U.O.C Farmacia Ospedaliera SE/CTO e verifica
appropriatezza prescrittiva ospedale territorio

Rev. 01 del 12/12/2024

Rev.02 del 17/03/2025

CHIARIMENTI SULLE MODALITA' DI PRESCRIZIONE/DISTRIBUZIONE DEI FARMACI PER L'INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA

Il presente documento nasce dalla necessità di riassumere in maniera semplice e facilmente fruibile le modalità di prescrizione e di distribuzione dei farmaci utilizzati per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica.

MOLECOLA	NOME COMMERCIALE	INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIMBORSATE
DAPAGLIFLOZIN	FORXIGA	Trattamento del diabete mellito di tipo 2.
		Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica.
		Trattamento della malattia renale cronica.
EMPAGLIFLOZIN	JARDIANCE	Trattamento del diabete mellito di tipo 2.
		Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica.
		Trattamento della malattia renale cronica
SACUBITRIL E VALSARTAN	ENTRESTO	Trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione (solo pazienti adulti).
VERICIGUAT	VERQUVO	Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica con ridotta frazione di eiezione, in *add on* ad una terapia ottimale seguita in maniera costante per almeno tre mesi in pazienti adulti che si trovino in una condizione clinica di «*worsening*».

A partire dal 15/03/2025 **DAPAGLIFOZIN** e **EMPAGLIFOZIN**, sono distribuiti - in Regione Lazio - attraverso il **canale della DPC <u>per tutte le indicazioni terapeutiche</u>** (*Nota Regionale 46640 del 15/01/2025*).

Per i suddetti farmaci e per le indicazioni soggette a monitoraggio AIFA *on line (*trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica; trattamento della malattia renale cronica), i medici specialisti dovranno compilare anche il **PT WEB-CARE** <u>riportando obbligatoriamente il numero Del PT di AIFA.</u>

Si ricorda, inoltre, che:

FORXIGA ha ricevuto l'INNOVATIVITA' CONDIZIONATA (data inizio: 21/02/2024; data fine 20/08/2025) per il trattamento, negli adulti, dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica classe NYHA II-III con frazione d'eiezione compresa > 40%.

JARDIANCE ha ricevuto l'INNOVATIVITA' CONDIZIONATA (data inizio: 29/06/2023; data fine 28/12/2024) per il trattamento, negli adulti, dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica classe NYHA II-III con frazione d'eiezione > 40%.

DAPAGLIFOZIN			
INDICAZIONE TERAPEUTICA	**MODALITA' DI PRESCRIZIONE**	**PRESCRITTORE**	**CANALE DI DISTRIBUZIONE**
Trattamento del diabete mellito di tipo 2.	SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE (cartacea); NOTA 100 su ricetta DEMA	MMG e medici specialisti	FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.
Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica.	PIANO TERAPEUTICO AIFA + **PIANO TERAPEUTICO SEMPLIFICATO WEB-CARE**	**PIANO TERAPEUTICO** MEDICI SPECIALISTI*: centri ospedalieri geriatra cardiologo endocrinologo internista nefrologo **PRESCRIZIONE DEMA:** MMG e medici specialisti	**FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.**
Trattamento della malattia renale cronica.	PIANO TERAPEUTICO AIFA + **PIANO TERAPEUTICO SEMPLIFICATO WEB-CARE**	**PIANO TERAPEUTICO** MEDICI SPECIALISTI*: centri ospedalieri geriatra cardiologo endocrinologo internista nefrologo **PRESCRIZIONE DEMA:** MMG e medici specialisti	**FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.**

**identificati dalla Regione*

EMPAGLIFLOZIN

INDICAZIONE TERAPEUTICA	MODALITA' DI PRESCRIZIONE	PRESCRITTORE	CANALE DI DISTRIBUZIONE
Trattamento del diabete mellito di tipo 2.	SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE (cartacea); NOTA 100 su ricetta DEMA	MMG e medici specialisti	FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.
Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica. **SOLTANTO IL DOSAGGIO DA 10 mg.**	PIANO TERAPEUTICO AIFA DELLO SPECIALISTA **e COMPILAZIONE WEB-CARE SEMPLIFICATO REGIONALE**. + **PRESCRIZIONE MMG SU RICETTA DEMA SULLA BASE DEL PT DELLO SPECIALISTA.**	**PIANO TERAPEUTICO:** SOLTANTO MEDICI SPECIALISTI* centri ospedalieri geriatra cardiologo endocrinologo internista nefrologo	**FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.**
Trattamento della malattia renale cronica. **SOLTANTO IL DOSAGGIO DA 10 mg.**	PIANO TERAPEUTICO AIFA DELLO SPECIALISTA **e COMPILAZIONE WEB-CARE SEMPLIFICATO REGIONALE**. + **PRESCRIZIONE MMG SU RICETTA DEMA SULLA BASE DEL PT DELLO SPECIALISTA.**	**PIANO TERAPEUTICO:** SOLTANTO MEDICI SPECIALISTI* centri ospedalieri geriatra cardiologo endocrinologo internista nefrologo	**FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.**

**identificati dalla Regione*

Si ricorda che, come indicato nella **Nota 100 di Aifa** (ultimo aggiornamento del 23/02/2025 – inserimento di *TIRZEPATIDE*) i farmaci INIBITORI SGLT2, tra cui rientrano DAPAGLIFLOZIN e EMPAGLIFLOZIN sono prescrivibili sia dal MMG che dal medico specialista. Per la prescrizione non è necessaria la compilazione di un piano terapeutico ma di una SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE (*scheda di prima prescrizione, scheda di rinnovo della prescrizione, in allegato al presente documento*) che può essere redatta sia dal MMG che dal medico specialista.

U.O.C Farmacia Ospedaliera SE/CTO e verifica appropriatezza prescrittiva ospedale territorio

SACUBITRIL E VALSARTAN			
INDICAZIONE TERAPEUTICA	**MODALITA' DI PRESCRIZIONE**	**PRESCRITTORE**	**CANALE DI DISTRIBUZIONE**
Trattamento dell'insufficienza cardiaca sintomatica cronica con ridotta frazione di eiezione (solo pazienti adulti).	PIANO TERAPEUTICO AIFA DELLO SPECIALISTA e COMPILAZIONE WEB-CARE REGIONALE. + PRESCRIZIONE MMG SU RICETTA DEMA SULLA BASE DEL PT DELLO SPECIALISTA.	PIANO TERAPEUTICO: SOLTANO MEDICI SPECIALISTI* centri ospedalieri geriatra cardiologo internista	FARMACIE CONVENZIONATE; distribuzione DPC.

**identificati dalla Regione*

Per il farmaco SACUBITRIL/VALSARTAN il MMG può effettuare la prescrizione su ricetta DEMA (distribuzione DPC) sulla base del Piano Terapeutico compilato dallo specialista.

VERICIGUAT			
INDICAZIONE TERAPEUTICA	**MODALITA' DI PRESCRIZIONE**	**PRESCRITTORE**	**CANALE DI DISTRIBUZIONE**
Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica con ridotta frazione di eiezione, in *add on* ad una terapia ottimale seguita in maniera costante per almeno tre mesi in pazienti adulti che si trovino in una condizione clinica di «*worsening*».	PIANO TERAPEUTICO AIFA	SOLTANO MEDICI SPECIALISTI*: centri ospedalieri geriatra cardiologo internista	DISTRIBUZIONE DIRETTA: FARMACIE TERRITORIALI DELLA ASL (non farmacie ospedaliere).

**identificati dalla Regione*

La prescrizione del farmaco VERICIGUAT è riservata ai medici specialisti indicati in tabella. La distribuzione avviene solo ed esclusivamente attraverso il canale della distribuzione diretta – farmacie territoriali della Asl.

U.O.C Farmacia Ospedaliera SE/CTO e verifica
appropriatezza prescrittiva ospedale territorio

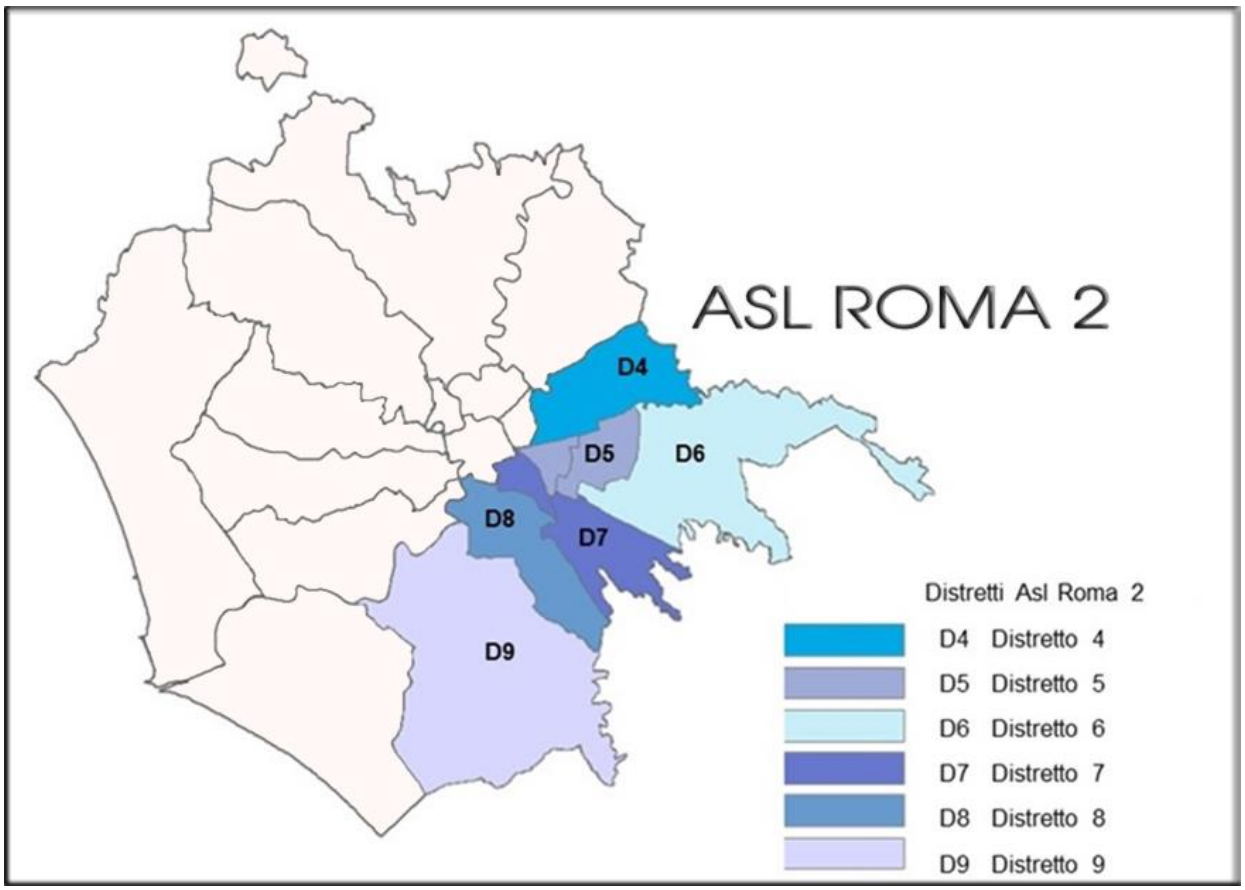
Si ricorda che il servizio farmaceutico territoriale della Asl Roma 2 è organizzato in 3 poli distinti; i pazienti devono recarsi presso il polo di competenza in base alla residenza.

POLI FARMACIE TERRITORIALI ASL ROMA 2:

- **SEDE VIA CASILINA** (Via Casilina 395) – Distretti 4, 5 e 7 (ex 9 Municipio)
  ORARIO DI APERTURA: *dal lunedì al venerdì ore 9.00 – 12.30*
  martedì e giovedì ore 15.00 – 17.00

- **SEDE TORRE SPACCATA** (Via di Torre Spaccata 157) - Distretto 6 e 7 (ex 10 Municipio)
  ORARIO DI APERTURA: *lunedì e mercoledì e venerdì ore 9.00 -13.00*

- **SEDE SAN NEMESIO** (Via San Nemesio 21) - Distretti 8 e 9
  ORARIO DI APERTURA: *dal lunedì al venerdì ore 9.00 – 12.30 – per il Distretto 8*
  martedì e giovedì ore 15.00 – 17.00 – per il Distretto 9



Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 23 febbraio 2025)

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1, INIBITORI DEL DPP4 E DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1 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: ☐ Si ☐ No, per controindicazione o intolleranza

Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target: ☐ Si

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****
☐ solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia 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).

****per i DDP4i: 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/m^2) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100_Scheda di prima prescrizione (versione del 23 febbraio 2025)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die^ ☐ 100/1000 mg una volta/die* ☐ 100/1500 mg una volta/die* ☐ 100/2000 mg una volta/die*
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/sett		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ 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)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett		☐ 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)
GIP/GLP1-RA	☐ tirzepatide	☐ 2,5 mg una volta/sett ☐ 5 mg una volta/sett ☐ 7,5 mg una volta/sett	GIP/GLP1-RA	☐ tirzepatide	☐ 10 mg una volta/sett ☐ 12,5 mg una volta/sett ☐ 15 mg una volta/sett

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i, SGLT2i+GLP1-RA o SGLT2i+GIP/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. ^posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato; *posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

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

2

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 23 febbraio 2025)

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1, INIBITORI DEL DPP4 E DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1 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? ☐ Si ☐ No
Specificare gli eventi avversi _____
Terapia in corso _____
Terapia confermata: ☐ Si ☐ 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 o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target****
☐ solo per DPP4i: controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia 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).
****per i DDP4i: 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/m^2) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Nota AIFA 100_Scheda di rinnovo della prescrizione (versione del 23 febbraio 2025)

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	☐ canagliflozin	☐ 100 mg una volta/die ☐ 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	☐ canagliflozin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die ☐ 150/850 mg per 2 vv/die ☐ 150/1000 mg per 2 vv/die
	☐ dapagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ dapagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ empagliflozin	☐ 10 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die		☐ empagliflozin/metformina	☐ 5/850 mg per 2 vv/die ☐ 5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ ertugliflozin	☐ 5 mg una volta/die ☐ 15 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/metformina	☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die ☐ 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	☐ alogliptin	☐ 6,25 mg una volta/die ☐ 12,5 mg una volta/die ☐ 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	☐ alogliptin/metformina	☐ 12,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ linagliptin	☐ 5 mg una volta/die		☐ linagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ saxagliptin	☐ 2,5 mg una volta/die ☐ 5 mg una volta/die		☐ saxagliptin/metformina	☐ 2,5/850 mg per 2 vv/die ☐ 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	☐ sitagliptin	☐ 25 mg una volta/die ☐ 50 mg una volta/die ☐ 100 mg una volta/die		☐ sitagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die^ ☐ 100/1000 mg una volta/die* ☐ 100/1500 mg una volta/die* ☐ 100/2000 mg una volta/die*
	☐ vildagliptin	☐ 50 mg per 2 vv/die ☐ 50 mg una volta/die		☐ vildagliptin/metformina	☐ 50/850 mg per 2 vv/die ☐ 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	☐ alogliptin/pioglitazone	☐ 12,5/30 mg una volta/die ☐ 12,5/45 mg una volta/die ☐ 25/30 mg una volta/die ☐ 25/45 mg una volta/die
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	☐ empagliflozin/linagliptin	☐ 10/5 mg una volta/die ☐ 25/5 mg una volta/die
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/sett		☐ saxagliptin/dapagliflozin	☐ 5/10 mg una volta/die
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die		☐ ertugliflozin/sitagliptin	☐ 5/100 mg una volta/die ☐ 15/100 mg una volta/die
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die		☐ 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)
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett		☐ 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)
GIP/GLP1-RA	☐ tirzepatide	☐ 2,5 mg una volta/sett ☐ 5 mg una volta/sett ☐ 7,5 mg una volta/sett	GIP/GLP1-RA	☐ tirzepatide	☐ 10 mg una volta/sett ☐ 12,5 mg una volta/sett ☐ 15 mg una volta/sett

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i, SGLT2i+GLP1-RA o SGLT2i+GIP/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. ^posologia riferita anche all'associazione con metformina a rilascio modificato; *posologia riferita solo all'associazione con metformina a rilascio modificato.

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

2