

# LA GESTIONE IN FARMACIA DEI MEDICINALI IN ELENCO DPC SOGGETTI A PIANO TERAPEUTICO (PT)

VIDIMAZIONE IN FARMACIA  
RISOLUZIONE DELLE PRINCIPALI CRITICITA'



10 – 12 – 16 OTTOBRE 2023

*Dott.ssa Silvia Marconi*

*Dott.ssa Francesca Di Blasi*

*Dott.ssa Valeria Battelli*

*Dott. Luca Donati*

*Dott.ssa Ivana Lisotti*

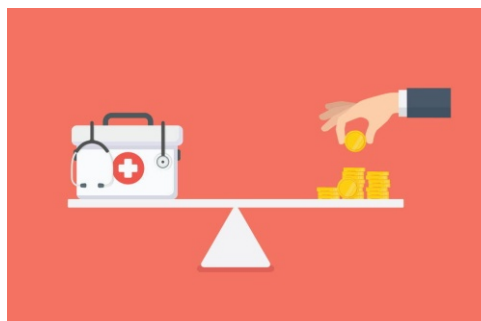
# COS'E' IL PIANO TERAPEUTICO (PT)

Introdotti nel 1994, un anno dopo le Note AIFA, i **Piani Terapeutici hanno una duplice valenza:**

➤ consentono di **garantire al paziente la continuità terapeutica** Ospedale-Territorio, assicurando, al contempo, l'appropriatezza d'impiego dei farmaci indirizzando le scelte terapeutiche del medico verso molecole più efficaci e sperimentate.



➤ consentono di **limitare la rimborsabilità** di questi farmaci alle sole condizioni cliniche supportate da evidenze scientifiche;



# PER QUALI FARMACI E' PREVISTO IL PT?



- ❖ Per patologie severe “specialistiche” e a forte impatto economico
- ❖ Farmaci di recente immissione in commercio/profilo da definire/alto costo
- ❖ Segnalazioni di aumentato rischio

## TIPOLOGIE DI PIANO TERAPEUTICO

- 1. Piano Terapeutico Generico:** di norma usato per quei farmaci che vengono rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per tutte le indicazioni autorizzate (es. lanreotide, tacrolimus..)
- 2. Piano Terapeutico AIFA (Template AIFA):** il Piano Terapeutico è predisposto dall'AIFA ed è strutturato in modo particolare. Il farmaco viene rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) solo per le specifiche indicazioni individuate dall'AIFA (ES. eritropoietine ex nota 12, imiquimod, perampanel...).
- 3. Piano Terapeutico Web based:** anche questo Piano Terapeutico è predisposto dall'AIFA e deve essere compilato on line sul portale dell'AIFA:  
<https://servizionline.aifa.gov.it/jam/UI/Login?goto=https://servizionline.aifa.gov.it%2Fregistri%2F> (es. PT NAO per TVP/EP)

**N.B.:** La RER, per alcune categorie farmacologiche (es. farmaci antiparkinson) adotta dei modelli di PT Regionali

# FARMACI IN ELENCO DPC (RER) SOGGETTI A PT



PIANI TERAPEUTICI FARMACI IN ELENCO DPC
PT AIFA NAO TVP - EP
PT ANTIAGGREGANTI (PRASUGREL\TICAGRELOR)
PT ANTIPARKINSON (LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE - ROTIGOTINA - RASAGILINA - SAFINAMIDE - TOLCAPONE - ENTACAPONE - OPICAPONE)
PT CLOZAPINA
PT NOTA AIFA 85 (DENEPEZIL - RIVASTIGMINA - GALANTAMINA - MEMANTINA)
PT EPOETINE (EPOETINA ALFA - EPOETINA ZETA)
PT IMIQUIMOD
PT TACROLIMUS
PT NOTA 39 (SOMATROPINA)
PT OCTREOTIDE/LANREOTIDE
PT NOTA 51 (BUSERELIN - LEUPRORELINA - GOSERELIN - TRIPTORELINA)
PT DEGARELIX
PT LEFLUNOMIDE
PT PERAMPANEL
PT LURASIDONE (ADOLESCENTI)
PT ESLICARBAZEPINA ACETATO



ATTUALMENTE LA VIDIMAZIONE ED ATTIVAZIONE DELLA GRIGLIA DI MONITORAGGIO VIENE EFFETTUATA DALLA DDF. SOLO PER PT AIFA NAO TVP-EP LA VIDIMAZIONE VIENE EFFETTUATA DALLE FARMACIE TERRITORIALI

**N.B.: NON E' PREVISTA VIDIMAZIONE A MEZZO MAIL DA PARTE DELLA DDF**

SCHEDA AIFA FARMACI IN ELENCO DPC
SCHEDA AIFA NAO NOTA 97
SCHEDA AIFA ANTIDIABETICI NOTA 100




ATTUALMENTE LA VIDIMAZIONE ED ATTIVAZIONE DELLA GRIGLIA DI MONITORAGGIO VIENE EFFETTUATA DALLE FARMACIE TERRITORIALI. PER NAO IN NOTA 97 SOLO SE SCHEDE CARTACEE (CASI ECCEZIONALI) E PT AIFA PER TVP/EP

## OBIETTIVO PROSSIMO

TRASFERIMENTO DELLA VIDIMAZIONE DEI PT DEI FARMACI IN DPC ALLE FARMACIE DEL TERRITORIO (SERVIZIO GIA' SVOLTO DALLE FARMACIE DELL'AMBITO DI RAVENNA)



# VALIDAZIONE DEI PT PER FARMACI IN ELENCO DPC RER

  
 Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare  
 Servizio Assistenza Territoriale

**REGOLAMENTO ATTUATIVO**

**DELL'INTESA FRA LA REGIONE EMILIA ROMAGNA E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLE FARMACIE CONVENZIONATE**

**IN MERITO ALLA DISTRIBUZIONE PER CONTO DI CUI ALLA DGR 327/2017**

**PER LE ATTIVITÀ DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO E DELLE AZIENDE SANITARIE**


Anno 2018

*A cura del Tavolo di monitoraggio della Distribuzione per Conto di cui all'Intesa recepita con deliberazione di Giunta regionale 327/2017*

In corso di revisione RER




**8. Modulistica:**  
**La modulistica da adottare è costituita dalla ricetta SSR/DEMA e dal PT, ove previsto, rilasciato dai centri specializzati autorizzati in tre copie, di cui una per assistito, una per il medico di famiglia e una per l'AUSL.**  
**Il PT viene validato dal farmacista**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
REGIONE EMILIA ROMAGNA	 143DA 400700748		
COGNOME E NOME INDAU DELL'ASSISTITO: PINCO PALLINO PNCPLN5P03H6102			
INDIRIZZO VIA TANCREDI, 12	CAP:	CITTA' FERRARA	PROV/FE
SEZIONE: 032		SILA PROVINCIA FE	CODICE AZL 081039
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (H)		DISPOSIZIONI REGIONALI:	
ALTRIO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (S.D.P.)			
PRESCRIZIONE		QTA	USO
023086159 ZIMODIC2CPRI 16: AMOXICILLINA TRIDORATO		1	
<input type="button" value="Stampa"/>			
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N° CONFEZIONE/PRESCRIZIONE: 1 TIPO RICETTA: Num 0201 DATA: 20/05/2014 Medico prescrittore: PNC0 PNC0 FSTSFND01GH202E			
CODICE AUTENTICAZIONE: 130201314300109000000204245044			
Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 dell'art. 28 e dell'art. 2, comma 4 del DM 2 nov 2012			

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA	
<b>PIANO TERAPEUTICO</b> Per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA (4)	
Nome e cognome dell'assistito: _____	
Età _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Codice Fiscale de l'Assistito: _____	
Indirizzo: _____ Tel: _____	
ADE: di residenza dell'assistito _____ Provincia _____ Regione _____	
Medico Chirurgo _____	
<b>Dispensi</b> _____ _____	
Formulata in data _____ da _____	
<b>Centro Esecutore</b> Nome e cognome del medico prescrittore _____ Tel _____ e-mail _____	
<b>Programma terapeutico:</b> Farmacoli prescritti: _____ Posologia: _____ Durata prevista del trattamento (2) _____ Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prescrizione della cura <input type="checkbox"/>	
Data controllo prevista per _____	
<b>Sospensione trattamento:</b> Motivo della sospensione _____ Data sospensione _____	
Firma e Firma del Medico _____	
(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____	

# VERIFICA DEI FORMALISMI



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**PIANO TERAPEUTICO**  
Per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA (1)

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F      **Codice Fiscale dell'Assistito** \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

AUSL di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_

Formulata in data \_\_\_\_\_ da: \_\_\_\_\_

**Centro Prescrittore** \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Programma terapeutico:**

Farmaco/i prescritto/i \_\_\_\_\_

Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento (2) \_\_\_\_\_

Prima prescrizione       prosecuzione della cura

Data controllo prevista per \_\_\_\_\_

**Sospensione trattamento:**

Motivo della sospensione \_\_\_\_\_

Data sospensione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(1) Da redigere in triplice copia: la prima per il Servizio Farmaceutico Territoriale della AUSL di residenza dell'assistito, la seconda per il Medico Curante che ha in carico l'assistito, la terza per l'assistito.  
(2) Non oltre 1 anno. Per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo Piano Terapeutico. Nei casi in cui il medico modifichi la posologia, deve inviare un nuovo Piano Terapeutico.

Dati anagrafici assistito

Centro autorizzato

[https://salute.regione.emilia-romagna.it/farmaci/provvedimenti-regionali/allegato-1-det\\_agg-centri-maggio-2018-n\\_10325 centri-prescrittorti.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/farmaci/provvedimenti-regionali/allegato-1-det_agg-centri-maggio-2018-n_10325 centri-prescrittorti.pdf)

In label per indicazione terapeutica, posologia, durata del trattamento

**N.B. la durata massima del PT è di un anno.**

**Puo essere ridotta per:**

- Volontà del prescrittore;
- Durata ridotta da AIFA (es. prima prescrizione schede nota 100-validità 6 mesi)

Data valida

Timbro e firma in originale per PT cartacei. **Per PT informatizzati (es. PT WEB-BASED AIFA) non occorre timbro e firma in originale**





## COSA FARE SE IL PT RISULTA INCOMPLETO/NON CONFORME



### **PRIMA PRESCRIZIONE**

**SE PT CENTRO AUTORIZZATO AUSL ROMAGNA:**  
SI CONTATTA  
IL CENTRO PRESCRITTORE E SI RICHIEDE LA  
REDAZIONE DEL PT CORRETTO.

**SE PT CENTRO FUORI AUSL:** INVIARE IL PZ IN DDF,  
CHE PRENDERA' CONTATTI IL CENTRO  
PRESCRITTORE E AUTORIZZERRA' IL PT

***SE NON URGENTE NON CONSEGNARE LA TERAPIA  
IN QUANTO TRATTASI  
DI UN INIZIO TRATTAMENTO***

### **RINNOVO PT**

**SE PT CENTRO AUTORIZZATO AUSL ROMAGNA:**  
SI CONTATTA  
IL CENTRO PRESCRITTORE E SI RICHIEDE LA  
REDAZIONE DEL PT CORRETTO.

**SE PT CENTRO FUORI AUSL:** INVIARE IL PZ IN DDF,  
CHE PRENDERA' CONTATTI IL CENTRO PRESCRITTORE  
E AUTORIZZERRA' IL PT

***CONSEGNARE UNA CONFEZIONE IN URGENZA PER  
CONTINUITA' TERAPEUTICA SE IL PAZIENTE NE E'  
SPROVVISTO CIRCOSTANZIANDO L'ACCADUTO SIA  
SUL PROMEMORIA CHE SUL PT SCADUTO***

*ES. POSSIBILI PT INCOMPLETI/NON CONFORMI:  
MANCANZA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO (SE PT CARTACEO)  
MANCANZA DI UN REQUISITO OBBLIGATORIO  
MODULISTICA ERRATA*

# Orari apertura ambulatori Distribuzione Diretta Farmaci

## AMBULATORIO DI DISTRIBUZIONE FARMACI RIMINI

dal Lunedì al Venerdì dalle 8:30 alle 16:30  
sabato dalle 8:30 alle 13:00

Piano terra ingresso 3; ospedale Infermi Rimini;  
tel 0541 -705628. Fax: 0541 705771

## AMBULATORIO DI DISTRIBUZIONE FARMACI SANTARCANGELO

Lunedì/Mercoledì/Venerdì 8:30/13:30 e 14:00/16:00

Presso Poliambulatori Ospedale Franchini di Santarcangelo  
(Primo Piano) Tel. e Fax 0541-326580

## AMBULATORIO DI DISTRIBUZIONE FARMACI RICCIONE

dal Lunedì al Venerdì 8:30/13:30 e 14:00/16:30

Via Frosinone adiacente Cassa Ticket e Ufficio  
Prenotazioni (CUP) Tel. 0541-608656  
Fax 0541 - 608624

## AMBULATORIO DI DISTRIBUZIONE FARMACI CATTOLICA

Martedì/Giovedì 8:30/13:30 e 14:00/16:00

Presso Ospedale Cervesi Cattolica;  
Piano terra Tel. 0541-966308 Fax. 0541-966341

## AMBULATORIO DI DISTRIBUZIONE FARMACI NOVAFELTRIA

Lunedì 9:00/13:30 e 14:00/15:30

Presso Ospedale Sacra Famiglia Novafeltria,  
piano terra Tel. 0541/919391 Fax 0541/919388

[distribuzionediretta.rn@auslromagna.it](mailto:distribuzionediretta.rn@auslromagna.it)

# COSA FARE SE IL PT RISULTA SCADUTO



E' buona norma sensibilizzare il paziente prima della scadenza del PT (almeno due mesi prima) circa la necessità di provvedere a rinnovare il PT, soprattutto se si tratta di PT specialistico che richiede prenotazione di visita.

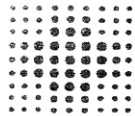
Con PT scaduto è possibile dispensare in urgenza, previa presentazione di valida ricetta medica, **1 SOLA CONFEZIONE DEL MEDICINALE PRESCRITTO COME DA REGOLAMENTO.**

E' buona norma circostanziare in ricetta che la confezione è stata dispensata in urgenza per continuità terapeutica con PT scaduto (stessa cosa vale per la griglia di monitoraggio)

Se trattasi di farmaco NAO in nota 97 o farmaci in nota 100 (escluse le associazioni tra farmaci della nota), prescrivibile dal MMG è consigliabile che venga contattato il curante per informarlo circa la necessità di rinnovare la scheda di prescrizione.

**N.B. NON INVIARE IL PAZIENTE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA**



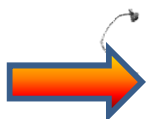


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC  
(DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)**

FARMACO	ENANTIONE IH SC SIR 3,75 mg/ml RP
FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°:	13

DATA	QUANTITA' CONSEGNA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER LA RICEVUTA DEL PAZIENTE
29/10/2021	0	13		
<del>30/10/2021</del>	<del>2</del>	<del>11</del>	<del></del>	<del></del>
30/10/2021	2	11		
03/12/2021	2	9		
12/02/2022	2	7		
20/04/22	2	5		
18/06/22	2	3		
29/08/22	2	1		
19/11/22	1	0		
<b>SPEMITA</b>	<b>1 PER URGENZA</b>		<b>PIANO NON ANCORA RINNOVATO</b>	



NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.



# GESTIONE DI UN NUOVO PT IN PRESENZA DI UN PT GIA' ATTIVO

## Cosa fa il farmacista?



CHIUDE IL PT PRECEDENTE  
ANNULANDO LA RELATIVA GRIGLIA. ED  
ATTIVA IL NUOVO PT CON NUOVA  
GRIGLIA

Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
202307191-173500008918			

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:  
Cognome:  
Nome:  
Sesso: F  
Data di nascita: 29/03/1949  
Nazione di nascita: ITALIA  
Regione: EMILIA ROMAGNA  
Comune: RIMINI  
ASL di residenza: AZIENDA USL DELLA ROMAGNA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: LIXIANA - TVP ED EP, TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE

Numero del Piano Terapeutico: 1  
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 38600692  
Centro prescrittore: OSPEDALE "INFIRMI" RIMINI  
Medico prescrittore: Michele Fabrizio  
Medico di medicina generale: 00  
Codice medico di medicina generale: 00

Posologia: 60 mg / die per 52 settimane  
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 60.00 mg  
Data del Piano Terapeutico: **10/04/2022**  
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52

Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
	F	29/03/1949
	ITALIA	
	EMILIA ROMAGNA	
	RIMINI	
	AZIENDA USL DELLA ROMAGNA	

FARMACO: LIXIANA - TVP ED EP, TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE

Numero del Piano Terapeutico: 1  
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 38600692  
Centro prescrittore: OSPEDALE "INFIRMI" RIMINI  
Medico prescrittore: Michele Fabrizio  
Medico di medicina generale: 00  
Codice medico di medicina generale: 00

Posologia: 60 mg / die per 52 settimane  
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 60.00 mg  
Data del Piano Terapeutico: **10/08/2022**  
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52

Farmacia *[Firma]*  
Via della Repubblica, 14 - Montebelluna (TV) - 31040

20/07/22 1 2

ESARDO  
PER ATTIVAZIONE  
DI NUOVO PIANO TERAPEUTICO

*[Firma]*

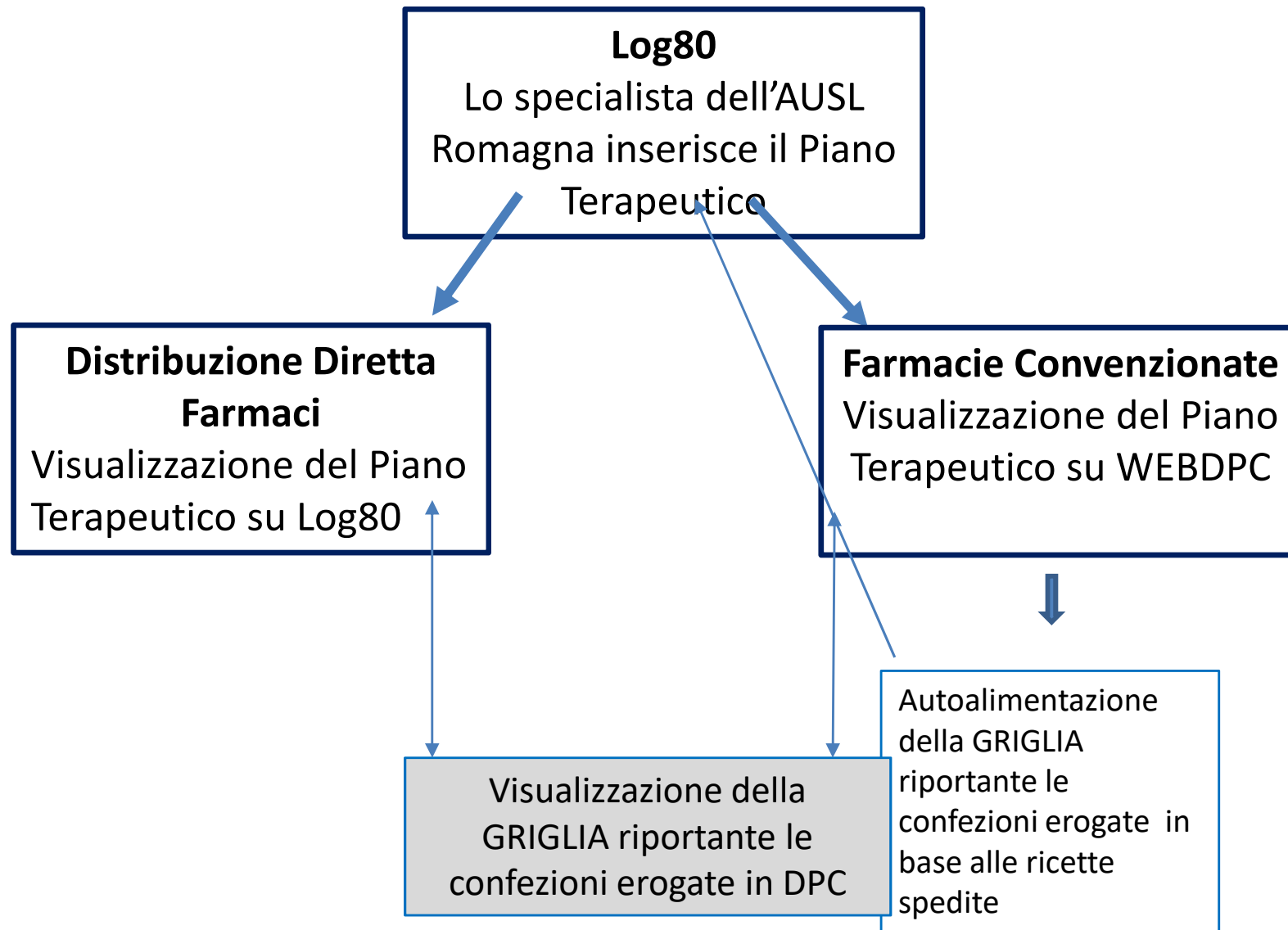
NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.



# OBIETTIVO FUTURO



## GESTIONE INFORMATIZZATA DEI PT





# PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOIETINE (EX NOTA 12)

Prescrizione su diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati, universitari o delle aziende sanitarie, **individuati dalla Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.**

## PRESCRITTORI

### CENTRI OSPEDALIERI

### GERIATRA

### PEDIATRA

### EMOTRASFUSIONISTA

### SPECIALISTA IN ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA DOLORE

### CHIRURGO

### INTERNISTA

### NEFROLOGO

### EMATOLOGO

### ONCOLOGO

4-10-2019 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 233  
Allegato

**PIANO TERAPEUTICO AIFA  
PER PRESCRIZIONE SSN DI ERITROPOIETINE (ex Nota 12)**

Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso M  F   
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_  
ASL di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

La prescrizione di eritropoietine, originatori e biosimilari, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

Trattamento dell'anemia (Hb <11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti e in soggetti pediatrici<sup>(\*)</sup> sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa, eritropoietina zeta.  
(\* ) Per darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età >11 anni;

Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti

Principi attivi: Metossipoliatileglicole-eritropoietina beta, eritropoietina teta

Trattamento dell'anemia (Hb <10 g/dL) in pazienti adulti oncologici che ricevono chemioterapia antiblastica; in caso di Hb <8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa, eritropoietina teta, eritropoietina zeta

Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica.

Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta, eritropoietina zeta

— 64 —



# I°STEP DI VERIFICA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
 EMILIA-ROMAGNA  
 Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA  
 CLINICA E SPERIMENTALE  
 Direttore F.f.: Dott. Giovanni Luca Frassinetti

SC ONCOLOGIA MEDICA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
 Direttore: Dott. Giovanni Luca Frassinetti

DEGENZA  
 Direttore: Dott. Giovanni Luca Frassinetti  
 Coordinatore Infermieristico: Monica Gollinucci

rev. del 03/07/2019

## PIANO TERAPEUTICO

Per la prescrizione SSN di ERITROPOIETINE (ex Nota 12)

CNGDLE75R63A944R - CANGINI DELIA  
 (timbro e firma del medico prescrittore)

Prosecuzione della cura

OSPEDALE "M. BUFALINI" - CESENA  
 U.O. NEFROLOGIA E DIALISI  
 Il Dirigente Medico  
 (G.F. ZNCP/LV88T99L210Z)

Timbro e firma del medico prescrittore

# II°STEP DI VERIFICA

CHI PRESCRIVE ?  
CENTRO AUTORIZZATO?

VERIFICARE SEMPRE LA  
PRESENZA DELLA  
FIRMA DEL MEDICO  
PRESCRITTORE  
E TIMBRO (IN QUANTO  
TRATTASI DI PT  
CARTACEI)

VERIFICA DELLA **POSOLOGIA** E CALCOLO DEL FABBISOGNO IN BASE ALLA **DATA DI PRESCRIZIONE** E AI GIORNI RESIDUI DI TERAPIA PER ARRIVARE ALLA SCADENZA DEL PIANO TERAPEUTICO.....



# ESEMPI DI CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO DI FIALE PREVISTO DAL PT

La prescrizione di eritropoietine è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

**Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL) associata ad IRC** in pazienti adulti e in soggetti pediatrici (per Darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età > 11 anni) sia in trattamento dialitico che in trattamento conservativo

**Trattamento dell'anemia (Hb < 10 g/dL) in pazienti adulti oncologici** che ricevono chemioterapia antitumorale in caso di Hb < 8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione  
Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa

**Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo** nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica  
Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta

## Programma terapeutico:

Farmaco/i prescritto/i:  eritropoietina alfa  eritropoietina beta  darbepoetina

Posologia: Binocrit 4000U 1fl /sett

Durata prevista del trattamento (2): 6 mesi

26 fl

**1 FL A SETTIMANA PER 6 MESI. POICHE' 6 MESI = 26 SETTIMANE = 26 FIALE TOTALI. CONSIDERANDO CHE IN OGNI CONF. CI SONO 6 FIALE: 26:6= 4,3 CONF. PER ECCESSO SI CONSIDERANO 5 CONFEZIONI**

N°	PRINCIPIO ATTIVO, NOME COMMERCIALE e forma farmaceutica	CONDIZIONI CLINICHE	POSOLOGIA	DURATA TOTALE TERAPIA (mesi)	NOTA CUF	QUANTITÀ CONSEGNAZIONE UNITÀ POSOLOGICHE	CLASSE E NOTE DEL FARMACISTA
1	BINOCRIT*6SIR 8000UI 0,8ML	Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL e suo mantenimento tra 11 e 12 g/dL) associata ad IRC in pazienti adulti e in soggetti pediatrici (*) sia in trattamento dialitico che in trattamento conservativo.	1 fl sc a settimana da sospendere se Hb > 12 gr/dl	12		0	BINOCRIT*6SIR 8000UI 0,8ML - AB 

52 fl

AUSL della Romagna  
Direzione Assistenza Farmaceutica

Si autorizzano in DPC n° 8 confezioni

Farmaco BINOCRIT 8000 0,1/0,8 ml

Si consegnano n° 1 confezioni

Data 05/06/23 Timbro e Firma F

Azienda U.S.L. della Romagna  
U.O. DIREZIONE FARMACEUTICA - CESENA  
Farmacista Dirigente  
Dott.ssa Vanessa Semprini

**1 FL A SETTIMANA PER 12 MESI. POICHE' 12 MESI = 52 SETTIMANE = 52 FIALE TOTALI. CONSIDERANDO CHE IN OGNI CONF. CI SONO 6 FIALE: 52:6= 8,6 CONF. PER ECCESSO SI CONSIDERANO 9 CONFEZIONI**

**Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL) associata ad IRC** in pazienti adulti e in soggetti pediatrici (per Darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età > 11 anni) sia in trattamento dialitico che in trattamento conservativo

**Trattamento dell'anemia (Hb < 10 g/dL) in pazienti adulti oncologici** che ricevono chemioterapia antitumorale in caso di Hb < 8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione  
Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa

**Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo** nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica  
Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta

## Programma terapeutico:

Farmaco/i prescritto/i:  eritropoietina alfa  eritropoietina beta  darbepoetina alfa

Posologia: Binocrit 4000U 1fl x 3 /sett.

Durata prevista del trattamento (2): 6 mesi

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura

Data 08/05/23

78 fl

Dot.ssa VERONICA...  
(c.f. 5014052007049)  
AZIENDA U.S.L. della ROMAGNA  
Ospedale "M. Bufalini" - Cesena  
U.O. NEFROLOGIA E DIALISI  
Dott.ssa Fulvia Zanichelli  
Dirigente Medico  
(c.f. 29CFLV6575L2192)

**3 FL A SETTIMANA PER 6 MESI. POICHE' 6 MESI = 26 SETTIMANE = 26 X 3= 78 FIALE TOTALI. CONSIDERANDO CHE IN OGNI CONF. CI SONO 6 FIALE: 78:6= 13 CONF.**

**Trattamento dell'anemia (Hb < 11 g/dL) associata ad IRC** in pazienti adulti e in soggetti pediatrici (per Darbepoetina sono disponibili dati in età pediatrica solo per pazienti con età > 11 anni) sia in trattamento dialitico che in trattamento conservativo

**Trattamento dell'anemia (Hb < 10 g/dL) in pazienti adulti oncologici** che ricevono chemioterapia antitumorale in caso di Hb < 8 mg/dL è indicato il ricorso all'emotrasfusione  
Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoetina alfa

**Trattamento per incrementare la quantità di sangue autologo** nell'ambito di programmi di predonazione con le limitazioni previste in scheda tecnica  
Principi attivi: eritropoietina alfa, eritropoietina beta

## Programma terapeutico:

Farmaco/i prescritto/i:  eritropoietina alfa  eritropoietina beta  darbepoetina alfa

Posologia: Binocrit 4000U 1fl x 3 ogni 14 gg

Durata prevista del trattamento (2): 6 mesi

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura

Data 29/08/2023

Azienda U.S.L. della Romagna  
OSPEDALE "M. BUFALINI" - CESENA  
U.O. NEFROLOGIA E DIALISI  
Il Dirigente Medico  
Dott.ssa Fulvia Zanichelli  
(c.f. 29CFLV6575L2192)

**1 FL OGNI 14 GG PER 6 MESI. POICHE' 6 MESI = 26 SETTIMANE = 26:2 = 13 FIALE TOTALI. CONSIDERANDO CHE IN OGNI CONF. CI SONO 6 FIALE: 13:6= 2,2CONF. PER ECCESSO SI CONSIDERANO 3 CONFEZIONI**

# PIANO TERAPEUTICO AIFA

## PER LA PRESCRIZIONE DI MEDICINALI A BASE DI **IMIQUIMOD** (VALIDO PER SEI SETTIMANE)



14-8-2014 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 188

ALLEGATO

**PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA**  
per la prescrizione di medicinali a base di **IMIQUIMOD**  
(valido per sei settimane)

**AIFA**

Centro prescrittore: \_\_\_\_\_  
 Nome e cognome del medico prescrittore: \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
 Paziente (nome, cognome): \_\_\_\_\_  
 Età (anni): \_\_\_\_\_ Sesso: M  F  Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
 ASL di Residenza: \_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

La prescrizione del farmaco è a carico del SSN esclusivamente per le seguenti indicazioni (pazienti adulti):

- trattamento topico di carcinomi basocellulari superficiali di piccola dimensione (sBCC)<sup>1</sup>, chirurgicamente non aggredibili o difficilmente aggredibili (per localizzazione o per le possibili conseguenze estetiche);
- trattamento topico dei condilomi acuminati esterni genitali e perianali nei pazienti adulti.

**Criteri di inclusione:**

1. Carcinoma basocellulare superficiale di piccole dimensioni non aggredibile chirurgicamente, localizzato in aree difficilmente aggredibili chirurgicamente o per il quale il risultato estetico possa essere compromesso:  
 Sì  No
2. Condilomi acuminati esterni genitali e perianali (condilomata acuminata) nei pazienti adulti.  
 Sì  No

**Criteri di esclusione (ai fini dell'eleggibilità è valida solo la risposta No):**

Carcinomi basocellulari nodulare o infiltrato:  
 Sì  No

<sup>1</sup> superficie massima 0,5 cm<sup>2</sup> e diametro massimo 2 cm.

AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco - Via del Tritone, 181 - 00187 Roma - Tel. 06.5978401 - [www.agenziafarmaco.gov.it](http://www.agenziafarmaco.gov.it)

14-8-2014 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 188

**Dose e durata del trattamento**

**Carcinoma basocellulare**

Applicare imiquimod crema **5 volte alla settimana** (esempio: da lunedì a venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per circa 8 ore. Durata prevista del trattamento: **6 settimane**.

**Condilomi genitali esterni**

Applicare imiquimod crema **3 volte alla settimana** (esempio: lunedì, mercoledì e venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per 6-10 ore. Il trattamento dovrà essere proseguito fino alla scomparsa delle lesioni o per un massimo di 16 settimane.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore

<b>PRESCRITTORI</b>
CENTRI OSPEDALIERI
DERMATOLOGO
ONCOLOGO
GINECOLOGO

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI PT CARTACEO

**IMUNOCARE CR 5% 12BUST 250MG**

# ESEMPI DI PT E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

14-8-2014 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 188

ALLEGATO

**PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA**  
per la prescrizione di medicinali a base di IMIQUIMOD  
(valido per sei settimane)

Centro prescrittore: Aspedale Bufalini

Nome e cognome del medico prescrittore: Dr. GOLBAN AURELIA

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Paziente (nome, cognome): \_\_\_\_\_

Età (anni): \_\_\_\_\_ Sesso: M  F  Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
ASL di Residenza: AUSL CERIGNA Medico di Medicina Generale CERCHINI LUIGI

La prescrizione del farmaco è a carico del SSN esclusivamente per le seguenti indicazioni (pazienti adulti):

- trattamento topico di carcinomi basocellulari superficiali di piccola dimensione (sBCC)<sup>1</sup>, chirurgicamente non aggredibili o difficilmente aggredibili (per localizzazione o per le possibili conseguenze estetiche);
- trattamento topico dei condilomi acuminati esterni genitali e perianali nei pazienti adulti.

Criteri di inclusione:

1. Carcinoma basocellulare superficiale di piccole dimensioni non aggredibile chirurgicamente, localizzato in aree difficilmente aggredibili chirurgicamente o per il quale il risultato estetico possa essere compromesso:  
SI  No
2. Condilomi acuminati esterni genitali e perianali (condilomatosi acuminata) nei pazienti adulti.  
SI  No

14-8-2014 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 188

**Dose e durata del trattamento**

**Carcinoma basocellulare**

Applicare Imiquimod crema 3 volte alla settimana (esempio: da lunedì a venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per circa 8 ore. Durata prevista del trattamento: 6 settimane.


**Condilomi genitali esterni**

Applicare Imiquimod crema 3 volte alla settimana (esempio: lunedì, mercoledì e venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per 6-10 ore. Il trattamento dovrà essere proseguito fino alla scomparsa delle lesioni o per un massimo di 16 settimane.

Data 13.06.2023

Timbro e firma del clinico prescrittore:

**Dott.ssa GOLBAN AURELIA**  
C.F. GLB FV K 09146 Z140H  
Azienda USL della Romagna  
Ospedale "M. Bufalini" - Cesena  
U.O. OSTETRICIA e GINECOLOGIA  
Il Dirigente Medico



**3 VOLTE A SETTIMANA PER 16  
SETTIMANE = 48 BUSTE 4  
CONFEZIONI**





# ESEMPI DI PT E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

**PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA**  
per la prescrizione di medicinali a base di IMIQUIMOD  
(valido per sei settimane)

**AIFA**  
Centro prescrittore: \_\_\_\_\_  
Nome e cognome del medico prescrittore: DOTT. DONATO CALISTA  
C.F. CLS DNT 59M05 G438E  
Azienda "U.S.L. della Romagna"  
Ospedale "M. Bufalini" - Cesena  
U.O. DERMATOLOGIA  
Il Dirigente Medico

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
Paziente (n. \_\_\_\_\_)  
Età (anni): \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
ASL di Residenza: CRJEMP Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

La prescrizione del farmaco è a carico del SSN esclusivamente per le seguenti indicazioni (pazienti adulti):

- trattamento topico di carcinomi basocellulari superficiali di piccola dimensione (sBCC)<sup>1</sup>, chirurgicamente non aggredibili o difficilmente aggredibili (per localizzazione o per le possibili conseguenze estetiche);
- trattamento topico dei condilomi acuminati esterni genitali e perianali nei pazienti adulti.

Criteri di inclusione:

1. Carcinoma basocellulare superficiale di piccole dimensioni non aggredibile chirurgicamente, localizzato in aree difficilmente aggredibili chirurgicamente o per il quale il risultato estetico possa essere compromesso:  
Sì  No
2. Condilomi acuminati esterni genitali e perianali (condilomata acuminata) nei pazienti adulti.  
Sì  No

Criteri di esclusione (ai fini dell'eleggibilità è valido solo la risposta No):

Carcinomi basocellulari nodulare o infiltrato:  
Sì  No

14-8-2014 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie ge


**Dose e durata del trattamento**

**Carcinoma basocellulare**  
Applicare Imiquimod crema **5 volte alla settimana** (sempre da lunedì a venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per circa 8 ore. Durata prevista del trattamento: **6 settimane**.

**Condilomi genitali esterni**  
Applicare Imiquimod crema **3 volte alla settimana** (sempre da lunedì, mercoledì e venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per 6 ore. Il trattamento dovrà essere proseguito fino alla scomparsa delle lesioni o per un massimo di **16 settimane**.

Data 22/06/2023 \_\_\_\_\_  
Il medico prescrittore \_\_\_\_\_

**Dott. DONATO CALISTA**  
C.F. CLS DNT 59M05 G438E  
Azienda "U.S.L. della Romagna"  
Ospedale "M. Bufalini" - Cesena  
U.O. DERMATOLOGIA  
Il Dirigente Medico

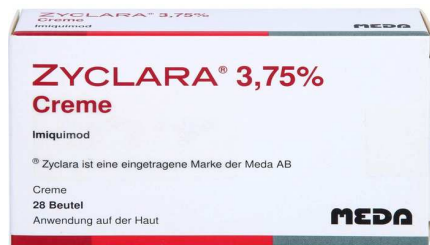


**5 VOLTE A SETTIMANA PER 6  
SETTIMANE = 30 BUSTE 3  
CONFEZIONI**





# DISPENSAZIONE DI ZYCLARA® CR 3,75% 28BUST 250MG IN DPC



**NON RICHIEDE PT**



**REGIME DI RIMBORSABILITA':  
CLASSE A PHT (PER CHERATOSI  
ATTINICA)**

**REGIME DI DISPENSAZIONE:  
RRL (RICETTA RIPETIBILE  
LIMITATIVA)**



## Nota 95

<p>Farmaci e posologia per: la cheratosi attinica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- diclofenac 3% in ialuronato di sodio gel 2 volte al giorno per 60-90 gg. Non devono essere applicati più di 8 g al giorno.</li><li>- 5-Fluorouracile/Acido salicilico soluzione cutanea mediamente 1 volta al giorno fino ad un massimo di 12 settimane.</li></ul> <p>la cheratosi attinica non ipercheratosica non ipertrofica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Imiquimod crema 3,75%: 1 volta a giorno, per 2 cicli di terapia di 2 settimane ciascuno, interrotti da un ciclo di 2 settimane.</li><li>- 5-Fluorouracile 4% crema mediamente 1 volta al giorno fino ad un massimo di 4 settimane.</li><li>- tirbanibulina 10 mg/g unguento 1 volta al giorno per un ciclo di trattamento di 5 giorni consecutivi</li></ul>	<p>La prescrizione a carico del SSN dei farmaci topici per la cheratosi attinica è limitata ai pazienti adulti con lesioni multiple in numero <math>\geq 6</math>.</p> <p>Per localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diclofenac 3% in ialuronato di sodio</li><li>- 5-Fluorouracile/Acido salicilico<sup>1</sup>.</li><li>- Imiquimod 3,75%<sup>2</sup></li><li>- 5-Fluorouracile 4%<sup>3</sup></li><li>tirbanibulina 10 mg/g<sup>4</sup></li></ul> <p>Per localizzazioni al tronco e/o alle estremità:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diclofenac 3% in ialuronato di sodio</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Esclusivamente per lesioni con Olsen di grado I/II localizzate al viso e/o cuoio capelluto calvo in pazienti immunocompetenti</li><li>2. Lesioni visibili o palpabili dal punto di vista clinico al viso e al cuoio capelluto calvo in pazienti immunocompetenti quando altre opzioni terapeutiche topiche sono controindicate o meno appropriate.</li><li>3. Lesioni con Olsen di grado I/II localizzate al viso, alle orecchie e/o al cuoio capelluto.</li><li>4. Esclusivamente per lesioni con Olsen di grado I del viso o del cuoio capelluto.</li></ol> <p>La scelta di iniziare un trattamento farmacologico in alternativa ad un trattamento fisico (crioterapia e curettage) dovrà tener conto della possibilità di una corretta somministrazione e gestione degli eventi avversi.</p> <p>I Pazienti per ogni trattamento scelto dovranno essere edotti dei benefici e dei rischi.</p>
---	--

N.B.: POICHE' IL FARMACO RICHIEDE UNA RICETTA RIPETIBILE LIMITATIVA E NON E' SOGGETTO A PT, IL MMG NON PUO' TRASCRIVERE LA PRESCRIZIONE SU RICETTA SSN PER LA RIMBORSABILITA'. VERIFICARE CHE SIANO PRESENTI TIMBRO E FIRMA DEI PRECRITTORI AUTORIZZATI: **CENTRI OSPEDALIERI O SPECIALISTI (DERMATOLOGO)**



# Aggiornamenti...

26-1-2023

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 21

**ATTENZIONE PT OBBLIGATORIO SOLO NEGLI ADOLESCENTI DAI 13 AI 18 ANNI (ESCLUSO)**

ALLEGATO

## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI LURASIDONE (LATUDA) NEL TRATTAMENTO DELLA SCHIZOFRENIA NEGLI ADOLESCENTI DAI 13 ANNI DI ETÀ'



*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri identificati dalle regioni o di specialisti in psichiatria e neuropsichiatria infantile.*

Centro prescrittore	_____
Medico prescrittore (cognome, nome)	_____
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome)	_____	
Data di nascita _____	sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____	peso (Kg) _____
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____	
ASL di residenza _____	Regione _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta	_____	
recapito Tel. _____		

**Indicazione autorizzata:** trattamento della schizofrenia negli adulti e negli adolescenti a partire dai 13 anni di età.

# ESEMPIO DI PT E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

Diagnosi ICD10 F32.2 DEPRESSIONE GRAVE, F40.1 FOBIA SOCIALE

prescrizione: LATUDA 1 cpr da 37 mg dopo cena

- percorsi di trattamento precedenti (specificare)

- motivazione della scelta del farmaco importante beneficio sul pensiero suicidario

Farmaco prescritto LATUDA

**Altri trattamenti farmacologici in atto:**

antiepilettici

altro (specificare) TAVOR, LAMICTAL, LITIO CARBONATO, AKINETON

Prima prescrizione  Prosecuzione cura

Prosecuzione cura su diagnosi di altro Centro (specificare quale) \_\_\_\_\_

in trattamento presso il Centro di provenienza

Data controllo prevista per: 2010191213 (formato giorno mese anno)



**1 CPR AL DI PER 180 GG =  $180 : 28 = 6,4 =$   
7 CONFEZIONI DA AUTORIZZARE**





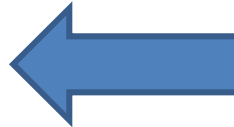


# ESEMPI DI PT E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

## Esempio attivazione di PT con i due dosaggi starter

**2 GRIGLIE :**

**I° GRIGLIA PER FYCOMPA 2 MG PER 14 GG = 2 CONF FYCOMPA 7CPR RIV 2MG**  
**II° GRIGLIA PER FYCOMPA 4 MG PER COMPLETARE I 180 GG = 6 CONF FYCOMPA 28CPR RIV 4MG**



**Criteri di eleggibilità:**

Diagnosi di:

- epilessia con crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria
- epilessia generalizzata idiopatica con crisi primariamente generalizzate tonico-cloniche

Refrattarietà alla terapia con altri antiepilettici

Antiepilettici con cui il paziente è attualmente in trattamento:

LEV 420 + 1000 mg, TPX 200 + 100 + 200, VIMPAT 100x2  
 FYCOMPA 2 mg x 15gg poi segue con FYCOMPA 4mg,  
 10p/die  
 → PRIMA PRESCRIZIONE

Data 18/5/2023

Timbro e Firma del Medico  
 Dott.ssa YERMA BARTOLINI  
 C.F. BRTYRMBB84C579N  
 Azienda USL della Romagna  
 Ospedale "Al. Bufalini" Cesena  
 U.O. NEUROLOGIA  
 Il Dirigente Medico

## Esempio attivazione di PT con i due dosaggi starter e prosecuzione terapia

### con i due dosaggi starter e prosecuzione terapia



**3 GRIGLIE :**

**I° GRIGLIA PER FYCOMPA 2 MG PER 14 GG = 2 CONF FYCOMPA 7CPR RIV 2MG**

**II° GRIGLIA PER FYCOMPA 4 MG PER 14 GG = 1 CONF FYCOMPA 28CPR RIV 4MG**

**III° GRIGLIA PER FYCOMPA 6 MG PER COMPLETARE I 180 GG = 6 CONF FYCOMPA 28CPR RIV 6MG**

7-3-2017

**Insufficienza renale**  
 Non è richiesto un aggiustamento della dose nei pazienti con insufficienza renale lieve. L'uso nei pazienti con insufficienza renale moderata o grave o nei pazienti emodializzati non è raccomandato.

**Insufficienza epatica**  
 Gli aumenti della dose nei pazienti con insufficienza epatica lieve e moderata devono basarsi sulla risposta clinica e sulla tollerabilità. Per i pazienti con lieve o moderata insufficienza epatica, la somministrazione può essere iniziata con una dose di 2 mg. In tali pazienti la dose deve essere aumentata con incrementi di 2 mg, ad intervalli di almeno 2 settimane, sulla base della tollerabilità e dell'efficacia.  
 La dose di perampanel nei pazienti con lieve e moderata insufficienza epatica non deve superare 8 mg. L'uso nei pazienti con insufficienza epatica grave non è raccomandato.

**Durata prevista del trattamento:** 6 mesi

Data 18/5/23

DR. PIETRO QUERZANI  
 P.F. ONZENTRELETTICI  
 Ospedale "Al. Bufalini" Cesena  
 Timbro e firma del medico prescrittore

17/01/609 P/ FYCOMPA 2 mg 1 q/sera x 2 sett.  
 P/ FYCOMPA 4 mg 1 q/sera x 2 sett.  
 P/ FYCOMPA 6 mg 1 q/sera -

# ESEMPI DI PT E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

Regione Emilia-Romagna  
Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione del farmaco perampanel  
Validità del Piano terapeutico: 6 mesi

Centro prescrittore UO NEUROLOGIA BUFALINI  
Medico prescrittore BOMPIAZZI  
Tel. 0547/396761 / 352365 Mail chiara.bompiazz@aulunivgugli.it

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Sesso:  M  F Peso(kg) 70 Data di Nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita CESENA  
Residenza CESENA C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Regione EMILIA ROMAGNA ASL Residenza ROMAGNA Prov. FC  
MMG o PLS FUSCONI

Il farmaco è rimborsato dal SSR se prescritto da medici specialisti in Neurologia, Neuropsichiatria infantile e Pediatria che operano nelle Aziende Sanitarie. Perampanel rappresenta una ulteriore opzione da utilizzarsi nell'ambito del trattamento aggiuntivo ad altri antiepilettici per i pazienti, a partire dai 12 anni di età, affetti da:

- epilessia con crisi parziali, con o senza generalizzazione secondaria, refrattaria alla terapia di mantenimento con la associazione di almeno 2 antiepilettici (criteri di eleggibilità dei principali studi registrativi che hanno valutato efficacia e sicurezza del farmaco);
- epilessia generalizzata idiopatica con crisi tonico-cloniche generalizzate primarie, refrattaria ad 1 trattamento.

La erogazione è limitata alla Distribuzione diretta.

**Criteri di eleggibilità:**

Diagnosi di:

epilessia con crisi ad esordio parziale con o senza generalizzazione secondaria

epilessia generalizzata idiopatica con crisi primariamente generalizzate tonico-cloniche

Refrattarietà alla terapia con altri antiepilettici

Antiepilettici con cui il paziente è attualmente in trattamento:

VIMPAT 100mg/2, TECNETO R 1700X3, GARDENACE 150mg/die  
**- FYCOMPA 6mg/die**

Data 23/1/23

Timbro e Firma del Medico BOMPIAZZI  
Dott.ssa CHIARA BOMPIAZZI  
C.F. BMRCHR74E65A2711  
Azienda USL della Romagna  
Ospedale "M. Bufalini" - Cesena  
U.O. NEUROLOGIA Cesena - Forlì  
Il Dirigente Medico

Documento PTR n. 313 – Piano terapeutico regionale per la prescrizione del farmaco perampanel

**Esempio attivazione di PT  
con dosaggio di prosecuzione terapia**



**1 GRIGLIA:**

**FYCOMPA 6 MG PER 180 GG = 7 CONF  
FYCOMPA 28CPR RIV 6MG**

# PIANO TERAPEUTICO OCTREOTIDE/LANREOTIDE

piano generico AIFA fare attenzione alle indicazioni autorizzate da scheda tecnica e alla posologia indicata dal clinico (variabile)

## INDICAZIONI AUTORIZZATE



- **Trattamento di individui affetti da acromegalia** qualora i livelli circolanti di ormone della crescita (GH) e/o fattore di crescita insulino simile 1 (IGF-1) non risultino normalizzati in seguito ad intervento chirurgico e/o radioterapia, o in pazienti che altrimenti necessitano di trattamento medico.
- **Trattamento di tumori neuroendocrini gastroenteropancreatici (GEP-NET)** dell'intestino medio di grado 1, e un sottogruppo di grado 2 (indice Ki67 fino al 10%), pancreatici o di origine non nota laddove siano stati esclusi siti di origine nell'intestino caudale, in pazienti adulti con malattia localmente avanzata non resecabile o metastatica (vedere paragrafo 5.1).
- **Trattamento dei sintomi associati a tumori neuroendocrini** (in particolare carcinoidi).

La **dose** deve essere individualizzata in base alla risposta del paziente

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ISTITUTO ROMAGNOLO DEI TUMORI "DINO AMADORI"  
IRCCS - Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"  
Via P. Maroncelli, 40 - 47114 Urbino (FC)  
Tel. 0543 739100 (Centralino)  
Fax 0543 739161 (Ass. Amministrativa)  
e-mail: accettazione.amministrativa@irst.emr.it  
info@irst.emr.it  
www.irst.emr.it

Day Hospital-Day Service sede di Forlì  
Ospedale "Morgagni-Pierantoni"  
Piazzale Vainoni  
Via C. Fioravanti, 34 - 47121 Forlì  
Tel. 0542 739100 (Centralino)  
Fax 0542 736682 (Accettazione)

Day Hospital-Day Service sede di Cesena  
Ospedale "M. Bufalini"  
Via G. Sironi, 288 - 47100 Cesena  
Tel. 0543 739100 (Centralino)  
Fax 0543 732332 (Accettazione)

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE  
Direttore f.f.: Dott. Giovanni Luca Frassineti

SC ONCOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE DI IMMUNOTERAPIA E TUMORI RARI  
Direttore f.f.: Dott. Giovanni Luca Frassineti  
Infermiera referente del percorso clinico-assistenziale: Vanesia Zavoliu

**IN DPC DISPONIBILE ATTUALMENTE LA SPECIALITA' MEDICINALE MYRELEZ**

PIANO TERAPEUTICO  
PER PRESCRIZIONE SSN DI LANREOTIDE, OCTREOTIDE

Cognome e nome: **ROSSI MARCO**  
Data di nascita:  
Residente a:  
Indirizzo:  
Codice fiscale:  
Tessera sanitaria:  
Scadenza prescrizione:

- Centro erogatore:

N°	PRINCIPIO ATTIVO, NOME COMMERCIALE e forma farmaceutica	CONDIZIONI CLINICHE	POSOLOGIA	DURATA TOTALE TERAPIA (mesi)	NOTA CUF	QUANTITÀ CONSEGNATA UNITÀ POSOLOGICHE	CLASSE E NOTE DEL FARMACISTA
	MYRELEZ® SC 15SR 120MG+AGO	Sindrome associata a tumori neuroendocrini	1 flic profonda ogni 28 giorni	12		0	MYRELEZ® SC 15SR 120MG+AGO - AB-br

(timbro e firma del medico prescrittore)

(timbro e firma del medico prescrittore)

Data di consegna:

Il paziente o familiare delegato: firma per ricevuta:

Dott.ssa Nicoletta Ranallo  
R.N. 0004685190  
IRCCS - Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"  
U.O. Oncologia

26/04/2023 (data)

Il Farmacista che eroga:

**ESEMPIO DI PT (LANREOTIDE) E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT**



# ESEMPIO DI PT (LANREOTIDE) E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera Policlinica "Guglielmo Ronchi" di Forlì  
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA  
CLINICA E SPERIMENTALE  
Direttore: Dott. Giovanni Luca Frassinetti  
SC ONCOLOGIA MEDICA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
Direttore: Dott. Giovanni Luca Frassinetti  
SS DAY HOSPITAL-DAY SERVICE E AMBULATORIO  
ONCOLOGIA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
Responsabile: Dott. Alessandro Passardi  
Coordinatore infermieristico: Sabrina Prati

PIANO TERAPEUTICO  
PER PRESCRIZIONE SSN DI LANREOTIDE, OCTREOTIDE

Cognome e nome: **ROSSI MARCO**  
Data di nascita:  
Residente a:  
Indirizzo:  
Codice fiscale:  
Tessera sanitaria:  
Scadenza prescrizione: - Centro erogatore:

N°	PRINCIPIO ATTIVO, NOME COMMERCIALE e forma farmaceutica	CONDIZIONI CLINICHE	POSOLOGIA	DURATA TOTALE TERAPIA (mesi)	NOTA CUP	QUANTITÀ CONSEGNATA UNITÀ POSIZIONICHE	CLASSE E NOTE DEL FARMACISTA
	MYRELEZ-SC 1SIR 120MG+AGO	Sindrome associata a tumorali neuroendocrini	1 fiale 21 gg sc 12 profonde			0	MYRELEZ-SC 1SIR 120MG+AGO - Atto

Il paziente o familiare delegato: firma per ricevuta

Il Farmacista che eroga

13/06/2023  
(data)

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI PT CARTACEO

STESSO PAZIENTE: ANNULLARE  
PIANO PRECEDENTE E GRIGLIA  
PRECEDENTE

POSOLOGIA OGNI 21 GG PER 12 MESI N° FIALE  
DA AUTORIZZARE 17



# ESEMPIO DI PT (OCTREOTIDE) E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

rev. del 09/04/2019

### PIANO TERAPEUTICO

Per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA (1)

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale dell'Assistito \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
AUSL di residenza dell'assistito CESENA Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
Medico Curante \_\_\_\_\_  
Diagnosi ACROMEGALIA

Formulata in data \_\_\_\_\_ da: \_\_\_\_\_  
AUSL della Romagna  
Direzione Assistenza Farmaceutica

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_  
Nome e cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Si autorizzano in DPC n° 12 confezioni del  
Farmaco SANDOSTATINA comp FL  
Si consegnano n° 4 confezioni  
Data 01/01/22 Timbro e Firma Farmacista

Programma terapeutico:  
Farmaco/i prescritto/i SANDOSTATINA comp  
Posologia 1 flc in ogni 28 giorni  
Durata prevista del trattamento (2) 1 ANNO  
Prima prescrizione  Prosecuzione della cura   
Data controllo prevista per \_\_\_\_\_  
Sospensione trattamento:  
Motivo della sospensione \_\_\_\_\_  
Data sospensione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

Data 30/11/2022

(1) Da redigere in triplice copia: la prima per il Servizio Farmaceutico Territoriale della AUSL di residenza dell'assistito, la seconda per il Medico Curante che ha in carico l'assistito, la terza per l'assistito.  
(2) Non oltre 1 anno. Per il proseguimento esistente della terapia redigere un nuovo Piano Terapeutico. Nel caso in cui il medico modifichi la posologia, deve inviare un nuovo Piano Terapeutico.

ATTUALMENTE IN DPC DISPONIBILE  
SANDOSTATINA LAR

POSOLOGIA OGNI 28 GG PER 12  
MESI N° FIALE DA AUTORIZZARE 13



IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI PT CARTACEO

# PIANI TERAPEUTICI **NON ATTIVABILI IN DPC** (INDICAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 648/96)

## Indicazioni Legge 648/96

<b>Octreotide nella formulazione a rilascio prolungato</b>	<b><u>Angiomatosi non suscettibile di altri trattamenti farmacologici e/o di asportazione chirurgica</u></b>	G.U. 24/03/01 n. 70
<b>Octreotide a lunga durata d'azione</b>	Rallentamento della progressione dell'insufficienza renale associata alla malattia del rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con CDK di stadio 4 e aumentato rischio di rapida progressione verso l'uremia terminale e terapia dialitica sostitutiva	G.U. 25/08/2018 n.197 G.U. 28/11/2019 n. 279 G.U.08/01/2020 n. 5

NO DPC – INVIARE IN DDF

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

### Piano Terapeutico per la prescrizione di Octreotide nella formulazione a rilascio prolungato ai sensi della Legge 648/96 - angiomatosi

Unità Operativa del Medico prescrittore GASTROENTEROLOGIA

Nome e cognome del Medico prescrittore ANGELO DE PADOVA tel. 705028

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Età 89 anni

Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo v. Carlini, 1 - Santarcangelo

AUSL di residenza Romagna Medico curante Dr. R. Farabegoli

Farmaco prescritto: LONGASTATINA CAR 10 mg

Indicazione terapeutica: Angiomatosi non suscettibile di altri trattamenti farmacologici e/o asportazione chirurgica.

Posologia\*: 1 fl ogni 28 giorni

\* 1 fl 10 mg per ciclo di terapia

Durata<sup>A</sup> del trattamento prevista fino al 28.5.2024


Altri trattamenti farmacologici in atto - eparina s.c.

Prima prescrizione  Prosecuzione cura

Data controllo prevista per il 24.5.2024

Data 29.5.2023

Timbro e firma del medico prescrittore

 AZIENDA USL DELLA ROMAGNA  
 U.O. GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA  
 DIGESTIVA RIMINI  
 Dr. Angelo De Padova  
 C.F. DPDNGLB3P27E882S

<sup>A</sup> La validità massima del Piano Terapeutico è di 1 anno

# PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI **DEGARELIX**

INIZIO TERAPIA (1° PT) → NO DPC → DDF

## 4.2 - Posologia e modo di somministrazione

### Posologia

Dose iniziale	Dose di mantenimento - somministrazione mensile
240 mg somministrati in due iniezioni sottocutanee consecutive di 120 mg ciascuna	80 mg somministrati in unica iniezione sottocutanea

La prima dose di mantenimento deve essere somministrata un mese dopo la dose iniziale.



**Il primo piano terapeutico per Degarelix prevede un dosaggio di 240 mg ( 2 fiale da 120 mg) per 30 giorni e trattandosi di farmaco fuori PT RER deve essere autorizzato dalla CRF e successivamente validato e erogato esclusivamente dalle DDF**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

rev. del 09/04/2019

### PIANO TERAPEUTICO

Per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA (1)

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

67 Sesso  M  F Codice Fiscale dell'Assistito \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

SL di residenza dell'assistito AVROMAGNA Provincia \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_

Diagnosi Neoplasia Prostatica Mt

Formulata in data 25/9/23 da: \_\_\_\_\_

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_ Azienda USL della Romagna  
OSPEDALE "M. BUFALINI" - CESENA  
U.O. UROLOGIA  
Il Dirigente Medico  
dott. Daniele Cantoro  
(c.f. CNTDM19002C615A)

Nome e cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Programma terapeutico:**

Farmaco/i prescritto/i FIRMAGON 120 mg

Posologia 2 fl S.C.

Durata prevista del trattamento (2) 30 giorni

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura

Data controllo prevista per \_\_\_\_\_

**Sospensione trattamento:**

Motivo della sospensione \_\_\_\_\_

Data sospensione \_\_\_\_\_

Data 25/09/2023

Timbro e Firma del Medico  
Azienda USL della Romagna  
OSPEDALE "M. BUFALINI" - CESENA  
U.O. UROLOGIA  
Il Dirigente Medico  
dott. Daniele Cantoro  
(c.f. CNTDM19002C615A)

(1) Da redigere in triplice copia: la prima per il Servizio Farmaceutico Territoriale della AUSL di residenza dell'assistito, la seconda per il Medico Curante che ha in carico l'assistito, la terza per l'assistito.  
(2) Non oltre 1 anno. Per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo Piano Terapeutico.  
Nei casi in cui il medico modifichi la posologia, deve inviare un nuovo Piano Terapeutico.



# PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI **DEGARELIX**

**PROSECUZIONE TERAPIA (PT successivi al 1°) → DPC**

## INDICAZIONI DA SCHEDA TECNICA:

**FIRMAGON®** è un antagonista dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH) indicato:

- per il trattamento di pazienti maschi adulti con **tumore della prostata** ormono-dipendente in stadio avanzato;
- per il **trattamento del tumore della prostata** ormone-dipendente ad alto rischio localizzato e localmente avanzato in combinazione con la radioterapia;
- come trattamento neo-adiuvante prima della radioterapia in pazienti con **tumore della prostata** ormone dipendente localizzato o localmente avanzato ad alto rischio

### ▼ 4.2 - Posologia e modo di somministrazione

#### Posologia

Dose iniziale	Dose di mantenimento - somministrazione mensile
240 mg somministrati in due iniezioni sottocutanee consecutive di 120 mg ciascuna	80 mg somministrati in unica iniezione sottocutanea

La prima dose di mantenimento deve essere somministrata un mese dopo la dose iniziale.

## ESEMPIO DI PT E CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

Regione Emilia Romagna

**Piano Terapeutico**  
Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa del medico prescrittore ONCOLOGIA IRST MELDOLA  
Nome e Cognome del medico prescrittore MARIA CARBETTA CAPRINO Tel. \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
Sesso M F B Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
AUSL di residenza \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco Adenocarcinoma prostatico a  
alto rischio, radioterapia.  
Proseguire cura.

Farmaco prescritto DEGARELIX 80 MG FL (Firmagon 80 mg fl)  
Posologia Degarelix 80mg : 1 fiala ogni 30 giorni  
Durata del trattamento prevista fino al 15/05/2024 (formato giorno mese anno)  
Altri trattamenti farmacologici in atto: \_\_\_\_\_

Prima prescrizione  Proseguimento cura   
Data controllo prevista per: \_\_\_\_\_ (formato giorno mese anno)  
Sospensione del trattamento: \_\_\_\_\_  
Motivo della sospensione: \_\_\_\_\_  
Data della sospensione: \_\_\_\_\_ (formato giorno mese anno)

Data 15/05/23

Timbro e firma del medico prescrittore  
M. CARBETTA CAPRINO  
IRST MELDOLA

PIANO TERAPEUTICO DEGARELIX PER  
PROSECUZIONE CURA DI 12 MESI :  
AUTORIZZARE 12 FIALE



# PIANO TERAPEUTICO FARMACI IN NOTA 51

(Buserelin, Goserelin, Leuprorelina, Triptorelina)

**Es. 1: ELIGARD® 22,5 mg sc SIR per Carcinoma prostatico**

**CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT**

1 Fiala ogni 3 mesi per 6 mesi =  
Autorizzare 2 confezioni

**N.B. DEVE ESSERE DISPENSATA 1 SOLA CONFEZIONE (3 MESI DI TERAPIA)**

**Carcinoma prostata**

ISTITUTO ROMAGNOLO PER LO STUDIO DEL TUMORE "DINO AMADORI"  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PER LO STUDIO DEI TUMORI DEL DOTT. AMADORI

Via P. Maroncelli, 40 - 47014 Meldola (FC)  
Tel. 0543 739100 (Centralino)  
Fax: 0543 739151 (Accelerazione Amministrativa)  
e-mail: accelerazione.amministrativa@irst.emr.it  
info@irst.emr.it  
sito: www.irst.emr.it

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE  
Direttore f.f.: Dott. Giovanni Luca Frassinetti

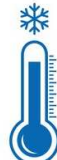
SC ONCOLOGIA MEDICA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
Direttore: Dott. Giovanni Luca Frassinetti

SS DAY HOSPITAL-DAY SERVICE E AMBULATORI  
ONCOLOGIA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
Responsabile: Dott. Alessandro Passardi  
Coordinatore infermieristico: Sabrina Prati

**PIANO TERAPEUTICO**  
PER PRESCRIZIONE SSN DI BUSERELIN, GOSERELIN, LEUPRORELINA, TRIPTORELINA (Nota 51)

Cognome e nome  
Data di nascita  
Residente a  
Indirizzo  
Codice fiscale  
Tessera sanitaria  
Scadenza prescrizione

- Centro erogatore:

**Farmaco temperatura controllata** 

N°	PRINCIPIO ATTIVO, NOME COMMERCIALE o forma farmaceutica	CONDIZIONI CLINICHE	POSOLOGIA	DURATA TOTALE TERAPIA (mesi)	NOTA CUF	QUANTITÀ CONSEGNA UNITÀ POSOLOGICHE	CLASSE E NOTE DEL FARMACISTA
1	ELIGARD® SC SIR+SIR 22,5MG+KIT	Carcinoma della prostata	1 fl ogni 3 mesi	6	0		ELIGARD® SC SIR+SIR 22,5MG+KIT - 51 

LTVMLA88R56/506H/Altavilla Amelia  
(timbro e firma del medico prescrittore)

Data di consegna  
Il paziente o familiare delegato: firma per ricevuta

04/01/2023 (data)

Il Farmacista che eroga

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI PT CARTACEO

# PIANO TERAPEUTICO FARMACI IN NOTA 51

(Buserelin, Goserelin, Leuprorelina, Triptorelina)

**Es. 2: DECAPEPTYL® FL 3,75 MG  
3ML1 SIR  
per Carcinoma della mammella**

**CONTEGGIO DEL FABBISOGNO  
COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT**

1 Fiala ogni 28 giorni per 12  
mesi =  
Autorizzare 13 confezioni

**Carcinoma  
della  
mammella**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AREA 14 - REGGIO EMILIA  
PUBBLICA UNIVERSITÀ DEL SAPORE DI TAMPARI "VIALE MARCONI"  
PUBBLICA UNIVERSITÀ DI BOLOGNA "VIALE G. GIARDINO"  
PUBBLICA UNIVERSITÀ DI MODENA "VIALE G. GIARDINO"

ISTITUTO  
ONCOLOGICO  
UNIVERSITARIO  
DI TAMPARI

IRST IRCCS  
Day Hospital-Day Service sede di Cesena  
Ospedale "M. Bufalini"  
Viale G. Ghirelli, 286 - 47521 Cesena  
Tel. 0543 739100 (Centralino)  
Fax: 0543 732592 (Attaccato)  
e-mail: oncologia.oncematologia@irst.emr.it  
info@irst.emr.it  
www.irst.emr.it

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA ED EMATOLOGIA  
CLINICA E SPERIMENTALE  
Direttore f.f.: Dott. Giovanni Luca Frassinetti

SC ONCOLOGIA MEDICA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
Direttore: Dott. Giovanni Luca Frassinetti

SS DAY HOSPITAL-DAY SERVICE E AMBULATORI  
ONCOLOGIA MELDOLA - FORLÌ - CESENA  
Responsabile: Dott. Alessandro Passardi  
Coordinatore infermieristico: Sabrina Prati  
Infermiera case manager: Angela Nardi

**PIANO TERAPEUTICO  
PER PRESCRIZIONE SSN DI BUSERELIN, GOSERELIN, LEUPRORELINA, TRIPTORELINA**

Cognome e nome  
Data di nascita  
Residente a  
Indirizzo  
Codice fiscale  
Tesserata sanitaria  
Scadenza prescrizione

- Centro erogatore:

N°	PRINCIPIO ATTIVO, NOME COMMERCIALE e forma farmaceutica	CONDIZIONI CLINICHE	POSOLOGIA	DURATA TOTALE TERAPIA (mesi)	NOTA CUF	QUANTITÀ CONSEGNATA UNITÀ POSOLOGICHE	CLASSE E NOTE DEL FARMACISTA
1	DECAPEPTYL® FL 3,75MG+2ML+1SIR	Carcinoma della mammella	1 fl in ogni 28 giorni	12	51	0	DECAPEPTYL® FL 3,75MG+2ML+1 SIR - 51 

DMNGDM82C11E372K - Di Menna Giandomenico  
(timbro e firma del medico prescrittore)

Dott. Giandomenico Di Menna  
DMNGDM82C11E372K  
IRCCS-IRST  
U.D. Oncologia

15/09/2022  
(data)

IN ORIGINALE IN  
QUANTO TRATTASI DI  
PT CARTACEO

Data di consegna  
Il paziente o familiare delegato: firma per ricevuta

Il Farmacista che eroga



# PIANO TERAPEUTICO FARMACI IN NOTA 51

(Buserelin, Goserelin, Leuprorelina, Triptorelina)

**Es. 3: GONAPEPTYL DEPOT® FL**  
**3,75 MG 3ML1 SIR**  
**per Endometriosi**

**CONTEGGIO DEL FABBISOGNO**  
**COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT**

1 Fiala ogni 28 giorni per 3 mesi =  
Autorizzare 3 confezioni

**Endometriosi**  
(durata massima 6 mesi)

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI  
PT CARTACEO

REGIONE DEL VENETO  
**ULSS9**  
SCALIGERA

Azienda **ULSS 9 - Scaligera**

Sede Legale Via Valverde, 42 - 37122 Verona  
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER I FARMACI PRESCRIVIBILI  
CON ATTIVAZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO (1)

COGNOME E NOME ASSISTITO \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_

SESSO: M  F  CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

ULSS DI RESIDENZA ASSISTITO \_\_\_\_\_ REGIONE EMILIA ROMAGNA

MEDICO CURANTE (di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta) GRIDELLI CLAUDIO

DIAGNOSI PER LA QUALE IL FARMACO VIENE PRESCRITTO ::  
ENDOMETRIOSI IV STADIO

Codifica patologia \_\_\_\_\_  
Nota AIFA 51

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO (specialità) GONAPEPTYL DEPOT

POSOLOGIA 1 fl ogni 28gg

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO (2): 1 ANNO  6 MESI  Altro (specificare) 3 mesi

PRIMA PRESCRIZIONE  CONTINUAZIONE DELLA CURA

Data 25/05/2020

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE



TIMBRE E FIRMA DEL CENTRO AUTORIZZATO  
**"OSPEDALE P. PEDERZOLI"**  
CASA DI CURA PRIVATA S.p.A.  
Residuo Ospedaliero ULSS 9 Scaligera  
37019 Peschiera del Garda (VR)  
Riferito di  
**GINECOLOGIA**

Farmaco  
temperatura  
controllata



Note:

- (1) Inviare la prima copia entro il mese successivo alla compilazione ed in busta chiusa al Servizio Farmaceutico della U.S.L. di residenza o tramite i distretti o le rispettive Direzioni sanitarie ospedaliere; la seconda copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda; la terza e la quarta copia vanno inoltrate (in busta chiusa, tramite il paziente) al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di base che ha in carico l'assistito; la quarta, a discrezione del medico può essere consegnata all'assistito
- (2) La presente scheda ha validità di 1 anno (salvo diversa indicazione dell'AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco. Nel caso di proseguimento o variazione della terapia dovrà essere compilata una nuova scheda



# PIANI TERAPEUTICI **NON ATTIVABILI IN DPC** (INDICAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 648/96)

## Indicazioni Legge 648/96

<p><b>Analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (triptorelina, goserelina, leuprolide)</b></p>	<p><b>Preservazione della funzionalità ovarica nelle donne in pre-menopausa affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a trattamento chemioterapico</b> in grado di causare menopausa precoce e permanente e per le quali opzioni maggiormente consolidate di preservazione della fertilità (crioconservazione di ovociti) non siano considerate adeguate. Il trattamento con analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine deve essere proposto dopo un'accurata valutazione, in ogni singolo caso, del rapporto rischio-beneficio, con particolare riguardo al rischio oncologico in donne affette da neoplasie ormono-sensibili.</p>	<p>G.U. 06/08/16 n. 183</p>
<p><b>Analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (triptorelina, goserelin, leuprolide)</b></p>	<p><b>Preservazione della funzionalità ovarica nelle pazienti post-puberali, di età inferiore o uguale ai 18 anni, affette da patologie neoplastiche</b>, che richiedono trattamento chemioterapico associato al rischio di induzione dell'amenorrea e per le quali opzioni maggiormente consolidate di preservazione della fertilità (crioconservazione di ovociti) non siano considerate adeguate.</p>	<p>G.U. 12/05/2021 n. 112</p>

**PIANO TERAPEUTICO**  
Per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA (1)

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

Età 30 Sesso  M  F Codice Fiscale dell'Assistito \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

AUSL di residenza dell'assistito romagna Provincia FC Regione ER

Medico Curante \_\_\_\_\_

**Diagnosi** \_\_\_\_\_ profilassi gonadica in corso di chemioterapia

Formulata in data 3/4/23 da: Liardo Eliana Valentina

Centro Prescrittore \_IRST Dino Amadori \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore Liardo Eliana Valentina

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ eliana.liardo@irst.emr.it \_\_\_\_\_

**Programma terapeutico:**

Farmaco/i prescritto/i \_\_\_\_\_ ENANTONE 3.75 mg/ml \_\_\_\_\_

Posologia una fiala ogni 28 giorni \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento (2) \_\_\_\_\_ 7 mesi \_\_\_\_\_

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura


AUSL della Romagna  
Direzione Assistenza Farmaceutica

Data controllo prevista per 13/4/23

**Sospensione trattamento:**

Motivo della sospensione \_\_\_\_\_

Data sospensione \_\_\_\_\_

  
 Dott.ssa Eliana Liardo  
 LRDVL81C64A009A  
 I.R.S.T. S.r.l.  
 U.O.: Ematologia

Data \_\_\_\_\_/4/23

**NO DPC – INVIARE IN DDF**

# PIANI TERAPEUTICI **NON ATTIVABILI IN DPC** (INDICAZIONI PREVISTE DALLA LEGGE 648/96)

## Indicazione Legge 648/96

**Leuprolide** Impiego nel processo di femminilizzazione di donne transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata G.U. 30/09/2020 n. 242

**NO DPC – INVIARE IN DDF**

**Piano Terapeutico**  
Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa di Ginecologia  
Fisiopatologia della Riproduzione Umana  
Direzione Universitaria  
Prof. Renato Seracchioli

Unità Operativa del medico prescrittore \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome del medico prescrittore Anna Sofrona Tel. 4381

Paziente Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Sesso M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
AUSL di residenza FC Medico curante Dr. Mancini

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco \_\_\_\_\_  
**INCONGRUENZA DI GENERE** LEGGE 648/96

Farmaco prescritto ENANTONE 3.75 mg 1cc/mese 3cc  
Posologia SANDONNO 1h/f/du 3sc  
Durata del trattamento prevista fino al 11/10/2023 (giorno mese anno)  
Altri trattamenti farmacologici in atto: \_\_\_\_\_

Prima prescrizione  Prosecuzione cura   
Data controllo prevista per: 11/10/2023 (giorno mese anno)  
Sospensione del trattamento: \_\_\_\_\_  
Motivo della sospensione \_\_\_\_\_  
Data della sospensione \_\_\_\_\_ (giorno mese anno)  
Data 15/6/23

Timbro e firma del medico prescrittore  
Dr.ssa ALV. STEFANIA  
C.F. 02022700101  
AL Dipartimento di Ginecologia  
U.O. \_\_\_\_\_

# PIANO TERAPEUTICO (GENERICO) PER TACROLIMUS (PROTOPIC UNGUENTO 0,1%)

## INDICAZIONI DA SCHEDA TECNICA:

**Protopic 0,1% unguento** è indicato negli adulti e negli adolescenti (**di età uguale o superiore ai 16 anni**)

Trattamento delle riacutizzazioni

*Adulti e adolescenti (di età uguale o superiore ai 16 anni)*

Trattamento della dermatite atopica, da moderata a grave negli adulti che non rispondono adeguatamente o che sono intolleranti alle terapie convenzionali quali i corticosteroidi topici.

**Protopic 0,03% unguento** è indicato negli adulti, negli adolescenti e nei bambini **a partire dai 2 anni d'età.**

Medico Curante \_\_\_\_\_

Diagnosi DERMATITE ATOPICA

Formulata in data 02/12/22 da:

Centro Prescrittore OSPEDALE BUFALINI CESENA

Nome e cognome del medico prescrittore MARIA BENATI

Tel. 4694 e-mail MARIA.BENATI@AUSLROMAGNA

**Programma terapeutico:**

Farmaco/i prescritto/i PROTOPIC 0,03% UNGUENTO

Posologia 1 APPLICAZIONE LA SERA PER 15 GOMI, POI 2 SERA A SERA IN TUTTA PER 1 MESE

Durata prevista del trattamento (2) 6 SETTIMANE

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura

Data controllo prevista per 11/02/2023

**Sospensione trattamento:**

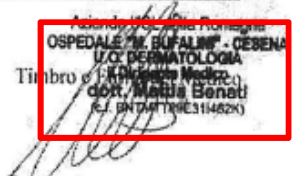
Motivo della sospensione \_\_\_\_\_

Data sospensione \_\_\_\_\_

Data 02/12/22

(1) Da redigere in triplice copia: la prima per il Servizio Farmaceutico Territoriale della AUSL di residenza dell'assistito, la seconda per il Medico Curante che ha in carico l'assistito, la terza per l'assistito.

(2) Non oltre 1 anno. Per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo Piano Terapeutico. Nei casi in cui il medico modifichi la posologia, deve inviare un nuovo Piano Terapeutico.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**PIANO TERAPEUTICO**  
Per la prescrizione di farmaci secondo ricetta

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

Età 34 Sesso  M  F Codice Fiscale dell'assistito \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

AUSL di residenza dell'assistito CESENA Provincia FC Regione C-R

Medico Curante DOTT.

Diagnosi DERMATITE ATOPICA

Formulata in data 23/12/22 da:

Centro Prescrittore \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore MARIA BENATI

Tel. 0547/356694 e-mail \_\_\_\_\_

**Programma terapeutico:**

Farmaco/i prescritto/i TACROLIMUS 0,1% UNGUENTO

Posologia 1 APPLICAZIONE MATTINA E SERA 2 SETTIMANE PER 1 LA SERA 2 SETTIMANE PER 2 W/SETTIMANA PER 2 MESE

Durata prevista del trattamento (2) 2 MESE

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura

Data controllo prevista per 14/2/23

**Sospensione trattamento:**

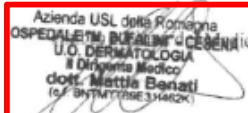
Motivo della sospensione \_\_\_\_\_

Data sospensione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(1) Da redigere in triplice copia: la prima per il Servizio Farmaceutico Territoriale della AUSL di residenza dell'assistito, la seconda per il Medico Curante che ha in carico l'assistito, la terza per l'assistito.

(2) Non oltre 1 anno. Per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo Piano Terapeutico. Nei casi in cui il medico modifichi la posologia, deve inviare un nuovo Piano Terapeutico.



Tubi da autorizzare? In base all'estensione della parte da trattare e alla durata della terapia

# PIANO TERAPEUTICO (GENERICO) PER LEFLUNOMIDE

## INDICAZIONI DA SCHEDA TECNICA:

Leflunomide è indicata nel trattamento di pazienti adulti affetti da:

- **artrite reumatoide attiva**, come "farmaco antireumatico in grado di modificare il decorso della malattia" (DMARD, *Disease-Modifying Antirheumatic Drug*),
- **artrite psoriasica attiva**.

## CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

1 cpr die per 90 gg = 3 confezioni

**PIANO TERAPEUTICO**  
Per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA (1)

Nome e cognome dell'assistito \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale dell'Assistito \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

AUSL di residenza dell'assistito ROMAGNA Provincia \_\_\_\_\_ Regione ER

Medico Curante PARCHI PATRIZIO

Diagnosi ARTRITE PSORIASICA, INTOLLERANZA MTX

Formulata in data \_\_\_\_\_ da: \_\_\_\_\_

Centro Prescrittore RUMATOLOGIA COSENZA

Nome e cognome del medico prescrittore FRANCESCO LUCA RENZULLO

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Programma terapeutico:**

Farmaco/i prescritto/i LEFLUNOMIDE

Posologia 20 mg die

Durata prevista del trattamento (2) 3 MESI

Prima prescrizione  Prosecuzione della cura

Data controllo prevista per \_\_\_\_\_

**Sospensione trattamento:**

Motivo della sospensione \_\_\_\_\_

Data sospensione \_\_\_\_\_

Data 11/01/23

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI  
PT CARTACEO

Azienda - AUSL Romagna (Principale)  
Sede - Ospedale Civile - S. MARCO (Cesena)  
U.O. MEDICINA INTERNA - Ambulatorio di Reumatologia  
Il Dirigente Medico  
dott. Francesco Luca Renzullo  
c.f. RNZFN065207C367A1

(1) Da redigere in triplice copia: la prima per il Servizio Farmaceutico Territoriale della AUSL di residenza dell'assistito, la seconda per il Medico Curante che ha in carico l'assistito, la terza per l'assistito.  
(2) Non oltre 1 anno. Per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo Piano Terapeutico.  
Nel caso in cui il medico modifichi la posologia, deve inviare un nuovo Piano Terapeutico.



# PIANO TERAPEUTICO NOTA 39 (ORMONE SOMATOTROPO)



## ESEMPIO 1

### CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

Es. calcolato su Genotropin 0,8 mg

#### Posologia settimanale:

0,8 mg (1 sir) x 4 volte a settimana

#### Posologia mensile:

4 (0,8 mg) x4 settimane=16 siringhe al mese

#### Fiale da autorizzare :

16 x 6 mesi = 96 siringhe per 6 mesi

Divido il fabbisogno totale di siringhe per l'unità di una confezione di Genotropin Miniquick 0,8 mg

$96/7 = 13,71$  confezioni = autorizzo 14 confezioni

MODELLO PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO - NOTA 39		
Paziente: I	ID Visita:	
Età:	Data di nascita:	Sesso:
T.sanitaria o codice fiscale:		
Az. USL di residenza assistito:		
Diagnosi:		
Età Evolutiva (bassa statura da deficit di GH)		
<b>PROGRAMMA TERAPEUTICO</b>		
Farmaco prescritto:		
GENOTROPIN MINIQUICK 7 cartucce SC 1 mg in 7 siringhe monodose + 7 aghi(PFIZER ITALIA srl)		
Posologia (mg/die): 1		
Frequenza (1+7 somministrazioni/settimana): 3		
Durata terapia (mesi): 6		
Data controllo successivo:		
Data:	02/05/2023	
Farmaco prescritto:		
GENOTROPIN MINIQUICK 7 cartucce SC 0,8 mg in 7 siringhe monodose + 7 aghi(PFIZER ITALIA srl)		
Posologia (mg/die): 0,8		
Frequenza (1+7 somministrazioni/settimana): 4		
Durata terapia (mesi): 6		
Data controllo successivo:		
Data:	02/05/2023	
Prima prescrizione: <input type="checkbox"/>	Prosecuzione cura: <input checked="" type="checkbox"/>	
Timbro e firma del medico prescrittore	Timbro del centro	
<p>Rita Ortolano Cod ENPAM* iscrizione ALBO: 18064 Cod Fiscale: RTL RT183E63G273J Dott.ssa RITA ORTOLANO Specialista in Endocrinologia C.F. RTL RT183E63 G273J</p>	<p>AOU di Bologna-Pol S.Orsola-Malpighi UO Pediatria Bologna AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI BOLOGNA Policlinico S. Orsola-Malpighi UNITA' OPERATIVA PEDIATRIA CENTRO ABILITATO AL TRATTAMENTO CON ORMONE SOMATOTROPO Direttore Prof. Andrea Pession C.F. PSSNDR63E03A944G</p>	

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI  
PT CARTACEO



# PIANO TERAPEUTICO NOTA 39 (ORMONE SOMATOTROPO)

## ESEMPIO 2



### CONTEGGIO DEL FABBISOGNO COMPLESSIVO PREVISTO DAL PT

#### Posologia settimanale :

0,8 mg x 6 volte a settimana : 0,8 mg x 6= 4,8 mg

#### Posologia mensile:

4,8 mg x4 settimane=19,2 mg al mese

#### Fiale da autorizzare :

19,2 x 3 mesi =57,6 mg per 3 mesi

Divido il fabbisogno totale di milligrammi per l'unità di una cartuccia :

$57,6/12 = 4,8$  cartucce= 5 cartucce di Humatrope da 12 mg

### MODELLO PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO - NOTA 39

Paziente: _____	ID Visita: _____	
Età: _____	Data di nascita: _____	Sesso: _____
T.sanitaria o codice fiscale: _____		
Az. USL di residenza assistito: _____		
Diagnosi: _____		
c) Età evolutiva - 1) Bassa statura da deficit di GH (GHD), definita definita da GH <8 µg/L a due test farmacologici + statura = -2 DS e VC/anno =-1,0 DS per età e sesso o una riduzione della statura di 0,5 DS/anno per l'età nei bambini >2 anni		

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco prescritto:	HUMATROPE 1 cartuccia SC 12 mg 36 UI + 1 siringa (ELI LILLY ITALIA spa)
Posologia (mg/die):	0,8
Frequenza (1+7 somministrazioni/settimana):	6
Durata terapia (mesi):	3
Data controllo successivo:	
Data:	10/03/2021

Prima prescrizione: <input checked="" type="checkbox"/>	Prosecuzione cura: <input type="checkbox"/>
---	---

Timbro e firma del medico prescrittore \_\_\_\_\_ Timbro del centro \_\_\_\_\_

Sara Ciccone Cod ENPAM/Inscrizione ALBO: Cod Fiscale: <i>S. Ciccone</i>	AUSL Cesena-Osp Bufalini UO di Pediatria Viale Ghirotti, 287 47521 Forlì-Cesena
--	--

IN ORIGINALE IN QUANTO TRATTASI DI  
PT CARTACEO

Dot.ssa SARA CICCONE C.F. 00089404520000 Azienda USL della Romagna Ospedale "M. Bufalini" Cesena U.O. PEDIATRIA e PEDIATRIA INTENSIVA MEDICINA PEDIATRICA 20/03/2021
--



# ESEMPIO MODULO DI RICHIESTA DI OMNITROPE PER INDICAZIONI FUORI NOTA 39

## MODELLO PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO TERAPEUTICO - NOTA 39

NO  
DPC

DIAGNOSI FUORI NOTA 39

Paziente	i	ID Visita:
Età: 10	Data di nascita:	Sesso: Femminile
T.sanitaria o codice fiscale:		
Az. USL di residenza assistito:		
Diagnosi:		
c) Età evolutiva - 8) (Diagnosi fuori Nota 39)		

### PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco prescritto:
OMNITROPE SUREPAL CART 15mg/1,5ml(SANDOZ spa)
Posologia (mg/die): 1
Frequenza (1÷7 somministrazioni/settimana): 6
Durata terapia (mesi): 6
Data controllo successivo:
Data: 20/09/2023

Prima prescrizione:

Prosecuzione cura:

NON  
DISPENSARE  
DPC – INVIARE  
IN DDF

Timbro e firma del medico prescrittore

Timbro del centro

Benedetta Vestrucci Cod ENPAM/n° iscrizione ALBO: Cod Fiscale:	AUSL Cesena-Osp Bufalini UO di Pediatria Viale Ghirotti, 287 47521 Forlì-Cesena
--	--

# FARMACI ANTIAGGREGANTI

## PRASUGREL / TICAGRELOR 90 mg

PRASUGREL e TICAGRELOR NON  
SONO NAO!!!  
(diverse indicazioni terapeutiche)

Farmaco prescritto

Prasugrel

Ticagrelor 90 mg

Regione Emilia-Romagna  
Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco  
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di:

Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
Medico prescrittore (nome e cognome): \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ AUSL di residenza \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina generale \_\_\_\_\_

Dati anagrafici del  
paziente

Indicazione del  
Medico e del Centro  
Prescrittore  
autorizzato

NOTA  
BENE

Il prasugrel ed il ticagrelor sono a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è rilasciato dalle U.O. di Cardiologia autorizzate dalla Regione Emilia Romagna.

La prescrizione di Prasugrel in associazione con ASA è a carico dell'SSN nelle seguenti condizioni:

- pazienti con SCA senza innalzamento del tratto ST sottoposti ad intervento coronarico percutaneo con o senza impianto di stent metallico medicato;
- pazienti con STEMI sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato con o senza impianto di stent metallico medicato.

Prasugrel non deve essere utilizzato nei pazienti trattati con tienopiridine negli ultimi 5 giorni, in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale e progressivo ictus/TIA. La posologia abituale di mantenimento è di 10 mg/die; è consigliata una dose di 5 mg/die nei pazienti con età >75 anni o con peso <60 kg in cui si ritenga favorevole il rapporto rischio/beneficio.

La prescrizione di Ticagrelor in associazione con ASA è a carico dell'SSN nelle seguenti condizioni:

- pazienti con SCA con o senza innalzamento del tratto ST in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica con o senza applicazione di stent;

Ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di: terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori o induttori del citocromo CYP 450 3A4.

VIDIMARE PT E  
ATTIVARE GRIGLIA  
DI MONITORAGGIO

To Do:

Dosaggio e posologia

Posologia	Durata prevista del trattamento: (durata massima 12 mesi*)	
	6 mesi <input type="checkbox"/>	12 mesi <input type="checkbox"/>
Prasugrel	<input type="checkbox"/> 10 mg/die <input type="checkbox"/> 5 mg/die	
Ticagrelor	<input type="checkbox"/> 90 mg x 2	

Durata prevista del  
trattamento (MAX 12 MESI),  
che corrisponde alla  
scadenza del PT

Timbro e Firma del  
Medico Specialista  
autorizzato alla  
prescrizione

Data di redazione del PT

Data valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico  
\_\_\_\_\_

# FARMACI ANTIAGGREGANTI

## TICAGRELOR 60 mg

Per TICAGRELOR possibilità dopo 12 mesi di continuare la terapia con il dosaggio da 60 mg, con la redazione di un nuovo PT

Data di redazione del PT

Indicazione del Medico e del Centro Prescrittore autorizzato

Dati anagrafici del paziente


VIDIMARE PT E ATTIVARE GRIGLIA DI MONITORAGGIO

To Do:

Durata prevista del trattamento (MAX 12 MESI), che corrisponde alla scadenza del PT

Farmaco prescritto, dosaggio e posologia

Timbro e Firma del Medico Specialista autorizzato alla prescrizione



**Assessorato Politiche per la salute - Commissione Regionale del Farmaco**

**Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di Ticagrelor 60 mg**

PT: W0800820023NTNTN557C212115A0634 emesso il 16/01/2023

Codice HSP e struttura medico prescrittore 08008200 - OSPEDALE 'DEGLI INFERMI' FAENZA	
Centro abilitato Cardiologia	
Nome e cognome del medico prescrittore Athanassios Antonopoulos	
Telefono del medico prescrittore	
Mail del medico prescrittore	

---

Nome e cognome del paziente		Sesso M	
Data di Nascita		Codice Fiscale	
Indirizzo residenza		Telefono	
Ausl di residenza AZIENDA USL UNICA ROMAGNA		Regione residenza Emilia Romagna	
Ausl di assistenza AZIENDA USL DI ROMAGNA SEDE DI RAVENNA		Medico di Famigli:	

La scelta di prolungare la DAPT oltre il 12° mese deve essere il frutto di un attento bilancio fra il rischio ischemico residuo e una profonda analisi del rischio emorragico (vedi tab.1 del "Documento di indirizzo. Terapia antitrombotica nelle Sindromi Coronariche Acute (SCA)" a cura del Gruppo di lavoro multidisciplinare della Regione Emilia-Romagna). In particolare, il Piano terapeutico AIFA prevede che siano esclusi dal trattamento i pazienti ad elevato rischio emorragico che presentano almeno una delle seguenti condizioni: diatesi emorragica o disturbi noti della coagulazione; anamnesi di emorragia intracranica o emorragia gastrointestinale; terapia dialitica; insufficienza epatica; pregressa diagnosi di anomalia vascolare intracranica; tumore del SNC; ictus ischemico; intervento di neurochirurgia encefalica o spinale nei precedenti 5 anni; intervento di chirurgia maggiore negli ultimi 30 giorni; concomitante terapia anticoagulante.

prima prescrizione                       prosecuzione terapia

---

**Caratteristiche dei pazienti (criteri di elezione)**

età > 85 anni  
 diabete mellito in terapia farmacologica  
 insufficienza renale cronica non in dialisi (VFG < 60 ml/min/1,73 mq)  
 malattia coronarica multivasale (stenosi > 50% in almeno due distretti coronarici)  
 ulteriore IMA antecedente all'evento indice

---

**Condizioni espressamente richieste**

aderenza alla precedente DAPT  
 assenza di complicanze emorragiche in corso di DAPT  
 nessun intervento chirurgico programmato nei mesi successivi

---

Duplici terapia antiaggregante (DAPT), ultimo farmaco utilizzato in associazione con ASA:

Prasugrel 10 mg o 5 mg al giorno                       Ticagrelor 60 mg x 2  
 Clopidogrel 75 mg al giorno

Data ultima assunzione 31/03/2023

Farmaco Prescritto (principio attivo)	B01AC24 - TICAGRELOR
Dosaggio	60 mg
Forma	COMPRESSE
Posologia	una compressa da 60 mg due volte al giorno
Durata del trattamento prevista fino al (Data di scadenza)	15/01/2024

Firma del medico prescrittore  
Athanassios Antonopoulos


# FARMACI ANTIPARKINSON

Indicazione del Medico e del Centro Prescrittore autorizzato

Dati anagrafici del paziente

Farmaco prescritto, dosaggio e posologia

Data di redazione del PT

  
 Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco  
**Piano terapeutico per la prescrizione di**  
 entacapone, entacapone/levodopa/carbidopa, opicapone, rasagilina, safinamide, rotigotina, tolcapone, melevodopa/carbidopa

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa \_\_\_\_\_  
 (ad es. U.O. di Neurologia Ospedaliera o Ambulatorio di Neurologia Dipartimento Cure Primarie)

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Sesso: M  F  Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_  
 (Comune, provincia)  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Malattia di Parkinson** in fase: lieve/non fluttuante  avanzata/fluttuante   
 TERAPIA CON L-DOPA: NO  SI

FARMACO PRESCRITTO	Posologia giornaliera	PRIMA PRESCRIZIONE Durata della terapia	PROSECUZIONE Durata della terapia
<b>Rasagilina</b> cpr 1 mg			
<b>Safinamide:</b>			
cpr 50 mg			
cpr 100 mg			
<b>Entacapone</b> cpr 200mg			
<b>Entacapone/L-dopa/carbidopa:</b>			
50mg/12,5 mg/200 mg			
75 mg/18,75 mg/200 mg			
100 mg/25 mg/200 mg			
125 mg/31,25 mg/200 mg			
150 mg/37,5 mg/200 mg			
200 mg/50 mg/200 mg			
<b>Opicapone</b> cps 50 ma			
<b>Tolcapone</b> cpr 100 mg			
<b>Melevodopa/carbidopa:</b>			
125 mg + 12,5 mg			
100 mg + 25 mg			

FARMACO PRESCRITTO	Cerotti die	PRIMA PRESCRIZIONE Durata trattamento (specificare per ogni dosaggio)	PROSECUZIONE Durata trattamento
Rotigotina cerotti _____ mg			
Rotigotina cerotti _____ mg			
Rotigotina cerotti _____ mg			

In caso di **PRIMA PRESCRIZIONE** di rotigotina cerotto, rispondere ai seguenti quesiti:  
 E' stata sospesa una precedente terapia con dopaminoagonisti? SI  NO   
 Motivo della sospensione: Scarsa efficacia  Effetti collaterali   
 Impossibilità ad assumere farmaci per os: SI  NO

(NOTA BENE: la validità del P.T. non può superare 12 mesi dalla data di compilazione)

Data \_\_\_\_\_  
 Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

**MELEVODOPA/CARBIDOPA (SIRIO®)**  
**ROTIGOTINA CEROTTI (NEUPRO®)**  
**RICHIEDONO IL PIANO TERAPEUTICO IN EMILIA ROMAGNA!!!!!!**

**VIDIMARE PT E ATTIVARE GRIGLIA DI MONITORAGGIO**

To Do:

Indicazione se prima prescrizione o prosecuzione e Durata della terapia (=SCADENZA PT, max 12 mesi)

NOTA BENE

Timbro e Firma del Medico Specialista autorizzato alla prescrizione



# ESEMPIO MODULO DI RICHIESTA DI FARMACI ANTIPARKINSON OFF-LABEL PER DOSAGGIO

NO  
DPC

**Dosaggio non autorizzabile perché :**  
 Come per altre formulazioni di carbidopa + levodopa disponibili, nella maggior parte dei pazienti può essere somministrata una dose massima di mantenimento compresa tra 3 e 6 compresse effervescenti al giorno.

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

**Piano terapeutico per la prescrizione di**  
 entacapone, entacapone/levodopa/carbidopa, opicapone, rasagilina, safinamide, rotigotina,  
 tolcapone, melevodopa/carbidopa

Medico prescrittore FRANCESCA PUGDA Tel. \_\_\_\_\_

Unità Operativa NEUROLOGIA OSP. PUFFANI CESENA  
(ed es. U.O. di Neurologia Ospedaliera o Ambulatorio di Neurologia Dipartimento Cure Primarie)

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Sesso: M  F  Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza BAGNO DI FONAGNI  
(Comune, provincia)

Codice fiscale E

Malattia di Parkinson in fase: lieve/non fluttuante  avanzata/fluttuante

TERAPIA CON L-DOPA: NO  SI

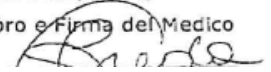
FARMACO PRESCRITTO	Posologia giornaliera	PRIMA PRESCRIZIONE Durata della terapia	PROSECUZIONE Durata della terapia
<b>Rasagilina</b> cpr 1 mg			
<b>Safinamide:</b>			
cpr 50 mg			
cpr 100 mg			
<b>Entacapone</b> cpr 200mg			
<b>Entacapone/L-dopa/carbidopa:</b>			
50mg/12,5 mg/200 mg			
75 mg/18,75 mg/200 mg			
100 mg/25 mg/200 mg			
125 mg/31,25 mg/200 mg			
150 mg/37,5 mg/200 mg			
200 mg/50 mg/200 mg			
<b>Opicapone</b> cps 50 mg			
<b>Tolcapone</b> cpr 100 mg			
<b>Melevodopa/carbidopa:</b>			
125 mg + 12,5 mg			
100 mg + 25 mg	<u>2 cps x 5</u>		<u>12 mesi</u>

FARMACO PRESCRITTO	Cerotti die	PRIMA PRESCRIZIONE Durata trattamento <small>(specificare per ogni dosaggio)</small>	PROSECUZIONE Durata trattamento
Rotigotina cerotti mg			
Rotigotina cerotti mg			
Rotigotina cerotti mg			

In caso di PRIMA PRESCRIZIONE di rotigotina cerotto, rispondere ai seguenti quesiti:  
 E' stata sospesa una precedente terapia con dopaminoagonisti? SI  NO   
 Motivo della sospensione: Scarsa efficacia  Effetti collaterali   
 Impossibilità ad assumere farmaci per os: SI  NO

(NOTA BENE: la validità del P.T. non può superare 12 mesi dalla data di compilazione)

Data 2.09.23

Timbro e Firma del Medico  


# CLOZAPINA

PT rivisto dalla Commissione Regionale del Farmaco con Determina 5109 del 18/03/22 per definirne la durata temporale, in considerazione del monitoraggio della conta leucocitaria

Indicazione del Medico e del Centro Prescrittore autorizzato

Regione Emilia-Romagna  
Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

**Piano Terapeutico regionale per la prescrizione di Clozapina**  
nel trattamento delle psicosi gravi nei pazienti seguiti dai Servizi psichiatrici e di salute mentale individuati dalla Regione Emilia-Romagna e nel trattamento dei disturbi comportamentali e psicosi nei pazienti con Morbo di Parkinson

Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso  M  F Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**Diagnosi**

Paziente schizofrenico resistente al trattamento  
 Pazienti schizofrenico che presenta reazioni avverse gravi di tipo neurologico non trattabile con gli altri farmaci antipsicotici, compresi gli antipsicotici atipici  
 Disturbi psicotici in corso di Malattia di Parkinson, dopo il fallimento di una gestione terapeutica classica.

**Prescrizione**

prima prescrizione  prosecuzione del trattamento  
Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria?  SI  NO  
Eventuale data di controllo prevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dose/die: \_\_\_\_\_ Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_

La prescrizione/prosecuzione del trattamento ed il monitoraggio degli eventi avversi, in particolare ematologici, devono avvenire in accordo con quanto previsto dall'RCP del farmaco.

Conta ematologica		Azioni necessarie secondo RCP
Leucociti/mm <sup>3</sup> (l)	Granulociti neutrofili/mm <sup>3</sup> (l)	
≥3.500 (≥3,5x10 <sup>9</sup> )	≥2.000 (≥2,0x10 <sup>9</sup> )	Proseguire trattamento con clozapina
3.000-3.500 (3,0x10 <sup>9</sup> -3,5x10 <sup>9</sup> )	1.500-2.000 (1,5x10 <sup>9</sup> -2,0x10 <sup>9</sup> )	Proseguire trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori
<3.000 (<3,0x10 <sup>9</sup> )	<1.500 (<1,5x10 <sup>9</sup> )	Interruzione immediata trattamento con clozapina, emocromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali infezioni. Non riesporre il paziente al farmaco

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI	Forma farmaceutica	dosaggio	Posologia e orari				
			...	...	...	...	al bisogno*

\* terapia al bisogno subordinata alla verifica dei seguenti sintomi/problemi comportamentali \_\_\_\_\_

La quantità di farmaco dispensata ad ogni erogazione non deve superare le 4 settimane di terapia, nell'ambito della validità del Piano terapeutico.

Validità del Piano terapeutico: non superiore a 4 mesi se 1<sup>a</sup> prescrizione; non superiore a 6 mesi se prosecuzione del trattamento.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico prescrittore \_\_\_\_\_

Dati anagrafici del paziente

Diagnosi

VIDIMARE PT E ATTIVARE GRIGLIA DI MONITORAGGIO *To Do:*

Durata prevista del trattamento, cioè VALIDITA' PT:  
**4 MESI SE PRIMA PRESCRIZIONE, 6 MESI PROSECUZIONE TRATTAMENTO**

NOTA BENE

Timbro e Firma del Medico Specialista autorizzato alla prescrizione 48



IN DPC DISPONIBILE SOLO IL DOSAGGIO DA 100 MG!!!

Dosaggio

\* La quantità di farmaco dispensata ad ogni erogazione non deve superare le 4 settimane di terapia!!!

Data di redazione del PT

# FARMACI NOTA 85 ALZHEIMER

PT AIFA istituito con l'aggiornamento della Nota AIFA 85 (GU n.73 del 27/03/23)

Indicazione del Medico e del Centro Prescrittore autorizzato



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI NOTA 85 PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

NOTA BENE

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano

Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
 Medico prescrittore (cognome, nome) \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Dati anagrafici del paziente

Paziente (cognome, nome) \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso M  F  Età \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 ASL di residenza \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ recapito Tel. \_\_\_\_\_

Indicazioni autorizzate e rimborsate SSN:

Trattamento della malattia di Alzheimer

- di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina)
- \* di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina)
- di grado severo, con MMSE <10 (memantina)

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con i singoli Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Diagnosi:

Diagnosi di demenza di Alzheimer probabile secondo i criteri NIA-AA, 2011 (Mc Khann 2011)  
 MMSE corretto: \_\_\_\_\_/30  
 Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)  
 Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)  
 Alzheimer grave (MMSE <10)

Diagnosi ed indicazione MMSE per valutazione grado demenza

La risposta clinica dovrà essere monitorata presso i CDCD ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i 3 mesi deve basarsi sul non peggioramento, sulla base del giudizio di efficacia nel contesto di una valutazione clinica complessiva
- ogni 6 mesi\*\* per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.

\*\* nei casi di stabilità clinica, il rinnovo del Piano Terapeutico potrà avvenire entro un massimo 12 mesi.

\* Le indicazioni per cui MEMANTINA può essere prescritta in regime SSN sono state ampliate anche a forme di Alzheimer gravi (MMSE<10)



Indicazione se prima prescrizione o prosecuzione, farmaco, posologia e durata

Programma terapeutico:

Se il paziente progredisce a una forma severa (punteggio MMSE <10) occorre valutare attentamente l'opportunità di proseguire il trattamento, sulla base della valutazione del profilo beneficio/ rischio su base individuale.

Farmaco	Posologia	Proseguimento terapia:	
		con modifiche <input type="checkbox"/>	senza modifiche <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DONEPEZIL			
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA			
<input type="checkbox"/> GALANTAMINA			
<input type="checkbox"/> MEMANTINA			

Si consiglia monitoraggio periodico con ECG per valutazione del QTc in particolare per i pazienti con: disturbi del ritmo cardiaco, malattia cardiaca clinicamente rilevante e/o in politerapia con farmaci che possono influenzare il QTc o che inducono bradicardia o in presenza di squilibri elettrolitici.

Data di scadenza del PT: \_\_\_\_\_  
 La validità del Piano terapeutico è al massimo di 12 mesi

Data di scadenza del PT (MAX 12 MESI)

Data \_\_\_\_\_

Data di redazione del PT

Timbro e firma del medico prescrittore

VIDIMARE PT E ATTIVARE GRIGLIA DI MONITORAGGIO

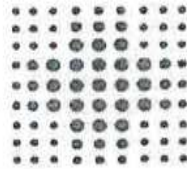


Timbro e Firma del Medico Specialista autorizzato alla Prescrizione





# FARMACI NOTA 85 – esempio di PT INFORMATIZZATO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Indicazione del  
Centro Prescrittore  
autorizzato

**U.O. di GERIATRIA AMBULATORIO DEMENZE-MORGAGNI-PIERANTONI**  
CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO autorizzato al rilascio dei piani terapeutici

Dati  
anagrafici  
del  
paziente

Cognome e nome  
Data di nascita  
Residente a  
Indirizzo  
Codice fiscale  
Tessera sanitaria  
Medico curante

VIDIMARE PT E  
ATTIVARE GRIGLIA DI  
MONITORAGGIO

To Do:

Score MMSE

ADCODICE PAZIENTE PER FLUSSO DATI111144501

VALUTAZIONE

MMSE:	21/30	MMSE CORRETTO:	21.4/30	IADL	5/8F 5M	ADL	6/6
-------	-------	----------------	---------	------	---------	-----	-----

DATI SULLA TERAPIA, TOLLERABILITÀ E COMPLIANCE

Ha assunto la terapia ICh	Farmaco: donepezil	5 mg/die	dal:	06/2021	al	00/00/0000
---------------------------	--------------------	----------	------	---------	----	------------

Diagnosi

[ x ] Nessun evento avverso rilevato

MODIFICHE ALLA TERAPIA

NO (prosegue terapia in corso)

Prosegue, visita successiva in data: 00/00/0000

Scadenza prescrizione

- Centro erogatore:

Farmaco  
prescritto,  
dosaggio e  
posologia

N°	PRINCIPIO ATTIVO, NOME COMMERCIALE e forma farmaceutica	CONDIZIONI CLINICHE	POSOLOGIA	DURATA TOTALE TERAPIA (mesi)	NOTA CUF	QUANTITÀ CONSEGNATA UNITÀ POSOLOGICHE	CLASSE E NOTE DEL FARMACISTA
1	DONEPEZIL CLORIDRATO MONOidrato YASNAL*28CPR RIV 5MG	Malattia di Alzheimer	1 cp/die	4	85	0	YASNAL*28CPR RIV 5MG - 85

Durata della  
terapia, che  
corrisponde alla  
scadenza del PT

Timbro e Firma del  
Medico Specialista  
autorizzato alla  
prescrizione

Azienda USL della Romagna  
Medico Specialista Ospedaliero  
Dr.ssa MONTANARI LAURA  
C.F. MNT LRA 86E51 D704C  
U.O. GERIATRIA - FORLÌ  
MNTLRA86E51D704C - MONTANARI LAURA

*Laure Montanari*

(timbro e firma del medico prescrittore)

10/07/2023

(data)

Data di redazione  
del PT 51



# ESEMPIO MODULO DI RICHIESTA DI EBPM PER INDICAZIONI LEGGE 648/96

## Indicazione Legge 648/96

Eparine a basso peso molecolare originatore o biosimilare	Profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio	G.U. 06/08/16 n. 183 G.U. 19/12/16 n. 295 (modifica) G.U. 09/01/19 n.7
---	--	--

**NON DISPENSARE DPC – INVIARE IN DDF**

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MRPA141\_02

*Modulo di richiesta di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) per la profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio ai sensi della Legge 648/96*

**MEDICINALE:** Enoxaparina Dosaggio 6000 Posologia\* 1 f/die Durata del trattamento Fine a termine gravidanza  
\* Dosaggio giornaliero Profilassi: 4000 U/kg; Trattamento: 1000 U/kg/24h

Indicazione terapeutica: Profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio

Struttura Prescrittrice: AHB OSTETRICO Città: CESENA

Scheda inizio trattamento      Data inizio terapia: 07/04/23      Deizi di paziente: C.A.G.  
 Scheda di controllo trimestrale      Data controllo: \_\_\_\_\_      Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Scheda di fine trattamento      Data di fine trattamento: \_\_\_\_\_      Età: \_\_\_\_\_

**Criteri di inclusione (da compilare all'inizio del trattamento):**

1. progressivo evento tromboembolico venoso indipendentemente dalla presenza di trombofilia (profilassi):  
 idiopatico       in corso di trattamento con estroprogestinici  
 in corso di gravidanza (indicare settimane di gestazione o giorno del puerperio in cui si verifica l'evento: \_\_\_\_\_)

2. progressivi aborti ricorrenti altrimenti non spiegabili (definiti come un numero 3, o di 2 in presenza di almeno un concetto fetale normale) in presenza di documentato trombofilia congenita/acquisita (profilassi)  
Indicare il numero di gravidanze in cui si è verificato l'evento ostetrico: \_\_\_\_\_

3. uno o più morti embrionari del feto (MEF), definiti come perdita fetale occorsa dalla 20ª settimana di gestazione in pari di un feto morfologicamente normale (profilassi)  
Indicare il numero di gravidanze in cui si è verificato l'evento ostetrico: \_\_\_\_\_

4. precedenti: pre-eclampsia severa, ritardo di crescita intrauterino e distacco di placenta normalmente inserita «sine causa» (profilassi)  
Indicare il numero di gravidanze in cui si è verificato l'evento ostetrico: \_\_\_\_\_

5. valvole cardiache meccaniche: dalla positività del test di gravidanza fino alla fine del primo trimestre (20-34 settimane circa) e dalla 34ª settimana fino al parto. Dalla 14ª alla 34ª settimana secondo il giudizio del clinico e dopo condivisione con la paziente (trattamento)

6. pazienti gravide con deficienza congenita di fattori della coagulazione in omozigosi o doppia eterozigosi (specificare):  
 pazienti gravide con deficit congenito di proteina S, proteina C, antitrombina singoli e/o combinati  
 pazienti gravide con mutazione eterozigote del fattore V (V-Leiden), mutazione della protrombina singoli e/o con fattori di rischio associati  
 mutazione omozigote del fattore V (V-Leiden), mutazione omozigote della protrombina, doppia eterozigosi

7. pazienti gravide con sindrome da anticorpi antifosfolipidi  
 8. altri\* \_\_\_\_\_

\* Nota bene: le indicazioni espresse come "altre", che non rientrano nei criteri di inclusione previsti dalla legge 648/96, non sono erogabili a carico del SSN e sono perentorie a carico della paziente. Fanno eccezione le indicazioni "on-label" riportate in scheda tecnica che sono invece erogabili in regime di SSN.

**Eventi in corso di gravidanza\* (da compilare al controllo trimestrale e alla fine del trattamento)**  
Complicanze materne e fetali che si sono verificate nel corso della gestazione:

Eventi emorragici:  Sì (indicare sede) \_\_\_\_\_  No  
Manifestazioni allergiche (postinquinata inserita in corso di gravidanza):  Sì  No

**Outcome della gravidanza\* (da compilare al controllo trimestrale e alla fine del trattamento)**

**Outcome materno:**  
 Parto spontaneo  
 Taglio cesareo  
 Emorragie (indicare sede: \_\_\_\_\_)  
 Complicanze materne (specificare: \_\_\_\_\_)

**Outcome fetale:**  
Sesso neonato:  M  F  
Nato vivo:  Sì  No  
Peso alla nascita: \_\_\_\_\_  
Condizioni patologiche del neonato da registrare prima della dimissione: \_\_\_\_\_

\* Invece segnalazione non corrisponde la segnalazione spontanea delle ADR secondo il DL n. 44/97

Fine terapia:   
Sospensione terapia:   
Data: 07/06/23

Causa: \_\_\_\_\_

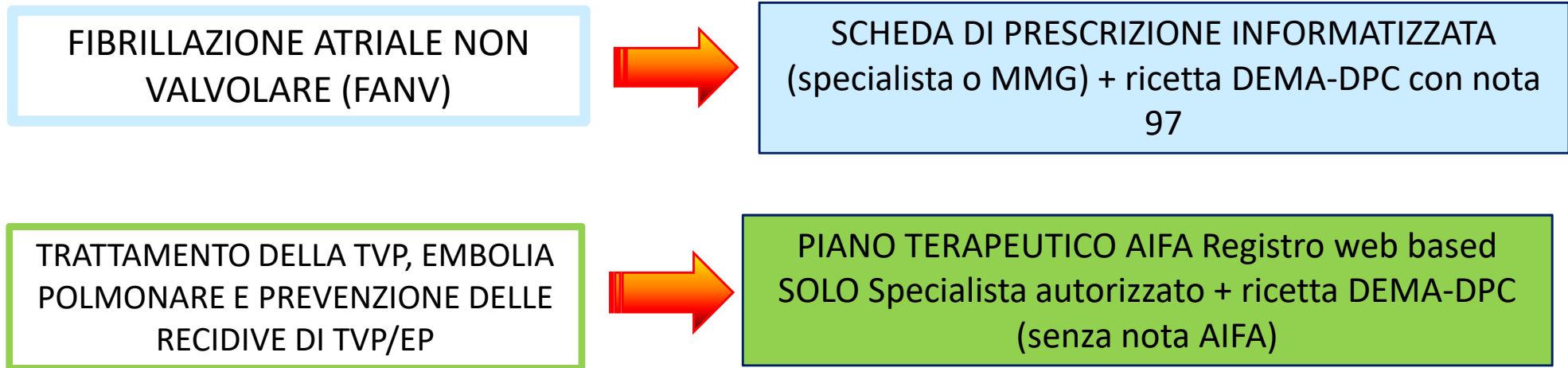
TIMPPO E FIRMA DEL RESPONSABILE

# FARMACI NAO



# PRESCRIZIONE DEI FARMACI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO) IN DPC

A seconda dell'indicazione, i NAO seguono modalità prescrittive differenti:

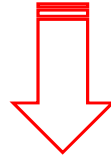


NAO				
Indicazione	Nota AIFA	Prescrittore	Strumento prescrittivo	Ricetta DEMA
FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VALVOLARE (FANV)	97	MMG e specialisti convenzionati SSN	Scheda informatizzata nota AIFA 97	deve riportare nota 97; n. protocollo e scadenza scheda informatizzata
TRATTAMENTO DELLA TVP, EMBOLIA POLMONARE E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI TVP/EP		solo specialisti autorizzati	PT Registro web based AIFA	nessuna annotazione particolare

# FARMACI SOGGETTI A PT

## FARMACI NAO TVP/EP

TRATTAMENTO DELLA TVP, EMBOLIA POLMONARE E  
PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI TVP/EP



PIANO TERAPEUTICO AIFA **redatto**  
**SOLO da Specialista autorizzato**  
+  
ricetta DEMA-DPC (senza nota AIFA).

### CENTRI AUTORIZZATI RIMINI

AUSL Romagna - Rimini	Ospedale degli Infermi di Rimini		U.O. Cardiologia
			U.O. Medicina Interna
			U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza
			U.O. Neurologia
	Ospedale Ceccarini di Riccione		U.O. Cardiologia
			U.O. Medicina e Angiologia
U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza			

Codice Paziente	Idet. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
202012161335090011667	BR.SA.	16/12/2020	30/03/1945
<b>ANAGRAFICA PAZIENTE:</b>			
Codice fiscale:			
Cognome:			
Nome:			
Sesso:			
Data di nascita:			
Nazione di nascita:			
Regione:			
Provincia:			
Comune:			
ASL di residenza:			
<b>PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:</b>			
Numero del Piano Terapeutico:			
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:			
Centro prescrittore:			
Medico prescrittore:			
Medico di medicina generale:			
Codice medico di medicina generale:			
Posologia:			
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:			
Data del Piano Terapeutico:			
Durata Piano Terapeutico (settimane):			

**ELIQUIS – TRATTAMENTO TVP**

1  
26089469  
OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO  
...  
xxxx

5 mg 2 volte al giorno per 52 settimane  
10.00 mg

**OGGI**

52

**DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE**

**DATA EMISSIONE**

**DURATA PT**

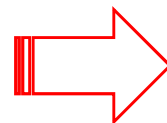






# FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO NOTA 97 FANV

FIBRILLAZIONE ATRIALE  
NON VALVOLARE (FANV)



Nota AIFA 97

SCHEDA DI PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA NOTA AIFA 97  
(DA SPECIALISTA O MMG)

+

RICETTA DEMA-DPC CON NOTA 97 CON N. PROTOCOLLO E SCADENZA SCHEDA  
ELETTRONICA

**N.B. OLTRE AI MMG SOLO GLI SPECIALISTI CONVENZIONATI SSN POSSONO REDIGERE LA SCHEDA INFORMATIZZATA NOTA 97.** QUALORA IL PAZIENTE ABBIA EFFETTUATO UNA VISITA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE (ANCHE IN UN CENTRO ACCREDITATO) E SIA STATO PRESCRITTO UN FARMACO NAO IN NOTA 97, IL PAZIENTE DEVE ESSERE INDIRIZZATO DAL PROPRIO CURANTE CHE PROVVEDERA' A RILASCIARE LA SCHEDA INFORMATIZZATA

# PT CARTACEO NAO NOTA 97

QUANDO?



**SOLO NEI CASI IN CUI IL MEDICO NON POSSA O NON RIESCA AD ACCEDERE AL PORTALE AD ESEMPIO:**

- MEDICI SOSTITUTI DI MMG,
- SITUAZIONI DI IMPOSSIBILITÀ DI ACCESSO AL SISTEMA ELETTRONICO PRESCRITTIVO) DOVUTE A PROBLEMI DI LINEA.

**COSA FA IL FARMACISTA?**



- IN ATTESA DI INDICAZIONI REGIONALI, PROCEDE CON: L'ATTIVAZIONE DELLA GRIGLIA E CON IL CONTEGGIO DELLE CONFEZIONI,
- INVIA AL SERVIZIO FARMACEUTICO COPIA DELLA SCHEDA E DELLA GRIGLIA ATTIVATA,
- REGISTRA LE CONFEZIONI DISPENSATE.

**N.B.: AL DI FUORI DI QUESTI CASI, QUALORA IL MMG EMETTA SISTEMATICAMENTE PT CARTACEI OCCORRE FARE SEGNALAZIONE AL SERVIZIO FARMACEUTICO CHE SI INTERFACCERA' CON LE CURE PRIMARIE PER LA RISOLUZIONE DELLA PROBLEMATIC.**



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICCETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_  
 ESEMPIONE: \_\_\_\_\_ SIGLA PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CODICE ASL: \_\_\_\_\_ DISPOSIZIONI REGIONALI:  
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): \_\_\_\_\_ ALTRO: \_\_\_\_\_ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	97	
2		

QUESTO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_  
 CODICE AUTENTICAZIONE: \_\_\_\_\_  
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

# ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97 FANV

## CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con **ricetta DEMA di Xarelto\*28 cpr 20 mg in nota 97 senza n. protocollo e data di scadenza**. Presenta scheda informatizzata stampata senza timbro e firma del medico.

## CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente **con ricetta DEMA di NAO in nota 97 con n. protocollo e data di scadenza visualizzabili sul SAR ma non sulla stampa del promemoria cartaceo**. La scheda è informatizzata e il paziente non ha una copia cartacea.

Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FANV

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (medico specialista, medico di medicina generale)

scheda di valutazione e di prescrizione

N. di protocollo PT elettronico assegnato dal Sistema Ts: **FANV0A00001838340000**

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ specialista in: \_\_\_\_\_  
 U.O. \_\_\_\_\_  Az. Sanitaria Emilia Romagna, ROMAGNA  
 Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F  
 Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A) diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV

B) e C) risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico e rischio emorragico:  favorevole per:

Punteggio CHA2DS2-VASc 4

Rischio emorragico Età >65 anni \_\_\_\_\_  
 Altro fattore di rischio emorragico \_\_\_\_\_

Indicare eventuali fattori di rischio presenti

Creatinina (mg/dL) 1.0 VFG (mL/min) 65 Hb (g/dL) 13.7

Proposta di strategia terapeutica

rivaroxaban  20 mg/die  15 mg/die

Data prevista per il Follow up: 12/06/2023

La validità della prima prescrizione \_\_\_\_\_

Data di valutazione: 12/12/2022

## SISTEMA SAR/SAC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICCETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_  
 ESEMPIONE: \_\_\_\_\_ SIGLA PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CODICE ASL: \_\_\_\_\_ DISPOSIZIONI REGIONALI:  
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): \_\_\_\_\_ ALTRO: \_\_\_\_\_ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG	2	97
<b>FANV0A00001838340000</b> 12/06/2023		

QUESTO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: \_\_\_\_\_ DATA: 12/12/2022 CODICE FISCALE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_  
 CODICE AUTENTICAZIONE: \_\_\_\_\_  
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

*Cosa fa il farmacista?*



## ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97

In entrambi i casi Il farmacista non procede con l'attivazione della griglia e inserisce manualmente sul promemoria cartaceo almeno la data scadenza scheda.

### CASO 1

Il farmacista considera valida la scheda anche se priva di timbro e firma in quanto essendo informatizzata il medico per poterla generare ha inserito le proprie credenziali sul sistema TS.





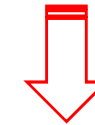
# ESEMPI

## - FARMACI NAO NOTA 97 FANV

### CASO 3

Si presenta in farmacia un paziente **con ricetta ROSSA** di 2 conf. di Xarelto\*28 cpr 20 mg in nota 97. Presenta scheda informatizzata stampata in corso di validità

*Cosa fa il farmacista?*



Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FANV

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione della terapia anticoagulante e del follow-up periodico (medico specialista, medico di medicina generale)

scheda di valutazione e di prescrizione

N. di protocollo PT elettronico assegnato dal Sistema TS: FANVOA000001838340000

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ specialista in: \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fis \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A) diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV

B) e C) risultato del bilancio fra rischio trombo-embolico \_\_\_\_\_

Punteggio CHA2DS2-VASc 4

Rischio emorragico Età >65 anni

Altro fattore di rischio emorragico \_\_\_\_\_

Indi \_\_\_\_\_

Creatinina (mg/dL) 1.0 VFG (mL/m \_\_\_\_\_

Proposta di strategia terapeutica

rivaroxaban  20 mg/die  \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow-up 10/10/2023

La validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi.

Data di valutazione 10/04/2023

COGNOME NOME

VIA GARIBALDI

708008 41062819291

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE EMILIA ROMAGNA

TMRRFI14G012300G

Q01

FOI

Xarelto 28 cpr 20 mg

97

Impossibilitato a redigere ricetta DEMA  
per problemi informatici

Dr. G. ROSSI

19/08/2023

Verifica :

- che sulla ricetta rossa il medico abbia specificato l'effettiva impossibilità ad emettere la ricetta DEMA;

-la presenza della copia della scheda valida;

Dispensa entrambe le confezioni allegando copia della scheda o indicando sulla ricetta gli estremi della scheda stessa (almeno la data di scadenza)



## CASO 4

Si presenta in farmacia un paziente con ricetta DEMA di **Xarelto 2,5** e Piano terapeutico per la **PAD** (prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti con ateropatia periferica sintomatica)

### Cosa fa il farmacista?

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

ESENZIONE: \_\_\_\_\_ SIGLA PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CODICE ASL: \_\_\_\_\_ DISPOSIZIONI REGIONALE: \_\_\_\_\_  
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): \_\_\_\_\_ ALTRO: \_\_\_\_\_ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.S.D.P): \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 2,5MG	2	

QUESITO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ TIPO RICETTA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_  
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: \_\_\_\_\_  
 CODICE AUTENTICAZIONE: \_\_\_\_\_

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

**Piano Terapeutico regionale per la prescrizione di rivaroxaban (cpr da 2,5 mg) + ASA per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti con arteriopatia periferica (PAD) sintomatica**

Azienda Sanitaria: \_\_\_\_\_  
 Unità Operativa: U.O. Cardiologia  
 Nome e cognome del medico prescrittore: Dott. Mario Rossi  
 Recapito telefonico: \_\_\_\_\_  
 Paziente (nome, cognome): Carlo Bianchi  
 Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso: M  F    
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_  
 Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_  
 ASL di Residenza: \_\_\_\_\_  
 Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_

**Indicazione registrata:** rivaroxaban, somministrato insieme con acido acetilsalicilico (ASA), è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici, che presentano coronaropatia (coronary artery disease, CAD) o arteriopatia periferica (peripheral artery disease, PAD) sintomatica.  
**Indicazione rimborsata S.S.N.:** la rimborsabilità a carico del S.S.N., in regime di dispensazione A/RRL, prescrizione di Centri ospedalieri o specialisti cardiologo, angiologo, chirurgo vascolare operanti in regime S.S.R. individuati dalle Regioni, è limitata ai pazienti adulti ad alto rischio di eventi ischemici, in aggiunta ad acido acetilsalicilico (ASA), con:

diagnosi di arteriopatia periferica sintomatica<sup>5</sup> che non necessita di doppia terapia antiaggregante o di terapia anticoagulante (a dose piena) o altra terapia antiaggregante diversa dall'ASA e per i quali la singola terapia con acido acetilsalicilico rappresenta lo standard di cura.

<sup>5</sup>per arteriopatia periferica (PAD) sintomatica si intende:  
 - precedente intervento chirurgico di bypass aorto-femorale, intervento chirurgico di bypass dell'arto inferiore o intervento di rivascularizzazione mediante PCA dell'arteria iliaca o delle arterie infra-inguinali  
 Oppure  
 - pregressa amputazione dell'arto o del piede per malattia vascolare arteriosa  
 Oppure  
 - diagnosi clinica di claudicatio intermittens associata ad una o più delle seguenti condizioni:  
 o rapporto pressione sanguigna caviglia/braccio <0,90 o  
 o stenosi arteriosa periferica ≥ 50% documentata con angiografia o con un eco-doppler arterioso  
 Oppure  
 - stenosi carotidea rivascularizzata o stenosi carotidea asintomatica ≥ 50% diagnosticata con angiografia o eco-doppler.

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

Prima prescrizione  Prosecuzione di terapia

Posologia	
Rivaroxaban 2,5 mg	2,5mg x 2/die

**N.B.** con riferimento alle altre indicazioni autorizzate, l'utilizzo di rivaroxaban 2,5 mg **NON** è rimborsato dal S.S.N. per le seguenti indicazioni:

- rivaroxaban, somministrato insieme con il solo acido acetilsalicilico (acetylsalicylic acid, ASA) o con ASA e clopidogrel o ticlopidina, è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti dopo una sindrome coronarica acuta (SCA) con biomarcatori cardiaci elevati.
- rivaroxaban, somministrato insieme con acido acetilsalicilico (acetylsalicylic acid, ASA) è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici che presentano coronaropatia (coronary artery disease, CAD)

Data valutazione: 03/08/2023

Timbro e firma del medico prescrittore  
Dott. Mario Rossi  
 U.O. Cardiologia

La validità del presente piano terapeutico è al massimo di 12 mesi.  
 Le evidenze relative a trattamenti di durata superiore ai 2 anni sono limitate.



#### CASO 4

Il farmacista indirizza il paziente alla DDF, munito Di PT valido, in quanto **la dispensazione di Xarelto 2,5 mg per la PAD, in associazione ad ASA, avviene in uso esclusivo DDF**



# NOTA AIFA 100 E FARMACI ANTIDIABETICI





# Scheda prescrittiva Nota AIFA 100

<https://www.aifa.gov.it/nota-100>

La Nota 100 prevede la compilazione della Scheda di valutazione e prescrizione da parte dei MMG o degli Specialisti SSN con accesso al sistema TS

Validità massima 6 mesi

Validità massima 12 mesi

## PRIMA PRESCRIZIONE

## RINNOVO PRESCRIZIONE

Allegato 1a

Allegato 1b

Nota AIFA 100 - Scheda di prima prescrizione (versione del 12 gennaio 2012)

**SCHEDE DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE**  
DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4  
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Diabetologo, MMG, Medico di Medicina Generale).

**Scheda di prima prescrizione**

Medico prescrittore: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Specialista in:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_  
U.O.: \_\_\_\_\_ Al: Sanitaria \_\_\_\_\_  
Paziente (nome e cognome): \_\_\_\_\_  
Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_

**Validazione**  
Paziente in trattamento con metformina:  S  N, per controindicazione o intolleranza  
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati:  S  N  
Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:  
 prevenzione CV secondaria\*  
 rischio CV elevato\*\*  
 scompenso cardiaco (solo se SGLT2)  
 malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2)  
 mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati\*\*\*\*  
 controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica e scompenso cardiaco) (solo se DPP4)  
 altra motivazione (specificare): \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria\*\* il paziente in presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, ictus, arteriosclerosi, angiodisplasia, stenosi di vascolarizzazione coronarica, coronaropatia, malattia cerebrovascolare (progressiva ischemia o ictus), arteriosclerosi periferiche) e scompenso cardiaco sintomatico.  
\*\*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende presenza di almeno 2 fattori di rischio cardiovascolare (diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
\*\*\*\*per mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati si intende presenza di almeno un fattore di rischio CV (tra cui: diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
\*\*\*\*\*per scompenso cardiaco sintomatico si intende la presenza di almeno un fattore di rischio CV (tra cui: diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
\*\*\*\*\*per DPP4: solo per paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica e scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg): \_\_\_\_\_ Altezza (m): \_\_\_\_\_ BMI (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
HbA1c recente (mmol/mol): \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol): \_\_\_\_\_  
eGFR secondo formula CKD-EPI (ml/min/1,73m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100 - Scheda di prima prescrizione (versione del 12 gennaio 2012)

**Strategia terapeutica (farmacoterapia farmaci e posologie)**

Gruppo	Farmaco	Posologia	Gruppo	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta al giorno	SGLT2	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta al giorno
	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta al giorno		<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta al giorno
DPP4	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta al giorno	DPP4	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta al giorno
	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta al giorno		<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta al giorno
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta al giorno	GLP1-RA	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta al giorno
	<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta al giorno		<input type="checkbox"/> empagliflozina	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta al giorno

Indicare la prescrizione di prima prescrizione (versione del 12 gennaio 2012)

Indicare il numero della prescrizione elettronica (SGLT2 e SGLT2/RA) da inviare automaticamente automaticamente al sistema TS (selezionando il numero della ricetta)

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata

Data prescrizione per il follow-up: \_\_\_\_\_  
valida dalla prima prescrizione al termine del follow-up

Data di validazione: \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

pag. 1

pag. 2

Nota AIFA 100 - Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 12 gennaio 2012)

**SCHEDE DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE**  
DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4  
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Diabetologo, MMG, Medico di Medicina Generale).

**Scheda di rinnovo della prescrizione**

Medico prescrittore: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Specialista in:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_  
U.O.: \_\_\_\_\_ Al: Sanitaria \_\_\_\_\_  
Paziente (nome e cognome): \_\_\_\_\_  
Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_

**Risultato**  
Sono comparso eventi avversi rispetto al precedente controllo?  Sì  No  
Tempo in corso: \_\_\_\_\_  
Tempo connesso:  S  N  
Specificare gli eventi avversi: \_\_\_\_\_

Solo nel caso di terapia già confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:  
 prevenzione CV secondaria\*  
 rischio CV elevato\*\*  
 scompenso cardiaco (solo se SGLT2)  
 malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2)  
 mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica e scompenso cardiaco) (solo se DPP4)  
 controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica e scompenso cardiaco) (solo se DPP4)  
 altra motivazione (specificare): \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria\*\* il paziente in presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, ictus, arteriosclerosi, angiodisplasia, stenosi di vascolarizzazione coronarica, coronaropatia, malattia cerebrovascolare (progressiva ischemia o ictus), arteriosclerosi periferiche) e scompenso cardiaco sintomatico.  
\*\*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende presenza di almeno 2 fattori di rischio cardiovascolare (diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
\*\*\*\*per mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati si intende presenza di almeno un fattore di rischio CV (tra cui: diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
\*\*\*\*\*per scompenso cardiaco sintomatico si intende la presenza di almeno un fattore di rischio CV (tra cui: diabete, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
\*\*\*\*\*per DPP4: solo per paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica e scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg): \_\_\_\_\_ Altezza (m): \_\_\_\_\_ BMI (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
HbA1c recente (mmol/mol): \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol): \_\_\_\_\_  
eGFR secondo formula CKD-EPI (ml/min/1,73m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

pag. 1

pag. 2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO VIA: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

ESIZIONE: \_\_\_\_\_ SIGLA PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CODICE ASL: \_\_\_\_\_ DISPOSIZIONI REGIONALI: \_\_\_\_\_  
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): \_\_\_\_\_ PRESCRIZIONE \_\_\_\_\_ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,S,D,P): \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE	DATA	NOTA
		100

QUESTO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
N.CONFEZIONE/PRESCRIZIONE: \_\_\_\_\_ TIPO RICETTA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_  
CODICE AUTENTICAZIONE: \_\_\_\_\_  
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



Ricetta DEMA-DPC con  
NOTA 100



# Cosa fa il farmacista?

## 1) CONTROLLA I FORMALISMI

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

### SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

#### Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore DOTT. CLAUDIO ROSSI Tel 123456789  
Specificare se  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_  
U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria AUSL DELLA ROMAGNA  
Paziente (nome e cognome) MARIO BIANCHI  
Sesso:  M  F Data di Nascita 01/01/1940 Codice Fiscale XXXXXXX  
Residenza RAVENNA

#### Valutazione

Paziente in trattamento con metformina:  Sì  No, per controindicazione o intolleranza  
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target:  Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria\*
- rischio CV elevato\*\*
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati\*\*\*\*
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

\*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

\*\*\*per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

\*\*\*\*per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) 80 Altezza (m) 180 BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_  
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_  
Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

#### Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input checked="" type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input checked="" type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <sup>Δ</sup> <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60		dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
\*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_  
Data prevista per il Follow up: 31/05/2023 la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi  
Data di valutazione: 01/12/2022

DURATA PT

Timbro e Firma del Medico  
Dott. Claudio Rossi  
MMG convenzionato con AUSL Romagna

FARMACO,  
DOSAGGIO E  
POSOLOGIA  
DIE

ANAGRAFICA  
PAZIENTE E  
MEDICO  
PRESCRITTORE

ELEMENTI DI  
VALUTAZIONE

TIMBRO E  
FIRMA  
MEDICO



# 2) VERIFICA LA DURATA

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

## SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE

### DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

#### Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore DOTT. CLAUDIO ROSSI Tel 123456789

Specificare se:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria AUSL DELLA ROMAGNA

Paziente (nome e cognome) MARIO BIANCHI

Sesso:  M  F Data di Nascita 01/01/1940 Codice Fiscale XXXXXXX

Residenza RAVENNA

#### Valutazione

Paziente in trattamento con metformina:  Sì  No, per controindicazione o intolleranza  
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target:  Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria\*
- rischio CV elevato\*\*
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati\*\*\*\*
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

\*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

\*\*\*per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

\*\*\*\*per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) 80 Altezza (m) 180 BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_

Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

#### Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canaglifozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertuglifozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertuglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die* <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input checked="" type="checkbox"/> vildagliptin	<input checked="" type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> empaglifozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapaglifozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertuglifozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60		dosi unitarie una volta/die  (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuali delle Regioni. La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP. \*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \* posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow up: 31/05/2023 la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione 01/12/2022

Timbro e Firma del Medico

Dott. Claudio Rossi  
MMG convenzionato con AUSL Romagna

**VERIFICARE SE SI TRATTA DI PRIMA PRESCRIZIONE (validità max 6 mesi) OPPURE DI FOLLOW UP (validità fino max 12 mesi)**

**DURATA PT: CORRISPONDE AL PERIODO TRA LA DATA DI VALUTAZIONE E LA DATA DI FOLLOW UP!**





# 3) VERIFICA IL PRESCRITTORE

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

## SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE

### DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

#### Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore DOTT. CLAUDIO ROSSI Tel 123456789

Specificare se:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria AUSL DELLA ROMAGNA

Paziente (nome e cognome) MARIO BIANCHI

Sesso:  M  F Data di Nascita 01/01/1940 Codice Fiscale XXXXXXX

Residenza RAVENNA

#### Valutazione

Paziente in trattamento con metformina:  Sì  No, per controindicazione o intolleranza  
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target:  Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria\*
- rischio CV elevato\*\*
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati\*\*\*\*
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

\*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

\*\*\*per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

\*\*\*\*per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) 80 Altezza (m) 180 BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_

Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

#### Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canaglifozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empaglifozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empaglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertuglifozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertuglifozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die* <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input checked="" type="checkbox"/> vildagliptin	<input checked="" type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empaglifozin/linagliptin
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapaglifozin		<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> ertuglifozin/sitagliptin		<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die  (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni. La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP. \*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \* posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow up: 31/05/2023 la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione 01/12/2022

Timbro e Firma del Medico

Dott. Claudio Rossi  
MMG convenzionato con AUSL Romagna

VERIFICARE IN BASE AL FARMACO SE IL PRESCRITTORE E' AUTORIZZATO

TIMBRO E FIRMA MEDICO

# FARMACI NOTA 100 DISPONIBILI IN DPC E PRESCRITTORI

## FARMACI IN NOTA 100 MONOTERAPIE

### SGLT-2i

- Canagliflozin (Invokana®)
- Dapagliflozin (Forxiga®)
- Empagliflozin (Jardiance®)
- Ertugliflozin (Steglatro®)

### DPP4i

- Alogliptin (Vipidia®)
- Linagliptin (Trajenta®)
- Saxagliptin (Ongliza®)
- Sitagliptin (Januvia®)
- Vildagliptin (farmaco equivalente)

### GLP1-RA

- Dulaglutide (Trulicity®)
- Exenatide (Byetta®)
- Exenatide LAR (Bydureon®)
- Liraglutide (Victoza®)
- Lixisenatide (Lyxumia®)
- Semaglutide (Ribelsus cpr®, Ozempic®sc®)

## ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE FARMACO NOTA 100 + FARMACO NON IN NOTA

### SGLT-2i/METFORMINA

- Canagliflozin/MF (Vokanamet®)
- Dapagliflozin/MF (Xigduo®)
- Empagliflozin/MF (Synjardy®)
- Ertugliflozin/MF (Segluromet®)

### DPP4i/METFORMINA

- Alogliptin/MF (Vipdomet®)
- Linagliptin/MF (Jentaduetto®)
- Saxagliptin/MF (Komboglyze®)
- Sitagliptin/MF (Efficib®)
- Vildagliptin/MF (farmaco equivalente)

### DPP4i/TIAZOLIDINDIONI

- Alogliptin/TZD (Incesync®)

### GLP1-RA/INSULINA

- Insulina Degludec/Liraglutide (Xultophy®)
- Insulina Glargine/Lixisenatide (Suliqua®)

## ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE E ESTEMPORANEE 2 FARMACI IN NOTA 100

### SGLT-2i/DPP4i

- Saxagliptin/Dapagliflozin (Qtern®)
- Empagliflozin/Linagliptin (Glyxambi®)
- Ertugliflozin/Sitagliptin (Steglujan®)

### SGLT-2i + DPP4i

(Associazioni estemporanee)

### SGLT-2i + GLP1-RA

(Associazioni estemporanee)

SOLO Specialisti operanti presso  
le strutture Diabetologiche  
autorizzate dalla Regione

# 4) VERIFICA LA TERAPIA PRESCRITTA

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

## Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

SGLT-2i

DPP4i

GLP-1-RA

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die^ <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60		dosi unitarie una volta/die  (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
^posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

N.B.: Verificare la corrispondenza tra farmaco/dosaggio su PT e farmaco/dosaggio in ricetta.



NON PREVISTA ASSOCIAZIONE PRECOSTITUITA O ESTEMPORANEA DI GLP1-RA E DPP4i





# Caso 1 (DURATA PT) – La data prevista per il follow-up è inferiore alla validità massima

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

## Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin <b>INVOKANA</b>	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina <b>VOKANAMET</b>	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin <b>FORXIGA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina <b>XIGDUO</b>	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin <b>JARDIANCE</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina <b>SYNJARDI</b>	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin <b>STEGLATRO</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina <b>SEGLUROMET</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin <b>VIPIDIA</b>	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina <b>VIPDOMET</b>	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin <b>TRAJENTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina <b>JENTADUETO</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin <b>ONGLYZA</b>	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina <b>KOMBOGLIZE</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin <b>JANUVIA</b>	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina <b>EFFICIB</b>	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin <b>VILDAGLIPTIN SANDOZ</b>	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>VILDAGLIPTIN/MET SANDOZ</b>	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide <b>TRULICITY</b>	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone <b>INCRESYNC</b>	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide <b>BYETTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin <b>GLYXAMBI</b>	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide IAR <b>BYDUREON</b>	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin <b>QTERN</b>	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide <b>VICTOZA</b>	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin <b>STEGLUJAN</b>	<input type="checkbox"/> 5/1000 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/1000 mg una volta/die
<input type="checkbox"/> lixisenatide <b>LYXUMIA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna <b>XULTOPHY</b>	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
<input type="checkbox"/> semaglutide orale <b>RYBELSUS</b>	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40 <b>SULIQUA</b>	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)	
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c. <b>OZEMPIC</b>	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60 <b>SULIQUA</b>	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni. La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP. \*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato; \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione: \_\_\_\_\_

Data prevista per il follow-up: 4 mesi

Timbro e Firma del Medico

Data di valutazione: OGGI

Cosa fa il farmacista?

## Caso 1 (DURATA PT) – La data prevista per il follow-up è inferiore alla validità massima

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

### SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale)

Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Specificare se:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_  
 U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Sesso:  M  F Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_

**Rivalutazione**  
 Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  Sì  No  
 Specificare gli eventi avversi \_\_\_\_\_  
 Terapia in corso \_\_\_\_\_  
 Terapia confermata:  Sì  No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:  
 prevenzione CV secondaria\*  
 rischio CV elevato\*\*  
 scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)  
 malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2i)  
 mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target\*\*\*\*  
 solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)  
 altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattie cardiovascolari (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarici, angiodisplasia, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.  
 \*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
 \*\*\*per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 ml/min e/o di albuminuria (micro o macro).  
 \*\*\*\*per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (m) \_\_\_\_\_ BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
 HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_  
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_  
 Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

#### Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia	
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin <b>INVOKANA</b>	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina <b>VOKANAMET</b>	<input type="checkbox"/> 50/500 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 150/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin <b>FORXIGA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina <b>XIGDUO</b>	<input type="checkbox"/> 5/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin <b>JARDIANCE</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina <b>SYNJARDI</b>	<input type="checkbox"/> 5/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 11,5/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 volte/die	
DPP4i	<input type="checkbox"/> sitagliptin <b>VIPIDIA</b>	<input type="checkbox"/> 8,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> erasitagliptin/metformina <b>SEGLUROMET</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> saxagliptin <b>TRAJENTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina <b>VIPODOMET</b>	<input type="checkbox"/> 12,5/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> linagliptin <b>ONGLYZA</b>	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina <b>JENTADUETO</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> vildagliptin <b>JANUVIA</b>	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>KOMBOGLIZE</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 volte/die	
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> vildagliptin <b>WINGLIFIN SANDOZ</b>	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>WINGLIFIN SANDOZ</b>	<input type="checkbox"/> 50/900 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> dulaglutide <b>TRULICITY</b>	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/settimana		DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> sitagliptin/incretina <b>INCRESYN</b>	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide <b>BYETTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 10 mg per 2 volte/die			<input type="checkbox"/> empagliflozin/incretina <b>GLYXAMBI</b>	<input type="checkbox"/> 10/75 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/75 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> semaglutide <b>WEGYVIA</b>	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/settimana		SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> semaglutide/metformina <b>QTERN</b>	<input type="checkbox"/> 5/30 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide <b>VICTOZA</b>	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> empagliflozin/insulina <b>STEGLUJAN</b>	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> tarmaglutide <b>LIXUMIA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/die		GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/incretina <b>KULTOPHY</b>	<input type="checkbox"/> dose unitaria una volta/die <input type="checkbox"/> da 12 a 100 U iniettando da 0,5 a 1,5 mg di incretina
<input type="checkbox"/> pramlintide <b>RYBELSUS</b>	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/teprotide <b>SULIQUA</b>	<input type="checkbox"/> dose unitaria una volta/die <input type="checkbox"/> da 10 a 100 mg di iniettando da 0 a 30 mg di teprotide			
<input type="checkbox"/> semaglutide LC <b>OZEMPEK</b>	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/settimana <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/settimana	<input type="checkbox"/> insulina glargine/teprotide <b>SULIQUA</b>	<input type="checkbox"/> dose unitaria una volta/die <input type="checkbox"/> da 10 a 100 mg di iniettando da 0 a 30 mg di teprotide			

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuali delle Regioni.  
 La prescrizione delle associazioni SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
 \*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato. \*\*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_  
 Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi  
 Data di valutazione \_\_\_\_\_

Data prevista per il follow-up: 4 mesi

Timbro e Firma del Medico \_\_\_\_\_

Data di valutazione: OGGI

*Cosa fa il farmacista?*

La data prevista per il follow-up coincide con la data di rinnovo della scheda ed è a discrezione del medico. Può essere inferiore ai 6 mesi (per le schede di prima prescrizione) o ai 12 mesi (per le schede di follow-up).

Il farmacista, al momento dell'attivazione della griglia, calcola il fabbisogno in n. di confezioni sufficienti a coprire il periodo compreso tra la data di valutazione e la data prevista per il follow-up indicata dal medico.



# Caso 2 (PRESCRITTORE) – Rinnovo della prescrizione di un'associazione preconstituita di 2 farmaci in nota 100

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

## SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

### Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
Specificare se:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_  
U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Sesso:  M  F Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_

### Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  Sì  No  
Specificare gli eventi avversi \_\_\_\_\_  
Terapia in corso \_\_\_\_\_  
Terapia confermata:  Sì  No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- prevenzione CV secondaria\*
- rischio CV elevato\*\*
- scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)
- malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2i)
- mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target\*\*\*\*
- solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

\*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

\*\*\*per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

\*\*\*\*per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (m) \_\_\_\_\_ BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_  
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_  
Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

### Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia	
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin <b>INVOKANA</b>	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina <b>VOKANAMET</b>	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin <b>FORXIGA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina <b>XIGDUO</b>	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin <b>JARDIANCE</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina <b>SYNJARDI</b>	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin <b>STEGLATRO</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina <b>SEGLUOMET</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die	
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin <b>VIPIDIA</b>	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina <b>VIPIDOMET</b>	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> linagliptin <b>TRAJENTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina <b>JENTADUETO</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> saxagliptin <b>ONGLYZA</b>	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina <b>KOMBOGLIZE</b>	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> sitagliptin <b>JANUVIA</b>	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina <b>EFFICIB</b>	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die* <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*	
	<input type="checkbox"/> vildagliptin <b>VILDAGLIPIN SANDOZ</b>	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>VILDAGLIPINMET SANDOZ</b>	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die	
DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> dulaglutide <b>TRULICITY</b>	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone <b>INCRESYN</b>	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> exenatide <b>BYETTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		SGLT2i/ DPP4i	<b>LINAGLIPTIN/ EMPAGLIFLOZIN (GLYXAMBI®)</b>	
	<input type="checkbox"/> exenatide IAR <b>BYDUREON</b>	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett				
	<input type="checkbox"/> liraglutide <b>VICTOZA</b>	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide <b>XULTOPHY</b>	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
<input type="checkbox"/> lixisenatide <b>LYXUMIA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide <b>SULIQUA</b>	dosi unitarie una volta/die penna 10-40 (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)			
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> semaglutide orale <b>RYBELSUS</b>	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide <b>SULIQUA</b>	dosi unitarie una volta/die penna 30-60 (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c. <b>OZEMPIC</b>	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett				

ASSOCIAZIONE  
DPP4i/SGLT2i

LINAGLIPTIN/ EMPAGLIFLOZIN  
(GLYXAMBI®)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
\*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato; \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia anti-diabetica associata: \_\_\_\_\_  
Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi  
Data di valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

MMG

*Cosa fa il farmacista?*

## Caso 2 (PRESCRITTORE) – Rinnovo della prescrizione di un'associazione preconstituita di 2 farmaci in nota 100

Nota AFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

**SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE  
DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4  
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2.**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SM, Medico di Medicina Generale).

**Scheda di rinnovo della prescrizione**

Medico prescrittore: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 Specificare se:  Medico di Medicina Generale  Specialista in \_\_\_\_\_  
 U.O. \_\_\_\_\_ Az. Sanitaria \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Sesso:  M  F Data di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_

**Rivalutazione**  
 Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  Sì  No  
 Specificare gli eventi avversi \_\_\_\_\_  
 Terapia in corso \_\_\_\_\_  
 Terapia confermata:  Sì  No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:  
 prevenzione CV secondaria\*  
 rischio CV elevato\*\*  
 scompenso cardiaco (solo se SGLT2)  
 malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2)  
 mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target\*\*\*\*  
 solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)  
 altra motivazione (specificare) \_\_\_\_\_

\*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, ictus arterosclerotico, angeliectasia, procedura di riassottigliamento coronarico, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (ipertensione ictus, TIA, riassottigliamento carotideo) o arteriopatia periferica arteriosclerotica.  
 \*\*per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di stacco in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).  
 \*\*\*per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).  
 \*\*\*\*per i DPP4: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (m) \_\_\_\_\_ BMI (kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
 HbA1c recente (mmol/mol) \_\_\_\_\_ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) \_\_\_\_\_  
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) \_\_\_\_\_  
 Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

Nota AFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

**Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)**

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia	
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliflozin <b>INVOKANA</b>	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina <b>VOKANAMET</b>	<input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 300/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin <b>FORXIGA</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina <b>XIGDUO</b>	<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 12.5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin <b>JARDIANCE</b>	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina <b>SYNJARDI</b>	<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 12.5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin <b>STEGLATRO</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12.5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina <b>SEGLUROMET</b>	<input type="checkbox"/> 2.5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 7.5/1000 mg per 2 volte/die	
DPP4	<input type="checkbox"/> sitagliptin <b>VIPIDIA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4/MF	<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina <b>VIPIOMET</b>	<input type="checkbox"/> 12.5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 25/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> sitagliptin <b>TRAJENTA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina <b>JENTADUETO</b>	<input type="checkbox"/> 2.5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> saxagliptin <b>ONGLYZA</b>	<input type="checkbox"/> 2.5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina <b>KOMBOGLIZZ</b>	<input type="checkbox"/> 2.5/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> vildagliptin <b>JANUVIA</b>	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>EFFICIB</b>	<input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 100/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 volte/die	
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> vildagliptin <b>VIDAGLIPIN SANGUE</b>	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die	DPP4/TZD	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>VIDAGLIPIN T SANGUE</b>	<input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 100/1000 mg per 2 volte/die	
	<input type="checkbox"/> dulaglutide <b>TRULICITY</b>	<input type="checkbox"/> 0.75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1.5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3.0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4.5 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina <b>INCRESYN</b>	<input type="checkbox"/> 12.5/1000 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/1000 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> semaglutide <b>BYETTA</b>	<input type="checkbox"/> 3 mg per 2 volte/die <input type="checkbox"/> 10 mg per 2 volte/die		SGLT2/ DPP4	<input type="checkbox"/> linagliptin/empagliflozin <b>GLYXAMBI®</b>	<input type="checkbox"/> 25/1000 mg per 2 volte/die
	<input type="checkbox"/> semaglutide LAR <b>BYDUREON</b>	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3.0 mg una volta/sett			GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/linagliptide <b>XULTOPHY</b>
<input type="checkbox"/> semaglutide <b>VICTOZA</b>	<input type="checkbox"/> 1 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1.7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 2.4 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/semaglutide <b>BULIQUA</b>	dosare una volta/die da 10 a 40 U di insulina + da 0.25 a 2.0 mg di semaglutide			
<input type="checkbox"/> saxagliptin <b>LYXUMIA</b>	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/semaglutide <b>SULIQUA</b>	dosare una volta/die da 10 a 40 U di insulina + da 0.25 a 2.0 mg di semaglutide			
<input type="checkbox"/> liraglutide analogo <b>RYBELSUS</b>	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/semaglutide <b>SULIQUA</b>	dosare una volta/die da 10 a 40 U di insulina + da 0.25 a 2.0 mg di semaglutide			
<input type="checkbox"/> semaglutide LAR <b>OZEMPIC</b>	<input type="checkbox"/> 0.25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0.50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1.0 mg una volta/sett					

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_  
 Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ In validità della prescrizione 4 al massimo di 6 mesi  
 Data di valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

ASSOCIAZIONE  
DPP4/SGLT2i

LINAGLIPTIN/EMPAGLIFLOZIN  
(GLYXAMBI®)

Solo lo specialista diabetologo può compilare la scheda di rinnovo della terapia per l'associazione preconstituita di 2 farmaci in nota 100.

Cosa fa il farmacista?

MMG

In attesa di rinnovo della scheda da parte del diabetologo, qualora il paziente sia sprovvisto del farmaco, il farmacista, DOPO ESSERSI ACCERTATO DELLA TERAPIA, eroga 1 SOLA confezione annotando sul promemoria della ricetta la dicitura "consegnata in urgenza per garantire la continuità terapeutica".



# Caso 3 (PRESCRITTORE) – Rinnovo prescrizione di un'associazione estemporanea di 2 farmaci in nota 100

PZ: X Y 30/01/1960

1) SCHEDA SYNJARDY (SGLT2i/MF)

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 28/03/2018)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia	
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input checked="" type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input checked="" type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die	
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die	
DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> daleglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		SGLT2i/DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett			<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/Insulina	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina degludec/traglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50 U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di traglutide)	
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina gárgine/lixisenatide penna 20-40	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 40 U di gárgine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)	
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina gárgine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60 U di gárgine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata

Data prevista per il Follow up: settembre 2023

la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione: 14/03/2023

Specialista  
diabetologo SSN

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Dipartimento internistico Forlì - Cesena Ospedale M. Bufalini, Cesena U.O. Endocrinologia e Malattie Metaboliche Forlì-Cesena Responsabile Dott. Maurizio Nizzoli

Cesena, il 29/03/2022

Gentile Dott. **[REDACTED]**  
Sig./Sig.ra **[REDACTED]** C.F. **[REDACTED]**

**Sintesi diagnostica:**  
DM 2 CON OBESITA' ADDOMINALE IN IPERTESO CON DISLIPIDEMIA IIB. EPATOMEGALIA STEATOSICA; PREGR. GASTRITE CRONICA. IPB. STC BILAT. MEDIO-SEVERA.

**Dati antropometrici e metabolici:**

24/03/2022 Altezza	cm	165	24/03/2022 HbA1c %	9,7
24/03/2022 Peso	Kg	99,0	06/02/2020 Microalbuminuria mg/dl	11
24/03/2022 BMI		36,4	14/12/2021 Pressione Sistolica mmhg	120
24/03/2022 Circonferenza vita	cm	141/12/2021	Pressione Diastolica mmhg	80

**Problemi emergenti, consigli, obiettivi:**  
scompenso glicemico cronico, ha ridotto metformina e aumentato insulina, si modifica tp come da schema aggiungendo analogo GLP1 settimanale.  
Eventuale adeguamento di Abasaglar di 2 U ogni 7 giorni sulla base delle glicemie a digiuno con target 100-140 mg/dl (se persistentemente >150 aumenta di 2 U, se <100 riduce di 2 U)

**Terapia prescritta:**

SYNJARDY\*56CPR RIV 12,5+1000MG 2 CP/DIE  
TRULICITY\*4PEN 1,5MG 0,5ML 1 INIEZIONE SC /SETTIMANA

PIANO TERAPEUTICO valido 12 mesi

Prescrizione presidi mensile per mesi ..12.....  
N° 30 AGHI PER 'PENNA': ( ) 12,7 mm ( ) 8 mm ( ) 6 mm (x) 4 mm  
N° 30 LANCETTE PUNGIDITO  
N° 30 STRISCE REATTIVE PER GLICEMIA CAPILLARE - Glucometro: optium

ASSOCIAZIONE  
SGLT2i + GLP1-RA

Periodo di controllo tra [ ] settimane: [x] 6 mesi

con esito di:	
<input type="checkbox"/> Glucosio h.8	<input checked="" type="checkbox"/> Glucosio h.15
<input checked="" type="checkbox"/> creatinina	<input checked="" type="checkbox"/> microalbuminuria
<input checked="" type="checkbox"/> Colesterolo totale	<input checked="" type="checkbox"/> Col HDL
<input checked="" type="checkbox"/> Trigliceridi	<input checked="" type="checkbox"/> Emocromo
	<input checked="" type="checkbox"/> HbA1c
	<input checked="" type="checkbox"/> Esame urine
	<input checked="" type="checkbox"/> Col LDL
	<input checked="" type="checkbox"/> ALT

Il Medico Diabetologo: **[REDACTED]**  
(Timbro e Firma)

# Caso 3 (PRESCRITTORE) – Rinnovo prescrizione di un'associazione estemporanea di 2 farmaci in nota 100

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo prescrizione (versione del 28 maggio 2022)

### SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSA, Medico di Medicina Generale).

**Scheda di rinnovo prescrizione**

Medico prescrittore: [redacted]

Specificare se  Medico di Medicina Generale  Specialista in: [redacted]

U.O. [redacted] ASL Sanitaria FC114

Paziente (nome e cognome) [redacted]

Sesso:  M  F Data di Nascita [redacted] Codice Fiscale [redacted]

Residenza [redacted]

**Rivalutazione**

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo?  Sì  No

Specificare gli eventi avversi: [redacted]

Terapia in corso: SYNJARDY® 50 CPR RIV 12,5+1000MG (METFORMINA ED EMPAGLIFLOZIN), TO

Terapia confermata:  Sì  No

prevenzione CV secondaria\*\*

rischio CV elevato\*\*

scompenso cardiaco (solo se SGLT2)

malattia renale cronica\*\*\* (solo se SGLT2)

mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target\*\*\*\*

solo per DPP4: controindicazione o intolleranza a SGLT2 e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)

altra motivazione (specificare)

per prevenire CV secondaria e ridurre la presenza di malattie cardiovascolari (cardiopatia ischemica, IMA, ipertensione arteriosa, ipertrofia cardiaca, scompenso cardiaco, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipertensione polmonare, ipertensione portale e TAV, riacutizzazione infarto miocardico e scompenso cardiaco)

per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, il mancato presenza di almeno un fattore di rischio documentato (es. diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipertensione polmonare, ipertensione portale e TAV, riacutizzazione infarto miocardico e scompenso cardiaco, fumo di sigaretta)

\*\*per malattia renale cronica il mancato presenza di GFR <30 mL/min o di albuminuria (micro o macro)

\*\*\*per il diabete mellito nel paziente non o con CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) [redacted] Altezza (m) [redacted] BMI (kg/m<sup>2</sup>) [redacted]

HbA1c recente (mmol/mol) [redacted] Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) [redacted]

gFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) [redacted]

Albuminuria:  non valutata  assente  microalbuminuria  macroalbuminuria/proteinuria

PZ: X Y 30/01/1960

**2) SCHEDA TRULICITY (GLP1-RA)**

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 300/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> erugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> erugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 75 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input checked="" type="checkbox"/> dulaglutide	<input checked="" type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4/TD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LA	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> erugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> inulina deglucosil/dulaglutide perla	<input type="checkbox"/> 1 dot unitaria una volta/die (da 30 a 60 di dulaglutide e da 0,36 a 1,8 mg di inulina)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> inulina glicina/lixisenatide perla 30-60	<input type="checkbox"/> 1 dot unitaria una volta/die (da 30 a 60 di glicina e da 3 a 6 mg di lixisenatide)
<input type="checkbox"/> semaglutide i.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> inulina glicina/lixisenatide perla 30-60	<input type="checkbox"/> 1 dot unitaria una volta/die (da 30 a 60 di glicina e da 3 a 6 mg di lixisenatide)		

La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di struttura diabetologica individuata dalla Regione.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in NCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: [redacted]

Data richiesta per il follow up: 10/05/2024

la visita della prima prescrizione deve avvenire entro il mese di 12 mesi

Data di valutazione: 11/05/2023

**MMG**

Cosa fa il farmacista?



## Caso 3 (PRESCRITTORE) – Rinnovo prescrizione di un'associazione estemporanea di 2 farmaci in nota 100

PZ: X Y 30/01/1960

Nota AIFA 100\_Scheda di prima prescrizione (versione del 28/01/2023)

**1) SCHEDA SYNJARDY (SGLT2i/MF)**

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 150 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input checked="" type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 35 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/ TZD SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 10 mg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAI	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> sitagliptin/progliptone	<input type="checkbox"/> 125/850 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 125/1000 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/liraglutide	<input type="checkbox"/> 12,5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/100 mg una volta/die
GLP1-RA/Insulina	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/die	GLP1-RA/ Insulina	<input type="checkbox"/> empagliflozin/saxagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	<input type="checkbox"/> dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50 U di glicazide e da 20 a 1,8 U di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina gargine/lichasenatide penna 30-60	<input type="checkbox"/> dosi unitarie una volta/die (da 20 a 40 U di glicazide e da 3 a 20 U di lichenatide)
				<input type="checkbox"/> insulina gargine/lichasenatide penna 30-60	<input type="checkbox"/> dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60 U di glicazide e da 10 a 20 U di lichenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow up: settembre 2023

la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione: 14/03/2023

**Specialista diabetologo SSN**

2

PZ: X Y 30/01/1960

**2) SCHEDA TRULICITY (GLP1-RA)**

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 300/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 300/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 300/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 35 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/ TZD SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 10 mg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAI	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> sitagliptin/progliptone	<input type="checkbox"/> 125/850 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 125/1000 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/liraglutide	<input type="checkbox"/> 12,5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/100 mg una volta/die
GLP1-RA/Insulina	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/die	GLP1-RA/ Insulina	<input type="checkbox"/> empagliflozin/saxagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	<input type="checkbox"/> dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50 U di glicazide e da 20 a 1,8 U di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina gargine/lichasenatide penna 30-60	<input type="checkbox"/> dosi unitarie una volta/die (da 20 a 40 U di glicazide e da 3 a 20 U di lichenatide)
				<input type="checkbox"/> insulina gargine/lichasenatide penna 30-60	<input type="checkbox"/> dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60 U di glicazide e da 10 a 20 U di lichenatide)

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_

Data prevista per il Follow up: 15/05/2024

la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione: 11/05/2023

**MMG**

Cosa fa il farmacista?

Anche nel caso di associazione estemporanea di 2 farmaci in nota 100 con schede di prescrizione di validità diversa, il rinnovo della scheda di 1 solo dei 2 farmaci o di tutti e 2 è a carico dello specialista diabetologo SSN.

In attesa di rinnovo della scheda da parte del diabetologo, qualora il paziente sia sprovvisto del farmaco, il farmacista, DOPO ESSERSI ACCERTATO DELLA TERAPIA, eroga 1 SOLA confezione annotando sul promemoria della ricetta la dicitura "consegnata in urgenza per garantire la continuità terapeutica".

# Caso 4 – (ATTIVAZIONE GRIGLIA) - Prima prescrizione di Ozempic (semaglutide s.c.)

Cosa fa il farmacista?

COMPILAZIONE GRIGLIA: MODALITA' 1

Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

**Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)**

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia	
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina		
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina		
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina		
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <sup>^</sup> <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*	
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die	
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input checked="" type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die <input checked="" type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input checked="" type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)  dosi unitarie una volta/die  (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	

Prima dispensazione: 1 confezione del dosaggio iniziale di 0,25 mg per coprire le 4 settimane

X SEMAGLUTIDE S.C. 0.25 MG X 4 SETT  
X SEMAGLUTIDE S.C. 0.50 MG X 5 MESI

DOSAGGIO INIZIALE

DOSAGGIO DI MANTENIMENTO

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC (DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO **Ozempic 0,25 mg – Ozempic 0,50 mg penne**

FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: **Ozempic 0,25: 1 conf ; Ozempic 0,5: 6 conf**

DATA	QUANTITA' CONSEGNATA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
02/04/2022	1 OZEMPIC 0,25	0	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi
30/04/2022	1 OZEMPIC 0,50	5	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi
27/05/2022	1	4	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.

Compilazione successiva della griglia con il dosaggio di mantenimento (0,50 mg) per coprire i 5 mesi

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni. La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP. <sup>^</sup>posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia anti-diabetica associata: Insulina glargine penne

Data prevista per il Follow up: 01/10/2022 la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione 01/04/2022

Timbro e Firma del Medico

Dott. Mario Rossi R5SMRA76R28H294C  
MMG convenzionato con AUSL Romagna

# Caso 4 – (ATTIVAZIONE GRIGLIA) - **Prima** prescrizione di Ozempic (semaglutide s.c.)

## COMPILAZIONE GRIGLIA : MODALITA' 2

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC  
(DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO: Ozempic 0,25 mg penne

FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: 1 confezione

DATA	QUANTITA' CONSEGNA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
02/04/2022	1	0	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi

1) GRIGLIA CON DOSAGGIO INIZIALE

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.

Compilazione di due griglie con i due diversi dosaggi e calcolo delle rispettive confezioni, previste dalle schede

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

UNA GRIGLIA PER DOSAGGIO

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC  
(DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO: Ozempic 0,50 mg penne

FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: 6 confezioni

DATA	QUANTITA' CONSEGNA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
30/04/2022	1	5	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi
27/05/2022	1	4	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi

2) GRIGLIA CON DOSAGGIO DI MANTENIMENTO

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.

N.B. ALLEGARE ENTRAMBE LE GRIGLIE ALLA SCHEDE NOTA 100!



# Caso 5 (CONTEGGIO N. CONFEZIONI) - Prescrizione di Liraglutide (Victoza 2 penne 3ml 6mg/ml®) – INIZIO TERAPIA

Cosa fa il farmacista?

Nota AFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)			
Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina
	<input type="checkbox"/> albiglutin	<input type="checkbox"/> 62,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> albiglutin/metformina
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina
GLP1 RA	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/liraglutin
	<input type="checkbox"/> lisdexamfetamine	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penne
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lispro penne 10-40
	<input type="checkbox"/> semaglutide i.c.	<input type="checkbox"/> 0,5 mg una volta/lett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/lett	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lispro penne 30-60
	<input type="checkbox"/> tirzepatide	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lispro penne 30-60
	<input type="checkbox"/> tirzepatide	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lispro penne 30-60

**X LIRAGLUTIDE:**  
0,6 MG per 7 gg poi,  
1,2 MG per 7 gg poi,  
1,8 MG in mantenimento

PT valido per 6 mesi = 180 gg

CONTENUTO DI 1 PENNA	DURATA 1 CONFEZIONE (2 PENNE)
30 DOSI DA 0,6 MG	60 GIORNI
<b>15 DOSI DA 1,2 MG</b>	<b>30 GIORNI</b>
10 DOSI DA 1,8 MG	20 GIORNI

1 penna = 18 mg

1 conf = 2 penne = 36 mg

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC  
(DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO IN)

FARMACO: **Victoza 6mg/ml penne, posologia 1,2 mg/die**

FABBISOGNO CONFEZIONI: **9 conf**

DATA: 02/04/2022

CONFEZIONI: 1

RESIDUA (mg): 8

TIPOLOGIA DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA: FARMACIA "XX" Dott. XY

FIRMA PER RECEVUTA DEL PAZIENTE: Marco Bianchi

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.

FABBISOGNO:  
9 CONFEZIONI

**MODALITA' DI CONTEGGIO 1:**

- 7 gg con 0,6 mg (tot 4,2 mg) + 7 gg con 1,2 mg (tot. 8,4 mg) = 12,6 mg
- 166 gg rimanenti con 1,8 mg = 298,8 mg

mg TOT per coprire 180 giorni = 311,4 mg (298,8 mg + 12,6 mg)  
mg TOT/mg in ogni penna = 311,4 mg / 18 mg = 17,3 penne necessarie  
 Penne necessarie/ penne in ogni conf (2) = 17,3 / 2 = 8,65  
 Arrotondamento per eccesso = 9 CONF

**MODALITA' DI CONTEGGIO 2:**

Prima confezione: 7 gg con 0,6 mg (4,2 mg) + 7 gg con 1,2 mg (tot. 8,4 mg) + 13 gg con 1,8 mg (tot. 23,4 mg).

Conf Totali per i restanti 153 giorni: 153 giorni/20giorni (durata di 1 conf per dosaggio 1,8 mg die)=7,65 confezioni.  
 In totale 7,65 + 1 conf = 8.65 CONF.  
 Arrotondamento per eccesso = 9 CONF

# Caso 6 (CONTEGGIO N. CONFEZIONI) - Prescrizione di Liraglutide (Victoza 2 penne 3ml 6mg/ml®) - MANTENIMENTO

Cosa fa il farmacista?

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die* <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die  (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

**X LIRAGLUTIDE:  
1,2 MG 1 VOLTA/DIE**

CONTENUTO DI 1 PENNA	DURATA 1 CONFEZIONE (2 PENNE)
30 DOSI DA 0,6 MG	60 GIORNI
<b>15 DOSI DA 1,2 MG</b>	<b>30 GIORNI</b>
10 DOSI DA 1,8 MG	20 GIORNI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC (DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO: **Victoza 6mg/ml penne, posologia 1,2 mg/die**

FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: **6 conf**

DATA	QUANTITA' CONSEGNATA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
02/04/2022	1	5	Farmacia XX Dott. XY	Marco Bianchi

**FABBISOGNO:  
6 CONFEZIONI**

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza.

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
\*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_  
Data prevista per il Follow up: 01/10/2022 la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi  
Data di valutazione 01/04/2022

**DURATA PT:  
6 MESI**

Timbro e Firma del Medico  
Dott. Mario Rossi RSSMRA76R28H294C  
MMG convenzionato con AUSL Romagna

# Caso 7 – Prescrizione di Insulina glargine / Lixisenatide (Suliqua®)



Nota AIFA 100\_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 10 maggio 2023)

## Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA insulina	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 50U di degludec e da 0,30 a 2,5 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die  (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60		dosi unitarie una volta/die  (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)	

**SULIQUA E' DISPONIBILE IN DUE PENNE, CHE CONSENTONO DIVERSE OPZIONI DI DOSAGGIO:**

**SULIQUA PENNA 10-40**  
**SULIQUA PENNA 30-60**

**SULIQUA PENNA 10-40**  
LA PENNA PRERIEMPITA SULIQUA 100 UNITA'/ML + 50 MCG/ML EROGA DOSI UNITARIE DA 10-40 UNITA' DI INSULINA GLARGINE IN ASSOCIAZIONE CON 5-20 MCG DI LIXISENATIDE

**SULIQUA PENNA 30-60**  
LA PENNA PRERIEMPITA SULIQUA 100 UNITA'/ML + 33 MCG/ML EROGA DOSI UNITARIE DA 30-60 UNITA' DI INSULINA GLARGINE IN ASSOCIAZIONE CON 10-20 MCG DI LIXISENATIDE

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.  
La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.  
\*posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato \*posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: \_\_\_\_\_  
Data prevista per il Follow up: \_\_\_\_\_ la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi  
Data di valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

**Cosa fa il farmacista?**

GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die [ ] (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input checked="" type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die 10U (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die [ ] (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICCETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: [ ]

INDIRIZZO: VIA: [ ] CAP: [ ] CITTA': [ ] PROV: [ ]

ESENZIONE: [ ] SIGLA PROVINCIA: [ ] CODICE ASL: [ ] DISPOSIZIONI REGIONALI: [ ]  
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): [ ] ALTRO: [ ] PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): [ ]

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
SULIQUA*3PEN 100U/ML+50MCG/ML	1	100

QUESITO DIAGNOSTICO: [ ]  
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: [ ] TIPO RICETTA: [ ] DATA: [ ] CODICE FISCALE DEL MEDICO: [ ]  
 CODICE AUTENTICAZIONE: [ ]  
 Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die [ ] (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die [ ] (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input checked="" type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die 30U (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICCETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: [ ]

INDIRIZZO: VIA: [ ] CAP: [ ] CITTA': [ ] PROV: [ ]

ESENZIONE: [ ] SIGLA PROVINCIA: [ ] CODICE ASL: [ ] DISPOSIZIONI REGIONALI: [ ]  
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): [ ] ALTRO: [ ] PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): [ ]

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
SULIQUA*3PEN 100U/ML+33MCG/ML	1	100

QUESITO DIAGNOSTICO: [ ]  
 N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: [ ] TIPO RICETTA: [ ] DATA: [ ] CODICE FISCALE DEL MEDICO: [ ]  
 CODICE AUTENTICAZIONE: [ ]  
 Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



# Esempio CONTEGGIO SULIQUA

Scheda di rinnovo – validità max 12 mesi

GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die [ ] (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input checked="" type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die <b>20 UI</b> (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die [ ] (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)

Data valutazione:  
09/06/2023

Data scadenza/follow up:  
09/06/2024

Data presentazione ricetta:  
30/06/2023

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 400001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO/VIA: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

ESENZIONE: \_\_\_\_\_ SIGLA PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CODICE ASL: \_\_\_\_\_ DISPOSIZIONI REGIONALI: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): \_\_\_\_\_ ALTRO: \_\_\_\_\_ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
SULIQUA*3PEN 100U/ML+50MCG/ML	1	100

QUESTO DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: \_\_\_\_\_ TIPO RICETTA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

CODICE AUTENTICAZIONE: \_\_\_\_\_

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

**SULIQUA:**  
1 PENNA= 300 U  
1 CONF= 3 PENNE  
1 CONF = 900 UI

- Calcolare il n. di giorni dalla data in cui il pz si presenta in farmacia (30/06/23), alla data di scadenza del PT (09/06/2024).  
 $30/06/2023 \rightarrow 09/06/2024 = \underline{345 \text{ GIORNI}}$
- Moltiplicare i giorni di validità del pt (345 gg) per le UI giornaliere (20 UI). In questo modo si trovano le UI necessarie a coprire la validità del PT.  
 $345 \text{ GIORNI} \times 20 \text{ UI} = \underline{6.900 \text{ UI}}$   
(FABBISOGNO UI TOT DEL PT)
- Dividere il fabbisogno totale di UI (6.900 UI), per le UI presenti in una confezione (900 UI). In questo modo si trovano le confezioni necessarie a coprire la validità del PT.  
 $6.900 \text{ UI} / 900 \text{ UI} = 7,67 \text{ conf}$
- Arrotondare il numero per difetto o per eccesso a seconda dei casi.  
 $7,67 \text{ conf} \rightarrow 8 \text{ conf}$

Iniziali pz \_\_\_\_\_  
Data di nascita pz \_\_\_\_\_

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC  
(DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)

FARMACO: **SULIQUA 100UI/ml (3 penne)** (do- low)  
50 MCP/ml (DSC)  
FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°: **8 conf.** (UNITA)

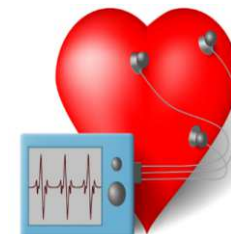
DATA	QUANTITA' CONSEGNA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	TIMBRO DELLA FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
30/06/23	1	7	Timbro e firma del farmacista	Firma di chi ritira il farmaco

## Dapagliflozin e Empagliflozin Indicazioni rimborsate SSN



Indicazione	Principio attivo	Farmaco	Scheda prescrizione/PT	Medico Prescrittore	Erogazione
Diabete mellito	Dapagliflozin	Forxiga®	Scheda AIFA nota 100	Specialista o MMG	DPC
	Empagliflozin	Jardiance®			
Scoperto cardiaco sintomatico con frazione di eiezione ridotta	Dapagliflozin	Forxiga®	PT Web Based AIFA	Specialista	Esclusiva Distribuzione Diretta
	Empagliflozin	Jardiance®			
Malattia renale cronica (MRC)	Dapagliflozin	Forxiga®	PT Web Based AIFA	Specialista	Esclusiva Distribuzione Diretta

# DAPAGLIFLOZIN ed EMPAGLIFLOZIN – INDICAZIONI DIVERSE DAL DIABETE



Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2022031013304700005615	EG.C.A.	10/03/2022	01/10/1943

## ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:	[REDACTED]
Cognome:	[REDACTED]
Nome:	[REDACTED]
Sesso:	M
Data di nascita:	01/10/1943
Nazione di nascita:	ITALIA
Regione:	EMILIA ROMAGNA
Comune:	CESENA
ASL di residenza:	CESENA

## PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:

FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA  
SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA  
FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico:	1
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:	32007524
Centro prescrittore:	OSPEDALE "MAURIZIO BUFALINI" CESENA
Medico prescrittore:	sandra bartolucci
Medico di medicina generale:	PIGNATOSI FRANCESCO
Codice medico di medicina generale:	527040
Posologia:	10 mg/die - 52 sett
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:	10 mg/die - 52 sett
Data del Piano Terapeutico:	10/03/2022
Durata Piano Terapeutico (settimane):	52
Altri farmaci per lo scompenso:	ACE-inibitore - Beta bloccante

Alfa II



→ **INVIARE IN DISTRIBUZIONE DIRETTA**

## Riepilogo modalità distributive dei farmaci soggetti a recenti aggiornamenti

FARMACO	INDICAZIONE	PT / SCHEDA AIFA	MEDICO PRESCRITTORE	TIPO DI DISTRIBUZIONE	DOVE INDIRIZZARE IL PZ PER IL RITIRO
NAO	Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV)	Scheda Nota 97 informatizzata	MMG e Specialista	DPC	Farmacie aperte al pubblico
NAO	Trombosi Venosa Profonda / Embolia Polmonare (TVP/EP)	PT AIFA Web-based	Specialista	DPC	Farmacie aperte al pubblico
NAO (Solo Xarelto 2,5 mg)	Arteriopatia periferica (PAD)	PT Regionale	Specialista	DDF	Farmacia ospedaliera
Empagliflozin	Scompenso cardiaco	PT AIFA Web-based	Specialista	DDF	Farmacia ospedaliera
Dapagliflozin	Scompenso cardiaco	PT AIFA Web-based	Specialista	DDF	Farmacia ospedaliera
Dapagliflozin	Malattia renale	PT AIFA Web-based	Specialista	DDF	Farmacia ospedaliera
Ranolazona (Ranexa)	Angina pectoris stabile	PT AIFA	Specialista	CONV	Farmacie aperte al pubblico
Acido Bempedoico (Nilemdo) Acido Bempedoico/ezetimibe (Nustendi)	Ipercolesterolemia	PT AIFA	MMG e Specialista	DDF	Farmacia ospedaliera
Lurasidone (Latuda)	Schizofrenia in pz adulti	RR	MMG e Specialista	DPC	Farmacie aperte al pubblico
Lurasidone (Latuda)	Schizofrenia in pz dai 13 - 18 aa	PT AIFA	Specialista	DPC	Farmacie aperte al pubblico



# Riferimenti Assistenza Farmaceutica Territoriale Rimini



**Dott.ssa Mussoni Monica**

*Direttore Direzione Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale*



**Dott.ssa Marconi Silvia**

*Responsabile Assistenza Farmaceutica Territoriale Rimini*



**Dott.ssa Di Blasi Francesca**

*Assistenza Farmaceutica Territoriale Rimini*



**Dott.ssa Lisotti Ivana**

*Assistenza Farmaceutica Territoriale Rimini*

[farmaceuticaterr.az@auslromagna.it](mailto:farmaceuticaterr.az@auslromagna.it)

Tel. 0541 – 707502/03



**GRAZIE PER L'ATTENZIONE!**