

## VII - I Farmaceutici e i Medici: Corruzione nella Medicina

di Wanda Hamilton

Data di pubblicazione italiana: 5 Novembre 2001

Data di pubblicazione dell'originale inglese: 27 Luglio 2001

*“Comincia il primo giorno in cui si inizia la facoltà di Medicina, e dura fino alla pensione; è l'unico beneficio affidabile 'dalla culla alla tomba', su cui i medici possono veramente contare... Comincia in modo lento e insidioso -- come una sorta di dipendenza -- e può portare ad influenzare l'intima natura della formulazione delle decisioni e delle pratiche mediche. All'inizio, essa appare abbastanza innocua: un manuale qua, una piletta là e, progressivamente, si passa allo stetoscopio o alla borsa medica finché, infine, arrivano le 'notti metropolitane' di partecipazione agli incontri accademici e ai 'simposi didattici', 'tutto-pagato', in splendide località.”* Editoriale di *The Lancet* sulle prebende ai medici, e sull'influenza sull'educazione medica negli Stati Uniti da parte dell'industria farmaceutica. (*The Lancet*, 356:781, 2 Settembre 2000).

*“Il mondo delle corporazioni controlla molti dei nostri rappresentanti politici a Washington; la situazione medica non è molto diversa: l'industria controlla i medici e detta le regole della preparazione professionale, della ricerca e, infine, della pratica medica stessa; [e ciò accade] a livelli finora inimmaginabili.”* Augusto Sarmiento, MD, Lettera all'Editore, *JAMA*, 286(3), 18 Luglio 2001.

*La frase, “Primo, non fare del male” è stata eliminata dal 'modificato' giuramento Ippocratico che normalmente tutti i neolaureati in Medicina fanno negli Stati Uniti. La frase iniziale del giuramento medico oggi dice: “Solennemente giuro su ciò che ho di più caro che sarò leale alla professione medica, e magnanimo con i suoi membri.”*

La relazione fra medici e industria farmaceutica è inevitabilmente intima, poiché i medici dipendono dai prodotti farmaceutici per curare i loro pazienti. Tuttavia, ci sono prove sostanziali che l'influenza delle compagnie farmaceutiche sui medici, sull'addestramento medico, e sulle terapie sia molto più invadente e insidiosa di quanto i medici stessi si rendano conto, ed implica molti più problemi di carattere etico che non la semplice accettazione da parte dei medici di regali come penne, pasti gratuiti, o viaggi spesati per partecipare a simposi. Per esempio, dai documenti rilasciati dal U.S. House of Representatives Commerce Committee, risulta che alcuni medici si arricchiscono addebitando alle assicurazioni mutualistiche cifre più alte di quello che hanno realmente speso per i farmaci -- una pratica che è resa possibile solo dai produttori di farmaci stessi.

*“Le case farmaceutiche gonfiano artificialmente i prezzi all'ingrosso, affermano gli investigatori, affinché i programmi d'assistenza medica statale basino i rimborsi su tali prezzi. Il loro scopo è di far figurare prezzi all'ingrosso più alti e prezzi di vendita il più bassi possibile. Così, le case possono vendere i loro farmaci ai medici basandosi sui profitti che i medici stessi possono fare, addebitando ai programmi mutualistici statali per un prezzo più elevato.”*

*“ 'Volete la massimizzazione dei profitti?— Ecco!' si legge su una promozione commerciale della Glaxo Wellcome nel 1997, che descrive i vantaggi economici del suo prodotto rispetto a quello di un concorrente. “*

*“Documenti di marketing della Glaxo dimostrano come un'attiva clinica oncologica che utilizzi le sua bustine anti nausea da 32 mg possa ottenere un profitto netto di 13 milioni di dollari (oltre 26 miliardi di lire) all'anno -- due milioni di dollari in più di*

*una clinica che utilizzi un prodotto concorrente. Tutto perché il prezzo all'ingrosso, che è pagato esclusivamente dallo Stato, è più alto.*" (Julie Appleby, "Produttori di farmaci accusati manipolare i prezzi", *USA Today*, 27 Settembre 2000, p. 1B)

Per quanto possa sembrare sorprendente, sembra che questa inflazione dei prezzi all'ingrosso da parte dell'industria farmaceutica, inflazione volta ad incrementare i propri profitti e quelli dei medici a spese dei contribuenti, sia del tutto legale.

È anche del tutto legale per le grandi compagnie farmaceutiche studiare ciò che i medici solitamente prescrivono, e cercare di cambiare tali prescrizioni, anche se ciò significa incoraggiare i dottori a prescrivere un farmaco più costoso laddove uno più economico ha lo stesso effetto.

*"Nell'ultimo decennio, con l'avvento di nuove e sofisticate tecnologie computerizzate, i farmaceutici hanno potuto tranquillamente raccogliere dati sui modelli di prescrizione dei medici in questa nazione; molti medici non si rendono conto che le loro decisioni sono scrutinate commercialmente."*

*"Questi 'profili di prescrizione' sono il fulcro di uno sforzo sempre più vigoroso – e apparentemente di successo – da parte dei produttori di farmaci per cambiare il modo in cui i medici prescrivono le medicine. Per creare tali profili, i farmaceutici comprano informazioni dalle farmacie, dal governo federale e dall'Associazione Medica Americana (AMA), che guadagna 20 milioni di dollari l'anno (oltre 40 miliardi) solo vendendo i profili professionali di tutti i medici americani."* Sheryl Stolberg e Jeff Gerth, "L'alta tecnologia usata per cambiare le prescrizioni dei medici", *The New York Times*, 16 Novembre 2000. Oltre all'incrementata pressione ricevuta dai rappresentanti farmaceutici, ai medici sono offerti incentivi come 'onorari di consulenza' nel tentativo di influenzare i loro metodi di prescrizione.

Ed esistono molti altri modi con cui i farmaceutici influenzano le scelte dei medici verso le loro prescrizioni: miliardi di dollari in campioni gratuiti, pubblicità sulle pubblicazioni mediche, e pubblicità diretta ai consumatori.

- *"L'industria farmaceutica ha regalato 7,2 miliardi di dollari in campioni ai medici nel 1999"* (Gavin Yamey, " 'Amnistia' per i medici che evitano le compagnie farmaceutiche" *News, BMJ*, 322:69, 13 Gennaio 2001).
- *"Dei 13 miliardi e 900 milioni di dollari che i farmaceutici hanno speso per promuovere i loro prodotti lo scorso anno, l'87%, circa 12 miliardi di dollari, sono stati destinati a medici, ed a quel piccolo gruppo di infermieri e assistenti che possono prescrivere medicazioni; tra tutti, circa un milione di persone."* Stolberg e Gerth, " L'uso occulto dell'alta tecnologia per influenzare le prescrizioni dei medici " *The New York Times*, 16 Novembre 2000. Molte pubblicazioni mediche ricevono la maggior parte delle loro entrate da donazioni dell'industria farmaceutica.

- *“Rispetto al 1998, nel 1999 i medici hanno prescritto il 34,2% in più di quei 25 medicinali che sono stati pubblicizzati direttamente ai consumatori, e che hanno costituito la maggioranza delle spese concernenti i farmaci. Solo il 5,1% in più è stato prescritto invece per il resto dei farmaci.* Fred Charatan, “Le vendite dei farmaci da prescrizione influenzate dalla pubblicità in America” News, *BMJ*, 30 Settembre 2000.
- *“Sappiamo che il 66% dei pazienti che chiedono al proprio medico un farmaco particolare, lo ottengono.”* Thomas Ebeling, direttore farmaceutico della Novartis. Citazione nell’articolo di David Pilling, “La pubblicità diretta dei prodotti dà potere ai pazienti.” *Financial Times*, 28 Aprile 2001.

Queste pratiche di mercato, di per sé, non compromettono necessariamente i modelli delle prescrizioni mediche. Ciò che è più problematico è che anche medici con alta etica dipendono da esperti specializzati, riviste professionali, simposi e libri di testo per le loro informazioni sui farmaci, e queste fonti sono ampiamente finanziate dell’industria farmaceutica. Per esempio, noti medici possono essere pagati per promuovere i prodotti di una casa farmaceutica ai loro colleghi.

*“Una compagnia farmaceutica impiega alcuni famosi cardiologi britannici per promuovere i propri farmaci a medici provenienti da tutta la nazione durante le conferenze. Questi cardiologi, noti tra i dipendenti della compagnia come “Gli Ambulanti” sono pagati dalle 3.000 alle 5.000 sterline (dai nove ai quindici milioni di lire) a testa... più le spese di viaggio, per tenere un discorso serale di un’ora nel Regno Unito... alcuni membri degli “Ambulanti” hanno parlato una volta ogni due settimane per tale corporazione. Come compenso, hanno ricevuto più denaro in un anno dalle compagnie farmaceutiche di quanto sia stato il loro salario per le attività ospedaliere o universitarie.... Alcuni mi hanno [anche] confessato di aver taciuto sugli effetti collaterali dei farmaci per evitare la perdita di lucrosi contratti di ricerca con la compagnia farmaceutica che li produceva. Alcuni “opinion leaders” che sono parte della ricerca farmaceutica, oggi per parlare ai media chiedono cifre così alte che i loro ingaggi vengono trattati da agenti.”* Wilmshurst P, “Accademia e industria”, *The Lancet* 2000; 356:338-344, 22 Luglio 2000.

La maggior parte delle riviste mediche, come il *The New England Journal of Medicine*, il *JAMA*, e il *British Journal of Medicine*, ricevono il grosso delle loro entrate dalla pubblicità dell’industria farmaceutica. Inoltre, molti editorialisti delle riviste, gli editori, ed anche molti ricercatori -- i cui studi appaiono sulle riviste stesse -- hanno connessioni finanziarie con l’industria farmaceutica. E molti degli stessi studi sui farmaci che vengono pubblicati sono finanziati dalla stessa casa farmaceutica che produce il farmaco.

*The New England Journal of Medicine* ha pubblicato uno studio che conclude che il 30% dei soggetti studiati che utilizzano il bupropion (lo Zyban della Glaxo Wellcome – pillola antifumo), non ha più fumato per almeno un anno. Non solo lo studio è stato finanziato dalla Glaxo Wellcome, ma “8 dei 12 medici coinvolti nello studio hanno dichiarato di avere un legame con il gigante farmaceutico” (“Antidepressivi combattono il desiderio di fumare”, *BBC News*, 4 Marzo 1999). Studi che non sono stati finanziati dai produttori hanno invece trovato che il successo del farmaco è di circa la metà di quello annunciato nello studio pagato dalla Glaxo Wellcome. Inoltre, l’articolo del *NEJM* non ha messo in luce i considerevoli rischi che il prodotto comporta per la salute.

Ancora peggio di ciò è la pratica, molto comune, con la quale i farmaceutici comprano editoriali e pagano medici e ricercatori per firmare articoli pubblicati sulle riviste scientifiche – articoli che non hanno nemmeno scritto loro.

*“La pratica di comprare editoriali riflette la crescente influenza dei farmaceutici sulla sanità. Thompson definisce il conflitto d’interesse come ‘un insieme di condizioni nel quale il giudizio professionale concernente un interesse primario (come l’assistenza ai pazienti o la validità della ricerca) tende ad essere influenzato da un interesse secondario (come guadagno finanziario)’. La demarcazione tra questi due interessi diventa sempre più difficile da distinguere, specialmente quando l’informazione destinata ai medici è accuratamente orchestrata da una società di pubbliche relazioni. In verità, l’obiettivo delle società di pubbliche relazioni che scrivono editoriali in nome di terzi (mentre hanno altre attività con le compagnie farmaceutiche) è quello di confondere la linea di demarcazione tra interesse primario e secondario.”*

*“Nel passato le pubblicazioni venivano scritte dal direttore di uno studio. Più recentemente si è sviluppata una pratica che si può chiamare **Sindrome dell’Autore**, cioè dell’autore che non scrive e dello scrittore che non è l’autore... tale sindrome ha due poli:*

*- da una parte c’è uno scrittore, professionista in argomenti medici (lo scrittore anonimo), che è impiegato da una compagnia farmaceutica, chiamato anche “CRO” (contract research organization - organizzazione di ricerca sotto contratto); oppure una compagnia di comunicatori medici, che vengono pagati per scrivere un articolo senza essere citati come autori;*

*- dall’altra c’è il ricercatore clinico (l’autore ufficiale) che, sebbene appaia come l’autore, né analizza i dati, né scrive l’articolo.”*

*“Da uno [specifico] studio risulta che il 19% degli articoli esaminati avevano come autori individui che non avevano contribuito ad essi in modo sufficiente da poter essere definiti come autori dell’articolo...”* Le precedenti citazioni sono tutte tratte da: Brennan T, “Comprare editoriali”, *The New England Journal of Medicine*, 331:10, 8 Settembre 1994.

Oltre alle riviste professionali, i medici si affidano anche a simposi e a convegni specializzati per aggiornarsi sui farmaci, ma molti di tali simposi sono [comunque] pagati dai farmaceutici.

*“La maggior parte della CME [Continuing Medical Education – Educazione Medica Continua], la sessione plenaria, e quasi il 75-80% dei simposi sia di medicina generale sia specialistica, è sponsorizzata da una o più compagnie farmaceutiche.”* Kagalwala T, M.D, “Le conferenze sono delle sciarade”, 26 Maggio 2001, risposta sul *BMJ* all’articolo di Jackson T, “Sei stato imbrogliato?” *BMJ* 2001; 322:1312, 26 Maggio 2001. L’articolo di Jackson è una guida di 24 pagine pubblicata come supplemento nell’edizione del Maggio 2000 del *Pharmaceutical Marketing*. Qui Jackson scrive: *“Allora, che dice esattamente questa guida? Essa consiglia a coloro che si occupano di commercializzazione, che quando selezionano gli ‘opinion leaders’ non ‘rischino di buttare denaro’ in quei medici ‘che pensate non abbiano credibilità coi loro colleghi.’ I commerciali, invece, dovrebbero concentrarsi su coloro che sono o ‘nel direttivo dei comitati editoriali delle pubblicazioni chiave più lette’, o in comitati scientifici, oppure sono membri di società professionali chiave, o [almeno] rappresentanti di comitati normativi nazionali e internazionali; gente quindi che sia chiave nei comitati decisionali. ‘Lo scopo principale’, dice la guida, è di assicurarsi che si stia lavorando*

*con un insieme di persone che possano essere chiamate a comunicare a vostro nome in disparate situazioni.”*

Altre fonti d'informazioni dei medici sui farmaci sono i manuali di referenza, come il *Physicians' Desk Reference* [PDR], e le normative nazionali ed internazionali. Ma il PDR “fu originariamente sviluppato come prodotto promozionale”, e “non esiste alcun meccanismo col quale siano normalmente e rapidamente incorporati tutti i rilevanti dati su dosaggio-risposta, o importanti scoperte fatte dopo la messa in vendita di un prodotto.” (Cohen J, “Discrepanze nei dosaggi fra il *Physicians' Desk Reference* e la letteratura medica, e il loro possibile ruolo nell'alta incidenza di effetti collaterali negativi relativi a dosaggio”, *Archives of Internal Medicine*, 161(7): 957-964, 9 Aprile 2001). E i pannelli di normativa nazionali e internazionali sono costituiti da ricercatori che hanno forti legami finanziari con l'industria farmaceutica, come nel caso della U.S. Clinical Practice Guideline On Treating Tobacco Use and Dependence (guida americana di pratica clinica per curare l'uso e la dipendenza dal tabacco).

La carenza d'informazione obiettiva sui farmaci ai medici può essere uno dei fattori responsabili per il netto aumento di fatali errori farmacologici.

*“Un esame dei certificati di morte americani nel decennio che va dal 1983 al 1993 (che sono i dati più recenti disponibili) ha rivelato che gli errori fatali concernenti i farmaci sono aumentati di 2,6 volte. Tra i pazienti non ospedalizzati, l'incremento è stato di otto volte e mezzo.”* Richard Knox, “Rapporto sulle morti causate da errori farmacologici”, *The Boston Globe*, 27 Febbraio 1998, p. A1. Oltre ad errori nelle terapie mediche, si calcola che più di **100.000** Americani muoiano in un anno a causa degli effetti collaterali negativi dei farmaci loro prescritti, e che più di **1.000.000** di persone subiscano danni seri abbastanza da richiedere ospedalizzazione.

La stessa carenza d'informazione obiettiva si applica anche per quanto concerne gli effetti sanitari del fumo attivo e passivo.

### La AMA (Associazione Medica Americana), la BMA (Associazione Medica Britannica) e la guerra della nicotina

L'Associazione Medica Americana (AMA) è un punto chiave nella guerra della nicotina. L'associazione riceve svariati milioni di dollari l'anno dall'industria farmaceutica, alcuni dei quali specificamente per lavoro antitabacco. La sola Robert Wood Johnson Foundation (Johnson & Johnson) finanzia l'AMA con milioni di dollari per “amministrare” (cioè fare da prestanome) il programma Stati Senza Fumo della RWJF.

Il Journal of the American Medical Association (JAMA) riceve anche la maggior parte del suo budget dalla pubblicità di prodotti farmaceutici, come avviene anche per la rivista *BMJ* della British Medical Association. Entrambe le riviste hanno dedicato intere edizioni al “controllo del tabacco”, oltre a pubblicare numerosi editoriali in appoggio alla repressione dello stesso, ed alla promozione di prodotti farmaceutici di cessazione. Entrambe le riviste sono leste a pubblicare studi pagati dai farmaceutici sui farmaci per smettere di fumare -- studi condotti da ricercatori con dichiarati legami finanziari con l'industria farmaceutica. Come se lo staff degli editorialisti delle riviste non sapesse della

manca di obiettività esistente in molti studi pagati dall'industria dei farmaci; lo stesso staff, infatti, ha addirittura pubblicato articoli sul conflitto d'interesse dei ricercatori.

*“Nel 1999, quasi il 7,6% degli investigatori di facoltà [ricercatori] riportarono legami finanziari personali con i finanziatori delle loro ricerche. Per tutto il periodo dello studio, il 34% delle relazioni esaminate concernevano discorsi a pagamento (da 1.000 a 20.000 dollari l'anno), il 33% accordi di consulenza tra ricercatore e sponsor (da 1.000 a 120.000 dollari l'anno), e il 32% concernevano il posizionamento dei ricercatori nel comitato scientifico o nel consiglio d'amministrazione. Il 14% concerneva il possesso di azioni finanziarie, e il 12% erano arrangiamenti che includevano tutto quanto sopra. Boyd E, Bero L, “La quantificazione delle relazioni finanziarie tra università e industria [farmaceutica]: uno studio di casistica.”, JAMA, 284(17), 1 Novembre 2000.*

Ciò che generalmente non è menzionato riguarda i conflitti d'interesse delle associazioni mediche, e i loro legami finanziari con l'industria farmaceutica; interessi particolari che in alcuni casi sembrano avere la precedenza sugli standard di pubblicazioni obiettive, e sul benessere stesso dei pazienti. Non esiste migliore istanza di questo fenomeno che la guerra della nicotina.

Gli editori del BMJ e del JAMA, e i rappresentanti della BMA e dell'AMA, tra gli altri, non sembrano considerare il pieno impatto di certe informazioni antitabacco che disseminano, e di certe politiche che sostengono. Un esempio di ciò è la loro spinta per l'abbassamento del contenuto di nicotina delle sigarette.

*L'ex Surgeon General C. Everett Koop affermò che il contenuto di nicotina nelle sigarette non doveva essere abbassato, perché così facendo i fumatori avrebbero fumato di più, raddoppiando l'assunzione di sostanze cancerogene. “Penso che la pubblica sanità non permetterebbe mai alla FDA di ridurre in modo significativo la nicotina delle sigarette”, disse Koop. “Rapporto: il disaccordo tra Tabacco e la Food and Drugs Administration è risolto,” Associated Press, pubblicato dal The Washington Post il 24 Agosto 1997.*

Ma proprio l'anno dopo l'AMA e la BMA esercitarono pressioni sui rispettivi governi affinché le compagnie del tabacco abbassassero il contenuto di nicotina delle sigarette, una posizione che giustificarono con la promozione dei prodotti a base di nicotina delle compagnie farmaceutiche.

*‘ Reed Tuckson, vice presidente senior per gli standard professionali dell'AMA disse che i fumatori avrebbero potuto usare i prodotti farmaceutici per compensare la nicotina mancante nelle sigarette. “Questi problemi si possono evitare fornendo prodotti alternativi a base di nicotina con minore o minimo rischio per la salute, come parte dell'approccio terapeutico; si possono usare prodotti come gomma da masticare, cerotti, inalatori orali e nasali.” ‘, “I medici americani e britannici chiedono sigarette a basso contenuto di nicotina.”, Reuters, 28 Ottobre 1998.*

Mentre, quindi, i fumatori sono sfruttati da una parte forzando l'industria del tabacco a mettere a disposizione solo sigarette a basso contenuto di nicotina, e quindi facendoli fumare di più (una cosa che certo non dispiace neppure alle compagnie del tabacco), dall'altra sono ulteriormente sfruttati vendendo loro l'illusione di smettere con

l'induzione all'acquisto di nicotina farmaceutica che solo compensa la nicotina mancante. E se questo suona come una grancassa dei prodotti delle compagnie farmaceutiche, leggiamo quanto segue, tratto da un editoriale del BMJ.

*“Per soddisfare i bisogni dei circa 13 milioni di fumatori del Regno Unito, molti dei quali non si libereranno mai della loro dipendenza dalla nicotina, abbiamo bisogno di leggi che incoraggino lo sviluppo di prodotti sostitutivi, che permettono di assumere la nicotina in modo incontaminato a dosi e quantitativi simili a quelli delle sigarette, e in un modo che sia commercialmente e socialmente accettabile. Se diventa necessario avere, invece di 13 milioni di fumatori dipendenti, 13 milioni di dipendenti da nicotina pulita, così sia.”* Britton J, McNeill A, Editoriale, “Perché l’Inghilterra ha bisogno di un’autorità che regoli la nicotina” BMJ 2001; 322: 1077-1078, 5 Maggio 2001. Sia Britton, sia McNeill hanno ricevuto fondi dalle industrie farmaceutiche produttrici e venditrici di prodotti della cessazione. Inoltre, McNeill partecipa al progetto di controllo del tabacco dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, progetto che è pagato dall’industria farmaceutica.

### Medici professionisti

La maggior parte dei medici professionisti non fanno parte dell’AMA, ma non c’è dubbio che molti di loro abbiano accettato almeno alcune delle disinformazioni distribuite dalla pubblica sanità. Ciò nondimeno, esistono indicazioni che almeno alcuni non siano a loro agio con il costante fuoco di sbarramento del proselitismo antifumo.

Uno studio pubblicato del JAMA nel 1998 dimostrò che i lettori mettevano il tabacco al 55° posto in ordine di priorità fra i 73 prodotti listati, mentre gli editori lo avevano messo al 17°. Ciò, naturalmente, scandalizzò alcuni membri della comunità antifumo, che temevano che il JAMA cambiasse le sue priorità editoriali per essere più in linea coi lettori: “Non sappiamo chi siano i lettori del JAMA, o se essi siano rappresentativi di tutti i medici. Sicuramente, le loro priorità non sono in accordo con gli interessi della pubblica sanità,” scrissero Dennis Wahlgren e Melbourne Hovell nella rubrica *Tobacco Control* del BMJ (Lettera all’editore, autunno 1999).

Sembra che i medici fossero più interessati ad articoli che riguardavano la vera pratica medica piuttosto che il demone tabacco, e per questo essi vennero accusati di scarso interesse per la sanità pubblica.

C’è anche una certa evidenza che almeno certi medici non siano a loro agio con l’obbligo di identificare i fumatori tra i loro pazienti, far loro la paternale sul fumo, e offrir loro prodotti di cessazione, come stabiliscono le direttive cliniche americane. Per esempio, ci si aspetta che i pediatri scoprano chi tra i loro pazienti ha genitori che fumano; che comunichino ai loro genitori quanto sia “pericoloso” esporre i loro figli al fumo, e che prescrivano ai genitori prodotti di cessazione. Ma uno studio pubblicato dall’AMA nell’*Archivio di Medicina Pediatrica e dell’Adolescenza* ha scoperto che i pediatri sono molto meno probabili seguaci delle direttive antifumo di quanto lo siano i medici generici (Perez-Stable EJ, Juarez-Reyes M, Kaplan CP, “Informazioni ai fumatori genitori di bambini” 2001; 155:25-31). Inoltre, c’è ben poca evidenza che incoraggiare un intervento così intrusivo da parte dei pediatri abbia alcun effetto sulla cessazione dal fumo da parte

dei genitori (France E, “ Informazioni ai fumatori genitori: poca evidenza di successo duraturo.” *Archivio di Medicina Pediatrica e dell’Adolescenza*, 155(7), Luglio, 2001).

Di nuovo, gli “esperti” e le maggiori associazioni mediche sembrano essere inconsapevoli -- o non interessati -- alle conseguenze negative del forzare i medici a riprendere i pazienti (o i genitori dei piccoli pazienti) che fumano. Forse la conseguenza negativa più ovvia è che molti pazienti fumatori s’infuriano con i loro medici, e addirittura non ricorrono più alle loro cure.

**“Conclusioni: la relazione medico-paziente può incrinarsi se il medico consiglia continuamente ai fumatori di smettere di fumare.”** Butler C, Pill R, Stott N, “Studio qualitativo di come un paziente percepisce il medico che gli consiglia di smettere di fumare: implicazioni per una promozione opportunistica della salute.”, *BMJ*, 316:188878-1881, 20 Giugno 1998. Tra i “messaggi chiave” dello studio: “Ripetuti, ritualistici interventi dei medici sui pazienti possono indurre i pazienti ad evitare l’aiuto medico anche quando ne hanno bisogno.”

**“Studi recenti hanno dimostrato che le persone che sanno di avere vizi pericolosi per la salute (fumo o alcol) non vanno dal medico perché si rifiutano di subire una paternale sul vivere salutare.”** Randi Hutter Epstein, “Grandi misteri medici: perché la gente evita i medici.”, *The New York Times*, 31 Ottobre 2000.

Quindi, nel trasformare i medici in rompiscatole e in pusher di droghe di cessazione, le maggiori associazioni mediche e la comunità antifumo non stanno solo distruggendo il rapporto medico-paziente, ma stanno anche portando molti pazienti ad evitare cure mediche di cui avrebbero veramente bisogno.

Un risultato ancor più pericoloso, che deriva dall’eccessiva focalizzazione delle riviste ed associazioni professionali sull’uso del tabacco e delle esagerazioni sui suoi rischi, è che certi medici e chirurghi sono diventati dei veri credenti in una dottrina, e si rifiutano totalmente di curare pazienti fumatori. In alcune nazioni, diversi pazienti sono già morti perché i medici hanno rifiutato loro interventi vitali, a meno che i pazienti non smettessero di fumare.

**“Alcuni dottori hanno rifiutato di fare trapianti d’organi e altri interventi vitali su fumatori su basi ‘mediche e morali’.”** “Fumatori muoiono perché i medici rifiutano di curarli.”, *Sky News (Australia)*, 10 Febbraio 2001.

Infine, esistono pericoli ancor più insidiosi, come diagnosi sbagliate basate sul fatto che il paziente fuma; e le diagnosi sbagliate sono già un problema grave per la professione medica.

**“Si registra un elevato quantitativo di errori nella pratica medica, con serie e qualche volta mortali conseguenze,” dice il sommario di uno studio della Rand Corporation. “Per esempio, gli studi delle autopsie mostrano un alto tasso (dal 35% al 40%) di diagnosi errate -- diagnosi che spesso risultano in morte.”** “Gruppo afferma che la crisi del sistema sanitario americano va peggiorando” *Reuters*, 20 Ottobre 1997.

**“Un recente studio ha dimostrato che circa una morte su cinque, in un ospedale di buona reputazione, è frutto di una diagnosi sbagliata, e che in circa la metà dei casi**

*una diagnosi corretta sarebbe risultata in differenti terapie.*”, Mitka, M, “Le autopsie mostrano le diagnosi sbagliate.”, JAMA, 285(12), 28 Marzo 2001.

I medici che si basano sul fatto che un paziente fumi per formulare una diagnosi, [senz’altro] faranno [più] errori. Essi potrebbero, per esempio, non rilevare i sintomi di una malattia polmonare in un paziente non fumatore, oppure pensare che un paziente fumatore abbia una malattia “da tabagismo” quando invece non è il caso. Dato l’alto numero di diagnosi sbagliate, è probabile che [il pregiudizio sul]la condizione di fumatore giochi un ruolo [importante] in almeno una parte di esse.

Alcuni medici coraggiosi osano pronunciarsi contro le direttive antitabacco sancite dall’AMA e dagli altri “esperti” antifumo pagati dai farmaceutici. L’Associazione dei Medici e dei Chirurghi Americani (Association of American Physicians and Surgeons), un’associazione meno nota e assai meno ricca dell’AMA, è un gruppo di tali medici.

*“Come medici, troviamo che l’intrusione dello Stato volta a forzare il cambio del comportamento in una direzione salutista sia riprensibile. Molte altre attività volontarie sono associate ad effetti negativi sulla salute, e alcune di esse sono sicuramente più probabili -- e più immediate -- dei rischi derivanti dall’uso del tabacco.”* “Medici criticano le sanzioni antifumo che Clinton ha imposto ai fumatori minorenni”, U.S. Newswire, 9 Febbraio 2000. La AAPS è “un’associazione nazionale di medici di tutte le specialità dedicata, dal 1943, alla santità del rapporto medico-paziente, e alla protezione delle centinaia di migliaia di pazienti dalle intrusioni di terzi in tale rapporto.”

Almeno questo gruppo — e qualche altro coraggioso medico — non è tra i partner medici dell’industria farmaceutica nella sua corsa al profitto nella guerra della nicotina.