



NO GRAZIE

Lettera di informazione periodica

Esce ogni mese (o quasi); contiene le notizie più significative pubblicate anche sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

Lettera n. 78 – Febbraio 2020

La Statale di Milano limiterà i finanziamenti delle aziende farmaceutiche?

A dicembre dell'anno scorso è uscito un articolo sul Corriere dal titolo [Così le aziende farmaceutiche pagano i contratti dei medici. Stop alla Statale](#). Conoscendo la problematica nella sua gravità e complessità, la questione è parsa interessante e potenzialmente dirompente, tanto che ne abbiamo accennato nella Lettera di gennaio 2020 n. 77. Spiega l'articolo: "I medici che ci prescrivono i farmaci possono essere pagati, senza che noi lo sappiamo, dalle case farmaceutiche. Il meccanismo è collaudato e legale. Succede perché le università perennemente in carenza di soldi possono farsi finanziare cattedre o contratti da medico-ricercatore da finanziatori esterni, Big Pharma compresi.

Segue a pag. 2

Indice

1. Nuovi modelli di sviluppo dell'industria farmaceutica mondiale	2
2. Relazioni tra industria e associazioni di pazienti	5
3. Linee guida OMS sugli oppioidi: piccoli passi	6
4. Per un pugno di euro	6
5. Coronavirus: qualche consiglio in più per prevenire l'infezione	7
6. Marketing e vendite dei cosiddetti latti di crescita negli USA	8
7. Tamiflu Story 2020	10



Tutto il materiale originale dei NoGrazie è disponibile secondo la licenza Creative Commons 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/>), e può essere liberamente riprodotto citando la fonte; materiali di diversa provenienza (citazioni, traduzioni o riproduzioni di testi o immagini appartenenti a terze persone) non vi sono compresi e l'autorizzazione alla riproduzione va richiesta ai rispettivi proprietari.

La Statale di Milano limiterà i finanziamenti delle aziende farmaceutiche?

Segue da pag 1

I rischi sono intuibili. La medicina che poi ci viene data è la migliore per noi o è indicata in difesa di altri interessi? Il primario riuscirà a essere indifferente alla multinazionale che gli finanzia l'aiuto-dottore? È il motivo per cui la Statale, in sordina perché il tema è alquanto scomodo, decide di cambiare le regole del gioco e stoppare i finanziamenti che arrivano dalle case farmaceutiche, a meno che non siano finalizzati alla ricerca di base: «Troppi rischi — confermano dall'ateneo — È una misura precauzionale».

Il detonatore sarebbe il famoso caso Avastin-Lucentis, che ha portato il Consiglio di Stato a dichiarare che Roche (produttore di Avastin) e Novartis (produttore del 10 volte più costoso Lucentis) avrebbero attivato “un'intesa restrittiva della concorrenza volta a ottenere una differenziazione artificiosa dei farmaci Avastin e Lucentis, manipolando la percezione dei rischi dell'uso in ambito oftalmico di Avastin”, considerato che l'effetto dei due medicinali, utilizzati nella cura della maculopatia, sarebbe equivalente. Ai due, si è aggiunto Eylea della Bayer, che ha un costo intermedio (Avastin 80 euro a iniezione, Lucentis 900, Eylea 552). In tutto questo, dall'agosto 2019, la Regione Lombardia ha riconosciuto un unico rimborso di 55,60 euro per singola somministrazione per occhio, indipendentemente dal farmaco utilizzato, mandando così fuori mercato le cure più costose: per questo Bayer e Novartis hanno fatto ricorso e alcuni oculisti hanno alzato barricate, tra cui spicca [il caso](#) del primario dell'Oculistica dell'Ospedale Sacco che, rifiutandosi di utilizzare il farmaco meno costoso, aveva disdetto 70 appuntamenti, poi ripristinati dopo il richiamo dell'assessorato alla Sanità. Nel frattempo, racconta sempre il Corriere, Bayer finanziava un concorso per un posto da medico ricercatore al Policlinico di Milano per tre anni proprio per le malattie dell'apparato visivo, dopo che un concorso simile si era svolto pochi mesi prima per l'Ospedale Sacco.

La questione sull'accettare i finanziamenti delle case farmaceutiche per progetti di ricerca, secondo il Corriere, sarebbe stata discussa nel Consiglio d'Amministrazione (CdA) dell'Università Statale, per evitare proprio contratti di questo tipo. Ad ora, spulciando tra le Comunicazioni del CdA disponibili al pubblico, vi è da segnalare un ritiro dell'ordine del giorno relativo a un “contratto con la Società Novartis PharmaAG per attività di servizio a cura del Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche Luigi Sacco (Direzione Servizi per la ricerca, Direzione legale e Centrale acquisti)” (seduta ordinaria del 29 ottobre 2019). Non se ne citano le motivazioni e quindi potrebbe essere anche un caso, invece che un fatto collegato a questa faccenda. Non è stato possibile rilevare documentazione scritta accessibile al pubblico dei termini di questa proposta di limitazioni dei finanziamenti di Big Pharma per la ricerca, e, contattata l'Università per saperne di più, non abbiamo ancora ricevuto una risposta di merito. La questione interessante è che, anche in parte prescindendo dalla “sostanza” e dal seguito reale di questa iniziativa, sembra emergere una sempre maggiore consapevolezza che ci sia qualcosa che non va nel sistema e che quel qualcosa vada cambiato.

1. Nuovi modelli di sviluppo dell'industria farmaceutica mondiale¹

Esistono tre settori di cambiamento che stanno modificando gli assetti di Big Pharma: 1. fusioni e acquisizioni; 2. ricerca e sviluppo; 3. il prezzo dei farmaci. I tre sono intimamente correlati ed è facile intuire che contribuiranno a un sempre maggiore incremento dei prezzi, soprattutto dei nuovi farmaci, grazie all'istituto del brevetto. Si profila una battaglia fra accessibilità economica e beneficio clinico sulla popolazione.

Fusioni e acquisizioni

Negli ultimi anni abbiamo assistito da parte dei colossi farmaceutici a una vera e propria campagna

1. Ponce MF. [An overview of the global pharma industry's new trends](#). Social Science Research Network, Rochester, NY, Elsevier BV, Amsterdam, The Netherlands .Published ID N° 3397618, June 1, 2019.

acquisti di piccole e promettenti aziende che avevano sviluppato un prodotto con molte potenzialità di vendita. Le fusioni e acquisizioni raggiungevano il top nel 2015, arrivando a 250 miliardi di dollari di valore. Nei due primi mesi del 2019 questa cifra è salita a 146 miliardi, superando in valore gli anni 2016, 2017 e 2018. Certo l'acquisizione di una piccola azienda non è l'unico modo di ottenere nuove promettenti molecole, ma è certamente una forma di ricerca e sviluppo più attraente di quella interna. Basti pensare all'acquisizione della Genentech e del suo Avastin da parte di Roche nel 2009 (46 miliardi di \$). Il problema delle grandi aziende è quello denominato 'patent cliff', cioè il calo precipitoso di vendite alla scadenza di uno o più brevetti. Un esempio è ancora il caso Roche quando ha visto scadere quasi contemporaneamente Rituxan, Herceptin e Avastin, che da soli generavano il 43% del fatturato vendite.

Le grandi aziende sono alla ricerca soprattutto di farmaci oncologici. Si tratta di prodotti che hanno sì più elevata percentuale di fallimenti, ma se hanno successo, generano di gran lunga maggiore profitto rispetto alle altre aree terapeutiche. In questo caso la partita si gioca soprattutto sugli RCT di grandi dimensioni, che riguardano pazienti con tumore in fase avanzata, che si avvantaggiano delle nuove norme per un più rapido iter di approvazione (vedi FDA fast track).

Sempre riguardo alle acquisizioni/fusioni è noto che Pfizer (13 miliardi \$ di fatturato nel 2018) negli ultimi 10 anni ha acquisito Warner-Lambert, Pharmacia e Wyeth, configurando così l'immagine di un capitalismo di ventura piuttosto che di un'azienda che fa ricerca e sviluppo. Sono più spesso le aziende in crisi di nuovi prodotti che preferiscono percorrere la via delle acquisizioni; comperare un'azienda con un buono staff di ricercatori è più conveniente e meno rischioso che sviluppare un prodotto al 100% in casa propria.

Ricerca e sviluppo

Nel 2018, FDA ha approvato un numero record di nuovi farmaci, 59 prodotti sono così entrati nel mercato in un solo anno. Sviluppare un farmaco innovativo è difficile, costoso e richiede tempo. Si tratta di produrre molecole sempre più complesse, così nel 2016 l'industria farmaceutica ha investito 156,7 miliardi \$ in ricerca e sviluppo. Roche, Novartis Johnson&Johnson, Pfizer, Merck, Sanofi, Astra Zeneca, Amgen, Eli Lilly e Bristol-Myers Squibb, tra le prime 10 in ordine decrescente. Se si prova a dividere gli investimenti per il numero di farmaci prodotto si ottiene una cifra pari a 2.6 miliardi \$ per ogni nuova molecola. PhRMA, la più importante associazione di categoria, ha dichiarato che nel 2017 la cifra investita in ricerca e sviluppo da parte delle 37 ditte aderenti è stata pari al 21,4% dei ricavi, più consistente di quella di ogni altra industria di alta tecnologia. Il costo di un nuovo farmaco nel 2010 era di circa 1.19 miliardi \$, e il rientro degli investimenti in ricerca sono scesi nel 2018 a 1.9% rispetto al 10.1% del 2010. In un'ottica di economia di scala le piccole aziende, giovani e dinamiche, hanno un profitto maggiore delle sorelle più grandi che compongono Big Pharma. Ecco perché al dilemma produci o acquista si preferisce questa seconda opzione.

Per quanto riguarda la richiesta di nuovi farmaci il futuro è molto incerto e non c'è più un automatismo proporzionale fra cifra investita e nuove scoperte. Attualmente si calcola che su 250 prodotti che iniziano gli studi di fase 1 e 2 solo uno proseguirà sino a ottenere l'approvazione di FDA. Così la ricerca pre-clinica si sta spostando in Cina dove sono nate agguerritissime aziende specializzate in questo a costi decisamente inferiori. Ecco che il farmaco anti epatite C sofosbuvir è stato inizialmente sintetizzato in Cina per conto di un'azienda di Princeton, poi acquisita da Gilead, che nel 2013 brevettava il famoso Sovaldi.

Il prezzo dei farmaci

Abbiamo ricordato all'inizio che il prezzo di un farmaco è il principale fattore che ne condiziona la diffusione. Un prezzo troppo elevato taglia fuori una fetta consistente di pazienti che non se lo possono permettere, assicurati o meno. Questo accade soprattutto nel mercato statunitense. Il prezzo dei farmaci sta lievitando gradualmente con un incremento medio del 7.3% dal 2010 al 2013, circa

4 volte l'inflazione. Nei primi 3 mesi del 2019 è cresciuto già del 2.8%, soprattutto la fluoxetina, versione generica del Prozac, che ha avuto negli USA una crescita del 568%. Anche farmaci salvavita come l'insulina hanno seguito la stessa strada, nonostante si tratti di una molecola uscita di brevetto da un secolo. Negli USA, secondo l'Associazione Americana del Diabete (ADA), ha triplicato il suo prezzo dal 2002 al 2013.

Tornando al sofosbuvir, farmaco molto costoso e con una rilevanza sociale particolare, tenuto conto degli 80 milioni di persone con HCV, il suo prezzo per un trattamento suggerito di 3 mesi è di 42.000 \$ nell'Unione Europea, 37.700 negli USA e 64.600 in Giappone. Un altro esempio di prezzo particolarmente elevato è l'imatinib (Gleevec) per la leucemia mieloide cronica, in passato una sentenza di morte a breve, ora malattia con cui si può convivere al costo di una pillola al giorno. Nel 2001 il prezzo del Gleevec era 26.000\$/anno e sorprendentemente poco prima della scadenza del brevetto saliva a 120.000\$/anno. Ora la versione del generico si è attestata su 8.800\$/anno, prezzo oltremodo elevato per un farmaco fuori brevetto.

Nel 2012, alcuni oncologi del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center scrivevano al New York Times di essersi rifiutati di prescrivere un nuovo antitumorale per il cancro colon-rettale sia per i costi, 132.700\$ l'anno, sia per l'esistenza di valide alternative a metà prezzo. Orkambi, un farmaco per la fibrosi cistica, è stato rifiutato dal NICE inglese per i costi oltremodo elevati, 105.000€/anno, insostenibili per il NHS. Data la presenza di almeno 10mila pazienti in UK con questa affezione, Just Treatment, un'organizzazione indipendente che si batte contro il profitto aziendale a spese del NHS, ha fatto una stima del value-for-money in aperto contrasto con quella della ditta produttrice. Nel loro Plan B for Orkambi hanno chiesto al Governo di forzare tutte le possibilità legali per ottenere un prezzo equo di 5.000£ l'anno per paziente.

Discussione

Fusioni, acquisizioni, modifiche dei modelli di ricerca e sviluppo e nuova tipologia dei prezzi sono i tre fattori principali che stanno rimodellando l'industria farmaceutica di oggi e domani. Non è ancora chiaro se un'azienda di grandi dimensioni sia più competitiva di una piccola, tenendo conto che la capacità di innovazione è la molla principale per realizzare farmaci nuovi, da registrare nel mercato per creare profitti. D'altra parte si sa che la piccola azienda, una volta inglobata nella grande, perde le sue capacità innovative. La miglior difesa di un nuovo farmaco dai concorrenti generici è il suo brevetto, che permette di ottenere prezzi di vendita più elevati.

Nelle ultime decadi c'è stata una vera e propria rivoluzione nella scoperta di nuovi farmaci grazie all'applicazione di strumenti innovativi quali farmacogenomica, biologia molecolare, intelligenza artificiale (con predizione di interazione farmaco-target) e nuovi network per la delocalizzazione dei trial. Per queste ragioni i prezzi dei farmaci tendono a salire di più della spesa globale per la salute. Così, in Europa ad esempio, i governi, i pianificatori e le compagnie assicurative devono mettere in atto nuove strategie di contenimento della spesa. In alcuni casi si adotta il classico prezzo in base ai volumi di acquisto, ma più incisivi sembrano gli accordi di prezzo in base ai risultati. In Germania sin dall'approvazione del Pharmaceutical Restructuring Act del 2011, si cerca un equilibrio fra prezzo e reale innovazione. In altri casi un gruppo di paesi adotta il prezzo più basso concordato, come avviene per Australia, Nuova Zelanda, Cina, India, Corea del sud e Malesia. Per dirimere il contenzioso fra industria, che reclama il diritto di imporre il suo prezzo per ripagarsi delle spese di ricerca, e i governi, che non riescono a contenere la spesa, si fa strada il value-based pricing, cioè il prezzo in base alla reale utilità per la popolazione. Se manca un accordo del genere il farmaco verrà fortemente ristretto nell'uso ovvero escluso dall'acquisto, con il risultato di passare a parziale o totale carico dei pazienti. La riduzione della spesa cosiddetta out-of-pocket è stata messa in relazione con una migliore aderenza al programma terapeutico.

Alla fine i tre elementi chiave, responsabili dei forti mutamenti nel mercato dei farmaci, vale a dire acquisizioni e fusioni, modalità di ricerca e sviluppo, politica dei prezzi, interagiscono fra di loro ed indurranno con molta probabilità un cambiamento di paradigma a carico delle ditte farmaceutiche.

Lo scenario prevede un continuo confronto/scontro fra richiesta di prezzi più alti dovuti alla rivoluzione tecnologica e necessità sul piano etico di sostenibilità e di reale beneficio per la salute.

Traduzione di Giovanni Peronato

2. Relazioni tra industria e associazioni di pazienti

Le associazioni di pazienti svolgono un ruolo importante in ambito sanitario: forniscono supporto ai pazienti e alle loro famiglie, sono coinvolte in progetti di ricerca, nello sviluppo di linee guida e di politiche sanitarie. I finanziamenti provenienti dall'industria farmaceutica e di dispositivi medici possono essere un'importante fonte di supporto per le attività di queste associazioni. Tuttavia, negli ultimi anni, alcuni studi hanno sollevato preoccupazioni in merito alle relazioni finanziarie tra associazioni di pazienti e industria a causa di possibili conflitti di interessi (CdI). L'interesse primario delle aziende farmaceutiche di massimizzare i profitti può infatti entrare in conflitto con la missione delle associazioni di pazienti di proteggere il benessere delle persone che rappresentano. Fino ad ora tuttavia non è mai stata realizzata una revisione sistematica su questa tematica.

La revisione pubblicata a Gennaio 2020 sul British Medical Journal è il risultato di una collaborazione tra ricercatori dell'Università di Sydney, dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, dell'IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, e del Cochrane Hypertension Review Group canadese². Gli autori hanno analizzato 26 studi pubblicati tra il 2003 e il 2018 e questi sono i principali risultati emersi:

Prevalenza di finanziamenti industriali: i finanziamenti delle industrie farmaceutiche alle associazioni di pazienti sono diffusi in molti paesi ad alto reddito. La proporzione di associazioni finanziate varia dal 20% all' 83%.

Trasparenza: poco meno di un terzo delle associazioni che ha ricevuto fondi dall'industria lo dichiara sui propri siti (27%; intervallo di confidenza: 24%-31%).

Codici di condotta: la prevalenza di *policies* che regolano i rapporti delle associazioni di pazienti con gli sponsor varia dal 2% al 64%.

Relazioni tra finanziamenti industriali e posizioni delle associazioni di pazienti: quattro studi inclusi nella revisione hanno mostrato come le associazioni finanziate dall'industria tendono ad assumere posizioni favorevoli allo sponsor.

Sulla base di questi risultati, gli autori raccomandano nel breve termine una maggiore trasparenza da parte delle associazioni di pazienti rispetto ai finanziamenti che ricevono e lo sviluppo di codici di condotta che regolamentino le loro interazioni con sponsor commerciali. Sul lungo termine, sarà necessario inoltre esplorare meccanismi di finanziamento alternativi per limitare il rischio di influenze commerciali, ad esempio tramite meccanismi di finanziamento pubblico.

Alice Fabbri

Collegato all'articolo di cui sopra, [un commento sul blog del BMJ](#) di due delle autrici della revisione sistematica, Cinzia Colombo e Paola Mosconi, dell'Istituto Mario Negri.

2 Fabbri A, Parker L, Colombo C et al. Industry funding of patient and health consumer organisations: systematic review with meta-analysis. BMJ 2020;368:l6925

3. Linee guida OMS sugli oppioidi: piccoli passi

Come a volte capita, “il diavolo è nei dettagli”; così il cambiamento di un verbo nel titolo di un articolo contiene tutta la differenza di informazione: “WHO *drops* opioid guidelines...”³, “WHO *retracts* opioid guidelines...”⁴. Quindi le linee guida sugli oppioidi della OMS di cui ci eravamo già occupati a Luglio 2019 tornano di attualità perché non sono state semplicemente “abbandonate” ma “ritrattate”.

Il BMJ si conferma una delle riviste più attente al problema dei CdI e della trasparenza dei finanziamenti, e riporta la notizia che l’OMS ha formalmente ritrattato le linee guida che erano state emesse riguardo all’uso degli oppioidi nella terapia del dolore. Il motivo di questo cambio di rotta è che l’organizzazione ha dovuto riconoscere che quelle linee guida erano state redatte da persone che erano pesantemente influenzate dalle case farmaceutiche, in particolare dalla Mundipharma, che è una ditta purtroppo nota anche in Italia nell’ambito dello scandalo Pasimafi che vede coinvolto Guido Fanelli, già direttore dell’anestesia e rianimazione dell’università di Parma. Tra l’altro, il [processo Pasimafi ha addirittura una pagina su Wikipedia](#). In pratica il problema è che Purdue e Mundipharma, che commercializzano oppioidi, hanno influenzato i redattori delle linee guida sulla terapia del dolore pubblicate dall’OMS negli anni scorsi spingendo alla loro prescrizione anche quando questa non era necessaria.

Purtroppo, come tutti i farmaci, anche gli oppioidi hanno, oltre agli effetti positivi, degli effetti negativi, e uno degli aspetti più criticati di queste linee guida è proprio il fatto che questi aspetti negativi venivano sottovalutati: in particolare il rischio di dipendenza. Il rischio di dipendenza da oppioidi prescritti per motivi medici è un argomento che negli Stati Uniti sta diventando sempre più rilevante. Io personalmente ho l’impressione che questo non sia un problema così importante in Italia, ma forse lo sta diventando e comunque non bisogna trascurarlo specialmente quando si usano alcuni oppioidi a effetto molto rapido, come il Fentanil, che vengono a volte prescritti in maniera inappropriata e che possono indurre il paziente a una forma di dipendenza fisica o psicologica.

È certamente una buona notizia che l’OMS abbia corretto la sua posizione, ma certo ci si domanda se non sarebbe stato meglio riflettere, prima di emanare quelle linee guida (del 2011 e del 2012), sui CdI potenziali di coloro che erano stati chiamati a redigerle, perché purtroppo il problema è che una volta che queste linee guida vengono emanate la loro eventuale ritrattazione ha poi una risonanza molto inferiore rispetto alla loro pubblicazione, e quindi molte persone, e molti medici, continueranno a utilizzare gli oppioidi sulla base di quelle linee guida, senza tener conto, o forse senza sapere, che quelle linee guida sono state poi ritrattate.

A cura di Giovanni Codacci Pisanelli

4. Per un pugno di euro

Le industrie farmaceutiche attraverso le loro attività di marketing e pubblicità, portate avanti con veemenza e utilizzando una buona fetta del loro fatturato, tentano – con successo – di influenzare i comportamenti prescrittivi dei professionisti sanitari, come riconosciuto a livello internazionale ed europeo da specifiche associazioni, tra cui la più nota è sicuramente *Health Action International*, che collabora sia con l’OMS che con l’Unione Europea su questi temi.

Continua a leggere: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/02/per-un-pugno-di-euro/>

3 Dyer O. WHO drops opioid guidelines after criticism of corporate influence. BMJ 2019;365:14374

4 Dyer O. WHO retracts opioid guidelines after accepting that industry had an influence. BMJ 2020;368:m105

5. Coronavirus: qualche consiglio in più per prevenire l'infezione⁵

Come è noto, i coronavirus sono virus respiratori che possono causare malattie lievi e moderate, compresi molti comuni raffreddori. Alcuni coronavirus animali, però, hanno fatto un salto di specie, trasmettendosi anche all'uomo e causando gravi malattie. Dopo la SARS nel 2002 (~8.100 casi e quasi il 10% di morti) e la MERS del 2012 (~2.500 casi e 35% di morti), nel dicembre 2019 un terzo coronavirus è emerso da riserve animali innescando questa minacciosa epidemia, anche se per ora con letalità minore: un po' meno del 3% dei malati. Gli infettati però sembrano più di quanto accertato, anche perché infezioni lievi o asintomatiche possono non essere rilevate.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha diffuso un vademecum, subito riportato anche da [quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanita.it), in cui ricorda in modo opportuno che le infezioni da coronavirus comuni danno in genere sintomi alle vie respiratorie superiori a guarigione spontanea. Tuttavia si può ridurre il rischio di infezione, proteggendo se stessi e gli altri, con alcuni accorgimenti. A quelli elencati suggerirei qualche contributo migliorativo.

Un rilievo minore riguarda il consiglio di “evitare... le bevande non imbottigliate”. Meglio specificare che la raccomandazione vale per paesi con condizioni igieniche carenti. In Italia il problema non dovrebbe sussistere, e l'ISS non intendeva certo dare un *assist* al consumo di acque imbottigliate in plastica (di cui l'Italia è il secondo consumatore al mondo dopo l'Arabia Saudita!). Non c'è dubbio che in Italia l'acqua potabile d'acquedotto sia di norma la soluzione più economica, sicura per la salute e la migliore per l'ambiente.

Un rilievo maggiore riguarda il primo consiglio: “lavarsi spesso le mani con acqua e sapone per almeno 20 secondi...”. Il problema sono i rubinetti. Supponiamo che ad esempio un ragazzino a scuola o un adulto in una comunità lavorativa siano portatori di un'infezione a trasmissione respiratoria od orofecale. Spesso, almeno prima di andare in mensa, seguono il consiglio delle istituzioni sanitarie e si lavano le mani, a maggior ragione dopo aver soffiato il naso o usato la toilette. Aprendo il rubinetto, vi depositano i propri germi. Dopo 20 secondi di diligente lavaggio con sapone e risciacquo lo chiudono, riprendendosi i propri germi. Ma soprattutto li lasciano a disposizione di chi vi accede subito dopo, che per paradosso può *raccogliere* l'infezione proprio attuando una misura “preventiva”. L'alternativa potrebbe essere quanto, nella mia esperienza dal 1977 al 1983 come Ufficiale sanitario di Tradate, avevo previsto per i nuovi servizi igienici aperti al pubblico e per gli esercizi di alimentaristi: un comando di erogazione dell'acqua a scelta tra gomito (più economico), pedale (o anche ginocchio, o fotocellula). «... chi si lava le mani dopo la minzione o defecazione lascia tracce di materia organica con relativa carica microbica sul rubinetto... Se il lavandino serve a più persone, la contaminazione prosegue a catena e salmonelle, shigelle, virus dell'epatite [e coronavirus!]... possono circolare nella comunità anche per un solo portatore che deponga materiale infetto sui rubinetti. Questa catena dell'infezione si può interrompere con dispositivi di erogazione d'acqua non manuali, in modo ben più efficace delle “ripetute disinfezioni di oggetti e superfici che possono essere state contaminate” (nello specifico i rubinetti). Alcuni di questi dispositivi, applicati in prima installazione del lavandino, possono risultare anche più economici dei rubinetti... Tali provvedimenti dovrebbero essere doverosi nelle collettività...».⁶ Dopo 41 anni l'allarme per una possibile epidemia potrebbe essere l'occasione per diffondere questa misura di buon senso, almeno per le nuove installazioni. Tra l'altro, la presenza nelle scuole di almeno alcuni di questi dispositivi (e di erogatori di sapone al posto delle saponette) sarebbe utile anche per tutelare meglio eventuali soggetti immunocompromessi, che potrebbero accedere in sicurezza ai servizi.⁷

Un altro importante miglioramento riguarda il consiglio finale: “È possibile alleviare i sintomi

5 http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=80672

6 Donzelli A. Quali controlli sugli alimentaristi? Sapere 1979;817:84-89

7 <http://www.epiprev.it/intervento/bimbi-immunodepressi-e-compagni-di-scuola-non-vaccinati-quanto-e-grande-il-problema>

assumendo farmaci per i dolori muscolari, articolari e la febbre”, che non corregge una credenza errata diffusa. Nel ricordare che non esiste un vaccino (per questa come per la stragrande maggioranza delle malattie infettive) e che contro i virus, compreso ovviamente il coronavirus, gli antibiotici non servono e sono di regola dannosi, non si coglie l’occasione per ricordare che invece [la febbre è uno dei più efficaci meccanismi di difesa dell’organismo contro le infezioni](#)!⁸ È una reazione comune a tutti gli uomini e agli animali superiori, che la selezione naturale ha mantenuto nel corso di milioni di anni di evoluzione proprio per il suo valore. Infatti un aumento di temperatura da 37° a 38°C può ridurre la moltiplicazione dei virus di oltre il 90%, e per la maggior parte di loro un ulteriore aumento arresta del tutto la moltiplicazione. Temperature di oltre 39°C che durino abbastanza a lungo bloccano anche i virus più virulenti. La febbre, con poche eccezioni, facilita la guarigione anche nelle infezioni da batteri, perché esalta l’efficienza di tutti i componenti del sistema immunitario. Il paziente informato e che riesce a sopportarla senza troppi problemi dovrebbe valorizzare il ruolo difensivo naturale della febbre. In assenza di specifiche prove differenti, non c’è motivo di privarsi del suo aiuto anche per infezioni da coronavirus. Oltretutto la soppressione della febbre con antipiretici/antinfiammatori facilita la trasmissione di comuni infezioni: ad esempio vi è chi ha calcolato che nell’influenza stagionale gli antipiretici possono aumentare del 5% i casi di malattia e le morti nella popolazione.⁹ Tante altre misure concrete ed efficaci per ridurre la mortalità da infezioni non sono valorizzate dalle informazioni correnti.¹⁰

Infine, l’occasione può essere utile (alla salute e all’ambiente) per invitare a ridurre i consumi di carne, a partire da quella proveniente da allevamenti intensivi, magari partendo dal sostegno alla campagna in atto in 24 paesi europei per metter fine all’era delle gabbie (End the Cage Age) negli allevamenti animali, che – oltre a sofferenze indicibili – possono creare condizioni favorevoli a epidemie con *salts di specie*.

Alberto Donzelli

Altra via per la prevenzione:

- Guardare le *Pillole di educazione sanitaria*:

<https://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2020/02/n-144-2020-omaggio/>

<https://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2017/07/n-124-2017-omaggio/>

- Abbonarsi alle *Pillole* per non perderne neanche una:

<https://fondazioneallinearesanita.esalute.org/abbonamento-digitale-alle-pillole/>

6. Marketing e vendite dei cosiddetti latti di crescita negli USA

Uno studio condotto da ricercatori dell’università del Connecticut tra il 2006 e il 2015 mostra un preoccupante aumento di vendite dei cosiddetti latti di crescita, indicati per bambini tra 12 e 36 mesi di età, con una stretta associazione tra marketing e vendite.¹¹ Questi prodotti, che non sono latti e non è dimostrato che facciano crescere i bambini più o meglio di altri alimenti, sono sviluppati dalle ditte produttrici di sostituti del latte materno partendo da un latte magro in polvere, al quale

8 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4786079/>

9 <https://royalsocietypublishing.org/doi/pdf/10.1098/rspb.2013.2570>

10 <https://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2017/07/n-124-2017-omaggio/>

11 Choi YY, Ludwig A, Harris JL. US toddler milk sales and associations with marketing practices. Public Health Nutr 2020. Published online by Cambridge University Press: 04 February 2020

sono aggiunti sciroppi di mais, o altri dolcificanti calorici, e oli vegetali, oltre a una grande quantità di minerali, vitamine, aromatizzanti e conservanti. Paragonati al latte di mucca, raccomandato per quei bambini oltre l'anno di età che non prendono il latte di mamma, contengono meno proteine, una maggiore quantità di sodio e molti zuccheri aggiunti, contribuendo a condizionare la preferenza per cibi zuccherati in un'età cruciale per lo sviluppo di abitudini alimentari salutari. Tutto ciò in contrasto con le raccomandazioni dell'OMS e di altre agenzie nazionali e internazionali circa l'importanza di una alimentazione sana all'inizio della vita, cioè allattamento esclusivo fino a sei mesi e continuato fino a due anni e oltre, accompagnato da introduzione di alimenti solidi di preparazione casalinga a partire dai sei mesi. I cosiddetti latti di crescita sono pubblicizzati anche per il loro contenuto di ingredienti particolari, indicati per lo sviluppo del cervello, come DHA e ferro, o dell'intestino, come i probiotici, aumentandone il prezzo. Tutti effetti non confermati da prove scientifiche indipendenti che però possono portare i genitori a sceglierli pensando di fare il meglio per i loro bambini. Tant'è che la Guida OMS "Porre fine alla promozione inappropriata di alimenti per neonati e bambini", del 2016,¹² vieta qualsiasi promozione commerciale per tutti i latti formulati fino ai tre anni, includendoli nei sostituti del latte materno.

Lo studio americano analizza la qualità e la quantità di due modalità di marketing, la pubblicità in televisione e le esposizioni speciali in circa 35000 negozi, durante un periodo di quasi 10 anni, dal 2006 al 2015, e i loro effetti sulle vendite e i prezzi, compattando i cosiddetti latti di crescita con le formule per la prima infanzia. I risultati confermano che c'è correlazione tra la quantità di messaggi pubblicitari settimanali totali attraverso i vari canali, quadruplicati nel periodo preso in esame, e le vendite, e quindi il consumo, dei cosiddetti latti di crescita, più che raddoppiato in dieci anni. Lo studio analizza anche l'andamento dei prezzi al dettaglio dei due tipi di formule. Mentre le vendite dei cosiddetti latti di crescita sono raddoppiate, il loro prezzo al dettaglio si è abbassato. Per le formule infantili, invece, si sono leggermente ridotte le vendite e il prezzo è aumentato. Misurando e confrontando la qualità e la quantità di messaggi pubblicitari, lo studio rivela che le ditte produttrici investono meno denaro nella promozione delle formule infantili. Il motivo di questo calo nelle vendite delle formule infantili è da cercare nel maggiore impegno nel sostenere le madri che allattano, con effetti positivi importanti sulla salute pubblica. È probabile che le ditte produttrici rispondano a questi sviluppi positivi spostando i loro investimenti sulla promozione dei cosiddetti latti di crescita. Inoltre, essendo le formule infantili diventate più care, c'è la preoccupazione che alcuni genitori possano scegliere un cosiddetto latte di crescita per i loro bambini di poche settimane, ingannati dalla somiglianza delle etichette, compromettendo la crescita del neonato. I ricercatori hanno documentato messaggi ingannevoli sulle confezioni dei cosiddetti latti di crescita e nelle promozioni televisive circa i benefici per la salute di questi prodotti, con conseguente e voluta confusione del consumatore, visto che un tipo di formula di un determinato marchio promuove intrinsecamente anche gli altri tipi di formula dello stesso marchio.

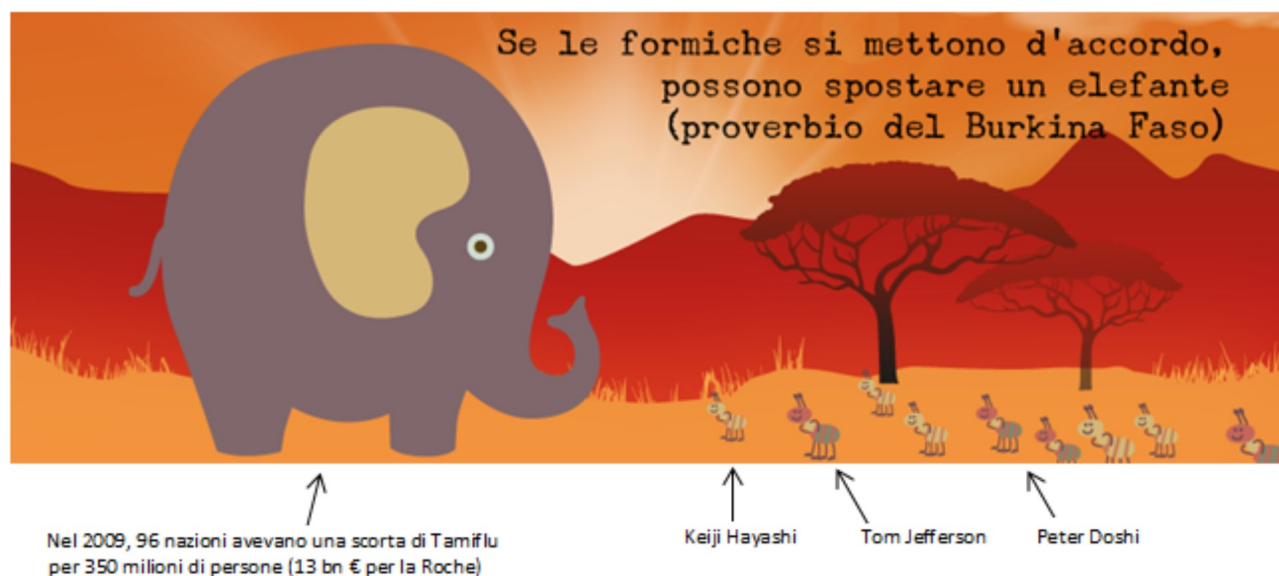
Tutti questi risultati confermano la necessità per i paesi di emanare leggi che recepiscano tutte le indicazioni contenute nel Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e nelle Risoluzioni successive,¹³ includendo tra i prodotti che sostituiscono il latte materno anche i cosiddetti latti di crescita, vietandone la promozione al consumatore e agli operatori sanitari. Del 57% di paesi al mondo che hanno una legge che vieta la promozione al pubblico, solo il 16% include i prodotti a base di latte destinati ai bambini fino a 36 mesi. Anche le associazioni professionali sono chiamate a elaborare linee guide che aiutino professionisti e genitori aumentandone consapevolezza e attitudini verso scelte che promuovano la salute, in particolar modo in età così cruciale per lo sviluppo di abitudini alimentari salutari.

A cura di Sabine Schweizer

12 http://www.ibfanitalia.org/wp-content/uploads/2017/08/who-guidance-A69-7-2016_it.pdf

13 http://www.ibfanitalia.org/wp-content/uploads/2012/12/Codice_con_risoluzioni_agg2012.pdf

7. Tamiflu Story 2020



Il *whistleblower* è “colui che fischia”, cioè che richiama l’attenzione su una violazione. Può essere chiunque, ad esempio un qualsiasi individuo che viene a conoscenza di una violazione compiuta all’interno di un’organizzazione.

Negli Stati Uniti sono varie le leggi che tutelano il whistleblower. Tra queste c’è il *False Claims Act*, una legge federale che rende responsabili le persone e le aziende che frodano il governo degli Stati Uniti. La legge risale al lontano 1863. È stata introdotta durante la guerra civile americana, ed era pensata per evitare che i fornitori senza scrupoli frodassero l’esercito del Nord vendendo al governo muli e cavalli decrepiti, fucili e munizioni difettose e razioni rancide. Nel 1986 una modifica alla legge ha previsto una remunerazione per “colui che fischia” con una percentuale del 25-30% sul totale che il Governo recupera grazie alle informazioni denunciate.¹⁴

Leggo oggi sul BMJ che Tom Jefferson ha intentato causa alla Roche per 1.5 miliardi di €, che corrisponde all’incirca alla cifra spesa dal governo americano per accumulare scorte di Tamiflu in caso di Pandemia. Il perseverante Dr. Jefferson ha speso anni per svelare la verità sulla sicurezza e l’efficacia del Tamiflu e ha intentato la causa perché come altri, incluso il governo degli Stati Uniti, è stati fuorviato dalle false dichiarazioni sull’efficacia di Tamiflu in caso di pandemia.^{15, 16}

Se non sapete di che cosa sto parlando ci sono vari modi per approfondire la vicenda, ad esempio andando a leggersi gli articoli pubblicati su Salute Internazionale¹⁷ o su Lettera 43.¹⁸ Ma le fonti migliori sono due.

La prima è la sezione dedicata sul sito del British Medical Journal (<http://www.bmj.com/tamiflu>), che ha dato il via alla campagna di richiesta di trasparenza dei dati della ricerca della rivista inglese.

La seconda, che vi raccomando, è il racconto direttamente dalla voce del protagonista. Tom Jefferson. *The Tamiflu Story*. Buona visione.

Luca Iaboli

14. <https://www.cgcfirm.com/il-whistleblowing-negli-stati-uniti-che-cose-e-perche-e-cosi-efficace/>

15. Dyer O. “Cochrane reviewer sues Roche for Claiming Tamiflu could slow flu pandemic” BMJ 2020;368:m314

16. Dyer O. “What did we learn from Tamiflu?” BMJ 2020;368:m626

17. Maciocco G. “Il caso Tamiflu e la reputazione di Big Pharma” Salute Internazionale, 19 giugno 2017 <https://www.saluteinternazionale.info/2017/06/il-caso-tamiflu-e-la-reputazione-di-big-pharma/>

18. Milano G. “Il Tamiflu? Non serve a nulla” Lettera 43, 4 Maggio 2014 <https://www.lettera43.it/il-tamiflu-non-serve-a-nulla/>