre 2014 è entrato in vigore un nuovo regolamento europeo che ha cambiato il modo in cui riportiamo le informazioni sulle confezioni dei nostri prodotti e online. Ora sull'etichetta della Coca-Cola è scritta chiaramente la parola zucchero e la quantità per 100 ml, paria a 10,6 g: siamo tutti avvertiti.

Giovanni Peronato

1. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/12/bianco-che-piu-bianco-non-si-puo/>
2. <http://www.expo2015.org/it/presentato-il-padiglione-coca-cola--riciclabile-e-rinnovabile>
3. <http://www.youtube.com/watch?v=DgDWl4kytA0>
4. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/sugar-guideline/en/>
5. <http://www.bbc.com/news/health-25132851>
6. http://www.connectwell.biz/pdf/comment_truth_about_sugar.pdf

4. Scienza zuccherata

Una recente serie di articoli del BMJ ha affrontato i conflitti d'interesse tra ricercatori e industria dello zucchero, o *Big Sugar*.(1-5) Quasi in contemporanea, il Lancet ha pubblicato una serie di articoli sull'obesità, discutendo in maniera molto simile il ruolo dell'industria degli alimenti, sia essa Big Food o Big Drink.(6) In entrambi i casi gli autori mostrano chiaramente come queste industrie abbiano usato le loro immense risorse per confondere, offuscare e indebolire le evidenze, sempre più forti e numerose, sul fatto che lo zucchero sia al centro dell'attuale epidemia di obesità. Mostrano altrettanto chiaramente come i ricercatori britannici, ma non c'è ragione per non pensare che sia così anche altrove, abbiano collaborato nell'ottenere questi risultati mediante la loro associazione con l'industria (fondi per la ricerca, consulenze, attività di formazione, etc). Questa è la lista delle industrie coinvolte: Coca-Cola, PepsiCo, Nestlé, Institute of Brewing and Distilling, Weight Watchers International, Sainsbury's, Sanofi, W K Kellogg Institute, GlaxoSmithKline, Boots, Cereal Partners UK, Mars, Unilever, Tanita UK (un produttore di bilance), Food and Drink Federation, Institute of Grocery Distributors, National Association of British and Irish Millers, Rank Hovis McDougal, e NutriLicious (una ditta di pubbliche relazioni specializzata in messaggi su salute e nutrizione per l'industria). Molti dei ricercatori finanziati dall'industria lavoravano per enti pubblici come lo Scientific Advisory Committee on Nutrition e il Medical Research Council; tutti erano ovviamente stimatissimi, nessuno ha mai messo in questione la loro onestà, e tutto ciò che facevano era legale. Gli articoli del BMJ citano numerosi nomi di eminenti ricercatori, ed esempi dei progetti di ricerca realizzati, sottolineando come i soldi andassero alle attività di ricerca; non finissero cioè nelle tasche dei ricercatori. Il giro di soldi è notevole: da 250mila a 380mila sterline l'anno solo per le ricerche del Medical Research Council.

Ma perché quasi tutti questi eminenti ricercatori accettano di lavorare a progetti finanziati dall'industria? Intervistati dal giornalista autore della serie per il BMJ, molti giurano di averlo fatto perché pensavano che i loro studi fossero importanti per la medicina e la salute pubblica. Ma è difficile pensare che un bravo ricercatore non veda l'interesse commerciale che sta dietro a uno studio mirante a comparare l'efficacia, nel diminuire il peso, di un servizio primario territoriale nei confronti di una consulenza da Weight Watchers, che era ovviamente il finanziatore dello studio. Altri, più onestamente, dicono di essere stati costretti ad accettare finanziamenti da Big Sugar per

l'assenza o la diminuzione dei finanziamenti pubblici; vero, anche in Italia, ma perché non hanno alzato la voce e fatto pressione perché così non fosse? Altri ancora confidavano nei codici etici dell'industria, o speravano addirittura di influenzarne positivamente i comportamenti. Poveri illusi; non sapevano che Big Food elabora questi codici proprio per allontanare la possibilità che siano i governi a imporre le regole; per poi continuare a fare affari come al solito.(7)

Ma tutto ciò sarebbe innocuo, o quasi, se non vi fossero anche prove del fatto che le ricerche finanziate dall'industria sono di parte. Ebbene, una revisione sistematica sull'associazione tra aumento di peso e bevande zuccherate pubblicata nel 2013 mostra che le ricerche finanziate dall'industria hanno cinque volte più probabilità di trovare che non esiste nessuna associazione.(8) E uno studio precedente che aveva preso in considerazione 206 articoli sugli effetti di latte, bevande zuccherate e succhi di frutta sulla salute aveva concluso che la ricerca finanziata dall'industria distorce i risultati in favore della stessa, con importanti implicazioni per la salute pubblica.(9) E non è detto che ciò sia dovuto alla negligenza o imperizia dei ricercatori. Molto più probabile che sia l'industria che mette le mani sul disegno della ricerca, sui metodi, sugli strumenti di raccolta dati, sull'analisi degli stessi, ed infine su come i risultati sono descritti e commentati negli articoli pubblicati, distorcendoli a volte in maniera così sottile che non solo non se ne accorge il lettore, ma nemmeno il ricercatore.

Sembra chiaro, leggendo questi articoli del BMJ, che le politiche e i cambiamenti necessari a dare una svolta all'epidemia di obesità richiedono ricerche indipendenti da interessi commerciali. Come si legge in uno degli articoli della serie del Lancet, *“mentre molti sforzi di salute pubblica sono stati spesi per limitare gli effetti avversi del marketing dei sostituti del latte materno, ora sono richiesti altrettanti sforzi per proteggere i bambini più grandi dall'aumento di un sempre più sofisticato marketing di cibi e bevande con eccesso di energia e difetto di nutrienti. Per affrontare questa sfida, il controllo della distribuzione e del marketing degli alimenti dev'essere migliorato e le attività commerciali devono essere subordinate alla protezione della salute.”*(10) Ma non può esserci controllo del marketing e delle attività industriali e commerciali senza una ricerca che, adeguatamente finanziata con fondi pubblici, fornisca ai governi e a coloro che prendono decisioni dati e informazioni indipendenti sui quali basare le stesse. Come conclude l'autrice dell'editoriale che accompagna la serie di articoli del BMJ (che tra l'altro prende in considerazione anche i conflitti d'interesse riguardanti la ricerca su un nuovo vaccino contro il meningococco, conflitti che rischiano di fornire ulteriori argomenti ai gruppi contrari alle vaccinazioni), *“non possiamo attenderci che il pubblico abbia fiducia in una scienza che sembra in vendita”*.(11)

Adriano Cattaneo

1. Gornall J. Sugar: spinning a web of influence. BMJ 2015;350:h231 doi: 10.1136/bmj.h231
2. Gornall J. Sugar's web of influence 2: biasing the science. BMJ 2015;350:h215 doi: 10.1136/bmj.h215
3. Gornall J. Sugar's web of influence 3: why the responsibility deal is a “dead duck” for sugar reduction. BMJ 2015;350:h219 doi: 10.1136/bmj.h219
4. Gornall J. Sugar's web of influence 4: Mars and company: sweet heroes or villains? BMJ 2015;350:h220 doi: 10.1136/bmj.h220
5. Anderson P, Miller D. Commentary: sweet policies. BMJ 2015;350:h780 doi: 10.1136/bmj.h780
6. Kleinert S, Horton R. Rethinking and reframing obesity. Lancet 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(15)60163-5. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60163-5
7. Stuckler D, Nestle M. Big food, food systems, and global health. PLoS Med 2012;9(6):e1001242
8. Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. PLoS Med 2013;10(12):e1001578
9. Lesser LI, Ebbeling CB, Gozner M, Wypij D, Ludwig DS. Relationship between funding source and conclusion among nutrition-related scientific articles. PLoS Med 2007;4:e5
10. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61746-3. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61746-3
11. Loder E. Big food, big pharma: is science for sale? BMJ 2015;350:h795

Negli USA, a seguito del Sunshine Act, è possibile per qualunque cittadino sapere quanto

denaro ha ricevuto il suo medico o il suo ospedale da Big Pharma. Basta consultare il sito di Pro Publica: giornalismo al servizio dell'interesse pubblico (<http://projects.propublica.org/open-payments/>). Sarà possibile farlo un giorno anche in Europa e in Italia?

5. Forza zucchero!

Lo strano caso dell'Italia all'attacco delle nuove raccomandazioni dell'OMS sullo zucchero.

Possiamo titolarla così la clamorosa iniziativa intrapresa in solitario dal nostro paese al Consiglio Esecutivo dell'OMS, con un'aggressività diplomatica mai vista prima. Lo scrive una che – dal lontano 1999 – segue con una certa accuratezza tutti gli appuntamenti intergovernativi dell'agenzia. Ma la battaglia nostrana sullo zucchero non è una questione tecnica, una storia per addetti ai lavori. C'è dell'altro. A incastro fra la seconda Conferenza Internazionale sulla Nutrizione della FAO (ICN2) e l'universale Expo Milano, la presa di posizione dell'Italia contro le nuove linee guida dell'OMS ha implicazioni fortemente politiche che investono le scelte globali in campo sanitario, e gli assetti di governance nazionale. La vicenda avrà ricadute diplomatiche, dicono fonti informate. Nell'euforico debutto di Expo, c'è da aspettarsi che l'Italia riprenderà il tema prima dell'Assemblea Mondiale della Salute. Insomma, non finisce qui.

Qual è dunque la questione? Al Consiglio Esecutivo dell'OMS da poco concluso a Ginevra il nostro paese, appellandosi alla regola sui procedimenti d'urgenza, si è lanciato nella richiesta di inserire un nuovo punto all'ordine del giorno per rivedere le modalità con cui l'OMS mette a punto le linee guida intese ad orientare di volta in volta le politiche dei governi su specifici temi di salute pubblica. Le linee guida sono una delle funzioni normative più importanti dell'OMS. Ne connotano l'importanza, anzi l'unicità stessa della funzione rispetto ad altre agenzie dell'ONU e alla miriade di organizzazioni pubblico-private nate negli ultimi anni nel campo della salute. L'iniziativa dell'Italia ha colto di sorpresa tutti i governi presenti, a maggior ragione i 33 Paesi del Consiglio Esecutivo, nel metodo e nel merito. L'Italia non è membro di questo organo di governo dell'OMS (per turnazione, questo posto le spetterebbe di diritto da molti anni; ma non ce ne sono le condizioni politiche, fanno capire da Ginevra); è apparsa pertanto assai poco diplomatica l'italica modalità di intervento a gamba tesa, e senza preavviso, su un'agenda del Consiglio già densa di priorità. Gli Stati Membri del Consiglio Esecutivo hanno sopportato così con imbarazzato fastidio la lobby battente in cui si sono avventurati i nostri delegati. Ambiguo è parso il documento (EB163/1 Add. 1) con cui il nostro governo ha intavolato la discussione. L'Italia chiede da un lato la generica revisione delle procedure in materia di linee guida, ma è chiaro che l'interesse vero è puntato in una direzione specifica. Ovvero, alle nuove raccomandazioni sull'assunzione di zucchero per adulti e bambini contenute in un documento (Guideline: sugars intake for adults and children) licenziato dall'OMS ma non ancora pubblicato, che limitano l'assunzione di zuccheri semplici (quelli tipici delle merendine, per intendersi) al 10% del fabbisogno calorico giornaliero, con l'esortazione a ridurre ulteriormente questa soglia a meno del 5%.

Cosa c'è che non va? Perché l'Italia spara a raffica su queste raccomandazioni, con un'azione senza precedenti? “Direttive ricevute da Roma”, stando ai delegati italiani. Che prendono di mira l'OMS con una serie di argomenti ripetuti come un disco rotto. Le nuove raccomandazioni sarebbero “draconiane”; non sono solide sotto il profilo scientifico; non sono state condotte in maniera trasparente. Ecco perché, secondo l'Italia, gli Stati Membri devono poter intervenire sulla procedura di messa a punto delle linee guida, anche tramite la scelta degli esperti e delle fonti scientifiche. In due paginette molto tecniche, il Dipartimento Nutrizione dell'OMS dettaglia come si è giunti al fatidico 5%, tentando di rispondere alle critiche sulla tenuta scientifica dei dati epidemiologici. Questi rimandano in effetti a meticolosi studi effettuati in Giappone sulle carie dentali negli anni '60, in una fase di forte transizione dietetica del paese dopo la guerra. I dati hanno il conforto di una nuova analisi del 2014 degli studiosi Sheiham e James, che avvallano le nuove raccomandazioni. L'idea di esplorare la soglia del 5% deriva infine da uno studio sistematico della letteratura scientifica del 2014 condotto da Moynian e Kelly. In quanto alla trasparenza del processo, la metodologia delle linee guida imposta negli ultimi anni dall'OMS stabilisce un'attenzione speciale

alla gestione del conflitto d'interesse nella selezione degli esperti in tutte le fasi di conduzione del lavoro, e alla condivisione dei processi intermedi. La messa a punto di tutte le linee guida prevede una consultazione aperta con i governi, che partecipano con i loro commenti. La stessa procedura è stata applicata ovviamente alle raccomandazioni sullo zucchero.

Un terreno molto delicato, nella tensione fra Paesi produttori e consumatori. Ecco perché in tutti questi passaggi, sarebbe molto pericoloso affidare la decisione tecnica sulle linee guida agli Stati Membri e ai loro interessi nazionali. Vale per lo zucchero, ma vale per tutte le linee guida dell'OMS. Lo ha spiegato bene il Segretariato dell'agenzia, lo hanno ribadito diverse delegazioni europee, e persino gli Stati Uniti.

Ma allora da dove vengono fuori le “direttive da Roma”? Contro ogni tradizione di severità in materia alimentare, in Italia da qualche tempo si agita un vento nuovo sull'agenda politica del cibo e delle malattie croniche. Le folate di questo vento si sono chiaramente avvertite nel corso del negoziato che ha faticosamente concepito i documenti finali della Seconda Conferenza sulla Nutrizione (ICN2) di novembre a Roma. Per mesi il nostro paese, approfittando senza troppi scrupoli della presidenza UE, ha ostinatamente opposto resistenza a ogni discorso sulle “healthy diets”, le diete salutari. Queste sono la risposta più realistica alle interferenze delle aziende alimentari che approntano soluzioni alla malnutrizione puntando alla medicalizzazione del cibo e alla “bio-fortificazione” degli alimenti tramite l'ingegneria genetica. Effetto Expo? Nei ministeri l'aria è cambiata, confermano fonti che chiedono di restare anonime. L'influenza delle grandi aziende alimentari nelle decisioni del nostro paese è palpabile, con una nuova filiera decisionale che procede da “livelli molto alti”.

Chi sono queste aziende? La delegazione italiana accreditata all'OMS contiene qualche risposta. Delle due figure apparse per la prima volta sotto la generica denominazione di “esperti della salute del Ministero Affari Esteri”, Luca del Balzo risulta in effetti “senior advisor della Ferrero” in diversi link rintracciabili fino a qualche giorno fa sul web. Con questa funzione Del Balzo compare in un convegno dell'Istituto Luigi Sturzo del 16 luglio 2014 su “Il voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia”, e in un incontro con le aziende italiane organizzate in Portogallo, dove è stato ambasciatore dell'Italia, a ottobre 2014. Un classico esempio di *revolving doors*, o meglio di *paso doble* fra pubblico e privato, nella progressiva ibridazione della governance sulle grandi sfide del pianeta: salute, cibo, ambiente, solo per citarne alcune.

Nel mondo, le patologie croniche – malattie cardiovascolari, diabete, tumori, etc. – sono la principale causa di morte, e lo zucchero è uno degli agenti più comuni nelle diete di bassa qualità, e uno dei massimi fattori di rischio dell'obesità. Risulta difficile in effetti immaginare che gli interessi della multinazionale Ferrero, peraltro molto visibile e attiva durante la preparazione della ICN2, corrispondano a quelli della salute pubblica di un paese in cui, secondo il recente rapporto dell'Osservatorio del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università Milano Bicocca, un bambino su 4 è sovrappeso e uno su 10 è obeso. In Italia la prevalenza di sovrappeso in età pediatrica supera di circa 3 punti percentuali la media europea, con un tasso di crescita annua dello 0,5-1 per cento, pari a quella degli Stati Uniti.

L'insidiosa offensiva italiana – con l'infiltrazione dell'industria nella delegazione del nostro paese – non è passata inosservata agli stakeholders dello zucchero, la filiera produttiva, aprendo loro un varco come è normale che sia. Lo ha detto il rappresentante degli USA, alludendo alla necessità di tornare sull'argomento nelle discussioni dell'OMS, con il coinvolgimento degli sugar stakeholders. Coincidenza vuole che tutta questa vicenda s'intrecci con un'altra spinosa discussione in sede di Consiglio Esecutivo dell'OMS. La questione che rimanda alle nuove regole dell'interazione dell'OMS con gli attori del settore privato, sia profit che non profit. Il tema è sul tavolo da anni ed è un tema sensibile, perché riguarda il futuro stesso dell'agenzia, la sua credibilità e autorevolezza. Al Consiglio Esecutivo la stragrande maggioranza dei governi ha piazzato l'ennesima richiesta di approfondire la questione del conflitto d'interesse e la gestione dell'indebita influenza dei portatori di interessi privati.

Quello della Ferrero assomiglia a un caso studio. Uno strano caso, che richiede chiarezza nel nostro paese, prima di tutto. Quanto prima. Un tempo c'era la Nutella, buona e aggregante, ed era un bel

tempo. Oggi rischia di esserci il cinismo incompetente di un governo che – assoggettato agli interessi privati del made in Italy – non sembra curarsi più di tanto dei prevedibili effetti delle proposte che fa nel campo della salute, indicatore drammatico dello stato di democrazia di una società.

Nicoletta Dentico, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, 10 Febbraio 2015

Per gentile concessione di saluteinternazionale.info (<http://www.saluteinternazionale.info/2015/02/forza-zucchero/>)

PS Sarà stato per caso, sta di fatto che il 19 Febbraio 2015, pochi giorni dopo l'episodio narrato qui sopra, Matteo Renzi era al funerale di Michele Ferrero (http://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2015/02/18/renzi-ai-funerali-di-ferrero-e-poi-alla-general-motors-no-a-italia-pigra-e-rassegnata_d14c48c4-ceb4-4aef-9e2e-d912edf01096.html).

6. OKkio al MOIGE

E a proposito di obesità infantile e conflitto d'interessi, riproduciamo qui sotto una lettera inviata dai responsabili del progetto OKkio alla Salute (<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>) al MOIGE (Movimento Italiano Genitori, <http://www.moige.it/>) il 24 Febbraio 2015. Il testo parla da solo e non ha bisogno di commenti.

Spettabile Movimento Italiano Genitori (MOIGE).

In qualità di componenti del Comitato Tecnico del Sistema di Sorveglianza Nazionale OKkio alla SALUTE, desideriamo con la presente ringraziare il MOIGE per aver contribuito a diffondere i dati della 4ª rilevazione di OKkio alla SALUTE in occasione della conferenza stampa per la presentazione della vostra campagna “Mangia bene, cresci bene”.

Il tema del sovrappeso e dell'obesità nei bambini è a noi molto vicino in quanto, nell'ambito della Sorveglianza Nazionale OKkio alla SALUTE - promossa e finanziata dal 2007 dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca - siamo impegnati in prima linea, ormai da 10 anni, non solo nella sistematica raccolta di dati effettuata nel rispetto del massimo rigore scientifico, ma anche nel contrasto di tale fenomeno attraverso la promozione di iniziative sugli stili di vita salutari che coinvolgono i bambini, le loro famiglie e le scuole.

Come è ben noto al MOIGE, OKkio alla SALUTE è ormai una realtà consolidata nel nostro paese e rappresenta una solida fonte di dati epidemiologici nella fascia d'età 6-10 anni e vede il coinvolgimento a livello centrale e locale di numerosi professionisti del settore della sanità e della scuola di tutte le Regioni italiane; ad oggi vanta quattro raccolte dati a cadenza biennale (2008/9, 2010, 2012 e 2014) ed è strettamente collegata all'iniziativa europea “COSI, Childhood Obesity Surveillance Initiative” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

I risultati dell'ultima rilevazione, presentati il 21 gennaio 2015 al Convegno svoltosi presso il Ministero della Salute a Roma, confermano livelli di eccesso ponderale elevati nei bambini in Italia anche se si assiste ad una progressiva diminuzione del fenomeno rispetto a quanto rilevato in passato, contrariamente a quanto da voi riportato in occasione della vostra conferenza stampa. In particolare, allo scopo di evitare fraintendimenti, si sottolinea la necessità di porre la massima attenzione nel riportare i dati in quanto, poiché per i bambini si possono usare dei valori soglia differenti per definire il sovrappeso e l'obesità, potrebbero emergere discrepanze interpretative ed incomprensioni nelle prevalenze del fenomeno.

Nel dettaglio, il COSI dell'OMS riporta i dati utilizzando sia le curve OMS che quelle del IOTF: utilizzando le curve OMS in Italia 1 bambino su quattro risulta obeso e uno su due è sovrappeso (dati 2010), mentre con le curve IOTF i valori sono, rispettivamente, 1 bambino su dieci obeso e uno su quattro sovrappeso, così come risulta in OKkio alla SALUTE (che fornisce i dati italiani al

COSÌ) che utilizza solo le curve IOTF. La diffusione di dati contrastanti, in quanto assunti in base a criteri non omogenei, può solo generare confusione e non è certo utile a contrastare un tale grave problema. È comunque meritorio, e di ciò Vi ringraziamo, l'aver contribuito alla diffusione dei dati di OKkio alla SALUTE 2014 riguardanti anche i comportamenti alimentari dei bambini che sembrano volgere verso un miglioramento per quanto permangano delle abitudini che, se associate a sedentarietà e scarso movimento, possono determinare un aumento di peso. Ciò non dimenticando che quanto sopra comunicato dal MOIGE rappresenta solamente una piccola parte degli indicatori raccolti in OKkio alla SALUTE. In caso di maggiori chiarimenti su ciò, potete consultare la pagina <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/> o le pubblicazioni scientifiche prodotte.

Con l'occasione, per amor di verità e ad evitare che sorgano situazioni di confusione con altre iniziative presenti nel territorio, siamo a ricordarvi di citare OKkio alla SALUTE non come indagine, ma come Sistema di Sorveglianza Nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con il contributo attivo delle Regioni e di una fitta rete di professionisti in unità di intenti, di formazione acquisita e di metodologia presenti sul territorio nazionale i cui risultati conseguiti hanno ottenuto riconoscimento di merito dallo stesso OMS Europa. Per conseguire questi traguardi, in armonia con la letteratura e le evidenze best practices, OKkio alla SALUTE promuove solamente interventi partecipati e multidisciplinari, accompagnati da un solido processo comunicativo e supportati da diversi Enti, che abbiano continuità nel tempo soprattutto a fronte di un contesto scolastico dove quotidianamente "piovono" iniziative/progetti talvolta sporadici, poco coordinati tra di loro e in alcuni casi scarsamente coerenti con le buone pratiche provenienti dalla letteratura.

Riguardo il progetto "Mangia bene, cresci bene" dovrebbe essere motivo di riflessione la ragione d'essere della partecipazione al progetto dell'Associazione Medica Italiana di Omotossicologia (AIOT), dato che non risulta ad oggi evidenza scientifica di un ruolo dell'omotossicologia nella patogenesi e/o terapia dell'obesità in età pediatrica, né nell'educazione alimentare. L'osservazione viene posta poiché è consistente il timore che, a fronte della condizione di eccesso di peso, potrebbero ingenerarsi false aspettative di soluzioni prettamente terapeutiche/farmacologiche o delle false convinzioni nell'ambito degli stili alimentari (ciò visti i testi presenti sul sito della AIOT a riguardo dell'obesità).

Inoltre considerato che il progetto "Mangia bene, cresci bene" prevede l'intervento, negli istituti coinvolti, di incontri *"tenuti dai docenti e dai medici dell'AIOT, che daranno ai ragazzi e alle loro famiglie tutte le informazioni necessarie sui principi di una corretta nutrizione"*, considerata l'importanza e i possibili effetti che le iniziative di promozione della salute possono avere sullo sviluppo dei bambini e dei ragazzi, riteniamo sia doveroso porre preliminarmente la massima attenzione sulla verifica delle competenze e delle esperienze - relative sia alla comunicazione che ai contenuti della promozione della salute - di cui tali operatori medici omotossicologi dell'AIOT dovranno disporre per poter svolgere nel migliore dei modi questo delicato compito.

Similari perplessità nutriamo riguardo al coinvolgimento dell'azienda GUNA che nel suo portfolio presenta farmaci omeoterapici per il trattamento dell'obesità. Ovviamente la buona fede del MOIGE non è in discussione, ma con le considerazioni che vi sottoponiamo vorremmo prevenire la possibilità che alcuni genitori, a minor solidità culturale, possano essere orientati verso una scelta di carattere terapeutico/farmacologico. D'altra parte è ben nota a tutti la regola che la sponsorizzazione di campagne preventive non debba essere affidata a ditte o compagnie che possano avere motivo di conflitto di interesse con la campagna stessa.

Con l'augurio che la presente possa trovare una vostra condivisione e in attesa di un vostro gentile riscontro, inviamo cordiali saluti.

Il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE

7. OMS: rendere disponibili tutti i risultati dei trials clinici

È la prima volta che l'OMS prende una posizione netta sull'obbligo di pubblicare i dati degli studi condotti sull'uomo.(1) In una dichiarazione diffusa il 15 Aprile 2015 afferma infatti che entro un anno dal termine dello studio tutti i dati dovranno essere depositati su uno dei due registri disponibili, quello europeo (EU-CTR) o quello statunitense (ClinicalTrials.gov), mentre i risultati dovrebbero essere pubblicati entro 2 anni su una rivista scientifica peer reviewed.

Nonostante le salatissime multe stabilite dalla Food and Drug Administration, pari a 10mila \$ per ogni giorno di ritardo nella registrazione (a dire il vero mai applicate), più della metà degli studi rimane a tutt'oggi invisibile. Per questo, l'era dei segreti deve finire. Così l'OMS compie un altro passo in avanti e chiede di rendere consultabili gli studi già registrati, ma mai pubblicati.

David Tovey, co-fondatore assieme a Ben Goldacre della campagna AllTrials, cui aderiscono anche i NoGrazie, ha dichiarato che per la Cochrane Library (di cui è direttore editoriale) è una notizia formidabile; maggior accesso ai dati vuol dire maggiore efficacia della ricerca, maggiore possibilità decisionale a tutti i livelli, per cittadini, medici, politici e amministratori.

Tutto ciò sarebbe stata una grande notizia per Alessandro Liberati, che poco prima di morire aveva descritto il suo 'viaggio infinito attraverso l'incertezza', a proposito dei dati non pubblicati (proprio relativamente alla sua malattia) e degli interessi commerciali che si antepongono a quelli dei pazienti.(2)

Giovanni Peronato

1) Wise J. Results of all clinical trials should be posted within a year, says WHO. BMJ 2015;350:h1987

2) Liberati A. An unfinished trip through uncertainties. BMJ 2004;328:531

8. The Cancer War, un grosso affare per Big Pharma

Colin Macilwain, giornalista scientifico scozzese, scrive su Nature che la battaglia contro il cancro sta cambiando strategia focalizzandosi sui test diagnostici e sulla terapia invece che ricercarne le cause e le modalità di prevenzione.(1) Quest'ultima viene gradualmente percepita dal pubblico in maniera distorta. Dopo la doppia mastectomia di Angelina Jolie e la successiva annessiectomia, migliaia di donne sono corse a procurarsi i costosi test genetici pensando sia questa la vera forma di prevenzione. Assieme ai test genetici, vengono oggi offerte cure sempre più costose per prolungare la sopravvivenza (non chiamiamola 'vita') magari solo di qualche mese, pensando che questa sia la strategia vincente nella guerra contro i tumori. Una grande massa di investimenti viene dirottata su test preventivi e sulle strategie terapeutiche piuttosto che essere impiegata nella ricerca delle cause. Big Pharma sembra dettare l'agenda anche a istituzioni pubbliche come il National Cancer Institute il cui budget per la ricerca sulla prevenzione è sceso dall'11% nel 2003 al 6% nel 2013. Si riduce anche il budget per la ricerca di sistemi di valutazione dei reali risultati ottenuti con le nuove terapie.

La guerra globale contro il cancro fu dichiarata nel 1971 dal presidente Nixon, che paragonò il numero di vittime di questa malattia alle perdite subite dall'esercito americano nella seconda guerra mondiale.(2) La sollecitazione gli era venuta dalle pagine del Washington Post, dove era comparso un annuncio pubblicitario a tutta pagina dell'American Cancer Association, intitolato "Mr Nixon: you can cure cancer". L'associazione contribuì poi a premere sul Congresso per stanziare fondi sempre più consistenti nel settore oncologico. Nixon aveva dichiarato guerra alla droga solo sei mesi prima e ora ripeteva il proclama contro il cancro. Gli americani avevano appena messo piede sulla luna, l'euforia era grande e si pensava che anche la vittoria nei confronti della malattia fosse dietro l'angolo. Già allora però parte della comunità scientifica era scettica sul fatto che si potesse vincere il cancro senza conoscerne a fondo le cause; sarebbe, si disse, come voler andare sulla luna senza conoscere la legge di gravità di Newton. Dichiarare guerra al cancro è ancora più irrealistico che farlo nei confronti del terrorismo o della droga, perché antepone le strategie terapeutiche di attacco alla malattia a quelle di prevenzione e ricerca delle cause, seguendo così gli interessi

dell'industria, rendendo sempre più costosi i trattamenti, al punto che presto non saranno più disponibili per tutti come già non lo sono per i paesi più poveri. Come il terrorismo va combattuto alle radici, migliorando il benessere e la giustizia sociale, così del cancro vanno ricercate attivamente ed eliminate le cause, soprattutto ambientali: parlare di 'guerra' è un modo per distorcere le priorità di azione.

L'industria farmaceutica ha fatto passare come realistico il rapporto fra sopravvivenza al cancro e velocità di approvazione e di uso intensivo dei nuovi farmaci. Ecco allora nascere associazioni di pazienti, spesso finanziati dall'industria, che si battono per ottenere gli ultimi successi della ricerca terapeutica, indipendentemente dal rapporto costo/efficacia. Il termine guerra esprime una metafora oramai obsoleta che andrebbe abbandonata e che invece viene estesa ad altri settori, come le malattie neuro-degenerative. Nel marzo scorso si è svolta all'OMS di Ginevra la prima Conferenza su "Global Action Against Dementia", al cui tavolo si sono seduti in prima fila i rappresentanti di Big Pharma. La priorità ancora una volta non è sul miglioramento della qualità di vita della popolazione, ma sui test genetici e sui farmaci innovativi.

L'articolo di Macilwain si conclude con un'immagine metaforica della guerra al cancro vista come la muraglia cinese, opera monumentale che doveva servire a proteggere gli abitanti da un nemico esterno, ma che è servita soprattutto ad aumentare il potere di chi la costruiva, l'Imperatore e la sua corte.

Giovanni Peronato

1. <http://www.nature.com/news/change-the-cancer-conversation-1.17236>
2. [http://www.journalcancerpolicy.net/article/S2213-5383\(13\)00007-6/fulltext](http://www.journalcancerpolicy.net/article/S2213-5383(13)00007-6/fulltext)

9. Insulina evergreen

In un recentissimo articolo apparso sul NEJM ci si chiede come mai l'insulina, scoperta quasi un secolo fa e il cui brevetto fu ceduto nel 1923 al prezzo simbolico di un dollaro (e con la raccomandazione che non si facesse mai profitto di una farmaco salvavita) non sia ancora disponibile come prodotto generico.⁽¹⁾ Una volta ricevuto il brevetto l'Università di Toronto si rese subito conto che non sarebbe mai riuscita a produrre insulina per il fabbisogno del Nord America, così lo cedette alla Eli Lilly per gli Stati Uniti, lo tenne per sé invece per il resto dei mercati, vendendolo poi ad altre industrie farmaceutiche come la Nordisk danese (oggi Novo Nordisk). Già negli anni '30 Hagedorn, che lavorava per la Nordisk, aggiunse della protamina all'insulina, prolungandone l'azione, ma anche il brevetto. Successivamente, con aggiunta di zinco, si riuscì a produrre un'insulina/protamina miscibile all'insulina regolare, lanciando sul mercato l'insulina NPH (neutral protamine Hagedorn), un altro brevetto, datato 1946. Negli anni '50 si introdusse l'insulina cosiddetta 'lenta' arrivando ad estendere i brevetti sino agli anni '70. Estrarre insulina dal pancreas di bovini e suini comportava la presenza di impurità con conseguenti reazioni immunologiche, così Novo Nordisk introdusse l'insulina monocomponente, altamente purificata, arrivando con il brevetto fino agli anni '80.

Con l'arrivo delle biotecnologie, Genentech produce la prima insulina ricombinante da E. Coli nel 1978. Nel medesimo tempo Novo Nordisk brevettava il metodo per convertire l'insulina bovina in umana e più tardi iniziava a produrre insulina ricombinante umana. Siamo nel 1988, un altro brevetto. Una nuova serie di brevetti permette a Lilly, Novo Nordisk e Genentech di arrivare alle soglie del 21° secolo. Sempre con la biotecnologia fu quindi possibile sostituire singoli aminoacidi per ottenere insuline con proprietà farmacodinamiche differenti, come ad esempio la Glargine, che ha visto il suo brevetto scadere nel 2014. L'EMA ha potuto allora approvare la prima glargine/biosimilare, ma con un vantaggio economico modesto. 'Copiare' molecole enormi e complesse con un processo di registrazione molto più difficoltoso comporta un abbattimento dei prezzi di non più del 20-40%, ben inferiore all'80% che si ottiene in genere con gli equivalenti dei farmaci tradizionali.

È accaduto per l'insulina lo stesso processo di *evergreening* che abbiamo visto per molti altri

farmaci, un esempio fra tutti il Neurontin Pfizer che diventa Lyrica nel 2004, non chiaramente più efficace, ma sicuramente più costoso. Il Neurontin però rimaneva comunque in vendita e a prezzo molto più basso. Invece, mano a mano che entravano in commercio le insuline modificate, i prodotti tradizionali estratti dal pancreas animale uscivano dal commercio, e successivamente divenivano irreperibili anche le insuline NPH ed R, dopo l'ingresso delle insuline biotecnologiche. Certo, se abbiamo di fronte un'insulina 'migliore', è giusto usare quest'ultima e offrire al produttore un compenso corrispondente all'innovazione, ma purtroppo non sembra sia così. Nel suo recente libro di denuncia *Deadly Medicines and Organised Crime*, Peter Gøtzsche scrive che per l'ingresso nel mercato delle insuline biotecnologiche, Novo Nordisk aveva lanciato nel 2006 una campagna aggressiva nei confronti dei medici con la promessa di campioni gratuiti, pranzi pagati e partecipazione a congressi, incrementando le vendite del 364% (la concorrente Eli Lilly vide le vendite aumentare solo del 13%).⁽²⁾ In poco tempo i pazienti si videro sostituire la 'vecchia' insulina (poi sparita dal commercio) con un prodotto dall'azione più rapida e perciò potenzialmente pericoloso e letale, se non accompagnato da informazioni dettagliate.

Un'altra campagna altrettanto efficace venne messa in opera con le insuline 'modificate' per mezzo di biotecnologie, così la sola Glargine produsse un incremento di vendite pari a 5.1 miliardi di \$ per la Sanofi-Aventis, e gli altri analoghi dell'insulina 4.7 miliardi di \$ per la Novo Nordisk e 3.1 miliardi di \$ per Eli Lilly. Questo indipendentemente da reali vantaggi per la maggior parte dei diabetici tipo 2, se si eccettuano i soggetti più propensi ad importanti episodi di ipoglicemia.⁽²⁾

Nel 2012 sono apparsi alcuni articoli sul BMJ dove già dal titolo si ipotizza un fenomeno commerciale più che un reale progresso: *sales or science?*^(3,4) Alcune evidenze scientifiche a supporto delle nuove insuline presentano importanti falle metodologiche. In uno studio manca il braccio di controllo, in altri i risultati favorevoli vengono dimostrati solo in sottogruppi ad hoc e con il contributo di autori che erano dipendenti dall'azienda produttrice.

Morale: non si trovano più in commercio le 'vecchie' insuline, senza che le nuove abbiano ancora dimostrato chiaramente di essere migliori delle sorelle più povere. Così non è potuto avvenire ciò che tradizionalmente si osserva nel mercato dei farmaci: quello uscito di brevetto può essere prodotto anche da altre aziende a prezzi inferiori. A quasi un secolo dalla sua scoperta l'insulina è ancora un farmaco *branded* dai costi molto elevati.

Traduzione e adattamento di Giovanni Peronato

1. Greene JA et al. Why Is There No Generic Insulin? Historical Origins of a Modern Problem. *N Engl J Med* 2015;372:1171-2
2. Gøtzsche P. *Deadly Medicines and Organised Crime*. Radcliffe Publishing. London 2013
3. Gale EAM. Post-marketing studies of new insulins: sales or science? *BMJ* 2012;344:e3974
4. Yudkin JS. Post-marketing observational trials and catastrophic health expenditure. *BMJ* 2012;344:e3987

10. Lavorano in perdita, poveretti!

Riproduciamo un'intervista, che ci sembra interessante, pubblicata il 5 Maggio 2015 su un sito della Bocconi (<http://www.viasarfatti25.unibocconi.it/notizia.php?idArt=15306>).

Medicine senza frontiere. Tutte le sfide di big pharma

La fine dei farmaci blockbuster e le regole dei mercati nazionali sono i banchi di prova dei manager del settore. Dalle alleanze con i competitor alle relazioni istituzionali: ecco la ricetta di Massimo Visentin di Pfizer.

di Lorenzo Martini

Per un attimo anche Milano sembra New York. E non solo perché un insolito cielo blu si riflette sul grattacielo a specchio della sede di Pfizer, in pendant con il celebre ovale della casa farmaceutica. Ma anche perché la distanza tra la casa madre americana e la sua rappresentanza italiana si annulla spesso nelle parole di Massimo Visentin mentre descrive orgogliosamente la presenza dell'azienda nel nostro paese: 2.600 dipendenti, 1,3 mld di euro di fatturato nel farmaceutico, 80,7 mln nella consumer healthcare (farmaci senza prescrizione, vitamine, integratori...), tre siti produttivi che esportano il 75% della produzione all'estero. Milanese, 47 anni, laureato in Bocconi, presidente e amministratore delegato di Pfizer Italia dal maggio 2012, Visentin ha assistito e guidato questa crescita sul territorio, attraversando tutte le rivoluzioni più recenti del settore farmaceutico.

“In un decennio, in effetti, è quasi cambiato tutto”, conferma il manager. “La scadenza della protezione brevettuale di molti prodotti, e il conseguente avvento dei generici, ha reso il settore ancora più competitivo, con una varietà di farmaci disponibili che cresce ogni giorno. Non esistono più blockbuster, ovvero farmaci diffusissimi per cure di massa, e la ricerca si è dovuta adeguare, lavorando su prodotti di nicchia, in linea con la personalizzazione delle cure auspicata da molti. La conseguenza principale è che se prima l'industria farmaceutica aveva un approccio muscolare al mercato, investiva moltissimo per avere un prodotto che poteva vendere moltissimo, oggi deve ragionare diversamente. Un nuovo farmaco costa in media 2 miliardi di dollari; per sostenere il rischio che comporta lo sviluppo e l'introduzione sul mercato di una nuova molecola è indispensabile stringere partnership con istituzioni o con altre aziende, che magari un tempo sarebbero state competitor ma con le quali oggi c'è una condivisione dei rischi”.

Un prodotto unico, il farmaco, ma mercati molto diversi tra loro per patologie, regolamentazioni, sistemi sanitari. Come si gestisce questo essere globali e locali al tempo stesso?

Noi amiamo definirci come una multinazionale con una grande localizzazione, facente parte di un network internazionale. Abbiamo un minimo comune denominatore, portiamo avanti strategie comuni, ma poi le applichiamo diversamente da paese a paese. I contatti con la casa madre americana, comunque, sono frequenti, quotidiani nel mio caso.

Esiste un problema nella comunicazione dei farmaci in Italia, per cui ben pochi pazienti sanno dire quale azienda realizza il prodotto che assumono, mentre, per esempio, quasi tutti gli automobilisti conoscono la casa produttrice della vettura che guidano?

No, non credo che esista un problema. Almeno non per noi. Quest'effetto è figlio del divieto che c'è, in Europa, di fare comunicazione diretta al pubblico sui farmaci. Probabilmente negli Usa molti più pazienti saprebbero associare i farmaci alle aziende produttrici. Per noi qui in Italia il prodotto è la cosa più importante, la nostra espressione di eccellenza e il nome Pfizer una garanzia di qualità, un valore aggiunto, che deve esserci come assicurazione che tutto sia stato fatto nel rispetto delle regole e al massimo delle possibilità. Il nostro compito più importante è quello di trasferire questo valore ai nostri interlocutori diretti che sono gli operatori sanitari e le istituzioni.

A questo proposito, le aziende farmaceutiche devono quasi necessariamente esercitare il proprio potere di lobbying presso le istituzioni. È un meccanismo che forse in Italia è ancora visto con sospetto. Voi come interpretate questo ruolo?

Quello che noi facciamo è di veicolare alle istituzioni le informazioni adeguate. Il mercato in cui operiamo non è realmente di libera concorrenza. Al centro del discorso con le istituzioni c'è sempre il costo del farmaco, considerato spesso troppo alto per il Sistema sanitario nazionale. E il meccanismo che ne deriva è quello per cui viene messo a disposizione un certo budget per l'acquisto dei farmaci e, quando questo fondo si esaurisce, tutto il prodotto che manca e che serve è pagato dalle aziende produttrici. Ogni anno arriviamo a un momento, tra ottobre e novembre, che dobbiamo fornire gratis quasi tutto... È una situazione non sostenibile. Per questo noi insistiamo che il paradigma corretto per fare le valutazioni non sia il costo ma il valore che il farmaco porta. Per esempio curando meglio o più velocemente il paziente, e dunque prolungando la sua qualità della vita, diminuendo i giorni di degenza, di malattia e di assenza dal lavoro, il rischio di ricadute, le eventuali invalidità... Non si può continuare a considerare la spesa farmaceutica separata dal resto della spesa sanitaria, occorre integrare tutti i discorsi.

Quasi tre anni fa lei descriveva, in una lettera indirizzata al governo, una situazione più o meno analoga... dunque nulla è cambiato?

Se ci sono stati dei cambiamenti sono in peggio. L'instabilità politica è un problema drammatico perché ogni primo ministro cambia le regole, cambia le persone, e occorre cominciare da capo. Noi, e parlo anche come presidente dell'Iapg, l'associazione delle 18 aziende farmaceutiche italiane a capitale americano, avremmo bisogno di assicurazioni per tracciare un piano di sviluppo triennale, come siamo tenuti a fare di fronte ai nostri investitori in quanto società quotate in borsa. Non possiamo, dopo due mesi, dire a tutto il mondo che è cambiato il ministro, o la legge, e le promesse sono cambiate. Ed è un peccato che sia così perché il settore è molto rilevante in Italia: come valore della produzione farmaceutica siamo secondi in Europa dopo la Germania, come valore pro-capite addirittura primi.

Come reagisce il management della casa madre di Pfizer quando gli racconta questi aspetti del sistema italiano?

La domanda che si fanno è: ha senso restare in un paese nel quale, da un certo giorno in poi, non possiamo più vendere i prodotti ma dobbiamo regalarli? Non vorrei allarmare nessuno ma la situazione è destinata anche a peggiorare perché stanno entrando sul mercato dei farmaci nuovi, per esempio nell'oncologia o nella cura dell'Epatite C, per i quali il budget a disposizione si esaurirebbe ancor prima e questo potrebbe suggerire alle aziende, non solo a Pfizer, di distribuire il prodotto solo in alcuni paesi, e non in Italia. Noi speriamo davvero che non si arrivi a questo e faremo di tutto per scongiurarlo, perché si creerebbero delle discriminazioni assurde, per cui il paziente di Mentone si cura e quello di Ventimiglia no. Ma anche le istituzioni devono fare la loro parte.

11. La formazione dei giornalisti come quella dei medici?

1. Cominciamo col riprodurre una mail inviata ad alcuni giornalisti con il seguente oggetto: *Invito Effik - Tavola Rotonda - Dolore femminile - 10 aprile 2015*. Questo il testo della mail:

Gentile Giornalista,
siamo lieti di invitarLa alla Tavola Rotonda "Donne che soffrono troppo: la gestione del dolore nella vita femminile" sul tema del dolore pelvico nella vita quotidiana della donna: dal lavoro, alla coppia, dall'adolescenza alla maturità. La tavola rotonda, coordinata dalla Dottoressa Rossella Nappi, si terrà il 10 aprile alle ore 12.15 all'interno del convegno "Il ruolo degli estrogeni nella gestione del dolore pelvico femminile e delle sue comorbidità" (Gran Hotel Barone De Sassj - Sesto San Giovanni - Milano). Di seguito e in allegato l'invito completo. Cordialmente.

Per chi non lo sapesse Effik è una ditta farmaceutica (<http://www.effikitalia.it/main.php>). Riuscite ad indovinare come si risolve il dolore pelvico? La tavola rotonda era organizzata, oltre che da Effik, da SIPGO (<http://www.gynefam.it/article.php?id=68&back=index.php>). Cos'è SIPGO? La Società Italiana per la Psicosomatica in Ginecologia e Ostetricia (<http://www.sipgo.org/>), di cui Rossella Nappi è presidente. Un ruolo didattico lo gioca Alessandra Graziottin (<http://www.sipgo.org/it/materiale.php>). Chi era costei? Per i NoGrazie con memoria corta, si tratta della protagonista di un vecchio articolo di Guido Giustetto: *Metafisica dell'estradiolo valerato: come promuovere un "nuovo" contraccettivo* (http://www.nograzie.eu/wp-content/documents/10%20Dsf_metafisica%20dell%27estradiolo%20valerato_Guido.pdf).

Niente di nuovo sotto il sole. Salvo il tentativo (riuscito?) di coinvolgere nella sporca manovra qualche giornalista.

2. Ed eccovi una lettera che la NoGrazie Amelia Beltramini ha inviato il 30 Aprile 2015 a Gabriele Dossena, presidente dell'Ordine dei Giornalisti della Lombardia.

Caro Gabriele,

non ci conosciamo ma siamo della stessa corrente sindacale, Nuova informazione, e due tornate fa sedevo nel consiglio dell'ordine. Forse sono paranoica io. Ma sento molta puzza di bruciato. Mi occupo di giornalismo medico da circa 35 anni. Settore nel quale i conflitti di interesse abbondano in modo particolare: oggi la formazione dei medici è, se pur intermediata, nelle mani delle aziende farmaceutiche che forniscono i loro esperti (opinion leader) che si limitano a "vendere" farmaci agli operatori sanitari.

Nel giornalismo medico, per mancanza di preparazione dei giornalisti del settore, la formazione viene fatta dalle conferenze stampa organizzate dalle aziende farmaceutiche. Anche in questo caso il paravento sono le società scientifiche mediche (bisognerebbe chiamarle società professionali, ma..) che si espongono, ma se gratti vedi che le agenzie di pubbliche relazioni del settore servono solo a mettere in comunicazione le società scientifiche e le aziende farmaceutiche, i cui nomi raramente escono. In altre parole è vietata dalla legge la pubblicità dei farmaci non da banco fatta dalle aziende farmaceutiche, ma la fanno in cambio di prebende le società scientifiche tramite le "marchette" da impreparazione dei giornalisti.

Finora eravamo qui. Ora una novità. Ieri 29 aprile 2015 mi giunge un comunicato stampa relativo ad un corso di formazione continua per giornalisti (figura) da Value Relations, agenzia di pubbliche relazioni di alcune aziende farmaceutiche. Value Relations è un'impresa di successo di cui è proprietario tal Massimo Cherubini. Il quale, udite udite, è consigliere dell'Ordine dei Giornalisti della Lombardia. Contemporaneamente però, udite udite, insegna che cosa vuol dire fare lobbying nel settore farmaceutico (<https://www.youtube.com/watch?v=1leazX3Cmfo>).

Ma facciamo finta che tutto vada bene, e che un consigliere dell'Ordine dei Giornalisti possa essere un lobbista. Ma il comunicato stampa non mi invita a una conferenza stampa qualsiasi. Mi avverte che "dopo il successo ottenuto nei primi mesi di fruibilità online, il corso "Il giornalismo di domani" dell'Ordine dei Giornalisti della Lombardia, disponibile da febbraio all'indirizzo www.web-journalism.it, si aggiorna con due nuovi moduli". Il corso è stato ideato da UNAMSI (Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione) con il supporto incondizionato di IBSA Farmaceutici. All'indirizzo internet di cui sopra si apre una pagina al cui piede ci sono i marchi di aziende farmaceutiche.

Ora, il tema è ovviamente neutro: blog e siti web, nuovi media, foto digitale, ripresa e montaggio video. La piattaforma non dà crediti. Ma:

1. Il fatto che Cherubini sieda nell'Ordine gli agevola la strada per organizzare corsi "abilitati" dall'Ordine? Che cosa ne pensi? So che il vice presidente è compagno di corrente sindacale di Cherubini, e forse non solo. In passato ha collaborato con Value Relations.
2. Il fatto che la società professionale UNAMSI sia scelta per questo matrimonio da Value Relations (ed esponendo al piede della sua pagina su internet il marchio di un'azienda farmaceutica, Takeda, marchio di cui Value Relations è gestore delle pubbliche relazioni) non configura un'inaccettabile caduta dell'indipendenza del giornalista?
3. Per quale motivo delle aziende farmaceutiche e una società professionale di giornalismo medico dovrebbero investire soldi in una piattaforma che insegna cose che non servono né al giornalismo medico né alle aziende farmaceutiche? A pensar male si fa peccato, ma a volte ci si azzecca, diceva Andreotti. È giustificato il timore che questo sia il primo passo per vedere come reagisce il volgo e se nessuno dice nulla si prosegue con l'aggiornamento del giornalista medico magari con qualche opinion leader delle succitate aziende farmaceutiche? Per carità, opinion leader prestigioso, molti sono docenti universitari, ma le polpette avvelenate che ammolano non sono più indolori.

Vogliamo proprio che l'aggiornamento dei giornalisti sia fatto dalle aziende farmaceutiche? Se sei

arrivato fin qui a leggere, grazie per l'attenzione e buon lavoro. Cordiali saluti,
Amelia Beltramini



UNIONE NAZIONALE MEDICO SCIENTIFICA DI INFORMAZIONE

CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA
dell'Ordine dei Giornalisti della Lombardia

IL GIORNALISMO DI DOMANI

Ottobre 2014 – Febbraio 2015

Sala Stampa Nazionale, via Cordusio, 4 - Milano

UNANSI (Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione) organizza un corso di formazione professionale dal titolo: "Il Giornalismo di domani". Il tema sarà trattato in 4 diversi moduli indipendenti e sarà possibile l'iscrizione all'intero corso o ai singoli moduli.

Ingresso e partecipazione sono gratuiti per tutti i partecipanti grazie al contributo incondizionato di IBSA Farmaceutici.



Programma del Corso

BLOG E SITI WEB	I NUOVI MEDIA	FOTO DIGITALE	RIPRESA E MONTAGGIO VIDEO
<ul style="list-style-type: none">• Siti web, blog e interesse giornalistico.• Progettare un sito web per scopi e finalità.• Gli strumenti per costruire e gestire un blog: Wordpress, Joomla, Drupal, servizi online, Tumblr, le applicazioni e i plug-in. Template ed elementi di grafica. Principali ISP e soluzioni di hosting/hosting.• Come rendere remunerativo e popolare il sito web (strumenti e funzioni).• Elementi di web marketing.• Siti web e mondo social: quali interazioni e quali strumenti.	<ul style="list-style-type: none">• Web 2.0: che cos'è, quali effetti ha generato e come viene utilizzato in rete, sia a livello personale che professionale.• I social network: cosa sono e a cosa servono. Identità digitale.• I forum: cosa sono e come si utilizzano.• Social network per uso professionale e loro utilizzo: LinkedIn e Viadeo.• Social network per la condivisione di video e foto e loro utilizzo: Flickr, Pinterest, Instagram, YouTube e Vimeo.• Tv e radio online: YouTube, Livestream, Spreaker e Radionomy.• Condivisione di contenuti: i Feed RSS, iFTT e le applicazioni social.• Social media management ed elementi di social marketing.• Applicazioni mobile: IOS, Android, Windows 8, Realtà aumentata e QR Code.	<ul style="list-style-type: none">• Conoscenza e uso corretto delle attrezzature di ripresa fotografica.• Utilizzo delle attrezzature di post-produzione software e hardware.• Tecniche di fototocco.• Illuminazione, regolazione, filtri, gelatine e tipi di illuminatori.• Nozioni di grafica e colore.	<ul style="list-style-type: none">• Conoscenza e uso corretto delle attrezzature di presa del suono.• Conoscenza e uso corretto delle attrezzature di ripresa video.• Elementi di linguaggio filmico in un prodotto professionale.• Uso corretto delle attrezzature di post-produzione. Montaggio in macchina.• Tecniche di montaggio video.• Nozioni di infografica.• Realizzazione di servizi giornalistici e reportage.• Analisi e struttura di una regia televisiva complessa.• Messa online di prodotti video: YouTube, Vimeo.

Per informazioni: Unamsi – www.unamsi.it

Per iscrizioni: Ordine dei Giornalisti della Lombardia – www.odg.mi.it

Con il contributo incondizionato di:



IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

ABOUTPHARMA
AND MEDICAL DEVICES