



NOGRAZIE

Lettera di informazione non periodica

Esce quando può; le notizie più significative sono pubblicate anche sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

Lettera n. 100 – Febbraio 2022

100

Cari NoGrazie, gentili Lettori,
L'occasione, che si presenta una volta sola nella vita di una piccola rivista come questa, di pubblicare il numero Cento, dovrebbe porsi come occasione di bilancio, di progetto e di festa.

Segue a pag. 2

Indice

100	1
Il vaccino anti-Covid19 di Moderna copiato in Sudafrica	2
Per quanto tempo i vaccini antiCovid-19 prevengono l'infezione: tanto, poco, o...?	3
Salute costituzionale: raccolta di saggi su salute e servizio sanitario italiano	5
Ripensare i conflitti di interessi nella relazione medico-paziente	6
Industria e associazioni professionali infermieristiche	8
La lobby dell'industria contro la sugar tax in Brasile	8
Johnson & Johnson paga 590 milioni di dollari ai nativi americani	9
Il National Health System chiede aiuto ai Beatles	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.

Segue da pag. 1

Nel parlare per ormai molti anni di conflitti di interessi intorno alla salute delle persone e delle comunità, ci dovremmo compiacere di vedere migliori disposizioni e maggiore consapevolezza nel nostro mondo. Invece proprio oggi, in questa ricorrenza, dobbiamo riscontrare una volta di più e peggio di sempre, come l'ansia di ben altre cose (potere? orgoglio? presunzione? ricchezze?) calpesti il benessere, la salute, la vita stessa di molti e, in qualche misura, di tutti. Attraverso la violenza di un'altra guerra, la semina di morti, feriti, invalidi e malati, lo spreco immane di risorse che comporta, la distruzione di beni necessari e di sistemi sociali, il degrado dell'aria e della terra fertile, la diffusione incontrollata di veleni dove più florida era la vitalità umana. La catastrofe è il rovesciamento delle cose, come della terra profondamente arata, da dove disgraziatamente escano in evidenza pulsioni sopite, minacce trascurate; la catastrofe è il prevalere di disvalori a sopraffare ciò che conta. È il prevalere, nel conflitto, degli interessi deteriori. Come quando la salute è nelle mani dell'industria, a sua volta in mano alle multinazionali, controllate dalla finanza che governa la politica. Che decide le guerre, dove gli effetti sull'industria, sui servizi sanitari, sulla salute e sulla vita delle persone sono effetti collaterali, molte volte nemmeno indesiderati.

Ora, se questo è il bilancio, cosa si può progettare? C'è poco da far festa!

Giovedì grasso 2022.

Il vaccino anti-Covid19 di Moderna copiato in Sudafrica

Poco dopo il lancio dei primi vaccini anti Covid19, all'inizio del 2021, India e Sudafrica avevano chiesto ufficialmente all'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC) di concedere una moratoria sui brevetti per permettere la produzione di quei vaccini anche in alcuni paesi a reddito medio-basso e aumentarne così la disponibilità, a prezzi abbordabili, nei paesi che non si possono permettere di pagare gli attuali prezzi di mercato. All'inizio della primavera sembrava aprirsi qualche spiraglio in questo senso; i leader di alcuni paesi, a cominciare da Joe Biden, avevano espresso posizioni che sembravano essere favorevoli alla moratoria richiesta. Ma si trattava, molto probabilmente, di compiacere parte del loro elettorato, non certo di volontà reale di bypassare i brevetti. Tant'è che, nonostante una campagna globale a favore della moratoria, con raccolta di milioni di firme, l'OMC non solo non ha dato risposta positiva alla richiesta, ma non l'ha nemmeno discussa in maniera formale e trasparente. Probabilmente per il veto di quegli stessi leader che avevano accennato a qualche apertura, oltre che su pressione delle multinazionali dei vaccini.

Se non si può ottenere un'autorizzazione legale a copiare i vaccini, bisogna procedere con altri mezzi. Questo probabilmente il ragionamento dei dirigenti di Afrigen, una start-up sudafricana che ha annunciato di aver copiato il vaccino Moderna e di essere pronta a produrlo, oltre che ad aiutare altri laboratori in altri paesi a reddito medio-basso a fare lo stesso.[1] Dopo aver inutilmente tentato una collaborazione con Moderna o BioNTech, Afrigen ha deciso di proseguire autonomamente. Usando informazioni disponibili e di dominio pubblico, e confidando nel fatto che Moderna aveva pubblicamente dichiarato che non avrebbe fatto rispettare il suo brevetto in corso di pandemia,[2] i tecnici di Afrigen, in collaborazione con scienziati dell'università sudafricana di Witwatersrand, hanno sequenziato il mRNA del vaccino Moderna, hanno elaborato le nanoparticelle lipidiche, e hanno quindi confezionato il prodotto. Sono ora in grado di testarlo in trial clinici per poi sottoporlo, se i risultati saranno favorevoli, all'approvazione dell'OMS, informata fin dall'inizio del procedimento. Il 59% dei fondi necessari per la realizzazione del progetto, per un totale di circa 92 milioni di euro, è già stato ottenuto da alcuni paesi dell'Unione Europea.

Il seguito non sarà facile. Effettuare i necessari trial clinici è molto più difficile ora di quanto lo fosse all'inizio della pandemia. Bisognerà in ogni caso barcamenarsi tra gli innumerevoli cavilli legali cui faranno sicuramente richiamo i proprietari dei brevetti. Ci vorranno sicuramente mesi, forse anni, prima di poter produrre vaccini in quantità da distribuire ai paesi che più ne abbisognano. Ma potrebbe trovarsi anche un compromesso con Moderna, che trarrebbe probabilmente vantaggi maggiori da un'alleanza piuttosto che da un confronto con Afrigen. Questo episodio, comunque, crea un caso e apre nuove strade che l'OMC e i paesi che la controllano farebbero bene a considerare. Altre start-up, in paesi come Brasile, Argentina e India, potrebbero seguire l'esempio sudafricano.

A cura di Adriano Cattaneo

1. <https://www.politico.eu/article/who-copy-moderna-jab-project-democratize-vaccine-production/>
2. <https://investors.modernatx.com/Statements--Perspectives/Statements--Perspectives-Details/2021/Our-Global-Commitment-to-Vaccine-Access/default.aspx>

Per quanto tempo i vaccini antiCovid-19 prevengono l'infezione: tanto, poco, o...?

La legge italiana 76/2021 aveva previsto l'obbligo vaccinale con i vaccini antiCovid autorizzati "in considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, ... per gli esercenti le professioni sanitarie ... obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2".

La successiva legge 3/2022 ha stabilito che "... gli esercenti le professioni sanitarie ..., per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita, comprensiva, dal 15 dicembre 2021, della somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario, nel rispetto delle indicazioni e dei termini previsti con circolare del Ministero della salute...". Gli obblighi sono stati estesi anche ad altre categorie professionali, e il D.L. 1/2022 ha ampliato ulteriormente l'obbligo a tutti i soggetti ≥ 50 anni, sempre "per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2".

Tuttavia, abbiamo ormai prove adeguate che questi vaccini non prevengono l'infezione, e ciò toglie fondamento giuridico all'obbligo.

L'equivoco è stato inizialmente alimentato da studi effettuati dopo pochi mesi di follow-up, durante la cosiddetta "luna di miele" con i vaccini, quando la protezione anche dall'infezione è al suo massimo. In seguito è emersa una progressiva perdita di efficacia verso l'infezione, pur restando meglio preservata una buona efficacia protettiva nei confronti della malattia grave.

Negli ultimi mesi, però, si sono moltiplicate pubblicazioni che mostrano che la perdita di efficacia verso l'infezione non sembra arrestarsi nel tempo, sino a diventare negativa.

Ciò è stato documentato, quando dominava la variante Delta, prima in Qatar,[1] poi in Svezia,[2] poi dall'UK Security Agency a partire dalla settimana 36 del 2021,[3] che ha mostrato un eccesso di casi positivi tra i vaccinati con due dosi, confrontati in gruppi di 100.000 con altrettanti non vaccinati in classi decennali di età corrispondenti (in quella prima occasione lo sbilanciamento è partito dalle classi decennali dai 40-49 ai 70-79 anni, pur registrandosi in quella data ancora un eccesso complessivo di casi positivi tra i non vaccinati, se si includevano anche le altre classi d'età).

Una recente pubblicazione dell'ISS,[4] con follow-up fino ai primi di novembre 2021, ha documentato in Italia un progressivo declino della protezione dall'infezione, che nei ≥ 80 anni a 6 mesi dalla 2ª dose perdeva la significatività statistica, per scendere tra 8 e 9 mesi al 30% circa sotto

il livello dei non vaccinati. Un simile declino si è verificato per i 60-79enni, che a 8-9 mesi dal ciclo di base scendevano al 20%~ sotto ai non vaccinati. La situazione dei soggetti ad alto rischio (con comorbidità, o immunodepressi, o residenti in case di riposo/lungodegenze) è risultata ancor più allarmante: a 8-9 mesi la protezione scendeva di un significativo 50%~ sotto ai non vaccinati. Ciò spiega la fretta posta alla popolazione per l'accesso al richiamo, in grado di risollevare il livello di protezione. Tuttavia la durata dell'effetto della 3^a dose non sembra garantita, anche perché il Ministro della Salute ha parlato nell'intervista a un grande quotidiano di "4^a dose per tutti dopo l'estate".

La perdita di protezione è risultata accelerata con la dominanza della variante Omicron. Ciò si è visto in Danimarca,[5] con una protezione da ciclo vaccinale di base solo moderata (55%) tra 0 e 1 mese, irrilevante (9%, non significativa) tra 2 e 3 mesi, significativamente negativa (-76,5%) tra 3 e 5 mesi, benché anche in quel paese la 3^a dose ripristinasse i livelli protettivi osservati nel 1° mese.

Un fenomeno analogo è stato registrato in Ontario (Canada), in cui una prima versione[6] di un articolo in Preprint ha mostrato una protezione minima e non significativa dall'infezione già nel 1° mese, scesa poi rapidamente sotto il livello dei non vaccinati, per diventare significativamente negativa già a ~5 e 7 mesi. Un aggiornamento,[7] sempre in Preprint, ha corretto tali dati, divenuti 36% a ~1 mese, 12% a ~3 mesi e l'1% (non significativo) dai 6 mesi (con risalita grazie alla 3^a dose). Ciò è stato frutto sia dell'immissione dei dati di altre 2 settimane, che hanno reso la popolazione in studio più rappresentativa della popolazione generale dell'Ontario, ma anche di un diverso criterio di inclusione: non più tutte le infezioni/casi positivi, ma solo quelle sintomatiche. Non essendo fornito un dato confrontabile con quello del testo precedente, non è dato di sapere se la suscettibilità alle infezioni in genere risultasse nell'aggiornamento ancora peggiore rispetto a quella dei non vaccinati.

Infine, la serie settimanale dei report dell'UK Security Agency lascia poco spazio al dubbio di un progressivo aumento della suscettibilità all'infezione nei vaccinati rispetto ai non vaccinati. Infatti, con una progressione costante, già nella settimana 43/2021[8] si è verificato il sorpasso assoluto, con l'intera colonna dei vaccinati con due dosi con un eccesso di infezioni del 2,5% rispetto all'intera colonna dei non vaccinati.

Lo sbilanciamento è proseguito via via, finché nella settimana 2/2022[9] l'intera colonna dei vaccinati aveva il 91% in più di casi positivi rispetto alla colonna dei non vaccinati. Nella settimana 4/2022[10] l'UK Agency restringeva il confronto solo ai vaccinati con almeno 3 dosi (vs non vaccinati), ma ciò non bastava a invertire il trend: i casi positivi nei vaccinati sono rimasti il +32% vs i non vaccinati. Il trend ha continuato a crescere nelle tre settimane successive con la seguente progressione relativa: +35%, +48%, [11] +70%. [12]

Tra le ipotesi in campo per spiegare questi dati, pare ormai difficile sostenere quella iniziale di un "allentamento delle precauzioni per falso senso di sicurezza nei vaccinati", mentre prende piede quella di un deterioramento del sistema immunitario (altri hanno parlato di *anergia* o *paralisi immunitaria*), come conseguenza di eccessive sollecitazioni ravvicinate o di dosaggi elevati e troppo poco distanziati nel tempo. In ogni caso, in attesa di fare chiarezza sulle suddette preoccupazioni sanitarie emergenti, il principio di precauzione dovrebbe dar luogo a una moratoria nella propaganda istituzionale per una vaccinazione universale, con l'abbandono degli obblighi vaccinali (e cessazione delle sanzioni per gli inadempienti), sia per l'assenza del presupposto giuridico della "prevenzione dell'infezione", sia per i dubbi sulla migliore soluzione strategica per la tutela della comunità e su possibili danni individuali al sistema immunitario. Infatti la prima e la seconda delle condizioni costituzionali per legittimare un obbligo sanitario di legge sono che questo serva alla tutela della salute "degli altri" e che non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per sole conseguenze temporanee e di scarsa entità.

A cura di Alberto Donzelli

Chi desiderasse approfondire i cinque punti, tra cui quello accennato nel contributo di cui sopra, su cui la Commissione Medico-Scientifica indipendente (CMSi) ha chiesto a Ministro della Salute e CTS un confronto scientifico urgente, può trovare ampia documentazione utile a un dibattito scientifico sul sito della CMSi www.cmsindipendente.it

- 1 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614327/> (Appendix, Table S11)
- 2 https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410 (Figure 2)
- 3 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1016465/Vaccine_surveillance_report_-_week_36.pdf (Table 4)
- 4 <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-069052> (Fig 3)
- 5 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v2> (Figure)
- 6 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268565v1> (Figure 1)
- 7 doi: <https://doi.org/10.1101/2021.12.30.21268565> (Figure 2)
- 8 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1029606/Vaccine-surveillance-report-week-43.pdf (Table 5)
- 9 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1047814/Vaccine-surveillance-report-week-2-2022.pdf (Table 12)
- 10 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1050721/Vaccine-surveillance-report-week-4.pdf (Table 13)
- 11 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1054071/vaccine-surveillance-report-week-6.pdf (Table 13)
- 12 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1055620/Vaccine_surveillance_report_-_week_7.pdf (Table 13)

Salute costituzionale: raccolta di saggi su salute e servizio sanitario italiano

Il malato è il servizio sanitario pubblico italiano e la diagnosi è impietosa: anni di disinvestimento e assenza di pianificazione, sostituita da gestione ragionieristica di cui la pandemia ha messo a nudo i limiti, in un contesto esposto a corruzione e conflitti di interessi (CdI). Gianni Tognoni, medico, ricercatore in salute pubblica, in collaborazione con altri autori, ha pubblicato su Altreconomia (www.altreconomia.it) da marzo a dicembre 2021 una serie di articoli partendo dal concetto di “contenzione economica, gestionale, di diritto ed etica” dell’identità della sanità e mettendo a fuoco le premesse di tutto quello che la pandemia ha messo impietosamente sotto i nostri occhi, specialmente nelle regioni considerate più avanzate, con maggiori disponibilità economiche e centri d’eccellenza.[1]

La progressiva limitazione dell’universalismo del servizio sanitario è avvenuta per gradi dagli anni ‘90, attraverso gli interventi normativi, ripercorsi puntualmente da Tognoni, che hanno favorito il passaggio all’aziendalizzazione e alla regionalizzazione. Ne è conseguita una sempre più evidente iniquità perché è stato permesso il passaggio delle malattie da *bisogni che creano diritti per le persone in costi da pagare dagli Stati ai proprietari di tecnologie e farmaci*, e un progressivo allontanamento dallo spirito degli articoli 3 e 32 della Costituzione italiana. Il titolo della raccolta fa riferimento proprio a questi articoli che sanciscono l’uguaglianza fra cittadini e la tutela della salute come fondamentale diritto dell’individuo.

Gli ambiti critici della salute mentale e della cura degli anziani hanno evidenziato in modo drammatico la distanza fra ciò che è considerato rimborsabile, ovvero l’intervento medico, e bisogni che vanno ben oltre perché appartengono al sociale e ricevono risposte parziali o inesistenti.

Il pregio della raccolta, dal linguaggio puntuale, a tratti molto tecnico, che richiede lettura attenta, è duplice: la lucidità nella diagnosi e il tentativo di indicare la terapia. All'epidemiologia di cittadinanza, volta a descrivere e riconoscere i bisogni reali, dovrebbe associarsi un'alleanza esplicita, strumento di alfabetizzazione politica e culturale fra competenze, poteri e responsabilità del diritto, dell'economia, delle componenti di salute pubblica della sanità, in modo da riconoscere la natura dei conflitti, quando entrano in gioco interessi vari, e dei problemi compresa la loro evitabilità, per programmare correttivi che non siano generali ma rispettino la diversità fra popolazioni.

I saggi della raccolta riportano in primo piano i diritti rispetto alla sostenibilità economico-finanziaria per cercare risposte a bisogni di salute che possono essere correlate a determinanti sociali, ambientali, economici e culturali che possono pesare di più della biologia nel favorire malattia e disabilità.

Siamo pronti a sostenere questo punto di vista? Buona lettura!

A cura di Mariolina Congedo

1. Salute costituzionale. A cura di Gianni Tognoni, 2021, Edizioni Altreconomia

Ripensare i conflitti di interessi nella relazione medico-paziente

Prendendo lo spunto da un episodio, una causa legale in corso negli USA, gli autori di un punto di vista recentemente pubblicato sul NEJM discutono del presente e del futuro delle dichiarazioni di CdI per trasferimenti finanziari, di qualsiasi tipo, tra industria della salute e medici.[1] La causa legale riguarda l'accusa a una ditta di dispositivi medici di aver pagato a quasi tre dozzine di chirurghi della colonna vertebrale un totale di più di 8 milioni di dollari in finte consulenze. Il compenso, versato apparentemente per la valutazione di alcuni dispositivi, serviva presumibilmente a mascherare pagamenti per l'uso degli stessi. Secondo l'accusa, i chirurghi hanno ricevuto 500 dollari per un intervento cervicale e 1000 per uno lombare. Gli interventi erano già stati rimborsati dalle assicurazioni. L'accusa proviene da un whistleblower (talpa, gola profonda) in base a una legge USA che non solo protegge questi informatori, ma addirittura li compensa con parte del ricavato, se l'accusa è provata. I pagamenti in oggetto, perseguibili secondo la legislazione USA contro la corruzione, creerebbero in ogni caso dei CdI, anche se la corruzione non fosse dimostrata.

Questo caso, se provato, sarebbe solo la punta dell'iceberg nel mondo dei dispositivi medici. I produttori di impianti spinali e ginocchia artificiali hanno pagato più di 3,1 miliardi di dollari tra agosto 2013 e dicembre 2019 a molti chirurghi. Secondo un'analisi di Kaiser Health News, questi chirurghi erano il 25% di tutti i medici statunitensi che hanno accettato almeno 100.000 dollari da produttori di dispositivi e farmaci nel 2020, e il 66% di coloro che hanno accettato almeno un milione. Non tutti questi pagamenti sono impropri o illegali, ma il loro volume dimostra che tangenti illegali, frodi e potenziali danni per i pazienti, correlati a un giudizio medico alterato, all'uso di materiali scadenti o a prestazioni non necessarie, sono un problema serio, che richiede interventi correttivi.

Il correttivo usato finora è il Sunshine Act, che mira a usare la trasparenza per scoraggiare i pagamenti impropri da parte delle ditte e per incoraggiare i medici a prendere decisioni non influenzate da compensi da parte delle ditte stesse. Dalla sua messa in atto, quasi un decennio fa, il Sunshine Act ha migliorato la qualità dei dati che raccoglie e, più recentemente, la compliance con la legge, sanzionando le ditte che non comunicano i dati concernenti i pagamenti. Ma non sono state pubblicate finora prove che i pagamenti stiano diminuendo. Inoltre, il Sunshine Act ripone l'onere di informare sui produttori, non sui medici, che possono solo verificare che le informazioni del database siano corrette, per eventualmente modificarle. E anche qualora siano formulate e provate accuse di corruzione, le sanzioni si applicano alle ditte, che però tendono a considerare le

multe come un costo più che come un deterrente, non ai medici. In conclusione, il Sunshine Act è stato molto utile finora per ricercatori e giornalisti, che hanno pubblicato analisi e sollevato problemi, ma non ha finora raggiunto i risultati per i quali era stato creato, anche perché la maggior parte dei pazienti non ne conosce l'esistenza.

Gli autori dell'articolo del NEJM credono che sia giunto il momento di considerare se non si debba chiedere ai medici di dichiarare i loro rapporti finanziari con le ditte direttamente ai pazienti. In California, dal 2018, è in vigore una legge che obbliga i medici a dire ai loro pazienti se sono stati sospesi dal loro Ordine e perché. Il razionale alla base di questa legge è che, sebbene le informazioni sulle azioni disciplinari degli Ordini (come quelle sui pagamenti del Sunshine Act) siano disponibili al pubblico, solo un'auto-segnalazione dai medici ai loro pazienti garantisce che le stesse arrivino a destinazione. Una legge simile, che obbliga i medici a svelare i pagamenti da produttori di farmaci e dispositivi medici ai loro pazienti, è stata proposta in California nel 2021 in risposta alla denuncia di una paziente ignara del fatto che il suo chirurgo avesse ricevuto quasi 500.000 dollari in 4 anni dai produttori di un dispositivo usato su di lei senza successo per una chirurgia di ricostruzione del seno. In seguito a una forte opposizione da parte dell'Associazione Medica della California (AMC), il progetto di legge è stato indebolito fino a chiedere ai medici solo di informare i pazienti sull'esistenza di pagamenti inseriti nel Sunshine Act. L'AMC ha sostenuto che gli obblighi di informazione della proposta iniziale sarebbero stati troppo onerosi e avrebbero danneggiato il rapporto medico-paziente. Per i fautori della proposta iniziale, invece, questi oneri facevano intenzionalmente parte del disegno di legge: una spinta gentile per scoraggiare i medici dall'accettare determinati pagamenti, visto che ci sono delle prove a sostegno del fatto che la dichiarazione obbligatoria porti i medici a evitare di entrare in relazioni che creano un CdI da dover segnalare.

Oltre alle obiezioni dell'AMC, ci sono domande legittime su come i pazienti potrebbero interpretare le informazioni sui pagamenti dei loro medici. Questi pagamenti non sono automaticamente sospetti e potrebbero essere degli indicatori delle competenze del medico. E a volte è nell'interesse dei pazienti che le ditte paghino esperti per progettare e migliorare i prodotti, compensandoli in modo equo e al valore di mercato. Probabilmente è più facile per i pazienti capire il significato di un'azione disciplinare per cattiva condotta sessuale, per esempio, che decidere se considerare una consulenza come prova che un medico è un leader nel suo campo o come prova che si tratta di una bustarella. Sebbene entrambi gli scenari creino potenziali CdI, il secondo è di gran lunga più preoccupante. Tuttavia, si potrebbero sollevare le stesse domande sulle informazioni del Sunshine Act, e l'auto-dichiarazione consentirebbe ai medici di fornire una giustificazione per qualsiasi pagamento.

Vale anche la pena considerare altre modalità di divulgazione ai pazienti. Alcuni studi hanno suggerito che i pazienti informati dal loro medico circa un CdI si fidano meno, ma sono più inclini a seguirne i consigli per non fargli pensare di essere visto come un corrotto. Le divulgazioni potrebbero invece essere fatte dagli ordini dei medici o altre agenzie governative, ma queste alternative potrebbero essere costose e potrebbe essere difficile fornire informazioni ai pazienti in modo tempestivo. La dichiarazione di CdI diretta da parte del medico potrebbe evitare un difetto del sistema attuale: la dipendenza irrealistica dai pazienti per rintracciare informazioni sui CdI dei loro medici.

Casi di impropri rapporti finanziari tra ditte e medici non solo danneggiano i pazienti coinvolti, ma minano i rapporti di fiducia tra tutti i pazienti e i loro medici. Forse è il momento di riconoscere che la luce del Sunshine Act non sta raggiungendo i pazienti e di valutare se i costi e i potenziali rischi associati all'informazione diretta dei pazienti sui CdI siano superati dai danni al sistema sanitario, e ai pazienti stessi, causati tenendoli all'oscuro.

A cura di Adriano Cattaneo

1. Adashi EY et al Transparency and the doctor-patient relationship: rethinking conflict-of-interest disclosures. NEJM 2022;386:300-1

Industria e associazioni professionali infermieristiche

Mentre il rapporto tra medici e industria farmaceutica è stato oggetto di numerosi studi, meno esplorato è il rapporto tra infermieri e industria. Uno studio pubblicato a febbraio 2022 ha analizzato la sponsorizzazione delle associazioni professionali infermieristiche e delle loro conferenze scientifiche.[1] I dati sono stati estratti nel 2019 dai siti web di 156 associazioni infermieristiche nazionali e internazionali. Il 46% (72/156) delle associazioni ha dichiarato di aver ricevuto sponsorizzazioni per sostenere le proprie attività o il congresso annuale. La sponsorizzazione industriale era concentrata tra le associazioni infermieristiche di paesi ad alto reddito. Metà degli sponsor individuati erano entità commerciali che producono o distribuiscono prodotti utilizzati nell'assistenza clinica (50%; 981/1969); la maggioranza di questi sponsor apparteneva all'industria dei dispositivi medici (69%; 681/981).

A livello globale, la sponsorizzazione commerciale delle associazioni infermieristiche è comune, ma non rappresenta la principale fonte di sostegno per queste attività. Tuttavia, la metà degli sponsor individuati erano entità che commercializzano prodotti utilizzati nell'attività clinica e questo solleva riflessioni sui rischi di influenza commerciale. Nel lungo termine le associazioni professionali dovrebbero lavorare per garantire una completa indipendenza da sponsor che hanno un interesse commerciale nel mondo della salute. Nel breve termine potrebbero attuare politiche che rendano completamente trasparenti eventuali sponsorizzazioni e garantire che i fondi ricevuti siano privi di restrizioni da parte dello sponsor, ad esempio creando un fondo centrale in cui confluiscono sovvenzioni provenienti da più finanziatori che saranno poi gestite e allocate in maniera completamente indipendente dall'organizzazione ricevente.

A cura di Alice Fabbri

1. Grundy Q, Millington A, Robinson A, Held F, Fabbri A. Exposure, access and interaction: a global analysis of sponsorship of nursing professional associations. *J Adv Nurs* 2022 Feb 7 <https://doi.org/10.1111/jan.15158>

La lobby dell'industria contro la sugar tax in Brasile

In questa lettera abbiamo spesso scritto di *sugar tax*, una tassa sulle bevande zuccherate che può essere quantificata in vari modi. L'obiettivo è da un lato premere sull'industria perché riduca il tenore di zucchero nelle bevande, dall'altro fare in modo che i consumatori ne acquistino e ne bevano meno. Obiettivo finale è contribuire a ridurre l'obesità, soprattutto in bambini e adolescenti. Se per quest'ultimo obiettivo non ci sono, ancora, prove di efficacia, c'è abbondante letteratura sull'efficacia della *sugar tax* per quanto riguarda i consumi di zucchero, ridotti di alcuni punti percentuali ovunque sia stata introdotta. Com'è ovvio, l'industria si oppone alla sua introduzione, con azioni di lobby di vario tipo, tanto che in Italia la *sugar tax* è stata proposta da vari governi, ma non è mai stata approvata né messa in pratica, probabilmente proprio in seguito ad azioni di lobby.

Vale quindi la pena sapere come agisce la lobby dell'industria in paesi che hanno intenzione di introdurre la *sugar tax*, per capire cosa fare in Italia, visto che, verosimilmente, le strategie di lobby sono le stesse a livello globale. Di quanto è successo in Brasile prima, durante e dopo due audizioni parlamentari, nel 2017 e nel 2018, su tre proposte di legge, due a favore di un aumento di tasse già esistenti, la terza per la creazione di una nuova tassa, poi discusse in parlamento, scrivono gli autori di un recente articolo.[1] A queste audizioni, oltre ai parlamentari delle commissioni e a esperti sul tema, partecipavano anche un rappresentante di Big Soda, l'industria delle bevande zuccherate (Coca Cola, Pepsi, Mondelez, Nestlé, Red Bull, etc.), e un rappresentante di Big Sugar, l'insieme dei coltivatori di canna e dei produttori di zucchero in Brasile. Per ottenere i loro risultati e trarre le loro conclusioni, i due autori dell'articolo hanno visualizzato le videoregistrazioni delle due audizioni e hanno letto tutti i verbali e la documentazione inerente allegata agli stessi.

Le due strategie di lobby usate dall'industria sono state l'uso di messaggi e informazioni e la proposta di legislazioni alternative. Con la prima strategia hanno cercato di convincere i parlamentari dell'importanza dell'industria per l'economia e il mercato del lavoro, della rilevanza della stessa per l'ambiente (riduzione dell'emissione di CO₂), dell'interesse per il paese ad avere un mercato senza troppe regole per favorire la competizione e gli investimenti, e dell'incertezza sulle prove scientifiche che mettono in relazione bevande zuccherate e salute. Per quanto riguarda le legislazioni alternative, i due rappresentanti dell'industria erano entrambi sostenitori di codici di condotta volontari, soprattutto per quanto riguarda il marketing nei confronti di bambini e adolescenti.

Queste strategie di lobby sembrano essere universali, tanto che esiste una specie di protocollo standardizzato per identificarle e monitorarle.[2] Un commento all'articolo sul caso brasiliano propone di usarlo in altri paesi per costruire un database che sia utile per azioni di contrasto a quelli che ormai sono noti come determinanti commerciali della salute.[3] Gli autori del commento, nel considerare l'associazione causale tra bevande zuccherate e obesità, ma anche quella tra qualsiasi altro prodotto industriale (tabacco, alcol, cibi ultra processati, etc.) e gruppi di malattie non trasmissibili, identificano nelle cosiddette compagnie transnazionali (o multinazionali che dir si voglia) il vettore di malattie, proprio come l'acqua e le zanzare per alcune malattie trasmissibili. E come la lotta al colera e alla malaria deve comprendere un controllo sui vettori, così quella alle malattie trasmissibili deve comprendere sorveglianza e regolamenti per prevenire o limitare i danni causati dalle compagnie transnazionali. In conclusione, un articolo e relativo commento che consiglieri coloro che prendono decisioni di salute pubblica di leggere attentamente.

A cura di Adriano Cattaneo

1. Brandão Mariath A, Bortoletto Martins AP. Sugary drinks taxation: industry's lobbying strategies, practices and arguments in the Brazilian Legislature. *Public Health Nutrition* 2022;25:170-9
2. Mialon M et al. A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. *Obes Rev* 2015;16:519-30
3. Crosbie E, Florence D. Expanding our understanding of industry opposition to help implement sugar-sweetened beverage taxation. *Public Health Nutrition* 2022;25:180-2

Johnson & Johnson paga 590 milioni di dollari ai nativi americani

Abbiamo scritto spesso, in recenti edizioni di questa Lettera, della crisi degli oppioidi negli Stati Uniti (e non solo), delle sue conseguenze (decine di migliaia di morti), delle responsabilità dei medici (consci o inconsci alleati dei produttori), e di quelle di Big Pharma, che ha promosso l'abuso di questi farmaci nascondendo il fatto che creano dipendenza. Ora siamo al redde rationem, nel senso che individui, gruppi e istituzioni stanno denunciando le ditte per i danni causati, chiedendo rimborsi milionari. Per evitare i processi, che finirebbero sicuramente in sentenze di condanna, multe stratosferiche e, soprattutto, danni all'immagine del marchio, alcune ditte preferiscono patteggiare. Una delle più grandi multinazionali coinvolte in questo affare, la Johnson & Johnson (J&J), assieme a tre colossi della distribuzione di farmaci negli USA, ha recentemente accettato di pagare 590 milioni di dollari a una federazione di 574 tribù di nativi americani a mo' di rimborso per i danni subiti.[1] Non si tratta del primo rimborso. A gennaio 2022, J&J aveva accettato di pagare 63 milioni di dollari di rimborso allo stato del Nevada.[2] Nel giugno del 2021 aveva raggiunto un accordo per 230 milioni di dollari con lo stato di New York.[3] E la saga era iniziata nell'ottobre del 2019 con un pagamento di 20 milioni a due contee dell'Oklahoma.[4] Si stima che, alla fin fine, J&J dovrà sborsare, assieme ai suoi distributori, qualcosa come 26 miliardi di dollari in rimborsi. E si tratta di un solo gruppo; altre ditte coinvolte e perseguibili sono Purdue Pharma (già nota ai nostri più fedeli lettori), Teva Pharmaceuticals, Endo International, Allergan e altre ditte minori, oltre a decine di distributori e a centinaia di catene di farmacie. Il prezzo finale

da pagare potrebbe essere molto ma molto alto, visto che le denunce finora depositate presso i tribunali USA sono più di 3300. Un monito, che speriamo sia raccolto, per chi pensasse di importare la crisi degli oppioidi in Europe e in Italia.

A cura di Adriano Cattaneo

1. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/drug-distributors-jj-pay-590-mln-settle-us-tribes-opioid-claims-2022-02-01/>
2. <https://www.pharmaceutical-technology.com/news/jj-opioid-claims-nevada/>
3. <https://www.npr.org/2021/06/26/1010567087/j-j-johnson-and-johnson-230-million-new-york-opioid-settlement?t=1644491219747>
4. <https://www.vox.com/policy-and-politics/2019/10/2/20894380/johnson-and-johnson-opioid-epidemic-lawsuit-cuyahoga-summit>

Il National Health System chiede aiuto ai Beatles

Il NHS ha lanciato da gennaio 2022 una storica campagna sulla salute mentale, usando il testo della canzone Help! dei Beatles, per stimolare i cittadini a prendersi cura del proprio disagio.[1] “Aiutami, se puoi, mi sento giù e mi piacerebbe molto tu mi fossi vicino”, recita il testo di John Lennon del 1964. Sembra scritto come colonna sonora per accompagnare i 2.300.000 cittadini britannici che hanno chiesto aiuto dall’inizio della pandemia e il numero ben più impressionante di persone che nel 2021 si sono preoccupate per la loro salute mentale. Il NHS ha ufficialmente invitato i cittadini a riferirsi al loro medici di famiglia, o direttamente nel portale dedicato, per avere accesso a un team di esperti in grado di fornire terapie di sostegno.

Lo riporta sul BMJ Gareth Iacobucci, un giovane giornalista che collabora con la rivista dal 2012. [2] Il suo breve pezzo ha subito catturato la mia attenzione. Da fan dei Beatles, ho notato il titolo “Sixty seconds on... Help!” Scritto così, con l’iniziale maiuscola e il punto esclamativo, non poteva che riferirsi alla canzone che dà il titolo al quinto album dei fab four, colonna sonora dell’omonimo film del 1965. Nel testo della canzone ci sono altre parole utili a fini del NHS (“*I need somebody ... Not just anybody*”, per incoraggiare a non chiedere aiuto a chiunque, ma a qualcuno di esperto nel fornire una risposta terapeutica), ma ce ne sono altre in altri brani del quartetto:

- “*We can work it out*” (45 singolo del 1965), inteso come “il tuo problema possiamo risolverlo assieme”.
- “*If I needed someone*” (dall’album Rubber Soul del 1965, G. Harrison), se avessi bisogno di qualcuno. Claire Murdoch, direttrice del dipartimento di salute mentale del NHS, ha dichiarato che la pandemia ha messo a dura prova la salute mentale degli inglesi, come dimostrato da un recente sondaggio dell’University College di Londra. La sensazione di ansia e depressione aumenta bruscamente sotto le festività natalizie, soprattutto nei più giovani.
- “*All the lonely people*” (Eleanor Rigby, dall’album Revolver, 1966), è importante che la gente capisca di non essere abbandonata, chiedere aiuto vuol dire fare la cosa giusta. Non si deve portare da soli il peso di un disagio, prosegue la Murdoch, citando involontariamente (?) il testo di Hey Jude (singolo del 1968) “don’t carry the world upon your shoulders”.
- “*With a little help from my friends*” (dall’album Sgt. Pepper’s Lonely Hearts Club Band, del 1967). Usando le parole di John Lennon, alcuni giovani musicisti hanno creato un video-appello ai cittadini con problemi di disagio mentale perché si rivolgano alle strutture del NHS. Il video, molto breve ed efficace, è visibile su YouTube.[3] Ha girato sui social media con la collaborazione del Royal College of Psychiatrists.
- “*It’s getting better all the time*” (sempre da Sgt. Pepper’s), sta andando sempre meglio.

Adrian James, presidente del Royal College of Psychiatrists, ha dichiarato: “Chiunque, di qualsiasi

provenienza, può provare ansia e depressione, ed è importante che le persone con questi sintomi si facciano avanti per chiedere aiuto. Questa campagna è di vitale importanza e aiuterà ancora più persone a ottenere il supporto per la salute mentale di cui hanno bisogno”.

A cura di Giovanni Peronato

1. <https://www.england.nhs.uk/2022/01/nhs-launches-landmark-mental-health-campaign-with-help-from-the-beatles/>
2. News. Sixty seconds on . . . “Help!” BMJ 2022;376 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.o160>
3. <https://www.youtube.com/watch?v=Qa4I3mr9jX4&t=4s>