- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.15.4.244 Thu, 25 Apr 2024, 09:48:26

EDITORIALE

Il mercato dell'ECM

Maurizio Bonati
Dipartimento Salute Pubblica,
IRFMN, Milano
mother_child@marionegri.it

Le compagnie farmaceutiche spendono milioni di sterline ogni anno per pagare i costi di viaggio e di iscrizione per la partecipazione a congressi o corsi di aggiornamento di medici e altri operatori sanitari ospedalieri. Con questo incipit *The Guardian* del 23 agosto ha pubblicato un articolo-inchiesta[1] che documenta, anche con citazioni dettagliate e nominali (ditte, ospedali, medici), il «mercato della educazione medica continua» (ECM). Nello stesso periodo sia JAMA[2] che BMJ[3,4] hanno pubblicato *commentaries* sul rapporto tra ECM e industria. Tema caro all'editor di JAMA, Catherine De Angelis[5], che nel corso degli ultimi anni ha dato spazio[6-8] a numerosi interventi sul giornale, e anche all'ex editor del NEJM, Marcia Angell[9]. «Con un budget di circa 3 milioni di dollari, più o meno la metà dei costi dell'ECM americana è sostenuta dall'industria farmaceutica»[2]. I costi di organizzazione e partecipazione a corsi e congressi vanno ad aggiungersi a molti altri milioni di dollari quali voci di spesa per regali, favori e pagamenti a medici universitari e istituzioni deputati all'insegnamento della medicina e all'aggiornamento medico[9]: procedura e attitudine ubiquitaria, senza confini.

Circa la metà dei costi ECM è sostenuta dall'industria farmaceutica.

Tuttavia «un altro mondo è possibile». Alfredo Pisacane sul BMJ del 14 agosto[10] propone sette iniziative per limitare il supporto commerciale all'ECM:

- **1.** organizzare corsi di ECM limitati e diretti a piccoli gruppi di operatori sanitari;
- **2.** focalizzare le attività di ECM su obiettivi/bisogni condivisi;
- **3.** valutare i *providers* (scuole di medicina, ospedali, organizzazioni professionali, società scientifiche, agenzie private);
- **4.** le istituzioni sanitarie devono partecipare alle spese per l'ECM;
- **5.** utilizzare tecnologia e approcci EBM;
- **6.** creare un fondo apposito per l'ECM da parte di ciascuna istituzione sanitaria, anche consorziandosi;
- **7.** chiedere che i partecipanti paghino direttamente la loro quota.

Sette proposte concrete nella direzione di garantire medici e infermieri consapevoli e in grado di prestare la cura più appropriata e aggiornata al paziente. Tuttavia la realizzazione di questi interventi necessita di tempo, volontà, partecipazione e regole.

Un altro modo di fare ECM è possibile.

Uno dei nodi, forse il principale, da dirimere è di definire chi deve farsi carico degli oneri (i costi) dell'ECM. L'aggiornamento delle conoscenze e

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.15.4.244 Thu, 25 Apr 2024, 09:48:26

quindi della pratica sanitaria è interesse sia del singolo operatore che dell'istituzione in cui lavora. Infatti l'ECM dovrebbe essere intesa come un investimento per aggiornare e migliorare la pratica individuale e per aumentare la qualità e l'appropriatezza delle cure garantite da una istituzione sanitaria. In tale contesto, non ci dovrebbe essere, quindi, partecipazione dell'industria all'attività di ECM e i costi dovrebbero essere sostenuti, seppur in maniera differente, sia dai singoli operatori che dalle aziende e istituzioni sanitarie in cui lavorano. Ora, quando è l'industria farmaceutica a pagare, i costi sono sostenuti inconsapevolmente dai pazienti, infatti la voce di spesa è riversata sui prezzi dei farmaci alla voce «marketing e ricerca».

In ogni azienda sanitaria dovrebbe essere istituita una Unità per l'ECM con compiti di programmazione, gestione e valutazione dell'aggiornamento dei dipendenti sanitari: attività concordate a livello delle singole Unità Operative in base ai bisogni e ai risultati di periodici *audit*.

***L'ECM è un complesso e oneroso* business.**

L'ECM rappresenta un complesso e oneroso *business* (viaggi, soggiorni, iscrizioni, parcelle ai tutor e ai docenti, logistica, ecc.) che un approccio più efficiente e focalizzato sui bisogni e la programmazione locale può semplificare e rendere meno costoso, aumentando, inoltre, la possibilità di partecipazione ad un maggior numero di operatori sanitari. Importante è anche definire il ruolo dei docenti, molto spesso costosi KOL (*Key Opinion Leaders*) che di questo *business* sono i sostenitori: dovrebbero essere istituite efficaci regole di trasparenza che non si limitino alla sola autodichiarazione (incontrollata) del conflitto di interessi.

Da ultimo, poiché l'«evidenza» ha dimostrato che sono più efficaci le attività di ECM di piccoli gruppi locali basate sulla soluzione di problemi reali della pratica rispetto alle tradizionali letture frontali[11], anche la partecipazione alla ricerca clinica dovrebbe essere parte dei programmi ECM. Saper disegnare uno studio, scrivere un protocollo, organizzare e gestire una ricerca clinica indipendente dovrebbero rappresentare, infatti, alcuni degli obiettivi di una moderna ECM volta alla indipendenza, trasparenza, efficacia, appropriatezza ed equità delle cure. **R&P**

BIBLIOGRAFIA

1. Bosely S, Evans R. Drug giants accused over doctors' perks. The Guardian, 23 agosto 2008.
2. Relman AS. Industry support of medical education. JAMA 2008; 300: 1071-3.
3. Fletcher S. Pharma and CME: view from the US. BMJ 2008; 337: 490-1.
4. Moynihan R. Is the relationship between Pharma and medical education on the rocks? BMJ 2008; 337: a925.
5. Johnson LA. Medical school, journal fight industry influence. http://news.yahoo.com/s/ap/20080911/ap_on_he_me/doctors_vs_drugmakers
6. Relman AS. Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing. JAMA 2001; 285: 2009-12.
7. Relman AS. Defending professional independence: ACCME's proposed new guidelines for commercial support of CME. JAMA 2003; 289: 2418-20.
8. Steinbrook R. Financial support of continuing medical education. JAMA 2008; 299:1060-2.
9. Angell M. The Truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York, NY: Random House; 2004.
10. Pisacane A. Rethinking continuing medical education. BMJ 2008; 337: a973.
11. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. J Contin Educ Health Prof 2007; 27: 6-15.