



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
ANIMALE
SEZIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E ASSISTENZA
INTEGRATIVA**

PROTOCOLLO USCITA-VEDI TIMBRO
Trasmissione in modalità telematica ai
sensi dell'art.47 del d.lgs n. 82/2005

Direttori Generali

Aziende Sanitarie Locali

(e per il loro tramite ai

- *Direttori Sanitari;*
- *Direttori Distretti Socio Sanitari;*
- *Direttori Strutture Private Accreditate;*
- *Direttori medici dei P.O.;*
- *Direttori delle U.O. mediche;*
- *Direttori di Farmacia Ospedaliera/Territoriale)*

Direttori Generali delle AOU e IRCCS Pubblici

(e per il loro tramite ai

- *Direttori Sanitari;*
- *Direttori delle U.O. mediche;*
- *Direttori di Farmacia Ospedaliera)*

Rappr. Legali degli IRCCS ed EE Priv. Accr.

(e per il loro tramite:

- *Direttori Sanitari;*
- *Direttori delle U.O. mediche;*
- *Direttori di Farmacia Ospedaliera)*

Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie

- (DEC sistema Edotto)

Exprivia S.P.A.

Soggetto Aggr. Regionale Innovapuglia S.p.A

e, p.c.

**Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del
Benessere Animale**

Oggetto: Determinazione AIFA n. 223/2025 in merito alla riclassificazione del medicinale per uso umano Mounjaro (tirzepatide). Centri autorizzati dalla Regione alla prescrizione.

L'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) con Determinazione n. 223 del 13 febbraio 2025, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 44 del 22.02.2025, che si allega, ha disposto la riclassificazione del medicinale per uso umano Mounjaro (tirzepatide) per l'indicazione terapeutica:

- *indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico:
-come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni;*

www.regione.puglia.it

Sezione Farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403485

Email: f.brunetti@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it

REGIONE PUGLIA	U
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE DIGITALE	
Protocollo N.0125996/2025 del 10/03/2025	
AOO_RP - Classe: 15.19	
Firmatario: Francesco Brunetti, Paolo Stella	

-in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete.

Tale medicinale è:

- classificato ai fini della rimborsabilità A;
- soggetto a quanto previsto dall'Allegato 2 e successive modifiche alla determina AIFA del 29 ottobre 2004 (PHT-Prontuario della distribuzione diretta), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 259 del 4 novembre 2004, Supplemento ordinario n. 162;
- soggetto a prescrizione medica (RR), secondo le limitazioni stabilite dalla Nota AIFA 100.

Con D.G.R. n.984/2016 e s.m.i. è stata rispettivamente istituita e nominata la Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF), a cui la Giunta Regionale ha delegato una serie di compiti quali *"...la definizione di criteri per l'individuazione dei Centri/specialisti preposti alla eleggibilità dei pazienti e alla prescrizione di farmaci con PT, note AIFA e i farmaci sottoposti ai Registri di monitoraggio AIFA, con il coinvolgimento di medici specialisti componenti delle reti e di altri individuati dalle società scientifiche ..."* e... *"...l'aggiornamento del PTR con l'identificazione di farmaci essenziali per le esigenze cliniche dell'assistenza farmaceutica nell'ambito delle strutture Ospedaliere/Servizi ed ambulatori afferenti alle ASL, comprese le strutture convenzionate con il SSR e per le esigenze della continuità assistenziale ospedale-territorio ..."*.

Preso atto che, a fronte delle decisioni assunte dalla CTRF, è stato valutato positivamente l'inserimento nel Prontuario Terapeutico regionale (PTR) del farmaco in oggetto, nelle more dell'adozione di apposito provvedimento dirigenziale finalizzato all'approvazione della versione aggiornata del PTR, si comunica che il farmaco sarà erogato nel canale della Distribuzione per conto (DPC), secondo le modalità previste dal vigente Accordo regionale per la Distribuzione per Conto dei farmaci PHT di cui alla DGR 610/2021 e s.m.i.

Per quanto riguarda i Centri autorizzati alla prescrizione, si rimanda alla precedente Nota Protocollo n. AOO_081/PROT/07/08/2023/0001705 del 07.08.2023.

Tale ricognizione è stata effettuata in base a provvedimenti autorizzativi medio tempore emessi dalla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e Servizio Accreditementi della Regione Puglia sul Sistema Informativo Regionale Edotto, che costituisce la base informativa di riferimento.

La prescrizione dovrà essere effettuata in conformità a quanto previsto dalla Nota AIFA 100 e dalla relativa modulistica allegata alla stessa, in corso di aggiornamento sul Sistema Informativo Edotto.

La presente, pertanto, viene trasmessa anche alla società Exprivia per gli adeguamenti necessari sul Sistema Informativo Edotto inerenti l'Aggiornamento della Scheda di Prima Prescrizione e della Scheda di Rinnovo della Prescrizione, secondo la modulistica prevista dalla nota AIFA 100 aggiornata.

Nelle more di tale implementazione informatica sarà comunque possibile utilizzare la modulistica cartacea, allegata alla presente, fermo restando la necessità di caricare successivamente i dati sul sistema informativo Edotto non appena sarà informatizzata tale procedura.

www.regione.puglia.it

Sezione Farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403485

Email: f.brunetti@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
ANIMALE
SEZIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E ASSISTENZA
INTEGRATIVA**

Si invitano, infine, il Soggetto Aggregatore Regionale Innovapuglia e l'Azienda Capofila ASL BA, ognuno per quanto di propria competenza e responsabilità a procedere con urgenza alle procedure di appalto centralizzato su scala regionale di tale nuovo farmaco esclusivo.

Il responsabile del presente procedimento è il Dott. Francesco Brunetti della Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa Regionale, i cui recapiti sono riportati in calce.

Distinti saluti.

Il Responsabile E.Q.

"Registri AIFA e Centri Prescrittori"

Dott. Francesco Brunetti

Il Dirigente della Sezione

Dott. Paolo Stella

www.regione.puglia.it

Sezione Farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403485

Email: f.brunetti@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it

PROTOCOLLO USCITA-VEDI TIMBRO
Trasmissione in modalità telematica ai
sensi dell'art.47 del d.lgs n. 82/2005

Direttori Generali

Aziende Sanitarie Locali

(e per il loro tramite ai

- *Direttori Sanitari;*
- *Direttori Distretti Socio Sanitari;*
- *Direttori Strutture Private Accreditate;*
- *Direttori medici dei P.O.;*
- *Direttori delle U.O. mediche;*
- *Direttori di Farmacia Ospedaliera/Territoriale)*

Direttori Generali delle AOU e IRCCS Pubblici

(e per il loro tramite ai

- *Direttori Sanitari;*
- *Direttori delle U.O. mediche;*
- *Direttori di Farmacia Ospedaliera)*

Rappr. Legali degli IRCCS ed EE Priv. Accr.

(e per il loro tramite:

- *Direttori Sanitari;*
- *Direttori delle U.O. mediche;*
- *Direttori di Farmacia Ospedaliera)*

Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie

- (DEC sistema Edotto)

Exprivia S.P.A.

Soggetto Aggr. Regionale Innovapuglia S.p.A

e, p.c.

**Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del
Benessere Animale**

Oggetto: Determinazione AIFA n. 223/2025 in merito alla riclassificazione del medicinale per uso umano Mounjaro (tirzepatide). Centri autorizzati dalla Regione alla prescrizione.

L'Agencia Italiana del Farmaco (AIFA) con Determinazione n. 223 del 13 febbraio 2025, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 44 del 22.02.2025, che si allega, ha disposto la riclassificazione del medicinale per uso umano Mounjaro (tirzepatide) per l'indicazione terapeutica:

- *indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico:
-come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni;*

www.regione.puglia.it

Sezione Farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403485

Email: f.brunetti@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
ANIMALE
SEZIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E ASSISTENZA
INTEGRATIVA**

-in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete.

Tale medicinale è:

- classificato ai fini della rimborsabilità A;
- soggetto a quanto previsto dall'Allegato 2 e successive modifiche alla determina AIFA del 29 ottobre 2004 (PHT-Prontuario della distribuzione diretta), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 259 del 4 novembre 2004, Supplemento ordinario n. 162;
- soggetto a prescrizione medica (RR), secondo le limitazioni stabilite dalla Nota AIFA 100.

Con D.G.R. n.984/2016 e s.m.i. è stata rispettivamente istituita e nominata la Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF), a cui la Giunta Regionale ha delegato una serie di compiti quali *"...la definizione di criteri per l'individuazione dei Centri/specialisti preposti alla eleggibilità dei pazienti e alla prescrizione di farmaci con PT, note AIFA e i farmaci sottoposti ai Registri di monitoraggio AIFA, con il coinvolgimento di medici specialisti componenti delle reti e di altri individuati dalle società scientifiche ..."* e... *"...l'aggiornamento del PTR con l'identificazione di farmaci essenziali per le esigenze cliniche dell'assistenza farmaceutica nell'ambito delle strutture Ospedaliere/Servizi ed ambulatori afferenti alle ASL, comprese le strutture convenzionate con il SSR e per le esigenze della continuità assistenziale ospedale-territorio ..."*.

Preso atto che, a fronte delle decisioni assunte dalla CTRF, è stato valutato positivamente l'inserimento nel Prontuario Terapeutico regionale (PTR) del farmaco in oggetto, nelle more dell'adozione di apposito provvedimento dirigenziale finalizzato all'approvazione della versione aggiornata del PTR, si comunica che il farmaco sarà erogato nel canale della Distribuzione per conto (DPC), secondo le modalità previste dal vigente Accordo regionale per la Distribuzione per Conto dei farmaci PHT di cui alla DGR 610/2021 e s.m.i.

Per quanto riguarda i Centri autorizzati alla prescrizione, si rimanda alla precedente Nota Protocollo n. AOO_081/PROT/07/08/2023/0001705 del 07.08.2023.

Tale ricognizione è stata effettuata in base a provvedimenti autorizzativi medio tempore emessi dalla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e Servizio Accreditementi della Regione Puglia sul Sistema Informativo Regionale Edotto, che costituisce la base informativa di riferimento.

La prescrizione dovrà essere effettuata in conformità a quanto previsto dalla Nota AIFA 100 e dalla relativa modulistica allegata alla stessa, in corso di aggiornamento sul Sistema Informativo Edotto.

La presente, pertanto, viene trasmessa anche alla società Exprivia per gli adeguamenti necessari sul Sistema Informativo Edotto inerenti l'Aggiornamento della Scheda di Prima Prescrizione e della Scheda di Rinnovo della Prescrizione, secondo la modulistica prevista dalla nota AIFA 100 aggiornata.

Nelle more di tale implementazione informatica sarà comunque possibile utilizzare la modulistica cartacea, allegata alla presente, fermo restando la necessità di caricare successivamente i dati sul sistema informativo Edotto non appena sarà informatizzata tale procedura.

www.regione.puglia.it

Sezione Farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403485

Email: f.brunetti@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
ANIMALE
SEZIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E ASSISTENZA
INTEGRATIVA**

Si invitano, infine, il Soggetto Aggregatore Regionale Innovapuglia e l'Azienda Capofila ASL BA, ognuno per quanto di propria competenza e responsabilità a procedere con urgenza alle procedure di appalto centralizzato su scala regionale di tale nuovo farmaco esclusivo.

Il responsabile del presente procedimento è il Dott. Francesco Brunetti della Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa Regionale, i cui recapiti sono riportati in calce.

Distinti saluti.

Il Responsabile E.Q.

"Registri AIFA e Centri Prescrittori"

Dott. Francesco Brunetti



Francesco
Brunetti
10.03.2025
19:27:09
GMT+01:00

Il Dirigente della Sezione

Dott. Paolo Stella



Paolo Stella
10.03.2025
20:30:45
GMT+02:00

www.regione.puglia.it

Sezione Farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403485

Email: f.brunetti@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

DETERMINA 13 febbraio 2025

Riclassificazione del medicinale per uso umano «Mounjaro», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537. (Determina n. 223/2025). (25A01127)

(GU n.44 del 22-2-2025)

IL PRESIDENTE

Visto l'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, recante «Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici», convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003, n. 326, che ha istituito l'Agenzia italiana del farmaco e, in particolare, il comma 33, che dispone la negoziazione del prezzo per i prodotti rimborsati dal Servizio sanitario nazionale tra Agenzia e produttori;

Visto il decreto 20 settembre 2004, n. 245, del Ministro della salute, di concerto con i Ministri della funzione pubblica e dell'economia e delle finanze, recante «Regolamento recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco, a norma dell'art. 48, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326», come da ultimo modificato dal decreto 8 gennaio 2024, n. 3, del Ministro della salute, di concerto con i Ministri della funzione pubblica e dell'economia e delle finanze, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 11 del 15 gennaio 2024;

Visto il regolamento di organizzazione, del funzionamento e dell'ordinamento del personale dell'Agenzia italiana del farmaco, pubblicato sul sito istituzionale dell'Agenzia (comunicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 140 del 17 giugno 2016);

Visto il decreto del Ministro della salute 5 aprile 2024 con cui, a decorrere dalla data dello stesso, il prof. Robert Giovanni Nistico' e' stato nominato Presidente del consiglio di amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco, ai sensi dell'art. 7 del citato decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245 e successive modifiche;

Visto il decreto del Ministro della salute 9 febbraio 2024 di nomina del dott. Pierluigi Russo quale direttore tecnico-scientifico dell'Agenzia italiana del farmaco, ai sensi dell'art. 10-bis del citato decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245 e successive modifiche;

Vista la determina del direttore generale n. 643 del 28 maggio 2020, con cui e' stato conferito al dott. Trotta Francesco l'incarico di dirigente del Settore HTA ed economia del farmaco;

Vista la legge 24 dicembre 1993, n. 537, concernente «Interventi correttivi di finanza pubblica», con particolare riferimento all'art. 8, comma 10, che prevede la classificazione dei medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale;

Vista la legge 14 dicembre 2000, n. 376, recante «Disciplina della tutela sanitaria delle attivita' sportive e della lotta contro il doping»;

Visto il regolamento (CE) n. 1394/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio del 13 novembre 2007, sui medicinali per terapie avanzate,

recante modifica della direttiva 2001/83/CE e del regolamento (CE) n. 726/2004;

Visto il regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004, che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la vigilanza dei medicinali per uso umano e veterinario e che istituisce l'Agenzia europea per i medicinali;

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante «Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica), relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano»;

Visto il decreto del Ministero della salute del 2 agosto 2019, recante «Criteri e modalita' con cui l'Agenzia italiana del farmaco determina, mediante negoziazione, i prezzi dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 185 del 24 luglio 2020;

Visti gli articoli 11 e 12 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute», convertito, con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189, e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto l'art. 17 della legge 5 agosto 2022, n. 118, recante «Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021»;

Vista la determina AIFA del 3 luglio 2006, concernente «Elenco dei medicinali di classe a) rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale (SSN), ai sensi dell'art. 48, comma 5, lettera c), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003, n. 326 (Prontuario farmaceutico nazionale 2006)», pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 156 del 7 luglio 2006;

Vista la determina AIFA del 27 settembre 2006, recante «Manovra per il governo della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata», pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 227 del 29 settembre 2006;

Vista la determina AIFA n. 19/2022 del 21 gennaio 2022, recante «Istituzione della nota AIFA 100 relativa alla prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2», il cui testo e i relativi allegati sono consultabili sul sito istituzionale dell'Agenzia italiana del farmaco;

Vista la determina AIFA n. 10/2024 del 22 gennaio 2024, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 26 del 1° febbraio 2024, recante «Classificazione, ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di tirzepatide, "Mounjaro"»;

Vista la determina AIFA n. 270/2024 del 9 luglio 2024, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 173 del 25 luglio 2024, recante «Classificazione, ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di tirzepatide, "Mounjaro"»;

Vista la domanda presentata in data 2 luglio 2024 con la quale la societa' Eli Lilly Nederland BV ha chiesto la riclassificazione, ai fini della rimborsabilita', del medicinale «Mounjaro» (tirzepatide);

Visto il parere reso dalla Commissione scientifica ed economica nella seduta del 13-17 gennaio 2025;

Vista la delibera n. 6 del 29 gennaio 2025 del consiglio di amministrazione dell'AIFA, concernente l'approvazione dei medicinali ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio e rimborsabilita' da parte del Servizio sanitario nazionale;

Visti gli atti d'ufficio;

Determina:

Art. 1

Classificazione ai fini della rimborsabilita'

Il medicinale MOUNJARO (tirzepatide) nelle confezioni sotto indicate e' classificato come segue.

Indicazioni terapeutiche oggetto della negoziazione: diabete mellito di tipo 2.

«Mounjaro» e' indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico:

come monoterapia quando l'uso di metformina e' considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni;

in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete.

Confezioni:

«15 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (25 mg/ml)» 1 penna preriempita - A.I.C. n. 050357591/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 418,84;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 691,25;

nota AIFA: 100;

«12,5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaoncino (vetro) 0,5 ml (25 mg/ml)» 4 flaoncini - A.I.C. n. 050357413/E (in base 10)

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 418,84;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 691,25;

nota AIFA: 100;

«15 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaoncino (vetro) 0,5 ml (30 mg/ml)» 4 flaoncini - A.I.C. n. 050357452/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 418,84;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 691,25;

nota AIFA: 100;

«12,5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (20,8 mg/ml)» 1 penna preriempita - A.I.C. n. 050357577/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 418,84;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 691,25;

nota AIFA: 100;

«2,5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (4,17 mg/ml)» 3 penne preriempite - A.I.C. n. 050357502/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 698,06;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 1.152,08;

nota AIFA: 100;

«5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (8,33 mg/ml)» 3 penne preriempite - A.I.C. n. 050357526/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 698,06;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 1.152,08;

nota AIFA: 100;

«7,5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (12,5 mg/ml)» 3 penne preriempite - A.I.C. n. 050357540/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 977,29;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 1.612,91;

nota AIFA: 100;

«10 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (16,7 mg/ml)» 3 penne preriempite - A.I.C. n. 050357565/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 977,29;

prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 1.612,91;

nota AIFA: 100;

«12,5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (20,8 mg/ml)» 3 penne preriempite - A.I.C. n. 050357589/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A;

prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 1.256,51;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 2.073,74;
nota AIFA: 100;
«15 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo -
cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (25 mg/ml)» 3
penne preriempite - A.I.C. n. 050357603/E (in base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 1.256,51;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 2.073,74;
nota AIFA: 100;
«5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (10 mg/ml)» 1 flaconcino - A.I.C. n. 050357209/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 58,17;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 96,01;
nota AIFA: 100;
«2,5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (5 mg/ml)» 1 flaconcino - A.I.C. n. 050357197/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 58,17;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 96,01;
nota AIFA: 100;
«7,5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (15 mg/ml)» 1 flaconcino - A.I.C. n. 050357211/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 81,44;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 134,40;
nota AIFA: 100;
«10 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (20 mg/ml)» 1 flaconcino - A.I.C. n. 050357223/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 81,44;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 134,40;
nota AIFA: 100;
«12,5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (25 mg/ml)» 1 flaconcino - A.I.C. n. 050357235/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 104,71;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 172,81;
nota AIFA: 100;
«15 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (30 mg/ml)» 1 flaconcino - A.I.C. n. 050357247/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 104,71;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 172,81;
nota AIFA: 100;
«2,5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (5 mg/ml)» 4 flaconcini - A.I.C. n. 050357250/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 232,69;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 384,02;
nota AIFA: 100;
«5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino
(vetro) 0,5 ml (10 mg/ml)» 4 flaconcini - A.I.C. n. 050357298/E (in
base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 232,69;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 384,02;
nota AIFA: 100;
«2,5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo -
cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (4,17 mg/ml)»
1 penna preriempita - A.I.C. n. 050357490/E (in base 10);

classe di rimborsabilita': A,
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 232,69;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 384,02;
nota AIFA: 100;
«5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (8,33 mg/ml)» 1 penna preriempita - A.I.C. n. 050357514/E (in base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 232,69;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 384,02;
nota AIFA: 100;
«7,5 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino (vetro) 0,5 ml (15 mg/ml)» 4 flaconcini - A.I.C. n. 050357336/E (in base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 325,76;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 537,64;
nota AIFA: 100;
«10 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - flaconcino (vetro) 0,5 ml (20 mg/ml)» 4 flaconcini - A.I.C. n. 050357375/E (in base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 325,76;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 537,64
nota AIFA: 100;
«7,5 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (12,5 mg/ml)» 1 penna preriempita - A.I.C. n. 050357538/E (in base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 325,76;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 537,64;
nota AIFA: 100;
«10 mg/dose - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo - cartuccia (vetro) in penna preriempita (KwikPen) 2,4 ml (16,7 mg/ml)» 1 penna preriempita - A.I.C. n. 050357553/E (in base 10);
classe di rimborsabilita': A;
prezzo ex factory (IVA esclusa): euro 325,76;
prezzo al pubblico (IVA inclusa): euro 537,64;
nota AIFA: 100.

Sconto obbligatorio sul prezzo ex factory, da praticarsi alle strutture sanitarie pubbliche, ivi comprese le strutture sanitarie private accreditate con il Servizio sanitario nazionale, come da condizioni negoziali.

La societa', fatte salve le disposizioni in materia di smaltimento scorte, nel rispetto dell'art. 13 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, nella legge 25 giugno 2019, n. 60, si impegna a mantenere una fornitura costante adeguata al fabbisogno del Servizio sanitario nazionale.

Validita' del contratto: trentasei mesi non rinnovabili.

Art. 2

Condizioni e modalita' di impiego

Prescrizione del medicinale soggetta a quanto previsto dall'allegato 2 e successive modifiche alla determina AIFA del 29 ottobre 2004 (PHT - Prontuario della distribuzione diretta), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 259 del 4 novembre 2004, Supplemento ordinario n. 162.

Art. 3

Classificazione ai fini della fornitura

La classificazione ai fini della fornitura del medicinale «Mounjaro» (tirzepatide) e' la seguente: medicinale soggetto a prescrizione medica (RR).

Art. 4

Disposizioni finali

La presente determina ha effetto dal giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà notificata alla società titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

Roma, 13 febbraio 2025

Il Presidente: Nistico'

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: Sì 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: Sì

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 (cardiopatía 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 DPP4i: 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/m²) _____

HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____

Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die^ <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> tirzepatide	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 7,5 mg una volta/sett	GIP/GLP1-RA	<input type="checkbox"/> tirzepatide	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 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

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 (cardiopatía 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 DPP4i: 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/m²) _____

HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____

Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
SGLT2i	<input type="checkbox"/> canagliflozin	<input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die	SGLT2i/MF	<input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> empagliflozin	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> ertugliflozin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die
DPP4i	<input type="checkbox"/> alogliptin	<input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die	DPP4i/MF	<input type="checkbox"/> alogliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> linagliptin	<input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> linagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> saxagliptin	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die
	<input type="checkbox"/> sitagliptin	<input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die^ <input type="checkbox"/> 100/1000 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/1500 mg una volta/die* <input type="checkbox"/> 100/2000 mg una volta/die*
	<input type="checkbox"/> vildagliptin	<input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina	<input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die
GLP1-RA	<input type="checkbox"/> dulaglutide	<input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett	DPP4i/TZD	<input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone	<input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide	<input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die	SGLT2i/ DPP4i	<input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin	<input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> exenatide LAR	<input type="checkbox"/> 2 mg una volta/sett		<input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin	<input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> liraglutide	<input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die	GLP1-RA/ insulina	<input type="checkbox"/> ertugliflozin/sitagliptin	<input type="checkbox"/> 5/100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15/100 mg una volta/die
	<input type="checkbox"/> lixisenatide	<input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die		<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> semaglutide orale	<input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die		<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> semaglutide s.c.	<input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> tirzepatide	<input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 7,5 mg una volta/sett	GIP/GLP1-RA	<input type="checkbox"/> tirzepatide	<input type="checkbox"/> 10 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 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