

PERCORSO PRATICO DI DISPENSAZIONE DEI FARMACI IN DISTRIBUZIONE PER CONTO

- ❖ **DISTRIBUZIONE PER CONTO DEI FARMACI IN EMILIA ROMAGNA**
- ❖ **REGOLE DI DISPENSAZIONE**
- ❖ **PERCORSO PRATICO IN FARMACIA
FOCUS: GESTIONE RICETTE DEMA SU WEB DPC**
- ❖ **DISPENSAZIONI IN DEROGA ALLA DPC**
- ❖ **FARMACI SOGGETTI A PT E SCHEDA AIFA**
- ❖ **GESTIONE DEI MINISTOCK**
- ❖ **PAXLOVID IN DPC**



16 Maggio 2022

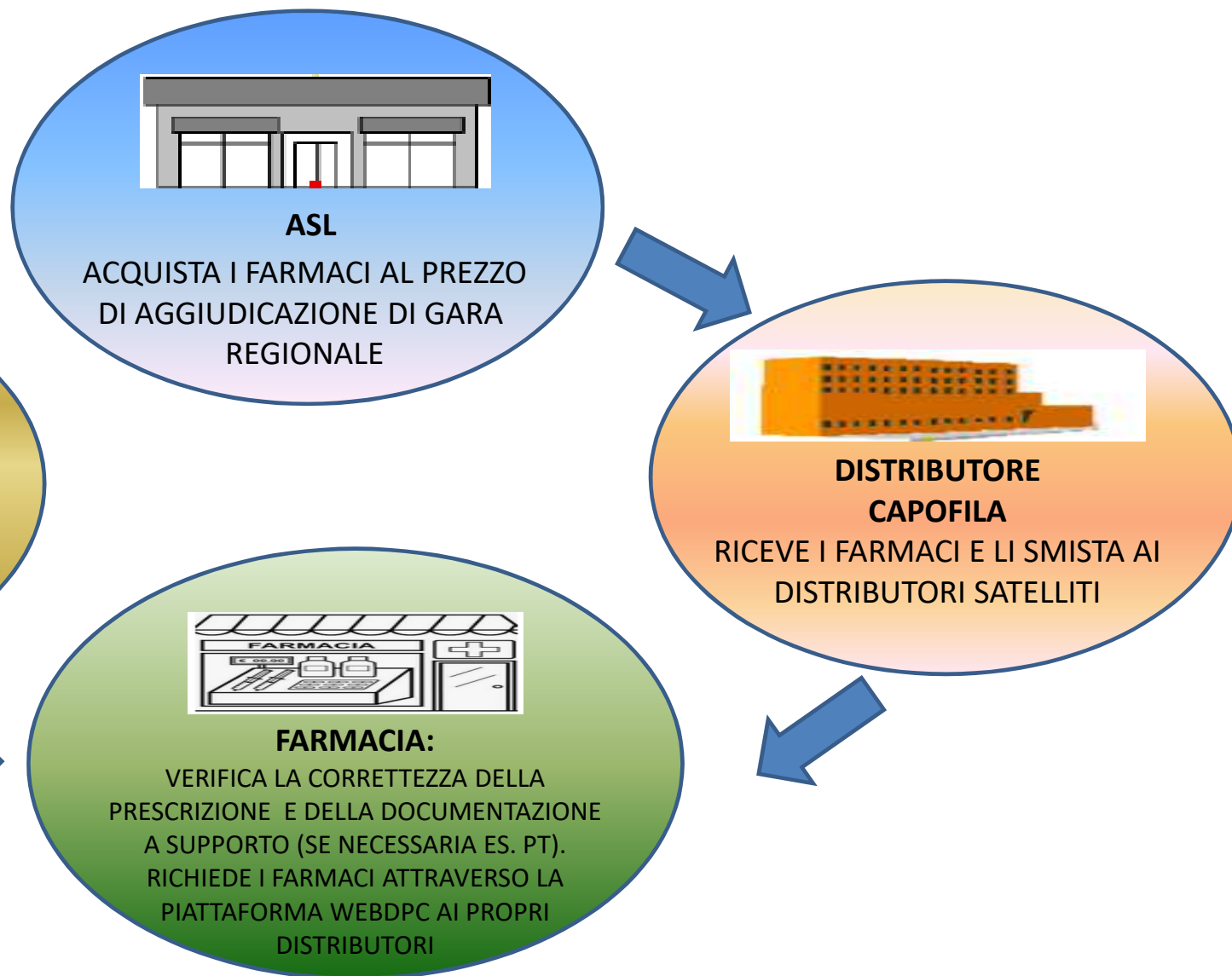
Dott.ssa Silvia Marconi

Dott.ssa Francesca Di Blasi

Dott. Luca Donati

*Responsabile scientifico:
Dott.ssa Monica Mussoni*

DISTRIBUZIONE PER CONTO



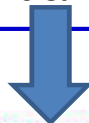


DISTRIBUZIONE PER CONTO

Art. 8 Legge 405/2001

Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno la facoltà di:
- a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione



DOCUMENTO TECNICO ATTUATIVO

DEL PROTOCOLLO D'INTESA FARMACIE
SOTTOSCRITTO TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E ASSOCIAZIONI DI
CATEGORIA DEI FARMACISTI
IN TEMA DI

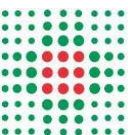
- nuovi modelli di assistenza farmaceutica territoriale
- omogeneità quali-quantitativa farmaci in DPC
- servizi farmaCUP e attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- percorsi sperimentali distributivi per dispositivi medici monouso

PER GLI ANNI 2019- 2020

(DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N.329/2019)

LISTA UNICA REGIONALE

(IN VIGORE DAL 10/01/2020 E SUCCESSIVE MODIFICHE/INTEGRAZIONI)



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

DESTINATARI DPC



**CITTADINI ASSISTITI NELLA
REGIONE EMILIA
ROMAGNA
RESIDENTI O DOMICILIATI
CON
SCELTA DEL MEDICO**

**CITTADINI RESIDENTI E
DOMICILIATI CON SCELTA
DEL MEDICO IN ALTRE
REGIONI**

*CIRCULARITÀ RICETTA DEMA-DPC
DECRETO 25 MARZO 2020*

**CITTADINI STRANIERI NON
ISCRITTI AL SSN:**

1. TEMPORANEAMENTE PRESENTI SUL TERRITORIO-STP*
2. PROVENIENTI DALL'UE (AD OGGI DA ROMANIA E BULGARIA) MA PRIVI DI COPERTURA SANITARIA NEL LORO STATO DI ORIGINE-ENI*
3. CON PERMESSO DI SOGGIORNO TEMPORANEO PER MOTIVI UMANITARI-PSU*

*TALI CITTADINI STRANIERI DEVONO ESSERE IN POSSESSO DI APPOSITO TESSERINO IN CORSO DI VALIDITÀ E RINNOVABILE OGNI 6 MESI.

N.B. IN QUESTA CATEGORIA RIENTRANO ANCHE GLI STRANIERI PROVENIENTI DALL'UCRAINA AI QUALI SIA STATO RILASCIATO IL CODICE STP

TIPOLOGIE DI FARMACI IN DPC



Farmaco in elenco DPC

NON soggetto a PT

Es.: insulina rapida/glargine , lamotrigina,
Inibitori aromatasi
(exemestane, letrozolo,
Anastrozolo)

Farmaco in elenco DPC

**soggetto a PT o
scheda AIFA**

Es: farmaci nota 51
(es. triptorelina, leuprorelina acetato)
nota 85 (memantina, donepezil)
NAO nota 97 e antidiabetici nota 100

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 annotando sulla ricetta l'impossibilità di recuperare il PT.





DISPENSAZIONE IN DPC – N° CONFEZIONI

**1) IN ASSENZA DI
CODICE PATOLOGIA**



EROGARE MAX 2
CONFEZIONI PER COPRIRE
60 GIORNI DI TERAPIA

**2) IN PRESENZA DI
CODICE ESENZIONE
PER PATOLOGIA:**



EROGARE MAX 3
CONFEZIONI PER COPRIRE 60
GIORNI DI TERAPIA

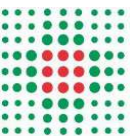
**3) PER FARMACI A
SOMMINISTRAZIONE
TRIMESTRALE/ SEMESTRALE**



EROGARE MAX
1 CONFEZIONE



**NEL CASO IN CUI IL MEDICO COMPILI PIU' DI 1 RICETTA PER LO STESSO FARMACO
IL FARMACISTA DEVE VERIFICARE CHE NON VENGANO SUPERATI
I 60 GIORNI DI TERAPIA!!!!**



DISPENSAZIONE IN DPC- COSA EROGARE

**FARMACI A
BREVETTO
SCADUTO**

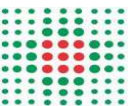


SALVO LE ECCEZIONI PREVISTE,
**IL FARMACISTA EROGA IL FARMACO DISPONIBILE IN
DPC INDIPENDENTEMENTE DALLA MARCA PRESCRITTA**
(A PARITA' DI PRINCIPIO ATTIVO, FORMA
FARMACEUTICA, DOSAGGIO)

**FARMACI
BIOSIMILARI**



IL FARMACISTA VERIFICA CHE SULLA RICETTA
SIA INDICATO
IL NOME DELLA SPECIALITA' MEDICINALE
(NON E' SUFFICIENTE IL PRINCIPIO ATTIVO).
**IL FARMACISTA NON PUO' EFFETTUARE LA
SOSTITUZIONE AUTOMATICA** CON ALTRO FARMACO
BIOLOGICO/BIOSIMILARE
(VEDI PERCORSO PER ENOXAPARINA)



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

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
ZYPREXA 28CPR RIV 10MG	2	
DISPENSARE OLANZAPINA 28 CPR 10 MG!!		



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 PRESCRIZIONE FARMACO A BREVETTO
SCADUTO: DISPENSARE FARMACO DISPONIBILE IN
DPC

INSULINE

E' NECESSARIO CHE IL MEDICO INDICHI IN RICETTA IL NOME COMMERCIALE SPECIFICO DEL FARMACO CHE DOVRÀ ESSERE EROGATO DAL FARMACISTA, IL QUALE NON PUO' EFFETTUARE LA SOSTITUZIONE AUTOMATICA TRA INSULINE BIOSIMILARI.

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

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

PRESCRIZIONE DEI FARMACI BIOSIMILARI

ENOXAPARINA

ENOXAPARINA						
A) PRESCRIZIONE	INHIXA TUTTI I DOSAGGI		CLEXANE 4.000 UI		CLEXANE ALTRI DOSAGGI	
B) FILIERA	DPC CON MINISTOCK		DPC SENZA MINISTOCK		DISTRIBUZIONE DIRETTA	
C) DISPENSAZIONE	1) disponibile in confezionamento da 10 SIRINGHE		1) contattare medico prescrittore per verificare l'opportunità di ricondurre al biosimilare INHIXA, tramite nuova prescrizione		1) contattare medico prescrittore per verificare l'opportunità di ricondurre al biosimilare INHIXA, tramite nuova prescrizione	
						
			SI NUOVA PRESCRIZIONE INHIXA	NO CONFERMTA PRESCRIZIONE CLEXANE	SI NUOVA PRESCRIZIONE INHIXA	NO CONFERMTA PRESCRIZIONE CLEXANE
	2) erogare ciclo di cura completo, con un numero di siringhe pari o di un numero minimo eccedente rispetto a quello totale prescritto dal medico		2) erogare ciclo completo di cura con INHIXA in DPC		2) erogare ciclo completo di cura con CLEXANE in DPC	
					3) inviare copia ricetta al Servizio Farmaceutico, con annotazione a giustifica	
CLEXANE IN CONVENZIONATA: in situazioni di comprovata urgenza (es. turno notturno, festivo) e con annotazione del Farmacista è consentita anche la dispensazione di UNA SOLA CONFEZIONE di Clexane ANCHE nel caso in cui il paziente sia in possesso di ricetta da più confezioni o più ricette per lo stesso farmaco.						

CASI PARTICOLARI PRESCRIZIONE CONFEZIONAMENTI NON PRESENTI IN DPC O FARMACI CON AIC DIFFERENTE

*Cosa fa
il farmacista?*



Prescrizione **di confezionamenti non presenti in DPC** ma riconducibili per medesimo dosaggio e via di somministrazione avente numero di dosi superiori



Il farmacista dovrà avere cura di contattare il medico prescrittore al fine di avvisarlo in merito alla sostituzione del prodotto con quello disponibile in DPC (salvo reali necessità cliniche) ed esplicitare al paziente la tipologia di confezionamento erogato.
Es.: Vimpat 100 mg 14 cpr (disponibile in DPC confezionamento da 56 cpr)

Prescrizione **di specialità medicinali non presenti in DPC per AIC differente** ma riconducibili per medesimo dosaggio, via di somministrazione e numero unità posologiche



Il farmacista dispensa il farmaco presente il elenco DPC
Es. Inhixa 4.000 UI sc C/A 0,4 ml 10 fiale (disponibile in DPC medesima formulazione senza copriago)



TIPOLOGIA FARMACO

Farmaco in elenco DPC
NON SOGGETTO A PT

Farmaco in elenco DPC
SOGGETTO A PT
o Scheda AIFA



Ricetta DEMA: recuperabile sul SAR/SAC
con la TS. Contiene la dicitura: "Farmaco in DPC"
o **Ricetta rossa**

Ricetta DEMA: recuperabile sul SAR/SAC
con la TS. Contiene la dicitura: "Farmaco in DPC"
o **Ricetta rossa** +
Piano Terapeutico o scheda cartacea
(Scheda prescrittiva AIFA Farmaci nota 100)



N.B.: L'apertura delle ricette DEMA da parte del farmacista all'insaputa del cittadino è una VIOLAZIONE perseguibile penalmente!!!

La ricetta DEMA deve contenere i formalismi / le informazioni richieste dalla normativa (es. clausola di non sostituibilità, conta leucocitaria per clozapina, etc...)



PERCORSO DI DISPENSAZIONE FARMACI IN DPC

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN FARMACIA

PERCORSO DI DISPENSAZIONE FARMACI IN DPC

*Farmaco in elenco DPC **NON** soggetto a PT*

**RICETTA
DEMA**

❖ **RECUPERARE LA RICETTA DEMA** CON LA TS DAL SAC/SAR. SCARICARE SUL GESTIONALE E STAMPARE

❖ **VERIFICARE CHE IL FARMACO SIA IN ELENCO DPC** CONTROLLANDO LA PRESENZA SULL'ELENCO REGIONALE (sulla DEMA è comunque presente la dicitura: «contiene farmaco in DPC»)

❖ **SE FARMACO NON IN MINISTOCK:** SOSPENDERE LA DEMA SUL GESTIONALE SAR/SAC (per impedire che la stessa ricetta possa essere spedita da altra farmacia). ALLA CONSEGNA DEL FARMACO: CHIUSURA DELLA RICETTA SUL SAR/SAC E SU WEB DPC

❖ **SE FARMACO IN MINISTOCK:** DISPENSAZIONE SIMULTANEA E CHIUSURA DELLA RICETTA SUL GESTIONALE SAR/SAC E SU WEB DPC

**RICETTA
ROSSA**

❖ **VERIFICARE CHE IL FARMACO SIA IN ELENCO DPC** CONTROLLANDO LA PRESENZA SULL'ELENCO REGIONALE

❖ **SE FARMACO NON IN MINISTOCK:** RICHIEDERE SU WEB DPC E ALLA CONSEGNA CHIUDERE LA RICETTA

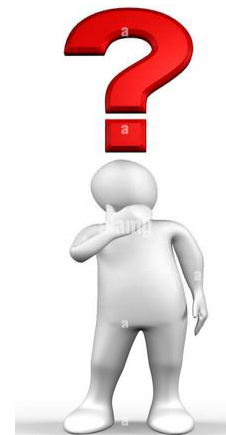
❖ **SE FARMACO IN MINISTOCK:** DISPENSAZIONE SIMULTANEA E CHIUSURA RICETTA SU WEB DPC

FOCUS: GESTIONE RICETTE DEMA – DPC SU WEBDPC

1) GESTIONE RICETTA FARMACO DPC

La ricetta DEMA-DPC DEVE ESSERE SOSPESA SUL GESTIONALE SAR/SAC (per evitare che la ricetta possa essere spedita da un'altra farmacia) **E INSERITA SUL PORTALE WEBDPC PER RICHIEDERE* IL FARMACO** indicando:

- codice NRE della ricetta,
- C.F. assistito,
- data di prescrizione,
- eventuale codice di esenzione per prescrizioni di 3 pezzi



LA CIRCOLARITA' DELLE RICETTE DEMA PERMETTE L'INSERIMENTO SULLA WEBDPC ANCHE DELLE RICETTE DEMA DI ALTRE REGIONI che contengono farmaci in DPC nella nostra Regione

*salvo il caso in cui venga dispensato il farmaco presente in ministock

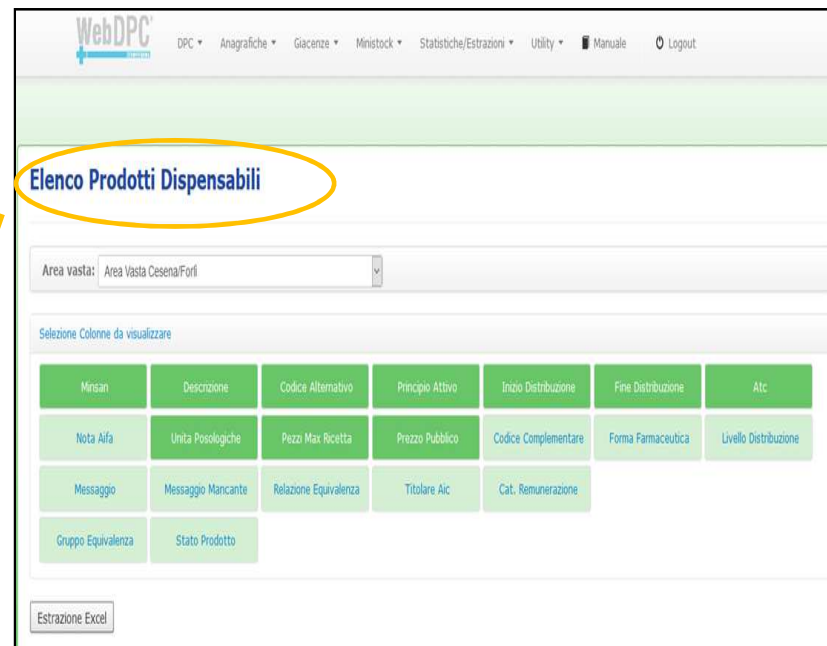
FOCUS: GESTIONE RICETTE DEMA – DPC SU WEBDPC

2) RICHIESTA FARMACO DPC

Sul PORTALE WEBDPC è possibile visualizzare l'ELENCO SEMPRE AGGIORNATO DEI FARMACI DISPONIBILI IN DPC selezionando

“ELENCO PRODOTTI DISPENSABILI”

L'ELENCO PUO' ESSERE ESPORTATO IN FORMATO EXCEL!!!



WebDPC

DPC • Anagrafiche • Gare • Ministock • Statistiche/Estrazioni • Utility • Manuale • Logout

Elenco Prodotti Dispensabili

Area vasta: Area Vasta Cesena/Forlì

Selezione Colonne da visualizzare

Mislan	Descrizione	Codice Alternativo	Principio Attivo	Inizio Distribuzione	Fine Distribuzione	Alt.
Nota Aifa	Unità Posologiche	Pezzo Max Ricetta	Prezzo Pubblico	Codice Complementare	Forma Farmaceutica	Livello Distribuzione
Messaggio	Messaggio Mancante	Relazione Equivalenza	Titolare Aic	Cat. Remunerazione		
Gruppo Equivalenza	Stato Prodotto					

Estrazione Excel



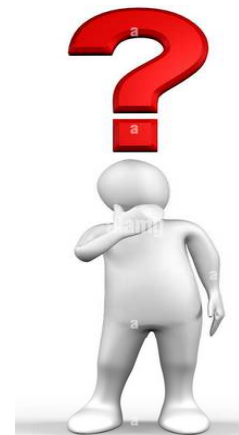
PER RICHIEDERE SUL PORTALE WEBDPC I FARMACI DPC
DIGITARE SEMPRE IL PRINCIPIO ATTIVO.

Il farmaco prescritto potrebbe non corrispondere a quello presente nella
Lista DPC in quel momento!

FOCUS: GESTIONE RICETTE DEMA – DPC SU WEBDPC

3) CONSEGNA FARMACO DPC DA MAGAZZINO

ALLA CONSEGNA del farmaco, per prenderlo in carico occorre **CONFERMARE IL DDT DI CONSEGNA SUL PORTALE WEBDPC** verificando la corrispondenza sul DDT dell'NRE della ricetta utilizzata per la prenotazione.



AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DEL FARMACO CONTROLLARE CHE:

- IL FUSTELLO SULLA CONFEZIONE SIA ANNULATO CON LA DICITURA ROSSA "CONFEZIONE OSPEDALIERA",
- IL MEDICINALE CORRISPONDA A QUELLO PRESCRITTO SULLA RICETTA E SUL PT (qualora il farmaco lo richieda),
- ABBIA UNA DATA DI SCADENZA CONGRUA

FOCUS: GESTIONE RICETTE DEMA – DPC SU WEBDPC

4) CHIUSURA RICETTA DPC

Il farmacista, a dispensazione avvenuta, **DEVE CHIUDERE** la ricetta:

- **sul GESTIONALE SAR/SAC** (per le ricette DEMA–DPC) e
- **sul PORTALE WEBDPC** (sia per le ricette rosse sia per le DEMA-DPC).

LA CHIUSURA SUL PORTALE WEBDPC E' INDISPENSABILE per:

- CONTABILIZZARE la ricetta,
- EVITARE problematiche di chiusura a posteriori (i farmaci per es. potrebbero uscire di gara e non essere più movimentabili sul Portale)



A DISPENSAZIONE AVVENUTA LA RICETTA DEVE TROVARSI NEL PORTALE WEBDPC NELLO STATO “SPEDITA”.

Le ricette chiuse devono essere numerate, datate, timbrate e consegnate separatamente dalle ricette rosse SSN al Servizio Farmaceutico in occasione della presentazione della Distinta Contabile Riepilogativa


Distribuzione per Conto

Area di consultazione

[Home Page](#)

Codice Ricetta: /
 Stato Ricetta:
 Prodotto: X
 Intervallo data inserimento: -
 Intervallo data spedizione: -
 Grossista: X
 Tipo ordine:

Cliccare sulle icone per esportare nell'equivalente formato
 XLS  XLSX
☐ **Download file compresso (valido solo per XLS e CSV)**

Data Inserimento	Data Spedizione	Numero Ricettario	Prodotti	Stato Ricetta	Stato invio Sac	
08/04/2022 11:57:48		080A0/5166815913	(2 pz.) 035606033 - ARIXTRA*SC 10SIR 2,5MG 0,5ML	Aperta		Vedi
08/04/2022 11:57:08		080A0/5166815911	(2 pz.) 035606033 - ARIXTRA*SC 10SIR 2,5MG 0,5ML	Aperta		Vedi

**PERCHE' LA RICETTA
E' APERTA?**

Sul Portale WEBDPC la Farmacia può verificare puntualmente le proprie ricette, comprese quelle in stato “Aperto”.

Motivazioni per cui una ricetta è rimasta in stato APERTO:

- 1) Il paziente non ha ritirato e sono trascorsi più di 30 gg dalla data di inserimento
- 2) Disallineamento tra consegna al paziente del farmaco/ registrazione e scarico della Ricetta
- 3) Altro

La Farmacia deve verificare prima possibile il motivo per cui la ricetta risulta ancora in stato “Aperto”. Se la ricetta non è stata effettivamente spedita va effettuato il reso ed eliminata la ricetta sul Portale.

A FRONTE DI UNA RICETTA APERTA, qualora la Farmacia non sia in grado di dare riscontro motivato e/o i FARMACI SIANO ANCORA IN GIACENZA PRESSO LA FARMACIA e/o risultino invendibili, la Farmacia Ospedaliera procederà con gli adempimenti di competenza.

IL SERVIZIO FARMACEUTICO può chiedere riscontro alle Farmacie nel caso risultino RICETTE in stato “APERTO” scadute di validità (per le quali siano trascorsi oltre 30 giorni dalla data di prescrizione).

PERCORSO DI DISPENSAZIONE FARMACI IN DPC

Farmaco in elenco DPC **soggetto a PT/
Scheda AIFA**

Gestione della ricetta



segue il medesimo percorso dei farmaci senza PT

Gestione del PT
o Schede AIFA (es. nota 100)



Il percorso si differenzia
a seconda della categoria
di farmaci



**Farmaci in DPC con PT: vidimazione + griglia
iniziale da parte del farmacista ospedaliero.**

Il farmacista del territorio compila la griglia con le successive dispensazioni. Il PT deve essere inviato al Servizio farmaceutico a fine validità con relativa griglia esaurita.

**Farmaci Antidiabetici nota 100 e PT NAO
(indicazioni non in nota 97) : vidimazione + attivazione
griglia da parte del farmacista di comunità.** Compilazione della
griglia con le successive dispensazioni. La scheda/PT deve essere
inviata al Servizio farmaceutico sia in fase di attivazione, sia a fine
validità con relativa griglia.

**N.B. PER I FARMACI NAO IN NOTA 97, DAL 28/03/2022, E' PREVISTA UNA SCHEDA PRESCRITTIVA
INFORMATIZZATA CHE NON PREVEDE PIU' VALIDAZIONE DA PARTE DEL FARMACISTA DI COMUNITA'**

**Scheda di
prescrizione
(redatta da
specialista o MMG)**

PT ORIGINALE



o
p
p
u
r
e

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

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
 Specificare se: ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Specialista in _____

Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: ☐ M ☐ F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____
Residente _____

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 GLP-1 RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia renale cronica) o scompenso cardiaco (solo se DPP4)

Nota motivazione (se applicabile):

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angiopatia, ipertensione di ipertensione arteriosa, coronaropatia, malattia cerebrovascolare [pregresso ictus o TIA, vasculopatia cerebrale] o arteriopatia periferica sintomatica).

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

[illegible]

La prescrizione dell'associazione $SQLT \rightarrow QPPb$ e $SQLT \rightarrow SQLT$ BA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diagnostiche rivoluzionarie delle Regioni.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata:

Data prevista per il Follow up: _____

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

+

[illegible]

**PER FARMACI IN DPC
SOGGETTI A PT E A
NOTA AIFA (es. farmaci
con nota 85 o nota 51) il
farmacista verifica, oltre
al PT, la presenza della
Nota AIFA sulla ricetta!!!**



Erogazione in DPC di farmaci soggetti a PIANO TERAPEUTICO/SCHEDA CARTACEA AIFA presso le Farmacie Convenzionate

Cosa deve fare il farmacista?



- 1) VERIFICA I FORMALISMI DEL PT/SCHEDA AIFA: MEDICO E CENTRO PRESCRITTORE, INDICAZIONE TERAPEUTICA, FARMACO CON DOSAGGIO E POSOLOGIA, DATA PRESCRIZIONE, DATA SCADENZA, TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
- 2) EFFETTUA LA VIDIMAZIONE DEL PT/SCHEDA AIFA E ATTIVAZIONE DELLA GRIGLIA DI MONITORAGGIO DELLE DISPENSAZIONI (SOLO PER I CASI PREVISTI: SCHEDA CARTACEA NOTA AIFA 100 E FARMACI NAO PER INDICAZIONI DIVERSE DALLA FANV. I RESTANTI PT DEVONO ESSERE VIDIMATI DALLA FARMACIA OSPEDALIERA)
- 3) INVIA COPIA DEI PT/SCHEDI CARTACEE AIFA E RELATIVE GRIGLIE ATTIVATE AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
- 4) AD OGNI DISPENSAZIONE REGISTRA SULLA GRIGLIA IL N° DI CONFEZIONI EROGATE E QUELLE RIMANENTI
- 5) ALLA SCADENZA DEL PT/SCHEDI CARTACEE AIFA, TRASMETTE I PT TERMINATI E RELATIVE GRIGLIE AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALMENTE COMPETENTE CON LA CONSEGNA MENSILE DELLA DCR

FARMACI DPC SOGGETTI A PT VERIFICA FORMALISMI

Il Piano Terapeutico (PT) consente di limitare la rimborsabilità dei farmaci alle sole condizioni cliniche supportate da evidenze scientifiche e garantisce al paziente la continuità terapeutica H- Territorio.

 **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) _____ Età _____

Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

AUSL di residenza _____ Medico curante _____

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco _____

Farmaco prescritto _____

Posologia _____

Durata del trattamento prevista fino al ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura ☐

Data controllo prevista per: ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Sospensione del trattamento: _____

Motivo della sospensione _____

Data della sospensione ____/____/____ (formato giorno mese anno)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____

Centro autorizzato

Allegato 1 - Determina n. 10325 maggio 2018

**Durata del
trattamento**

La durata del piano non può superare i 12 mesi, quindi eventuali indicazioni da parte del medico del tipo «durata illimitata» non sono valide

**In label per indicazione
terapeutica e posologia**

La diagnosi deve essere pertinente alle norme di concedibilità a carico del SSN e conforme alle indicazioni terapeutiche approvate (rispetto della scheda tecnica e della nota AIFA se prevista)

**Data, Timbro e Firma
del prescrittore**

ESEMPI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT CLOZAPINA

**FARMACO SOGGETTO A PT E A RICETTA
NON RIPETIBILE LIMITATIVA (RNRL)
PRESCRIVIBILE DA
CENTRI OSPEDALIERI O DA SPECIALISTI
(PSICHIATRA, NEUROPSICHIATRA)**

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



**VALIDITA' PT:
4 MESI SE PRIMA
PRESCRIZIONE,
6 MESI PROSECUZIONE
TRATTAMENTO**

Remember!

**LA RICETTA DEVE
CONTENERE
LA DICITURA
"CONTA LEUCOCITARIA
NELLA NORMA"**

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

Assessorato Politiche per la salute – Commissione Regionale del Farmaco

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

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

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

Diagnosi

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

Prescrizione

☐ prima prescrizione ☐ prosecuzione del trattamento
Per la prescrizione di clozapina: è stata effettuata la conta leucocitaria? ☐ SI ☐ NO
Eventuale data di controllo prevista: ____/____/____
Dose/die: _____ Durata prevista del trattamento: _____
La prescrizione/prosecuzione del trattamento ed il monitoraggio degli eventi avversi, in particolare ematologici, devono avvenire in accordo con quanto previsto dall'RCP del farmaco.

Conta ematologica		Azioni necessarie secondo RCP
Leucociti/mm ³ (/l)	Granulociti neutrofili/mm ³ (/l)	
23.500 (23,5x10 ⁹)	22.000 (22,0x10 ⁹)	Proseguire trattamento con clozapina.
3.000-3.500 (3,0x10 ⁹ -3,5x10 ⁹)	1.500-2.000 (1,5x10 ⁹ -2,0x10 ⁹)	Proseguire 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 4 mesi se 1^a prescrizione; non superiore a 6 mesi se prosecuzione del trattamento.

Data _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

ESEMPI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT

FARMACI ANTIAGGREGANTI

In DPC Prasugrel presente
**sia come equivalente sia
come brand (Efient®).**

Per pazienti naive al
trattamento (prima
prescrizione) si utilizza il
farmaco equivalente.

**Per garantire la
continuità terapeutica ai
pazienti già in
trattamento con il brand
il medico deve riportare
sulla ricetta la dicitura
“non sostituibile per
continuità terapeutica”
(o cod.04)**


Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di:

☐ Prasugrel ☐ Ticagrelor 90 mg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Posologia	Durata prevista del trattamento: (durata massima 12 mesi*)
Prasugrel	☐ 10 mg/die ☐ 5 mg/die
Ticagrelor	☐ 90 mg x 2

*la prosecuzione oltre il 12° mese deve essere effettuata compilando il Piano Terapeutico informatizzato di Ticagrelor 60 mg sulla Piattaforma SOLE.

Data valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____



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

**DURATA MASSIMA
12 MESI**

**ATTENZIONE!!!
Per TICAGRELOR: possibilità
dopo 12 mesi di continuare
terapia con 60 mg con nuovo
PT dello specialista**



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



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



SE PRESCRIZIONE DI UN CENTRO FUORI
REGIONE NON E' OBBLIGATORIO IL
PT MA E' COMUNQUE NECESSARIA, DA PARTE DELLA
DISTRIBUZIONE DIRETTA:

- VIDIMAZIONE DI UN DOCUMENTO CHE ATTESTI LA
PRESCRIZIONE SPECIALISTICA (REFERTO) ;
- ATTIVAZIONE DELLA GRIGLIA

***Pertanto dispensazioni in DPC dei
suddetti farmaci in assenza di PT valido
o referto specialistico (nei casi previsti)
vidimati dalla DD sono da considerarsi
irregolari***

ESEMPI FARMACI IN DPC SOGGETTI A PT

FARMACI ANTIPARKINSONIANI

Regione Emilia-Romagna

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco

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

Medico prescrittore _____ Tel _____

Unità Operativa _____
(ad es. U.O. di Neurologia Ospedaliera o Ambulatorio di Neurologia Dipartimento Cure Primarie)

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: M ☐ F ☐ Data di Nascita _____ Residenza _____
(Comune, provincia)

Codice fiscale _____

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

TERAPIA CON L-DOPA: NO ☐ SI ☐

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

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

In caso di **PRIMA PRESCRIZIONE** di rotigotina cerotto, rispondere ai seguenti quesiti:

E' stata sospesa una precedente terapia con dopaminoagonisti? SI ☐ NO ☐

Motivo della sospensione: Scarsa efficacia ☐ Effetti collaterali ☐

Impossibilità ad assumere farmaci per os: SI ☐ NO ☐

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

Data _____ Timbro e Firma del Medico _____

VERIFICATA LA CORRETTEZZA, IL FARMACISTA VIDIMA IL PT E PROCEDE ALLA SUA ATTIVAZIONE MEDIANTE LA COMPILAZIONE DI UNA GRIGLIA

FABBISOGNO CONFEZIONI PER PT**RIGHE PER LA REGISTRAZIONE
DELLE DISPENSAZIONI**

IL FARMACISTA INVIA **COPIA DEL PT/SCHEDA CARTACEA E GRIGLIA**
ATTIVATA AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE SOLO ALLA PRIMA
VALIDAZIONE

**SERVIZIO
FARMACEUTICO
TERRITORIALE**

**IL FARMACISTA RICONSEGNA PT/SCHEDA CARTACEE E GRIGLIA
ORIGINALI AL PAZIENTE!!**

ESEMPIO CONTEGGIO FABBISOGNO DA PT

PT REGIONALE SOLE

DATA EMISSIONE

PT NAO REDATTO OBBLIGATORIAMENTE
DALLO SPECIALISTA SE INDICAZIONE TVP E EP

INDICAZIONE

IL CONTEGGIO DEL N° TOTALE DI
CONFEZIONI (FABBISOGNO) SI BASA SULLA
DURATA DEL PT E SULLA POSOLOGIA
GIORNALIERA:

CONTEGGIO FABBISOGNO CONFEZIONI PER PT:

$\frac{\text{N° GIORNI DI VALIDITA' PT}}{\text{N° UNITA' POSOLOGICHE/POSOLOGIA DIE}}$

NEL CASO SPECIFICO:

364: (28/1)= 13 CONFEZIONI

Regione Emilia-Romagna			
Assessorato Politiche per la salute - Commissione Regionale del Farmaco			
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di Edoxaban nel "Trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP)"			
PT: W0800910121PRTMRC64E17A84G0084 emesso OGGI			
Codice HSP e struttura medico prescrittore Unità operativa medico prescrittore Nome e cognome del medico prescrittore Telefono del medico prescrittore Mail del medico prescrittore		08009101 - OOPEDALE BUFALINI 494 - U.O. CARDIOLOGIA	
Nome e cognome del paziente		Sexo	#
Data di nascita	Codice fiscale		
Indirizzo residenza		Telefono	
Azienda di residenza	Regione residenza	Emilia Romagna	
Azienda di assistenza	Medico di Famiglia	GIANCARLO ROSSI	
L'Edoxaban è a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è stato rilasciato dalle U.O. autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna.			
INDICAZIONE			
☐ TVP			
☐ EP			
☒ Profassi di recidiva di TVP/EP			
CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI (criteri di elezione)			
☒ TVP o EP in fase acuta gestibile attraverso un ricovero breve / a livello domiciliare			
☐ Difficoltà logistico organizzative che rendono problematico l'uso di un AVK			
☐ Presenza di condizioni cliniche particolari che rendono gravosa la terapia con AVK			
Valore VFG			
☒ VFG tra 15-50 ml/min			
☐ VFG > 50 ml/min			
L'Edoxaban deve essere utilizzato solo successivamente alla terapia iniziale con un anticoagulante parenterale somministrato per almeno 5 giorni. L'impiego di Edoxaban non è raccomandato nelle seguenti condizioni:			
- in presenza di una patologia neoplastica attiva;			
- nei pazienti in cui è prevedibile una bassa aderenza alla terapia;			
- VFG < 15ml/min o dialisi.			
Farmaco Prescritto (principio attivo) B01AF03 - EDOXABAN			
Dosaggio 30 mg			
Forma COMPRESSE RIVESTITE			
Posologia 1 cp ogni 24 ore			
Proseguimento o nuova cura PRIMO PIANO TERAPEUTICO			
Data di controllo prevista per:			
Durata del trattamento prevista fino al (Data di scadenza): 52 SETTIMANE			
Firma del medico prescrittore Marco Pretolani			

FARMACO,
DOSAGGIO E POSOLOGIA DIE

DURATA PT

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** Città _____
 Sesso M F Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____ Tel. _____
 AUSL di residenza _____ Medico curante _____
 Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: _____

Farmaco prescritto: RETACRIT*1SIR 40000UI 1ML
1 FIALA OGNI 10 GIORNI
 Posologia _____
 Durata del trattamento prevista fino al ____/____/____ (formato giorno mese anno)
 Altri trattamenti farmacologici in atto: _____

 Primo prescrizione a _____ Prosecuzione cura a _____
 Data controllo prevista per: ____/____/____ (formato giorno mese anno)
 Sospensione del trattamento: _____
 Motivo della sospensione: **10/04/2022**
 Data della sospensione: ____/____/____ (formato giorno mese anno)
10/04/2021
 Data _____ Timbro e firma del medico prescrittore _____



**PRIMA DI OGNI DISPENSAZIONE,
VERIFICARE SEMPRE LA
CORRISPONDENZA TRA IL
FARMACO PRESCRITTO SUL
PT/SCHEDA CARTACEA AIFA E
QUELLO INDICATO SULLA RICETTA!!!**

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

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
RETACRIT*1SIR 4000UI 1	2	

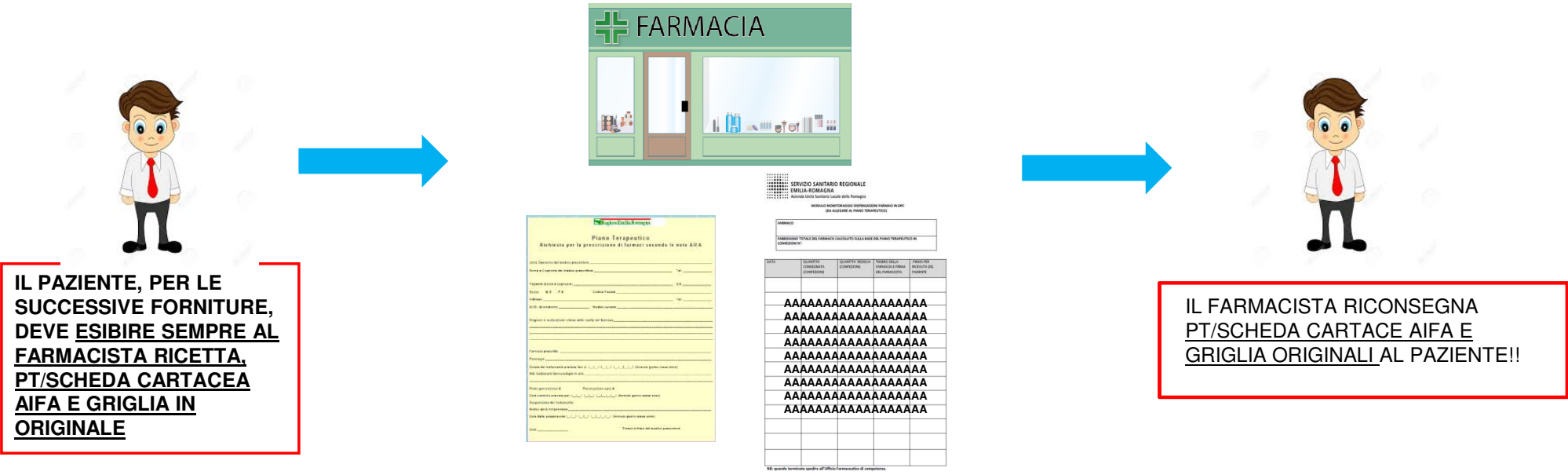
QUESTO DIAGNOSTICO: _____
 N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: _____ TIPO RICETTA: _____ DATA: _____ CODICE FISCALE DEL MEDICO: _____
 CODICE AUTENTICAZIONE: _____
Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n. 78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2010

**PER I FARMACI BIOSIMILARI E' NECESSARIO CHE SIA RIPORTATO IN RICETTA IL NOME COMMERCIALE
SPECIFICO DEL FARMACO CHE DOVRÀ ESSERE EROGATO DAL FARMACISTA, ALTRIMENTI LA RICETTA NON E'
SPENDIBILE**

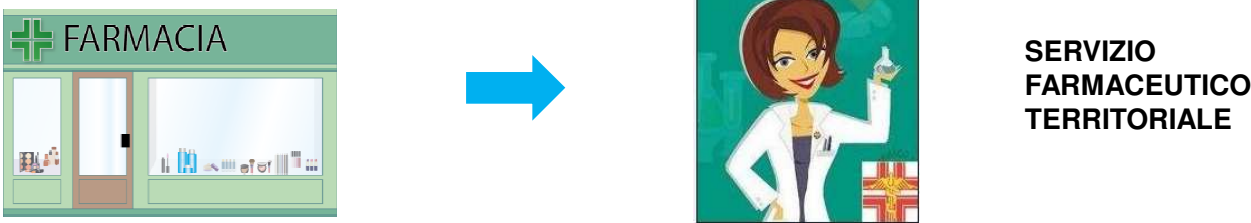
**ATTENZIONE
AL
DOSAGGIO!!!!**

FARMACI DPC SOGGETTI A PT/SCHEDA CARTACEA AIFA
REGISTRAZIONE DELLE EROGAZIONI DPC

- AD OGNI DISPENSAZIONE:** IL FARMACISTA PROVVEDE AD AGGIORNARE LA GRIGLIA REGISTRANDO IL N° DI CONFEZIONI EROGATE, LA DATA DI EROGAZIONE E IL N° DI CONFEZIONI RESIDUE, FINO AL COMPLETAMENTO DEL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA



- ALLA SCADENZA DEL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA:** IL FARMACISTA INVIA PT/SCHEDA CARTACEA AIFA E GRIGLIA ESAURITI AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALMENTE COMPETENTE



FARMACI DPC SOGGETTI A PT/SCHEDA CARTACEA AIFA REGISTRAZIONE DELLE EROGAZIONI DPC -

PRECISAZIONI

IL FARMACISTA, AD OGNI DISPENSAZIONE, VERIFICA LA VALIDITA' DEL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA.

Il calcolo delle confezioni deve essere effettuato dalla data di validazione e/o dispensazione fino alla data di scadenza del PT/SCHEDA CARTACEA AIFA (il calcolo non può tenere conto del periodo già trascorso e delle confezioni non ritirate).

Qualora il paziente non ritiri tutte le confezioni programmate alla scadenza del PT/SCHEDA CARTACEA AIFA, quest'ultima diventa vincolante (eccetto per la dispensazione di 1 confezione in urgenza).

Il PT/SCHEDA CARTACEA AIFA potrebbe essere rinnovato anche prima della scadenza del PT/SCHEDA CARTACEA AIFA precedente (es. variazione farmaco o dosaggio), in questo caso il PT/SCHEDA CARTACEA AIFA rinnovato sostituisce il precedente.

E' consigliabile conservare in farmacia copia del PT/SCHEDA CARTACEA AIFA e della griglia a supporto della dispensazione effettuata.

Nel caso in cui il paziente accetti la fidelizzazione del ritiro presso una farmacia, il PT/SCHEDA CARTACEA AIFA originale può essere conservato dalla farmacia.

Il paziente in ogni momento può decidere di rivolgersi ad altra farmacia.

Pertanto la farmacia e' tenuta a consegnare al paziente il PT/SCHEDA CARTACEA AIFA in originale e la griglia delle dispensazioni, conservandone una copia.

Il paziente consegnerà il PT/SCHEDA CARTACEA AIFA parzialmente utilizzato alla nuova farmacia che ne completerà l'erogazione.

PT/SCHEDA CARTACA AIFA SCADUTI E DISPENSAZIONE URGENTE

I PIANI TERAPEUTICI HANNO VALIDITA' MASSIMA DI 12 MESI.

LA VALIDITA' DEL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA DEVE ESSERE SEMPRE INDICATA DAL PRESCRITTORE.

IL FARMACISTA, AD OGNI DISPENSAZIONE, **VERIFICA LA VALIDITA' DEL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA.**

E' BUONA NORMA AVVISARE IL PAZIENTE QUANDO IL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA HA UNA VALIDITA' RESIDUA DI 2 MESI AFFINCHE' POSSA AVERE IL TEMPO NECESSARIO PER ATTIVARE IL PERCORSO DI RINNOVO.

IN CASO DI URGENZA, QUALORA IL PAZIENTE NON ABBIA PROVVEDUTO AL RINNOVO DEL PT/SCHEDA CARTACEA AIFA, MA SIA IN POSSESSO DI REGOLARE PRESCRIZIONE MEDICA,
SARA' POSSIBILE EROGARE SOLO 1 CONFEZIONE DI FARMACO PER GARANTIRE LA CONTINUITA' TERAPEUTICA, INVITANDO AL CONTEMPO IL PAZIENTE A RIVOLGERSI ALLO SPECIALISTA (o MMG).

SCHEDE DI PRESCRIZIONE SECONDO NOTA AIFA (FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 97 E NOTA 100)

La SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE sostituisce i precedenti modelli di PT nazionali/regionali e deve essere rilasciata al paziente da presentare alla farmacia

Scheda di prima prescrizione

da utilizzare per gli inizi terapia- validità massima di **6 mesi**

Scheda di rinnovo della prescrizione o follow-up

da utilizzare per i rinnovi terapia- validità massima di **12 mesi**

*A partire dal **28 marzo 2022** per i farmaci soggetti a Nota 97 nell'indicazione FANV è necessario utilizzare la **SCHEDA ELETTRONICA**, al posto di quella cartacea o del PT SOLE regionale.*

Per i farmaci antidiabetici soggetti a Nota 100, nelle more dell'informatizzazione, sono disponibili le schede in formato cartaceo.



***Cosa deve fare il
farmacista?***



SCHEDE DI PRESCRIZIONE CARTACEE SECONDO NOTA AIFA



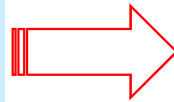
IL FARMACISTA GESTISCE LE SCHEDE CARTACEE ALLO STESSO MODO CON CUI GESTISCE I PIANI TERAPEUTICI:

- ✓ VERIFICA I FORMALISMI: MEDICO PRESCRITTORE, DIAGNOSI, TERAPIA, DATA VALUTAZIONE, DATA FOLLOW-UP, TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
- ✓ EFFETTUA LA VIDIMAZIONE CON ATTIVAZIONE GRIGLIA
- ✓ INVIA COPIA DELLE SCHEDE E RELATIVE GRIGLIE ATTIVATE AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE
- ✓ REGISTRA IL N° DI CONFEZIONI DISPENSATE
- ✓ TRASMETTE LE SCHEDE TERMINATE ASSIEME ALLE RELATIVE GRIGLIE AL SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALMENTE COMPETENTE CON LA CONSEGNA MENSILE DELLA DCR

PRESCRIZIONE DEI FARMACI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO) IN DPC

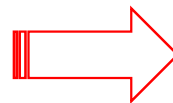
A seconda dell'indicazione, i NAO seguono modalità prescrittive differenti:

FIBRILLAZIONE ATRIALE NON
VALVOLARE (FANV)



SCHEDA DI PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA
(specialista o MMG) + ricetta DEMA-DPC con **nota 97**

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



PIANO TERAPEUTICO
SOLO Specialista + ricetta DEMA-DPC (**senza nota AIFA**)

NAO				
Indicazione	nota AIFA	Prescrittore	Strumento prescrittivo	Ricetta DEMA
FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VALVOLARE (FANV)	97	MMG e Specialisti convenzionati con SSN	Scheda informatizzata nota AIFA 97	deve riportare nota 97, n. protocollo e scadenza scheda elettronica
TRATTAMENTO DELLA TVP, EMBOLIA POLMONARE E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI TVP/EP	/	solo Specialisti centri autorizzati	fino al 30 giugno 2022 PT Sole, dal 01 luglio 2022 PT del Registro web based AIFA	nessuna annotazione particolare

NOTA AIFA 97 – SCHEDA DI PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA



- A PARTIRE DAL 28/03/2022 è stata resa disponibile la SCHEDA DI PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA NOTA AIFA 97 compilabile da MMG o specialista del Servizio sanitario regionale
- Il sistema prescrittivo elettronico prevede che il medico PRIMA compili la scheda elettronica e SUCCESSIVAMENTE rilasci la ricetta DEMA con apposizione della NOTA 97
- La prima prescrizione elettronica ha validità max 6 mesi, mentre la scheda elettronica di follow-up ha max 12 mesi di validità, a discrezione del medico curante
- LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA ELETTRONICA GENERA UN N° DI PROTOCOLLO CHE VERRA' AUTOMATICAMENTE INSERITO NELLA DEMA, INSIEME ALLA DATA DI SCADENZA DELLA SCHEDA

NOTA AIFA 97 – SCHEDA DI PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA



LA SCHEDA ELETTRONICA DI FOLLOW-UP PUO' ESSERE INSERITA NEL SISTEMA TS SOLO IN PRESENZA DI UNA SCHEDA ELETTRONICA DI VALUTAZIONE/PRESCRIZIONE!!

AD OGNI SUCCESSIVA VARIAZIONE DELLA TERAPIA E' NECESSARIO COMPILARE UNA NUOVA SCHEDA ELETTRONICA DI VALUTAZIONE/PRESCRIZIONE E CONSEGUENTI FOLLOW-UP

UNA SCHEDA PUO' ESSERE ANNULLATA DAL MEDICO SOLO SE SI TRATTA DELLA PRIMA SCHEDA ELETTRONICA DI VALUTAZIONE/PRESCRIZIONE E MAI DI UN FOLLOW-UP!!

LA COMPILAZIONE DI UNA NUOVA SCHEDA ELETTRONICA DI FOLLOW-UP VA AUTOMATICAMENTE A SOSTITUIRE QUELLA PRECEDENTE

NOTA AIFA 97 – SCHEDA DI PRESCRIZIONE DEMATERIALIZZATA

*Cosa deve fare il
farmacista?*



✓ IN FASE EROGATIVA, LA SCHEDA ELETTRONICA NON E' VISUALIZZABILE DA PARTE DEL FARMACISTA, CHE QUINDI SARA' **TENUTO A CONTROLLARE LA PRESENZA SULLA RICETTA DEMA DEL N° DI PROTOCOLLO** A GARANZIA DELL'ESISTENZA DI UNA SCHEDA DI PRESCRIZIONE E **LA DATA DI SCADENZA** A GARANZIA DELLA VALIDITA' DELLA SCHEDA

✓ SARA' POSSIBILE EROGARE L'ULTIMA RICETTA DEMA REDATTA AL MAX ENTRO 30 GIORNI DALLA DATA DI SCADENZA DELLA SCHEDA, IN ATTESA DEL SUO RINNOVO

✓ IN SITUAZIONI DI IMPOSSIBILITA' DI ACCESSO AL SISTEMA ELETTRONICO PRESCRITTIVO, IL MEDICO POTRA' EMETTERE UNA RICETTA CARTACEA, **DICHIARANDO SULLA RICETTA TALE IMPOSSIBILITA'**, E IL PAZIENTE DOVRA' ESIBIRE AL FARMACISTA **COPIA CARTACEA DELLA SCHEDA IN CORSO DI VALIDITA'**

NAO PER IL TRATTAMENTO DI TVP/EP – PIANO TERAPEUTICO AIFA

Codice Paziente	Idm. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2020121613350900011667	BR.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**

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

DATA EMISSIONE
 Data del Piano Terapeutico: **.OGGI**

DURATA PT
 Durata Piano Terapeutico (settimane): **52**

AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE DI BORGO SAN LORENZO
MEDICINA INTERNA
Dott. SILVIA BLASZCZYK
[Firma]

- AIFA ha previsto come un unico strumento prescrittivo per i NAO nel trattamento della TVP, EP e nella profilassi delle recidive di TVP ed EP il **REGISTRO WEB BASED AIFA** compilabile solo dagli specialisti afferenti ai Centri prescrittori già autorizzati all'emissione del PT regionale SOLE
- E' stato stabilito un periodo transitorio, fino al **30 giugno 2022**, in cui potranno essere emessi ancora PT sul portale SOLE (che rimarranno validi fino alla loro scadenza)
- A partire dal 01 LUGLIO 2022** gli specialisti dovranno effettuare le prescrizioni **ESCLUSIVAMENTE ATTRAVERSO IL REGISTRO WEB BASED AIFA**
(i PT SOLE non potranno più essere accettati)

Counselling del farmacista nella FANV: le schede informative per il paziente

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna 	Scheda informativa per il paziente Rivaroxaban - Xarelto® Compresse rivestite 2,5 mg- 10 mg -15 mg-20 mg
Posologia e modalità di somministrazione	
	SEGUIRE LE INDICAZIONI DEL MEDICO PER DOSE E POSOLOGIA
Xarelto è per uso orale. Le compresse devono essere assunte con del cibo; possono essere frantumate e mescolate con un po' d'acqua o purea di mele immediatamente prima dell'uso.	
Informazioni utili	
Faccia particolare attenzione con Xarelto: - se deve sottoporsi a intervento chirurgico: in questo caso sarà necessario sospendere Xarelto temporaneamente a causa dell'aumentato rischio di sanguinamento. È molto importante assumere Xarelto prima e dopo l'operazione esattamente all'ora che le è stata detta dal medico. - se cade o si ferisce durante il trattamento, soprattutto se prende un colpo alla testa. Chiami subito il medico.  NON assumere autonomamente altri medicinali, integratori alimentari o prodotti erboristici senza aver prima consultato il medico curante.	
Cosa fare in caso di	
Se prende più Xarelto di quanto deve, informi immediatamente il medico; potrebbe avere un rischio maggiore di sanguinamento.	
Se dimentica di prendere Xarelto - Se sta prendendo una compressa da 10 mg, 15 mg o 20 mg una volta al giorno e ha dimenticato una dose, la prenda non appena se ne ricorda. Non prenda più di una compressa in uno stesso giorno per compensare la dimenticanza della dose. Prenda la compressa successiva il giorno seguente e quindi prosegua con una compressa una volta al giorno. - Se sta prendendo una compressa da 15 mg due volte al giorno e ha dimenticato una dose, la prenda non appena se ne ricorda. Non prenda più di due compresse da 15 mg in uno stesso giorno. Se dimentica una dose, può prendere contemporaneamente due compresse da 15 mg per assumere un totale di due compresse (30 mg) in un giorno. Il giorno seguente, prosegua con una compressa da 15 mg due volte al giorno. - Se sta prendendo una compressa da 2,5 mg due volte al giorno e ha dimenticato una dose non prenda una dose doppia per compensare la dimenticanza della dose. Se dimentica una dose, prenda la dose successiva all'ora abituale.	
NON interrompa il trattamento con Xarelto senza avere consultato prima il medico.	
In caso di episodi di sanguinamento informare immediatamente il medico.	
Raccomandazioni importanti	
Porti sempre con sé la tessera per il paziente presente all'interno della confezione di Xarelto. La scheda, debitamente compilata da lei o dal suo medico, contiene informazioni importanti per informare gli operatori sanitari del suo trattamento con Xarelto.	



Farmaci soggetti a nota AIFA 100 disponibili nel Prontuario Terapeutico AUSL Romagna

disponibili in Distribuzione Per Conto

INIBITORI DPP-4

SITAGLIPTIN	JANUVIA*28CPR RIV 25,50 e 100MG	SITAGLIPTIN/METFORMINA	EFFICIB*56CPR RIV 50MG+850MG e 50MG+1000MG
ALOGLIPTIN	VIPIDIA*28CPR RIV 6,25, 12,5MG e 25MG	ALOGLIPTIN/METFORMINA	VIPDOMET*56CPR RIV 12,5+850MG e 12,5+1000MG
VILDAGLIPTIN	GALVUS*56CPR 50MG	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	EUCREAS*60CPR 50MG+850MG e 50MG+1000MG
LINAGLIPTIN	TRAJENTA*28CPR RIV 5MG	LINAGLIPTIN/METFORMINA	JENTADUETO*56CPR RIV 2,5+850MG e 2,5+1000MG
SAXAGLIPTIN	ONGLYZA*28CPR RIV 2,5MG e 5 MG	SAXAGLIPTIN/METFORMINA	KOMBOGLYZE*56CPR RIV 2,5+850MG e 2,5+1000MG

AGONISTI RECETTORIALI GLP-1

LIXISENATIDE	LYXUMIA*1PEN 3ML 10MCG e 20MCG
LIRAGLUTIDE	VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML
EXENATIDE	BYETTA*SC1PEN 1,2ML 5MCG/20MCL e 2,4ML 10MCG/40MCL
EXENATIDE RP	BYDUREON*SC 4PEN BCISE 2MG RP
DULAGLUTIDE	TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML e 1,5MG 0,5ML
SEMAGLUTIDE	OZEMPIC*1PEN 0,25MG/D+4AGHI,0,5MG/D+4AGHI e 1MG/D+4AGHI
	RYBELSUS 3MG, 7MG E 14 MG COMPRESSE

ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE

ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE	INCRESYNC*28CPR RIV 12,5+30MG e 25+30MG
EMPAGLIFLOZIN/LINAGLIPTIN	GLYXAMBI*30CPR RIV 25MG+5MG e 10MG+5MG
SAXAGLIPTIN/DAPAGLIFLOZIN	QTERN*28CPR RIV 5MG+10MG
INSULINA DEGLUTEC/LIRAGLUTIDE	XULTOPHY*5PEN 100U/ML+3,6MG/ML
INSULINA GLARGINE/LIXISENATIDE	SULIQUA*3PEN 100U/ML+33MCG/ML e 3PEN 100U/ML+50MCG/ML

INIBITORI SGLT-2

ERTUGLIFLOZIN	STEGLATRO*28CPR RIV 5MG e 15MG	ERTUGLIFLOZIN/METFORMINA	SEGLUROMET*56CPR 2,5MG+1000MG e 7,5MG+1000MG
EMPAGLIFLOZIN	JARDIANCE*28CPR RIV 10MG e 25MG	EMPAGLIFLOZIN/METFORMINA	SYNJARDY*56CPR RIV 12,5+1000MG, 12,5+850MG, 5MG+850MG e 5MG+1000MG
CANAGLIFLOZIN	INVOKANA*30CPR RIV 100MG e 300MG	CANAGLIFLOZIN/METFORMINA	VOKANAMET*60CPR 50+1000MG FL, 50+850MG, 150+1000MG FL e 150+850MG FL
DAPAGLIFLOZON	FORXIGA*28CPR RIV 10MG	DAPAGLIFLOZIN/METFORMINA	XIGDUO*56CPR RIV 5MG+1000MG e 5MG+850MG

Farmaci soggetti alla nota AIFA 100: chi può prescrivere cosa?



INIBITORI SGLT2	Canagliflozin
	Dapagliflozin
	empagliflozin
	ertugliflozin
AGONISTI RECETTORIALI GLP1	dulaglutide
	exenatide
	exenatide LAR
	liraglutide
	lixisenatide
	semaglutide
INIBITORI DPP4	alogliptin
	linagliptin
	saxagliptin
	sitagliptin
	vildagliptin

Possono essere prescritti da MMG e Specialisti SSN che hanno accesso al sistema prescrittivo DEMA in monoterapia e in associazione con altri farmaci non inclusi nella Nota

INIBITORI SGLT2	+	INIBITORI DPP4
INIBITORI SGLT2	+	AGONISTI RECETTORIALI GLP1

Possono essere prescritte da specialisti operanti presso le strutture Diabetologiche autorizzate dalla Regione. Il MMG può prescrivere su ricetta soltanto nel periodo di validità della scheda redatta dallo specialista

Scheda prescrittiva

La SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE sostituisce i precedenti modelli di PT nazionali/regionali e deve essere rilasciata al paziente da presentare in farmacia

Scheda di prima prescrizione

da utilizzare per gli inizi terapia- **validità massima di 6 mesi**

Scheda di rinnovo della prescrizione

da utilizzare per i rinnovi terapia- **validità massima di 12 mesi**

Le schede sono disponibili in formato cartaceo (pdf editabile) all'indirizzo web: <https://www.aifa.gov.it/nota-100>

I PT in corso di validità rimangono tali sino alla loro scadenza, salvo necessità di rivalutazione clinica e comunque si ritiene valida la prescrizione con la data più recente

Esempio

*PT di Galvus (vildagliptin) emesso dal diabetologo datato 06/08/2021 con scadenza 05/08/2022
Il MMG alla rivalutazione opta per prescrizione di Forxiga (dapagliflozin) 10mg e prescrive il farmaco **su scheda prescrittiva nota100**.
Si considera valida la prescrizione di Forxiga che annulla quella precedente di Galvus.*



Scheda PRIMA PRESCRIZIONE pag. 1

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 31 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

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****

☐ controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco) (solo se DPP4i)

☐ altra motivazione (specificare) _____

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

Validità massima 6 mesi

Quale valutazione è necessaria per la prescrizione dei farmaci in Nota 100?

Sia nel caso di prima prescrizione che di rinnovo o modifica della prescrizione. È necessario eseguire una visita medica ed alcuni esami di laboratorio (emoglobina glicata, creatinina plasmatica per calcolo VGF, eventualmente dosaggio dell'albuminuria)

Albuminuria campo non obbligatorio

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			

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

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

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

Scheda PRIMA PRESCRIZIONE pag. 2

Validità massima 6 mesi**Prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA solo da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalla RER****Prescrizione di associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP****In questi casi il MMG può effettuare la prescrizione tramite ricetta soltanto nel periodo di validità della scheda di prescrizione redatta dal diabetologo**

Scheda RINNOVO PRESCRIZIONE pag. 1

Validità massima 12 mesi

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 31 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 SGLT2i)
- ☐ malattia renale cronica*** (solo se SGLT2i)
- ☐ 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 DPP4i)
- ☐ controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco) (solo se DPP4i)
- ☐ altra motivazione (specificare) _____

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

**Parte da compilare solo se
cambia la scelta terapeutica**

Quale valutazione è necessaria per la prescrizione dei farmaci in Nota 100?

Sia nel caso di prima prescrizione che di rinnovo o modifica della prescrizione. È necessario eseguire una visita medica ed alcuni esami di laboratorio (emoglobina glicata, creatinina plasmatica per calcolo VGF, eventualmente dosaggio dell'albuminuria)

Albuminuria campo non obbligatorio

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			

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

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

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

Scheda RINNOVO PRESCRIZIONE pag. 2

Validità massima 12 mesi**Prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA solo da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalla RER****Prescrizione di associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP****In questi casi il MMG può effettuare la prescrizione tramite ricetta soltanto nel periodo di validità della scheda di prescrizione redatta dal diabetologo**

Dapagliflozin



indicazione “ trattamento dell’insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta”

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

E	Campo obbligatorio ai fini dell'eleggibilità	FORXIGA (dapagliflozin)	
O	Campo obbligatorio	Insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta	
1- Registrazione paziente (RP)			
Centro prescrittore			
Medico prescrittore (nome e cognome)			
Tel.			
e-mail			
Cognome		In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel DB centrale il paziente sarà identificato solo dal codice che sarà assegnato	
Nome			
CF			
Data di nascita		/./....	E solo pazienti ≥18 anni
Sesso		M	
Comune di nascita		F	
Estero			
Se estero indicare codice STP			
ASL di residenza			
ASL di domicilio se diverso			
Nome cognome di MMG			
Codice ASL MMG			
2- Eleggibilità e Dati Clinici (EDC)			
Forxiga è indicata negli adulti per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta.			
Per i pazienti già in trattamento (risposta 'SI' alla domanda 'Paziente già in trattamento con dapagliflozin ed eleggibile secondo i criteri specificatamente individuati in questa scheda AIFA di monitoraggio?') l'eleggibilità è riferita all'inizio reale del trattamento con il medicinale. La raccolta delle informazioni è necessaria ai fini del proseguimento del trattamento e follow up (inserimento delle Rivalutazioni stato di malattia obbligatorie) a carico SSN.			
Si prega di prendere visione di RCP per le informazioni complete sull'utilizzo di Forxiga.			
E	Insufficienza cardiaca sintomatica cronica di classe NYHA:	I II III IV	blocco blocco blocco se >40%
E	Frazione di eiezione ventricolare (%)	..	
O	Marker dello scompenso cardiaco:	Peptide natriuretico tipo B (BNP) Pro-BNP (NT-proBNP)	scelta multipla. È sufficiente uno dei due markers

3- Piano terapeutico (PT) Forxiga valido per 6 o 12 mesi			
Il sistema riporta in automatico i dati del paziente dalla scheda RP			
O	Data del piano terapeutico:	.././....	
O	Durata del piano terapeutico (mesi)	6	
		12	
O	Posologia (mg/die)	5 10	Dose iniziale raccomandata in pazienti con compromissione epatica grave Il PT traccia la prima posologia indicata al momento della compilazione. Il PT non traccia invece la titolazione e le eventuali modifiche di posologia all'interno della sua durata, che devono essere gestite dal medico prescrittore/MMG tenendo presente le indicazioni contenute nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).
O	Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:	..	
O	Data di interruzione della terapia	.././....	Default come requisito della piattaforma

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

NB: quando terminato spedire all'Ufficio Farmaceutico di competenza

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)					
Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Posologia	
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die		☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 v/die ☐ 50/1000 mg per 2 v/die ☐ 150/850 mg per 2 v/die ☐ 130/1000 mg per 2 v/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 v/die ☐ 5/1000 mg per 2 v/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 v/die ☐ 5/1000 mg per 2 v/die ☐ 12.5/850 mg per 2 v/die ☐ 12.5/1000 mg per 2 v/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2.5/1000 mg per 2 v/die ☐ 7.5/1000 mg per 2 v/die
DPP4i	☐ 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 v/die ☐ 12.5/1000 mg per 2 v/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2.5/850 mg per 2 v/die ☐ 2.5/1000 mg per 2 v/die
	☐ saxagliptin	☐ 2.5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2.5/850 mg per 2 v/die ☐ 2.5/1000 mg per 2 v/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 v/die ☐ 50/1000 mg per 2 v/die
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 v/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 v/die ☐ 50/1000 mg per 2 v/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 v/die ☐ 10 mcg per 2 v/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 penne	dosì unitarie una volta/die da 10 a 500 U di degludec o da 10 a 1.8 mg di liraglutide
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penne 10-40	dosì 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 penne 30-60	dosì unitarie una volta/die da 30 a 90 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			

VIDIMAZIONE DA
PARTE DELLE
FARMACIE DEL
TERRITORIO

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: 01/01/2022

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

Data di valutazione 01/04/2022

Insulina glargine penne

Timbro e Firma del Medico
 Dott. Maria Rosa BSCMRBA76D99U90

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]

Dott. Mario Rossi RSSMRA76R28H294C
MMG convenzionato con AUSL Romagna

[illegible]

Compilazione di **due griglie** con i due diversi dosaggi e calcolo delle rispettive confezioni, fino ad esaurimento delle confezioni previste dalla scheda

**N.B.
ALLEGARE
ENTRAMBE
LE GRIGLIE
ALLA SCHEDA
NOTA 100!**

[illegible]

Counselling del farmacista nel diabete: le schede informative per il paziente



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



Scheda Informativa per il paziente

Dulaglutide- Trulicity®

0,75 mg - 1,5 mg

**Soluzione iniettabile in penna
preriempiuta**



POSOLOGIA e MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

1 INIEZIONE A SETTIMANA
SOMMINISTRAZIONE SOTTOCUTANEA
(In addome, coscia o parte superiore del braccio)

CONSERVARE IN
FRIGO.
NON CONGELARE

COSA FARE IN CASO DI

Se dimentica una dose e mancano almeno 3 giorni alla dose successiva, inietti la dose dimenticata il prima possibile. Se mancano meno di 3 giorni alla dose successiva programmata, la dose che il paziente ha dimenticato deve essere saltata. Inietti poi la dose successiva il giorno regolarmente programmato.

Se prende più Trulicity di quanto deve, contatti immediatamente il medico.

NON interrompa il trattamento con Trulicity senza avere consultato prima il medico



INFORMAZIONI UTILI



Trulicity ha un effetto minimo sulla capacità di guidare, ma porre attenzione e prudenza in caso di guida.



NON assumere autonomamente altri medicinali, integratori alimentari o prodotti erboristici senza aver prima consultato il medico curante.

PERCORSO DI DISPENSAZIONE FARMACI IN DPC

SCHEMATIZZIAMO IL PERCORSO



- 1.** SCARICARE LA RICETTA, SE DEMA, CON LA TS DAL SAC/SAR
- 2.** SE IL FARMACO RICHIEDE PT O SCHEDA AIFA: PER NAO (TVP/EP) E SCHEDA AIFA 100 SE DEVE ESSERE VALIDATO VERIFICARE LA VALIDITA' E ATTIVARE LA GRIGLIA. PER NAO O ALTRI FARMACI CON PT GIA' VALIDATO DALLA FARMACIA OSPEDALIERA: COMPILARE LA GRIGLIA. CONTROLLARE SEMPRE LA CORRISPONDENZA TRA FARMACO IN RICETTA E PT/SCHEDA AIFA
- 3.** SOSPENDERE LA RICETTA SUL GESTIONALE (SE DEMA)
- 4.** INSERIRE LA RICETTA SUL WEBDPC PER ORDINARE IL PRODOTTO
- 5.** CARICARE IL MEDICINALE CONSEGNATO DAL MAGAZZINO SU WEB-DPC FACENDO RIFERIMENTO AL DDT

PERCORSO DI DISPENSAZIONE FARMACI IN DPC



SCHEMATIZZIAMO IL PERCORSO

- 6.** CONTROLLARE LA CORRETTEZZA DEL PRODOTTO ARRIVATO, ASSOCIANDOLO ALL'NRE DELLA RICETTA RIPORTATO SUL DDT
- 7.** VERIFICARE LA PRESENZA DELL'ANNULLAMENTO DEI FUSTELLI CON STAMPIGLIATURA "CONFEZIONE OSPEDALIERA"
- 8.** CONSEGNA DEL MEDICINALE E CHIUSURA DELLA RICETTA SUL GESTIONALE (SE DEMA)
- 9.** CHIUSURA RICETTA SUL WEBDPC PER LA CONTABILIZZAZIONE
- 10.** NUMERAZIONE RICETTA, INSERIRE TIMBRO E DATA DI SPEDIZIONE E CONSERVAZIONE SEPARATAMENTE DALLE RICETTE SSN

DISPENSAZIONE IN DEROGA ALLA DPC (OVVERO IN CONVENZIONATA)

QUANDO



SOLO IN PRESENZA DI VALIDA MOTIVAZIONE E DOCUMENTAZIONE!

MOTIVAZIONI	MODALITA' OPERATIVA
<u>1)FARMACO DPC MANCANTE</u> PRESSO ALMENO 2 FORNITORI (di cui 1 è SEMPRE il capofila per l'area di riferimento)	IL FARMACISTA <u>STAMPA LA NOTIFICA DI MANCANTE DALLA WEBDPC</u> CHE RIPORTA IL NUMERO NRE DELLA DEMA E APPONE IN ALTO A DESTRA LA DATA DI EROGAZIONE E IL N° DI FOGLIO DI REGISTRO SUL QUALE APPLICA I FUSTELLI. LA RICETTA VIENE CHIUSA SUL SAR/SAC. LA NOTIFICA DI MANCANTE DEVE ESSERE CONSEGNATA ALL' U.O. AFT IN BUSTA SEPARATA. E' POSSIBILE <u>SPEDIRE SOLO 1 RICETTA IN CONVENZIONATA.</u>
<u>2)FARMACO URGENTE</u> E NON PRESENTE IN QUEL MOMENTO IN FARMACIA	IL FARMACISTA <u>ANNOTA E MOTIVA L'URGENZA</u> (compresa DATA, ORA) SUL PROMEMORIA CARTACEO DELLA RICETTA DEMA – DPC E <u>SPEDISCE SOLO 1 CONFEZIONE IN SSN.</u>
<u>3)AUTORIZZAZIONE CIRCOLARE 18/2013</u>	IL FARMACISTA SPEDISCE LA RICETTA SOLO SE PRESENTA IL NUMERO DEL PROTOCOLLO E DATA DI AUTORIZZAZIONE AUSL

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



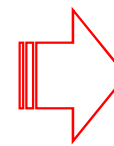
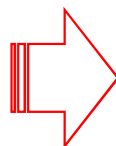
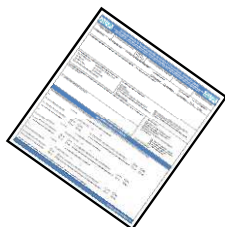
shutterstock.com • 532066156

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**.



**MMG o
Specialista che ha
in carico il
paziente**

**Segnalazione ADR +
relazione clinica/referto**

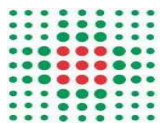


Autorizzazione



**Il MMG o specialista appone sulla ricetta
la dicitura “non sostituibile”
+
estremi dell’autorizzazione rilasciata
dall’ASL**

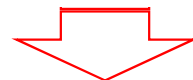




CIRCOLARE 18: Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci a brevetto scaduto erogati in DPC

Sono ESCLUSE dal percorso autorizzativo le seguenti classi terapeutiche:

- **ANTIEPILETTICI (N03A)**
- **IMMUNOSOPPRESSORI (L04A)**
- **ANTIAGGREGANTI (B01AC)**



Qualora il medico ritenga necessario garantire la continuità terapeutica dovrà apporre in ricetta la relativa clausola: «**Non sostituibile per continuità terapeutica**» o «**Sic volo per continuità terapeutica**».

Anche su ricetta DEMA il medico è tenuto a riportare la clausola di non sostituibilità come **testo libero in ricetta** o, in alternativa, inserendo la **codifica Ministeriale: codice 04 («Non si applica l'art. 15, comma 11-bis, perché non si tratta di una prima prescrizione per una patologia cronica o di un nuovo episodio di patologia non cronica»)**.



Eccezioni alla sostituibilità dei farmaci a brevetto scaduto

ANTIEPILETTICI				
	Prescrizione per specialità medicinale:			Prescrizione per principio attivo:
	KEPPRA LAMICTAL TOPAMAX <i>marca branded</i>	LEVETIRACETAM LAMOTRIGINA TOPIRAMATO <i>marca disponibile in DPC</i>	LEVETIRACETAM LAMOTRIGINA TOPIRAMATO <i>altri marchi</i>	LEVETIRACETAM LAMOTRIGINA TOPIRAMATO
CON CLAUSOLA "NON SOSTITUIBILE" →	dispensare marca branded in DPC	dispensare marca disponibile in DPC	dispensare altra marca in CONVENZIONATA	dispensare marca disponibile in DPC
SENZA CLAUSOLA "NON SOSTITUIBILE" →	dispensare marca disponibile in DPC	dispensare marca disponibile in DPC	dispensare marca disponibile in DPC	

- LE MODALITA' RIASSUNTE NELLO SCHEMA SI APPLICANO ANCHE AL GABAPENTIN UTILIZZATO NELL' EPILESSIA (PRESCRIZIONE SENZA NOTA AIFA 4).
- IN ASSENZA DI CLAUSOLA DI NON SOSTITUIBILITA', SE IL PAZIENTE RIFIUTA LA SOSTITUZIONE CON FARMACO EQUIVALENTE, IL COSTO DELL'INTERO FARMACO RIMANE A CARICO DELL'ASSISTITO .

GABAPENTIN PRESCRITTO A CARICO SSN IN NOTA 4 (es. dolore post-ictus o da lesione midollare, nevralgia post-erpetica, neuropatia diabetica, polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose nei pazienti in cui l'impiego degli antidepressivi triciclici e della carbamazepina è controindicato o inefficace)

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	
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



ESEMPI GABAPENTIN

**EROGARE IL FARMACO
PRESENTE IN DPC**

**EROGARE IL FARMACO IN SSN SOLO SE
PRESENTE AUTORIZZAZIONE
RILASCIATA DAL SERVIZIO
FARMACEUTICO (PERCORSO CIRC.
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	
GABAPENTIN ABC*50CPS 300MG	2	4	
AUT. N.			
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

GABAPENTIN PRESCRITTO A CARICO SSN PER L'EPILESSIA (SENZA NOTA AIFA)

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,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

ESEMPI GABAPENTIN



**EROGARE IL FARMACO
PRESENTE IN DPC**

**EROGARE IL FARMACO PRESCRITTO IN SSN
(PRESENTE CLAUSOLA DI NON
SOSTITUIBILITA' PER CONTINUITA'
TERAPEUTICA)**



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,B,D,P): _____

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
GABAPENTIN ABC*50CPS 300MG	2	
Non sostituibile per continuità terapeutica (o cod. 04)		

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

CASI PIU' FREQUENTI DI RICETTE DPC PORTATE IN COMMISSIONE

- EROGAZIONE DI FARMACI DPC SOGGETTI A PT IN ASSENZA DI PT O CON PT SCADUTO O CON PT NON VALIDO
- NON CORRISPONDENZA TRA FARMACO/DOSAGGIO DISPENSATO IN DPC E FARMACO/DOSAGGIO SU PT
- RICETTE CLOZAPINA PRIVE DELL'ATTESTAZIONE DELLA CONTA LEUCOCITARIA (nella norma)
- RICETTE DI FARMACI DPC EROGATI IN SSN SENZA NOTIFICA DI MANCANTE
- RICETTE DI FARMACI DPC EROGATI IN SSN CON NOTIFICA DI MANCANTE CON PIU' EROGAZIONI EFFETTUATE NELLO STESSO GIORNO
- RICETTE DI FARMACI DPC EROGATI IN SSN SENZA AUTORIZZAZIONE DI CUI ALLA CIRCOLARE 18/2013 (salvo i casi esentati dalla circolare stessa)
- RICETTE RIPORTANTI SOLO IL PRINCIPIO ATTIVO PER FARMACI BIOSIMILARI (es. enoxaparina)
- RICETTE CON SPECIALITA' EROGATA DIVERSA DAL PRESCRITTO PER FARMACI BIOLOGICI/BIOSIMILARI (es. prescritto Inhixa e dispensata enoxaparina rovi)



MINISTOCK

MINISTOCK: farmaci DPC in giacenza in farmacia subito disponibili al paziente

Le farmacie devono **PUNTUALMENTE VERIFICARE LA CORRISPONDENZA** tra giacenza fisica presente in farmacia e giacenza riportata sul Portale WEBDPC.

IN CASO DI NON CORRISPONDENZA DEL MINISTOCK: la farmacia inoltra comunicazione via mail di anomalia giacenza al Magazzino Capofila DPC che, in base alla relazione dell'accaduto, procederà alla verifica delle proprie giacenze.

Il Magazzino Capofila, dopo essersi interfacciato con il Referente Farmacista Ospedaliero di Ambito DPC, comunicherà alla farmacia l'esito della non conformità.

Eventuali addebiti correlati a irregolarità saranno gestiti tramite il Magazzino Capofila.



• **LA COMMISSIONE DI VIGILANZA SULLE FARMACIE** in sede di **ISPEZIONE** verifica **SEMPRE** la corrispondenza del ministock – vedi estratto del verbale riportato di seguito:

4.1) FARMACI DPC: la verifica è effettuata sulla base della procedura aziendale in essere

a) la giacenza del Ministock **corrisponde/non corrisponde** a quella risultante nel sito WebDPC e si inserisce l'allegato quale parte integrante e sostanziale del presente verbale.

• **IL SERVIZIO FARMACEUTICO OGNI ANNO** chiede alle Farmacie **la RILEVAZIONE FISICA** delle giacenze Ministock **AL 31/12.**

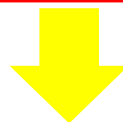


RESO FARMACI DPC RICHIESTI A MAGAZZINO

QUANDO



- INVIO ERRATO DA PARTE DEL MAGAZZINO
- RICHIESTA ERRATA DA PARTE DELLA FARMACIA
- MANCATO RITIRO DA PARTE DEL PAZIENTE



- 1) La farmacia prende accordi con il **Reparto Resi del Magazzino DPC** entro **massimo 10-15 giorni dalla data di consegna** del prodotto
- 2) **Compila un DDT** riportando descrizione prodotto, quantità, n°di lotto e riferimenti del DDT di arrivo
- 3) Invia il prodotto reso al Magazzino in **apposito contenitore** idoneo per il trasporto (se trattasi di prodotto a T controllata inserire piastra eutettica)
- 4) Allega al DDT di reso una **Dichiarazione di Buona Conservazione**

RESO FARMACI DPC GESTITI A MINISTOCK

QUANDO



!!!!ATTENZIONE: Ministock

Gestione prodotti da rendere

Prodotti da rendere

Attenzione: ci sono prodotti da rendere!

1. PRODOTTO MINISTOCK NON MOVIMENTATO

DOPO 60 GIORNI DI MANCATA MOVIMENTAZIONE IL PORTALE WEBDPC genera una REVOCA AUTOMATICA.

Il farmacista è tenuto a effettuare il **RESO** AL GROSSISTA ENTRO 7 GIORNI DALLA REVOCA DEL MINISTOCK

N.B. IL PRODOTTO REVOCATO NON PUO' PIU' ESSERE EROGATO PERCHE' E' STATA MODIFICATA LA GIACENZA A MINISTOCK

2. PRODOTTO MINISTOCK IN SCADENZA

I FARMACI CON SCADENZA RAVVICINATA E, COMUNQUE, SUPERIORE AI 4 MESI VANNO RESI al magazzino grossista.

I farmaci con SCADENZA INFERIORE AI 4 MESI E ANCORA DETENUTI IN FARMACIA, salvo casi specifici, preventivamente autorizzati dall'AUSL, VENGONO ADDEBITATI ALLA FARMACIA!!!!





RESI PARTICOLARI

IN CASO DI:

- PRODOTTO AVARIATO (es. deteriorato, non conservato a T controllata, scaduto)
- PRODOTTO INVENDIBILE (es. senza fustella, con fustella non corrispondente)
- PRODOTTO FITTIZIO (es. prodotto reso sul Portale Webdpc ma non fisicamente al Magazzino Grossista)



IMPORTANTE!

LA AUSL ADDEBITERÀ IL COSTO DI ACQUISTO DELLE CONFEZIONI INVENDIBILI/AVARIATE/FITTIZIE AL MAGAZZINO GROSSISTA CAPOFILA CHE, A SUA VOLTA, ADDEBITERÀ IL COSTO ALLA FARMACIA O AL MAGAZZINO SATELLITE

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”



1) Piano Terapeutico (PT) AIFA cartaceo redatto dal MMG

Consegnato al paziente in modalità cartacea
o attraverso le “vie semplificate” (trasmissione tramite e-mail,
SMS o sistemi di messaggistica)

- Non è necessario inviare il PT al Servizio Farmaceutico
- La farmacia deve conservare copia del PT
in caso di sconfezionamento x dosaggio ridotto
- Non è prevista rendicontazione in DCR, solo tracciamento WEBDPC

2) Ricetta DEMA/DPC **obbligatoria**

Sono disponibili:

- PAXLOVID*20CPR 150MG+10CPR 100mg
Codice confezionamento italiano 049853017
- PAXLOVID*20CPR 150MG+10CPR 100mg
Codice confezionamento estero 700058783

- Possibilità di sostituzione automatica da parte del farmacista in caso sia disponibile confezione con codice diverso da quello riportato in DEMA (es. prescritto codice italiano ma disponibile codice estero)
- Chiusura della ricetta sul portale web-DPC e inserimento nel sistema SAR del codice del farmaco effettivamente erogato
- Se viene erogata la formulazione italiana occorre inserire anche il codice targa del farmaco presente sulla fustella



**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 ($BMI \geq 30$)
- ☐ 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

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.

Attenzione in caso di compromissione renale moderata!!!

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

☐ $eGFR \geq 60$ mL/min

Paxlovid	Posologia	
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 due compresse di nirmatrelvir (PF-07321332) e la compressa di ritonavir devono essere assunte insieme per via orale ogni 12 ore per 5 giorni.

Le compresse devono essere degluite 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

Cosa occorre al farmacista?



PT AIFA

+

Ricetta DEMA acquisita informaticamente

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. 4	1	

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assai SSN DATA: 02/05/2022 Medico: _____

CODICE AUTENTICAZIONE: _____

Ritirato al 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 ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.

Contiene farmaci in DPC nella regione di prescrizione

Se disponibile solo il prodotto estero è comunque possibile la sostituzione

Dispensazione di Paxlovid® a pazienti con compromissione renale moderata

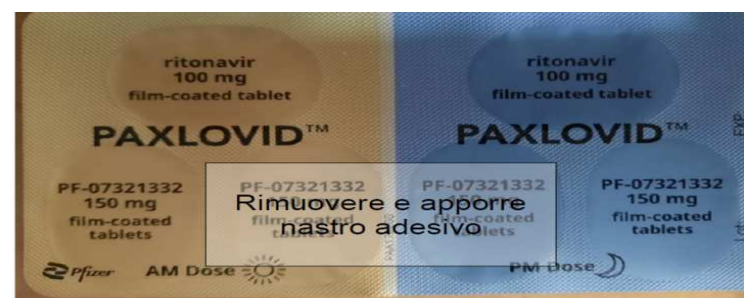
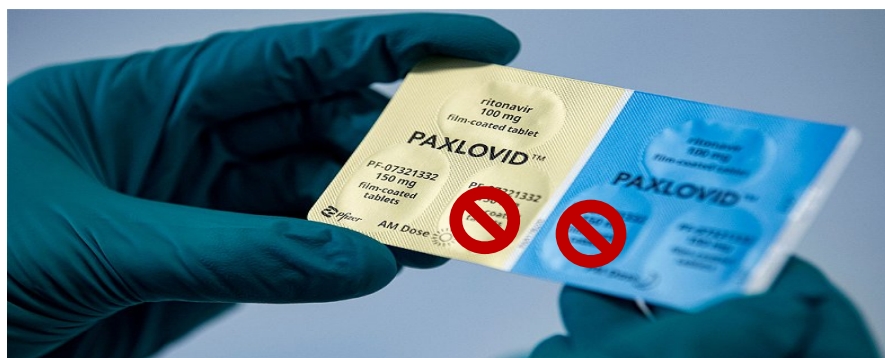
Il PT deve riportare



☐ 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	

Il farmacista:

- rimuove una cpr di nirmatrelvir dalla dose mattutina e una cpr dalla dose serale per tutti e 5 i blister e appone su ciascun blister un adesivo per coprire le cavità rimaste vuote



- ripone i blister nella scatola
- appone un adesivo sulla scatola per coprire la posologia prestampata e scrive in stampatello sulla scatola la posologia riportata nel PT
- appone sulla scatola contenente i blister il numero della preparazione
- destina le compresse estratte dai blister allo smaltimento nel contenitore per farmaci scaduti

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”

Dopo lo sconfezionamento per terapia prescritta a paziente con compromissione renale moderata:
- Assegnare un numero di preparazione progressivo che va annotato nell'apposito Registro delle Preparazioni, costituito, per chi applica le Norme di Buona Preparazione “semplificate” ai sensi del DM 18/11/2003, dal “Foglio di lavorazione”

- conservare il Foglio di lavorazione e copia del PT che riporta il dosaggio ridotto del farmaco



 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/die 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

THANK YOU

