

INCONTRO CON LE FARMACIE CONVENZIONATE - PRINCIPALI CRITICITA' RISCONTRATE NELLA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI



U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE

Enna, 23 Maggio 2022

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM)

DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC)

Profilassi della TVP e continuazione della terapia iniziata in ospedale, sia dopo intervento ortopedico maggiore che dopo intervento di chirurgia generale maggiore;

CONVENZIONATA

- Profilassi del tromboembolismo venoso in pazienti di pertinenza medica allettati considerati ad alto rischio di TVP;
- Trattamento della TVP;
- Sindrome coronarica acuta;
- Trattamento della Trombosi venosa superficiale
- A seconda delle indicazioni autorizzate in RCP.
- La dispensazione del primo ciclo copre al massimo 25/30 gg da scheda tecnica.

Superato tale limite il paziente deve passare all'anticoagulante (NAO/AVK).

Enoxaparina: duplice distribuzione, in DPC solo i dosaggi da 2000 e 4000UI

Seleparina: duplice distribuzione, in DPC solo i dosaggi da 2850, 3800, 5700UI

Fondaparinux: tutte le indicazioni sono in DPC

Tinsaparina: tutte le indicazioni sono in DPC

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM)

In seguito alla *dematerializzazione* delle prescrizioni relative ai medicinali erogati in DPC, si ricorda che il sistema TS appone automaticamente sul promemoria l'annotazione "CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI EROGAZIONE", pertanto:

- **Convenzionata:** il MMG dovrà inserire nel "campo note" la dicitura "*farmaco da erogare in convenzionata*", in tal modo le EBPM potranno essere dispensate in regime di farmaceutica convenzionata nono stante l'annotazione generata automaticamente da Sistema TS;
- **DPC:** il MMG non dovrà aggiungere nulla e le EBPM saranno erogate in DPC.

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE (EBPM)

Aggiudicazione Accordo Quadro Gara Regionale

ENOXAPARINA IN DPC (solo dosaggi da 2.000 e da 4.000UI)		
<i>SPECIALITA' MEDICINALE</i>	<i>Paziente NAIVE</i>	<i>Paziente in prosecuzione di terapia</i>
INHIXA sia da 6 FL che da 10 FL	Prescrivibile senza scheda di maggior costo	Prescrivibile
GHEMAXAN 10 FL	Prescrivibile senza scheda di maggior costo	Prescrivibile
ENOXAPARINA ROVI 6 FL	Prescrivibile senza scheda di maggior costo	Prescrivibile
CLEXANE	Non prescrivibile	Prescrivibile con motivazione clinica da apporre sull'apposita scheda di maggior costo (D.A.540/14) qualora non fosse possibile attuare uno <i>switch</i> verso la specialità a minor costo.
<u>ROVINADIL</u>	Non aggiudicato e pertanto non prescrivibile	

SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO

Centro presrittore _____

Medico presrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Durata prevista per il trattamento _____

Prima prescrizione Prosecuzione del Trattamento

Reparto D.H. Ambulatorio

Data _____

Firma e timbro Medico presrittore

RL/

Per la prescrizione di Enoxaparina, essendo in commercio i biosimilari, il medico deve prediligere le specialità a minor costo per il SSN. L'eventuale prescrizione del farmaco *brand* (CLEXANE) dovrà essere corredata di «Scheda di Maggior costo» ai sensi del D.A. 540/14

EBPM

Profilassi delle trombosi venose profonde in pazienti oncologici ambulatoriali a rischio

Con aggiornamento del PTORS n. 64 del 3/11/2021 è stata inserita la **TINZAPARINA** (nome commerciale INNOHEP), l'unica eparina in commercio ad avere come indicazione rimborsabile il «*Trattamento prolungato della tromboembolia venosa e prevenzione delle recidive in pazienti adulti con neoplasia attiva*».

Prescrizione e Distribuzione avvengono tramite il canale della DPC.

EBPM ai sensi della LEGGE 648/96

- *Terapia Ponte (Bridging Therapy) – trattamento del tromboembolismo nella sospensione degli anti-vitamina K (AVK) per manovre chirurgiche e/o invasive (bridging):* la prescrizione è specialistica (PT e consenso informato), e deve essere effettuata secondo i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti dall'AIFA e indicati nel provvedimento di inclusione delle stesse nell'elenco di cui alla L. n. 648/96. In tal caso il medicinale è erogato esclusivamente in **Distribuzione Diretta** presso i Servizi di Farmacia della ASP.

EBPM	Dosaggio Giornaliero
Nadroparina	2850-3800-5700 U/die
Enoxaparina	4000 U/die
Reviparina	1750-4200 U/die
Dalteparina	5000 U/die
Bemiparina	3500 U/die
Parnaparina	4250 U/die

Fa riferimento a warfarin e acecumarolo. Sono esclusi i pazienti in trattamento con ASA, NAO, antiaggreganti piastrinistici (incluso duoplavin)


EBPM ai sensi della LEGGE 648/96

- *Profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio per le pazienti a rischio:* la prescrizione è specialistica (PT e consenso informato) secondo criteri di inclusione ed esclusione stabiliti da AIFA. Il prescrittore è tenuto ad attivare il Registro ai sensi della L.648/96. In tal caso il medicinale è erogato esclusivamente in **Distribuzione Diretta** presso i Servizi di Farmacia della ASP.

EBPM	DOSAGGIO GIORNALIERO	
	Profilassi	Trattamento
Enoxaparina	4000 U/die	100U/Kg/12h
Nadroparina	2850 U/die \leq 70 Kg 3800 U/die $>$ 70 Kg	180 U/Kg/24h
Daltaparina	5000 U/24h	200 U/Kg/24h

FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

Non va confusa l'EQUIVALENZA con la BIOSIMILARITA'

EQUIVALENTE (O GENERICO)  BIOLOGICI E BIOSIMILARI

A differenza dei farmaci equivalenti, non è consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico originator e biosimilare né tra biosimilari da parte del farmacista.

Regione Sicilia

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: L

INDIRIZZO: C.LE LO PRESTI,5

CAP: 940

ESENZIONE: E01

SIGLA PROVINCIA: EN

CODICE ASL: 204



DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA

PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
KSG ENOXAPARINA 8.000UI 10 UNITA' USO PARENTERALE, 029111097 CLEXANE T*10SIR 8000UI 0,8ML 	1	---
KSE ENOXAPARINA 6.000UI 10 UNITA' USO PARENTERALE, 029111085 CLEXANE T*10SIR 6000UI 0,6ML 	1	---

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA DEL L'ASSISTITO

Regione SICILIA

COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO VIA G. FONTANA N02

CAP: 94017 CITTA: REGALBUTO (EN)

ESENZIONE: E01

SIGLA PROVINCIA: EN

CODICE ASL: 204

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	Q.TA	NOTA
KHR-ENOXAPARINA 4.000UI 10 UNITA' USO PARENTERALE 045104041 ENOXAPARINA SODICA 10SIR 4000UI 0,4ML (INHIXA)	2	--

GHEMAXAN SOL. INIETT. 10 SP.
4.000 UI(40 MG)/0,4ML - con S.S.
A044269064
CHEMI S.p.A.
000120426

GHEMAXAN SOL. INIETT. 10 SP.
4.000 UI(40 MG)/0,4ML - con S.S.
A044269064
CHEMI S.p.A.
000020525

Aderisci agli esami gratuiti per la prevenzione dei tumori organizzati dalla tua ASP(Mammella, Collo dell'utero,Colon-Retto).
Parlane con il tuo Medico di Famiglia

INSOSTITUIBILITA' NELLA DPC

Per quanto concerne invece le ricette che pur contenendo farmaci in DPC sono state erogate in convenzionata:

□ **Ricette con attestazione siglata dal medico per “insostituibilità - effettuato invio ADR”** dell'apposita scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa: solo in questo caso la farmacia, erogando il farmaco prescritto in regime di farmaceutica convenzionata, dovrà applicare sulla distinta contabile, in aggiunta agli sconti di legge, un **ulteriore extrasconto** secondo la seguente tabella:

Prezzo farmaco	Maggiorazione dello sconto
Fino a euro 25,82	5%
Da euro 25,83 a euro 51,65	4%
Da euro 51,66 a euro 103,28	6%
Da euro 103,29 a euro 154,94	5%
Oltre euro 154,94	1,50%

□ **Ricette con farmaci mancanti nella DPC** con allegato modello notifica prodotti mancanti stampato tramite WebDPC (senza extrasconto).

Regione Sicilia

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO: VIA SEGGIO 16B

CAP: 940

ESENZIONE: E01

SIGLA PROVINCIA: EN

CODICE ASL: 204

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
EWA CLOPIDOGREL 75MG 28 UNITA' USO ORALE, 039397031 CLOPIDOGREL MY*28CPR RIV 75MG (NON SOSTITUIBILE Ipersensibilità, intolleranza, interazione o controindicazione ad eccipienti)	1	---
CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI PRESCRIZIONE		



In occasione della campagna di vaccinazione antinfluenzale, preveni anche la Polmonite ed il Fuoco di Sant'Antonio, parlane con il Tuo Medico

QUESTO DIAGNOSTICO:

INSOSTITUIBILITA' NELLA DPC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Sicilia



COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO

INDIRIZZO: GARIBALDI 33/A CAP: 94010 CITTA':

PROV: EN

ESEZIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204

DISPOSIZIONI REGIONALI: CT7809

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): SUGG ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(034946044) ACTOS28CPR 30MG - (QEB) PIOGLITAZIONE 30MG 28 UNITA' USO ORALE NON SOSTITUIBILE - 1 Ipersensibilità, intolleranza, interazione o controindicazione ad DI - DPC	050620	

E 7-20

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 03/06/2020 CODICE FISCAL

CODICE AUTENTICAZIONE: 030620201855468830003573037672 COGNOME E NOME DEL MEDICO

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



CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI PRESCRIZIONE

SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)
(da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria)

1. INIZIALI PAZIENTE <i>e.e.</i>	2. DATA DI NASCITA <i>18/02/1952</i>	3. SESSO <i>P</i>	4. DATA INSORGENZA REAZIONE <i>16/11/17</i>	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
6. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI <i>Comparsa di fronte</i>				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE GRAVE <input type="checkbox"/> DECES <input type="checkbox"/> OSPED <input type="checkbox"/> INVALI <input type="checkbox"/> HA ME <input type="checkbox"/> ANOM <input type="checkbox"/> NON G <input type="checkbox"/>	
8. EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI E/O DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR <i>(riportare i risultati e le date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti)</i>				9. ESITO RISOLUZIONE COMPLETA ADR II. <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO IL <input type="checkbox"/> dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> il farmaco può avere contribuito <input type="checkbox"/> non dovuta al farmaco <input type="checkbox"/> causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/>	
10. AZIONI INTRAPRESE (specificare) <i>Sospensione del farmaco</i>					
<i>In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19</i>					
INFORMAZIONI SUL FARMACO					
11. FARMACO SOSPETTO (I) (nome della specialità medicinale) <i>A) PIOGLITAZIONE</i>					
12. LOTTO		13. DOSAGGIO / DIE			
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE		15. DURATA DELL'USO		DAL <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>	
<i>B) orale</i>		12. LOTTO		13. DOSAGGIO / DIE	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE		15. DURATA DELL'USO		DAL <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>	
<i>C)</i>		12. LOTTO		13. DOSAGGIO / DIE	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE		15. DURATA DELL'USO		DAL <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>	
<small>In caso di vaccinazione indicare anche il numero di dose e/o di richiami e l'età della somministrazione</small>					
16. IL FARMACO È STATO SOSPESO?				A si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> C si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
17. LA REAZIONE È MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE?				A si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> C si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
18. IL FARMACO È STATO RIPRESO?				A si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> C si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
19. SONO RICOMPARSI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE?				A si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> B si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> C si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

INSOSTITUIBILITA' NELLA DPC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Sicilia		
	1900A	4440968446

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO: PALERMO 4

CAP:

PROV: EN

ESENZIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI:
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(034128013) PLAVIX 28 CPR RIV 75MG - (EWA) CLOPIDOGREL 75MG 28 UNITA' USO ORALE NON SOSTITUIBILE - 1 Ipersensibilità, intolleranza, interazione o controindicazione ad eccipienti - UNA AL DI - DPC	1	



E.G. 20

QUESITO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assist.SSN DATA: 20/04/2020 CODICE FISC.

CODICE AUTENTICAZIONE: 200420201008436880003486311558 COGNOME E NOME DEL MEDIC

Rilasciato ai sensi dell'art.11. comma 16 del DL 31 mag 2010. n.78 e dell'art.1. comm

09653

HEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)
(da compilarsi a cura del medico o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacoconoscimento della struttura sanitaria di appartenenza)

1. INIZIALI PAZIENTE S. F	2. DATA DI NASCITA 02/09/47	3. SESSO M	4. DATA EMERGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA CAUCASICO	6. CODICE SEGNALAZIONE
4. DESCRIZIONE DELLE REAZIONI ED EVENTUALE DIAGNOSI* *in il segnalatore è un medico				7. GRAVITA' DELLA REAZIONE	
DERMATITE PRURIGINOSA ECHIMOSI				GRAVE: <input type="checkbox"/>	
				DECESSO <input type="checkbox"/>	
OGNI MESE				OSPEDALIZZ. O PROLUNGAMENTO OSPEDALIZZ. <input type="checkbox"/>	
				INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/>	
10. AZIONI INTRAPRESSE: specificare				HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/>	
				ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/>	
In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19				NON GRAVE <input checked="" type="checkbox"/>	
				3. ESITO	
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?				RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL ___/___/___ <input type="checkbox"/>	
				RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/>	
17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?				MIGLIORAMENTO <input checked="" type="checkbox"/>	
				REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/>	
18. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?				DECESSO IL ___/___/___ <input type="checkbox"/>	
				dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/>	
19. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?				il farmaco può aver contribuito <input type="checkbox"/>	
				non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/>	
20. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?				causa sconosciuta <input type="checkbox"/>	
				NON DISPONIBILE <input type="checkbox"/>	
11. FARMACO(I) SOSPETTO(I) nome specialità medicinale*					
A) clopidogrel		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____			
B) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____			
C) _____		12. LOTTO _____		13. DOSAGGIO/DIE _____	
14. VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____		15. DURATA DELL'USO DAL _____ AL _____			
*nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi o/o di richiamo e l'ora della somministrazione					
16. IL FARMACO E' STATO SOSPESO?		A. <input checked="" type="checkbox"/> SI		B. <input type="checkbox"/> SI / NO	
				C. <input type="checkbox"/> SI / NO	

COPIA DELLA FARMACIA IN SOSTITUZIONE DELL'ORIGINALE
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Regione Sicilia

COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO

CITTA':

PROV: CAP:

EN

ESENZIONE: 0B02

SIGLA PROVINCIA: EN

CODICE ASL: 204

DISPOSIZIONI REGIONALI: 326157

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S,H): S

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE

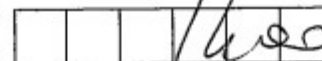
QTA

NOTA

(034128013) PLAVIX28CPR RIV 75MG - NON SOSTITUIBILE (1) - IPERSENSIBILITA', INTOLLERANZA, INTERAZIONE O
CONTROINDICAZIONE AD ECCIPIENTI - DPC

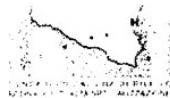
2

CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI PRESCRIZIONE



TICKET

INSOSTITUIBILITA' NELLA DPC



Regione Siciliana
AZIENDA OSPEDALIERA
di Rilievo Nazionale e di Alta Specializz



PT40012839

E 0 1

E N 2 0 4

PLAVIX - CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO - 28CPR RIV 75MG - DPC -
Non sostituibile con generico per intolleranza - due confezioni

X X X
X X X

Catania 23.11.2019

S.I.G.

0 0 2

0 6 0 4 2 0



0 6 0 4 2 0

51

1200

Ecocolordoppler Tronchi sovraortici

Al controllo ecocolordoppler occlusione della carotide interna sinistra, ateromasia della carotide comune destra che si estende all'imbocco dell'interna in assenza di stenosi emodinamicamente significative.

Arteria vertebrale sinistra pervia, a flusso normodiretto, non visualizzabile la destra.

Si raccomanda proseguire terapia con antiaggregante piastrinico Cardirene 75 mg 1 cpr/die e Plavix 75 mg 1 cpr/die e Sivastin 20 mg 1 cpr/die.

(Si raccomanda di non sostituire i farmaci con farmaco generico per intolleranza)

Controllo tra un anno con esami ematici (emocromo, coagulazione e chimico clinico)

MULTIPRESCRIVIBILITA' NELLA DPC

Con D.A. n. 221/2021 è stato approvato l'Accordo per la Distribuzione Per Conto dei farmaci di cui al PHT. Al punto 3 del suddetto Accordo si fa riferimento alle **quantità massime prescrivibili di medicinali A-PHT in DPC:**

- fino ad un massimo di due pezzi/ricetta e comunque **non oltre i 60 giorni** di terapia nel caso non fosse riportata l'esenzione per patologia;
- fino ad un massimo di tre pezzi/ricetta e comunque **non oltre i 60 giorni** di terapia nel caso fosse riportata l'esenzione per patologia
- un pezzo/ricetta per **gonadoreline trimestrali (es.: Decapeptyl 11,25, Enantone 11,25, Eligard 22,5)**
- fino ad un massimo di due pezzi/ricetta per **gonadoreline mensili**;
- fino ad un massimo di sei pezzi/ricetta per interferoni nel trattamento dell'epatite cronica (codice esenzione 016);
- un pezzo/ricetta per **coriofollitropina alfa (Elonva 100 mcg e 150 mcg)**
- un pezzo/ricetta per **relina semestrali e denosumab (Prolia)**;
- la pluriprescrizione di medicinali per il trattamento di patologie croniche così come definita dal DL 90/2014 (max 6 confezioni/max 180 giorni di terapia) è esclusa per i farmaci PHT.

Particolare attenzione va rivolta alle insuline lente (Lantus, Tresiba, Abasaglar e Toujeo): il **dosaggio giornaliero di insulina (rapida+lenta), infatti, è definito fra 0,5 e 1 unità pro chilo/die** (ad esempio un soggetto di 80 chili farà fra 40 e 80 unità di insulina al giorno, comprensivi di insulina rapida + lenta), pertanto il più delle volte sono prescrivibili al massimo 1-2 scatole affinché non vengano superati i 60 giorni di terapia.



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO PER LA SANITA'
PIANO TERAPEUTICO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA
OSPEDALE UMBERTO I°
ENNA

Nome e Cognome di



Cod. Fiscale ZI

Indirizzo via Nc

ASP di residenz

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco: **Carcinoma della prostata.**

Formulata da[1] **Unità operativa complessa di Oncologia Medica**

Farmaco prescritto: **Leuprorelina (Enantone)** Nota AIFA (ove prevista): **51**

Dosaggio: **11.25 mg** Posologia: **1 fiala/ ogni tre mesi**

Durata prevista della terapia: **un giorno**

Annotazioni **due fiale**



Prima prescrizione

Prosecuzione del trattamento

Data successivo controllo: **tra sei mesi**

Data **21/04/20**

ESENZIONE: **E01** SIGLA PROVINCIA: **EN** CODICE ASL: **204** DISPOSIZIONI REGIONALI: **R62683**
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): **SUGG ALTRO:** PRIORITA
PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
NWA LEUPRORELINA 1x11,25MG-PARENT, 027066137 ENANTONE IM SC SIR11,25MG/MLRP, DPC Suggesta da: rg2683	2	51
CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI PRESCRIZIONE		
 A027066137 001031302		
 A027066137 001031298		



Prescritti 6 MESI di terapia



PIANO TERAPEUTICO TRESIBA
(insulina degludec)



Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN (specialisti in Endocrinologia, Medicina Interna, Geriatria) ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASP ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

Azienda Sanitaria A.S.P. 4 ENNA

Unità Operativa del medico prescrittore _____

Cognome e nome del medico prescrittore _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Cognome e nome dell'assistito _____ a nascita 13/01/1941

Sesso M F

Regione SICILIA C _____

ASP di residenza 204

Cognome e nome del medico curant _____

Indicazioni terapeutiche a carico del SSN

1. Pazienti adulti con Diabete tipo 1, in associazione a insulina ad azione rapida
2. Pazienti adulti con Diabete tipo 2,
 - In associazione ad altri ipoglicemizzanti per i quali sia rimborsata l'associazione ad insulina
 - In associazione a insulina ad azione rapida

Farmaco, dose e durata del trattamento

Nome commerciale e dosaggio TRESIBA FlexTouch 100U/mL (Insulina Degludec) 16 U/die

Revisione prevista del piano terapeutico non oltre 12 mesi.

Inizio trattamento

Motivazione (ai sensi del D.A. 540/14): _____

Necessità di insulina basale con minor rischio di ipoglicemie totali o notturne _____

Proseguimento della cura

Data valutazione 26/01/2021

Timbro e firma del medico prescrittore

Durata ^{quattro mesi} _____

Confezioni totali quattro

Valido per n. due confezioni

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Sicilia

1900A 4498251149

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO _____

INDIRIZZO _____

ESENZIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI: _____
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S, H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U, B, D, P): _____

PRESCRIZIONE	ATTI	NOTA
(N3B) INSULINA DEGLUDEC 300U 3ML 5 UNITA' USO PARENTERALE (042658029) TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100U/ML - DPC	2	---



28/01/2021



**Prescritti ed erogati oltre
6 MESI di terapia**

PIANI TERAPEUTICI FUORI REGIONE

A far data dal 1 Dicembre 2021, i PT relativi esclusivamente a farmaci A-PHT in DPC redatti da centri extraregionali non potranno più essere conformizzati presso i Servizi di Farmacia dell'ASP di Enna ma dovranno essere trasmessi al Dipartimento del Farmaco dell'ASP di Palermo all'indirizzo e-mail:

dpc.asppalermo.org

La trasmissione dei suddetti PT potrà essere effettuata direttamente dagli assistiti, dalle farmacie, dalle ASP, dai MMG o dai Centri Prescrittori, unitamente al documento d'identità e al codice fiscale del paziente.

NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO) INDICAZIONI

Trattamento e prevenzione della Trombosi Venosa Profonda (**TVP**) ed Embolia Polmonare (**EP**)



PT AIFA redatto dallo specialista.

Prevenzione di ictus ed embolia sistemica nei pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare (**FANV**).



NOTA AIFA 97

Il 18/06/2020 è stata istituita la NOTA AIFA 97. La prescrizione può avvenire tramite la redazione del PT *Web Based* AIFA (solo lo Specialista e fino al 31/03/2022) oppure compilando le «*Schede di valutazione e prescrizione*» (specialista o MMG) direttamente sul Portale SOGEI (obbligatorio dal **1° Marzo 2021**).

Il numero di protocollo generato dal Sistema TS al termine dell'operazione **dovrà essere apposto sulla ricetta DEM** ai fine della dispensazione del medicinale.

TVP ED EP

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:
Cognome:
Nome:
Sesso:
Data di nascita:
Nazione di nascita: ITALIA
Regione: SICILIA
Comune: ENNA
ASL di residenza: AZ.SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

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

Numero del Piano Terapeutico: 3
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 31011809
Centro prescrittore: PRESIDIO OSPEDALIERO GASPARE RODOLICO
Medico prescrittore:
Medico di medicina generale:
Codice medico di medicina generale: 0000

Reazione nociva e non voluta al medicinale nel ciclo precedente: No
Posologia: 300 mg/die (150 x 2), per 52 settimane
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 300 mg/die (150 x 2), per 52 settimane
Data del Piano Terapeutico: 03/01/2022
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52

FANV

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:
Cognome:
Nome:
Sesso:
Data di nascita:
Nazione di nascita:
Regione: SICILIA
Comune: ENNA
ASL di residenza: AZ.SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO: ELIQUIS - ICTUS ED EMBOLIA SISTEMICA, PREVENZIONE NEI PAZIENTI CON FANV

Numero del Piano Terapeutico: 7
Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico: 28263277
Centro prescrittore: P. O. 'UMBERTO I'
Medico prescrittore:
Medico di medicina generale:
Codice medico di medicina generale: 000

Reazione nociva e non voluta al medicinale nel ciclo precedente: No
Posologia: 10 mg / die per 52 settimane
Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10.00 mg
Data del Piano Terapeutico: 31/05/2021
Durata Piano Terapeutico (settimane): 52

Attesto l'avvenuta effettuazione dell'esame ecocardiografico per la diagnosi di FANV

Copia valida per 2 confezioni

La Piattaforma AIFA dal 31/03/2022 è stata chiusa pertanto, dal 1 aprile i PT potranno essere redatti esclusivamente sul SistemaTS. I PT AIFA saranno esitati fino a naturale scadenza.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO


		 
--	--	--

COGNOME E NO


INDIRIZZO: VIA S. TERESA 100 00187 ROMA

 ESENEZIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI:
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):


PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(NOC) APIXABAN 2,5MG 60 UNITA' USO ORALE (041225032) ELIQUIS®60CPR RIV 2,5MG FANV0A00000011066000 JNA OGNI DODICI ORE - DPC	2	097



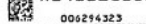
A041225032
006294254



A041225032
006294254



A041225032
006294323



A041225032
006294323



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

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

Sezione 1: scheda di valutazione e di prescrizione

N. di protocollo PT Elettronico assegnato dal Sistema TS **FANV0A000001656345000**

Me	_____
Te	_____
Di	_____
Pa	✓ F
Da	_____
Riserva	_____

Verificata la presenza delle seguenti condizioni:

A diagnosi clinica e elettrocardiografica di FANV ✓

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

Punteggio CHA2DS2-VASc 3Rischio emorragico AltroAltro fattore di rischio emorragico ETA'
 Creatinina (mg/dL) 1.0 VFG (mL/min) 120 Hb (g/dL) 12.0

D proposta di strategia terapeutica

<input type="checkbox"/> AVK:	<input type="checkbox"/> Warfarin	<input type="checkbox"/> acenocumarolo	target di INR: 0.0
<input type="checkbox"/> dabigatran	<input type="checkbox"/> 150 mg per 2/die	<input type="checkbox"/> 110 mg per 2/die	Motivare la riduzione della dose
<input type="checkbox"/> apixaban	<input type="checkbox"/> 5 mg per 2/die	<input type="checkbox"/> 2.5 mg per 2/die	Motivare la riduzione della dose
<input type="checkbox"/> edoxaban	<input type="checkbox"/> 60 mg/die	<input type="checkbox"/> 30 mg/die	<input type="checkbox"/> 15 mg/die
✓ rivaroxaban	<input type="checkbox"/> 20 mg/die	✓ 15 mg/die	Motivare la riduzione della dose

RISCHIO EMORRAGICO PER ETA'

Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up: 31/05/2022

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

Data di valutazione 09/12/2021

INDICAZIONE: V. LISTA REGIONALE
 ESENEZIONE: 0A02 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI:
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(TRE) DABIGATRAN 110MG 60 UNITA' USO ORALE (038451074) PRADAXA*60CPS 110MG - DPC	2	097

208

400

PT = FANV0A00000794555001



Prescritto PRADAXA 150 MG
Erogato PRADAXA 110 MG

Sezione 2: scheda di follow-up

N. di protocollo PT Elettronico assegnato dal Sistema TS: FANV0A00000794555001

Da compilare a cura del paziente

Rispetto al precedente controllo:

L'assunzione del farmaco è stata: regolare irregolare

motivare le ragioni dell'uso irregolare

Sono comparse manifestazioni emorragiche? NO SI

se si indicare quali

È stato/a ricoverato/a in ospedale? NO SI

se si indicare i motivi

Sono state modificate le altre terapie in corso? NO SI

se si indicare come

A cura del Medico prescrittore

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? NO SI

se si indicare quali

Solo per NAO: Creatinina (mg/dL) 1.0 VFG (mL/min) 80 Altro: 14

Terapia confermata SI NO

AVK: Warfarin acenocumarolo **target di INR: 0.0**

dabigatran 150 mg per 2/die 110 mg per 2/die

Motivare la riduzione della dose

apixaban 5 mg per-2/die 2.5 mg per 2/die

Motivare la riduzione della dose

edoxaban 60 mg/die 30 mg/die 15 mg/die

Motivare la riduzione della dose

rivaroxaban 20 mg/die 15 mg/die

Motivare la riduzione della dose

Data prevista per il Follow up: 19/01/2023

È opportuno eseguire il follow-up ogni 6-12 mesi in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

XARELTO 2,5 MG

(Agg. n. 57 PTORS 4/02/21)

Rivaroxaban 2,5 mg

In DPC solo
XARELTO

da

- ✓ 10MG
- ✓ 15MG
- ✓ 20MG

Viene approvata la seguente estensione delle indicazioni terapeutiche:

- Somministrato insieme con acido acetilsalicilico (ASA) per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici, che presentano coronaropatia (*coronary artery disease, CAD*) o arteriopatia periferica (*peripheral artery disease, PAD*) sintomatica che soddisfino la seguente condizione clinica: paziente con diagnosi di arteriopatia periferica sintomatica (dell'arto inferiore) che non necessiti di doppia terapia antiaggregante o di terapia anticoagulante (a dose piena) o altra terapia antiaggregante diversa dall'ASA e per il quale la singola terapia con acido acetilsalicilico rappresenti lo standard di cura.

Prescrizione, su PT cartaceo AIFA in allegato, riservata alle UU.OO. formalmente riconosciute, pubbliche e private accreditate, di cardiologia, angiologia, chirurgia vascolare. Distribuzione Diretta da parte dell'ASP di residenza dei pazienti. La durata massima del PT è di 12 mesi.

Poiché le evidenze relative a trattamenti di durata superiore ai 2 anni sono limitate, la terapia, come da PT AIFA, non deve superare i 24 mesi.

Le AA.SS.PP. sono tenute a verificare il rispetto delle disposizioni sopra riportate.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione Sicilia

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO: VIA ALLORO, 24

CAP: 94

ESECUZIONE: E01

SIGLA PROVINCIA: EN

CODICE ASL: 204

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
KHW RIVAROXBAN 2,5MG 56 UNITA' USO ORALE, 038744278 XARELTO*56CPR RIV 2,5MG	2	---



**EROGAZIONE
FARMACIA OSPEDALIERA!!!!**

AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO



Piano Terapeutico per la prescrizione di rivaroxaban 2,5 mg

Rivaroxaban, somministrato insieme con acido acetilsalilico (ASA), è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici, che presentano coronaropatia (coronary artery disease, CAD) o arteriopatia periferica (peripheral artery disease, PAD) sintomatica.

Azienda Sanitaria: AOU Policlinico-San Marco di Catania

Unità Operati

Nome e cogn

Recapito telef

Paziente (non

Data di nascit

Codice Fiscale

Indirizzo: V

Recapiti telef

ASL di Reside

Medico di Me

La rimborsabilità a carico del S.S.N., in regime di dispensazione A/R/R (cardiologo, angiologo, chirurgo vascolare), da parte dei centri ospedalieri o di specialisti individuati dalle Regioni, è limitata (nel rispetto della scheda tecnica del farmaco) ai pazienti adulti ad alto rischio di eventi ischemici, in aggiunta ad acido acetilsalilico (ASA), che soddisfa la seguente condizione clinica:

- Paziente con diagnosi di arteriopatia periferica sintomatica (dell'arto inferiore)[§] che non necessita di doppia terapia antiaggregante o di terapia anticoagulante (a dose piena) o altra terapia antiaggregante diversa dall'ASA e per il quale la singola terapia con acido acetilsalilico rappresenta lo standard di cura.

Prima prescrizione <input checked="" type="checkbox"/>	
Proseguenza di terapia <input type="checkbox"/>	
	Posologia
Rivaroxaban 2,5 mg	2,5mg x 2

§ Per arteriopatia periferica (PAD) (arti inferiori) sintomatica si intende: precedente intervento chirurgico di bypass aorto-femorale, intervento chirurgico di bypass dell'arto inferiore o intervento di rivascularizzazione mediante FCA dell'arteria ilica o delle arterie infra-inguinali, o progressiva amputazione dell'arto o del piede per malattia vascolare

arteriosa, o diagnosi clinica di claudicatio intermittens associata ad una o più delle seguenti condizioni: il rapporto pressione sanguinea caviglia/braccio <0,90, il stenosi arteriosa periferica > 50% documentata con angiografia o con un eco doppler arterioso o III) stenosi carotidea rivascularizzata, o stenosi carotidea asintomatica >50% diagnosticata con angiografia e eco doppler.

N.B. Con riferimento alle altre indicazioni autorizzate, l'utilizzo di rivaroxaban 2,5 mg non è rimborsato dal SSN per le seguenti indicazioni:

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

Data valutazione: 8/6/22

NOTA AIFA 100

Con Determina n. 19 del 25/01/2022, pubblicata nella GURI n. 19 del 25/01/22, l'AIFA ha adottato la Nota 100 per disciplinare la prescrizione a carico del SSN dei seguenti farmaci nel trattamento del diabete mellito di tipo 2:

- inibitori del SGLT-2;
- antagonisti recettoriali del GLP-1;
- inibitori del DPP-4

La prescrizione (avvio o prosecuzione del trattamento) di tali farmaci può essere effettuata sia da parte del Medico Specialista che opera in strutture individuate dalle Regioni per il trattamento del diabete mellito (come avvenuto finora), sia da parte del Medico di medicina generale (MMG).

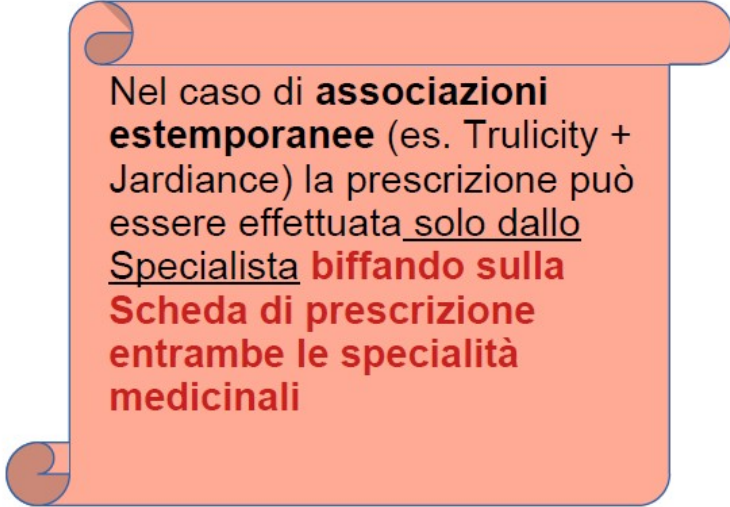
Rimangono di esclusiva prescrizione specialistica (internista, geriatra ed endocrinologo) le associazioni precostituite (GLYXAMBI e QTERN) o le associazioni estemporanee tra i farmaci in Nota (es. associazione di un inibitore SGLT-2 con un inibitore DPP-4 o di un inibitore SGLT-2 con un agonista recettoriale del GLP-1).

La prescrizione di tutti i farmaci inseriti in Nota 100, sia da parte del Medico Specialista che da parte del MMG, potrà avvenire previa compilazione, in ogni sua parte, di una **Scheda di valutazione e prescrizione** (vedi allegati).

NOTA AIFA 100

Il medico deve redigere un numero di copie, timbrate e firmate in originale, bastevoli a garantire la durata della terapia, indicando su ognuna di esse il numero di confezioni da erogare.

I Piani Terapeutici e le ricette SSN (sia rosse che dematerializzate) emessi prima dell'entrata in vigore della Nota 100 (ovvero prima del 26/01/2022) ed ancora in corso di validità, possono essere utilizzati fino alla loro naturale scadenza.



Nel caso di **associazioni estemporanee** (es. Trulicity + Jardiance) la prescrizione può essere effettuata solo dallo Specialista **biffando sulla Scheda di prescrizione entrambe le specialità medicinali**

**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) _____

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

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

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

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

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____

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

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____

Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TEZ	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die			SGLT2i/ DPP4i
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana	GLP1-RA/ Insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/traglutide penna <input type="checkbox"/> insulina glargine/lisensatide penna 10-40 <input type="checkbox"/> insulina glargine/lisensatide penna 30-60	
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> semaglutide orale <input type="checkbox"/> semaglutide s.c.
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die			

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

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

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

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

Data di valutazione _____ Timbro e Firma del Medico _____

**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) _____

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

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

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

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

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia	
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die	
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die	
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die	DPP4i/T2D	<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die	
	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die			SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin <input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana		GLP1-RA/ insulina		<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna dosi unitarie una volta/die (da 10 a 100 U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die			<input type="checkbox"/> insulina glargine/lisenesatide penna 30-60 dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40 U di glargine e da 5 a 20 mg di lisenesatide)	
	<input type="checkbox"/> lisenesatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die				
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die				
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett				

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

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

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

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

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico



**Ad ogni PT
(timbrato e firmato
in originale) va
allegata una sola
ricetta SSN!!!**

Strategia terapeutica (selezionare il farmaco e la posologia)			Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input checked="" type="checkbox"/> dapagliflozin	<input checked="" type="checkbox"/> 10 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die	DPP4/MF	<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 75 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
	<input checked="" type="checkbox"/> dulaglutide	<input checked="" type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett		DPP4/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2/ DPP4	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana	<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die	
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,30 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide i.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett			

La prescrizione dell'associazione SGLT2+DPP4 o SGLT2+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni eterosporanee SGLT2+DPP4 o SGLT2+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: 6 MESI
la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione 07/02/2022

Timbro e Firma del Medico

*Copie valide per
n° 2 conferenze Tulecity 1,5/50
n° 1 conferenze Forxigo 10 mg*

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI INSULINA DEGLUDEC/LIRAGLUTIDE IN ASSOCIAZIONE FISSA

Da redigere in triplice copia cartacea ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere, universitarie o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN, individuate dalle Regioni, ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La validità temporale è di dodici mesi.

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita 13-09-62 sesso M F

Comune di nasc _____ Estero

Codice fiscale _____

Residente a _____

Regione SICILIA ASL di residenza ASP 4 Prov. EN

Medico di Medicina Generale _____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con l'associazione fissa insulina degludec/liraglutide è indicato nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2.

La rimborsabilità a carico del SSN è limitata ai pazienti inadeguatamente controllati dalla precedente linea di terapia con insulina basale e altri ipoglicemizzanti diversi dall'insulina. L'associazione fissa degludec/liraglutide non è stata studiata in pazienti *naïve* al trattamento, in associazione a regimi insulinici multi-iniettivi e in associazione ad inibitori SGLT-2; in tali casi non è pertanto riconosciuta la rimborsabilità.



...ne fissa degludec/liraglutide non permette nella maggior parte dei casi, di assumere contemporaneamente i due principi attivi già assunti separatamente; in tali casi sarà necessaria una opportuna modifica dei dosaggi, secondo giudizio clinico.

FARMACO, DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Nome commerciale e dosaggio: TRESIBA FLEX TOUCH (INSULINA DEGLUDEC)

Durata prevista del trattamento (non oltre 12 mesi): SEI MESI

Indicare se:

prima prescrizione

prosecuzione della terapia

Data 10-03-2022

VALIDO PER DUE CONFEZIONI

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

INDIRIZZO: Via Della Regione 29 COD. SPED. 01111/00000

ESEMPIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI:
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(N3B) INSULINA DEGLUDEC 300U 3ML 5 UNITA' USO PARENTERALE (042658029) TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100U/ML - 27 UNA VOLTA AL DI - DPC	2	---



FARMACIA

**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).

Medico prescribi _____ f
 Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in _____
 U.O. _____ Az. Sanitaria ENNA

Paziente (_____)
 Sesso: IV
 Residenza _____

Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? Sì No

Specificare gli eventi avversi _____

Terapia in corso: TRESIBA FLEXTouch 300U/ml 1U/die

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) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronario, angioplastica, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (progresso Ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

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

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

Peso corporeo (kg) 66,9 Altezza (m) 1,60 BMI (kg/m²) _____
 HbA1c recente (mmol/mol) 5,6 Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) 4,7
 eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
 Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/rz2	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empaglifozin/linagliptin <input type="checkbox"/> saragliflozin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana			
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input checked="" type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penina	dosì unitarie una volta/die <u>1U/die</u> (da 10 a 50U di degludec e da 0,30 a 1,8 mg di liraglutide)
	<input type="checkbox"/> lisdienatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> insulina glargine/lisinenatide penina 10-40 <input type="checkbox"/> insulina glargine/lisinenatide penina 30-60	dosì unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lisinenatide) dosì unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lisinenatide)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die			
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett			

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: GLUCOPHAGE 1000MG

Data prevista per il Follow up: 6 mesi
 in validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi

Data di valutazione 18/03/2022

Timbro e firma del Medico

ESENEZIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI:
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (C, U): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE (U, B, D, P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(N3B) INSULINA DEGLUDECO 300U 3ML 5 UNITA' USO PARENTERALE (042658029) TRESIBA*FLEXT 5PEN 3ML 100U/ML - DPC	1	---



FORXIGA-SCOMPENSO CARDIACO

(Agg. n. 66 PTORS 21/01/21)

Il dapaglifozin (FORXIGA)
può essere erogato per la nuova
indicazione
SCOMPENSO CARDIACO nei pazienti già
in trattamento con
ACE- inibitori, beta- bloccanti, sartani,
ENTRESTO.

Il farmaco viene prescritto su Piano
Terapeutico AIFA.

**FORXIGA, per questa indicazione, NON È
inserito tra i farmaci in DPC
e non prevede la nota AIFA 100.**

I pazienti devono ritirare il farmaco presso
le
Farmacie degli Ospedali dell'ASP.

**ANAGRAFICA PAZIENTE:**

Codice fiscale:

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita:

Nazione di nascita:

Regione:

Comune:

ASL di residenza:

AZ.SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

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

Numero del Piano Terapeutico:

1

Codice identificativo univoco del Piano
Terapeutico:

31718444

Centro prescrittore:

)

Medico prescrittore:

Medico di medicina generale:

.

Codice medico di medicina generale:

0000

Posologia:

10 mg/die - 26 sett

Dose/Die o Dose calcolata in base alla
posologia:

10 mg/die - 26 sett

Data del Piano Terapeutico:

18/02/2022

Durata Piano Terapeutico (settimane):

26

Altri farmaci per lo scompenso:

Beta bloccante - Diuretico - Antialdosteronico -
ARNI

VISTO IL DATABASE DELLE
PRESCRIZIONI DELLA ASP DI
ENNA, IL PAZIENTE
È ARRIVABILE CON
FORXIGA 10 MG -

**EROGAZIONE
FARMACIA
OSPEDALIERA!!!!**

PROV: EN

ESENZIONE: E01 SIGLA PROVINCIA: EN CODICE ASL: 204 DISPOSIZIONI REGIONALI: en 317
 TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): SUGG ALTRO: PRIORITY PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
GYC DAPAGLIFLOZIN 10MG 28 UNITA' 10MG USO ORALE, 042494070 FORXIGA* 28CPR RIV 10MG	1	100
CONTIENE FARMACI IN DPC NELLA REGIONE DI PRESCRIZIONE		

ESITO DIAGNOSTICO

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:
 Cognome:
 Nome:
 Sesso:
 Data di nascita:
 Nazione di nascita:
 Regione:
 Comune:
 ASL di residenza:

IALE DI ENNA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:

FORXIGA - INSUFFICIENZA CARDIACA
 SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA
 FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico:
 Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:
 Centro presrittore:
 Medico presrittore:
 Medico di medicina generale:
 Codice medico di medicina generale:

31718444

Posologia: 10 mg/die - 28 sett
 Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 10 mg/die - 26 sett
 Data del Piano Terapeutico: 18/02/2022
 Durata Piano Terapeutico (settimane): 26
 Altri farmaci per lo scompenso: Beta bloccante - Diuretico - Antialdosteronico - ARNI

VISTO IL DATABASE DELLE
 PRESCRIZIONI DELLA ASP DI
 ENNA, IL PAZIENTE
 È ARRIVABILE CON
 FORXIGA 10 MG -

ASP ENNA
 Direttore U.O.C. Farmacia Territoriale
 Dr. Colagrosso Russo
 Ufficio Farmacia di Enna n. 317

ENNA, 18/02/2022



ENTRESTO (SACUBITRIL/VALSARTAN)

E 0 1

E N 2 0 4

SACUBITRIL/VALSARTAN COMPLESSO DI SALE SODICO*28CPR RIV 49MG+51MG 2 conf.

0 0 2

1 3 0 3 2 0



EROGAZIONE FARMACIA OSPEDALIERA!!!!

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita:

Nazione di nascita:

Regione:

Provincia:

Comune:

ASL di residenza:



PT40006120

IALE DI ENNA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:

ENTRESTO - INSUFFICIENZA CARDIACA
SINTOMATICA CRONICA CON RIDOTTA
FRAZIONE DI EIEZIONE

Numero del Piano Terapeutico:

1

Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:

17646829

Centro prescrittore:

Medico prescrittore:

Medico di medicina generale:

Codice medico di medicina generale:

000

Posologia:

49 mg/51 mg 2 volte al giorno

Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:

49 mg/51 mg 2 volte al giorno

Data del Piano Terapeutico:

26/03/2019

Durata Piano Terapeutico (settimane):

26

Indicare eventuali altri farmaci che il paziente sta assumendo per lo scompenso:

Beta bloccante

21/10/2019

DENOSUMAB- PROLIA

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Codice fiscale:

Cognome:

Nome:

Sesso:

Data di nascita:

Nazione di nascita:

Regione:

Comune:

ASL di residenza:

AZ.SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

PIANO TERAPEUTICO PER IL FARMACO:

Numero del Piano Terapeutico:

PROLIA - OSTEOPOROSI

Codice identificativo univoco del Piano Terapeutico:

1
30990704

Centro prescrittore:

Medico prescrittore:

Medico di medicina generale:

Codice medico di medicina generale:

UUUU

Posologia:

60 mg ogni 25 settimane

Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia:

60.00 mg

Data del Piano Terapeutico:

30/12/2021

Durata Piano Terapeutico (settimane):

50

Numero di cicli per il PT:

2

Salvo nei casi in cui lo Specialista riporti sul PT

• **“Prescrizione per trattamento in corso di blocco ormonale”**

oppure

• **“Trattamento previsto per più di tre mesi con pednisone ≥ 5 mg/die”**

Vale per me e fine

Allegare MOC!!

Interferone beta-1a, Interferone beta-1b, Peginterferone, Glatiramer acetato (NOTA AIFA 65)

Farmaci di 1^a Linea per il trattamento della Sclerosi Multipla recidivante-remittente (nota AIFA 65)

Nota 65

<p>Farmaci per la sclerosi multipla:</p> <ul style="list-style-type: none">- Glatiramer acetato- Interferone Beta-1a- Interferone Beta-1b- Peginterferone Beta-1a	<p><i>La prescrizione a carico del SSN, da parte di Centri specializzati, Universitari e delle Aziende Sanitarie, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</i></p> <p>Per i pazienti con Sclerosi Multipla recidivante-remittente (RRMS) definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2010 per la diagnosi di sclerosi multipla (Polman 2011):</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>glatiramer acetato</i>• <i>interferone Beta-1a ricombinante</i>• <i>interferone Beta-1b ricombinante</i> <p>Per i pazienti con Sclerosi Multipla secondariamente progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>interferone Beta-1b ricombinante</i>
--	--

PRESCRIZIONE: PT regionale valido 6 mesi nelle more che venga predisposto il PT *Web Based*.

LEGGE 648/96 - LAMIVUDINA

PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (Ex nota 32 bis)

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

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita ____05/01/41 sesso M X F
Regione __SICILIA__
AUSL di residenza __ASP 204__ Prov. __CT__

Medico di Medicina Generale _____
La prescrizione di lamivudina è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Epatite cronica B HBV-DNA positiva, con malattia avanzata (con riscontro istologico di ponti portocentrali e/o diagnosi clinica di cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione
- Epatite cronica B HBV-DNA positiva senza malattia avanzata, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione
- Portatori cronici di HBsAg per il trattamento e per la prevenzione delle riascerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione
- XSoggetti HBsAg negativi portatori di anticorpi anti HBV per la prevenzione delle riascerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi in grado di causare importante immunodepressione, senza limiti temporali

Farmaco prescritto:

- X lamivudina cp 100 mg
- lamivudina sospensione 5 mg/ml

Dosaggio/die: __UNA (01) CPS__ die Durata prevista del trattamento __168 GIORNI__

- Prima prescrizione
- X Prosecuzione della cura

Data, 08/10/2019

Timbro e firma del clinico prescrittore
VALIDATO PER LA CONSEGNA DI 02 SCATOLA

PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (Ex nota 32 bis)

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nc _____)
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita __30/09/1984__ sesso M F
Codice fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione __SICILIA__
ASL di residenza __204__ Prov. __EN__
Medico di medicina Generale _____

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

- Epatite cronica B HBV-DNA positiva, con malattia avanzata (con stadio di fibrosi > F2 o diagnosi clinica di cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione
- Epatite cronica B HBV-DNA positiva senza malattia avanzata, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione
- Riascerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione

PROFILASSI DELLA RITORNATA DELL'EPATITE B IN CORSO DI TERAPIA IMMUNOSOPPRESSIVA E DI SOGG. HBsAg NEGATIVI ANTI-HBc POSITIVI (C.V. 29/01/00 n° 99 LEGGE 648/96)

Farmaco prescritto:

- Lamivudina cp 100 mg
- Lamivudina sospensione 5 mg/ml

Dosaggio/die: __100 mg__ Durata prevista del trattamento: __2 MESI__
(2 COMPENSI)

- Prima prescrizione
- Prosecuzione della cura

25/09/19

Medicinali stupefacenti usati nella TDL




SEZIONE A-Allegato III Bis	SPECIALITA'	POSOLOGIA	MODALITA' DI PRESCRIZIONE
MORFINA INIETTABILE	<i>Morfina Clor. Molteni Morfina Clor. Monico Morfina Clor. Salf</i>	s.c. e i.m.: 10 mg da 2 a 4 volte/24 h e.v.: 10-30 mg/24h	<u>RICETTA DEM o ROSSA</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sigla TDL <u>obbligatoria</u> • Posologia <u>obbligatoria</u> (n. di confezioni utili a coprire fino a 30 giorni di terapia) • indirizzo e recapito del medico
BUPRENORFINA INIETTABILE e OS	<i>Tengesic Buprenorfina generico Busette Molteni Subutex Buprenorfina SUN</i>	i.m. o e.v.: 1-2 fiale ogni 6-8 h os: 1-2 cpr sublinguali ogni 6-8 h	<u>RMR per tutti gli altri usi NO TDL</u>
METADONEOS	<i>Metadone clor. Sciroppo, Eptadone sciroppo</i>	o.s.: 5-20 mg ogni 6-8 h da adattare secondo la risposta. Nell'uso prolungato non dovrebbe essere somministrata più di 1 dose ogni 12h.	<u>RMR</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sigla TDL • Posologia <u>obbligatoria</u> (n. di confezioni utili a coprire fino a 30 giorni di terapia) • indirizzo e recapito del medico

Medicinali stupefacenti usati nella TDL

****Sono gli unici farmaci dematerializzabili senza sigla "TDL", per tutti gli altri la dematerializzazione è consentita solo con sigla "TDL"**

SEZIONE D-Allegato III Bis	SPECIALITA'	POSOLOGIA	MODALITA' DI PRESCRIZIONE
BUPRENORFINA TS	<i>Transect Busette Algesalona Durlevatec</i>	1 cerotto ogni 96 h. Non si possono applicare più di 2 cerotti contemporaneamente indipendentemente dal dosaggio utilizzato	RICETTA DEM <ul style="list-style-type: none"> • Sigla TDL <u>obbligatoria</u> • Posologia <u>obbligatoria</u> (n. di confezioni utili a coprire fino a 30 giorni di terapia)
FENTANIL TS	<i>Alghedon, Durfenta, Durogesic, FenPatch, Fentalgon, Fenvel, Fenticer, Fentanil Zen, Fentanil Hexal, Metrifen</i>	1 cerotto ogni 72 h	
IDROMORFONE	<i>Jurnista</i>	1 cpr ogni 24 h	
MORFINA OS	<i>MSContin, Twice, Oramorph</i>	Formulazioni rapide: 5-10 mg ogni 4 h Formulazioni retard: 1 cpr ogni 12 h	
TAPENTADOLO	<i>Palaxia</i>	1 cpr ogni 12 h Dose giornaliera max 500mg	
OSSICODONE	<i>Oxycontin, Ossicodone Bruno Farm., Ossicodone Accord, Ossicodone Sandoz</i>	1 cpr ogni 12 h Dose giornaliera max 400 mg	RICETTA ROSSA <ul style="list-style-type: none"> • <u>Con sigla TDL</u> (posologia obbligatoria – max 30 giorni di terapia) • <u>Senza sigla TDL</u> (non è obbligatoria la posologia – prescrivibili max 2 confezioni)
FENTANIL TRANSMUCOSALE	<i>Actiq</i>	Dose iniziale: 200mcg Dose max per DEI: 1600 mcg	
	<i>Effentora</i>	Dose iniziale: 100, 200, 400 mcg Dose max per DEI: 800 mcg	
	<i>Abstral Vellofent</i>	Dose iniziale: 100 mcg Dose max per DEI: 800mcg	
	<i>Pecfent Istanyl</i>	Dose iniziale: 100 mcg Dose max per DEI: 800mcg	
N.B.: la dose max giornaliera prevede il trattamento di 4 episodi DEI			
CODEINA/PARACETAMOLO **	<i>Co-Efferalgan, Tachidol, Codamol</i>	1-2 cpr ogni 6-8h per, Max 3 giorni di terapia	RICETTA DEM o ROSSA CON O SENZA SIGLA TDL (posologia non obbligatoria)
CODEINA/IBUPROFENE **	<i>Brufecod</i>	1 cpr ogni 4-6 h (max 6 cpr nelle 24 h)	
OSSICODONE/PARACETAMOLO **	<i>Depalgos</i>	1 cpr ogni 6-8 h	
OSSICODONE/NALOXONE **	<i>Targin, Algalt, Dolstip, Eletrex, Elipsodox</i>	1 cpr ogni 12 h Dose max giornaliera 160mg di ossic.+ 80 mg di naloxone	

Medicinali stupefacenti usati nella TDL

C 0 2	E N 2 0 4
 (Classe A) MORFINA CLORIDRATO - MORFINA CL MOLT 5F	X X X
1ML20MG/ML - Due Confezioni	X X X
Codice diagnosi:	
2	1 7 0 7 2 0
 A029611035 001997075	manalisi
 A029611035 001997044	
	+

Medicinali stupefacenti usati nella TDL

0 4 8

E N 2 0 4

DURFENTA*3CER 12MCG/ORA Fascia A

X X X

Nr Conf.: DUE UNA OGNI TRE GIORNI

MS CONTIN*16CPR 10MG RP Fascia A

X X X

Nr Conf.: DUE 2 DOPO COLAZIONE E CENA

0 0 4

2 5 0 6 2 0



A043518012
000081281

A043518012
000081282

A025624014
001767129

A025624014
001767128

600

+

TRAMADOLO

Il Tramadolo è un analgesico oppioide di sintesi che con D.M. del 19/06/06 è stato escluso dalla tabella delle sostanze stupefacenti e psicotrope, in quanto gli studi clinici nel lungo periodo non hanno evidenziato segni di tolleranza e dipendenza .



Con Determina AIFA 658/2020 G.U. n. 162 del 29/06/2020 è stata introdotta la **limitazione della durata max della terapia a 30 giorni per le prescrizioni dei medicinali contenenti il p.a. da solo o in associazione.**

L'AIFA ribadisce che le indicazioni terapeutiche autorizzate per il tramadolo sono le seguenti: **trattamento del dolore moderato e grave, come pure nel dolore indotto da interventi diagnostici e chirurgici.**

Modifica modalità prescrittive ACITRETINA

L' AIFA ha disposto che, a far data dal **31 marzo 2020**, la prescrizione di medicinali a base di acitretina (**ZORIAS e NEOTIGASON**) sia effettuata da parte dello specialista Dermatologo tramite redazione di un **Piano Terapeutico (PT) di validità massima di 3 MESI**.

La ricetta (la prima deve essere redatta dal Dermatologo mentre le successive possono essere fatte dal MMG), SSN o dematerializzata, deve comprendere **quantitativi pari a 30 giorni di trattamento**, pertanto il numero di copie di PT rilasciate dallo specialista deve essere commisurato al numero di ricette necessarie al completamento della terapia (per una terapia di 3 mesi il dermatologo dovrà redigere 3 copie timbrate e firmate in originale).

VALIDITA' RICETTA:

- Donne in età fertile: **7 GIORNI**
- Uomini: **30 GIORNI**

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione dei medicinali a base di acitretina

Azienda Sanitaria	_____
Unita Operativa	_____
Medico Specialista prescrittore	_____ tel. _____ e-mail _____
Paziente (cognome, nome)	_____ Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Codice Fiscale _____ Regione _____
Indirizzo	_____ tel _____
ASP di residenza	_____ Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi	_____
Specialità Medicinale Prescritta	_____
Posologia	_____
Annotazioni	_____
Data successivo controllo	_____
Data ___/___/___	Timbro e firma in originale del medico prescrittore
Durata	_____
Copia valida per N. _____	confezioni

Il Piano Terapeutico, ai fini della prescrizione a carico del SSN, deve essere redatto dagli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata.

La durata massima della ricetta SSN è 30 giorni.

Modifica modalità prescrittive ACITRETINA

In considerazione del rischio teratogeno associato all'uso dei retinoidi, nel caso di donne in età fertile l'AIFA ha disposto anche la **compilazione della check-list** che deve essere compilata per la prima prescrizione da parte dallo specialista dermatologo e aggiornata ad ogni successiva prescrizione da parte del MMG.

MODULO CHECK LIST PER PRESCRIZIONE DI ACITRETINA AD USO SISTEMICO (ZORIAS)

Cara/o Collega,

La informo che intendo trattare la paziente con acitretina ad uso sistemico per il trattamento di forme refrattarie di psoriasi estese e gravi, psoriasi pustolosa delle mani e dei piedi, grave ittiiosi vulgaris congenita e dermatite ittiosiforme, lichen ruber planus della pelle e delle membrane mucose, altre forme gravi e refrattarie di dermatite caratterizzate da discheratosi e/o ipercheratosi.

Ho informato la paziente del rischio teratogeno correlato all'uso dell'acitretina.

Ho consegnato alla paziente la scheda promemoria per la paziente

Allego il Modulo di Consenso per la Prescrizione a Pazienti di Sesso Femminile

Data effettuazione test di gravidanza: _____ Esito: _____ Firma: _____
(La contraccezione deve essere iniziata almeno un mese prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

(Il test di gravidanza, la consegna della prescrizione e la dispensazione di acitretina devono avvenire preferibilmente lo stesso giorno.)

Nome e cognome del Dermatologo: _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____

Età _____ Tessera Sanitaria n. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____

Durata massima del Trattamento: 8-12 settimane

Indicare se:

Prima prescrizione

prosecuzione della cura (motivo: _____)

Data ____/____/____ Timbro e firma del dermatologo prescrittore _____

PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE o PER IL DERMATOLOGO

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

(Immediatamente prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data ____/____/____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

MODULO CHECK LIST PER PRESCRIZIONE DI ACITRETINA AD USO SISTEMICO (NEOTIGASON)

Cara/o Collega,

La informo che intendo trattare la paziente con acitretina ad uso sistemico per il trattamento di forme gravi di psoriasi (comprese le forme accompagnate da artropatia), disturbi della cheratinizzazione (quali stati ittiosiformi), cheratoderma palmoplantare, malattia di Darier, lichen planus e di altre dermatosi sensibili alla terapia con acitretina.

Ho informato la paziente del rischio teratogeno correlato all'uso dell'acitretina.

Ho consegnato alla paziente la scheda promemoria per la paziente

Allego il Modulo di Consenso per la Prescrizione a Pazienti di Sesso Femminile

Data effettuazione test di gravidanza: _____ Esito: _____ Firma: _____

(La contraccezione deve essere iniziata almeno un mese prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

(Il test di gravidanza, la consegna della prescrizione e la dispensazione di acitretina devono avvenire preferibilmente lo stesso giorno.)

Nome e cognome del Dermatologo: _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____

Età _____ Tessera Sanitaria n. _____

Indirizzo _____ Tel. _____

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____

Durata massima del Trattamento: 8-12 settimane

Indicare se:

Prima prescrizione

prosecuzione della cura (motivo: _____)

Data ____/____/____ Timbro e firma del dermatologo prescrittore _____

PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE o PER IL DERMATOLOGO

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

(Immediatamente prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data ____/____/____ Timbro e firma del medico prescrittore _____

ACITRETINA

PT del Dermatologo valido 3 mesi:
3 copie in originale ognuna valida per max 30
giorni

FEMMINE

- PT in originale validità **30 giorni**;
- Ricetta SSN validità **7 GIORNI**;
- Numero di confezioni per **max 30 giorni di terapia**;
- Check list (con data effettuazione test di gravidanza)

MASCHI

- PT in originale validità **30 giorni**;
- Ricetta SSN validità **30 GIORNI**;
- Numero di confezioni per **max 30 giorni di terapia**;

ISOTRETINOINA

NON RICHIEDE PT

FEMMINE

- Ricetta SSN validità **7 GIORNI**;
- Numero di confezioni per **max 30 giorni di terapia**;
- Check list (con data effettuazione test di gravidanza);
- Consenso informato

MASCHI

- Ricetta SSN validità **7 GIORNI**;
- Numero di confezioni per **max 30 giorni di terapia**;
- Consenso informato

NOTA AIFA 99 – Prescrizione a carico del SSN della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA/ LAMA/LABA/ICS) nei pazienti con BPCO

- I farmaci inclusi nella nota 99 sono:
- LABA: beta2- agonisti a lunga durata d'azione;
- LAMA: anticolinergici a lunga durata d'azione;
- Combinazioni precostituite:
 - LABA+ ICS (corticosteroide inalatorio);
 - LABA+ LAMA;
 - LABA+LAMA+ICS

NOTA AIFA 99 – Prescrizione a carico del SSN della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA/ LAMA/LABA/ICS) nei pazienti con BPCO

- La prescrizione dei farmaci inalatori di mantenimento è prevista solo in caso di BPCO confermata da spirometria che confermi la presenza di ostruzione bronchiale persistente (FEV1/FVC dopo broncodilatazione <70%)
- In caso di FEV1<50% o valutazione del MMG di paziente grave, invio allo specialista entro 6 mesi.
- Pazienti già in trattamento prima dell'introduzione della nota, devono eseguire la spirometria entro 1 anno se non effettuata nei 12 mesi precedenti

NOTA AIFA 99 – Prescrizione a carico del SSN della terapia inalatoria di mantenimento con LABA, LAMA, ICS e relative associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA/ LAMA/LABA/ICS) nei pazienti con BPCO

Come cambia la prescrizione con l'introduzione della nota 99?

- LABA, LAMA, LABA+ICS (unico erogatore): da A/RR a A/RR/Nota 99;
- LABA+LAMA (unico erogatore): da A/RRL/PT a A/RR/Nota 99;
- ICS+LABA+LAMA (unico erogatore): rimangono classificate in A/RRL/PT.

Pertanto, con l'adozione della Nota AIFA 99 si assiste all' eliminazione del PT per le associazioni precostituite LABA/LAMA (c.d. **duplice terapia**), che potranno essere prescritte anche dal Medico di Medicina Generale.

La prescrizione delle associazioni precostituite di LABA/LAMA/ICS (c.d. **triplice terapia**), invece, rimane limitata agli specialisti Pneumologi/Internisti delle UU.OO. di Pneumologia e Medicina Interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN, attraverso la compilazione del Piano Terapeutico (allegato alla nota AIFA 99), valido per un massimo di dodici mesi.

I PT precedenti in corso di validità potranno essere accettati dalle farmacie fino a naturale scadenza degli stessi.

Elenco medicinali che richiedono obbligatoriamente la NOTA 99 perché hanno come unica indicazione la BPCO

AIC	Medicinale	Principio attivo	Classe	Regime di fornitura prima della vigenza della Nota	Regime di fornitura dalla data di vigenza della Nota	Indicazioni con rimborso SSN BPCO	Annotazioni
43488023	ANORO ELIPTA*30 dosi polv inal 55 mcg + 22 mcg	UMECULIDINIO BROMURO/VILANTEROLO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
041476015	BEVESPI AEROSPHERE*soep inal 1 inalatore 1,2 mcg + 5 mcg 120 erogazioni	GLICOPHONIDIO BROMURO/FORMOTEROLO FUMARATO IDIRATO	A	RRL	RR	A-Nota 99	Riclassificazione: da Cnn RRL a A RR + Nota 99, GU n. 208 31/8/2021
43854024	BRAALYUR*10 cps rigide polv inal 10 mcg flacono	TIOTROPIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
43470209	BRETARIS GENLIAR*1 flacone 60 dosi polv inal 322 mcg	ACILDINIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
43773011	BRIMICA GENLIAR*1 inalatore 66 dosi polv inal 340 mcg + 12 mcg	ACILDINIO BROMURO/FORMOTEROLO FUMARATO IDIRATO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
43777010	DUAKLIR GENLIAR*1 inalatore 66 dosi polv inal 340 mcg + 12 mcg	ACILDINIO BROMURO/FORMOTEROLO FUMARATO IDIRATO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
43471021	EKLIRA GENLIAR*1 inalatore 60 dosi polv inal 322 mcg	ACILDINIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
45780029	ELEBRATO ELIPTA*30 dosi polv inal 92 mcg + 55 mcg + 22 mcg	VILANTEROLO TRIFENATO/UMECULIDINIO BROMURO/FUTICASONI FURATO	A	RRL + PT	RRL+PT	A-PT-Nota 99	Modifica regime di fornitura: da A RRL+PT a A RRL+PT+Nota 99
39699020	HIROBRIZ BREEZHALE*polv inal 30 cps 150 mcg	INDACATEROLO MALEATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
39699071	HIROBRIZ BREEZHALE*polv inal 30 cps 300 mcg	INDACATEROLO MALEATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
43374026	INCROUTE ELIPTA*30 e dosi polv inal 55 mcg	UMECULIDINIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
43444025	LAVENTAIR ELIPTA*30 dosi polv inal 55 mcg + 22 mcg	UMECULIDINIO BROMURO/VILANTEROLO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
39664026	ONBREZ BREEZHALE*polv inal 30 cps 150 mcg	INDACATEROLO MALEATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
39664077	ONBREZ BREEZHALE*polv inal 30 cps 300 mcg	INDACATEROLO MALEATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
45321027	NOLUFTA ELIPTA*1 inal 30 dosi 55 mcg	UMECULIDINIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
42306035	SEEBRI BREEZHALE*10 cps 44 mcg polv inal	GLICOPHONIDIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
45930018	SIRKAVA*30 cps polv inal 18 mcg neumo-chale	TIOTROPIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
041665077	SPIOLTO RESPIMAT*2,5 mcg/2,5 mcg, soluzione per inalazione - 1 cartuccia da 60 erogazioni	TIOTROPIO BROMURO/OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RRL	RR	A-Nota 99	Riclassificazione: da Cnn RRL a A RR + Nota 99, GU n. 208 31/8/2021
43661014	SPIOLTO RESPIMAT*saluz inal 1 inalatore 2,5 mcg + 2,5 mcg da 60 erogazioni	TIOTROPIO BROMURO/OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
43661053	SPIOLTO RESPIMAT*saluz inal 1 inalatore 2,5 mcg + 2,5 mcg da 60 erogazioni + 1 cartuccia	TIOTROPIO BROMURO/OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
35688058	SPRIVA*30 cps 18 mcg handhaler	TIOTROPIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
04242070	STRIVERDI RESPIMAT* 2,5 mcg, soluzione per inalazione - 1 cartuccia da 60 erogazioni	OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: dispensazione: da Cnn RR ad A RR + Nota 99
42432017	STRIVERDI RESPIMAT*saluz inal 30 dosi 2,5 mcg	OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
42432026	STRIVERDI RESPIMAT*saluz inal 60 dosi (30 fiaschi) 2,5 mcg + 1 cartuccia	OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99

U.O. FARMACIA TERRIBOIA
ASPE - CN

Prescrivibili solo dallo Specialista su PT:

- TRIMBOW
- TRELEGY
- ELEBRATO
- TRIXEO

AIC	Medicinale	Principio attivo	Classe	Regime di fornitura prima della vigenza della Nota	Regime di fornitura dalla data di vigenza della Nota	Indicazioni con rimborso SSN BPCO	Annotazioni
35304265	SYMBICORT*soep press inal 120 dosi 160 mcg + 4,5 mcg	BUDESONIDE/FORMOTEROLO FUMARATO IDIRATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
42813039	TOVANOR BREEZHALE*polv inal 30 cps 44 mcg	GLICOPHONIDIO BROMURO	A	RR	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da ARR a A RR + Nota 99
45790021	TRELEGY ELIPTA*30 dosi polv inal 92 mcg + 55 mcg + 22 mcg	VILANTEROLO TRIFENATO/UMECULIDINIO BROMURO/FUTICASONI FURATO	A	RRL + PT	RRL+PT	A-PT-Nota 99	Modifica regime di fornitura: da A RRL+PT a A RRL+PT+Nota 99
45486022	TRIMBOW*soluz inal 120 erog 87 mcg + 5 mcg + 9 mcg	BECLOMETERASONE DIFORMILATO/FORMOTEROLO FUMARATO IDIRATO/GLICOPHONIDIO BROMURO	A	RRL + PT	RRL+PT	A-PT-Nota 99	Modifica regime di fornitura: da A RRL+PT a A RRL+PT+Nota 99
43331032	ULTIBRO BREEZHALE*polv inal 30c1 cps 85 mcg + 43 mcg	INDACATEROLO MALEATO/GLICOPHONIDIO BROMURO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
43333036	XOTERNA BREEZHALE*polv inal 30c1 cps 85 mcg + 43 mcg	INDACATEROLO MALEATO/GLICOPHONIDIO BROMURO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT
041665075	YANIMO RESPIMAT* 2,5 mcg/2,5 mcg, soluzione per inalazione - 1 cartuccia da 60 erogazioni	TIOTROPIO BROMURO/OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RR	RR	A-Nota 99	Riclassificazione: da Cnn RRL a A RR + Nota 99, GU n. 208 31/8/2021
43660012	YANIMO RESPIMAT*saluz inal 1 inalatore 2,5 mcg + 2,5 mcg + 1 cartuccia	TIOTROPIO BROMURO/OLODATEROLO CLORIDRATO	A	RRL + PT	RR	A-Nota 99	Modifica regime fornitura: da RRL a RR, per le PT

Allegato 1. SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE SPECIALISTICA PER LA BPCO

Compilazione a carico degli specialisti operanti presso strutture identificate dalle Regioni e dotati della strumentazione e della competenza necessaria per effettuare e interpretare indagini di secondo livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, ecc.).

Medico prescrittore _____ Tel _____ Az. Sanitaria _____

U.O. _____ Ambulatorio pneumologico _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice Fiscale _____

Verifica la presenza delle seguenti condizioni:

diagnosi clinica e spirometrica di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

FEV₁ / FVC (da esame spirometrico) < 0,70 (70%) _____
Indicare il valore misurato con lo spirometro dopo broncodilatazione

FEV₂ ≥50% oppure FEV₂ <50% _____
Indicare il valore misurato con lo spirometro

Terapia inalatoria in atto:

- LAMA _____
 LABA _____
 LABA + LAMA _____
 LABA + ICS _____
 LABA + ICS + LAMA # _____
 altro _____

Sezione 1: valutazione clinica e proposta di strategia terapeutica (Opzionale)

Valutazione clinica della terapia in corso

- Terapia efficace: conferma della terapia in atto
 Terapia inefficace o parzialmente efficace per:
 permanenza della dispnea
 permanenza di riacutizzazioni
 permanenza sia di riacutizzazioni sia di dispnea
 Terapia non tollerata

Proposta di strategia terapeutica:

- LAMA _____
 LABA _____
 LABA + LAMA _____
 LABA + ICS _____
 (LABA + ICS + LAMA) # _____
 unico inalatore
 altro _____

per la prescrizione di un LABA + ICS + LAMA (unico inalatore) è necessario il PT (compilare la sezione 2)

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico _____

Sezione 2: Piano Terapeutico AIFA (unico per le triplici associazioni fisse)

Compilazione a carico degli specialisti operanti presso strutture identificate dalle Regioni e dotati della strumentazione e della competenza necessaria per effettuare e interpretare indagini di secondo livello (spirometria globale, DLCO, tecniche di imaging, ecc.).

Piano Terapeutico AIFA per la prescrizione della TRIPUCE terapia LABA/LAMA/ICS (in singolo erogatore) nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La rimborsabilità SSN è limitata:

per

- **Beclometasone dipropionato/ formoterolo fumarato diidrato/ glicopirronio bromuro**

alla terapia di mantenimento dei pazienti adulti con diagnosi di BPCO di grado da moderato a severo, che non siano sufficientemente controllati dall'associazione di un corticosteroide inalatorio e di un beta2-agonista a lunga durata d'azione.

per

- **Budesonide/glicopirronio bromuro/ formoterolo fumarato diidrato**

- **Fluticasone furoato/ umeclidinio bromuro/ vilanterolo trifrenato**

al trattamento di mantenimento in pazienti adulti affetti da BPCO da moderata a severa, che non siano adeguatamente trattati con un'associazione di un corticosteroide per via inalatoria e un beta2-agonista a lunga durata d'azione o un'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e un antagonista del recettore muscarinico a lunga durata d'azione.

Per tutti i LABA/LAMA/ICS devono essere inoltre soddisfatte ENTRAMBE le condizioni di seguito riportate:

- 1 Paziente con diagnosi conclamata di BPCO da moderata a grave e con almeno 2 riacutizzazioni negli ultimi 12 mesi o almeno una riacutizzazione che ha richiesto il ricovero ospedaliero;
 2 Paziente affetto da BPCO con dispnea classificabile come ai punti A) oppure B):

A) Dispnea di grado 2 o superiore misurata tramite il questionario mMRC per la dispnea:

Questionario mMRC	
Grado 0	Ho dispnea solo per sforzi intensi (es. salire le scale, pedalare).
Grado 1	Mi manca il fiato se cammino veloce (o corro) in piano o in lieve salita
Grado 2	Su percorsi piani cammino più lentamente dei miei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale
Grado 3	Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti
Grado 4	Mi manca il fiato a riposo, per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi

oppure:

B) Punteggio al test di valutazione della sintomatologia CAT pari almeno a 10

Questionario CAT (COPD Assessment Test - CATTM)

Non tossico mai	0 1 2 3 4 5	Tossico sempre	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione il petto	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia	

PUNTEGGIO TOTALE

<input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA
	Posologia
<input type="checkbox"/> Beclometasone dipropionato/formoterolo fumarato diidrato/glicopirronio bromuro.	2 inalazioni (ciascuna da 87 mcg/5 mcg/9 mcg) due volte al giorno.
<input type="checkbox"/> Fluticasone furoato/umeclidinio bromuro/vilanterolo trifrenato.	1 inalazione (da 92 mcg/55 mcg/22 mcg) ogni giorno alla stessa ora.
<input type="checkbox"/> Budesonide/glicopirronio bromuro/formoterolo fumarato diidrato.	2 inalazioni (ciascuna da 160 mcg/7.2 mcg/5 mcg) due volte al giorno.

NB per tutti i farmaci le dosi indicate sono anche le dosi massime raccomandate

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del Medico _____

NOTA AIFA 1



Farmaco in nota: pantoprazolo, omeprazolo, misoprostolo, lansoprazolo, esomeprazolo

La prescrizione a carico del SSN è limitata:

Non hanno nota 1:

- Rabeprazolo
- Antagonisti-H2
- Pantoprazolo 40 mg
- Esomeprazolo 40 mg

- **alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**
 - in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
 - in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi
- **purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio**
 - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
 - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonic
 - età avanzata.



N NON ESENTE
 E01 CODICE ESENZIONE
 R REDOTTO
 FIRMA AUTOCERTIFICANTE _____
 CODICE FISCALE _____
(vedi avvertenze sul retro)
 SIGLA PROVINCIA _____ CODICE ASL _____

PRESCRIZIONE

PARIET 20 mg 14 CPR

(Barre se non utilizzate)
 001 NOTA
 002 NOTA
 S SUGG.
 H RICOV.
 ALTR. ALTRO
 U
 B
 D
 P PRIORITY DELLA PRESTAZIONE

002

1608

PARIET 20 MG
 14 compresse gastroresistenti
A034216186
 JANSSEN-CILAG SpA
 058891224

PARIET 20 MG
 14 compresse gastroresistenti
A034216186
 JANSSEN-CILAG SpA
 058891218

CODICE NUMERO

 CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

 CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

 CODICE NUMERO

DATA PRESCRIZIONE / FIMBRO STRUTTURA EROGANTE _____
 NUMERO COSSISSIVO **29**
 IMPORTI **717** TONSI
 SALON SBL. CHRM ALTRO _____

17.11.2005

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Sicilia

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO:

INDIRIZZO: CA

ESENZIONE:E03

SIGLA PROVINCIA:EN

CODICE ASL:204

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(040597128) PANTOPRAZOLO TEVA*28CPR 40MG (HCJ) PANTOPRAZOLO 40MG 28 UNITA' USO ORALE	2	001



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Sicilia

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: :

INDIRIZZO:

CAP:

ESENZIONE:0031

SIGLA PROVINCIA:EN

CODICE ASL:204

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(035433174) ESOPRAL*14CPR GASTR 40MG (CVB) ESOMEPRAZOLO 40MG 14 UNITA' USO ORALE	2	001



ESOPRAL 40 MG
compresse gastroresistenti
A035433174
Dompé farmaceutici S.p.A.
023907242



ESOPRAL 40 MG
compresse gastroresistenti
A035433174
Dompé farmaceutici S.p.A.
023907246



12,32

SOSTITUZIONE DEI “BRAND”

La sostituzione da parte del farmacista di farmaci coperti da brevetto con altre specialità medicinali diverse da quelle indicate nella ricetta dal MMG deve avere **carattere di eccezionalità**, pertanto **la sua sistematica sostituzione non può come tale essere accolta**. L'art. 6 del DPR 371/98 vai commi 2-5 prevede la sostituzione di una specialità medicinale *branded* esclusivamente nei seguenti casi:

1. il medicinale prescritto sia irreperibile nel normale ciclo distributivo
2. la farmacia ne risulta eccezionalmente sprovvista
3. casi di urgenza assoluta o manifesta

In tali casi il Farmacista, ai fini del rimborso, dovrà **annotare sulla ricetta le circostanze della modifica nella spedizione**; nel caso di irreperibilità del medicinale (punto 1) gli elementi utili da fornire ai fini del giudizio della Commissione sulla sua effettiva carenza sono **l'inclusione del medicinale nell'elenco dei farmaci temporaneamente carenti presente sul sito dell'AIFA e/o l'attestazione di momentanea indisponibilità del medicinale da parte del/i grossista/i**.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Sicilia

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO

INDIRIZZO: LARGO SAMMARTINO 25 CAF

ESENZIONE: E03

SIGLA PROVINCIA: EN

CODICE ASL: 204

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
(TRH) FLUTICASONE+VILANTEROLO 1x30DOSI 92+22MCG USO INALATORIO (043154020) RELVAR ELL*INAL 92+22MCG 30D - UNA AL DI	2	---
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div data-bbox="363 732 697 988">  <p>REVINTY ELLIPTA 92/22 MCG polvere per inalazione - 1 x 30dosi A043446020 GlaxoSmithKline (Ireland) Ltd./E 006185731</p> </div> <div data-bbox="761 687 1095 943">  <p>REVINTY ELLIPTA 92/22 MCG polvere per inalazione - 1 x 30dosi A043446020 GlaxoSmithKline (Ireland) Ltd./E 006394720</p> </div> </div>		

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

Regione Sicilia



COGNOME E
NOME:

INDIRIZZO:

ESENZIONE: 007

SIGLA PROVINCIA: CT

CODICE ASL: 203

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE		QTA'	NOTA
JYW - BECLOM+FORM 120DX200+6MCG-RESP 037778077 - FORMODUAL*SOLXIN 120D 200+6MCG; BECLOMETASONE DIPROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO		1	---

POSTER 2006MCG/6R
soluz. press. per inalaz.
A037789070
CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.
000909883

200

QUESITO DIAGNOSTICO:

ALCOSEZIONIPRESTAZIONI:

TIPO RICETTA: U.S. 1001

CATEGORIA:

elisi.it

PAXLOVID

Dal 9/05/2022



Il Medico di Medicina Generale deve:

- Compilare il PT cartaceo AIFA in un'unica copia originale. E' disponibile la versione web del Piano Terapeutico dematerializzato accedendo all'area riservata con le credenziali del Sistema TS (www.sistemats.it); ad un PT si può associare una sola ricetta dematerializzata.
- Redigere la ricetta dematerializzata o rossa: la prescrizione di Paxlovid è per ciclo e poiché un ciclo di terapia corrisponde ad una confezione, **una ricetta può contenere al massimo una confezione.**
- Avviare il trattamento secondo quando previsto in RCP ed entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

Il Farmacista deve:

- richiedere il medicinale sulla piattaforma *GoPenDPC* al deposito Alliance Healthcare;
- allegare il PT in originale alla ricetta;
- indicare lotto e scadenza del farmaco sulla piattaforma *GoPenDPC*;
- consegnare al paziente una copia del foglietto illustrativo in italiano;
- chiudere la ricetta anche nei casi in cui venga prescritto il medicinale italiano ed erogato quello estero, a garanzia dell'avvenuta dispensazione del farmaco.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 3 del Protocollo d'Intesa a livello nazionale la distribuzione del farmaco sarà eccezionalmente effettuata a titolo gratuito dalle farmacie e dai distributori.

INSULINE RAPIDE

I medici (sia MMG che Specialisti) che intendono prescrivere la specialità a maggior costo, sia ai pazienti *naive* che ai pazienti già in trattamento, dovranno inserire sulla stessa ricetta SSN, nel campo “*motivazNote*”, la dicitura “*Prescrizione di terapia a maggior costo*”.

I Farmacisti, all’atto della dispensazione della specialità a maggior costo, dovranno verificare che sulla prescrizione sia riportata la suddetta dicitura.

Tale adempimento entrerà in vigore a far data dal 20/06/2022 e sarà necessario solo per le specialità medicinali aventi il biosimilare, ovvero HUMALOG e NOVORAPID.

Per opportuna conoscenza e al fine di facilitare l’individuazione dei farmaci a minor costo terapia, si trasmette il prospetto relativo ai costi/DDD delle insuline rapide *originator* e dei rispettivi biosimilari (categoria A10AB):

INSULINE	SPECIALITA’	COSTO/CONFEZIONE	COSTO/ DDD
Aspart (<i>originator</i>)	NOVORAPID	€ 49,74	€ 1,33
Aspart (biosimilare)	ASPART SANOFI	€ 37,3	€ 0,99
Lispro (<i>originator</i>)	HUMALOG	€ 47,76	€ 1,27
Lispro (biosimilare)	LISPRO SANOFI	€ 37,3	€ 0,99

FARMACI SOGGETTI A NOTA AIFA 51



A far data dal 1/06/2022 verrà avviata la prescrizione informatizzata sulla piattaforma *GopenPT* dei farmaci soggetti a nota AIFA 51 (**buserelina, goserelina, leuprorelina e triptorelina**).

I medici prescrittori potranno continuare a redigere i vecchi PT cartacei fino al 31/07/2022 la fine di favorire la graduale migrazione delle prescrizioni verso la modalità informatizzata.

A far data **dal 1/08/2022 le prescrizioni di farmaci soggetti a nota aifa 51 dovranno essere effettuate esclusivamente nella modalità informatica**, mentre i PT cartacei redatti prima di tale data potranno comunque essere esitati fino alla naturale scadenza degli stessi.



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO PER LA SANITÀ

MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO

Azienda Sanitaria / Azienda Policlinico / IRCCS / Struttura Privata accreditata
Azienda
UO di Oncologia Medica - AOU Policlinico - S. Marco Catania

Nome e Cognome a _____ Sesso **M**
Codice Fiscale _____ 17.10.1937
Indirizzo Via Palermo, 111 - Regalbuto (EN) Telefono 345-1691909
Azienda USL di residenza 204 Provincia EN Regione Sicilia

Diagnosi e motivazione clinica della scelta del farmaco:

Ormonoterapia carcinoma mammario con recettori ormonali positivi

Formulata da _____

Principio attivo Triptorelina (Decapeptyl) 3.75 Nota AIFA (ove prevista) 51

Dosaggio 3.75 mg Posologia 1 fl s.c. ogni mese

Durata prevista della terapia 2 mesi

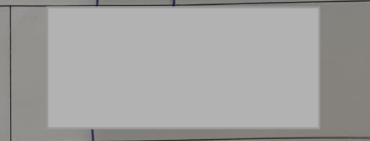
Annotazioni Totale 2 fiala

Prima prescrizione Prosecuzione

Data successivo controllo _____

Data 19.05.2022

Timbro e firma del medico prescrittore





I farmaci soggetti a PT *web-based*,
ovvero con PT redatto dallo Specialista
su *GoPenPT*, non richiedono la
conformizzazione del Piano Terapeutico
da parte del Servizio Farmaceutico della
ASP e non è necessario allegare alla
ricetta la copia del PT.

Per ulteriori approfondimenti e aggiornamenti consultate la sezione FARMACO PRESCRIZIONE sul portale dell'ASP (www.aspenna.it)

The image shows the ASP Enna website interface. At the top, there is a blue navigation bar with the ASP Enna logo and a search bar. Below the navigation bar is a grid of 24 service icons arranged in three rows and eight columns. A red arrow points to the 'Prescrizione Farmaci' icon in the second row, second column.

Icon Description	Service Name
Colorful squares	Formazione
S.I.M.T. logo	Medicina trasfusionale
Winged figure	Sportello dolore
Family icon	Consultorio familiare
Person with thought bubble	Lo Psicologo
Maternal and infant icon	Dipartimento Materno Infantile
Group of people	Servizio spp
Brain and cells	U.O.C. Dipendenze patologiche
Person on a boat	Qualità e rischio clinico
iPA logo	Ipa
Children icon	Tutela dei minori
Person in wheelchair	Avviso Disabili Gravissimi 2020/21
Group of people	Servizio Civile
Person eating	Disturbi comportamentali alimentari
TIRCOI logo	Tirocini formativi
Two people talking	Comitato consultivo
URP logo	URP Ufficio Relazioni con il pubblico
Green cross	Prescrizione Farmaci
Hand holding heart	Accesso RSA
Scales of justice	Medicina Legale
Hand holding heart	Stanza Rosa
ICARE logo	Progetto I.C.A.R.E.
Tree with people	U.O.C. Servizio di Psicologia
No gluten symbol	Esercizi autorizzati vendita prodotti senza glutine



[Home](#) > Farmaco Prescrizioni

Categoria: Farmaco Prescrizioni

Pagina 1 di 3

Farmaco Prescrizioni

PRESCRIZIONE INSULINE RAPIDE

Farmaco Prescrizioni

prescrizione ed erogazione del paxlovid

Farmaco Prescrizioni

introduzione nota AIFA 100 – aggiornamento

Farmaco Prescrizioni

INTRODUZIONE NOTA AIFA 100

Farmaco Prescrizioni

Estensione indicazioni terapeutiche Dapaglifozin

Farmaco Prescrizioni

Prescrivibilità e rimborsabilità dei medicinali stupefacenti utilizzati nella terapia del dolore

Farmaco Prescrizioni

PRESCRIZIONE EDISPENSAZIONE DI SPECIALITA' MEDICINALI A BASE DI CALCIPOTRIOLO E BETAMETASONE – AGGIORNAMENTO

Farmaco Prescrizioni

ANALISI FARMAECONOMICA RELATIVA ALLE SPECIALITA' MEDICINALI CONTENENTI TERIPARATIDE

Farmaco Prescrizioni

Associazioni precostituite Ezetimibe e Statine

Grazie!