



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

# L'UTILIZZO APPROPRIATO DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA: AVVIO DEL PROGETTO REGIONALE

FEDERICO PEA

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA, UNIVERSITA' DI UDINE

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA CLINICA, AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA, UDINE

*Udine, 10 Dicembre 2019*

GIORNATA DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE  
13 DICEMBRE 2018

PROPOSTA 2019 - RETE CURE SICURE FVG - SICUREZZA DELL'USO DEL FARMACO

**PROGETTO REGIONALE PER  
L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA  
NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ PROGRAMMATICA "POLIFARMACOTERAPIA"  
DELLA RETE SANITARIA REGIONALE "RETE CURE SICURE - FVG"**



# POLY THERAPY AND THE RISK OF POTENTIALLY INAPPROPRIATE PRESCRIPTIONS AMONG ELDERLY AND VERY ELDERLY PATIENTS IN THREE DIFFERENT SETTINGS OF THE FVG REGION, ITALY

Cojutti PG, Arnoldo L, Cattani G, Brusaferrò S, Pea F  
*Pharmacoepidemiol Drug Safety* 2016 Sep;25(9):1070-8

**DISTRIBUTION (%) OF THE 10 DRUGS MOST FREQUENTLY PRESCRIBED IN THE DIFFERENT SETTINGS ACCORDING TO THE ATC CLASSIFICATION**

Drug	Hospital (n = 528)	GPs (n = 527)	LTCF (n = 527)	p
A02BC (proton pump inhibitors)	352 (66.6)*	193 (36.6)*°	363 (68.9)°	<0.001
B01AC (PLT aggregation inhibitors excl. heparin)	297 (56.3)	249 (47.2)	265 (50.3)	0.408
C03CA (diuretics, sulfonamides)	230 (43.6)*	115 (27.8)*°	180 (34.2)°	<0.001
C07AB (beta-blocker selective)	209 (39.6)†	158 (29.9)	144 (27.3)†	0.003
C09AA (ACE inhibitors)	194 (36.7)†	143 (27.1)	138 (26.2)†	0.010
C10AA (statins)	146 (27.7)*†	206 (39.1)*°	85 (16.1)†°	<0.001
B01AA (vitamin K antagonists)	104 (19.7)†	69 (13.1)°	34 (6.5)†°	<0.001
C08CA (dihydropyridine derivatives)	85 (16.1)*	106 (20.1)*°	76 (14.4)°	0.002
C01DA (organic nitrates)	83 (15.7)	61 (11.6)	64 (12.1)	0.315
N05BA (benzodiazepines)	75 (14.2)*†	117 (22.2)*	150 (28.5)†	<0.001





# deprescribing.org

Reducing medications safely  
to meet life's changes

Moins de médicaments, sécuritairement –  
pour mieux répondre aux défis de la vie



## Barbara Farrell

Pharmacist, Researcher

Dr. Barbara Farrell is passionate about deprescribing – especially for the frail elderly. As a pharmacist working in the Bruyère Geriatric Day Hospital, she sees many older people often taking more than 20 medications a day. Working closely with physicians, an interprofessional team and the patients and their families, she is able to help reduce or stop medications safely. More frequently than not, this helps patients feel better, be less confused, fatigued and dizzy. These experiences prompted Dr. Farrell to pursue research in the field of deprescribing and models that improve medication-related care for older people.

Dr. Farrell is currently a scientist with the Bruyère Research Institute and the CT Lamont Primary Health Care Research Centre, an Assistant Professor with the Department of Family Medicine, University of Ottawa, and an Adjunct Assistant Professor with the School of Pharmacy, University of Waterloo. She is also a member of the Ontario Pharmacy Research Collaboration.

In 2011, Dr. Farrell was named the Canadian Pharmacist Association's "Pharmacist of the Year" for her work in pharmacist education, patient-centred care and research.



## Cara Tannenbaum

Geriatrician, Researcher

Dr. Cara Tannenbaum is a leader in cutting-edge geriatric research both nationally and internationally. As a Professor in the Faculties of Medicine and Pharmacy at the Université de Montréal, she became the inaugural Chair of the Michel Saucier Endowed Fund in Geriatric Pharmacology, Health and Aging of the in 2008, and won the CIHR Betty Haven's Knowledge Transfer Prize in Aging in 2013 for her work on the EMPOWER study: "Eliminating Medications through Patient Ownership of End Results". Her EMPOWER brochure for reducing benzodiazepines has since been translated into 10 languages worldwide. As the principal investigator on a CIHR Partnership for Health System Improvement Grant, she founded and co-chairs the **Canadian Deprescribing Network**, and continues to conduct deprescribing trials involving patients, pharmacists and primary care practitioners across Canada.

In 2015 Dr. Tannenbaum received a Y Woman of Distinction Award for Health, and was appointed Scientific Director of the CIHR **Institute of Gender and Health**. She is dedicated to her clinical practice as a geriatrician, women's health specialist and Director of the Geriatric Incontinence Clinic at the Institut universitaire de gériatrie de Montréal, which fuels her vision for her patient-oriented research program.



INSTITUT DE RECHERCHE  
**BRUYÈRE**  
RESEARCH INSTITUTE

### Co-Investigators

Dr. Sara Ahmed

Dr. James Conklin

Dr. Lisa Dolovich

Dr. Lisa McCarthy

Dr. Lalitha Raman-Wilms

Dr. Robyn Tamblyn

Dr. Brian White-Guay

Dr. Doug Archibald

Dr. Lise Bjerre

Dr. Pamela Grassau

Dr. Steve Morgan

Dr. Claude Richard

Dr. Ross T. Tsuyuki

Dr. Nancy Winslade

Dr. Andrea Benedetti

Dr. Mathieu Boulin

Dr. Marie-Thérèse Lussier

Dr. Tejal Patel

Dr. Carlos Rojas-Fernandez

Dr. Justin Turner

Dr. Dan Zou

Dr. Richard Birtwhistle

Dr. Vakaramoko Diaby

Philippe Martin

Dr. Kevin Pottie

Denis Roy

Lynda Weaver

Pharmacology - UniUD





Inibitore di Pompa Protonica	Dose standard (trattamento) (una volta al dì)*	Basso dosaggio (mantenimento) (una volta al dì)
Omeprazolo	20 mg <sup>a</sup>	10 mg <sup>a</sup>
Esomeprazolo	20 <sup>a</sup> o 40 <sup>b</sup> mg	20 mg
Lansoprazolo	30 mg <sup>a</sup>	15 mg <sup>a</sup>
Pantoprazolo	40 mg	20 mg
Rabeprazolo	20 mg	10 mg

**Legenda**

- a) Malattia da reflusso non-erosiva
- b) Esofagite da reflusso

= Può essere assunto insieme al cibo

\* La dose standard di PPI può essere presa due volte al dì solo nel trattamento dell'ulcera peptica causata da *Helicobacter pylori*. L'uso del PPI dovrebbe, in genere, terminare una volta conclusa la terapia eradicante, a meno della presenza di fattori di rischio che ne suggeriscano il continuamento (consultare le linee guida per maggiori dettagli)

GERD = malattia da reflusso gastroesofageo  
 FANS = anti-infiammatori non steroidei  
 Anti-recettori H2 = Antagonisti dei recettori H2  
 GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations)

**Coinvolgimento dei pazienti e "caregivers"**  
 È più semplice coinvolgere pazienti e/o caregivers se li si mette in condizione di capire il 'razionale' legato alla deprescrizione (rischi associati all'uso continuativo di PPI: la terapia a lungo termine può non essere necessaria) e le modalità del processo di deprescrizione

**Effetti collaterali da PPI**

- Quando l'indicazione d'uso corrente non è chiara, i rischi di effetti collaterali possono superare i benefici
- I PPI sono associati a un maggior rischio di fratture, di infezioni da *Clostridium difficile* e di diarrea, di polmoniti acquisite in comunità, di deficienza di vitamina B12 e ipomagnesia
- Effetti collaterali più comuni includono cefalea, nausea, diarrea e rash

**Riduzione del dosaggio**

- Non c'è nessuna evidenza che un tipo di approccio di riduzione del dosaggio sia migliore di un altro
- Due validi approcci ugualmente raccomandati sono la riduzione del dosaggio di PPI (per esempio, da due volte al dì a una volta al dì, o il dimezzamento della dose, o la assunzione a giorni alterni), oppure la interruzione del PPI e il suo uso al bisogno
- Si consiglia di scegliere ciò che è più opportuno e accettabile per il paziente

**Definizione di uso al bisogno**

- Il PPI va utilizzato giornalmente per un periodo sufficiente alla risoluzione dei sintomi individuali del paziente relativi al reflusso. Una volta risolti i sintomi, il farmaco va discontinuato. Nel caso i sintomi nel soggetto dovessero comparire, il farmaco va utilizzato di nuovo, quotidianamente, fino al risolvimento dei sintomi

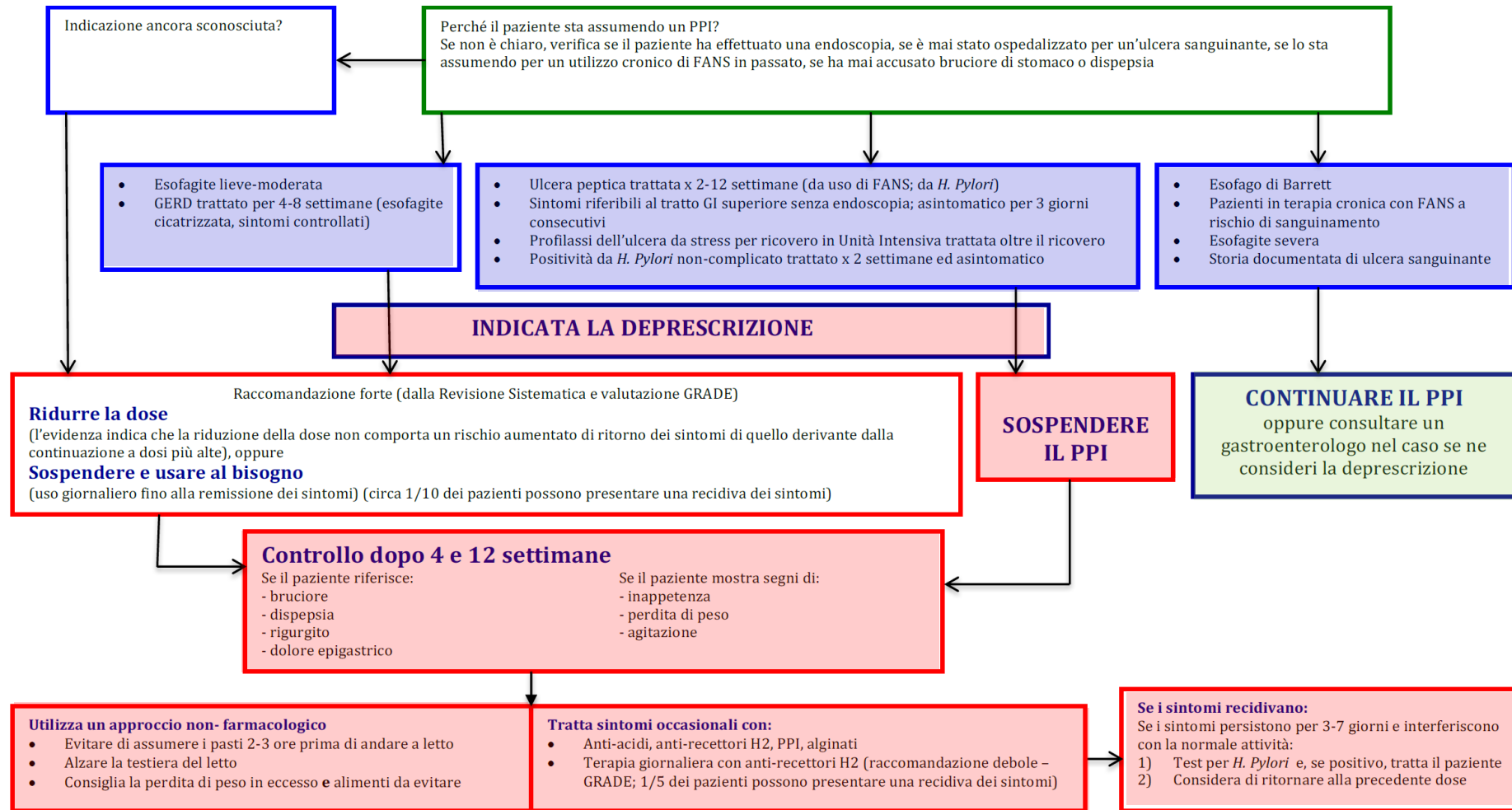
Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso. Questo lavoro è coperto da Creative Common Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare [deprescribing@bruyere.org](mailto:deprescribing@bruyere.org) oppure visitare il sito web [deprescribing.org](http://deprescribing.org)

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid J, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:354-64 (Eng), e253-65 (Fr).

La traduzione Italiana dell'Algoritmo sulla Deprescrizione dei PPI è stata autorizzata dagli autori e completata usando il processo riportato al seguente: <http://www.open-pharmacy-research.ca/evidence-based-ppi-deprescribing-algorithm>

Traduzione a cura di: Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, USA); Stefano Del Canale, MD, PhD, e Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia)





Uso libero consentito, citando gli autori. Non per uso commerciale. Non si può modificare o tradurre senza permesso. Questo lavoro è coperto da Creative Common Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Per informazioni, contattare [deprescribing@bruyere.org](mailto:deprescribing@bruyere.org) oppure visitare il sito web [deprescribing.org](http://deprescribing.org)  
 Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid J, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:354-64 (Eng), e253-65 (Fr).

La traduzione Italiana dell'Algoritmo sulla Deprescrizione dei PPI è stata autorizzata dagli autori e completata usando il processo riportato al seguente: <http://www.open-pharmacy-research.ca/evidence-based-ppi-deprescribing-algorithm>.  
 Traduzione a cura di: Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, USA); Stefano Del Canale, MD, PhD, e Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia)



- **Revisione multidisciplinare degli ambiti di inappropriatezza di prescrizione dei PPI in base all'evidenza scientifica più recente e contestualizzazione nella realtà regionale**
- **Creazione e applicazione di una strategia di prescrizione appropriata relativamente agli ambiti di inappropriatezza d'uso identificati**
- **Condivisione del percorso con i risk-manager aziendali al fine di consentire un'applicazione diffusa nelle realtà cliniche regionali**



- 2019 marzo → Inserimento nelle Linee per la Gestione del S.S.R. 2020
- 2019 aprile-maggio → condivisione tavolo regionale risk manager
- 2019 luglio → proposizione definizione gruppo di lavoro multidisciplinare
  - farmacologo clinico, epidemiologo, gastroenterologo, internista, medico di medicina generale, farmacista ospedaliero
- 2019 settembre → Nomina gruppo multidisciplinare





## GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE:

Professionista	Azienda	Disciplina/afferenza
Federico Pea	ASUIUD	Farmacologo clinico
Pier Giorgio Cojutti	ASUIUD	Farmacologo clinico
Luca Arnoldo	ASUIUD	Rete Cure Sicure
Barbara Lavia	Regione FVG	Servizio assistenza ospedaliera



- **Identificazione ambiti di valutazione ed intervento**
- **Definizione di indicatori di performance**
- **Condivisione del programma per renderlo applicabile su vasta scala**
- **Proposte di intervento in parallelo su professionisti sanitari e cittadinanza**



# DEFINIZIONE DEGLI AMBITI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- **Reminder per email invio suggerimenti /proposte (08/10, 14/10 e 06/11/2019)**
- **Organizzazione suggerimenti/proposte ricevuti**

## DEFINIZIONE AMBITO VALUTAZIONE PRESCRITTIVA:

- **Ambito territoriale Regione FVG**
- **Interrogazione base dati del Sistema Informatico Sanitario Regionale (SISR)**
  - **Prescrizioni su ricetta rossa**



- **Illustrazione e condivisione della metodologia per l'identificazione degli indicatori:**
  - **Indicatore di prescrizione territoriale dei PPI**
  - **Indicatore di appropriatezza prescrittiva territoriale dei PPI**
  - **Indicatore di inappropriata prescrizione territoriale dei PPI**
- **Proposizione e identificazione iniziative di sensibilizzazione per professionisti sanitari e cittadinanza**



# INDICATORE DI PRESCRIZIONE TERRITORIALE DI PPI

- **Numeratore:** prescrizione territoriale PPI (ATC A02BCxx) in soggetti residenti in FVG
- **Denominatore:** Popolazione residente in FVG
- **Periodo di analisi:** annuale





# PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (Note AIFA 1 - 48)

## NOTA 1 (\*)

La prescrizione degli inibitori di pompa a carico del SSN per le seguenti indicazioni cliniche:

- **Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore (barrare)**
  - In trattamento cronico con FANS
  - In terapia antiaggregante con ASA a basse dosi o altri antiaggreganti piastrinici
    - **Purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio (barrare)**
  - Storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
  - Concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
  - Età avanzata



# INDICATORE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA TERRITORIALE DEI PPI SECONDO NOTA 1

- **Numeratore:** prescrizione territoriale PPI (ATC A02BCxx) in soggetti residenti in FVG
  - con
    - co-prescrizione ASA a basse dosi o antiaggreganti piastrinici o FANS per  $\geq 3$  mesi
    - e
      - Età  $\geq 65$  anni e/o co-prescrizione anticoagulanti e/o cortisonici sistemici  $\geq 1$  mese
- **Denominatore:** prescrizione territoriale PPI (ATC A02BCxx) in soggetti residenti in FVG



# PRESCRIZIONE A CARICO DEL SSN DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA (Note AIFA 1 - 48)

## NOTA 1 (\*)

La prescrizione degli inibitori di pompa a carico del SSN per le seguenti indicazioni cliniche:

- **Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore (barrare)**
  - In trattamento cronico con FANS
  - In terapia antiaggregante con ASA a basse dosi o altri antiaggreganti piastrinici
    - **Purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio (barrare)**
  - Storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
  - Concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
  - Età avanzata

## NOTA 48

La prescrizione a carico dell'SSN è limitata ai seguenti periodi di trattamento e alle seguenti condizioni:

- **Durata del trattamento di 4 settimane (occasionalmente 6 settimane) (barrare)**
  - Ulcera duodenale o gastrica positive per Helicobacter pylori (H.pylori)
  - Per la prima o per le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione
  - Ulcera duodenale o gastrica H. Pylori –negativa (primo episodio)
  - Malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio)
- **Durata del trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno (barrare)**
  - Sindrome di Zollinger-Ellison
  - Ulcera duodenale o gastrica H.pylori-negativa recidivante
  - Malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (recidivante)



# INDICATORE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA TERRITORIALE DEI PPI SECONDO NOTA 48

- **Numeratore:** prescrizione territoriale PPI (ATC A02BCxx) in soggetti residenti in FVG

con

- Durata  $\leq 6$  settimane (oppure DDD coprono  $< 90$  gg/anno)

o

- Durata  $> 6$  settimane e diagnosi Zollinger-Ellison (da SDO o biopsia con diagnosi di gastrinoma)

o

- Durata  $> 6$  settimane e prescrizione gastroscopia

- **Denominatore:** prescrizione territoriale PPI (ATC A02BCxx) in soggetti residenti in FVG



# INDICATORE DI INAPPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA TERRITORIALE DEI PPI

Indicatore di prescrizione territoriale di PPI

-

Indicatore di appropriatezza prescrittiva territoriale dei PPI secondo Note 1 e/o 48

- Gli indicatori potranno essere declinati secondo vari criteri (es. età, sesso, e/o Azienda di residenza)





# Selecting the Appropriate Patients for Proton Pump Inhibitor Discontinuation

## A Teachable Moment

Kevin D. Platt, MD; Sameer D. Saini, MD, MS; Jacob E. Kurlander, MD, MS

**JAMA Internal Medicine** Published online July 1, 2019

**Table. Relative Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding Associated With Selected Pharmacologic and Demographic Risk Factors**

Risk Factor	Relative Risk (95% CI)
Aspirin <sup>2</sup>	1.8 (1.6-2.0)
Oral anticoagulant <sup>2</sup>	1.8 (1.4-2.3)
High-dose corticosteroids <sup>2</sup>	1.9 (1.1-3.4)
Low- or medium-dose NSAIDs <sup>2</sup>	2.0 (1.6-2.6)
Male sex <sup>1</sup>	2.1 (1.9-2.3)
Oral anticoagulant plus ASA <sup>2</sup>	3.6 (2.1-6.3)
Dual antiplatelet therapy <sup>2</sup>	3.7 (2.4-5.8)
High-dose daily NSAIDs <sup>2</sup>	3.9 (3.1-4.9)
History of bleeding peptic ulcer disease <sup>2</sup>	4.4 (3.6-5.5)
Age 70-79 y <sup>1</sup>	4.5 (4.0-4.9)
Low- or medium-dose NSAIDs plus ASA <sup>2</sup>	4.8 (3.5-6.6)

Abbreviations: ASA, acetylsalicylic acid; NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.



## STATO DELL'ARTE ANNO 2018

- **Popolazione residente in FVG nel 2018: 1.215.538**
- **Persone con prescrizioni territoriali PPI: 181.568**
- **Indicatore di prescrizione territoriale PPI → 14.9% (181.568/1.215.538)**
- **Indicatore di appropriatezza prescrittiva territoriale PPI → 75.1% (136.274/181.572)**
  - **In base nota 1 → 21.9% (43.699/181.568)**
  - **In base nota 48 → 42.1% (74.985/181.568)**
  - **In base entrambe → 8.8% (17,590/181.568)**
- **Indicatore di inappropriata prescrizione territoriale PPI → 24,9% (45.294/181.572)**



# STATO DELL'ARTE ANNO 2018 vs. ETA' / AZIENDA

- **Indicatore di prescrizione territoriale PPI per età**
  - <65 anni → **7,4%** (66.111/897.682)
  - > 65 anni → **36,3%** (115.457/317.856)



# L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale  
Anno 2018



**Publicato 18 luglio 2019**

*Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2018.  
Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019.*

*The Medicines Utilisation Monitoring Centre. National Report on Medicines use in Italy. Year 2018.  
Rome: Italian Medicines Agency, 2019.*

Il Rapporto è disponibile consultando il sito web  
[www.aifa.gov.it](http://www.aifa.gov.it)

Institute of Clinical Pharmacology - UniUD



**Tabella 2.3.3.** Esposizione a farmaci nella popolazione di età  $\geq 65$  anni per ATC al III livello (2018)

ATC III livello	Categoria	Prevalenza d'uso (%)		
		Uomini	Donne	Totale
A02B	Antiulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo	46,6	48,7	47,8
B01A	Antitrombotici	47,6	40,9	43,8
C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate	36,9	32,9	34,6
M01A	Farmaci antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei	29,0	35,7	32,8
C07A	Betabloccanti	30,1	31,0	30,6
A11C	Vitamine A e D, comprese le loro associazioni	12,0	40,9	28,3
J01C	Antibatterici beta-lattamici, penicilline	25,0	23,9	24,4
J01M	Antibatterici chinolonici	21,7	19,2	20,3
C09A	Ace inibitori non associati	21,5	16,8	18,8
H02A	Corticosteroidi sistemici, non associati	17,4	19,2	18,4
C08C	Calcio-antagonisti selettivi con preval. effetto vascolare	19,0	17,1	17,9
C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore	16,4	18,2	17,4
C09D	Antagonisti dell'angiotensina II, associazioni	15,1	17,7	16,6
C09C	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati	15,5	15,9	15,7
A10B	Ipoglicemizzanti, escluse le insuline	17,8	13,5	15,4
N06A	Antidepressivi	10,4	19,0	15,3
J01D	Altri antibatterici beta-lattamici	14,7	14,7	14,7
C09B	Ace inibitori, associazioni	14,2	13,9	14,0
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna	30,9	0,2	13,5
J01F	Macrolidi, lincosamidi e streptogramine	12,5	13,1	12,8
N02A	Oppioidi	9,4	14,7	12,4
R03B	Altri farm. per disturbi ostruttivi vie respir. per aerosol	13,1	11,2	12,0
R03A	Adrenergici per aerosol	12,0	10,4	11,1
M04A	Antigottosi	13,6	8,2	10,5
A07A	Antiinfettivi intestinali	8,2	10,3	9,4
H03A	Preparati tiroidei	3,7	12,8	8,9
J01X	Altri antibatterici	3,5	10,2	7,3
S01E	Preparati antiglaucoma e miotici	7,2	7,1	7,2
N03A	Antiepilettici	6,3	7,5	7,0
B03B	Vitamina B12 ed acido folico	6,3	6,9	6,6





# STATO DELL'ARTE ANNO 2018 vs. ETA' / AZIENDA

- **Indicatore di prescrizione territoriale PPI per età**
  - <65 anni → 7,4% (66.111/897.682)
  - > 65 anni → 36,3% (115.457/317.856)
- **Indicatore di inappropriata prescrizione → 24,9% (45.294/181.572)**
  - **Età**
    - <65 anni → 22,6% (14.941/66.111)
    - ≥ 65 anni → 27,3% (31.520/115.457)
  - **Azienda**
    - AAS 2 → 25,7%
    - AAS 3 → 27,2%
    - AAS 5 → 27,6%
    - ASUIUD → 23,6%
    - ASUITS → 19,7%



## METODO DI LAVORO DEL GRUPPO MULTIDISCIPLINARE

- Elaborazione da parte del gruppo di lavoro di un documento condiviso per una prescrizione appropriata dei PPI
- Attuazione iniziative divulgative/conoscitive rivolte ai professionisti sanitari e alla cittadinanza

## OBIETTIVI DEL PROGETTO PPI

- Riduzione significativa della percentuale di inappropriata prescrizione territoriale PPI
  - Time 0 (baseline) → 2019
  - Time 1 → 2020
- Aumentare la consapevolezza dell'uso sicuro del farmaco (PPI)



## INIZIATIVE DA INTRAPRENDERE RIVOLTE AI PROFESSIONISTI SANITARI

- Algoritmo di deprescrizione, messaggi brevi, alert nel programma dimissioni ospedaliere (anche day hospital) e nei referti ambulatoriali
- Algoritmo di deprescrizione, messaggi brevi, alert nel programma Millewin dei MMG
- Diffusione del documento finale elaborato dal gruppo di lavoro tramite i canali istituzionali
- Diffusione del documento finale elaborato dal gruppo di lavoro tramite i responsabili aziendali di progetto della linea "uso sicuro del farmaco"
- Relazioni sul tema in occasione degli incontri di aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
- Relazioni sul tema in occasione di convegni/congressi per MMG e specialisti
- Report nominativo per MMG con i casi di inappropriatezza



## INIZIATIVE DA INTRAPRENDERE RIVOLTE ALLA CITTADINANZA

- Comunicato stampa su quotidiani locali
- Interviste telefoniche post-dimissione
- Leaflet divulgativo/conoscitivo da distribuirsi presso le farmacie
- Serate divulgative/conoscitive organizzate con associazioni volontariato
- Videoclip
  - sale d'attesa ospedali/ambulatori
  - FB e altri social media
  - emittenti locali
  - siti web aziende sanitarie



## SURVEY PERCEZIONE DEL GRADING DI EFFICACIA DELLE INIZIATIVE RIVOLTE AI PROFESSIONISTI SANITARI

■ Completamente inefficace   
 ■ Parzialmente inefficace   
 ■ Indifferente   
 ■ Parzialmente efficace   
 ■ Completamente efficace

Relazioni sul tema in occasione di convegni/congressi per MMG, specialisti

Relazioni sul tema in occasione degli incontri di AFT

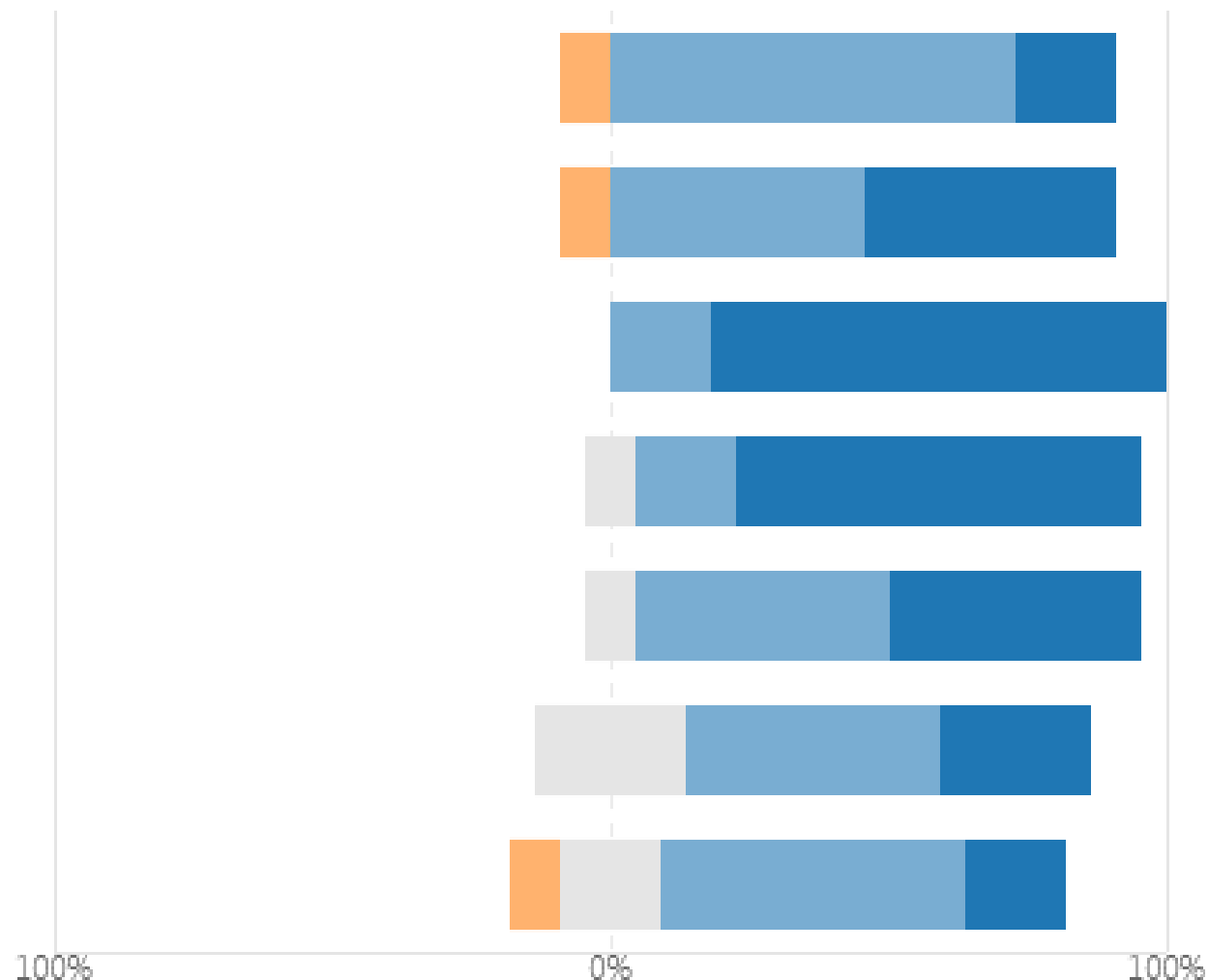
Report nominativo per i MMG con casi di inappropriatazza

Algoritmo di deprescrizione/messaggi brevi/alert nel programma Millewin dei MMG

Algoritmo di deprescrizione/messaggi brevi/alert nel programma dimissioni ospedaliere (anche day...

Diffusione tramite i canali istituzionali del documento finale elaborato dal gruppo di lavoro

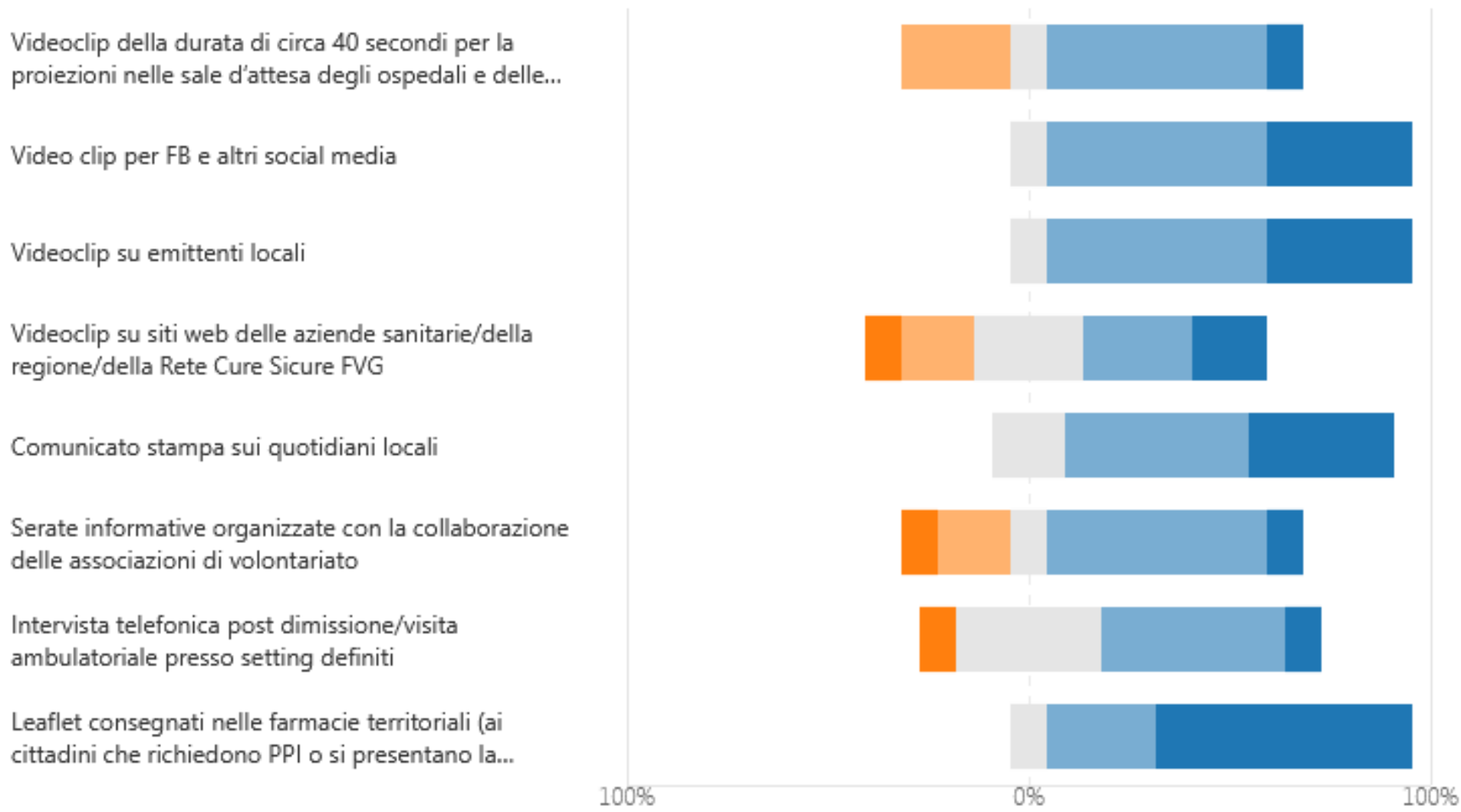
Diffusione tramite i responsabili aziendali si progetto della linea "sicurezza del farmaco" del documento...





# SURVEY PERCEZIONE DEL GRADING DI EFFICACIA DELLE INIZIATIVE RIVOLTE ALLA CITTADINANZA

■ Completamente inefficace  
 ■ Parzialmente inefficace  
 ■ Indifferente  
 ■ Parzialmente efficace  
 ■ Completamente efficace



# Selecting the Appropriate Patients for Proton Pump Inhibitor Discontinuation

## A Teachable Moment

Kevin D. Platt, MD; Sameer D. Saini, MD, MS; Jacob E. Kurlander, MD, MS

JAMA Internal Medicine Published online July 1, 2019

- Clinicians must exercise clinical judgment, but they should be especially cautious about stopping PPIs in patients with multiple peptic ulcer risk factors
- Furthermore, clinicians should engage patients in the decision-making process, with discussion about risks and benefits of PPI discontinuation
- Any modifiable risk factors, such as full-dose aspirin or unnecessary NSAIDs, should also be addressed
- Conversely, for patients without an indication for long-term PPI use (eg, uncomplicated GERD or dyspepsia), clinicians should consider discontinuation
- For patients with suspected GERD, 4 to 8 weeks of a PPI is an appropriate initial treatment course
- Both inappropriate overuse and underuse of PPIs carry their own risks of preventable harm

