



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. 118 – Novembre 2023

Illusione di invulnerabilità selettiva

*Il testo che segue è una traduzione dal francese, l'autore dell'originale, **Luc Perino**, è un medico con esperienza internazionale, accademico a Lione, divulgatore e autore di saggi e romanzi di argomento sanitario, difensore della formazione sanitaria indipendente.*

Per l'originale in francese vedi <https://lucperino.com/841/unique-invulnerabilite.html>

Segue a pag. 2

Indice

Illusione di invulnerabilità selettiva	1
“Free lunch index”, un nuovo indice per valutare gli accademici. Una proposta non del tutto seria.	2
Com'è difficile istituire una tassa sulle bevande zuccherate	3
Big Tobacco e sapore dei cibi e delle bevande per bambini	5
Affrontare il cambiamento climatico: il ruolo centrale dei medici	6
Informazioni ingannevoli sui farmaci	11
Le mani sulla scuola	12
My PeBS: più 25% diventa uguale a 0?	13
Il sì del governo in Europa al glifosato è sconcertante	14
Proteggere i bambini di Gaza	14
Turbine di norme sulla censura di internet, ovunque, in contemporanea	14



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.

Illusione di invulnerabilità selettiva

Segue da pag. 1

Ci vorrebbe un'enciclopedia in 20 volumi solamente per elencare i bias (distorsioni, pregiudizi) degli studi diffusi dalle ditte farmaceutiche. E ce ne vorrebbero 10 volte di più per la lista dei legami dichiarati fra dirigenti aziendali e opinion leader nel settore alimentare e sanitario, e 100 volte di più per i conflitti d'interessi (CdI) non dichiarati. Ma poco importa la sovrastima o la sottostima del numero di volumi, i fatti sono ben noti a chi osserva questi due settori dove la manipolazione è particolarmente comune. Il vero problema è altrove, nel fatto che i prescrittori non hanno coscienza dei condizionamenti cui sono soggetti. Si chiama "illusione di invulnerabilità selettiva" la convinzione di ciascun prescrittore di non essere influenzato dagli studi promozionali. Dagli anni '90, questa distorsione cognitiva è stata evidenziata da alcune grandi inchieste presso studenti, medici e docenti universitari. Soltanto l'1% dei medici pensa che il marketing farmaceutico influenzi le sue prescrizioni e dal 60% all'80% pensa che influenzi le prescrizioni dei colleghi. I più numerosi fra coloro che si dichiarano invulnerabili sono i docenti universitari e ancor più gli opinion leader notoriamente condizionati dall'industria. Siccome percepisco me stesso come invulnerabile alla pubblicità, non capisco perché la pubblicità per farmaci, automobili, profumi, assicurazioni, banche e lavatrici invada i miei media preferiti. Però, se credo che l'80% dei miei concittadini sia sensibile, posso concludere che la pubblicità è destinata a loro, non a me, evidentemente! La maggior parte dei medici nega che i regali influenzino le loro prescrizioni e, più regali ricevono, meno credono che ciò abbia effetto sulle loro ricette. La sponsorizzazione dei convegni e delle ricerche aumenta la pressione dei docenti universitari sulle autorità per mettere sul mercato integratori o farmaci, indipendentemente dai risultati degli studi. Il contatto con i rappresentanti delle ditte farmaceutiche riduce la capacità di riconoscere affermazioni inesatte riguardanti i farmaci. Gli innumerevoli studi che denunciano distorsioni e manipolazioni non sono mai riusciti a modificare le abitudini prescrittive. Queste nuove indagini riusciranno a scuotere i prescrittori nella loro intima convinzione d'invulnerabilità? Probabilmente no, la maggioranza degli opinion leader ha certamente la capacità di persuadere che le indagini sono frutto di distorsioni e non hanno alcun valore. Perché, nella promozione di prodotti farmaceutici o alimentari, niente è più formidabile per efficacia di chi, soggetto al bias, attacca il bias.

“Free lunch index”, un nuovo indice per valutare gli accademici. Una proposta non del tutto seria.

Gli autori dell'articolo propongono un nuovo indice per la valutazione della ricerca medica accademica: f-index (“free-lunch index” o “indice dei pasti gratuiti”), calcolato sommando gli emolumenti delle aziende ai sanitari.[1] L'f-index fornisce una misura semplice e diretta dell'investimento della ditta, che può avvenire attraverso un piacevole pasto in un ristorante stellato o il soggiorno in un resort per una vacanza rilassante. In questo studio satirico retrospettivo sono stati analizzati 3936 accademici francesi inclusi nel registro pubblico “salute trasparente” negli anni tra il 2014 e il 2019.[2] Gli autori hanno messo in correlazione l'f-index con la produttività degli accademici valutata attraverso l'h-index,[3] e hanno esplorato la soglia ottimale per valutarne l'elevata produttività scientifica. Questa si attesta sui 7.700 €, con una sensibilità del 65% (IC 95% 61-67%) e una specificità del 59% (IC 95% 57-61%). È comunque presente un'ampia variabilità tra le specialità mediche con un f-index medio che va dai 37 € di discipline come salute pubblica, ambiente e società, ai 30.404 € nelle discipline cliniche cardio-vascolari e respiratorie.

La conclusione degli autori è che la correlazione tra produttività degli accademici e l'f-index è modesta e non può essere usata come un surrogato del successo accademico in termini di pubblicazioni. Comunque, i futuri specializzandi potrebbero usare l'indice proposto per scegliere (o per evitare) determinate scuole di specialità, mettendo nel bilancio dei vari fattori che determinano la scelta del loro futuro professionale se preferiscono produrre articoli scientifici o godere di uno stile di vita benestante che ritengono meritato. Una lettura piacevole!

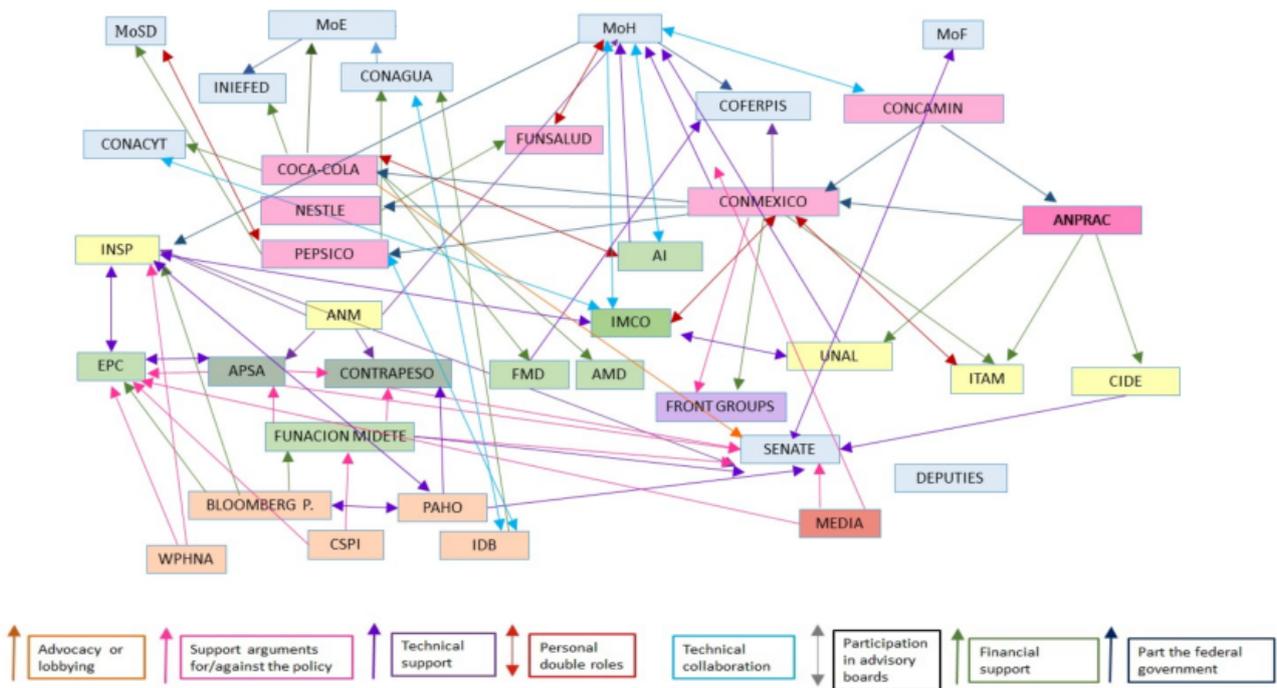
Luca Iaboli

1. Scanff A, Mauhe N, Taburet M et al. The “Free lunches” index for assessing academics: a not entirely serious proposal. *Scientometrics* 2023 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11192-023-04862-8>
2. <https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/> il registro in cui sono tracciati i rapporti finanziari tra le ditte e gli operatori sanitari così come determinato dal Sunshine Act francese. È interessante notare che non si tratta solo di medici, ma anche di veterinari, associazioni di professionisti o di pazienti e, dal luglio del 2019, anche di persone che, nei media o sui social network, presentano uno o più prodotti sanitari, in modo da influenzare il pubblico. A proposito, sembra che l'attivazione dell'equivalente registro italiano, determinata dalla Legge 62/2022, sia a buon punto... restiamo in attesa.
3. Hirsch Index: il massimo numero di articoli pubblicati che è stato citato almeno h volte. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 2005;102:16569-72 <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0507655102>

Com'è difficile istituire una tassa sulle bevande zuccherate

Il titolo si riferisce chiaramente al nostro paese, dove di istituire una sugar tax si parla da 4-5 anni, con continui rinvii a ogni cambio di governo e a ogni approvazione di legge finanziaria. Eppure si sa che funziona. Non è ancora chiaro se contribuisca a ridurre l'incidenza di obesità e altre malattie non trasmissibili, probabilmente perché è ancora troppo presto per misurare questi esiti, ma è sicuramente efficace nel ridurre gli acquisti e i consumi di bevande zuccherate.[1] Tanto che l'OMS ne raccomanda l'introduzione in tutti i paesi e ha addirittura pubblicato un manuale su come farlo. [2] Se però questa tassa è stata istituita solo in poco più di 20 paesi, oltre a innumerevoli stati e città USA, vuol dire che vi è una resistenza diffusa. È quindi utile analizzare gli ostacoli identificati in alcuni paesi, per capire come affrontarli se si presentano anche in Italia.

Uno dei primi paesi ad adottare la sugar tax è stato il Messico, nel 2014. Un articolo appena uscito esamina gli attori e le reti che ne hanno rallentato l'approvazione ed ostacolato la messa in pratica. [3] Si tratta di uno studio qualitativo che ha preso in esame 145 documenti sul tema, pubblicati e non, e le risposte alle interviste fatte a 31 attori chiave. I risultati dell'analisi hanno permesso di disegnare una mappa dei contatti, delle relazioni, dei legami e delle interconnessioni tra attori governativi e politici, attori commerciali e attori della società civile coinvolti prima, durante e dopo l'approvazione della legge. Nella mappa rappresentata in figura, i diversi colori rappresentano le diverse attività a favore o contro la legge. Si tratta evidentemente di un insieme complesso di attori e relazioni, comprese quelle finanziarie, non sempre trasparenti. In generale, e con le dovute eccezioni, le organizzazioni internazionali e quelle accademiche hanno lavorato a favore della tassa assieme agli organi governativi, mentre l'industria delle bevande zuccherate, con i suoi alleati (fondazioni pagate dalle ditte, camere di commercio, federazioni di produttori, etc.), remava contro. Le organizzazioni della società civile (associazioni di consumatori e di pazienti, reti per la salute pubblica, fondazioni private, etc.) potevano avere un ruolo positivo o negativo a seconda delle fonti di finanziamento, che creavano ovviamente dei CdI. Non è stato facile capire tutto quello che è successo, ma lo studio è utile per capire come identificare gli attori e le relazioni di un processo così lungo e complesso in paesi che si apprestano a istituire una sugar tax.



Un secondo articolo riguarda l’Indonesia dove, prima di iniziare il processo mirante a istituire una tassa sulle bevande zuccherate, sono state prese in considerazione le difficoltà precedenti e riguardanti tasse su tabacco e bevande alcoliche.[4] Anche in questo caso lo studio è qualitativo e ha riguardato quasi 10mila documenti, in stragrande maggioranza pubblicati sui media locali. Il dibattito nazionale sulla sugar tax è stato molto più semplice di quelli precedenti su alcol e tabacco, in cui alle considerazioni di salute si aggiungevano quelle influenzate dalla religione, oltre che dall’accavallarsi di scadenze elettorali. La tassa sulle bevande zuccherate è stata proposta per la prima volta nel 2018, è stata rivista fino al 2019, è arrivata in parlamento nel 2020, è stata approvata nel 2021, doveva entrare in vigore nel 2022, ma è stata già rimandata al 2023. Sui 241 documenti sulla tassa presi in esame per questo periodo, il 49% sono stati classificati come neutri, il 25% come a favore e il 26% contrari. Gli argomenti pro e contro la tassa erano in maggioranza di natura economica e, in secondo luogo, di salute pubblica, mentre pochi riguardavano la politica o l’industria. Il governo sembra essere favorevole soprattutto perché aumenterebbero le entrate fiscali da usare per la sanità, mentre gli argomenti contrari dell’industria riguardano i dubbi sull’efficacia e la scelta di alternative meno dannose per l’industria stessa, come la riformulazione delle bevande per ridurre il contenuto di zucchero e la promozione di campagne per consumi più consapevoli.

Infine, il Ghana, dove sono state effettuate delle interviste qualitative semi-strutturate a 19 portatori di interessi tra governo, società civile, mezzi di comunicazione, agenzie internazionali e industria per capire quali potrebbero essere i fattori facilitanti e gli ostacoli all’introduzione di una sugar tax. [5] Gli intervistati sono concordi nell’affermare che queste tasse (anche quelle su tabacco e alcol) possono generare entrate da spendere per migliorare i servizi sanitari, ma sono scettici per quanto riguarda gli effetti su consumi e salute, nonostante le molte prove scientifiche disponibili. Non manca ovviamente chi è contrario, in particolare tutti i rappresentanti dell’industria e qualche funzionario governativo, allegando possibili danni all’economia e il rischio di creare un mercato illegale. Alcuni degli intervistati citano tra gli ostacoli gli stretti legami tra governo e industria.

In conclusione, e grazie anche a una nuova revisione della letteratura sull’argomento,[6] le tasse sulla salute sembrano essere interventi molto efficaci nel ridurre i consumi di prodotti dannosi per la

salute, e di conseguenza il fardello di malattia che ne deriva. L'industria ovviamente si oppone, argomentando a volte che si tratta di una tassa regressiva, che colpisce cioè i poveri più dei ricchi, o minacciando effetti negativi per l'occupazione e l'economia. Tuttavia, gli eventuali svantaggi a breve termine per le famiglie più povere sono ampiamente controbilanciati dai vantaggi a medio e lungo termine per la salute e le spese sanitarie

A cura di Adriano Cattaneo

1. Teng AM, Jones AC, Mizdrak A, Signal L, Genç M, Wilson N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2019;20:1187-204
2. WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets. World Health Organization, Geneva, 2022
3. Carriedo A, Cairney P, Barquer S, Hawkins B. Policy networks and competing interests in the development of the Mexican sugar-sweetened beverages tax. *BMJ Global Health* 2023;8:e012125
4. Ahsan A, Amalia N, Rahmayanti KP et al. Health taxes in Indonesia: a review of policy debates on the tobacco, alcoholic beverages and sugar-sweetened beverage taxes in the media. *BMJ Glob Health* 2023;8:e012042
5. Singh A, Smith K, Hellowell M et al. An exploration of stakeholder views and perceptions on taxing tobacco, alcohol and sugar-sweetened beverages in Ghana. *BMJ Global Health* 2023;8:e012054
6. Paraje GR, Jha P, Savedoff W, Fuchs A. Taxation of tobacco, alcohol, and sugarsweetened beverages: reviewing the evidence and dispelling the myths. *BMJ Glob Health* 2023;8:e011866

Big Tobacco e sapore dei cibi e delle bevande per bambini

E a proposito di bevande zuccherate, cosa c'entra l'industria del tabacco con quella delle bevande e dei cibi per bambini? Nulla, direbbe qualsiasi persona di buon senso. Sbagliato: c'entra, eccome. Già nel 2019, un articolo pubblicato dal BMJ mostrava come Big Tobacco usasse le sue conoscenze su sostanze aromatizzanti e coloranti, oltre che sul marketing, per aiutare Big Drink a sviluppare e a commercializzare bevande più attraenti per bambini.[1] Fin dagli anni '60 del secolo scorso, Reynolds e Philip Morris, le due maggiori ditte USA del tabacco, avevano iniziato ad acquisire piccole e medie aziende di bevande per bambini (Hawaiian Punch, Kool-Aid, Capri Sun, Tang). Dopo aver sperimentato l'uso di coloranti e aromatizzanti con queste aziende, le hanno vendute a colossi come Mondelez, Kraft-Heinz e Coca-Cola, ma hanno continuato a collaborare per rendere le bevande sempre più attraenti.

Quello del BMJ era un racconto, condito da numerosi esempi concreti. Ora la rivista *Addiction*, che si occupa di dipendenza e assuefazione, pubblica un articolo nel quale il tema è approfondito con un approccio sia qualitativo sia quantitativo.[2] Gli autori, infatti, hanno consultato la documentazione riguardante 105 cibi prodotti da ditte appartenenti a Big Tobacco e 587 cibi prodotti da ditte non appartenenti a Big Tobacco. I documenti, con relativi database, erano di proprietà delle ditte, ma di pubblico dominio, o archiviati presso il Ministero dell'Agricoltura degli USA. I cibi sono stati classificati in termini di gusto (o gradevolezza al palato) in base al contenuto di sale, zuccheri e grassi. I cibi prodotti tra il 1988 e il 2001 da ditte appartenenti a Big Tobacco avevano 29% e 80% più probabilità, rispetto ai cibi prodotti da ditte non appartenenti a Big Tobacco, di essere classificati come iper-gradevoli in base al loro contenuto di sale e grassi (29%) e di sale e zuccheri (80%), rispettivamente. Nel 2018, l'iper-gradevolezza dei cibi analizzati era vieppiù aumentata, ma indipendentemente dal fatto di essere o meno prodotti da ditte appartenenti a Big Tobacco. Questo cambiamento dimostra che l'idea di commerciare cibi iper-gradevoli al palato si era ormai diffusa a tutta l'industria, e non solo a quella legata a Big Tobacco. Eravamo cioè già entrati nell'era del junk food, dei cibi ultra processati, caratterizzati proprio dall'aggiunta industriale di sostanze che li rendono più appetibili ai bambini e che creano una dipendenza, un'assuefazione, che li accompagna per tutta la vita.

E che si tratti di dipendenza e assuefazione, non solo da sostanze coloranti e aromatizzanti, ma anche da sale, zuccheri e grassi, è sostenuto dagli autori di un altro articolo.[3] Citando revisioni sistematiche che stimano la prevalenza di dipendenza da cibo al 14% negli adulti e al 12% nei bambini, ma che può arrivare al 40% nei soggetti obesi e al 50% in quelli affetti da disordini alimentari, gli autori puntano il dito contro gli alimenti ultra processati. La loro composizione, grazie anche all'uso di ingredienti che non si trovano nelle nostre cucine, li rende molto gradevoli al palato, gradevolezza che è appagante e gratificante, e che porta dapprima al consumo compulsivo e poi alla dipendenza. Tutto ciò corrisponde ai criteri che si usano comunemente per classificare l'abuso e la dipendenza da sostanze. Le conseguenze cliniche sono comparabili e ovviamente dannose. Da qui un appello per prevenire questa forma di dipendenza mediante: tasse su tutti gli alimenti ultra processati, bevande zuccherate comprese; sistemi di etichettatura che mettano in guardia i consumatori sui danni cui vanno incontro; riformulazioni obbligatorie degli ingredienti; controllo e regolazione del marketing; politiche che incentivino diete salutari. Tutte queste strategie di controllo dovrebbero dare la priorità alla protezione dei bambini, che non a caso sono il target privilegiato dell'industria di bevande e cibi ultra processati.

A cura di Adriano Cattaneo

1. Nguyen KH, Glantz SA, Palmer CN, Schmidt LA. Tobacco industry involvement in children's sugary drinks market. *BMJ* 2019;364:l736
2. Fazzino TL, Jun D, Chollet-Hinton L, Bjorlie K. US tobacco companies selectively disseminated hyper-palatable foods into the US food system: empirical evidence and current implications. *Addiction* 2023;1-10
3. Gearhardt A et al. Social, clinical, and policy implications of ultraprocessed food addiction. *BMJ* 2023;383:e075354

Affrontare il cambiamento climatico: il ruolo centrale dei medici

Cosa c'è da sapere

- I sistemi sanitari sono tra i principali produttori di gas serra, ma devono anche gestire l'aumentata richiesta di assistenza sanitaria provocata dalla crisi climatica.
- Le principali fonti di emissioni di gas serra sono: i combustibili fossili, i servizi e le catene di approvvigionamento sanitario (trasporti, farmaci, attrezzature e alimenti).
- Attraverso leggi, politiche di gestione e leadership efficaci, ma soprattutto attraverso la promozione di pratiche sostenibili nell'assistenza sanitaria di prima linea, si può ottenere la riduzione delle emissioni di gas serra.

Questo articolo offre un quadro panoramico dell'impronta di carbonio che hanno i sistemi sanitari. [1] È anche l'anteprima della serie "Azioni per cure sanitarie sostenibili" che il BMJ ha in programma di pubblicare, per mettere in evidenza quali azioni concrete i sanitari possono intraprendere per raggiungere la neutralità delle emissioni di carbonio. I professionisti sanitari in prima linea possono fare, infatti, una grande differenza, perché ognuno di loro, manager, politico o paziente che sia, ha un ruolo da svolgere per raggiungere zero emissioni nel settore sanitario.

Box 1. Definizioni delle parole chiave

- **Adattamento:** come adattarsi e gestire le conseguenze della crisi climatica attuale o futura.
- **Equivalenti di anidride carbonica (CO₂eq):** è una misura derivata dalla conversione dei diversi tipi di gas serra (ad es. anidride carbonica CO₂, metano CH₄, ossido di azoto NO₂) in una unità di misura standardizzata.
- **Impronta di carbonio:** insieme delle emissioni di gas serra generate dall'attività umana, può essere espressa per persona, o per istituzione, come ad es. un ospedale o un servizio sanitario nazionale.
- **Emissioni di gas serra:** emissioni dei gas che intrappolano il calore nell'atmosfera terrestre.
- **Hotspot:** una zona o area dove si verifica un'intensa concentrazione di emissioni di gas serra, ad es. reparti ospedalieri, laboratori e sale operatorie.
- **Analisi del ciclo di vita:** metodo per stimare l'impatto ambientale generato durante la vita di un prodotto, di un processo o di un servizio.
- **Cure di basso valore:** trattamenti o servizi clinici che forniscono un beneficio minimo o nullo ai pazienti.
- **Mitigazione/i:** misura/e per ridurre le emissioni di gas serra in atmosfera.
- **Net zero:** quando le quantità di gas serra emesse e rimosse dall'atmosfera sono pari.

- **Catena di approvvigionamento:** flusso di produzione di prodotti e servizi verso/da fornitori; nel caso della sanità, si tratta ad es. di acqua, prodotti soggetti a consumo, attrezzature mediche, farmaci e cibo.
- **Ambito 1, 2 e 3:**
 Ambito 1: emissioni prodotte dalla gestione diretta dei servizi di cura e delle strutture.
 Ambito 2: emissioni prodotte attraverso l'acquisto e l'utilizzo dell'energia.
 Ambito 3: emissioni prodotte da beni, materiali e attrezzature che le strutture sanitarie usano e scartano; ad es. il trasporto e i servizi forniti.

Di che entità è l'impronta di carbonio dei sistemi sanitari?

Solitamente, l'impronta di carbonio dei sistemi sanitari è espressa in CO₂eq e rappresenta tra l'1% e l'8,5% delle emissioni totali di un paese, secondo il sistema sanitario e le proiezioni delle emissioni di carbonio, con un valore medio de 4-5%. A livello globale, le emissioni di gas serra dei sistemi sanitari sono pari alla somma delle emissioni dell'intero continente africano (circa 1,5 miliardi di persone, 54 paesi) e variano secondo la ricchezza e la rete elettrica del paese. Negli USA, ad esempio, costituiscono l'8,5% delle emissioni nazionali, mentre in Inghilterra sono circa il 4,4%. (Figura 1). Non ci sono dati affidabili sui paesi a basso e medio reddito, si stima che emettano molto meno dei paesi più ricchi, ma non sempre.

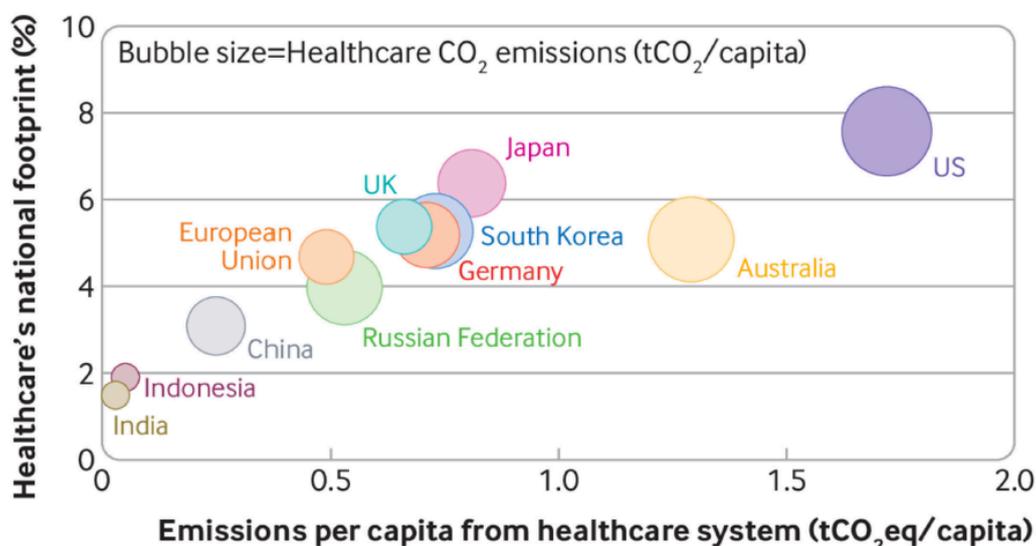


Fig 1 | National healthcare emissions and percentage carbon footprint of selected countries, 2019. Source: Adapted from Karliner et al.¹⁰

Impegno di emissioni pari a zero

Nel 2019, il sistema sanitario nazionale inglese è stato il primo al mondo a impegnarsi a produrre zero emissioni entro il 2050. Poi l'obiettivo è stato aggiornato a zero emissioni entro il 2040 e per le emissioni che influenzano ad esempio anche le catene di approvvigionamento, entro il 2045. Da allora, oltre 60 paesi si sono impegnati a sviluppare sistemi sanitari più resilienti al cambiamento climatico (CC), oppure ad adottare sistemi di cure più sostenibili, o a raggiungere zero emissioni entro il 2050, o infine per tutti e tre gli obiettivi.

Perché dobbiamo ridurre l'impronta di carbonio dei sistemi sanitari?

I sistemi sanitari hanno un problema specifico rispetto al clima. Da un lato, devono ridurre significativamente le proprie emissioni di gas serra per raggiungere zero emissioni. Dall'altro, devono gestire, adattarsi o mitigare gli effetti clinici del CC, affrontando i crescenti bisogni di salute derivanti da un pianeta sempre più caldo. Si tratta di effetti diretti degli eventi climatici estremi (alluvioni, ondate di calore, siccità, incendi), ma anche di effetti indiretti (raccolti scarsi,

peggioramento della qualità di aria, acqua e suolo, crescente numero di rifugiati climatici). L'uso di combustibili fossili, infatti, contribuisce all'aumento di particolato sottile (PM) e alla contaminazione dell'aria, insieme al CC, favorendo ad es. il peggioramento delle malattie cardiovascolari e respiratorie (BPCO, asma infantile e allergie respiratorie).

Al di fuori dell'ambito sanitario, le reti di energia elettrica si stanno progressivamente decarbonizzando, la produzione manifatturiera è sempre più efficiente, quella edilizia più sostenibile e l'uso di veicoli elettrici è in aumento. Ma queste misure di mitigazione dell'offerta sono efficaci solo se clinici, decisori politici e ricercatori sono a favore di una domanda sostenibile, riducendo l'uso di cure mediche inutili e favorendo materiali riutilizzabili. In ogni parte del sistema sanitario dovrebbero essere implementati piani concreti per ridurre le emissioni, attraverso l'uso di energia proveniente da fonti rinnovabili, la riduzione dei viaggi per pazienti, visitatori e personale, e la costruzione di nuove strutture sanitarie ad alta efficienza energetica, modernizzando o adattando gli edifici già esistenti. La sanità deve essere leader nella sostenibilità ambientale e i medici devono farsi promotori di azioni urgenti. Molti professionisti sanitari sono già coinvolti e, se richiesto loro, abbracceranno volentieri ulteriori sfide.

Cosa contribuisce all'impronta di carbonio delle cure sanitarie?

Le principali fonti di emissioni di gas serra all'interno dei sistemi sanitari si possono dividere in tre categorie (Figura 2):

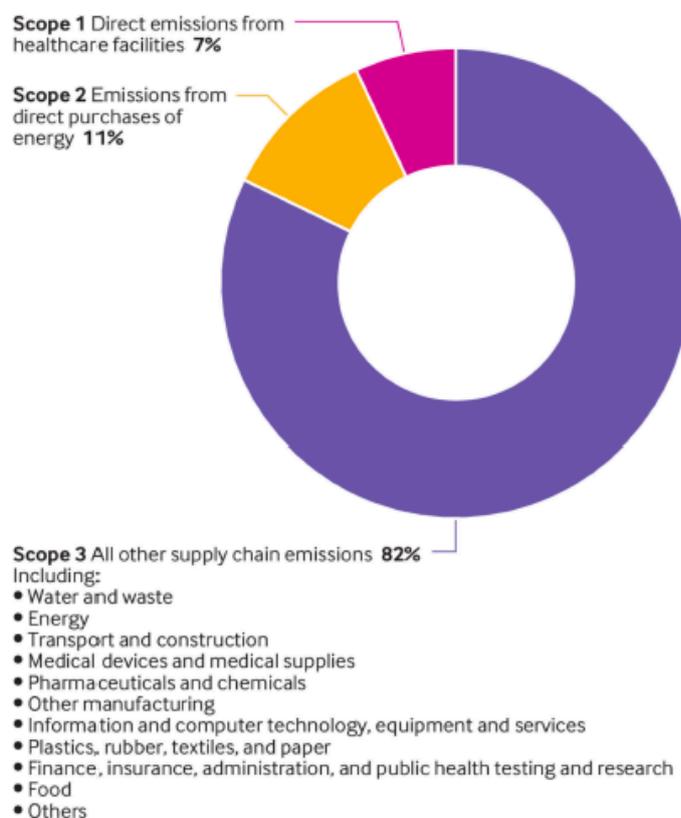


Fig 2 | Greenhouse gas emissions in 2018—proportions measured by the Scopes model for categorising healthcare's carbon emissions. Adapted from Eckelman et al.⁵

Ambito-Scope 1: le emissioni provengono direttamente dalla gestione di strutture sanitarie che forniscono servizi, come ad es. interventi chirurgici con gas anestetici in ospedale o in ambulatorio, usando un loro parco macchine.

Ambito-Scope 2: le emissioni riflettono le energie acquistate e consumate dal sistema sanitario. Passare alle energie rinnovabili o adottare misure di efficienza energetica può fare la differenza in questo ambito.

Ambito-Scope 3: le emissioni sono principalmente dovute a beni e servizi che il sistema sanitario consuma per fornire assistenza sanitaria, ma sono anche il trattamento dei rifiuti e gli spostamenti dei dipendenti, nonché le filiere dell'assistenza sanitaria in cui prodotti come medicinali (circa il 12% delle emissioni), cibo (7,2%) e dispositivi medici (3,3%) sono usati dalle strutture sanitarie. Questo ambito è il maggior contribuente all'impatto di carbonio dell'assistenza sanitaria. Per gestirne le emissioni, il sistema sanitario inglese (NHS) ha pubblicato una roadmap per il raggiungimento delle emissioni zero indicando che fornitori e venditori devono impegnarsi e pubblicare un piano di riduzione del carbonio in tutti e tre gli ambiti entro aprile 2027, e dal 2030 non potranno ricevere contratti dal NHS, a meno che non abbiano dimostrato progressi nella riduzione di emissioni di gas serra. I fornitori potranno usare il sistema di valutazione di ecosostenibilità dei fornitori per confrontarsi rispetto ai requisiti del NHS. Alle organizzazioni del NHS è richiesto di essere consapevoli del peso delle emissioni delle loro catene di approvvigionamento e di intraprendere azioni coerenti con le priorità del NHS.

Cosa si può fare per ridurre le emissioni di carbonio nel settore sanitario?

La Tabella 1 fornisce esempi di aree su cui puntare per ridurre le emissioni e mostra come la responsabilità attraversi tutti i livelli del sistema. Medici e operatori sanitari possono dare l'esempio e influenzare gli altri. Questo non significa che ogni medico debba fare una valutazione del ciclo di vita del CO₂eq nella propria area di pratica, basta fare riferimento a vari strumenti disponibili, ad es. per gli interventi chirurgici e per altri percorsi di cura dei pazienti, per comprendere il carico ambientale approssimativo di ogni specifico servizio, decisione o scelta di assistenza. Pur con un tempo limitato, un medico deve focalizzare l'attenzione sulle aree ad alta intensità di carbonio ("hotspot") quali reparti, laboratori e sale operatorie, dove ha la maggiore capacità di influenzare il cambiamento. Ad esempio, usare il protossido di azoto o il desflurano durante un'ora di intervento chirurgico equivale a guidare un'utilitaria rispettivamente 106 e 200-400 km. Sostituire con il sevoflurano equivale a guidare per 5-10 km.

Tabella 1. Aree target selezionate perché l'assistenza sanitaria possa contribuire all'azzeramento delle emissioni di carbonio	
Azioni	Responsabilità
Azioni di livello macro: politici, legislatori, autorità centrali, comitati di assistenza integrata, trust del servizio sanitario nazionale	
Promulgare una legislazione per un sistema sanitario a zero emissioni di carbonio	Parlamento, legislatori
Promuovere la consapevolezza sociale delle pratiche sostenibili e delle pratiche di promozione della salute	Tutte le parti interessate, in particolare quelle in posizioni di influenza
Rinverdire l'area sanitaria, promuovere la biodiversità, piantare alberi e creare spazi verdi	Politici, amministratori delegati
Rendere semplice la possibilità di camminare, correre o andare in bici per andare e tornare dal lavoro, fornendo piste ciclabili, percorsi pedonali, rastrelliere per biciclette (trasporto attivo)	Persone che gestiscono edifici e terreni in collaborazione con le autorità locali
Ridurre i finanziamenti o gli incentivi per le prescrizioni e i trattamenti eccessivi e le cure di basso valore	Politici e leader clinici con programmi come Choosing Wisely
Garantire che siano promossi i materiali, i progetti e il consumo energetico più ecologici durante la ricostruzione o il trasferimento delle strutture	Politici, pianificatori, designer, architetti
Ridurre i rifiuti: usare meno carta, acquistare prodotti sostenibili, riciclare. Passare a dispositivi efficienti dal punto di vista energetico e ad attrezzature e forniture meno dispendiose. Motivare i membri della forza lavoro difficili da convincere attraverso la discussione e il coinvolgimento per supportare l'erogazione di un'assistenza sanitaria sostenibile.	Politici responsabili, dirigenti senior, personale immobiliare
Valutare il contributo dei servizi medici di emergenza, comprese le ambulanze, i veicoli di uso generale, l'uso dell'energia in loco e il carburante per l'aviazione	Leadership ospedaliera e del sistema sanitario, policy maker nazionali

Affrontare le emissioni della catena di fornitura degli appalti. Rivedere le politiche di approvvigionamento per alternative più ecologiche durante gli appalti, ad esempio per alimenti, farmaci e attrezzature in termini di sostenibilità della produzione e trasporto dei prodotti finali	Politici e addetti agli appalti nazionali, con la collaborazione tra trust
Eliminare gradualmente i prodotti farmaceutici ad alto contenuto di carbonio quando saranno disponibili quelli a basso contenuto di carbonio, come gli inalatori predosati	Politici, trust e comitati di assistenza integrata in collaborazione con farmacisti e fornitori
Standardizzare le valutazioni del ciclo di vita; facilitare le valutazioni dell'impronta di carbonio di prodotti, procedure, percorsi di cura	Politici ed esperti in valutazioni del ciclo di vita in collaborazione con i medici
Azioni di livello meso: leader e gestori di strutture	
Aumentare la consapevolezza e coinvolgere i colleghi ovunque. Organizzare fiere sulla sostenibilità, giornate a tema ecologico e celebrare la giornata mondiale dell'ambiente	Tutto il personale
Formare e responsabilizzare un comitato per la sostenibilità. Nominare uno o più responsabili della sostenibilità sul posto di lavoro.	Coinvolgere il maggior numero possibile di stakeholder
Ottimizzare i programmi chirurgici e le procedure di ricovero e dimissione per promuovere l'efficienza	Dirigenti, manager, chirurghi, personale delle sale operatorie
Riutilizzare e sterilizzare le attrezzature ove possibile. Adottare e implementare liste di controllo per le sale operatorie incentrate sulla sostenibilità.	Personale addetto all'approvvigionamento, alla sala operatoria e alla sterilizzazione
Passaggio a modelli di assistenza che riducano i viaggi, ad esempio telemedicina, teleconsulti, assistenza ambulatoriale, ambulatoriale, comunitaria e domiciliare ove possibile	Dirigenti senior, medici
Nominare opinion leader di spicco come ambasciatori della sostenibilità	Leader, manager, medici, team clinico
Usare un calcolatore di carbonio (ad esempio, https://www.epaa.gov/energy e https://healthccare-climateaction.org/checkup)	Manager in collaborazione con i medici
Mettere la sostenibilità e l'ambiente al centro della formazione in medicina	Docenti, educatori, direttori di corsi
Educare i leader e il personale alla CO2eq e alle politiche e alternative più ecologiche	Personale delle risorse umane
Finanziare più promozione della salute e prevenzione delle malattie: la migliore forma di cura è non richiedere cure	Senior manager in consultazione con i medici di base e i team clinici
Azioni a livello micro: team clinici, medici, individui	
Discutere le alternative di stile di vita per i pazienti: diete a base vegetale, camminare ovunque sia fattibile, usare i trasporti pubblici, ridurre al minimo i rifiuti, ridurre il consumo di acqua	Medici, dietologi, medici di base
Coinvolgere i pazienti in un modello di coproduzione seguendo i principi di Choosing Wisely per ridurre o eliminare l'assistenza di basso valore	Medici, altri clinici
Assumersi la responsabilità individuale per un'assistenza più efficiente e sostenibile a tutti i livelli, ad esempio, riduzione degli sprechi di cibo e acqua, eliminando l'uso della plastica ove possibile	Individui, membri del team clinico
Osservare il percorso del paziente per appianare o eliminare le inefficienze	Team clinici
Identificare il più presto possibile il peggioramento o le complicanze del paziente per facilitare un intervento più rapido e meno costoso	Consulenti specializzati, sistemi di risposta rapida, personale di reparto
Usare alternative agli attuali gas anestetici (desflurano e biossido di azoto), ridurre le perdite di gas	Anestesisti, dirigenti sanitari
Sostituire gli inalatori predosati	Equipe respiratorie, medici di famiglia, aziende farmaceutiche
Aiutare le persone ad adattarsi al potenziale danno o al danno già causato, ad esempio, l'uso della protezione solare per la prevenzione del cancro della pelle	Medici, medici di base
Valutare pratiche cliniche dispendiose, ricercare e identificare le migliori pratiche cliniche per la riduzione del carbonio	Ricercatori medici e agenzie di finanziamento

Che ruolo hanno i medici?

Salute pubblica e tutela

Le misure di adattamento e mitigazione della Tabella 1 vanno di pari passo con un approccio di sanità pubblica (Box 2) e si applicano a tutti, compresi i paesi a reddito medio e basso (Box 2 e 3). Il coinvolgimento dei medici in contesti con risorse limitate, individualmente o come parte di un'iniziativa di sanità pubblica, può ispirare altri per costruire resilienza climatica, proteggere le minoranze vulnerabili e promuovere pratiche sanitarie sostenibili di fronte alle crescenti conseguenze negative e iniquità causate dal CC.

Box 2. Misure di sanità pubblica per affrontare il CC.

Le azioni che i medici possono intraprendere per mitigare gli impatti del CC sulla salute sono spesso indirizzate verso contesti ad alto reddito, ma pratiche di sanità pubblica ben collaudate che promuovano l'efficienza del carbonio si applicano ugualmente anche a contesti di livello più basso o intermedio. Per esempio:

- affrontare l'impatto del settore sanitario sul CC
- promuovere la formazione in salute pubblica e la consapevolezza
- supervisionare la sorveglianza delle malattie e le risposte
- rafforzare le capacità e la formazione del personale
- sostenere cambiamenti politici
- condurre ricerche e applicare prove
- collaborare con altri soggetti interessati e condividere le conoscenze

Box 3. Formazione applicata alla pratica clinica.

- Quali cambiamenti specifici potresti apportare nella tua pratica per contribuire a raggiungere gli obiettivi di zero emissioni di carbonio?
- Usando la guida interattiva della serie del BMJ *Actions for Sustainable Healthcare*, individua tre progetti o cambiamenti nella pratica che ridurranno le emissioni di gas serra.
- Come interagisci con i tuoi pazienti in un modello di decisione condivisa sull'appropriatezza di test, trattamenti o procedure potenziali per i quali ci sono alternative a basso costo con un minor impatto di carbonio?

Cambiamento legislativo

Tutti gli stakeholder sanitari, da buoni cittadini, hanno la responsabilità di agire e di lavorare per la sostenibilità. Si tratta di pazienti, politici, legislatori, manager, leader e medici. Grazie alle pressioni concertate di medici e di altri stakeholder, i Governi hanno imposto cambiamenti a tutta la società, ad es. attraverso l'Inflation Reduction Act 2022 degli USA, l'Environment Act 2021 e l'Health and Care Act 2022 del Regno Unito. I politici, su consiglio dei clinici, hanno pubblicato procedure influenti, linee guida e documenti (come ad es. l'Irish Climate Action Strategy 2023 e NHS England's Delivering a "Net Zero" NHS) a supporto della riduzione delle emissioni di gas serra.

Influenzare i leader e i manager sanitari

I clinici possono influenzare i manager e i leader in tutti i contesti sanitari (ospedali, strutture di assistenza per anziani, centri di assistenza sociale, ambulatori territoriali e altro). Possono battersi per l'acquisto di prodotti più sostenibili man mano che arrivano sul mercato, per sostenere incentivi di bilancio per un'assistenza sanitaria a minore impatto di carbonio e individuare alternative a beni e attrezzature a forte impatto di carbonio (che spesso hanno anche un breve periodo di ammortamento, liberando così più risorse per trattamenti di maggior valore).

Promuovere la prevenzione

Concentrarsi su strategie di prevenzione aiuta a ridurre i livelli elevati di emissioni derivanti dalle cure sanitarie nell'acuzie. L'intervento meno costoso e a più basso impatto di carbonio si ottiene quando nessuna terapia è necessaria, soprattutto in caso di terapie acute costose. Si può creare un circolo virtuoso per cui l'uso dei mezzi di trasporto attivi (come camminare o andare in bicicletta) riduce emissioni di gas serra e inquinamento atmosferico, ma incoraggia anche l'esercizio fisico e promuove la forma fisica. Seguire una dieta a base vegetale, spesso più salutare e a minor impatto di carbonio rispetto alle alternative, può portare nel tempo a miglioramenti nella salute della popolazione e a minori ricoveri ospedalieri. I medici, quando si spostano sul posto di lavoro usando i mezzi di trasporto pubblico, in bicicletta o a piedi, possono ispirare il personale a fare lo stesso. Se questi metodi di trasporto non sono disponibili, sostenere la loro introduzione è la cosa migliore.

Riduzione delle cure di scarsa utilità

Si stima che fino al 30% delle cure sanitarie sia di scarsa utilità o rappresenti uno spreco di risorse. Ridurre l'eccesso di prescrizioni, trattamenti e test inutili ridurrà l'impronta ambientale e i costi del

settore sanitario, senza compromettere l'assistenza sanitaria dei pazienti; ad es., gestire meglio gli antibiotici, ridurre esami ematici, screening, imaging o altri test inutili, limitare procedure o interventi non necessari, evitare test duplicati in ambiente ospedaliero. Alcuni programmi specifici, come Choosing Wisely e Getting It Right First Time, mirano a ridurre le cure e la variabilità ingiustificate. Gli approcci da loro sostenuti possono portare a conversazioni tra paziente e clinico che riducono test, trattamenti e procedure di valore discutibile, e questi programmi sono attivi da tempo in oltre 30 paesi. Ripetere procedure e test che non apportano alcun beneficio netto al benessere del paziente non solo aumenta il rischio, ma impiega inutilmente risorse scarse e lascia sfuggire opportunità per usarle in modo più produttivo, rendendo più difficile raggiungere net zero.

A cura di Laura Reali

1. Braithwaite J, Pichumani A, Crowley P. Tackling climate change: the pivotal role of clinicians. *BMJ* 2023;382:e076963

Informazioni ingannevoli sui farmaci

Sei ditte farmaceutiche operanti in Gran Bretagna hanno ammesso di aver contravvenuto al codice di autoregolamentazione in vigore dal 2019.[1] In tutti e sei i casi c'è stata piena ammissione di colpa, non seguita da ricorso in appello.

1. Novartis

In un pagina web dove si spiegava ai medici l'uso di un farmaco per l'insufficienza cardiaca, si taceva il fatto che poteva causare disturbi renali ed epatici. Inoltre, in un podcast dedicato allo stesso farmaco, si minimizzavano i problemi renali che avrebbe potuto causare. Per quanto riguarda invece un farmaco contro la sclerosi multipla, si sottaceva la controindicazione assoluta per chi avesse avuto un infarto e/o episodi di insufficienza cardiaca nei 6 mesi precedenti l'assunzione.

2. Roche

Nell'uso di un farmaco per un tipo particolare di linfoma, sul sito web dedicato ai professionisti, si omettevano importanti informazioni su modifiche del dosaggio. In un altro caso, si tralasciavano importanti segnalazioni sulla sicurezza nei dosaggi di un farmaco oncologico, anche qui su un sito web dedicato a professionisti.

3. Astra Zeneca

Nella pagina di una rivista medica dove compariva la pubblicità di uno spray per asma/bronchite cronica si tralasciava la voce bibliografica in cui erano contenute informazioni importanti sulle indicazioni prescrittive. Senza questa voce, si poteva intendere che il farmaco poteva essere usato anche per la terapia al bisogno e non solo per la fase di mantenimento a dosaggio pieno. Il corpo di stampa delle indicazioni era a fondo pagina e troppo piccolo. In questo modo, la nota non forniva chiare informazioni sulla posologia al bisogno con la quale il dosaggio più elevato poteva compromettere la sicurezza del paziente. La ditta stessa ha poi convenuto sulla scorrettezza dell'informazione.

4. Daiichi Sankyo

Si riferisce al caso di due farmaci per le dislipidemie da associare alle statine. Nel materiale informativo per i medici, la ditta aveva omesso la controindicazione nel caso si usasse simvastatina a più di 40 mg/die.

5. AbbVie

Un farmaco biologico per l'artrite psoriasica si pubblicizzava con una foto di una giovane donna mentre fa surfing fra le onde. L'immagine, a detta dell'autorità di autoregolamentazione, non riflette le condizioni standard di una paziente affetta da artrite moderata/severa (indicazione d'uso del farmaco).

6. Croma Pharma

L'invito speso a un simposio a Monaco, dove il trattamento con tossina botulinica Letybo avrebbe dovuto essere soltanto un evento marginale e non l'argomento principale trattato.

Le ditte, colte per così dire in fallo, devono poi dimostrare di aver intrapreso misure atte a cancellare omissioni del genere per il futuro. Il direttore della PMCPA (autorità britannica per il codice prescrittivo dei farmaci) ha dichiarato che l'ottemperare al codice è importante anche per l'immagine delle ditte stesse. Le irregolarità eventualmente presenti nei depliant pubblicitari dedicati ai medici devono essere immediatamente corrette e la stessa mancanza non più iterata.

Nota

A margine di quanto sopra, mi viene da fare una considerazione sul metodo di indagine di un organismo (PMCPA) che è pur sempre emanazione diretta di ABPI (la Farmindustria britannica), cioè delle ditte stesse, e cioè sul fatto che l'obbligo di pubblicare questi rilievi su riviste biomediche come BMJ e altre crea notevole trasparenza. Anche in Italia esiste un codice deontologico di Farmindustria, 45 pagine fitte di buoni propositi.[2] In particolare, per le irregolarità rilevate, esiste un comitato di controllo, un giurì ed un giudice monocratico. Le sanzioni possono arrivare a 200mila €, ma in ogni caso non è prevista alcuna pubblicazione sulla stampa scientifica, per cui manca quella trasparenza ben presente invece nel codice di autoregolamentazione britannico.

A cura di Giovanni Peronato

1. Iacobucci G. Drug companies breached industry code with misleading information. BMJ 2023;383:p2434

2. <https://www.farindustria.it/app/uploads/2018/06/2022-APRILE-5.pdf>

Le mani sulla scuola

Non più tardi del mese scorso, nella Lettera 117, raccontavamo dell'[iniziativa di Pfizer](#) per le scuole, e del suo progetto contro la “disinformazione”, “per portare strumenti per una migliore alfabetizzazione medico-scientifica di studenti e professori”. Notavamo come sarebbe quindi una delle maggiori multinazionali del settore farmaceutico e con a carico un numero impressionante di cause legali, a formare le nuove generazioni italiane sulla corretta informazione scientifica.

Neanche il tempo di digerire questa notizia, che un'altra grande multinazionale, Sanofi, lancia, in veste di sponsor “non condizionante” la sua iniziativa nelle scuole, con il progetto “I vaccini tornano a scuola”, di cui hanno parlato diverse testate nazionali (per esempio [qui](#) e [qui](#)). Il progetto nasce a cura di Michele Conversano, del dipartimento di Prevenzione dell'ASL Taranto e past president della SItI (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica), e prevede un toolbox (materiali come slidekit e brochure informative sulle malattie infettive, lettere al personale sanitario e scolastico, inviti alla vaccinazione) dedicato agli operatori sanitari, con l'intento di incoraggiare campagne vaccinali nelle scuole con il coinvolgimento di insegnanti, studenti e

genitori.

Di fronte a questa ennesima iniziativa nelle scuole (mentre scriviamo arriva la notizia del [rapporto](#) di Greenpeace sull'influenza del gigante del fossile ENI nelle scuole secondarie superiori e nelle università), la domanda che ci facciamo è: ma è normale che ditte multinazionali con ovvi ed evidenti CdI, possano realizzare, seppure "solo" con il contributo "non condizionante", delle campagne destinate alle scuole? E a latere invitiamo a riflettere: quanto può essere "non condizionante" una sponsorizzazione, anche solo per il fatto che chi la riceve sia se non altro riconoscente e quindi voglia accontentare il finanziatore? Stiamo parlando di salute, ma la stessa cosa varrebbe ovviamente per qualunque altro prodotto che sia promosso nelle scuole, visto che queste iniziative sono sempre presentate come preziose per il bene comune, l'educazione, il benessere, il clima e quant'altro. Qualcuno potrebbe eccepire che i vaccini sono un'eccezione perché si parla di sanità pubblica e allora si possono promuovere ovunque, ma forse, quello che manca davvero, nelle scuole come altrove, è la possibilità di discutere di salute o di qualunque altra cosa, in maniera davvero libera, articolata e trasparente, senza l'ingerenza di multinazionali che, *ça va sans dire*, hanno come obiettivo principale il proprio fatturato.

Giada Mei

My PeBS: più 25% diventa uguale a 0?

Nel giugno del 2022 abbiamo descritto sulla Lettera n. 104 il protocollo My PeBS per lo screening mammografico personalizzato, come una possibile opportunità per passare da screening generali a screening stratificati secondo il rischio individuale. Abbiamo appreso attraverso il periodico La Lettre du GRAS (Group de Recherche et d'Action pour la Santé) n. 128, che sono sorti problemi di reclutamento e sono state introdotte modifiche del protocollo, come riportato nel sito di Cancer Rose.[1] La disamina dei problemi metodologici critica la scelta di effettuare uno studio di non inferiorità con soglia arbitraria del 25% rispetto alla comparsa di neoplasie mammarie: significa che fino al 25% di neoplasie in più è considerato pari a 0, ovvero i due bracci dello studio sono considerati equivalenti. La comunicazione contenuta nel dépliant informativo è considerata incompleta e ingannevole.

Un'occasione persa oppure una distorsione non casuale? Il Gruppo di Cancer Rose conclude che saranno le donne a giudicare. Personalmente, non credo che ne avranno gli strumenti. Semplicemente, la maggior parte delle donne coinvolte nello screening non è a conoscenza dello studio. Io ho chiesto di essere inclusa senza ricevere nessuna risposta.

Mariolina Congedo

1. <https://cancer-rose.fr/my-pebs/2019/12/04/argomentazione-in-lingua-italiana/>

Il sì del governo in Europa al glifosato è sconcertante

17 ottobre 2023

Fiorella Belpoggi, Emerita Direttrice Scientifica dell'Istituto Ramazzini di Bologna e membro del Comitato Scientifico ISDE-Italia (Associazione Medici per l'Ambiente) è stata intervistata dal Fatto quotidiano sul voto favorevole dell'Italia al rinnovo decennale del glifosato.

Continua a leggere: <https://www.isdenews.it/belpoggi-il-si-del-governo-in-europa-al-glifosato-e-sconcertante/>

Proteggere i bambini di Gaza

Richard Horton, The Lancet, 3 novembre 2023

Continua a leggere: <https://www.saluteinternazionale.info/2023/11/proteggere-i-bambini-di-gaza/>

Turbine di norme sulla censura di internet, ovunque, in contemporanea

Gli spazi per voci critiche (anche scientifiche) si stanno chiudendo a una velocità drammatica.

Da anni sono tra chi chiede, sinora senza successo, un confronto scientifico istituzionale per poter mettere in discussione con dati e prove scientifiche una parte di politiche sanitarie ritenuta disfunzionale. Oggi sta però precipitando qualcosa di gravissimo: una rapida e coordinata proliferazione di norme internazionali che legittimano, anzi pretendono la censura sui media e su internet di voci in dissenso dalla narrazione ufficiale, con il fine dichiarato di “proteggere da informazioni false e disinformazione”, e pesanti sanzioni per chi non si conforma.

Il valore inestimabile della libertà di espressione e di informazione nel mantenere le società libere e aperte è oggi sottoposto a un attacco senza precedenti, di cui sembra ci sia poca consapevolezza. A questo proposito raccomando la lettura dell'articolo di Debbie Lermann: “Censura di internet, ovunque e contemporaneamente”. [1] L'articolo documenta che si stanno moltiplicando in modo contemporaneo norme internazionali e nazionali che legittimano la censura e negano l'articolo 19 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e l'articolo 19, paragrafo 2, del Patto (ONU) che tutelano “il diritto alla libertà di espressione, compresa la libertà di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee di ogni tipo, senza riguardo alle frontiere, e con qualsiasi mezzo”. Collegata alla libertà di espressione, la libertà d'informazione è essa stessa un diritto. L'Assemblea Generale dell'ONU ha affermato che “La libertà d'informazione è un diritto umano fondamentale e la pietra di paragone di tutte le libertà a cui sono consacrate le Nazioni Unite.” (Pag. 9). Sembra incredibile che più avanti l'ONU, con un vero salto mortale logico, possa dire di ritenere che “incitamento all'odio e disinformazione” distruggono tutti i diritti umani, per proteggere i quali andrebbe pertanto abrogata la libertà di parola e di informazione!

Si noti la pretestuosità strumentale dell'abbinare “incitamento all'odio” (su cui Popper prevedeva un'eccezione all'imperativo generale della tolleranza: “paradosso della tolleranza”)[2] a “disinformazione”, che invece è soggetta a discussione delle prove disponibili e che non può essere definita tale da un “Ministero della Verità” di orwelliana memoria. Qualcuno osserverà che non siamo ancora a quel punto, ma “all'inferno si arriva a piccoli passi”. E comunque quanto descritto nell'articolo del Brownstone Institute sono davvero passi da gigante in quella direzione, che può

essere senza ritorno. Si vedano i link a quanto, pur accompagnato da buone intenzioni, invocano il World Economic Forum e l'ONU, e le norme sulla censura di USA, Google, Unione Europea (con il *Digital Service ACT*), Regno Unito, Australia, Canada, per finire all'OMS con i minacciosi emendamenti proposti ai Regolamenti Sanitari Internazionali [qui](#).

Le politiche sanitarie internazionali, più prossime ai nostri ambiti di competenza, sono fra i settori più esposti a questa svolta, di cui molti stentano a prendere atto. Mi auguro che per NoGrazie sia facile comprendere che:

- normative di questo tipo darebbero campo libero ai CdI di chi detiene il maggior potere internazionale e nazionale, nel condizionare la comunicazione a ogni livello, sanità inclusa;
- anche le storiche battaglie dei NoGrazie contro i CdI in sanità, già oggi con spazio solo marginale a livello accademico o mediatico, sarebbero ancor più marginalizzate e silenziate, con la legittimazione delle nuove leggi.

Si segnala il Comunicato 11 della Commissione Scientifica Medica Indipendente sul nuovo Trattato Pandemico e sugli emendamenti ai Regolamenti Sanitari Internazionali, che l'OMS vorrebbe far approvare agli Stati membri nel maggio 2024: <https://cmsindipendente.it/sites/default/files/2023-10/CMS%20-%2020231021%20-%20Trattato%20Pandemico%20e%20emendamenti%20RSI.pdf>
Con la speranza che acceleri una presa di coscienza e azioni coerenti, anche del nostro Gruppo.

Alberto Donzelli

1. <https://it.brownstone.org/articles/internet-censorship-everywhere-all-at-once/>

2. Il filosofo John Rawls riteneva che una società retta deve tollerare gli intolleranti ma, come Popper, ha sostenuto una possibile eccezione: “la società ha un ragionevole diritto di [autopreservazione](#) che supera il principio di tolleranza: solo quando i tolleranti credano in modo sincero e ragionevole che la loro sicurezza e quella delle istituzioni della libertà siano in pericolo”.