

**LIMITAZIONI ALLA RIMBORSABILITÀ:**

La prescrizione dei farmaci inibitori di SGLT-2 e loro associazioni precostituite è soggetta a diagnosi e piano terapeutico rinnovabile ogni sei mesi da parte di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.

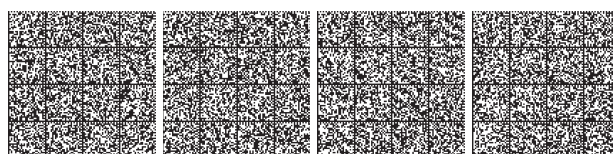
La rimborsabilità a carico del S.S.N. in regime di dispensazione RRL-PT/PHT, nel rispetto delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci, è limitata ai pazienti adulti con diabete tipo 2 nelle seguenti condizioni:

1. In monoterapia, nei pazienti intolleranti alla metformina nei quali l'utilizzo di un diverso ipoglicemizzante risulti controindicato o non appropriato.
2. In associazione a metformina (duplice terapia), nei casi in cui l'utilizzo di un diverso ipoglicemizzante risulti controindicato o non appropriato.
3. In associazione a insulina, con o senza metformina.

Per le associazioni precostituite con DPPIV, la rimborsabilità a carico del S.S.N. in regime di dispensazione RRL-PT/PHT, nel rispetto delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci, è limitata ai pazienti adulti con diabete tipo 2 nelle seguenti condizioni:

1. In associazione a metformina, nei casi in cui l'utilizzo di un diverso ipoglicemizzante risulti controindicato o non appropriato.
2. In associazione a sulfanilurea, con o senza metformina.

In entrambi i casi, il paziente deve aver fallito un precedente trattamento con uno dei due singoli principi attivi contenuti nell'associazione precostituita, con o senza metformina



**Piano Terapeutico**  
**per la prescrizione degli inibitori di SGLT-2 e loro associazioni precostituite**  
**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 rinnovarsi semestralmente e consegnare al paziente in formato cartaceo)

*Informazioni generali/anagrafiche*

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

Unità Operativa del medico prescrittore \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_

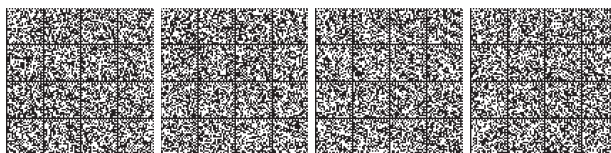
Data nascita \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ AUSL di residenza \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

*Dati clinici*

Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_ circonferenza vita (cm) \_\_\_\_\_

Durata di malattia (solo alla 1° prescrizione): anni \_\_\_\_\_ Ultimo Valore HbA<sub>1c</sub> \_\_\_\_\_Ipoglicemie severe o condizionanti le attività quotidiane negli ultimi tre mesi? Si ☐ No ☐Ipoglicemie dall'ultima valutazione? (solo al follow-up) Si (lievi ☐, condizionanti le attività quotidiane ☐, severe ☐) No ☐Reazioni avverse? Si ☐ (compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente) No ☐

<b>Prima prescrizione</b> <input type="checkbox"/>		<b>Prosecuzione terapia:</b> con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>
<b>Principio attivo</b>	<b>Posologia/regime terapeutico</b>	
<i>Dapagliflozin</i>	10 mg/die <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a insulina (con o senza metformina) <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Dapagliflozin/ Metformina</i>	5/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 5/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a insulina: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Saxagliptin/ Dapagliflozin</i>	5/10 mg/die <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a sulfanilurea (con o senza metformina) <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Canagliflozin</i>	100 mg/die <input type="checkbox"/>  300 mg/die <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a insulina (con o senza metformina) <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Canagliflozin/ Metformina</i>	50/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 50/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 150/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 150/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a insulina: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Empagliflozin</i>	10 mg/die <input type="checkbox"/> 25 mg/die <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoterapia <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a insulina (con o senza metformina) <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Empagliflozin/ Metformina</i>	5/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 5/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 12.5/850 mg/die x 2 <input type="checkbox"/> 12.5/1000 mg/die x 2 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a insulina: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></li> </ul>
<i>Empagliflozin/ Linagliptin</i>	10/5 mg/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg/die <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In associazione a metformina <input type="checkbox"/></li> <li>• In associazione a sulfanilurea (con o senza metformina) <input type="checkbox"/></li> </ul>

Data valutazione: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

