

La truffa del fumo passivo

>>>> Corso rapido per principianti

LEZIONE 2



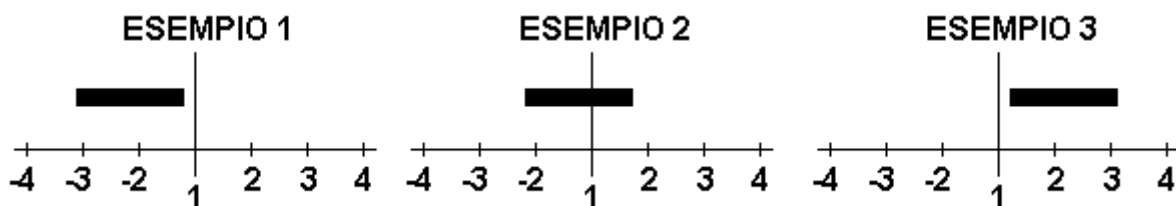
Come si illustra un rischio?

Osserviamo il grafico sotto. L'asse verticale indica il valore di rischio nullo, vale a dire zero incremento o decremento del rischio. Valori a destra dell'asse verticale indicano un aumento del rischio, e una diminuzione del rischio per i valori alla sinistra dell'asse. Ogni tacca dell'asse orizzontale a destra dell'asse verticale di rischio nullo indica l'incremento percentuale, ovvero 1 = rischio zero, 2 = 100% di incremento di rischio, 3 = 200% di incremento, e così via. Il contrario vale per i valori a sinistra dell'asse verticale di rischio nullo. Perché si parte da 1 e non da zero? Perché, come abbiamo già visto, l'incremento di rischio è il **rapporto** tra il numero di malattie di un gruppo di persone esaminate (casi) e il numero di malattie di un gruppo di referenza (controlli). Il numero emergente da tale rapporto è chiamato **rischio relativo (RR)** [**numero malattie del caso : numero malattie del controllo = rischio relativo**]. Quindi, se il rapporto è 1 (il numero di partenza dell'asse verticale), non c'è incremento/diminuzione di rischio.

Graficamente, i risultati sono rappresentati con **barre**.

I risultati non sono mai esatti, e vengono rappresentati da un valore medio. Graficamente, questi valori medi sono contenuti entro barre che descrivono di quanto varia l'incertezza delle loro misure. La **lunghezza** di una barra rappresenta quello che statisticamente è chiamato l' "*intervallo di confidenza*" (vedi anche sotto), e stabilisce che la misura vera potrebbe cadere nell'intervallo di valori rappresentata dalla barra, con una probabilità del 95%. In altre parole, *noi stimiamo il valore del rischio relativo, ma sappiamo che probabilmente esso non coincide con il valore reale*.

Se la barra cade interamente a sinistra (esempio 1), ciò vuol dire che lo studio ha trovato una *diminuzione statisticamente significativa* di rischio (beneficio). Se la barra cade interamente a destra (esempio 3), lo studio ha trovato un *aumento statisticamente significativo* (incremento) di rischio. Se la barra sta a cavallo dell'asse verticale (esempio 2) **il risultato non è statisticamente significativo e non dimostra un rischio**, perché i valori possibili cadono contemporaneamente nei due campi, mostrando quindi **allo stesso tempo** un aumento o una diminuzione di rischio. In altre parole, lo studio è incapace di misurare la variazione del rischio e, quindi, non riesce a decidere se tale variazione sia positiva o negativa.



Quanto aumento di rischio giustifica preoccupazione?

Quando si parla di rischi di malattie "da fumo passivo", come asma, cancro ecc., tali malattie possono essere causate da moltissimi fattori (*multifattorialità*) che in tutta probabilità sono presenti *allo stesso tempo*, interagiscono tra di loro, ed il loro rapporto ed interazione sono diversi in ogni singolo individuo. Isolare uno dei fattori e misurarlo con precisione è un'impresa difficilissima, se non impossibile. Di nuovo, quando si misura un rischio si fa così: si prende un numero di persone non esposte alla sostanza o

pericolo in genere (in questo caso, fumo passivo) e la si compara con un simile numero di persone che sono (o sono state) esposte a tale sostanza o pericolo. Quindi si cerca un aumento della presenza della malattia cercata (esempio: cancro) nelle persone esposte. Un metodo alternativo è di seguire un gruppo di persone per 10 - 20 anni o più ma questi studi, detti *longitudinali*, comportano grandi spese, ed il dover aspettare decenni per i risultati -- e questo contrasta col bisogno della produzione rapida di studi in massa necessaria per costruire la percezione della "montagna di evidenza" indispensabile per la propaganda. In ogni modo, anche i pochissimi studi longitudinali sul fumo passivo soffrono essenzialmente degli stessi problemi che rendono gli studi casi/controlli del tutto inattendibili, e non offrono vantaggio alcuno.

Siccome il cancro, come moltissime altre malattie, ha tanti co-fattori, *solo un grosso aumento del numero di cancro* tra le persone esposte al fumo passivo può essere un indicatore significativo dell'esistenza di un rischio di cancro. Ma **quanto** aumento in percentuale è considerato "significativo"? Convenzionalmente, per malattie con molti fattori, si considera significativo un aumento che parte dal **200%** (RR=3, tacca 3 sulla destra della linea orizzontale negli esempi) - 300% (RR=4, tacca 4). Quindi, anche ammettendo *senza concederlo* che le misure di esposizione siano attendibili e che i casi non mentano più dei controlli (cioè il gruppo di referenza senza cancro), tale è l'aumento necessario per avere una statistica **ipotesi** che l'esistenza del rischio rappresentato dal fumo passivo possa essere **plausibile**. Diversamente, l'aumento di rischio potrebbe essere dovuto ad altri co-fattori singoli, o agenti tra di loro, che hanno poco o nulla a che vedere con ciò che si cerca di misurare; oppure, molto più banalmente, una elevazione di rischio "piccola" potrebbe essere frutto del caso: cioè della scelta, che si presume casuale, dei casi e dei controlli.



In genere, questa regola su incrementi di rischio non si applica a malattie monofattoriali come la polio o la tubercolosi, perché la causa è unica e quindi non soggetta a molteplici e confondenti fattori di rischio. La gente comune non è al corrente di questa importante differenza tra epidemiologia monofattoriale e multifattoriale, e tende a pensare che gli studi sul fumo o sui telefonini, per esempio, abbiano la stessa precisione di quelli sulla polio. **Ed è proprio l'ignoranza del pubblico e dei politici su questa fondamentale distinzione uno dei principali cardini della propaganda antifumo e della scienza rottame; ed i propagandisti, naturalmente, si guardano bene dal rivelarla.**



Quando uno studio esibisce un aumento di rischio da fumo passivo, quanto è di solito tale aumento?

L'aumento di rischio da fumo passivo (quando lo studio cade interamente a destra dell'asse verticale) di solito non va oltre il 12-16%, cioè RR=1,12-1,18.



Ma se il rischio da fumo passivo è così piccolo, perché tutto l'allarme?



Perché **non stiamo parlando di verità**, ma di **disinformazione e talvolta di truffa**. La propaganda antifumo **conta** sul fatto che la gente comune **non ha idea** di come un rischio venga misurato, di come gli studi siano condotti, e tanto meno di chi li abbia pagati.



Il fattore finanziamento studio, infatti, viene menzionato **solo** quando uno studio che **non** dimostra un'elevazione rischio è finanziato dall'industria del tabacco (e ciò accadeva solo nel passato perché ora l'industria non lo può più fare per via dell'accordo statunitense Master Settlement Agreement (<http://193.78.190.200/historic/files/pref.htm>) del 1998 che, in cambio dell'immunità da cause legali da parte degli stati americani, la **obbliga a non produrre evidenza contraria alla propaganda antifumo, né può ufficialmente obiettare agli argomenti della propaganda.**

Questa è la ragione per cui sentiamo oggi dire che "...Anche l'industria del tabacco ora ammette che il fumo provoca X", tanto, pur di sopravvivere, l'industria ha dovuto rinunciare a contestare i risultati degli "studi". Invece, il fatto che quasi tutti gli studi antifumo siano finanziati o dall'**industria farmaceutica**, o da fondi di stato **gestiti dalle forze antifumo** viene sempre e accuratamente taciuto, e l'informazione viene presentata come imparziale e veritiera. È anche utile notare che, quasi ogni volta che si parla di divieto di fumo in pubblico, ci si attacca anche il messaggio di smettere il fumo con i prodotti farmaceutici. Con le campagne antifumo, le multinazionali farmaceutiche hanno trasformato media e ministeri della sanità in macchine promozionali dei loro prodotti a spese dei contribuenti.



Gioco di percezioni

I fondi delle multinazionali del tabacco sono sporchi, quindi attività e studi da loro finanziati non sono credibili.

I fondi delle multinazionali farmaceutiche, o quelli di stato gestiti dalle forze antifumo (alleate ai farmaceutici), invece, sono puliti, quindi le attività e gli studi che pagano loro sono credibili, e citati dalla propaganda.

Ma, tornando agli studi stessi, alla gente comune viene in sostanza detto: "Ecco gente, noi siamo l'istituzione (Lega, Istituto), oppure l'esimio prof. Taldeitali, pneumologo, oncologo ecc., ecc.; noi vi **diciamo** che gli studi X, Y, Z hanno **dimostrato** conclusivamente e senza dubbio che il fumo passivo uccide (fa venire l'asma, la calvizie, fa male alle donne incinta, ecc.). **Credeteci, e fate un atto di fede**". Ciò quando va bene, altrimenti sentiamo solo dire che "**Un nuovo studio dell'università Pincopallino ha dimostrato che il fumo passivo causa X**". L'osservatore attento può però notare che un'autorità **fa sempre referenza ad un'altra**, ma essa stessa **non mostra mai le prove al pubblico**.

Per esempio: la Lega Italiana Tumori si riferisce all'Organizzazione Mondiale della Sanità, che fa riferimento all'Environmental Protection Agency americana, che a sua volta si riferisce all'università di Harvard, la quale si basa su ciò che afferma l'università della California, e così via. In questo gioco delle tre tavolette dell'evidenza, il pubblico è intenzionalmente confuso per far perdere la traccia, ed indurlo quindi a basarsi esclusivamente sulla **fiducia** negli "esperti" che riportano il pericolo. I media, da canto loro, si guardano bene dal fare domande sulla validità dei risultati e metodi o perché incompetenti, o perché ciò sarebbe politicamente scorretto. **Come si può osare**, infatti, mettere in discussione un santone medico (se non quando dice che il fumo non fa poi così male, oppure se per caso il suo vicino di casa è un dirigente dell'industria del tabacco?). Purtroppo, il fatto che gli errori metodologici o scientifici di uno studio antifumo vengano smascherati non fa notizia; che invece uno studio trovi un legame tra il tabacco e qualche assurda malattia, sì.



Dov'è l'evidenza?

Ma che succede se gli esperti mentono? Proprio nulla. Come già detto, i media non mettono **MAI** in questione la credibilità degli esperti che denunciano il pericolo, perché ciò sarebbe destabilizzante per la "sacrosanta" crociata antifumo. In breve, è meglio che la gente smetta di fumare grazie a menzogne piuttosto che continui a fumare perché la verità non è poi così orribile, e non fa così paura. Il paternalismo, la gravità e le minacce per la libertà che questa inversione morale rappresenta non hanno bisogno di commenti, né sono l'oggetto di questa denuncia. L'establishment antifumo conta anche sul fatto che quella fetta della popolazione cui non piace il fumo sia ancora più incline a credere a ciò che potrebbe portargli vantaggio, cioè la proibizione totale del fumo sul lavoro e nei luoghi pubblici.



Come facciamo a essere certi dei risultati ottenuti da uno studio?



Nel sacco ci sono dieci palline, cinque rosse e cinque nere, ma voi non sapete quante ce ne sono di ogni colore. Se ne pescate solo due e vi capitano entrambe rosse, quanto certi siete che siano tutte rosse?

Uno studio statistico non dà mai, come risultato, una certezza, ma – nella migliore delle ipotesi – una sorta di "miglior stima" di un valore che sfortunatamente è destinato a rimanere incognito. Purtroppo, questo è un limite invalicabile della statistica. Per questa ragione, gli studiosi hanno sviluppato tecniche per misurare i propri errori e definire un margine di affidabilità. Si parla a questo proposito di "**intervallo di confidenza**". L'intervallo di confidenza ci dice tra quali valori si colloca il rischio da noi misurato e con quale probabilità. Usualmente, si sceglie un intervallo di confidenza al 95%: questo significa che abbiamo solo il 5% di probabilità (una su venti) che la correlazione da noi trovata sia frutto del caso.

Quando "i conti non tornano" negli studi sul fumo passivo (cioè non fanno vedere che c'è rischio per la salute) si tende ad abbassare l'intervallo di confidenza al 90% per farli tornare, ed avvicinarsi al risultato politico predeterminato. Ma così facendo, questo significa che l'intervallo sarà sì più stretto, ma sarà anche maggiore la probabilità di aver ritenuto vera un'ipotesi falsa.

L'intervallo di confidenza, in sostanza, è una misura della probabilità di errore. Supponete di avere un sacco con dentro dieci palline, cinque rosse e cinque nere. Se ne pescate solo due, avete una buona probabilità di sceglierle dello stesso colore e, quindi, di concludere che il sacco contiene solo palline di quel colore. Se ne pescate tre, questa probabilità è minore. L'intervallo di confidenza è una misura di quante palline pescate: più ne prendete, più esso è elevato (cioè prossimo al 100%).



Affiamo le proven! Kredete senza kiedere e fate fumo verboten!

Ma allora, dove sono le prove?



Molto nascoste. Perché sono nascoste? Perché le prove "conclusive" e che "non lasciano dubbi" **in realtà non hanno provato nulla.** FORCES vi mette a contatto con queste prove, ve le menziona per nome e in dettaglio, e ve le rende semplici abbastanza da essere capite senza bisogno di specializzazione.



Questa è la ragione per cui FORCES è sistematicamente ignorata dai media che supportano l'antifumo: E' anche la ragione per cui le lettere di FORCES ad organizzazioni antifumo ed allo stesso ministero della sanità (<http://www.forcesitaly.org/italy/files/sirchia.htm>), che chiedono su quali fondamenta di scienza **reale** si basano le affermazioni di pericolo e gli appelli per la proibizione, vengono ignorate: **perché queste entità sanno perfettamente che non sono in grado di sostenere le loro affermazioni pseudo-scientifiche a rigore di scienza.** Piuttosto che fare la figura dei fessi o dei truffatori, quindi, preferiscono restare silenti. Chi li può biasimare?