

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 7 - Farmaceutica

Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. n. 40264

del 03/2/17

Oggetto: Piano Terapeutico per la prescrizione di incretine/inibitori DPP-4 nel trattamento del diabete di tipo 2 - Aggiornamento

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie

Ai Direttori dei Servizi di Farmacia

Agli Ordini Provinciali dei Medici

A Federfarma Sicilia

Ad Assofarm

All'AIOP

LORO SEDI

Con la determina AIFA pubblicata sulla GURI n. 259 del 05/11/2016 è stato introdotto il Piano Terapeutico per la prescrizione di incretine/inibitori DPP-4 nel trattamento del diabete di tipo 2.

Con la nota prot. n. 89714 del 16/11/2016, relativa all'aggiornamento n.10 del PTORS, è stato adottato un Piano Terapeutico (PT) regionale, successivamente modificato con la nota prot. n. 95421 del 07/12/2016.

La sopracitata determina dispone che *"la validità del PT è di sei mesi con estensione automatica sino a dodici mesi per i pazienti con livelli adeguati di HbA1c al controllo semestrale eseguito dal Medico di Medicina Generale"*.

Al fine di permettere al Medico di Medicina Generale di estendere la durata del PT secondo quanto disposto dall'AIFA e sentito il parere della Commissione PTORS, è stato inserito un apposito spazio nel quale il medico deve riportare i dati necessari per il rinnovo del Piano.

Ai fini della erogazione del farmaco a carico del SSN, il MMG dovrà fornire al paziente 3 copie del PT con timbro e firma in originale e relativa ricetta SSN.

Il Piano allegato alla presente, sostituisce integralmente il precedente.

Per i PT rilasciati in data antecedente alla presente nota, il MMG dovrà riportare per iscritto i dati introdotti con il nuovo format ai fini dell'estensione fino a dodici mesi del Piano.

Qualora il rinnovo del Piano venga effettuato dallo Specialista, lo stesso dovrà rilasciare un nuovo PT in triplice copia con timbro e firma in originale unitamente alla prima ricetta SSN, avendo cura di biffare il campo *"Prosecuzione di terapia"*.

Rimangono invariate tutte le altre disposizioni precedentemente impartite.

Si chiede di dare ampia diffusione della presente nota a tutte le figure interessate.

Il Responsabile del Servizio

Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale *ad interim*

Avv. Ignazio Tozzo

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico

per la prescrizione di incretine/inibitori DPP-4 nel trattamento del diabete tipo 2

(da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura delle strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali del SSN o convenzionate con il SSN, da consegnare al paziente in formato cartaceo; la validità è di sei mesi, con estensione automatica sino a dodici mesi per i pazienti con livelli adeguati di HbA_{1c} al controllo semestrale eseguito dal Medico di Medicina Generale)

Azienda Sanitaria _____		Unità Operativa del medico prescrittore _____	
Nome e Cognome del medico prescrittore _____		tel _____	
Paziente (nome e cognome) _____		Data nascita _____	
Sesso M ☐ F ☐	Codice Fiscale _____		Regione _____
Indirizzo _____		tel _____	
ASP di residenza _____		Medico curante _____	
Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____ BMI _____ circonferenza vita (cm) _____ Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni _____			
Prima prescrizione ☐		Prosecuzione di terapia ☐	
Ultimo Valore HbA _{1c} _____		Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Si ☐ No ☐	
Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow-up)		Si (lievi, gravi) ☐ No ☐	
Reazioni avverse Si ☐ No ☐			
Se sì, riportare il codice della scheda di segnalazione ADR Ministeriale come Normativa vigente _____			
Indicare la motivazione di eventuale <i>switch</i> da altra incretina/inibitore DPP – 4: _____			
In caso di <i>switch</i> di terapia indicare il/i farmaco/i e relativa durata di terapia:			
Farmaco _____		Durata _____	
Farmaco _____		Durata _____	
Farmaco _____		Durata _____	

Ipoglicemie lievi = gestite in autonomia dal paziente; Ipoglicemie gravi = che richiedono l'intervento di terzi

		Prima prescrizione ☐	Prosecuzione terapia: con modifiche ☐ senza modifiche ☐
	Posologia	In duplice terapia	In triplice terapia:
sitagliptin ^b	100 mg/die ☐ 50 mg/die ☐ 25 mg/die ☐	In associazione con: metformina ☐ Pioglitazone ^a ☐ sulfonilurea ^a ☐ Insulina basale ☐	In associazione con: metformina e pioglitazone ☐ metformina e sulfonilurea ☐ metformina e insulina basale ☐
sitagliptin/ metformina	50/850 mg/die x 2 ☐ 50/1000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: pioglitazone ☐ sulfonilurea ☐ insulina basale ☐
vildagliptin ^b	50 mg/die ☐ 50 mg/die x 2 ☐	In associazione con: metformina ☐ pioglitazone ^a ☐ sulfonilurea ^a ☐ insulina basale ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e insulina basale ☐
vildagliptin/ metformina	50/850 mg/die x 2 ☐ 50/1000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: sulfonilurea ☐ insulina basale ☐
saxagliptin ^b	5 mg/die ☐ 2.5 mg/die ☐	In associazione con: metformina ☐ pioglitazone ^a ☐ sulfonilurea ^a ☐ insulina basale ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e insulina basale ☐
saxagliptin/ metformina	2.5/850 mg/die x 2 ☐ 2.5/1000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: sulfonilurea ☐ insulina basale ☐
linagliptin ^b	5 mg/die ☐	In associazione con: metformina ☐ Insulina basale ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e insulina basale ☐
linagliptin/ metformina	2.5/850 mg/die x 2 ☐ 2.5/1000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: sulfonilurea ☐ insulina basale ☐
alogliptin	25 mg/die ☐ 12.5 mg/die ☐ 6.5 mg/die ☐	In associazione con: metformina ☐ pioglitazone ^a ☐ sulfonilurea ^a ☐ insulina basale ☐	In associazione con: metformina e pioglitazone ☐ metformina e insulina basale ☐

OK

alogliptin/ metformina	12.5/850 mg/die x 2 ☐ 12.5/1000 mg/die x 2 ☐		In associazione con: pioglitazone ☐ insulina basale ☐
alogliptin/ pioglitazone	25/30 mg/die ☐ 25/45 mg/die ☐ 12.5/30 mg/die ☐ 12.5/45 mg/die ☐		In associazione con: metformina ☐
exenatide	5 µg x 2 per 1 mese, poi 10 µg x 2/die (1° prescrizione) ☐ 10 µg x 2/die (prosecuzione) ☐	In associazione con: metformina ☐ sulfonilurea ^a ☐ pioglitazone ^a ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e pioglitazone ☐
lixisenatide	10 µg/die per 14 giorni, poi 20 µg/die (1° prescrizione) ☐ 20 µg/die (prosecuzione) ☐	In associazione con: metformina ☐ sulfonilurea ^a ☐ pioglitazone ^a ☐ insulina basale ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e pioglitazone ☐ metformina e insulina basale ☐
liraglutide	Penne preriempite 6 mg/ml (posologia variabile da 0.6 a 1.8 mg/die a seconda della risposta clinica) ☐	In associazione con: metformina ☐ sulfonilurea ^a ☐ insulina basale ☐	In associazione con: metformina e pioglitazone ☐ metformina e sulfonilurea ☐ metformina e insulina basale ☐
exenatide "a rilascio prolungato"	2 mg/settimana ☐	In associazione con: metformina ☐ sulfonilurea ^a ☐ pioglitazone ^a ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e pioglitazone ☐
dulaglutide	0.75 mg/settimana ☐ 1.5 mg/settimana ☐	In associazione con: metformina ☐ sulfonilurea ^a ☐ pioglitazone ^a ☐	In associazione con: metformina e sulfonilurea ☐ metformina e pioglitazone ☐

^a in pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata

^b Rimborsabile in monoterapia soltanto in pazienti con creatinina clearance secondo Cockcroft-Gault <50 ml/min.

Copia valida per N. _____ confezioni

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore

Campo da compilare in caso di estensione del Piano Terapeutico (2° semestre) da parte del Medico di Medicina Generale

Medico di Medicina Generale _____ Tel _____

Ultimo Valore HbA_{1c} _____

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico

Copia valida per N. _____ confezioni