



## Quanto sono appropriate le prescrizioni di inibitori di pompa in Ospedale?

**Data** 28 aprile 2008  
**Categoria** gastroenterologia

Secondo uno studio le prescrizioni di inibitori di pompa protonica in ambito ospedaliero sarebbe gravate da una percentuale elevata di inappropriata.

La prescrizione territoriale di inibitori di pompa protonica (IPP), rispetto al 2005, è aumentata del 21,5% con una diminuzione dei prezzi del 9,4%. (1) Tutti i principi attivi di questo sottogruppo compaiono tra i primi trenta per spesa territoriale SSN con l'omeprazolo che fa rilevare la maggiore prescrizione della categoria con 363 milioni di euro: in assoluto è il secondo principio attivo per spesa farmaceutica territoriale, nonostante una diminuzione di spesa e di prescrizione rispetto al 2005 (-5,6% e - 1,1% rispettivamente). A livello ospedaliero fra i farmaci gastrointestinali a maggior consumo l'unico inibitore di pompa è l'omeprazolo, con circa l'11% delle DDD. La ranitidina è ancora ampiamente prescritta (4,2% delle DDD). A livello territoriale l'esomeprazolo continua ad aumentare sia in termini di spesa (+23,3%) che di prescrizione (+23,9%), risultando in termini assoluti secondo solo all'omeprazolo. La spesa ospedaliera per questo farmaco non risulta fra le più elevate, pur essendo ampiamente utilizzato. L'Italia è al primo posto in Europa per prescrizione di esomeprazolo. Si configura così una strategia di marketing tesa a indurre la prescrizione territoriale dell'esomeprazolo che non sembra presentare reali vantaggi né in termini di efficacia né in termini di sicurezza rispetto alla miscela racemica originale (omeprazolo). (1,2,3)

Analizzando i dati per condizione patologica l'esomeprazolo è il farmaco più prescritto nell'ulcera peptica mentre prevale il lansoprazolo nell'esofagite da reflusso. (1)

Spesso il MMG si imbatte in prescrizioni di farmaci antisecretivi in pazienti dimessi dall'ospedale e molte volte non sa se prescriverlo in fascia C o A. Per questo motivo ho fatto una veloce ricerca bibliografica per cercare di rispondere alla domanda se le prescrizioni di IPP o antisecretivi in ospedale sono appropriate e se possibile confrontarle con l'appropriatezza dei colleghi MMG.

Ho scoperto uno studio Italiano fatto all'Ospedale Sacco di Milano e apparso su Occhio Clinico nel 2004 (4) in cui la percentuale di inappropriata era del 68%.

L'utilizzo inappropriato è stato rilevato nel 58,7 per cento dei pazienti che erano già in terapia domiciliare con antisecretivi, prescritti dal MMG, e nel 72,6 per cento di quelli la cui prima somministrazione è stata effettuata nel corso del ricovero.

Tra i pazienti cui è stata somministrata nel corso del ricovero una terapia antisecretiva giudicata inappropriata, più della metà è stata dimessa con il consiglio di proseguire l'assunzione a casa.

Questi dati sono in linea con quelli della letteratura in cui la percentuale di inappropriata di farmaci antisecretivi prescritti in reparti di medicina generale arriva al 70%. (5,6) L'unica indicazione prevista per l'uso dei farmaci antisecretivi sono i pazienti gravemente ammalati con fattori di rischio multipli. In questi casi i farmaci antisecretivi diminuiscono i sanguinamenti, ma non la mortalità. Si rimanda all'articolo di Mitchell e altri (7,8) per una esauriente spiegazione.

**Clementino Stefanetti**

### Referenze

1. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2006. <http://urlin.it/d39f>
2. Redactional. Esoméprazole et oméprazole: bonnet blanc et blanc bonnet. Prescrire 2002;227:248-50. <http://urlin.it/d3a7>
3. Maestri E, et al. Farmaci racemici ed enantiomeri. Identificare le novità realmente utili. Pacchetti Informativi sui Farmaci 2006;3:1-4. <http://urlin.it/d3a8>
4. I farmaci antisecretivi gastrici in ambiente ospedaliero: utilizzo eccessivo e talvolta improprio. <http://urlin.it/d3aa>
5. Grube RR, May DB. Stress ulcer prophylaxis in hospitalized patients not in intensive care units. Am J Health Syst Pharm. 2007;64:1396-400. <http://urlin.it/d3ab>
6. Hwang KO. Stress ulcer prophylaxis for non-critically ill patients on a teaching service. J Eval Clin Pract. 2007;13:716-21. <http://urlin.it/d3ad>
7. Mitchell J. Spirt, MD. Update on Stress Ulcer Prophylaxis in Critically Ill Patients. Crit Care Nurse 2006;26:18-28. <http://urlin.it/d3ace> <http://urlin.it/d3ae>
8. Stress Ulcer Prophylaxis. <http://urlin.it/d3ae>

**Commento di Luca Puccetti**

Ecco l'ennesimo esempio di medicina difensiva. Data la sostanziale tollerabilità dei PPI e dato il loro costo contenuto a causa della presenza di molecole genericabili, probabilmente, sono stati alcuni Uffici Legali delle ASL o di Ospedali, a consigliare la prescrizione UNIVERSALE o quasi dei PPI, per evitare cause per ulcere da stress. Anche questo è da mettere in conto ai soliti giudici, che con una giurisprudenza creativa hanno sovvertito le regole della responsabilità medica senza che una sola riga delle leggi sia cambiata, ed anche alle sempre più fameliche pretese dei pazienti, fomentate da schiere di vari portatori di interesse e dalle false aspettative suscitate dai media in merito al ruolo della



PILLOLE.ORG



medicina.