



NO GRAZIE

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. 115 – Luglio/Agosto 2023

Richard Smith e la decrescita

I più giovani tra i NoGrazie si chiederanno: Richard Smith, chi era costui? I più vecchi lo sanno, probabilmente. Mente brillante e penna acuminata, per molti anni è stato direttore del British Medical Journal (BMJ), al quale ha impresso una svolta sia internazionale (non solo British Medical Association) sia di salute pubblica e sociale (non solo medicina clinica). Si è ritirato da una decina d'anni e ora presiede [l'alleanza sanitaria sul cambio del clima](#). Con questa affiliazione ha pubblicato sul BMJ un' [opinione](#) dal titolo: "Solo la decrescita potrà forse salvarci".

Segue a pag. 2

Indice

Richard Smith e la decrescita	1
I Royal Colleges britannici ricevono soldi da Big Pharma	2
Infermieri, wound care e congressi	4
Verso lo stop alla pubblicità dei medicinali soggetti a prescrizione medica in Nuova Zelanda	5
Placebomania	6
La valutazione degli interventi di controllo del tabacco sugli esiti sanitari	7
Dalla brace alla padella, ovvero dal tabacco bruciato a quello riscaldato	7
La sicurezza degli integratori alimentari: ancora oggi un argomento tabù	9
L'acquisizione di servizi sanitari da parte di capitali di rischio danneggia la salute	9
La discussione aperta con l'OMS sulle politiche sanitarie anti-COVID-19	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.

Richard Smith e la decrescita

Segue da pag. 1

Partecipando, poco prima della pandemia, a un dibattito su “Dobbiamo porre fine al capitalismo per evitare il collasso climatico?”, Smith aveva risposto no, nonostante gli esperti presenti dicessero che la probabilità di evitare un collasso economico e sociale fosse appena del 30%. Nel frattempo, questa probabilità si è ridotta. Alla fine del 2002, commentando un articolo su quale delle due soluzioni proposte per evitare il collasso, una crescita verde o la decrescita, fosse più efficace, Smith aveva scritto che l’onere della prova non ricade sui fautori della decrescita, ma su chi crede che si possa continuare a crescere. Ora, avendo letto quella che chiama “la bibbia della decrescita” ([Less is more](#), di Jason Hickel, disponibile anche in [italiano](#)), Smith è convinto che la crescita verde, predicata anche dall’Unione Europea e, meno convintamente, dall’attuale governo italiano, sia pura fantasia. Per millenni, la storia umana è andata avanti in un solo modo: io ti taglio i capelli, tu mi dai una pagnotta. Non c’era bisogno di un surplus di profitti, Questo bisogno è arrivato con il capitalismo che prevede, per un certo investimento, un profitto medio del 3% anno dopo anno. Se non rendi al tuo investitore il 3% che si aspetta, sposterà il suo investimento altrove e tu sarai costretto a chiudere bottega. Alla Business School di Stanford lo chiamano “cresci o muori”. Non c’è dubbio che questo capitalismo abbia prodotto grandi benefici, ma c’è un problema. Questa crescita esponenziale, infinita, non è compatibile con le risorse finite del pianeta. Inoltre, capitalismo è sinonimo di iniquità. L’1% più ricco della popolazione mondiale possiede il 50% di tutte le ricchezze; i 3.5 miliardi più poveri della terra possiedono il 2.7%. E tuttavia, non sembra che si voglia cambiare. Il filosofo statunitense Fredric Jameson disse che è più facile immaginare la fine del mondo che quella del capitalismo. Hickel identifica 4 problemi irrisolvibili con la crescita verde: 1) la crescita delle energie rinnovabili non potrà mai andare di pari passo con la crescita dell’economia; 2) le tecnologie per le energie rinnovabili richiedono materie prime scarse, la cui estrazione porterà a danni irreversibili per l’ambiente; 3) le tecnologie per ingabbiare da qualche parte la CO₂ in eccesso sono molto rischiose; 4) il problema non è solo l’aumento della temperatura, ma il danno irreversibile all’ambiente. Smith non lo scrive, ma il paradosso delle tecnologie che a lungo andare causano più danni che benefici era già stato descritto e analizzato da Ivan Illich. Che fare? Decrescere. Ridurre l’uso di energia e di risorse per riportare l’economia a livelli che permettano una vita sana, giusta ed equa. Abbiamo già abbastanza; non è necessario avere di più, basta redistribuire ciò che già abbiamo. Hickel non ha una formula magica, ma suggerisce di iniziare con 7 passi: 1) basta con l’obsolescenza pianificata; 2) tagliare o proibire il marketing, che ci convince a voler avere il superfluo; 3) trasformarci da proprietari in utenti; 4) porre fine allo spreco di cibo; 5) ridurre progressivamente le attività dannose per l’ambiente (fossili, allevamenti intensivi, voli aerei, etc); 6) lavorare meno; 7) cancellare i debiti dei paesi a basso reddito.

I Royal Colleges britannici ricevono soldi da Big Pharma

Molte associazioni mediche britanniche si chiamano, per antica tradizione che risale al secolo XVI, Royal Colleges (RC). Ci sono RC per le diverse specialità mediche, ma anche per infermiere e ostetriche, e anche su base geografica (Londra, Edimburgo, etc). La maggior parte delle entrate dei RC provengono dalle quote di iscrizione. Ma un articolo appena pubblicato sul BMJ ci informa di altre entrate.[1] Secondo l’autore, dal 2015 al 2022 i RC hanno ricevuto oltre 9 milioni di sterline da Big Pharma, compresa l’industria dei dispositivi medici. La parte del leone l’hanno fatta il RC più antico, quello dei medici in generale (2.8 milioni), e quello dei medici di famiglia (2.4 milioni). Il BMJ ha chiesto ai RC di rivelare i dettagli sulle somme ricevute, ma tutti, con l’eccezione del RC degli anestesisti, hanno rifiutato perché la legge non obbliga i RC alla trasparenza su questioni

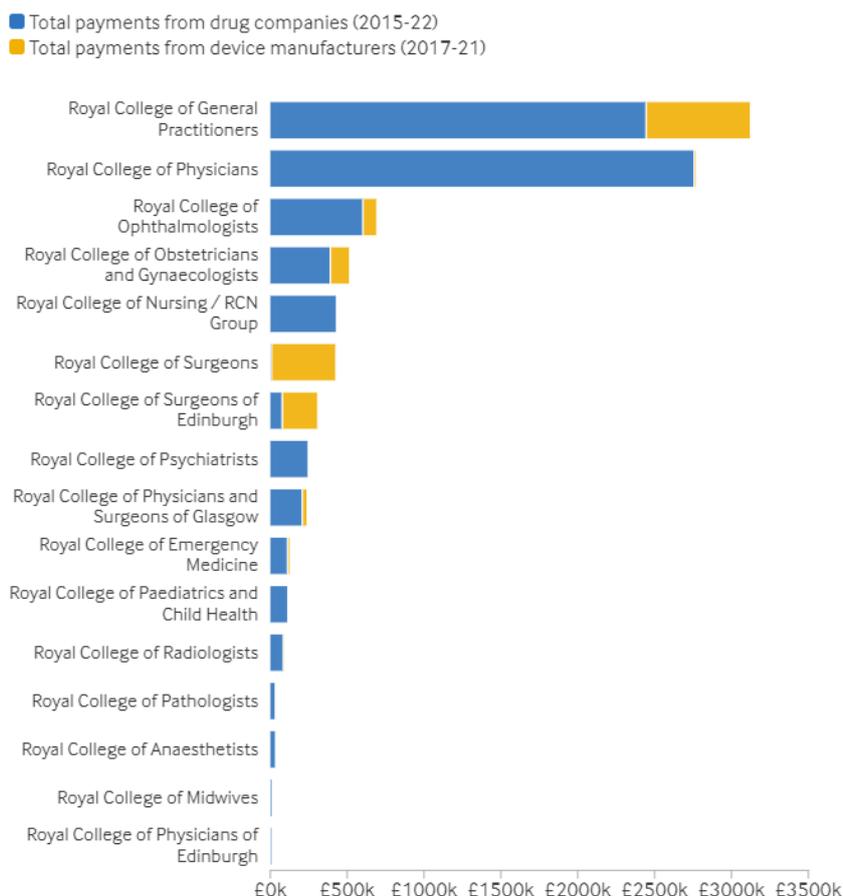
finanziarie. I dati sono stati scaricati da Disclosure UK, un database volontario della federazione britannica delle industrie farmaceutiche che, in quanto volontario, potrebbe non riportare tutti i pagamenti e in ogni caso non contiene dettagli sui vari tipi di pagamenti e i progetti o programmi ai quali sono destinati.

Non hanno rivelato quanti soldi avevano ricevuto, né da chi e per cosa, ma alcuni RC hanno dato risposte interessanti:

- “Ci stiamo organizzando per rendere pubblici tutti i pagamenti a partire dal 2023-24.”
- “Non dipendiamo da questi pagamenti, che corrispondono all’1% del nostro bilancio.”
- “Siamo noi i soli responsabili dei progetti finanziati in questo modo”.
- “Lavoriamo solo con sponsor che condividano i nostri obiettivi.”
- “Le nostre procedure interne garantiscono totale indipendenza da interessi commerciali.”
- “Questi fondi ci permettono di non far pesare sui nostri iscritti alcuni costi.”
- “Lavoriamo con alcuni partner soprattutto per rendere meno costosi alcuni eventi.”
- “Evitiamo pagamenti che potrebbero minare la nostra reputazione.”

La figura mostra i pagamenti ai vari RC da parte dell’industria farmaceutica. Difficile pensare che questo flusso di denaro non crei dei conflitti di interessi, nonostante i regolamenti interni dei RC che tentano di gestirli.

Industry payments to royal medical colleges



Sources: Disclosure UK and Transparent MedTech

A cura di Adriano Cattaneo

1. Boytchev H. Medical royal colleges receive millions from drug and medical devices companies. BMJ 2023;382:p1658

Infermieri, wound care e congressi

I dispositivi medici sono un'area interessata dai CdI (conflitti di interessi), ma di cui poco si parla e scrive.[1] Tra i dispositivi, i prodotti per il wound care (ovvero la cura di pazienti con ulcere croniche e ferite acute) rappresentano una spesa significativa; si tratta di medicazioni tradizionali e "avanzate", antisettici e "stimolanti" della riparazione tissutale, dispositivi elettronici, bendaggi, kit diagnostici, ecc. In Italia, questa spesa, rappresenta il 4.1% del totale della spesa dei dispositivi medici pagati dal SSN,[2] ed è in costante crescita sia in Italia sia nel resto del mondo. Le valutazioni economiche, inoltre, non tengono conto della spesa privata dei cittadini.

Scontata la scelta delle industrie di porre grande attenzione agli operatori in grado di orientare le scelte di aziende sanitarie e privati cittadini verso l'acquisto di un prodotto, in primis agli infermieri che rappresentano un target da avvicinare inizialmente con estratti di pubblicazioni patinate, gadget promozionali come biro, oggettistica e altre minime regalie; un riconoscimento più ambito è rappresentato dalla partecipazione ai congressi. Attualmente, la partecipazione a un evento può superare tra iscrizione, vitto, alloggio e viaggio, anche 1000 €, cifra che è praticamente impossibile da sostenere e che non è giustificata per tre giorni di "formazione e confronto". Come a ogni congresso, parte la "caccia" alla sponsorizzazione da parte degli infermieri, alla ricerca di ditte che si facciano carico di questi costi. La "collaborazione" tra infermieri e ditte è una prassi ormai consolidata, spesso pubblicamente evocata, sia nel campo della ricerca (gli studi indipendenti sono quasi inesistenti) sia nella scelta dei prodotti. In uno degli ultimi congressi di wound care tenuto in Italia nella primavera del 2023 erano presenti un centinaio di ditte, con altrettanti simposi e workshop sponsorizzati. Se si considera che le ditte, sostenendo economicamente le associazioni professionali che organizzano questi eventi, hanno una pesante voce in capitolo nella scelta dei relatori anche al di fuori degli spazi sponsorizzati, sorgono legittimi dubbi sul valore di queste iniziative.

Il rapporto tra ditte e infermieri è diffuso e accettato come normale, stante il fatto che gli infermieri in CdI sono "invisibili ai radar".[3] Panfil (2014) ha messo chiaramente in luce quanto il settore del wound care sia pervaso di CdI,[4] mentre Jutel (2009) aveva mostrato quanto poco gli infermieri ne fossero consapevoli o ritenessero tale rapporto un fatto normale, sminuendone i pericoli e attribuendo ai medici il problema.[5] Secondo Ioannidis (2012) i congressi delle associazioni professionali hanno da tempo perso il loro obiettivo, quello di definire e aggiornare politiche e percorsi assistenziali basati su prove di efficacia in rapporto ai bisogni della popolazione.[6] Invece, i congressi servono per:

- divulgare tante informazioni sotto forma di comunicazioni e abstract, non sottoponendole a una seria revisione critica;
- arricchire il curriculum dei relatori con contributi effimeri che non saranno mai pubblicati;
- alimentare la notorietà di opinion leader funzionali a una medicina che vive all'ombra dell'industria;
- infarcire i programmi congressuali di simposi satellite (ma non solo: anche di sessioni plenarie) con la partecipazione di relatori pesantemente condizionati da CdI.

Il tema dei CdI è poco rappresentato nel codice deontologico degli infermieri, assente tra i temi di etica professionale. Mancano studi in Italia che rilevino e valutino questo problema per gli infermieri, non solo nell'ambito del wound care. Nei corsi universitari non è previsto alcun tipo di preparazione specifica: ne deriva una mancante consapevolezza dei rischi potenziali.

Alberto Apostoli, Brescia, infermiere

1. Grundy Q, Bero LA, Malone RE. Marketing and the most trusted profession: the invisible interactions between registered nurses and industry. *Annals of Internal Medicine* 2016;164(11):733-9
2. Ministero della Salute. Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici, 2019
3. Ladd EC, Feeney Mahoney D, Emani S. Under the radar: nurse practitioner prescribers and pharmaceutical industry promotions. *American Journal of Managed Care* 2010;16(12):e358-62

4. Panfil EM et al. Conflict of interest with industry: a survey of nurses in the field of wound care in Germany, Australia and Switzerland. *Pflege* 2014;27(3):191-9
5. Jutel A, Menkes DB. "But doctors do it...": nurses' views of gifts and information from the pharmaceutical industry. *Annals of Pharmacotherapy* 2009;43(6):1057-63
6. Ioannidis JPA. Are medical conferences useful? And for whom? *Jama* 2012;307(12):1257-8

Verso lo stop alla pubblicità dei medicinali soggetti a prescrizione medica in Nuova Zelanda

“Un granello di sabbia unendosi ad altri può creare degli argini a correnti pericolose e può inceppare ingranaggi e meccanismi perversi.”

La pubblicità diretta ai consumatori (DTCA, Direct-To-Consumer-Advertising) dei medicinali soggetti a prescrizione medica fa riferimento al marketing di prodotti farmaceutici rivolto direttamente a pazienti/consumatori, completamente legale solo in Nuova Zelanda e negli Stati Uniti, e proibito in tutti gli altri paesi. Sono molte le ragioni per vietare la pubblicità farmaceutica diretta ai consumatori. Tra queste, le più importanti riguardano il fatto che la DTCA aumenta i costi per il sistema sanitario, le prescrizioni inappropriate, i trattamenti eccessivi e i danni iatrogeni, invia ai consumatori informazioni poco utili, mette a rischio il rapporto medico-paziente, mina gli sforzi per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, prende di mira i più vulnerabili e perpetua lo squilibrio di potere a favore delle aziende farmaceutiche. Per queste e per altre ragioni, da anni i sanitari americani e neozelandesi combattono una guerra impari contro le lobbies dell'industria per cercare di vietare la DTCA.

Recentemente in Nuova Zelanda si è presentata una nuova occasione per bandire la pratica dannosa. Infatti, proprio in questi mesi, il governo sta rivedendo la sua legislazione farmaceutica. Con l'obiettivo di promuovere una campagna per abolire la DTCA, nel mese di luglio 2023 il Council of Medical Colleges della Nuova Zelanda ha pubblicato una lettera aperta cercando cofirmatari e sostegno anche dall'estero.[1] In tutto il mondo la risposta all'appello è stata straordinaria: quasi mille singoli firmatari, tra cui accademici nazionali e internazionali di alto livello, oltre a un'ampia gamma di gruppi di pazienti e consumatori sostenitori della salute si sono uniti nel promuovere questo cambiamento. Anche i NoGrazie hanno raccolto l'invito.

La buona notizia è che il governo ha ascoltato e, in risposta diretta alla lettera aperta, i membri del Partito Nazionale, del Partito dei Verdi e del Partito Laburista (nдр: i tre principali partiti politici della Nuova Zelanda) hanno votato con un consenso trasversale un "Supplementary Order Paper" (nдр: un emendamento dell'ultimo minuto che nelle ultime fasi dell'approvazione di un disegno di legge richiede un voto a maggioranza in Parlamento) per vietare la DTCA.[2-3]

Così ci scrivono gli estensori per aver sottoscritto la loro campagna: "... anche se la preferenza del Consiglio delle Università di Medicina era inserire il divieto direttamente nella legislazione, resta aperta l'opportunità di vietare la DTCA. È chiaro che c'è ancora del lavoro da fare. Continueremo a lavorare con i funzionari per vietare la DTCA attraverso la legislazione secondaria (regolamenti) e vi terremo aggiornati sui nostri progressi. Grazie ancora. Il governo ha ascoltato, la legislazione è stata modificata grazie ai nostri sforzi collettivi. Nga mihi (nдр: saluto Maori)." Esther Munro, Executive Director, Council of Medical Colleges in New Zealand

A cura di Luca Iaboli

1. <https://www.cmc.org.nz/dtca-open-letter>

2. https://www.parliament.nz/en/pb/hansard-debates/rhr/combined/HansDeb_20230718_20230719_16

3. Intervento del dott Reti Shane (National party)

https://www.parliament.nz/en/pb/hansard-debates/rhr/combined/HansDeb_20230718_20230719_16/tab/video

PS. Un conto è l'informazione del paziente, un conto la manipolazione del consumatore. Di seguito,

una mia selezione di DTCA permesse in USA e NZ:

- ambien (zolpidem): https://www.youtube.com/watch?v=O42Hf4qWUUA&list=PLQZTk4BbrTEXLq1Lmdj1HqEOZRxv0zbN2&index=1&ab_channel=GibbyLOLSTFUPLEASE
- zoloft (sertralina): https://www.youtube.com/watch?v=twhvtzd6gXA&list=PLQZTk4BbrTEXLq1Lmdj1HqEOZRxv0zbN2&index=6&ab_channel=SuperBowlSammy
- flomax (tamsulosina): https://www.youtube.com/watch?v=hs25VBxFFRg&list=PLQZTk4BbrTEXLq1Lmdj1HqEOZRxv0zbN2&index=9&ab_channel=ToastTVTube
- nexium (esomeprazolo): https://www.youtube.com/watch?v=g0HWjr6eeMo&list=PLQZTk4BbrTEXLq1Lmdj1HqEOZRxv0zbN2&index=11&ab_channel=elcharrito1
- crestor (rosuvastatina): https://www.youtube.com/watch?v=NxGhfnTCJyM&list=PLQZTk4BbrTEXLq1Lmdj1HqEOZRxv0zbN2&index=21&ab_channel=StevenPashkoff
- viagra (sildenafil): https://www.youtube.com/watch?v=f0NAWaSP-oQ&ab_channel=KaneWilliamson

Placebomania

Confrontare un nuovo farmaco con un placebo è una scelta giustificata in assenza di un trattamento di riferimento. Altrimenti, è una scelta contraria agli interessi dei pazienti. In effetti, i partecipanti a una sperimentazione sono innanzitutto dei pazienti, vale a dire persone che soffrono, che cercano sollievo e che sono da curare nel migliore dei modi, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche. L'assenza di confronto del nuovo farmaco con un trattamento di riferimento già in commercio, impedisce la dimostrazione di un eventuale progresso terapeutico.

Un esempio di placebomania si è visto recentemente con il rimegepant (Vydura) autorizzato nel trattamento dell'emicrania. Nonostante l'esistenza di consolidate opzioni terapeutiche, la valutazione clinica di questo nuovo farmaco si basa esclusivamente su sperimentazioni effettuate rispetto al placebo. Nel caso dell'emicrania, è la stessa Agenzia europea per i medicinali (EMA) che raccomanda alle aziende farmaceutiche di scegliere questo comparatore, sostenendo "l'importanza dell'effetto placebo". Un argomento inammissibile perché, in un vero studio randomizzato in doppio cieco, è molto improbabile che l'effetto placebo sia significativamente diverso da un gruppo di pazienti all'altro e spiega solo un'eventuale mancanza di superiorità in un confronto versus un farmaco provato. Raccomandando o accettando tali confronti rispetto al placebo, l'EMA dimostra di svolgere il proprio ruolo di regolatore amministrativo, ma senza dare priorità agli interessi dei pazienti e alla qualità delle cure. Insomma, è uno spreco, sia per i pazienti che si sono prestati alla valutazione del farmaco e per quelli indotti ad assumerlo una volta commercializzato, sia per i medici che dovranno scegliere quali cure prescrivere ai pazienti interessati.

Rimegepant, un antagonista del recettore CGRP (*calcitonin gene-related peptide*), è autorizzato sia per il trattamento sia per la prevenzione degli attacchi di emicrania. Questa autorizzazione non si basa su alcuna sperimentazione rispetto ad altri farmaci, ma solo su sperimentazioni rispetto al placebo. Secondo questi test, la sua efficacia è sembrata leggermente superiore a quella del placebo, a scapito di reazioni di ipersensibilità, disturbi digestivi e probabili disturbi cardiovascolari ed epatici. In pratica, non sono stati dimostrati progressi con rimegepant né nel trattamento degli attacchi né nella prevenzione. Quando si considera un anti-CGRP per la prevenzione dell'emicrania, erenumab per via sottocutanea è quello per il quale il follow-up di impiego è il più lungo.

Traduzione di Ermanno Pisani da La Revue Prescrire n° 477, luglio 2023.

La valutazione degli interventi di controllo del tabacco sugli esiti sanitari

Nonostante l'attuazione di numerose politiche di controllo del tabacco per modificare l'attitudine al fumo, l'uso del tabacco rimane il secondo principale fattore globale di rischio di mortalità, con 8,7 milioni di decessi attribuibili in tutto il mondo nel 2019. Pubblicata a luglio 2023, questa revisione sistematica e meta-analisi indaga l'associazione tra le politiche di controllo del tabacco a livello di popolazione e gli esiti di salute.[1] Dei 144 studi inclusi nell'analisi finale, le politiche di controllo del tabacco più frequentemente riportate sono state la legislazione antifumo (126 studi), seguita da aumenti delle tasse o dei prezzi (14 studi), programmi multicomponente di controllo del tabacco (12 studi) e una legge sull'età minima per l'acquisto di sigarette (1 studio). La legislazione antifumo è associata a una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari (OR, 0,90; 95% CI, 0,86-0,94), di malattie del sistema respiratorio (OR, 0,83; 95% CI, 0,72-0,96), di ospedalizzazione dovuta a malattie cardiovascolari o respiratorie (OR, 0,91; 95% CI, 0,87-0,95) e di basso peso alla nascita o parto pretermine (OR, 0,94; 95% IC, 0,92-0,96).

A margine dello studio c'è il commento di un medico di famiglia secondo cui è elevato il grado di frustrazione quotidiano nel consigliare ai propri pazienti di smettere di fumare. Secondo il collega, è quindi importante apprendere da questa ricerca che i divieti di fumo e le tasse sul tabacco sono in grado non solo di ridurre la prevalenza dei fumatori, ma anche le conseguenti malattie cardiovascolari e i decessi. In una fase storica di crescenti difficoltà per aumentare o destinare quote maggiori dei bilanci pubblici ai sistemi sanitari nazionali, sarebbe un bel risparmio accelerare l'adozione di leggi che limitino il fumo negli spazi pubblici nel tentativo di proteggere le persone dai danni legati al fumo; vera prevenzione primaria.

A cura di Luca Iaboli

1. Akter S et al. Evaluation of population-level tobacco control interventions and health outcomes: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open 2023 Jul 3;6(7):e2322341. Reperibile al sito: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10329215/>

Dalla brace alla padella, ovvero dal tabacco bruciato a quello riscaldato

A livello globale, ci sono 1,1 miliardi di fumatori adulti, il 60% dei quali desidera o intende smettere. Esistono dunque 550 milioni di possibili acquirenti di prodotti alternativi alle sigarette, senza contare i nuovi potenziali fumatori. Passare alle cosiddette sigarette elettroniche è un vantaggio? Per chi le produce certamente sì, ma per l'OMS gli aerosol inalati contengono sostanze chimiche tossiche, compresa la nicotina, che possono causare il cancro. Non ci sono però dati sufficienti per dichiarare 'pericolosi' questi ENDS (sistemi elettronici di erogazione della nicotina), dato che sono sul mercato da un tempo non sufficiente alla loro valutazione. In alcuni paesi, sempre secondo l'OMS, vi è un numero crescente di prove secondo cui gli adolescenti che non fumano, ma che usano ENDS, raddoppiano le loro possibilità di iniziare a fumare sigarette più tardi nella vita. Da un recente sondaggio promosso da FDA/CDC su un campione rappresentativo della popolazione scolastica USA fra 11 e 18 anni, quasi il 10% degli intervistati ha dichiarato di far uso di sigarette elettroniche. In Italia, uno studente di 13-15 anni su quattro ha usato almeno una volta nell'ultimo mese un prodotto tra sigarette, e-cig e prodotti a tabacco riscaldato (HTP), secondo l'ultima indagine periodica nelle scuole italiane.[1]

“Verso un futuro senza fumo”, recita la pubblicità di Philip Morris che compare a tutta pagina sul Corriere della Sera dell'8 luglio 2023. Ma si tratta di un equivoco: Philip Morris (Marlboro, Philip Morris, Muratti, Brunette e Chesterfield) vuole semplicemente far passare il messaggio di innocuità dei sistemi di fumo alternativo. Il colosso del tabacco ha di recente brevettato un apparecchio che scalda il tabacco a 260°, senza bruciarlo, battezzandolo con il curioso acronimo IQOS, “*I Quit Original Smoking*” (smetto di fumare). Obiettivo dichiarato è infatti sostituire le sigarette con IQOS per tutti i fumatori adulti; obiettivo non dichiarato, convincere all'uso anche i potenziali nuovi

fumatori. Le alternative alle sigarette per Big Tobacco non vanno classificate come ‘fumo’, così l’ipocrisia di Philip Morris arriva a sostenere economicamente la Foundation for a Smoke-Free World, creata nel 2017 allo scopo di ridurre i danni da fumo nel mondo. Nel 2020, dopo 4 anni dalla richiesta, FDA ha approvato IQOS con la dicitura di ‘ridotta esposizione’, ma ha voluto precisare come l’autorizzazione commerciale non significa che questi prodotti sono sicuri né tanto meno “FDA approved”. È stato sottolineato che riducono l’esposizione a sostanze tossiche o potenzialmente tali, ma non il rischio da esse determinato.[2]

La citata pubblicità di Philip Morris vuole probabilmente controbilanciare la recentissima grande visibilità ottenuta sui media da parte di un grosso concorrente sul mercato, BAT, acronimo per British American Tobacco (Rothmans, Lucky Strike, Vogue, Dunhill, Kent, MS). La ditta, fondata nel 1902 con sede a Londra, che impiega oltre 50mila persone e opera in 175 mercati, ha infatti inaugurato il 23 giugno 2023 una nuova fabbrica di sigarette elettroniche e tabacco riscaldato nella zona industriale di Trieste, *magnum cum gaudio* di sindaci e presidente di regione: un progetto del valore di 500 milioni di € con stima di occupazione per 2700 persone dirette e da indotto. Si tratta di una fabbrica che più green non si può, usa il 100% di energia rinnovabile da fotovoltaico e da biomasse (naturalmente certificate da foreste sostenibili), con ridotto impatto ambientale. E non basta, BAT è leader nella sostenibilità dato che per 21 anni consecutivi ha raggiunto il 100% dei 6 obiettivi del Dow Sustainability Index, tra cui *environmental reporting* e *operational eco-efficiency*. Se non bastasse, ha ricevuto il premio Minerva Federmanager “Azienda di eccellenza per la leadership femminile”, per essersi distinta nel campo della parità di genere. Il greenwashing e il camouflage non hanno davvero limiti. Di recente BAT ha presentato uno studio in cui si dimostra che l’uso di prodotti alternativi alla sigaretta riduce la presenza nel sangue di marcatori di carcinogenesi. I dati sono stati pubblicati sul giornale della società italiana di medicina interna. Lo studio, durato 12 mesi e basato solo su end point surrogate, è stato sponsorizzato, neanche a dirlo, da BAT stessa e tutti e cinque gli autori risultavano suoi dipendenti.[3].

Circa un milione e duecentomila persone in Italia fanno uso occasionale o regolare di sigarette elettroniche. La nicotina favorisce ipertensione e diabete, ricorda l’AIRC, e il principio di precauzione sui potenziali danni delle sostanze aromatizzanti presenti nei prodotti senza nicotina dovrebbe farci riflettere. Nel caso del riscaldamento del tabacco si possono produrre formaldeide e acetaldeide, carcinogeni del gruppo 1, secondo lo IARC.[4] Quello di Trieste è un chiaro esempio di un determinante commerciale della salute: in cambio dei posti di lavoro creati, quante persone saranno danneggiate, anche gravemente, dai prodotti che escono dalla fabbrica?

L’associazione medica britannica (BMA) si è occupata di recente di sigarette elettroniche, considerate una vera e propria epidemia che minaccia la salute della popolazione, soprattutto quella più giovane.[5] Nel meeting del 5 luglio 2023 i medici inglesi hanno giudicato preoccupante la vendita illegale ai minori, la grande visibilità sui media attraverso un marketing insidioso, il fatto che da aiuto a smettere di fumare questi prodotti stiano coinvolgendo chi non ha mai fumato. Un altro problema, non secondario, è quello del packaging, vale a dire del confezionamento che non prevede alcun avviso di nocività per la salute, a differenza delle sigarette. È emersa anche la necessità di includere il fumo elettronico nell’anamnesi dei pazienti. In Italia il problema sembrerebbe preoccupare meno la politica, dal momento che nell’ultima legge di bilancio i rincari previsti dal governo Conte 2 sono stati congelati e l’imposta per i liquidi con o senza nicotina rimarranno invariati per tutto il 2023.

A cura di Giovanni Peronato

1. <https://www.iss.it/-/comunicato-stampa-n%C2%B033/2023-il-16-dei-13-15enni-fuma-regolarmente-in-maggioranza-ragazze>

2. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>

3. Gale N et al. Changes in biomarkers of exposure and biomarkers of potential harm after 360 days in smokers who either continue to smoke, switch to a tobacco heating product or quit smoking. *Internal and Emergency Medicine* 2022;17:2017-30

4. <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/corretta-informazione/la-sigaretta-elettronica-e-meno-pericolosa-della-sigaretta-di-tabacco>

5. Iacobucci G. Vaping: BMA to review effects of “growing public health epidemic”. *BMJ* 2023;382:p1560

La sicurezza degli integratori alimentari: ancora oggi un argomento tabù

Silvia Emendi, Scienza in Rete, 25/06/2023

Vasto, incontenibile e tutt'altro che in crisi: così è il mercato degli integratori alimentari verso il quale l'interesse di produttori, distributori e consumatori non accenna a diminuire. A trainare i consumi sono le prescrizioni mediche e i consigli dei farmacisti, alla base di oltre il 60% dei casi di utilizzo: e questo nonostante i dati di efficacia siano scarsi o assenti. Inoltre, la spesa per gli integratori è a carico del paziente. Se il consenso del pubblico nei confronti di questi prodotti è unanime, zoppica l'attuale quadro normativo europeo, tutto fuorché omogeneo e, a ben vedere, non scevro da criticità, prima tra tutte quella sulla sicurezza.

Continua a leggere: https://www.scienzairete.it/articolo/sicurezza-degli-integratori-alimentari-ancora-oggi-argomento-tab%C3%B9/silvia-emendi/2023-06-25?utm_source=substack&utm_medium=email

L'acquisizione di servizi sanitari da parte di capitali di rischio danneggia la salute

Non è stato facile, per uno che di finanza non ne sa nulla, capire cosa volesse dire la “*private equity ownership*” (PEO) inclusa nel titolo di un articolo che sembrava di interesse per i NoGrazie.[1] *Ownership* significa proprietà. Un ospedale può essere di proprietà pubblica o privata; ne sappiamo qualcosa in Italia. Il proprietario privato, a sua volta, può essere un individuo (o una famiglia, o un gruppo di individui), ma più spesso si tratta di una società. Che a sua volta può essere posseduta da individui, ma il cui capitale può comprendere anche altri tipi di investitori, o di fondi. Tra questi investitori, alcuni sono facili da capire: banche, assicurazioni, fondi pensione, e chi più ne ha più ne metta. Ma ci possono essere anche dei soldi definiti come *private equity*. Non so se ciò sia comune in Italia, lo è sicuramente negli USA. Sperando di non essere contraddetto, credo che per *private equity financing* si intenda un finanziamento che avviene attraverso l'acquisto di pacchetti di azioni, ma non in borsa, bensì in un contesto privato e in mercati non regolamentati. In buona sostanza, si tratterebbe di consegnare la proprietà, o parte della proprietà, di un ospedale, o altra struttura o servizio sanitario, a investitori sì legali, ma che agiscono al di fuori dei canali di investimento convenzionali. Altra caratteristica dei fondi *private equity* è la facile volatilità, nel senso che chi li detiene può tranquillamente decidere da un momento all'altro di spostarli da un investimento a un altro, più redditizio, privando così l'ospedale di percentuali più o meno ingenti del finanziamento.

Se siete arrivati alla fine di questa pappardella e ci avete capito qualcosa (io non sono ancora sicuro di aver capito), sappiate che, a detta dell'articolo di cui sopra, una revisione sistematica, la PEO sembra essere associata a peggiori risultati, costi e qualità dell'assistenza sanitaria. Gli autori hanno incluso nella loro analisi 55 studi, su quasi 1800 identificati, da molti paesi, ma soprattutto, ben 47, dagli USA. Le strutture analizzate erano in maggioranza *nursing homes*, cioè residenze per malati cronici (17), seguite da ospedali e cliniche dermatologiche (9 ciascuna), oftalmologiche (7), multi-specialistiche (5), urologiche (4), gastroenterologiche e ortopediche (3 ciascuna), chirurgiche e ostetrico-ginecologiche (2 ciascuna), maxillo-facciali, otorinolaringoiatriche, per la chirurgia plastica e residenze per anziani (1 ciascuna). Per tutti i risultati presi in esame, la performance della PEO era peggiore, in comparazione con altri tipi di proprietà: maggiori costi per i pazienti, qualità delle cure, moltissimi esiti di salute, quantità e qualità degli operatori sanitari. La PEO, infine, non

sembra associata ad alcun beneficio.

Un editoriale che accompagna l'articolo fa notare come, sia negli USA sia in Europa, la PEO sia in crescita.[2] Negli USA, nel 2021, la PEO rappresentava i tre quarti dei 100 miliardi di dollari di nuovi investimenti in servizi sanitari, arrivando a contare per l'11% del totale delle proprietà nelle *nursing homes* e al 4% negli ospedali. Non si sa esattamente da dove provengano questi *private equity investments*; si tratta probabilmente di individui e famiglie ricche che pensano di avere un ritorno maggiore e più sicuro in questo modo che con le tradizionali operazioni in banca o in borsa. Altra caratteristica della PEO è la breve durata; i detentori dei capitali non esitano a ritirarli e a dirigerli altrove se il vento della finanza spira in altre direzioni. Altri detentori di PEO acquistano a prezzo relativamente basso, per poi vendere ad altri quando ritengono che il loro capitale sia cresciuto a sufficienza, con la conseguenza di un'alta rotazione di PEO. I controlli governativi, ovviamente, non esistono o sono molto deboli. Gli unici a protestare sono i pazienti e alcuni ricercatori e giornalisti. Ma serve a qualcosa?

A cura di Adriano Cattaneo

1. Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Dov Bruch J. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *BMJ*2023;382:e075244
2. Goozner M. Private equity takeovers are harming patients. *BMJ* 2023;382:p1396

La discussione aperta con l'OMS sulle politiche sanitarie anti-COVID-19

Il contributo comparso sul numero scorso, il 114, di questa Lettera ha avuto in parallelo una lettera aperta alla Direzione Generale OMS, nella quale si chiedeva una discussione scientifica sull'insistenza non giustificata dalle prove con cui l'OMS continua a sostenere ripetute vaccinazioni anti-COVID. [L'OMS ha risposto](#), senza entrare nel merito delle argomentazioni, ma invitando a consultare gli studi che sta raccogliendo in modo sistematico su efficacia e sicurezza di questi vaccini, assicurando che i suoi esperti seguono i più alti standard di *evidence* nel valutare la documentazione disponibile, e dichiarando di aver comunque già allentato le precedenti raccomandazioni vaccinali.

È stata di nuovo redatta un'articolata risposta di merito, allegata [nella versione tradotta in italiano](#) per facilitarne l'accessibilità.

Si è partiti dall'esame nell'ordine e dalla discussione dei contenuti degli studi più recenti segnalati dalla stessa OMS, mostrando (come si può verificare) che **i dati** risultanti confermano in realtà quanto già sostenuto nell'iniziale lettera aperta: nonostante un follow-up di pochi mesi, gli studi mostrano come l'efficacia contro l'infezione da SARS-CoV-2 si riduca a zero e talvolta diventi negativa rispetto ai non vaccinati. Anche la protezione contro la COVID **grave** diminuisce piuttosto rapidamente, e la strategia di contrasto finora adottata è stata in pratica solo di anticipare la somministrazione di booster. Anche i vaccini "aggiornati" non sembrano tenere il passo con la continua generazione di varianti immuno-evasive, come in sostanza conferma anche un [grande studio ISS](#), che l'OMS non aveva ancora preso in considerazione: gli autori dell'ISS rilevano che la protezione con un 2° richiamo monovalente già dopo 2 mesi non è più significativa, e sembrano lieti di affermare che con un *nuovo* richiamo bivalente (originale/BA.4-5) la protezione da 2 a <4 mesi è stata del 34,7%. Tali risultati già deludenti vanno ancora ridimensionati, alla luce delle [osservazioni avanzate da un editoriale](#); ma anche per il modo fuorviante con cui sono presentati i dati, che purtroppo affligge altri studi, anche dell'ISS. Infatti, con l'artificio di visualizzare la protezione media tra 60 e 118 giorni, si maschera il fatto che la protezione residua ha verosimilmente un andamento peggiore **vicino alla fine** dei 4 mesi... E, soprattutto, per il **pregiudizio di fondo** che si illustra qui di seguito.

Breaking: quanto dell'efficacia e sicurezza vaccinale può essere un'illusione statistica?

Purtroppo, in gran parte del mondo gli studi adottano uno spostamento sistematico (per quanto eterogeneo) dei risultati delle iniezioni vaccinali nei 14 giorni successivi a ciascuna iniezione, ascrivendoli allo stato vaccinale precedente. Cioè, quanto accade nei 14 (o 7, o 21) giorni successivi alla 1^a iniezione è imputato al gruppo dei non vaccinati, e quanto accade nei 14 giorni dopo -rispettivamente- la 2^a, 3^a, 4^a iniezione è (retro)attribuito ai soggetti che erano a dose singola, doppia o tripla...). Questo artificioso aumento degli eventi negativi tra i non trattati (anche quando limitato solo a eventi dichiarati COVID, compresi decessi *per/con* COVID) fa apparire migliore la prognosi del gruppo trattato e peggiore quella dello stato precedente. Questo spostamento provoca **un'illusione statistica** che **può simulare un'efficacia vaccinale fittizia persino con un vaccino inerte**, o addirittura un'efficacia positiva (almeno nei primi mesi) con un vaccino con *efficacia negativa*, come hanno dimostrato i prof. Norman Fenton e Martin Neil (Matematico e Statistico Bayesiano alla Queen Mary University di Londra, rispettivamente). Essi hanno documentato una scioccante **illusione statistica**.

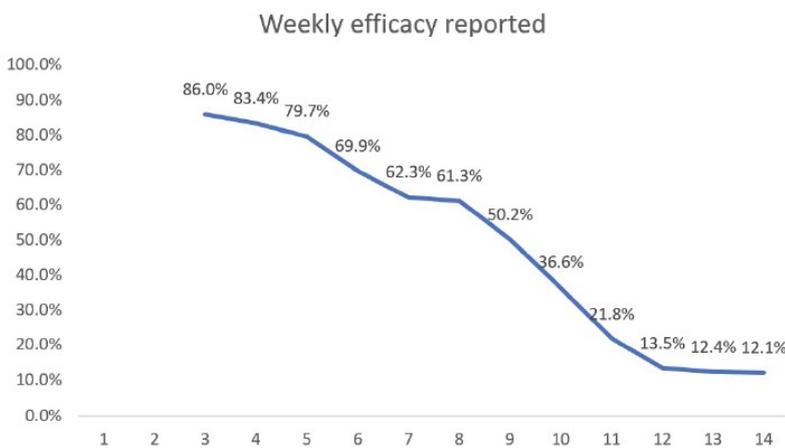
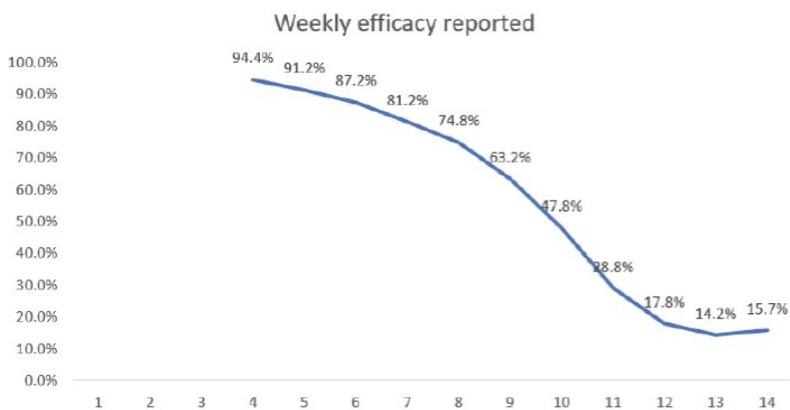


Fig. A Esempio simulato con la regola dei 14 giorni,



oppure
Fig. B con la regola dei 21 giorni...

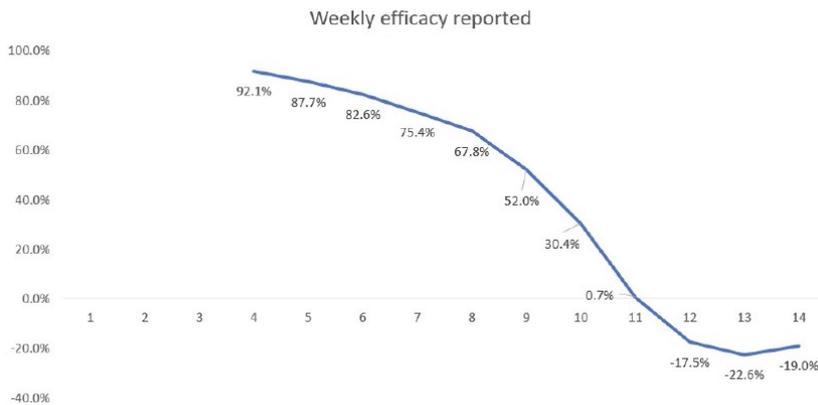


Fig. C ... ed esempio simulato con un vaccino che avesse un'efficacia negativa (cioè peggiore del placebo), ma che può comunque sembrare efficace nei primi mesi...

I prof. Fenton e Neil, per consentire ai lettori una verifica, hanno fornito un [modello Excel](#) con cui controllare i dati o anche simulare una campagna vaccinale. I risultati che si ottengono sono gli stessi, anche variando il numero di persone all'inizio di una possibile campagna vaccinale, i tassi di infezione e/o la velocità della campagna stessa.

Dunque, non sarà possibile quantificare con certezza il grado di efficacia o sicurezza del vaccino, anche nei primi mesi dalla somministrazione, se le Istituzioni continueranno a fornire dati sugli eventi sanitari con le modalità sopra descritte, o se gli studi continueranno a calcolarli allo stesso modo.

Purtroppo, anche gli studi tratti dalla revisione indicata dall'OMS danno conferme dirette o indirette del fatto che continua a verificarsi questa distorsione dei 7, o 14, o... giorni di spostamento.

Un altro duro colpo alla narrativa corrente

Un altro colpo alla narrativa corrente arriva da una [ricerca \(Qassim, 2023\)](#) appena pubblicata su Lancet, non ancora inclusa nella revisione OMS, che interessa la popolazione del Qatar, per stimare l'immunità conferita da una previa infezione da SARS-CoV-2 o dalla vaccinazione, rispettivamente contro la reinfezione o contro l'infezione post-vaccinale (**Figure 1 e 2**). Dopo l'emergenza di Omicron, l'efficacia è diminuita, soprattutto nei soggetti vaccinati con tre dosi (in linea con quanto dimostrato anche nei confronti di [proxy come le cariche virali](#)).

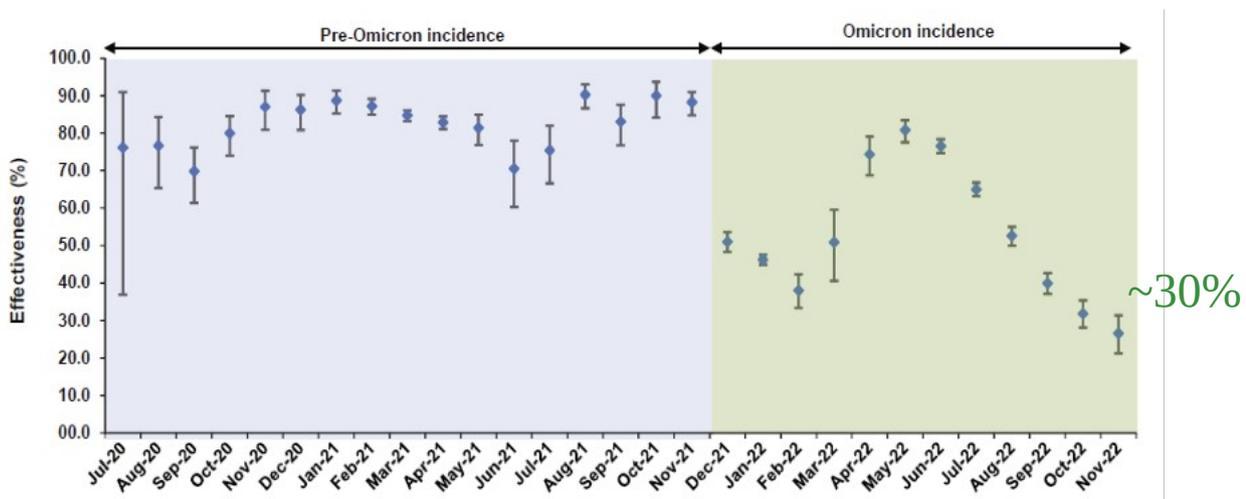


Figura 1: Efficacia di una previa infezione contro una reinfezione

Al contrario, l'efficacia di una serie vaccinale primaria contro l'infezione è sempre risultata [in tendenza inferiore a quella dei non vaccinati](#) in tendenza inferiore a quella dei non vaccinati. Ma il declino è stato soprattutto marcato dopo il booster.

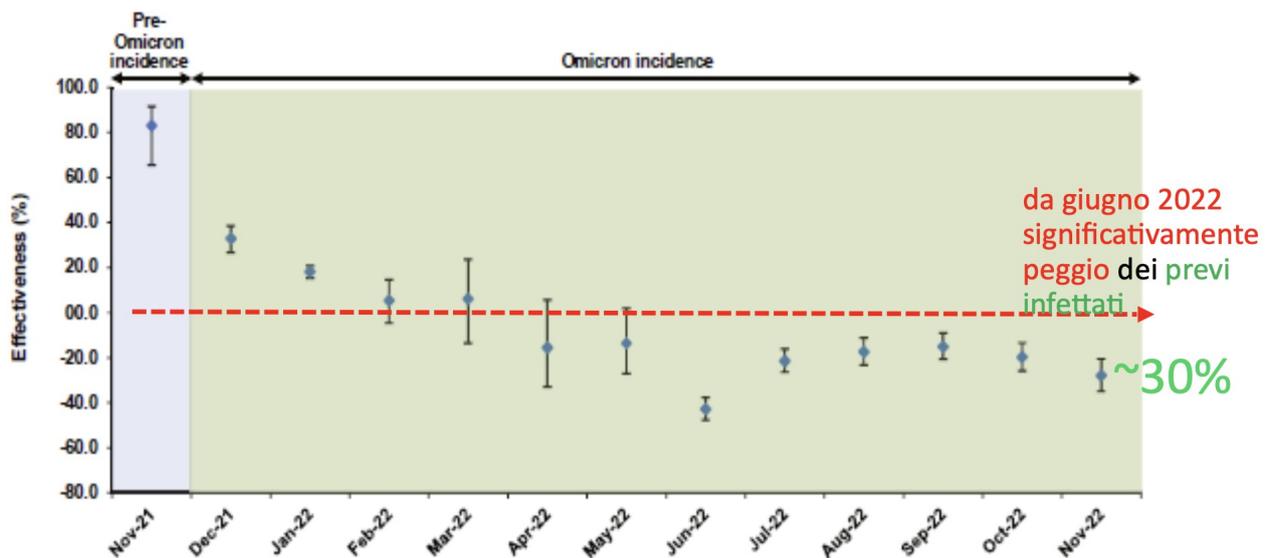


Figura 2. Efficacia della vaccinazione booster contro un'infezione (Qassim, 2023)

Quanto all'efficacia contro la COVID-19 grave, critica o fatale, non vi è alcun calo della protezione nel caso di infezione precedente, mentre "c'era un'indicazione di un certo declino nel tempo della VE da serie primaria vaccinale e da vaccinazioni di richiamo" (Qassim, eClinMed 2023)

In particolare, l'efficacia contro forme gravi in chi ha superato l'infezione naturale è stata sempre superiore al 91% per tutta la durata del follow-up, sino a fine 2022, mentre nei vaccinati con due dosi la protezione a fine 2022 non era già più significativa, e quella da tre dosi a maggio-luglio è scesa a un 43,6% (non significativo), pur risalendo poi al 90% come probabile effetto di nuovi contagi con varianti Omicron, che l'hanno (temporaneamente?) rilanciata. Ciò ha fatto dichiarare agli autori che il "lento declino (di efficacia verso la COVID grave) è sembrato riguardare solo l'immunità vaccinale."

Questi segnali e il principio di precauzione dovrebbero fermare la spinta a vaccinare e rivaccinare chi non abbia forti motivi personali di salute per farlo; a maggior ragione per chi ha superato una o più infezioni naturali.

L'OMS sostiene che avrebbe allentato la Tabella di marcia vaccinale...

Considerando poi la Tabella di marcia vaccinale (del 30-3-2023) riproposta dall'OMS nella sua risposta, si fatica a considerare allentate le seguenti raccomandazioni:

«continuare la vaccinazione con i vaccini disponibili in vista di uno scenario "di base":

- intervallo più lungo [un anno? sei mesi?] per richiami aggiuntivi (oltre al 1° richiamo...) a gruppi prioritari;
- i richiami oltre al 1° richiamo non sono più raccomandati di routine per i gruppi a rischio medio;
- ulteriore richiamo in gravidanza entro la seconda metà del 2° semestre, se l'ultima dose è stata somministrata >6 mesi prima;
- richiamo aggiuntivo (2° richiamo) per i sanitari 12 mesi dopo l'ultima dose;
- serie primaria + richiamo per giovani adulti sani;
- per bambini e adolescenti sani considerare la serie primaria, in base al contesto, al costo...».

Le Raccomandazioni OMS (che diverrebbero vincolanti se nel 2024 saranno approvate le modifiche proposte ai Regolamenti Internazionali) sono già state rafforzate da ECDC ed EMA per la campagna vaccinale dell'autunno 2023. Per esempio:

- "per i bambini sotto i 5 anni senza vaccinazione o pregressa infezione da SARS-CoV-2 è consigliata una serie primaria di... 3 dosi appena adattate..."

A cura di Alberto Donzelli