

MODALITA' DISTRIBUTIVE DEL FARMACO: FOCUS DISTRIBUZIONE DIRETTA E DPC

GESTIONE PRATICA IN FARMACIA

RISOLUZIONE DELLE PRINCIPALI CRITICITA'



06 – 13 -19 DICEMBRE 2022

Dott.ssa Silvia Marconi

Dott.ssa Francesca Di Blasi

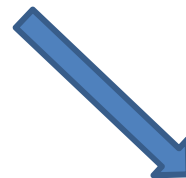
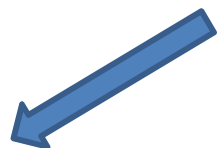
Dott.ssa Valeria Battelli

Dott. Luca Donati

Dott.ssa Ivana Lisotti



MODALITA' DISTRIBUTIVE DEL FARMACO



CONVENZIONATA



Regime convenzionale
di dispensazione tramite
ricetta

DEMA o rossa.

Farmaco acquistato
dalla farmacia e rimborsato
dalla

AUSL al netto di ticket,
sconti e
trattenute di legge

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)



Farmaco acquistato dall'
AUSL e distribuito dalle
farmacie con ricetta
DEMA o rossa e
con riconoscimento di un
onere

di prestazione a pezzo
(L. 405/2001, Accordo DPC
2007 e s.m.i)

DISTRIBUZIONE DIRETTA (DDF)



Farmaco acquistato dall'
AUSL e distribuito direttamente
presso i punti erogativi
Aziendali (L. 405/2001, DGR 539/2022,
Dgr 896/2003)

DISTRIBUZIONE DIRETTA DEL FARMACO

DDF



Dispensazione del primo ciclo di terapia a seguito di visita specialistica ambulatoriale o dimissione da ricovero



Presa in carico di pazienti con terapia cronica a controllo ricorrente comprensiva di farmaci ad uso esclusivo DD



Attivazione della DPC per farmaci che richiedono PT (ad esclusione dei NAO e farmaci antidiabetici in nota 100)

Quando indirizzare il paziente in DDF?

- 1) **Vidimazione di un PT nuovo o da rinnovare ed attivazione griglia di monitoraggio** (ad esclusione dei farmaci NAO e farmaci nota 100 per i quali la vidimazione ed attivazione griglia deve essere effettuata dal farmacista territoriale)
- 1) **Farmaci ad uso esclusivo Distribuzione Diretta nella RER (Farmaci CEF).**
Sia per pazienti assistiti in RER che in altre Regioni, deve essere attivata la DDF. Inviare il paziente presso i punti erogativi aziendali, con tutta la documentazione a supporto della dispensazione (PT se previsto, referto specialistico...)



COSA VIDIMARE IN FARMACIA



- ✓ **Schede nota AIFA 97 solo se cartacee**
(per le schede informatizzate verificare la presenza in ricetta di numero Protocollo e data scadenza. In questo caso non serve vidimazione ed attivazione griglia monitoraggio)
- ✓ **PT AIFA NAO per TVP ed EP**
- ✓ **Schede nota AIFA 100**
- ✓ **PT AIFA per Dapagliflozin (FORXIGA®)
o Empagliflozin (JARDIANCE®) per
insufficienza cardiaca**



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



COSA INVIARE DA VIDIMARE IN DDF



- ✓ **Tutti i restanti Piani terapeutici
di farmaci in elenco DPC.**
Es. Farmaci nota 85 (es donepezil)
Farmaci nota 51 (es. enantone)
Clozapina 100 mg
Eritropoetine (es. Binocrit)
Farmaci nota 39 (Somatropina)
Sandostatina

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 - 705710; 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/Venerdì 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



CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con **PT nuovo di Enantone 3,75 mg e ricetta DEMA.**

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN (1)**

NOME E COGNOME DELL'ASSISTITO.....
ETA'.....49.....
SESSO M ☐ F ☐ TESSERA SANITARIA DELL'ASSISTITO.....
INDIRIZZO.....RN.....
USL DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO.....PROVINCIA.....
REGIONE.....
MEDICO CURANTE.....

DIAGNOSI.....hepatite cronica.....
FORMULATA IN DATA.....2018.....DA:
MEDICO GENERALE/PEDIATRA ☐
CLINICA UNIVERSITARIA ☐
ISTITUTO DI RICERCA E CURA A CARATTERE S. (IRCCS) ☐
CENTRO/AMBULATORIO SPECIALISTICO ☐
REPARTO OSPEDALIERO ☐
DAY HOSPITAL ☐
MEDICO SPECIALISTA ☒
SEDE ☐ REGIONE.....

PROGRAMMA TERAPEUTICO:
FARMACO/I PRESCRITTO/I (SPECIALITA').....ENANTONE 3,75 mg.....
POSOLOGIA.....1 fl. ogni 28 gg.....
DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO (2).....12 mesi.....
PRIMA PRESCRIZIONE ☐ PROSECUZIONE DELLA CURA ☒

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE.....
DATA.....21/08/2022.....

(1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della AUSL e al medico curante che ha in carico l'assistito.
(2) Non oltre 12 mesi, per il proseguimento eventuale della terapia redigere un nuovo piano terapeutico.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE **RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO**

INDIRIZZO VIA.....CAP.....CITTA'.....PROV.....
ESENZIONE.....SIGLA PROVINCIA.....CODICE ASL.....DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):.....ALTRO:.....PRIORITY PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):.....

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ENANTONE*IM SC SIR 3,75 MG/MLRP	1	

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

Cosa fa il farmacista?



CASO 1

**Il Farmacista territoriale non
vidima in autonomia
il PT
ma indirizza il
paziente in
distribuzione diretta
(munito del PT. No
ricetta rossa/DEMA)**



**Il farmacista ospedaliero
vidima il PT e compila la
griglia di monitoraggio.
Dispensa la prima confezione
di farmaco**

**Il Farmacista territoriale
dispensa le successive
confezioni previste dal PT
compilando in originale la
griglia allegata e dietro
presentazione di valida
ricetta medica.
Avvisa il paziente quando il
PT è prossimo alla scadenza**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna					
MODULO MONITORAGGIO DISPENSAZIONI FARMACI IN DPC (DA ALLEGARE AL PIANO TERAPEUTICO)					
FARMACO					
FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN CONFEZIONI N°:					
26/10/22					
1					
12					
PIVA 02483810392					
FARMACIA INTERNA					
Via Settembrini 2 - 40139					

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



CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente con **PT nuovo** di **ELIQUIS 5 MG** (per trattamento TVP o EP) e ricetta **DEMA**.

Codice Paziente 202012161335990011667 RR.SA.	Int. Paz.	Data Registrazione 16/12/2020	Data di Nascita 30/03/1945
ANAGRAFICA PAZIENTE:			
Codice fiscale:			
Cognome:			
Nome:			
Sesso: F			
Data di nascita: 30/03/1945			
Nazione di nascita: ITALIA			
Regione: TOSCANA			
Provincia: FIRENZE			
Comune: SAN GODENZO			
ASL di residenza: FORLÌ			
PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:			
Numero del Piano Terapeutico: 1			
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 26089469			
Centro prescrittore: OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO			
Medico prescrittore:			
Medico di medicina generale: --			
Codice medico di medicina generale: xxxx			
Posologia: 5 mg 2 volte al giorno per 52 settimane			
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10.00 mg			
Data del Piano Terapeutico: OGGI			
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52			

DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE

DATA EMISSIONE

DURATA PT

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA:		CAP:	CITTA': PROV:
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):
PRESCRIZIONE			QTA
ELIQUIS*60CPR RIV 5 MG			1
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:			
DATA:			
CODICE FISCALE DEL MEDICO:			
CODICE AUTENTICAZIONE:			
Rilasciata 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?



CASO 3

Si presenta in farmacia un paziente con **modulo regionale per la prescrizione di Ivabradina e ricetta DEMA**.

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

ALLEGATO DOC. PTR N.95
Logo Azienda Sanitaria

Modulo Richiesta Ivabradina

U.O./Ambulatorio _____ Nome e cognome prescrittore _____
Paziente (nome e cognome) _____ Data nascita _____
Codice Fiscale _____ AUSL di residenza _____

La prescrizione di ivabradina nel trattamento sintomatico dell'ANGINA PECTORIS CRONICA STABILE in pazienti con normale ritmo sinusale è a carico del SSR nelle seguenti condizioni (da barrare e specificare):

☐ controindicazione (_____) o intolleranza ai beta-bloccanti (_____) ;
☐ controindicazione (_____) o intolleranza ai calcio antagonisti (_____) ;
☐ in associazione con betabloccanti e non adeguato controllo con l'uso di betabloccanti al massimo dosaggio utilizzato (_____), o ad esso intolleranti, frequenza cardiaca > 60 bpm e intolleranza o inefficacia al calcio antagonista (_____).

Il trattamento a base di beta bloccanti va considerato di prima scelta

La prescrizione di ivabradina nel trattamento dello SCOMPENSO CARDIACO CRONICO in classe NYHA da II a IV, in associazione con la terapia convenzionale, che include il trattamento con un beta-bloccante o nel caso in cui la terapia con un beta-bloccante sia controindicata o non tollerata, è a carico del SSR nelle seguenti condizioni:

☒ nei pazienti in ritmo sinusale, disfunzione sistolica ventricolare sinistra (FE ≤ 35%), già in terapia con un ACE inibitore (o sartano) e un diuretico antialdosteronico e che presentano una delle seguenti caratteristiche:

1. intolleranza ai betabloccanti e frequenza cardiaca >70 battiti/min;
2. intolleranza ai betabloccanti, prevalentemente per ipotensione, e che non abbiano ancora raggiunto una bradicardizzazione efficace;
3. tachicardia malgrado l'uso di betabloccanti a dosaggi congrui.

N.B. la prescrizione è riservata a specialisti aziendali di ambito cardiologico e la dispensazione del farmaco è in esclusiva erogazione diretta.

☐ PRIMA PRESCRIZIONE ☐ PROSECUZIONE TERAPIA

☒ IVABRADINA COMPRESSE DIVISIBILI 5 MG ☐ IVABRADINA COMPRESSE 7,5 MG
DOSE/DIE _____ VALIDITA' DEL MODULO _____

Data (gg/mm/aaaa) 28/10/2022 Timbro e firma del medico prescrittore
Dott. Mario Bianchi

Aggiornamento Febbraio 2019 del Modulo di richiesta di ivabradina allegato al Documento approvato nella seduta della CRF del 12 Dicembre 2013

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA 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
PROCORALAN*56 CPR RIV 5 MG	1	

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

Cosa fa il farmacista?



CASO 3

Ivabradina rientra nei medicinali **C**oncedibili **E**xtra **F**armacia (CEF) in Regione Emilia Romagna.

Uso Esclusivo Distribuzione Diretta



Il Farmacista territoriale invia il paziente, munito di modulo regionale, in Distribuzione Diretta dove verrà preso in carico anche per le successive dispensazioni

NO RICETTA DEMA O ROSSA

CASI PIU' FREQUENTI DI FARMACI CEF SUL TERRITORIO

- Clexane T (dosaggi diversi dal 4.000)
- Ivabradina (Procoralan)
- Sacubitril/Valsartan (Entresto)
- Lamivudina
- Farmaci nota 74 (infertilità. Es. Meropur, Gonal F)

Appendice 4. Elenco dei farmaci ad esclusiva erogazione tramite distribuzione diretta (DD)

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	VIA
A16AA04	Mercaptamina	os
A16AA05	Acido carglumico	os
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os
A16AX06	Miglustat	os
A16AX07	Sapropterina	os
A16AX10	Eliglustat	os
B01AC11	Iloprost	inal
C01BD07	Dronedarone	os
C01EB17	Ivabradina	os
C01EB18	Ranolazina	os
C02KX01	Bosentan	os
C02KX02	Ambrisentan	os
C02KX04	Macitentan	os
C02KX05	Riociguat	os
C07AA05	Propranololo (soluzione)	os
C09DX04	Sacubitril/Valsartan	os
C10AX12	Lomitapide	os
C10AX13	Evolocumab	sc
C10AX14	Alirocumab	sc
D06BB10	Imiquimod	loc
D11AH05	Dupilumab	sc
D11AX18	Diclofenac	loc
G03BA03	Testosterone (undecanoato)	im
G03BA03	Testosterone	gel
G03GA02	Menotropina	sc
G03GA04	Urofollitropina	sc
G03GA05	Follitropina alfa	sc
G03GA06	Follitropina beta	sc
G03GA07	Lutropina alfa	sc
G03GA08	Coriogonadotropina alfa	sc
G03GA09	Corifollitropina alfa	sc
G03GA10	Follitropina delta	sc
G03GA30	Follitropina alfa+ Lutropina alfa	sc
G04BE03	Sildenafil	os
G04BE08	Tadalafil	os
G04BE10	Avanafil	os
H01CB05	Pasireotide	sc
H04AA01	Glucagone	nas
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica ¹	im
J01XX08	Linezolid	os
J02AC03	Voriconazolo	os
J02AC04	Posaconazolo	os
J05AB04	Ribavirina	os
J05AF08	Adefovir dipivoxil	os
J05AF10	Entecavir	os

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	VIA
J05AF11	Telbivudina	os
J05AF13	Tenofovir alafenamide	os
J05AP54	Elbasvir + Grazoprevir	os
J05AP55	Sofosbuvir + velpatasvir	os
J05AP56	Sofosbuvir, Velpatasvir e Voxilaprevir	os
J05AP57	Glecaprevir + Pibrentasvir	os
L01AB01	Busulfano	os
L01AX03	Temozolomide	os
L01BB05	Fludarabina	os
L01BC06	Capecitabina	os
L01BC52	Fluorouracile + acido salicilico	loc
L01BC53	Tegafur + Uracile	os
L01CA04	Vinorelbina	os
L01CE01	Topotecan	os
L01EA01	Imatinib	os
L01EC01	Vemurafenib	os
L01EC02	Dabrafenib	os
L01EE01	Trametinib	os
L01EE02	Cobimetinib	os
L01EE03	Binimetinib	os
L01EG02	Everolimus ²	os
L01XJ01	Vismodegib	os
L01XX23	Mitotano	os
L01XX35	Anagrelide	os
L03AB13	Peginterferone beta-1a	sc
L04AC07	Tocilizumab	sc
L04AX07	Dimetilfumarato	os
L04AA06	Micofenolato mofetile	os
L04AA06	Micofenolato sodico	os
L04AA27	Fingolimod	os
L04AA31	Teriflunomide	os
M05BX04	Denosumab	sc
M09AX03	Ataluren	os
N02BG10	Delta-9-Tetraidrocannabinolo + Cannabidiolo ³	os
N05CD08	Midazolam	os
N06BA14	Solriamfetol	os
N06BX13	Idebenone	os
N07AX01	Pilocarpina	os
N07BA03	Vareniclina	os
N07XX02	Riluzolo	os
N07XX06	Tetrabenazina	os
N07XX11	Pitolizant	os
R03DX05	Omalizumab	sc
R03DX09	Mepolizumab	sc
R03DX10	Benralizumab	sc
R05CB13	Dornase alfa	inal
R07AX02	Ivacaftor	os
R07AX30	Lumacaftor + Ivacaftor	os

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	VIA
R07AX31	Tezacaftor + ivacaftor	os
R07AX32	Ivacaftor + tezacaftor + elexacaftor	os
V01AA02	Estratto allergenico di polline di 5 graminacee	sl
V01AA02	Estratto allergenico di polline di 1 graminacee	sl
V03AC02	Deferiprone	os
V03AC03	Deferasirox	os



Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare
Commissione Regionale del Farmaco

Prontuario Terapeutico Regionale

Stesura approvata con Determina del Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale
n. 23028 del 22/11/2022



Determina AIFA pubblicata nella G.U. n. 249 del 24.10.2022,



REINTRODUZIONE

**Piano terapeutico cartaceo per la prescrizione di Ranexa[®],
da compilarsi a cura di medici ospedalieri o di cardiologi,
internisti, geriatri operanti in regime SSN.**



dovrà essere utilizzato da subito per le nuove prescrizioni mentre per i pazienti in prosecuzione di terapia è prevista un'adozione graduale nell'arco di un periodo di tre mesi.



La Commissione Regionale del Farmaco ha di conseguenza rivalutato la ranolazina e recepito la decisione di AIFA
(esclusione dall'elenco dei farmaci CEF)



La RER ha chiesto alle AUSL di monitorare e far correggere le terapie con dosaggio non appropriato, pertanto **i pazienti rimarranno temporaneamente in carico alla DDF per permettere ai cardiologi la rivalutazione**

ALLEGATO

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI RANOLAZINA (Ranexa®)
NEL TRATTAMENTO SINTOMATICO DEI PAZIENTI CON ANGINA PECTORIS**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura del medico ospedaliero o medico cardiologo o medico geriatra o medico internista operanti in regime SSN.

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

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

Indicazione autorizzata:
Indicato negli adulti come terapia aggiuntiva nel trattamento sintomatico dei pazienti con angina pectoris stabile non adeguatamente controllati con le terapie antianginose di prima linea, come i beta- bloccanti e/o i calcioantagonisti, o che non le tollerano.

Indicazione rimborsata SSN:
Terapia aggiuntiva per il trattamento sintomatico di pazienti con angina pectoris cronica stabile non adeguatamente controllati o intolleranti alla terapia antianginosa massimale.

Inquadramento del paziente

Anamnesi clinica:	
☐ Pregresso STEMI	☐ Pregresso NSTEMI
☐ Pregressa PTCA	☐ pregresso Bypass aorto-coronarico
☐ nessun intervento invasivo (PTCA o Bypass aorto-coronarico)	
Anamnesi farmacologica:	
☐ Betabloccante	☐ in corso ☐ non tollerato
☐ Calcio-antagonista	☐ in corso ☐ non tollerato
☐ Nitroderivato	☐ in corso ☐ non tollerato

Prescrizione

Dose di ranolazina prescritta:	
☐ 375 mg 1 cp x 2/die	☐ 500 mg 1 cp x 2/die ☐ 750 mg 1 cp x 2/die
Durata prevista del trattamento: _____	
☐ Prima prescrizione	☐ Rivalutazione e prosecuzione della cura

Nota: si ricorda che, come da RCP, la dose iniziale raccomandata di Ranexa® è di 375 mg due volte al giorno. Dopo 2-4 settimane la dose deve essere aumentata a 500 mg due volte al giorno e, in base alla risposta del paziente, aumentata ulteriormente fino alla dose massima raccomandata di 750 mg due volte al giorno.

Validità del PT: _____
(al massimo 3 mesi per la 1ª prescrizione poi al massimo 12 mesi per le prescrizioni successive)

Data _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

Il Piano terapeutico ha una **validità massima di 3 mesi per la 1° prescrizione** (titolazione del dosaggio) e di **12 mesi per le prescrizioni successive** (mantenimento);

DISPENSAZIONE IN URGENZA CON PT 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.**

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	ENANTONE 1K 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	<i>C. P. V. A. 02 4 19 6 8 4 0 3 9 2</i> Sede Legale: Via De Gasperi, 8, 48121 Ravenna P. IVA 02 4 19 6 8 4 0 3 9 2 AZIENDA USL DELLA ROMAGNA FARMACIA INTERNA Via Saffi, Rimini, 2 - RIMINI	
30/10/2021	2	11	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
03/12/2021	2	9	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
12/02/2022	2	7	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
20/04/22	2	5	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
18/06/22	2	3	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
29/08/22	2	1	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
10/11/22	1	0	<i>03 118 200 4 2 2</i> Via Vittorio Veneto, 1F - Rimini (RN) Cod. 118 200 4 2 2	
SPEMITA	1 PER URGENZA		PANO NON ANCORA RINNOVATO	

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





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

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA E NUOVO PT DI FORXIGA 10 MG 28 CPR.** IL PZ HA **GIA' UNA SCHEDA ATTIVA PER LO STESSO FARMACO E DOSAGGIO, (PERTANTO TRATTASI DI RINNOVO)**

Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2015110214051900004760	GLLO.	02/11/2015	14/03/1942

ANAGRAFICA PAZIENTE:
Codice fiscale:
Cognome:
Nome:
Sesso: M
Data di nascita: 14/03/1942
Nazione di nascita: ITALIA
Regione: SICILIA
Comune: PALERMO
ASL di residenza: BI

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: 32542401
Centro prescrittore: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA
Medico prescrittore: Francesca Russo
Medico di medicina generale: 0000
Codice medico di medicina generale: 0000

Posologia: 10 mg/die - 52 sett
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10 mg/die - 52 sett
Data del Piano Terapeutico: 19/04/2022
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52
Altri farmaci per lo scompenso: Bloccante del recettore dell'angiotensina II (sartano) - Beta bloccante - Diuretico - Antialdosteronico

Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2015110214051900004760	GLLO.	02/11/2015	14/03/1942

ANAGRAFICA PAZIENTE:
Codice fiscale:
Cognome:
Nome:
Sesso: M
Data di nascita: 14/03/1942
Nazione di nascita: ITALIA
Regione: SICILIA
Comune: PALERMO
ASL di residenza: BI

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico: 2
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 32545298
Centro prescrittore: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA
Medico prescrittore: Francesca Russo
Medico di medicina generale: 0000
Codice medico di medicina generale: 0000

Posologia: 10 mg/die - 52 sett
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10 mg/die - 52 sett
Data del Piano Terapeutico: 10/10/2022
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52
Altri farmaci per lo scompenso: Bloccante del recettore dell'angiotensina II (sartano) - Beta bloccante - Diuretico - Antialdosteronico

Cosa fa il farmacista?



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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

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

FARMACO

FORMIGA 40 MG 28 CPR

FABBISOGNO TOTALE DEL FARMACO CALCOLATO SULLA BASE DEL PIANO TERAPEUTICO IN
CONFEZIONI N°:

13 CONF

DATA	QUANTITA' CONSEGNA (CONFEZIONI)	QUANTITA' RESIDUA (CONFEZIONI)	FARMACIA E FIRMA DEL FARMACISTA	FIRMA PER RICEVUTA DEL PAZIENTE
22/04/22	1	12	FARMACIA S. ANDREA S.R.L. Farmacia della S. Andrea 47832 S. Andrea (RN) Partita IVA: 0207450403 Tel. 0541 257276	
17/05/22	92	10		
10/06/22	2	8		
20/07/22	1	7		
ESATTO				
PER ATTIVAZIONE				
DI NUOVO PIANO TERAPEUTICO				

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



DISPENSAZIONE BIOSIMILARE IN ELENCO DPC

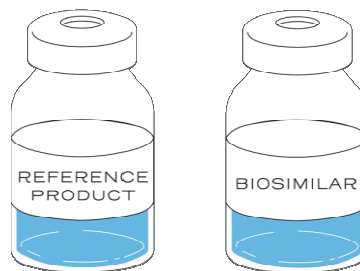


Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI INSULINA LISPRO**
SENZA INDICAZIONE DEL NOME COMMERCIALE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE 100UI/ML		2	
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

Cosa fa il farmacista?



Il Farmacista **NON** può spedire la ricetta in quanto non può effettuare la sostituzione automatica tra biosimilari



Contatta il medico prescrittore per richiedere una nuova prescrizione con indicazione del nome commerciale presente in elenco DPC



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
			
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
INDIRIZZO: VIA		PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML		2	
QUESITO DIAGNOSTICO:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		DATA:	
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

N.B.: ECCEZIONALMENTE, QUALORA NON SIA POSSIBILE CONTATTARE IL PRESCRITTORE E IL FARMACO SIA URGENTE, CHIEDERE AL PAZIENTE DI INDICARE LA SPECIALITA' MEDICINALE ABITUALMENTE UTILIZZATA. ANNOTARE IN RICETTA CHE LA DISPENSAZIONE E' AVVENUTA IN URGENZA PREVIA VERIFICA DEL MEDICINALE ASSUNTO DAL PAZIENTE



PRESCRIZIONI CONFEZIONAMENTI NON PRESENTI IN DPC

CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI VIMPAT 14 CPR 50 MG**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		CODICE ASL:	PROV:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
VIMPAT 14 CPR 50 MG		2	
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

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

NO PT

La G.U. n. 259 del 5.11.2022 ha reso esecutiva la Determina con cui AIFA ha **eliminato il Piano terapeutico per la prescrizione delle formulazioni ad uso orale di lacosamide**, precedentemente introdotto (G.U. n. 151 del 30.06.2022 modificato come da G.U. n. 178 del 01.08.2022).

Cosa fa il farmacista?



In DPC disponibile confezionamento da 56 cpr.
Il farmacista dovrà avere cura di **contattare il medico prescrittore.**



CASO 1

In assenza di particolari necessità cliniche (inizio terapia per antiepilettico) si avvisa il prescrittore in merito alla sostituzione del prodotto con quello disponibile in DPC e si esplicita al paziente la tipologia di confezionamento erogato.

N.B. non è necessario richiedere una nuova prescrizione ma si consiglia di farla redigere in quanto, trattandosi di terapia cronica, in caso di ripetizione ricetta da parte del MMG verrebbe nuovamente prescritto il confezionamento da 14 cpr

In caso di reali necessità cliniche, si dispensa il prodotto in convenzionata

Stampare il promemoria.
Annotare che è stato contattato il prescrittore che conferma la necessità del confezionamento a minor numero di unità posologiche. Trasmettere il promemoria al Servizio Farmaceutico di ambito

N.B.: in caso di urgenza ed oggettiva impossibilità a contattare il medico prescrittore, chiedere al paziente se trattasi di inizio terapia. In caso affermativo dispensare in convenzionata. In caso negativo erogare in DPC. In ogni caso circostanziare l'accaduto sul promemoria



PRESCRIZIONI CONFEZIONAMENTI NON PRESENTI IN DPC

CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI INHIXA 10 SIR 4.000 UI 0,4 ML + COPRIAGO**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		CODICE ASL:	PROV:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
INHIXA 10 SIR 4.000 UI 0,4 ML		1	
COPRIAGO			
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

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?



CASO 2

Il farmacista **DISPENSA IL
PRODOTTO DISPONIBILE IN DPC:**



INHIXA 10 SIR 4.000 UI 0,4 ML



Se la ricetta non può essere chiusa sul flusso SAR provvedere a sospenderla.
Chiuderla sulla WEB DPC



PRESCRIZIONI PARTICOLARI FARMACI EQUIVALENTI IN DPC

CASO 3

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA DI ARIPIPRAZOLO ORO 28 CPR 10 MG**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		CODICE ASL:	PROV:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
ARIPIPRAZOLO ORO 28 CPR 10 MG		2	
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

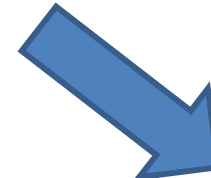
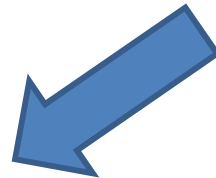
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

Cosa fa il farmacista?



CASO 3

In DPC disponibile formulazione in compresse non orodispersibili. Le due formulazioni: orodispersibile e compresse (non ORO) sono in lista di trasparenza ed intercambiabili tra di loro



In assenza di indicazione di non sostituibilità del medico in ricetta viene dispensato il farmaco in elenco DPC

In presenza di indicazione di non sostituibilità del medico in ricetta deve essere comunque attivato il percorso previsto dalla Circ. 18/2013



*MMG o
Specialista che
ha in carico il
paziente*

ARIPIRAZOLO AURO*28CPR 10MG

**Relazione clinica del medico dove
specifica che sono presenti
problematiche legate alla
deglutizione ed autorizzazione AUSL**

PAZIENTI NON RESIDENTI IN ER: CASI PARTICOLARI (1)



D: Ricette rosse (della Regione Emilia Romagna) di farmaci in DPC nella nostra Regione rilasciate dalla guardia medica a paziente di altra Regione



R: Come per le DEMA, **vale la circolarità della ricetta anche per le ricette rosse**, pertanto il farmacista dispensa il farmaco in DPC



D: Ricette DEMA redatte da medico di altra Regione di farmaco in DPC che in ER richiede particolari formalismi (es: non sostituibilità per continuità terapeutica per antiepilettici), in assenza della dicitura prevista



R: Il farmacista **dispensa il farmaco prescritto** in DPC (se disponibile) o in convenzionata (se non disponibile in DPC) in quanto il medico di altra regione non può essere a conoscenza dei formalismi richiesti per la non sostituibilità in ER



D: Ricette DEMA di Clexane prescritte da medico di altra regione a paziente non residente in ER



R: **Il farmacista eroga Clexane** ed invia copia della ricetta al Servizio Farmaceutico

PAZIENTI NON RESIDENTI IN ER: CASI PARTICOLARI (2)



D: Ricetta di farmaco brand non disponibile in DPC (es. Femara®) prescritta da medico di altra regione a paziente non residente in ER con indicazione di non sostituibilità



R: Se il paziente permane per breve periodo in ER si eroga Femara® in SSN. Se il paziente permane a lungo in ER e fa la scelta del MMG si applica la Circolare 18 con autorizzazione AUSL dalla erogazione successiva, se i tempi sono ristretti



D: Ricetta DEMA prescritta da medico di altra Regione di farmaco in DPC soggetto a PT es. Ticagrelor a paziente di altra Regione



R: Il farmacista cerca di recuperare copia del PT AIFA (se presente), se il paziente ne è sprovvisto eroga in DPC UNA SOLA CONFEZIONE annotando sulla ricetta l'impossibilità di recuperare il PT.

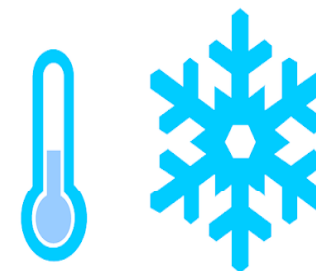


Il paziente deve ritirare un farmaco soggetto a conservazione a temperatura controllata tra +2°C e +8°C (es. insulina, Retacrit, Binocrit, Ozempic...)

Cosa fa il farmacista?



Il farmacista informa adeguatamente il paziente rispetto alle modalità di conservazione del farmaco e suggerisce di munirsi di borsa termica, ogni qual volta ritira il farmaco, per il trasporto del medicinale al domicilio.



È compito del farmacista informare il paziente che risulta fondamentale garantire una corretta conservazione dei medicinali per mantenerne invariate le proprietà e l'efficacia.



E' bene inoltre ricordare che, per mantenere inalterate le proprietà del farmaco, i medicinali vanno conservati nella loro confezione originale, contenente inoltre il foglietto illustrativo, il numero di lotto e la data di scadenza del prodotto.

NOTA AIFA 100



Scheda prescrittiva Nota 100

Validità massima 6 mesi

PRIMA
PRESCRIZIONE

Allegato 1a

Validità massima 12 mesi

RINNOVO
PRESCRIZIONE

Allegato 1b

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 15 gennaio 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 SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima 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 _____

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: ☐ Sì ☐ No, per controindicazione o intolleranza
Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati: ☐ Sì ☐ No
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 o scompenso cardiaco) (solo se DPP4)
☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, ictus aortocoronarico, angiodisplasia, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (ipertensione ictus o TIA, microangiopatia cerebrale) 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 multi-vasale o stenosi coronarica >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 SGLT2 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/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

pag. 1

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 15 gennaio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	☐ canagliflozina	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die	SGLT2/RA	☐ dapagliflozina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
	☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die
	☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die
DPP4	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die	DPP4/RA	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die		☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die		☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
GLP1-RA	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die

La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche indicate dalla Regione.
La prescrizione delle associazioni empagliflozina+SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra medicinali autorizzate in Italia.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____
Data prevista per il follow-up: _____
la validità della prima prescrizione è di massimo di 6 mesi

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

pag. 2

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 15 gennaio 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 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 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 o 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 o scompenso cardiaco) (solo se DPP4)
☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, ictus aortocoronarico, angiodisplasia, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (ipertensione ictus o TIA, microangiopatia cerebrale) 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 multi-vasale o stenosi coronarica >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).

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

pag. 1

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 15 gennaio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	☐ canagliflozina	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die	SGLT2/RA	☐ dapagliflozina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
	☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die
	☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozina	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die
DPP4	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die	DPP4/RA	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die		☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
	☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die		☐ sitagliptina	☐ 5 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die ☐ 10 mg una volta/die
GLP1-RA	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die

La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche indicate dalla Regione.
La prescrizione delle associazioni empagliflozina+SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra medicinali autorizzate in Italia.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____
Data prevista per il follow-up: _____
la validità della prima prescrizione è di massimo di 12 mesi

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

pag. 2



La SCHEDA CARTACEA AIFA potrebbe essere rinnovata anche prima della scadenza della precedente (es. variazione farmaco o dosaggio), in questo caso la SCHEDA CARTACEA AIFA rinnovata sostituisce la precedente!



Si presenta in farmacia un paziente con una scheda di prescrizione nota AIFA 100 e ricetta DEMA.

Cosa fa il farmacista?

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

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☒ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☒ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ Insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 30 U di degludec o da 0,5 a 1,5 mg di liraglutide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	☐ Insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40 U di glargine o da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett		☐ Insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60 U di glargine o 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: 31/05/2023
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione 01/12/2022

Timbro e Firma del Medico

Dott. Claudio Rossi

2 MMG convenzionato con AUSL Romagna

Nota AIFA 100_Scheda di prima 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 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 XXXXXXXXXXXXXXXX
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 rivascolarizzazione 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) 80 Altezza (m) 180 BMI (kg/m²)

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

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min)

Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

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): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):

PRESCRIZIONE QTA NOTA

JANUVIA*28 CPR RIV 100 MG 1 100

QUESTO DIAGNOSTICO: DATA: 01/12/2022

IL CONFEZIONAMENTO PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: 01/12/2022

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



Il Farmacista provvede a controllare la scheda ai fini della validazione, verifica la correttezza della ricetta DEMA e la corrispondenza del farmaco prescritto.

rizione (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 SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore **DOCT. 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 **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**
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 rivascolarizzazione 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) **80** Altezza (m) **180** BMI (kg/m²) _____
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 28 maggio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☒ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☒ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
GLP1-RA	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec o da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine o da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
GLP1-RA	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 80U di glargine o 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: **31/05/2023**
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione **01/12/2022**

Timbro e Firma del Medico
Dott. Claudio Rossi

2 MMG convenzionato con AUSL Romagna

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA 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): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
JANUVIA*28 CPR RIV 100 MG	1	100

QUESTO DIAGNOSTICO: _____

N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: **01/12/2022**

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



COME VALIDARE LE SCHEDE NOTA AIFA 100? 1) FORMALISMI

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

Nota AIFA 100_Scheda di prima 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 SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore **DOCT. 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 **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**
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/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☒ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☒ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana	SGLT2i/ DPP4i	☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec o da 0,25 a 1,5 mg di liraglutide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine o da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 80U di glargine o 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: **31/05/2023**
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione **01/12/2022**

Timbro e Firma del Medico

Dott. Claudio Rossi

² MMG convenzionato con AUSL Romagna

FARMACO,
DOSAGGIO E
POSOLOGIA
DIE

ANAGRAFICA
PAZIENTE E
MEDICO
PRESCRITTORE

ELEMENTI DI
VALUTAZIONE

DURATA
PT

TIMBRO E
FIRMA
MEDICO



COME VALIDARE LE SCHEDE NOTA AIFA 100? 2) DURATA

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

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

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 XXXXXXXXXXXXXXXX
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/m²) _____
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 28 maggio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☒ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☒ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die	DPP4i/TZD	☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett		☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
GLP1-RA	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	SGLT2i/DPP4i	☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec o da 0,25 a 1,5 mg di liraglutide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine o da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine o 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: 31/05/2023

la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione 01/12/2022

Timbro e Firma del Medico

Dott. Claudio Rossi

2 MMG convenzionato con AUSL Romagna

CALCOLARE N° TOTALE DI CONFEZIONI EROGABILI IN BASE A POSOLOGIA E DURATA DEL TRATTAMENTO

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



COME VALIDARE LE SCHEDE NOTA AIFA 100? 3) PRESCRITTORE

Nota AIFA 100_Scheda di prima 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 SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore **DOCT. 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 **XXXXXXXXXXXXXXX**
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/m²) _____
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 28 maggio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

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

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: **31/05/2023**
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 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 soggetti a Nota AIFA 100

Prescrizione MMG e specialisti SSN con accesso al sistema TS:

INIBITORI DPP4

- alogliptin
- linagliptin
- saxagliptin
- sitagliptin
- vildagliptin

AGONISTI RECETTORIALI GLP-1

- dulaglutide
- exenatide
- exenatide LAR
- liraglutide
- lixisenatide
- semaglutide

INIBITORI SGLT-2

- canagliflozin
- dapagliflozin
- empagliflozin
- ertugliflozin

In MONOTERAPIA o in ASSOCIAZIONE ad altri farmaci non inclusi
in nota (METFORMINA, PIOGLITAZONE, INSULINA)

Prescrizione esclusiva specialisti SSN operanti in strutture autorizzate dalla
Regione:

INIBITORI SGLT-2 + INIBITORI
DPP4

INIBITORI SGLT-2 + AGONISTI RECETTORIALI GLP-
1

NOTA BENE!

AGONISTI RECETTORIALI GLP-1 + INIBITORI
DPP4



ASSOCIAZIONE NON PREVISTA!!!

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

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

INIBITORI
SGLT-2

INIBITORI
DPP4

AGONISTI
RECETTORIALI GLP-1

Associazioni
con farmaci
non inclusi in
Nota 100
(metformina,
pioglitazone,
insulina)

INIBITORI SGLT-
2 + INIBITORI
DPP4



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: _____
la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

NOME FARMACO E DOSAGGIO

VERIFICATA LA CORRETTEZZA, IL FARMACISTA VIDIMA LA SCHEDA
CARTACEA AIFA E PROCEDE ALLA SUA ATTIVAZIONE MEDIANTE LA
COMPILAZIONE DI UNA **GRIGLIA**

RIGHE PER LA
REGISTRAZIONE DELLE
DISPENSAZIONI



IL FARMACISTA RICONSEGNA SCHEDA CARTACEA E GRIGLIA
ORIGINALI AL PAZIENTE

Esempio gestione Scheda cartacea AIFA nota 100 Prima prescrizione di semaglutide s.c.(Ozempic®)

COMPILAZIONE
GRIGLIA : MODALITA'
1

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)					
Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett. ☐ 1,5 mg una volta/sett. ☐ 3,0 mg una volta/sett. ☐ 4,5 mg una volta/sett.		DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone
GLP1-RA	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana	☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die	
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 3,0 mg una volta/die	GLP1-RA/ Insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die da 10 a 500 U di degludec o da 5/20 a 1,5 a 4 U di liraglutide
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die da 10 a 40 U di glargine o da 5 a 20 mcg di lixisenatide
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die da 30 a 60 U di glargine o da 10 a 20 mcg di lixisenatide
	☒ semaglutide s.c.	☒ 0,25 mg una volta/sett. ☒ 0,50 mg una volta/sett. ☐ 1,0 mg una volta/sett.		X 4 settimane X 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.

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: 01/04/2023

Timbro e Firma del Medico _____

Prima
dispensazione
una sola
confezione del
dosaggio
iniziale di
0,25 mg (non
è un dosaggio
di
mantenimento
)

Compilazione
successiva della
griglia con il
dosaggio di
mantenimento
(0,50 mg) fino
ad esaurimento
delle confezioni
previste dalla
scheda

[illegible]

Esempio gestione Scheda cartacea AIFA nota 100

Prima prescrizione di semaglutide s.c.(Ozempic®)

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, fino
ad esaurimento
delle confezioni
previste dalla
scheda

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

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

FARMACO Ozempic 0,50 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	2	3	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
SCHEDA NOTA
100!**

VALIDAZIONE SCHEDA – Insulina glargine/Lixisenatide (Suliqua®)



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

**PER EVITARE ERRORI DI TERAPIA
CONTROLLARE CHE IL DOSAGGIO DEL
FARMACO INDICATO IN RICETTA DAL
MEDICO CORRISPONDA A QUELLO
PRESENTE NELLA SCHEDA NOTA 100!!**

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett. ☐ 1,5 mg una volta/sett. ☐ 3,0 mg una volta/sett. ☐ 4,5 mg una volta/sett.	DPP4i/TD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana	☐ saxagliptin/dapagliflozin		☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ Insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die da 10 a 100 U di degludec o da 10 a 20 mcg di liraglutide
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die da 10 a 40 U di glargine o da 1 a 20 mcg di lixisenatide
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die da 30 a 60 U di glargine o da 10 a 20 mcg di lixisenatide
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett. ☐ 0,50 mg una volta/sett. ☐ 1,0 mg una volta/sett.			

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: _____
(la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi)

Data di valutazione: _____

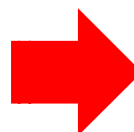
Timbro e Firma del Medico

GLP1-RA/ insulina	☐ 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)
	☒ 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)
	☐ 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		RICETTA 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			1	100
100U/ML+50MCG/ML				
QUESITO DIAGNOSTICO:				
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:	
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:		
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	☐ 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)
	☐ 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)
	☒ 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		RICETTA 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			1	100
100U/ML+33MCG/ML				
QUESITO DIAGNOSTICO:				
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:	
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:		
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				

(Victoza®)

N° GIORNI DI VALIDITA' PT
N° UNITA' POSOLOGICHE/POSOLOGIA DIE

Dott. Mario Rossi RSSMRA76R28H294C
MMG convenzionato con AUSL Romagna

180GG:
(30/1)= 6
CONFEZIO
NI

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



GESTIONE DI UNA NUOVA SCHEDA IN PRESENZA DI UNA SCHEDA GIA' ATTIVA

Si presenta in farmacia un paziente con **RICETTA DEMA E NUOVA SCHEDA AIFA 100 DI DULAGLUTIDE (TRULICITY)** . NELLA SCHEDA E' INDICATO CHE IL PAZIENTE E' IN TRATTAMENTO CON JANUVIA (SITAGLIPTIN)

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 31 gennaio 2022)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☒ dulaglutide	☒ 0,75 mg una volta/sett ☒ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/settimana		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	☐ 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)
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ 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)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ 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)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett			

*Cosa fa
il farmacista?*

Inibitore DDP-4
prescrivibile in nota 100.
Deve esistere una
precedente scheda nota
100 attiva

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata:

Sitagliptin

Data prevista per il Follow up: 01/04/2023

la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione 01/10/2022

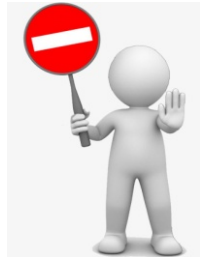
Timbro e Firma del Medico
Dott. Rossi specialista Diabetologo



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

Nel caso di farmaci in nota 100, qualora sia prescritto un nuovo farmaco, è necessario verificare la terapia concomitante (non tutte le associazioni tra P.A. in nota 100 sono possibili).

Nel caso specifico: ***non è possibile associare un inibitore DDP-4 con un analogo GLP-1***



Contattare lo specialista prescrittore per informarlo circa l'impossibilità ad erogare il farmaco in quanto non è prevista la rimborsabilità in nota 100 per tale associazione



Verranno forniti i contatti telefonici delle Diabetologie Aziendali



Si presenta in farmacia un paziente con una ricetta DEMA di farmaco DPC non assoggettato a PT.

CASO 1

Cosa fa il farmacista?

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
			
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA:		CAP:	CITTA':
			PROV:
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
			PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML		2	
15 unità 3 volte die			
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

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 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
			
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA:		CAP:	CITTA':
			PROV:
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
			PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML		2	
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		TIPO RICETTA:	DATA:
CODICE AUTENTICAZIONE:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	

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



Il Farmacista provvede a conteggiare il n° di confezioni erogabili prima di dispensare il farmaco.

CASO 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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	
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML	2		
15 unità 3 volte die			
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 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

LE CONF PRESCRITTE NON SUPERANO 60GG DI TERAPIA (MAX EROGABILE)
DISPENSARE 2 CONFEZIONI

NEL CASO SPECIFICO:

1 PENNA= 300U

1 CONF= 5 PENNE

1500U TOT: 45U DIE= 33 GG DI TERAPIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

POICHE' NON SI CONOSCE LA POSOLOGIA E LE CONFEZIONI PRESCRITTE NON SUPERANO LA DOSE MAX GIORNALIERA, DISPENSARE IL N° DI CONFEZIONI INDICATE IN RICETTA



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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	
HUMALOG KWIKPEN 100UI/ML	2		
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



Si presenta in farmacia un paziente con una ricetta DEMA di farmaco DPC non assoggettato a PT.

CASO 2

Cosa fa il farmacista?

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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	
ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	2		
20 unità la sera			
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 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

ESEMPIO 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		010A2	4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	013	CAP:	CITTA':
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	3		
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



Il Farmacista provvede a conteggiare il n° di confezioni erogabili prima di dispensare il farmaco.

CASO 2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA 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
ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	2	
20 unità la sera		

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 1 PRESCRIZIONE FARMACO DPC OVE VI E' INDICAZIONE DELLA POSOLOGIA

LE CONF PRESCRITTE SUPERANO 60GG DI TERAPIA (MAX EROGABILE)
DISPENSARE SOLO 1 CONFEZIONE!

NEL CASO SPECIFICO:

1 PENNA= 300U

1 CONF= 5 PENNE

1500U TOT: 20U DIE= 75 GG DI TERAPIA

ESEMPIO 2 PRESCRIZIONE FARMACO DPC SENZA SPECIFICA POSOLOGIA

POICHE' NON SI CONOSCE LA POSOLOGIA E LE CONFEZIONI PRESCRITTE NON SUPERANO LA DOSE MAX GIORNALIERA, DISPENSARE IL N° DI CONFEZIONI INDICATE IN RICETTA



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: VIA **013** CAP: _____ CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: _____ SIGLA PROVINCIA: _____ CODICE ASL: _____ DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): _____ ALTRO: _____ PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
ABASAGLAR KWIKPEN 100UI/ML	3	

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

PT REGIONALE – Insulina degludec (Tresiba®)



L'insulina
degludec non
è tra i farmaci
inseriti in Nota
100

Con Det. AIFA 688/2022 è stato
eliminato il PT previsto per la
prescrizione di insulina degludec.
La classificazione del farmaco ai
fini della fornitura passa da RRL a
RR.



Poiché la Regione Emilia-Romagna dovrà
esprimersi in merito al mantenimento o
all'abolizione del PT REGIONALE fino ad
oggi in vigore, fino a decisione della
Commissione Regionale del Farmaco, si
mantiene il PT in essere.



Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC

Unità Operativa _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____ Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____

Ai fini della rimborsabilità, come da Determina AIFA, la prescrizione dovrà avvenire a cura delle Strutture Diabetologiche (incluse le diabetologie pediatriche) ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate (specialisti in Medicina interna, Endocrinologia, Geriatria) utilizzando il Piano Terapeutico regionale; l'erogazione è limitata alla distribuzione diretta.

Criteri di eleggibilità

- ☐ diabete mellito di tipo 1* ☐ diabete mellito di tipo 2**
- Precedente trattamento con insulina basale (specificare quale _____) ☐ sì ☐ no
- E presenza di almeno una delle seguenti condizioni:
- ☐ assenza di un controllo glicemico adeguato nelle 24 h con il trattamento insulinico multiniettivo comprendente un'altra insulina basale;
- ☐ presenza di ipoglicemie notturne in corso di trattamento con altra insulina basale;
- ☐ necessità di flessibilità di orario nella somministrazione della insulina basale e capacità di gestire tale flessibilità.

Prescrizione:

- ☐ Insulina degludec 100 U/ml HexPen da 3 ml

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____ N. conf. _____

- ☐ prima prescrizione ☐ prosecuzione della cura

Farmaci associati:

- ☐ insulina rapida ☐ altro/i ipoglicemizzante/i orali (specificare quale/i _____)*

Data _____ timbro e firma del Medico prescrittore _____

* nel DM 1 insulina degludec è rimborsata SSN quando prescritta in associazione con una insulina rapida

** nel DM2 insulina degludec è rimborsata SSN quando prescritta in associazione con ipoglicemizzanti per cui è rimborsata l'associazione con una insulina basale o in associazione con una insulina rapida

* In caso di prescrizione in associazione estemporanea con un farmaco appartenente alla classe dei DPP4 inibitori, dei GLP1 RA o degli SGLT2 inibitori oppure della associazione precostituita con il GLP1 RA liraglutide, nel rispetto di quanto previsto dalla Nota AIFA 100 occorre compilare la "SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4 NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2" Allegata alla Nota e disponibile sul Sito di AIFA all'indirizzo: <https://www.aifa.gov.it/nota-100>



Si presenta in farmacia un paziente con una PT AIFA di Dapagliflozin (FORXIGA®) oppure Empagliflozin (JARDIANCE®) per insufficienza cardiaca e ricetta DEMA.

Cosa fa il farmacista?

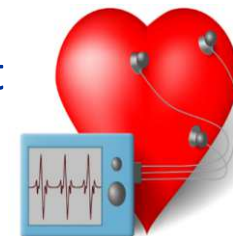
Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2022031013304700005615	EG.CA.	10/03/2022	01/10/1943
ANAGRAFICA PAZIENTE:			
Codice fiscale:			
Cognome:			
Nome:			
Sesso:	M		
Data di nascita:	01/10/1943		
Nazione di nascita:	ITALIA		
Regione:	EMILIA ROMAGNA		
Comune:	CESENA		
ASL di residenza:	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		

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
FORXIGA*28CPR RIV 10MG		1	
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA: 10/03/2022	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:			

Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.76 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011



DAPAGLIFLOZIN ed EMPAGLIFLOZIN hanno anche indicazione negli adulti per “trattamento dell’insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta”



Codice Paziente Iniz. Paz.
2022031013304700005615 EG.CA.

Data Registrazione Data di Nascita
10/03/2022 01/10/1943

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita:

Nazione di nascita:

Regione:

Comune:

ASL di residenza:

M

01/10/1943

ITALIA

EMILIA ROMAGNA

CESENA

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

IL FARMACISTA GESTISCE IL PT AIFA ALLO STESSO MODO CON CUI GESTISCE GLI ALTRI PIANI TERAPEUTICI E LE SCHEDE AIFA CARTACEE (VIDIMAZIONE, COMPILAZIONE GRIGLIA...).

Prescrizione esclusiva dei Centri individuati dalla Regione (Ambulatori dedicati alla gestione dei pazienti con scompenso cardiaco in grado di garantirne un follow-up periodico) con compilazione di un PT web based AIFA

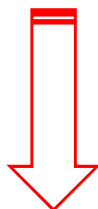
La ricetta NON deve riportare la nota AIFA 100 in quanto questa indicazione terapeutica non è soggetta a nota!!!!

FARMACI NAO



FARMACI SOGGETTI A PT - FARMACI NAO TVP/EP

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



PIANO TERAPEUTICO redatto SOLO da Specialista

+

ricetta DEMA-DPC (senza nota AIFA).

Dal 1° luglio in vigore il PT AIFA in sostituzione dei PT SOLE

Codice Paziente	Imp. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2020121613350900011667	RR.SA.	16/12/2020	30/03/1945

ANAGRAFICA PAZIENTE:
 Codice fiscale:
 Cognome:
 Nome:
 Sesso: F
 Data di nascita: 30/03/1945
 Nazione di nascita: ITALIA
 Regione: TOSCANA
 Provincia: FIRENZE
 Comune: SAN GODENZO
 ASL di residenza: FORLÌ

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: ELIQUIS – TRATTAMENTO TVP

Numero del Piano Terapeutico: 1
 Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 26089469
 Centro prescrittore: OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO
 Medico prescrittore:
 Medico di medicina generale:
 Codice medico di medicina generale: xxxx

Posologia: 5 mg 2 volte al giorno per 52 settimane
 Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10.00 mg

Data del Piano Terapeutico: OGGI
 Durata Piano Terapeutico (settimane): 52

DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE (pointing to Posologia)

DATA EMISSIONE (pointing to OGGI)

DURATA PT (pointing to 52)



Si presenta in farmacia un paziente con ricetta con codice esenzione per patologia 013 e prescrizione di 3 confezioni di Xarelto 20 mg e PT AIFA in corso di validità.

Codice Paziente	1005_Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2020121612309900011647 RR.S.A.			30/03/1945

Cosa fa il farmacista?



FARMACI SOGGETTI A PT

- FARMACI NAO TVP/EP

CASO 1

Il farmacista autorizza il PT mediante predisposizione della griglia e dopo aver verificato:

- la posologia giornaliera sul PT
- a presenza del codice di esenzione per patologia sulla ricetta,
- che si tratti di una terapia già in corso,

può erogare le 3 confezioni di Xarelto 20 mg prescritte in quanto 2 confezioni da 28 cpr non coprirebbero i 60 giorni di terapia e registra la dispensazione sulla griglia.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO VIA:	013	CAP:	CITTA':
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
XARELTO*28CPR RIV 20MG		3	
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		SCALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:			

Rilasciata 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

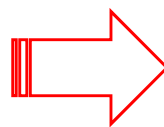
Colore Prescrizione	Ind. Pat.	Data Registrazione	Data di Nascita
202012121030990011607	BB.SA.	12/12/2022	30/03/1945
ANAGRAFICA PAZIENTE:			
Codice fiscale:			
Cognome:			
Nome:			
Sesso:			
Data di nascita:			
Nazione di nascita:			
Regione:			
Provincia:			
Comune:			
ASL di residenza:			
PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:			
XARELTO*28CPR RIV			
20MG			
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):			



Codice Paziente 202012161335990011667	Iniz. Paz. B.R.S.A.	Data Registrazione 12/12/2022	Data di Nascita 30/03/1945
ANAGRAFICA PAZIENTE:			
Codice fiscale:			
Cognome:			
Nome:			
Sesso:		F	
Data di nascita:		30/03/1945	
Nazione di nascita:		ITALIA	
Regione:		TOSCANA	
Provincia:		FIRENZE	
Comune:		SAN GODENZO	
ASL di residenza:		FORLÌ	
PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:		PRADAXA*60 CPS 110MG	
Numero del Piano Terapeutico:		1	
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:		26089469	
Centro prescrittore:		OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO	
Medico prescrittore:		...	
Medico di medicina generale:		...	
Codice medico di medicina generale:		xxxx	
Posologia:		110 MG 2 VOLTE AL	
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:		DI	
Data del Piano Terapeutico:			
Durata Piano Terapeutico (settimane):		52	

FARMACI SOGGETTI A SCHEDA DI PRESCRIZIONE - 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



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.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA 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
XARELTO*28CPR RIV 20MG	2	97

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: 12/12/2022 E 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

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: FANV0A000001838340000

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

Motivare la riduzione della dose

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

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

Data di valutazione 12/12/2022

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97

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.

Il farmacista non procede con l'attivazione della griglia e visto che la ricetta DEMA non è agganciata alla scheda informatizzata inserisce manualmente sul promemoria cartaceo n. protocollo e data scadenza scheda.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

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,S,D,P): _____

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

QUESITO DIAGNOSTICO: _____

N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: 12/12/2022

CODICE AUTENTICAZIONE: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____

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

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: FANV0A000001838340000

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 è di massimo 6 mesi.

Data di valutazione 12/12/2022

Mutuare la situazione della dose

Stessa modalità da seguire anche in caso di presentazione di ricetta rossa qualora il medico sia impossibilitato ad accedere al sistema TS



ESEMPI – FARMACI NAO NOTA 97

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.

SISTEMA SAR/SAC

PROMEMORIA CARTACEO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
XARELTO*28CPR RIV 20MG		2	97
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		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

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
XARELTO*28CPR RIV 20MG		2	97
FANVOA000001838340000		12/06/2023	
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		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

CASO 2

Il farmacista spedisce la ricetta DEMA non procede con l'attivazione della griglia e **inserisce manualmente sul promemoria cartaceo n. protocollo e data scadenza scheda.**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
XARELTO*28CPR RIV 20MG		2	97
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA: 12/12/2022 E FISCALE DEL MEDICO:	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:			
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

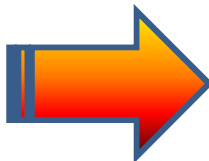
SISTEMA SAR/SAC



Cosa fa il farmacista?

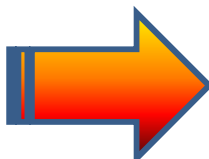
DISPENSAZIONE FARMACI DPC

IN ASSENZA DI CODICE DI
ESENZIONE PER
PATOLOGIA CRONICA



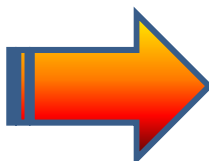
DISPENSARE MASSIMO 2 PEZZI PER
RICETTA

IN PRESENZA DI CODICE
ESENZIONE PER
PATOLOGIA:



DISPENSARE MASSIMO 3 PEZZI PER
RICETTA

PER FARMACI A
SOMMINISTRAZIONE
TRIMESTRALE/SEMESTRALE



DISPENSARE MASSIMO 1
CONFEZIONE PER
TRIMESTRE/SEMESTRE

DISPENSAZIONE FARMACI DPC – NOTA BENE

ATTENZIONE ALLE UNITA' POSOLOGICHE PER CONFEZIONE

*Es. Xarelto*28cp 20mg, Xarelto*42cp 15mg, Pradaxa*60cps 110mg, Binocrit 6sir 4.000 UI*

ATTENZIONE ALLA POSOLOGIA DEL FARMACO

1) posologia indicata sulla ricetta

- per farmaci soggetti a PT: la posologia indicata sulla ricetta va **SEMPRE** verificata con quella indicata sul PT;
- per farmaci non soggetti a PT: attenersi alla posologia indicata sulla ricetta.

2) posologia non indicata sulla ricetta

- per farmaci soggetti a PT: attenersi alla posologia indicata da PT;
- per farmaci non soggetti a PT: è possibile verificare la posologia sulla scheda tecnica.



ESEMPI – FARMACI NON SOGGETTI A PT

CASO 1

Si presenta in farmacia un paziente con una ricetta con terapia prescritta superiore ai 60 giorni

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	SIGLA PROVINCIA: ALTRO:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
QUETIAPINA*60 CP 150MG	2		
1 CP AL DI'			
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA: 12/12/2022	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 NON SOGGETTI A PT

CASO 1

Il farmacista, vista la posologia e il numero di unità posologiche contenute in una confezione, eroga SOLO 1 confezione sufficiente a coprire i 60 giorni di terapia e informa il paziente e il medico prescrittore della spedizione parziale della ricetta.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
			
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
INDIRIZZO: VIA		PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):	
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
QUETIAPINA*60 CP 150MG		1	
1 CP AL DI'			
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		DATA:	FISCALE DEL MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE:		12/12/2022	

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 NON SOGGETTI A PT

CASO 2

Si presenta in farmacia un paziente con più ricette rilasciate lo stesso giorno con terapia prescritta superiore ai 60 giorni

RICETTA 1		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
010A2		4000001005	
DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
PRESCRIZIONE		PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):	QTA
QUETIAPINA*30 CP 25MG			2
2 CP AL DI'			
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA:	FISCALE DEL MEDICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		12/12/2022	
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 2		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
010A2		4000001005	
DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
PRESCRIZIONE		PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):	QTA
QUETIAPINA*30 CP 25MG			2
2 CP AL DI'			
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA:	FISCALE DEL MEDICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		12/12/2022	
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 3		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
010A2		4000001005	
DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
PRESCRIZIONE		PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):	QTA
QUETIAPINA*30 CP 25MG			2
2 CP AL DI'			
QUESITO DIAGNOSTICO:		DATA:	FISCALE DEL MEDICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:		12/12/2022	
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 NON SOGGETTI A PT

CASO 2

Il farmacista, vista la posologia e il numero di unità posologiche contenute in una confezione, spedisce solo due ricette sufficienti a coprire 60 giorni di terapia e informa il paziente e il medico prescrittore della spedizione parziale delle ricette.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
RICETTA 1		010A2	4000001005
DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITYA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
QUETIAPINA*30 CP 25MG		2	
2 CP AL DI'			
QUESTO DIAGNOSTICO:		12/12/2022	FISCALE DEL MEDICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:			
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			

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
RICETTA 2		010A2	4000001005
DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITYA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
QUETIAPINA*30 CP 25MG		2	
2 CP AL DI'			
QUESTO DIAGNOSTICO:		12/12/2022	FISCALE DEL MEDICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:			
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			

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
RICETTA 3		010A2	4000001005
DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
ESENZIONE:		SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITYA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
QUETIAPINA*30 CP 25MG		2	
2 CP AL DI'			
QUESTO DIAGNOSTICO:		12/12/2022	FISCALE DEL MEDICO:
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA:			
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 NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 3

Si presenta in farmacia una paziente con ricetta di farmaco DPC brand con la dicitura non sostituibile ma il paziente non ha l'autorizzazione prevista dalla Circolare Regionale 18/2013.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
FEMARA*30CPR RIV 2,5MG		2	
Non sostituibile			
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

Cosa fa il farmacista?



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 3

Per pazienti della Regione Emilia Romagna

Il farmacista, accertatosi che il paziente non sia in possesso dell'autorizzazione rilasciata dalla ASL, si informa sulla terapia assunta in precedenza e su eventuali reazioni avverse.

Nel caso ci siano state reazioni avverse il medico è tenuto a seguire il percorso previsto dalla Circolare Regionale 18/2013.

Nel caso in cui la non sostituibilità non sia motivata da ragioni cliniche occorre far ricondurre *la prescrizione al medicinale disponibile in DPC (farmaco equivalente)*.

Per pazienti extra RER

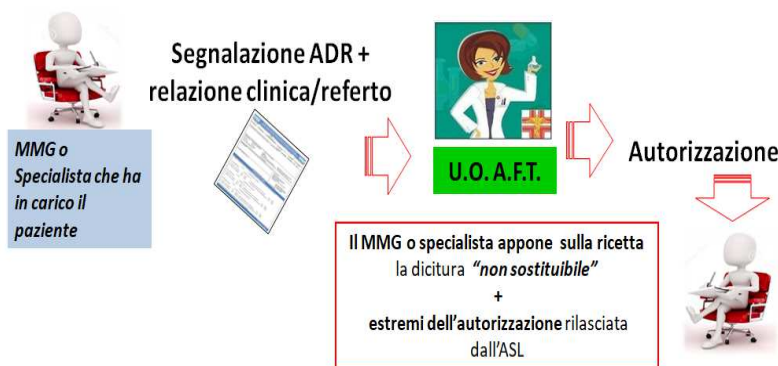
Il farmacista eroga il farmaco prescritto in quanto il medico di altra Regione non è a conoscenza delle normative regionali

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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
FEMARA*30CPR RIV 2,5MG			2
Non sostituibile			
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI:			
TIPO RICETTA:			
DATA:			
CODICE AUTENTICAZIONE:			
CODICE FISCALE DEL MEDICO:			

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

CIRCOLARE 18: Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci a brevetto scaduto erogati in DPC

Per la sostituibilità di **farmaci a brevetto scaduto** per motivate condizioni cliniche (es. anastrozolo, letrozolo, exemestane, leflunomide, pramipexolo...) occorre attivare il percorso definito con Circolare regionale 18/2013.





ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 4

Si presenta in farmacia un paziente con ricetta di Keppra (brand) senza la clausola di non sostituibilità. In DPC disponibile sia il brand sia Levetiracetam equivalente.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA 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	
KEPPRA*30CPR RIV 1000MG	2		
QUESITO DIAGNOSTICO:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:	TIPO RICETTA:	DATA:	
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 NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 4

Il farmacista, considerato che sulla ricetta non è riportata la clausola di non sostituibilità per continuità terapeutica o il codice 04, riconduce la prescrizione al levetiracetam equivalente disponibile in DPC, dandone adeguata informazione al paziente.

Il farmacista dispensa il
medicinale disponibile in
DPC



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	SIGLA PROVINCIA: ALTRO:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P):
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
KEPPRA*30CPR RIV 1000MG	2		
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

LA STESSA PROCEDURA VA SEGUITA
ANCHE PER TOPAMAX/TOPIRAMATO



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 5

Si presenta in farmacia un paziente con prescrizione di Gabapentin 300 mg in nota 04.
In DPC disponibile solo Neurontin 300mg.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
			
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
INDIRIZZO: VIA		PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
GABAPENTIN *50CPS 300MG		2	4
QUESITO DIAGNOSTICO:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		DATA:	
TIPO RICETTA:			
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 NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 5

Il farmacista, non essendo presente la clausola di non sostituibilità e accertatosi che il paziente non abbia l'autorizzazione rilasciata dalla ASL prevista dalla Circolare Regionale 18/2013, riconduce la prescrizione al medicinale disponibile in DPC (Neurontin).

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
			
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
INDIRIZZO: VIA:		PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
GABAPENTIN *50CPS 300MG		2	4
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

Il farmacista dispensa il
medicinale disponibile in
DPC (Neurontin)



ESEMPI FARMACI NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 6

Si presenta in farmacia un paziente con prescrizione di Gabapentin 300 mg per epilessia (non in Nota 4).
In DPC disponibile solo Neurontin 300 mg.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
			
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:		CAP:	CITTA':
INDIRIZZO VIA:		PROV:	
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
GABAPENTIN *50CPS 300MG		2	
QUESITO DIAGNOSTICO:		CODICE FISCALE DEL MEDICO:	
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:		DATA:	
TIPO RICETTA:			
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 NON SOGGETTI A PT - CASI PARTICOLARI

CASO 6

Il farmacista, non essendo presente la clausola di non sostituibilità per continuità terapeutica o il codice 04, riconduce la prescrizione al medicinale disponibile in DPC (Neurontin).

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
		 010A2	 4000001005
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
INDIRIZZO: VIA	CAP:	CITTA':	PROV:
ESENZIONE: TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	SIGLA PROVINCIA:	CODICE ASL: ALTRO:	DISPOSIZIONI REGIONALI: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE	QTA	NOTA	
GABAPENTIN *50CPS 300MG	2		
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

Il farmacista dispensa il
medicinale disponibile in
DPC (Neurontin)



ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

CASO 1

Il farmacista, dopo aver verificato che le confezioni prescritte in base alla posologia da PT non superano i 60 giorni di terapia, informa il paziente e il medico che il confezionamento disponibile in DPC è da 6 siringhe e richiede al medico una nuova ricetta con prescritta 1 confezione da 6 siringhe.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005	
------------------	--

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

INDIRIZZO/VIA: 04 CAP: CITTA': PROV:

ESENZIONE: 8 SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
BINOCRIT*6 SIR 4.000 UI	1	

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

Registro Emilia Romagna

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

Unità Operativa del medico prescrittore: _____
Nome e Cognome del medico prescrittore: _____ Tel.: _____
Paziente (nome e cognome): **PINCO PALLO** Cid: _____
Sesso: M F P S Codice Fiscale: _____
Indirizzo: _____ Tel.: _____
AUSL di residenza: _____ Medico curante: _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: _____

Farmaco prescritto: **BINOCRIT 4.000 UI SIR
1 FIALA /SETTIMANA**

Patologia: _____
Durata del trattamento prevista fino al: ____/____/____ (formato giorno mese anno)
Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

Prima prescrizione di: _____ Prescrizione auto di: _____
Data controllo previsto per: ____/____/____ (formato giorno mese anno)
Sospensione del trattamento: _____
Motivo della sospensione: _____
Data della sospensione: **12/12/2023** (formato giorno mese anno)
Data: **12/12/2022** Timbro e firma del medico prescrittore



RICETTA 1

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO	
INDIRIZZO VIA: 04	CAP: CITTA': PROV:
ESENZIONE: 04	SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): 8	ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE	QTA
BINOCRIT*1 SIR 4.000 UI	3
QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: 12/12/2022 CALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:	

RICETTA 2

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO	
INDIRIZZO VIA: 048	CAP: CITTA': PROV:
ESENZIONE: 048	SIGLA PROVINCIA: CODICE ASL: DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):	ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):
PRESCRIZIONE	QTA
BINOCRIT*1 SIR 4.000 UI	3
QUESTO DIAGNOSTICO: N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: 12/12/2022 CALE DEL MEDICO:	
CODICE AUTENTICAZIONE:	

ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

CASO 1

SOLO IN CASI URGENTI

Il farmacista evade solo la ricetta 1 dispensando 1 confezione di Binocrit* 6 siringhe 4.000 UI e annotando sul promemoria cartaceo che trattasi di unico confezionamento disponibile in DPC.

La ricetta 2 non deve essere spedita.

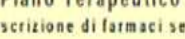
Il medico va comunque contattato per eliminare dal sistema TS la ricetta 2 e per adeguare le successive prescrizioni al confezionamento disponibile in DPC.

Piano Terapeutico	
Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA	
Unità Operativa del medico prescrittore: _____	
Nome e Cognome del medico prescrittore: _____ Tel.: _____	
Paziente (nome e cognome): PINCO PALLO Età: _____	
Sesso: M F Codice Fiscale: _____	
Indirizzo: _____ Tel.: _____	
ALUSI di residenza: _____ Medico curante: _____	
Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: _____	
Farmaco prescritto: BINOCRIT 4.000 UI SIR 1 FIALA /SETTIMANA	
Posologia: _____	
Durata del trattamento prevista fino al: _____ (formato giorno mese anno)	
Altri trattamenti farmacologici in atto: _____	
Prima prescrizione di: _____ Prescrizione auto di: _____	
Data controllo previsto per: _____ (formato giorno mese anno)	
Sospensione del trattamento: _____	
Motivo della sospensione: _____	
Data della sospensione: 12/12/2023 (formato giorno mese anno)	
Data: 12/12/2023 Timbro e firma del medico prescrittore	



Il farmacista considerata la posologia da PT, che come indicato anche in scheda tecnica, prevede una somministrazione trimestrale, eroga SOLO 1 confezione di Enantone*11,25 mg/ml in quanto la dispensazione deve coprire 60 giorni di terapia.

[illegible]



Piano Terapeutico

Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

Unità Operativa del medico prescrivente _____

Nome e Cognome del medico prescrivente _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) **PINCO PALLO** Età _____

Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco _____

Farmaco prescritto **ENANTONE*11,25MG/ML**

Patologia **1 FIALA OGNI 3 MESI**

Durata dell' trattamento prevista fino al _____ (firmato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto _____

Prima prescrizione di _____ Protezione dati di _____

Data controllo prevista per il _____ (firmato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento _____

Motivo della sospensione **12/12/2023**

Data della sospensione _____ (firmato giorno mese anno)

Data _____ **12/12/2022**

Timbro e firma del medico prescrivente _____

ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT



CASO 3

In farmacia si presenta un paziente, a distanza di 1 mese dalla precedente erogazione (ricetta 1), con una nuova ricetta di Enantone*11,25 mg/ml (ricetta 2) e un PT in corso di validità.

Regione Emilia-Romagna

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

Unità Operativa del medico prescrittore: _____
 Nome e Cognome del medico prescrittore: _____ Tel.: _____
 Paziente (nome e cognome): **PINCO PALLO** Età: _____
 Sesso: M F P Codice Fiscale: _____
 Indirizzo: _____ Tel.: _____
 ACSI: di residenza: _____ Medico curante: _____
 Diagnosi e motivazione clinica della richiesta del farmaco: _____

 Farmaco prescritto: **ENANTONE*11,25MG/ML**
 Prescrizione: **1 FIALA OGNI 3 MESI**
 Durata del PT: _____
 Altri trattamenti farmacologici in atto: _____
 Prima prescrizione di: _____ Prescrizione serie di: _____
 Data controllo previsto per il paziente: _____ (formato giorno mese anno)
 Disposizione del farmacista:
 Motivo della sospensione: **12/12/2023**
 Data della sospensione: _____ (formato giorno mese anno)
 Data: **12/12/2022** Firma e Area del medico prescrittore: _____

Cosa fa il farmacista?

ESEMPIO 2

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 1

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

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
ENANTONE*11,25MG/ML	1	

RICETTA SPEDITA IL 12/12/2022

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 2

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

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
ENANTONE*11,25MG/ML	1	

QUESITO 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

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 2

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

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
ENANTONE*11,25MG/ML	1	

QUESITO DIAGNOSTICO: _____
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: _____ DATA: **12/01/2023** 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 SOGGETTI A PT

CASO 3

Il farmacista, dopo aver verificato la validità del PT e la precedente dispensazione registrata nella griglia, NON SPEDISCE la ricetta 2 in quanto la somministrazione successiva deve avvenire a distanza di 3 mesi dalla precedente, come indicato nel PT.

Vanno informati paziente e medico riguardo alla spedizione non effettuata.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 2

010A2 4000001005

DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

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
ENANTONE*11,25MG/ML	1	

QUESITO DIAGNOSTICO: N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: 12/01/2023 FISCALILE 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

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

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

FARMACO: ENANTONE*11,25MG/ML

FABBISOGNO TOTALE CONFEZIONI N°: 4 CONFEZIONI

12/12/2022 1 3

Regione Emilia-Romagna

Piano Terapeutico

Richiesto per la prescrizione di farmaci secondo le note AIFA

12/12/2022

Unità Operativa del medico prescrivente: _____ Tel: _____

Nome e Cognome del medico prescrivente: _____ Tel: _____

Paziente (nome e cognome): PINCO PALLO ES: _____

Sesso: M F 8 Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ Tel: _____

Azienda: _____ Medico curante: _____

Diagnosi e motivazione clinica della prescrizione: _____

Farmaco prescritto: ENANTONE*11,25MG/ML

Possologia: 1 FIALA OGNI 3 MESI

Modalità di somministrazione: _____

Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

Prima prescrizione di: _____ Prescrizione curi di: _____

Data controllo previsto per: _____ (Ritornare quanto mesi anni)

Dispensazione del trattamento: _____

Modalità di somministrazione: 12/12/2023

Data della dispensazione: _____ (Ritornare quanto mesi anni)

Data: 12/12/2022

Timbro e firma del medico prescrivente: _____



CASO 4

In farmacia si presenta un paziente con 2 ricette rilasciate lo stesso giorno di clozapina*100 mg 28 cp contenenti 2 confezioni ciascuna e con un PT di prosecuzione cura rinnovato lo stesso giorno.

Cosa fa il farmacista?

ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

PROSECUZIONE CURA:
VALIDITA' MASSIMA PT: 6 MESI

RICETTA 1

NALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

INDIRIZZO VIA: 044 CAP: CITTA': PROV:

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

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
CLOZAPINA*28 CPR 100MG	2	
Conta leucocitaria nella norma		

QUESITO DIAGNOSTICO: N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: 12/12/2022 SCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato ai sensi dell'art.15, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

RICETTA 2

SEDAZIONE SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

010A2 4000001005

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLO

INDIRIZZO VIA: 044 CAP: CITTA': PROV:

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

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
CLOZAPINA*28 CPR 100MG	2	
Conta leucocitaria nella norma		

QUESITO DIAGNOSTICO: N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: TIPO RICETTA: DATA: 12/12/2022 SCALE DEL MEDICO: CODICE AUTENTICAZIONE:

Rilasciato ai sensi dell'art.15, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011

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

Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? ☐ SI ☐ NO

Eventuale **CLOZAPINA 100 MG CP 2 CP DIE**

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.

Prosecuzione cura

Conta ematologica		Azioni necessarie secondo RCP
Leucociti/mm ³ (/l)	Granulociti neutrofili/mm ³ (/l)	
≥ 3.500 (≥ 3,5x10 ⁹)	≥ 2.000 (≥ 2,0x10 ⁹)	Prosecuzione trattamento con clozapina
3.000-3.500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1.500-2.000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	Prosecuzione trattamento con clozapina, emocromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori
< 3.000 (< 3,0x10 ⁹)	< 1.500 (< 1,5x10 ⁹)	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 6 mesi se prosecuzione del trattamento.

Data: 12/12/2022 12/06/2023

Timbro e firma del medico prescrittore _____



CASO 4

Il farmacista, verificata la posologia su PT, e considerato che la copertura della terapia non può superare le 4 settimane, SPEDISCE SOLO LA RICETTA 1.

ESEMPI – FARMACI SOGGETTI A PT

PROSECUZIONE CURA:
VALIDITA' MASSIMA PT: 6 MESI

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 1

ASSISTITO: PINCO PALLO

ESENZIONE: 010A2 4000001005

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

PRESCRIZIONE

CLOZAPINA*28 CPR 100MG

Conta leucocitaria nella

norma

DATA: 12/12/2022

SCALE DEL MEDICO:

Rilasciato ai sensi dell'art. 15, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

RICETTA 2

ASSISTITO: PINCO PALLO

ESENZIONE: 044 010A2 4000001005

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

PRESCRIZIONE

CLOZAPINA*28 CPR 100MG

Conta leucocitaria nella

norma

DATA: 12/12/2022

SCALE DEL MEDICO:

Rilasciato ai sensi dell'art. 15, 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 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

Per la prescrizione di clozapina, è stata effettuata la conta leucocitaria? ☐ SI ☐ NO

Eventuale

Dose/die: **CLOZAPINA 100 MG CP 2 CP DIE**

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

Conta ematologica		Azioni necessarie secondo RCP
Leucociti/mm ³ (/l)	Granulociti neutrofili/mm ³ (/l)	
13.500 (13,5x10 ⁹)	23.000 (23,0x10 ⁹)	Proseguimento trattamento con clozapina.
3.000-3.500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	± 500-2.000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	Proseguimento trattamento con clozapina, emacromo 2 volte a settimana sino a stabilizzazione o aumento dei valori.
<3.000 (<3,0x10 ⁹)	<1.500 (<1,5x10 ⁹)	Interruzione immediata trattamento con clozapina, emacromo giornaliero sino a normalizzazione, monitoraggio per eventuali infezioni. Non riaprire il paziente al farmaco.

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI	Forma farmaceutica	dosaggio	Posologia e orari			
			di 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: _____

Data: 12/12/2022

12/06/2023

Timbro e firma del medico prescrittore _____



PAXLOVID COMPRESSE

per il “trattamento della malattia da COVID-19 negli adulti che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che sono ad elevato rischio di progressione a COVID-19 severa”

Piano Terapeutico (PT) AIFA
cartaceo redatto dal MMG

+

Ricetta DEMA/DPC obbligatoria


AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI NIRMATRELVIR/RITONAVIR (PAXLOVID®)
NEL TRATTAMENTO DEL COVID-19 LIEVE-MODERATO NEI SOGGETTI A RISCHIO NON OSPEDALIZZATI**

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

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ peso (Kg) _____
Codice fiscale _____ Tel. _____
ASL di residenza _____ Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale (se non coincide con il prescrittore) _____
recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata:
Paxlovid è indicato per il trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti che non necessitano di ossigenoterapia supplementare e che sono ad elevato rischio di progressione a COVID-19 severa.

Condizioni cliniche e criteri di accesso al farmaco
Per avere accesso al farmaco devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- ☐ Età ≥18 anni
- ☐ Test molecolare o antigenico positivo per SARS-COV-2 (inserire la data del test: _____)
- ☐ Se sintomatico, esordio dei sintomi da non oltre 5 giorni
- ☐ Soggetto non ospedalizzato per COVID-19
- ☐ Soggetto non in ossigenoterapia (o, in caso di soggetto già in ossigenoterapia per sottostanti comorbidità, non deve richiedere un incremento a seguito del COVID-19)
- ☐ Soggetto non in stato di compromissione renale severa (eGFR >30 mL/min)
- ☐ Soggetto non in stato di compromissione epatica severa (Classe Child-Pugh A-B)
- ☐ Presenza di almeno uno tra i seguenti fattori di rischio:
 - ☐ Patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva
 - ☐ Insufficienza renale cronica
 - ☐ Broncopneumopatia grave
 - ☐ Immunodeficienza primaria o acquisita
 - ☐ Obesità (BMI ≥30)
 - ☐ Malattia cardiovascolare grave (scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia)
 - ☐ Diabete mellito non compensato (HbA1c >9.0% 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
- ☐ Verifica accurata di tutte le possibili interazioni farmacologiche. In considerazione delle numerose interazioni

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione Emilia Romagna

080A0

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: _____

INDIRIZZO: _____ CAP:70026 CITTA': _____ PROV: _____

ESENZIONE: NON ESENTE SIGLA PROVINCIA:BA CODICE ASL:160114 DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
AIC:049853017 - PAXLOVID® 20CPR 150MG+10CPR 100 - 1 COMPRESSE RIVESTITE NON SOSTITUIBILE cod.	1	

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assini, SSN DATA: 02/05/2022 Medico: _____
CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Ritornello al sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2/12/2011

Contiene farmaci in DPC nella regione di prescrizione

Dispensazione di Paxlovid® a pazienti con compromissione renale moderata

farmacologiche associate a Paxlovid, si raccomanda di indagare adeguatamente l'anamnesi farmacologica e di fare riferimento all'RCP del farmaco (par. 4.3, 4.4, 4.5; https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_it.pdf) e al sito disponibile al seguente indirizzo: <https://www.covid19-druginteractions.org/>. Una versione adattata e una possibile guida alla gestione delle principali interazioni è disponibile, in italiano, al sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/ptr/tabella-interazioni-paxlovid.pdf/@download/file/Tabella%20interazioni%20Paxlovid.pdf> "

- ☐ Assenza di gravidanza in atto
- ☐ Non sono disponibili dati riguardo all'uso di Paxlovid nelle donne incinte che diano indicazioni sul rischio associato al medicinale di effetti avversi sullo sviluppo. In caso di paziente donna potenzialmente fertile, la donna accetta di evitare di iniziare una gravidanza durante il trattamento con Paxlovid e, come misura precauzionale, per 7 giorni dopo il completamento di Paxlovid.
- ☐ L'uso di ritonavir può ridurre l'efficacia dei contraccettivi ormonali combinati. In caso di paziente donna potenzialmente fertile, la donna accetta di utilizzare un metodo contraccettivo alternativo efficace o un metodo contraccettivo di barriera aggiuntivo durante il trattamento con Paxlovid e fino a un ciclo mestruale dopo aver interrotto Paxlovid.

SCHEDA DI PRESCRIZIONE		
☐ eGFR ≥ 60 mL/min		
Paxlovid	Posologia	Durata
Nirmatrelvir (PF-07321332), 150 mg compresse	2 compresse ogni 12 ore	5 giorni
Ritonavir, 100 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	

☐ eGFR da ≥ 30 a < 60 mL/min*		
Paxlovid	Posologia	Durata
Nirmatrelvir (PF-07321332), 150 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	5 giorni
Ritonavir, 100 mg compresse	1 compressa ogni 12 ore	

Le compresse devono essere deglutite intere e non devono essere masticate, spezzate o frantumate. Possono essere assunte con il cibo o lontano dai pasti.

Il trattamento deve essere somministrato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19 ed entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Si raccomanda il completamento dell'intero ciclo di trattamento di 5 giorni anche se il paziente richiede il ricovero in ospedale per progressione a COVID-19 di grado severo o critico dopo l'inizio del trattamento con Paxlovid.

* Avvertenza speciale per i pazienti con compromissione renale moderata.

Nei pazienti con compromissione renale moderata (eGFR da ≥ 30 a < 60 mL/min), la dose di Paxlovid deve essere ridotta a PF-07321332/ritonavir 150 mg/100 mg ogni 12 ore per 5 giorni per evitare la sovraesposizione.

Il blister giornaliero contiene due parti separate, ciascuna contenente due compresse di PF-07321332 e una compressa di ritonavir, corrispondente alla somministrazione giornaliera alla dose standard. Pertanto, i pazienti con compromissione renale moderata devono essere avvisati del fatto che deve essere assunta soltanto una compressa di PF-07321332 con la compressa di ritonavir ogni 12 ore.

Per le modalità di prescrizione fare riferimento all'RCP del prodotto

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_it.pdf

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore



Il farmacista:
Effettua lo
sconfezionamento
rimuovendo le cpr di
nirmatrelvir in eccesso
e compila il foglio di
lavorazione allegando
la copia del PT

Regione Emilia-Romagna

Timbro Farmacia _____

FOGLIO DI LAVORAZIONE

(REGISTRO DELLE PREPARAZIONI)
(art. 9, comma 3 DM 18/11/2003)
per sconfezionamento della specialità medicinale PAXLOVID® (nirmatrelvir e ritonavir)
in caso di prescrizione di dosaggio 150 mg/100 mg di Nirmatrelvir (PF-07321332) e 100 mg di Ritonavir

Data dell'operazione: _____ Numero progressivo preparazione _____

Medico prescrittore
(compilatore del Piano Terapeutico): _____

Paziente: _____

Descrizione delle operazioni effettuate:

L'operazione è effettuata nella zona dedicata, dopo l'opportuna igienizzazione del piano di lavoro.

E' stata aperta una confezione di "PAXLOVID® 20 CPR 150 MG + 10 CPR 100 MG"

LOTTO _____ SCADENZA _____

Da ognuno dei 5 blister presenti sono state estratte n. 2 compresse da 150 mg di Nirmatrelvir (PF-07321332), una dalla parte sinistra del blister "giorno" (gialla), una dalla parte destra del blister "sera" (azzurra).

Lo spazio nel blister della pellicola di alluminio risultante dall'estrazione della compressa viene chiuso con nastro adesivo.

Le compresse estratte sono smaltite ed eliminate correttamente.

Allegata copia del Piano Terapeutico

Firma del farmacista preparatore _____

PAXLOVID – DISPENSAZIONE IN DPC

DOMANDE FREQUENTI

D: COSA DISPENSARE A FRONTE DI RICETTA DEMA CON PRESCRIZIONE DI PAXLOVID*20CPR 150MG+10CPR 100mg 049853017 (CONFEZIONAMENTO ITALIANO) NON SOSTITUIBILE MA IN DPC PRESENTE SOLO FARMACO ESTERO CON CODICE 700058783?

R: SE DISPONIBILE SOLO IL PRODOTTO ESTERO È COMUNQUE POSSIBILE LA SOSTITUZIONE AUTOMATICA DA PARTE DEL FARMACISTA.

D: COME VA GESTITA LA RICETTA DEMA DI PAXLOVID?

R: LA RICETTA DEMA VA CHIUSA SUL PORTALE WEB DPC E NEL SISTEMA SAR VA INSERITO IL CODICE DEL FARMACO EFFETTIVAMENTE EROGATO. IN CASO DI EROGAZIONE DELLA FORMULAZIONE ITALIANA VA INSERITO ANCHE IL CODICE TARGA DEL FARMACO PRESENTE SULLA FUSTELLA.

D: SE IL PAZIENTE ESIGE IL FARMACO AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA RICETTA COME CI SI DEVE COMPORTARE?

R: NON SI DEVE ASSOLUTAMENTE INVIARE IL FAMILIARE/CAREGIVER IN DISTRIBUZIONE DIRETTA.

OCCORRE SPIEGARE CHE IL FARMACO SARA' DISPONIBILE IN MEZZA GIORNATA DAL MOMENTO DELL'ESIBIZIONE DELLA RICETTA E CHE COMUNQUE IL FARMACO PUO' ESSERE ASSUNTO ENTRO 5 GIORNI DALLA COMPARSA DEI SINTOMI.

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

farmaceuticater.az@auslromagna.it



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!