



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. 117 – Ottobre 2023

MEZIS chiede, NoGrazie risponde

Nella Lettera 116 del mese scorso, abbiamo pubblicato un dialogo tra Niklas Schurig, di MEZIS, e Mariolina Congedo, di NoGrazie. Alla fine del loro dialogo online, Niklas ha posto a Mariolina delle domande su NoGrazie, per capire chi siamo e cosa facciamo e per informare i nostri colleghi tedeschi. Le domande, pur brevi, non erano banali. Abbiamo provato a rispondere. Se qualcuno/a tra i nostri lettori e le nostre lettrici avesse voglia di fornire delle risposte diverse, saremmo lieti di pubblicarle nella prossima lettera. Scriveteci a lettera@nograzie.eu.

Segue a pag. 2

Indice

MEZIS chiede, NoGrazie risponde	1
Come i grandi conglomerati transnazionali influenzano le politiche pubbliche	3
Marketing farmaceutico immorale: problema comune, responsabilità collettiva	4
Conflitti di interessi: bisogna essere irreprensibili	6
Pfizer contro la disinformazione?	7
I determinanti politici della salute	8
Il premio Virchow: in difesa del premiato	8
La mortalità totale per stato vaccinale in Inghilterra e in Italia: prendere atto dei dati e trarne le conseguenze	9



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.

MEZIS chiede, NoGrazie risponde

Segue da pag. 1

1. Qual è la situazione attuale di NoGrazie?

NoGrazie è un movimento informale, senza l'organizzazione formale di un'associazione: non ha uno statuto, né un presidente o un direttivo; non ha un budget; non si paga nulla per aderire, per farlo basta presentarsi e farne richiesta, per ricevere la Lettera periodica basta sollecitarla. Chi vuole entrare a far parte del gruppo di redazione della Lettera deve solo esprimere questo desiderio e mettersi a lavorare. Il livello di attivismo all'interno del gruppo è deciso dal singolo aderente. Si può cancellare la propria adesione in qualsiasi momento senza dare spiegazioni. La mailing list comprende al momento un centinaio di persone. Di queste, la maggior parte sono passive, si limitano cioè a leggere i messaggi. Le persone attive, cioè quelle che rispondono ai messaggi, li commentano e aprono un dibattito sono poche decine. Una decina di persone si occupa anche della redazione della Lettera, che esce con frequenza mensile da oltre 10 anni ed è spedita a oltre 1500 indirizzi e-mail. I lettori non coincidono con gli aderenti; la maggior parte di chi riceve la Lettera non intende contribuire alle attività del gruppo, ma ne condivide le finalità o ne apprezza lo spirito critico.

Il nostro obiettivo è lo stesso dal 2004, l'anno di fondazione di NoGrazie: contribuire a rendere la ricerca e la pratica medica, in particolare per quanto riguarda l'uso di farmaci, indipendente da interessi commerciali. Per mantenere le distanze dall'industria farmaceutica, i membri del gruppo si sono impegnati a non accettare regali di alcun genere, a segnalare informazioni distorte sui farmaci, a formare medici, studenti e specializzandi e a diffondere informazioni e ricerca sui conflitti di interessi (CdI) tramite un sito internet (www.nograzie.eu), un account di Facebook e una Lettera periodica. Di quanti ricevono la Lettera abbiamo già scritto. Il sito è visitato da un numero variabile di persone, da un minimo di circa 500 a un massimo di circa 1000 al mese. La nostra pagina di Facebook ha circa 2600 followers.

2. Qual è al momento il focus prioritario per NoGrazie?

I nostri obiettivi iniziali erano ambiziosi e andavano dalla formazione all'azione politica sui temi di nostro interesse: marketing ingannevole, CdI, pratiche dannose per la salute, politiche di assistenza sanitaria e ricerca. Qualcosa siamo riusciti a fare. Per esempio, abbiamo contribuito a redigere il testo del Sunshine Act italiano, approvato dal Parlamento il 31/05/2022, ma non ancora operativo. Abbiamo organizzato eventi formativi per medici e studenti di medicina, questi ultimi assieme al SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina). Con lo stesso SISM abbiamo fatto una valutazione dei regolamenti delle università italiane rispetto alle misure volte a evitare e controllare i CdI. Il progetto, purtroppo, non è stato portato a termine e gli incompleti risultati non sono stati pubblicati. Il coinvolgimento dei colleghi giovani rappresenta da sempre un problema, e nonostante le varie collaborazioni con il SISM, ciò non ha favorito una maggiore adesione dei giovani, una volta divenuti medici.

Abbiamo anche cercato di intervenire presso alcuni Ordini dei Medici provinciali per chiedere che non si donasse un libro offerto da una ditta farmaceutica in occasione del giuramento dei giovani medici. Attualmente, però, ci stiamo limitando ad attività di informazione, principalmente attraverso la Lettera periodica.

3. Quali sono i problemi più importanti in Italia dalla prospettiva NoGrazie?

La mancanza di consapevolezza del ruolo svolto dalle pressioni dell'industria farmaceutica sulla capacità di giudizio autonomo del personale sanitario è sicuramente il primo problema. Questo tende a persistere mediante gli aggiornamenti sponsorizzati dalle ditte che favorisce fin dall'inizio della professione l'idea che ciò sia normale. Dato che le sezioni provinciali dell'Ordine dei Medici organizzano spesso seminari di aggiornamento senza cercare uno sponsor, ci sembrava che questa potesse essere una sede da cui diffondere la nostra Lettera mensile. Finora non ci siamo ancora riusciti, ma dobbiamo tornare a proporci.

Purtroppo i medici e altre categorie di sanitari esposti al marketing delle ditte farmaceutiche si considerano immuni dall'influenza commerciale. In un vecchio studio del 2001 si chiedeva a dei medici quanto gli informatori influenzassero le loro scelte prescrittive. Solo l'1% del campione rispondeva "molto". Ma quando agli stessi medici si chiedeva quanto gli informatori influenzassero le scelte prescrittive di altri medici, era il 51% del campione a rispondere "molto".* In modo simile, quando a 190 studenti di medicina italiani è stato chiesto se pensassero che i medici possano essere influenzati dalle parole e dai regali degli informatori, il 24% rispose "sì" riferendosi a se stessi, ma questa percentuale saliva al 71% riferendosi ai colleghi.† La conclusione è la stessa: vediamo la pagliuzza nell'occhio degli altri e non ci accorgiamo della trave nel nostro, ma in quanto esseri umani siamo tutti influenzabili dalla pubblicità e i CdI sono tanto più pericolosi quanto più ci si sente immuni da essi.

4. Vi sono altri gruppi in Italia o altrove con i quali vorreste collaborare?

Negli anni scorsi, prima della pandemia, NoGrazie aderiva alla Rete Sostenibilità e Salute (www.sostenibilitaesalute.org/), che riuniva una serie di associazioni con finalità condivise, per mettere in atto azioni comuni. La sospensione delle riunioni in presenza ha, purtroppo, ridotto progressivamente i contatti, fino a interromperli. Negli anni precedenti avevamo preso contatto con associazioni No Free Lunch (NFL) di altri paesi in Europa (Germania, Francia, Spagna) e America Latina (Cile, Colombia), ma non c'è mai stata attività in comune, solo scambio di qualche informazione.

5. Se i NoGrazie avessero un milione di euro, come vorrebbero spenderli?

La prima cosa che faremmo sarebbe preoccuparci per la provenienza del denaro e discutere tra noi se accettarlo. Se la donazione creasse dei CdI, potrebbe facilmente prevalere l'orientamento a non accettare tale somma. Se si potesse accettare senza CdI, penseremmo a qualche priorità, anche esterna all'ambito NFL. Per esempio, le persone che più soffrono in questo momento sono i migranti e i richiedenti asilo; potremmo investire quei soldi per una migliore accoglienza, soprattutto per quanto riguarda la salute. Se invece decidessimo di usare il milione di euro in ambito NFL, useremmo questa somma per organizzare un congresso internazionale NFL in Italia e per finanziare azioni comuni decise assieme durante il congresso. Tuttavia, è bene precisare che una caratteristica di NoGrazie è di non aver mai avuto soldi.

Come i grandi conglomerati transnazionali influenzano le politiche pubbliche

Nella Lettera 113 di maggio 2023 dedicata ai determinanti commerciali della salute (DCS) avevamo già riportato sia i danni che questi causano a salute, sistemi sanitari, economia e ambiente, sia le strategie usate dalle imprese transnazionali per influenzare a loro favore politiche, ricerca e pratica medica. In un articolo pubblicato poco dopo la serie di articoli del Lancet dedicati ai DCS, alcuni degli autori di quegli articoli (compresa la NoGrazie Alice Fabbri) approfondiscono il tema analizzando le strategie di cui sopra per riunirle in categorie e modelli.[1] La tassonomia che ne deriva potrebbe essere utile per identificare contromisure specifiche per le diverse attività politiche delle imprese transnazionali. Per raggiungere lo scopo, gli autori dell'articolo hanno esplorato la letteratura sull'argomento alla ricerca di concettualizzazioni di quelle che in inglese si chiamano *corporate political activities* (CPA). Oltre a interpretare le 11 concettualizzazioni trovate, hanno fatto delle interviste ad esperti in diversi settori commerciali (tabacco, alcol, alimenti), hanno organizzato dei seminari con altri esperti, e hanno infine testato le risultanti tassonomie contro dati reali.

* Steinman MA, Shlipack MG, MCPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001;110(7):551-7

† Fabbri A, Ardigò M, Grandori L et al. Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica. Studio quali-quantitativo sulla percezione degli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. *Quaderni ACP* 2009;16(1):3-9

Il procedimento metodologico di cui sopra ha portato all'identificazione di tre cornici concettuali, rispettivamente per attori commerciali, problemi e soluzioni, e di sei strategie: 1. accesso a e influenza su sviluppo di politiche; 2. uso della legge; 3. sostegno produttivo all'industria; 4. distorsione delle prove scientifiche per seminare dubbi; 5. dislocamento e usurpazione della sanità pubblica; 6. gestione della reputazione a vantaggio dell'industria. Il tutto situando questi diversi tipi di CPA in più vasti contesti sociali, economici e politici. Questi risultati confermano che le CPA dei conglomerati transnazionali sono simili indipendentemente dal settore in cui le ditte operano. Dimostrano inoltre la portata globale e la natura sfaccettata delle CPA, lo smisurato potere ormai acquisito dai conglomerati transnazionali, e gli inaccettabili CdI che ne conseguono, sia in politica, sia nelle professioni sanitarie. Secondo gli autori dell'articolo, si potrebbe tranquillamente parlare di corruzione della democrazia.

A cura di Adriano Cattaneo

1. Ulucanlar S, Lauber K, Fabbri A et al. Corporate political activity: taxonomies and model of corporate influence on public policy. *Int J Health Policy Manag* 2023;12:7292

Marketing farmaceutico immorale: problema comune, responsabilità collettiva

Due sociologi, rispettivamente dell'università di Bath (Gran Bretagna) e di Lund (Svezia), hanno nuovamente affrontato il problema della carenza di etica nel marketing farmaceutico.[1] Tutto ciò sulla scia di eventi recenti che hanno portato MHRA (Box 1) a sospendere Novo Nordisk per aver pagato medici, operatori sanitari ed enti di beneficenza allo scopo di accrescere la sua influenza nel settore della gestione dell'obesità con campagne promozionali camuffate da educazione scientifica (vedi Lettera 112, maggio2023). Le tecniche scorrette usate dalle ditte per spingere le vendite sono arcinote, soprattutto l'uso di *opinion leader* camuffati da esperti indipendenti, benefit ai medici quali viaggio, soggiorno, iscrizione a congressi vari, finanziamenti ad associazioni di pazienti, e altro. Il contrasto a tutto ciò, in molti paesi (Europa, Giappone, Australia, Canada, ecc.), è purtroppo affidato soltanto all'autoregolamentazione. Gli autori dell'articolo affermano che, nonostante in Gran Bretagna vi sia uno dei sistemi di contrasto più evoluti e studiati, il suo funzionamento ha mostrato ampie falle.

Box 1

MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency)

Dopo la Brexit, e con l'uscita da EMA, la supervisione del marketing dei farmaci è delegata a questo ente del sistema sanitario nazionale britannico (NHS).

PMCPA (Prescription Medicines Code of Practice Authority)

È un'autorità indipendente di autoregolazione creata da ABPI (l'Associazione delle ditte farmaceutiche britanniche) nel 1993, il cui codice è accettato volontariamente dalle 70 ditte associate che operano in Gran Bretagna, e da 60 non associate.

SANZIONI

Le ditte che violano le regole sono tenute a pagare multe da 3.500 a 12.000 sterline. In caso di misfatti più gravi, PMCPA redige una reprimenda che viene pubblicata su BMJ, *Pharmaceutical Journal* e *Nursing Standard*. Può anche richiamare la ditta per ricevere spiegazione dei fatti, con costi di istruzione dell'audit che vanno da 15.000 a 20.000 sterline. Infine, si può arrivare alla sospensione da ABPI e finanche all'espulsione. La ditta sospesa può continuare la sua attività commerciale, ma deve scontare un mancato accesso a informative, eventi e iniziative dell'associazione per un periodo di tempo (in genere 6-12 mesi). Inoltre, non può partecipare a eventi educativi in rete, riunioni con personaggi politici, operatori sanitari, gruppi di lavoro, ecc.

La recente sospensione per un anno di Novo Nordisk da ABPI non è stato un fatto isolato. Nel giugno 2016, la giapponese Astellas fu sospesa per un anno per promozione scorretta di Xtandi (farmaco per il cancro alla prostata). Dal 2004 al 2020 vi sono stati 1057 casi di infrazione al codice

di autoregolamentazione, più di uno alla settimana. PMCPA ha considerato che il 20% di questi casi riguardava fatti particolarmente importanti, di cui 55 occorsi fra 2010 e 2020. Si tratta di pratiche scorrette che hanno messo a rischio la salute dei pazienti. Ce ne sarebbero ben di più se PMCPA avesse personale per indagare e non dovesse basarsi solo su report di soggetti terzi. Nel 2006, Merck&Co fu sospesa per aver offerto programmi di educazione sanitaria solo ai medici che prescrivevano il Losartan, mentre Abbott (oggi AbbVie) fu sospesa per aver dispensato biglietti per corse di cani e per il torneo di Wimbledon a primari ospedalieri. Infine, nel 2008, Roche fu punita per aver dispensato il suo farmaco Orlistat per il trattamento dell'obesità a cliniche private, da usare per trattamenti dietetici.

I casi più recenti, Novo Nordisk e Astellas, sono un esempio lampante del fallimento del sistema di autoregolazione e del comportamento scorretto delle ditte, ma anche della tolleranza da parte dei medici di comportamenti scorretti. La stessa PMCPA ha dovuto ammettere il suo fallimento in un settore dove, purtroppo, gli affari prevalgono sulla correttezza dei comportamenti da entrambe le parti. Medici, personale sanitario e pazienti non sembrano coscienti del problema e, quando lo sono, offrono comunque un tacito consenso. Molti medici accettano tranquillamente compensi, come i 599 professionisti, pagati per prescrivere liraglutide/Saxenda (NovoNordisk) o per partecipare al congresso di Astellas Europe (Box 2).

Box 2

Non tutti accettano la corruzione; nel caso di Astellas una sola persona denunciò il fatto. La vicenda è stata ampiamente riportata e commentata sul BMJ.[2] Nel febbraio 2014, si era tenuta a Milano una riunione di Astellas Pharma Europe. Oncologi e urologi provenienti da Europa, Turchia, Russia e Sud Africa avevano ricevuto 1000 euro a testa (1500 per i relatori) per partecipare a quello che avrebbe dovuto essere un corso di aggiornamento sul carcinoma prostatico. Un coraggioso *whistleblower*, risultato poi dipendente dalla ditta stessa, segnalò le incorrettezze e le falsità nella relazione di un importante dirigente. Costui aveva dichiarato che la scelta dei relatori era legata alla loro competenza e all'importanza dei ruoli occupati. In realtà, la selezione era caduta su *opinion leader* di livello medio-alto, selezionati tra campioni di vendite che potessero attivare il mercato nella loro zona di influenza.

Le stesse associazioni professionali hanno accettato questi corsi di marketing camuffati da aggiornamento fino al 2015, quando ABPI introduceva la trasparenza sui finanziamenti. In quel momento, Novo Nordisk riportava il finanziamento di 94 milioni di sterline a medici e istituzioni scientifiche, con 1280 pagamenti a queste ultime a scopo di ricerca. Anche il Royal College of Physicians e il Royal College of General Practitioners hanno ammesso la partnership con Novo Nordisk e hanno dovuto restituire o bloccare finanziamenti rispettivamente per 126.000 e 585.000 sterline (vedi Lettera 115, luglio-agosto 2023).

Certo non tutte le associazioni professionali si comportano così; alcune hanno rifiutato le sponsorizzazioni e gestiscono in autonomia i corsi di aggiornamento. Quelle che invece continuano ad accettare finanziamenti, pur dichiarandoli, devono rendersi conto del pericolo di perdere credibilità, oltre che di andare contro gli interessi primari dei loro pazienti. Gli autori dell'articolo suggeriscono che ABPI dovrebbe sospendere definitivamente ogni forma di collaborazione con ditte che violano i codici di autoregolamentazione, fino ad arrivare allo stop categorico di borse di studio, donazioni, sponsorizzazioni di congressi, consulenze pagate e progetti collaborativi, che purtroppo, però, sono l'attività principale per il lancio di un nuovo prodotto. Finché la ditta in questione non dimostrerà una chiara inversione di tendenza, non dovrebbe essere riammessa in ABPI.

Dall'altro versante, bisognerebbe aumentare la capacità critica dei medici e conseguentemente la loro volontà di reazione di fronte a ogni forma di marketing mascherato da aggiornamento scientifico. Al proposito, si cita un manualetto di 33 pagine redatto dal NHS dove compaiono le

linee guida per conoscere, riconoscere, saper evitare e denunciare i CdI degli addetti alla sanità.[3] Sarebbe d'altra parte impensabile confidare solo nell'autoregolamentazione di ditte che hanno il fiato sul collo degli azionisti e devono comunque fare profitti. In Svezia, dove vige un sistema di autoregolamentazione simile a quello britannico, le ditte farmaceutiche hanno sospeso i finanziamenti ai congressi. ABPI dovrebbe fare altrettanto, vietando la sponsorizzazione dei medici che partecipano a incontri scientifici. I verbali degli incontri fra PMCPA e ditte che hanno violato le regole dovrebbero essere di pubblico dominio e le ditte sanzionate non dovrebbero nascondersi ai loro collaboratori.

Rimpiazzare l'autoregolamentazione con norme più stringenti non sembra fattibile al momento in Gran Bretagna, anche se il governo dovrebbe operare con una strategia punitiva più cogente, che comporti anche un'indagine approfondita a carico di ditte colpevoli di condotte disdicevoli. Nel contempo, si dovrebbero pagare le spese legali ai *whistleblowers* rendendo così più facile indagare nella complessità delle strategie di mercato. La sospensione temporanea da ABPI si è rivelata un'arma oltremodo spuntata e le competenze attuali in materia da parte di MHRA permetterebbero azioni legali più serie e deterrenti, azioni purtroppo oggi molto rare.

A cura di Giovanni Peronato

1. Mulinari S, Ozieranski P. Unethical pharmaceutical marketing: a common problem requiring collective responsibility. *BMJ* 2023;382:e076173

2. Cohen D, Mulinari S, Ozieranski P. The whistleblowing drama behind Astellas's suspension from the ABPI. *BMJ* 2019;366:l4353

3. Managing conflicts of interest in the NHS: guidance for staff and organisations. 2017

<https://www.england.nhs.uk/publication/managing-conflicts-of-interest-in-the-nhs-guidance-for-staff-and-organisations/>

Conflitti di interessi: bisogna essere irreprensibili

“La Gran Bretagna ha un problema di trasparenza con i CdI dei medici”. Inizia con questa frase un articolo di Margaret McCartney sul tema.[1] E magari ce l'avesse solo la Gran Bretagna, aggiungo io! L'articolo prende lo spunto dalla decisione del governo britannico di lanciare una consultazione pubblica su come rendere trasparenti tutti i pagamenti dell'industria della salute agli operatori sanitari e alle loro associazioni. La consultazione, attualmente in corso,[2] è mirata a raccogliere pareri su una possibile legge sul tema. Come abbiamo scritto nella Lettera 94 di luglio-agosto 2021, [3] l'idea di un Sunshine Act fa molta fatica a farsi largo nella perfida Albione.

La McCartney si chiede, però, se l'eventuale trasparenza obbligatoria sia sufficiente a ridurre gli effetti dei CdI, o se non rischi di diventare un'inutile foglia di fico burocratica. Essere in grado di accedere a un sito per verificare se il proprio medico ha ricevuto pagamenti dall'industria è una cosa; un'altra cosa è sapere se quei pagamenti causeranno danno alla mia salute. Paradossalmente, la trasparenza potrebbe essere addirittura dannosa; qualche ricerca fa pensare che un paziente potrebbe fidarsi maggiormente di un medico trasparente e onesto, pur se i consigli e le prescrizioni fossero viziati da CdI.[4]

Secondo l'autrice, le regole stabilite nel 2018 dal NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sono preferibili a quelle sviluppata dall'ABPI, la Farindustria britannica. Prevedono, infatti, che qualunque esperto chiamato a dare un parere faccia un'estesa dichiarazione di CdI e che questa sia verificata da una commissione. Peccato che l'esperienza mostri che anche questa procedura non è a totalmente impermeabile. Come abbiamo scritto nella Lettera 112 di aprile 2023, si è scoperto che un esperto che aveva dato un parere al NICE sul semaglutide, un farmaco per dimagrire, aveva ricevuto pagamenti da Novo Nordisk non dichiarati. Secondo Lisa Bero, molto conosciuta da chi si occupa di CdI, intervistata dalla McCartney, vi sono solide prove scientifiche a dimostrazione di quanto sia difficile per ognuno di noi essere coscienti dei propri CdI. E anche quando i CdI sono riconosciuti e dichiarati, non è facile gestirli e mitigarne gli effetti. Non esistono,

che si sappia, istruzioni chiare e universalmente accettate, cioè basate su prove scientifiche, su come gestire i CdI trasparentemente dichiarati nella ricerca, nella pratica medica, nei gruppi che redigono linee guida, o nelle commissioni che valutano le indicazioni per i farmaci. Margaret McCartney ricorda uno studio da lei condotto e pubblicato in cui mostrava come le dichiarazioni di CdI variassero da molto dettagliate (su ogni piccolo dono ricorrente ricevuto) a talmente generiche (ricerca sponsorizzata dall'industria, dettagli disponibili su richiesta) da non servire a nulla. Senza istruzioni chiare, qualcuno tenderà a dichiarare troppo, altri troppo poco.

In conclusione, qualsiasi legge sia varata sulla trasparenza dei pagamenti, la si dovrà giudicare dagli effetti in termini di riduzione dei CdI e dei conseguenti bias. Per il momento, e in attesa di una legge (in Italia il Sunshine Act è in vigore, ma prevedo tempi biblici perché di venti operativo, se mai lo diverrà), meglio astenersi dai CdI con un sonante NoGrazie.

A cura di Adriano Cattaneo

1. McCartney M. "You have to be above reproach": why doctors need to get better at managing their conflicts of interest. *BMJ* 2023;382:p1646
2. <https://www.gov.uk/government/consultations/the-disclosure-of-industry-payments-to-the-healthcare-sector/disclosure-of-industry-payments-to-the-healthcare-sector>
3. <http://www.nograzie.eu/a-ognuno-il-sunshine-act-che-si-merita/>
4. Sah S, Feiler D. Conflict of interest disclosure with high-quality advice: the disclosure penalty and the altruistic signal. *Psychol Public Policy Law* 2020;26:-104

Pfizer contro la disinformazione?

Una nostra associata ci ha segnalato un articolo pubblicato da un notiziario online, articolo che riproduciamo qui sotto. La notizia desta in NoGrazie grande preoccupazione e, se confermata, meriterà non solo un'attenta discussione sulle conseguenze di questi progetti "contro la disinformazione", ma anche una forte opposizione. NoGrazie pensa che non dovrebbe essere permesso a una ditta che ha commesso numerosi misfatti (per esempio con la [trovafloxina](#) in Nigeria), che è stata multata per scorretta condotta commerciale sia in [Italia](#) sia all'[estero](#), per non citare il caso [gabapentin](#), di entrare in scuole e università per dispensare informazioni distorte da interessi commerciali. È vero che anche Pfizer è stata vittima di [disinformazione](#) sui social media, ma ciò non le dà il diritto di fare campagne in scuole e università. NoGrazie, che da quasi 20 anni si batte per un'informazione medica e sanitaria indipendente da CdI, chiede che il Ministero dell'Istruzione e il Ministero dell'Università e della Ricerca blocchino i progetti di Pfizer "contro la disinformazione".

Pfizer Italia entra nelle scuole e nelle università con progetti "contro la disinformazione"

Iris Paganessi, 29 settembre 2023

Pubblicato venerdì 13 ottobre 2023 su [L'Indipendente](#)

Pfizer Italia ha lanciato un progetto contro la "disinformazione" nelle scuole superiori e nelle università italiane, a rivelarlo è stato – in una intervista rilasciata a Italtpress – il direttore della comunicazione del colosso farmaceutico, Biagio Oppi. Il progetto è già definito e inizierà nei prossimi giorni. L'obiettivo, secondo Oppi, è andare "al di là di fare debunking, quindi di smentire le notizie, operando alla radice" per "portare strumenti per una migliore **alfabetizzazione medico-scientifica di studenti e professori**". Sarà quindi direttamente una delle maggiori multinazionali del settore a formare le nuove generazioni italiane sulla corretta informazione scientifica, con un progetto che si è premurato di mettere nel mirino anche i futuri operatori dell'informazione, visto che le lezioni organizzate da Pfizer si svolgeranno anche "nei corsi di giornalismo e nelle facoltà di Scienze della comunicazione".

Il progetto, che prenderà il via a ottobre, è stato lanciato in collaborazione con la **Fondazione Golinelli** (realtà bolognese che, da statuto, si occupa di promuovere conoscenza, innovazione e cultura attraverso attività di educazione e formazione) e **Fondazione Media Literacy** (che opera nei campi dell'*educational* e dell'informazione, in particolare nelle scuole secondarie superiori). La notizia ancora non trova comunicazioni ufficiali in merito; a parte le dichiarazioni del responsabile comunicazione di

Pfizer non è presente alcun comunicato ufficiale né da parte dell'azienda farmaceutica, né da parte delle fondazioni che collaborano al progetto. Per questo *L'Indipendente* ha contattato tutti i soggetti coinvolti per capirne qualcosa in più. A risponderci è stato un addetto della Fondazione Media Literacy, che ha confermato il progetto, specificando che fino ad ora non è stato reso pubblico su richiesta della stessa Pfizer e che maggiori dettagli verranno resi noti in seguito alla conclusione del Festival digitale popolare – evento che si terrà sabato 7 ottobre a Torino – durante il quale il Dottor Oppi presenterà ufficialmente il progetto.

Al momento, quindi, non sono pubblici né i nomi delle scuole, né la tipologia degli istituti (solo privati o anche pubblici?) in cui il progetto prenderà piede, né tanto meno la data ufficiale di inizio. Di certo, per ora, c'è solo che la multinazionale del farmaco produttrice del principale vaccino contro il Covid – e dal curriculum tutt'altro che immacolato – dopo aver finanziato generosamente e in modo occulto enti "indipendenti" per fare campagna in favore della vaccinazione e dopo aver distribuito laute donazioni anche a medici, ricercatori, associazioni e università in tutta Italia, avrà libero accesso anche alle cattedre degli istituti scolastici e universitari italiani.

I determinanti politici della salute

Primo Buscemi, Gabriele Cerini, Francesco Giannuzzi, Simone Iadevaia e Lorenzo Latella

I determinanti politici della salute, agendo a monte rispetto ai determinanti sociali, influenzano la salute della popolazione e contribuiscono ad attenuare o esacerbare le disuguaglianze di salute.

Continua a leggere: <https://www.saluteinternazionale.info/2023/09/i-determinanti-politici-della-salute/>

Il premio Virchow: in difesa del premiato

Nella Lettera 114 di giugno 2023 avevamo scritto del premio Virchow, accennando al fatto che la sua assegnazione a un virologo del Cameroon sembrava in contrasto con le caratteristiche del famoso medico tedesco del secolo XIX. Tre ricercatori di paesi a reddito medio/basso hanno pubblicato una confutazione all'articolo da noi commentato, che conteneva la considerazione di cui sopra.[1] Nel loro articolo,[2] i tre autori scrivono che il vincitore, oltre che virologo, è anche uno specialista in salute pubblica, un esperto di politiche sanitarie e un attivista per i diritti delle persone con HIV. Questa multidisciplinarietà era riconosciuta anche dagli autori del primo articolo, che però avevano scritto che "Virchow si sarebbe rivoltato nella tomba".[1] Secondo i tre autori di cui sopra, questa frase contrasta con la presunta pretesa degli autori del primo articolo di decolonizzare la salute globale. Per accademici e ricercatori dei paesi a reddito medio/basso è molto difficile emergere come leader in un mondo dominato dalle scuole di medicina e dagli istituti di ricerca dei paesi ad alto reddito: troppe le disparità da superare, troppo elevati i costi, troppo gli ostacoli di carriera. Il virologo del Cameroon è riuscito ad affrontare tutte queste difficoltà e ad avere successo: merita pienamente di ricevere il premio intitolato a Rudolf Virchow. Nella speranza che anche i prossimi vincitori siano rappresentanti del sud globale.

A cura di Adriano Cattaneo

1. Holst J, Tinnemann P, van de Pas R. The Virchow prize: cementing commodification, coloniality and biomedical reductionism in global health? *BMJ Glob Health* 2023;8:e011240
2. Bhopal A, Getnet F, Manga S. Caught in the crossfires: the Virchow Prize, its inaugural winner, and the quest to decolonise global health. *BMJ Glob Health* 2023;8:e013272

La mortalità totale per stato vaccinale in Inghilterra e in Italia: prendere atto dei dati e trarne le conseguenze

Per anni l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha diffuso ogni settimana dati che mostravano decessi molto maggiori nei non vaccinati rispetto ai vaccinati, senza però chiarire che si tratta di “mortalità da/con Covid-19”, non di “mortalità totale”. Nell'era di Omicron, per altro, la letalità associata a Covid-19 si è molto ridotta rispetto a quella da precedenti varianti, e la frazione relativa a questa mortalità specifica è diventata molto piccola rispetto alla mortalità generale. Quest'ultima, inoltre, negli anni 2021-2022 non è rientrata nei livelli attesi, né tanto meno ha fatto osservare l'effetto rimbalzo che poteva seguire alla mietitura dei soggetti più anziani e fragili nella fase più acuta della pandemia.[1]

Tra le distorsioni cui sono stati sottoposti i dati relativi a reazioni/effetti avversi, una delle maggiori è lo spostamento degli eventi verificatisi nei 14 giorni dopo ogni inoculo (per l'ISS;‡ in altri paesi nei 7 o persino nei 21 giorni successivi agli inoculi) a carico dello stato vaccinale precedente, o messi a carico dei non vaccinati nel caso del primo inoculo. Come spiegato nella Lettera 115 di agosto 2023 (pag. 11),[2] questo spostamento, se reiterato in modo sistematico, produce una sorprendente **illusione statistica**, che fa apparire per alcuni mesi efficace anche un vaccino inerte, e persino un vaccino con efficacia negativa, prima che nel tempo una protezione vaccinale in quel caso illusoria appaia realmente inferiore a quella dei non vaccinati.

I dati inglesi di mortalità per stato vaccinale

L'Ufficio per le Statistiche Nazionali (ONS) del Regno Unito, esempio forse unico al mondo, ha pubblicato i dati inglesi di mortalità totale distinta per stato vaccinale anti-COVID-19 fino a fine 2022.[3] Benché l'ONS non mostri di averne consapevolezza, la Figura 1 presenta un andamento dei dati coerente con la spiegazione appena fornita sulla retro-attribuzione di reazioni avverse anche fatali.

Gli enormi effetti distorsivi (finora non colti) di attribuire gli eventi nei 14 gg dopo ogni inoculazione allo stato vaccinale precedente spiegano lo *strano* andamento della mortalità nei dati Inglesi (ONS). Un esempio a caso:

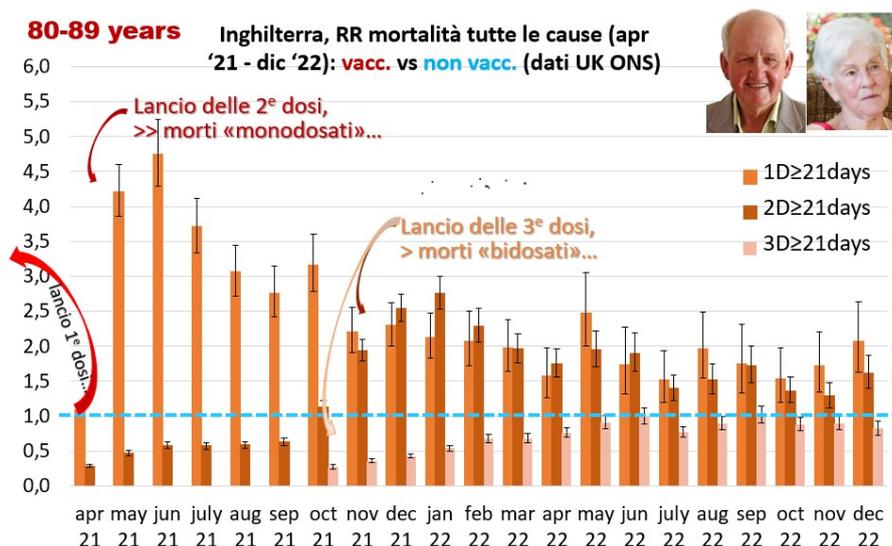


Figura 1

‡ Al quesito di una giornalista, l'Ufficio Stampa dell'ISS ha così risposto (email disponibile a richiesta): “si viene considerati nella colonna 'vaccinati con booster' dopo due settimane dall'iniezione. Lo stesso per le altre categorie (es. se si fa la seconda dose e ci si ammala dopo una settimana si viene considerati con una dose, dopo due con due dosi).”

Come si può constatare, i decessi tra i vaccinati con una dose esplodono, aumentando di 4 volte e mezzo, in coincidenza con il lancio delle 2e dosi; quelli tra i vaccinati con due dosi esplodono in coincidenza con il lancio delle 3e dosi; per lo stesso apparente paradosso, il lancio delle 1e dosi si è associato ad aumento dei morti tra i non vaccinati!

In ogni caso, i tassi calcolati dall'ONS nel 2022 hanno mostrato un cambio di scenario rispetto al 2021: la mortalità totale nei vaccinati con 1 e 2 dosi è risultata superiore (in tendenza o in modo significativo) a quella dei non vaccinati. Con 3 o più dosi, la mortalità totale in Inghilterra ha presentato tendenze all'aumento progressivo in tutte le classi d'età, e in alcune (soprattutto nei giovani) ha superato anche in valore assoluto la mortalità dei non vaccinati. E ciò pur in presenza di modalità molto discutibili, distorte e poco trasparenti nella presentazione dei dati, che lasciano il sospetto che la situazione possa essere persino peggiore di quanto appaia dai report.

Comunque, i dati inglesi 2022 supportavano già l'ipotesi dell'emergere di nuovi potenti fattori di danno associati a queste vaccinazioni, che richiedono un ampio dibattito aperto anche a voci scientifiche critiche, e urgenti ripensamenti delle strategie finora adottate.[4] Nel 2023, la mortalità inglese per stato vaccinale pare ancor più critica (Figura 2): solo il 5% o poco più dei decessi da gennaio a maggio si è verificato nei non vaccinati, e quasi il 95% tra i vaccinati.[5] Non ci sarebbero problemi se le proporzioni di vaccinati e non vaccinati tra gli inglesi adulti fossero simili a quelle relative ai decessi.

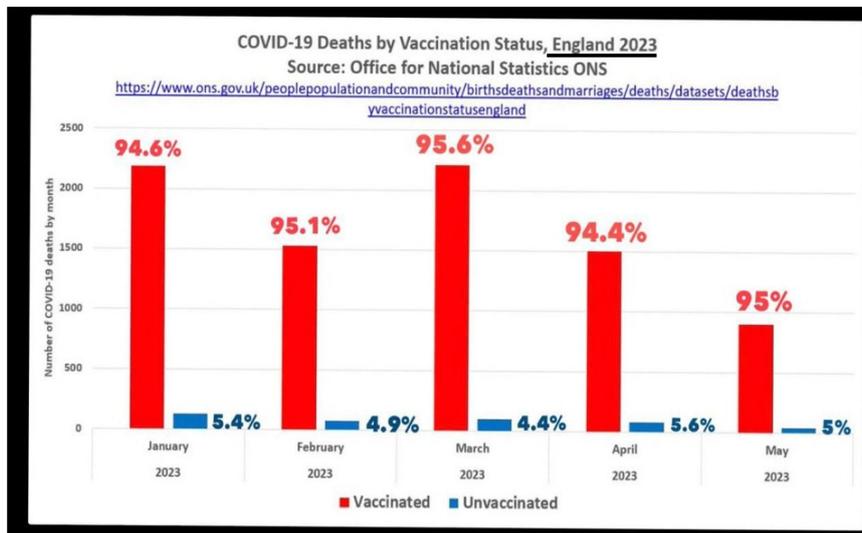


Figura 2

Invece la tabella che segue, pur non aggiornatissima, mostra proporzioni ben diverse: non vaccinati il 18,4% degli inglesi adulti, vaccinati l'81,6%.

NATIONAL	People in NIMS cohort	Unvaccinated		Vaccinated with at least 1 dose		Vaccinated with at least 2 doses		Vaccinated with at least 3 doses	
		Number unvaccinated	% Unvaccinated	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake
Over 80	2,939,290	127,403	4.3	2,811,887	95.7	2,794,629	95.1	2,719,774	92.5
75 to under 80	2,344,551	98,355	4.2	2,246,196	95.8	2,231,129	95.2	2,176,486	92.8
70 to under 75	2,770,898	157,041	5.7	2,613,857	94.3	2,591,335	93.5	2,503,234	90.3
65 to under 70	2,987,549	228,329	7.6	2,759,220	92.4	2,727,565	91.3	2,584,253	86.5
60 to under 65	3,621,091	334,280	9.2	3,286,811	90.8	3,241,022	89.5	2,981,149	82.3
55 to under 60	4,171,509	455,679	10.9	3,715,830	89.1	3,653,800	87.6	3,274,973	78.5
50 to under 55	4,246,958	588,883	13.4	3,678,075	86.6	3,601,895	84.8	3,123,423	73.5
45 to under 50	3,956,603	711,426	18.0	3,245,177	82.0	3,155,256	79.7	2,580,366	65.2
40 to under 45	4,338,435	989,862	22.8	3,348,573	77.2	3,225,229	74.3	2,479,488	57.2
35 to under 40	4,677,655	1,277,179	27.3	3,400,476	72.7	3,238,337	69.2	2,309,762	49.4
30 to under 35	4,890,613	1,478,940	30.2	3,411,673	69.8	3,204,479	65.5	2,128,403	43.5
25 to under 30	4,558,822	1,441,029	31.6	3,117,793	68.4	2,888,477	63.4	1,799,929	39.5
20 to under 25	3,921,549	1,092,815	27.9	2,828,734	72.1	2,559,692	65.3	1,518,768	38.7
18 to under 20	1,388,888	370,379	26.7	1,018,509	73.3	895,662	64.5	470,719	33.9
Total	50,814,411	9,331,600	18.4	41,482,811	81.6	40,008,507	78.7	32,650,727	64.3

England population cohort by vaccination status. Source: UK Health Security Agency
<https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2022-to-2023-season>

Inoltre, per motivi che il Gruppo HART ha cercato di spiegare (e denunciato),[6] c'è tuttora nel database ONS una grossolana sottostima della proporzione di non vaccinati nella popolazione (che è comunque inferiore di molti milioni alla popolazione reale degli inglesi adulti). Ciò gonfia in modo artificiale i tassi di mortalità dei non vaccinati e riduce quelli dei vaccinati. Se si applicassero le stesse percentuali di vaccinati e non vaccinati della soprastante tabella alla popolazione reale di oltre 50 milioni di inglesi adulti (>18 anni), la sproporzione tra deceduti vaccinati e non vaccinati sarebbe ancor più clamorosa: il 96,7% dei morti si concentrerebbe tra i vaccinati, e solo il 3,3% dei decessi si verificherebbe tra i non vaccinati.

In teoria, una correzione con analisi multivariata dei fattori di confondimento legati a differenze interne alle fasce decennali di età considerate dall'ONS (differenze relative per età e/o per altri fattori) potrebbe ancora stringere la forbice rappresentata nella Figura 3, fino ad azzerare le differenze nei dati grezzi, ma ciò non sembra probabile. E, comunque, la responsabilità di giustificare con possibili appropriate correzioni le allarmanti differenze di mortalità evidenziate spetta di certo all'ONS e alla sanità del Regno Unito, non a chi non può disporre di tutte le informazioni necessarie e ha sollevato preoccupazioni più che legittime in base ai dati grezzi. Certo non rassicura in merito il fatto che l'ONS, nel rilasciare in agosto 2023 i dati da gennaio a maggio, abbia fatto sapere che d'ora in avanti non li pubblicherà più,[6] alla stregua di un bambino che sta perdendo la partita di pallone, e annuncia che non giocherà più, scappando con la palla.

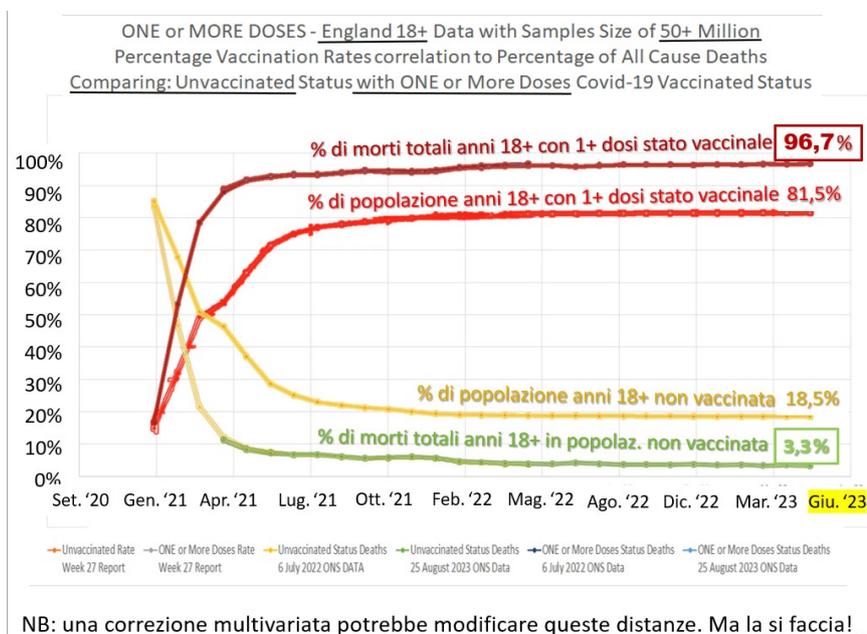


Figura 3

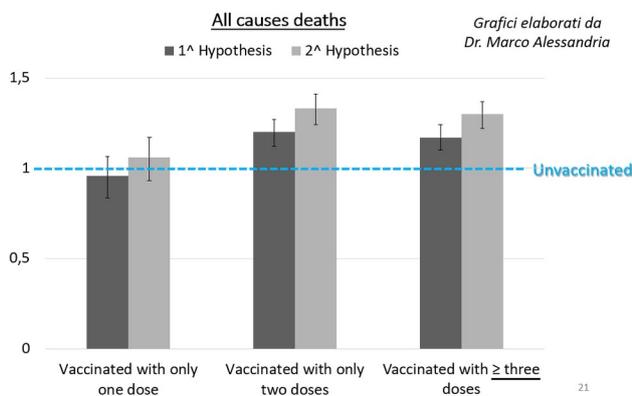
Finalmente anche dati italiani di mortalità per stato vaccinale, nella provincia di Pescara

Ricercatori dell'Università di Bologna hanno meritoriamente ottenuto e analizzato i dati di mortalità totale per stato vaccinale dei circa 300 mila residenti della provincia di Pescara, con un anno e mezzo di follow-up, pubblicandoli.[7] Gli autori hanno sostenuto, tra l'altro, che i vaccinati avessero una mortalità totale inferiore a quella dei non vaccinati. Purtroppo l'analisi presentava vari errori metodologici, segnalati in una pubblicazione cui ho concorso,[8] già accettata dalla rivista Epidemiologia e Prevenzione. Anche solo la correzione del maggiore di tali errori, non aver considerato l'immortal-time bias, ha eliminato ogni differenza nella mortalità dei vaccinati rispetto ai non vaccinati.

I ricercatori di Bologna hanno ripubblicato un secondo studio,[9] portando il follow-up a due anni. Anche in questo caso hanno mostrato un'apparente minor mortalità nei vaccinati con tre dosi, benché le differenze rispetto ai non vaccinati si riducessero nel 2022, e benché i vaccinati con 1 e 2 dosi presentassero maggior mortalità totale rispetto ai non vaccinati. Tuttavia, hanno commesso

ancora vari errori metodologici. In una valutazione critica consultabile in preprint,[10] la sola correzione dell'immortal-time bias ha portato la mortalità totale e non-COVID dei vaccinati a eccedere in modo significativo quella dei non vaccinati, come mostrano le Figure 4 e 5.

Dati da: Rosso A, Flacco ME, Soldato G, Di et al. COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up. Vaccines 2023;1325. doi: 10.3390/vaccines11081325, con correzioni che considerano l'immortal time bias.



Dati da: Rosso A, et al. Vaccines 2023, con correzioni che considerano l'immortal time bias

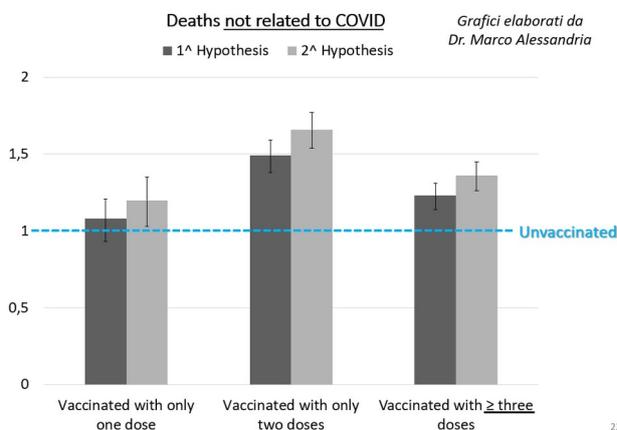


Figure 4 e 5

Solo la mortalità da COVID-19 è risultata inferiore nei vaccinati, ma non in quelli con 3 o più dosi di vaccino. NB: le due ipotesi cui corrisponde l'altezza delle barre negli istogrammi sono quelle estreme, il valore vero si trova fra di esse, e lo si potrà calcolare con informazioni supplementari, richieste agli autori (che hanno acconsentito a rilasciare il dataset). Certo, si tratta ancora di dati grezzi, e un'analisi multivariata, oltre a un auspicabile dibattito con gli autori, potrebbero modificare le conclusioni, ma nel frattempo il principio di precauzione suggerirebbe una moratoria nella spinta a vaccinare e rivaccinare in modo indiscriminato.

A cura di Alberto Donzelli

1. [REPORT MORTALITA' TOTALE IN ECCESSO ANNI 2021 E 2022 – Dati ufficiali dall'Italia e dal mondo – Umanità e Ragione \(umanitaeragione.eu\)](#)
2. http://www.nograzie.eu/wp-content/uploads/2023/09/L115_Ago_2023.pdf
3. [The latest ONS data on deaths by covid vaccination status \(substack.com\)](#)
4. [All-Cause Mortality According to COVID-19 Vaccination Status: an analysis of the UK Office for National Statistics Public Data\[v1\] | Preprints.org](#)
5. [Deaths by vaccination status, England - Office for National Statistics](#)
6. [The Office for No More Statistics on Deaths by Vaccination Status \(substack.com\)](#)
7. Flacco ME, Acuti Martellucci C, Soldato G, et al. COVID-19 Vaccination Did Not Increase the Risk of Potentially Related Serious Adverse Events: 18-Month Cohort Study in an Italian Province. Vaccines (Basel) 2022;11:31
8. [COVID-19 vaccination and all-cause and non-COVID-19 mortality. A reevaluation of a study carried out in an Italian Province - E&P Repository \(epiprev.it\)](#)
9. Rosso A, Flacco ME, Soldato G, et al. COVID-19 Vaccination Effectiveness in the General Population of an Italian Province: Two Years of Follow-Up. Vaccines (Basel) 2023 Aug 4;11(8):1325. doi: 10.3390/vaccines11081325.
10. repo.epiprev.it/index.php/download/covid-19-vaccination-all-cause-and-non-covid-19-mortality-in-an-italian-province-data-updated-re-presented-biases/?wpdmdl=2822&refresh=653954d8c44371698256088