



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico
per la prescrizione di insulina degludec/liraglutide in associazione fissa

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

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 _____

Farmaco prescritto e dosaggio _____

Durata prevista del trattamento (non oltre 12 mesi) _____

Prima prescrizione Prosecuzione di terapia

Ultimo Valore HbA_{1c} _____

Limitatamente per la prima prescrizione riportare la precedente linea di terapia:

farmaco _____	dal _____	al _____
farmaco _____	dal _____	al _____
farmaco _____	dal _____	al _____
farmaco _____	dal _____	al _____

Indicazione rimborsata dal SSN
Il trattamento con l'associazione fissa insulina degludec/liraglutide è indicato nei pazienti adulti con diabete mellito di 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 naive 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.

Si sottolinea che l'associazione fissa degludec/liraglutide NON permette nella maggior parte dei casi di sostituire automaticamente i due principi attivi già assunti separatamente; in tali casi sarà pertanto necessaria un'opportuna modifica dei dosaggi, secondo giudizio clinico.

** Si intende come "diabete non controllato" il riscontro di un valore di emoglobina glicosilata (HbA_{1c}) > 7%, o limite più alto in relazione ad opportuna valutazione da parte dello specialista.*

Copia valida per N. _____ confezioni

Data valutazione _____

Timbro e firma del medico prescrittore