



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione di GLP-1R

Da redigere ai fini della rimborsabilità esclusivamente a cura delle strutture diabetologiche individuate dalle Regioni. La validità temporale massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi. Durante tale periodo la continuità di prescrizione può essere effettuata dal Medico di Medicina Generale.

Qualora il valore di Hb_{A1c} dopo sei mesi di terapia non rientrasse nei limiti inizialmente indicati dallo Specialista redattore del PT, oppure siano sopraggiunte controindicazioni o intolleranza alla terapia prescritta, la rivalutazione della stessa da parte dello specialista dovrà essere anticipata rispetto al limite dei dodici mesi.

Centro Diabetologico prescrittore _____ Azienda Sanitaria _____

Medico Specialista prescrittore _____ tel _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____ Data nascita _____

Sesso M F Codice Fiscale _____ Regione _____

Indirizzo _____ tel _____

ASP di residenza _____ Medico di Medicina Generale _____

Dati Clinici

Progresso evento cardiovascolare SI NO _____

Alto* rischio cardiovascolare SI NO _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____ BMI _____ Durata di malattia: anni _____

Ultimo Valore Hb_{A1c} (% oppure mmol/mol) _____ rilevato in data _____

Target o intervallo appropriato di Hb_{A1c} a giudizio dello specialista (% oppure mmol/mol) _____

Ipoiplicemie severe o comunque condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi SI NO

Reazioni avverse (soltanto al follow-up):

SI (obbligo di compilazione della scheda di segnalazione di sospetta ADR come da normativa vigente. Indicare il codice attribuito dalla Rete Nazionale di Farmacovigilanza) Codice ADR _____ NO

Nell'eventualità di passaggio da una terapia giornaliera ad una settimanale è richiesta l'emissione di un nuovo PT e il rispetto dei parametri di eleggibilità ivi previsti. La prosecuzione della terapia con modifiche va pertanto intesa esclusivamente all'interno dell'utilizzo terapeutico del singolo medicinale per cui è stato stilato il PT iniziale.

Indicare la motivazione di eventuale switch da altro GLP-1R o DPP-4 _____

In caso di switch di terapia indicare il/i farmaco/i e la relativa durata di terapia:

farmaco _____ dal _____ al _____

farmaco _____ dal _____ al _____

farmaco _____ dal _____ al _____

farmaco _____ dal _____ al _____

*Si definiscono soggetti ad alto rischio cardiovascolare coloro che presentano una probabilità, calcolata mediante le carte italiane del rischio cardiovascolare, ≥ 20% di presentare un evento cv fatale o non fatale nei successivi 10 anni.
(<http://www.cuore.iss.it/valutazione/carte.asp>).

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

Terapia farmacologica prescritta
 Prima prescrizione Prosecuzione di terapia

Farmaco	posologia	Regime terapeutico	
		in duplice terapia	in triplice terapia
exenatide	5 µg x 2 per 1 mese, poi 10 µg x 2/die (1° prescrizione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/>
	10 µg x 2/die (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/>	metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/>
lixisenatide	10 µg/die per 14 giorni, poi 20 µg/die (1° prescrizione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/>
	20 µg/die (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
liraglutide	Penne preriempite 6 mg/ml (posologia variabile da 0.6 a 1.8 mg/die a seconda della risposta clinica) <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/>
		sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
exenatide "a rilascio prolungato"	2 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/> sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/> metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/>
dulaglutide	0.75 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/>
	1.5 mg/settimana <input type="checkbox"/>	sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
semaglutide*	0.25 mg/settimana per 4 settimane (1° prescrizione) <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina <input type="checkbox"/>	In associazione con: metformina e sulfonilurea <input type="checkbox"/>
	0.5 mg/settimana (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	sulfonilurea ^a <input type="checkbox"/> pioglitazone ^a <input type="checkbox"/>	metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
	1 mg/settimana (prosecuzione) <input type="checkbox"/>	insulina basale <input type="checkbox"/>	

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

Copia valida per N. _____ confezioni^b

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 Hb_{A1c} _____ rilevato in data _____

Data __/__/____

Timbro e firma del medico

Copia valida per N. _____ confezioni^b

^b Il numero di confezioni non può essere superiore a quello necessario a garantire sei mesi di terapia

*per semaglutide, in caso di prima prescrizione, la durata del primo PT non può superare i quattro mesi di terapia