



**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<sub>A1c</sub> 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 presrittore \_\_\_\_\_ Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

Medico Specialista presrittore \_\_\_\_\_ 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**

Pregresso evento cardiovascolare SI  NO  \_\_\_\_\_

Alto\* rischio cardiovascolare SI  NO  \_\_\_\_\_

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

Ultimo Valore Hb<sub>A1c</sub> (% oppure mmol/mol) \_\_\_\_\_ rilevato in data \_\_\_\_\_

Target o intervallo appropriato di Hb<sub>A1c</sub> a giudizio dello specialista (% oppure mmol/mol) \_\_\_\_\_

Ipoglicemie 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 \_\_\_\_\_

\*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>).

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

## Terapia farmacologica prescritta

Prima prescrizione

Proseguimento di terapia

Farmaco	posologia	Regime terapeutico in duplice terapia	Regime terapeutico 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:	In associazione con:
	10 µg x 2/die (proseguimento) <input type="checkbox"/>	metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/>	metformina e sulfanilurea <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:	In associazione con:
	20 µg/die (proseguimento) <input type="checkbox"/>	metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e sulfanilurea <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:	In associazione con:
		metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e sulfanilurea <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
exenatide "a rilascio prolungato"	2 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con:	In associazione con:
		metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/> dapaglifozin <input type="checkbox"/>	metformina e sulfanilurea <input type="checkbox"/> metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> metformina e dapaglifozin <input type="checkbox"/>
dulaglutide	0.75 mg/settimana <input type="checkbox"/>	In associazione con:	In associazione con:
	1.5 mg/settimana <input type="checkbox"/>	metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/> gliflozina <input type="checkbox"/>	metformina e sulfanilurea <input type="checkbox"/> metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> metformina e gliflozina <input type="checkbox"/>
	3 mg/settimana <input type="checkbox"/>		
	4,5 mg/settimana <input type="checkbox"/>		
semaglutide* (sottocute)	0.25 mg/settimana per 4 settimane (1° prescrizione) <input type="checkbox"/>	In associazione con:	In associazione con:
	0.5 mg/settimana (proseguimento) <input type="checkbox"/>	metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/>	metformina e sulfanilurea <input type="checkbox"/> metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/>
	1 mg/settimana (proseguimento) <input type="checkbox"/>		
semaglutide* (orale)	3 mg una volta al giorno per 30 gg, poi 7 mg una volta al giorno (1° prescrizione) <input type="checkbox"/>	In associazione con:	In associazione con:
	7 mg una volta al giorno (proseguimento) <input type="checkbox"/>	metformina <input type="checkbox"/> sulfanilurea <input type="checkbox"/> pioglitazone <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> insulina basale <input type="checkbox"/> gliflozina <input type="checkbox"/>	metformina e sulfanilurea <input type="checkbox"/> metformina e pioglitazone <input type="checkbox"/> metformina e insulina basale <input type="checkbox"/> metformina e gliflozina <input type="checkbox"/>
	14 mg una volta al giorno (proseguimento) <input type="checkbox"/>		

<sup>a</sup> in aggiunta in pazienti in cui l'aggiunta della metformina sia controindicata o non tollerata

Copia valida per N. \_\_\_\_\_ confezioni<sup>b</sup>

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 <sub>A1c</sub> _____ rilevato in data _____	
Data __/__/____	Timbro e firma del medico
Copia valida per N. _____ confezioni <sup>b</sup>	

<sup>b</sup> 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