

## CATTIVI MAESTRI

"Il nostro sogno è di inventare farmaci per gente sana", è la celebre frase detta da Henry Gadsen, Direttore Generale della multinazionale farmaceutica Merck.

Ricordate la pandemia dell'influenza suina A/H1N1 del 2009? Non tanto per il danno arrecato ... alle casse delle Nazioni che acquistarono un numero sproporzionato di dosi di vaccino, quanto per lo "scandalo", quasi soffocato, della ridefinizione dei criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che hanno trasformato una epidemia in pandemia.

Già nel 2005, per l'influenza aviaria, l'OMS aveva previsto fino a sette milioni di morti. Alla fine i morti furono 262. E secondo una delle maggiori banche di affari del mondo (JP Morgan) l'attuale vendita di farmaci anti-influenzali e di vaccini muoverebbe un giro di oltre 10 miliardi di dollari.

Chi avrebbe mai pensato che proprio l'OMS potesse essere **un cattivo maestro** e parte attiva nell'incrementare i casi di:

### DISEASE MONGERING

Si riporta uno dei tanti articoli pubblicati sulla scottante questione.

#### A CHALLENGE FOR EVERYONE INVOLVED IN HEALTHCARE

Dear JW, Webb DJ

Br J Clin Pharmacol 2007; 64:122-4

Fonte: Simgnews. Ottobre 2007

*Il disease mongering, cioè la "creazione" di nuove malattie, è stato definito come "l'allargamento dei confini delle malattie trattabili per espandere il mercato a vantaggio di chi trae profitto dalle terapie".*

Nel mondo degli affari la strategia chiave è vendere un prodotto al maggior numero possibile di acquirenti e l'industria farmaceutica non fa eccezione: il profitto di una compagnia aumenta in maniera significativa se si aprono nuovi mercati per i prodotti che già esistono o se si possono allargare quelli dei nuovi farmaci. Ma il "mercato" è il servizio sanitario e il "prodotto" è la cura della salute.

Diversi sono i modi attraverso cui si può espandere il mercato farmaceutico, ad esempio interpretando come malattia una condizione considerata normale: la calvizie androgenetica è stata associata (e pubblicizzata) a gravi conseguenze emotive ed al rischio di disoccupazione, contemporaneamente al lancio di un nuovo farmaco.

Un altro approccio molto usato consiste nel gonfiare la prevalenza delle malattie ed incoraggiare l'autodiagnosi: questo è stato il caso di un farmaco per la sindrome della gambe senza riposo. I media hanno cominciato a diffondere dati discutibili secondo cui questa malattia aveva una prevalenza di 1 su 10 Americani, suggerendo che molti medici non erano in grado di diagnosticarla ed invitando i consumatori all'autodiagnosi mediante l'aiuto di un apposito sito web, sponsorizzato dalla ditta produttrice di una nuova terapia per questa condizione nonché fornitrice dei suddetti dati.

La ditta del sildenafil ha allargato il suo campo d'azione sponsorizzando il proprio farmaco come uno "stile di vita" per ogni uomo con qualsiasi grado di disfunzione erettile e non circoscritto a trattare solo le conseguenze di malattie organiche come il diabete ed il cancro.

I fattori di rischio sono spesso camuffati come malattie aumentando così la percezione del pubblico che un trattamento costoso sia essenziale, anche quando non lo è.

Questa mercificazione aggressiva della malattie spinge soggetti sani a considerarsi malati ed espone la

popolazione agli effetti avversi dei farmaci senza che se ne tragga un reale beneficio. La responsabilità di questo fenomeno ricade su tutti: professionisti sanitari, con rapporti più o meno dichiarati con le ditte farmaceutiche, autori ed editors, che non dovrebbero esagerare e manipolare i risultati dei trial clinici, ma anche sui pazienti, in quanto consumatori di questo mercato, sui gruppi che si occupano di diffondere informazioni sulle malattie, i quali se non si allontanano dalle ditte farmaceutiche rischiano di compromettere la qualità dei consigli che dispensano e sui media, che diffondono troppe notizie mediche senza citare le fonti di informazione e senza appurare i dati relativi alla prevalenza di una malattia, ai benefici di un farmaco e ai possibili effetti collaterali.

**Il *disease mongering* o l'espansione del mercato dei farmaci prende sempre più corpo e rappresenta una logica strategia di mercato, ma è deleteria per la salute dei pazienti. Tutti siamo chiamati a limitarne gli effetti avversi.**

Per chi volesse ampliare le conoscenze su questo scottante tema riporto alcuni link:

[www.giulemanidaibambini.org/video/inventori\\_malattie.html](http://www.giulemanidaibambini.org/video/inventori_malattie.html)

[www.mednat.org/big\\_farma.htm](http://www.mednat.org/big_farma.htm)

[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61413-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61413-4/fulltext)

[www.nograziepagoio.it/filmati.htm](http://www.nograziepagoio.it/filmati.htm)

[www.disinformazione.it/pandemie.htm](http://www.disinformazione.it/pandemie.htm)

[www.apogeeonline.com/2010/libri/9788850328451/ebook/pdf/2845\\_prefazione.pdf](http://www.apogeeonline.com/2010/libri/9788850328451/ebook/pdf/2845_prefazione.pdf)

[www.tremante.it/index\\_file/Page1923.html](http://www.tremante.it/index_file/Page1923.html)

[www.fda.gov/biologicsbloodvaccines/safetyavailability/vaccinesafety/ucm096228.htm](http://www.fda.gov/biologicsbloodvaccines/safetyavailability/vaccinesafety/ucm096228.htm)

[www.bmj.com/content/339/bmj.b4335.full](http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4335.full)

[www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)

Influenza A: con il vaccino, Big Pharma è sempre più Big di [Andrea Boretti](#)

*La vendita di vaccini e antinfluenzali contro l'influenza A-H1N1 fa volare i fatturati delle multinazionali del farmaco, per un giro di affari complessivo di circa 20 miliardi di dollari. Cifra che rende entusiasta l'Organizzazione Mondiale della Sanità.*

Il Focetra, il vaccino per l'influenza A-H1N1 di Novartis, farà aumentare i ricavi del colosso farmaceutico di una cifra stimata tra i 400 e i 700 milioni di dollari. La Glaxo ha già venduto 440 milioni di confezioni della sua versione del vaccino, il Pandemrix, per un totale di 3,5 miliardi di dollari, e altri accordi commerciali sono in divenire. La francese Sanofi ha ordini per 205 milioni di dollari dagli Stati Uniti, anche se il suo farmaco non è ancora stato approvato.

Insomma, la gente si ammala - forse non al ritmo e con i morti di una pandemia ma abbastanza da far decretare negli USA lo stato di emergenza sanitaria - e Big Pharma si arricchisce con un vaccino potenzialmente [pericoloso e probabilmente poco efficace](#), ma non solo.

La domanda di dosi - il cui costo si attesta sui 7,9 dollari l'una - è infatti, a seguito della campagna di terrore di questi mesi, esplosa al punto che la capacità produttiva arriva a soddisfare solo metà delle richieste. Se manca il vaccino, e contemporaneamente si dichiara che si tratta di una normale influenza, ecco allora spuntare immediatamente il sostituto: il buon vecchio **Tamiflu**. Il discusso antinfluenzale della Roche sembra essere considerato incomprensibilmente la panacea per qualunque influenza fuori dall'ordinario, l'avaria nel 2005 la suina oggi.

**Discusso e incomprensibilmente acquistato.** Già nel 2005 il Tamiflu o Oseltamivir (nome del farmaco generico) stava per essere tolto del mercato a causa delle scarse vendite dovute all'altrettanto scarsa efficacia del farmaco stesso nella cura dell'influenza, poi il miracolo: si aprirono i cieli e dalla coltre di nubi che circonda il Tamiflu, uscì uno stormo di polli volanti infetti. Milioni di scatole del miracoloso medicinale vengono comprate preventivamente dai diversi stati e il Tamiflu si trasforma in uno dei farmaci più venduti di sempre.

**Il vaccino serve a curare l'influenza A o a superare la crisi economica?**

Tutto ciò nonostante non fosse provato alcun suo beneficio nella cura o prevenzione dell'influenza

aviaria, tutto ciò nonostante diverse ricerche dimostrino come la sua efficacia sia totalmente marginale e modesta.

**Oggi la storia si ripete, con un' aggravante.** Le vendite dell'Oseltamivir della Roche si sono decuplicate negli ultimi mesi fino a far guadagnare alla multinazionale svizzera 994 milioni di franchi svizzeri nel periodo tra luglio e settembre di quest'anno. L'aggravante è che cominciano ora a comparire dati che dimostrano come in Giappone - dove il farmaco è molto usato - l'uso dell'antivirale pare legato ad alcuni casi di disturbi comportamentali e addirittura di morte in bambini piccoli.

Il Focetra utilizzato in Italia è aggiunto del coadiuvante squalene, il [Tamiflu](#) finora considerato quanto meno inutile, comincia anch'esso a lasciare la sua scia di dubbi, di pericolosità e di primi colpiti dagli "effetti collaterali". In questo scenario **il boom economico di questi mesi di Big Pharma** - adeguatamente aiutato e sostenuto dai governi occidentali - appare quanto meno eccessivo. Eccessiva, ma soprattutto fuori luogo appare anche la dichiarazione entusiasta dell'OMS che stima per il vaccino contro l'A-H1N1 un giro di affari complessivo di circa 20 miliardi di dollari.

La domanda a questo punto sorge spontanea: **l'Organizzazione Mondiale della Sanità si preoccupa della nostra salute o degli interessi di Big Pharma?** E ancora, il vaccino serve a curare l'influenza A o a superare la crisi economica?

(Link:[www.terranauta.it/a1501/salute\\_e\\_alimentazione/influenza\\_a\\_con\\_il\\_vaccino\\_big\\_pharma\\_e\\_sempre\\_piu\\_big.html](http://www.terranauta.it/a1501/salute_e_alimentazione/influenza_a_con_il_vaccino_big_pharma_e_sempre_piu_big.html))

*"Ogni anno l'Europa ha a disposizione i dati Australiani per capire esattamente quello che succederà durante la nostra stagione invernale, eppure il nostro sistema sanitario sembra non tenerne conto.*

*Ricordiamo soprattutto che la comparsa dell'influenza suina (H1N1) nel 2009 avrebbe potuto essere affrontata in modo scientifico semplicemente leggendo i dati australiani che segnalavano una forma influenzale di scarsa rilevanza clinica e con ridotti effetti sulla popolazione. Eppure sappiamo che quell'evento si è trasformato invece in una sorta di truffa organizzata a livello mondiale che ha cercato durante l'autunno 2009 e l'inverno 2010 di seminare panico inutile.*

*Oggi, come ogni anno, la stagione influenzale australiana, perfettamente analizzata in tempo reale dal sistema sanitario nazionale, ci consente di fare almeno 3 considerazioni:*

- 1. L'influenza (soprattutto di tipo A - H3N2) ha avuto un andamento più significativo di quella H1N1 (suina) del 2011 senza però raggiungere i livelli di diffusione di quella suina del 2009.*
- 2. La mortalità per influenza o polmonite correlata all'influenza è stata anche quest'anno bassissima, con una previsione totale di circa 35-40 possibili decessi da complicità influenzale in persone di età media di 74 anni.*
- 3. Si è ammalato il 3,9% della popolazione vaccinata e il 4,9% della popolazione non vaccinata. Una differenza davvero minima che continua a non giustificare la corsa al vaccino come unico strumento di prevenzione.*

*C'è un altro aspetto importante che merita di essere seguito tenendo alte le antenne: durante i mesi di marzo, aprile e maggio il marketing dell'influenza descriveva su molti giornali australiani la prossima influenza (cioè quella che si è appena conclusa) come una influenza potenzialmente letale per cui ci sarebbero stati migliaia di morti. Sembra di sentire le stesse indicazioni che riceveremo dai nostri comunicatori casalinghi. Vedremo come ogni anno che questa influenza (probabilmente il picco sarà tra gennaio e febbraio) verrà descritta come letale e verranno immaginati milioni di italiani a letto prima di Natale...*

*Continuiamo a difendere la necessità di conoscere la realtà dei fatti per decidere della propria salute. Oggi, grazie alla rete, abbiamo le condizioni per farlo, se qualcuno non decide di impedirlo... (nelle prossime settimane inizieremo a dare indicazioni per la prevenzione naturale delle forme di raffreddamento, influenzali o meno, del prossimo autunno inverno)."*

**Attilio Speciani** (Allergologo e Immunologo Clinico) lunedì, 10 settembre 2012 7:45

(Link: <http://eurosalus.com/malattie-cura/notizie-australia-influenza-vaccinazione>)

**Emilia Costa, 1<sup>a</sup> Cattedra Psichiatria all'Università "La Sapienza" di Roma**, *"Ho la sensazione che siamo dinnanzi ad una complessa ed articolata strategia per il condizionamento del mercato della salute: la definirei un 'ipnosi dolce', che mira a convincere gli individui circa l'utilità incondizionata del farmaco. Non è più il dottore che cura il paziente, ma è solo il farmaco che lo cura: allora noi medici siamo diventati esclusivamente distributori di ricette?"*

**Alberto Ferrando, pediatra e Vice-Presidente dell'Ordine dei Medici di Genova**, ha detto in un'intervista video: *"La salute è un'industria, fa gola a molti, e la pressione delle aziende farmaceutiche è certamente forte. L'iperattività ad esempio è stata descritta come una patologia frequente con un farmaco miracoloso che la cura: ma io come pediatra di famiglia dico che non esiste solo il disagio, esiste innanzitutto il bambino, ed ogni bambino è diverso da un altro, ed ogni approccio terapeutico quindi deve essere diverso dall'altro. Ora le sirene dell'industria cercano di rivolgersi non solo più al medico, ma direttamente ai malati. Il disease mongering esiste, eccome, ed a volte noi medici neppure conosciamo questi meccanismi: ai colleghi più giovani ricordo che non esiste solo la scienza medica, c'è anche una scienza del marketing".*

**Paolo Roberti di Sarsina, Dirigente di psichiatria ed esperto del Consiglio Superiore di Sanità**, *"Tre quarti dei colleghi che hanno redatto il DSM (il catalogo diagnostico delle malattie mentali, ndr), hanno rapporti finanziari con le case farmaceutiche, più del 90% della ricerca scientifica è finanziato dall'industria, e oltre la metà del budget dell'Agenzia Europea del Farmaco è garantito dai produttori: ma di cosa dobbiamo parlare? Allora quello che io auspico è una pandemia, certamente, ma di consapevolezza..."*

Le dichiarazioni sono tratte dal sito:

[www.stage.affaritaliani.it/cronache/disease\\_mongering\\_genova\\_convegno101009.html](http://www.stage.affaritaliani.it/cronache/disease_mongering_genova_convegno101009.html)

**Tom Jefferson**, medico epidemiologo tra i fondatori della Sezione Vaccini della Cochrane Collaboration, scrive nella premessa al suo libro *"Attenti alle bufale"* che *"spesso ciò che appare è diverso da ciò che è"*, riferendosi alle pubblicazioni scientifiche ed a tutto l'universo che vi gira intorno.

**Uno strumento ben usato dai "cattivi maestri" è la pubblicazione scientifica.**

*"...gran parte delle pubblicazioni scientifiche non arricchiscono ma inquinano la letteratura, mettendo in circolazione risultati irrilevanti o fuorvianti — per non parlare degli articoli fraudolenti in senso stretto."*

**«Le riviste mediche sono l'estensione del ramo commerciale delle compagnie farmaceutiche».**

L'autore è **Richard Smith**, che è stato direttore del *British Medical Journal* e comincia l'articolo citando la dichiarazione fatta nel marzo 2004 da **Richard Horton**, direttore di un'altra prestigiosa rivista medica, *Lancet*, secondo cui: **«Le riviste si sono dedicate ad operazioni di riciclaggio dell'informazione per conto dell'industria farmaceutica».**

(Link: <http://www.altrainformazione.it/wp/2011/07/13/una-recente-polemica-sulla-vivisezione-ovvero-da-che-parte-sta-la-scienza/>)

"E' giunto il momento di proporvi dei metodi spicci per aiutarvi a distinguere ciò che forse va letto da ciò che va cestinato".

**"Gli editoriali"** sono la forma più pericolosa di comunicazione. Scritti da personaggi autorevolissimi,

... , hanno la possibilità di influenzare le menti come nessun altro... La loro pericolosità risiede nella presunta autorevolezza..."

"Gli articoli originali dovrebbero essere fedeli riproduzioni di ciò che i ricercatori si proponevano di fare e di ciò che è realmente accaduto. La maggior parte degli studi letti e valutati nel corso di una revisione sistematica è una porcheria."

"Nelle revisioni sistematiche ... guardate attentamente gli sponsor e i conflitti di interesse di chi scrive".

"Diffidate delle linee-guida preparate dalle società scientifiche. ... Fidatevi solo dei documenti in cui è presente una dichiarazione di conflitti di interessi. Ricordate che una linea-guida che origina da un consensus conference o dalle deliberazioni di un panel senza una rassegna di prove scientifiche è basata sulle chiacchiere."

(Fonte: "Attenti alle bufale" - Tom Jefferson. Il Pensiero Scientifico Editore)

"Ogni anno vengono pubblicate migliaia di ricerche cliniche... che spesso forniscono risultati parzialmente o totalmente discordanti dai risultati delle ricerche precedenti. ...

In una recente indagine Ioannidis ha preso in considerazione 45 importanti ricerche cliniche randomizzate e controllate, nelle quali era stata dimostrata l'efficacia di un trattamento. ... Ha evidenziato che il 40% dei risultati di una ricerca o non viene sottoposto a una successiva verifica o viene contraddetto, e che un sesto dei risultati viene smentito negli anni successivi."

"LeLorier et al. Hanno messo a confronto 19 metanalisi con 12 ricerche cliniche randomizzate controllate, condotte successivamente. Secondo gli autori, **nel 32% dei casi la metanalisi avrebbe consentito di adottare un trattamento rivelatosi inefficace in una ricerca successiva.** Per esempio, nel 1988 Yusuf et al. Pubblicarono i risultati di una metanalisi sulle ricerche fino a quel momento condotte e dimostrarono una riduzione della mortalità del 50% nei pazienti con infarto miocardico trattati con nitroglicerina. Nel 1994 vennero pubblicati i risultati dello studio GISSI-3 su 43.047 pazienti: la mortalità era risultata del tutto sovrapponibile tra il gruppo di pazienti trattati con nitroglicerina e quelli trattati con placebo smentendo in modo inequivocabile la conclusione della precedente metanalisi."

"Le linee-guida soffrono di 5 importanti limitazioni. La tempestività: talvolta quando una linea-guida viene resa nota è già superata da una o più ricerche pubblicate nel frattempo. L'indipendenza: gli esperti che vengono chiamati a stilare le linee-guida hanno di solito rilevanti interessi economici e commerciali con le industrie che producono farmaci e dispositivi di cui si deve raccomandare l'uso. L'interpretazione: Nel 2005 le linee-guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco dell'European Society of Cardiology la raccomandazione per l'aggiunta degli antagonisti dell'angiotensina II agli ACE-inibitori viene considerata di classe IIa invece in quelle dell'American College of Cardiology/American Heart Association tale raccomandazione era di classe IIb. Le comorbilità: gli estensori delle linee-guida sono focalizzati al trattamento dei pazienti con patologie di loro competenza e forniscono giudizi come se il paziente avesse solo una determinata patologia. Boyd et al. Hanno provato ad applicare alla lettera le linee-guida per il trattamento di una ipotetica signora di 79 anni ipertesa, diabetica, con osteoporosi, artrosi e bronco pneumopatia, che dovrebbe assumere 19 farmaci e seguire una quindicina di raccomandazioni. La scelta degli argomenti: vengono prevalentemente prodotte linee-guida per patologie che possono essere trattate con farmaci o dispositivi."

"Sembra impossibile, ma ogni giorno vengono pubblicati almeno dieci articoli che riportano i risultati di sperimentazioni controllate randomizzate. Un 10% di questi è dedicato ad argomenti che riguardano la medicina cardiovascolare. ... **il problema non è soltanto nella quantità eccessiva delle informazioni, ma anche nella qualità, spesso influenzata da distorsioni dovute ad una metodologia di ricerca imperfette o a condizionamenti causati da interessi commerciali.**

Uno degli aspetti che desta maggiore preoccupazione è la frequenza con cui si ricorre a end point combinati nel determinare gli esiti da valutare nelle sperimentazioni controllate. In ambito cardiologico questo fenomeno ricorre con particolare, sospetta assiduità. ... In molti casi i

trattamenti oggetto di studio hanno un impatto proprio sugli esiti meno importanti, non di rado offrendo ai ricercatori il pretesto per un'interruzione precoce della ricerca o per trarre conclusioni affrettate o non sufficientemente motivate."

(Fonte: Bollettino d'informazione sui farmaci XIII n. 5 2006 e XIV n. 5 2007)

Recentemente è stata pubblicata on line sul 'Journal of General Internal Medicine' una indagine che rivela come la maggior parte dei medici di famiglia riceva poca o nessuna informazione sugli effetti nocivi dei farmaci durante le visite dei rappresentanti delle aziende, gli informatori scientifici (Isf). Lo studio ha coinvolto i 'camici bianchi' di Canada, Stati Uniti e Francia, che hanno comunque dichiarato di aver intenzione di prescrivere i medicinali in questione, confermando secondo gli autori, che il loro comportamento è effettivamente influenzato dalla promozione farmaceutica.

L'indagine ha esaminato i questionari compilati dai medici dopo ogni visita da parte degli informatori: ne è emerso che nel 59% dei casi non è stata fornita alcuna informazione circa gli effetti collaterali più comuni o gravi del farmaco oggetto della promozione. Con punte del 66% a Vancouver e Montreal. "*Le leggi di tutti e tre i Paesi inclusi nella ricerca richiedono ai rappresentanti di vendita di fornire informazioni sui rischi e benefici*", dice l'autore capo dello studio, Barbara Mintzes, esperto in pubblicità sui farmaci della University of British Columbia. "*Ma nessuno sta monitorando l'andamento delle visite e non c'è nessuna sanzione per la promozione fuorviante o inesatta*".

I rischi gravi relativi ai medicinali sono stati menzionati in solo il 6% delle visite, anche se il 57% dei farmaci in questione hanno sulle loro confezioni una 'black box' d'avvertimento imposta dalla Food and Drug Administration o dalla Health Canada. Rispetto alla situazione dell'altra parte dell'Oceano, i medici di Tolosa hanno più probabilità di essere informati sull'effetto nocivo di un medicinale. Secondo gli studiosi questo potrebbe rispecchiare le normative più severe per la promozione di medicinali introdotte in Francia. "*Siamo molto preoccupati - conferma in conclusione Mintzes - perché temiamo che medici e pazienti vengano lasciati all'oscuro di importanti informazioni*".

(Fonte: Adnkronos Salute - Roma 10 apr. 2013)



## Box 2

### ELENCO DELLE INTERAZIONI ECONOMICHE E COMMERCIALI DEGLI ESPERTI CHE HANNO STILATO LE LINEE-GUIDA SUL TRATTAMENTO IPOLIPEMIZZANTE: IMPLICATION OF RECENT CLINICAL TRIALS FOR THE NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM ADULT TREATMENT PANEL III. CIRCULATION 2004; 110: 227-39

Dr. Grundy has received **honoraria** from Merck, Pfizer, Sankyo, Bayer, Merck/Schering-Plough, Kos, Abbott, Bristol-Myers Squibb, and AstraZeneca; he has received **research grants** from Merck, Abbott, and Glaxo Smith Kline.

Dr. Cleeman has **no financial** relationships to disclose.

Dr. Bairey Merz has received lecture **honoraria** from Pfizer, Merck, and Kos; she has served as a **consultant** for Pfizer, Bayer, and EHC (Merck); she has received **unrestricted institutional grants** for Continuing Medical Education from Pfizer, Procter & Gamble, Novartis, Wyeth, AstraZeneca, and Bristol-Myers Squibb Medical Imaging; she has received a **research grant** from Merck; she has **stock** in Boston Scientific, IVAX, Eli Lilly, Medtronic, Johnson & Johnson, SCIPIE Insurance, ATS Medical, and Biosite.

Dr. Brewer has received **honoraria** from AstraZeneca, Pfizer, Lipid Sciences, Merck, Merck/Schering-Plough, Fournier, Tularik, Esperion, and Novartis; he has served as a **consultant** for AstraZeneca, Pfizer, Lipid Sciences, Merck, Merck Schering-Plough, Fournier, Tularik, Sankyo, and Novartis.

Dr. Clark has received **honoraria** for educational presentations from Abbott, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Merck, and Pfizer; he has received **grant/research support** from Abbott, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Merck, and Pfizer.

Dr. Hunninghake has received **honoraria** for consulting and speakers bureau from AstraZeneca, Merck, Merck/Schering-Plough, and Pfizer, and for consulting from Kos; he has received **research grants** from AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Kos, Merck, Merck/Schering-Plough, Novartis, and Pfizer.

Dr. Pasternak has served as a **speaker** for Pfizer, Merck, Merck/Schering-Plough, Takeda, Kos, BMS-Sanofi, and Novartis; he has served as a **consultant** for Merck, Merck/Schering-Plough, Sanofi, Pfizer Health Solutions, Johnson & Johnson-Merck, and AstraZeneca.

Dr. Smith has received **institutional research support** from Merck; he has **stock** in Medtronic and Johnson & Johnson.

Dr. Stone has received **honoraria** for educational lectures from Abbott, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Kos, Merck, Merck/Schering-Plough, Novartis, Pfizer, Reliant, and Sankyo; he has served as a **consultant** for Abbott, Merck, Merck/Schering-Plough, Pfizer, and Reliant.

(Fonte: Bollettino d'informazione sui farmaci XIII n. 5 2006)