

Come si cambia l'abito prescrittivo con un corso ECM

Andrea Mangiagalli, Massimo Sorghi

Medicina Generale
Milano

Riassunto

La formazione continua dei medici di medicina generale avviene attraverso corsi ECM, generalmente sponsorizzati dalle ditte farmaceutiche e tenuti da medici specialisti. È difficile però valutare l'impatto di questi eventi formativi sulle abitudini prescrittive dei medici. La presente ricerca è stata condotta per valutare l'efficacia di alcuni corsi (svolti nell'ambito dell'ASL 2 di Milano) nel migliorare le abitudini prescrittive dei medici di medicina generale circa la terapia antipertensiva. I corsi sostenuti con le sponsorizzazioni delle ditte farmaceutiche e nei quali vengono coinvolti noti specialisti ospedalieri

sono più efficaci nello spostare le abitudini prescrittive. I corsi organizzati dall'ASL senza alcuno sponsor industriale sembra che siano invece percepiti dai medici di medicina generale come occasioni per indurre un risparmio di risorse «sulla pelle dei pazienti». Il fine della medicina basata sulle prove viene frainteso e probabilmente relegato in secondo piano.

Occhio Clinico 2007; 1: 17

Parole chiave: prescrizione; educazione continua in medicina

Abstract

General practitioners are trained through CME courses, generally sponsored by pharmaceutical firms and conducted by specialist doctors. It is, however, difficult to evaluate the impact that these training events have on the prescribing habits of doctors. This research was carried out to assess the efficacy of certain courses, that took place in ASL 2 (LHA 2) in Milan and that were conducted by general practitioners, in improving the prescribing habits of general practitioners in the area of anti-hyperten-

sion treatments. The research shows that the information put forward by sponsors and channelled by specialist doctors conditions GPs more than exposure to data of literature: when it is offered by colleagues, it doesn't not appear as convincing as in assumption.

Occhio Clinico 2007; 1: 17

Key word: Prescription; Continuing medical education (CME)

Introduzione

Tutti coloro che svolgono attività di formazione a qualsiasi livello, desiderano verificare l'efficacia del loro operato, anche se non è sempre facile né possibile.

Lo scopo di questa ricerca è quello di verificare efficacia e qualità dell'attività di formazione all'interno dell'ASL Milano 2, attraverso la valutazione delle variazioni prescrittive dopo un evento formativo in relazione a una condizione rilevante nell'ambulatorio del medico quale è l'ipertensione arteriosa.

Lo studio si presta a un'analisi qualitativa e quantitativa dell'utilizzo della classe ATC (anatomico, terapeutico e chimico) nella terapia di questa condizione, pur senza valutare il raggiungimento dell'obiettivo clinico (controllo della pressione).

La valutazione non può essere generalizzata per i limiti intrinseci dello studio, ma consente di individuare un dato di realtà delle abitudini prescrittive da parte dei colleghi di un medesimo ambito ASL. Questo lavoro

vuole essere materia di riflessione sulla reale utilità dell'aggiornamento ECM condotto con le regole attuali e su quali possano essere in futuro gli strumenti nuovi per creare consenso all'interno della medicina generale su argomenti clinici di stretta pertinenza della medicina del territorio, con autorevolezza e scientificità.

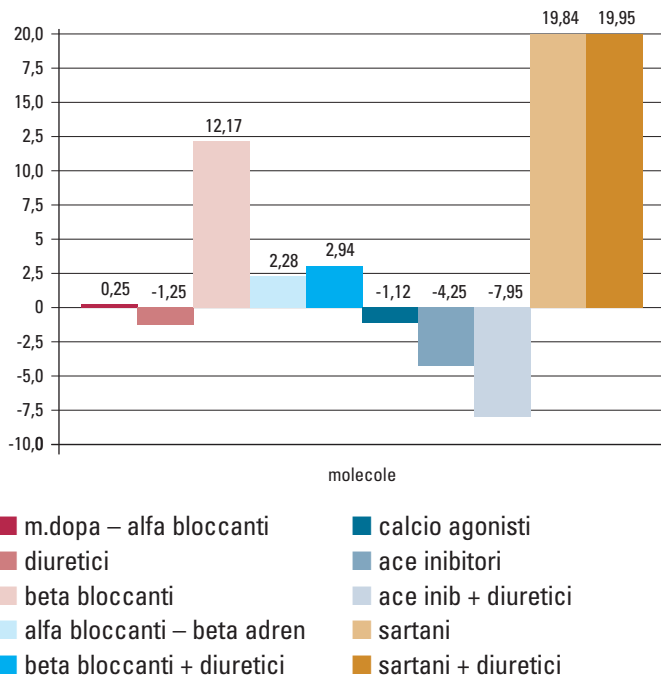
Materiali e metodi

Nel corso del 2005 sono stati coinvolti nell'attività formativa 254 medici di famiglia divisi in 4 gruppi: il 67 per cento dell'intera ASL Milano 2. L'evento formativo ha avuto una durata di 8 ore. I corsi erano tenuti da 6 medici di famiglia e prevedevano due interventi di specialisti. Durante le sessioni è stato dato ampio spazio ai seguenti argomenti:

- l'accurata rilevazione del parametro pressorio e la corretta stratificazione del rischio cardiovascolare totale come atti insostituibili che devono precedere qualsiasi decisione terapeutica; ►►

TIPOLOGIA DI MOLECOLE PRESCRITTE DOPO L'EVENTO FORMATIVO

GRAFICO 1



- l'esposizione della più aggiornata letteratura EBM riguardo alle scelte di molecole antipertensive con particolare enfasi sui risultati delle metanalisi;
- l'analisi dei consumi di farmaci (divisi secondo la classificazione ATC) nell'ASL di appartenenza.
- l'analisi dei dati di efficacia di farmaci a torto ritenuti obsoleti (diuretici, beta bloccanti, ACE inibitori) con particolare riguardo al rapporto costo beneficio.

Alla fine di ogni relazione è stato lasciato ampio spazio alla discussione.

Per valutare l'impatto del corso di aggiornamento sono state prese in considerazione le prescrizioni di tutte le classi ATC nei mesi di gennaio febbraio 2005, precedenti l'evento formativo stesso, e confrontate con l'analogo bimestre dell'anno successivo.

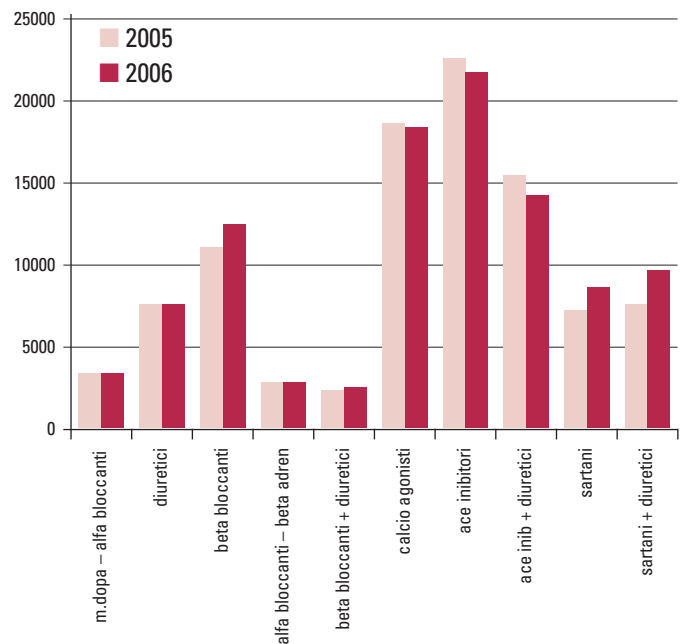
Risultati

I contenuti didattici e formativi espressi sia dai medici di famiglia sia dagli specialisti che di volta in volta hanno tenuto i corsi tendevano a pesare e valutare in modo personalizzato sul paziente e sulle patologie concomitanti il trattamento dell'ipertensione, non escludendo l'uso di farmaci meno recenti, ma comunque di efficacia provata.

Tuttavia, dalle analisi dei dati si evince (vedi il grafico 1) come la tipologia delle molecole ATC prescritte a seguito dell'evento sia modificata in maniera divergente dai contenuti forniti durante l'aggiornamento.

PAZIENTI IN TERAPIA ANTIPERTENSIVA: GENNAIO-FEBBRAIO 2005 E GENNAIO FEBBRAIO 2006

GRAFICO 2



Si rileva infatti una modesta riduzione della maggior parte delle categorie terapeutiche classiche e in particolare si osserva un calo del 7 per cento degli ACE inibitori associati a diuretici e del 4 per cento degli ACE non associati.

Inoltre si riscontra, da un lato, uno spiccato incremento dei beta bloccanti (forse utilizzati in funzione del trattamento dello scompenso, come il carvedilolo) e, dall'altro, una crescita sostenuta della prescrizione di sartanici associati o meno ai diuretici (vedi il grafico 2); pertanto si è ritenuto utile entrare nel dettaglio prescrittivo di questa classe di farmaci.

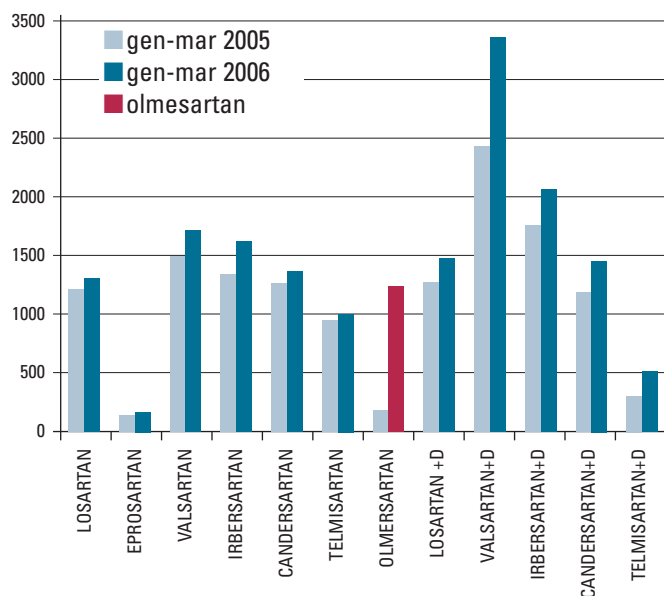
Dalla sottostratificazione della categoria dei sartani è emerso che il loro aumento prescrittivo è ascrivibile per il 90 per cento a una sola molecola (olmesartan= +567 per cento; vedi il grafico 3) che non era stata neppure citata nel corso dell'aggiornamento, in quanto non risultava ancora in commercio.

Discussione

Innanzitutto, la prima e poco confortante osservazione è che un evento formativo condotto in prima persona da medici di famiglia su un tema di stretta pertinenza della medicina generale, quale la terapia dell'ipertensione, sembra non aver avuto alcun impatto sulle abitudini prescrittive. La riduzione degli ACE inibitori a favore dei sartanici, appare legata più a spinte di tipo commerciale che non a reali dati di superiorità clinica. Infatti il

PRESCRIZIONE DEI SARTANI PRIMA E DOPO L'EVENTO FORMATIVO

GRAFICO 3



solo olmesartan (complice un recente battage pubblicitario) ha la responsabilità di avere spostato un numero rilevante di pazienti da precedenti terapie basate su ACE inibitori.

L'unico segmento dell'aggiornamento dedicato ai sartanici è stato svolto da un cardiologo ospedaliero ed era incentrato sul una particolare patologia (lo scompenso cardiocircolatorio) che non risulta essere prevalente rispetto all'ipertensione. Inoltre, come già detto, si è parlato di molecole diverse dall'olmesartan, non ancora presentato ai medici di base, all'epoca.

Questo aspetto è forse il più importante tra quelli emersi dalla ricerca: rende palese come l'autonomia di giudizio del medico (di medicina generale, ma non solo) sia fortemente pregiudicata da scelte di marketing e come la commercializzazione di farmaci *me too* si traduca sempre in incremento della prescrizione delle nuove molecole a svantaggio di farmaci con una più consolidata esperienza sul campo e con maggiori risultati in termini in letteratura.

Resta pertanto difficile giudicare il valore formativo di eventi ECM.

Quelli sostenuti con le sponsorizzazioni delle ditte farmaceutiche (almeno fino a novembre 2006 quando è iniziata il blocco di Farindustria contro la legge finanziaria del 2007), sono occasioni di marketing: vengono coinvolti quali opinion leader noti specialisti ospedalieri e universitari a cui i medici indirizzano con fiducia i

pazienti per eventuali consulenze specialistiche; il risultato atteso è quello di vedere prescritto quanto veicolato come «aggiornamento EBM».

I corsi organizzati dall'ASL senza alcuno sponsor industriale sono invece percepiti dai medici come occasioni per indurre un risparmio di risorse «sulla pelle dei pazienti». Il fine della medicina basata sulle prove, cioè presentare le soluzioni con il miglior rapporto costo-efficacia, viene frainteso e probabilmente relegato in secondo piano.

Esiste però un possibile fattore di confondimento nell'interpretazione dei dati di prescrizione: al momento i mezzi informatici di controllo delle ASL non permettono di risalire alla responsabilità prima della prescrizione di un farmaco; infatti il sistema informatico cataloga ancora le prescrizioni incrociando il codice del medico di famiglia con il codice fiscale del paziente. L'aspetto dell'induzione della prescrizione da parte di specialisti resta un nodo da sciogliere nell'ambito delle cure primarie (vedi *Occhio Clinico* 2006; 8: 25). La stessa necessità che sia uno specialista a certificare, per l'esenzione per patologia (e con una sola visita), uno stato ipertensivo (che avrebbe una valutazione più idonea nell'ambulatorio del medico di famiglia), crea le condizioni per la scelta delle molecole più nuove.

Sarebbe auspicabile a questo proposito la fine di questo sistema di rilascio delle esenzioni per patologie per le quali è improbabile un uso improprio di farmaci (ipertensione, diabete) lasciando alle società scientifiche della medicina generale la responsabilità di stilare linee guida, position paper, statement, che conferiscano le dovute dignità e autonomia scientifica della medicina di famiglia. ■

Note bibliografiche

SHEP. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. JAMA 1991; 265: 3255.

ALLHAT. Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs chlorthalidone: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA 2000; 283: 1967.

Hansson L et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial.

HOT Study Group. Lancet 1998; 351: 1755.

UKPDS. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 39. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ 1998; 317: 713.

Lindholm LH et al. Comparison of antihypertensive treatments in preventing cardiovascular events in elderly diabetic patients: results from the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2. STOP Hypertension-2 Study Group. J Hypertens 2000; 18: 1671.

Niklason A et al. Development of diabetes is retarded by ACE inhibition in hypertensive patients - a subanalysis of the Captopril Prevention Project (CAPPP). J Hypertens 2004; 22: 645.