



NO GRAZIE

Lettera di informazione periodica

Esce ogni mese (o quasi); contiene le notizie più significative pubblicate anche sul sito www.nograzie.eu

e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagoIo/180764791950999>

Lettera n. 50 – Luglio 2017

I conflitti d'interesse sul JAMA

Come annunciato nella lettera 49 (giugno 2017), vi offriamo per le vacanze estive altri articoli del numero speciale di JAMA del 2 maggio 2017 (<http://jamanetwork.com/journals/jama/issue/317/17>). sui conflitti d'interesse (CdI). Alla seconda selezione di questi articoli abbiamo aggiunto un pezzo sulle relazioni tra farmacisti e industria pubblicato su un'altra rivista. Faremo una pausa ad agosto. Arrivederci a settembre.

Indice

1. Divulgazione al pubblico dei pagamenti ai medici dall'industria	Pag. 2
2. Pagamenti dell'industria per cibi e bevande, e prescrizione di farmaci	Pag. 4
3. Il ruolo dell'industria degli alimenti nella ricerca in nutrizione	Pag. 5
4. I CdI dei redattori di riviste mediche: chi controlla i controllori?	Pag. 6
5. Riviste mediche, editori e CdI	Pag. 9
6. Tipo e distribuzione dei pagamenti dell'industria ai medici nel 2015	Pag. 11
7. Visite dei rappresentanti e prescrizioni dei medici	Pag. 13
8. Le relazioni tra farmacisti e industria	Pag. 12



Tutto il materiale originale dei NoGrazie è disponibile secondo la licenza Creative Commons 3.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it>), e può essere liberamente riprodotto citando la fonte; materiali di diversa provenienza (citazioni, traduzioni o riproduzioni di testi o immagini appartenenti a terze persone) non vi sono compresi e l'autorizzazione alla riproduzione va richiesta ai rispettivi proprietari.

1. Divulgazione al pubblico dei pagamenti ai medici dall'industria

Ornstein C. [Public Disclosure of Payments to Physicians From Industry](#). JAMA 2017;317:1749-50

Un segno distintivo del rapporto medico-paziente è la fiducia, inclusa la fiducia che i pazienti saranno sinceri con i medici su ciò che li riguarda, e la fiducia che i medici prenderanno le migliori decisioni per i pazienti, indipendentemente da qualsiasi altro interesse. Ma per chi non si accontenta di basare tali decisioni sulla fiducia, trovare informazioni aggiuntive sui medici è stata, fino a poco tempo fa, una sfida. Ad esempio, quando un medico prescrive un nuovo farmaco costoso, i pazienti e le loro famiglie non possono sapere se il medico ha dei legami finanziari con il produttore del farmaco. Né c'è modo di confrontare le scelte prescrittive del medico con quelle dei suoi pari per decidere se porre ulteriori domande sul trattamento raccomandato.

Questo velo di segretezza si è cominciato a sollevare alla fine degli anni 2000. Dal 2009 al 2014 almeno 11 aziende farmaceutiche hanno concluso cause legali iniziate da dipendenti che avevano denunciato pratiche illegali di marketing e uso di bustarelle. Nell'ambito di queste cause, le aziende hanno rivelato i pagamenti fatti ai medici per promozione commerciale, consulenza e altri servizi. Hanno anche iniziato a pubblicare queste informazioni sui loro siti web, ma in modi difficili da consultare e analizzare. Era praticamente impossibile sapere quali medici ricevevano le maggiori quantità di denaro.

Due sviluppi hanno rappresentato un importante progresso nella promozione della trasparenza sulle interazioni finanziarie tra industria e medici: il Sunshine Act e le iniziative di ProPublica, un'organizzazione non profit di giornalismo investigativo. Queste iniziative hanno suscitato una estesa discussione e una maggiore consapevolezza di alcune delle relazioni finanziarie tra i medici e l'industria, e le risultanti informazioni sono state utili per i pazienti. Più in generale, la disponibilità di informazioni sui pagamenti ai medici e sulla loro relazione con le prescrizioni di farmaci ha stimolato scomode, e forse tardive, domande su quale interesse abbia la precedenza: la privacy dei medici o il diritto dei pazienti a sapere.

Il Sunshine Act obbliga tutti i produttori di farmaci e dispositivi medici a rendere pubblici tutti i pagamenti a ospedali, medici, dentisti, osteopati, optometristi, podiatri e chiropratici. Può trattarsi di pagamenti generici (per esempio, per pasti, viaggi, conferenze e consulenze), per ricerca, o di interessi sulle azioni. A partire da settembre 2014, tutti i pagamenti sono pubblicati su un sito web gestito dal governo federale. Il primo rapporto ha coperto il periodo da agosto a dicembre 2013. I rapporti successivi, pubblicati annualmente, coprono interi anni. Il sito consente agli utenti di cercare un medico e di scaricare tutti i dati che lo riguardano. Non è però facile scoprire quali ditte hanno speso di più in un anno o quali prodotti erano oggetto della maggior promozione. Le ditte sono tenute ad attestare l'esattezza dei propri dati e sono soggette a verifiche e sanzioni fino a 1,15 milioni di dollari l'anno se segnalano i pagamenti in ritardo o in modo errato. La maggior parte delle analisi dei dati sono state finora di tipo descrittivo, prendendo in considerazione la prevalenza dei pagamenti all'interno di una particolare specialità. Ma i dati riportati dalle ditte non sono completi e talvolta contengono degli errori. Nulla si sa, per esempio, dei campioni di farmaci dati ai medici, che alcuni considerano un'induzione a prescrivere, o dei pagamenti relativi all'ECM. Inoltre, i pagamenti agli infermieri e agli assistenti medici non sono coperti dalla legge. Anche se i medici hanno un tempo di 45 giorni per esaminare e contestare i pagamenti loro attribuiti prima che i dati divengano pubblici, una percentuale molto piccola lo fa. Per il 2015, sono stati contestati 16.653 pagamenti, lo 0,13% del totale. Molti medici, addirittura, non sono ancora a conoscenza del fatto che il governo pubblichi i loro dati.

ProPublica ha contribuito a rendere più trasparenti due importanti aree di assistenza sanitaria: i rapporti finanziari tra i medici e le ditte farmaceutiche e il modo in cui le abitudini prescrittive dei medici si confrontano con quelle dei loro pari. Nel 2010 ha presentato *Dollars for Docs* (Dollari per i Medici), un motore di ricerca che inizialmente analizzava le informazioni sui pagamenti a medici da parte di 7 ditte. Questo strumento forniva inoltre i nomi dei farmaci più venduti da ciascuna ditta, nonché le domande che i consumatori potrebbero chiedere ai loro medici se desiderano ulteriori

informazioni. Sebbene i CdI in medicina fossero ben coperti dalla letteratura medica, *Dollars for Docs* ha permesso ai singoli pazienti di porre una domanda fondamentale: il mio medico ha rapporti con le ditte farmaceutiche? Lo strumento, oltre che per i pazienti, è utile per altri nel servizio sanitario dato che i medici possono vedere quello che fanno i loro pari, e lo possono usare anche le autorità sanitarie e giudiziarie. Ad oggi, sono state visitate più di 13 milioni di pagine di *Dollars for Docs* e i suoi contenuti sono stati ripresi da almeno 200 diversi media. *Dollars for Docs*, che ora comprende anche tutti i dati del Sunshine Act, ha dato luogo a visioni sorprendenti ed è stato citato dalla letteratura medica. Malgrado ciò che le ditte avevano sostenuto a lungo, alcuni tra i medici che ricevono i maggiori pagamenti non sono esperti nei loro campi e alcuni non dispongono nemmeno del certificato di specialisti. Altri erano stati sanzionati dagli ordini dei medici statali, in alcuni casi per prescrizioni abusive, costringendo le ditte a riconoscere di non aver esaminato tali azioni come parte del loro processo di scelta degli esperti. Per la sorpresa di qualche grande università, alcuni docenti avevano ricevuto pagamenti in violazione di politiche che vietavano di accettarli. A seguito di queste e di altre informazioni, le ditte farmaceutiche hanno reso più rigorose le proprie pratiche di scelta degli esperti e alcune università hanno iniziato a riesaminare i loro docenti per verificarne le relazioni finanziarie che, fino ad allora, erano solo auto-segnalate.

La comprensione dei rapporti finanziari tra medici e industria è solo una delle finestre sulle abitudini prescrittive. È altrettanto importante, se non di più, capire come le pratiche prescrittive dei medici si confrontino con quelle dei loro pari. In generale, la maggior parte dei medici non sono consapevoli se le loro scelte siano simili a quelle degli altri medici nel loro campo. Non esiste alcuna definizione di ciò che costituisce una prescrizione “normale”. Sfruttando la legge sulla libertà di informazione, ProPublica ha chiesto i dati relativi alle prescrizioni di ciascun medico nel programma Medicare, che copre più di un quarto delle prescrizioni erogate negli Stati Uniti. Nel 2013, ProPublica ha lanciato uno strumento che permette agli utenti di comparare la prescrizione di un medico rispetto ad altri che praticano la stessa specialità e negli stessi Stati. I rapporti basati su questi dati mostrano schemi di prescrizione disparati e tassi sconcertanti di prescrizione di farmaci di marca in tutto il paese. Un'analisi iniziale ha mostrato che molti dei prescrittori di medicinali pesantemente promossi hanno ricevuto pagamenti dalle ditte che li producono. Praticamente tutti i prescrittori più importanti di un farmaco costoso per l'ipertensione sono stati pagati dal produttore. Un'ulteriore analisi ha dimostrato che i medici che hanno ricevuto pagamenti tendono a prescrivere una percentuale più elevata di farmaci di marca rispetto ad altri nella stessa specialità che non hanno ricevuto pagamenti. È anche evidente una relazione dose-risposta: i medici più pagati hanno i tassi di prescrizione di farmaci marca più elevati. Le analisi hanno finora stabilito solo un'associazione. Saranno necessarie ulteriori ricerche per determinare se esiste una relazione causale tra pagamenti e prescrizione. Può darsi che i medici che preferiscono prescrivere farmaci di marca siano semplicemente più inclini ad accettare pagamenti dall'industria. Ma se si dimostrasse che i pagamenti causano un aumento delle prescrizioni, si potrebbe scatenare una discussione per leggi anticorruzione che portino a un uso maggiore di autorizzazioni preventive da parte delle compagnie di assicurazione. Lo strumento di ProPublica è limitato: include solo i dati di Medicare, rilasciati spesso con ritardo di più di un anno, rendendo difficile valutare le tendenze in tempo reale. Inoltre, come esempio di conseguenze non intenzionali dell'aumento della disponibilità di informazioni sui farmaci prescritti dai medici, alcuni pazienti che cercavano oppiacei hanno iniziato a condividere dati sui più importanti prescrittori nei forum online.

In conclusione, la trasparente divulgazione al pubblico dei pagamenti ai medici da parte dell'industria e l'analisi della relazione tra pagamenti e prescrizioni di farmaci è ancora in fase infantile. Nel futuro, quando saranno disponibili più dati, sarà indispensabile continuare a migliorare gli strumenti per i consumatori e fornire informazioni di contesto su come utilizzarli.

A cura di Adriano Cattaneo

2. Pagamenti dell'industria per cibi e bevande, e prescrizione di farmaci

Steinbrook R. [Physicians, Industry Payments for Food and Beverages, and Drug Prescribing](#). JAMA 2017;317:1753-4

Nel 2015 l'industria del farmaco e dei dispositivi sanitari ha informato Medicare e Medicaid, i due programmi federali di assistenza sanitaria per poveri e anziani, di aver versato un totale di 235 milioni di dollari per pagare alimenti e bevande ai medici, pari a circa il 12% del totale dei pagamenti ai medici che comprendono royalties e licenze, consulenze, altri servizi diversi da consulenza, viaggi e alloggio, oltre a compensi per programmi di formazione accreditati e non. Ci sono circa 850.000 medici attivi negli USA; 616.567 (73%) hanno ricevuto un qualche tipo di pagamento nel 2015, 589.042 di questi (96%) hanno ricevuto pagamenti per alimenti e bevande, per un valore medio totale per medico di 400 e una mediana 138 dollari. La mediana è modesta, ma rappresenta di gran lunga il tipo più frequente di dono e pagamento che i medici ricevono dall'industria, soppiantando al momento le borse con il logo, le penne, le tazze e altri ninnoli datati.

I singoli medici potrebbero far notare di non aver mangiato o bevuto nulla, anche se hanno partecipato ad un evento educativo o promozionale sponsorizzato dall'industria dove si servivano cibi e bevande. Ciò nonostante, chiunque sia iscritto all'evento è considerato oggetto di un pagamento, con l'importo per medico determinato dividendo il totale che lo sponsor ha speso per il numero di partecipanti.

Fornire ogni anno centinaia di milioni di dollari di pagamenti ai medici per cibo e bevande non è un atto caritatevole. Come altre imprese di proprietà degli investitori, le ditte farmaceutiche cercano di massimizzare i loro profitti e forniscono i pasti con l'aspettativa di un buon rendimento. Senza la fornitura di alimenti e bevande, è probabile che meno medici avrebbero partecipato a questi eventi e ascoltato le presentazioni di esperti, accademici, dipendenti della ditta farmaceutica o altri relatori pagati dall'industria.

Per anni, le prove hanno suggerito che anche i piccoli regali possono influenzare il comportamento dei medici, creare un atteggiamento mentale di diritto acquisito, e contribuire a promuovere la fedeltà alle ditte e ai loro prodotti. Recentemente, con la disponibilità di dati fornita dal Sunshine Act, e con le ricerche effettuate su questi dati, le prove sono diventate più forti.

Uno studio del 2016 ha mostrato che i pasti pagati dall'industria, anche un singolo pasto, sono associati ad un aumento delle prescrizioni dei farmaci di marca promossi nel corso dell'evento. Il valore andava da 12 a 18 dollari nel caso di un singolo pasto. Con un pasto da 20 dollari, o con più pasti, i tassi di prescrizione dei farmaci di marca aumentavano. I farmaci erano stati scelti perché erano i più prescritti nelle rispettive categorie, anche se non vi era nessuna evidenza di una loro superiorità nei confronti dei rispettivi generici. Un altro studio ha rilevato che "i medici che hanno ricevuto denaro da parte delle ditte di dispositivi e farmaci, anche solo un pasto, hanno prescritto una percentuale più elevata di farmaci di marca rispetto ai medici che non hanno ricevuto denaro". "Più soldi ricevono, in media, più farmaci di marca prescrivono". I tassi medi di prescrizione di farmaci di marca tra i medici di famiglia, gli internisti, i cardiologi, gli psichiatri e gli oculisti erano più alti tra coloro che ricevevano altri tipi di pagamenti rispetto a quelli i cui pagamenti erano solo per i pasti. Tuttavia, i medici che avevano ricevuto solo i pasti avevano tassi significativamente più elevati di prescrizione di farmaci di marca rispetto ai medici che non avevano ricevuto pagamenti.

Un limite di entrambi gli studi è che i loro risultati rappresentano associazioni tra i pagamenti per cibi e bevande e il comportamento prescrittivo del medico, non i rapporti causa-effetto. Alcuni dei medici che frequentano eventi sponsorizzati dall'industria potrebbero già preferire un farmaco della ditta e potrebbero semplicemente cercare informazioni aggiuntive. Alcuni medici evitano di partecipare ad eventi promozionali e quelli presenti sono un campione non rappresentativo. Ma ciò non preclude dal porsi una domanda più ampia: c'è bisogno di provare un rapporto causa/effetto tra i pagamenti dell'industria e la prescrizione di farmaci di marca? In primo luogo, i pasti pagati dall'industria e altri regali palesi possono essere legali, ma ci sono delle ragioni per le quali i medici dovrebbero aspettarsi o accettarli? In secondo luogo, in questa situazione la percezione di un CdI è

più importante del discutere se esiste un reale CdI; e la chiara percezione è che le ditte stanno usando la fornitura di cibi e bevande per aumentare la partecipazione ad eventi promozionali e per aumentare le vendite. Terzo, parte del privilegio di curare i pazienti è la consapevolezza delle loro possibilità economiche, oltre che della loro salute. Nel 2015, la spesa per i soli farmaci da prescrizione negli USA era di circa 1000 dollari a persona. Per le situazioni in cui sono disponibili medicinali alternativi meno costosi e analogamente efficaci, i medici dovrebbero prescrivere queste alternative, non scelte più costose. In quarto luogo, anche quando i pazienti hanno un'assicurazione per i farmaci o possono ottenere sconti, la prescrizione ingiustificata di farmaci più costosi sposta i costi sugli assicuratori, gli stati, il governo federale e la società nel suo complesso, e rende meno accessibile la salute per tutti.

Ci sono problemi complessi e compromessi necessari in materia di CdI in medicina. I regali, che nel 2017 sono soprattutto pasti sponsorizzati dall'industria, non sono tuttavia tra questi. Il codice etico dell'American Medical Association (AMA) è chiaro: "i regali dell'industria per i medici creano condizioni che comportano o fanno percepire il rischio di distorcere sottilmente il giudizio professionale nella cura dei pazienti" (ndt: anche il codice deontologico della FNOMCEO del 2014 mette in guardia da questo rischio e proibisce i pagamenti individuali). I medici devono chiedersi perché accettano questa generosità dell'industria. I 235 milioni di dollari pagati ogni anno garantirebbero una considerevole parte dell'assistenza necessaria per i pazienti che non se la possono permettere. Invece di cenare con i pasti offerti dall'industria, i medici dovrebbero far pressione affinché i produttori di farmaci e dispositivi medici spendano di meno per la promozione dei propri prodotti e di più per la ricerca indipendente sulla loro sicurezza, efficacia ed accessibilità. I pazienti e il sistema sanitario non meritano niente di meno.

A cura di Adriano Cattaneo

3. Il ruolo dell'industria degli alimenti nella ricerca in nutrizione

Mozaffarian D. [Conflict of Interest and the Role of the Food Industry in Nutrition Research](#). JAMA 2017;317:1755-6

Una dieta sbagliata è spesso associata a disabilità e causa mortalità molto più di ogni altro fattore modificabile. Solo negli Stati Uniti una dieta sbagliata causa più di mille morti al giorno, soprattutto per disordini cardiovascolari e diabete. I costi diretti e indiretti legati a malattie croniche da cattiva nutrizione sono stimati intorno a un trilione di dollari l'anno. In comparazione con questo fardello di malattia, i fondi investiti per ricerca sugli effetti degli alimenti sono scarsi. Dal 2003 al 2013 i finanziamenti dell'Istituto Nazionale della Salute hanno subito un decremento del 22%, con solo una piccola frazione del budget per la ricerca sull'alimentazione. Il ministero dell'agricoltura ha provveduto a incrementare la ricerca grazie all'Istituto Nazionale per gli Alimenti e l'Agricoltura. Finora gran parte di questo fondo è stato dedicato alla ricerca tecnologica sul cibo. Nel 2009, la spesa pubblica totale per la ricerca sulla nutrizione si aggirava intorno a 1,5 miliardi di dollari l'anno, contro i più di 60 miliardi spesi per la ricerca su farmaci, biotecnologie e dispositivi medici. La parte del leone la fa la spesa privata. Un report del 2013 la stimava a circa 12,4 miliardi di dollari l'anno. Ma vi sono molti dubbi sui risultati di questa ricerca: si è visto, per esempio, che gli studi sponsorizzati dall'industria sugli effetti di zucchero e dolcificanti sulla salute mostrano un 30% di probabilità in più di arrivare a conclusioni favorevoli all'industria rispetto a quelli non sponsorizzati. Gli stessi risultati che si ottengono per gli studi sponsorizzati dall'industria su farmaci e dispositivi medici.

Molte attività dell'industria degli alimenti sono considerate problematiche. Le tattiche documentate includono la promozione di prodotti dannosi per la salute, campagne pubblicitarie ingannevoli rivolte a bambini e ad altri gruppi di persone fragili, attività di lobby, cooptazione di ONG e social media, e sostegno finanziario a campagne contro la scienza e gli scienziati. Queste tattiche

ricordano quelle dell'industria del tabacco. Ma l'industria degli alimenti non è monolitica, è eterogenea per tipo di imprese e prodotti. Alcune ditte fanno affidamento su un piccolo numero di prodotti malsani per ottenere profitti a breve termine. Altre, da grandi imprese a piccoli negozi e ristoranti, si impegnano per la salute e il bene comune senza pensare troppo ai profitti a breve termine. I governi possono influenzare positivamente le prospettive di questo tipo di industria condividendo competenze sulla salute e spingendo su sostenibilità e politiche di inclusione sociale.

Di fronte a questa realtà, come dovrebbero comportarsi governi, istituzioni, ricercatori, professionisti e associazioni della salute in relazione alla ricerca finanziata dall'industria? Molti seguono le indicazioni del Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) e di alcune istituzioni accademiche:

- Sviluppare e applicare principi di collaborazione chiari e trasparenti.
- Valutare se il partner è adatto al progetto (area di interesse, immagine, storia, solidità).
- Valutare i benefici per il bene pubblico e l'allineamento degli obiettivi, non solo i benefici per il partner; non partecipare a progetti contrari al bene pubblico.
- Sviluppare un piano: disegno, implementazione, analisi e interpretazione dei risultati, facendo di tutto per mantenere l'indipendenza in ogni fase.
- Garantire indipendenza all'atto della pubblicazione dei risultati.
- Garantire che il finanziamento dell'industria sia trasparentemente riportato e riconosciuto in ogni fase.
- Considerare il bilancio tra rischi e benefici dei CdI reali e percepiti, nella prospettiva di tutti i portatori d'interesse.
- Far pressione per un aumento dei finanziamenti pubblici dalle varie istituzioni del governo.

Comparata con la ricerca su farmaci, biotecnologie e dispositivi medici, la ricerca sugli alimenti sponsorizzata dall'industria solleva una maggiore attenzione del pubblico e in particolare dei media. I potenziali danni della scarsa accettazione di risultati distorti, oltre che della reputazione individuale e istituzionale, devono essere confrontati con i potenziali progressi scientifici, la produzione di un bene comune e la disponibilità di finanziamenti alternativi. Un aumento del finanziamento pubblico è di cruciale importanza. Anche se esso sembra impraticabile nel clima di bilancio attuale, rappresenta un investimento essenziale per migliorare la salute e ridurre le spese sanitarie.

Le sfide relative al ruolo dell'industria degli alimenti per la ricerca sono profonde e non facilmente rimovibili. Come sostiene il CDC, i benefici di una collaborazione tra partner pubblici e privati includono la facilitazione dell'innovazione per produrre beni pubblici e un miglioramento della capacità di ricerca. Ma sono evidenti anche i potenziali danni di una scienza distorta e di una perdita di reputazione. Date la misura delle sfide nutrizionali globali, l'esperienza e il raggio d'azione dell'industria, la diversità tra ditte, e la possibilità di creare prodotti più sani e profittevoli, l'industria è un partner necessario per ricerche importanti a livello mondiale e per affrontare la crisi nutrizionale globale. Ma i partner pubblici devono rimanere vigili e cauti nei riguardi delle possibili distorsioni, e devono valutare vantaggi e svantaggi delle opportunità di collaborazione.

A cura di Maria Luisa Trentin

4. I CdI dei redattori di riviste mediche: chi controlla i controllori?

Gottlieb JD, Bressler NM. [How Should Journals Handle the Conflict of Interest of Their Editors? Who Watches the "Watchers"?](#) JAMA 2017;317:1757-8

Nella maggior parte dei centri medici accademici le linee di condotta sul CdI richiedono che i ricercatori rivelino alle loro istituzioni gli interessi finanziari connessi alla ricerca in modo che

l'istituzione possa valutare i rischi potenziali del CdI. Per gestire il CdI, i centri medici accademici di solito invitano i ricercatori a rivelare gli interessi finanziari agli altri partecipanti della ricerca e ai redattori della rivista. Se un'istituzione segue le linee guida dell'Association of American Medical Colleges, fatta eccezione per le situazioni in cui un ricercatore ha un significativo interesse finanziario nella ricerca e questa coinvolge esseri umani, gli investigatori sono generalmente autorizzati a mantenere i loro interessi finanziari durante la ricerca in atto, fintanto che esista trasparenza con la rivelazione degli stessi ai consumatori (ad es. partecipanti alla ricerca, co-investigatori e individui che ricevono rapporti della ricerca, compresi quelli che ascoltano una presentazione o leggono un articolo sulla stessa).

Questo approccio "acquirente stai attento" è sufficientemente trasparente per il consumatore per quanto riguarda un CdI dei ricercatori? Anche se ogni istituto di ricerca stabilisce le proprie regole per quanto riguarda quando imporre gestioni più rigorose della rivelazione, l'affidarsi alla stessa presuppone che il rischio di bias correlato ai CdI sia mitigato dalle regole e dalle norme che si applicano alla ricerca scientifica. Ad esempio, i comitati delle istituzioni per la cura degli animali e le commissioni di utilizzazione, nonché i comitati di revisione istituzionale, di solito devono approvare i protocolli e controllare la conduzione dello studio. Questi requisiti dovrebbero garantire che i protocolli, compresi quelli che coinvolgono i CdI di un ricercatore, siano verificati da esperti e che ci sia una sorveglianza della condotta dello studio. Nella segnalazione scientifica della ricerca clinica (vale a dire uno studio clinico randomizzato, studi di osservazione e meta analisi) che segue le raccomandazioni e gli standard di reporting, vi è generalmente chiarezza sul ruolo di qualsiasi investigatore con un CdI e il ruolo di tutti gli sponsor dell'industria.

La rivelazione di un CdI in una pubblicazione invita i lettori a valutare se il disegno dello studio era oggettivo, se i dati sono stati analizzati in modo appropriato e se le interpretazioni e le conclusioni riflettono in modo preciso i risultati. Nel caso di revisioni sistematiche senza meta analisi, recensioni narrative o opinioni (ad es., editoriali, commenti invitati o altri punti di vista), la divulgazione potrebbe non essere considerata adeguata a gestire situazioni nelle quali un autore abbia un interesse finanziario correlato o sia coinvolto finanziariamente con una azienda interessata. Queste proposte sono suscettibili di maggiori potenziali bias rispetto a rapporti di ricerca che coinvolgono i CdI di un ricercatore o la sponsorizzazione di un'industria. Per cui a JAMA e nella famiglia di riviste che compongono il JAMA Network, anche se le ricerche originali potrebbero coinvolgere autori con un CdI finanziario gestito con la rivelazione al lettore, la maggior parte degli articoli di opinione non coinvolgono autori che hanno un CdI relativo alle loro opinioni.

Come affermato nel capitolo 5.5.1 del manuale di comportamento di AMA, "i direttori di alcune riviste preferiscono che gli autori di alcuni tipi di articoli, come gli editoriali, i commenti e le revisioni, non abbiano interessi finanziari nell'argomento". Tutti gli articoli di opinione vengono riesaminati dal direttore o da editor senior incaricati dal direttore al fine di garantire che l'articolo non sia parziale. Il processo di divulgazione delle riviste richiede che gli editor agiscano come "sorveglianti" sugli autori: filtrino per conto dei lettori gli articoli presentati e ci si aspetta che salvaguardino l'integrità del giornale. In parte lo fanno pubblicando le rivelazioni dei CdI degli autori. Inoltre i lettori confidano che anche gli editor non abbiano CdI che potrebbero influenzare le loro decisioni su quali articoli accettare o rifiutare. Questa fiducia si estende alla valutazione su quando rifiutare un manoscritto, di ricerca o meno, che sembra guastato da un CdI finanziario di un autore tale che, anche se il conflitto è stato dichiarato, l'articolo è ritenuto inaccettabile per la pubblicazione. Ma chi controlla i controllori? Poiché queste garanzie "esterne" del processo editoriale normalmente non sono in atto (ad esempio, un editor dell'editor), gli editor di giornali dovrebbero essere tenuti all'osservanza di standard più elevati. Gli editor esercitano un controllo sostanziale sulla letteratura biomedica, e la letteratura, a sua volta, può avere un'influenza enorme nell'assistenza sanitaria.

Alcune riviste mediche revisionate da pari sono considerate da medici, ricercatori, commissioni di promozione, agenzie regolatorie, organismi federali e privati di concessione di finanziamenti di ricerca, tribunali, media e pubblico le fonti più autorevoli di conoscenza scientifica. Gli editor possono modellare la letteratura determinando quali ricerche originali, opinioni, recensioni e altri materiali didattici pubblicare. Possono anche scegliere a quali articoli viene data maggiore

importanza nella rivista, o sul suo sito internet, o vengono promosse presso i media, anche se i media in ultima analisi decidono quali pubblicare nelle loro testate. Di conseguenza il potenziale di un processo di decisione alterato che può essere associato al CdI di un editor è particolarmente preoccupante. Ad esempio, un editore che detiene brevetti su un dispositivo di diagnostica per immagini può giudicare in modo oggettivo se pubblicare uno studio che riguarda una nuova tecnologia che fa diretta concorrenza alla sua invenzione? E se un redattore fosse il collaboratore di uno studio presentato alla sua rivista? Anche i CdI istituzionali possono influire sui processi decisionali. Un editor che detiene una posizione senior presso un'università può decidere in modo equo fra due manoscritti di pari forza quando uno è prodotto della sua istituzione e l'altro da un'altra università?

Poiché la posta in gioco è potenzialmente tanto importante, le politiche sui CdI delle riviste dovrebbero promuovere nel processo editoriale il livello più alto possibile di obiettività. Le "Raccomandazioni per il comportamento, la segnalazione, la modifica e la pubblicazione del lavoro scientifico in riviste mediche" del Comitato internazionale degli editors delle riviste mediche (ICMJE) affermano che gli editori non dovrebbero avere un CdI che potrebbe portare a bias o al sospetto di bias nelle decisioni: "I redattori che prendono l'ultima decisione sui manoscritti, devono ritirarsi dalla decisione editoriale se hanno CdI o relazioni che possono porre CdI potenziali per quel che riguarda gli articoli presi in considerazione".

Le linee di condotta del JAMA Network indicano che "le decisioni definitive riguardanti la pubblicazione dei manoscritti viene affidata a un redattore che non ha CdI rilevanti". Questo include CdI finanziari e non finanziari. Queste riviste hanno un processo di ricasazione formale per aiutare a gestire i CdI potenziali di un editor. Un esempio di una procedura esplicita nella gestione dei CdI di un editor viene offerta da JAMA Ophthalmology, per il quale uno di noi (N.M.B) è direttore responsabile. JAMA Ophthalmology delinea chiaramente le condizioni che creano un CdI inaccettabile per un editor e descrive una procedura dettagliata di allontanamento da un processo di decisione editoriale (Box).

Situazioni in cui i redattori di JAMA Ophthalmology devono essere esclusi dal processo decisionale.

- Un rapporto di relazione diretta tra un autore e un revisore o un editor.
- Un editor o un revisore è impiegato presso la stessa istituzione di un autore o ha un interesse patrimoniale o un interesse di proprietà nell'istituzione dell'autore (soggetto a una valutazione della vicinanza di tale rapporto di lavoro).
- Un editor o un revisore è un collaboratore del progetto che è oggetto della presentazione.
- La presentazione riguarda un coniuge o un figlio dipendente del revisore o dell'editor.
- L'editore o il revisore ha un interesse finanziario in una società o in una società concorrente con un interesse finanziario nella presentazione.
- L'editor o il revisore ritiene di non poter essere oggettivo, sia per ragioni personali sia per interessi finanziari che non sono altrimenti coperti dalle linee guida.
- Il direttore responsabile e almeno un vice direttore ritiene che il membro della redazione o il revisore non possa essere oggettivo per motivi personali o per interessi finanziari.

Per quanto riguarda il direttore responsabile, le decisioni relative al suo reclutamento saranno prese da almeno un vice-direttore o dal direttore responsabile di JAMA. Anche se i ricorsi vengono presentati al direttore responsabile di JAMA Ophthalmology, i ricorsi relativi ad una decisione di rifiuto da parte del direttore responsabile sono sottoposti al direttore responsabile JAMA.

Le raccomandazioni dell'ICMJE, le linee di condotta di JAMA e le procedure di JAMA Ophthalmology privilegiano l'eliminazione del bias o del sospetto di bias nella revisione di manoscritti rispetto ad altre considerazioni, come la disponibilità di competenze pertinenti. Da quando sono state adottate le attuali procedure di JAMA Ophthalmology, nel luglio 2013, ci sono state 442 (8%) ricasazioni su circa 5335 articoli presentati. Solo in un caso il direttore responsabile e i capiredattori di JAMA Ophthalmology hanno dovuto rifiutare di prendere loro stessi le decisioni rispetto a un articolo di ricerca originale. In quell'occasione è stato il direttore responsabile di

JAMA, senza CdI e con competenze nell'area della ricerca, a consigliare il direttore responsabile di JAMA Ophthalmology sulle decisioni da prendere. Benché sia desiderabile la riduzione al minimo dei CdI, un approccio purista, in cui un editor privo di CdI potenziali renderebbe non necessarie politiche di ricasazione, potrebbe ridurre la qualità della letteratura scientifica. In particolare, gli editors impegnati nella medicina accademica e che partecipano ai processi di ricerca in continua evoluzione, hanno anche una conoscenza aggiornata e un'ampia competenza nei loro campi e portano importanti punti di vista all'editing delle riviste.

L'impostazione di standard elevati per i CdI dell'editor, e "la sorveglianza dei sorveglianti" con chiare procedure di esclusione, dovrebbero contribuire a mantenere la fiducia di lettori, autori e pubblico. Anche se le fonti di bias non saranno mai completamente eliminate, le riviste possono gestire i CdI per diffondere con successo i progressi in medicina e scienza.

A cura di Amelia Beltramini

5. Riviste mediche, editori e CdI

Easley TJ. [Medical Journals, Publishers, and Conflict of Interest](#). JAMA 2017;317:1759-60

Gli editori di riviste scientifiche devono essere impegnati, come i redattori, nel definire e gestire le politiche sui CdI, perché la credibilità e l'integrità delle loro pubblicazioni costituiscono il loro bene più importante. L'autore, vice presidente e editore delle pubblicazioni del network di JAMA, precisa che per un editore oggi questo compito è sempre più complesso, in considerazione dei cambiamenti esponenziali del giornalismo biomedico negli ultimi 15 anni. Il mondo del giornalismo medico è sempre più influenzato dalle tendenze culturali; in generale, le questioni che ruotano intorno al CdI non sono mai state così rilevanti. La veridicità, l'indipendenza e l'obiettività dei media sono sotto assedio, e la fiducia dell'opinione pubblica nel "quarto potere" sta raggiungendo il minimo storico. Allo stesso tempo, il pubblico è diventato sempre più cinico, e la sua disillusione incentrata sul CdI è in aumento. Per questi motivi, è più importante che mai che redattori e editori delle riviste mediche lavorino con intelligenza, e insieme, per ridefinire le loro politiche sul CdI e per riaffermare i loro valori, che devono essere focalizzati alla riconquista della fiducia dell'opinione pubblica sull'integrità e l'indipendenza del processo redazionale. Secondo l'autore, gli editori possono svolgere un ruolo attraverso tre modalità:

- a. pianificando un progetto finanziario attuabile a lungo termine;
- b. coltivando e attuando una profonda comprensione e rispetto nei confronti della cultura e dei valori dell'editoria;
- c. assicurando un'organizzazione che separi le decisioni editoriali da quelle redazionali, incoraggiando una collaborazione rispettosa.

La cosa più importante che un editore può fare per proteggere l'indipendenza editoriale è garantire la redditività a lungo termine e l'integrità del modello di business, soprattutto per le riviste pubblicate da soggetti no profit come l'AMA. Per riuscire a raggiungere questo obiettivo c'è bisogno non solo di un forte piano finanziario che gestisca le spese in linea con i ricavi anticipati anno per anno, ma richiede anche che l'editore lavori a stretto contatto con la leadership redazionale per garantire una strategia a lungo termine, per cui i piani di business supportino la visione editoriale. Per molti anni, il programma editoriale dell'AMA ha contribuito ad ottenere una eccedenza per le varie attività; a partire dagli anni 2000, però, il declino della stampa come piattaforma primaria per la lettura e per la diffusione di ricerche cliniche ha introdotto significative sfide per la carta stampata che ha cominciato un costante e talvolta precipitoso declino, stabilizzato durante questi ultimi anni. Tuttavia, durante questo decennio, l'editoria è stata in grado di riconvertire le risorse e programmare le spese per sostenere una nuova visione editoriale, focalizzata sul modello digitale. Ancora più importante, come altri hanno raccomandato, il processo per allineare la visione editoriale alla strategia aziendale deve essere un processo continuo, non

episodico attivato solo nei momenti critici.

Nel 2014, lo staff redazionale e editoriale di JAMA ha iniziato a considerare l'espansione del network JAMA e l'aggiunta di nuovi titoli all'attuale gruppo di riviste di ricerca clinica. Dopo un allineamento intorno a una visione editoriale per creare un'offerta migliore di riviste unite come parte del network JAMA, si è lavorato contemporaneamente a una strategia digitale, un'importante opportunità per diffondere le riviste. È molto importante per gli editori rispettare e comprendere i valori editoriali, la cultura e l'indipendenza, pur garantendo la redditività del modello di business. Per JAMA, questo significava che la cosa più importante è il valore intellettuale dei contenuti che devono essere pubblicati, e non la vitalità commerciale della rivista. La materia è ricca nell'ambito di nuove scoperte? Il futuro per la ricerca e la pratica è promettente nell'ambito di un potenziale nuovo titolo? La rivista può svolgere un ruolo importante o come nicchia editoriale nell'introduzione di un nuovo titolo nel mercato? Queste erano le principali domande richieste in primis; la risposta è stata data dal caporedattore e non dall'editore. Se la genesi per i nuovi titoli avesse avuto inizio nel dominio dell'editore, senza il pieno rispetto dei valori editoriali e dell'indipendenza, le relazioni tra lo staff editoriale e la redazione potevano diventare tesi e in qualche modo ostacolare il progresso, come successo con molti editori nel passato. Secondo l'autore, gli editori possono anche pregiudicare la politica redazionale quando permettono agli interessi commerciali di svalutare quanto dichiarato nelle politiche sui CdI o quando il confine tra business e contenuto editoriale è sfocato, sia intenzionalmente o per altri motivi.

Un altro aspetto importante che l'autore sottolinea: gli editori delle riviste, in particolare quelle di ricerca clinica, devono comprendere quali siano le ricerche e le pratiche che servono, e devono conoscere gli standard delle comunità e le pratiche commerciali etiche specifiche di queste comunità. Un esempio di questo concetto viene dai mezzi di informazione: il Los Angeles Times ha pubblicato un numero speciale del Times Magazine per commemorare l'inaugurazione dello Staples Center nel 1999. L'apertura dello Staples Center è stato un evento culturale e commerciale di grande significato per Los Angeles, degno di un'edizione speciale della rivista. La direzione editoriale, tuttavia, durante la preparazione di questo numero speciale, stipulò un accordo commerciale con lo Staples Center, senza informare la leadership redazionale. Ripensandoci, l'editore riconobbe che l'errore fu il risultato di un "fondamentale malinteso dei principi editoriali dell'industria dei quotidiani".

Se esiste un divario di conoscenza tra un editore di riviste mediche e i principi e i valori redazionali del giornalismo medico, la creazione di un CdI è inevitabile. Una comunicazione regolare tra editore e redattori è necessaria per ridurre la probabilità di violazione dell'indipendenza editoriale. Come in molti rapporti professionali efficaci, la collaborazione tra redattori e editore è migliore se c'è mutuo rispetto e buona volontà, ma sono richiesti anche solide strutture e una governance che devono fornire la definizione di ruoli, dei paletti entro cui muoversi, e una sottostruttura alla quale rivolgersi quando i conflitti inevitabilmente sorgono. Una governance strutturale destinata a garantire l'indipendenza editoriale può assumere molte forme, tra cui un comitato sulle pubblicazioni, un comitato di sorveglianza, un consiglio di governo o una struttura che si affida più esplicitamente agli standard della Commissione per l'Etica della Pubblicazione. A JAMA, un comitato di sorveglianza indipendente assicura l'indipendenza editoriale del redattore capo. Tra le altre responsabilità, questo comitato è il solo che ha la responsabilità di esaminare le prestazioni del redattore capo. Un piano di governance dettagliato definisce la struttura e la rappresentazione dei membri del comitato. Inoltre, come raccomandato dal Comitato Internazionale degli Editori di Riviste Mediche (ICMJE), il caporedattore ha un contratto che definisce i termini e la durata del contratto. In questa struttura, mentre c'è collaborazione tra editore e redattori, c'è anche una rigorosa separazione delle funzioni e delle responsabilità redazionali e commerciali; se il redattore dovesse avere autorità e responsabilità per le questioni che riguardano il settore economico, i lettori non potrebbero essere sicuri quale tra le priorità di business o editoriali abbia avuto la precedenza.

Gli editori di giornali medici possono avere successo solo quando i loro giornali riescono a garantire che i contenuti che pubblicano sono credibili e che l'indipendenza editoriale è autentica, e pertanto gli editori, così come i redattori, devono prestare molta importanza al CdI. Una rivista può avere successo nel lungo termine solo se il suo pubblico percepisce che la rivista non fa

compromessi con i suoi principi per generare reddito e, altrettanto importante, che la rivista chiaramente sostiene un autentico impegno sul tema del CdI.

Libera traduzione di Sergio Conti Nibali, pediatra e direttore di UPPA (Un Pediatra Per Amico)

6. Tipo e distribuzione dei pagamenti dell'industria ai medici nel 2015

Tringale KR, Marshall D, Mackey TK et al. [Types and Distribution of Payments From Industry to Physicians in 2015](#). JAMA 2017;317:1774-84

IMPORTANZA. Considerato l'esame minuzioso cui sono sottoposti i CdI finanziari nell'assistenza sanitaria, è importante capire i tipi e la distribuzione dei pagamenti dell'industria ai medici.

OBIETTIVO. Determinare i tipi e la distribuzione dei pagamenti dell'industria ai medici nel 2015 per specialità medica e sesso.

DISEGNO, CONTESTO E PARTECIPANTI. Studio di popolazione osservazionale e retrospettivo su 933.295 medici allopatrici e osteopatici USA (620.166 maschi, 66,4%, e 313.129 femmine, 33,6%) in base ai dati 2015 del Sunshine Act. Risultati comparati tra le varie specialità mediante modelli di regressione aggiustati per regione geografica secondo Medicare e proprietà dell'ambulatorio.

OUTCOME E MISURE PRINCIPALI. Pagamenti al medico dichiarati dall'industria (natura, numero, valore), classificati come pagamenti generali (consulenze, alimenti e bevande), interessi su proprietà (azioni e opzioni su azioni), royalties o ricavati di brevetti, e pagamenti per ricerche. Associazioni tra caratteristiche del medico e ricezione del pagamento.

RISULTATI. Nel 2015, 449.864 su 933.295 medici (133.842 [29,8%] donne), cioè circa il 48% di tutti i medici USA, hanno ricevuto 2,4 miliardi di dollari dall'industria, inclusi circa 1,8 miliardi per pagamenti generali, 544 milioni per interessi su proprietà, e 75 milioni per ricerche. Comparati con il 47,7% dei medici di base (205.830 su 431.819), il 61% dei chirurghi (110.604 su 181.372) hanno ricevuto dei pagamenti (differenza assoluta 13,3%). I chirurghi avevano una media per medico di 6.879 dollari contro i 2227 dei medici di base (differenza assoluta 4.651). Dopo aggiustamento per regione geografica e proprietà dell'ambulatorio, i maschi all'interno di ogni specialità avevano una maggiore probabilità di ricevere pagamenti generali rispetto alle femmine: chirurgia 62,5% vs 56,5%; cure primarie 50,9% vs 43,0%; specialisti 36,3% vs 33,4%; specialisti in anestesia, gastroenterologia e malattie cardiovascolari 58,1% vs 40,7%. In modo simile, i maschi avevano ricevuto più royalties e ricavati da brevetti delle femmine: chirurgia 1,2% vs 0,03%; cure primarie 0,02% vs 0,002%; specialisti 0,08% vs 0,01%; specialisti in anestesia, gastroenterologia e malattie cardiovascolari 0,13% vs 0,04%. Tutte le differenze sono statisticamente significative.

CONCLUSIONI E RILEVANZA. In base ai dati del Sunshine Act per il 2015, il 48% dei medici hanno ricevuto un totale di 2,4 miliardi di dollari dall'industria, soprattutto sotto forma di pagamenti generali, con una probabilità e un valore più alto per i chirurghi rispetto ai medici di base e per i maschi rispetto alle femmine.

A cura di Adriano Cattaneo

7. Visite dei rappresentanti e prescrizioni dei medici

Larkin I, Ang D, Steinhart J et al. [Association Between Academic Medical Center Pharmaceutical Detailing Policies and Physician Prescribing](#). JAMA 2017;317:1785-95

IMPORTANZA. Nel tentativo di regolare i CdI dei medici, alcuni Centri Medici Accademici (CMA) hanno messo in atto politiche per restringere le visite dei rappresentanti dell'industria ai medici tra il 2006 e il 2012. Poco si sa sugli effetti di queste politiche sulle prescrizioni.

OBIETTIVO. Analizzare l'associazione tra le politiche sulle visite dei rappresentanti e le prescrizioni dei medici rispetto a farmaci attivamente promossi o non promossi.

DISEGNO, CONTESTO E PARTECIPANTI. Lo studio ha usato un'analisi di regressione multipla per comparare cambiamenti nelle prescrizioni mediche prima e dopo la messa in atto di politiche restrittive sulle visite dei rappresentanti in CMA di 5 stati (California, Illinois, Massachusetts, Pennsylvania e New York). I risultati in questi CMA sono stati confrontati con quelli di un gruppo di controllo appaiato di medici non sottoposti a politiche restrittive sulle visite dei rappresentanti.

OUTCOME E MISURE PRINCIPALI. La proporzione mensile di prescrizioni da parte di ogni singolo medico per farmaci promossi o non promossi all'interno di 8 classi (ipolipidemizzanti, farmaci per il reflusso gastroesofageo, antidiabetici, anti-ipertensivi, ipnotici approvati per il trattamento dell'insonnia, farmaci per l'ADHD, antidepressivi e antipsicotici), comparando il periodo da 10 a 36 mesi prima della messa in atto delle politiche con il periodo da 12 a 36 mesi dopo, a seconda della disponibilità di dati.

RISULTATI. L'analisi ha incluso 16.121.483 di prescrizioni tra gennaio 2006 e giugno 2012 da parte di 2126 medici nei 19 CMA in cui è stato messo in atto l'intervento, oltre a 24.593 medici appaiati di controllo. La proporzione mensile di prescrizioni per medico di farmaci promossi e non promossi era del 19,3% e 14,2%, rispettivamente, prima della messa in atto dell'intervento.

L'esposizione alle politiche restrittive è stata associata a una diminuzione della proporzione di prescrizioni di farmaci promossi di 1,67 punti percentuali e ad un aumento della proporzione di prescrizioni di farmaci non promossi di 0,84 punti percentuali ($P < .001$). Le associazioni erano statisticamente significative per 6 delle 8 classi di farmaci promossi (ipolipidemizzanti, farmaci per il reflusso gastroesofageo, anti-ipertensivi, ipnotici per l'insonnia, farmaci per l'ADHD e antidepressivi) e per 9 dei 19 CMA. 11 dei 19 CMA regolavano i regali da parte dei rappresentanti, ne restringevano l'accesso alle strutture, e incorporavano espliciti meccanismi di applicazione delle politiche. In 8 di questi 11 CMA ci sono stati cambiamenti significativi nelle prescrizioni. In contrasto, ci sono stati cambiamenti significativi solo in 1 degli 8 CMA senza politiche dello stesso tipo.

CONCLUSIONI E RILEVANZA. La messa in atto, tra il 2006 e il 2012, di politiche restrittive sulle visite dei rappresentanti dell'industria nei CMA è stata associata a una modesta ma statisticamente significativa riduzione delle prescrizioni di farmaci promossi per 6 delle 8 classi considerate. Tuttavia, non ci sono stati cambiamenti in tutti i CMA che avevano adottato tali politiche.

A cura di Adriano Cattaneo

8. Le relazioni tra farmacisti e industria

Saavedra K, O'Connor B, Fugh-Berman A. Pharmacist–industry relationships. Int J Pharm Pract 2017;doi: 10.1111/ijpp.12333

L'articolo si pone come obiettivo di documentare, anche con citazioni testuali, le convinzioni e le attitudini che i farmacisti americani hanno nei confronti dell'industria farmaceutica e le interazioni

dei farmacisti con l'industria. L'obiettivo appare ambizioso, tenuto conto che il campione di farmacisti inclusi nello studio è limitato a soli 9 soggetti, seppur coinvolti a diverso titolo nella relazione con l'industria. Sono inclusi nello studio: 1 farmacista amministrativo, 4 farmacisti ospedalieri, 2 farmacisti indipendenti e 2 farmacisti di farmacia convenzionata. Lo studio viene definito di tipo esplorativo e qualitativo, e utilizza un metodo etnografico attraverso interviste non strutturate di circa 30-60 minuti. Le interviste seguono comunque una traccia per assicurare al termine dell'incontro di aver indagato i numerosi aspetti di interesse degli autori, in maniera comunque molto libera e spontanea.

Dalle citazioni si evince che sebbene l'interazione tra medici e industria sia ritenuta un elemento che condiziona le prescrizioni dei clinici, i farmacisti intervistati, nonostante incontrino rappresentanti dell'industria, partecipino a programmi di formazione sponsorizzati, affermino che gli incontri con l'industria abbiano un carattere formativo/informativo, al pari di molti medici ritengono di non essere influenzati nella loro pratica professionale da tali tipi di relazioni con l'industria.

I farmacisti intervistati risultano molto sensibili all'alto prezzo dei farmaci e alla messa in commercio di farmaci *me-too* che nulla aggiungono al paziente in termini di efficacia, ma risultano più costosi perché sottoposti a brevetto. Gli intervistati vedono inoltre come negativa la pubblicità diretta al consumatore, ma non la correlano con l'aumento del costo dei farmaci. Paradossalmente, inoltre, sottolineano l'influenza dei farmacisti nell'inserimento dei farmaci nei prontuari e nel mitigare la prescrizione inappropriata, pur ritenendo contemporaneamente che abbia un effetto relativamente limitato sul comportamento prescrittivo.

I farmacisti intervistati sono risultati in gran parte neutri o favorevoli alla formazione e ai programmi di adesione sponsorizzati. Ritengono inoltre di non sentirsi condizionati dalla partecipazione a eventi sponsorizzati o dal ricevimento di doni o incentivi. La maggior parte afferma che sono i medici l'oggetto di attenzione dell'industria, mentre ritengono non esserlo altrettanto i farmacisti nonostante forniscano consulenza sia ai pazienti che ai medici ed abbiano assunto un ruolo sempre più ampio negli USA nell'assistenza ai pazienti.

Lo studio mette in evidenza infine come i farmacisti siano convinti di resistere all'influenza indebita dell'industria e ritengano che siano invece i medici gli obiettivi più attraenti per la promozione nel settore farmaceutico, ed anche i più influenzabili. Gli autori, nel ricordare che il Sunshine Act si rivolge esclusivamente ai medici, ne propongono l'estensione ai farmacisti e propongono che i curricula per la formazione dei farmacisti includano sezioni specifiche sulle interazioni con l'industria ed i CdI. E concludono ritenendo che negli USA i farmacisti saranno con molta probabilità più frequentemente oggetto delle attenzioni dall'industria farmaceutica, esprimendo il timore che se le loro opinioni saranno da questa influenzate, la corretta presa in carico del paziente potrebbe esserne compromessa.

A cura di Lucia Alberghini