

Prontuario prescrizioni farmaceutiche per le dimissioni ospedaliere e l'attività ambulatoriale

1. La prescrizione farmaceutica: punti di attenzione per l'utilizzo corretto del ricettario
2. I Farmaci a Brevetto scaduto: risorsa ed opportunità
3. I Farmaci biosimilari
4. Impostazione del prontuario.
5. Farmaci a distribuzione diretta presso le farmacie territoriali
6. Farmacovigilanza

PRONTUARIO

Indice principi attivi in ordine alfabetico

Prontuario terapeutico alla dimissione e per l'attività ambulatoriale

Indice principi attivi in ordine alfabetico 1

Prontuario per ATC 20

MEDICINALI RICLASSIFICATI (Determinazione AIFA 2/11/2010)

Principi attivi in ordine alfabetico 74

Prontuario per ATC 75

MEDICINALI FASCIA A/PHT - ALLEGATO II

Principi attivi in ordine ATC 79

RACCOMANDAZIONI PRESCRITTIVE CONDIVISE OSPEDALE/TERRITORIO

- Antipsicotici 91
- Antisecretivi 95
- FANS 98
- Statine 102
- Artrite Reumatoide 107
- Asma bronchiale in età pediatrica 114
- BPCO 122
- Disturbi emotivi 129
- Diabete 149
- Ipertensione 166

▪ Osteoporosi	172
▪ Scopenso	183
▪ Dolore nel paziente oncologico	194

1. La prescrizione farmaceutica: punti di attenzione per l'utilizzo corretto del ricettario.

Per ricetta si intende l'autorizzazione, data in forma scritta al farmacista, affinché questi possa consegnare uno o più medicinali al paziente.

Il medico nel prescrivere un medicinale si deve attenere alle indicazioni terapeutiche, alla via ed alla modalità di somministrazione previste dall'Autorizzazione all'immissione in commercio (A.I.C.) rilasciata dal Ministero della Salute.

I medicinali possono essere prescritti con spesa a carico del SSN **solo se l'indicazione terapeutica è prevista nella scheda tecnica** e dalla eventuale nota AIFA. I medici non possono utilizzare il ricettario del Servizio Sanitario Nazionale per prescrivere farmaci non ammessi al rimborso, in questi casi dovranno utilizzare il proprio ricettario personale o quello della struttura.

Tutti i medici prescrittori sono tenuti all'atto della prescrizione a :

- Rispettare le note AIFA indicandone il riferimento nella ricetta
- Compilare l'eventuale Piano Terapeutico (P.T.) utilizzando il sistema online BRIANNA per gli assistiti residenti nella ASL Monza e Brianza o il modulo in triplice copia per gli assistiti non residenti.
- Comunicare al paziente, nel caso di prescrizione per indicazioni autorizzate ma non comprese nelle note AIFA, che il farmaco prescritto sarà a suo totale carico indicando con nota scritta che : **“il farmaco non è ammesso al rimborso dal SSN ed è a totale carico del paziente”**

E' importante sottolineare che:

- Al fine di assicurare la continuità assistenziale ospedale-territorio, il medico specialista all'atto della dimissione dovrà prescrivere i farmaci per il primo ciclo terapeutico. Solo per le Aziende pubbliche è possibile la distribuzione diretta del farmaco secondo modalità stabilite dalle singole strutture. In ogni caso **tutti gli specialisti sono tenuti a prescrivere su ricettario SSN il primo ciclo e/o il cambio di terapia**
- All'atto della dimissione (dal reparto e dal pronto soccorso) ed a seguito di visita specialistica non è consentita la sostituzione della terapia in atto a pazienti affetti da patologie croniche, fatta salva la necessità scaturente da comprovate esigenze cliniche; in tali casi il medico prescrittore, oltre alla prescrizione su ricettario SSN, redige apposita relazione per il medico curante.
- I referti di esami diagnostici non devono presentare indicazioni di terapie farmacologiche.
- Nelle lettere di dimissioni e nelle indicazioni dei medici specialisti deve essere riportata la denominazione comune del principio attivo ; in nessun caso deve essere associato il nome commerciale del farmaco, nemmeno a titolo esemplificativo (fatti salvi alcuni casi selezionati in cui è determinante identificare la formulazione del principio attivo).

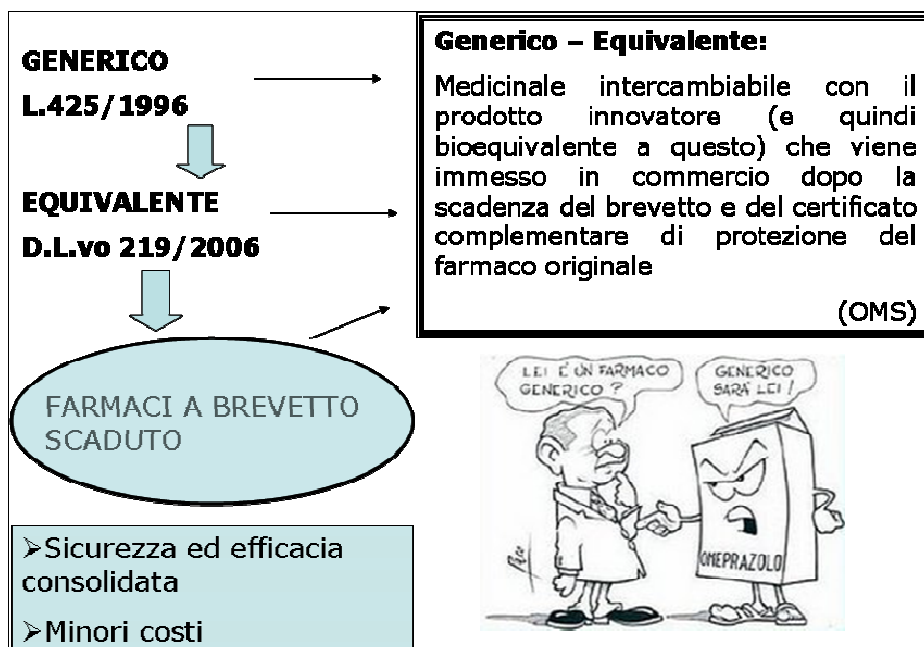
2. I Farmaci a Brevetto scaduto: risorsa ed opportunità

Il medicinale equivalente nasce quando scade il brevetto dei medicinali BRANDED (originator).

Definizione di medicinale equivalente(D.L.vo 219/2006): medicinale che ha la stessa composizione qualitativa-quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento, dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità.

L'incremento dell'utilizzo in terapia dei farmaci a brevetto scaduto consente di

- ⇒ valorizzare tali farmaci nel loro insieme, con le loro caratteristiche consolidate di EFFICACIA e SICUREZZA
- ⇒ garantire servizi e prestazioni efficaci al minor costo possibile
- ⇒ ottimizzare il rapporto tra costi ed interventi sanitari
- ⇒ liberare risorse da investire nell'utilizzo dei farmaci innovativi



Il prezzo del farmaco equivalente deve essere inferiore di almeno il 20% rispetto alla specialità medicinale di riferimento.

L'attuale normativa prevede che l'AIFA individui e pubblichi la "lista di trasparenza", cioè una lista di medicinali equivalenti di fascia A con i relativi prezzi di riferimento. Il prezzo di riferimento, rappresenta il valore massimo di rimborso da parte del SSN per un medicinale contenente il principio attivo relativo alla confezione di riferimento indicata.

La differenza a carico dell'assistito costituisce la quota che il paziente deve pagare nel caso in cui il prezzo del medicinale sia superiore al valore di riferimento. Se il prezzo del medicinale è minore o uguale al valore di riferimento non vi è alcun costo a carico dell'assistito

Le nuove disposizioni sulla prescrizione dei farmaci, contenute nella legge 7 agosto 2012 n. 135 e nel decreto-legge n.95/2012, prevedono i sottoscritti adempimenti del medico prescrittore.

A) Soltanto nei casi in cui ricorrono entrambe le seguenti condizioni:

- il paziente è curato per la prima volta per una patologia cronica o è curato per un nuovo episodio di patologia non cronica mediante l'impiego di un determinato principio attivo
- esistono sul mercato più medicinali equivalenti a base del principio attivo scelto dal medico per il trattamento

il medico **deve** prescrivere il medicinale mediante l'indicazione del suo principio attivo. In aggiunta a questa indicazione obbligatoria, il medico **ha facoltà** di indicare il nome di uno specifico medicinale a base di quel principio attivo (sia esso un medicinale "di marca" o un medicinale con denominazione generica, costituita dalla denominazione comune internazionale o scientifica, accompagnata dal marchio o dal nome del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio).

Pertanto, nei casi sopra descritti, la ricetta risponde alle previsioni di legge se indica:

- il solo principio attivo, ovvero
- il principio attivo + il nome di un medicinale a base di tale principio attivo

Non è conforme a legge la ricetta che, nei casi descritti, indichi soltanto il nome di uno specifico medicinale.

B) Anche nei casi descritti nella lettera A il medico può rendere vincolante la prescrizione di uno specifico medicinale (che egli dovrà comunque scrivere in ricetta, per quanto detto, in aggiunta al principio attivo e mai da solo), quando lo ritenga non sostituibile per la cura del paziente, così come già previsto dall'articolo 11, comma 12, del decreto-legge n. 1/2012. In tale ipotesi, però, la clausola di non sostituibilità deve essere obbligatoriamente accompagnata da una sintetica motivazione. Tale motivazione non potrà in nessun caso fare riferimento alla presunta o dichiarata volontà del paziente né riferirsi, tautologicamente, a generiche valutazioni di ordine clinico o sanitario, ma dovrà, sia pur succintamente, indicare le specifiche e documentate ragioni che rendono necessaria la somministrazione al paziente di quel determinato medicinale, anziché di un altro ad esso equivalente (ad esempio, accertata intolleranza del paziente a determinate sostanze comprese fra gli eccipienti di altri medicinali a base dello stesso principio attivo). L'assenza della motivazione, così come la presenza di una motivazione inidonea, rende la ricetta non conforme a legge.

C) Nei casi diversi da quelli descritti alla lettera A (e cioè in tutti i casi in cui si debba continuare una terapia già in atto per il trattamento di una patologia cronica o non cronica), non trovano applicazione la disposizione dell'obbligatoria indicazione del principio attivo e le correlate disposizioni del comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto-legge 95. In simili ipotesi, pertanto, il medico potrà prescrivere uno specifico medicinale. Naturalmente, anche in questo caso, pur in assenza di una puntuale previsione normativa al riguardo, egli potrà limitarsi a indicare il solo principio attivo, quando ritenga che questa modalità sia idonea al raggiungimento dello scopo terapeutico che intende perseguire: è del tutto evidente, infatti, che, alla luce dell'innovazione contenuta nel decreto-legge n. 95/2012, la prescrizione mediante indicazione del principio attivo non può considerarsi *contra legem*, quando utilizzata al di fuori dei casi in cui la stessa è prevista come obbligatoria.

Nelle ipotesi ora considerate, qualora, nel prescrivere uno specifico medicinale, intenda evitare, per specifiche e documentate ragioni di ordine clinico, che il paziente sia trattato con un medicinale diverso da quello da lui indicato, il medico potrà apporre la clausola di non sostituibilità, senza necessità di motivarla, conformemente a quanto già previsto dal decreto-legge n.1/2012.

D) Sia nei casi descritti alla lettera A sia in quelli a cui si riferisce la lettera C, il medico resta tenuto a informare il paziente della presenza in commercio di farmaci di uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali, come previsto dal primo periodo del comma 12 dell'articolo 11 del decreto-legge n. 1/2012. E' importante precisare che nel caso in cui il medico indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale prescritto o il paziente non accetti la sostituzione proposta dal farmacista, la differenza di

3. I Farmaci biosimilari

A quasi trenta anni dall'introduzione del primo medicinale biologico, molti brevetti di questa classe di farmaci sono scaduti o sono in via di scadenza. La scadenza della copertura brevettuale dà la possibilità alle Aziende Farmaceutiche di produrre e commercializzare copie di medicinali biologici originali, le quali vengono denominate "biosimilari".

I farmaci biosimilari sono quindi medicinali di origine biotecnologica, simili ad altri farmaci biologici innovativi, il cui brevetto è scaduto; sono prodotti da una Ditta diversa, su nuove linee cellulari, con nuovi processi e nuovi metodi analitici.

Pur esistendo una certa analogia concettuale tra "farmaco biosimilare" e "farmaco equivalente", è necessario evidenziare che il principio attivo di un farmaco biosimilare è analogo, ma non identico per caratterizzazione e produzione a quello del medicinale di riferimento. In linea di principio vi è anche la possibilità che il farmaco biosimilare possa presentare caratteristiche più favorevoli rispetto a quelle del farmaco di riferimento, rappresentando quindi un potenziale valore aggiunto per il paziente (bio-better).

La normativa, in Europa, prevede che l'AIC (Autorizzazione per l'Immissione in Commercio) per tutti i farmaci biotecnologici, e quindi anche per i biosimilari, deve essere richiesta seguendo unicamente la procedura centralizzata.

L'AIC rilasciata dalla Commissione Europea a seguito del parere espresso dall'EMA (European Medicines Agency) è valida in tutti gli Stati membri della Comunità Europea.

Il fondamento per l'ottenimento dell'AIC per i farmaci biosimilari è rappresentato dallo sviluppo di specifiche "Linee Guida sui medicinali biologici simili" in grado di garantire la qualità, la sicurezza e l'efficacia dei prodotti.

I produttori devono dimostrare sia la somiglianza del farmaco con l'originatore (comparabilità), sia la ripetibilità del processo produttivo (similarità). L'obiettivo è quello di dimostrare che qualità, efficacia e sicurezza del farmaco biosimilare siano confrontabili con quelle del farmaco di riferimento.

Oltre all'esercizio di comparabilità, sui farmaci biosimilari devono essere effettuati anche studi pre-clinici di valutazione dell'attività biologica del farmaco che devono essere mirati a dimostrare la sovrapponibilità dell'azione biologica di un farmaco biosimilare a quella del farmaco originatore.

La legislazione italiana non prevede la sostituibilità di un farmaco biotecnologico con un biosimilare, infatti nelle "Liste di trasparenza" predisposte ai sensi dell'art. 9 Legge 178/2002 dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) non sono inseriti medicinali biosimilari. Nella pratica non è quindi consentito al Farmacista dispensare un medicinale biosimilare in sostituzione del medicinale originatore. La scelta di trattare il paziente con un farmaco biotecnologico originatore o un suo biosimilare è quindi piena responsabilità del Medico prescrittore.

La quota di mercato dei farmaci biosimilari, in Italia, è ancora relativamente bassa, principalmente per una insufficiente informazione, ma anche a causa di una limitata fiducia. Tuttavia questi medicinali rappresentano oggi una importante opzione terapeutica sia per la sostenibilità del SSN (Sistema Sanitario Nazionale), dove i farmaci biologici hanno incrementato notevolmente la spesa sanitaria, sia per l'accesso alle cure da parte di un numero sempre maggiore di pazienti.

In particolare i farmaci biosimilari costituiscono una ulteriore scelta farmacologica a disposizione dei Medici per il trattamento di soggetti che non abbiano avuto precedenti esposizioni terapeutiche ("drug naive"). La scelta di un farmaco meno costoso, qual è il biosimilare, consentirebbe di liberare risorse da reinvestire nella produzione di farmaci innovativi.

Per favorire una maggiore diffusione dei medicinali biosimilari la Regione Lombardia recentemente, con DGR n. 3976 del 6/8/2012 ("Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali"), ha confermato come obiettivo per ASL e AO/Fondazioni l'inserimento nei Prontuari alla dimissione, l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi ("drug naive").

Nella successiva tabella sono descritti i farmaci biosimilari in commercio in Italia con i rispettivi farmaci di riferimento:

FARMACI BIOSIMILARI IN COMMERCIO IN ITALIA

Principio attivo <i>Originator/Biosimilari</i>	Forma farmaceutica e dosaggio	Indicazioni terapeutiche	Modalità prescrittive / erogative
<p>EPREX[®] (epoetina alfa)</p> <p><i>TITOLARE AIC: Janissen Cilag</i></p>	<p>Epex 1000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 2000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 3000UI/0,3ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 4000UI/0,4ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 5000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 6000UI/0,6ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 8000UI/0,8ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 10000UI/1ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Epex 40000UI/1ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p>	<p>1. trattamento dell'anemia sintomatica associata a insufficienza renale cronica (IRC) in pazienti adulti e pediatrici.</p> <p>2. trattamento dell'anemia e riduzione del fabbisogno trasfusionale in pazienti adulti in chemioterapia per tumori solidi, linfoma maligno o mieloma multiplo.</p> <p>3. aumentare la quantità di sangue autologo in pazienti facenti parte di un programma di predonazione.</p> <p>4. Ridurre l'esposizione a trasfusioni di sangue allogeneico in pazienti adulti, che non presentino carenze di ferro, candidati ad interventi maggiori di chirurgia ortopedica elettiva ritenuti ad elevato rischio di complicazioni da trasfusione.</p> <p>USO secondo L. 948/96</p> <ul style="list-style-type: none"> • trattamento anemia durante la cura con ribavirina e interferone standard/peghilato per la cura di infezioni croniche da HCV • trattamento anemia in pazienti HIV pluritrattati • sindromi mielodisplastiche (MDS) • anemia refrattaria (AR), con o senza sideroblasti 	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN con indicazione PHT</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p> <p>Legge 648/96 solo erogazione ospedaliera</p>

<p>BINOCRIT® (epoetina alfa biosimilare)</p> <p>TITOLARE AIC: Sandoz</p>	<p>Binocrit 1.000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 2.000UI/1ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 3.000UI/0,3ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 4.000UI/0,4ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 5.000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 6.000UI/0,6ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 8.000UI/0,8ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 10.000UI/1ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 20.000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 30.000UI/0,75ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Binocrit 40.000UI/1ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. trattamento dell'anemia sintomatica associata a insufficienza renale cronica (IRC) in pazienti adulti e pediatrici. 2. trattamento dell'anemia e riduzione del fabbisogno trasfusionale in pazienti adulti in chemioterapia per tumori solidi, linfoma maligno o mieloma multiplo. 3. aumentare la quantità di sangue autologo in pazienti facenti parte di un programma di predonazione. 4. Ridurre l'esposizione a trasfusioni di sangue allogeneico in pazienti adulti, che non presentino carenze di ferro, candidati ad interventi maggiori di chirurgia ortopedica elettiva ritenuti ad elevato rischio di complicazioni da trasfusione. 	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN con indicazione PHT</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>
<p>RETACRIT® (epoetina alfa biosimilare)</p> <p>TITOLARE AIC: Hospira</p>	<p>Retacrit 1000UI/0,3ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 2000UI/0,6ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 3000UI/0,9ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 4000UI/0,4ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 5000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 6000UI/0,6ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 8000UI/0,8ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 10000UI/1,0ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 20000UI/0,5ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 30000UI/0,75ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p> <p>Retacrit 40000UI/1,0ml soluzione iniettabile in siringa preriempita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. trattamento dell'anemia sintomatica associata a insufficienza renale cronica (IRC) in pazienti adulti e pediatrici. 2. trattamento dell'anemia e riduzione del fabbisogno trasfusionale in pazienti adulti in chemioterapia per tumori solidi, linfoma maligno o mieloma multiplo. 3. aumentare la quantità di sangue autologo in pazienti facenti parte di un programma di predonazione. <p>USO secondo L.948/96 sindromi mielodisplastiche (MDS)</p>	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN con indicazione PHT</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p> <p>Legge 648/96 solo erogazione ospedaliera</p>

<p>GRANULOKINE® (Filgrastim) TITOLARE AIC: Amgen-Dompè</p>	<p>Granulokine 30 siringa preriempita 0,5 ml 30 MU Granulokine 30 flaconcino iniettabile 1 ml 30 MU</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione della durata della neutropenia e l'incidenza della neutropenia febbrile in pazienti trattati con chemioterapia citotossica standard per affezioni maligne (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche) e nel ridurre la durata della neutropenia in pazienti sottoposti a terapia mieloablativa seguita da trapianto di midollo osseo considerati a maggior rischio di neutropenia severa prolungata. 2. Mobilizzazione delle cellule progenitrici del sangue periferico (PBPC). 3. Incrementare la conta dei neutrofili e per ridurre l'incidenza e la durata delle complicanze infettive nei bambini o adulti, con neutropenia grave congenita, ciclica o idiopatica, con una CAN (conta assoluta dei neutrofili) < 0,5 x 10⁹/l e una storia di infezioni gravi o ricorrenti. 4. Trattamento della neutropenia persistente (CAN uguale o minore di 1,0 x 10⁹/l) in pazienti con infezione da HIV avanzata. 	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN con indicazione PHT</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>
<p>RATIOGRASTIM® (Filgrastim biosimilare) TITOLARE AIC: Teva Generics</p>	<p>Ratiograstim 30 MUI (300 mcg/0,5 ml)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione della durata della neutropenia e l'incidenza della neutropenia febbrile in pazienti trattati con chemioterapia citotossica standard per affezioni maligne (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche) e nel ridurre la durata della neutropenia in pazienti sottoposti a terapia mieloablativa seguita da trapianto di midollo osseo considerati a maggior rischio di neutropenia severa prolungata. 2. Mobilizzazione delle cellule progenitrici del sangue periferico (PBPC). 3. Incrementare la conta dei neutrofili e per ridurre l'incidenza e la durata delle complicanze infettive nei bambini o adulti, con neutropenia grave congenita, ciclica o idiopatica, con una CAN (conta assoluta dei neutrofili) < 0,5 x 10⁹/l e una storia di infezioni gravi o ricorrenti. 4. Trattamento della neutropenia persistente (CAN uguale o minore di 1,0 x 10⁹/l) in pazienti con infezione da HIV avanzata. 	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN con indicazione PHT</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>
<p>TEVAGRASTIM® (Filgrastim biosimilare) TITOLARE AIC: Teva Generics</p>	<p>Tevagrastim 30 MUI (300 mcg/0,5 ml) da 1 o 5 siringhe preriempite Tevagrastim 48 MUI (480 mcg/0,8 ml)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione della durata della neutropenia e l'incidenza della neutropenia febbrile in pazienti trattati con chemioterapia citotossica standard per affezioni maligne (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche) e nel ridurre la durata della neutropenia in pazienti sottoposti a terapia mieloablativa seguita da trapianto di midollo osseo considerati a maggior rischio di neutropenia severa prolungata. 2. Mobilizzazione delle cellule progenitrici del sangue periferico (PBPC). 3. Incrementare la conta dei neutrofili e per ridurre l'incidenza e la durata delle complicanze infettive nei bambini o adulti, con neutropenia grave congenita, ciclica o idiopatica, con una CAN (conta assoluta dei neutrofili) < 0,5 x 10⁹/l e una storia di infezioni gravi o ricorrenti. 4. Trattamento della neutropenia persistente (CAN uguale o minore di 1,0 x 10⁹/l) in pazienti con infezione da HIV avanzata. 	<p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>
<p>ZARZIO® (Filgrastim biosimilare) TITOLARE AIC: Sandoz</p>	<p>Zarzio 48 MU/0,5 ml Zarzio 30 MU/0,5 ml</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione della durata della neutropenia e l'incidenza della neutropenia febbrile in pazienti trattati con chemioterapia citotossica standard per affezioni maligne (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche) e nel ridurre la durata della neutropenia in pazienti sottoposti a terapia mieloablativa seguita da trapianto di midollo osseo considerati a maggior rischio di neutropenia severa prolungata. 2. Mobilizzazione delle cellule progenitrici del sangue periferico (PBPC). 3. Incrementare la conta dei neutrofili e per ridurre l'incidenza e la durata delle complicanze infettive nei bambini o adulti, con neutropenia grave congenita, ciclica o idiopatica, con una CAN (conta assoluta dei neutrofili) < 0,5 x 10⁹/l e una storia di infezioni gravi o ricorrenti. 4. Trattamento della neutropenia persistente (CAN uguale o minore di 1,0 x 10⁹/l) in pazienti con infezione da HIV avanzata. 	<p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>
<p>NIVESTIM® (Filgrastim biosimilare) TITOLARE AIC: Hospira Italia Srl</p>	<p>Nivestim 12 MU(120 mcg/0,2 ml) Nivestim 30 MU(300 mcg/0,5 ml) Nivestim 48 MU(480 mcg/0,5 ml)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione della durata della neutropenia e l'incidenza della neutropenia febbrile in pazienti trattati con chemioterapia citotossica standard per affezioni maligne (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche) e nel ridurre la durata della neutropenia in pazienti sottoposti a terapia mieloablativa seguita da trapianto di midollo osseo considerati a maggior rischio di neutropenia severa prolungata. 2. Mobilizzazione delle cellule progenitrici del sangue periferico (PBPC). 3. Incrementare la conta dei neutrofili e per ridurre l'incidenza e la durata delle complicanze infettive nei bambini o adulti, con neutropenia grave congenita, ciclica o idiopatica, con una CAN (conta assoluta dei neutrofili) < 0,5 x 10⁹/l e una storia di infezioni gravi o ricorrenti. 4. Trattamento della neutropenia persistente (CAN uguale o minore di 1,0 x 10⁹/l) in pazienti con infezione da HIV avanzata. 	<p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>

<p>GENOTROPIN® (somatropina)</p> <p>TITOLARE AIC: Pfizer</p>	<p>Genotropin Mini 4tbf 1,2 mg Genotropin Mini 4tbf 1,4 mg Genotropin Mini 4tbf 1,6 mg Genotropin Mini 4tbf 1,8 mg Genotropin Mini 4tbf 2 mg Genotropin Mini 7tbf 0,2 mg Genotropin Mini 7tbf 0,4 mg Genotropin Mini 7tbf 0,6 mg Genotropin Mini 7tbf 0,8 mg Genotropin Mini 7tbf 1 mg Genotropin Pen 1tbf 12 mg Genotropin Kabipen 1 tbf 5,3 mg</p>	<p><u>BAMBINI</u> 1. Disturbi della crescita dovuti a insufficiente secrezione di ormone somatotropo e associati a sindrome di Turner o insufficienza renale cronica. 2. Disturbi della crescita 3. Sindrome di Prader-Willi</p> <p><u>ADULTI</u> 4. Trattamento sostitutivo nei pazienti adulti con marcato deficit di ormone della crescita che viene gestito diversamente in funzione dell'età di insorgenza</p>	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN, con indicazione PHT, dei centri specialistici autorizzati</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>
<p>OMNITROPE® (somatropina biosimilare)</p> <p>TITOLARE AIC: Sandoz GmbH</p>	<p>Omnitrope 3,3 mg/ml soluz. iniett. per uso sottoc. 1 cartuccia 1,5 ml</p> <p>Omnitrope 6,7 mg/ml soluz. iniett. per uso sottoc. 1 cartuccia 1,5 ml</p>	<p><u>BAMBINI</u> 1. Disturbi della crescita dovuti a insufficiente secrezione di ormone somatotropo e associati a sindrome di Turner o insufficienza renale cronica. 2. Disturbi della crescita 3. Sindrome di Prader-Willi</p> <p><u>ADULTI</u> 4. Trattamento sostitutivo nei pazienti adulti con marcato deficit di ormone della crescita che viene gestito diversamente in funzione dell'età di insorgenza</p>	<p>Classe A-PHT, erogazione diretta ospedaliera (rendicontazione File F tip 6) oppure ricetta SSN, con indicazione PHT, dei centri specialistici autorizzati</p> <p>Obbligo compilazione del piano terapeutico</p>

4. Impostazione del prontuario

In questa revisione del PTD sono stati eliminati dall'elenco i farmaci a brevetto ancora valido che hanno una alternativa terapeutica tra i farmaci a brevetto scaduto, secondo le indicazioni dettate dalle Regole di Sistema della Regione Lombardia.

Sono stati inseriti, inoltre, i farmaci biosimilari – epoetine e fattori di crescita granulocitari – per la prescrizione a pazienti “drug naive”.

Per ogni molecola viene indicato (aggiornamento al 15 ottobre 2013):

- ⇒ il confezionamento e il relativo prezzo al pubblico
- ⇒ il valore della DDD
- ⇒ il costo per DDD (evidenziato in giallo)
- ⇒ eventuali vincoli prescrittivi (nota AIFA o Piano Terapeutico)
- ⇒ la presenza della molecola negli specifici Prontuari Terapeutici Ospedalieri

E' stato inserito un elenco separato di farmaci PHT, come da Allegato II della DGR 4334 del 26/10/2012, che contiene principi attivi da distribuire secondo quanto disposto dalla legge 405 (distribuzione per conto o diretta)

Nella seconda parte del prontuario sono riportate le raccomandazioni prescrittive condivise ospedale/territorio.

Legenda

- DDD = dose giornaliera definita
- ND = dato non disponibile
- PT = farmaci prescrivibili con piano terapeutico redatto da centri specializzati
- PHT = farmaci prescrivibili su piano terapeutico per i quali è possibile la distribuzione diretta da parte di strutture pubbliche

ATC = classificazione Anatomica Terapeutica Chimica

Nel sistema ATC i farmaci sono suddivisi in diversi gruppi in rapporto all'organo bersaglio, al meccanismo di azione ed alle caratteristiche chimiche e terapeutiche.

Ciascun gruppo principale è suddiviso in 5 livelli gerarchici.

Il primo livello gerarchico rappresenta il gruppo anatomico principale (ATC di primo livello), il quinto livello rappresenta il sottogruppo chimico.

L'intero codice ATC identifica la singola sostanza chimica (principio attivo, ATC di quinto livello)

I 14 "Gruppi Anatomici Principali" sono:

- | | |
|---|---|
| ● A Apparato gastrointestinale e metabolismo | ● L Farmaci antineoplastici ed immunosoppressori |
| ● B Sangue ed organi emopoietici | ● M Sistema muscolo-scheletrico |

• C Sistema cardiovascolare	• N Sistema nervoso centrale
• D Dermatologici	• P Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti
• G Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	• R Sistema respiratorio
• H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	• S Organi di senso
• J Antimicrobici generali per uso sistemico	• V Vari

5. Farmaci a distribuzione diretta presso le farmacie territoriali

(a partire dal 1 novembre 2013)

Alcuni farmaci vengono acquistati direttamente dall'ASL e distribuiti dalle farmacie del territorio, ottenendo in tal modo un contenimento della spesa farmaceutica senza intaccare i livelli di assistenza garantita al cittadino.

I medici prescrittori sono tenuti a formulare le ricette riguardanti i medicinali in elenco separatamente dalle prescrizioni di altri eventuali farmaci.

A seguito della determina AIFA n. 662 del 16 luglio 2013, pubblicata sulla GU del 27/07/2013 si segnala che le Eparine sono in PHT solo per le seguenti indicazioni: "profilassi della TVP e continuazione della terapia iniziata in ospedale sia dopo intervento ortopedico maggiore che dopo intervento di chirurgia generale maggiore".

Pertanto, al fine di individuare il canale di distribuzione da parte delle farmacie, è necessario evidenziare sulla ricetta se le Eparine siano state prescritte per tali indicazioni. A tale proposito si indicano alcune sigle che, nel caso, devono essere apposte sulle ricette:

ORTOPEDIA MAGGIORE o O.M

CHIRURGIA MAGGIORE o C.M.

DISTRIBUZIONE PER CONTO o D.P.C.

In assenza di tali indicazioni le eparine si intendono prescritte per le altre indicazioni e quindi normalmente rimborsabili dal SSN.

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
036582029	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR 10MG
036582031	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR 15MG
036582017	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR 5MG
036582094	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR ORODISP 10MG
036582120	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY*28CPR ORODISP 15MG
036582183	ARIPIPRAZOLO	ABILIFY*OS FL 150ML 1MG/ML
037063157	ATOMOXETINA CLORIDRATO	STRATTERA*28CPS 25MG
037063195	ATOMOXETINA CLORIDRATO	STRATTERA*28CPS 40MG
037063233	ATOMOXETINA CLORIDRATO	STRATTERA*28CPS 60MG
035577028	BEMIPARINA SODICA	IVOR*10SIR 2500UI 0,2ML
035577067	BEMIPARINA SODICA	IVOR*10SIR 3500UI 0,2ML
031113020	BICALUTAMIDE	CASODEX*28CPR RIV 150MG
031113018	BICALUTAMIDE	CASODEX*28CPR RIV 50MG
025540030	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*1SIR 6,3MG RP
025540042	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*DEPOT 1SIR 9,45MG
025540016	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*INIET 1F 5,5ML1MG/ML
025540028	BUSERELIN ACETATO	SUPREFACT*SPRAY NAS 0,1MG/EROG
036598023	CINACALCET CLORIDRATO	MIMPARA*28CPR RIV 30MG
036598050	CINACALCET CLORIDRATO	MIMPARA*28CPR RIV 60MG
036598098	CINACALCET CLORIDRATO	MIMPARA*28CPR RIV 90MG
034128013	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO	PLAVIX*28CPR RIV 75MG
035390032	CLOZAPINA	CLOZAPINA CHIESI*28CPR 100MG

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
035390018	CLOZAPINA	CLOZAPINA CHIESI*28CPR 25MG
036638221	CLOZAPINA	CLOZAPINA HEX*28CPR 100MG
036638029	CLOZAPINA	CLOZAPINA HEX*28CPR 25MG
028824023	CLOZAPINA	LEPONEX*28CPR 100MG
028824011	CLOZAPINA	LEPONEX*28CPR 25MG
035188085	CORIOGONADOTROPINA ALFA	OVITRELLE*SC 1PEN 250MCG/0,5ML
038451050	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*10X1CPS 110MG
038451062	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*30X1CPS 110MG
038451074	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*60X1CPS 110MG
038451112	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO	PRADAXA*60X1CPS 150MG
027276031	DALTEPARINA SODICA	FRAGMIN*SC 6SIR 2500UI 0,2ML
027276043	DALTEPARINA SODICA	FRAGMIN*SC 6SIR 5000UI 0,2ML
035691409	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 100MCG 0,5ML
035691411	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 150MCG 0,3ML
035691359	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 20MCG 0,5ML
035691447	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 40MCG 0,4ML
035691435	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 500MCG 1ML
035691385	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 60MCG 0,3ML
035691397	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC 1PEN 80MCG 0,4ML
035691017	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 10MCG 0,4ML
035691738	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 150MCG 0,3M
035691575	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 20MCG 0,5ML
035691753	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 300MCG 0,6M
035691599	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 30MCG 0,3ML
035691613	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 40MCG 0,4ML
035691777	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 500MCG 1ML
035691637	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 50MCG 0,5ML
035691652	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 60MCG 0,3ML
035691676	DARBEPOETINA ALFA	ARANESP*SC EV 1SIR 80MCG 0,4ML
020417022	DEFEROXAMINA MESILATO	DESFERAL*10FL 500MG/5ML+10F5ML
033254119	DONEPEZIL CLORIDRATO	ARICEPT*28CPR ORODISP 10MG
033254044	DONEPEZIL CLORIDRATO	ARICEPT*28CPR ORODISP 5MG
033254020	DONEPEZIL CLORIDRATO	ARICEPT*28CPR RIV 10MG
033254018	DONEPEZIL CLORIDRATO	ARICEPT*28CPR RIV 5MG
033255112	DONEPEZIL CLORIDRATO	MEMAC*28CPR ORODISP 10MG
033255023	DONEPEZIL CLORIDRATO	MEMAC*28CPR RIV 10MG
033255011	DONEPEZIL CLORIDRATO	MEMAC*28CPR RIV 5MG
039589039	DRONEDARONE CLORIDRATO	MULTAQ*60CPR RIV 400MG
026966034	ENOXAPARINA SODICA	CLEXANE*6SIR 2000UI 0,2ML
026966046	ENOXAPARINA SODICA	CLEXANE*6SIR 4000UI 0,4ML
034231035	ENTACAPONE	COMTAN*100CPR RIV 200MG
027015181	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 10000UI 1ML
027015155	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 2000UI 0,5ML
027015167	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 3000UI 0,3ML

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
027015282	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 40000UI/ML 1ML
027015179	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 4000UI 0,4ML
027015231	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 5000UI/0,5ML
027015243	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 6000UI/0,6ML
027015268	EPOETINA ALFA	EPREX*1SIR 8000UI/0,8ML
034430355	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 10000UI
034430292	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 2000UI
034430456	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 30000UI
034430316	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 3000UI
034430417	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 4000UI
034430330	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 5000UI
034430431	EPOETINA BETA	NEORECORMON*IV SC 1SIR 6000UI
036373025	EVEROLIMUS	CERTICAN*60CPR 0,25MG
036373102	EVEROLIMUS	CERTICAN*60CPR 0,75MG
036373227	EVEROLIMUS	CERTICAN*60CPR DISPERS 0,25MG
037568019	EXENATIDE	BYETTA*SC 1PEN 1,2ML 5MCG
037568033	EXENATIDE	BYETTA*SC 1PEN 2,4ML 10MCG
027772033	FILGRASTIM	GRANULOKINE 30*1FL 30MU 1ML
027772096	FILGRASTIM	GRANULOKINE*1SIR 30MU 0,5ML
032392211	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*(600UI) 1050UI/1,75ML
032392274	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 10FL 75UI+10SIR 1ML
032392336	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 1PEN 300UI/0,5ML+8A
032392351	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 1PEN 900UI/1,5ML+20
032392348	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE	GONAL F*SC 1PEN450UI/0,75ML+12
038085039	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS*SC 10FL 150UI/75UI
038085015	FOLLITROPINA ALFA/LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS*SC 1FL 150UI/75UI
029520234	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*IM SC 5FL 100UI/0,5ML
029520184	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*IM SC 5FL 50UI/0,5ML
029520386	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*SC 1CART 300UI/0,36ML
029520398	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*SC 1CART 600UI/0,72ML
029520400	FOLLITROPINA BETA	PUREGON*SC 1CART 900UI/1,08ML
035606072	FONDAPARINUX SODICO	ARIXTRA*SC 10SIR 1,5MG 0,3ML
035606173	FONDAPARINUX SODICO	ARIXTRA*SC 10SIR 10MG 0,8ML
035606033	FONDAPARINUX SODICO	ARIXTRA*SC 10SIR 2,5MG 0,5ML
035606110	FONDAPARINUX SODICO	ARIXTRA*SC 10SIR 5MG 0,4ML
035606146	FONDAPARINUX SODICO	ARIXTRA*SC 10SIR 7,5MG 0,6ML
034752131	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*28CPS 16MG RP
034752170	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*28CPS 24MG RP
034752117	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*28CPS 8MG RP
034752042	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*56CPR RIV 12MG
034752081	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*56CPR RIV 4MG
034752030	GALANTAMINA BROMIDRATO	REMINYL*56CPR RIV 8MG
026520015	GONADORELINA	KRYPTOCUR*NAS 2FL 10G+2EROG
026471019	GOSERELIN ACETATO	ZOLADEX*SC 1SIR 3,6MG RP

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
026471021	GOSERELIN ACETATO	ZOLADEX*SC SIR 10,8MG RP
034405011	IMIQUIMOD	ALDARA*CREMA 5% 12BUST 250MG
036850055	INSULINA DETEMIR	LEVEMIR*FLEX 5PEN 3ML 100UI/ML
035724121	INSULINA GLARGINE	LANTUS*SC 1FL 100UI/ML 10ML
035724069	INSULINA GLARGINE	LANTUS*SC 5CART 100UI/ML 3ML
035724246	INSULINA GLARGINE	LANTUS*SOLOST 5PEN 100UI/ML3ML
025839111	INTERFERONE ALFA 2A	ROFERON A*SC 1SIR 3MUI/0,5ML
035683097	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PEGASYS*SC PEN 0,5ML 135MCG
035683123	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PEGASYS*SC PEN 0,5ML 180MCG
035683059	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PEGASYS*SC SIR 0,5ML 135MCG+AG
035683073	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO	PEGASYS*SC SIR 0,5ML 180MCG+AG
034832232	INTERFERONE ALFA 2B	INTRONA*SC IV 1FL 18MUI 3ML
034832319	INTERFERONE ALFA 2B	INTRONA*SC IV 1PEN 18MUI+12KIT
034832345	INTERFERONE ALFA 2B	INTRONA*SC IV 1PEN 30MUI+12KIT
034852119	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1FL 100MCG+1F
034852069	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1FL 80MCG+1F
034852398	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 100MCG+1AGO+
034852436	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 120MCG+1AGO+
034852311	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 50MCG+1AGO+2
034852350	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO	PEGINTRON*SC 1PEN 80MCG+1AGO+2
026518050	INTERFERONE ALFA N3	ALFAFERONE*1F 6000000UI 1ML
037060035	IVABRADINA CLORIDRATO	CORLENTOR*56CPR RIV 5MG ALL/PV
037060100	IVABRADINA CLORIDRATO	CORLENTOR*56CPR RIV 7,5MG ALL/
037061037	IVABRADINA CLORIDRATO	PROCORALAN*56CPR RIV 5MG ALL/P
037061102	IVABRADINA CLORIDRATO	PROCORALAN*56CPR RIV 7,5MG ALL
034506016	LAMIVUDINA	ZEFFIX*28CPR RIV 100MG
029399019	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL*IM FL30MG RP+F 2ML SOLV
029399110	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL*SC 1SIR 60MG
029399134	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL*SC SIR 120MG
029399122	LANREOTIDE ACETATO	IPSTYL*SC SIR 90MG
037097209	LANTANIO CARBONATO IDRATO	FOZNOL*FL 90CPR MAST 1000MG
037097134	LANTANIO CARBONATO IDRATO	FOZNOL*FL 90CPR MAST 500MG
037097096	LANTANIO CARBONATO IDRATO	FOZNOL*FL 90CPR MAST 750MG
034702074	LEFLUNOMIDE	ARAVA*FL 30CPR RIV 20MG
028686044	LENOGRASTIM	GRANOCYTE 34*F 33,6MIU+SIR 1ML
029059096	LENOGRASTIM	MYELOSTIM 34*F 33,6MIU+SIR 1ML
036967038	LEUPRORELINA ACETATO	ELIGARD*INIET SIR+SIR 7,5MGKIT
036967040	LEUPRORELINA ACETATO	ELIGARD*INIET SIR+SIR22,5MGKIT
027066048	LEUPRORELINA ACETATO	ENANTONE*IM SC FL+S 11,25MG RP
027066024	LEUPRORELINA ACETATO	ENANTONE*IM SC FL+S 3,75MG RP
027066137	LEUPRORELINA ACETATO	ENANTONE*IM SC SIR11,25MG/MLRP
027066125	LEUPRORELINA ACETATO	ENANTONE*IM SC SIR3,75MG/ML RP
036825077	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 100+25+200MG
036825255	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 125+31,25+200MG

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
036825115	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 150+37,5+200MG
036825216	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 200+50+200MG
036825038	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 50+12,5+200MG
036825242	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO*100CPR 75+18,75+200MG
039365010	LIRAGLUTIDE	VICTOZA*SC 2PEN 3ML 6MG/ML
034951044	LUTROPINA ALFA	LUVERIS*SC 1FL 75UI+1FL SOLV
034951057	LUTROPINA ALFA	LUVERIS*SC 3FL 75UI+3FL SOLV
035681105	MEMANTINA CLORIDRATO	EBIXA*28CPR RIV 20MG
035681081	MEMANTINA CLORIDRATO	EBIXA*56CPR RIV 10MG
035681055	MEMANTINA CLORIDRATO	EBIXA*OS SOLUZ 5MG/EROGAZIONE
032903027	MENOTROPINA	MENOGON*IM 10F 75UI+10F 1ML
036749024	MENOTROPINA	MEROPUR*SC IM 10F 75UI+10F 75U
038348102	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 100MCG 0,3ML
038348203	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 120MCG 0,3ML
038348114	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 150MCG 0,3ML
038348126	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 200MCG 0,3ML
038348177	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 30MCG 0,3ML
038348215	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 360MCG 0,6ML
038348088	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 50MCG 0,3ML
038348090	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA	MIRCERA*IV SC SIR 75MCG 0,3ML
034369013	MODAFINIL	PROVIGIL*30CPR 100MG
026736088	NADROPARINA CALCICA	FRAXIPARINA*10SIR 5700UI/0,6ML
026736090	NADROPARINA CALCICA	FRAXIPARINA*10SIR 7600UI/0,8ML
026736076	NADROPARINA CALCICA	FRAXIPARINA*6SIR 3800UI AXA
036458014	NADROPARINA CALCICA	FRAXODI*2SIR 11400UI AXA
036458040	NADROPARINA CALCICA	FRAXODI*2SIR 15200UI AXA
026738017	NADROPARINA CALCICA	SELEPARINA*6SIR 0,3ML 2850UI
026738056	NADROPARINA CALCICA	SELEPARINA*6SIR 0,4ML 3800UI
027104049	OCTREOTIDE	LONGASTATINA*INIET 1MG 5MLMULT
027104025	OCTREOTIDE	LONGASTATINA*INIET 5F0,1MG 1ML
027083029	OCTREOTIDE	SANDOSTATINA*INIET 5F 0,1MG/ML
027083043	OCTREOTIDE	SANDOSTATINA*IV SC FL 1MG 5ML
027104088	OCTREOTIDE ACETATO	LONGASTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2
027104090	OCTREOTIDE ACETATO	LONGASTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2
027104102	OCTREOTIDE ACETATO	LONGASTATINA LAR*FL 30MG+SIR+2
027083082	OCTREOTIDE ACETATO	SANDOSTATINA LAR*FL 10MG+SIR+2
027083094	OCTREOTIDE ACETATO	SANDOSTATINA LAR*FL 20MG+SIR+2
027083106	OCTREOTIDE ACETATO	SANDOSTATINA LAR*FL 30MG+SIR+2
033638127	OLANZAPINA	ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 10MG
033638115	OLANZAPINA	ZYPREXA VELOTAB*28CPR ORO 5MG
033638091	OLANZAPINA	ZYPREXA*28CPR RIV 10MG
033638026	OLANZAPINA	ZYPREXA*28CPR RIV 2,5MG
033638038	OLANZAPINA	ZYPREXA*28CPR RIV 5MG
038024016	PALIPERIDONE	INVEGA*28CPR 3MG RP

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
038024067	PALIPERIDONE	INVEGA*28CPR 6MG RP
038024117	PALIPERIDONE	INVEGA*28CPR 9MG RP
036374054	PARACALCITOLE	ZEMPLAR*28CPS 1MCG
036374080	PARACALCITOLE	ZEMPLAR*28CPS 2MCG
036374015	PARACALCITOLE	ZEMPLAR*INIET 5F 1ML 5MCG/ML
026270088	PARNAPARINA	FLUXUM*SC 6SIR 0,4ML 4250UIAXA
026270090	PARNAPARINA	FLUXUM*SC 6SIR 0,6ML 6400UIAXA
026270126	PARNAPARINA	FLUXUM*SC 6SIR 0,8ML 8500UIAXA
035716036	PEGFILGRASTIM	NEULASTA*6MG 1SIR 0,6ML SC C/P
034946018	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	ACTOS*28CPR 15MG
034946044	PIOGLITAZONE CLORIDRATO	ACTOS*28CPR 30MG
038345029	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE	TANDEMACT*28CPR 30MG+4MG
037225099	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	COMPETACT*56CPR RIV 15MG+850MG
038529057	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	GLUBRAVA*56CPR RIV 15MG+850MG
039055090	PRASUGREL CLORIDRATO	EFIENT*28CPR RIV 10MG
039055025	PRASUGREL CLORIDRATO	EFIENT*28CPR RIV 5MG
032944112	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*30CPR RIV 25MG
032944163	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 150MG RP
032944136	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 200MG RP
032944148	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 300MG RP
032944151	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 400MG RP
032944124	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR 50MG RP
032944035	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR RIV 100MG
032944050	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR RIV 200MG
032944100	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*60CPR RIV 300MG
032944011	QUETIAPINA FUMARATO	SEROQUEL*6CPR RIV 25MG
038917011	RANOLAZINA	RANEXA*60CPR 375MG RP
038917035	RANOLAZINA	RANEXA*60CPR 500MG RP
028694038	REVIPARINA SODICA	CLIVARINA*SC 10SIR 1750UI/0,25
028694053	REVIPARINA SODICA	CLIVARINA*SC 10SIR 4200UI/0,6M
028752057	RISPERIDONE	RISPERDAL*60CPR 1MG BIANCHE
028752069	RISPERIDONE	RISPERDAL*60CPR 2MG ARANCIONI
028752071	RISPERIDONE	RISPERDAL*60CPR 3MG GIALLE
028752083	RISPERIDONE	RISPERDAL*60CPR 4MG VERDI
028752095	RISPERIDONE	RISPERDAL*OS GTT 100ML 1MG/ML
034078168	RIVASTIGMINA	EXELON*30CER 4,6MG/24H
034078206	RIVASTIGMINA	EXELON*30CER 9,5MG/24H
034078028	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	EXELON*56CPS 1,5MG
034078055	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	EXELON*56CPS 3MG
034078081	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	EXELON*56CPS 4,5MG
034078117	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO	EXELON*56CPS 6MG
039453028	SAXAGLIPTIN CLORIDRATO	ONGLYZA*28CPR RIV 5MG
039480037	SEVELAMER CARBONATO	RENVELA*FL 180CPR RIV 800MG
039480064	SEVELAMER CARBONATO	RENVELA*OS POLV 60BUST 2,4G

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
034676080	SEVELAMER CLORIDRATO	RENAGEL*FL 180CPR RIV 800MG
035120070	SIROLIMUS	RAPAMUNE*100CPR RIV 1MG
035120094	SIROLIMUS	RAPAMUNE*30CPR RIV 2MG
037793142	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	JANUVIA*28CPR RIV 100MG
038448142	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	TESAVEL*28CPR RIV 100MG
037794144	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO	XELEVIA*28CPR RIV 100MG
038773103	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	EFFICIB*56CPR RIV 50MG+1000MG
038773038	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	EFFICIB*56CPR RIV 50MG+850MG
038672109	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	JANUMET*56CPR RIV 50MG+1000MG
038672034	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	JANUMET*56CPR RIV 50MG+850MG
038678102	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	VELMETIA*56CPR RIV 50MG+1000MG
038678037	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO/METFORMINA CLORIDRATO	VELMETIA*56CPR RIV 50MG+850MG
026844237	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,2MG(3,6
026844249	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,4MG(4,2
026844252	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,6MG(4,8
026844264	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 1,8MG(5,4
026844276	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*4TBF 2MG(6UI)
026844187	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,2MG(0,6
026844199	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,4MG(1,2
026844201	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,6MG(1,8
026844213	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 0,8MG(2,4
026844225	SOMATROPINA	GENOTROPIN MINI*7TBF 1MG(3UI)+
026844098	SOMATROPINA	GENOTROPIN*1TBF 5,3MG (16UI)
026962050	SOMATROPINA	HUMATROPE*1CART 12MG(36UI)+SIR
026962047	SOMATROPINA	HUMATROPE*1CART 6MG (18UI)+SIR
027686082	SOMATROPINA	NORDITROPIN SIMPLEXX*15MG/1,5M
027686068	SOMATROPINA	NORDITROPIN SIMPLEXX*5MG/1,5ML
036583033	SOMATROPINA	NUTROPINAQ*SC 1CART 10MG 2ML
037106073	SOMATROPINA	OMNITROPE*SC CART 10MG/1,5ML
037106046	SOMATROPINA	OMNITROPE*SC CART 5MG/1,5ML
026863011	SOMATROPINA	SAIZEN*1FL 1,33MG(4UI)+1F 1ML
026863100	SOMATROPINA	SAIZEN*1FL 8MG+1CART+CLICKEASY
027743032	SOMATROPINA	ZOMACTON*SC 1FL 4MG+F 3,5 SOLV
038218018	TACROLIMUS MONOIDRATO	ADVAGRAF*30CPS 0,5MG RP
038218119	TACROLIMUS MONOIDRATO	ADVAGRAF*30CPS 3MG RP
038218071	TACROLIMUS MONOIDRATO	ADVAGRAF*30CPS 5MG RP
038218057	TACROLIMUS MONOIDRATO	ADVAGRAF*60CPS 1MG RP
029485099	TACROLIMUS MONOIDRATO	PROGRAF*30CPS 0,5MG
029485048	TACROLIMUS MONOIDRATO	PROGRAF*30CPS 5MG
029485075	TACROLIMUS MONOIDRATO	PROGRAF*60CPS 1MG
033280090	TOLCAPONE	TASMAR*FL 100CPR RIV 100MG
029838024	TRETINOINA	VESANOID*FL 100CPS 10MG

AIC	Principio Attivo	Nome commerciale
026999021	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL*FL 3,75MG+2ML+1SIR
035562014	TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DEPOT*SIR 3,75MG+SO
026999058	TRIPTORELINA EMBONATO	DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR
032921049	UROFOLLITROPINA	FOSTIMON*10FL 75UI+10F
029498021	VALACICLOVIR CLORIDRATO	TALAVIR*21CPR RIV 1G
029498019	VALACICLOVIR CLORIDRATO	TALAVIR*42CPR RIV 500MG
029503024	VALACICLOVIR CLORIDRATO	ZELITREX*21CPR RIV 1000MG
029503012	VALACICLOVIR CLORIDRATO	ZELITREX*42CPR RIV 500MG
035740012	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	DARILIN*60CPR RIV 450MG
035739010	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO	VALCYTE*60CPR RIV 450MG
038144059	VILDAGLIPTIN	GALVUS*56CPR 50MG
038252096	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	EUCREAS*60CPR 50MG+1000MG
038252033	VILDAGLIPTIN/METFORMINA	EUCREAS*60CPR 50MG+850MG
034935472	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	ZELDOX*56CPS 40MG
034935561	ZIPRASIDONE CLORIDRATO	ZELDOX*56CPS 60MG

6. Farmacovigilanza

Il concetto di farmacovigilanza si fonda sull'assunto che nessun medicinale (principio attivo) può essere considerato completamente sicuro, ma risulta tale solo quando il rischio di comparsa di effetti indesiderati è accettabile.

Monitorare gli eventi avversi dopo la commercializzazione dei medicinali è un'attività indispensabile per la conferma del rapporto positivo beneficio/rischio derivante dai trial clinici antecedenti l'immissione in commercio e che per forza di cose risulta limitata nel tempo e nel numero di soggetti coinvolti.

I dati ottenuti dalle segnalazioni di reazioni avverse e la loro rielaborazione, sono alla base dei provvedimenti delle agenzie regolatorie italiana ed europea (AIFA ed EMA), provvedimenti che vanno dalle modifiche dei foglietti illustrativi o delle indicazioni autorizzate fino al ritiro dal commercio.

La rielaborazione dei dati raccolti permette inoltre un importante ritorno informativo per i segnalatori ed i pazienti. (es. rivista "Focus" consultabile sul sito della Direzione Generale Sanità alla voce farmacovigilanza del menù Informazioni e Servizi).

La farmacovigilanza è conoscenza incessante nel campo della terapia, è lo strumento di verifica della sicurezza dei trattamenti e dei rischi a cui esponiamo i pazienti, è una revisione critica dell'atto medico prescrittivo e al tempo stesso una strategia per ridurre al minimo i rischi.

Nuova normativa di farmacovigilanza

— Regolamento UE 1235/2010

— Direttiva 2010/84/UE

La nuova normativa di farmacovigilanza è entrata in vigore il 2/07/2012 ed ha comportato un ampliamento della definizione di reazione avversa definita come effetto nocivo e non voluto conseguente:

- ⤴ all'uso di un medicinale conformemente alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio
- ⤴ agli errori terapeutici
- ⤴ agli usi non conformi alle indicazioni contenute nell'autorizzazione all'immissione in commercio (incluso il overdose, misuso, abuso, off label, errore terapeutico)
- ⤴ all'esposizione per motivi professionali

Anche la mancanza di efficacia si configura come reazione avversa che nei seguenti casi è da considerare grave:

- farmaci salvavita
- vaccini
- contraccettivi

La nuova scheda di segnalazione è reperibile in formato word all'indirizzo:

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/modalit%C3%A0-di-segnalazione-delle-sospette-reazioni-avverse-ai-medicinali>.

Il vecchio modello è comunque ancora utilizzabile.

Chi segnala

I medici, i farmacisti e gli altri operatori sanitari dovrebbero segnalare tutte le sospette reazioni avverse (ADR) a medicinali e vaccini di cui vengano a conoscenza: gravi e non gravi, attese ed inattese.

Alcuni medicinali sono soggetti a "monitoraggio addizionale". Questi sono i medicinali di recente immissione in commercio, biologici, sottoposti ad autorizzazione condizionata, autorizzati in

circostanze eccezionali, medicinali per i quali è richiesto un monitoraggio aggiuntivo su efficacia e sicurezza, altri medicinali individuati volta per volta. Tale monitoraggio addizionale dura 5 anni ed i medicinali si riconoscono per la presenza sul foglietto illustrativo e nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto di un triangolo nero a punta rovesciata.

Come segnalare

Le sospette reazioni avverse (ADR) vengono segnalate mediante la scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci e vaccini per operatori sanitari. Una volta compilata, la scheda va inviata al Responsabile locale della Farmacovigilanza il quale è registrato presso l'AIFA ed abilitato all'accesso alla Rete Nazionale in cui provvede ad inserire le segnalazioni ricevute.

L'invio deve essere effettuato tramite posta elettronica.

Responsabili Locali di Farmacovigilanza delle A.O. del territorio e dell'ASL

ASL MB	Dr.ssa Angiolina Carissimi	Servizio Assistenza Farmaceutica	Fax 039/2384870 Tel 039/2384867	carissimi.angiolina@aslmb.it
A.O. S. Gerardo	Dr.ssa Annamaria Rivolta	Farmacia interna AO S.Gerardo	Fax 039 2333033 Tel 039 2333217	annamaria.rivolta@hsgerardo.org
A.O. Desio Vimercate	Dr.ssa Giuseppina Galbiati	Farmacia interna P.O. Desio	Tel 0362 383091 Fax 0362 383375	Giuseppina.galbiati@aovimercate.org

I referenti degli Ospedali raccolgono le segnalazioni provenienti da medici ed operatori sanitari interni all'A.O. mentre il referente della ASL raccoglie le segnalazioni provenienti dal territorio (Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, Direzioni sanitarie di strutture private accreditate, etc..).

La scheda di segnalazione



SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR)
 A cura dei medici e degli altri operatori sanitari. Inviare al responsabile di farmacovigilanza della struttura di appartenenza
 (gli indirizzi dei responsabili possono essere recuperati nel sito dell'AIFA: www.agenziafarmaco.it/it/responsabili)



1. INIZIALI PAZIENTE <i>Nome - Cognome</i>	2. DATA di NASCITA o ETÀ	3. SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	4. DATA INSORGENZA REAZIONE	5. ORIGINE ETNICA	CODICE SEGNALAZIONE
1.a. PESO (kg)	1.b. ALTEZZA (cm)	1.c. DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	1.d. GRAVIDANZA sconosciuta <input type="checkbox"/>	1.e. ALLATTAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

6. DESCRIZIONE DELLA REAZIONE ED EVENTUALE DIAGNOSI (*se il segnalatore è un medico)

7. INDICARE SE LA REAZIONE OSSERVATA DERIVA DA: <input type="checkbox"/> INTERAZIONE <input type="checkbox"/> ERRORE TERAPEUTICO <input type="checkbox"/> ABUSO <input type="checkbox"/> MISUSO <input type="checkbox"/> OFF LABEL <input type="checkbox"/> OVERDOSE <input type="checkbox"/> ESPOSIZIONE PROFESSIONALE	8. GRAVITA' DELLA REAZIONE: GRAVE <input type="checkbox"/> DECESSO <input type="checkbox"/> OSPEDALIZZAZIONE O PROLUNGAMENTO <input type="checkbox"/> INVALIDITA' GRAVE O PERMANENTE <input type="checkbox"/> HA MESSO IN PERICOLO DI VITA <input type="checkbox"/> ANOMALIE CONGENITE/DEFICIT NEL NEONATO <input type="checkbox"/> ALTRA CONDIZIONE CLINICAMENTE RILEVANTE <input type="checkbox"/> NON GRAVE
--	--

9. EVENTUALI ESAMI DI LABORATORIO RILEVANTI PER ADR (riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti):

10. ESITO DATA:

RISOLUZIONE COMPLETA ADR
 RISOLUZIONE CON POSTUMI
 MIGLIORAMENTO
 REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA
 DECESSO

dovuto alla reazione avversa
 il farmaco può avere contribuito
 non dovuto al farmaco
 causa sconosciuta

NON DISPONIBILE

11. AZIONI INTRAPRESE (specificare):

In caso di sospensione compilare i campi da 17 a 20

INFORMAZIONI SUI FARMACI

12. FARMACO/I SOSPETTO/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici

A)	13. LOTTO	14. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)
15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	16. DURATA DELL'USO: DAL	AL
17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	20. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
B)	13. LOTTO	14. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)
15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE	16. DURATA DELL'USO: DAL	AL
17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	20. SONO RICOMPARI I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

C) 13. LOTTO 14. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

15. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 16. DURATA DELL'USO: DAL AL

17. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 18. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

19. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 20. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

Prego, girare il foglio →

21. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati precedentemente):

A:

B:

C:

22. FARMACO/I CONCOMITANTE/I (indicare il nome della specialità medicinale o del generico*). Riportare il numero di lotto per vaccini e medicinali biologici

A) 23. LOTTO 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 26. DURATA DELL'USO: DAL AL

27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 30. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

B) 23. LOTTO 24. DOSAGGIO/FREQUENZA (specificare)

25. VIA DI SOMMINISTRAZIONE 26. DURATA DELL'USO: DAL AL

27. IL FARMACO E' STATO SOSPESO? SI NO 28. LA REAZIONE E' MIGLIORATA DOPO LA SOSPENSIONE? SI NO

29. IL FARMACO E' STATO RIPRESO? SI NO 30. SONO RICOMParsi I SINTOMI DOPO LA RISOMMINISTRAZIONE? SI NO

* Nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiamo, l'ora e il sito della somministrazione

31. INDICAZIONI O ALTRO MOTIVO PER CUI IL FARMACO È STATO USATO (le lettere fanno riferimento ai farmaci indicati qui sopra):

A:

B:

32. USO CONCOMITANTE DI ALTRI PRODOTTI A BASE DI PIANTE OFFICINALI, INTEGRATORI ALIMENTARI, ecc. (specificare):

33. CONDIZIONI PREDISPONENTI e/o CONCOMITANTI (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione)

34. ALTRE INFORMAZIONI

PRONTUARIO

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
ACARBOSIO 40 cpr 100 mg	Pag. 23
ACENOCUMAROLO 20 cpr 1 mg	Pag. 24
ACENOCUMAROLO 20 cpr div 4 mg	Pag. 24
ACETAZOLAMIDE 12 cpr 250 mg	Pag. 71
ACETOSSIETILCEFUROXIMA 6 cpr riv 500 mg	Pag. 45
ACICLOVIR 25 cpr 200 mg	Pag. 50
ACICLOVIR 25 cpr 400 mg	Pag. 50
ACICLOVIR 35 cpr 800 mg	Pag. 50
ACICLOVIR 5 fiale EV 250 mg	Pag. 50
ACICLOVIR FORTE os sosp 100 ml 8%	Pag. 50
ACICLOVIR ung oftalm 4,5 g 3%	Pag. 71
ACIDO ACETILSALICILICO 30 cpr gastrores 100 mg	Pag. 26
ACIDO ACETILSALICILICO/MAGNESIO IDROSSIDO/ALGELDRATO 20 cpr div 300 mg	Pag. 26
ACIDO ALENDRONICO SALE SODICO 14 cpr 10 mg	Pag. 56
ACIDO ALENDRONICO SALE SODICO MONOIDRATO 4 cpr 70 mg	Pag. 56
ACIDO CLODRONICO SALE DISODICO 6 fiale EV 300 mg 10 ml	Pag. 56
ACIDO FOLICO 20 cps 5 mg	Pag. 27
ACIDO PIPEMIDICO 20 cps 200 mg	Pag. 48
ACIDO PIPEMIDICO 20 cps 400 mg	Pag. 48
ACIDO TRANEXAMICO 6 fiale IM EV OS 500 mg 5 ml	Pag. 27

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
ACIDO URSOSESOSSICOLICO 20 cps 150 mg	Pag. 21
ACIDO URSOSESOSSICOLICO 20 cps 300 mg	Pag. 21
ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 bust grat 500 mg rilascio modificato	Pag. 60
ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 bust grat 750 mg rilascio modificato	Pag. 60
ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 cpr 300 mg rilascio prolungato	Pag. 60
ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 cpr 500 mg rilascio prolungato	Pag. 60
ALFUZOSINA CLORIDRATO 30 cpr 10 mg rilascio prolungato	Pag. 41
ALFUZOSINA CLORIDRATO 30 cpr riv 2,5 mg	Pag. 41
ALLOPURINOLO 30 cpr 300 mg	Pag. 56
ALLOPURINOLO 50 cpr 100 mg	Pag. 56
ALOPERIDOLO 20 cpr 5 mg	Pag. 63
ALOPERIDOLO 5 fiale IM 2 mg/2 ml	Pag. 63
ALOPERIDOLO 5 fiale IM 5 mg/2 ml	Pag. 63
ALOPERIDOLO DECANOATO 1 fiala IM 150 mg 3 ml	Pag. 63
ALOPERIDOLO DECANOATO 3 fiale IM 50 mg 1 ml	Pag. 63
ALOPERIDOLO os gtt 15 ml 10 mg/ml	Pag. 63
ALOPERIDOLO os gtt 30 ml 2 mg/ml	Pag. 63
AMIKACINA SOLFATO 1 fiala IM EV 1 g 4 ml	Pag. 47
AMIKACINA SOLFATO 1 fiala IM EV 500 mg 2 ml	Pag. 47
AMILORIDE CLORIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE 20 cpr 5 mg + 50 mg	Pag. 33

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
AMIODARONE CLORIDRATO 20 cpr 200 mg	Pag. 31
AMISULPRIDE 30 cpr riv 400 mg	Pag. 65
AMITRIPTILINA CLORIDRATO os gtt 20 ml 4%	Pag. 66
AMLODIPINA BESILATO 14 cpr 10 mg	Pag. 35
AMOXICILLINA TRIIDRATO 12 cpr 1 g	Pag. 45
AMOXICILLINA TRIIDRATO 12 cps 500 mg	Pag. 45
AMOXICILLINA TRIIDRATO os sosp polv 100 ml 250 mg/5 ml	Pag. 45
AMOXICILLINA/POTASSIO CLAVULANATO 12 bust grat 875 mg + 125 mg	Pag. 45
AMOXICILLINA/POTASSIO CLAVULANATO 12 cpr riv 875 mg + 125 mg	Pag. 45
AMOXICILLINA/POTASSIO CLAVULANATO BB os sosp grat 70 ml 400 mg/5 ml + 57 mg/5 ml	Pag. 45
AMPICILLINA SODICA 1 fiala IM EV 1 g + 1 fiala solv 4 ml	Pag. 45
ANASTROZOLO 28 cpr riv 1 mg	Pag. 51
ARIPRAZOLO 28 cpr 10 mg	Pag. 65
ARIPRAZOLO 28 cpr 15 mg	Pag. 65
ARIPRAZOLO 28 cpr 5 mg	Pag. 65
ATENOLOLO 10 fiale EV 5 mg 10 ml	Pag. 34
ATENOLOLO 50 cpr riv 100 mg	Pag. 34
ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 10 mg	Pag. 39
ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 20 mg	Pag. 39
ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 40 mg	Pag. 39

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 80 mg	Pag. 39
AZATIOPRINA 50 cpr riv 50 mg	Pag. 54
AZITROMICINA DIIDRATO 3 cpr riv 500 mg	Pag. 47
BACLOFENE 50 cpr 25 mg	Pag. 56
BAMIFILLINA CLORIDRATO 30 cpr riv 600 mg	Pag. 70
BECLOMETASONE DIPROPIONATO 10 clismi 3 mg 60 ml sosp rett	Pag. 21
BECLOMETASONE DIPROPIONATO aerosol 20 fiale 2 ml 0,8 mg 2 ml	Pag. 69
BECLOMETASONE DIPROPIONATO soluz inal 200 erog 100 mcg autohaler	Pag. 69
BECLOMETASONE DIPROPIONATO soluz inal 200 erog 250 mcg	Pag. 69
BECLOMETASONE DIPROPIONATO soluz inal 200 erog 50 mcg	Pag. 69
BECLOMETASONE DIPROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO soluz inal 120 erog 100 mcg + 6 mcg	Pag. 69
BECLOMETASONE/SALBUTAMOLO sosp inal 200 erog jet 250 mcg + 100 mcg	Pag. 69
BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 3.500 UI 0,2 ml	Pag. 25
BENAZEPRIL CLORIDRATO 14 cpr riv 10 mg	Pag. 37
BENZILPENICILLINA BENZATINICA 1 fiala 1200000 UI	Pag. 45
BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 10 cpr eff 0,5 mg	Pag. 43
BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 3 fiale 4 mg 1 ml	Pag. 43
BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 3 fiale IM EV 4 mg 2 ml	Pag. 43
BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 6 fiale 2 ml 1,5 mg/2 ml	Pag. 43
BETAMETASONE FOSFATO DISODICO/BETAMETASONE ACETATO 3 fiale IM 1 ml 6 mg/ml rilascio modificato	Pag. 43

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
BICALUTAMIDE 28 cpr riv 150 mg	Pag. 51
BICALUTAMIDE 28 cpr riv 50 mg	Pag. 51
BIPERIDENE CLORIDRATO 50 cpr 4 mg rilascio prolungato	Pag. 61
BIPERIDENE CLORIDRATO 60 cpr 2 mg	Pag. 61
BIPERIDENE LATTATO 5 fiale IM EV 5 mg 1 ml	Pag. 61
BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 1,25 mg	Pag. 34
BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 2,5 mg	Pag. 34
BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 3,75 mg	Pag. 34
BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 5 mg	Pag. 34
BISOPROLOLO EMIFUMARATO/IDROCLOROTIAZIDE 30 cpr riv 10 mg + 6,25 mg	Pag. 34
BRINZOLAMIDE collirio 5 ml 10 mg/ml	Pag. 71
BROMOCRIPTINA MESILATO 30 cpr 2,5 mg	Pag. 41
BUDESONIDE sosp nebul 20 flaconcini 2 ml 0,25 mg/ml	Pag. 69
BUDESONIDE/FORMOTEROLO FUMARATO polv inal 120 dosi 160 mcg + 4,5 mcg	Pag. 69
BUPRENORFINA 3 cerotti transd 35 mcg/ora	Pag. 58
BUPRENORFINA 3 cerotti transd 52,5 mcg/ora	Pag. 58
BUPRENORFINA CLORIDRATO 5 fiale IM EV 0,3 mg 1 ml	Pag. 58
BUPROPIONE CLORIDRATO 30 cpr 150 mg rilascio modificato	Pag. 67
BUPROPIONE CLORIDRATO 30 cpr 300 mg rilascio modificato	Pag. 67
CABERGOLINA 8 cpr 0,5 mg	Pag. 41

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
CALCIO ACETATO ANIDRO 200 cps 667 mg	Pag. 24
CALCIO CARBONATO 30 cpr eff 1.000 mg	Pag. 24
CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROLO 30 bust grat eff 1 g + 880 UI	Pag. 24
CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROLO 60 cpr mast 600 mg + 400 UI	Pag. 24
CALCIPOTRIOLO soluz derm 30 ml 50 mcg/ml	Pag. 40
CALCIPOTRIOLO ungu derm 30 g 0,005%	Pag. 40
CALCITRIOLO 30 cps 0,25 mcg	Pag. 24
CALCITRIOLO 30 cps 0,50 mcg	Pag. 24
CANDESARTAN CILEXETIL 28 cpr 8 mg	Pag. 38
CAPTAPRIL 24 cpr 50 mg	Pag. 37
CAPTAPRIL 50 cpr 25 mg	Pag. 37
CARBAMAZEPINA 30 cpr 200 mg rilascio modificato	Pag. 60
CARBAMAZEPINA 30 cpr 400 mg	Pag. 60
CARBAMAZEPINA 30 cpr 400 mg rilascio modificato	Pag. 60
CARBAMAZEPINA 50 cpr 200 mg	Pag. 60
CARVEDILOLO 28 cpr 6,25 mg	Pag. 34
CARVEDILOLO 30 cpr 25 mg	Pag. 34
CEFACLORO MONOIDRATO os sosp grat 100 ml 250 mg/5 ml	Pag. 45
CEFAZOLINA SODICA 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 4 ml	Pag. 45
CEFEPIME DICLORIDRATO MONOIDRATO 1 fiala IM EV 1 g + 1 fiala solv 3 ml	Pag. 46

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
CEFIXIMA 5 cpr dispers 400 mg	Pag. 46
CEFIXIMA os grat sosp 100 ml 100 mg/5 ml	Pag. 46
CEFOTAXIMA SODICA 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 4 ml con lidocaina	Pag. 46
CEFOTAXIMA SODICA 1 fiala IM EV 1 g + 1 fiala solv 4 ml	Pag. 46
CEFPODOXIMA PROXETILE 12 cpr riv 100 mg	Pag. 46
CEFPODOXIMA PROXETILE os sosp grat 100 ml 40 mg/5 ml	Pag. 46
CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 3 ml	Pag. 46
CEFTRIAXONE DISODICO 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 3,5 ml	Pag. 46
CEFTRIAXONE DISODICO 1 fiala IM 500 mg + 1 fiala solv 2 ml	Pag. 46
CEFUROXIMA SODICA 1 flacone IM 1 g + 1 fiala solv 4 ml	Pag. 45
CELECOXIB 20 cps 200 mg	Pag. 56
CETIRIZINA DICLORIDRATO 20 cpr div 10 mg	Pag. 71
CETIRIZINA DICLORIDRATO os gtt 20 ml 10 mg/ml	Pag. 71
CIANOCOBALAMINA 5 fiale 1.000 mcg 1 ml	Pag. 27
CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 30 mg	Pag. 44
CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 60 mg	Pag. 44
CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 90 mg	Pag. 44
CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO 10 cpr riv 250 mg	Pag. 48
CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO 6 cpr riv 500 mg	Pag. 48
CIPROTERONE ACETATO 1 fiala IM 300 mg 3 ml rilascio prolungato	Pag. 41

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
CITALOPRAM BROMIDRATO 14 cpr riv 40 mg	Pag. 66
CITALOPRAM BROMIDRATO 28 cpr riv 20 mg	Pag. 66
CITALOPRAM CLORIDRATO os gtt 15 ml 40 mg/ml	Pag. 66
CLARITROMICINA 12 cpr riv 250 mg	Pag. 47
CLARITROMICINA 14 cpr riv 500 mg	Pag. 47
CLARITROMICINA os grat 100 ml 125 mg/5 ml	Pag. 47
CLINDAMICINA FOSFATO 1 fiala 600 mg 4 ml	Pag. 47
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 20 cpr div 75 mg rilascio prolungato	Pag. 66
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 20 cpr riv 25 mg	Pag. 66
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 5 fiale IM EV 25 mg 2 ml	Pag. 66
CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 50 cpr riv 10 mg	Pag. 66
CLONAZEPAM 20 cpr 0,5 mg	Pag. 60
CLONAZEPAM 20 cpr 2 mg	Pag. 60
CLONAZEPAM os gtt 10 ml 2,5 mg/ml	Pag. 60
CLONIDINA 2 cerotti transd 2,5 mg	Pag. 32
CLONIDINA 2 cerotti transd 5 mg	Pag. 32
CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO 28 cpr riv 75 mg	Pag. 26
CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO/ACIDO ACETILSALICILICO 28 cpr riv 75 mg + 100 mg	Pag. 26
CLOROCHINA DIFOSFATO 30 cpr riv 250 mg	Pag. 68
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 20 cpr riv 100 mg	Pag. 63

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 cpr riv 25 mg	Pag. 63
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 5 fiale IM 50 mg 2 ml	Pag. 63
CLORPROMAZINA CLORIDRATO os gtt 10 ml 4%	Pag. 63
CLOTIAPINA os gtt 10 ml 100 mg/ml	Pag. 64
CLOZAPINA 28 cpr 100 mg	Pag. 64
CLOZAPINA 28 cpr 25 mg	Pag. 64
COLCHICINA 60 cpr 1 mg	Pag. 56
COLESTIRAMINA CLORIDRATO 12 bust polv os 4 g	Pag. 39
CORTISONE ACETATO 20 cpr 25 mg	Pag. 43
DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 110 mg	Pag. 26
DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 75 mg	Pag. 26
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 10 mcg 0,4 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 150 mcg 0,3 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 20 mcg 0,5 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 30 mcg 0,3 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 40 mcg 0,4 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 50 mcg 0,5 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 500 mcg 1 ml	Pag. 28
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 60 mcg 0,3 ml	Pag. 29
DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 80 mcg 0,4 ml	Pag. 29

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
DEFEROXAMINA MESILATO 10 fiale IM EV 500 mg + 10 fiale solv 5 ml	Pag. 71
DEGARELIX ACETATO 1 flaconcino 80 mg polv + 1 flaconcino solv	Pag. 52
DEGARELIX ACETATO 2 flaconcini polv 120 mg + 2 flaconcini solv	Pag. 52
DESAMETASONE FOSFATO SODICO 3 fiale IM EV 4 mg 1 ml	Pag. 43
DESAMETASONE FOSFATO SODICO 3 fiale IM EV 8 mg 2 ml	Pag. 43
DESAMETASONE FOSFATO SODICO os gtt 10 ml 0,2%	Pag. 43
DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO 10 fiale IM EV SC 4 mcg 0,5 ml	Pag. 42
DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO 10 fiale SC 4 mcg 1 ml	Pag. 42
DESOSSIMETASONE emuls derm 15 bust 2 g 0,25%	Pag. 40
DICLOFENAC SODICO 21 cpr 100 mg rilascio prolungato	Pag. 55
DICLOFENAC SODICO 30 cpr 75 mg rilascio prolungato	Pag. 55
DICLOFENAC SODICO 30 cpr gastrores 50 mg	Pag. 55
DICLOFENAC SODICO 6 fiale IM 75 mg 3 ml	Pag. 55
DICLOFENAC SODICO RETARD 20 cpr 100 mg	Pag. 55
DIGOSSINA 30 cpr 0,0625 mg	Pag. 30
DIGOSSINA 30 cpr 0,125 mg	Pag. 30
DIGOSSINA 30 cpr 0,25 mg	Pag. 30
DIGOSSINA 6 fiale 0,5 mg 2 ml	Pag. 30
DIIDROCODEINA RODANATO os gtt 15 g	Pag. 70
DILTIAZEM CLORIDRATO 14 cps 300 mg rilascio prolungato	Pag. 36

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
DILTIAZEM CLORIDRATO 28 cps 120 mg rilascio modificato	Pag. 36
DILTIAZEM CLORIDRATO 28 cps 180 mg rilascio modificato	Pag. 36
DILTIAZEM CLORIDRATO 36 cps 200 mg rilascio prolungato	Pag. 36
DILTIAZEM CLORIDRATO 5 fiale 50 mg + 5 fiale solv 5 ml	Pag. 36
DILTIAZEM CLORIDRATO 50 cpr 60 mg	Pag. 36
DILTIAZEM CLORIDRATO 50 cpr 60 mg rilascio modificato	Pag. 36
DIPIRIDAMOLO/ACIDO ACETILSALICILICO 60 cps 200 mg + 25 mg rilascio modificato	Pag. 26
DONEPEZIL CLORIDRATO 28 cpr riv 5 mg	Pag. 67
DOXAZOSINA MESILATO 20 cpr 4 mg	Pag. 32
DOXAZOSINA MESILATO 30 cpr div 2 mg	Pag. 32
DOXICICLINA ICLATO 10 cpr 100 mg	Pag. 44
DRONEDARONE CLORIDRATO 60 cpr riv 400 mg	Pag. 31
ENALAPRIL MALEATO 14 cpr 20 mg	Pag. 37
ENALAPRIL MALEATO 28 cpr 5 mg	Pag. 37
ENALAPRIL MALEATO/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 20 mg + 12,5 mg	Pag. 38
ENOXAPARINA SODICA 2 fialesiringhe SC 6.000 UI 0,6 ml	Pag. 25
ENOXAPARINA SODICA 2 fialesiringhe SC 8.000 UI 0,8 ml	Pag. 25
ENOXAPARINA SODICA 6 siringhe 2.000 UI 0,2 ml	Pag. 25
ENOXAPARINA SODICA 6 siringhe 4.000 UI 0,4 ml	Pag. 25
EPARINA CALCICA 10 siringhe SC 12.500 UI 0,5 ml	Pag. 25

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
EPARINA CALCICA 10 siringhe SC 5.000 UI 0,2 ml	Pag. 25
EPARINA SODICA 1 fiala 50.000 UI 10 ml	Pag. 25
EPARINA SODICA 10 fiale EV SC 5.000 UI 1 ml	Pag. 25
EPARINA SODICA 10 fiale SC EV 12.500 UI 0,5 ml	Pag. 25
EPOETINA ALFA 1 siringa 1.000 UI 0,5 ml	Pag. 30
EPOETINA ALFA 1 siringa 10.000 UI 1 ml	Pag. 30
EPOETINA ALFA 1 siringa 2.000 UI 0,5 ml	Pag. 29
EPOETINA ALFA 1 siringa 3.000 UI 0,3 ml	Pag. 29
EPOETINA ALFA 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	Pag. 30
EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 6.000 UI 0,6 ml	Pag. 30
EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 8.000 UI 0,8 ml	Pag. 30
EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	Pag. 29
EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa SC EV 8.000 UI 0,8 ml	Pag. 29
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 10.000 UI	Pag. 28
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 2.000 UI	Pag. 28
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 3.000 UI	Pag. 28
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 30.000 UI	Pag. 28
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 4.000 UI	Pag. 28
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 5.000 UI	Pag. 28
EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 6.000 UI	Pag. 28

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
EPOETINA TETA BIOSIMILARE 1 siringa 10.000 UI 1 ml	Pag. 29
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 10.000 UI 1 ml	Pag. 29
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 2.000 UI 0,6 ml	Pag. 29
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 3.000 UI 0,9 ml	Pag. 29
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 30.000 UI 0,75 ml	Pag. 28
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	Pag. 29
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 5.000 UI 0,5 ml	Pag. 29
EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 8.000 UI 0,8 ml	Pag. 29
ERITROMICINA ETILSUCCINATO 12 cpr riv 600 mg	Pag. 47
ERITROMICINA ETILSUCCINATO grat os sosp 100 ml 10%	Pag. 47
ERITROMICINA LATTOBIONATO 1 fiala 1.000 mg	Pag. 47
ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO 14 cpr gastrores 20 mg	Pag. 20
ETAMBUTOLO CLORIDRATO 50 cpr riv 400 mg	Pag. 49
ETORICOXIB 20 cpr riv 90 mg	Pag. 56
EXEMESTAN 30 cpr riv 25 mg	Pag. 51
EZETIMIBE 30 cpr 10 mg	Pag. 40
EZETIMIBE/SIMVASTATINA 30 cpr 10 mg + 20 mg	Pag. 40
FENITOINA SODICA 30 cpr riv 100 mg	Pag. 59
FENOBARBITAL 20 cpr 100 mg	Pag. 59
FENOBARBITAL 30 cpr 15 mg	Pag. 59

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
FENOBARBITAL 30 cpr 50 mg	Pag. 59
FENOBARBITAL SODICO 10 fiale IM 200 mg 1 ml	Pag. 59
FENTANIL 3 cerotti transd 100 mcg/ora	Pag. 58
FENTANIL 3 cerotti transd 12 mcg/ora	Pag. 58
FENTANIL 3 cerotti transd 25 mcg/ora	Pag. 58
FENTANIL 3 cerotti transd 50 mcg/ora	Pag. 58
FENTANIL 3 cerotti transd 75 mcg/ora	Pag. 58
FENTANIL CITRATO 1 flacone spray nasale 100 mcg/erog	Pag. 58
FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 100 mcg	Pag. 58
FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 200 mcg	Pag. 58
FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 300 mcg	Pag. 58
FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 400 mcg	Pag. 58
FERROSO SOLFATO 40 cpr riv 105 mg rilascio controllato	Pag. 27
FILGRASTIM 1 siringa 30.000.000 UI 0,5 ml	Pag. 52
FILGRASTIM BIOSIMILARE 1 siringa 30.000.000 UI 0,5 ml	Pag. 52
FINASTERIDE 15 cpr riv 5 mg	Pag. 42
FITOMENADIONE 3 fiale IM OS 10 mg 1 ml	Pag. 27
FITOMENADIONE os gtt 2,5 ml 2%	Pag. 27
FITOMENADIONE PRIMA INFANZIA 5 fiale IM OS 2 mg 0,2 ml	Pag. 27
FLECAINIDE ACETATO 20 cpr 100 mg	Pag. 30

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
FLOROGLUCINOLO 10 fiale IM EV 40 mg 4 ml	Pag. 20
FLUCONAZOLO 10 cps 100 mg	Pag. 49
FLUCONAZOLO 2 cps 150 mg	Pag. 49
FLUCONAZOLO 7 cps 200 mg	Pag. 49
FLUCONAZOLO os sosp 350 mg 10 mg/ml	Pag. 49
FLUFENAZINA DECANOATO 1 fiala IM 25 mg	Pag. 63
FLUNISOLIDE soluz nebul 30 ml 0,1%	Pag. 69
FLUOXETINA CLORIDRATO 28 cpr solub 20 mg	Pag. 66
FLURBIPROFENE scir 160 ml 5 mg/ml	Pag. 55
FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 250 mcg	Pag. 69
FLUVOXAMINA MALEATO 30 cpr riv 100 mg	Pag. 66
FLUVOXAMINA MALEATO 30 cpr riv 50 mg	Pag. 66
FONDAPARINUX SODICO 10 siringhe SC 2,5 mg 0,5 ml	Pag. 26
FONDAPARINUX SODICO 10 siringhe SC 7,5 mg 0,6 ml	Pag. 26
FORMOTEROLO FUMARATO 60 cps polv inal 12 mcg	Pag. 68
FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO AD os 2 bust 3 g	Pag. 48
FOSINOPRIL SODICO 14 cpr 20 mg	Pag. 37
FUROSEMIDE 20 cpr 500 mg	Pag. 33
FUROSEMIDE 30 cpr 25 mg	Pag. 33
FUROSEMIDE 5 fiale 20 mg 2 ml	Pag. 33

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
FUROSEMIDE 5 fiale EV 250 mg 25 ml	Pag. 33
FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE 20 cps 25 mg + 37 mg	Pag. 33
GABAPENTIN 30 cps 400 mg	Pag. 61
GABAPENTIN 50 cps 100 mg	Pag. 61
GABAPENTIN 50 cps 300 mg	Pag. 61
GALANTAMINA BROMIDRATO 56 cpr riv 8 mg	Pag. 67
GENTAMICINA SOLFATO 1 fiala 2 ml 80 mg/2 ml	Pag. 47
GLATIRAMER ACETATO 28 siringhe SC 20 mg/ml	Pag. 53
GLICLAZIDE 40 cpr 80 mg	Pag. 23
GLICLAZIDE 60 cpr 30 mg rilascio modificato	Pag. 23
GLIMEPIRIDE 30 cpr 2 mg	Pag. 23
GLUCAGONE 1 fiala 1 mg + 1 siringa 1 ml	Pag. 44
GOSERELIN ACETATO 1 siringa SC 10,8 mg rilascio prolungato	Pag. 51
GOSERELIN ACETATO 1 siringa SC 3,6 mg rilascio prolungato	Pag. 51
GRANISETRONE CLORIDRATO 1 fiala EV 3 mg 3 ml	Pag. 21
IBUPROFENE 30 cpr riv 600 mg	Pag. 55
IDROCLOROTIAZIDE 20 cpr 25 mg	Pag. 32
IDROCORTISONE BUTIRRATO crema derm idrofila 30 g 0,1%	Pag. 40
IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone EV 1 g + 1 fiala solv 10 ml	Pag. 43
IDROSSIPROGESTERONE CAPROATO 1 fiala IM 341 mg 2 ml	Pag. 41

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
INDAPAMIDE 30 cpr riv 1,5 mg rilascio prolungato	Pag. 32
INDOMETACINA 25 cps 25 mg	Pag. 55
INDOMETACINA SALE DI MEGLUMINA 6 fiale EV IM 50 mg + 6 fiale solv 2 ml	Pag. 55
INSULINA ASPART FLEXPEN 5 cartucce SC 300 UI 3 ml	Pag. 22
INSULINA ASPART SOLUBILE/INSULINA ASPART PROTAMINO CRISTALLIZZATA FLEXPEN 5 penne 900 UI 3 ml	Pag. 22
INSULINA DETEMIR FLEXPEN 5 cartucce SC 300 UI 3 ml	Pag. 23
INSULINA GLARGINE 1 flaconcino SC 1.000 UI 10 ml	Pag. 23
INSULINA GLARGINE solostar 5 penne SC 300 UI 3 ml	Pag. 23
INSULINA GLULISINA 1 flaconcino SC 10 ml 100 UI/ml	Pag. 22
INSULINA GLULISINA solostar 5 penne SC 300 UI 3 ml	Pag. 22
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA MIX 25 1 fiala SC 1.000 UI 10 ml	Pag. 22
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA MIX 25 KWIKPEN 5 penne SC 100 UI/ml 3 ml	Pag. 22
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA MIX 50 KWIKPEN 5 penne SC 100 UI/ml 3 ml	Pag. 22
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE 1 flaconcino SC 1.000 UI 10 ml	Pag. 22
INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE KWIKPEN 5 penne SC EV 300 UI 3 ml	Pag. 22
INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala 1.000 UI 10 ml	Pag. 22
INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE RAPID 1 flaconcino EV SC 5 ml 100 UI/ml	Pag. 22
INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA UMANA ISOFANO DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala 1.000 UI 10 ml	Pag. 22
INSULINA UMANA ISOFANO DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala SC IM 1.000 UI 10 ml	Pag. 22
INTERFERONE ALFA 2A 1 siringa SC 3.000.000 UI/0,5 ml	Pag. 53

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
INTERFERONE ALFA 2A 1 siringa SC 6.000.000 UI/0,5 ml	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2A 1 siringa SC 9.000.000 UI/0,5 ml	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO 1 siringa SC 180 mcg 0,5 ml + ago	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B 1 fiala SC EV 18.000.000 UI 3 ml	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B 1 fiala SC EV 25.000.000 UI 2,5 ml	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B 1 flacone SC EV 10.000.000 UI	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 100 mcg + 1 ago	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 120 mcg + 1 ago	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 150 mcg + 1 fiala solv	Pag. 53
INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 80 mcg + 1 ago	Pag. 53
INTERFERONE BETA 1A 12 siringhe SC 12.000.000 UI 44 mcg	Pag. 53
INTERFERONE BETA 1A 12 siringhe SC 6.000.000 UI 22 mcg	Pag. 53
INTERFERONE BETA 1A 4 cartucce SC 24.000.000 UI/ml 1,5 ml	Pag. 53
INTERFERONE BETA 1A 4 siringhe IM 30 mcg/0,5 ml + 4 aghi	Pag. 53
INTERFERONE BETA 1B 15 flaconcini polvere SC 0,25 mg/ml + 15 siringhe	Pag. 53
IPRATROPIO BROMURO soluz nebul 10 fiale 2 ml 0,025%	Pag. 70
IRBESARTAN 28 cpr 150 mg	Pag. 38
IRBESARTAN 28 cpr 300 mg	Pag. 38
IRBESARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr 150 mg + 12,5 mg	Pag. 39
IRBESARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr 300 mg + 12,5 mg	Pag. 39

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
ISONIAZIDE 5 fiale IM EV 500 mg 5 ml	Pag. 49
ISONIAZIDE 50 cpr 200 mg	Pag. 49
ISOSORBIDE DINITRATO 40 cps 40 mg rilascio modificato	Pag. 31
ISOSORBIDE DINITRATO 50 cpr 40 mg	Pag. 31
ISOSORBIDE DINITRATO 50 cpr sublinguali 5 mg	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cpr 40 mg	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cpr 60 mg cessione ritardata	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 20 mg rilascio prolungato	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 40 mg rilascio prolungato	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 50 mg rilascio modificato	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 80 mg rilascio prolungato	Pag. 31
ISOSORBIDE MONONITRATO 50 cpr div 20 mg	Pag. 31
ITRACONAZOLO 8 cps 100 mg	Pag. 49
ITRACONAZOLO os soluz 150 ml 10 mg/ml	Pag. 49
IVABRADINA CLORIDRATO 56 cpr riv 5 mg	Pag. 32
IVABRADINA CLORIDRATO 56 cpr riv 7,5 mg	Pag. 32
KETOPROFENE 30 cps 50 mg	Pag. 55
KETOPROFENE 6 fiale IM 100 mg 2,5 ml	Pag. 55
KETOPROFENE SALE DI LISINA 6 fiale IM 100 mg 2 ml	Pag. 55
KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO 3 fiale IM EV 30 mg 1 ml	Pag. 55

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
LABETALOLO CLORIDRATO 30 cpr 100 mg	Pag. 34
LACIDIPINA 14 cpr riv 6 mg	Pag. 35
LACIDIPINA 28 cpr riv div 4 mg	Pag. 35
LAMIVUDINA 28 cpr riv 100 mg	Pag. 50
LAMOTRIGINA 28 cpr dispers 25 mg	Pag. 61
LAMOTRIGINA 56 cpr dispers 100 mg	Pag. 61
LAMOTRIGINA 56 cpr dispers 200 mg	Pag. 61
LAMOTRIGINA 56 cpr dispers 50 mg	Pag. 61
LANREOTIDE ACETATO 1 siringa SC 120 mg	Pag. 42
LANSOPRAZOLO 14 cpr orodispers 30 mg	Pag. 20
LANSOPRAZOLO 14 cps 15 mg	Pag. 20
LANTANIO CARBONATO IDRATO 90 cpr mast 1.000 mg flacone	Pag. 72
LANTANIO CARBONATO IDRATO 90 cpr mast 500 mg flacone	Pag. 72
LANTANIO CARBONATO IDRATO 90 cpr mast 750 mg flacone	Pag. 72
LATTITOLO MONOIDRATO scir 500 ml 66,67 g/100 ml	Pag. 21
LATTULOSIO scir 180 ml 66,7 g/100 ml	Pag. 21
LENOGRASTIM 1 fiala EV SC 33.600.000 UI 1 ml + 1 siringa	Pag. 52
LERCANIDIPINA CLORIDRATO 28 cpr riv 20 mg	Pag. 35
LETROZOLO 30 cpr riv 2,5 mg	Pag. 51
LEUPRORELINA ACETATO 1 fiala IM SC 11,25 mg + 1 siringa 2 ml	Pag. 51

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
LEUPRORELINA ACETATO 1 fiala IM SC 3,75 mg + 1 siringa 2 ml	Pag. 51
LEUPRORELINA ACETATO 1 siringa 22,5 mg + kit	Pag. 51
LEUPRORELINA ACETATO 1 siringa 7,5 mg + kit	Pag. 51
LEVETIRACETAM 60 cpr riv 500 mg	Pag. 61
LEVETIRACETAM os soluz 1 flacone 300 ml 100 mg/ml + 1 siringa	Pag. 61
LEVODOPA/BENSERAZIDE 30 cps 100 mg + 25 mg rilascio prolungato	Pag. 62
LEVODOPA/BENSERAZIDE 50 cpr 200 mg + 50 mg	Pag. 62
LEVODOPA/CARBIDOPA 30 cpr 200 mg + 50 mg rilasco prolungato	Pag. 62
LEVODOPA/CARBIDOPA 50 cpr 100 mg + 25 mg	Pag. 62
LEVODOPA/CARBIDOPA 50 cpr 100 mg + 25 mg rilascio modificato	Pag. 62
LEVODOPA/CARBIDOPA 50 cpr 250 mg + 25 mg	Pag. 62
LEVOFLOXACINA EMIIDRATO 5 cpr riv 250 mg	Pag. 48
LEVOFLOXACINA EMIIDRATO 5 cpr riv 500 mg	Pag. 48
LEVOMEPRMAZINA MALEATO 20 cpr riv 100 mg	Pag. 63
LEVOMEPRMAZINA MALEATO 20 cpr riv 25 mg	Pag. 63
LEVOTIROXINA SODICA 50 cpr 100 mcg	Pag. 44
LEVOTIROXINA SODICA 50 cpr 50 mcg	Pag. 44
LISINA ACETILSALICILATO 30 bust polv os 160 mg	Pag. 26
LISINA ACETILSALICILATO 30 bust polv os 300 mg	Pag. 26
LISINA ACETILSALICILATO 30 bust polv os 75 mg	Pag. 26

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
LISINA ACETILSALICILATO 6 fiale IM EV 1 g + 6 fiale solv 5 ml	Pag. 59
LISINOPRIL DIIDRATO 14 cpr 20 mg	Pag. 37
LISINOPRIL DIIDRATO 14 cpr 5 mg	Pag. 37
LISINOPRIL DIIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 20 mg + 12,5 mg	Pag. 38
LITIO CARBONATO 50 cps 150 mg	Pag. 65
LITIO CARBONATO 50 cps 300 mg	Pag. 65
LOSARTAN POTASSICO 28 cpr riv div 50 mg	Pag. 38
LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 100 mg + 25 mg	Pag. 39
LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 50 mg + 12,5 mg	Pag. 39
MAGALDRATO os gel 1 flacone 250 ml 80 mg/ml	Pag. 20
MAGALDRATO os gel 40 bust 80 mg/ml 10 ml	Pag. 20
MANIDIPINA CLORIDRATO 28 cpr 20 mg	Pag. 35
MEBENDAZOLO os sosp 30 ml 20 mg/ml	Pag. 68
MEFLOCHINA CLORIDRATO 8 cpr 250 mg	Pag. 68
MEGESTROLO ACETATO 30 cpr 160 mg	Pag. 50
MESALAZINA 50 cps 400 mg rilascio modificato	Pag. 22
MESALAZINA 60 cpr gastrores 800 mg rilascio modificato	Pag. 22
MESALAZINA 7 clismi 4 g 100 ml sosp rett	Pag. 22
MESNA 15 fiale EV 400 mg 4 ml	Pag. 72
METFORMINA CLORIDRATO 30 cpr riv 500 mg	Pag. 23

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
METFORMINA CLORIDRATO 30 cpr riv 850 mg	Pag. 23
METFORMINA CLORIDRATO 60 cpr riv 1.000 mg	Pag. 23
METFORMINA CLORIDRATO/GLIBENCLAMIDE 40 cpr riv 2,5 mg + 400 mg	Pag. 23
METILDIGOSSINA os gtt 10 ml 0,6%	Pag. 30
METILERGOMETRINA MALEATO 15 cpr riv 0,125 mg	Pag. 40
METILERGOMETRINA MALEATO 6 fiale IM IV 1 ml 0,2 mg/ml	Pag. 40
METILPREDNISOLONE 10 cpr 4 mg	Pag. 43
METILPREDNISOLONE 20 cpr div 16 mg	Pag. 43
METILPREDNISOLONE ACEPONATO crema derm 20 g 0,1%	Pag. 40
METILPREDNISOLONE ACETATO 3 fiale 40 mg 1 ml	Pag. 44
METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 1 g + 1 flacone solv 16 ml	Pag. 43
METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 125 mg 2 ml	Pag. 44
METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 2 g + 1 flacone solv 32 ml	Pag. 43
METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 500 mg + 1 fiala solv 8 ml	Pag. 43
METOCLOPRAMIDE CLORIDRATO 5 fiale IM EV 10 mg 2 ml	Pag. 21
METOPROLOLO TARTRATO 30 cpr 100 mg	Pag. 34
METOPROLOLO TARTRATO 50 cpr 100 mg	Pag. 34
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 100 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 120 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 150 mcg 0,3 ml	Pag. 28

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 200 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 250 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 30 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 360 mcg 0,6 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 50 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 75 mcg 0,3 ml	Pag. 28
METOTREXATO 5 flaconcini 2 ml 25 mg/ml	Pag. 50
METRONIDAZOLO 1 flacone EV 500 mg 100 ml	Pag. 48
METRONIDAZOLO 20 cps 250 mg	Pag. 68
MIANSERINA CLORIDRATO 30 cpr riv 30 mg	Pag. 67
MICOFENOLATO MOFETILE 100 cpr riv 250 mg	Pag. 54
MICOFENOLATO MOFETILE 50 cpr riv 500 mg	Pag. 54
MIRTAZAPINA 30 cpr riv 30 mg	Pag. 67
MONTELUKAST SODICO 28 cpr riv 10 mg	Pag. 70
MORFINA CLORIDRATO 5 fiale 10 mg 1 ml	Pag. 58
MORFINA CLORIDRATO 5 fiale 20 mg 1 ml	Pag. 57
MORFINA SOLFATO 16 cpr 60 mg rilascio prolungato	Pag. 57
MORFINA SOLFATO 16 cps 10 mg rilascio prolungato	Pag. 57
MORFINA SOLFATO 16 cps 30 mg rilascio prolungato	Pag. 57
MORFINA SOLFATO 20 flaconcini os 10 mg 5 ml	Pag. 57

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
MORFINA SOLFATO 20 flaconcini os 30 mg 5 ml	Pag. 57
MORFINA SOLFATO scir 20 ml 20 mg/ml	Pag. 57
NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 5.700 UI 0,6 ml	Pag. 25
NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 7.600 UI 0,8 ml	Pag. 25
NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 11.400 UI 0,6 ml	Pag. 25
NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 15.200 UI 0,8 ml	Pag. 25
NADROPARINA CALCICA 6 siringhe SC 2.850 UI 0,3 ml	Pag. 25
NADROPARINA CALCICA 6 siringhe SC 3.800 UI 0,4 ml	Pag. 25
NALOXONE CLORIDRATO 1 fiala EV IM SC 0,4 mg 1 ml	Pag. 71
NAPROXENE SODICO 30 cpr riv 550 mg	Pag. 55
NEBIVOLOLO CLORIDRATO 28 cpr 5 mg	Pag. 34
NEOSTIGMINA METILSOLFATO 6 fiale IM 0,5 mg 1 ml	Pag. 67
NIFEDIPINA 14 cpr 20 mg CRONO	Pag. 35
NIFEDIPINA 14 cpr 30 mg CRONO	Pag. 35
NIFEDIPINA 14 cpr 60 mg CRONO	Pag. 35
NIFEDIPINA 50 cpr 20 mg rilascio prolungato	Pag. 35
NIFEDIPINA 50 cps 10 mg	Pag. 35
NIFEDIPINA os gtt 30 ml 2%	Pag. 35
NIMESULIDE 30 bust grat 100 mg	Pag. 56
NIMESULIDE 30 cpr 100 mg	Pag. 56

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
NIMESULIDE BETACICLODESTRINA 30 bust grat 400 mg	Pag. 56
NISTATINA os sosp 100.000 UI/ml 100 ml	Pag. 21
NITROGLICERINA 10 cerotti transd 15 mg/die	Pag. 31
NITROGLICERINA 15 cerotti transd 10 mg/die	Pag. 31
NITROGLICERINA 15 cerotti transd 5 mg/die	Pag. 31
NITROGLICERINA 70 cpr riv 0,3 mg	Pag. 31
NORFLOXACINA 14 cpr riv 400 mg	Pag. 48
OCTREOTIDE 1 fiala EV SC 1 mg 5 ml	Pag. 42
OCTREOTIDE 3 fiale EV SC 0,5 mg 1 ml	Pag. 42
OCTREOTIDE 5 fiale EV SC 0,1 mg 1 ml	Pag. 42
OCTREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 10 mg + 1 siringa	Pag. 42
OCTREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 20 mg + 1 siringa	Pag. 42
OCTREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 30 mg + 1 siringa	Pag. 42
OLANZAPINA 28 cpr riv 10 mg	Pag. 64
OLANZAPINA 28 cpr riv 2,5 mg	Pag. 64
OLANZAPINA 28 cpr riv 5 mg	Pag. 64
OMEGA POLIENOICI (ESTERI ETILICI DI ACIDI GRASSI POLINSATURI) 20 cps 1 g	Pag. 40
OMEPRAZOLO 14 cps 20 mg rilascio modificato	Pag. 20
ONDANSETRONE CLORIDRATO 1 fiala EV 2 ml 2 mg/ml	Pag. 21
ONDANSETRONE CLORIDRATO 1 fiala EV 4 ml 2 mg/ml	Pag. 21

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
ONDANSETRONE CLORIDRATO 6 cpr riv 8 mg	Pag. 21
ORFENADRINA CLORIDRATO 50 cpr riv 50 mg	Pag. 61
OXIBUTININA CLORIDRATO 30 cpr 5 mg	Pag. 41
OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 10 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 20 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 40 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 5 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 80 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO 28 cpr riv 10 mg + 5 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO 28 cpr riv 20 mg + 10 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO 28 cpr riv 5 mg + 2,5 mg rilascio prolungato	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO 28 cpr riv 10 mg + 325 mg	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO 28 cpr riv 20 mg + 325 mg	Pag. 57
OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO 28 cpr riv 5 mg + 325 mg	Pag. 57
OXITROPIO BROMURO soluz nebul 20 ml 1,5 mg/ml	Pag. 70
PALIPERIDONE 28 cpr 3 mg rilascio prolungato	Pag. 65
PALIPERIDONE 28 cpr 6 mg rilascio prolungato	Pag. 65
PALIPERIDONE 28 cpr 9 mg rilascio prolungato	Pag. 65
PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIDRATO 14 cpr gastrores 20 mg	Pag. 20
PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIDRATO 14 cpr gastrores 40 mg	Pag. 20

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
PARACALCITOLO 28 cps 1 mcg	Pag. 44
PARACALCITOLO 28 cps 2 mcg	Pag. 44
PAROMOMICINA SOLFATO 16 cps 250 mg	Pag. 21
PAROXETINA CLORIDRATO 28 cpr riv 20 mg	Pag. 66
PEGFILGRASTIM 1 fiala SC 6 mg 0,6 ml	Pag. 52
PENTAMIDINA ISETIONATO 1 fiala IM EV aerosol 300 mg	Pag. 68
PERGOLIDE MESILATO 30 cpr 0,05 mg	Pag. 62
PERINDOPRIL ARGININA 30 cpr riv 10 mg	Pag. 37
PERINDOPRIL ARGININA 30 cpr riv 5 mg	Pag. 37
PERINDOPRIL ARGININA/INDAPAMIDE 30 cpr riv 5 mg + 1,25 mg	Pag. 38
PERINDOPRIL ERBUMINA (TERT-BUTILAMINA) 30 cpr 4 mg	Pag. 37
PERINDOPRIL ERBUMINA (TERT-BUTILAMINA) 30 cpr 8 mg	Pag. 37
PILOCARPINA CLORIDRATO collirio 10 ml 4%	Pag. 71
PIOGLITAZONE CLORIDRATO 28 cpr 15 mg	Pag. 23
PIOGLITAZONE CLORIDRATO 28 cpr 30 mg	Pag. 23
PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE 28 cpr 30 mg + 4 mg	Pag. 23
PIPERACILLINA SODICA 1 flaconcino IM 1 g + 1 fiala solv 2 ml	Pag. 45
PIPERACILLINA SODICA 1 flaconcino IM 2 g + 1 fiala solv 4 ml	Pag. 45
PIPERACILLINA SODICA/TAZOBACTAM SODICO 1 flaconcino IM 2 g/4 ml + 0,25 g/4 ml + 1 fiala solv 4 ml	Pag. 45
PIRAZINAMIDE 50 cpr 500 mg	Pag. 49

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
PIRIDOSTIGMINA BROMURO 20 cpr 60 mg	Pag. 67
PIRIDOSTIGMINA BROMURO 50 cpr 180 mg rilascio prolungato	Pag. 67
PIROXICAM BETACICLODESTRINA 30 cpr div 20 mg	Pag. 55
POTASSIO CANRENOATO 20 cpr 100 mg	Pag. 33
POTASSIO CLORURO 40 cpr 600 mg	Pag. 24
PRALIDOXIMA METILSOLFATO 1 flaconcino EV 200 mg + 1 fiala 10 ml solv	Pag. 71
PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO 30 cpr 0,18 mg	Pag. 62
PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO 30 cpr 0,7 mg	Pag. 62
PRASUGREL CLORIDRATO 28 cpr riv 10 mg	Pag. 26
PRASUGREL CLORIDRATO 28 cpr riv 5 mg	Pag. 26
PRAVASTATINA SODICA 10 cpr 20 mg	Pag. 39
PRAVASTATINA SODICA 14 cpr 40 mg	Pag. 39
PREDNISONE 10 cpr 25 mg	Pag. 43
PREDNISONE 10 cpr 5 mg	Pag. 43
PROGESTERONE 3 fiale IM 100 mg 1 ml	Pag. 41
PROMETAZINA CLORIDRATO 20 cpr riv 25 mg	Pag. 70
PROMETAZINA CLORIDRATO 5 fiale 50 mg /2 ml	Pag. 70
PROPAFENONE CLORIDRATO 28 cps 325 mg rilascio prolungato	Pag. 30
PROPAFENONE CLORIDRATO 28 cps 425 mg rilascio prolungato	Pag. 30
PROPAFENONE CLORIDRATO 30 cpr riv 150 mg	Pag. 30

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
PROPAFENONE CLORIDRATO 30 cpr riv 300 mg	Pag. 30
PROPAFENONE CLORIDRATO 5 fiale EV 70 mg 20 ml	Pag. 30
PROPRANOLOLO CLORIDRATO 30 cpr 40 mg	Pag. 33
PROTAMINA CLORIDRATO 1 fiala EV 50 mg 5 ml	Pag. 71
QUETIAPINA FUMARATO 30 cpr riv 25 mg	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 200 mg rilascio prolungato	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 300 mg rilascio prolungato	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 400 mg rilascio prolungato	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 50 mg rilascio prolungato	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 100 mg	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 200 mg	Pag. 64
QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 300 mg	Pag. 64
RAMIPRIL 14 cpr div 5 mg	Pag. 37
RAMIPRIL 28 cpr 2,5 mg	Pag. 37
RAMIPRIL 28 cpr div 10 mg	Pag. 37
RAMIPRIL/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 2,5 mg + 12,5 mg	Pag. 38
RAMIPRIL/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 5 mg + 25 mg	Pag. 38
RANITIDINA CLORIDRATO 10 fiale 50 mg 5 ml	Pag. 20
RANITIDINA CLORIDRATO 20 cpr riv 150 mg	Pag. 20
RANITIDINA CLORIDRATO 20 cpr riv 300 mg	Pag. 20

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
RANOLAZINA 60 cpr 375 mg rilascio prolungato	Pag. 32
RANOLAZINA 60 cpr 500 mg rilascio prolungato	Pag. 32
REPAGLINIDE 90 cpr 0,5 mg	Pag. 24
REPAGLINIDE 90 cpr 1 mg	Pag. 24
REPAGLINIDE 90 cpr 2 mg	Pag. 24
RIFABUTINA 30 cps 150 mg	Pag. 49
RIFAMPICINA 1 fiala EV 600 mg + 1 fiala solv 10 ml	Pag. 49
RIFAMPICINA 8 cpr riv 450 mg	Pag. 49
RIFAMPICINA 8 cpr riv 600 mg	Pag. 49
RIFAMPICINA 8 cps 300 mg	Pag. 49
RIFAMPICINA scir 60 ml 20 mg/ml	Pag. 49
RIFAXIMINA 12 cpr riv 200 mg	Pag. 21
RISPERIDONE 60 cpr riv 1 mg	Pag. 65
RISPERIDONE 60 cpr riv 2 mg	Pag. 65
RISPERIDONE 60 cpr riv 3 mg	Pag. 65
RISPERIDONE 60 cpr riv 4 mg	Pag. 65
RISPERIDONE os gtt 100 ml 1 mg/ml	Pag. 65
RITODRINA CLORIDRATO 20 cpr 10 mg	Pag. 41
RITODRINA CLORIDRATO 3 fiale EV 50 mg 5 ml	Pag. 41
RIVAROXABAN 10 cpr riv 10 mg	Pag. 26

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO 56 cps 1,5 mg	Pag. 67
ROPINIROLO CLORIDRATO 21 cpr 2 mg	Pag. 62
ROTIGOTINA 28 cerotti transd 2 mg/die	Pag. 62
SALBUTAMOLO SOLFATO soluz nebul 15 ml 500 mg/100 ml	Pag. 68
SALBUTAMOLO SOLFATO sosp inal 200 erog 100 mcg	Pag. 68
SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO aerosol 200 erog	Pag. 69
SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO os nebul soluz 15 ml 375 + 75 mg/100 ml	Pag. 69
SALMETEROLO XINAFOATO sosp inal 120 erog 25 mcg	Pag. 68
SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO polv inal 60 dosi 50/250 mcg	Pag. 69
SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO polv inal 60 dosi 50/500 mcg	Pag. 69
SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 25/125 mcg	Pag. 69
SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 25/250 mcg	Pag. 69
SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 25/50 mcg	Pag. 69
SCOPOLAMINA BUTILBROMURO 6 fiale IM EV 20 mg 1 ml	Pag. 20
SELEGILINA CLORIDRATO 50 cpr 5 mg	Pag. 62
SERTRALINA CLORIDRATO 30 cpr riv 100 mg	Pag. 66
SERTRALINA CLORIDRATO 30 cpr riv 50 mg	Pag. 66
SEVELAMER CARBONATO 180 cpr riv 800 mg	Pag. 72
SEVELAMER CARBONATO 60 bust polv os 2,4 g	Pag. 72
SILDENAFIL CITRATO 90 cpr riv 20 mg	Pag. 41

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
SIMVASTATINA 20 cpr riv 10 mg	Pag. 39
SIMVASTATINA 28 cpr riv 20 mg	Pag. 39
SIMVASTATINA 28 cpr riv 40 mg	Pag. 39
SIROLIMUS 100 cpr riv 1 mg	Pag. 54
SIROLIMUS os soluz 60 ml + 30 siringhe 1 mg/ml	Pag. 54
SODIO POLISTIRENSOLFONATO os rett sosp 454 g	Pag. 72
SODIO VALPROATO 40 cpr gastrores 200 mg	Pag. 60
SODIO VALPROATO os soluz 40 ml 200 mg/ml	Pag. 60
SOTALOLO CLORIDRATO 40 cpr 80 mg	Pag. 33
SPIRAMICINA 12 cpr riv 3.000.000 UI	Pag. 47
SPIRONOLATTONE 16 cps 25 mg	Pag. 33
STRONZIO RANELATO 28 bust grat os 2 g	Pag. 56
SUCRALFATO os grat 30 bust 2 g	Pag. 20
SUMATRIPTAN SUCCINATO 2 siringhe SC 6 mg 0,5 ml	Pag. 59
TACROLIMUS MONOIDRATO 10 fiale EV 5 mg 1 ml	Pag. 54
TACROLIMUS MONOIDRATO 30 cps 0,5 mg	Pag. 54
TACROLIMUS MONOIDRATO 30 cps 5 mg	Pag. 54
TACROLIMUS MONOIDRATO 60 cps 1 mg	Pag. 54
TACROLIMUS MONOIDRATO ung derm 30 g 0,03%	Pag. 40
TACROLIMUS MONOIDRATO ung derm 30 g 0,1%	Pag. 40

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
TAMOXIFENE CITRATO 20 cpr riv 20 mg	Pag. 51
TAMOXIFENE CITRATO 30 cpr riv 10 mg	Pag. 51
TAMSULOSINA CLORIDRATO 20 cps 0,4 mg rilascio modificato	Pag. 41
TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 100 mg rilascio prolungato	Pag. 59
TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 150 mg rilascio prolungato	Pag. 59
TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 200 mg rilascio prolungato	Pag. 59
TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 50 mg rilascio prolungato	Pag. 59
TEICOPLANINA 1 fiala IM EV 200 mg + 1 fiala solv 3 ml	Pag. 48
TEOFILLINA 30 cpr 250 mg rilascio prolungato	Pag. 70
TEOFILLINA ANIDRA 30 cpr 200 mg rilascio prolungato	Pag. 70
TEOFILLINA ANIDRA 30 cpr 300 mg rilascio prolungato	Pag. 70
TEOFILLINA os soluz 200 ml 0,67%	Pag. 70
TERAZOSINA CLORIDRATO 14 cpr 5 mg	Pag. 32
TERAZOSINA CLORIDRATO 30 cpr 2 mg	Pag. 41
TIAMAZOLO 100 cpr 5 mg	Pag. 44
TICAGRELOR 56 cpr riv 90 mg	Pag. 26
TICLOPIDINA CLORIDRATO 30 cpr riv 250 mg	Pag. 26
TIMOLOLO MALEATO collirio 5 ml 0,25%	Pag. 71
TIMOLOLO MALEATO collirio 5 ml 0,5%	Pag. 71
TIOTROPIO BROMURO 30 cps 18 mcg handhaler	Pag. 70

Principi Attivi in ordine alfabetico

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
TIOTROPIO BROMURO soluz inal 60 dosi 2,5 mcg	Pag. 70
TOBRAMICINA SOLFATO 1 fiala IM EV 100 mg 2 ml	Pag. 47
TOBRAMICINA SOLFATO 1 fiala IM EV 150 mg 2 ml	Pag. 47
TOPIRAMATO 60 cpr riv 100 mg	Pag. 61
TOPIRAMATO 60 cpr riv 25 mg	Pag. 61
TORASEMIDE 14 cpr 10 mg	Pag. 33
TRAMADOLO CLORIDRATO 20 cps 50 mg	Pag. 59
TRAMADOLO CLORIDRATO 5 fiale 100 mg 2 ml	Pag. 59
TRAMADOLO CLORIDRATO os gtt 10 ml 100 mg/ml	Pag. 59
TRAVOPROST collirio 2,5 ml 40 mcg/ml	Pag. 71
TRAZODONE CLORIDRATO 30 cpr div 100 mg	Pag. 67
TRAZODONE CLORIDRATO 30 cpr div 50 mg	Pag. 67
TRAZODONE CLORIDRATO 30 cpr div 75 mg rilascio prolungato	Pag. 67
TRAZODONE CLORIDRATO os gtt 30 ml 25 mg/ml	Pag. 67
TRETINOINA 100 cps 10 mg	Pag. 50
TRIAMCINOLONE ACETONIDE 3 fiale 40 mg 1 ml	Pag. 43
TRIFLUOPERAZINA DICLORIDRATO 30 cpr riv 2 mg	Pag. 63
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO 1 fiala EV 80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml	Pag. 46
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO 16 cpr 160 mg + 800 mg	Pag. 46
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO os sosp 80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml 100 ml	Pag. 46

Principio Attivo, dosaggio e forma farmaceutica	Pagina
TRIPTORELINA 1 fiala 3,75 mg + 1 fiala solv 2 ml + 1 siringa	Pag. 51
TRIPTORELINA EMBONATO 1 fiala 11,25 mg + 1 fiala solv 2 ml + 1 siringa	Pag. 51
VALACICLOVIR CLORIDRATO 21 cpr riv 1.000 mg	Pag. 50
VALGANCICLOVIR CLORIDRATO 60 cpr riv 450 mg	Pag. 50
VALPROMIDE 30 cpr gastrores 300 mg	Pag. 60
VALSARTAN 14 cpr riv 40 mg	Pag. 38
VALSARTAN 28 cps 160 mg	Pag. 38
VALSARTAN 28 cps 80 mg	Pag. 38
VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 160 mg + 12,5 mg	Pag. 39
VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 320 mg + 12,5 mg	Pag. 39
VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 80 mg + 12,5 mg	Pag. 39
VENLAFAXINA CLORIDRATO 10 cps 150 mg rilascio prolungato	Pag. 67
VENLAFAXINA CLORIDRATO 14 cps 75 mg rilascio prolungato	Pag. 67
VENLAFAXINA CLORIDRATO 28 cps 37,5 mg rilascio prolungato	Pag. 67
VERAPAMIL CLORIDRATO 30 cpr 120 mg rilascio prolungato	Pag. 35
VERAPAMIL CLORIDRATO 30 cpr riv 40 mg	Pag. 35
VERAPAMIL CLORIDRATO 30 cpr riv 80 mg	Pag. 35
VERAPAMIL CLORIDRATO 5 fiale EV 5 mg 2 ml	Pag. 35
WARFARIN SODICO 30 cpr div 5 mg	Pag. 24
ZIPRASIDONE CLORIDRATO 56 cps 40 mg	Pag. 64

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
A02AD ASSOCIAZIONI FRA COMPOSTI DI ALLUMINIO, CALCIO E MAGNESIO							
A02AD02	MAGALDRATO os gel 40 bust 80 mg/ml 10 ml	€ 6,51	3,2g	€ 0,65			AODV
A02AD02	MAGALDRATO os gel 1 flacone 250 ml 80 mg/ml	€ 4,39	3,2g	€ 0,7			HSG - ICZ
A02BA ANTAGONISTI DEI RECETTORI H2							
A02BA02	RANITIDINA CLORIDRATO 20 cpr riv 150 mg	€ 3,29	0,3g	€ 0,33	NOTA 48	SI	AODV - ICZ - MM - PM
A02BA02	RANITIDINA CLORIDRATO 20 cpr riv 300 mg	€ 7,42	0,3g	€ 0,37	NOTA 48	SI	HSG - ICZ - PM
A02BA02	RANITIDINA CLORIDRATO 10 fiale 50 mg 5 ml	€ 6,72	0,3g	€ 4,03	NOTA 48	SI	AODV - HSG - ICZ - PM
A02BC INIBITORI DELLA POMPA ACIDA							
A02BC01	OMEPRAZOLO 14 cps 20 mg rilascio modificato	€ 6,07	20mg	€ 0,43	NOTA 1 / NOTA 48	SI	ICZ
A02BC03	LANSOPRAZOLO 14 cpr orodispers 30 mg	€ 6,65	30mg	€ 0,48	NOTA 1 / NOTA 48	SI	MM
A02BC02	PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIIDRATO 14 cpr gastrores 40 mg	€ 7,79	40mg	€ 0,56	NOTA 1 / NOTA 48	SI	AODV - HSG - ICZ - MM
A02BC03	LANSOPRAZOLO 14 cps 15 mg	€ 4,09	30mg	€ 0,58	NOTA 1 / NOTA 48	SI	PM
A02BC02	PANTOPRAZOLO SODICO SESQUIIDRATO 14 cpr gastrores 20 mg	€ 4,31	40mg	€ 0,62	NOTA 1 / NOTA 48	SI	AODV - ICZ
A02BC05	ESOMEPRAZOLO MAGNESIO TRIIDRATO 14 cpr gastrores 20 mg	€ 6,08	30mg	€ 0,65	NOTA 1 / NOTA 48	SI	AODV - ICZ - PM
A02BX ALTRI ANTIULCERA PEPTICA E MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO							
A02BX02	SUCRALFATO os grat 30 bust 2 g	€ 4,92	4g	€ 0,33		SI	AODV - HSG - MM
A03AX ALTRI FARMACI PER DISTURBI DELLA FUNZIONE INTESTINALE							
A03AX12	FLOROGLUCINOLO 10 fiale IM EV 40 mg 4 ml	€ 5,10	0,06g	€ 0,76			AODV - HSG - ICZ
A03BB ALCALOIDI DELLA BELLADONNA, COMPOSTI AMMONICI QUATERNARI SEMISINTETICI							
A03BB01	SCOPOLAMINA BUTILBROMURO 6 fiale IM EV 20 mg 1 ml	€ 1,80	60mg	€ 0,9		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
A03FA PROCINETICI							
A03FA01	METOCLOPRAMIDE CLORIDRATO 5 fiale IM EV 10 mg 2 ml	€ 1,89	30mg	€ 1,13		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
A04AA ANTAGONISTI DELLA SEROTONINA (5HT3)							
A04AA01	ONDANSETRONE CLORIDRATO 6 cpr riv 8 mg	€ 38,69	16mg	€ 12,9		SI	PM
A04AA02	GRANISETRONE CLORIDRATO 1 fiala EV 3 mg 3 ml	€ 15,97	3mg	€ 15,97		SI	ICZ - PM
A04AA01	ONDANSETRONE CLORIDRATO 1 fiala EV 4 ml 2 mg/ml	€ 8,21	16mg	€ 16,42		SI	ICZ
A04AA01	ONDANSETRONE CLORIDRATO 1 fiala EV 2 ml 2 mg/ml	€ 6,19	16mg	€ 24,76		SI	ICZ - PM
A05AA PREPARATI A BASE DI ACIDI BILIARI							
A05AA02	ACIDO URSODESOSSICOLICO 20 cps 300 mg	€ 5,24	0,75g	€ 0,66	NOTA 2	SI	AODV - ICZ
A05AA02	ACIDO URSODESOSSICOLICO 20 cps 150 mg	€ 4,03	0,75g	€ 1,01	NOTA 2	SI	HSG - MM
A06AD LASSATIVI AD AZIONE OSMOTICA							
A06AD11	LATTULOSIO scir 180 ml 66,7 g/100 ml	€ 4,80	6,7g	€ 0,27	NOTA 59		HSG - ICZ
A06AD12	LATTITOLO MONOIDRATO scir 500 ml 66,67 g/100 ml	€ 12,55	10g	€ 0,38			PM
A07AA ANTIBIOTICI							
A07AA02	NISTATINA os sosp 100.000 UI/ml 100 ml	€ 6,34	1,5MU	€ 0,95			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
A07AA11	RIFAXIMINA 12 cpr riv 200 mg	€ 8,32	0,8g	€ 2,77			AODV - HSG - ICZ - MM
A07AA06	PAROMOMICINA SOLFATO 16 cps 250 mg	€ 10,45	3g	€ 7,84			AODV - HSG
A07EA CORTICOSTEROIDI AD AZIONE LOCALE							
A07EA07	BECLOMETASONE DIPROPIONATO 10 clismi 3 mg 60 ml sosp rett	€ 26,62	3mg	€ 2,66			HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
A07EC ACIDO AMINOSALICILICO ED ANALOGHI							
A07EC02	MESALAZINA 60 cpr gastrores 800 mg rilascio modificato	€ 23,79	1,5g	€ 0,74		SI	ICZ
A07EC02	MESALAZINA 50 cps 400 mg rilascio modificato	€ 12,48	1,5g	€ 0,94		SI	AODV - HSG - ICZ
A07EC02	MESALAZINA 7 clismi 4 g 100 ml sosp rett	€ 34,44	1,5g	€ 1,84		SI	AODV
A10AB INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE RAPIDA							
A10AB01	INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE RAPID 1 flaconcino EV SC 5 ml 100 UI/ml	€ 7,36	40U	€ 0,59			ICZ
A10AB01	INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala 1.000 UI 10 ml	€ 14,72	40U	€ 0,59			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
A10AB06	INSULINA GLULISINA 1 flaconcino SC 10 ml 100 UI/ml	€ 32,93	40U	€ 1,32			AODV - ICZ - MM
A10AB06	INSULINA GLULISINA solostar 5 penne SC 300 UI 3 ml	€ 49,39	40U	€ 1,32			AODV
A10AB04	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE 1 flaconcino SC 1.000 UI 10 ml	€ 34,87	40U	€ 1,39			AODV - ICZ
A10AB04	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMBINANTE KWIKPEN 5 penne SC EV 300 UI 3 ml	€ 52,36	40U	€ 1,4			AODV - HSG - ICZ
A10AB05	INSULINA ASPART FLEXPEN 5 cartucce SC 300 UI 3 ml	€ 52,36	40U	€ 1,4			ICZ
A10AC INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE INTERMEDIA							
A10AC01	INSULINA UMANA ISOFANO DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala SC IM 1.000 UI 10 ml	€ 14,72	40U	€ 0,59			AODV - ICZ - MM - PM
A10AD INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE INTERMEDIA E RAPIDA IN ASSOCIAZIONE							
A10AD01	INSULINA UMANA DA DNA RICOMBINANTE/INSULINA UMANA ISOFANO DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala 1.000 UI 10 ml	€ 14,72	40U	€ 0,59			ICZ - PM
A10AD04	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA MIX 25 1 fiala SC 1.000 UI 10 ml	€ 34,87	40UI	€ 1,39			ICZ
A10AD04	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA MIX 25 KWIKPEN 5 penne SC 100 UI/ml 3 ml	€ 52,36	40U	€ 1,4			ICZ
A10AD04	INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB/INSULINA LISPRO PROTAMINA MIX 50 KWIKPEN 5 penne SC 100 UI/ml 3 ml	€ 52,36	40U	€ 1,4			ICZ
A10AD05	INSULINA ASPART SOLUBILE/INSULINA ASPART PROTAMINO CRISTALLIZZATA FLEXPEN 5 penne 900 UI 3 ml	€ 52,36	40U	€ 1,4			ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
A10AE INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE LENTA							
A10AE04	INSULINA GLARGINE 1 flaconcino SC 1.000 UI 10 ml	€ 53,23	40U	€ 2,13	PHT		AODV - ICZ
A10AE05	INSULINA DETEMIR FLEXPEN 5 cartucce SC 300 UI 3 ml	€ 79,85	40U	€ 2,13	PHT		HSG - ICZ
A10AE04	INSULINA GLARGINE solostar 5 penne SC 300 UI 3 ml	€ 79,85	40U	€ 2,13	PHT		AODV - ICZ - MM
A10BA BIGUANIDI							
A10BA02	METFORMINA CLORIDRATO 60 cpr riv 1.000 mg	€ 3,64	2g	€ 0,12		SI	ICZ - PM
A10BA02	METFORMINA CLORIDRATO 30 cpr riv 500 mg	€ 1,27	2g	€ 0,17		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
A10BA02	METFORMINA CLORIDRATO 30 cpr riv 850 mg	€ 2,23	2g	€ 0,17		SI	AODV - HSG - ICZ
A10BB SOLFONAMIDI, DERIVATI DELL'UREA							
A10BB09	GLICLAZIDE 40 cpr 80 mg	€ 3,34	60mg	€ 0,06		SI	AODV - ICZ
A10BB12	GLIMEPIRIDE 30 cpr 2 mg	€ 2,12	2mg	€ 0,07		SI	AODV - ICZ
A10BB09	GLICLAZIDE 60 cpr 30 mg rilascio modificato	€ 6,80	60mg	€ 0,23		SI	HSG - ICZ - PM
A10BD ASSOCIAZIONI DI IPOGLICEMIZZANTI ORALI							
A10BD06	PIOGLITAZONE CLORIDRATO/GLIMEPIRIDE 28 cpr 30 mg + 4 mg	€ 56,24	30mg	€ 2,01	PHT		ICZ
A10BD02	METFORMINA CLORIDRATO/GLIBENCLAMIDE 40 cpr riv 2,5 mg + 400 mg	€ 4,34		N.D.			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
A10BF INIBITORI DELL'ALFA-GLUCOSIDASI							
A10BF01	ACARBOSIO 40 cpr 100 mg	€ 5,63	0,3g	€ 0,42		SI	ICZ
A10BG TIAZOLINDIONI							
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO 28 cpr 30 mg	€ 17,50	30mg	€ 0,62	PHT	SI	ICZ
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO 28 cpr 15 mg	€ 13,50	30mg	€ 0,96	PHT	SI	ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
A10BX ALTRI IPOGLICEMIZZANTI, ESCLUSE LE INSULINE							
A10BX02	REPAGLINIDE 90 cpr 2 mg	€ 7,80	4mg	€ 0,17		SI	AODV
A10BX02	REPAGLINIDE 90 cpr 1 mg	€ 7,80	4mg	€ 0,35		SI	AODV - HSG - ICZ
A10BX02	REPAGLINIDE 90 cpr 0,5 mg	€ 7,80	4mg	€ 0,69		SI	HSG
A11CC VITAMINA D ED ANALOGHI							
A11CC04	CALCITRIOLO 30 cps 0,50 mcg	€ 6,63	1mcg	€ 0,44		SI	AODV - ICZ
A11CC04	CALCITRIOLO 30 cps 0,25 mcg	€ 3,97	1mcg	€ 0,53		SI	AODV - HSG - ICZ
A12AA CALCIO							
A12AA04	CALCIO CARBONATO 30 cpr eff 1.000 mg	€ 4,52	3g	€ 0,45		SI	AODV - HSG - MM
A12AA12	CALCIO ACETATO ANIDRO 200 cps 667 mg	€ 33,10	2g	€ 0,5			HSG
A12AX CALCIO, ASSOCIAZIONE CON ALTRI FARMACI							
A12AX	CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROLO 60 cpr mast 600 mg + 400 UI	€ 7,61		N.D.		SI	ICZ
A12AX	CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROLO 30 bust grat eff 1 g + 880 UI	€ 4,23	2g	€ 0,28		SI	ICZ - MM
A12BA POTASSIO							
A12BA01	POTASSIO CLORURO 40 cpr 600 mg	€ 3,78	3g	€ 0,47			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AA ANTAGONISTI DELLA VITAMINA K							
B01AA03	WARFARIN SODICO 30 cpr div 5 mg	€ 2,17	7,5mg	€ 0,11			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AA07	ACENOCUMAROLO 20 cpr div 4 mg	€ 2,03	5mg	€ 0,13			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AA07	ACENOCUMAROLO 20 cpr 1 mg	€ 1,91	5mg	€ 0,48			AODV - HSG - MM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B01AB	EPARINICI						
B01AB01	EPARINA SODICA 10 fiale EV SC 5.000 UI 1 ml	€ 9,65	10TU	€ 1,93		SI	ICZ - PM
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 2 fialesiringhe SC 8.000 UI 0,8 ml	€ 15,86	2TU	€ 1,98	PHT		AODV - HSG - ICZ
B01AB01	EPARINA SODICA 10 fiale SC EV 12.500 UI 0,5 ml	€ 26,81	10TU	€ 2,14			ICZ
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 11.400 UI 0,6 ml	€ 17,40	2,85TU	€ 2,17	PHT		ICZ
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 15.200 UI 0,8 ml	€ 23,18	2,85TU	€ 2,17	PHT		ICZ
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 2 fialesiringhe SC 6.000 UI 0,6 ml	€ 13,97	2TU	€ 2,33	PHT		AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 7.600 UI 0,8 ml	€ 64,80	2,85TU	€ 2,43	PHT		AODV - PM
B01AB12	BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 3.500 UI 0,2 ml	€ 37,71	2,5TU	€ 2,69	PHT		ICZ
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 6 siringhe 4.000 UI 0,4 ml	€ 32,70	2TU	€ 2,72	PHT		AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AB01	EPARINA CALCICA 10 siringhe SC 12.500 UI 0,5 ml	€ 34,11	10TU	€ 2,73			AODV
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 5.700 UI 0,6 ml	€ 57,09	2,85TU	€ 2,85	PHT		AODV - ICZ - PM
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 6 siringhe 2.000 UI 0,2 ml	€ 17,24	2TU	€ 2,87	PHT		AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AB01	EPARINA SODICA 1 fiala 50.000 UI 10 ml	€ 14,46	10TU	€ 2,89		SI	AODV
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 6 siringhe SC 2.850 UI 0,3 ml	€ 19,18	2,85TU	€ 3,2	PHT		AODV - ICZ - PM
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 6 siringhe SC 3.800 UI 0,4 ml	€ 25,87	2,85TU	€ 3,23	PHT		AODV - ICZ - PM
B01AB01	EPARINA CALCICA 10 siringhe SC 5.000 UI 0,2 ml	€ 18,62	10TU	€ 3,72			AODV

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B01AC ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI, ESCLUSA L'EPARINA							
B01AC06	LISINA ACETILSALICILATO 30 bust polv os 75 mg	€ 2,32		N.D.			ICZ
B01AC06	ACIDO ACETILSALICILICO 30 cpr gastrores 100 mg	€ 1,41	1cpr	€ 0,05		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AC06	ACIDO ACETILSALICILICO/MAGNESIO IDROSSIDO/ALGELDRATO 20 cpr div 300 mg	€ 2,32	1cpr	€ 0,12			MM
B01AC05	TICLOPIDINA CLORIDRATO 30 cpr riv 250 mg	€ 3,27	0,5g	€ 0,22		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AC04	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO 28 cpr riv 75 mg	€ 16,00	75mg	€ 0,57	PHT	SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B01AC30	DIPIRIDAMOLO/ACIDO ACETILSALICILICO 60 cps 200 mg + 25 mg rilascio modificato	€ 22,73	2UD	€ 0,76			AODV
B01AC22	PRASUGREL CLORIDRATO 28 cpr riv 10 mg	€ 72,15	10mg	€ 2,58	PHT con P.T.		AODV - HSG
B01AC24	TICAGRELOR 56 cpr riv 90 mg	€ 106,68	0,18g	€ 3,81	PHT con P.T.		AODV - HSG
B01AC22	PRASUGREL CLORIDRATO 28 cpr riv 5 mg	€ 72,15	10mg	€ 5,15	PHT con P.T.		HSG
B01AC06	LISINA ACETILSALICILATO 30 bust polv os 160 mg	€ 3,00		N.D.			AODV - ICZ - MM - PM
B01AC06	LISINA ACETILSALICILATO 30 bust polv os 300 mg	€ 3,00		N.D.			AODV
B01AC30	CLOPIDOGREL IDROGENOSOLFATO/ACIDO ACETILSALICILICO 28 cpr riv 75 mg + 100 mg	€ 24,21		N.D.	PHT		AODV
B01AE INIBITORI DIRETTI DELLA TROMBINA							
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 110 mg	€ 104,19	0,22g	€ 6,95	PHT		AODV - HSG
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 75 mg	€ 104,19	0,22g	€ 10,19	PHT		ICZ
B01AX ALTRI ANTITROMBOTICI							
B01AX06	RIVAROXABAN 10 cpr riv 10 mg	€ 73,06	10mg	€ 7,31	PHT		AODV - ICZ
B01AX05	FONDAPARINUX SODICO 10 siringhe SC 2,5 mg 0,5 ml	€ 67,45	2,5mg	€ 6,74	PHT		AODV - HSG - PM
B01AX05	FONDAPARINUX SODICO 10 siringhe SC 7,5 mg 0,6 ml	€ 207,01	2,5mg	€ 6,9	PHT		AODV - HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B02AA AMINOACIDI							
B02AA02	ACIDO TRANEXAMICO 6 fiale IM EV OS 500 mg 5 ml	€ 6,59	2g	€ 4,39			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
B02BA VITAMINA K							
B02BA01	FITOMENADIONE os gtt 2,5 ml 2%	€ 1,24	20mg	€ 0,5			HSG - ICZ
B02BA01	FITOMENADIONE PRIMA INFANZIA 5 fiale IM OS 2 mg 0,2 ml	€ 4,13	20mg	€ 8,26			AODV
B02BA01	FITOMENADIONE 3 fiale IM OS 10 mg 1 ml	€ 1,86	20mg	€ 1,24			AODV - HSG - ICZ - MM
B03AA FERRO BIVALENTE, PREPARATI ORALI							
B03AA07	FERROSO SOLFATO 40 cpr riv 105 mg rilascio controllato	€ 4,99	0,2g	€ 0,24			AODV - ICZ - PM
B03BA VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA E DERIVATI)							
B03BA01	CIANOCOBALAMINA 5 fiale 1.000 mcg 1 ml	€ 4,71	20mcg	€ 0,02			AODV - ICZ
B03BB ACIDO FOLICO E DERIVATI							
B03BB01	ACIDO FOLICO 20 cps 5 mg	€ 3,60	0,4mg	€ 0,01			ICZ - MM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B03XA	ALTRI PREPARATI ANTIANEMICI						
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 250 mcg 0,3 ml	€ 837,84			N.D. PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 30.000 UI 0,75 ml	€ 290,45	1TU	€ 9,68	PHT con P.T.		HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 500 mcg 1 ml	€ 1.266,07	4,5mcg	€ 11,39	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 30.000 UI	€ 372,67	1TU	€ 12,42	PHT con P.T.		HSG - ICZ
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 4.000 UI	€ 51,22	1TU	€ 12,8	PHT con P.T.		AODV - HSG - ICZ
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 5.000 UI	€ 64,01	1TU	€ 12,8	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 3.000 UI	€ 38,43	1TU	€ 12,81	PHT con P.T.		AODV - HSG
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 6.000 UI	€ 76,85	1TU	€ 12,81	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 10.000 UI	€ 128,07	1TU	€ 12,81	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 2.000 UI	€ 25,63	1TU	€ 12,82	PHT con P.T.		AODV - HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 30 mcg 0,3 ml	€ 100,54	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 50 mcg 0,3 ml	€ 167,57	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 75 mcg 0,3 ml	€ 251,35	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 100 mcg 0,3 ml	€ 335,13	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 120 mcg 0,3 ml	€ 402,16	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 150 mcg 0,3 ml	€ 502,70	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 200 mcg 0,3 ml	€ 670,27	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 360 mcg 0,6 ml	€ 1.206,48	4mcg	€ 13,41	PHT con P.T.		HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 2.000 UI 0,6 ml	€ 28,09	1TU	€ 14,04	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 3.000 UI 0,9 ml	€ 42,15	1TU	€ 14,05	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	€ 56,23	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	€ 56,23	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		ICZ
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 5.000 UI 0,5 ml	€ 70,28	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 8.000 UI 0,8 ml	€ 112,44	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa SC EV 8.000 UI 0,8 ml	€ 112,44	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		ICZ
B03XA01	EPOETINA TETA BIOSIMILARE 1 siringa 10.000 UI 1 ml	€ 140,58	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ZETA BIOSIMILARE 1 siringa 10.000 UI 1 ml	€ 140,58	1TU	€ 14,06	PHT con P.T.		HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 10 mcg 0,4 ml	€ 32,31	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 20 mcg 0,5 ml	€ 64,61	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		AODV - HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 30 mcg 0,3 ml	€ 96,92	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		AODV - HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 40 mcg 0,4 ml	€ 129,23	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 50 mcg 0,5 ml	€ 161,55	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		AODV - HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 60 mcg 0,3 ml	€ 193,86	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		AODV
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 80 mcg 0,4 ml	€ 258,47	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		HSG
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 150 mcg 0,3 ml	€ 484,63	4,5mcg	€ 14,54	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 2.000 UI 0,5 ml	€ 33,05	1TU	€ 16,52	PHT con P.T.		AODV - HSG - PM
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 3.000 UI 0,3 ml	€ 49,59	1TU	€ 16,53	PHT con P.T.		HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 6.000 UI 0,6 ml	€ 99,19	1TU	€ 16,53	PHT con P.T.		AODV - HSG - PM
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 1.000 UI 0,5 ml	€ 16,54	1TU	€ 16,54	PHT con P.T.		AODV
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	€ 66,15	1TU	€ 16,54	PHT con P.T.		AODV - HSG - PM
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 8.000 UI 0,8 ml	€ 132,28	1TU	€ 16,54	PHT con P.T.		HSG
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 10.000 UI 1 ml	€ 165,40	1TU	€ 16,54	PHT con P.T.		HSG
C01AA GLICOSIDI DIGITALICI							
C01AA05	DIGOSSINA 30 cpr 0,25 mg	€ 2,32	0,25mg	€ 0,08			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C01AA08	METILDIGOSSINA os gtt 10 ml 0,6%	€ 3,36	0,2mg	€ 0,11			ICZ - PM
C01AA05	DIGOSSINA 30 cpr 0,125 mg	€ 2,07	0,25mg	€ 0,14			AODV - ICZ - MM - PM
C01AA05	DIGOSSINA 30 cpr 0,0625 mg	€ 2,01	0,25mg	€ 0,27			MM - PM
C01AA05	DIGOSSINA 6 fiale 0,5 mg 2 ml	€ 4,70	0,25mg	€ 0,39			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C01BC ANTIARITMICI, CLASSE IC							
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO 30 cpr riv 300 mg	€ 6,46	0,3g	€ 0,22		SI	AODV - ICZ - MM - PM
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO 30 cpr riv 150 mg	€ 3,54	0,3g	€ 0,24		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO 28 cps 325 mg rilascio prolungato	€ 8,59	0,3g	€ 0,28			ICZ
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO 28 cps 425 mg rilascio prolungato	€ 13,22	0,3g	€ 0,33			ICZ
C01BC04	FLECAINIDE ACETATO 20 cpr 100 mg	€ 6,14	0,2g	€ 0,61		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
C01BC03	PROPAFENONE CLORIDRATO 5 fiale EV 70 mg 20 ml	€ 12,83	0,3g	€ 11			AODV - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C01BD	ANTIARITMICI, CLASSE III						
C01BD01	AMIODARONE CLORIDRATO 20 cpr 200 mg	€ 4,52	0,2g	€ 0,23		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C01BD07	DRONEDARONE CLORIDRATO 60 cpr riv 400 mg	€ 100,09	0,8g	€ 3,34	PHT con P.T.		AODV
C01DA	NITRATI ORGANICI						
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 50 cpr div 20 mg	€ 3,23	40mg	€ 0,13		SI	HSG - ICZ - MM - PM
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cpr 40 mg	€ 3,77	40mg	€ 0,13		SI	ICZ - PM
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 40 mg rilascio prolungato	€ 4,31	40mg	€ 0,14		SI	ICZ
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cpr 60 mg cessione ritardata	€ 6,50	40mg	€ 0,14		SI	AODV - ICZ
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO 50 cpr 40 mg	€ 4,90	60mg	€ 0,15			ICZ
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 50 mg rilascio modificato	€ 6,54	40mg	€ 0,17		SI	ICZ - PM
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 20 mg rilascio prolungato	€ 2,71	40mg	€ 0,18			ICZ
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO 40 cps 40 mg rilascio modificato	€ 4,96	60mg	€ 0,19			HSG
C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 30 cps 80 mg rilascio prolungato	€ 17,24	40mg	€ 0,29			ICZ
C01DA08	ISOSORBIDE DINITRATO 50 cpr sublinguali 5 mg	€ 1,45	20mg	€ 0,12			AODV - ICZ - MM - PM
C01DA02	NITROGLICERINA 70 cpr riv 0,3 mg	€ 3,72	2,5mg	€ 0,44			MM - PM
C01DA02	NITROGLICERINA 15 cerotti transd 10 mg/die	€ 6,86	5mg	€ 0,23		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C01DA02	NITROGLICERINA 10 cerotti transd 15 mg/die	€ 8,31	5mg	€ 0,28		SI	ICZ
C01DA02	NITROGLICERINA 15 cerotti transd 5 mg/die	€ 6,08	5mg	€ 0,41		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C01EB ALTRI PREPARATI CARDIACI							
C01EB17	IVABRADINA CLORIDRATO 56 cpr riv 7,5 mg	€ 73,14	10mg	€ 1,74	PHT con P.T.		HSG - ICZ
C01EB17	IVABRADINA CLORIDRATO 56 cpr riv 5 mg	€ 73,14	10mg	€ 2,61	PHT con P.T.		AODV - HSG - ICZ
C01EB18	RANOLAZINA 60 cpr 500 mg rilascio prolungato	€ 75,96	1,5g	€ 3,8	PHT con P.T.		AODV
C01EB18	RANOLAZINA 60 cpr 375 mg rilascio prolungato	€ 75,96	1,5g	€ 5,06	PHT con P.T.		AODV
C02AC AGONISTI DEI RECETTORI DELL'IMIDAZOLINA							
C02AC01	CLONIDINA 2 cerotti transd 2,5 mg	€ 8,92			N.D.		AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C02AC01	CLONIDINA 2 cerotti transd 5 mg	€ 8,92			N.D.		AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C02CA BLOCCANTI DEI RECETTORI ALFA-ADRENERGICI							
C02CA	TERAZOSINA CLORIDRATO 14 cpr 5 mg	€ 3,86	5mg	€ 0,28		SI	ICZ
C02CA04	DOXAZOSINA MESILATO 20 cpr 4 mg	€ 6,48	4mg	€ 0,32		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C02CA04	DOXAZOSINA MESILATO 30 cpr div 2 mg	€ 7,43	4mg	€ 0,5		SI	AODV - ICZ - MM - PM
C03AA TIAZIDI, NON ASSOCIATE							
C03AA03	IDROCLOROTIAZIDE 20 cpr 25 mg	€ 1,75	25mg	€ 0,09		SI	AODV
C03BA SOLFONAMIDI, NON ASSOCIATE							
C03BA11	INDAPAMIDE 30 cpr riv 1,5 mg rilascio prolungato	€ 5,39	2,5mg	€ 0,3		SI	ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C03CA Sulfonamidi, non associate							
C03CA01	FUROSEMIDE 20 cpr 500 mg	€ 12,41	40mg	€ 0,05		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C03CA01	FUROSEMIDE 30 cpr 25 mg	€ 1,46	40mg	€ 0,08		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C03CA04	TORASEMIDE 14 cpr 10 mg	€ 2,30	15mg	€ 0,25		SI	ICZ
C03CA01	FUROSEMIDE 5 fiale EV 250 mg 25 ml	€ 13,38	40mg	€ 0,43		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C03CA01	FUROSEMIDE 5 fiale 20 mg 2 ml	€ 1,72	40mg	€ 0,69		SI	AODV - ICZ - MM - PM
C03DA Antagonisti dell'aldosterone							
C03DA01	SPIRONOLATTONE 16 cps 25 mg	€ 2,33	75mg	€ 0,44			AODV - ICZ - MM - PM
C03DA02	POTASSIO CANRENOATO 20 cpr 100 mg	€ 3,59		N.D.		SI	AODV - ICZ - PM
C03EA Diuretici ad azione diuretica minore associati a farmaci risparmiatori di potassio							
C03EA01	AMILORIDE CLORIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE 20 cpr 5 mg + 50 mg	€ 2,53	1cpr	€ 0,13			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C03EB Diuret. ad azione diuret. maggiore assoc. a farm. risparmi. di pot							
C03EB01	FUROSEMIDE/SPIRONOLATTONE 20 cps 25 mg + 37 mg	€ 5,40	2cpr	€ 0,54			MM
C07AA Betabloccanti, non selettivi							
C07AA07	SOTALOLO CLORIDRATO 40 cpr 80 mg	€ 3,38	0,16g	€ 0,17		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C07AA05	PROPRANOLOLO CLORIDRATO 30 cpr 40 mg	€ 1,86	0,16g	€ 0,25			AODV - HSG - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C07AB BETABLOCCANTI, SELETTIVI							
C07AB03	ATENOLOLO 50 cpr riv 100 mg	€ 6,02	75mg	€ 0,09		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C07AB02	METOPROLOLO TARTRATO 50 cpr 100 mg	€ 3,82	0,15g	€ 0,11		SI	ICZ - MM
C07AB02	METOPROLOLO TARTRATO 30 cpr 100 mg	€ 2,95	0,15g	€ 0,15		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
C07AB12	NEBIVOLOLO CLORIDRATO 28 cpr 5 mg	€ 6,10	5mg	€ 0,22		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
C07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 3,75 mg	€ 2,84	10mg	€ 0,27		SI	ICZ
C07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 5 mg	€ 4,48	10mg	€ 0,32		SI	AODV - ICZ
C07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 2,5 mg	€ 2,62	10mg	€ 0,37		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C07AB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO 28 cpr riv 1,25 mg	€ 2,41	10mg	€ 0,69		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
C07AB03	ATENOLOLO 10 fiale EV 5 mg 10 ml	€ 9,98	75mg	€ 14,97			AODV - HSG - ICZ - PM
C07AG BLOCCANTI DEI RECETTORI ALFA E BETA ADRENERGICI							
C07AG02	CARVEDILOLO 30 cpr 25 mg	€ 6,06	37,5mg	€ 0,3		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
C07AG01	LABETALOLO CLORIDRATO 30 cpr 100 mg	€ 3,20	0,6g	€ 0,64			AODV
C07AG02	CARVEDILOLO 28 cpr 6,25 mg	€ 3,62	37,5mg	€ 0,78		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
C07BB BETABLOCCANTI SELETTIVI E TIAZIDI							
C07BB07	BISOPROLOLO EMIFUMARATO/IDROCLOROTIAZIDE 30 cpr riv 10 mg + 6,25 mg	€ 4,23	10mg	€ 0,14		SI	ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C08CA	DERIVATI DIIDROPIRIDINICI						
C08CA01	AMLODIPINA BESILATO 14 cpr 10 mg	€ 3,26	5mg	€ 0,12		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C08CA13	LERCANIDIPINA CLORIDRATO 28 cpr riv 20 mg	€ 9,12	10mg	€ 0,16		SI	ICZ - PM
C08CA05	NIFEDIPINA 50 cpr 20 mg rilascio prolungato	€ 5,63	30mg	€ 0,17			AODV - ICZ - MM - PM
C08CA11	MANIDIPINA CLORIDRATO 28 cpr 20 mg	€ 11,33	10mg	€ 0,2		SI	ICZ
C08CA05	NIFEDIPINA 50 cps 10 mg	€ 3,82	30mg	€ 0,23		SI	AODV - PM
C08CA05	NIFEDIPINA 14 cpr 60 mg CRONO	€ 8,21	30mg	€ 0,29		SI	PM
C08CA09	LACIDIPINA 28 cpr riv div 4 mg	€ 9,12	4mg	€ 0,33		SI	HSG
C08CA05	NIFEDIPINA os gtt 30 ml 2%	€ 6,80	30mg	€ 0,34			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C08CA05	NIFEDIPINA 14 cpr 30 mg CRONO	€ 5,52	30mg	€ 0,39		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C08CA05	NIFEDIPINA 14 cpr 20 mg CRONO	€ 4,84	30mg	€ 0,52			ICZ
C08CA09	LACIDIPINA 14 cpr riv 6 mg	€ 12,36	4mg	€ 0,59			ICZ
C08DA	DERIVATI FENILALCHILAMINICI						
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO 30 cpr riv 80 mg	€ 2,04	0,24g	€ 0,2		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO 30 cpr 120 mg rilascio prolungato	€ 4,09	0,24g	€ 0,27		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO 30 cpr riv 40 mg	€ 1,49	0,24g	€ 0,3		SI	MM - PM
C08DA01	VERAPAMIL CLORIDRATO 5 fiale EV 5 mg 2 ml	€ 3,20	0,24g	€ 30,72			AODV - HSG - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C08DB	DERIVATI BENZOTIAZEPINICI						
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 50 cpr 60 mg	€ 4,67	0,24g	€ 0,37		SI	AODV - ICZ - PM
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 50 cpr 60 mg rilascio modificato	€ 4,67	0,24g	€ 0,37		SI	HSG - ICZ - MM
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 14 cps 300 mg rilascio prolungato	€ 6,64	0,24g	€ 0,38		SI	ICZ
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 28 cps 120 mg rilascio modificato	€ 6,27	0,24g	€ 0,45		SI	ICZ - PM
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 28 cps 180 mg rilascio modificato	€ 12,52	0,24g	€ 0,6		SI	ICZ
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 36 cps 200 mg rilascio prolungato	€ 24,23	0,24g	€ 0,81			ICZ
C08DB01	DILTIAZEM CLORIDRATO 5 fiale 50 mg + 5 fiale solv 5 ml	€ 11,35				N.D.	AODV - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C09AA	ACE INIBITORI NON ASSOCIATI						
C09AA05	RAMIPRIL 28 cpr div 10 mg	€ 6,40	2,5mg	€ 0,06		SI	ICZ
C09AA05	RAMIPRIL 14 cpr div 5 mg	€ 2,48	2,5mg	€ 0,09		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
C09AA05	RAMIPRIL 28 cpr 2,5 mg	€ 2,85	2,5mg	€ 0,1		SI	AODV - ICZ - MM - PM
C09AA04	PERINDOPRIL ARGININA 30 cpr riv 10 mg	€ 7,14	4mg	€ 0,1		SI	AODV - ICZ
C09AA02	ENALAPRIL MALEATO 14 cpr 20 mg	€ 3,26	10mg	€ 0,12		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C09AA03	LISINOPRIL DIIDRATO 14 cpr 20 mg	€ 3,48	10mg	€ 0,12		SI	HSG - ICZ - PM
C09AA04	PERINDOPRIL ERBUMINA (TERT-BUTILAMINA) 30 cpr 8 mg	€ 7,14	4mg	€ 0,12		SI	ICZ
C09AA07	BENAZEPRIL CLORIDRATO 14 cpr riv 10 mg	€ 2,93	7,5mg	€ 0,16		SI	ICZ
C09AA01	CAPTOPRIL 50 cpr 25 mg	€ 4,23	50mg	€ 0,17		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
C09AA04	PERINDOPRIL ARGININA 30 cpr riv 5 mg	€ 7,14	4mg	€ 0,19		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C09AA09	FOSINOPRIL SODICO 14 cpr 20 mg	€ 3,93	15mg	€ 0,21		SI	ICZ
C09AA02	ENALAPRIL MALEATO 28 cpr 5 mg	€ 3,09	10mg	€ 0,22		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C09AA04	PERINDOPRIL ERBUMINA (TERT-BUTILAMINA) 30 cpr 4 mg	€ 7,14	4mg	€ 0,24		SI	ICZ
C09AA03	LISINOPRIL DIIDRATO 14 cpr 5 mg	€ 2,10	10mg	€ 0,3		SI	ICZ - PM
C09AA01	CAPTOPRIL 24 cpr 50 mg	€ 8,77	50mg	€ 0,37			PM
C09AA15	ZOFENOPRIL CALCIO 28 cpr riv 30 mg	€ 10,98	30mg	€ 0,39		SI	AODV - HSG
C09AA15	ZOFENOPRIL CALCIO 12 cpr riv 7,5 mg	€ 4,29	30mg	€ 1,43			AODV - HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C09BA	ACE INIBITORI E DIURETICI						
C09BA05	RAMIPRIL/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 2,5 mg + 12,5 mg	€ 1,74	1cpr	€ 0,12		SI	ICZ - MM
C09BA05	RAMIPRIL/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 5 mg + 25 mg	€ 2,48	5mg	€ 0,18		SI	ICZ - MM
C09BA03	LISINOPRIL DIIDRATO/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 20 mg + 12,5 mg	€ 3,00	1cpr	€ 0,21		SI	ICZ
C09BA02	ENALAPRIL MALEATO/IDROCLOROTIAZIDE 14 cpr 20 mg + 12,5 mg	€ 4,59	1cpr	€ 0,33		SI	ICZ - MM
C09BA04	PERINDOPRIL ARGININA/INDAPAMIDE 30 cpr riv 5 mg + 1,25 mg	€ 10,40	1cpr	€ 0,35		SI	ICZ
C09CA	ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI						
C09CA03	VALSARTAN 28 cps 160 mg	€ 7,20	80mg	€ 0,13		SI	HSG - ICZ - PM
C09CA04	IRBESARTAN 28 cpr 300 mg	€ 9,23	0,15g	€ 0,16		SI	ICZ
C09CA03	VALSARTAN 28 cps 80 mg	€ 5,60	80mg	€ 0,2		SI	PM
C09CA06	CANDESARTAN CILEXETIL 28 cpr 8 mg	€ 6,15	8mg	€ 0,22		SI	PM
C09CA04	IRBESARTAN 28 cpr 150 mg	€ 6,84	0,15g	€ 0,24		SI	AODV - ICZ - MM - PM
C09CA01	LOSARTAN POTASSICO 28 cpr riv div 50 mg	€ 9,09	50mg	€ 0,32		SI	HSG - ICZ - MM
C09CA03	VALSARTAN 14 cpr riv 40 mg	€ 2,40	80mg	€ 0,34		SI	AODV - HSG - ICZ - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C09DA ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI							
C09DA04	IRBESARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr 150 mg + 12,5 mg	€ 6,05	150mg	€ 0,22		SI	ICZ
C09DA03	VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 160 mg + 12,5 mg	€ 7,42	160mg	€ 0,26		SI	ICZ
C09DA01	LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 100 mg + 25 mg	€ 7,57	1cpr	€ 0,27		SI	ICZ
C09DA01	LOSARTAN POTASSICO/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 50 mg + 12,5 mg	€ 7,57	1cpr	€ 0,27		SI	ICZ
C09DA04	IRBESARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr 300 mg + 12,5 mg	€ 8,17	1cpr	€ 0,29		SI	ICZ
C09DA03	VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 320 mg + 12,5 mg	€ 11,33	320mg	€ 0,4		SI	ICZ
C09DA03	VALSARTAN/IDROCLOROTIAZIDE 28 cpr riv 80 mg + 12,5 mg	€ 13,10	80mg	€ 0,94			ICZ
C10AA INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI							
C10AA05	ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 80 mg	€ 13,00	20mg	€ 0,11	NOTA 13	SI	AODV - HSG - PM
C10AA05	ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 40 mg	€ 9,56	20mg	€ 0,16	NOTA 13	SI	AODV - ICZ - PM
C10AA03	PRAVASTATINA SODICA 10 cpr 20 mg	€ 1,41	30mg	€ 0,21	NOTA 13	SI	MM
C10AA01	SIMVASTATINA 28 cpr riv 40 mg	€ 8,82	30mg	€ 0,24	NOTA 13	SI	AODV
C10AA05	ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 20 mg	€ 7,96	20mg	€ 0,27	NOTA 13	SI	AODV - HSG - ICZ - MM
C10AA01	SIMVASTATINA 20 cpr riv 10 mg	€ 1,91	30mg	€ 0,29	NOTA 13	SI	MM
C10AA05	ATORVASTATINA CALCIO TRIIDRATO 30 cpr riv 10 mg	€ 4,35	20mg	€ 0,29	NOTA 13	SI	AODV - PM
C10AA01	SIMVASTATINA 28 cpr riv 20 mg	€ 5,64	30mg	€ 0,3	NOTA 13	SI	AODV - HSG - ICZ - PM
C10AA03	PRAVASTATINA SODICA 14 cpr 40 mg	€ 7,36	30mg	€ 0,39	NOTA 13	SI	ICZ
C10AC SEQUESTRANTI DEGLI ACIDI BILIARI							
C10AC01	COLESTIRAMINA CLORIDRATO 12 bust polv os 4 g	€ 4,54	14g	€ 1,32			AODV - HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
C10AX ALTRE SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI							
C10AX09	EZETIMIBE 30 cpr 10 mg	€ 52,67	10mg	€ 1,76	NOTA 13		HSG
C10AX06	OMEGA POLIENOICI (ESTERI ETILICI DI ACIDI GRASSI POLINSATURATI) 20 cps 1 g	€ 18,51	2g	€ 1,85	NOTA 13		AODV - HSG - ICZ - MM - PM
C10BA INIBITORI HMG COA REDUTTASI C/ALTRI MODIFICATORI DEI LIPIDI							
C10BA02	EZETIMIBE/SIMVASTATINA 30 cpr 10 mg + 20 mg	€ 62,53	20mg	€ 2,08	NOTA 13		ICZ
D05AX ALTRI ANTIPSORIASICI PER USO TOPICO							
D05AX02	CALCIPOTRIOLO soluz derm 30 ml 50 mcg/ml	€ 8,11	2ml	€ 0,54		SI	HSG
D05AX02	CALCIPOTRIOLO ungu derm 30 g 0,005%	€ 8,81	2g	€ 0,59		SI	HSG
D07AB CORTICOSTEROIDI, MODERATAMENTE ATTIVI (GRUPPO II)							
D07AB02	IDROCORTISONE BUTIRRATO crema derm idrofila 30 g 0,1%	€ 4,40	2g	€ 0,29	NOTA 88		AODV - HSG
D07AC CORTICOSTEROIDI, ATTIVI (GRUPPO III)							
D07AC14	METILPREDNISOLONE ACEPONATO crema derm 20 g 0,1%	€ 5,86	1g	€ 0,29	NOTA 88		HSG - ICZ
D07AC03	DESOSSIMETASONE emuls derm 15 bust 2 g 0,25%	€ 5,60	4g	€ 0,75	NOTA 88		MM - PM
D11AH AGENTI PER DERMATITI ATOPICHE, ESCLUSI I CORTICOSTEROIDI							
D11AH01	TACROLIMUS MONOIDRATO ungu derm 30 g 0,03%	€ 35,06	2g	€ 2,34	PHT con P.T.		AODV
D11AH01	TACROLIMUS MONOIDRATO ungu derm 30 g 0,1%	€ 39,43	2g	€ 2,63	PHT con P.T.		AODV
G02AB ALCALOIDI DELLA SEGALE CORNUTA							
G02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO 15 cpr riv 0,125 mg	€ 1,40	0,2mg	€ 0,15		SI	AODV - ICZ
G02AB01	METILERGOMETRINA MALEATO 6 fiale IM IV 1 ml 0,2 mg/ml	€ 2,43	0,2mg	€ 0,4		SI	AODV - HSG - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
G02CA SIMPATICOMIMETICI, TOCOLITICI							
G02CA01	RITODRINA CLORIDRATO 20 cpr 10 mg	€ 3,20	40mg	€ 0,64			AODV - HSG
G02CA01	RITODRINA CLORIDRATO 3 fiale EV 50 mg 5 ml	€ 3,47	40mg	€ 0,93			AODV - HSG
G02CB INIBITORI DELLA PROLATTINA							
G02CB01	BROMOCRIPTINA MESILATO 30 cpr 2,5 mg	€ 5,52	5mg	€ 0,37		SI	HSG
G02CB03	CABERGOLINA 8 cpr 0,5 mg	€ 29,94	0,5mg	€ 3,74		SI	AODV - HSG
G03DA DERIVATI DEL PREGNENE (4)							
G03DA04	PROGESTERONE 3 fiale IM 100 mg 1 ml	€ 4,98	5mg	€ 0,08			AODV - HSG
G03DA03	IDROSSIPROGESTERONE CAPROATO 1 fiala IM 341 mg 2 ml	€ 3,77	10mg	€ 0,11			AODV
G03HA ANTIANDROGENI, NON ASSOCIATI							
G03HA01	CIPROTERONE ACETATO 1 fiala IM 300 mg 3 ml rilascio prolungato	€ 13,90	0,1g	€ 4,63		SI	AODV
G04BD ANTISPASTICI URINARI							
G04BD04	OXIBUTININA CLORIDRATO 30 cpr 5 mg	€ 5,22	15mg	€ 0,52	NOTA 87	SI	ICZ - MM
G04BE FARMACI UTILIZZATI NELLE DISFUNZIONI ERETTILI							
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO 90 cpr riv 20 mg	€ 848,15	50mg	€ 23,56	PHT		AODV - HSG
G04CA ANTAGONISTI DELL'ALFA ADRENORECETTORE							
G04CA02	TAMSULOSINA CLORIDRATO 20 cps 0,4 mg rilascio modificato	€ 4,41	0,4mg	€ 0,22		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
G04CA01	ALFUZOSINA CLORIDRATO 30 cpr 10 mg rilascio prolungato	€ 8,78	7,5mg	€ 0,22		SI	AODV - HSG - ICZ
G04CA03	TERAZOSINA CLORIDRATO 30 cpr 2 mg	€ 7,90	5mg	€ 0,66		SI	ICZ
G04CA01	ALFUZOSINA CLORIDRATO 30 cpr riv 2,5 mg	€ 9,67	7,5mg	€ 0,97			ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
G04CB INIBITORI DELLA TESTOSTERONE 5-ALFA REDUTTASI							
G04CB01	FINASTERIDE 15 cpr riv 5 mg	€ 8,08	5mg	€ 0,54		SI	AODV - ICZ - MM
H01BA VASOPRESSINA ED ANALOGHI							
H01BA02	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO 10 fiale IM EV SC 4 mcg 0,5 ml	€ 40,32	4mcg	€ 4,46			HSG
H01BA02	DESMOPRESSINA ACETATO IDRATO 10 fiale SC 4 mcg 1 ml	€ 47,81	4mcg	€ 4,78			AODV
H01CB ORMONI ANTICRESCITA							
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO 1 siringa SC 120 mg	€ 1.138,28	3mg	€ 28,46	PHT - NOTA 40		PM
H01CB02	OCTREOTIDE 1 fiala EV SC 1 mg 5 ml	€ 50,98	0,7mg	€ 35,69	PHT - NOTA 40	SI	ICZ - PM
H01CB02	OCTREOTIDE 5 fiale EV SC 0,1 mg 1 ml	€ 26,80	0,7mg	€ 37,52	PHT - NOTA 40	SI	AODV - HSG - ICZ - PM
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 30 mg + 1 siringa	€ 1.673,83	0,7mg	€ 39,06	NOTA 40		PM
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 20 mg + 1 siringa	€ 1.288,15	0,7mg	€ 45,09	NOTA 40		PM
H01CB02	OCTREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 10 mg + 1 siringa	€ 747,31	0,7mg	€ 52,31	NOTA 40		PM
H01CB02	OCTREOTIDE 3 fiale EV SC 0,5 mg 1 ml	€ 171,10	0,7mg	€ 79,85	PHT - NOTA 40		PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
H02AB	GLICOCORTICOIDI						
H02AB04	METILPREDNISOLONE 20 cpr div 16 mg	€ 6,20	7,5mg	€ 0,15			HSG - MM
H02AB07	PREDNISONONE 10 cpr 25 mg	€ 5,87	10mg	€ 0,23			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
H02AB02	DESAMETASONE FOSFATO SODICO os gtt 10 ml 0,2%	€ 4,66	1,5mg	€ 0,35			AODV - HSG - ICZ - PM
H02AB07	PREDNISONONE 10 cpr 5 mg	€ 1,80	10mg	€ 0,36			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
H02AB04	METILPREDNISOLONE 10 cpr 4 mg	€ 1,91	7,5mg	€ 0,36			MM - PM
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 10 cpr eff 0,5 mg	€ 1,47	1,5mg	€ 0,44			AODV - HSG - ICZ
H02AB10	CORTISONE ACETATO 20 cpr 25 mg	€ 7,69	37,5mg	€ 0,58			HSG
H02AB09	IDROCORTISONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone EV 1 g + 1 fiala solv 10 ml	€ 7,96	30mg	€ 0,24			AODV - ICZ - MM - PM
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 3 fiale 4 mg 1 ml	€ 2,30	1,5mg	€ 0,29		SI	HSG
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 3 fiale IM EV 4 mg 2 ml	€ 2,30	1,5mg	€ 0,29		SI	AODV - ICZ - PM
H02AB02	DESAMETASONE FOSFATO SODICO 3 fiale IM EV 8 mg 2 ml	€ 4,79	1,5mg	€ 0,3			ICZ
H02AB02	DESAMETASONE FOSFATO SODICO 3 fiale IM EV 4 mg 1 ml	€ 2,79	1,5mg	€ 0,35			AODV - ICZ - MM - PM
H02AB08	TRIAMCINOLONE ACETONIDE 3 fiale 40 mg 1 ml	€ 5,83	7,5mg	€ 0,36			HSG - ICZ - MM - PM
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO/BETAMETASONE ACETATO 3 fiale IM 1 ml 6 mg/ml rilascio modificato	€ 4,66	1,5mg	€ 0,39			PM
H02AB01	BETAMETASONE FOSFATO DISODICO 6 fiale 2 ml 1,5 mg/2 ml	€ 2,50	1,5mg	€ 0,42		SI	AODV - ICZ - PM
H02AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 500 mg + 1 fiala solv 8 ml	€ 17,77	20mg	€ 0,71			AODV - HSG - ICZ - PM
H02AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 1 g + 1 flacone solv 16 ml	€ 35,54	20mg	€ 0,71			ICZ - PM
H02AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 2 g + 1 flacone solv 32 ml	€ 77,20	20mg	€ 0,77			ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
H02AB04	METILPREDNISOLONE EMISUCCINATO SODICO 1 flacone IM EV 125 mg 2 ml	€ 4,96	20mg	€ 0,79			HSG
H02AB04	METILPREDNISOLONE ACETATO 3 fiale 40 mg 1 ml	€ 6,51	20mg	€ 1,08			PM
H03AA ORMONI TIROIDEI							
H03AA01	LEVOTIROXINA SODICA 50 cpr 100 mcg	€ 2,89	0,15mg	€ 0,09			HSG - ICZ - PM
H03AA01	LEVOTIROXINA SODICA 50 cpr 50 mcg	€ 2,74	0,15mg	€ 0,16			AODV - PM
H03BB DERIVATI IMIDAZOLICI CONTENENTI ZOLFO							
H03BB02	TIAMAZOLO 100 cpr 5 mg	€ 5,28	10mg	€ 0,11			AODV - HSG - ICZ - PM
H04AA ORMONI GLICOGENOLITICI							
H04AA01	GLUCAGONE 1 fiala 1 mg + 1 siringa 1 ml	€ 24,01	1mg	€ 24,01			AODV - ICZ
H05BX ALTRE SOSTANZE ANTIPARATIROIDEE							
H05BX02	PARACALCITOLE 28 cps 1 mcg	€ 153,33	2mcg	€ 10,95	PHT con P.T.		HSG
H05BX02	PARACALCITOLE 28 cps 2 mcg	€ 306,66	2mcg	€ 10,95	PHT con P.T.		HSG
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 60 mg	€ 526,80	60mg	€ 18,81	PHT con P.T.		HSG
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 90 mg	€ 790,21	60mg	€ 18,81	PHT con P.T.		HSG
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 30 mg	€ 285,35	60mg	€ 20,38	PHT con P.T.		HSG
J01AA TETRACICLINE							
J01AA02	DOXICICLINA ICLATO 10 cpr 100 mg	€ 2,35	0,1g	€ 0,24		SI	AODV - HSG - ICZ - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J01CA PENICILLINE AD AMPIO SPETTRO							
J01CA04	AMOXICILLINA TRIIDRATO 12 cpr 1 g	€ 3,27	1g	€ 0,27		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
J01CA04	AMOXICILLINA TRIIDRATO 12 cps 500 mg	€ 1,90	1g	€ 0,32		SI	ICZ
J01CA04	AMOXICILLINA TRIIDRATO os sosp polv 100 ml 250 mg/5 ml	€ 2,12	1g	€ 0,42		SI	AODV - HSG
J01CA01	AMPICILLINA SODICA 1 fiala IM EV 1 g + 1 fiala solv 4 ml	€ 1,07	2g	€ 2,14		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
J01CA12	PIPERACILLINA SODICA 1 flaconcino IM 2 g + 1 fiala solv 4 ml	€ 4,44	14g	€ 31,08	NOTA 55	SI	AODV
J01CA12	PIPERACILLINA SODICA 1 flaconcino IM 1 g + 1 fiala solv 2 ml	€ 3,28	14g	€ 45,92	NOTA 55	SI	HSG
J01CE PENICILLINE SENSIBILI ALLE BETA-LATTAMASI							
J01CE08	BENZILPENICILLINA BENZATINICA 1 fiala 1200000 UI	€ 2,24		N.D.			HSG
J01CR ASSOCIAZ.DI PENICILLINE, INCL.INIBITORI DELLE BETA-LATTAMASI							
J01CR02	AMOXICILLINA/POTASSIO CLAVULANATO 12 cpr riv 875 mg + 125 mg	€ 7,90	1g	€ 0,75		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
J01CR02	AMOXICILLINA/POTASSIO CLAVULANATO 12 bust grat 875 mg + 125 mg	€ 7,90	1g	€ 0,75		SI	HSG - ICZ - MM
J01CR02	AMOXICILLINA/POTASSIO CLAVULANATO BB os sosp grat 70 ml 400 mg/5 ml + 57 mg/5 ml	€ 6,42	1g	€ 1		SI	AODV - HSG
J01CR05	PIPERACILLINA SODICA/TAZOBACTAM SODICO 1 flaconcino IM 2 g/4 ml + 0,25 g/4 ml + 1 fiala solv 4 ml	€ 6,66	14g	€ 46,62	NOTA 55	SI	AODV - ICZ - PM
J01DB CEFALOSPORINE DI PRIMA GENERAZIONE							
J01DB04	CEFAZOLINA SODICA 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 4 ml	€ 1,89	3g	€ 5,67		SI	HSG - ICZ - PM
J01DC CEFALOSPORINE DI SECONDA GENERAZIONE							
J01DC02	ACETOSIETILCEFUROXIMA 6 cpr riv 500 mg	€ 5,60	0,5g	€ 0,93		SI	PM
J01DC04	CEFACLORO MONOIDRATO os sosp grat 100 ml 250 mg/5 ml	€ 6,98	1g	€ 1,4		SI	AODV
J01DC02	CEFUROXIMA SODICA 1 flacone IM 1 g + 1 fiala solv 4 ml	€ 3,07	3g	€ 9,21		SI	HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J01DD CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE							
J01DD08	CEFIXIMA 5 cpr dispers 400 mg	€ 10,07	0,4g	€ 2,01		SI	AODV - HSG - MM
J01DD08	CEFIXIMA os grat sosp 100 ml 100 mg/5 ml	€ 10,07	0,4g	€ 2,01		SI	AODV - HSG
J01DD13	CEFPODOXIMA PROXETILE 12 cpr riv 100 mg	€ 8,60	0,4g	€ 2,87		SI	AODV
J01DD13	CEFPODOXIMA PROXETILE os sosp grat 100 ml 40 mg/5 ml	€ 8,39	0,4g	€ 4,2		SI	AODV
J01DD04	CEFTRIAXONE DISODICO 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 3,5 ml	€ 4,96	2g	€ 9,92		SI	AODV - ICZ - MM - PM
J01DD04	CEFTRIAXONE DISODICO 1 fiala IM 500 mg + 1 fiala solv 2 ml	€ 3,28	2g	€ 13,12		SI	AODV
J01DD01	CEFOTAXIMA SODICA 1 fiala IM EV 1 g + 1 fiala solv 4 ml	€ 3,40	4g	€ 13,6		SI	AODV - ICZ - MM - PM
J01DD01	CEFOTAXIMA SODICA 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 4 ml con lidocaina	€ 3,40	4g	€ 13,6		SI	ICZ
J01DD02	CEFTAZIDIMA PENTAIDRATO 1 fiala IM 1 g + 1 fiala solv 3 ml	€ 4,63	4g	€ 18,52	NOTA 55	SI	AODV - ICZ - MM - PM
J01DE CEFALOSPORINE DI QUARTA GENERAZIONE							
J01DE01	CEFEPIME DICLORIDRATO MONOidrato 1 fiala IM EV 1 g + 1 fiala solv 3 ml	€ 8,54	2g	€ 17,08	NOTA 55		AODV - HSG - ICZ
J01EE ASSOCIAZIONI DI SULFONAMIDI CON TRIMETOPRIM, INCLUSI I DERIVATI							
J01EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO 16 cpr 160 mg + 800 mg	€ 3,72		N.D.			AODV - HSG - ICZ - MM
J01EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO os sosp 80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml 100 ml	€ 4,29		N.D.			ICZ
J01EE01	TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOLO 1 fiala EV 80 mg/5 ml + 400 mg/5 ml	€ 3,93		N.D.			AODV - HSG - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J01FA	MACROLIDI						
J01FA09	CLARITROMICINA 12 cpr riv 250 mg	€ 2,53	0,5g	€ 0,42		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
J01FA01	ERITROMICINA ETILSUCCINATO 12 cpr riv 600 mg	€ 4,78	1g	€ 0,66		SI	HSG - ICZ
J01FA01	ERITROMICINA ETILSUCCINATO grat os sosp 100 ml 10%	€ 6,61	1g	€ 0,66		SI	HSG
J01FA09	CLARITROMICINA 14 cpr riv 500 mg	€ 10,35	0,5g	€ 0,74		SI	AODV - ICZ
J01FA10	AZITROMICINA DIIDRATO 3 cpr riv 500 mg	€ 6,32	0,3g	€ 1,26		SI	AODV - HSG
J01FA09	CLARITROMICINA os grat 100 ml 125 mg/5 ml	€ 6,56	0,5g	€ 1,31		SI	AODV
J01FA02	SPIRAMICINA 12 cpr riv 3.000.000 UI	€ 6,58	3g	€ 1,64		SI	HSG
J01FA01	ERITROMICINA LATTOBIONATO 1 fiala 1.000 mg	€ 6,27	1g	€ 6,27		SI	HSG
J01FF	LINCOSAMIDI						
J01FF01	CLINDAMICINA FOSFATO 1 fiala 600 mg 4 ml	€ 4,13	1,8g	€ 12,39		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
J01GB	ALTRI AMINOGLICOSIDI						
J01GB01	TOBRAMICINA SOLFATO 1 fiala IM EV 150 mg 2 ml	€ 3,47	0,24g	€ 5,55	NOTA 55	SI	ICZ
J01GB03	GENTAMICINA SOLFATO 1 fiala 2 ml 80 mg/2 ml	€ 2,12	0,24g	€ 6,36	NOTA 55		ICZ - MM - PM
J01GB06	AMIKACINA SOLFATO 1 fiala IM EV 1 g 4 ml	€ 6,88	1g	€ 6,88	NOTA 55	SI	ICZ
J01GB01	TOBRAMICINA SOLFATO 1 fiala IM EV 100 mg 2 ml	€ 2,89	0,24g	€ 6,94	NOTA 55	SI	AODV - HSG - ICZ - MM
J01GB06	AMIKACINA SOLFATO 1 fiala IM EV 500 mg 2 ml	€ 3,89	1g	€ 7,78	NOTA 55	SI	HSG - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J01MA FLUOROCHINOLONI							
J01MA06	NORFLOXACINA 14 cpr riv 400 mg	€ 3,97	0,8g	€ 0,57		SI	HSG - ICZ
J01MA12	LEVOFLOXACINA EMIIDRATO 5 cpr riv 500 mg	€ 6,25	0,5g	€ 1,25		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
J01MA12	LEVOFLOXACINA EMIIDRATO 5 cpr riv 250 mg	€ 3,90	0,5g	€ 1,56		SI	ICZ
J01MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO 10 cpr riv 250 mg	€ 3,91	1g	€ 1,56		SI	AODV
J01MA02	CIPROFLOXACINA CLORIDRATO MONOIDRATO 6 cpr riv 500 mg	€ 6,79	1g	€ 2,26		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
J01MB ALTRI CHINOLONICI							
J01MB04	ACIDO PIPEMIDICO 20 cps 400 mg	€ 4,59	0,8g	€ 0,46		SI	ICZ
J01MB04	ACIDO PIPEMIDICO 20 cps 200 mg	€ 3,64	0,8g	€ 0,73		SI	ICZ
J01XA ANTIBATTERICI GLICOPEPTIDICI							
J01XA02	TEICOPLANINA 1 fiala IM EV 200 mg + 1 fiala solv 3 ml	€ 41,61	0,4g	€ 83,22	NOTA 56		AODV - HSG - ICZ - PM
J01XD DERIVATI IMIDAZOLICI							
J01XD01	METRONIDAZOLO 1 flacone EV 500 mg 100 ml	€ 5,09	1,5g	€ 15,27		SI	PM
J01XX ALTRI ANTIBATTERICI							
J01XX01	FOSFOMICINA SALE DI TROMETAMOLO AD os 2 bust 3 g	€ 6,51	3g	€ 3,26		SI	MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J02AC DERIVATI TRIAZOLICI							
J02AC02	ITRACONAZOLO 8 cps 100 mg	€ 7,50	0,2g	€ 1,88		SI	AODV - HSG
J02AC01	FLUCONAZOLO 7 cps 200 mg	€ 33,52	0,2g	€ 4,79		SI	ICZ
J02AC01	FLUCONAZOLO 10 cps 100 mg	€ 26,63	0,2g	€ 5,33		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
J02AC01	FLUCONAZOLO 2 cps 150 mg	€ 9,14	0,2g	€ 6,09		SI	MM
J02AC02	ITRACONAZOLO os soluz 150 ml 10 mg/ml	€ 85,83	0,2g	€ 11,44			HSG
J02AC01	FLUCONAZOLO os sosp 350 mg 10 mg/ml	€ 23,18	0,2g	€ 13,25			AODV - ICZ - PM
J04AB ANTIBIOTICI							
J04AB02	RIFAMPICINA 8 cpr riv 600 mg	€ 5,85	0,6g	€ 0,73			AODV - ICZ - MM - PM
J04AB02	RIFAMPICINA 8 cps 300 mg	€ 3,08	0,6g	€ 0,77		SI	AODV - HSG - ICZ
J04AB02	RIFAMPICINA 8 cpr riv 450 mg	€ 4,86	0,6g	€ 0,81			ICZ
J04AB02	RIFAMPICINA scir 60 ml 20 mg/ml	€ 2,32	0,6g	€ 1,16		SI	AODV
J04AB04	RIFABUTINA 30 cps 150 mg	€ 118,21	0,15g	€ 3,94	NOTA 56		HSG
J04AB02	RIFAMPICINA 1 fiala EV 600 mg + 1 fiala solv 10 ml	€ 9,28	0,6g	€ 9,28			AODV - HSG - MM - PM
J04AC IDRAZIDI							
J04AC01	ISONIAZIDE 50 cpr 200 mg	€ 5,50	0,3g	€ 0,16		SI	AODV - HSG
J04AC01	ISONIAZIDE 5 fiale IM EV 500 mg 5 ml	€ 10,01	0,3g	€ 1,2			AODV - HSG
J04AK ALTRI FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLA TUBERCOLOSI							
J04AK01	PIRAZINAMIDE 50 cpr 500 mg	€ 6,97	1,5g	€ 0,42			AODV - HSG
J04AK02	ETAMBUTOLO CLORIDRATO 50 cpr riv 400 mg	€ 8,89	1,2g	€ 0,53			AODV

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J05AB NUCLEOSIDI E NUCLEOTIDI ESCLUSI INIBITORI TRANSCRIPTASI INVERSA							
J05AB01	ACICLOVIR 35 cpr 800 mg	€ 25,04	4g	€ 3,58	NOTA 84	SI	AODV - ICZ - PM
J05AB01	ACICLOVIR 25 cpr 400 mg	€ 9,01	4g	€ 3,6	NOTA 84	SI	AODV - ICZ
J05AB01	ACICLOVIR FORTE os sosp 100 ml 8%	€ 13,90	4g	€ 6,95	NOTA 84	SI	AODV
J05AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO 21 cpr riv 1.000 mg	€ 59,82	3g	€ 8,55	PHT - NOTA 84	SI	HSG
J05AB01	ACICLOVIR 25 cpr 200 mg	€ 11,29	4g	€ 9,03	NOTA 84	SI	HSG
J05AB14	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO 60 cpr riv 450 mg	€ 1.778,83	0,9g	€ 59,29	PHT con P.T.		HSG
J05AB01	ACICLOVIR 5 fiale EV 250 mg	€ 67,52	4g	€ 216,06	NOTA 84	SI	AODV - HSG - PM
J05AF NUCLEOSIDI E NUCLEOTIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA							
J05AF05	LAMIVUDINA 28 cpr riv 100 mg	€ 55,31	0,3g	€ 5,93	PHT con P.T.	SI	HSG
L01BA ANALOGHI DELL'ACIDO FOLICO							
L01BA01	METOTREXATO 5 flaconcini 2 ml 25 mg/ml	€ 11,19	30mg	€ 0,27		SI	AODV - HSG
L01XX ALTRI ANTINEOPLASTICI							
L01XX14	TRETINOINA 100 cps 10 mg	€ 271,74	0,08g	€ 21,74	PHT con P.T.		HSG
L02AB PROGESTINICI							
L02AB01	MEGESTROLO ACETATO 30 cpr 160 mg	€ 60,69	0,16g	€ 2,02	NOTA 28	SI	ICZ - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
L02AE ANALOGHI DELL'ORMONE LIBERATORE DELLE GONADOTROPINE							
L02AE03	GOSERELIN ACETATO 1 siringa SC 3,6 mg rilascio prolungato	€ 195,06	0,129mg	€ 6,99	PHT - NOTA 51		PM
L02AE03	GOSERELIN ACETATO 1 siringa SC 10,8 mg rilascio prolungato	€ 592,35	0,129mg	€ 7,08	PHT - NOTA 51		PM
L02AE04	TRIPTORELINA EMBONATO 1 fiala 11,25 mg + 1 fiala solv 2 ml + 1 siringa	€ 524,59	0,134mg	€ 6,25	PHT - NOTA 51		PM
L02AE04	TRIPTORELINA 1 fiala 3,75 mg + 1 fiala solv 2 ml + 1 siringa	€ 180,10	0,134mg	€ 6,44	PHT - NOTA 51		PM
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 siringa 22,5 mg + kit	€ 387,49	1mg	€ 17,22	PHT - NOTA 51		PM
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 siringa 7,5 mg + kit	€ 149,77	1mg	€ 19,97	PHT - NOTA 51		PM
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 fiala IM SC 11,25 mg + 1 siringa 2 ml	€ 460,14	1mg	€ 40,9	PHT - NOTA 51		PM
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 fiala IM SC 3,75 mg + 1 siringa 2 ml	€ 177,85	1mg	€ 47,43	PHT - NOTA 51		HSG - PM
L02BA ANTIESTROGENI							
L02BA01	TAMOXIFENE CITRATO 20 cpr riv 20 mg	€ 4,58	20mg	€ 0,23		SI	PM
L02BA01	TAMOXIFENE CITRATO 30 cpr riv 10 mg	€ 5,06	20mg	€ 0,34		SI	HSG - ICZ
L02BB ANTIANDROGENI							
L02BB03	BICALUTAMIDE 28 cpr riv 50 mg	€ 29,83	50mg	€ 1,07	PHT	SI	AODV - ICZ - PM
L02BB03	BICALUTAMIDE 28 cpr riv 150 mg	€ 126,48	50mg	€ 1,51	PHT	SI	AODV - PM
L02BG INIBITORI ENZIMATICI							
L02BG03	ANASTROZOLO 28 cpr riv 1 mg	€ 35,80	1mg	€ 1,28		SI	PM
L02BG06	EXEMESTAN 30 cpr riv 25 mg	€ 64,80	25mg	€ 2,16		SI	PM
L02BG04	LETROZOLO 30 cpr riv 2,5 mg	€ 66,06	2,5mg	€ 2,2		SI	PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
L02BX ALTRI ANTAGONISTI ORMONALI E SOSTANZE CORRELATE							
L02BX02	DEGARELIX ACETATO 2 flaconcini polv 120 mg + 2 flaconcini solv	€ 404,14	2,7mg	€ 4,55	PHT con P.T.		PM
L02BX02	DEGARELIX ACETATO 1 flaconcino 80 mg polv + 1 flaconcino solv	€ 212,90	2,7mg	€ 7,19	PHT con P.T.		PM
L03AA FATTORI DI STIMOLAZIONE DELLE COLONIE							
L03AA13	PEGFILGRASTIM 1 fiala SC 6 mg 0,6 ml	€ 1.489,49	0,3mg	€ 74,47	PHT con P.T.		HSG
L03AA02	FILGRASTIM BIOSIMILARE 1 siringa 30.000.000 UI 0,5 ml	€ 99,80	0,35mg	€ 116,43	PHT con P.T.		HSG - PM
L03AA02	FILGRASTIM 1 siringa 30.000.000 UI 0,5 ml	€ 127,95	0,35mg	€ 149,28	PHT con P.T.		AODV - ICZ
L03AA10	LENOGRASTIM 1 fiala EV SC 33.600.000 UI 1 ml + 1 siringa	€ 131,02	0,35mg	€ 174,36	PHT con P.T.		ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
L03AB	INTERFERONI						
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A 12 siringhe SC 12.000.000 UI 44 mcg	€ 1.611,39	4,3mcg	€ 13,12	NOTA 65		HSG
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A 4 cartucce SC 24.000.000 UI/ml 1,5 ml	€ 1.611,40	4,3mcg	€ 13,12	NOTA 65		HSG
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B 1 fiala SC EV 25.000.000 UI 2,5 ml	€ 203,69	2MU	€ 16,3	PHT con P.T.		PM
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B 1 fiala SC EV 18.000.000 UI 3 ml	€ 147,46	2MU	€ 16,38	PHT con P.T.		PM
L03AB04	INTERFERONE ALFA 2A 1 siringa SC 9.000.000 UI/0,5 ml	€ 73,97	2MU	€ 16,44	PHT con P.T.		PM
L03AB04	INTERFERONE ALFA 2A 1 siringa SC 6.000.000 UI/0,5 ml	€ 49,46	2MU	€ 16,49	PHT con P.T.		PM
L03AB04	INTERFERONE ALFA 2A 1 siringa SC 3.000.000 UI/0,5 ml	€ 25,21	2MU	€ 16,81	PHT con P.T.		PM
L03AB05	INTERFERONE ALFA 2B 1 flacone SC EV 10.000.000 UI	€ 88,46	2MU	€ 17,69	PHT con P.T.		PM
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 150 mcg + 1 fiala solv	€ 379,04	7,5mcg	€ 18,95	PHT con P.T.		HSG
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 80 mcg + 1 ago	€ 202,31	7,5mcg	€ 18,97	PHT con P.T.		HSG
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 100 mcg + 1 ago	€ 252,90	7,5mcg	€ 18,97	PHT con P.T.		HSG - ICZ
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 120 mcg + 1 ago	€ 303,49	7,5mcg	€ 18,97	PHT con P.T.		HSG
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A 12 siringhe SC 6.000.000 UI 22 mcg	€ 1.198,42	4,3mcg	€ 19,52	NOTA 65		HSG
L03AB08	INTERFERONE BETA 1B 15 flaconcini polvere SC 0,25 mg/ml + 15 siringhe	€ 1.275,04	4MU	€ 35,42	NOTA 65		HSG
L03AB07	INTERFERONE BETA 1A 4 siringhe IM 30 mcg/0,5 ml + 4 aghi	€ 1.176,96	4,3mcg	€ 42,17	NOTA 65		HSG
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO 1 siringa SC 180 mcg 0,5 ml + ago	€ 305,34	26mcg	€ 44,1	PHT con P.T.		HSG
L03AX	ALTRI IMMUNOSTIMOLANTI						
L03AX13	GLATIRAMER ACETATO 28 siringhe SC 20 mg/ml	€ 1.206,17	20mg	€ 43,08	NOTA 65		HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
L04AA IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI							
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE 50 cpr riv 500 mg	€ 74,97	2g	€ 6	PHT	SI	HSG
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE 100 cpr riv 250 mg	€ 89,42	2g	€ 7,15	PHT	SI	HSG
L04AA10	SIROLIMUS os soluz 60 ml + 30 siringhe 1 mg/ml	€ 348,52	3mg	€ 17,43	PHT con P.T.		HSG
L04AA10	SIROLIMUS 100 cpr riv 1 mg	€ 580,84	3mg	€ 17,43	PHT con P.T.		HSG
L04AD INIBITORI DELLA CALCINEURINA							
L04AD02	TACROLIMUS MONOIDRATO 30 cps 5 mg	€ 241,51	5mg	€ 8,05	PHT con P.T.	SI	PM
L04AD02	TACROLIMUS MONOIDRATO 30 cps 0,5 mg	€ 24,32	5mg	€ 8,11	PHT con P.T.	SI	HSG - PM
L04AD02	TACROLIMUS MONOIDRATO 60 cps 1 mg	€ 104,09	5mg	€ 8,67	PHT con P.T.	SI	HSG - PM
L04AD02	TACROLIMUS MONOIDRATO 10 fiale EV 5 mg 1 ml	€ 563,26	5mg	€ 56,33	PHT con P.T.		HSG - PM
L04AX ALTRI IMMUNOSOPPRESSORI							
L04AX01	AZATIOPRINA 50 cpr riv 50 mg	€ 13,38	0,15g	€ 0,8		SI	HSG - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
M01AB DERIVATI DELL'ACIDO ACETICO E SOSTANZE CORRELATE							
M01AB05	DICLOFENAC SODICO RETARD 20 cpr 100 mg	€ 3,17	0,1g	€ 0,16	NOTA 66	SI	AODV - HSG - ICZ - MM
M01AB05	DICLOFENAC SODICO 30 cpr 75 mg rilascio prolungato	€ 3,86	0,1g	€ 0,17	NOTA 66	SI	AODV
M01AB01	INDOMETACINA 25 cps 25 mg	€ 1,45	0,1g	€ 0,23	NOTA 66		AODV - MM - PM
M01AB05	DICLOFENAC SODICO 30 cpr gastrores 50 mg	€ 3,51	0,1g	€ 0,23	NOTA 66	SI	AODV - ICZ
M01AB05	DICLOFENAC SODICO 21 cpr 100 mg rilascio prolungato	€ 4,82	0,1g	€ 0,23	NOTA 66	SI	ICZ
M01AB05	DICLOFENAC SODICO 6 fiale IM 75 mg 3 ml	€ 1,93	0,1g	€ 0,43		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
M01AB15	KETOROLAC SALE DI TROMETAMOLO 3 fiale IM EV 30 mg 1 ml	€ 2,16	30mg	€ 0,72		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
M01AB01	INDOMETACINA SALE DI MEGLUMINA 6 fiale EV IM 50 mg + 6 fiale solv 2 ml	€ 4,88	0,1g	€ 1,63			AODV - HSG
M01AC OXICAM-DERIVATI							
M01AC01	PIROXICAM BETACICLODESTRINA 30 cpr div 20 mg	€ 2,84	20mg	€ 0,09	NOTA 66	SI	AODV - HSG
M01AE DERIVATI DELL'ACIDO PROPIONICO							
M01AE02	NAPROXENE SODICO 30 cpr riv 550 mg	€ 4,78	0,5g	€ 0,14	NOTA 66	SI	ICZ
M01AE03	KETOPROFENE 30 cps 50 mg	€ 2,41	0,15g	€ 0,24	NOTA 66	SI	AODV
M01AE01	IBUPROFENE 30 cpr riv 600 mg	€ 3,72	1,2g	€ 0,25	NOTA 66	SI	AODV - HSG - ICZ
M01AE09	FLURBIPROFENE scir 160 ml 5 mg/ml	€ 3,46	0,2g	€ 0,86	NOTA 66		PM
M01AE03	KETOPROFENE 6 fiale IM 100 mg 2,5 ml	€ 3,28	0,15g	€ 0,82		SI	ICZ - MM
M01AE03	KETOPROFENE SALE DI LISINA 6 fiale IM 100 mg 2 ml	€ 4,81	0,15g	€ 1,2			AODV - HSG - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
M01AH COXIB							
M01AH05	ETORICOXIB 20 cpr riv 90 mg	€ 22,83	60mg	€ 0,76	NOTA 66		ICZ
M01AH01	CELECOXIB 20 cps 200 mg	€ 17,16	0,2g	€ 0,86	NOTA 66		ICZ - PM
M01AX ALTRI FARMACI ANTIINFIAMMATORI/ANTIREUMATICI NON STEROIDEI							
M01AX17	NIMESULIDE 30 bust grat 100 mg	€ 2,36	0,2g	€ 0,16	NOTA 66	SI	HSG - ICZ - MM
M01AX17	NIMESULIDE 30 cpr 100 mg	€ 2,36	0,2g	€ 0,16	NOTA 66	SI	ICZ
M01AX17	NIMESULIDE BETACICLODESTRINA 30 bust grat 400 mg	€ 11,35	0,2g	€ 0,19	NOTA 66		PM
M03BX ALTRI MIORILASSANTI AD AZIONE CENTRALE							
M03BX01	BACLOFENE 50 cpr 25 mg	€ 9,09	50mg	€ 0,36		SI	AODV - HSG - MM - PM
M04AA PREPARATI INIBENTI LA FORMAZIONE DI ACIDO URICO							
M04AA01	ALLOPURINOLO 50 cpr 100 mg	€ 1,25	0,4g	€ 0,03		SI	HSG - ICZ - MM
M04AA01	ALLOPURINOLO 30 cpr 300 mg	€ 2,05	0,4g	€ 0,09		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
M04AC PREPARATI SENZA EFFETTO SUL METABOLISMO DELL'ACIDO URICO							
M04AC01	COLCHICINA 60 cpr 1 mg	€ 7,14	1mg	€ 0,12			AODV
M05BA BIFOSFONATI							
M05BA04	ACIDO ALENDRONICO SALE SODICO MONOIDRATO 4 cpr 70 mg	€ 15,37	10mg	€ 0,55	NOTA 79	SI	ICZ
M05BA04	ACIDO ALENDRONICO SALE SODICO 14 cpr 10 mg	€ 11,20	10mg	€ 0,8	NOTA 79		PM
M05BA02	ACIDO CLODRONICO SALE DISODICO 6 fiale EV 300 mg 10 ml	€ 52,32	1,5g	€ 43,6	NOTA 42	SI	AODV - PM
M05BX ALTRI FARMACI CHE AGISCONO SU STRUTTURA OSSEA E MINERALIZZAZ							
M05BX03	STRONZIO RANELATO 28 bust grat os 2 g	€ 50,96	2g	€ 1,82	NOTA 79		ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N02AA	ALCALOIDI NATURALI DELL'OPPIO						
N02AA01	MORFINA SOLFATO 16 cpr 60 mg rilascio prolungato	€ 17,17	0,1g	€ 1,79			ICZ
N02AA01	MORFINA SOLFATO 16 cps 30 mg rilascio prolungato	€ 8,96	0,1g	€ 1,87			AODV - HSG - ICZ
N02AA01	MORFINA SOLFATO scir 20 ml 20 mg/ml	€ 8,02	0,1g	€ 2			HSG
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO 28 cpr riv 20 mg + 325 mg	€ 15,30	75mg	€ 2,05	TERAPIA DOLORE		AODV
N02AA01	MORFINA SOLFATO 20 flaconcini os 30 mg 5 ml	€ 17,77	0,1g	€ 2,96			AODV - ICZ - PM
N02AA01	MORFINA SOLFATO 16 cps 10 mg rilascio prolungato	€ 4,96	0,1g	€ 3,1			AODV - HSG - ICZ - PM
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 80 mg rilascio prolungato	€ 98,31	75mg	€ 3,29	TERAPIA DOLORE		AODV
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 40 mg rilascio prolungato	€ 55,06	75mg	€ 3,69	TERAPIA DOLORE		AODV - HSG
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO 28 cpr riv 10 mg + 325 mg	€ 15,30	75mg	€ 4,1	TERAPIA DOLORE		AODV - ICZ
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 20 mg rilascio prolungato	€ 30,86	75mg	€ 4,13	TERAPIA DOLORE		AODV
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 10 mg rilascio prolungato	€ 15,65	75mg	€ 4,19	TERAPIA DOLORE		AODV - HSG - ICZ
N02AA05	OXICODONE CLORIDRATO 28 cpr 5 mg rilascio prolungato	€ 8,61	75mg	€ 4,61	TERAPIA DOLORE		AODV - ICZ
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO 28 cpr riv 20 mg + 10 mg rilascio prolungato	€ 46,09	75mg	€ 6,17			AODV
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO 28 cpr riv 10 mg + 5 mg rilascio prolungato	€ 26,49	75mg	€ 7,1			AODV
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/PARACETAMOLO 28 cpr riv 5 mg + 325 mg	€ 15,30	75mg	€ 8,2	TERAPIA DOLORE		AODV
N02AA01	MORFINA SOLFATO 20 flaconcini os 10 mg 5 ml	€ 17,77	0,1g	€ 8,88			AODV - ICZ
N02AA55	OXICODONE CLORIDRATO/NALOXONE CLORIDRATO DIIDRATO 28 cpr riv 5 mg + 2,5 mg rilascio prolungato	€ 18,44	75mg	€ 9,88			AODV
N02AA01	MORFINA CLORIDRATO 5 fiale 20 mg 1 ml	€ 4,90	30mg	€ 1,47			AODV - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N02AA01	MORFINA CLORIDRATO 5 fiale 10 mg 1 ml	€ 3,46	30mg	€ 2,08			AODV - ICZ - PM
N02AB DERIVATI DELLA FENILPIPERIDINA							
N02AB03	FENTANIL CITRATO 1 flacone spray nasale 100 mcg/erog	€ 81,52	0,6mg	€ 61,14			PM
N02AB03	FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 400 mcg	€ 85,05	0,6mg	€ 12,76			AODV
N02AB03	FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 300 mcg	€ 85,05	0,6mg	€ 17,01			AODV
N02AB03	FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 200 mcg	€ 85,05	0,6mg	€ 25,51			AODV
N02AB03	FENTANIL CITRATO 10 cpr subl 100 mcg	€ 85,05	0,6mg	€ 51,03			AODV
N02AB03	FENTANIL 3 cerotti transd 75 mcg/ora	€ 37,10	1,2mg	€ 1,18			ICZ
N02AB03	FENTANIL 3 cerotti transd 50 mcg/ora	€ 26,82	1,2mg	€ 1,28			AODV - HSG - ICZ - PM
N02AB03	FENTANIL 3 cerotti transd 25 mcg/ora	€ 14,71	1,2mg	€ 1,4			AODV - HSG - ICZ - PM
N02AB03	FENTANIL 3 cerotti transd 100 mcg/ora	€ 45,57	1,2mg	€ 1,82			ICZ
N02AB03	FENTANIL 3 cerotti transd 12 mcg/ora	€ 7,35	1,2mg	€ 2,45			AODV
N02AE DERIVATI DELL'ORIPAVINA							
N02AE01	BUPRENORFINA CLORIDRATO 5 fiale IM EV 0,3 mg 1 ml	€ 6,85	1,2mg	€ 5,48			AODV
N02AE01	BUPRENORFINA 3 cerotti transd 52,5 mcg/ora	€ 38,52	1,2mg	€ 0,51	TERAPIA DOLORE		AODV - HSG - ICZ
N02AE01	BUPRENORFINA 3 cerotti transd 35 mcg/ora	€ 26,01	1,2mg	€ 0,52	TERAPIA DOLORE		AODV - HSG - ICZ - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N02AX ALTRI OPIOIDI							
N02AX02	TRAMADOLO CLORIDRATO os gtt 10 ml 100 mg/ml	€ 4,62	0,3g	€ 1,39			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
N02AX02	TRAMADOLO CLORIDRATO 20 cps 50 mg	€ 4,62	0,3g	€ 1,39			ICZ
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 200 mg rilascio prolungato	€ 76,37	0,4g	€ 5,09			AODV
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 150 mg rilascio prolungato	€ 62,62	0,4g	€ 5,57			AODV
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 100 mg rilascio prolungato	€ 48,53	0,4g	€ 6,47			AODV - ICZ
N02AX06	TAPENTADOLO CLORIDRATO 30 cpr 50 mg rilascio prolungato	€ 24,61	0,4g	€ 6,56			AODV - ICZ
N02AX02	TRAMADOLO CLORIDRATO 5 fiale 100 mg 2 ml	€ 5,22	0,3g	€ 3,13			AODV - HSG - ICZ - PM
N02BA ACIDO SALICILICO E DERIVATI							
N02BA01	LISINA ACETILSALICILATO 6 fiale IM EV 1 g + 6 fiale solv 5 ml	€ 10,97	1g	€ 1,83			HSG - ICZ - MM - PM
N02CC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI 5HT1							
N02CC01	SUMATRIPTAN SUCCINATO 2 siringhe SC 6 mg 0,5 ml	€ 51,00	6mg	€ 25,5			HSG
N03AA BARBITURICI E DERIVATI							
N03AA02	FENOBARBITAL 20 cpr 100 mg	€ 1,50	0,1g	€ 0,08			AODV - ICZ - PM
N03AA02	FENOBARBITAL 30 cpr 50 mg	€ 1,50	0,1g	€ 0,1			AODV - HSG - ICZ - PM
N03AA02	FENOBARBITAL 30 cpr 15 mg	€ 1,55	0,1g	€ 0,34			AODV - HSG
N03AA02	FENOBARBITAL SODICO 10 fiale IM 200 mg 1 ml	€ 4,81	0,1g	€ 0,24			PM
N03AB DERIVATI DELL'IDANTOINA							
N03AB02	FENITOINA SODICA 30 cpr riv 100 mg	€ 1,86	0,3g	€ 0,19			AODV - HSG - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N03AE DERIVATI BENZODIAZEPINICI							
N03AE01	CLONAZEPAM 20 cpr 2 mg	€ 1,45	8mg	€ 0,29			AODV - HSG - ICZ
N03AE01	CLONAZEPAM os gtt 10 ml 2,5 mg/ml	€ 1,81	8mg	€ 0,58			AODV - HSG - ICZ - PM
N03AE01	CLONAZEPAM 20 cpr 0,5 mg	€ 1,08	8mg	€ 0,86			HSG - ICZ
N03AF DERIVATI DELLA CARBOSSAMIDE							
N03AF01	CARBAMAZEPINA 30 cpr 400 mg	€ 3,89	1g	€ 0,32		SI	MM
N03AF01	CARBAMAZEPINA 50 cpr 200 mg	€ 3,60	1g	€ 0,36		SI	AODV - MM
N03AF01	CARBAMAZEPINA 30 cpr 400 mg rilascio modificato	€ 5,59	1g	€ 0,47		SI	AODV - ICZ - PM
N03AF01	CARBAMAZEPINA 30 cpr 200 mg rilascio modificato	€ 3,23	1g	€ 0,54		SI	AODV - HSG - ICZ
N03AG DERIVATI DEGLI ACIDI GRASSI							
N03AG01	SODIO VALPROATO 40 cpr gastrores 200 mg	€ 4,15	1,5g	€ 0,78			HSG
N03AG01	SODIO VALPROATO os soluz 40 ml 200 mg/ml	€ 4,18	1,5g	€ 0,78		SI	AODV - HSG - ICZ - PM
N03AG02	VALPROMIDE 30 cpr gastrores 300 mg	€ 4,88	1,5g	€ 0,81			HSG
N03AG01	ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 cpr 500 mg rilascio prolungato	€ 8,17	1,5g	€ 0,82			HSG - ICZ
N03AG01	ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 bust grat 750 mg rilascio modificato	€ 16,38	1,5g	€ 1,09			ICZ
N03AG01	ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 bust grat 500 mg rilascio modificato	€ 11,91	1,5g	€ 1,19			ICZ
N03AG01	ACIDO VALPROICO/SODIO VALPROATO 30 cpr 300 mg rilascio prolungato	€ 7,76	1,5g	€ 1,29			AODV - HSG - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N03AX ALTRI ANTIEPILETTICI							
N03AX09	LAMOTRIGINA 56 cpr dispers 200 mg	€ 50,40	0,3g	€ 1,35		SI	ICZ
N03AX09	LAMOTRIGINA 56 cpr dispers 100 mg	€ 29,97	0,3g	€ 1,61		SI	AODV - HSG - ICZ
N03AX09	LAMOTRIGINA 56 cpr dispers 50 mg	€ 16,37	0,3g	€ 1,75		SI	HSG
N03AX12	GABAPENTIN 30 cps 400 mg	€ 12,00	1,8g	€ 1,8	NOTA 4	SI	ICZ - PM
N03AX14	LEVETIRACETAM 60 cpr riv 500 mg	€ 37,67	1,5g	€ 1,88		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
N03AX14	LEVETIRACETAM os soluz 1 flacone 300 ml 100 mg/ml + 1 siringa	€ 37,97	1,5g	€ 1,9		SI	AODV - ICZ
N03AX09	LAMOTRIGINA 28 cpr dispers 25 mg	€ 4,73	0,3g	€ 2,03		SI	AODV - ICZ
N03AX12	GABAPENTIN 50 cps 100 mg	€ 6,00	1,8g	€ 2,16	NOTA 4	SI	ICZ - PM
N03AX12	GABAPENTIN 50 cps 300 mg	€ 18,00	1,8g	€ 2,16	NOTA 4	SI	AODV - HSG - ICZ - PM
N03AX11	TOPIRAMATO 60 cpr riv 100 mg	€ 43,94	0,3g	€ 2,2		SI	AODV - HSG
N03AX11	TOPIRAMATO 60 cpr riv 25 mg	€ 13,64	0,3g	€ 2,73		SI	AODV
N04AA AMINE TERZIARIE							
N04AA02	BIPERIDENE CLORIDRATO 50 cpr 4 mg rilascio prolungato	€ 5,33	10mg	€ 0,27			AODV - HSG - ICZ
N04AA02	BIPERIDENE CLORIDRATO 60 cpr 2 mg	€ 4,29	10mg	€ 0,36			HSG - ICZ
N04AA02	BIPERIDENE LATTATO 5 fiale IM EV 5 mg 1 ml	€ 2,94	10mg	€ 1,18			AODV - ICZ
N04AB ETERI CHIMICAMENTE CORRELATI AGLI ANTISTAMINICI							
N04AB02	ORFENADRINA CLORIDRATO 50 cpr riv 50 mg	€ 3,18	0,2g	€ 0,25			HSG - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N04BA DOPA E SUOI DERIVATI							
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA 50 cpr 250 mg + 25 mg	€ 6,07	0,6g	€ 0,29		SI	AODV - HSG - ICZ
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA 50 cpr 100 mg + 25 mg	€ 4,98	0,6g	€ 0,6			AODV - ICZ - MM - PM
N04BA02	LEVODOPA/BENSERAZIDE 50 cpr 200 mg + 50 mg	€ 10,18	0,6g	€ 0,61		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA 30 cpr 200 mg + 50 mg rilascio prolungato	€ 7,38	0,6g	€ 0,74		SI	HSG - ICZ
N04BA02	LEVODOPA/CARBIDOPA 50 cpr 100 mg + 25 mg rilascio modificato	€ 7,38	0,6g	€ 0,89		SI	AODV - ICZ
N04BA02	LEVODOPA/BENSERAZIDE 30 cps 100 mg + 25 mg rilascio prolungato	€ 5,28	0,6g	€ 1,06			ICZ
N04BC AGONISTI DELLA DOPAMINA							
N04BC04	ROPINIROLO CLORIDRATO 21 cpr 2 mg	€ 10,79	6mg	€ 1,54		SI	ICZ
N04BC05	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO 30 cpr 0,7 mg	€ 18,00	2,5mg	€ 2,14		SI	ICZ - PM
N04BC05	PRAMIPEXOLO DICLORIDRATO MONOIDRATO 30 cpr 0,18 mg	€ 5,00	2,5mg	€ 2,31		SI	ICZ - PM
N04BC02	PERGOLIDE MESILATO 30 cpr 0,05 mg	€ 8,63	3mg	€ 17,26			PM
N04BC09	ROTIGOTINA 28 cerotti transd 2 mg/die	€ 101,10	6mg	€ 10,83			AODV
N04BD INIBITORI DELLA MONOAMINOSSIDASI DI TIPO B							
N04BD01	SELEGILINA CLORIDRATO 50 cpr 5 mg	€ 17,44	5mg	€ 0,35			PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedica - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N05AA FENOTIAZINE CON CATENA LATERALE ALIFATICA							
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 20 cpr riv 100 mg	€ 2,17	0,3g	€ 0,33			HSG - ICZ
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 cpr riv 25 mg	€ 0,98	0,3g	€ 0,47			AODV - HSG - ICZ
N05AA02	LEVOMEPROMAZINA MALEATO 20 cpr riv 100 mg	€ 4,85	0,3g	€ 0,73			AODV - HSG - ICZ
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO os gtt 10 ml 4%	€ 1,19	0,3g	€ 0,89			AODV - HSG
N05AA02	LEVOMEPROMAZINA MALEATO 20 cpr riv 25 mg	€ 2,58	0,3g	€ 1,55			HSG - ICZ
N05AA01	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 5 fiale IM 50 mg 2 ml	€ 4,03	0,1g	€ 1,61			AODV - ICZ
N05AB FENOTIAZINE CON STRUTTURA PIPERAZINICA							
N05AB06	TRIFLUOPERAZINA DICLORIDRATO 30 cpr riv 2 mg	€ 2,17	20mg	€ 0,72			ICZ
N05AB02	FLUFENAZINA DECANOATO 1 fiala IM 25 mg	€ 4,54	1mg	€ 0,18			AODV - HSG - ICZ
N05AD DERIVATI DEL BUTIRROFENONE							
N05AD01	ALOPERIDOLO os gtt 15 ml 10 mg/ml	€ 3,45	8mg	€ 0,18			HSG - ICZ - PM
N05AD01	ALOPERIDOLO 20 cpr 5 mg	€ 3,31	8mg	€ 0,26			AODV - ICZ
N05AD01	ALOPERIDOLO os gtt 30 ml 2 mg/ml	€ 2,74	8mg	€ 0,37			MM
N05AD01	ALOPERIDOLO DECANOATO 1 fiala IM 150 mg 3 ml	€ 9,66	8mg	€ 0,52			AODV - HSG
N05AD01	ALOPERIDOLO DECANOATO 3 fiale IM 50 mg 1 ml	€ 12,70	8mg	€ 0,68			AODV - HSG - ICZ
N05AD01	ALOPERIDOLO 5 fiale IM 5 mg/2 ml	€ 3,56	8mg	€ 1,14			AODV - ICZ - MM
N05AD01	ALOPERIDOLO 5 fiale IM 2 mg/2 ml	€ 2,12	8mg	€ 1,7			AODV - ICZ - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N05AE DERIVATI DELL'INDOLO							
N05AE04	ZIPRASIDONE CLORIDRATO 56 cps 60 mg	€ 73,20	80mg	€ 1,74	PHT con P.T.	SI	AODV
N05AE04	ZIPRASIDONE CLORIDRATO 56 cps 40 mg	€ 62,22	80mg	€ 2,22	PHT con P.T.	SI	AODV
N05AF DERIVATI DEL TIOXANTENE							
N05AF05	ZUCLOPENTIXOLO DECANOATO 1 fiala IM 200 mg 1 ml rilascio prolungato	€ 5,99	30mg	€ 0,9			AODV - HSG - ICZ
N05AH DIAZEPINE, OSSAZEPINE, TIAZEPINE E OSSEFINE							
N05AH06	CLOTIAPINA os gtt 10 ml 100 mg/ml	€ 2,94	80mg	€ 0,24			AODV - HSG - ICZ
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 300 mg	€ 60,00	0,4g	€ 1,33	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG - ICZ
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 400 mg rilascio prolungato	€ 95,64	0,4g	€ 1,59	PHT con P.T.	SI	AODV
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 300 mg rilascio prolungato	€ 71,88	0,4g	€ 1,6	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 200 mg	€ 50,00	0,4g	€ 1,67	PHT con P.T.	SI	ICZ
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr riv 2,5 mg	€ 12,00	10mg	€ 1,71	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr riv 5 mg	€ 24,50	10mg	€ 1,75	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ - PM
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr riv 10 mg	€ 49,00	10mg	€ 1,75	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG - ICZ
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 200 mg rilascio prolungato	€ 63,76	0,4g	€ 2,13	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ
N05AH02	CLOZAPINA 28 cpr 25 mg	€ 5,38	0,3g	€ 2,31	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG - ICZ - MM
N05AH02	CLOZAPINA 28 cpr 100 mg	€ 22,47	0,3g	€ 2,41	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG - ICZ
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 100 mg	€ 40,00	0,4g	€ 2,67	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ - PM
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 50 mg rilascio prolungato	€ 31,49	0,4g	€ 4,2	PHT con P.T.	SI	ICZ
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 30 cpr riv 25 mg	€ 9,27	0,4g	€ 4,94	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N05AL BENZAMIDI							
N05AL05	AMISULPRIDE 30 cpr riv 400 mg	€ 49,24	0,4g	€ 1,64		SI	AODV - HSG
N05AN LITIO							
N05AN01	LITIO CARBONATO 50 cps 300 mg	€ 3,64	24mmol	€ 0,43		SI	AODV - HSG - ICZ
N05AN01	LITIO CARBONATO 50 cps 150 mg	€ 2,74	24mmol	€ 0,65			AODV - ICZ
N05AX ALTRI ANTIPSICOTICI							
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 3 mg	€ 38,14	5mg	€ 1,06	PHT con P.T.	SI	AODV - ICZ
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 2 mg	€ 27,06	5mg	€ 1,13	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG - ICZ
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 1 mg	€ 14,63	5mg	€ 1,22	PHT con P.T.	SI	HSG - ICZ
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 4 mg	€ 63,25	5mg	€ 1,32	PHT con P.T.	SI	ICZ
N05AX08	RISPERIDONE os gtt 100 ml 1 mg/ml	€ 36,95	5mg	€ 1,85	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG - ICZ
N05AX13	PALIPERIDONE 28 cpr 6 mg rilascio prolungato	€ 133,47	6mg	€ 4,77	PHT con P.T.		AODV - HSG - ICZ
N05AX12	ARIPIPRAZOLO 28 cpr 15 mg	€ 140,49	15mg	€ 5,02	PHT con P.T.		AODV - HSG
N05AX13	PALIPERIDONE 28 cpr 9 mg rilascio prolungato	€ 225,21	6mg	€ 5,36	PHT con P.T.		AODV - HSG - ICZ
N05AX12	ARIPIPRAZOLO 28 cpr 10 mg	€ 140,49	15mg	€ 7,53	PHT con P.T.		AODV - ICZ
N05AX13	PALIPERIDONE 28 cpr 3 mg rilascio prolungato	€ 133,47	6mg	€ 9,53	PHT con P.T.		AODV - HSG
N05AX12	ARIPIPRAZOLO 28 cpr 5 mg	€ 131,70	15mg	€ 14,11	PHT con P.T.		HSG - ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N06AA INIBITORI NON SELETTIVI DELLA MONOAMINO-RICAPTAZIONE							
N06AA09	AMITRIPTILINA CLORIDRATO os gtt 20 ml 4%	€ 3,90	75mg	€ 0,37			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
N06AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 20 cpr div 75 mg rilascio prolungato	€ 5,88	0,1g	€ 0,39		SI	AODV - ICZ
N06AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 20 cpr riv 25 mg	€ 2,05	0,1g	€ 0,41		SI	AODV - HSG - ICZ
N06AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 50 cpr riv 10 mg	€ 2,05	0,1g	€ 0,41		SI	HSG - ICZ
N06AA04	CLOMIPRAMINA CLORIDRATO 5 fiale IM EV 25 mg 2 ml	€ 2,24	0,1g	€ 1,79		SI	AODV - ICZ
N06AB INIBITORI SELETTIVI DELLA SEROTONINA-RICAPTAZIONE							
N06AB06	SERTRALINA CLORIDRATO 30 cpr riv 50 mg	€ 6,00	50mg	€ 0,2		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
N06AB06	SERTRALINA CLORIDRATO 30 cpr riv 100 mg	€ 11,99	50mg	€ 0,2		SI	ICZ
N06AB03	FLUOXETINA CLORIDRATO 28 cpr solub 20 mg	€ 6,10	20mg	€ 0,22		SI	HSG - ICZ - MM
N06AB04	CITALOPRAM BROMIDRATO 14 cpr riv 40 mg	€ 6,80	20mg	€ 0,24		SI	ICZ
N06AB04	CITALOPRAM BROMIDRATO 28 cpr riv 20 mg	€ 6,80	20mg	€ 0,24		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
N06AB04	CITALOPRAM CLORIDRATO os gtt 15 ml 40 mg/ml	€ 7,69	20mg	€ 0,26		SI	HSG - ICZ - PM
N06AB05	PAROXETINA CLORIDRATO 28 cpr riv 20 mg	€ 8,96	20mg	€ 0,32		SI	AODV - HSG - ICZ
N06AB08	FLUVOXAMINA MALEATO 30 cpr riv 50 mg	€ 5,41	0,1g	€ 0,36		SI	HSG
N06AB08	FLUVOXAMINA MALEATO 30 cpr riv 100 mg	€ 12,98	0,1g	€ 0,43		SI	ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
N06AX ALTRI ANTIDEPRESSIVI							
N06AX16	VENLAFAXINA CLORIDRATO 14 cps 75 mg rilascio prolungato	€ 5,60	0,1g	€ 0,53		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
N06AX16	VENLAFAXINA CLORIDRATO 28 cps 37,5 mg rilascio prolungato	€ 5,60	0,1g	€ 0,53		SI	ICZ
N06AX16	VENLAFAXINA CLORIDRATO 10 cps 150 mg rilascio prolungato	€ 8,01	0,1g	€ 0,53		SI	AODV - ICZ
N06AX11	MIRTAZAPINA 30 cpr riv 30 mg	€ 16,17	30mg	€ 0,54		SI	HSG - ICZ - PM
N06AX03	MIANSERINA CLORIDRATO 30 cpr riv 30 mg	€ 8,94	60mg	€ 0,6			ICZ
N06AX05	TRAZODONE CLORIDRATO 30 cpr div 100 mg	€ 8,84	0,3g	€ 0,88			AODV
N06AX05	TRAZODONE CLORIDRATO 30 cpr div 75 mg rilascio prolungato	€ 6,80	0,3g	€ 0,91			MM
N06AX05	TRAZODONE CLORIDRATO 30 cpr div 50 mg	€ 4,86	0,3g	€ 0,97			HSG
N06AX12	BUPROPIONE CLORIDRATO 30 cpr 300 mg rilascio modificato	€ 41,04	0,3g	€ 1,37			ICZ
N06AX05	TRAZODONE CLORIDRATO os gtt 30 ml 25 mg/ml	€ 3,93	0,3g	€ 1,57			AODV - ICZ
N06AX12	BUPROPIONE CLORIDRATO 30 cpr 150 mg rilascio modificato	€ 34,20	0,3g	€ 2,28			HSG
N06DA ANTICOLINESTERASICI							
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO 28 cpr riv 5 mg	€ 19,00	7,5mg	€ 1,02	PHT - NOTA 85	SI	AODV
N06DA04	GALANTAMINA BROMIDRATO 56 cpr riv 8 mg	€ 40,62	16mg	€ 1,45	NOTA 85		ICZ
N06DA03	RIVASTIGMINA IDROGENO TARTRATO 56 cps 1,5 mg	€ 43,15	9mg	€ 4,62	NOTA 85	SI	AODV
N07AA ANTICOLINESTERASICI							
N07AA02	PIRIDOSTIGMINA BROMURO 20 cpr 60 mg	€ 4,65	0,18g	€ 0,7			AODV - HSG
N07AA02	PIRIDOSTIGMINA BROMURO 50 cpr 180 mg rilascio prolungato	€ 107,21	0,18g	€ 2,14			AODV - HSG
N07AA01	NEOSTIGMINA METILSOLFATO 6 fiale IM 0,5 mg 1 ml	€ 1,55	2mg	€ 1,03			AODV - HSG - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
P01AB DERIVATI IMIDAZOLICI							
P01AB01	METRONIDAZOLO 20 cps 250 mg	€ 1,59	2g	€ 0,64		SI	AODV - HSG - ICZ - MM
P01BA AMINOCHINOLINE							
P01BA01	CLOROCHINA DIFOSFATO 30 cpr riv 250 mg	€ 2,97	0,5g	€ 0,2		SI	AODV
P01BC METANOLCHINOLINE							
P01BC02	MEFLOCHINA CLORIDRATO 8 cpr 250 mg	€ 26,53	1g	€ 13,26			AODV
P01CX ALTRE SOSTANZE CONTRO LA LEISHMANIOSI E LA TRIPANOSOMIASI							
P01CX01	PENTAMIDINA ISETIONATO 1 fiala IM EV aerosol 300 mg	€ 22,54	0,28g	€ 21,04	PHT con P.T.		HSG
P02CA DERIVATI BENZIMIDAZOLICI							
P02CA01	MEBENDAZOLO os sosp 30 ml 20 mg/ml	€ 3,00	0,2g	€ 1			AODV
R03AC AGONISTI SELETTIVI DEI RECETTORI BETA2-ADRENERGICI							
R03AC13	FORMOTEROLO FUMARATO 60 cps polv inal 12 mcg	€ 17,64	24mcg	€ 0,59		SI	ICZ
R03AC02	SALBUTAMOLO SOLFATO soluz nebul 15 ml 500 mg/100 ml	€ 4,90	10mg	€ 0,65			AODV - HSG - ICZ
R03AC12	SALMETEROLO XINAFOATO sosp inal 120 erog 25 mcg	€ 32,70	0,1mg	€ 1,09			AODV
R03AC02	SALBUTAMOLO SOLFATO sosp inal 200 erog 100 mcg	€ 2,51	10mg	€ 1,25		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
R03AK	ADRENERGICI ED ALTRI FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI VIE RESPIRATORIE						
R03AK07	BECLOMETASONE DIPROPIONATO/FORMOTEROLO FUMARATO DIIDRATO soluz inal 120 erog 100 mcg + 6 mcg	€ 54,09	1,44mg	€ 0,9			HSG
R03AK07	BUDESONIDE/FORMOTEROLO FUMARATO polv inal 120 dosi 160 mcg + 4,5 mcg	€ 65,70	1,08mg	€ 1,1			AODV - ICZ
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 25/50 mcg	€ 41,22	24mg	€ 1,37			ICZ
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 25/125 mcg	€ 57,75	4UD	€ 1,92			ICZ
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 25/250 mcg	€ 77,93	120mg	€ 2,6			HSG - ICZ
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO polv inal 60 dosi 50/250 mcg	€ 57,75	4UD	€ 3,85			AODV
R03AK06	SALMETEROLO XINAFOATO/FLUTICASONE PROPIONATO polv inal 60 dosi 50/500 mcg	€ 75,59	4UD	€ 5,04			AODV - HSG
R03AK04	SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO aerosol 200 erog	€ 4,90		N.D.			AODV
R03AK04	SALBUTAMOLO SOLFATO/IPRATROPIO BROMURO os nebul soluz 15 ml 375 + 75 mg/100 ml	€ 6,80		N.D.		SI	AODV - ICZ
R03AK04	BECLOMETASONE/SALBUTAMOLO sosp inal 200 erog jet 250 mcg + 100 mcg	€ 30,96		N.D.			ICZ
R03BA	GLICOCORTICOIDI						
R03BA03	FLUNISOLIDE soluz nebul 30 ml 0,1%	€ 11,79	1mg	€ 0,39		SI	HSG
R03BA01	BECLOMETASONE DIPROPIONATO soluz inal 200 erog 250 mcg	€ 25,32	0,8mg	€ 0,41		SI	ICZ - MM - PM
R03BA01	BECLOMETASONE DIPROPIONATO soluz inal 200 erog 50 mcg	€ 6,00	0,8mg	€ 0,48		SI	HSG
R03BA01	BECLOMETASONE DIPROPIONATO aerosol 20 fiale 2 ml 0,8 mg 2 ml	€ 11,69	0,8mg	€ 0,58			AODV - ICZ - MM - PM
R03BA05	FLUTICASONE PROPIONATO sosp inal 120 erog 250 mcg	€ 53,07	0,6mg	€ 1,06			ICZ
R03BA02	BUDESONIDE sosp nebul 20 flaconcini 2 ml 0,25 mg/ml	€ 15,13	0,8mg	€ 1,21		SI	AODV
R03BA01	BECLOMETASONE DIPROPIONATO soluz inal 200 erog 100 mcg autohaler	€ 34,94	0,8mg	€ 1,4			AODV

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
R03BB ANTICOLINERGICI							
R03BB01	IPRATROPIO BROMURO soluz nebul 10 fiale 2 ml 0,025%	€ 3,53	0,12mg	€ 0,08		SI	AODV - HSG
R03BB02	OXITROPIO BROMURO soluz nebul 20 ml 1,5 mg/ml	€ 12,82	0,6mg	€ 0,26			ICZ
R03BB04	TIOTROPIO BROMURO 30 cps 18 mcg handhaler	€ 50,80	18mcg	€ 1,69			AODV - HSG - ICZ - MM - PM
R03BB04	TIOTROPIO BROMURO soluz inal 60 dosi 2,5 mcg	€ 50,80		N.D.			AODV
R03DA DERIVATI XANTINICI							
R03DA04	TEOFILLINA ANIDRA 30 cpr 300 mg rilascio prolungato	€ 3,26	0,4g	€ 0,14			AODV - ICZ - MM - PM
R03DA04	TEOFILLINA ANIDRA 30 cpr 200 mg rilascio prolungato	€ 2,31	0,4g	€ 0,15			AODV - ICZ - MM - PM
R03DA04	TEOFILLINA 30 cpr 250 mg rilascio prolungato	€ 3,41	0,4g	€ 0,18			HSG
R03DA08	BAMIFILLINA CLORIDRATO 30 cpr riv 600 mg	€ 4,93	1,2g	€ 0,33			ICZ
R03DA04	TEOFILLINA os soluz 200 ml 0,67%	€ 2,48	0,4g	€ 0,74			ICZ
R03DC ANTAGONISTI DEI RECETTORI LEUCOTRIENICI							
R03DC03	MONTELUKAST SODICO 28 cpr riv 10 mg	€ 14,50	10mg	€ 0,52	NOTA 82	SI	ICZ
R05DA ALCALOIDI DELL'OPPIO E SUOI DERIVATI							
R05DA	DIIDROCODEINA RODANATO os gtt 15 g	€ 4,60	0,04g	€ 0,01	NOTA 31		AODV - HSG - MM
R06AD DERIVATI FENOTIAZINICI							
R06AD02	PROMETAZINA CLORIDRATO 20 cpr riv 25 mg	€ 2,65	25mg	€ 0,13	NOTA 89		ICZ
R06AD02	PROMETAZINA CLORIDRATO 5 fiale 50 mg /2 ml	€ 4,80	25mg	€ 0,48	NOTA 89		ICZ

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
R06AE DERIVATI PIPERAZINICI							
R06AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO 20 cpr div 10 mg	€ 3,60	10mg	€ 0,18	NOTA 89	SI	AODV - HSG - ICZ
R06AE07	CETIRIZINA DICLORIDRATO os gtt 20 ml 10 mg/ml	€ 5,90	10mg	€ 0,3	NOTA 89	SI	AODV - ICZ
S01AD ANTIVIRALI							
S01AD03	ACICLOVIR ungu oftalm 4,5 g 3%	€ 5,53	0,5g	€ 20,48		SI	HSG
S01EB PARASIMPATICOMIMETICI							
S01EB01	PILOCARPINA CLORIDRATO collirio 10 ml 4%	€ 1,95	0,016mg	€ 0		SI	ICZ
S01EC INIBITORI DELL'ANIDRASI CARBONICA							
S01EC01	ACETAZOLAMIDE 12 cpr 250 mg	€ 3,03	0,75g	€ 0,76			AODV - HSG - ICZ - PM
S01EC04	BRINZOLAMIDE collirio 5 ml 10 mg/ml	€ 13,23	0,2ml	€ 0,53			ICZ
S01ED SOSTANZE BETA-BLOCCANTI							
S01ED01	TIMOLOLO MALEATO collirio 5 ml 0,25%	€ 1,90	0,5mg	€ 0,08		SI	ICZ
S01ED01	TIMOLOLO MALEATO collirio 5 ml 0,5%	€ 1,98	1mg	€ 0,08		SI	HSG - ICZ
S01EE ANALOGHI DELLE PROSTAGLANDINE							
S01EE04	TRAVOPROST collirio 2,5 ml 40 mcg/ml	€ 20,30	0,008mg	€ 1,62			ICZ
V03AB ANTIDOTI							
V03AB14	PROTAMINA CLORIDRATO 1 fiala EV 50 mg 5 ml	€ 2,63	1f	€ 2,63		SI	AODV - HSG - ICZ - MM - PM
V03AB15	NALOXONE CLORIDRATO 1 fiala EV IM SC 0,4 mg 1 ml	€ 3,24	1f	€ 3,24		SI	ICZ - MM
V03AB04	PRALIDOXIMA METILSOLFATO 1 flaconcino EV 200 mg + 1 fiala 10 ml solv	€ 4,85	2g	€ 48,5			HSG - PM
V03AC SOSTANZE CHELANTI DEL FERRO							
V03AC01	DEFEROXAMINA MESILATO 10 fiale IM EV 500 mg + 10 fiale solv 5 ml	€ 54,42	2,25g	€ 24,49	PHT con P.T.	SI	AODV - HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Prontuario Terapeutico delle Dimissioni

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
V03AE	FARMACI PER TRATTAMENTO DELL'IPERCALIEMIA E IPERFOSFATEMIA						
V03AE01	SODIO POLISTIRENSOLFONATO os rett sosp 454 g	€ 29,09	45g	€ 2,89			AODV - HSG - PM
V03AE02	SEVELAMER CARBONATO 180 cpr riv 800 mg	€ 234,53	6,4g	€ 10,42	PHT con P.T.		HSG
V03AE02	SEVELAMER CARBONATO 60 bust polv os 2,4 g	€ 234,53	6,4g	€ 10,42	PHT con P.T.		HSG
V03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO 90 cpr mast 500 mg flacone	€ 219,39	2,25g	€ 10,97	PHT con P.T.		HSG
V03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO 90 cpr mast 750 mg flacone	€ 329,10	2,25g	€ 10,97	PHT con P.T.		HSG
V03AE03	LANTANIO CARBONATO IDRATO 90 cpr mast 1.000 mg flacone	€ 438,79	2,25g	€ 10,97	PHT con P.T.		HSG
V03AF	SOSTANZE DISINTOSSICANTI PER TRATTAMENTI CITOSTATICI						
V03AF01	MESNA 15 fiale EV 400 mg 4 ml	€ 29,66	1f	€ 1,98	PHT con P.T.		AODV - HSG - PM

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

MEDICINALI RICLASSIFICATI

(Determinazione AIFA 2/11/2010)

Medicinali Riclassificati (Determinazione AIFA 2/11/2010)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
B01AE INIBITORI DIRETTI DELLA TROMBINA							
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 110 mg	€ 104,19	0,22g	€ 6,95	PHT		AODV - HSG
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 75 mg	€ 104,19	0,22g	€ 10,19	PHT		ICZ
B01AX ALTRI ANTITROMBOTICI							
B01AX06	RIVAROXABAN 10 cpr riv 10 mg	€ 73,06	10mg	€ 7,31	PHT		AODV - ICZ
C02KX ALTRI ANTIPERTENSIVI							
C02KX02	AMBRISENTAN 30 cpr riv 5 mg	€ 3.979,30	7,5mg	€ 198,96	PHT		AODV
G04BE FARMACI UTILIZZATI NELLE DISFUNZIONI ERETTILI							
G04BE03	SILDENAFIL CITRATO 90 cpr riv 20 mg	€ 848,15	50mg	€ 23,56	PHT		AODV - HSG
J01XX ALTRI ANTIBATTERICI							
J01XX08	LINEZOLID os granulato per sospensione 100 mg/5 ml	€ 457,12	1,2g	€ 182,85	PHT		HSG
J01XX08	LINEZOLID 10 cpr riv 600 mg	€ 914,25	1,2g	€ 182,85	PHT		AODV - HSG - ICZ - MM
J02AC DERIVATI TRIAZOLICI							
J02AC03	VORICONAZOLO 28 cpr riv 50 mg	€ 436,34	0,4g	€ 124,67	PHT		HSG
J02AC03	VORICONAZOLO os soluz 45 g 40 mg/ml	€ 872,69	0,4g	€ 124,67	PHT		HSG
J02AC03	VORICONAZOLO 28 cpr riv 200 mg	€ 1.745,38	0,4g	€ 124,67	PHT		AODV - HSG
J02AC04	POSACONAZOLO os sosp 105 ml 40 mg/ml	€ 1.019,13	0,8g	€ 194,12	PHT		HSG
J05AB NUCLEOSIDI E NUCLEOTIDI ESCLUSI INIBITORI TRANSCRIPTASI INVERSA							
J05AB04	RIBAVIRINA 168 cpr riv 200 mg	€ 555,47	1g	€ 16,53	PHT	SI	AODV - HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Medicinali Riclassificati (Determinazione AIFA 2/11/2010)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
J05AF NUCLEOSIDI E NUCLEOTIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA							
J05AF08	ADEFOVIR DIPIVOXIL 30 cpr 10 mg	€ 670,27	10mg	€ 22,34	PHT		HSG - ICZ
J05AF10	ENTECAVIR 30 cpr riv 0,5 mg	€ 705,56	0,5mg	€ 23,52	PHT		AODV
L01BB ANALOGHI DELLA PURINA							
L01BB05	FLUDARABINA FOSFATO 20 cpr riv 10 mg	€ 639,17	1cpr	€ 31,96	PHT		HSG
L01BC ANALOGHI DELLA PIRIMIDINA							
L01BC06	CAPECITABINA 120 cpr riv 500 mg	€ 561,03	4,5g	€ 42,08	PHT		AODV - HSG - PM
L01BC06	CAPECITABINA 60 cpr riv 150 mg	€ 84,57	4,5g	€ 42,28	PHT		PM
L01CA ALCALOIDI DELLA VINCA ED ANALOGHI							
L01CA04	VINORELBINA BITARTRATO 1 cps 20 mg	€ 68,69	1cpr	€ 68,69	PHT		HSG - PM
L01CA04	VINORELBINA BITARTRATO 1 cps 30 mg	€ 103,04	1cpr	€ 103,04	PHT		HSG - PM
L01XE INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI							
L01XE01	IMATINIB MESILATO 120 cps 100 mg	€ 3.313,47	0,5g	€ 138,06	PHT		AODV - HSG - PM
L01XX ALTRI ANTINEOPLASTICI							
L01XX35	ANAGRELIDE CLORIDRATO 100 cps 0,5 mg flacone	€ 653,28	2,25mg	€ 29,4	PHT		AODV
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO 10 cps 0,25 mg	€ 142,88		N.D.	PHT		PM
L01XX17	TOPOTECAN CLORIDRATO 10 cps 1 mg	€ 571,52		N.D.	PHT		PM
L04AA IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI							
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE 50 cpr 500 mg	€ 74,97	2g	€ 6	PHT	SI	AODV
L04AA06	MICOFENOLATO MOFETILE 100 cps 250 mg	€ 89,42	2g	€ 7,15	PHT	SI	AODV

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

Medicinali Riclassificati (Determinazione AIFA 2/11/2010)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	DDD	Costo DDD	Nota AIFA	Medicinale Equivalente	Prontuario Terapeutico Ospedaliero (*)
M05BA	BIFOSFONATI						
M05BA06	SODIO IBANDRONATO MONOIDRATO 28 cpr riv 50 mg	€ 402,16	5mg	€ 1,44	PHT		PM
N07XX	ALTRI FARMACI DEL SISTEMA NERVOSO						
N07XX02	RILUZOLO 56 cpr riv 50 mg	€ 224,88	0,1g	€ 8,03	PHT	SI	AODV
V03AC	SOSTANZE CHELANTI DEL FERRO						
V03AC03	DEFERASIROX 28 cpr dispers 125 mg	€ 285,36	1750mg	€ 142,68	PHT		AODV - HSG
V03AC03	DEFERASIROX 28 cpr dispers 250 mg	€ 570,71	1750mg	€ 142,68	PHT		AODV - HSG
V03AC03	DEFERASIROX 28 cpr dispers 500 mg	€ 1.141,43	1750mg	€ 142,68	PHT		AODV - HSG

(*) AODV: Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate - HSG: Ospedale San Gerardo - ICZ: Istituti Clinici Zucchi - MM: Multimedita - PM: Policlinico Monza

ALLEGATO II

(Del. N° IX / 4334 del 26/10/2012)

Nelle regole di sistema per il 2013 (DGR 4334 del 26/10/2012) la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia ha individuato un elenco, vincolante per tutte le ASL, di farmaci (**Allegato II**) che contiene principi attivi classificati in fascia A/PHT da distribuire secondo quanto disposto dall'articolo 8 lettera a) della legge n. 405/2001 (distribuzione per conto) o in distribuzione diretta, previa verifica di mercato.

La distribuzione dei farmaci PHT da un lato risponde alla necessità di garantire l'erogazione continuativa di farmaci innovativi a pazienti con patologie rilevanti, facilitandone il percorso terapeutico e parallelamente monitorandone l'appropriatezza prescrittiva; dall'altro lato risponde ad esigenze di contenimento della spesa e corretta rendicontazione.

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
A10AE	INSULINE ED ANALOGHI INIETTABILI AD AZIONE LENTA			
A10AE04	INSULINA GLARGINE 1 flaconcino SC 1.000 UI 10 ml	€ 53,23	PHT	
A10AE04	INSULINA GLARGINE solostar 5 penne SC 300 UI 3 ml	€ 79,85	PHT	
A10AE05	INSULINA DETEMIR FLEXPEN 5 cartucce SC 300 UI 3 ml	€ 79,85	PHT	
A10BG	TIAZOLINDIONI			
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO 28 cpr 30 mg	€ 17,50	PHT	SI
A10BG03	PIOGLITAZONE CLORIDRATO 28 cpr 15 mg	€ 13,50	PHT	SI
A10BH	INIBITORI DELLA DIPEPTIDIL PEPTIDASI 4 (DPP-4)			
A10BH01	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO 28 cpr riv 50 mg	€ 62,34	PHT con P.T.	
A10BH01	SITAGLIPTIN FOSFATO MONOIDRATO 28 cpr riv 25 mg	€ 62,34	PHT con P.T.	
A10BX	ALTRI IPOGLICEMIZZANTI, ESCLUSE LE INSULINE			
A10BX04	EXENATIDE 1 penna SC 1,2 ml 5 mcg	€ 127,35	PHT con P.T.	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
B01AB	EPARINICI			
B01AB04	DALTEPARINA SODICA 6 siringhe SC 2.500 UI 0,2 ml	€ 18,37	PHT	
B01AB07	PARNAPARINA 6 siringhe SC 3.200 UI aXa 0,3 ml	€ 18,56	PHT	
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 2 fialesiringhe SC 10.000 UI 1 ml	€ 18,70	PHT	
B01AB12	BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 2.500 UI 0,2 ml	€ 25,23	PHT	
B01AB08	REVIPARINA SODICA 10 siringhe SC 1.750 UI 0,25	€ 26,73	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 19.000 UI 1 ml	€ 29,07	PHT	
B01AB04	DALTEPARINA SODICA 6 siringhe SC 5.000 UI 0,2 ml	€ 32,91	PHT	
B01AB04	DALTEPARINA SODICA 4 siringhe SC 7.500 UI 0,3 ml	€ 32,91	PHT	
B01AB07	PARNAPARINA 6 siringhe SC 6.400 UI aXa 0,6 ml	€ 32,94	PHT	
B01AB07	PARNAPARINA 6 siringhe SC 8.500 UI axa 0,8 ml	€ 43,74	PHT	
B01AB04	DALTEPARINA SODICA 4 siringhe SC 10.000 UI 0,4 ml	€ 46,18	PHT	
B01AB12	BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 5.000 UI 0,2 ml	€ 53,91	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 9.500 UI 1 ml	€ 56,53	PHT	
B01AB04	DALTEPARINA SODICA 4 siringhe SC 12.500 UI 0,5 ml	€ 57,71	PHT	
B01AB08	REVIPARINA SODICA 10 siringhe SC 4.200 UI 0,6 ml	€ 68,13	PHT	
B01AB04	DALTEPARINA SODICA 4 siringhe SC 15.000 UI 0,6 ml	€ 69,26	PHT	
B01AB12	BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 7.500 UI 0,3 ml	€ 80,79	PHT	
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 10 fialesiringhe SC 10.000 UI 1 ml	€ 89,73	PHT	
B01AB08	REVIPARINA SODICA 10 siringhe SC 6.300 UI 0,9 ml	€ 99,38	PHT	
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 10 fialesiringhe SC 8.000 UI 0,8 ml	€ 76,12	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 11.400 UI 0,6 ml	€ 17,40	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 2 siringhe SC 15.200 UI 0,8 ml	€ 23,18	PHT	
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 10 fialesiringhe SC 6.000 UI 0,6 ml	€ 67,02	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 7.600 UI 0,8 ml	€ 64,80	PHT	
B01AB12	BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 3.500 UI 0,2 ml	€ 37,71	PHT	
B01AB12	BEMIPARINA SODICA 10 siringhe SC 10.000 UI 0,4 ml	€ 107,74	PHT	
B01AB05	ENOXAPARINA SODICA 6 siringhe 4.000 UI 0,4 ml	€ 32,70	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 10 siringhe SC 5.700 UI 0,6 ml	€ 57,09	PHT	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 6 siringhe SC 2.850 UI 0,3 ml	€ 19,18	PHT	
B01AB06	NADROPARINA CALCICA 6 siringhe SC 3.800 UI 0,4 ml	€ 25,87	PHT	
B01AC	ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI, ESCLUSA L'EPARINA			
B01AC04	CLOPIDOGREL 28 cpr riv 75 mg	€ 16,00	PHT	SI
B01AC22	PRASUGREL CLORIDRATO 28 cpr riv 10 mg	€ 72,15	PHT con P.T.	
B01AC22	PRASUGREL CLORIDRATO 28 cpr riv 5 mg	€ 72,15	PHT con P.T.	
B01AE	INIBITORI DIRETTI DELLA TROMBINA			
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 110 mg	€ 104,19	PHT	
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO MESILATO 30x1 cps 75 mg	€ 104,19	PHT	
B01AX	ALTRI ANTITROMBOTICI			
B01AX06	RIVAROXABAN 5 cpr riv 10 mg	€ 36,53	PHT	
B01AX06	RIVAROXABAN 10 cpr riv 10 mg	€ 73,06	PHT	
B01AX06	RIVAROXABAN 30 cpr riv 10 mg	€ 219,19	PHT	
B01AX05	FONDAPARINUX SODICO 10 siringhe SC 2,5 mg 0,5 ml	€ 67,45	PHT	
B01AX05	FONDAPARINUX SODICO 10 siringhe SC 7,5 mg 0,6 ml	€ 207,01	PHT	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
B03XA	ALTRI PREPARATI ANTIANEMICI			
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 250 mcg 0,3 ml	€ 837,84	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 3.000 UI 0,3 ml	€ 42,15	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 5.000 UI 0,5 ml	€ 82,69	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 40 mcg 0,4 ml	€ 129,23	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 20.000 UI 0,5 ml	€ 193,63	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 20.000 UI	€ 250,68	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 30.000 UI 0,75 ml	€ 290,45	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 300 mcg 0,6 ml	€ 759,64	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 500 mcg 1 ml	€ 1.266,07	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 40.000 UI 1 ml	€ 387,27	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 30.000 UI	€ 372,67	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 4.000 UI	€ 51,22	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 5.000 UI	€ 64,01	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 3.000 UI	€ 38,43	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 6.000 UI	€ 76,85	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 10.000 UI	€ 128,07	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA BETA 1 siringa EV SC 2.000 UI	€ 25,63	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 30 mcg 0,3 ml	€ 100,54	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 50 mcg 0,3 ml	€ 167,57	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 75 mcg 0,3 ml	€ 251,35	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 100 mcg 0,3 ml	€ 335,13	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 120 mcg 0,3 ml	€ 402,16	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 150 mcg 0,3 ml	€ 502,70	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 200 mcg 0,3 ml	€ 670,27	PHT con P.T.	
B03XA03	METOSSIPOLIETILENGLICOLE-EPOETINA BETA 1 siringa SC EV 360 mcg 0,6 ml	€ 1.206,48	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 6.000 UI 0,6 ml	€ 84,31	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 1.000 UI 0,5 ml	€ 14,06	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	€ 56,23	PHT con P.T.	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
B03XA01	EPOETINA ALFA BIOSIMILARE 1 siringa 5.000 UI 0,5 ml	€ 70,28	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 10 mcg 0,4 ml	€ 32,31	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 20 mcg 0,5 ml	€ 64,61	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 30 mcg 0,3 ml	€ 96,92	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 50 mcg 0,5 ml	€ 161,55	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 60 mcg 0,3 ml	€ 193,86	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 80 mcg 0,4 ml	€ 258,47	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 100 mcg 0,5 ml	€ 323,09	PHT con P.T.	
B03XA02	DARBEPOETINA ALFA 1 siringa SC EV 150 mcg 0,3 ml	€ 484,63	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 2.000 UI 0,5 ml	€ 33,05	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 3.000 UI 0,3 ml	€ 49,59	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 6.000 UI 0,6 ml	€ 99,19	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 1.000 UI 0,5 ml	€ 16,54	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 4.000 UI 0,4 ml	€ 66,15	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa EV SC 8.000 UI 0,8 ml	€ 132,28	PHT con P.T.	
B03XA01	EPOETINA ALFA 1 siringa 10.000 UI 1 ml	€ 165,40	PHT con P.T.	
C01BD	ANTIARITMICI, CLASSE III			
C01BD07	DRONEDARONE CLORIDRATO 60 cpr riv 400 mg	€ 100,09	PHT con P.T.	
C01EB	ALTRI PREPARATI CARDIACI			
C01EB17	IVABRADINA CLORIDRATO 56 cpr riv 7,5 mg	€ 73,14	PHT con P.T.	
C01EB17	IVABRADINA CLORIDRATO 56 cpr riv 5 mg	€ 73,14	PHT con P.T.	
D06BB	ANTIVIRALI			
D06BB10	IMIQUIMOD crema derm 12 bust 250 mg 5%	€ 55,89	PHT con P.T.	SI

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
G03GA	GONADOTROPINE			
G03GA04	UROFOLLITROPINA 1 flaconcino 75 UI + 1 fiala	€ 17,77	PHT - NOTA 74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala SC 75 UI + 1 siringa 1 ml	€ 40,61	PHT - NOTA 74	
G03GA07	LUTROPINA ALFA 1 flaconcino SC 75 UI + 1 flaconcino solv	€ 42,33	PHT - NOTA 74	
G03GA07	LUTROPINA ALFA 3 flaconcini SC 75 UI + 3 flaconcini solv	€ 127,00	PHT - NOTA 74	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA 5 fiale IM SC 50 UI 0,5 ml	€ 130,37	PHT - NOTA 74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE 1 penna SC 300 UI/0,5 ml + 5 aghi	€ 162,41	PHT - NOTA 74	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA 1 cartuccia SC 300 UI/0,36 ml	€ 163,10	PHT - NOTA 74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE 1 penna SC 450 UI/0,75 ml + 7 aghi	€ 243,62	PHT - NOTA 74	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA 5 fiale IM SC 100 UI 0,5 ml	€ 260,68	PHT - NOTA 74	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA 1 cartuccia SC 600 UI/0,72 ml	€ 326,20	PHT - NOTA 74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE 1 penna SC 900 UI/1,5 ml + 14 aghi	€ 487,24	PHT - NOTA 74	
G03GA06	FOLLITROPINA BETA 1 cartuccia SC 900 UI/1,08 ml	€ 489,30	PHT - NOTA 74	
G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DA DNA RICOMBINANTE 1 fiala SC 1.050 UI 1,75 ml	€ 564,86	PHT - NOTA 74	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
H01AC SOMATROPINA E AGONISTI DELLA SOMATROPINA				
H01AC01	SOMATROPINA 7 tubofiale SC 0,2 mg	€ 52,86	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 1 fiala 1,33 mg 4 UI + 1 fiala solv 1 ml	€ 54,86	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 7 tubofiale SC 0,4 mg	€ 114,80	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 7 tubofiale SC 0,6 mg	€ 151,76	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 1 flaconcino SC 4 mg + 1 fiala solv 3,5 ml	€ 171,29	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 4 tubofiale SC 1,2 mg	€ 180,28	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 7 tubofiale SC 0,8 mg	€ 214,79	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 4 tubofiale SC 1,4 mg	€ 221,69	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 1 tubofiale SC 5,3 mg	€ 232,24	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 4 tubofiale SC 1,6 mg	€ 257,89	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 7 tubofiale SC 1 mg	€ 279,51	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 4 tubofiale SC 1,8 mg	€ 295,08	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 4 tubofiale SC 2 mg	€ 332,36	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 1 fiala 8 mg + 1 cartuccia	€ 345,33	PHT - NOTA 39	
H01AC01	SOMATROPINA 1 tubofiale SC 12 mg	€ 473,23	PHT - NOTA 39	
H01CB ORMONI ANTICRESCITA				
H01CB02	OCTREOTIDE 5 fiale EV SC 0,05 mg 1 ml	€ 15,99	PHT - NOTA 40	SI
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO 1 flacone IM 30 mg rilascio prolungato + 1 fiala 2 ml	€ 533,85	PHT - NOTA 40	
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO 1 siringa SC 60 mg	€ 1.054,63	PHT - NOTA 40	
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO 1 siringa SC 90 mg	€ 1.138,28	PHT - NOTA 40	
H01CB03	LANREOTIDE ACETATO 1 siringa SC 120 mg	€ 1.138,28	PHT - NOTA 40	
H01CB02	OCTREOTIDE 1 fiala EV SC 1 mg 5 ml	€ 50,98	PHT - NOTA 40	SI
H01CB02	OCTREOTIDE 5 fiale EV SC 0,1 mg 1 ml	€ 26,80	PHT - NOTA 40	SI
H01CB02	OCTREOTIDE 3 fiale EV SC 0,5 mg 1 ml	€ 171,10	PHT - NOTA 40	
H05BX ALTRE SOSTANZE ANTIPARATIROIDEE				
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 60 mg	€ 526,80	PHT con P.T.	
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 90 mg	€ 790,21	PHT con P.T.	
H05BX01	CINACALCET CLORIDRATO 28 cpr riv 30 mg	€ 285,35	PHT con P.T.	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
J05AB NUCLEOSIDI E NUCLEOTIDI ESCLUSI INIBITORI TRANSCRIPTASI INVERSA				
J05AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO 42 cpr riv 500 mg	€ 59,82	PHT - NOTA 84	SI
J05AB11	VALACICLOVIR CLORIDRATO 21 cpr riv 1.000 mg	€ 59,82	PHT - NOTA 84	SI
J05AB14	VALGANCICLOVIR CLORIDRATO 60 cpr riv 450 mg	€ 1.778,83	PHT con P.T.	
J05AF NUCLEOSIDI E NUCLEOTIDI INIBITORI DELLA TRANSCRITTASI INVERSA				
J05AF05	LAMIVUDINA os gtt 240 ml 5 mg/ml	€ 36,51	PHT con P.T.	
J05AF05	LAMIVUDINA 28 cpr riv 100 mg	€ 55,31	PHT con P.T.	SI
L02AE ANALOGHI DELL'ORMONE LIBERATORE DELLE GONADOTROPINE				
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 impianto 3,6 mg	€ 133,39	PHT - NOTA 51	
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 impianto 5 mg	€ 345,11	PHT - NOTA 51	
L02AE01	BUSERELIN ACETATO 1 siringa SC 6,3 mg rilascio prolungato	€ 323,50	PHT - NOTA 51	
L02AE01	BUSERELIN ACETATO 1 siringa SC 9,45 mg impianto depot	€ 409,29	PHT - NOTA 51	
L02AE03	GOSERELIN ACETATO 1 siringa SC 3,6 mg rilascio prolungato	€ 195,06	PHT - NOTA 51	
L02AE03	GOSERELIN ACETATO 1 siringa SC 10,8 mg rilascio prolungato	€ 592,35	PHT - NOTA 51	
L02AE01	BUSERELIN ACETATO soluz nasale 0,1 mg/erog 1 flacone 10 mg	€ 40,89	PHT - NOTA 51	
L02AE01	BUSERELIN ACETATO 1 fiala SC 5,5 ml 1 mg/ml	€ 19,33	PHT - NOTA 51	
L02AE04	TRIPTORELINA EMBONATO 1 fiala 11,25 mg + 1 fiala solv 2 ml + 1 siringa	€ 524,59	PHT - NOTA 51	
L02AE04	TRIPTORELINA 1 fiala 3,75 mg + 1 fiala solv 2 ml + 1 siringa	€ 180,10	PHT - NOTA 51	
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 siringa 22,5 mg + kit	€ 387,49	PHT - NOTA 51	
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 siringa 7,5 mg + kit	€ 149,77	PHT - NOTA 51	
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 fiala IM SC 11,25 mg + 1 siringa 2 ml	€ 460,14	PHT - NOTA 51	
L02AE02	LEUPRORELINA ACETATO 1 fiala IM SC 3,75 mg + 1 siringa 2 ml	€ 177,85	PHT - NOTA 51	
L02BB ANTIANDROGENI				
L02BB03	BICALUTAMIDE 28 cpr riv 50 mg	€ 29,83	PHT	SI
L02BB03	BICALUTAMIDE 28 cpr riv 150 mg	€ 126,48	PHT	SI

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
L03AA FATTORI DI STIMOLAZIONE DELLE COLONIE				
L03AA13	PEGFILGRASTIM 1 fiala SC 6 mg 0,6 ml	€ 1.489,49	PHT con P.T.	
L03AA02	FILGRASTIM BIOSIMILARE 1 siringa 30.000.000 UI 0,5 ml	€ 99,80	PHT con P.T.	
L03AA02	FILGRASTIM 1 siringa 30.000.000 UI 0,5 ml	€ 127,95	PHT con P.T.	
L03AA10	LENOGRASTIM 1 fiala SC 33.600.000 UI 1 ml + 1 siringa	€ 131,02	PHT con P.T.	
L03AB INTERFERONI				
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 50 mcg + 1 fiala solv	€ 126,55	PHT con P.T.	
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 100 mcg + 1 fiala solv	€ 252,90	PHT con P.T.	
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 150 mcg + 1 fiala solv	€ 379,04	PHT con P.T.	
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 80 mcg + 1 fiala solv	€ 202,31	PHT con P.T.	
L03AB10	INTERFERONE ALFA 2B PEGILATO 1 fiala SC 120 mcg + 1 fiala solv	€ 303,49	PHT con P.T.	
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO 1 penna SC 180 mcg 0,5 ml	€ 305,34	PHT con P.T.	
L03AB11	INTERFERONE ALFA 2A PEGILATO 1 penna SC 135 mcg 0,5 ml	€ 238,32	PHT con P.T.	
L04AA IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI				
L04AA13	LEFLUNOMIDE 3 cpr riv 100 mg	€ 32,51	PHT con P.T.	
L04AA13	LEFLUNOMIDE 30 cpr riv 20 mg	€ 56,14	PHT con P.T.	SI
L04AD INIBITORI DELLA CALCINEURINA				
L04AD02	TACROLIMUS 30 cps 0,5 mg	€ 24,32	PHT con P.T.	
L04AD02	TACROLIMUS 60 cps 1 mg	€ 104,09	PHT con P.T.	SI
L04AD02	TACROLIMUS 30 cps 5 mg	€ 241,51	PHT con P.T.	SI
N04BA DOPA E SUOI DERIVATI				
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE 100 cpr 100 mg + 25 mg + 200 mg	€ 116,02	PHT con P.T.	
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE 100 cpr 50 mg + 12,5 mg + 200 mg	€ 116,02	PHT con P.T.	
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE 100 cpr 125 mg + 31,25 mg + 200 mg	€ 116,02	PHT con P.T.	
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE 100 cpr 75 mg + 18,75 mg + 200 mg	€ 116,02	PHT con P.T.	
N04BA03	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONE 100 cpr 200 mg + 50 mg + 200 mg	€ 116,02	PHT con P.T.	

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

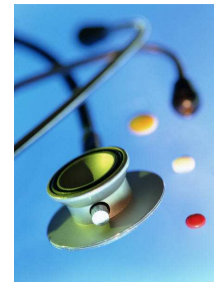
ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
N05AH	DIAZEPINE, OSSAZEPINE, TIAZEPINE E OSSEPINE			
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr 5 mg	€ 24,50	PHT con P.T.	SI
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr 10 mg	€ 49,00	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 150 mg rilascio prolungato	€ 117,07	PHT con P.T.	
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 300 mg	€ 60,00	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 400 mg rilascio prolungato	€ 95,64	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 300 mg rilascio prolungato	€ 71,88	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 200 mg	€ 50,00	PHT con P.T.	SI
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr riv 2,5 mg	€ 12,00	PHT con P.T.	SI
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr orodispers 5 mg	€ 24,50	PHT con P.T.	SI
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr riv 5 mg	€ 24,50	PHT con P.T.	SI
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr orodispers 10 mg	€ 49,00	PHT con P.T.	SI
N05AH03	OLANZAPINA 28 cpr riv 10 mg	€ 49,00	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 200 mg rilascio prolungato	€ 63,76	PHT con P.T.	SI
N05AH02	CLOZAPINA 28 cpr 25 mg	€ 5,38	PHT con P.T.	SI
N05AH02	CLOZAPINA 28 cpr 100 mg	€ 22,47	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr riv 100 mg	€ 40,00	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 60 cpr 50 mg rilascio prolungato	€ 31,49	PHT con P.T.	SI
N05AH04	QUETIAPINA FUMARATO 30 cpr riv 25 mg	€ 9,27	PHT con P.T.	SI

Allegato II (Del. N°IX / 4334 del 26/10/2012)

ATC	Descrizione Prodotto	Prezzo	Nota AIFA	Medicinale Equivalente
N05AX ALTRI ANTIPSICOTICI				
N05AX12	ARIPIRAZOLO 1 flacone os 150 ml 1 mg/ml	€ 131,70	PHT con P.T.	
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 3 mg	€ 38,14	PHT con P.T.	SI
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 2 mg	€ 27,06	PHT con P.T.	SI
N05AX08	RISPERIDONE 60 cpr riv 1 mg	€ 14,63	PHT con P.T.	SI
N05AX08	RISPERIDONE os gtt 100 ml 1 mg/ml	€ 36,95	PHT con P.T.	SI
N05AX13	PALIPERIDONE 28 cpr 6 mg rilascio prolungato	€ 133,47	PHT con P.T.	
N05AX12	ARIPIRAZOLO 28 cpr 15 mg	€ 140,49	PHT con P.T.	
N05AX12	ARIPIRAZOLO 28 cpr orodispers 15 mg	€ 140,49	PHT con P.T.	
N05AX13	PALIPERIDONE 28 cpr 9 mg rilascio prolungato	€ 225,21	PHT con P.T.	
N05AX12	ARIPIRAZOLO 28 cpr 10 mg	€ 140,49	PHT con P.T.	
N05AX12	ARIPIRAZOLO 28 cpr orodispers 10 mg	€ 140,49	PHT con P.T.	
N05AX13	PALIPERIDONE 28 cpr 3 mg rilascio prolungato	€ 133,47	PHT con P.T.	
N05AX12	ARIPIRAZOLO 28 cpr 5 mg	€ 131,70	PHT con P.T.	
N06DA ANTICOLINESTERASICI				
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO 28 cpr orodispers 5 mg	€ 19,00	PHT - NOTA 85	SI
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO 28 cpr orodispers 10 mg	€ 23,90	PHT - NOTA 85	SI
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO 28 cpr riv 10 mg	€ 23,90	PHT - NOTA 85	SI
N06DA02	DONEPEZIL CLORIDRATO 28 cpr riv 5 mg	€ 19,00	PHT - NOTA 85	SI
N06DA03	RIVASTIGMINA 30 cerotti transd 4,6 mg/die	€ 108,19	PHT - NOTA 85	
N06DX ALTRI FARMACI ANTI-DEMENZA				
N06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO 28 cpr riv 20 mg	€ 118,09	PHT - NOTA 85	
N06DX01	MEMANTINA CLORIDRATO os soluz 5 mg/erog	€ 105,43	PHT - NOTA 85	
V03AC SOSTANZE CHELANTI DEL FERRO				
V03AC01	DEFEROXAMINA MESILATO 10 fiale IM EV 500 mg + 10 fiale solv 5 ml	€ 54,42	PHT con P.T.	SI
V03AE FARMACI PER TRATTAMENTO DELL'IPERCALIEMIA E IPERFOSFATEMIA				
V03AE02	SEVELAMER CLORIDRATO 180 cpr 800 mg	€ 234,53	PHT con P.T.	

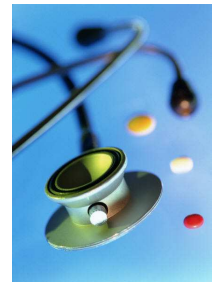
Appropriato utilizzo dei farmaci *Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche*

- Antipsicotici
- Antisecretivi
- FANS
- Statine
- Artrite reumatoide
- Asma Bronchiale in età pediatrica
- BPCO
- Disturbi emotivi
- Diabete
- Ipertensione
- Osteoporosi
- Scopenso Cardiacco
- Dolore nel paziente oncologico



Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per la prescrizione degli antipsicotici



2005

(aggiornamenti AIFA 2013)

ANTIPSIKOTICI

Antipsicotici tipici ed atipici per la cura dei disturbi comportamentali in corso di demenza (BPSD)

Percorso clinico per la prescrizione condiviso dalle Società Scientifiche italiane

- ⇒ Valutare attentamente il disturbo da trattare. Il trattamento deve essere riservato al controllo dei disturbi comportamentali gravi che non abbiano risposto all'intervento non farmacologico (modifiche ambientali, counselling, etc.)
- ⇒ Iniziare la terapia con una dose bassa e raggiungere gradualmente il dosaggio clinicamente efficace.
- ⇒ Se il trattamento è inefficace sospendere gradualmente il farmaco e prendere eventualmente in considerazione un diverso composto.
- ⇒ Se il trattamento è efficace continuare a trattare e monitorare il soggetto per un periodo di uno - tre mesi e poi, una volta che il soggetto sia asintomatico, tentare di sospenderlo gradualmente.
- ⇒ Evitare di somministrare due o più antipsicotici contemporaneamente.
- ⇒ Evitare l'uso concomitante di antipsicotici e benzodiazepine.
- ⇒ Monitorare attentamente sicurezza ed efficacia degli antipsicotici e segnalare tempestivamente tutti gli effetti indesiderati
- ⇒ Somministrare con estrema cautela gli antipsicotici a soggetti con fattori di rischio cardiovascolare dopo attenta valutazione dello stato clinico e con rivalutazione dei parametri vitali (e in particolare della pressione in clinico ed orto statismo a una settimana di distanza dall'inizio della terapia).

Antipsicotici tipici e atipici nella schizofrenia. Linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Il NICE raccomanda di considerare gli antipsicotici atipici

- ⇒ come trattamenti di prima scelta per la schizofrenia di nuova diagnosi
- ⇒ come alternativa nel trattamento di episodi acuti di schizofrenia quando non è possibile instaurare un dialogo con il paziente
- ⇒ per pazienti che non tollerano gli effetti indesiderati di farmaci convenzionali;
- ⇒ nel caso di ricadute della malattia quando la terapia convenzionale non è in grado di controllare i sintomi in modo adeguato o provoca effetti inaccettabili

Raccomanda inoltre:

- ⇒ di non passare da una terapia convenzionale a un antipsicotico atipico se la prima è in grado di controllare i sintomi in modo adeguato senza effetti indesiderati inaccettabili;
- ⇒ di introdurre la clozapina appena possibile se i sintomi della schizofrenia non sono controllati in modo adeguato dall'uso sequenziale di due o più antipsicotici (uno dei quali atipico) ognuno dei quali somministrato per almeno 6-8 settimane.

N.B.: E' stato abolito il piano terapeutico per i seguenti principi attivi:

**QUETIAPINA;
OLANZAPINA;
RISPERIDONE;
ZIPRASIDONE;
ASENAPINA;
POLIPERIDONE.**

Il piano terapeutico è rimasto in vigore solo per la CLOZAPINA.

Il MMG può quindi prescrivere tale medicinale su ricettario SSN, per le indicazioni contenute nella scheda tecnica, in presenza di piano terapeutico formulato da Specialisti delle UO di Psichiatria delle strutture pubbliche e private accreditate

Riferimenti e bibliografia

- Linee guida sulla diagnosi di demenza e di malattia di Alzheimer. Gruppo di Studio sulle Demenze della Società italiana di Neurologia Revisione 2004
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical Antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and Psychological symptoms of dementia : systematic review. *BMJ* 2004;329 :75-9;
- Importanti informazioni di sicurezza su risperidone e rischio di eventi cerebrovascolari nel trattamento delle psicosi e dei disturbi comportamentali in pazienti anziani affetti da demenza. *Bollettino di informazione sui farmaci* 2004 ; 1:14.
- Linee guida del National institute for Clinical Excellence sull'uso degli antipsicotici atipici nella schizofrenia ;
- Galassi R , Monreale A. Gli antipsicotici nei disturbi comportamentali e psicologici nell'anziano con alterazioni cognitive .*Neurol sci* (2003) 24:S403-S-404
- Farmacovigilanza : Antipsicotici: tra indicazioni di rischio e raccomandazioni d'uso. *Farmacovigilanza news* n. 7-8 2004
- American Psychiatric Association (APA). Practice guidelines for the treatment of patient with Alzheimer's disease and other dementias of late life. Washington (DC):American Psychiatric press ,Inc. ;
- Agenzia Italiana Del Farmaco(AIFA). Trattamento Farmacologici dei Disturbi Psicotici in pazienti affetti da Demenza (comunicato del 21 Luglio 2005)



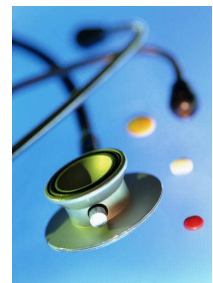
Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

*Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi
Policlinico di Monza*

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per la prescrizione degli antisecretivi



2005

(aggiornamenti AIFA 2013)

ANTISECRETIVI

Ulcera peptica

- ⇒ Nel'ulcera peptica **Helicobacter pylori (Hp) negativa** i farmaci indicati sono gli **anti H2** o **gli Inibitori di Pompa Protonica** impiegati per 4, occasionalmente 6 settimane. In caso di recidiva, tale trattamento può essere prolungato fino ad un anno dopo di che il paziente deve essere rivalutato.
- ⇒ Il trattamento di scelta **dell'Ulcera peptica Hp positiva** è l'**eradicazione** dell'infezione con una triplice terapia (IPP, amoxicillina, claritromicina o metronidazolo o tinidazolo o altri AB in caso di resistenza) per una settimana.
- ⇒ La **diagnosi** di ulcera richiede sempre un accertamento strumentale, preferibilmente la esofagogastroduodenoscopia (EGDS) ;
- ⇒ Al termine della terapia dell'ulcera gastrica è sempre necessario ripetere la EGDS per confermare la guarigione e per ripetere le biopsie mirate mentre non è necessario ripetere la EGDS in caso di ulcera duodenale Hp pos non complicata.
- ⇒ In pazienti a minor rischio di neoplasia gastrica (età <45 aa. senza sintomi di allarme) con sintomatologia ulcerosa tipica, non indagata endoscopicamente, si può procedere alla verifica della presenza di Hp con test non invasivo, ed in caso di positività si procede alla terapia eradicante (test and treat). L'endoscopia va effettuata in caso di persistenza dei sintomi o di una loro precoce ricomparsa.
- ⇒ La somministrazione concomitante di omeprazolo o esomeprazolo con clopidogrel deve essere evitata per il rischio di riduzione dell'effetto antiplastrinico del clopidogrel.

Danno gastrointestinale da FANS

La **prevenzione del danno gastrico** da FANS si persegue:

- ⇒ Impiegando FANS gravati da minore gastrolesività ed al dosaggio minimo efficace
- ⇒ Limitando al tempo minimo indispensabile il trattamento
- ⇒ Rivalutando periodicamente la reale necessità della terapia cronica con FANS
- ⇒ Identificando i pazienti a rischio da sottoporre a profilassi con antisecretivi.

Gli IPP e il Misoprostolo sono i farmaci più efficaci nella profilassi del danno gastrointestinale da FANS.

Per il trattamento del danno gastrointestinale da FANS gli IPP sono impiegati a dose piena mentre la profilassi può essere condotta a dosaggio ridotto.

Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)

- ⇒ **La diagnosi di malattia da reflusso si basa fundamentalmente sulla clinica. La EGDS è raccomandata in presenza di sintomi allarmanti o di mancata risposta alla terapia.**
- ⇒ Gli IPP in dosi standard sono il trattamento di scelta della MRGE all'esordio. Dosi più alte sono necessarie nei casi più severi, particolarmente se associati a manifestazioni extraesofagee
- ⇒ L'opportunità della terapia di mantenimento va valutata alla prima recidiva seguita a un periodo senza terapia
- ⇒ La terapia di mantenimento può essere attuata secondo uno schema IPP **"on demand"**, ovvero in forma continuativa in caso di esofagite grave o insuccesso dello schema "on demand"
- ⇒ Durante la **terapia continuativa** dovrebbe essere adottato un approccio **step-down** che prevede una progressiva riduzione del dosaggio e della potenza dei farmaci impiegati (potendo utilizzare quindi la sequenza IPP – antiH2 - antiacidi e/o alginati) fino ad arrivare alla completa sospensione del trattamento o alla minima dose che comporti il benessere sintomatico
- ⇒ Nel caso di durata terapeutica prolungata, dopo un anno di trattamento si deve rivalutare il paziente clinicamente ma ciò non comporta un'interruzione automatica del trattamento. Il paziente dovrebbe comunque, quando possibile, essere incoraggiato alla graduale sospensione dell'antisecretivo continuando il trattamento eventualmente con antiacidi e/o alginati in regime di autocura.

Note Aifa

La prescrizione dei farmaci IPP, anti H2 e misoprostolo sono prescrivibili a carico del SSN per le indicazioni previste dalle NOTE 1 e 48.

Il misoprostolo in terapia associata con il diclofenac è sottoposto alle indicazioni della NOTA 66, mentre in monoterapia è soggetto alle limitazioni della NOTA 1.

Il rabeprazolo è soggetto alle limitazioni previste dalla NOTA 48.

Riferimenti e bibliografia

- Avvertenze del Committee on Safety of Medicines sugli effetti gastrointestinali dell'uso dei FANS.
- Bytzer B, Blum A, Dubois D et altri in Alim. Pharmacol therap 2004, 20:181-188
- 2 Kartman B, Gatz G, Johannesson M in Med. Decis. Making 2004; 24: 40-52
- Current concepts in the management of helicobacter pilori infection. Maastricht 2-2000;*
- PNLG. Sinossi delle raccomandazioni cliniche delle linee guida su : ulcera peptica;
- Guida all'uso dei farmaci sulla base del British National Formulary. Ministero della Salute ;
- Clinical Evidence 2003. Ministero della Salute;
- Managements of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Guidelines for Clinical Care. University of Michigan Health System;
- Linee guida per la gestione dei pazienti con malattia da reflusso gastroesofageo. Commissione delle Linee Guida della Federazione delle Malattie Digestive AIGO-SIED-SIGE;
- La Profilassi del Danno gastrointestinale da farmaci. Appropriatelyzza e Gestione del rischio. Linea guida a cura dell'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia;
- A.Bozzani M. Sturkenboom R. Ravasio A. Nicolosi . Diagnostic work-up and management of young patients with ulcer-like dyspepsia. A cost – minimisation study. European Journal of General Practice 2001; 154-159
- Dyspepsia-management of Dyspepsia in adults in primary care. National Institute for clinical excellence NICE. Settembre 2004.



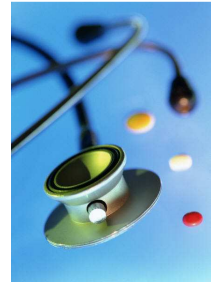
Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

*Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi
Policlinico di Monza*

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per la prescrizione dei FANS



2006

(aggiornamenti AIFA 2013)

Nota AIFA 66 del 24.08.2012

La prescrizione dei farmaci antinfiammatori non steroidei a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni patologiche:

- *Artropatie su base connettivica*
- *Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria*
- *Dolore neoplastico*
- *Attacco acuto di gotta.*

FANS selettivi - COXIB (Celecoxib - Etoricoxib - Parecoxib*)

*Fascia C: non prescrivibile a carico SSN

Linee Guida NICE 2001 per l'utilizzo degli inibitori selettivi delle COX-2

- *non devono essere usati di routine per il trattamento dell'artrosi e dell'artrite reumatoide*
- *sostituiscono i FANS tradizionali nei pazienti con ulcere gastroduodenali, perforazioni o sanguinamenti gastrointestinali*
- *non vi sono prove che giustifichino l'utilizzo contemporaneo di farmaci gastroprotettori ed inibitori delle Cox-2*
- *i vantaggi degli inibitori selettivi delle Cox-2 si riducono nei pazienti in terapia con basse dosi di ASA*

Le linee guida NICE 2001 mettono in guardia sull'utilizzo di tali farmaci nei pazienti con disturbi cardiovascolari. Le recenti evidenze rafforzano e sviluppano tali avvertenze come di seguito.

Raccomandazioni e controindicazioni EMEA (alla luce delle ultime evidenze circa gli eventi avversi cardiovascolari e gravi reazioni cutanee)

- ⇒ Data l'associazione tra rischio vascolare ed esposizione agli inibitori della Cox-2, viene raccomandata la prescrizione della **dose efficace più bassa** ed una durata di trattamento il **più breve possibile**
- ⇒ Non utilizzare gli inibitori della Cox-2 in pazienti con cardiopatia ischemica e/o malattia cerebrovascolare conclamata, con cardiopatia congestizia di classe II-IV NYHA
- ⇒ Attenzione ai pazienti con fattori di rischio per eventi cardiovascolari e con arteriopatia periferica
- ⇒ Si raccomanda un attento monitoraggio della pressione sanguigna in tutti i pazienti trattati con etoricoxib.
- ⇒ **Non** utilizzare parecoxib nel dolore post-operatorio dopo by-pass aorto-coronarico
- ⇒ Attenzione a reazioni allergiche e cutanee soprattutto nel primo mese di trattamento
- ⇒ Il Ketoprofene nella formulazione topica può provocare l'insorgenza di gravi reazioni di fotosensibilità cutanea.

FANS non selettivi

Raccomandazioni e controindicazioni: (in caso di terapia cronica)

- ⇒ Si raccomanda la prescrizione di paracetamolo come farmaco di prima scelta nella terapia analgesica o di ibuprofene al dosaggio minimo efficace; in caso di inefficacia, utilizzare altri FANS secondo il profilo crescente di gastrolesività (vedere tabella)
- ⇒ E' controindicato l'utilizzo di FANS in tutte quelle situazioni cliniche per le quali un sanguinamento gastrointestinale acuto potrebbe mettere in pericolo la vita del paziente (Insuff. renale severa, cirrosi epatica, elevato rischio emorragico, anemia grave)
- ⇒ Evitare le associazioni di più FANS
- ⇒ Particolare attenzione per i pazienti con storia di ipertensione, insufficienza cardiaca, trattamento con anticoagulanti, steroidi, inibitori della ricaptazione della serotonina
- ⇒ Si raccomanda gastroprotezione nei pazienti a rischio: pregressa ulcera, età >75 aa, uso steroidi e/o anticoagulanti
- ⇒ Nel 2013 per il Diclofenac ed altri FANS non selettivi sono state introdotte alcune modifiche delle controindicazioni ed avvertenze ponendo una particolare attenzione al rischio cardiovascolare e al potenziale danno epatico.

Utilizzo di Nimesulide

- ⇒ L'aggiornamento della nota AIFA 66 raccomanda la prescrizione di nimesulide solo nel "trattamento di breve durata del dolore acuto nell'ambito delle patologie sopra descritte" (nel box).

Utilizzo di ASA a dosaggio antiaggregante

- ⇒ Tra 75-300 mg il rischio di lesioni gastrointestinali aumenta col crescere della dose
- ⇒ E' ammessa la profilassi con IPP nei pazienti a rischio emorragico trattati "long term" con ASA a dosaggio antiaggregante

Classificazione FANS in base alla gastrolesività	
FANS a bassa tossicità	Ibuprofene Diclofenac
FANS a media tossicità	Sulindac Naproxene
FANS a media-alta tossicità	Indometacina Ketoprofene
FANS ad alta tossicità	Piroxicam Ketorolac
FANS a tossicità non definita	Nimesulide

Riferimenti e bibliografia

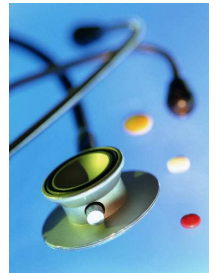
- Hollander D. Gastrointestinal complication of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: prophylactic and therapeutic strategies. *Am J Med* 1994; 96: 274-81.
- Gabriel SE, Jaakkimainen L, Bombardier C. Risk for serious gastrointestinal complication related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991; 115: 787-96.
- Lanza FL. A guideline for the treatment and prevention of NSAID-induced ulcers. *Am J Gastroenterology* 1998;93:2037-46
- Juni P, et al. Cox 2 inhibitors, traditional NSAIDs, and the heart. *BMJ* 2005; 330:1342-3
- Michigan quality improvement Consortium Guideline :Medical Management of Adults with Osteoarthritis. Approved by MQIC Medical Directors 8/2005
- NICE .Guidance on the use of cyclo-oxygenase (Cox)II selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib,meloxicam and etodolac for osteoarthritis and rheumatoid arthritis.Review May 2004.
- Comunicato stampa EMEA su COX2 inibitori del 27/6/05
- Comunicato AIFA Ottobre 2005. Elementi chiave per i FANS non selettivi adottati dal CHMP



Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

*Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi
Policlinico di Monza*



Appropriato utilizzo dei farmaci
Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche

Appropriato utilizzo delle statine



NOVEMBRE 2009

(aggiornamenti AIFA 2013)

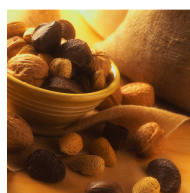
STATINE e riduzione del Rischio Cardiovascolare

Ogni intervento farmacologico va aggiunto e non sostituito alle modifiche degli stili di vita che hanno il maggior effetto potenziale sul rischio Cardio Cerebro Vascolare.

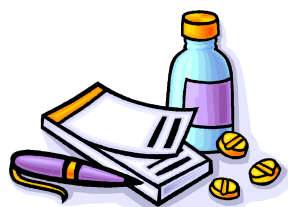
- ⇒ La colesterolemia elevata è uno dei maggiori fattori di rischio cardiovascolare (CCV).
- ⇒ La modifica degli stili di vita si è mostrata efficace nel ridurre l'ipercolesterolemia nella maggioranza dei casi.



- ⇒ Si può elevare il colesterolo HDL aumentando l'attività fisica, smettendo di fumare, perdendo peso.



I modelli di alimentazione che si sono dimostrati efficaci sono prevalentemente vegetariani e corredati di cibi con speciali proprietà, come noci e altra frutta secca oleosa, soia, semi e cibi arricchiti di steroli vegetali, pompelmi, e fibra solubile (di cui sono ricchi fagioli, orzo e avena integrali, prugne e verdure come carciofi, melanzane, ..).



In una parte dei casi tuttavia la riduzione della colesterolemia solo con l'adozione di comportamenti di vita adeguati non è possibile stante la compresenza di altri fattori di rischio, in tali casi si rende necessario ridurre la colesterolemia utilizzando le statine.

Nella scelta della statina occorre prendere in considerazione, come per ogni terapia, vari fattori, quali le abitudini di vita del paziente, le comorbilità, l'età e il livello di rischio complessivo, il tutto comparato alla disponibilità sul mercato di varie tipologie di statine con efficacia e costo differenti.



Linee guida per l'appropriato impiego delle statine

La National Cholesterol Education Program delle linee-guida cliniche per la valutazione e il trattamento dell'ipercolesterolemia, nel NCEP Adult Treatment Panel III (ATP III) Final Report pubblicato nel 2003, concentra l'attenzione sulla prevenzione primaria nei pazienti ad alto rischio.

A questo si aggiunge il lavoro svolto dall'American Heart Association (AHA) che nel luglio 2002 ha aggiornato le indicazioni sulla prevenzione primaria coincidenti con quelle dell'ATP III.

Entrambe le linee-guida rappresentano uno strumento determinante per il medico, necessarie per indirizzare la valutazione, il trattamento e il follow-up di pazienti che possono essere a rischio, ma che non hanno ancora manifestato nessuna patologia cardiovascolare.

Le linee guida dell'ATP (Adult Treatment Panel) III, e una revisione sistematica dell'Oregon riportano dati solidi sull'efficacia delle diverse dosi delle differenti statine:

- **Simvastatina**

(disponibile come generico-equivalente) è una delle meglio studiate, ha solide prove di riduzione di eventi CCV in soggetti a rischio, non ha aumentato il rischio di tumori a distanza di 10 anni (per le altre ecetto pravastatina sono disponibili solo follow up più brevi). Altri problemi di sicurezza (alterazioni epatiche, miopatie) non mostrano differenze significative tra statine e sono dose dipendenti.

- **Rosuvastatina**

- **Atorvastatina (disponibile come generico-equivalente)**

Sono indicate per il follow up dei soggetti già incorsi in eventi cardiovascolari maggiori, inoltre grandi studi hanno dimostrato la sicurezza a dosi standard di rosuvastatina e atorvastatina anche in pazienti vulnerabili.

DIABETE E DISLIPIDEMIA *Rif bibliogr.*

1) AMD - SID - Diabete Italia STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO.

Linee-guida e raccomandazioni - 2007

2) ADA STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES - 2009
Diabetes Care 2009; 32 (suppl 1): 58-59

Screening, monitoraggio

- ⇒ Il controllo del profilo lipidico completo (colesterolo totale, HDL e trigliceridi) deve essere effettuato almeno annualmente e a intervalli di tempo più ravvicinati in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico. (*Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B*)
- ⇒ Il colesterolo LDL deve essere considerato l'obiettivo primario della terapia. (*Livello di prova I, Forza della raccomandazione A*)
- ⇒ Il colesterolo non-HDL può essere utilizzato come obiettivo secondario nei diabetici con trigliceridemia superiore a 200 mg/dl. (*Livello di prova III, Forza della raccomandazione B*)
- ⇒ Il rapporto apoB/apoA1 può costituire un utile indice di rischio cardiovascolare nel diabetico. (*Livello di prova III, Forza della raccomandazione B*)

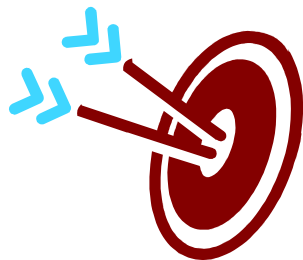


Trattamento

(per tutte le affermazioni seguenti: : *Livello di prova I, Forza della raccomandazione A*).

- ⇒ Nei diabetici con dislipidemia sono fondamentali le modificazioni dello stile di vita (dieta povera di grassi saturi e colesterolo, ricca di fibre, incremento dell'attività fisica) e la correzione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare (ottimizzazione del compenso glicemico e dei valori pressori, sospensione del fumo).
- ⇒ La terapia ipolipemizzante si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio cardiovascolare (IMA fatale e non fatale e rivascolarizzazione coronarica) nei diabetici tipo 2 in prevenzione primaria e secondaria.
- ⇒ Le statine sono i farmaci di prima scelta per la prevenzione della malattia cardiovascolare.

Farmaci ed obiettivi terapeutici



- ⇒ In diabetici di età <40 anni e nessun fattore aggiuntivo di rischio cardiovascolare, la terapia con statine in aggiunta alle variazioni dello stile di vita è indicata per valori di colesterolo LDL >130 mg/dl. L'obiettivo terapeutico è il raggiungimento di valori di colesterolo LDL <100 mg/dl. (Livello di prova V, Forza della raccomandazione B)
- ⇒ Nei diabetici ad alto rischio (uno o più fattori di rischio cardiovascolare) la terapia ipolipemizzante deve essere iniziata indipendentemente dal valore di colesterolo LDL. L'obiettivo terapeutico è il raggiungimento di valori di colesterolo LDL <100 mg/dl. (Livello di prova I, Forza della raccomandazione A).
- ⇒ Nei diabetici con malattia cardiovascolare e fattori multipli di rischio cardiovascolare non correggibili, valori di colesterolo-LDL <70 mg/dl possono rappresentare un obiettivo terapeutico.
- ⇒ (Livello di prova VI, Forza della raccomandazione B)
- ⇒ Ulteriori obiettivi della terapia sono il raggiungimento di valori plasmatici di trigliceridi <150 mg/dl e di colesterolo HDL >40 mg/dl nell'uomo e >50 mg/dl nella donna. (Livello di prova III, Forza della raccomandazione B)
- ⇒ Se i pazienti in terapia farmacologica alla posologia massima tollerata non raggiungono gli obiettivi terapeutici riportati sopra, la riduzione del C-LDL del 30-40% rispetto ai valori basali può essere considerato un obiettivo terapeutico alternativo (Forza della raccomandazione A)
- ⇒ Nei diabetici con ipertrigliceridemia, in prevenzione primaria e con valori ottimali di colesterolo LDL la terapia con fibrati (fenofibrato) può essere presa in considerazione (Livello di prova II, Forza della raccomandazione B)
- ⇒ L'associazione statina + fibrato (fenofibrato) può essere presa in considerazione per raggiungere l'obiettivo terapeutico, ma non è supportata da studi di intervento rivolti a soggetti diabetici (Livello di prova VI, Forza della raccomandazione C).
- ⇒ In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici con la posologia massimale di statine si può considerare una terapia di associazione con altri farmaci, ma mancano studi clinici sia sugli outcomes cardiovascolari, che sulla sicurezza (Forza raccomandazione E)
- ⇒ La terapia con statine è controindicata in gravidanza (Forza raccomandazione E)

Pazienti anziani



- ⇒ Nei diabetici anziani con dislipidemia è necessario correggere le anomalie del quadro lipidico, compatibilmente con una valutazione complessiva dello stato di salute del paziente (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)
- ⇒ Se un diabetico anziano presenta valori di colesterolo LDL ≥ 130 mg/dl, è necessaria la terapia farmacologica in aggiunta alle modificazioni dello stile di vita. Il quadro lipidico deve poi essere ricontrollato almeno annualmente (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

La prescrizione delle statine a carico del SSN è limitata alle condizioni previste dalla NOTA 13 AIFA che è stata oggetto di diverse revisioni, l'ultima delle quali è del 9.04.2013.

Questa modifica ha portato diverse novità tra cui:

- differenziazione della categoria “rischio moderato” in: rischio moderato e rischio medio, per tenere conto degli aggiustamenti apportati ai valori del colesterolo HDL;
- reintroduzione dell'uso della carta/algoritmo del rischio CV del progetto CUORE in favore di un sistema basato sull'introduzione della somma dei fattori di rischio;
- valori target da raggiungere di LDL-C ben definiti per i pazienti con rischio medio (< 130mg/dl) e con rischio moderato (< 115mg/dl), per quest'ultima categoria è prevista la prescrizione di ezetimibe se intolleranti a statine;

L' AIFA, ad Aprile 2013 ha pubblicato il seguente chiarimento:

In merito alla prescrizione degli OMEGA 3 (PUFA) per l'indicazione “prevenzione secondaria nei soggetti con pregresso infarto del miocardio”, non è più prevista la CONCEDIBILITA' da parte del SSN.

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento dell'Artrite Reumatoide



Riferimenti e bibliografia

1. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 328-46.
2. G. Valesini et al. Recommendation for the use of biologic (TNF-blocking) agents in the treatment of rheumatoid arthritis in Italy. *Clin. Exp. Rheum.* 2006;24;4:413-423
3. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for the International Clinical Studies Including Therapeutics
4. (ESCSIT) *Ann Rheum Dis* Jan 2007; 66; 34-45 D E Furst, E C Keystone, B Kirkham et al.
Update consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2008 *Ann Rheum Dis* 2008; 67 (Suppl III)

2009

(aggiornamenti AIFA 2013)

Trattamento non farmacologico

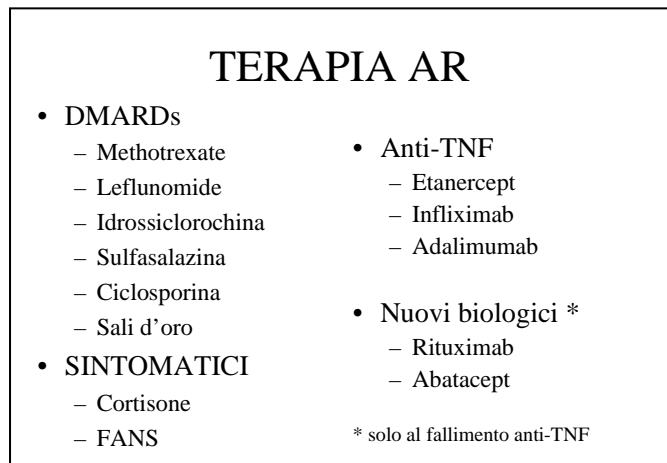
Come per le altre malattie croniche, anche per la artrite reumatoide il paziente deve essere portato a conoscenza della natura della sua malattia, della tendenza a perpetuarsi, della possibile insorgenza di limitazioni funzionali articolari, oltre che delle possibilità terapeutiche, dei loro limiti e degli eventuali effetti collaterali.

Il coinvolgimento di Specialisti di Fisioterapia è necessario per il mantenimento di una normale funzione articolare e di un migliore stato psicologico.

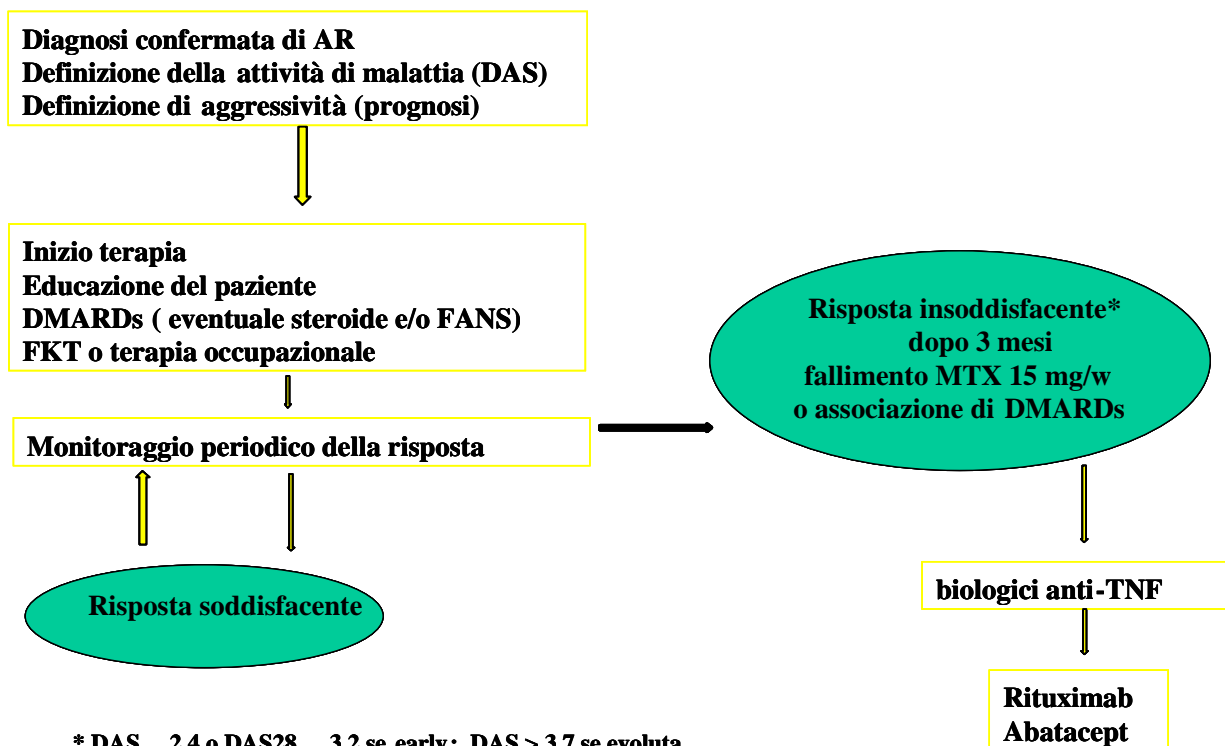
I pazienti con danno articolare tale da limitare seriamente o abolire la funzione, o con un livello inaccettabile di dolore, devono avvalersi di procedure chirurgiche Ortopediche.

Trattamento farmacologico

Consiste essenzialmente nella combinazione di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), DMARDs e cortisone.



FLOW-CHART TERAPIA dell'AR



FANS

Sia che siano inibitori selettivi della COX-2, sia che inibiscano COX-1 e COX-2, presentano tutti una più o meno potente documentata attività analgesica ed anti-infiammatoria, ma non alterano in alcun modo il decorso della patologia, né prevengono la comparsa di erosioni articolari; per questo non possono costituire il solo trattamento farmacologico della artrite reumatoide.

La scelta del FANS deve essere guidata da taluni dati di fatto:

- l'utilizzo di inibitori selettivi della COX-2 comporta un costo 10 volte superiore, per un uguale periodo di terapia, dell'impiego di FANS non selettivi;
- sia gli inibitori specifici della COX-2, sia gli inibitori di COX-1 e COX-2, hanno azione anti-infiammatoria ed anti-dolorifica;
- gli inibitori della COX-2 hanno un rischio di complicanze gastro-enteriche significativamente minore;
- i pazienti con Artrite Reumatoide hanno un rischio di complicanze gastro-enteriche maggiore dei pazienti con artrosi .

I fattori di rischio includono:

- o età pari o superiore a 75 anni;
- o storia di ulcera pregressa;
- o uso concomitante di steroide o anticoagulante;
- o dosaggio elevato dei FANS;
- o utilizzo contemporaneo di FANS diversi.

Qualora si giunga alla determinazione di utilizzare FANS in paziente con Artrite Reumatoide che presenta fattori di rischio, è consigliato il seguente approccio:

- o valutare la possibilità di impiego di steroide a basso dosaggio, anziché FANS;
- o usare un inibitore selettivo della COX-2;
- o se viene impiegato un FANS comune, usarlo in combinazione con inibitori di pompa protonica.

Qualora il paziente necessiti di terapia antiaggregante piastrinica è necessario valutare attentamente l'eccesso di rischio di sanguinamento gastroenterico secondario alla terapia con FANS/inibitori selettivi.

Occorre usare particolare cautela nell'utilizzo di FANS, selettivi o non in pazienti con insufficienza cardiaca congestizia, sindrome nefrosica, cirrosi o insufficienza renale con creatinina pari a 2,5 mg/dl o superiore.

DMARDs

Tutti i pazienti con Artrite Reumatoide sono candidati a terapia con DMARDs , trattamento che dovrebbe essere instaurato non appena posta una diagnosi.

La Tabella 1 riporta i DMARDs più comunemente impiegati, insieme con il tempo approssimativo necessario per il manifestarsi della azione terapeutica e la indicazione degli studi, trials clinici controllati e randomizzati, che dimostrano la capacità del principio attivo di controllare, o migliorare, segni e sintomi del coinvolgimento articolare, di indurre un cambiamento della qualità di vita e di ritardare i processi erosivi ossei.

Dal momento che il trattamento con un singolo DMARD spesso non controlla in modo soddisfacente i sintomi, o non impedisce la progressione del danno articolare, sempre più diffusa è la tendenza ad associare DMARDs diversi , per quanto non vi sia accordo se sia più conveniente introdurre questo tipo di trattamento in un approccio aggiuntivo (“step-up”) quando un singolo DMARD ha fallito, o iniziare addirittura la terapia con una associazione, e, una volta raggiunto il controllo della malattia, ritornare ad un singolo DMARD (“step-down”).

DMARD iniziale

Il Methotrexate è considerato il farmaco àncora per la terapia dell'AR, da solo o in associazione con altri DMARDs. In alternativa possono essere impiegati Leflunomide, Idrossiclorochina, Sulfasalazina, ciclosporina (associazioni)

Le più comuni associazioni, che hanno dimostrato un migliore capacità nel controllare la patologia di quello esibito dai singoli DMARDs impiegati da soli, comprendono:

- methotrexate e ciclosporina ;
- methotrexate, salazopirina, idrossiclorochina ;

Farmaci biologici

I farmaci biologici anti TNFa devono essere impiegati nelle forme di AR attiva ($DAS \geq 2.4$ o $DAS28 \geq 3.2$), resistente al Methotrexate ≥ 15 mg/w o altri DMARDs se controindicato), impiegato per almeno 12 settimane, in fase precoce e aggressiva.

I farmaci biologici anti TNFa devono essere impiegati nelle forme di AR attiva ($DAS >$ o uguale a 3.7), resistente al Methotrexate sup o uguale a 15mg/W o $DAS28$ suo o uguale a 5.1), impiegato per almeno 12 settimane, nelle forme evolute.

Numerosi sono i fattori influenzano la scelta del DMARD o della combinazione da impiegare nel singolo paziente. In primo luogo, eventuali comorbidità del paziente possono ridurre il ventaglio di scelta; inoltre, paziente e medico devono insieme valutare la gravità della artrite, la efficacia attesa dal singolo farmaco o dalla combinazione, la potenziale tossicità e la frequenza di manifestazione di questa, il numero e la tipologia dei controlli di monitoraggio necessari, ed il costo complessivo inerente.

► Indicazioni posologiche e tempo d'azione dei DMARD e dei farmaci biologici

Farmaco	Posologia	Tempo d'azione
Idrossiclorochina	200 mg 2 volte al giorno (non >6 mg/Kg)	2-6 mesi
Sulfasalazina	1 g 2-3 volte al giorno	1-3 mesi
Methotrexate	7.5 – 20 mg/sett (IM. SC, OS)	1-2 mesi
Leflunomide	20 mg al giorno	1-3 mesi
Ciclosporina A	2.5 – 4 mg/Kg/die	2-4 mesi
FARMACI BIOLOGICI		
Infliximab (Remicade®)	3- 5 mg/Kg EV ogni 8 sett.**	Da pochi giorni a 12 settimane
Etanercept (Enbrel®)	50 mg SC una volta alla settimana§	Da pochi giorni a 12 settimane
Adalimumab (Humira®)	40 mg SC ogni 2 settimane§	Da pochi giorni a 12 settimane
Rituximab (Mabthera®)	1 g EV ogni 2 settimane (2 somministrazioni ev. ripetibili dopo 6-9 mesi) *	Da 8 a 16 settimane
Abatacept (Orencia®)	Da 500 a 1000 mg EV (in relazione al peso corporeo) ogni 4 settimane *	Da due a 24 settimane
Anakinra (Kineret®)	100 mg al giorno SC	

* gli studi registrativi sono stati effettuati con concomitante somministrazione di Methotrexate
§ è possibile la somministrazione di Methotrexate o altri DMARDs

Tra i farmaci biologici gli anti-TNF- α sono **controindicati** nei pazienti con **insufficienza cardiaca grave** (classe NYHA III-IV) perché possono aggravare tale condizione; tuttavia, essi non sembrano causare una insufficienza cardiaca in soggetti sani. E' importante evitare l'uso di questi farmaci in **gravidanza e allattamento**. Sono chiaramente controindicati in casi di **infezione attiva e se il paziente è ad alto rischio di infezione**, come nei pazienti con ulcere cutanee croniche infette, con infezioni polmonari ricorrenti, con infezioni protesiche o nei pazienti portatori di cateteri vescicali a permanenza con infezioni ricorrenti vie urinarie.

Per quanto riguarda la somministrazione di farmaci anti-TNF- α è richiesta la valutazione della presenza di **infezione tubercolare latente**, prima di iniziare la terapia. Gli strumenti indicati sono l'anamnesi (contatti, vaccinazione, infezione attiva in passato, infezione da HIV), l'intradermoreazione a PPD e, eventualmente i nuovi test basati sul rilascio di γ interferon, la radiografia del torace. In presenza probabile infezione tubercolare latente il paziente deve essere sottoposto ad appropriata terapia eradicante. Tale trattamento è richiesto per gli anti-TNF- α a causa del ruolo fondamentale di questa citochina nella costituzione del granuloma.

Lo screening per la TBC latente ed il trattamento eradicante è consigliato anche in previsione dell'utilizzo di Abatacept, mentre non vi sono dati sufficienti per una chiara indicazione in merito a tale procedura in previsione di un trattamento con Rituximab (non incremento di incidenza di TBC nei pazienti affetti da NHL trattati con Rituximab). Non ci sono dati che indichino che Anakinra sia correlato ad aumentata incidenza di TBC

Per quanto concerne la presenza di infezioni da **virus epatotropi HBV ed HCV** non è nota la sicurezza a lungo termine del trattamento con anti-TNF- α .

Nei pazienti affetti da epatite HCV e AR alcuni studi osservazionali non hanno dimostrato un incremento di tossicità (aumento di transaminasi e carica virale) associata al blocco del TNF- α .

In caso di pazienti affetti da epatite HBV trattati con anti-TNF- α si è verificato un peggioramento dei sintomi, della carica virale e, in alcuni casi, insufficienza epatica, in particolare alla sospensione del anti-TNF- α . Questi farmaci non dovrebbero essere usati nei pazienti con un'infezione da HBV.

Il trattamento con Rituximab può determinare riattivazione dell'infezione virale (dato noto nei pazienti affetti da NHL) e quindi questo farmaco non dovrebbe essere usato in questi pazienti.

Sono state pubblicate dalla Società Italiana di Epatologia delle linee guida per il trattamento profilattico della riattivazione del HBV nei pazienti immunodepressi: tali indicazioni dovrebbero essere applicate in relazione a trattamenti immunosoppressivi in generale.

Per quanto riguarda HCV non sembrano esservi dati univoci sulla riattivazione della infezione durante trattamento con i farmaci biologici.

L'incidenza di linfomi è aumentata nelle malattia infiammatorie croniche come l'artrite reumatoide. Questo incremento è correlato con l'elevata attività di malattia. Il rischio di linfoma è aumentato di 2-5 volte nei pazienti affetti da AR rispetto alla popolazione normale. Un rischio simile è stato evidenziato nei pazienti che hanno ricevuto anti-TNF- α . Ci sono dati conflittuali riguardo all'incremento di rischio di linfoma e tumori solidi con il trattamento con anti-TNF- α .

L'uso concomitante di azatioprina ed infliximab nei pazienti adolescenti affetti da malattia di crohn è stato associato alla insorgenza di linfoma epatosplenico (neoplasia molto rara).

Ci sono informazioni limitate sul rischio di sviluppare una neoplasia in futuro in pazienti che ricevono anti-TNF- α e che hanno sofferto in precedenza di una neoplasia..

La vigilanza per la comparsa di linfomi e di altre neoplasie (inclusa la ricorrenza di una neoplasia progressiva) rimane l'atteggiamento appropriato in pazienti trattati con farmaci anti-TNF- α . Per quanto riguarda Abatacept si raccomanda sorveglianza sia per i linfomi che per neoplasie solide.

Vi è una controindicazione relativa al trattamento con anti-TNF- α dei pazienti con connettiviti (tipo il LES, la sclerodermia): la formazione di autoanticorpi (ANA) è comune, ma le sindromi cliniche ad essi correlate sono rare.

E' controindicato il loro uso nelle malattie neurologiche demielinizzanti (sclerosi multipla o neurite ottica).

FARMACI BIOLOGICI		
Valutazione pre-trattamento		Monitoraggio
Infliximab (Remicade®) *	RX torace, intradermoreazione a PPD, Marcatori HBV (HbsAg, HbsAb, HbcAb) Ab anti-HCV Gravindex Anamnesi per comorbidità (cardiopatìa, neoplasie, malattie neurologiche, infezioni)	DAS 28 dopo 12 settimane e poi ogni tre mesi per valutazione di efficacia
Etanercept (Enbrel®) *		
Adalimumab (Humira®) *		Controllo di emocromo, transaminasi, esame urine, funzione renale ogni tre mesi
Rituximab (Mabthera®)		
Abatacept (Orencia®) *		
Anakinra (Kineret®)		

* lo screening per TBC latente ed il trattamento eradicante, secondo le linee guida locali, iniziando 1 mese prima dell'inizio della terapia, sono necessari.

Corticosteroidi

La capacità anti-infiammatoria degli steroidi, fondata in particolare sulla rapida inibizione contemporaneamente sia della produzione di citochine ad azione flogistica, quali Tumor Necrosis Factor e Interleuchina-1, sia della loro azione, ha reso questa categoria di farmaci di larga diffusione nel trattamento della Artrite Reumatoide. La loro efficacia nel controllare nel breve termine la attività di malattia è attualmente largamente condivisa e documentata.

E' inoltre dimostrata la capacità di basse dosi di prednisone (fra 7,5 e 10 mg al giorno) di interferire con la progressione dei processi erosivi articolari, con azione quindi di DMARD, oltre che anti-infiammatoria. Tale azione sulla progressione di malattia non sembra evidenziarsi con dosaggi di prednisone <7,5 mg die.

Il vantaggio di una terapia steroidea, anche se a basso dosaggio, deve però sempre essere considerato alla luce degli effetti collaterali, includenti:

- osteoporosi.
- ipertensione;
- aumento di peso;
- ritenzione idrica;
- iperglicemia;
- cataratta;
- fragilità cutanea;
- aterosclerosi.

Questi rischi devono essere discussi in dettaglio con il paziente, prima di iniziare una terapia con corticosteroidi, che sarà comunque da mantenere ai minimi livelli indispensabili.

E' inoltre indicato l'utilizzo di steroidi per via intrarticolare come parte integrante della terapia dell'AR.

EFFETTI COLLATERALI PIÙ COMUNI DEI PRINCIPALI DMARDS E LE INDAGINI PREVISTE PER IL MONITORAGGIO DEGLI STESSI.

Methotrexate

Epatossicità
Tossicità midollare
Nausea

Danno polmonare(molto raro)

Il trattamento con Methotrexate richiede un controllo prima dell'inizio del trattamento della crisi ematica, della funzionalità epatica e la ricerca di eventuale infezione da HCV e HBV.

All'inizio della terapia è necessario controllare emocromo e AST e ALT quindicinalmente, almeno per i primi due mesi di terapia indi con la frequenza prevista dal PDT.

Ciclosporina

Gli effetti collaterali più importanti di tale farmaco sono:

Iperensione arteriosa
Ipertricosi, tremori, mialgie
Tossicità midollare
Insufficienza renale

Per il monitoraggio è previsto all'inizio controllo settimanale della pressione arteriosa e controllo ogni 10 giorni dell'emocromo e della creatinina(è ritenuto tollerabile un incremento non superiore del 30% dei valori basali di creatinina). Dopo il primo mese di terapia il controllo degli esami vanno eseguiti con la frequenza prevista dal PDT.

Sulfasalazina

Nausea, inappetenza (più comuni)

Reazioni cutanee

Agranulocitosi(molto raro)

Aumento delle transaminasi(meno comune che con il Methotrexate)

Oligospermia(reversibile con al sospensione della terapia)

E' previsto un controllo dell'emocromo dopo circa 10 giorni dall'inizio della terapia in quanto l'agranulocitosi è un effetto collaterale di tipo idiosincrasico e compare in genere all'inizio dell'assunzione del farmaco. I successivi controlli della crisi ematica vanno eseguiti con la frequenza prevista dal PDT.

Idrossiclorochina

Nausea (più comune)

Reazioni cutanee (soprattutto con l'esposizione al sole)

Accumulo retinico con alterazioni del visus.

E' previsto controllo oculistico semestrale.

Leflunomide

Più comune è la diarrea (20% dei casi).

Reazioni cutanee.

Tossicità midollare

Tossicità epatica

Iperensione arteriosa

Il monitoraggio degli effetti collaterali è sovrapponibile a quanto previsto per il Methotrexate.

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento dell'Asma Bronchiale in età pediatrica

Riferimenti e bibliografia

- Global Strategy for Asthma Management and Prevention – GINA Guidelines 2006. www.ginasthma.com
- L'assistenza al bambino e adolescente con asma. materiale informativo per le famiglie e i ragazzi - Federazione Italiana Medici Pediatri Dipartimento Formazione Permanente Regione Lombardia – 2007
- Istituto Superiore di Sanità. PROGRAMMA NAZIONALE LINEE-GUIDA (PNLG) (www.pnlg.it).
- PDTA Medico Infermieristico adottato presso AO di Vimercate
- Raccomandazioni condivise tra i pediatri di famiglia della ASL MI3, sulla base della revisione critica delle linee guida esistenti secondo i principi della Evidence Based Medicine (2007)



2008

(aggiornamenti AIFA 2013)

Il trattamento non farmacologico

La riduzione dei fattori di rischio, la corretta informazione e la educazione del paziente alla autogestione della malattia sono parte integrante della terapia.

Se adeguati, riducono il bisogno di farmaci, migliorano i risultati del trattamento e la qualità della vita.

A. La riduzione dei fattori di rischio

Devono essere fornite indicazioni:

- ⇒ per evitare/ridurre l'esposizione al fumo di sigaretta, ai fumi di scarico e di qualsiasi sostanza in combustione
- ⇒ per evitare/ridurre il contatto con gli allergeni (farmaci, cibi e additivi ... se causa di sintomi asmatici)
- ⇒ per attuare misure di intervento ambientale nei confronti degli acari, per i bambini con positività del prick test per acari; si sottolinea comunque che sono necessari ulteriori studi per definire la reale efficacia di tali interventi ed il rapporto costo/efficacia nella pratica clinica

Per quanto riguarda la somministrazione del vaccino antinfluenzale, non ci sono evidenze in letteratura ma solo il parere positivo degli esperti

B. La educazione del paziente alla autogestione della malattia

Il paziente deve essere :

- ⇒ sensibilizzato a sviluppare uno stretto rapporto di collaborazione con il medico
- ⇒ informato su malattia, diagnosi, significato di farmaco "sintomatico" e "di fondo"
- ⇒ istruito in merito a:
 - prevenzione (come e quali fattori scatenanti o allergeni evitare);
 - eventuale profilassi farmacologica, specificando periodo, durata, dosi e modalità di esecuzione della terapia;
 - uso e manutenzione dei device con dimostrazione pratica;
 - terapia delle riacutizzazioni asmatiche;
 - sintomi che esprimono un inadeguato controllo della malattia e richiedono controlli e provvedimenti anticipati
- ⇒ Ad ogni paziente deve essere fornito un programma individuale di trattamento scritto, corretto, comprensibile ed effettivamente eseguibile.

Il trattamento farmacologico

il trattamento farmacologico per raggiungere e mantenere il controllo dell'asma deve avere un approccio graduale (a "step"), che tiene conto della efficacia nel controllo dei sintomi, della sicurezza e degli effetti collaterali dei farmaci.

La terapia di fondo previene i sintomi, migliora la funzione polmonare e previene le riacutizzazioni; la terapia sintomatica può essere richiesta occasionalmente per trattare i sintomi acuti (respiro sibilante, tosse, senso di costrizione toracica)

A. I farmaci

Corticosteroidi inalatori (CSI)

Rappresentano il trattamento farmacologico più efficace per il controllo dell'asma.

indicazioni:

nell'asma persistente e quando l'asma non è controllato o è controllato parzialmente a tutte le età, a dosi diverse a seconda della gravità dei sintomi

dosaggio:

Il loro uso è raccomandato in tutti i livelli di asma persistente, a dosi crescenti, in relazione al livello di gravità. Una volta ottenuto il controllo della sintomatologia:

- se si impiegano dosi medio-alte di CSI, le linee guida consigliano di ridurre la dose del 50 % a intervalli di tre mesi
- se invece si usano dosi basse è preferibile passare alla monosomministrazione

effetti collaterali:

Disfonia, candidosi e, per dosaggi elevati, soppressione della velocità di crescita, crisi surrenalica, glaucoma.

cautele:

Controllare la velocità di crescita e monitorare la pressione oculare

modalità d'uso:

Tramite MDI e utilizzo di spaziatore, che permette di ottimizzare l'assunzione del farmaco.

Il risciacquo del cavo orale dopo l'esecuzione della terapia riduce gli effetti collaterali locali e l'assorbimento sistemico.

	dose bassa	dose intermedia	dose elevata
beclometasone dipropionato	100-200 mcg	>200-400 mcg	> 400 mcg
budesonide	100-200 mcg	>200-400 mcg	> 400 mcg
fluticasone	100-200 mcg	>200-400 mcg	> 400 mcg
flunisolide	500-750 mcg	>750-1250 mcg	> 1250 mcg

Corticosteroidi per via sistemica

indicazioni:

Attacco acuto oppure asma persistente grave oppure asma non controllato dagli altri farmaci antiasmatici

controindicazioni:

Dipendenti dalla durata d'azione del farmaco. Nessun problema per un utilizzo limitato all'attacco acuto.

beta2 agonisti

	dosaggio
prednisone cp 5 e 25 mg (F)	1-2 mg/kg/die in 2 somm.
betametasona fiale 2 ml = 4mg; cp 0,5 mg	0,1-0,2 mg/kg/die in 2 somm.
metilprednisolone fl da 8,20, 40 e 250 mg	1-2 mg/kg/die in 1-2 somm
deflazacort cpr 6 e 30 mg ; sol, 1 gtt=1 mg	1-2 mg/kg/die in 1-2 somm

	dosaggio
Salbutamolo (ad azione rapida) da somministrare per via inalatoria Solo eccezionalmente nell'impossibilità ad eseguire l'inalazione è possibile somministrarlo per bocca (0.1-0.2 mg/kg/dose)	0.1-0.25 mg/kg/dose al bisogno od ogni 4-6 ore (lattanti) 1.25-2.5 mg al bisogno od ogni 4-6 ore (età < 12 anni) 1.25-5 mg al bisogno od ogni 4-6 ore (età > 12 anni)
Salmeterolo (a lunga durata d'azione)	1 puff 2v/die sempre in associazione ai CSI (età > 4 anni)
Formeterolo	1 puff 2v/die sempre in associazione ai CSI (età > 6 anni)

indicazioni:

- ◆ Salbutamolo: attacco acuto e asma da sforzo
- ◆ Salmeterolo: come alternativa all'incremento del dosaggio dei CSI nell'asma persistente o nell'asma parzialmente o non controllato

controindicazioni:

cardiopatìa, ipertiroidismo, diabete

effetti collaterali:

tachicardia, chetoacidosi, ipokaliemia, tremori muscolari, tachifilassi

modalità d'uso:

Tramite MDI e utilizzo di spaziatore, che permette di ottimizzare l'assunzione del farmaco

Antileucotrieni

	età	dosaggio
montelukast cpr 4 mg bust. 4 mg	6mesi-4anni	1/die
montelukast cpr 5 mg	4 anni – 12 anni	1/die
montelukast cpr 10 mg	> 12 anni	1/die

le linee guida internazionali(GINA) ne prevedono l'impiego nell'asma a diversi livelli di gravità in associazione ai CSI a basso o medio dosaggio in alternativa all'incremento della dose stessa degli steroidi.

indicazioni:

Asma persistente lieve, Asma da sforzo , Asma infettivo

NB: allo stato attuale il farmaco Montelukast è soggetto a limitazioni prescrittive (AIFA nota 82).

Il medico che dà indicazione al suo utilizzo è tenuto a verificarne i criteri di prescrivibilità nell'ambito del SSN e, nelle condizioni in cui il costo del farmaco è a carico dell'assistito, a darne adeguata informazione al genitore

Nel testo vengono citati altri farmaci (immunomodulatori, antiH1 e anticolinergici) che possono essere utilizzati nella terapia dell'asma nel bambino; il loro impiego non è sistematico e si limita a casi molto selezionati.

B. Il trattamento "di fondo" o "a lungo termine"

- ✓ In tutti i pazienti con nuova diagnosi di asma deve essere stabilito il livello di gravità, poiché ad ogni livello corrisponde una raccomandazione terapeutica.
 - ✓ Nel corso del follow up è importante valutare e mantenere il " controllo " della malattia.
 - ✓ Una volta raggiunto un buon controllo dell'asma, si dovrebbe ridurre gradualmente la terapia fino a quella minima necessaria
-
- Nella bronchite asmatica ad alta ricorrenza è opportuno, come terapia di mantenimento, saggiare l'efficacia di un ciclo breve di corticosteroidi inalatori o, se si valuta che questi non possano essere utilizzati, di un antileucotriene.
 - Gli steroidi per via inalatoria sono i farmaci raccomandati per raggiungere gli obiettivi terapeutici.
 - Prima di incrementare la dose degli steroidi inalatori al di sopra dei 400 µg al giorno, andrebbe presa in considerazione l'aggiunta di altri farmaci.
 - Sopra i 5 anni i farmaci raccomandati, come aggiunta agli steroidi inalatori, sono i β_2 agonisti inalatori a lunga durata d'azione, quando le dosi standard non sono sufficienti per il controllo dei sintomi notturni dell'asma.
 - Non esistono prove di efficacia relative all'utilizzo dei β_2 agonisti inalatori a lunga durata d'azione sotto i 5 anni.
 - Montelukast: nell'asma persistente moderata o severa in aggiunta ai glucocorticoidi inalatori a basse dosi se questi sono insufficienti ad assicurare il controllo
 - Moderati miglioramenti della funzione polmonare (in bambini con più di 6 anni) e nel controllo dell'asma (in bambini con più di 2 anni) sono stati dimostrati con Montelukast in monoterapia in pazienti con malattia severa o moderata
 - Per estrapolazione, questa classe di farmaci può essere un'alternativa per la monoterapia in alcuni pazienti con malattia persistente e moderata.
 - Montelukast, in bambini di età prescolare (2-3 anni) paragonato al placebo, fornisce benefici terapeutici significativi come miglioramenti nei segni e sintomi asmatici .

La impostazione della terapia

Nel soggetto alla prima osservazione, non ancora in trattamento regolare, la decisione terapeutica è guidata dal livello di gravità dell'asma, definito con la combinazione tra frequenza dei sintomi notturni e diurni, limitazione della vita quotidiana e livello di compromissione della funzione respiratoria.

Tabella1 classificazione iniziale del livello di gravità dell'asma prima del trattamento farmacologico e schema di trattamento farmacologico in occasione della prima classificazione di livello di gravità dell'asma (diagnosi iniziale)

livelli di gravità	Sintomi diurni	Sintomi notturni	FEV1	Farmaci da assumere quotidianamente	Altre opzioni farmacologiche
Livello 1 INTERMITTENTE	< 1 v/settimana accessi brevi asintomatico tra gli attacchi	≤ 2v/mese	≥ 80%	Non necessari	
Livello 2 LIEVE PERSISTENTE	> 1 v/settimana, < 1 v/die lieve limitazione dell'attività fisica lieve disturbo del sonno	≥ 2v/mese	≥ 80%	CSI a basse dosi	Montelukast oppure Teofillina a lento rilascio
Livello 3 MODERATO PERSISTENTE	sintomi giornalieri disturbo dell'att.fisica e del sonno uso quotidiano di β2 agonisti	> 1v/sett	60- 80%	CSI a dose intermedia	CSI a dose bassa o intermedia + β2 agonisti a lunga durata d'azione oppure CSI a dose media (bambini) oppure CSI a dose bassa o intermedia + Montelukast
Livello 4 GRAVE PERSISTENTE	sintomi giornalieri limitazione dell'attività fisica uso quotidiano di β2 agonisti frequenti esacerbazioni	frequenti	≤ 60%	CSI a dosi elevate + uno o più dei seguenti farmaci: - β2 agonisti a lunga durata d'azione - Montelukast - CSI per via orale	
	La presenza di una sola di queste caratteristiche è sufficiente per inserire il paziente in quel livello di gravità. Bambini con asma intermittente, ma esacerbazioni severe, dovrebbero essere trattati come affetti da asma persistente di media gravità				

La modulazione della terapia

Nel paziente già in trattamento, il comportamento terapeutico successivo è definito dalla valutazione del livello di controllo della sintomatologia.

La tabella 2 riporta la classificazione diagnostica che considera la risposta al trattamento farmacologico.

Sulla base di questa classificazione, si utilizza uno schema terapeutico "a step", differente per bambini di età superiore o inferiore a 12 anni (tabelle 3 e 4).

Schema terapeutico **"a step"** :

il controllo adeguato della sintomatologia per almeno tre mesi consente una riduzione allo step inferiore (step-down).

- ◆ **un controllo parziale della sintomatologia impone di considerare il passaggio ad uno step superiore (step-up)**
- ◆ **una sintomatologia non controllata obbliga ad un passaggio immediato allo step superiore (step-up)**

Tabella 2 – Classificazione della gravità dell’asma in base alla risposta al trattamento farmacologico

CARATTERISTICA	CONTROLLATA (tutte le seguenti)	PARZIALMENTE CONTROLLATA (una caratteristica qualsiasi presente in una settimana qualsiasi)	NON CONTROLLATA
Sintomi diurni	Nessuno (≤ 2 volte/sett.)	> 2 volte/sett.	Presenza di tre o più caratteristiche dell’asma parzialmente controllata in qualsiasi settimana
Limitazioni attività per asma	Nessuna	qualsiasi	idem
Sintomi/risvegli notturni per asma	Nessuno	qualsiasi	idem
Necessità di trattamento “al bisogno”	Nessuno (≤ 2 volte/sett.)	> 2 volte/sett.	idem
Funzionalità respiratoria (PEF o FEV)	Normale	$< 80\%$ del predetto o del miglior valore personale (se noto)	idem
Esacerbazioni	Nessuna	Una o più/anno*	Una in qualsiasi settimana**

* ogni riacutizzazione deve far prontamente rivalutare sia l’adesione al regime terapeutico, sia il livello della terapia di fondo per assicurarsi che siano adeguate

** per definizione, una riacutizzazione in una qualsiasi settimana fa sì che per quella settimana l’asma sia classificata come *non controllata*

Tabella 3 – Schema di trattamento farmacologico in base alla risposta alla terapia nei soggetti di età superiore a 12 anni

Ridurre		Step di trattamento			Aumentare
Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5	
Educazione all’asma					
Controllo ambientale					
Al bisogno beta ₂ - agonisti a rapida azione	Al bisogno beta ₂ -agonisti a rapida azione				
Opzioni di controllo	Sceglie uno	Sceglie uno	Aggiungi uno o più	Aggiungi uno o entrambi	
	CSI a basso dosaggio*	CSI a basso dosaggio + beta ₂ -agonisti a lunga durata d’azione	CSI a medio o alto dosaggio + beta ₂ - agonisti a lunga durata d’azione	Glucocorticoidi-costeroidi per via orale (al dosaggio più basso)	
	Montelukast**	CSI a medio o alto dosaggio	Montelukast	Anticorpi anti-IgE	
		CSI a basso dosaggio + Montelukast	Teofillina a lento rilascio		
		CSI a basso dosaggio + teofillina a lento rilascio			

* Glucocorticosteroidi per via inalatoria

** Antagonista recettoriale

Tabella 4 – Schema di trattamento farmacologico in base alla risposta alla terapia nei soggetti di età inferiore a 12 anni

lo schema è simile anche se nello step 3 si preferisce utilizzare inizialmente i CSI a dosi medie rispetto all'associazione tra CSI e broncodilatatori a lunga durata d'azione

Ridurre				Aumentare
Step di trattamento				
Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5
Educazione all'asma				
Controllo ambientale				
Al bisogno beta ₂ -agonisti a rapida azione	Al bisogno beta ₂ -agonisti a rapida azione			
Opzioni di controllo	Sceglie uno	Sceglie uno	Aggiungi uno o più	Aggiungi uno o entrambi
	CSI a basso dosaggio*	CSI a medio o alto dosaggio	CSI a medio o alto dosaggio + beta ₂ -agonisti a lunga durata d'azione	Glucocorticoidi-costeroidi per via orale (al dosaggio più basso)
	Montelukast **	CSI a basso dosaggio + beta ₂ -agonisti a lunga durata d'azione ***	Montelukast	Anticorpi anti-IgE
		CSI a basso dosaggio + Montelukast	Teofillina a lento rilascio	
		CSI a basso dosaggio + teofillina a lento rilascio		

* glucocorticoidi per via inalatoria (CSI)

** antagonista recettoriale

*** autorizzazione beta₂-agonisti a lunga durata d'azione: Salmeterolo > 4 anni; Formoterolo > 6 anni

L'attacco acuto

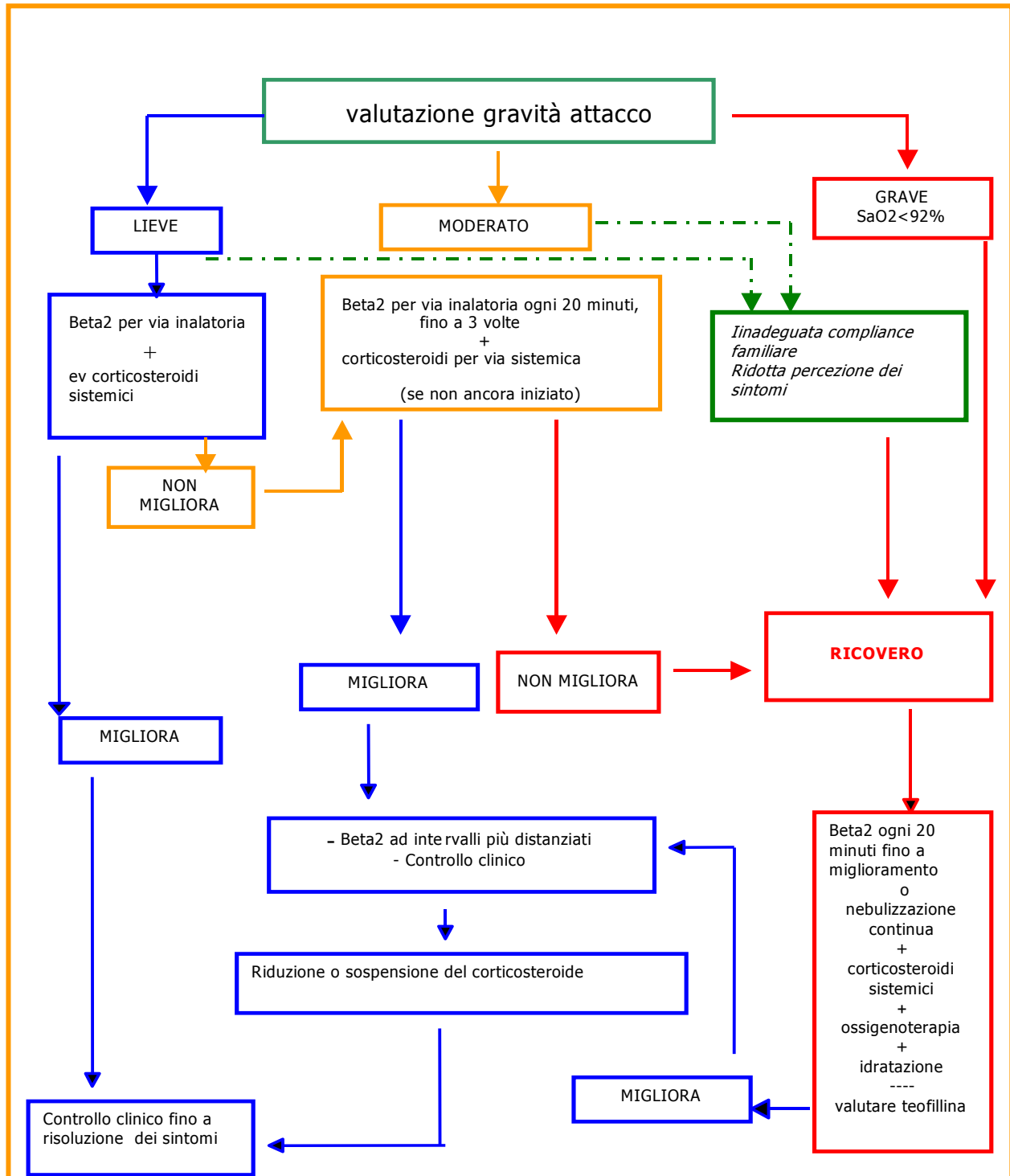
Parametri	Lieve	Moderato	Grave	Arresto respiratorio imminente
Tempo di recupero	Mentre cammina	Mentre parla (lattanti: pianto flebile, difficoltà ad alimentarsi)	A riposo (lattanti: notevole difficoltà ad alimentarsi)	
Parole tra 2 respiri	Fraasi (5-7 parole)	Fraasi (3-5 parole)	0-2 parole	
Stato di coscienza	Possibile agitazione	Agitazione	Agitazione	Confusione, sonnolenza
Efficienza respiratoria	Lievemente aumentata	Aumentata	Molto aumentata	
Stato della muscolatura toracica e retrazioni intercostali	No	Presente	Notevole	Movimenti toraco-addominali paradossi
Efficienza del respiro	Lieve, fine espirazione	Forte, espirazione	Forte, in/ espirazione	Assente
Frequenza cardiaca (°°)	Lievemente aumentata	Aumentata	Molto aumentata	Bradicardia
Pressione arteriale paradossa	Assente (< 10 mm Hg)	Può essere presente (10-25 mm Hg)	Spesso presente (20-40 mm Hg)	
Umidità relativa (% in ambiente)	> 95	91-95	≤ 90	
Pressione atmosferica (mmHg in ambiente)	> 80	60-80	< 60	
Pressione arteriale (mmHg)	< 45	< 45	> 45	

(°) Freq. respiratoria normale: < 2 mesi: < 60/min; 2-12 mesi: < 50/min; 2-5 anni: < 40/min; 6-9 anni: < 30/min; 10-14 anni: < 20/min.

(°°) Freq. cardiaca normale: 2-12 mesi: < 160/min; 2-5 anni: < 120/min; 6-9 anni: < 110/min; 10-14 anni: < 100/min.

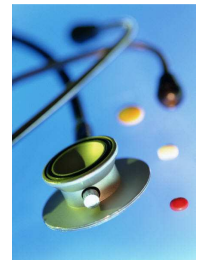
► la presenza di diversi parametri, non necessariamente tutti, indica la gravità dell'episodio.

- ◆ I β_2 - agonisti per via inalatoria sono il trattamento di prima scelta nell'accesso acuto.
- ◆ Nell'accesso acuto lieve o moderato il dispositivo di erogazione ottimale è costituito da un aerosol predosato spray più spaziatore.
- ◆ Prendere in considerazione l'impiego di ipratropio bromuro per via inalatoria in combinazione col β_2 agonista per i quadri clinici più severi.
- ◆ I corticosteroidi per os devono essere somministrati precocemente negli episodi moderati o gravi. Tutti i bambini con accesso acuto grave o $SpO_2 < 92\%$ dovrebbero ricevere ossigeno, con maschera facciale o cannula nasale, a flussi tali da raggiungere una normale saturazione ($\geq 95\%$).



Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento della BPCO

Documenti di riferimento

- Linee Guida GOLD “ Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease” patrocinato dall’OMS e dal National Institute of Health. Anno 2011
- Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010, *Ministero della Salute Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario. Anno 2011*
- <http://www.goldcopd.com/> Sito internazionale delle linee guida GOLD.
- <http://www.goldcopd.it/> Adattamento italiano delle linee guida GOLD.
- <http://guidance.nice.org.uk/CG12>. Linee guida redatte dal National Institute for Health and Clinical Excellence

2012

(aggiornamenti AIFA 2013)

Terapia non farmacologica

Trattamento educativo

L'educazione sanitaria del paziente affetto da BPCO è tesa a migliorare la sua capacità di gestire la malattia e a interrompere l'abitudine tabagica. I contenuti del programma di educazione devono comprendere:

- ✓ Caratteristiche della malattia con identificazione e controllo dei fattori di rischio e di aggravamento (**NB: La cessazione del fumo è considerato l'intervento più efficace per ridurre il rischio di sviluppare la BPCO e rallentarne la progressione**)
- ✓ Obiettivi della terapia, corretto utilizzo di farmaci e ossigeno/ventiloterapia
- ✓ Monitoraggio della malattia con piano terapeutico scritto
- ✓ Gestione delle attività quotidiane
- ✓ Esplicitazione delle preferenze e delle aspettative
- ✓ Contratto educativo

Riabilitazione respiratoria

La riabilitazione respiratoria produce beneficio in tutti gli stadi di malattia:

- ✓ ↓ dispnea
- ✓ ↑ tolleranza allo sforzo
- ✓ migliore qualità della vita
- ✓ ↓ ricorso all'ospedalizzazione

Trattamento farmacologico della BPCO stabile

Terapia della BPCO in base allo stadio

I: lieve	II: moderato	III: grave	IV: molto grave
Riduzione attiva dei fattori di rischio; vaccinazione antinfluenzale, vaccinazione antipneumococcica Trattamento educativo Broncodilatatori a breve durata d'azione al bisogno			
Riabilitazione			
Trattamento regolare con beta 2 agonisti a lunga durata d'azione e/o anticolinergici In caso di ripetute riacutizzazioni: Corticosteroidi inalatori			
In caso di ripetute riacutizzazioni: Inibitori della fosfodiesterasi-4 (solo su prescrizione ospedaliera)			
O ₂ -terapia a lungo termine se PaO ₂ < 55 mmHg. Prendere in considerazione <ul style="list-style-type: none"> - ventilazione non invasiva - terapia chirurgica - protesi valvolari endobronchiali 			

Scelta della via di somministrazione dei farmaci inalatori

- Non sono state dimostrate differenze significative, nel migliorare la funzionalità respiratoria, tra i diversi erogatori: nebulizzatori, spray dosati (MDI) con o senza distanziatore, polveri inalatorie (PDI)
- I nebulizzatori sono sconsigliati nel trattamento cronico perché erogano dosi aleatorie, l'apparecchio e l'ampolla richiedono manutenzione; sono costosi. Gli atropinici non vanno somministrati per maschera facciale in caso di ipertono oculare
- E' essenziale che il Medico educi il paziente al corretto uso dell'inalatore.

Broncodilatatori inalabili (per le indicazioni vedi schema sopra)

I broncodilatatori inalabili hanno un ruolo centrale nel trattamento della BPCO; tra questi, i farmaci di prima scelta sono i beta-2 agonisti e gli anticolinergici a lunga durata d'azione, più efficaci dei farmaci a breve durata d'azione. Combinare broncodilatatori di classi diverse può migliorare l'efficacia

L'efficacia del trattamento va valutata sia in termini di miglioramento dell'ostruzione bronchiale e/o dell'iperinflazione polmonare sia in relazione al miglioramento dei sintomi, della tolleranza allo sforzo e della qualità della vita.

- a breve durata d'azione

- beta-2 agonisti: salbutamolo
- anticolinergici: ipratropio bromuro
- associazioni beta-2 agonista + anticolinergico (salbutamolo+ipratropio)

al bisogno, in ogni stadio

- a lunga durata d'azione

- beta-2 agonisti: salmeterolo, formoterolo, indacaterolo
- anticolinergici: tiotropio

Dal 2° stadio in poi

Corticosteroidi inalabili

Il trattamento regolare con corticosteroidi inalatori è indicato nei pazienti con VEMS $\leq 60\%$ del teorico e/o con riacutizzazioni frequenti ed è consigliabile associarli ai broncodilatatori a lunga durata di azione

L'uso di questi farmaci va valutato in relazione ai rischi di effetti collaterali (cataratta, osteoporosi, polmoniti) nei pazienti trattati cronicamente a dosi elevate.

Occorre ricordare la paziente la necessità di lavarsi la bocca e gargarizzare con acqua dopo l'inalazione per rimuovere il farmaco rimasto a contatto con le mucose

- beclometasone dipropionato
- budesonide
- fluticasone dipropionato

Teofillina a rilascio prolungato per via orale: Poco efficace e con molti effetti collaterali. Da usare solo in mancanza degli altri broncodilatatori

Inibitori della fosfodiesterasi-4: Nuova classe di farmaci da utilizzare nei pazienti in stadio III e IV con storia di riacutizzazioni e bronchite cronica il roflumilast è in grado di ridurre le riacutizzazioni. La prescrizione, al momento è solo da parte dello specialista pneumologo con piano terapeutico AIFA

Ossigenoterapia a lungo termine (> 15 ore/die)

E' indicata in caso di:

- PAO2 stabilmente < a 55 mmHg (confermata 2 volte in un periodo di 3 settimane)
- PAO2 compresa tra 55 e 60 mmHg in presenza di scompenso cardiaco, ipertensione polmonare, poliglobulia (Ht > 55%)
- Durante l'esercizio fisico (in particolare la marcia in piano) se Saturazione < 89 % al test del cammino

L'ossigenoterapia a lungo termine (OLT) (≥ 15 ore/die) nei pazienti con insufficienza respiratoria cronica si è dimostrata efficace nell'aumentare la sopravvivenza, ridurre l'ospedalizzazione e le riacutizzazioni

L'efficacia dell'OLT in pazienti con ipossiemia intermittente notturna, non è provata.

Indicazioni alla ventilazione non invasiva domiciliare (NIV)

Gli stadi avanzati della BPCO sono spesso accompagnati da una riduzione dell'ossigeno arterioso che quando raggiunge valori inferiori a 55mmHg si definisce insufficienza respiratoria parziale. L'insufficienza respiratoria parziale, se non adeguatamente trattata con l'ossigenoterapia a lungo termine, (vedi capitolo ossigenoterapia) determina una riduzione della sopravvivenza a 5 anni del 50%.

Questa condizione clinica è prevalentemente sostenuta da compromissione del parenchima polmonare. Quando a ciò si associa una disfunzione dei muscoli respiratori, all'ipossiemia si aggiunge ipercapnia che dà luogo all'insufficienza respiratoria globale.

L'insufficienza respiratoria globale può insorgere acutamente in corso di una riacutizzazione o cronicamente con il progredire della BPCO.

La ventilazione polmonare a pressione positiva intermittente, in caso d'insufficienza respiratoria acuta globale in corso di riacutizzazione di BPCO, è in grado di ridurre la necessita all'intubazione tracheale, i giorni di degenza e la mortalità in confronto alla sola terapia medica.

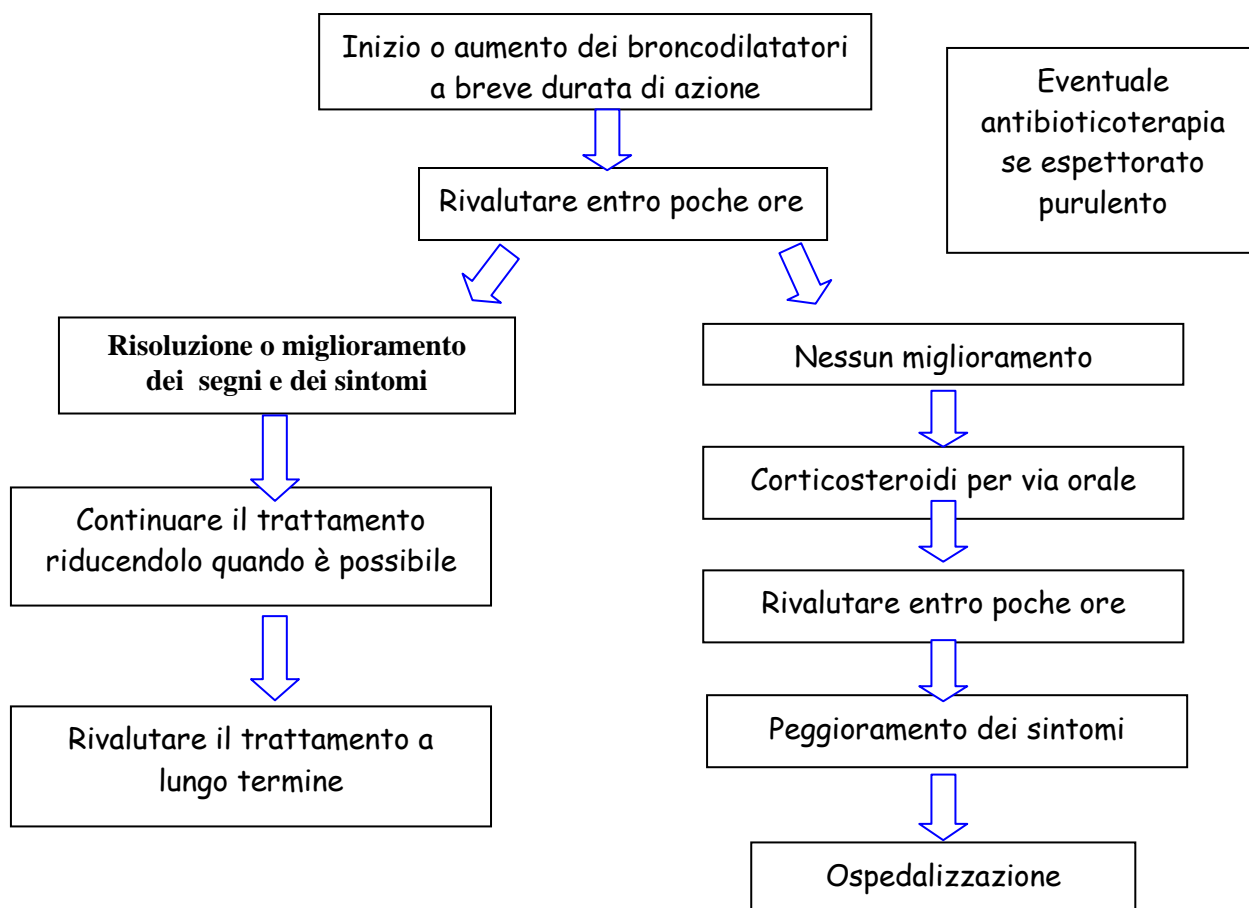
La ventilazione polmonare domiciliare non avvalorata ancora da sicuri dati comprovanti l'efficacia sulla mortalità, non può essere proposta di routine ai pazienti affetti da BPCO e insufficienza respiratoria globale cronica ma solo a casi selezionati che abbiano:

- 1) frequenti riacutizzazioni con necessita di ricorso alla ventilazione polmonare in acuto
- 2) disturbi apnoici del sonno o ipoventilazioni notturne
- 3) ipercapnia rilevante e costante
- 4) adeguata motivazione e supporto familiare

GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI

Una riacutizzazione di BPCO è definita come un evento acuto caratterizzato da peggioramento dei sintomi respiratori del paziente che va oltre le normali variazioni giornaliere e porta a un cambiamento del trattamento; la loro frequenza aumenta con la gravità dell'ostruzione bronchiale e possono comportare il peggioramento dello stato di salute e un aumento della mortalità.

Algoritmo per la gestione della riacutizzazione della BPCO a domicilio



Tattamento domiciliare a prescindere dallo stadio di malattia prima della riacutizzazione

I **broncodilatatori** a rapida insorgenza d'azione somministrati per via inalatoria (anche nebulizzati) e i **glucocorticoidi sistemici**, preferibilmente orali (25-37,5 mg/die di prednisone per 10-14 gg), sono i farmaci di scelta per il trattamento domiciliare delle riacutizzazioni. Il paziente dovrebbe essere stato preparato a gestire da solo rapidamente il trattamento ai primi sintomi di riacutizzazione. I pazienti che presentano riacutizzazioni con segni clinici di infezione bronchiale (cioè aumento del volume e viraggio di colore dell'escreato e/o febbre) possono trarre beneficio da un trattamento **antibiotico**.

La **scelta dell'antibiotico** da utilizzare deve tener conto delle resistenze batteriche a livello locale. Generalmente si inizia con il trattamento empirico a base di amoxicillina con o senza clavulanato (1gr x 3/die) o macrolide (azitromicina 500 mg/die, claritromicina 500 mg x 2/die) o tetracicline (doxiciclina 100 mg/die). I chinolonici non hanno dimostrato vantaggi rispetto ai suddetti e vanno utilizzati solo nelle riacutizzazioni con fattori di rischio per infezione da *Pseudomonas Aeruginosa* (stadio IV, bronchiectasie, recente ricovero) (levofloxacina 750 mg/die, ciprofloxacina 500 mg x 2/die)

CRITERI per la richiesta di valutazione specialistica o ricovero

- Marcato aumento dell'intensità dei sintomi
- Riacutizzazione nel paziente classificato come BPCO grave
- Comparsa di nuovi segni obiettivi (cianosi, edemi periferici)
- Mancata risposta al trattamento o impossibilità di rivalutazione
- Presenza di gravi comorbidità
- Età avanzata
- Non autosufficienza e/o mancato supporto familiare

Ricorda

Cosa FARE sempre nei pazienti BPCO

- Eseguire una Spirometria
- Incoraggiare il paziente a smettere di fumare
- Educare il paziente all'uso degli inalatori
- Fornire consigli di autogestione per trattare prontamente sintomi e riacutizzazioni
- Educare all'assunzione costante della terapia
- Valutare l'opportunità della riabilitazione

Cosa NON FARE nei pazienti con BPCO

- Non usare mucolitici per prevenire le riacutizzazioni in pazienti con BPCO stabile
- Non usare sedativi della tosse nel paziente con BPCO stabile
- Non usare corticosteroidi sistemici per più di 14 giorni



Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

*Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi*

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



PDTA dei pazienti con disturbi emotivi **(Aggiornamento e integrazione del PTD Depressione ASL MI 3 2008)**

TAVOLO TECNICO INTERAZIENDALE

Azienda Ospedaliera San Gerardo: Dr.ssa Fabrizia Colmegna - Dott. Enrico Biagi

AO Desio Vimercate: Dott. Lorenzo Mapelli

Istituti Clinici Zucchi: Dott. Guido Donati

Medici di Medicina Generale: Dr.ssa Daniela Lucia Villa - Dott. Enrico Beretta - Dott. Giorgio Barbieri - Dott. Luigi

Manzoni ASLMB: Dott. Mario Sito Dott. Fabio Muscionico Dott. Dionigi Maurizio



2013

1. DESTINATARI

Pazienti affetti da Sindromi affettive di natura depressiva: episodi depressivi. Distimia, Sindromi miste ansioso-depressive (ICD 10).

Sono esclusi dal PDT tutti gli altri disturbi psichiatrici, in modo particolare quelli con connotazione psicotica che sono di immediata competenza dello psichiatra (presa in carico).

Sono inoltre esclusi da questo percorso tutta una serie di disturbi psicologici non gravi come quelli di carattere ansioso, (classificati nell'ICD 10 fra le "Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi") e alcune anomalie lievi del comportamento correlate, ad esempio, al ritardo mentale o a condizioni di senilità.

2. EPIDEMIOLOGIA

La Depressione rappresenta un disturbo frequente ed è causa di un carico grave per le persone affette e per la società intera.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Report 2004 – Mental Health: new understanding, new hope), che ha applicato la metodologia Global Burden of Disease alle malattie più frequenti, la depressione rappresenta la terza causa per carico globale di malattia nel mondo e la prima nei paesi a medio ed alto reddito. Nella fascia di età 15-44 anni i disturbi depressivi rappresentano la seconda causa (8.6%) del carico totale in termini di DALY, dietro HIV-AIDS.

Uno studio italiano sulla prevalenza dei disturbi mentali, inserito nel progetto europeo ESEMED* (2003), coordinato dall'ISS e condotto dalla Doxa attraverso interviste strutturate a domicilio di un campione rappresentativo della popolazione generale al di sopra di 18 anni, metodologicamente rigorose (Composite International Diagnostic Interview CIDI dell'Oms), rileva che la depressione maggiore è risultato il disturbo più comuni: circa il 10% del campione nazionale ha sofferto, nel corso della propria vita (prevalenza life-time), di depressione maggiore, ed il 3% ne ha sofferto nei 12 mesi precedenti all'intervista - le donne hanno probabilità doppia rispetto agli uomini - . Oltre la depressione altri disturbi abbastanza comuni nel corso della vita sono risultati le fobie specifiche (6%), la distimia (3,4%) ed il disturbo da ansia generalizzata (1,9%).

* The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

Dati locali

I dati del flusso PSICHE (riferiti all'anno 2007) che rendiconta i contatti degli assistiti con i servizi di salute mentale mostrano come le sindromi affettive rappresentino il secondo raggruppamento diagnostico in quanto a prevalenza dietro la schizofrenia ma una grande componente dei pazienti, nelle forme medio-lievi, viene gestita al di fuori dei servizi, nell'ambito della medicina generale laddove non sono state fatte rilevazioni ad hoc. Un dato proxy di quest'ultima componente può essere fornito dalla rilevazione dei consumi farmaceutici e in particolare dalla prevalenza degli utilizzatori.

Facendo riferimento pertanto ad uno studio di farmaco utilizzazione condotto dall'ASL di Monza nel 2010 risulta che circa il 5% della popolazione al di sopra dei 18 anni, utilizza farmaci antidepressivi. (La prevalenza d'uso è di circa il doppio nel sesso femminile rispetto ai maschi indipendentemente dalla fascia di età). Il dato aggiornato di prevalenza degli utilizzatori relativo al 2012 si attesta sul 5,80 %. I consumi di antidepressivi espressi in DDD hanno fatto registrare un trend in continuo aumento (incremento di oltre il 6% annuo tra il 2006-2008).

Su circa 12.000 pazienti utilizzatori di antidepressivi (coorte retrospettiva di pazienti al primo trattamento AD - primo semestre 2006 - monitorata per tre anni) solamente 1654 (15%) si erano rivolti almeno una volta ai Servizi di Salute Mentale, gli altri 10000 erano pazienti di cui non risulta alcun contatto con i Servizi nel triennio di monitoraggio (2006-2009), quindi verosimilmente attribuibili alla gestione in toto del MMG. Questo dato è indicativo della

necessità di fornire ai MMG strumenti per il miglioramento dell'appropriatezza tramite il percorso di condivisione culturale – operativa dei PDTA territoriali.

3. SISTEMA DI OFFERTA SUL TERRITORIO DELL'ASL

La popolazione adulta dell'ASL MB è assistita da 526 Medici di Medicina Generale (di cui 419 – 80% - riuniti in forme associative). Tali professionisti sanitari, grazie alla rete dei loro ambulatori, all'attività di assistenza domiciliare e alla presenza di 11 postazioni di continuità assistenziale, svolgono il ruolo di principali erogatori dell'assistenza primaria e di regolatori dell'accesso alle prestazioni di assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale e ricovero ospedaliero.

Sul territorio dell'ASL sono presenti 2 Dipartimenti di Salute Mentale, di competenza delle AO San Gerardo e AO Desio e Vimercate, con un offerta articolata sul territorio di servizi psichiatrici sia ambulatoriali che residenziali. E' presente inoltre un offerta di strutture residenziali psichiatriche del privato accreditato.

Tab. n. 2 Distribuzione territoriale dei CPS e degli Ambulatori psichiatrici

AO	Tipologia	Comune	Indirizzo
S.Gerardo	CPS	Monza	Via Aliprandi
		Besana	Via Viarana
	Ambulatori	Brugherio	Via S. Margherita
		Lissone	Via Ginestra
		Carate	Via Donizetti
		Monza	Via Pergolesi
		Monza	Via Solferino
Desio /Vimercate	CPS	Cesano	Santo Stefano
		Seregno	Via Oliveti
		Vimercate	Via Battisti
Ist. Clinici Zucchi	Ambulatori	Monza	Via Zucchi
	Ambulatori	Carate	P.zza Madonnina

Ambulatori per la cura dell'Ansia e della Depressione

La prevalenza dei disturbi d'ansia e della depressione nella popolazione afferente ai medici di Medicina Generale (MMG) è in costante crescita. La capacità di gestire la patologia affettiva minore è diventata, per l'intero sistema assistenziale, un impegno prioritario nella necessità di garantire una risposta adeguata in termini di diagnosi e cura e di appropriatezza dell'ambito di erogazione. L'ambulatorio per la cura dell'ansia e della depressione risponde alla richiesta di potenziare l'integrazione operativa fra MMG e servizi specialistici al fine di favorire la applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici per la popolazione affetta da disturbi ansiosi e depressivi lieve moderati.

Si tratta di un servizio di consulenza (PRSM 2004-2006*) che riassume al proprio interno competenze psicologiche e psichiatriche. L'attività ambulatoriale copre uno spettro di prestazioni specialistiche che includono interventi di inquadramento psicodiagnostico, valutazione e consulenza psicofarmacologiche, nonché colloqui clinici con pazienti, colloqui con i familiari e counselling individuale.

Tutti gli utenti inviati dal MMG possono usufruire - quale opzione iniziale - di un percorso di consulenza. Al termine della visita viene stesa una relazione clinica per il MMG con i risultati

diagnostici e le eventuali indicazioni terapeutiche. Nel percorso terapeutico è prevista anche l'assunzione in cura per la durata necessaria del trattamento, finalizzata all'individuazione delle problematiche, all'impostazione della terapia ed una prima valutazione dell'efficacia della stessa. In presenza di patologie meritevoli per severità o per rilevante comorbidità, si provvede all'invio per presa in carico da parte del Centro Psico-Sociale o di altro servizio di competenza (SERT, NOA).

Gli ambulatori si trovano inseriti nel contesto ospedaliero: ciò favorisce un clima meno stigmatizzante rispetto a quello che, inevitabilmente, caratterizza i luoghi storicamente deputati alla presa in cura della malattia mentale. E' noto, infatti, come la percezione dello stigma derivante dai "luoghi" tipici della psichiatria possa costituire un ostacolo nel consentire l'adesione al trattamento anche quando si parli di disturbi minori come l'ansia o la depressione

**Il Piano Regionale per la Salute Mentale (PRSM) ha proposto una riorganizzazione dell'assistenza territoriale identificando tre diversi percorsi a complessità crescente (vedi anche cap. 7):*

la consulenza: una modalità di lavoro strutturata tra DSM e medicina generale per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche, rivolta alle patologie "minori"; l'intervento specialistico si realizza nell'arco di 3-5 colloqui ed è caratterizzato da attività clinica ambulatoriale: colloqui, prescrizione e somministrazione di farmaci con restituzione scritta al MMG sulla diagnosi e sull'intervento consigliato

l'assunzione in cura: destinata agli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;

la presa in carico: percorso di trattamento integrato con programmi articolati nel tempo per gli utenti che presentano disturbi psichici gravi e bisogni "complessi".

Ambulatori per la cura dell'ansia e depressione (modalità consulenza)

Denominazione	Target	Offerta	Modalità di comunicazione	Ubicazione Riferimenti
<p>Ambulatorio Distimia NAS (Desio)</p> <p>Ambulatorio disturbi ansioso-depressivi</p>	<p>Episodio Depressivo Maggiore, Depressioni Minori, Distimia, Ciclotimia, Sindromi miste ansioso-depressive</p>	<p>Colloqui di inquadramento diagnostico, impostazione di adeguato trattamento. Pronta consulenza ai medici invianti, colloqui psicologici su richiesta (MAX 4 colloqui)</p>	<p>Invio tramite impegnativa MMG, riportante l'indicazione di 'prima visita psichiatrica' per consulenza e restituzione al medico di base tramite scheda valutativa, n. telefonico, e mail specialista. L'invio di MMG deve sempre essere motivato, ponendo in modo chiaro il quesito diagnostico e le notizie relative al pz. ritenute rilevanti al fine di agevolare l'inquadramento da parte dello specialista</p>	<p>Tel. (0362383760 e 0362383202) Desio presidio ospedaliero lorenzo.mapelli@aovimercate.org Vimercate Presidio ospedaliero</p>
<p>Ambulatorio Vademecum</p>	<p>Depressione Lieve o moderata, Disturbi d'ansia (DSM IV) Disturbo dell'adattamento, Disturbo da stress, disturbo da somatizzazione o somatoforme</p>	<p>Percorso valutazione Psicologica. Valutazione psicodiagnostica max tre colloqui psicologici, relazione all'inviante, eventuale assunzione in cura (4-6 colloqui psicologici) eventuale invio a CPS/SERT .</p>	<p>Impegnativa MMG o Specialista o modulo invio utente, relazione di restituzione. L'impegnativa MMG, dovrà riportare l'indicazione di 'prima visita psichiatrica' per consulenza e restituzione al medico di medicina generale tramite scheda valutativa, n. telefonico, e mail specialista. L'invio di MMG deve sempre essere motivato, ponendo in modo chiaro il quesito diagnostico e le notizie relative al pz. ritenute rilevanti al fine di agevolare l'inquadramento da parte dello specialista</p>	<p>Direttore Struttura Semplice Psicologia Clinica Dott. Umberto Mazza; Tel. 039 233 9053 u.mazza@hsgerardo.org H. San Gerardo –Villa Serena</p>
		<p>Percorso valutazione psichiatrica Valutazione psichiatrica e consulenza farmacologica, relazione clinica all'inviante sia del !colloquio che r. finale (trasmissione tramite Galileo-SISS), eventuale assunzione in cura, eventuale invio per presa in carico del CPS / SERT</p>		<p>Direttore Struttura Semplice Psichiatria di Consultazione Dott.ssa Fabrizia Colmegna; Tel. 039 233 2360 f.colmegna@hsgerardo.org H.San Gerardo –Villa Serena</p>

4. INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

DIAGNOSI DELL'EPISODIO DEPRESSIVO

L'inquadramento diagnostico si basa sulla Classificazione Internazionale delle malattie ICDX dell'OMS .

I criteri utilizzati per queste formulazioni diagnostiche sono fondati su un calcolo statistico (cioè sulla probabilità con cui singoli sintomi o raggruppamenti di sintomi si manifestano nella popolazione sofferente di un dato disturbo).

Per la diagnosi devono essere presenti i seguenti sintomi per almeno due settimane, ma periodi più brevi sono accettabili se i sintomi sono particolarmente gravi:

I primi tre sintomi (umore depresso, apatia, astenia) sono quelli più tipici

- Umore depresso per gran parte della giornata
- Perdita degli interessi e della capacità di provare piacere (apatia)
- Riduzione o perdita di energia (astenia) con affaticabilità e diminuita attività
- Riduzione dell'attenzione e della concentrazione
- Riduzione dell'autostima e della fiducia in sé
- Idee di colpa e di inutilità (anche nel corso di un episodio lieve)
- Visione pessimistica del futuro
- Idee o atti di autoaggressività o di suicidio
- Disturbi del sonno, con insonnia o (più raramente) ipersonnia
- Diminuzione dell'appetito, per perdita della fame e/o del gusto per i cibi

Un episodio depressivo (ED) può presentarsi in forma lieve, media o grave.

Per fare diagnosi di ED lieve è necessaria la presenza di almeno due dei primi tre sintomi e almeno due degli altri sintomi. Il funzionamento sociale non è completamente compromesso.

Per fare diagnosi di ED medio è necessaria la presenza di almeno due dei primi tre sintomi e almeno tre degli altri sintomi. Alcuni sintomi possono essere di grado marcato. Vi è una considerevole difficoltà a continuare le attività sociali, lavorative e domestiche.

Per fare la diagnosi di ED grave è necessaria la presenza di tutti e tre i primi sintomi e quattro o più degli altri sintomi. Vi è angoscia e rallentamento psicomotorio. E' pressoché impossibile continuare le attività sociali, lavorative, domestiche.

In taluni casi sono presenti sintomi deliranti (nella forma di idee di peccato, di rovina o di imminenti catastrofi di cui il soggetto si attribuisce la responsabilità) e allucinazioni uditive od olfattive (nella forma di voci diffamatorie o accusatorie oppure cacosmie).

Esistono altri test per la diagnosi di Depressione spesso utilizzati in contesti specialistici o di ricerca (es. Scala di Hamilton, Test di Zung, BDI) che, compatibilmente con le condizioni organizzative (fattore tempo), possono essere utilizzati nel setting delle Cure Primarie

Formulata la diagnosi di Depressione e valutato il livello di gravità, il percorso terapeutico si sviluppa nel seguente modo:

Diagnosi di ED lieve – medio:

Il medico di medicina generale può iniziare una terapia antidepressiva autonomamente. Nei casi più lievi può non essere necessaria la farmacologizzazione del disturbo, ma può essere utile una terapia di supporto psicologica (ove disponibile), o comunque una intensificazione della relazione medico-paziente al fine di supportare il malato in questo periodo di difficoltà.

Diagnosi di ED medio-grave:

E' opportuno che il medico di medicina generale invii il malato ad una consulenza specialistica.

DISTIMIA

Si tratta di una depressione cronica del tono dell'umore, caratterizzata da:

- un periodo di almeno due anni di umore depresso costante o costantemente ricorrente; i periodi intervallari di umore normale durano raramente più di qualche settimana e non vi sono episodi ipomaniacali;

- nessuno, o molto pochi, degli episodi depressivi, durante tale periodo di almeno due anni, sono di gravità o durata tale da soddisfare i criteri per la sindrome depressiva ricorrente lieve;

- durante almeno alcuni dei periodi depressivi, debbono essere presenti almeno tre degli aspetti seguenti: energia o attività ridotta, insonnia, perdita di fiducia in se stesso o sentimenti di inadeguatezza, difficoltà di concentrazione, pianto frequente, perdita di interesse o di piacere nell'attività sessuale e in altre attività piacevoli, sentimenti di disperazione o di sconforto, vissuto di incapacità di far fronte alle ordinarie responsabilità della vita quotidiana, pessimismo circa il futuro o rimuginazioni sul passato, isolamento sociale, produzione verbale ridotta.

La distimia ha molto in comune con i concetti di nevrosi depressiva e di depressione nevrotica. Di fatto rappresenta una condizione di depressione cronica, non episodica, con sintomi meno gravi rispetto a quelli del Disturbo Depressivo Maggiore, spesso connotati da irritabilità, lamentosità rivendicativa, e comunque atteggiamenti interpersonali che creano difficoltà relazionali.

SINDROME MISTA ANSIOSO-DEPRESSIVA

In questa sindrome i sintomi dell'ansia e della depressione sono contemporaneamente presenti, ma né gli uni né gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente.

(Depressione ansiosa lieve e non persistente)

Case finding .Individuazione dei casi a rischio di depressione e diagnosi precoce.

La ricerca attiva dei pazienti affetti da depressione o dei casi a rischio comporta un impegno organizzativo e una capacità di rispondere ai bisogni dei pazienti che lo rende preferenzialmente (ma non esclusivamente) di pertinenza delle forme associative che prevedano ad es un ambulatorio dedicato e modalità strutturate di collaborazione con i servizi psichiatrici.

Un esempio di strumento per il case finding consiste nell'utilizzo di un set breve di domande poste verbalmente.

Il medico rivolge al paziente, in presenza del sospetto diagnostico, tre semplici* domande che se otterranno risposta affermativa potranno orientarlo, con notevole probabilità, verso la diagnosi di depressione.

- 1. Durante l'ultimo mese ti sei sentito spesso preoccupato, depresso e triste ?**
- 2. Durante l'ultimo mese hai avuto spesso preoccupazione per piccole cose e/o piccoli problemi?**
- 3. Ritieni di aver bisogno di aiuto in questa situazione ?** *(da Arrol et al. BMJ 2005).

5. TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Raccomandazioni generali

Nella depressione lieve

- Il trattamento iniziale con antidepressivi non è raccomandato (rapporto rischio–beneficio non favorevole) quando è possibile mettere in atto terapie di supporto efficaci (intensificazione del rapporto medico-paziente,counselling)
- Se i sintomi persistono anche dopo la terapia di supporto o questi sono associati a problematiche psicosociali o ad altre problematiche di tipo medico si può prendere in considerazione l'utilizzo di farmaci antidepressivi.
- La terapia con antidepressivi è raccomandata anche negli episodi di depressione lieve in soggetti con storia di depressione moderata e severa (tenere presente la pregressa risposta a tali farmaci).

Nella depressione da moderata a severa

- Proporre a tutti i pazienti, prima degli interventi psicoterapeutici ,il trattamento con farmaci antidepressivi.
- Prima di iniziare un trattamento con antidepressivi è fondamentale informare adeguatamente il paziente che (vedi anche “informazioni e supporto a pagina 11):

- ⇒ Con il trattamento con AD non si instaura dipendenza né assuefazione.
- ⇒ Bisogna assumere il farmaco nei tempi e nelle dosi indicate (prospettando la durata presumibile della terapia)
- ⇒ Si possono manifestare sintomi da sospensione in caso di brusca interruzione ,riduzione del - dosaggio, mancata assunzione di dosi il farmaco ha potenziali effetti collaterali (citare i più frequenti senza sopravvalutarli)
- ⇒ Gli effetti della terapia non si manifestano immediatamente ma dopo un certo periodo di tempo(2-4 sett).

- Se l'episodio depressivo è particolarmente grave e vi è un aumentato rischio di suicidio è opportuno richiedere l'intervento dello specialista con il quale è necessario collaborare allo scopo di migliorare il supporto e il monitoraggio del paziente.
- Se non vi è rischio di suicidio valutare il paziente due settimane dopo l'inizio della terapia e con regolarità successivamente(ad es. ogni 2-4 sett. nei primi tre mesi in corrispondenza della prescrizione del farmaco), riducendo poi la frequenza se la risposta è buona.

Nei pazienti con episodio depressivo di grado moderato o severo continuare il trattamento farmacologico per almeno sei-otto mesi dopo la remissione dei sintomi.

- Una volta che il paziente ha assunto antidepressivi per sei mesi dopo la remissione dei sintomi, rivalutare la necessità di continuare il trattamento, prendendo in considerazione il numero degli episodi precedenti, la presenza di sintomi residuali e la presenza di difficoltà di natura psicosociale.
- Normalmente usare un SSRI* (privilegiare un farmaco “a brevetto scaduto”) perché ,a parità di efficacia con gli altri farmaci ,è meno soggetto ad essere interrotto a causa degli effetti collaterali.
-
- Se, in seguito al trattamento con SSRI, si instaura un’ aumentata tendenza all’agitazione scegliere un altro farmaco o trattare il paziente per un breve periodo con benzodiazepine e rivalutare dopo due settimane.

Tab. n. 3 Dosaggio dei farmaci antidepressivi

Farmaco	Dose Iniziale mg/die	Range consigliato mg/die
Amitriptilina	25-50	100-300
Clorimipramina	25	100-250
Imipramina	25-50	100-300
Nortriptilina	25	50-150
Citalopram	20	20-40
Fluoxetina	20	20-40
Fluvoxamina	50	50-300
Paroxetina	20	20-60
Sertralina	50	50-200
Venlafaxina	37,5	75-375
Venlafaxina (RP)	37,5	75-300
Trazodone	50	75-400
Duloxetina	60	60-120
Mirtazapina	15	15-45
Bupropione	150	150-300
Escitalopram	10	10-20

Sospensione dei farmaci antidepressivi

Si raccomanda di ridurre le dosi gradualmente in un periodo non inferiore a quattro settimane (riduzione della dose del 25% ogni 15 gg)

Sindrome da sospensione

(più marcata per farmaci a breve emivita es. paroxetina)

Informare i pazienti sugli effetti di una brusca interruzione.

I sintomi sono generalmente lievi ed autolimitanti; occasionalmente possono essere severi soprattutto se il farmaco è sospeso bruscamente.

La sindrome è caratterizzata da cefalea, vertigini, brividi, insonnia, ansia, panico, grave irrequietezza motoria.

Cosa fare?

- Per sintomi più severi reintrodurre il farmaco sospeso (o comunque della stessa classe a lunga emivita) e poi ridurre gradualmente.

- Porre attenzione alle difficoltà soggettive del paziente dovute alla sospensione

Pazienti con speciali caratteristiche

Anziani

considerare :

- l'aumentata possibilità di interazioni farmacologiche
- la necessità di un attento monitoraggio degli effetti collaterali

Gestione prima fase del trattamento :

1. Iniziare a dosi inferiori (generalmente dimezzate)
2. Incrementare il dosaggio gradualmente
3. Attendere almeno sei settimane a dosaggio pieno prima di considerare la mancata risposta

Malattie cardiovascolari

1. La sertralina è il farmaco di scelta in caso di cardiopatia ischemica.
2. Considerare il maggior rischio associato ad AD triciclici
3. Se si utilizza un AD triciclico valutare il rischio cardiovascolare (ECG, monitoraggio clinico)
4. La venlafaxina non dovrebbe essere prescritta in pazienti cardiopatici.

Depressione nell'adolescente e nel bambino

Sono controindicati (e la fluvoxamina è sconsigliata perchè non ci sono informazioni sufficienti riguardo a sicurezza ed efficacia) nei pazienti di età inferiore a 18 anni.(Committee of Safety of medicines Dicembre 2003).

Inoltre è stato segnalato un aumento del rischio suicidario in questa popolazione trattata con SSRI.

In gravidanza e allattamento

Consultare lo specialista.

Mancata o inadeguata risposta al trattamento iniziale

In caso di mancata risposta verificare che il farmaco sia stato assunto regolarmente, nelle dosi e nei tempi prescritti.

Se dopo 4 sett. la risposta è nulla o inadeguata considera un graduale incremento delle dosi in linea con la scheda tecnica (vedi tab. 2)

Valutata la mancata o inadeguata risposta dopo almeno 6 sett. dall'inizio della terapia, a dosaggio adeguato (vedi tab. 2), prendere in considerazione la sostituzione del farmaco con:

1. altro SSRI
2. SNRI (il capostipite è la venlafaxina)
3. Triciclico

Quando si procede alla sostituzione del farmaco considerare le possibili interazioni tra antidepressivi e le loro caratteristiche farmacocinetiche.

Effetti collaterali

Tab. n. 4

Effetti collaterali dei più comuni SSRI* in differenza percentuale rispetto al placebo	Fluvoxamina	Fluoxetina	Sertralina	Paroxetina
Nausea	25	11	14	16
Xerostomia	4	3,5	7	6
Sonnolenza	14	6	7,5	14
Emicrania	2	4,8	1	-
Tremori	-	-	-	-
Diarrea	4	5,3	8,4	4
Inibizione eiaculazione	7	1,9	13,3	12,9

*Studi recenti evidenziano un aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale legato all'uso di SSRI (ridotta funzionalità piastrinica) specie se vi è un concomitante utilizzo cronico di FANS. Un altro effetto indesiderato associato a tutti gli AD, ma più frequente agli SSRI, è rappresentato dall'iponatriemia (da inappropriata secrezione di ADH) che si manifesta tipicamente nel paziente anziano. Le disfunzioni sessuali, sia nei maschi (ritardo eiaculatorio, impotenza) che nelle femmine (riduzione libido, anorgasmia), possono arrivare sino al 50-60% della popolazione trattata.

Tab n. 5 Effetti collaterali degli Antidepressivi Triciclici più comunemente usati (da R.Biagi, E. Carta "Gli ospedali della vita" 2001).

	Amitriptilina	Imipramina
Anticolinergici	+++	+++
Ipotensione ort.	+++	+++
Aritmia	+++	+++
Aumento peso	+++	+++
Disfunzioni sessuali	++	++
Sedazione	+++	+++

Effetti collaterali più significativi degli altri antidepressivi

- **Venlafaxina**,: aumento PA, insonnia, nervosismo, sonnolenza, astenia, cefalea, vertigini, disfunzioni sessuali, nausea
- **Duloxetina**,: nausea, secchezza delle fauci, affaticamento, vertigini, disfunzioni sessuali. Cautela nei
- pazienti ipertesi non trattati.
- **Trazodone**: sedazione, ipotensione posturale, raramente priapismo.
- **Mirtazapina**, Mianserina: sedazione, aumento di peso, raramente discrasie ematiche.
- **Reboxetina**, Maprotilina: insonnia, tachicardia, sudorazione, ipotensione, disfunzioni sessuali.
- **Bupropione**,: insonnia, cefalea, nausea, secchezza fauci, anoressia, tremori, aumento pressione arteriosa, non usare in pazienti con anamnesi positiva per epilessia.

Farmaci “antidepressivi” la cui efficacia è poco documentata da studi controllati:

Amisulpride, ademetionina, oxitriptano, alprazolam, preparazioni di iperico (quest’ultimo è un prodotto a base dell’ Hypericum perforatum o erba di S. Giovanni, il cui meccanismo di azione non è ancora completamente chiarito e che è dotato di rischi di interazione importanti con warfarina, digossina, teofillina, antiepilettici, contraccettivi orali, antiretrovirali, triptani.)

Sindrome ansioso-depressiva – caratterizzata dalla coesistenza di sintomi ansiosi e depressivi, che da soli non soddisfano i criteri richiesti per l’una o per l’altra categoria, ma che generano nel paziente un significativo deficit funzionale. Anche per questa condizione psicopatologica i farmaci di prima scelta sono gli SSRI. E’ indicato l’utilizzo delle BDZ durante le prime 2-3 settimane dall’inizio della terapia antidepressiva, quando l’incremento di disponibilità di serotonina e noradrenalina causa la cosiddetta ‘sindrome di attivazione’, che termina con la comparsa dell’effetto terapeutico.

Utilizzo delle benzodiazepine nella cura dei sintomi di ansia

Le linee guida indicano di utilizzare le BDZ solo quando il disturbo è particolarmente grave o disabilitante, e comunque non oltre le quattro settimane di trattamento.

L’utilizzo cronico e prolungato di queste sostanze causa dipendenza e tolleranza. Mai prescrivere dunque benzodiazepine a soggetti con tendenza alla dipendenza o già dipendenti da altre sostanze.

Esistono BDZ a breve – media e lunga emivita. La scelta del composto dovrà basarsi su un’attenta analisi della condizione clinica e dell’effetto che si vuole raggiungere.

BDZ a breve/media emivita includono l’alprazolam, il lorazepam, l’oxazepam, il triazolam. I composti a lunga emivita sono rappresentati dal diazepam, delorazepam, flurazepam.

Le BDZ a breve emivita limitano la sedazione diurna, soprattutto quando vengono dati per favorire il riposo notturno. Al contrario i composti a lunga emivita possono essere sfruttati proprio per questa caratteristica, quando può essere utile un effetto sedativo durante l’arco della giornata o quando sussista risveglio precoce (es. dist. depressivi).

Speciali avvertenze

Somministrare le BDZ con cautela nel paziente anziano, poiché possono provocare confusione, tossicità cerebellare, eccessiva sedazione, riduzione delle prestazioni psicomotorie e cognitive e conseguente rischio di cadute e fratture del femore.

Sintomi da astinenza da BDZ

- Psicici e comportamentali: ansia- tensione, attacchi di panico , depressione – irritabilità, insonnia, aggressività
- Somatici : cefalee – tremore, confusione – alterazione del livello di coscienza con o senza fluttuazioni diurne (delirium), crisi epilettiche – aritmie cardiache

6. RUOLO E FUNZIONI DEI DIVERSI ATTORI

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

I compiti del medico di medicina generale nell'assistenza al paziente depresso sono:

1. diagnosticare l'episodio depressivo
2. valutare la gravità dell'episodio
3. impostare una corretta terapia (da solo o con la collaborazione dello psichiatra)
4. inviare rapidamente ad una consulenza psichiatrica i casi più gravi o con particolari condizioni
5. supportare (counseling) i pazienti ed i familiari (nel pieno rispetto delle regole sulla privacy) favorendo la maggior compliance possibile alle terapie
6. collaborare con lo specialista psichiatra nella gestione dei casi più complessi
7. relazionarsi con le altre istituzioni sociali presenti sul territorio.

MEDICO SPECIALISTA PSICHIATRA

Le finalità dell'intervento dello specialista psichiatra sono:

- effettuazione di inquadramento diagnostico quando richiesto dal MMG
- impostazione della terapia nei casi richiesti
- collaborazione con il MMG nella gestione dei casi più complessi
- realizzazione di percorsi terapeutici che prevedano nei casi di maggiore complessità l'utilizzo dell'assunzione in cura e della presa in carico dei CPS o di un ulteriore invio a SERT/NOA.

7. LA GESTIONE DEL PAZIENTE IN MEDICINA GENERALE

Il colloquio di prima valutazione

Il colloquio con il paziente prevede da parte del medico un approccio globale, non solo focalizzato sui sintomi (di cui conviene comunque approfondire la gravità). Esplora e valuta le molteplici aree che concorrono a meglio definire il quadro clinico del paziente e a guidare conseguentemente le strategie terapeutiche ed assistenziali.

E' una fase caratterizzata da alcune semplici domande, che presuppongono la disponibilità all'ascolto da parte del medico. Vengono descritte nella tab 6.

Un tale schema di colloquio presenta la sua piena validità nelle condizioni in cui il medico si trova di fronte a minimizzazione, reticenza o mascheramento (anche con sintomi fisici) della reale sofferenza depressiva del paziente.

In molti casi il paziente è già consapevole del suo stato e tende a descrivere spontaneamente molti aspetti della sua situazione. E' importante essere consapevoli che differenze culturali, etniche e religiose possono influenzare le modalità di presentazione e di gestione clinica dei disturbi mentali ed è pertanto consigliabile adottare un approccio "culturally sensitive".

Tab n. 6

1. Sintomi

Si sente triste, giù di morale? Ha perso interesse per le cose? Piange facilmente? Si sente stanco? Ha notato variazioni dell'appetito? O del sonno? O dell'interesse sessuale? Fatica a concentrarsi o a ricordare? Ha pensato che in questa situazione sarebbe meglio morire? Ha pensato di farlo?

Per rilevare i sintomi della **componente ansiosa** (Ellen SR et al. 1997)

A volte ha la sensazione di non avere vie d'uscita, di essere messo all'angolo? Si preoccupa in modo eccessivo? Si irrita facilmente? Ha difficoltà a rilassarsi?

Se due risposte sono affermativo, proseguire con le seguenti domande: Ha disturbi del sonno? Soffre di mal di testa o dolori alla nuca e al collo? Le capita di avvertire dei tremori o dei tic? le manca la parola, suda, urina spesso, ha diarrea? E' preoccupato per la sua salute? Ha difficoltà ad addormentarsi?

2. Funzionamento sociale

Come va col lavoro? E in famiglia? Esce, vede gli amici e si dedica ai suoi interessi?

3. Contesto esistenziale

E' successo qualcosa? Quale situazione o evento la preoccupa?

4. Decorso

Da quanto tempo si sente così? In questo periodo il suo stato d'animo è migliorato o peggiorato?

5. Anamnesi

Ha mai avuto periodi simili? E come si sono risolti? Spontaneamente o con l'aiuto di farmaci, psicoterapia o altro?

6. Parere e propensioni del paziente

Cosa pensa di sé? E di questo episodio di malessere? Sente il bisogno di una cura? O di "parlare" con qualcuno? Preferisce aspettare?

Informazione e supporto al paziente.

Rappresentano le modalità di introdurre ed accompagnare Il paziente al trattamento supportandolo, rassicurandolo e prospettando il percorso di cura.

In questa fase il medico deve mostrare di conoscere la depressione, di comprenderla e di saper aiutare il paziente, di accogliere la sua sofferenza e programmare con lui gli interventi per la guarigione.

In questa fase può essere utile, in accordo con il paziente, coinvolgere i familiari. Tab n. 7

Tab. 7. (da Asioli, Berardi. *Disturbi psichiatrici e Cure Primarie 2007*)

Spiegare al paziente che cos'è la depressione: un disturbo molto frequente, che ha delle ragioni psicologiche e sociali, che determina un disturbo fisico oggettivo.

- Rassicurare il paziente: conosciamo bene il problema, sappiamo come affrontarlo, le cure danno un buon esito.

- Indagare con il paziente le circostanze esistenziali più o meno recenti che hanno favorito l'emergere della depressione. Aiutarlo a scoprirle, se non gli sono chiare, e a parlarne.

N.B.: una discussione più approfondita sulla relazione fra cause scatenanti e depressione è più opportuno rimandarla a quando i sintomi non sono più acuti.

- Spiegare al paziente (e, se necessario, ai familiari) che la incapacità a svolgere le normali

attività è uno dei sintomi della depressione dovuta alle modificazioni biologiche che il disturbo produce. Non è attribuibile, come il senso comune ritiene, a “svogliatezza” o a “mancanza di volontà”.

- Decolpevolizzare il paziente rispetto alle sue disabilità. Se queste sono presenti in modo importante, incoraggiare “l’assunzione del ruolo di malato” e prescrivere una astensione dal lavoro o un periodo di riposo.

Follow up del paziente in medicina generale

- Se si teme che il paziente pensi al suicidio, è opportuno parlarne esplicitamente: ciò non solo non peggiora ma, al contrario, rappresenta un fattore protettivo rispetto al rischio di un eventuale atto autosoppressivo.

- Informare il paziente sulle caratteristiche delle cure farmacologiche e psicologiche, sulle modalità e sui tempi che richiedono per funzionare.

- Programmare incontri successivi ad intervalli temporali, determinati dal medico, per valutare e sottolineare i cambiamenti e i miglioramenti (anche piccoli) mostrando al paziente l’effetto positivo dei provvedimenti.

Follow up del paziente in medicina generale

Periodicità delle visite

Per il 1° mese il paziente andrebbe rivalutato periodicamente, per supportarlo in attesa dell’inizio d’azione dei farmaci e per valutarne gli effetti collaterali. Nei mesi successivi, una volta instauratosi l’effetto terapeutico, i controlli possono essere mensili.

Durata della terapia

Instauratosi l’effetto terapeutico (dopo circa 4 settimane dall’inizio del trattamento), il trattamento farmacologico dovrebbe proseguire per almeno 6 – 12 mesi nel 1° episodio (altrimenti sarebbe alto il rischio di recidiva alla sospensione del farmaco). E’ da valutare l’ipotesi di trattamenti più prolungati in caso di episodi successivi al primo, fino ad una terapia a vita in caso di episodi ripetuti.

Modalità di sospensione della terapia

La sospensione della terapie deve avvenire in modo graduale con la disponibilità del medico di medicina generale ad una rivalutazione del caso nell’eventualità di ricomparsa dei sintomi.

L’indicazione è di ridurre la dose gradualmente (es. del 25% ogni due settimane), arrivando alla sospensione definitiva del farmaco in un periodo non inferiore ad 1 mese.

In caso di recidiva alla sospensione, è bene consultare lo psichiatra.

Controlli post-terapia

Dopo la riacquisizione definitiva del benessere, l’indicazione è di ricontrollare il paziente ogni 4 – 6 mesi per un periodo di 12 – 18 mesi.

Richiesta di un intervento specialistico

E’ opportuno che il medico di medicina generale richieda la consulenza psichiatrica nei seguenti casi:

- Incertezza nel definire il quadro diagnostico: esiste il sospetto che la depressione sia associata o faccia parte di un disturbo psichiatrico diverso (ad esempio: sindrome ossessivo-compulsiva, schizofrenia e disturbo bipolare);

- Episodio depressivo di particolare gravità in cui è presumibile un rischio di suicidio e/o la presenza di idee di morte, di rovina o comunque “deliranti”; la presenza di comportamenti autolesivi nel corso di precedenti episodi depressivi è fortemente indicativa di elevato rischio suicidario;
- Insufficiente o mancata risposta alla terapia farmacologica: la presa in carico specialistica può permettere l'utilizzo di trattamenti “non farmacologici” quali la psicoterapia o interventi farmacologici più complessi (l'inizio della risposta farmacologica ha di solito un periodo di latenza di circa 4 settimane, pertanto la mancata risposta al trattamento andrebbe presa in considerazione dopo tale periodo);
- Presenza di comorbidità psichiatrica. Qualora il disturbo depressivo si associ ad altri disturbi psichiatrici (ad es. disturbi alimentari, abuso di alcol, anomalie significative del comportamento), sia contemporaneamente, sia con modalità seriale nel corso della vita, la comorbidità deve essere considerata come un fattore di gravità. In questo caso è suggeribile il precoce coinvolgimento dello Specialista nel trattamento.

E' inoltre possibile che la richiesta di consulenza specialistica sia formulata direttamente dal paziente o dai suoi familiari.

Modalità di relazione tra medico di medicina generale e specialista psichiatra

- L'invio da parte del MMG deve sempre essere motivato, ponendo in modo chiaro il quesito diagnostico e le notizie relative al paziente ritenute rilevanti al fine di agevolare l'inquadramento da parte dello specialista.
- E' necessaria la restituzione scritta al medico di medicina generale dopo la prima visita (che potrebbe anche essere l'unica).
- E' utile la restituzione periodica (ogni 4 – 6 mesi) per i pazienti che continuano ad essere di pertinenza psichiatrica (es. assunzione in cura).
- E' funzionalmente vantaggiosa la possibilità di consultazione telefonica.

Le modalità di relazione tra MMG e specialista psichiatra sono articolate sulla base del modello organizzativo definito nel Piano Regionale per la salute Mentale 2004 che prevede 3 diversi percorsi operativi : consulenza, assunzione in cura, presa in carico

1. CONSULENZA

Dal PRSM: "La consulenza riguarda una modalità di rapporto organizzato fra i servizi Psichiatrici e i servizi della medicina generale (o servizi medici di altre discipline) per quegli utenti che non necessitano di assunzione in cura specialistica".

Il tipo di patologia di cui si occupa la consulenza comprende orientativamente i seguenti raggruppamenti diagnostici ICD-10:

- F3 (sindromi affettive)
- F4 (sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi)
- F5 (sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici) nelle forme cliniche di lieve e media gravità.

Nell'ambito del percorso di consulenza vengono garantiti :

Al paziente :

una attività clinica ambulatoriale, colloqui clinici con pazienti e familiari, valutazioni psicodiagnostiche, valutazioni psicofarmacologiche prescrizione e somministrazione di farmaci.

Al MMG:

1. supporto (contatti telefonici; incontri; consigli farmacologici; supervisione sull'intervento psicologico e sulle difficoltà in ordine alla compliance terapeutica del paziente e/o al rapporto medico paziente)
2. restituzione scritta sulla diagnosi e sull'intervento consigliato.

2. ASSUNZIONE IN CURA

Dal PRSM: "Nel percorso dell'assunzione in cura rientrano i percorsi terapeutici previsti per gli utenti dei DSM portatori di bisogni prevalentemente di tipo specialistico e comunque che non necessitano del trattamento complesso e multiprofessionale tipico della presa in carico".

Gli interventi che vengono garantiti al paziente consistono in:

- attività clinica ambulatoriale: colloqui, prescrizione e somministrazione di farmaci, sostegno
- psicologico;
- utilizzo di day-hospital o di ricovero ospedaliero in caso di episodi acuti di malattia;
- attività di sostegno alla famiglia;
- attività strutturata di psicoterapia

La assunzione in cura va comunicata al MMG, che mantiene la competenza per le problematiche non psichiatriche. (Nel caso di assunzione in cura è essenziale la comunicazione all'utente sulla libertà di scelta riguardo a dove svolgere le cure necessarie).

3. PRESA IN CARICO

Dal PRSM: "Il percorso territoriale della presa in carico è indicato per gli utenti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni <complessi>. La realizzazione della presa in carico del paziente grave e multiproblematico, in una prassi costantemente orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro, rappresenta una mission specifica del DSM ... Per gli utenti dei DSM che presentano bisogni complessi, ovvero che presentano una diagnosi di disturbo psichico grave e che presentano deficit nel funzionamento psicosociale e nella rete familiare e sociale, la presa in carico rappresenta il modello di buona pratica clinica ... Tra gli utenti dei DSM affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi rientrano principalmente i soggetti affetti da disturbi psicotici".

Una volta definita la necessità della presa in carico il caso viene discusso in microéquipe o nell'èquipe allargata per definire, nell'ambito di una strategia multilivello, il programma di cura più adeguato, le figure professionali richieste, l'operatore di riferimento (case manager). La presa in carico del paziente va comunicata al MMG che mantiene la competenza per le problematiche non psichiatriche.

In base all'andamento del programma, quando emergono nuovi elementi o difficoltà, l'èquipe ridiscute il caso.

8. TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Il supporto del Medico di Medicina Generale

Non sempre una condizione depressiva deve essere affrontata in termini farmacologici. Spesso può essere conseguenza di problematiche personali (ad es. lutti), relazionali (separazioni e abbandoni) o sociali (difficoltà economiche, perdita del lavoro o di un ruolo, ecc.), alle quali non è opportuno dare in prima istanza una risposta farmacologica e comunque specificatamente psichiatrica. In questi casi il medico di medicina generale può svolgere un ruolo di accoglienza e di ascolto per il paziente, anche attraverso colloqui programmati. Questi incontri dovrebbero tendere a mitigare un'eventuale condizione di solitudine, a permettere un clima di condivisione delle difficoltà e ad individuare e favorire le risorse che il paziente stesso possiede per elaborare e affrontare le difficoltà esistenziali che ha incontrato.

Qualora si ravvisi la necessità di un percorso psicoterapeutico più strutturato, è opportuno che il medico prenda contatto con un livello specialistico dove tale percorso possa essere intrapreso. In questa prospettiva appare di grande importanza che il medico conosca in modo approfondito le tipologie di offerta del territorio, in grado di fornire tale supporto.

Trattamento psicoterapeutico

Presupposto per la scelta del trattamento psicoterapeutico è la disponibilità negli ambiti di cura di professionisti con un training ed una esperienza adeguati in questo approccio specifico. Le indicazioni ad un trattamento psicoterapeutico possono essere così riassunte:

- evidenza di importanti fattori di vulnerabilità psicologica e compatibilità con le caratteristiche psicologiche del paziente;
- presenza di significativi fattori stressanti psicosociali;
- sintomi non particolarmente acuti;
- situazioni esistenziali di difficile comprensione;
- disponibilità del paziente.

È necessario che il professionista che effettua l'intervento psicoterapeutico mantenga costantemente il contatto con il curante. Le linee-guida NICE suggeriscono un intervento psicologico come terapia iniziale della depressione lieve.

Se si effettua questa scelta, bisognerebbe considerare un trattamento che si occupi dei problemi attuali del paziente. La risposta sintomatologica dovrebbe essere monitorata, e dovrebbe essere considerata la terapia farmacologica per i pazienti che non mostrano alcun miglioramento dopo 6-8 settimane.

Gli interventi psicologici più indicati per il trattamento della depressione lieve sono trattamenti brevi come la problem-solving therapy, il counselling, la terapia cognitivo-comportamentale breve e la terapia interpersonale.

Infine, occorre sempre valutare l'opportunità di un trattamento combinato, farmaco-psicoterapeutico, poiché offre le massime potenzialità terapeutiche in termini di risoluzione dell'episodio e di prevenzione delle ricadute.

Tipologie

- **Psicoterapia interpersonale**

La psicoterapia interpersonale è una psicoterapia breve (12-16 sedute), altamente strutturata, focalizzata sui sintomi attuali del paziente, sui rapporti interpersonali e sugli eventi della vita; riconosce l'importanza delle esperienze passate ma ha come obiettivo la risoluzione dei conflitti interpersonali attuali. La psicoterapia interpersonale non presume che la psicopatologia dipenda esclusivamente da problemi di rapporto interpersonale, ma ritiene che questi problemi si manifestino all'interno di un contesto interpersonale che è spesso correlato con il processo depressivo. Il Counselling Interpersonale è un'opzione terapeutica ancora più breve, usata di solito in contesti medici. L'analisi del funzionamento psicosociale attuale del soggetto è il focus principale di questo metodo di counselling (sei sedute brevi di circa 15 - 20 minuti l'una).

- **Terapia cognitivo-comportamentale**

La terapia cognitivo-comportamentale cerca di modificare il rapporto che esiste fra le situazioni che sono alla base delle difficoltà e le reazioni emotive e comportamentali che il soggetto ha in quelle circostanze, attraverso l'apprendimento di modalità di reazione nuove e positive.

Si tratta di una psicoterapia breve (15-20 sedute) focalizzata sui problemi attuali e senza affrontare l'interpretazione dei fattori inconsci.

Nell'ambito dell'approccio comportamentale si colloca la Problem Solving therapy. Essa consiste nel fornire all'individuo un metodo sistematico ed efficace per affrontare e risolvere i problemi di vita quotidiana.

Numerose ricerche hanno dimostrato che il Problem Solving Strutturato è un trattamento efficace nei depressi e negli individui a rischio di suicidio. L'incremento dell'abilità nel risolvere i problemi ha dimostrato di ridurre la depressione, le sensazioni di solitudine e di disperazione e di aumentare la percezione di autocontrollo.

Riferimenti e Bibliografia

- Depression: management of depression in primary and secondary care. NICE 2004 Number 23.
- Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem National Institute for Clinical Excellence . National Clinical Practice Guideline. Guideline 90 , 91. 2009
- World Health Organisation. The ICD 10 Classificatio of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.
- Andreoli V. Il MMG e la psichiatria- Milano Masson,2000
- Bellantuono C. et al. I disturbi psichici nella medicina generale.- Roma- Il Pensiero Scientifico,1992
- DSM IV per la Medicina Generale- Milano- Masson,1997
- AA.VV. Medicina Generale a cura di V.Caimi e M.Tombesi- UTET, 2003
- Asioli, Berardi “Disturbi psichiatrici e cure primarie” 2007 Il Pensiero scientifico Editore. Roma.
- Gilbody et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes; Arch Intern Med. 2006;
- Van Stembergen-Weijnenburg et al Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. BMC Health Serv. Res. 2010
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. The Lancet 2009)
- Davidson JRT, Meltzer-Brody SE The underrecognition and under treatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry 1999
- Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, et al. A qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. J Am Board Fam Med, 2007; 20:28–35.
- Sirey J., Bruce M., Alexopoulos G., et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry, 2001; 158:479-481.
- Ministero della salute.Guida all'uso dei farmaci sulla base del British National Formulary 2006.
- The Medical Letter.Treatment Guidelines.Farmaci per i disturbi psichici.VOL.N.4. Ottobre 2006 n.10

Appropriato utilizzo dei farmaci
Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento del Diabete

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Le raccomandazioni per il trattamento del diabete mellito tipo 2 sono state riviste ed integrate dal gruppo di lavoro sulla base di

ADM – SID – Diabete Italia:

- *Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010 ;*
- *Standard italiani per la cura del diabete mellito tipo 2 - Edizione per la Med. Generale - 2011*

A questi documenti (www.aemmedi.it) si rinvia per la definizione di livello della prova e forza della raccomandazione delle singole affermazioni, e per i riferimenti bibliografici sugli argomenti specifici.



2011
(aggiornamenti AIFA 2013)

GLI OBIETTIVI TERAPEUTICI

Gli obiettivi generali del trattamento sono:

- mantenere una glicemia adeguata
- controllare gli altri fattori di rischio cardiovascolare
- istruire/educare all'autogestione della malattia
- trattare le complicanze della malattia, se presenti

L'obiettivo terapeutico da raggiungere e mantenere nel tempo è HbA1c <7% (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione A**).

Per questo occorre:

- verificare HbA1c ogni 3/4 mesi fino al raggiungimento dell'obiettivo
- se l'obiettivo è stato stabilmente raggiunto rivalutare HbA1c ogni 6 mesi

obiettivi glicemici

- HbA1c <7,0% (<6,5% in singoli pazienti)
- Glicemia a digiuno e pre-prandiale 70-130 mg/dl
- Glicemia post-prandiale <180 mg/dl *

**la misurazione della glicemia post-prandiale deve essere effettuata 2 ore dopo l'inizio del pasto; nel diabete mellito tipo 2 sono auspicabili valori post-prandiali <140 mg/dl (IDF 2007)*

In pazienti con ridotta aspettativa di vita, comorbilità, anziani con demenza e/o con patologia multisistemica, soggetti ad elevato rischio di ipoglicemie possono essere considerati obiettivi meno rigorosi (HbA1c compresi tra 7-8%)

(**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)

tabelle di correlazione

tab. 1

Correlazione tra livelli di HbA1c e glicemia plasmatica media basati sullo studio ADA G (A1C-Derived Average Glucose)

L'HbA1c riflette la glicemia media degli ultimi 2-3 mesi. La tabella permette di convertire il valore di HbA1c in un equivalente di glicemia media, per migliorare la comprensione e l'interpretazione del risultato stesso dell'HbA1c

HbA1c (%)	Glicemia plasmatica media
6	126 mg/dl
7	154 mg/dl
8	183 mg/dl
9	212 mg/dl
10	240 mg/dl
11	269 mg/dl
12	298 mg/dl

tab.2

Correlazione tra i valori dell'HbA1c in unità derivate % e in unità mmol/mol

HbA1c valori attuali (DCCT) %	HbA1c valori nuovi (IFCC) mmol/mol
4,0	20
5,0	31
6,0	42
7,0	53
8,0	64
9,	75
10,0	86

Attualmente i referti di laboratorio riportano i risultati dell'HbA1c espressi sia in unità allineate al sistema DCCT (%), che in unità standardizzate IFCC (mmol/mol). Dal 2012 le unità convenzionali saranno abbandonate e la refertazione avverrà unicamente in unità IFCC (mmol/mol). Il vantaggio derivante dall'utilizzo delle unità di misura in mmol/mol è che si ottiene una amplificazione numerica di circa 10 volte, quindi piccoli cambiamenti dell'HbA1c dovrebbero risultare maggiormente identificabili

IL TRATTAMENTO IPOGLICEMIZZANTE

A) IL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

la terapia medica nutrizionale

- La terapia medica nutrizionale è una componente fondamentale della gestione del diabete e dell'educazione all'autogestione. Le persone con diabete o alterata tolleranza glucidica devono ricevere una terapia medica nutrizionale individualizzata, tenendo conto delle esigenze personali e delle condizioni cliniche complessive.
- Il calo ponderale è raccomandato in tutti gli adulti in sovrappeso corporeo (BMI 25,0-29,9 kg/m²) o obesi (30,0 kg/m²). Una moderata riduzione dell'apporto calorico (300-500 Kcal/die) ed un modesto incremento del dispendio energetico (200-300 Kcal/die) permettono una lenta ma progressiva riduzione del peso (0,45-0,90 Kg/settimana).
(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

tab.3 Indicazioni generali per la composizione ottimale della dieta nel paziente diabetico

componenti della dieta	quantità complessiva consigliata	quantità consigliata dei singoli componenti	consigli pratici
carboidrati	45-60% kcal tot	Saccarosio e altri zuccheri aggiunti 10%	Vegetali, legumi, frutta, cereali preferibilmente integrali, alimenti della dieta mediterranea
fibre	>40 g/die (o 20 g/1000kcal/die), soprattutto solubili		5 porzioni a settimana di vegetali o frutta e 4 porzioni a settimana di legumi
proteine	10-20% kcal tot		
grassi	35% kcal tot	Saturi < 7-8% MUFA 10-20% PUFA < 10% Evitare ac. grassi trans Colesterolo < 200mg/die	Tra i grassi da condimento preferire quelli vegetali (tranne olio di palma e di cocco). L'introduzione di almeno 2 porzioni alla settimana di pesce deve essere raccomandata, poiché fornisce acidi grassi n-3 polinsaturi.
sale	<6 g/die		Limitare il consumo di sale e di alimenti conservati sotto sale (insaccati, formaggi, scatolame)
alcol			Una moderata introduzione di alcol, fino a 10 g/die nelle femmine (una porzione) e 20 g/die nei maschi (due porzioni), è accettabile. L'assunzione di alcol va limitata nei soggetti obesi o con ipertrigliceridemia, sconsigliata nelle donne in gravidanza e nei pazienti con storia di pancreatite. L'assunzione di alcol nei pazienti che sono trattati con insulina deve avvenire nel contesto di pasti che comprendono cibi contenenti glucidi, per prevenire, soprattutto durante la notte, il rischio di pericolose prolungate ipoglicemie
dolcificanti			I dolcificanti acalorici (saccarina, aspartame, acesulfame K, sucralosio) non nutritivi, sono sicuri quando consumati in quantità giornaliere moderate.
supplementi			La supplementazione routinaria con antiossidanti, come la vitamina E e C e b-carotene non è consigliata (no EBM). L'introduzione di cibi naturalmente ricchi di antiossidanti, microelementi e altre vitamine è invece molto raccomandata

-
- **Non esistono evidenze per raccomandare l'uso di alimenti "dietetici" per diabetici.**

la attività fisica

Una adeguata attività fisica migliora il controllo glicemico, favorisce il mantenimento di un peso corporeo ottimale e riduce il rischio di malattia cardiovascolare. Sono consigliati:

- almeno 150 minuti/settimana di attività fisica aerobica di intensità moderata (50-70% della frequenza cardiaca massima)

e/o

- almeno 90 minuti/settimana di esercizio fisico intenso (>70% della frequenza cardiaca massima).

ATTIVITA' FISICA: Movimento corporeo prodotto dalla contrazione di muscoli scheletrici che richieda una spesa energetica in eccesso rispetto alla spesa energetica a riposo

ESERCIZIO FISICO: Movimento corporeo programmato, strutturato e ripetuto, eseguito allo scopo di migliorare o mantenere una o più componenti in buona forma fisica

ESERCIZIO AEROBICO : Movimenti ritmici, ripetuti e continui degli stessi grandi gruppi muscolari per almeno 10 minuti ciascuno. Gli esempi comprendono camminare, andare in bicicletta, corsa lenta, nuoto, esercizi aerobici acquatici e molti sport

ESERCIZIO CONTRO RESISTENZA: Attività che utilizzano la forza muscolare per muovere un peso o lavorare contro un carico che offre resistenza

L'attività fisica deve essere distribuita in almeno 3 giorni/settimana e non ci devono essere

più di due giorni consecutivi senza attività. *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)*

È opportuno intensificare l'automonitoraggio glicemico prima, eventualmente durante (esercizio di durata >1 h), e dopo l'esercizio fisico.

- Devono essere fornite indicazioni relative :
 - alla necessità di integrazione con carboidrati ed alla gestione della terapia ipoglicemizzante
 - al rischio di ipoglicemia in corso di attività e in riferimento al rischio di ipoglicemia tardiva post-esercizio fisico.
- La presenza di chetosi sconsiglia l'attività fisica.

B) IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Raccomandazioni

- Dieta e cambiamento dello stile di vita rappresentano il primo approccio terapeutico. Se nonostante la dieta adeguata ed il corretto stile di vita il valore di HbA1c >7% , iniziare la terapia farmacologica.
- Perseguire lo stretto controllo della glicemia al fine ridurre il rischio di insorgenza o peggioramento delle complicanze microvascolari *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)*
- Perseguire lo stretto controllo della glicemia sin dalla diagnosi al fine di ridurre le complicanze cardiovascolari a lungo termine *(Livello della prova II, Forza della raccomandazione A)*
- In presenza di valori di HbA1c superiori all'obiettivo glicemico è necessario mettere tempestivamente in atto le opportune variazioni della terapia finalizzate a raggiungere e mantenere nel tempo il buon controllo glicemico. *(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)*
- Il farmaco di prima scelta per il trattamento dei diabetici tipo 2 è la metformina, sia in presenza di soprappeso *(Livello della prova II, Forza della raccomandazione A)* che di normopeso
- Metformina, glitazoni, sulfoniluree, repaglinide, inibitori DPP-4 e analoghi del GLP-1 sono parimenti efficaci nel ridurre l'emoglobina glicosilata, ma meno efficaci rispetto all'insulina *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)*
- In molti pazienti, non in buon controllo in monoterapia, è necessario associare due o più farmaci. Quando il controllo della glicemia non è soddisfacente, anche in politerapia, è necessario iniziare la terapia insulinica mono o multiniettiva *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)*
- Tenere in considerazione la possibile scarsa adesione alla terapia prescritta.

Tab 4. Terapia ipoglicemizzante: consigli operativi

1.

- Iniziare una terapia farmacologica orale quando gli interventi sullo stile di vita non sono più in grado di mantenere il controllo della glicemia ai valori desiderati (HbA1c < 7%).
- Mantenere e rinforzare sempre l'orientamento del paziente verso un corretto stile di vita.
- Valutare l'eventuale inizio o aumento della dose del farmaco orale ogni 2-6 mesi, con il fine di raggiungere e mantenere nel tempo valori di HbA1c < 7%.

2.

- Iniziare con la metformina (prima scelta) partendo con basse dosi (250 mg x 2 dopo i pasti) da incrementare nel tempo al fine di evitare intolleranza gastrointestinale (fino a 1 gr x 2 al di).
- Controllare periodicamente la funzione renale.
- Utilizzare particolare cautela per filtrato glomerulare < 60 ml/min/1,73 m² e sospendere per filtrato glomerulare < 30 ml/min/1,73 m² o in pazienti a rischio di insufficienza renale acuta; in caso di controindicazioni o di intolleranza, passare direttamente al paragrafo successivo.
- La terapia con metformina deve sempre accompagnare tutte le scelte terapeutiche successive, inclusa l'insulina, senza scendere al di sotto del dosaggio di 2 g/die.

3.

- Quando la metformina :
 - a) da sola non riesce a mantenere il buon controllo della glicemia, o
 - b) non è tollerata o è controindicata , o
 - c) *si ritiene che il valore di emoglobina glicosilata prima di iniziare il farmaco sia troppo elevato per raggiungere, con la sola metformina, il target terapeutico*
- aggiungere (o, in caso di intolleranza/controindicazione alla metformina, sostituire con) un secondo farmaco (sulfonilurea/repaglinide/pioglitazone/gliptina/analogo GLP-1/insulina)*
- sulfoniluree e repaglinide raggiungono più velocemente l'obiettivo, ma comportano un rischio di ipoglicemia con possibile riduzione della compliance
 - le sulfoniluree conducono più velocemente al fallimento secondario
 - il pioglitazone induce ritenzione idrica e comporta un aumentato rischio di fratture e di scompenso cardiaco nei pazienti già a rischio per tale patologia, ma consente il mantenimento di un buon controllo della glicemia nel tempo.
 - se aggiunti a sola metformina, sia gliptine che exenatide inducono un buon controllo della glicemia, in assenza di ipoglicemia iatrogena
 - exenatide e liraglutide hanno il vantaggio di un importante calo ponderale ma lo svantaggio di frequenti, sebbene temporanei, effetti collaterali gastrointestinali e di essere iniettivi (valutare la compliance del paziente).
 - la terapia insulinica è la più efficace, ma può indurre ipoglicemia, aumento ponderale e riduzione della compliance; tenere comunque in considerazione la terapia insulinica, almeno temporaneamente.
- Iniziare un percorso di educazione terapeutica:
 - se vengono prescritti secretagoghi o insulina, educare al rischio di ipoglicemia (e all'uso del sistema di iniezione in caso di insulina);
 - se viene prescritto glitazone, educare al rischio di ritenzione idrica;
 - se viene prescritta exenatide o liraglutide, educare alla gestione degli effetti collaterali e all'uso del sistema di iniezione.
 - se appropriato, prescrivere l'uso di presidi per l'automonitoraggio.
 - Quando la compliance può essere un problema, prediligere farmaci in monosomministrazione.

4.

Usare la triplice terapia quando le associazioni precedentemente prescritte non sono in grado di mantenere il controllo dell'emoglobina glicosilata (HbA1c < 7%).

Non esistono studi di confronto che mostrino la superiorità di uno schema rispetto a un altro; tuttavia, si deve tener conto che allorquando le incretine sono associate alle sulfoniluree esiste il rischio di ipoglicemia.

Considerare comunque la possibilità di iniziare direttamente una terapia insulinica.

5.

L'acarbiosio può rappresentare una ulteriore opzione, in particolare in pazienti intolleranti ad altri farmaci.

6.

Aumentare le dosi o aggiungere altre classi di farmaci verificando il controllo metabolico a intervalli frequenti (massimo 3-6 mesi) fino al raggiungimento dell'obiettivo.

7.

In ogni passaggio valutare la possibilità di un inizio precoce della terapia insulinica.

Tab.5. Farmaci ipoglicemizzanti

	NOME COMMERCIALE	DURATA D'AZIONE (ore)	DOSE PER COMPRESSA (mg)	NUMERO SOMM.NI	ORARI DI SOMM.NE	ATTENZIONE A:
SULFONILUREE						
GLIBENCLAMIDE BREVETTO SCADUTO	Euglucon 5 Daonil Gliben Gliboral	12 - 24	5	1 - 3	30 min prima del pasto	IRC Inibizione del pre condizionamento ischemico
GLICLAZIDE BREVETTO SCADUTO	Diamicron Diabrezide	6 - 12	80	1 - 3	30 min prima del pasto	IRC
	Dramion 30 Diamicron 30	24	30	1/2/3/4 cp insieme	Prima di colazione	
GLIPIZIDE	Minidiab	8 - 12	5	1 - 3	30 min prima dei pasti	
GLIQUIDONE	Glurenor	5 - 7	30	1 - 3	30 min prima dei pasti	
GLISOLAMIDE	Diabenor	10 - 12	4	1 - 3	30 min prima dei pasti	
GLIMEPIRIDE BREVETTO SCADUTO	Amaryl Solosa	24	2 3 4	1-2	30 min prima dei pasti	IRC
BIGUANIDI						
METFORMINA BREVETTO SCADUTO	Glucophage Metforal Metfonorm Metbay Zuglimet Metiguanide	4 - 6	500 850 1000	1 - 3	Durante o dopo il pasto	Esami con m.d.c. IRC Iniziare con basso dosaggio la sera, poi aumentare gradualmente
GLINIDI						
REPAGLINIDE BREVETTO SCADUTO	Novonorm	3	0.5 1 2	3	Subito prima del pasto	
GLITAZONI						
PIOGLITAZONE	Actos	24	15 30 45	1 - 2	Indifferente	Scopenso C.C. Epatopatie
INIBITORI DPP4						
VILDAGLIPTIN PIANO TERAPEUTICO	Galvus	24	50	1 - 2	Indifferente	Compromissione funzione epatica
SITAGLIPTIN PIANO TERAPEUTICO	Tesavel Januvia Xelevia	24	100	1	Indifferente	
SAXAGLIPTIN PIANO TERAPEUTICO	Onglyza	24	5	1	Indifferente	Pancreatite

	NOME COMMERCIALE	DURATA D'AZIONE (ore)	DOSE PER FORMULAZIONE	N° SOMM.NI	ORARI DI SOMM.NE	ATTENZIONE A:
INIBITORI alfa-glicosilasi						
	Glucobay Glicobase	2 - 3	50 100	1 - 3	Subito prima del pasto	Flatulenza
ASSOCIAZIONI						
GLIBENCLAMIDE + METFORMINA BREVETTO SCADUTO	Suguan M Glibomet Bieuglucon M Gliconorm * Glibomet 5 * Glicorest *	12 - 24	Glibenclamide 2,5 + Metformina 400 *Glibenclamide 5 + Metformina 400 o 500	1 - 3	30 min. prima del pasto	Esami con m.d.c. IRC
PIOGLITAZONE + METFORMINA PIOGLITAZONE + GLIMEPIRIDE	Competact Tandemact	24	Pioglitazone 15 + Metformina 850 Pioglitazone 30 + Glimepiride 4	1 - 2 1	Durante o dopo il pasto	Scompenso C.C. Epatopatie Esami con m.d.c. IRC
VILDAGLIPTIN + METFORMINA PIANO TERAPEUTICO	Eucreas	24	50/850 50/1000	1 - 2	Dopo il pasto	Esami con m.d.c. IRC
SITAGLIPTIN + METFORMINA PIANO TERAPEUTICO	EFFICIB JANUMET VELMETIC	24	50/850 50/1000	1 - 2	Dopo il pasto	ESAMI CON M.D.C. IRC
INCRETINO MIMETICI						
EXENATIDE (AGONISTA DEL RECETTORE GLP1) PIANO TERAPEUTICO	Byetta	2-4	Penna con cartuccia da 5 - 10 mcg	2	Prima di colazione o di pranzo e Prima di cena	Colelitiasi Pancreatite
LIRAGLUTIDE (ANALOGO GLP1) PIANO TERAPEUTICO	Victoza	24	Penna con cartuccia multi dose 0.6 - 1.2 -1.8 mg	1	Indifferente	Insufficienza epatica Pancreatite

NOTA BENE : in commercio per la gran parte dei farmaci riportati in tabella è disponibile la formulazione generica

METFORMINA (insulino sensibilizzante di prima scelta)

- controindicata in presenza di insufficienza renale: controllare periodicamente la funzione renale ed il rischio di insufficienza (filtrato glomerulare $<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)
- può essere utilizzata in associazione con qualunque ipoglicemizzante e con l'insulina
- non provoca ipoglicemia se usata da sola o con glitazoni
- disponibili cps 500, 850, 1000 mg da assumere dopo il pasto
- dose terapeutica da 1500 a 3000 mg/die in 2 o 3 somministrazioni
- iniziare con basse dosi da incrementare nel tempo, al fine di evitare intolleranza gastrointestinale

SECRETAGOGHI (sulfaniluree e glinidi)

raggiungono più velocemente l'obiettivo, ma più velocemente possono condurre al fallimento secondario:

- possono indurre ipoglicemia e pertanto occorre avvertire i pazienti ed attuare, se possibile, un programma di autocontrollo glicemico
- utilizzare secretagoghi a breve emivita (repaglinide) in soggetti con prevalente iperglicemia post-prandiale o con vita particolarmente attiva e imprevedibilità degli orari dei pasti
- controindicati in soggetti con insufficienza renale ed epatica: solo la repaglinide e il gliquidone possono essere somministrati nella insufficienza renale lieve-moderata
- possono essere associate alla metformina, agli altri ipoglicemizzanti orali ed all'insulina

GLITAZIONI

sono farmaci insulinosensibilizzanti ; possono indurre ritenzione idrica e comportano un aumentato rischio di scompenso cardiaco in pazienti già a rischio per tale patologia, ma consentono il mantenimento di un buon controllo della glicemia per un periodo maggiore dei secretagoghi

- controindicati in soggetti con scompenso cardiaco anche classe 1
- preavvisare del rischio di ritenzione idrica e di modesto incremento ponderale
- possono essere associati agli altri ipoglicemizzanti orali e anche all'insulina (attenzione all'aumentato rischio di edemi)
- possono essere somministrati in alternativa alla metformina nei soggetti intolleranti a questa molecola o con insufficienza renale moderata
- non provocano ipoglicemia se usati da soli o associati a metformina

ACARBOSIO

può rappresentare una ulteriore opzione, in particolare in pazienti intolleranti ad altri farmaci

- controlla prevalentemente l'iperglicemia post-prandiale
- viene usato elettivamente in associazione con altri farmaci compreso insulina
- disponibile in cps 50 e 100 mg da assumere all'inizio del pasto con i primi bocconi
- dose terapeutica da 50 mg x 3 a 100 mg x 3 die: iniziare con la dose minore per saggiarne la tollerabilità gastrointestinale
- può provocare flatulenza ed incremento delle transaminasi
- controindicato nell'insufficienza renale grave (filtrato glomerulare $< 30 \text{ ml/min}$).

INCRETINE

rappresentano una nuova categoria di farmaci ipoglicemizzanti introdotti in Italia nella primavera 2008 ed erogabili dal SSN tramite piano terapeutico redatto dalle strutture specialistiche diabetologiche e registro nazionale dell'AIFA.

Sono farmaci che esplicano la loro azione solo in presenza di elevati livelli di glicemia, pertanto hanno un rischio estremamente ridotto di induzione di ipoglicemia.

Possono essere usati solo in associazione a sulfaniluree, metformina, glitazonici, e solo il sitagliptina nche con l'insulina.

In Italia sono disponibili:

1) l'omologo del GLP1: exenatide

- viene somministrato 2 volte al giorno per iniezione sotto-cute con dose fissa di 5 o 10 mcg
- può essere usato in associazione con metformina o con sulfanilurea o in combinazione con entrambi
- abbassa significativamente i livelli medi di glicemia (HbA1C)
- riduce il peso corporeo
- stimola la produzione di insulina e riduce quella del glucagone
- rallenta lo svuotamento gastrico
- controlla l'iperglicemia post prandiale in modo ottimale senza causare ipoglicemie (possibile rischio in associazione con sulfaniluree)
- può dare effetti collaterali gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) e in altri paesi sono stati segnalati casi di pancreatite acuta

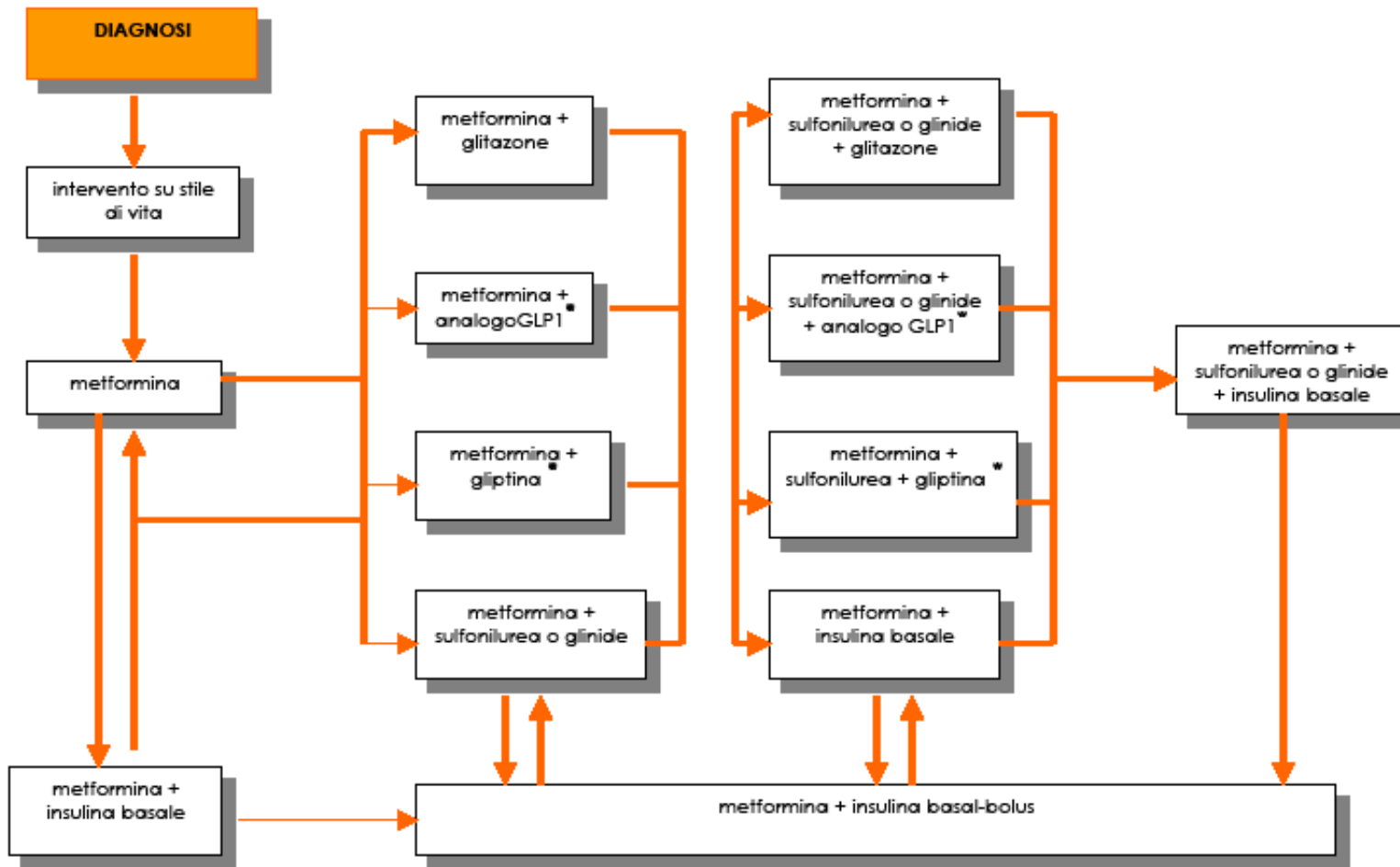
2) l'analogo del GLP1: liraglutide

- viene somministrato 1 volta al giorno per iniezione sotto-cute con dose fissa di 0.6 o 1,2 mcg
- può essere usato in associazione con metformina o con sulfanilurea o in combinazione con entrambi
- abbassa significativamente i livelli medi di glicemia (HbA1C)
- riduce il peso corporeo
- stimola la produzione di insulina e riduce quella del glucagone
- rallenta lo svuotamento gastrico
- controlla l'iperglicemia post prandiale in modo ottimale senza causare ipoglicemie (possibile rischio solo in associazione con sulfaniluree)
- può dare effetti collaterali gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea)
- la prescrizione deve essere registrata sul "registro globale farmaci antidiabete" dell' AIFA

3) gli inibitori dell'enzima DPP-IV che disattiva il GLP-1

- sono farmaci attivi per via orale, che provocano aumento delle concentrazioni di GLP-1 endogeno
- non possono essere utilizzati in monoterapia, ma sempre associati ad una seconda categoria di farmaci: sitagliptin con metformina oppure glitazone; vildagliptin con metformina o sulfanilurea o glitazone
- provocano aumento della secrezione insulinica, soppressione della neoglucogenesi, rallentamento dello svuotamento gastrico, riduzione dell'appetito
- non causano ipoglicemia (possibile solo se associati a sulfanilurea)
- controindicati in IRC moderata e grave; in epatopatia grave
- effetti indesiderati: nausea se in associazione con metformina; flatulenza ed edema periferico se in associazione con glitazonico; ipoglicemia se in associazione con sulfanilurea; vertigini; cefalea, flogosi vie aeree superiori (riniti, faringiti), mioartralgie agli arti
- la prescrizione del saxagliptin deve essere registrata sul "registro globale farmaci antidiabete" dell' AIFA

Flow chart per la terapia del diabete mellito tipo2



• La aggiunta di incretine è giustificata nella gestione del paziente in sovrappeso/obeso (solo analogo GLP1) e nella prevenzione delle ipoglicemie, in alternativa alle sulfoniluree

Tab 6. Terapia con insulina nel diabete tipo 2: consigli operativi

1.

Iniziare la terapia con insulina quando la terapia ipoglicemizzante non insulinica e l'intervento sullo stile di vita non sono in grado di ottenere il controllo della glicemia.

Mantenere tuttavia sempre il supporto per il mantenimento dello stile di vita.

Considerare l'inizio o l'aumento dell'insulina ogni 2-6 mesi, con l'obiettivo di raggiungere e mantenere nel tempo valori di HbA1c < 7%.

2.

Spiegare al paziente affetto da diabete sin dal momento della diagnosi che l'insulina è comunque una delle possibili terapie e che può rivelarsi la migliore, oppure l'unica, per raggiungere o mantenere il controllo della glicemia.

3.

Iniziare un percorso di educazione terapeutica e prescrivere l'uso di presidi per l'automonitoraggio.

Spiegare che all'inizio le dosi prescritte possono essere basse ma che in alcuni casi si può giungere a 50-100 Unità die.

4.

Iniziare la terapia insulinica prima della comparsa dello scompenso metabolico, in particolare iniziare quando, nonostante una terapia massimale, l'HbA1c (dosaggio standardizzato con lo studio DCCT) supera 7,5%.

Continuare comunque la metformina.

L'uso dei secretagoghi può essere continuato, almeno temporaneamente, durante la terapia insulinica.

Anche l'acarbiosio può essere continuato.

Prestare attenzione all'associazione con pioglitazone per l'aumentata ritenzione di liquidi.

Al momento exenatide liraglutide e gliptine non sono prescrivibili insieme a insulina

5.

Quando si avvia la terapia insulinica:

5.1. Utilizzare un'insulina basale come detemir, glargine, umana NPH o lispro NPH (con umana NPH il rischio di ipoglicemia è tuttavia maggiore, non vi sono evidenze che lispro NPH sia diversa da umana NPH), tenendo comunque in considerazione le diverse farmacocinetiche

oppure

5.2. Utilizzare un analogo rapido ai pasti (lispro, aspart o glulisina)

oppure

5.3. Utilizzare direttamente uno schema basal-bolus

oppure

5.4. In presenza di gravi ed evidenti problemi di compliance, utilizzare una doppia somministrazione di insulina premiscelata (bifasica), tentando comunque di educare il paziente verso uno schema basal-bolus.

6.

Iniziare l'insulina prescrivendo un regime di autotitolazione (aumento di 2 unità ogni 3 giorni fino all'obiettivo) oppure attraverso contatti settimanali (usando comunque uno schema simile).

Controllare la glicemia anche negli altri momenti per identificare possibili altre cause di cattivo controllo.

7.

Continuare il supporto al paziente, anche attraverso contatti telefonici, fino al raggiungimento dell'obiettivo glicemico.

8.

Incoraggiare la somministrazione dell'insulina nel tessuto sottocutaneo della regione addominale (assorbimento veloce) e coscia (lento), considerando comunque braccio e glutei come valide alternative. Ricordarsi sempre che alcuni pazienti potrebbero non prediligere la somministrazione dell'insulina nella regione addominale per motivi culturali.

Tab 7 Formulazioni delle Insuline in commercio

TIPOLOGIA INSULINA	NOME COMMERCIALE	MOLECOLA	INIZIO AZIONE min.	PICCO ore	DURATA ore	Tempo di SOMMINISTRAZIONE rispetto al pasto	Zona di Iniezione	Cartuccia	Flacone	Pre-riempita
UMANA PRONTA	INSUMAN RAPID	Regolare	30 - 60	2 - 4	6 - 8	30 min prima	addome	si	si	si
INTERMEDIA	HUMALOG BASAL	Lispro Protamina	60 - 120	6	12 - 14	Mattino o bedtime	gluteo/coscia	no	no	si
ANALOGHI RAPIDI	APIDRA	Glulisina	5 - 15	30-70	2-5	Subito prima o dopo	addome	si	si	si
	HUMALOG	Lispro	5 - 15	30-70	2-5	Subito prima o dopo	addome	si	si	si
	NOVORAPID	Aspart	5 - 15	30-70	2-5	Subito prima o dopo	addome	si	no	si
LENTE	LANTUS	Glargine	60 - 120	senza picchi	20 - 24	Sempre alla stessa ora	gluteo/coscia	si	si	si
	LEVEMIR	Detemir	60 - 120	" "	18 - 20	Sempre alla stessa ora	gluteo/coscia	no	no	si
PRE-MISCELATE	HUMALOG Mix 25	Lispro Protamina	5-15	30-90	14	Subito prima o dopo	addome	si	si	si
	HUMALOG 50 Mix	Lispro Protamina	5-15	30-90	12-14	Subito prima o dopo	addome	si	si	si
	NOVOMIX 30	Aspart Protamina	5-15	30-90	12-14	Subito prima o dopo	addome	no	no	si
	NOVOMIX 50	Aspart Protamina	5-15	30-90	12-14	Subito prima o dopo	addome	no	no	si
	NOVOMIX 70	Aspart Protamina	5-15	30-90	10-12	Subito prima o dopo	addome	no	no	si

LA GESTIONE DEL DIABETICO CON CONDIZIONI/ PATOLOGIE ASSOCIATE

A) SOVRAPPESO, OBESITA' E DIABETE

Nel paziente con sovrappeso (BMI \geq 25.0 Kg/m², < 30.0 Kg/m²) o con obesità (BMI \geq 30 Kg/m²) il rischio di malattie cardiovascolari è notevolmente aumentato dalla presenza di altre condizioni. In particolare, la coesistenza di tre di queste situazioni :

- un'alterazione del quadro lipidico, con trigliceridi \geq 150 mg/dL e bassi valori di colesterolo HDL (< 40 mg/dL negli uomini, < 50 mg/dL nelle donne)
- valori pressori \geq 130 /80 mmHg
- valori glicemici > 100 mg /dL
- una distribuzione centrale dell'adipe (misura della circonferenza della vita è \geq 102 cm negli uomini o \geq 88 cm nelle donne)

impone una visione multidisciplinare ed un trattamento aggressivo di ciascuna condizione per ottenere :

- valori di colesterolo LDL < di 100 mg/dL
- valori pressori < 130/80 mmHg
- valori di HbA1 C < di 7%
- progressivo calo ponderale (circa 450 - 900 gr alla settimana), ottenuto con una modificazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita
(*Livello della Prova I, Forza della Raccomandazione A*).

B) IPERTENSIONE ARTERIOSA NEL PAZIENTE DIABETICO

Obiettivi del trattamento

- Il trattamento antiipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione sistolica <130 mmHg di valori di pressione diastolica <80 mmHg
- Nei soggetti diabetici con proteinuria >1g/die l'obiettivo pressorio raccomandato è <125/75 mmHg
- Nelle donne diabetiche ipertese sono indicati durante la gravidanza obiettivi pressori di 110-129 mmHg per la sistolica e 65-79 mmHg per la diastolica.

Terapia

- I pazienti con una pressione sistolica di 130-139 mmHg o una diastolica di 80-89 mmHg devono modificare lo stile di vita (*riduzione del peso corporeo se sovrappeso, attività fisica aerobica regolare, dieta iposodica e riduzione dell'apporto di alcol*) e seguire una terapia comportamentale per un massimo di 3 mesi e poi, se gli obiettivi non sono stati raggiunti, iniziare una terapia farmacologica.
- I pazienti che alla diagnosi o al follow-up hanno una pressione sistolica \geq 140 mmHg o una diastolica \geq 90 mmHg devono, in aggiunta alla terapia comportamentale, iniziare un trattamento farmacologico. L'obiettivo primario è raggiungere il target terapeutico a prescindere dal farmaco antipertensivo utilizzato.

In assenza di comorbilità, i farmaci di prima scelta sono: ACE-inibitori, ARB (antagonisti del recettore dell'angiotensina II), calcioantagonisti e diuretici (ordine alfabetico) per la loro provata efficacia nel ridurre gli eventi vascolari nel paziente diabetico.

Una terapia d'associazione (due o più agenti a dosi massimali) si rende spesso necessaria per raggiungere gli obiettivi terapeutici.

Se il filtrato glomerulare stimato è < 30 ml-min⁻¹/1,73 m² il diuretico tiazidico va sostituito con un diuretico dell'ansa.

Se si utilizzano ACE-inibitori, ARB o diuretici è necessario monitorare la funzione renale e i livelli sierici di potassio.

I pazienti con nefropatia diabetica (riduzione del filtrato stimato o micro/macroalbuminuria) devono essere trattati con ACE-inibitori o ARB, ad eccezione che in gravidanza.

(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

- In gravidanza è controindicato il trattamento con ACE-inibitori e ARB; i farmaci consigliati sono α -metildopa, calcioantagonisti long-acting e β -bloccanti selettivi .
- Gli alfa-litici sono tra i farmaci di ultima scelta nel trattamento dell'ipertensione nel diabete.

Per il trattamento dell'ipertensione nelle persone anziane vedi il paragrafo: E) L'ANZIANO DIABETICO

C) IL DIABETICO CON DISLIPIDEMIA

Obiettivi del trattamento

- Il colesterolo LDL deve essere considerato l'obiettivo primario della terapia; l'obiettivo terapeutico da raggiungere è rappresentato da C-LDL < 100 mg/dl.
(Livello di prova I, Forza della raccomandazione A)
- Nei diabetici con malattia cardiovascolare e fattori multipli di rischio cardiovascolare non correggibili, valori di colesterolo LDL < 70 mg/dl possono rappresentare un obiettivo terapeutico opzionale.
- Ulteriori obiettivi della terapia sono il raggiungimento di valori di trigliceridi < 150 mg/dl e di colesterolo HDL > 40 mg/dl nell'uomo e > 50 mg/dl nella donna.
- Il colesterolo non-HDL può essere utilizzato come obiettivo secondario (30 mg in più rispetto ai valori di colesterolo LDL) in particolare nei diabetici con trigliceridemia superiore a 200 mg/dl.

Terapia

- Fondamentali le modificazioni dello stile di vita (dieta povera di grassi saturi e colesterolo, ricca di fibre, incremento dell'attività fisica) e la correzione di tutti i fattori di rischio cardiovascolare (ottimizzazione del compenso glicemico e dei valori pressori, sospensione del fumo).
La terapia ipolipemizzante si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio cardiovascolare (IMA fatale e non fatale e rivascolarizzazione coronarica) nei diabetici tipo 2 in prevenzione primaria e secondaria.
Le statine sono i farmaci di prima scelta per la prevenzione della malattia cardiovascolare.
Nei diabetici ad alto rischio cardiovascolare (presenza di malattia cardiovascolare o >40 anni e uno o più fattori di rischio cardiovascolare) la terapia farmacologica ipolipemizzante deve essere aggiunta alle modifiche dello stile di vita indipendentemente dal valore di colesterolo LDL.
(Livello di prova I, Forza della raccomandazione A per tutte le affermazioni precedenti)
- In diabetici di età <40 anni senza altri fattori di rischio cardiovascolare, la terapia farmacologica con statine (in aggiunta alle variazioni dello stile di vita) è indicata per valori di colesterolo LDL >130 mg/dl; l'intento è raggiungere l'obiettivo terapeutico di valori di colesterolo LDL <100 mg/dl. **(Livello di prova III, Forza della raccomandazione B)**
- Nei diabetici con ipertrigliceridemia, sia in prevenzione primaria, sia in secondaria e con valori ottimali di colesterolo LDL può essere presa in considerazione la terapia con fibrati
(Livello di prova II, Forza della raccomandazione B)
- L'associazione statina + fibrato può essere presa in considerazione per raggiungere l'obiettivo terapeutico, ma non è al momento supportata da studi di intervento con endpoint cardiovascolari.
- La terapia con statine è controindicata in gravidanza.

Per il trattamento della dislipidemia nelle persone anziane vedi il paragrafo: E) L'ANZIANO DIABETICO

**APPLICABILITA' DELLA NOTA 13 DEL 15 LUGLIO 2011
PER LA GESTIONE DELLA DISLIPIDEMIA NEL PAZIENTE DIABETICO
(MODIFICA DEL 26/03/2013)**

- 1.** Principio della rimborsabilità è il valore target di **colesterolo LDL** da raggiungere.
- 2.** La presenza di **diabete di per sé** comporta la presenza di "alto rischio", pari a Malattia Coronarica (obiettivo terapeutico LDL < 100 mg/dl); in questo caso deve essere prescritta una **statina di I livello** (simvastatina, pravastatina, fluvastatina o lovastatina,); se necessaria una riduzione del colesterolo LDL >50% si predilige la prescrizione di atorvastatina; se tali statine non sono tollerate o efficaci ad alti dosaggi è possibile associare ezetimibe (II livello).
- 3.** La presenza di **diabete insieme con Malattia Coronarica** (pregressi IMA o PTCA o CHD) comporta la presenza di "rischio molto elevato" (obiettivo terapeutico LDL < 70 mg/dl); in questo caso deve essere prescritta **direttamente una statina di I livello** (atorvastatina, rosuvastatina); se tali statine non sono tollerate o efficaci ad alti dosaggi è possibile associare ezetimibe (II livello).
- 4.** In presenza di **diabete insieme con Insufficienza Renale Cronica** (definita come GFR < 30 ml/min non in dialisi, oppure macroproteinuria) obiettivo terapeutico è LDL < 70-80 mg/dl. Per la cura di pazienti con livelli di trigliceridi ≥500 mg/dL, il farmaco prescrivibile è PUFA-N3, mentre per pazienti con LDL-C ≥130 mg/dL, i farmaci di prima scelta sono simvastatina + ezetimibe, di seconda scelta sono le statine a minima escrezione renale.
- 5.** In ogni caso, nei pazienti che siano **intolleranti** alla dose ottimale di statina per il conseguimento del target terapeutico, è possibile prescrivere il trattamento aggiuntivo con ezetimibe.

D) IL DIABETICO IN TERAPIA ANTIAGGREGANTE PIASTRINICA

A fronte dei presupposti fisiopatologici (aumento dei livelli plasmatici di fibrinogeno, PAI-1 e aggregabilità piastrinica) a favore dell'impiego dell'acido acetilsalicilico (ASA) nella popolazione diabetica, i trial di intervento hanno prodotto risultati di non univoca interpretazione. In generale risulta una minore efficacia dell'ASA nei diabetici (soprattutto in prevenzione primaria) probabilmente dovuta a una più frequente resistenza all'azione dell'ASA rispetto ai non diabetici (20% in alcuni studi) tutto ciò a fronte di un possibile incremento di effetti emorragici.

Acido acetilsalicilico: indicazioni

- La terapia antiaggregante con ASA (75-162 mg/die) è indicata nei diabetici con pregresso evento cardiovascolare, cerebrovascolare o con arteriopatia obliterante periferica (ma va evitata in presenza di sanguinamento gastrointestinale recente, ipertensione arteriosa non controllata, malattie epatiche in fase attiva, allergia al farmaco). (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione B**)
- La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico è indicata nei diabetici di età superiore a 40 anni o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare (ipertensione, fumo di sigaretta, dislipidemia, familiarità per eventi cardiovascolari, microalbuminuria). (**Livello della prova II, Forza della raccomandazione B**)

Alternative all'acido acetilsalicilico

In alternativa all'acido acetilsalicilico, nei soggetti intolleranti o resistenti può essere preso in considerazione l'utilizzo del clopidogrel oppure, in seconda scelta, della ticlopidina. *(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)*

Associazioni

- L'associazione acido acetilsalicilico □ clopidogrel è indicata fino a un anno dopo la diagnosi di sindrome coronarica acuta. *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione B)*
- La terapia antiaggregante non è raccomandata nei diabetici di età inferiore a 30 anni, data la carenza di trial randomizzati controllati che abbiano evidenziato un beneficio del trattamento superiore ai suoi effetti collaterali. *(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)*

NB: il clopidogrel è soggetto a limitazioni prescrittive (piano terapeutico redatto da specialista abilitato)

E) L'ANZIANO DIABETICO

Gli Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito considerano anziana la persona con età maggiore di 65 anni. Globalmente, una percentuale >10% degli ultrasessantacinquenni è affetta da diabete, ma il gruppo è estremamente eterogeneo per durata di malattia, comorbidità ed aspettativa di vita. Nel definire gli obiettivi del trattamento, i medici curanti devono tener conto di questa notevole eterogeneità clinica e funzionale; la valutazione multidimensionale può fornire informazioni fondamentali per l'inquadramento del paziente geriatrico.

Alla prima visita, in tutti i pazienti anziani con diabete deve essere eseguita una valutazione del rischio cardio-vascolare.

Il diabetico anziano dovrebbe essere valutato periodicamente riguardo alla possibilità di eseguire attività fisica, informandolo sui benefici che ne possono derivare e sulle risorse disponibili per incrementare il livello di attività praticata; dovrebbe inoltre essere valutato periodicamente l'apporto alimentare, lo stato nutrizionale e l'idratazione, e devono essere fornite indicazioni per una terapia nutrizionale adeguata allo stato socio-economico e culturale, consigli sul contenuto della dieta e sui potenziali benefici derivanti da una riduzione del peso corporeo. Dovrà sempre essere valutato anche il rischio di una malnutrizione calorico-proteica, condizione assai frequente nella persona anziana. Il diabetico anziano dovrebbe inoltre essere invitato a tenere una registrazione aggiornata dei farmaci assunti, da presentare al medico curante.

Il compenso glicemico ed il trattamento ipoglicemizzante

- Nei diabetici anziani gli obiettivi glicemici dovrebbero essere individualizzati. Se le condizioni generali sono relativamente buone, il valore ottimale di HbA1c potrà essere tra 6,5% e 7,5%.
Negli anziani fragili (con complicanze, affetti da demenza, con pluri-patologie, nei quali il rischio di ipoglicemia è alto ed i rischi di un controllo glicemico intensivo superano i benefici attesi) è appropriato un obiettivo meno restrittivo, con valori di HbA1c tra 7,5% e 8,5%.
Nei diabetici anziani lo schema di automonitoraggio dovrebbe essere commisurato al grado di autosufficienza e quindi alle singole capacità funzionali, affettive e cognitive. Lo schema deve essere basato sugli obiettivi glicemici e di HbA1c programmati, sulle reali possibilità di modificare la terapia e sul rischio di ipoglicemia.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B per tutte le affermazioni precedenti)

- Se in un soggetto anziano è indicata una terapia con antidiabetici orali, non è opportuno l'utilizzo di clorpropamide e glibenclamide. *(Livello della prova V, Forza della raccomandazione B)*
- In diabetici anziani con valori di creatininemia $\geq 1,5$ mg/dl ($\geq 1,4$ mg/dl nel sesso femminile), o livelli di clearance della creatinina indicativi di ridotta funzionalità renale, non è opportuno l'uso di metformina, dato il maggior rischio di acidosi lattica. *(Livello della prova IV, Forza della raccomandazione B)*
- In diabetici anziani trattati con metformina il controllo della creatininemia dovrebbe essere effettuato almeno una volta all'anno e in occasione di ogni incremento posologico. In soggetti di età ≥ 80 anni o con ridotta massa muscolare è preferibile la misurazione della clearance della creatinina. *(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione C)*

dislipidemia

- Nei diabetici anziani con dislipidemia è necessario correggere le anomalie del quadro lipidico, compatibilmente con una valutazione complessiva dello stato di salute del paziente. *(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)*
- Se un diabetico anziano presenta valori di colesterolo LDL > 130 mg/dl, è necessaria la terapia farmacologica in aggiunta alle modificazioni dello stile di vita. Il quadro lipidico deve poi essere ricontrollato almeno annualmente. *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)*

ipertensione

- Nei diabetici anziani che necessitano di terapia farmacologia antiipertensiva, l'obiettivo del trattamento deve prevedere il raggiungimento di valori pressori $< 140/80$, se ben tollerati. Una ulteriore riduzione dei valori pressori ($< 130/80$) può comportare un beneficio aggiuntivo. *(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)*
- Dato che i soggetti in età avanzata possono manifestare una scarsa tolleranza alla riduzione dei valori pressori (in particolare in caso di pregressi episodi sincopali, cadute a terra e ipotensione ortostatica) il trattamento antiipertensivo dovrebbe essere instaurato e titolato gradualmente. In diabetici anziani in terapia con ACE-inibitori o con sartani si dovrebbero effettuare controlli della funzionalità renale (creatininemia con calcolo del filtrato glomerulare stimato) e della potassiemia entro 1-2 settimane dall'inizio della terapia, a ogni incremento posologico e, comunque, almeno annualmente. In diabetici anziani in terapia con tiazidici o diuretici dell'ansa effettuare controlli di sodiemia e potassiemia entro 1-2 settimane dall'inizio della terapia, a ogni incremento posologico e, comunque, almeno annualmente. *(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)*



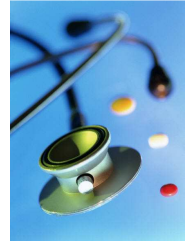
Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

*Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi
Policlinico di Monza*

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento dell' Ipertensione Arteriosa



DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension.
- 2007 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension.
- NICE/BHS of Guidelines for the Management of Hypertension in Adults in Primary Care.
- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)
- ASL prov. Lodi-AO Lodi Percorso diagnostico terapeutico per la gestione integrata del paziente iperteso 2003
- ASL prov Brescia. Percorso diagnostico terapeutico per la gestione integrata del paziente iperteso 2003
- ASL prov. Como Linee guida per le dislipidemie e l'ipertensione arteriosa 2003
- Vanuzzo e al. epidemiologia cardiovascolare:andamento dei fattori di rischio in italia .(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 19S-27S)
- Mancia e al. Prevalenza e controllo dell'ipertensione arteriosa:risultati degli studi afferenti al programma PAMELA IPERTENSIONE prevenzione cardiovascolare Giugno 2006;60-64 Key words:
- Verdecchia e al Improved Cardiovascular Risk stratification by a simpleECG index in Hypertension.AJH 2003;16:646-65
- J E Claire Dickerson e al, Optimization of antihypertensive treatment by crossover rotation of four major classes.Lancet 1999;353 ;2008-2013
- G.Eknoyan e al.,Proteinuria and other mrkers of chronic kidney disease.AJKD 42,NO 4 2003;617-622ontrast agent;

2008

(aggiornamenti AIFA 2013)

TRATTAMENTO

o Obiettivi del trattamento del paziente iperteso

- L'obiettivo primario del trattamento del paziente iperteso è quello di ottenere la massima riduzione del rischio cardiovascolare globale a lungo termine (riduzione di eventi cardiovascolari morbosi e mortali). E' perciò richiesto il trattamento di tutti i fattori di rischio reversibili identificati, inclusi il fumo, la dislipidemia e il diabete, e una gestione appropriata delle condizioni cliniche associate, oltre al trattamento dell'ipertensione arteriosa stessa.
- Sulla base delle evidenze disponibili raccolte nel corso di trial clinici, può essere raccomandato in tutti i pazienti ipertesi ridurre la pressione sistolica e diastolica a valori inferiori ai 140/90 mmHg ed eventualmente a valori ancora più bassi, se ben tollerati. Nei pazienti diabetici la pressione dovrebbe essere ridotta a valori inferiori ai 130/80 mmHg, tenendo presente che il raggiungimento in corso di terapia di valori pressori sistolici < 140 mmHg può essere difficile, specie negli anziani.

o Quando iniziare il trattamento

L'inizio del trattamento si fonda sulla precisa identificazione del livello di rischio Cardiovascolare del paziente (vedi anche appendice in fondo al testo). A tal fine è possibile utilizzare il seguente algoritmo costruito sulla base della stratificazione del rischio e dei livelli pressori rilevati al paziente. (Tabella 2).

Tabella 2. Algoritmo per il trattamento antipertensivo in relazione al profilo di rischio.					
Pressione arteriosa (mmHg)					
Altri fattori di rischio o danno d'organo o riscontro di malattie	Normale PAS 120-129 PAD 80-84	Normale alta PAS 130-139 PAD 85-89	Grado I PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 PAS >= 180 PAD >= 110
Nessun fattore di rischio	Nessun intervento anti-ipertensivo	Nessun intervento anti-ipertensivo	Modifiche dello stile di vita per diversi mesi poi terapia farmacologica se valori pressori non controllati	Modifiche dello stile di vita per diversi mesi poi terapia farmacologica se valori pressori non controllati	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato
1-2 fattori di rischio	Modifiche dello stile di vita	Modifiche dello stile di vita	Modifiche dello stile di vita per diversi mesi poi terapia farmacologica se valori pressori non controllati	Modifiche dello stile di vita per diversi mesi poi terapia farmacologica se valori pressori non controllati	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato
3 o più fattori di rischio o SM o danno d'organo.	Modifiche dello stile di vita	Modifiche dello stile di vita e considerare terapia farmacologica	Modifiche dello stile di vita + terapia farmacologica	Modifiche dello stile di vita + terapia farmacologica	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato
Diabete	Modifiche dello stile di vita	Modifiche dello stile di vita + terapia farmacologica			
Malattie CV o renale	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato	Modifiche dello stile di vita + trattamento farmacologico immediato
Basso <15%	Moderato 15-20%	Elevato 20-30%		Molto elevato >30%	

Terapia non farmacologica

Le modifiche dello stile di vita.

- Le modificazioni dello stile di vita dovrebbero essere adottate, ogni qualvolta ve ne sia indicazione, in tutti i pazienti, inclusi i soggetti con pressione arteriosa normale-alta e pazienti che necessitano di un trattamento farmacologico. La finalità è quella di ridurre la pressione arteriosa e di modulare gli altri fattori di rischio riducendo il numero e la posologia dei farmaci antipertensivi da utilizzare.
- Le modifiche dello stile di vita dovrebbero essere consigliate anche ai soggetti con pressione arteriosa normale – alta e con fattori di rischio associati, per ritardare la comparsa di uno stato ipertensivo.
- Le modifiche dello stile di vita che sono in grado di ridurre i valori pressori o il rischio cardiovascolare e che dovrebbero essere adottate in tutti i pazienti, includono:
 - l'abolizione del fumo;
 - il calo ponderale e la stabilizzazione del peso;
 - la riduzione dell'eccessivo consumo di bevande alcoliche;
 - l'esercizio fisico regolare;
 - la dieta iposodica;
 - l'incremento dell'apporto alimentare di frutta e verdura e riduzione dell'assunzione di grassi totali e saturi.
- Le modifiche dello stile di vita non dovrebbero essere presentate frettolosamente al paziente. Esse dovrebbero essere dettagliate e accompagnate da un adeguato supporto comportamentale. È utile rinforzare periodicamente l'importanza dell'intervento non farmacologico.
- Spesso risulta difficile per il paziente seguire nel tempo le misure non farmacologiche. I pazienti dovranno essere monitorati per non procrastinare troppo l'eventuale trattamento farmacologico.

Terapia farmacologica

La scelta del farmaco antipertensivo

- I principali benefici della terapia antipertensiva dipendono dalla riduzione degli elevati valori pressori "di per sé".
- Le cinque classi principali di farmaci antipertensivi – diuretici, betabloccanti, calcioantagonisti, ACE-inibitori, e sartani – sono tutte indicate come scelta terapeutica con cui iniziare e proseguire il trattamento, sia in monoterapia sia in associazione. *I betabloccanti, specie se associati ad un diuretico, sono sconsigliati nei pazienti con sindrome metabolica o ad alto rischio diabetogeno.*
- Poiché nella stragrande maggioranza dei pazienti è necessaria un'associazione di due o più farmaci per raggiungere l'obiettivo pressorio, non è utile sul piano pratico definire quale sia la classe di farmaci di prima scelta. I risultati di alcuni trial hanno tuttavia dimostrato *la superiorità di alcune classi di farmaci rispetto ad altre in alcune condizioni cliniche particolari* (vedi Tab 3).
- La scelta terapeutica, sia di una monoterapia che di una terapia di associazione, sarà influenzata da numerosi fattori :
 - L'esperienza favorevole o sfavorevole del paziente riguardante i farmaci antipertensivi impiegati in passato in termini di efficacia e/o effetti collaterali.
 - Gli effetti del farmaco sui fattori di rischio cardiovascolare in relazione al profilo di rischio del singolo paziente.
 - La presenza di danno d'organo, di patologie cardiovascolari, di insufficienza renale o di diabete mellito che possono trarre beneficio dal trattamento con alcuni farmaci rispetto ad altri (vedi Tab 3)
 - La presenza di altre patologie concomitanti che possono limitare l'impiego di specifiche classi di farmaci antipertensivi.
 - La possibilità di interazione con farmaci che il paziente assume per altre patologie.
 - Il costo dei vari farmaci, sia a carico del singolo paziente che della struttura sanitaria che dovrebbe essere preso in considerazione in subordine all'efficacia e alla tollerabilità nell'interesse del paziente.
- Si dovrebbe riservare particolare attenzione agli effetti collaterali. Anche se soggettivi, gli effetti collaterali sono la principale causa di scarsa compliance terapeutica.
- Si dovrebbero preferire farmaci o formulazioni a lunga durata d'azione, in mono somministrazione, in grado di garantire un'efficacia terapeutica lungo tutto l'arco delle 24 ore. La semplificazione dello schema terapeutico, infatti, si riflette positivamente sulla compliance del paziente alla terapia.

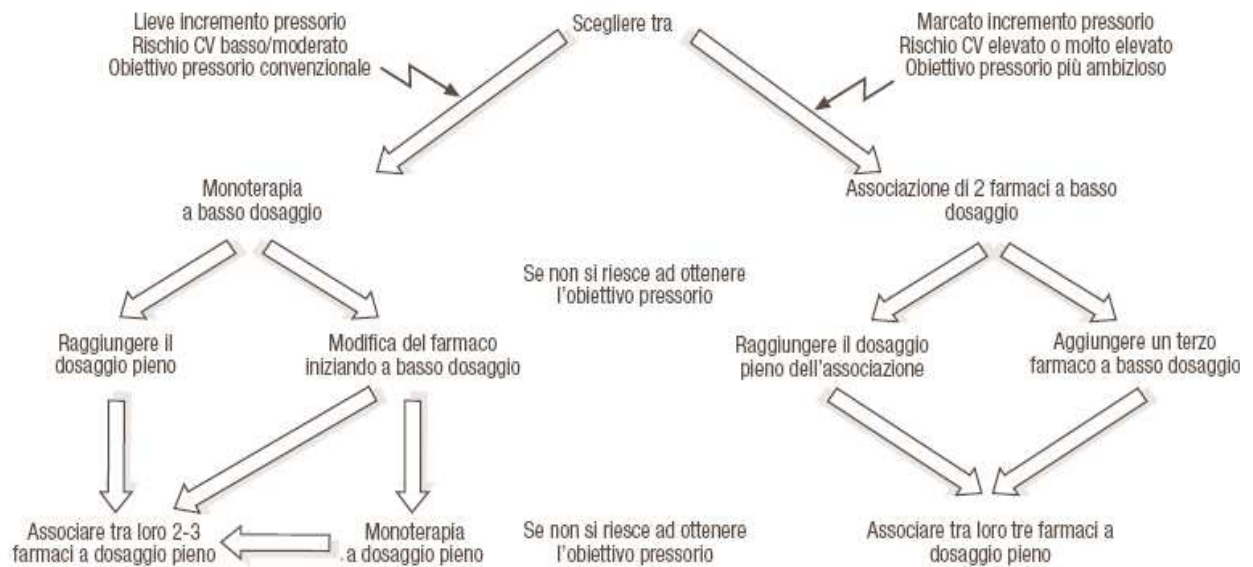
Tab 3 Farmaci di scelta sulla base di danno d'organo concomitanti patologie o particolari condizioni

Danno d'organo subclinico	farmaci di scelta
Ipertrafia VS	ACEI, CA,ARB
Aterosclerosi asintomatica	CA, ACEI
Microalbuminuria	ACEI, ARB
Danno renale	ACEI, ARB
Eventi patologici	
Pregresso ictus	tutti
Pregresso IMA	BB,ACEI,ARB
Angina pectoris*	BB,CA
Scompenso cardiaco	Diuretici,BB, ACEI,ARB, antialdosteronici
Insufficienza renale / proteinuria	ACEI,ARB,diuretici dell'ansa
Fibrillazione striale permanente	BB,CA (non diidropiridinici)
Fibrillazione striale parossistica	ACEI,ARB
Vasculopatia periferica	CA
Condizioni particolari	
Iperensione sistolica isolata (anziano)	Diuretici,ARB
Sindrome metabolica	ACEI,ARB,CA
Diabete mellito	ACEI,ARB
Gravidanza	CA,metildopa,BB
Etnia nera	Diuretici,CA
Abbreviazioni : ACEI = ACE inibitori ARB= bloccanti dei recettori renina angiotensina II	
CA= Ca-antagonisti BB= Betabloccanti	
*Ivabradina non necessita più della prescrizione mediante PT AIFA.	

▪ **Monoterapia versus terapia di associazione .**

- Qualsiasi sia il farmaco scelto, la monoterapia permette di ridurre i valori pressori solo in un numero limitato di soggetti ipertesi.
- Nella maggior parte dei pazienti ipertesi per raggiungere l'obiettivo pressorio è necessario impiegare una terapia in associazione di due o più farmaci. Sono disponibili molte associazioni farmacologiche efficaci e ben tollerate.
- Il trattamento farmacologico dovrebbe essere iniziato con un solo farmaco o con un'associazione di due farmaci a basso dosaggio, con la possibilità di incrementare la dose o il numero di farmaci a seconda delle necessità cliniche.
- La monoterapia rappresenta la scelta terapeutica iniziale in presenza di valori pressori moderatamente aumentati con un profilo di rischio cardiovascolare basso o moderato. Una terapia di associazione tra due farmaci a basso dosaggio dovrebbe rappresentare la scelta terapeutica iniziale in caso di ipertensione di grado 2 o 3 o di rischio cardiovascolare totale elevato o molto elevato.
- Le associazioni fisse tra due farmaci facilitano lo schema terapeutico ed aumentano la compliance.
- Nei pazienti nei quali non viene raggiunto un buon controllo pressorio nonostante la terapia con due farmaci, sarà necessario utilizzare una combinazione di tre o più farmaci.
- Nei pazienti non complicati e negli anziani il trattamento farmacologico dovrebbe essere iniziato gradualmente. Nei pazienti a rischio cardiovascolare elevato si dovrebbe raggiungere il target pressorio più rapidamente, preferendo una terapia di associazione ed una più rapida stabilizzazione delle posologie.

Fig 1. Algoritmo decisionale tra monoterapia e terapia in associazione

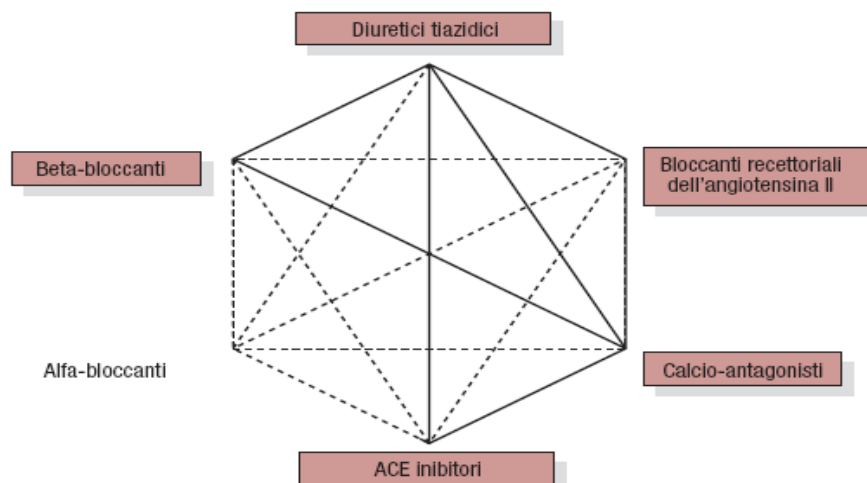


Associazioni raccomandabili tra alcune classi di farmaci antipertensivi

Le seguenti combinazioni si sono dimostrate efficaci e ben tollerate

- Diuretico tiazidico ed ACE inibitore o sartano
- Calcioantagonista (diidropiridinico) e beta bloccante
- Calcioantagonista e diuretico tiazidici
- Calcioantagonista ed ACE inibitore o sartano
- Diuretico tiazidico e beta bloccante (attenzione all'effetto diabetogeno ed alla S. Metabolica)

Figura2 Le combinazioni più razionali sono espresse con le linee più spesse



Le combinazioni preferite nei soggetti ipertesi sono rappresentate dalle linee continue. I riquadri indicano le classi di farmaci per cui vi è evidenza dei benefici di impiego

▪ Interventi terapeutici in specifiche condizioni.

La sindrome metabolica

- La Sindrome metabolica include una serie di condizioni cliniche caratterizzate dall'associazione tra obesità viscerale, alterazioni del metabolismo glucidico, del metabolismo lipidico e ipertensione arteriosa. La prevalenza della sindrome è elevata negli individui di mezza età e negli anziani.
- Il riscontro di danno d'organo a livello subclinico è frequente nei pazienti con sindrome metabolica. In questi pazienti il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari o diabete è molto elevato.
- I pazienti con sindrome metabolica dovrebbero essere sottoposti ad una accurata valutazione diagnostica del danno d'organo. In questi pazienti è indicato valutare i valori pressori anche mediante monitoraggio nelle 24 h a domicilio.
- In tutti i pazienti con sindrome metabolica dovrebbero essere intraprese modificazioni dello stile di vita. Il trattamento farmacologico dovrebbe essere iniziato con farmaci che si associano ad una minore incidenza di diabete (associazione bloccanti del sistema renina-angiotensina - calcio antagonisti). Sono auspicabili una riduzione pressoria a valori inferiori alla soglia della "pressione normale-alta" anche se mancano evidenze consolidate sull'efficacia di tale strategia.
- C'è comunque evidenza che il blocco renina-angiotensina è in grado di ritardare l'insorgenza dell'ipertensione.
- Un trattamento con statine o con antidiabetici dovrebbe essere istituito nei pazienti con Sindrome Metabolica associata a dislipidemia o diabete.
- Il trattamento dei fattori di rischio nel paziente iperteso.

La presenza di almeno 3 di questi 5 fattori di rischio : obesità addominale, alterata glicemia a digiuno, PA \geq 130/85, basso colesterolo HDL ed elevati Trigliceridi fa porre diagnosi di Sindrome metabolica.

Terapia ipolipemizzante

- Tutti i pazienti ipertesi con malattia cardiovascolare e diabete di tipo 2 dovrebbero ricevere un trattamento con statine. Gli obiettivi terapeutici sono un Colesterolo totale < a 175 mg/dl ed un colesterolo LDL < a 100 mg/dl.
- Anche i pazienti senza storia di malattia cardiovascolare ma ipercolesterolemici (Colesterolo totale e LDL) e con un rischio cardiovascolare elevato (> 20% a dieci anni) dovrebbero essere trattati con statine.
- Tale trattamento deve essere continuativo, salvo la comparsa di effetti collaterali o di situazioni che ne rendano necessaria la sospensione. Il trattamento saltuario finalizzato alla normalizzazione episodica del quadro lipidico o la mancata compliance espongono il paziente agli effetti indesiderati senza offrire alcun beneficio clinico.

Terapia antiaggregante

- Una terapia antiaggregante, in particolare l'impiego di aspirina a basso dosaggio, dovrebbe essere istituita in tutti i pazienti ipertesi con storia di pregressi eventi cardiovascolari non a rischio emorragico.
- Nei pazienti ipertesi di età superiore a 50 anni senza precedenti patologie cardiovascolari ma con rischio cardiovascolare elevato (e/o modesto incremento della creatininemia) l'istituzione di una terapia antiaggregante con aspirina a basse dosi riduce il rischio di eventi cardiovascolari. In questi pazienti è opportuno raccomandare l'impiego di antiaggreganti solo dopo aver raggiunto un buon controllo pressorio. In tali condizioni, infatti, i benefici del trattamento superano di gran lunga gli svantaggi legati al rischio di complicanze emorragiche.

Controllo glicemico

- E' importante raggiungere un buon controllo glicemico nei pazienti ipertesi diabetici.
- Gli obiettivi degli interventi terapeutici (non farmacologici e farmacologici) sono valori di glicemia post-prandiale di (108 mg/dl) e di HB1AC < a 6,5.



Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi
Policlinico di Monza

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento dell'Osteoporosi

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Guida europea per la diagnosi e la gestione clinica dell'osteoporosi nelle donne in menopausa.
- Prodotto da J.A. Kanis, C. Cooper, N. Burlet, P.D. Delmas, J.-Y. Reginster, F. Borgstrom e R. Rizzoli, a nome di ESCEO (THE EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL AND ECONOMIC ASPECTS OF OSTEOPOROSIS AND OSTEOARTHRITIS) Belgio 2005
- Linee guida per la diagnosi, prevenzione e terapia dell'osteoporosi SINOSSI.
- *Approvato dalle seguenti Società Scientifiche: Collegio dei Reumatologi Ospedalieri (CROI) Società Italiana dell'Osteoporosi e delle Malattie del Metabolismo Minerale e Scheletrico (SIOMMMS) Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) Società Italiana di Medicina Interna (SIMI) Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM) Società Italiana di Reumatologia (SIR) Edizioni Medico-Scientifiche 2006*
- Linee guida per l'osteoporosi. Regione Piemonte 2009
- Linee guida per la prevenzione dell'osteoporosi Ministero della salute e delle politiche sociali (<http://www.ministerosalute.it> visitato in data 5 agosto 2009)
- Raccomandazioni relative all'osteonecrosi della mascella/mandibola associata a terapia con bifosfonati in pazienti con osteoporosi: documento di consenso marzo 2009.
- Associazione Nazionale Dentisti Italiani ANDI, Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro SIOMMMS. Raccomandazioni condivise con CROI (Collegio dei Reumatologi Ospedalieri Italiani), FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, SIOT (Società Italiana di Reumatologia, SIR (Società Italiana di Reumatologia, SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica)
- Ministero della Salute Dipartimento della qualità "Individuazione dei criteri di accesso alla densitometria ossea" Febbraio 2005
- DPCM 5/03/2007 all.2Bb "Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea" Modifica del DPCM 29/11/2001 recante: Definizioni dei livelli essenziali di assistenza G.U. 7/05/07 n.104

2010

(aggiornamenti AIFA 2013)

Il trattamento dell'osteoporosi deve essere finalizzato alla riduzione del rischio di frattura. I provvedimenti non farmacologici (dieta, attività fisica) o la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, igiene di vita) possono essere raccomandati a tutti. L'utilizzo di farmaci specifici appare giustificato quando il rischio di frattura a 10 anni supera il 20-30%. Condizioni di rischio di questa entità sono quelli associati a precedenti fratture osteoporotiche ed alla terapia cortisonica (almeno per dosi >5 mg/die, prednisone equivalenti assunti per più di tre mesi in persone di età >50 anni). In questi ultimi due casi il rischio di frattura è così elevato che la decisione di avviare una terapia farmacologica può prescindere dai valori densitometrici. La definizione della soglia di intervento farmacologico in prevenzione primaria risulta più complessa. Non esistono al momento sufficienti dati per identificare una soglia di trattamento basata solo sui valori densitometrici.

INTERVENTO NON FARMACOLOGICO

Calcio e Vitamina D

Per la prevenzione primaria dell'Osteoporosi è di sostanziale importanza perseguire il mantenimento di un adeguato BMI e l'attivazione di una dieta con sufficiente introito di calcio e di Vitamina D, poiché a volte il loro apporto alimentare è modesto va presa in considerazione la loro supplementazione. In tal modo è possibile ottenere un ottimale picco di massa ossea e, in età più avanzata, un rallentamento della perdita ossea.

L'introito medio giornaliero di calcio nella popolazione italiana è insufficiente, specie in età senile ed in postmenopausa. La supplementazione con calcio si è dimostrata in grado di determinare modesti incrementi densitometrici ed una riduzione del rischio di fratture vertebrali, ma non vi sono evidenze di un effetto preventivo della sola supplementazione calcica sul rischio di fratture non vertebrali.

L'introduzione alimentare di calcio può essere stimata all'anamnesi alimentare tenendo presente che:

- Latte e yogurt contengono 120mg di calcio per 100 ml
- I formaggi stagionati contengono circa 1000mg di calcio per 100g
- I formaggi freschi contengono circa 500mg di calcio per 100g
- La quota di calcio contenuta negli altri alimenti assunti durante la giornata (esclusi latte e derivati) è approssimabile a 250 mg complessivamente
- L'eventuale consumo di un'acqua minerale ad alto tenore calcico va conteggiato a parte (le acque più ricche di calcio arrivano a contenerne circa 350mg per litro)

Apporto giornaliero di calcio raccomandato mg/die 1-5 anni	800
6-10 anni	800-1200
11-24 anni	1200-1500
25-50 anni	1000
In gravidanza o allattamento	1200-1500
Donne in postmenopausa in trattamento estrogenico Uomini di 50-65 anni	1000
Donne in postmenopausa senza trattamento estrogenico e Uomini di età superiore ai 65 anni	1500

E' raccomandato un apporto quotidiano, (eventualmente ricorrendo a supplementi), di 200 UI (5 ug) di vitamina D dal secondo mese di vita fino all'adolescenza; di 400 UI (10 ug) tra i 51-70 anni e almeno di 600 UI (15 ug) sopra i 70 anni (Livello 1)

Nelle donne italiane è stata documentata un'elevata prevalenza di ipovitaminosi **D** (livello I) che favorisce lo sviluppo di osteoporosi e/o osteomalacia. L'ipovitaminosi D nell'anziano è stata associata ad un aumento del rischio di fratture, in particolare di femore e la promozione di esposizione alla luce solare fornisce un contributo insufficiente in età senile, specie in soggetti istituzionalizzati. Sono stati descritti quadri di miopatia prossimale con disturbi dell'equilibrio e conseguente aumentato rischio di cadute, nonché numerosi effetti extraossei dell'ipovitaminosi D

La somministrazione di sola vitamina D ha dimostrato effetti densitometrici modesti e la capacità di ridurre significativamente il rischio di fratture solo in età senile (700-800 UI/die in associazione con il calcio).

La somministrazione di dosi di vitamina D sino a 2000 unità/die è considerata priva di effetti collaterali, ha costi molto contenuti e può essere raccomandata anche senza il controllo preliminare dei livelli sierici di 25OH-vitamina D.

La farmacocinetica della Vitamina D consente la somministrazione di dosi depot (300000 UI per os o im come prima somministrazione seguiti da altre 300.000 UI dopo 3 mesi e successivamente un mantenimento di 300.000 UI sempre per os o im ogni 6 mesi), con documentati benefici in termini di prevenzione delle fratture femorali (Livello II) L'uso dei metaboliti idrossilati della Vitamina D non è indicato per la prevenzione dell'ipovitaminosi D, presenta maggiori rischi di ipercalcemia ed ipercalciuria ed è attualmente giustificato solo in casi di grave insufficienza renale od epatica, di malassorbimento intestinale o di ipoparatiroidismo.

Altri nutrienti

L'aumento dell'apporto proteico in soggetti con inadeguato introito riduce il rischio di fratture del femore in entrambi i sessi. Per altri elementi non vi sono evidenze di correlazione con rischio di frattura o densità minerale nelle donne. La riduzione dell'introito alcolico, si accompagna a miglioramento della salute ossea e riduzione del rischio di cadute. Un consumo elevato di caffeina (superiore alle 4 tazzine/die) è stato da taluni associato ad un aumento del rischio di frattura di femore in entrambi i sessi. Sono stati riportati effetti negativi sulla densità minerale ossea di un introito alimentare di sodio superiore a 2100 mg (90 nmol), sia nelle femmine che nei maschi. Non è stata documentata alcuna evidenza riguardante l'efficacia dell'assunzione alimentare di isoflavoni della soia.

Attività fisica

Le metanalisi disponibili giungono alla conclusione che l'attività fisica è in grado di prevenire l'1% della perdita minerale ossea annuale; il beneficio maggiore è stato riportato sulla colonna vertebrale e con gli esercizi con carico. Per le attività senza carico non sono stati documentati effetti densitometrici sul femore. Gli esercizi fisici finalizzati a migliorare la forza e la resistenza di specifici gruppi muscolari (ad esempio quelli che utilizzano pesi od attrezzature statiche) producono risultati densitometrici contrastanti (**Livello II**). L'attività fisica, in particolare esercizi personalizzati di rinforzo muscolare e di rieducazione all'equilibrio ed alla deambulazione, hanno mostrato di ridurre negli anziani sia il rischio di cadute che di traumi correlati. La limitazione dell'immobilizzazione e la promozione di attività fisiche possibilmente personalizzate rappresentano anche i capisaldi della riabilitazione dei pazienti osteoporotici.

Interventi sul rischio di caduta

Buona parte delle fratture da fragilità, specie di femore, ha come concausa un evento traumatico non efficiente quale la caduta, il cui rischio può essere modificato.

La revisione della terapia farmacologica (riduzione del numero di farmaci in uso e sospensione degli psicofarmaci) si è associata ad una diminuzione del rischio di cadute.

Gli interventi per ridurre questo rischio dovrebbero quindi essere multidisciplinari ed includere una valutazione complessiva dello stato di salute, una valutazione dei fattori di rischio ambientali specie domiciliari, l'analisi e l'adeguamento dell'attività fisica ed una revisione dell'uso di farmaci.

Dispositivi di protezione dell'anca

Per ridurre il rischio di frattura è possibile cercare di attenuare l'energia traumatica della caduta su specifici segmenti scheletrici. Sono stati sviluppati e testati alcuni dispositivi di protezione dell'anca. Due metanalisi, comprendenti anche una valutazione dei costi, hanno documentato evidenze adeguate per sostenere l'uso di tali dispositivi nei soggetti anziani istituzionalizzati. Il problema maggiore è rappresentato dalla compliance.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

L'obiettivo fondamentale del trattamento dell'Osteoporosi (sia esso preventivo o di cura di forme già avanzate) è di ridurre il rischio di fratture: di conseguenza la scelta di un farmaco deve essere ispirata da solide evidenze scientifiche, ottenute a seguito di studi clinici controllati su ampie popolazioni di soggetti a rischio nei quali il farmaco in oggetto ha consentito di ridurre significativamente il numero delle fratture rispetto a quello osservato nel gruppo in placebo. In Italia il Servizio Sanitario Nazionale ammette a rimborso totale alcuni farmaci ai sensi della Nota 79 limitatamente a precise condizioni di rischio fratturativo (da somministrare sempre in associazione con Calcio e Vitamina D).

L'AIFA ha emesso inoltre una nota informativa importante sul rischio di fratture atipiche del femore associate all'uso di bifosfonati (gennaio 2012).

Nota 79

- Determinazione 7 giugno 2011 (GU 15 giugno 2011, n. 137): modifiche alla nota AIFA 79 di cui alla determinazione del 16 luglio 2009.

La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni di rischio:

- soggetti di età superiore a 50 anni in cui sia previsto un trattamento > 3 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi:

ac. alendronico, ac. risedronico, ac. alendronico + vitamina D3

- soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore
- soggetti di età superiore a 50 anni con valori di T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno < -4 (o < -5 per ultrasuoni falangi)
- soggetti di età superiore a 50 anni con valori di T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno < -3 (o < -4 per ultrasuoni falangi) e con almeno uno dei seguenti fattori di rischio aggiuntivi:
 - storia familiare di fratture vertebrali e/o di femore
 - artrite reumatoide e altre connettiviti
 - pregressa frattura osteoporotica al polso
 - menopausa prima 45 anni di età
 - terapia cortisonica cronica

ac. alendronico, ac. alendronico + vitamina D3, ac. risedronico, ac. ibandronico,, raloxifene, bazedoxifene, ranelato di stronzio.

- soggetti che incorrono in una nuova frattura vertebrale moderata-severa o in una frattura di femore in corso di trattamento con uno degli altri farmaci della nota 79 (alendronato, alendronato+vit. D3, risedronato, raloxifene, ibandronato, ranelato di stronzio) da almeno un anno per una pregressa frattura vertebrale moderata-severa o una frattura di femore. Soggetti, anche se in precedenza mai trattati con gli altri farmaci della nota 79 (alendronato, alendronato+vit. D3, risedronato, raloxifene, ibandronato, ranelato di stronzio), che si presentano cumulativamente con 3 o più pregresse fratture vertebrali severe o di femore o con 2 fratture vertebrali severe ed una frattura femorale prossimale.

La nota si applica su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre tre volte (per un totale complessivo di 24 mesi), di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano

teriparatide, ormone paratiroideo

- soggetti di età superiore a 50 anni in trattamento da più di 12 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con una frattura vertebrale severa o due fratture vertebrali moderate.

La nota si applica su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre tre volte (per un totale complessivo di 24 mesi), di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano

teriparatide

Prima di avviare la terapia con i farmaci sopraindicati, in tutte le indicazioni è raccomandato un adeguato apporto di calcio e vitamina D, ricorrendo, ove dieta ed esposizione solari siano inadeguati, a supplementi con sali di calcio e vitamina D3 (e non ai suoi metaboliti idrossilati). La prevenzione delle fratture osteoporotiche deve anche prevedere un adeguato esercizio fisico, la sospensione del fumo e la eliminazione di condizioni ambientali ed individuali favorenti i traumi. Non deve essere dimenticato, infine, che tutti principi attivi non sono privi di effetti collaterali per cui va attentamente valutato il rapporto vantaggi e rischi terapeutici. Inoltre la loro associazione è potenzialmente pericolosa e va pertanto evitata. Per l'applicazione della Nota 79, la valutazione della massa ossea con tecnica DXA o ad ultrasuoni deve essere fatta presso strutture pubbliche o convenzionate con il SSN.

La prescrizione va fatta nel rispetto delle indicazioni e delle avvertenze della scheda tecnica dei singoli farmaci.

I Bisfosfonati

I bisfosfonati sono composti sintetici in grado di fissarsi elettivamente sulle superfici ossee sottoposte a rimodellamento. In queste sedi sono in grado di bloccare l'attività osteoclastica con un meccanismo d'azione diverso in funzione della presenza o meno di un gruppo aminico. Tutti i bisfosfonati sviluppati sinora per il trattamento delle malattie focali scheletriche o dell'osteoporosi riducono in maniera dose-dipendente il turnover osseo con incrementi proporzionali della densità ossea.

L'alendronato e il risedronato sono i due bisfosfonati con sicura documentazione di efficacia nel ridurre il rischio di fratture vertebrali e non vertebrali (femore, polso, ecc). L'assunzione di alendronato e risedronato può provocare importanti lesioni ulcerative esofagee specie in pazienti con disturbi del transito esofageo o quando assunti in maniera impropria. Questi composti debbono quindi essere usati con cautela in soggetti con disturbi esofagei o con una storia di malattie peptiche. I risultati di studi randomizzati e controllati indicano che Alendronato e Risedronato sono efficaci sia nella prevenzione sia nel trattamento dell'osteoporosi indotta da glucocorticoidi.

Per etidronato e clodronato l'efficacia anti-fratturativa è stata documentata in studi non conclusivi e limitatamente alle fratture vertebrali. Sono farmaci di seconda scelta che hanno trovato utilizzo nella prevenzione primaria per il loro basso costo.

L'alendronato è l'unica molecola approvata per il trattamento dell'osteoporosi maschile.

Il neridronato è l'unico farmaco approvato per il trattamento della osteogenesi imperfetta.

Cosa fare nei pazienti che iniziano la terapia con bisfosfonato (orale o Endovena)

I pazienti vanno correttamente informati sui benefici della terapia e dei possibili rischi connessi, compresa la reale entità del rischio di **osteonecrosi della mandibola/mascella -ONJ**

(1) dovranno essere intervistati sulla condizione del cavo orale-apparato masticatorio ed istruiti a segnalare mobilità dentarie, presenza di impianti endorali, dolore nel cavo orale, tumefazioni e infiammazioni della mucosa gengivale e vanno invitati a informare il loro dentista dell' inizio della terapia con BP. Andrà raccomandata e monitorata l'igiene e la salute del cavo orale, come nella popolazione generale.

I fattori di rischio legati al paziente, che peraltro derivano quasi esclusivamente dall'analisi dei casi di ONJ nei pazienti neoplastici, sono rappresentati principalmente da:

- patologia bucco-dentale
- diabete non controllato
- terapia corticosteroidea cronica
- malattie ematologiche
- alcool , fumo
- trattamento immunosoppressivo
- sindrome da immunodeficienza acquisita.

A queste categorie di soggetti potrà essere consigliato di sottoporsi a visita odontoiatrica, sulla base del giudizio clinico del proprio curante, prima di iniziare il trattamento con BP e, qualora vi siano interventi invasivi odontoiatrici urgenti (problemi odontoiatrici acuti e/o interventi implantoprotesici dentari), si potrà consigliare di anticipare l'intervento odontoiatrico prima dell'avvio della terapia con BP.

Cosa fare nei pazienti che sono in terapia con bifosfonati (orali – endovena)

Se un soggetto è già in terapia con BP, andrà raccomandata un'attenta igiene orale, assistita da periodiche visite odontoiatriche, raccomandando il trattamento di qualsiasi infezione del cavo orale. Non sono controindicate estrazioni o altri interventi odontoiatrici invasivi o l'implantologia previa una attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio specifico del paziente e l'ottenimento del consenso informato, in modo particolare nei pazienti che assumono bisfosfonati da più di tre anni.

Se è necessario un intervento chirurgico nel cavo orale anche di minima entità è consigliata una adeguata preparazione iniziale (igiene professionale, istruzione di igiene, ultrasuoni ect.) ed un'adeguata profilassi antibiotica (es.: amoxicillina/ac. clavulanico, eventualmente combinata a metronidazolo, per almeno 2 giorni prima e 7- 10 giorni dopo l'intervento), e, anche nel caso di estrazione, sutura ed eventuale chiusura con lembo e monitoraggio della ferita fino alla guarigione.

Una sospensione del bisfosfonato per un periodo di alcune settimane prima e dopo l'intervento odontoiatrico invasivo può essere raccomandato in via cautelativa, anche se non esistono evidenze che ciò riduca il rischio di ONJ.

L' osteoporosi e' una controindicazione relativa/assoluta al posizionamento di impianti dentali a seconda della sua gravita' .

Cosa fare in caso di ONJ

Qualora il paziente sviluppi l'ONJ la terapia con BP va sospesa e la scelta se riprenderla, una volta guarita l'ONJ, va valutata in base al profilo di rischio/beneficio generale del paziente, una volta guarita l'ONJ.

(1)

L'osteonecrosi della mandibola/mascella (ONJ) è una invalidante patologia infettiva e necrotizzante a carattere progressivo e con scarsa tendenza alla guarigione descritta solo recentemente in associazione alla terapia bisfosfonati ma in passato descritto in associazione all'uso del fosforo bianco, alla radioterapia, chemioterapia.

Da un punto di vista anatomopatologico appare come un quadro di osteomielite periferica che si diffonde concentricamente intorno a zone di osso necrotico di varia estensione.

Le fasi iniziali di malattia sono asintomatiche, successivamente si presentano segni e sintomi piuttosto subdoli e aspecifici, che i pz tendono a trascurare per la loro minima entità. Per un lungo periodo vi può essere solo la presenza di una piccola area di osso esposto senza alcun sintomo di accompagnamento. Nelle fasi successive con l'estensione del processo alle regioni contigue, i sintomi che si associano all'ONJ possono essere vari, con parestesie e disestesia al labbro inferiore, alla mandibola, alla lingua, alla guancia ed alla mandibola/mascella, alitosi, trisma, disfagia. In questa fase si manifesta il dolore che può essere di notevole entità e richiedere terapie specifiche.

Altri farmaci proposti per il trattamento dell'osteoporosi

I farmaci studiati nell'osteoporosi includono: calcitonina (sia parenterale che per spray nasale), ipriflavone, flavonoidi (o fitoestrogeni), fluoruri, diuretici tiazidici, calcitriolo.

Sulla base dei dati oggi disponibili nessuno di questi farmaci può essere raccomandato per il trattamento dell'osteoporosi o perché scarsamente studiati (calcitonina parenterale, vitamina K, calcitriolo, diuretici tiazidici) o perché rivelatisi poco efficaci (calcitonina spray nasale) o perché rivelatisi inefficaci (fluoro, fitoestrogeni).

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS)

Occorre tenere presente che la TOS, che rappresenta un efficace mezzo per compensare i disturbi vasomotori tipici della menopausa, pur essendosi dimostrata efficace nella prevenzione delle fratture (livello Ia), non può essere considerata una valida opzione per il trattamento a lungo termine essenzialmente per ragioni di safety in particolare connesse al maggiore rischio di carcinoma mammario, di fenomeni ischemici e di tromboembolismo venoso; in ogni caso essa deve essere considerata efficace nella prevenzione della perdita ossea postmenopausale in donne con ridotta massa ossea (livello Ia) oppure in menopausa precoce (insorta in età < ai 45 anni).

I Modulatori Selettivi Del Recettore Estrogenico (SERMs)

I modulatori selettivi del recettore estrogenico (SERM) sono composti sintetici non ormonali in grado di legarsi al recettore per gli estrogeni e produrre effetti agonistici (estrogeno-simili) o antagonistici a seconda del tessuto-bersaglio. Attualmente è approvato, per la prevenzione e per il trattamento dell'osteoporosi postmenopausale, il solo **Raloxifene**, che produce effetti simil-estrogenici a livello del tessuto osseo e dei lipidi plasmatici ed effetti anti-estrogenici a livello di utero e mammella. L'efficacia antifratturativa del Raloxifene è stata valutata nello studio MORE che ha evidenziato che il farmaco riduce dopo tre anni l'incidenza delle fratture vertebrali sia in donne che già erano andate incontro ad una frattura (-30%), sia in quelle senza precedenti fratture (-50%).

In sintesi il **Raloxifene**: è indicato nella prevenzione della perdita ossea postmenopausale in donne con ridotta densità ossea; è in grado di ridurre l'incidenza di fratture vertebrali nelle donne con osteoporosi post - menopausale e può essere considerato favorevolmente in donne osteoporotiche ed a rischio di neoplasia mammaria; non si è dimostrato efficace nella prevenzione delle fratture extravertebrali ed in particolare in quelle di femore. E' controindicato in presenza di fattori di rischio per tromboembolismo venoso. In Italia può essere prescritto gratuitamente, ai sensi della **Nota 79** limitatamente a precise condizioni di rischio fratturativo

I farmaci che promuovono la neoformazione ossea

Il Teriparatide (PTH 1-34) e l'Ormone Paratiroideo 1-84

Il frammento 1-34 del Paratormone (**Teriparatide**) e l'Ormone Paratiroideo 1-84, somministrati a donne in menopausa con almeno una frattura vertebrale, si sono entrambi dimostrati in grado di ridurre significativamente il rischio di frattura vertebrale ed il solo Teriparatide ha mostrato un effetto significativo sulla riduzione delle fratture non vertebrali (Livello Ia). Di conseguenza sono stati ammessi al trattamento dell'osteoporosi severa nella donna in menopausa: stimolano la neoformazione ossea da parte degli osteoblasti, così come documentato dall'incremento dei livelli di fosfatasi alcalina ossea e della BMD lombare e femorale. In Italia la loro prescrizione è a carico del SSN ai sensi della Nota 79 limitatamente a precise condizioni di rischio fratturativo Il frammento del paratormone (teriparatide) è registrato per la terapia dell'osteoporosi postmenopausale grave. La terapia con teriparatide determina i maggiori incrementi della massa ossea trabecolare, mentre l'effetto sull'osso corticale è lievemente inferiore a quello dei bisfosfonati. È in grado di ridurre drasticamente il rischio di fratture vertebrali e non vertebrali. Al momento teriparatide è indicato nei pazienti che subiscono una ulteriore frattura vertebrale o di femore non dovuta a traumi efficienti in corso di trattamento consolidato, da almeno 1 anno con alendronato, risedronato e raloxifene.

Il Ranelato Di Stronzio

Il Ranelato di Stronzio, in due sperimentazioni cliniche controllate, si è dimostrato in grado di ridurre di circa il 50% il rischio di fratture vertebrali e del 20 % quello di fratture non vertebrali (Livello Ia). Poichè il farmaco incrementa i marker di neoformazione e riduce quelli di riassorbimento, ne è stato proposto un duplice meccanismo di azione (stimolatore degli osteoblasti, potenzialmente utile nei pazienti anziani, ed inibitore degli osteoclasti). Gli incrementi del BMD osservati sono almeno in parte legati ad artefatti tecnici. Nelle donne con storia di tromboembolismo venoso l'utilizzo di stronzio ranelato richiede particolare cautela per l'aumento del rischio di trombosi venosa e di embolia polmonare che si è reso evidente negli studi. (Nelle pazienti trattate con stronzio ranelato è stato osservato un aumentato rischio di eventi tromboembolici venosi (3,3% vs. 2,2% con placebo): 6 embolie polmonari fatali (vs. 3 con placebo), 25 trombosi venose gravi (vs. 14 col placebo), soprattutto nelle donne più anziane). In Italia è concesso gratuitamente, ai sensi della Nota 79 limitatamente a precise condizioni di rischio fratturativi.

Nel Maggio 2013, l'EMA ha fatto partire una revisione per due medicinali contenenti ranelato di stronzio (Protelos® e Osseor®) per la valutazione di dati di sicurezza che hanno mostrato un aumentato rischio di gravi problemi cardiaci con l'uso di tali medicinali. Allo scopo di minimizzare i gravi problemi cardiaci individuati, l'EMA ha raccomandato che l'uso dei medicinali deve essere limitato al solo *trattamento di osteoporosi severa in donne in post-menopausa ad alto rischio di frattura e in uomini ad aumentato rischio di frattura.*

Determina AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO del 13 settembre 2013 - modalità e condizioni di impiego dei medicinali a base di ranelato di stronzio.

L'Agenzia Italiana del Farmaco con Determina AIFA n. 800/2013 del 13 settembre 2013, pubblicata sulla GU n. 220 del 19 settembre 2013, ha disposto le modalità e condizioni di impiego dei medicinali a base di ranelato di stronzio. A seguito del parere della Commissione Tecnica Scientifica di AIFA dell'11 settembre 2013, secondo cui, al fine di tutelare i pazienti relativamente a possibili rischi cardiovascolari, risulta necessario applicare il piano terapeutico per i farmaci a base di ranelato di stronzio, AIFA ha disposto che :

- la classificazione ai fini della rimborsabilità delle specialità medicinali OSSEOR e PROTELOS a base di ranelato di stronzio e' classe A nota 79;
- la prescrizione a carico del SSN dei farmaci a base di ranelato di stronzio è soggetta a diagnosi e Piano Terapeutico da rinnovare ogni sei mesi.

Pertanto in ottemperanza a quanto disposto dalla Determinazione AIFA, al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza, per i medicinali a base di ranelato di stronzio si individuano per la compilazione del Piano Terapeutico:

- Ø i Medici specialisti delle U.O. (degenza – day hospital – ambulatori) di reumatologia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate;
- Ø i Medici specialisti delle U.O. (degenza – day hospital – ambulatori) di medicina interna delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate;
- Ø i Medici specialisti delle U.O. (degenza – day hospital – ambulatori) di ortopedia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate;
- Ø i Medici specialisti delle U.O. (degenza – day hospital – ambulatori) di geriatria delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate;
- Ø i Medici specialisti delle U.O. (degenza – day hospital – ambulatori) di fisiatria delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate;
- Ø i Medici specialisti delle U.O. (degenza – day hospital – ambulatori) di endocrinologia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate.

I Piani terapeutici compilati dovranno essere inviati anche alle ASL di residenza territoriale dell'assistito.

Farmaci che agiscono sulla struttura e sulla mineralizzazione ossee

Il **denosumab**, nome commerciale Prolia® e Xgeva®, è un anticorpo monoclonale completamente umano indicato per il trattamento dell'osteoporosi post-menopausale (PMO) e la distruzione delle ossa a causa di artrite reumatoide (AR) o tumori metastatici.

Il denosumab agisce complessando il RANKL o (RANK Ligand), proteina che agisce come segnale primario nella promozione della rimozione ossea legandosi al recettore RANK. In numerose condizioni dove abbiamo perdita di massa ossea vi è uno squilibrio tra il RANKL (attivatore osteoclastico) che risulta aumentato e l' OPG o Osteoprotegerina (inibitore osteoclastico).

Studi clinici hanno dimostrato che denosumab possiede un profilo di sicurezza simile a bisfosfonati e che può essere altrettanto o più efficace dei bifosfonati nel prevenire la perdita ossea causata da PMO, RA, o durante il trattamento del cancro e delle metastasi ossee.

Gli effetti collaterali più frequenti sono: dolore alla schiena, iper-colesterolemia, infezioni vescicali. Gli effetti collaterali più gravi sono: ipocalcemia, infezioni gravi comprese le infezioni cutanee, dermatiti eczema e rashes.

Nel settembre del 2011 l'FDA ha approvato due nuove indicazioni per il Denosumab:

- aumento della massa ossea in donne ad alto rischio di frattura che ricevono terapia adiuvante con inibitori dell'aromatasi per il tumore della mammella;

-aumento della massa ossea negli uomini che sono ad alto rischio di frattura e sono sottoposti a terapia di deprivazione androgenica cancro alla prostata non metastatico.

In particolare, Prolia è indicato per il trattamento dell'osteoporosi in donne in post-menopausa ad aumentato rischio di fratture e per il trattamento della perdita ossea associata a terapia ormonale ablativa in uomini con cancro alla prostata ad aumentato rischio di fratture. X-GEVA, invece, è indicato per la prevenzione di eventi correlati all'apparato scheletrico (fratture patologiche, radioterapia all'osso, compressione del midollo spinale o interventi chirurgici all'osso) negli adulti con metastasi ossee da tumori solidi.

Nel Febbraio 2013, è stata pubblicata, sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco, una comunicazione concordata con l'Agenzia Europea dei Medicinali per informare sul rischio di fratture femorali atipiche associato con l'uso di Prolia® in pazienti con osteoporosi post-menopausale.

Nello specifico, sono state elencate alcune raccomandazione per gli operatori sanitari:

-durante il trattamento con Prolia, i pazienti devono essere avvertiti di riportare l'insorgenza di nuovi o insoliti dolori alla coscia, all'anca o all'inguine. I pazienti che presentano tali sintomi devono essere valutati per una frattura femorale incompleta.

-il femore contro laterale deve essere valutato nei pazienti trattati con Prolia che hanno subito una frattura della diafisi femorale.

-nei pazienti con sospetta frattura femorale atipica, deve essere considerata l'interruzione della terapia con Prolia, in attesa della valutazione del paziente basata sull'analisi del rapporto rischio/beneficio individuale.



Regione
Lombardia

ASL Monza e Brianza

Medici di Medicina Generale
AO San Gerardo Monza
AO Desio Vimercate
Istituti Clinici Zucchi
Policlinico di Monza

Appropriato utilizzo dei farmaci

Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Raccomandazioni per il trattamento dello Scompenso Cardiaco

Documenti di riferimento

1. *ESC GUIDELINES (European Society of Cardiology): "Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Anno 2012. Eur J Heart Fail (2012) 14(8) doi:10.1093/eurjhf/hfs105)May 19,2012*
2. *Management of Chronic Heart Failure in Adults: Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline. Anno 2011*
3. *Decreto N.2886 del 24/03/2010 – "Determinazioni in merito ai percorsi e continuità assistenziale nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto".*
4. *Linee guida nazionali in cardiologia: Insufficienza Cardiaca - diagnosi e terapia. Agenas Anno 2007*
5. *Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2010. Ministero della Salute, 2012*
6. *Core components of cardiac rehabilitation in chronic heart failure (Executive Summary) Position Paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology (ESC) European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2005, 12:321-325*

2012

(aggiornamenti AIFA 2013)

Trattamento

Obiettivi

- ⇒ Migliorare i sintomi e la qualità della vita
- ⇒ Ridurre i ricoveri ospedalieri e prolungare la sopravvivenza

Terapia non farmacologica:

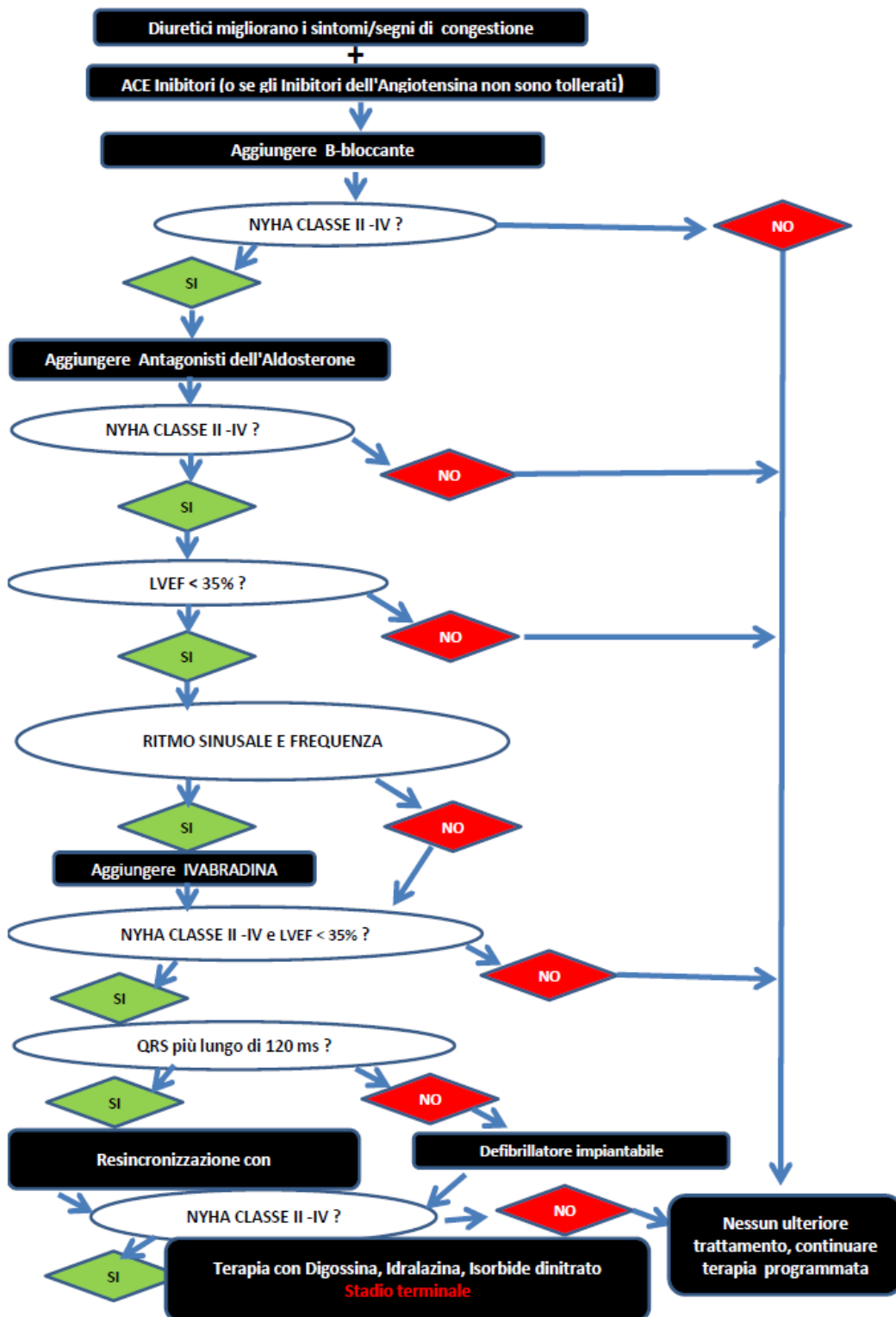
Abitudini alimentari e stili di vita

- ⇒ **dieta:** è importante mantenere il peso ideale (controllandolo secondo un calendario stabilito con il curante), riducendo contestualmente il colesterolo e il consumo di sodio. E' altresì indispensabile monitorare e prevenire la malnutrizione
- ⇒ **fumo:** è indispensabile eliminarlo
- ⇒ **alcool:** deve essere limitato a quantità molto moderate (2 unità die ♂ e 1 unità die ♀)
- ⇒ 1 unità corrisponde a 10 ml di alcool puro (cioè 1 bicchiere di vino, ½ pinta di birra, 1 bicchierino di distillato); deve essere eliminato nella genesi etilica
- ⇒ **droga:** eliminare l'uso delle sostanze stupefacenti (cocaina)
- ⇒ **liquidi:** l'assunzione di liquidi va concordata con il medico curante, indicativamente va limitata a un litro e mezzo/due al giorno. Occorre rivalutarne l'assunzione (e l'uso dei diuretici) in caso di estremo caldo, diarrea, vomito, febbre.
La restrizioni di liquidi in tutti i pazienti con sintomi da lievi a moderati non ha probabilmente benefici. Una restrizione di liquidi basata sul peso (30 ml /kg di peso) , (35 ml /kg se peso > 85 kg) può determinare minor sensazione di sete
- ⇒ **esercizio fisico:** è consigliabile un'attività fisica regolare e moderata, concordata con il medico curante
- ⇒ **vaccinazioni:** sono consigliate le vaccinazioni contro l'influenza e l'infezione da pneumococco
- ⇒ **disturbi del sonno/apnee notturne:** ridurre il peso nei pazienti obesi, stop fumo e astinenza dal fumo. Trattamenti specifici se necessari (cPAP notturna)
- ⇒ **attività sessuale:** rassicurare il paziente stabile circa l'assenza di problemi a continuare una normale attività sessuale. Discutere con specialista urologo e cardiologo in caso di disfunzione erettile. Non vi sono controindicazioni assolute alla prescrizione di inibitori delle fosfodiesterasi 5 nei pazienti che non assumono nitrati, sono anzi stati descritti effetti emodinamici favorevoli. Cautela nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva per la possibilità di peggioramento dell'ostruzione all'efflusso

Terapia farmacologica

- ⇒ lo scompenso cardiaco non è una diagnosi ma un corteo di segni e sintomi clinici che raggruppa malattie cardiache con basi fisiopatologiche differenti. La terapia eziologia è quella destinata ad avere successo a lungo termine a differenza della terapia sintomatica.
- ⇒ la terapia farmacologica dello scompenso si fonda sull'utilizzo di ace-inibitori, beta-bloccanti ed antialdosteronici, farmaci che intervengono sull'attivazione neuro-ormonale. Tutti gli altri farmaci sono indirizzati al trattamento dei sintomi correlati.
- ⇒ Poiché lo scompenso può avere basi fisiopatologiche differenti bisogna differenziare le forme prevalentemente da disfunzione sistolica da quella prevalentemente da disfunzione diastolica. La diagnosi di scompenso diastolico è spesso difficile.
- ⇒ Il MMG nella terapia dello scompenso svolge un ruolo importante nel :
- ⇒ verificare che i pazienti seguano le terapie raccomandate al dosaggio raccomandato o possibile

⇒ assicurare, al variare delle necessità cliniche, i possibili aggiustamenti o autonomamente o con lo specialista attraverso il consulto o la delega.



Diuretici

- **INDICAZIONI**
 - ✓ Indicati come terapia di prima linea per risolvere i sintomi di congestione venosa e polmonare acuta e/o cronica.
 - ✓ Non dovrebbero essere mai usati da soli, ma sempre associati ad altri farmaci (Ace i, beta-bloccanti, digitale).
 - ✓ L'uso appropriato in termini di dosi determina il successo degli altri farmaci che si associano.
 - ✓ Si raccomandano i diuretici dell'ansa (furosemide, torasemide) in modo da ridurre il dosaggio a 0.5-1 mg/die/Kg associato a restrizione dietetica di sale (meno di 3 g die).
- **CAUTELE**
 - ✓ I diuretici dell'ansa sono più efficaci nei pazienti con insufficienza renale e/o in classe NYHA III-IV.
 - ✓ I tiazidici causano iponatriemia più frequentemente dei diuretici dell'ansa.
 - ✓ La combinazione diuretici dell'ansa + altro diuretico è utile nei pazienti in classe NYHA III-IV con congestione resistente alla monoterapia e deve essere sempre concordata con lo specialista.
 - ✓ I diuretici non dell'ansa più frequentemente causano innalzamento della creatinina e azotemia.
 - ✓ Attenzione all'uso dei diuretici specie ad alte dosi nei pazienti con disfunzione diastolica.
- **COME USARLI**
 - ✓ Utilizzare la dose minima utile a controllare sintomi e segni di congestione.
 - ✓ Istruire i pazienti a controllare il peso corporeo, e a modificare di conseguenza la dose del diuretico (AUTODETERMINAZIONE DEL DOSAGGIO).
 - ✓ Controllare elettroliti e funzione renale entro 1 settimana dall'inizio della terapia e in caso di variazioni della dose.
 - ✓ In caso di assenza di risposta alla terapia diuretica nonostante l'aumento dei dosaggi ad es. di furosemide è motivo di nuova rivalutazione da parte dello specialista (eccessiva ipotensione, acidosi metabolica o respiratoria, ipoperfusione renale).
 - ✓ Non mantenere i dosaggi elevati di diuretico se vi è stata una buona risposta con calo ponderale.

Ace_inibitori

Trattamento di prima scelta (assieme ai beta-bloccanti) in pazienti con SC II-IV classe NYHA e nei pazienti con disfunzione VS (classe NYHA I)

<p>INDICAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Potenzialmente tutti i pazienti con C 	<p>CONTROINDICAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Storia di edema angioneurotico ✓ Stenosi bilaterale dell'arteria renale
<p>CAUTELE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iperkaliemia ($K^+ > 5.0$ mmol/L) ✓ Disfunzione renale (creatininemia $> 2,5$ mg/dl) ✓ Ipotensione sintomatica o severa (PA sistolica < 90 mmHg) 	<p>INTERAZIONI FARMACOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diuretici risparmiatori di K^+ e suppl. di K^+; bloccanti recettori aldosterone, sartani, sostituti a basso contenuto di sodio

QUALE ACE-inibitore e a quale dosaggio? (Studi CONSENSUS, SOLVD E ATLAS)

	Dose iniziale (mg)	Dose target (mg)
Captopril	6,25 x 3	50 x 3
Enalapril	2,5 x 2	10-20 x 2
Lisinopril	2,5-5	20-35
Ramipril	2,5	5 x 2 o 10
Trandolapril	0,5	4
Perindopril	2,5	10

<ul style="list-style-type: none"> • COME USARLO ✓ Cominciare con dosaggio basso ✓ Raddoppiare la dose lentamente, con intervalli non < di 2 settimane ✓ Cercare di raggiungere la dose target o la dose massima tollerata ✓ In ogni caso un “po’ di ACE-inibitore” è meglio che niente ACE-I ✓ Controllare PA, funzione renale e profilo elettrolitico 	<ul style="list-style-type: none"> • CONSIGLI AL PAZIENTE ✓ Spiegare che il farmaco è prescritto per ridurre i sintomi, per prevenire il peggioramento dello SC e le ospedalizzazioni, e per prolungare la sopravvivenza ✓ Illustrare i possibili effetti collaterali ✓ Ricordare di evitare farmaci antinfiammatori non steroidei
---	---

- **PROBLEMI CLINICI**
- **IPOTENSIONE**
 - Se asintomatica non richiede alcun provvedimento
 - In caso di vertigini, pre-sincopi, rivalutare l’uso di nitroderivati, calcioantagonisti
 - Se non sono evidenti segni di congestione, ridurre la dose del diuretico
 - Se queste misure non sono sufficienti, consultare uno specialista
- **TOSSE**
 - La tosse è comune nei pazienti con SC, in molti dei quali può essere dovuta a problemi respiratori oppure essere segno di congestione polmonare
 - La tosse da ACE-inibitori (stizzosa, secca, a provenienza faringea) può richiedere la sospensione del trattamento.
 - Quando la tosse è effettivamente dovuta all’ACE-inibitore, quest’ultimo va sostituito con un ARB (antagonisti del recettore dell’Angiotensina II)
- **PEGGIORAMENTO DELLA FUNZIONE RENALE**
 - Un certo ↑ della creatininemia e della potassiemia è da attendersi dopo inizio terapia con ACE-inibitori
 - Un ↑ della creatininemia fino a 3 mg/dl o fino al 50% dei valori basali è ancora accettabile
 - Un ↑ della potassiemia fino a 5,5 mmol/L è accettabile
 - Se ↑ della creatininemia e/o della potassiemia è eccessivo, valutare la sospensione di farmaci nefrotossici come FANS, spironolattone, amiloride, triamterene e se non vi è congestione ridurre la furosemide
 - Se nonostante le suddette misure persiste deterioramento della funzione renale, dimezzare la dose di ACE-inibitore e rivalutare la funzione renale entro 1-2 settimane
 - Se la creatininemia ↑ >100% rispetto ai valori basali e/o la potassiemia >5,5 mmol/L, l’ACE-inibitore va sospeso

Beta-Bloccanti

Trattamento di prima scelta (assieme agli ACE-I) in pazienti con SC stabile II-III classe NYHA e nei pazienti con disfunzione VS (classe NYHA I) post-IMA.

Vanno utilizzati in pazienti stabili e non in pazienti instabili ospedalizzati con peggioramento dello SC. Altre eccezioni: vedi cautele

INDICAZIONI	CONTROINDICAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Potenzialmente tutti i pz con SC stabile di grado lieve moderato; i pz con SC severo debbono essere valutati dallo specialista 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asma bronchiale
CAUTELE(consultare specialista)	INTERAZIONI FARMACOLOGICHE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ SC severo (IV classe NYHA) ✓ Attuale o recente (< 4 settimane) instabilizzazione ✓ FC < 60/min o BAV II grado ✓ Segni persistenti di congestione periferica e polmonare 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verapamil ✓ Diltiazem ✓ Amiodarone ✓ Digossina

QUALE β -bloccante e a quale dosaggio? (Studi CIBIS II, COPERNICUS, SENIORS)

	Dose iniziale (mg)	Dose target (mg)
Bisoprololo	1,25	10
Carvedilolo	3,25 x 2	25-50 x 2
Nebivololo	1,25	10
<p>COME USARLO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cominciare con dosaggio basso ✓ Raddoppiare la dose lentamente, con intervalli non < di 2 settimane ✓ Cercare di raggiungere la dose target o la dose massima tollerata ✓ In ogni caso un "po' di β-bloccante" è meglio che niente ✓ Controllare PA, FC, stato clinico (segni di congestione, peso) 		<p>CONSIGLI AL PAZIENTE</p> <p><u>Spiegare che :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ il farmaco è prescritto per ridurre i sintomi, per prevenire il peggioramento dello SC e le ospedalizzazioni, e per prolungare la sopravvivenza ✓ i benefici si manifestano lentamente in 3-6 mesi ✓ si può manifestare un temporaneo peggioramento durante la titolazione, facilmente superabile con adeguamenti terapeutici ✓ il peso corporeo va controllato regolarmente

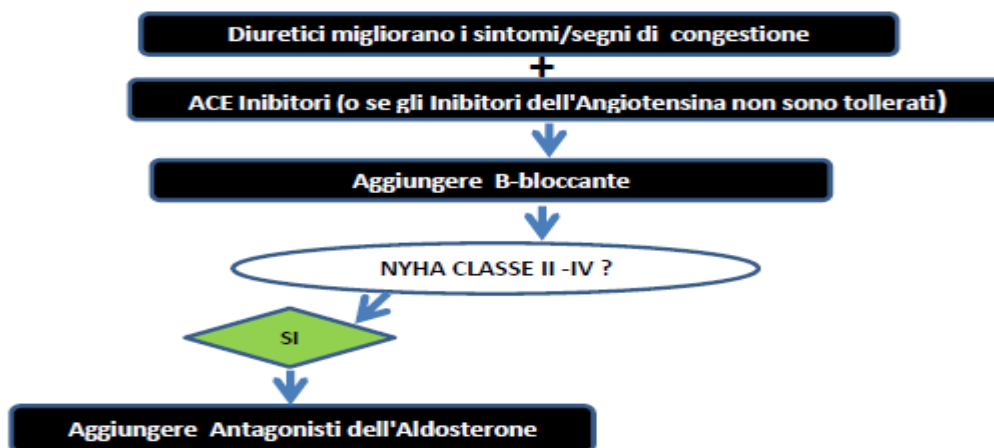
PROBLEMI CLINICI

- IPOTENSIONE
 - Se asintomatica non richiede alcun provvedimento
 - In caso di vertigini, pre-sincopi, rivalutare l'uso di nitroderivati, calcioantagonisti
 - Se non sono evidenti segni di congestione, ridurre la dose del diuretico
 - Se queste misure non sono sufficienti, consultare uno specialista
- PEGGIORAMENTO DEI SINTOMI E DEI SEGNI
 - In caso di peggioramento dei segni di congestione aumentare la dose del diuretico e se questa misura non funziona dimezzare la dose del β -bloccante
 - In caso di marcata astenia, bradicardia, dimezzare la dose del β -bloccante
 - Se si manifesta un peggioramento significativo, dimezzare la dose del β -bloccante o interrompere il trattamento (raramente necessario); consulenza specialistica
- BRADICARDIA
 - Se FC<50/min ed in caso di peggioramento dei sintomi, dimezzare la dose del β -bloccante o interrompere il trattamento (raramente necessario)
 - Adattare la dose di altri farmaci (digitale, amiodarone etc)

Antagonisti dell'Aldosterone

Il dato nuovo dalle ultime linee guida ESC 2012 è l'aggiunta degli antagonisti mineralcorticoidi per i pazienti con disfunzione sistolica che rimangono sintomatici nonostante la terapia con ACE inibitori e betabloccanti.

<p>INDICAZIONI</p> <p>Potenzialmente tutti i pazienti con SC con disfunzione sistolica che rimangono sintomatici nonostante la terapia con ACE inibitori e betabloccanti.</p>	<p>CONTROINDICAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iperpotassiemia > 5.0 mmol/l ✓ eGFR <30 ml/min
<p>CAUTELE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Età > 75 anni ✓ Diabete mellito ✓ Disfunzione renale (eGFR <60 ml/min / 1,73 m2) ✓ Ipotensione sintomatica o severa (PA sistolica < 90 mmHg) 	<p>INTERAZIONI FARMACOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ suppl. di K+; Ace-inibitorio, sartani, sostituti a basso contenuto di sodio



COME USARLO	CONSIGLI AL PAZIENTE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cominciare con dosaggio basso (25 mg) ✓ Raddoppiare la dose lentamente, con intervalli non < di 2 settimane ✓ Cercare di raggiungere la dose target o la dose massima tollerata ✓ Controllare PA, funzione renale e profilo elettrolitico ✓ Iniziare spironolattone 25 mg/die se potassio < 5 mmol/l e creatinemia <2.5 mg/dl ✓ Controllo dopo 4-6 giorni: se potassiemia 5-5,5 mmol/l dimezzare dose ✓ Sospendere se potassiemia >5,5 mmol/l • E' necessario un controllo di elettroliti e creatinina trimestrale 	<p><u>Spiegare che :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ il farmaco è prescritto per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso ed il rischio di morte

QUALE antialdosterone e a quale dosaggio? (Studi RALES , EPHEBUS ENFHASIS-HF)

	Dose iniziale (mg)	Dose target (mg)
Spironolattone	25mg	50 mg
Canrenone	25 mg die	50 mg
Eplerenone *	25 mg die	50 mg die

Il canrenone non è stato utilizzato nei grandi trials.

Esiste uno studio italiano su 467 pazienti (AREA-HF) che ha evidenziato nei trattati con canrenone rispetto al placebo una riduzione significativa della mortalità ed ospedalizzazione per cause cardiache oltre ad una riduzione del BNP ed un aumento della FEVS.

La sua struttura molecolare molto simile all'eplerenone lo rende farmacologicamente simile a questo.

Inibitori Angiotensina (ARB)

Gli Inibitori dell'Angiotensina sono raccomandati in alternativa a pazienti intolleranti agli Ace Inibitori. Tuttavia, gli ARB non sono indicati in pazienti con scompenso cardiaco e Frazione di Eiezione < 40% che restano sintomatici nonostante sono in cura con β -Bloccanti e Ace Inibitori.

La sicurezza e l'efficacia di un ARB in associazione con ACE-I e antialdosteronico è incerta per cui l'associazione dei tre bloccanti del SRAA non è raccomandata

<p>INDICAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Potenzialmente tutti i pz con SC ✓ Trattamento di prima scelta (assieme ai beta-bloccanti) in pz con SC II-IV classe NYHA intolleranti agli ACE-I ✓ Possibile associazione con ACE-I in pz che rimangono sintomatici nonostante ACE-I, beta-bloccanti e diuretici 	<p>CONTROINDICAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Stenosi bilaterale dell'art. renale
<p>CAUTELE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iperkaliemia ($K^+ > 5.0$ mmol/L) ✓ Disfunzione renale (creatininemia $> 2,5$ mg/dl) ✓ Ipotensione sintomatica o severa (PA sistolica < 90 mmHg) 	<p>INTERAZIONI FARMACOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diuretici risparmi. di K^+ e suppl. di K^+; bloccanti recettori aldosterone, sostituiti a basso contenuto di sodio
<p>COME USARLO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cominciare con dosaggio basso ✓ Raddoppiare la dose lentamente, con intervalli non $<$ di 2 settimane ✓ Cercare di raggiungere la dose target o la dose massima tollerata ✓ In ogni caso un "po' di ARB" è meglio che niente • Controllare PA, funzione renale e profilo elettrolitico 	<p>CONSIGLI AL PAZIENTE</p> <p><u>Spiegare che :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ il farmaco è prescritto per ridurre i sintomi, per prevenire il peggioramento dello SC e le ospedalizzazioni, e per prolungare la sopravvivenza

QUALE ARB e a quale dosaggio? (Studi CHARM, VAL-HEFT)

	Dose iniziale (mg)	Dose target (mg)
Candesartan	4-8	16-32
Valsartan	40 x 2	160 x 2

PROBLEMI CLINICI

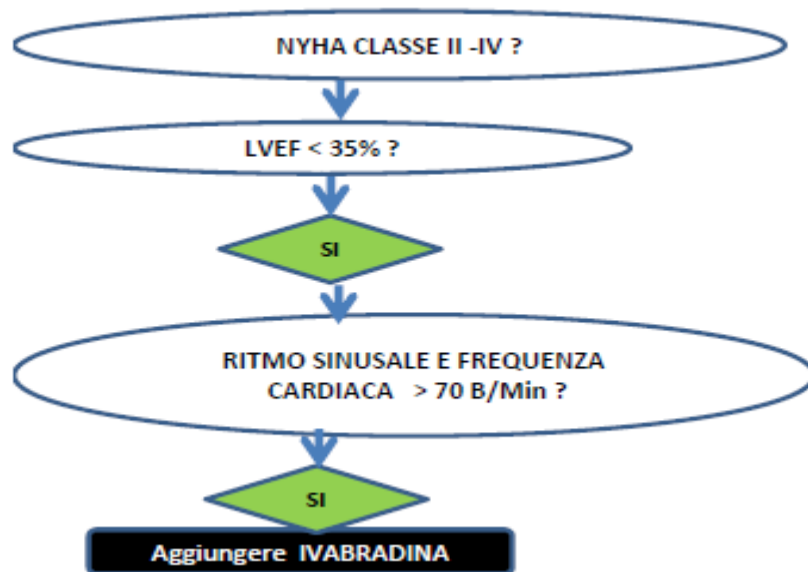
- IPOTENSIONE
 - Se asintomatica non richiede alcun provvedimento
 - In caso di vertigini, pre-sincopi, rivalutare l'uso di nitroderivati, calcioantagonisti
 - Se non sono evidenti segni di congestione, ridurre la dose del diuretico
 - Se queste misure non sono sufficienti, consultare uno specialista

- PEGGIORAMENTO DELLA FUNZIONE RENALE
 - Un \uparrow della creatininemia e di K^+ è da attendersi dopo inizio terapia (accettabile fino a 3 mg/dl o fino al 50% dei valori basali e fino a 5,5 mmol/L rispettivamente)
 - Se \uparrow creatininemia e/o di K^+ è eccessivo, valutare la sospensione di f. nefrotossici come FANS, spironolattone, amiloride, triamterene e se non vi è congestione ridurre la furosemide
 - Se persiste deterioramento della funzione renale, dimezzare la dose di ARB e rivalutare la funzione renale entro 1-2 settimane
 - Se la creatininemia $>100\%$ rispetto ai valori basali e/o $K^+ >5,5$ mmol/L, l'ARB va sospeso

Ivabradina

Inibisce i canali I_f nel nodo del seno riducendo pertanto la frequenza cardiaca solo nei pazienti in ritmo sinusale (non può essere usato nella fibrillazione atriale)

Attualmente il farmaco NON necessita PIU' di piano terapeutico dello specialista cardiologo.



INDICAZIONI	CONTROINDICAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pazienti con insufficienza cardiaca, ritmo sinusale FEVS $<35\%$, frequenza cardiaca >70 bpm persistenza di sintomi (classe NYHA II-IV) nonostante una dose adeguata di betabloccante, Acei (o ARB) e antialdosteronici: <p>Classe IIa evidenza B</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Può essere considerata in pazienti con insufficienza cardiaca, ritmo sinusale, FEVS $<35\%$, frequenza cardiaca >70 bpm, intolleranti al betabloccante. I pz dovrebbero essere in terapia con Acei (o ARB) e antialdosteronici: <p>Classe IIb evidenza C</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fibrillazione atriale ✓ Malattia nodo seno

CAUTELE	INTERAZIONI FARMACOLOGICHE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disfunzione renale avanzata ✓ Concomitante terapia antifungina, antibiotici macrolidi, medicinali per infezioni da HIV 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tutti i farmaci ad azione cronotropa negativa con effetto sul nodo del seno (betabloccanti, amiodarone)
COME USARLA	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dose: 5 mg x 2 /die dose iniziale ✓ Dose: 7,5 mg x 2 /die dose massima se non raggiunta la Fc target (< 70 bpm) con la dose iniziale <ul style="list-style-type: none"> • ridurre o sospendere se: <ul style="list-style-type: none"> • disfunzione sinusale (bradicardia) • blocchi seno atriali 	

Digitale

INDICAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pazienti con insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale a frequenza elevata ✓ Pazienti in classe NYHA III-IV: <ul style="list-style-type: none"> ➢ sintomatici nonostante diuretici e ACE-I ➢ ospedalizzati per insufficienza cardiaca ➢ con grave disfunzione ventricolare sinistra e cardiomegalia
COME USARLA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dose: 0.125 - 0.250mg/die ✓ Digossinemia target: 0.75-0.90 ng/ml ✓ Dosi e livelli plasmatici più elevati > efficacia sui sintomi ma anche > rischio di tossicità. ✓ Controllo digossinemia: <ul style="list-style-type: none"> ➢ se scompenso peggiora ➢ se funzione renale peggiora ➢ se farmaci interferenti ➢ se associato amiodarone ➢ se sintomi tossicità • Sospendere se: <ul style="list-style-type: none"> • disfunzione renale • tachi o bradi aritmie • blocchi AV II-III

Altri

- **Amiodarone**
 - ✓ la decisione rispetto a tale scelta dovrebbe essere specialistica
 - ✓ la necessità di proseguire con tale terapia deve essere sempre rivalutata regolarmente
 - ✓ verificare ogni 6 mesi test di funzione tiroidea ed epatica
- **Anticoagulanti**
 - ✓ indicazione assoluta per pazienti con fibrillazione atriale associata
 - ✓ negli altri pazienti non vi è evidenza di riduzione con la TAO della mortalità- morbilità rispetto al placebo o alla aspirina
- **Aspirina**
 - ✓ dovrebbe essere prescritta solo in caso di associazione con coronaropatia e/o arteriopatia generale
- **Statine**
 - ✓ indicazione solo per pazienti con nota malattia aterosclerotica vascolare ed elevati livelli di colesterolo; negli altri casi l'impiego nei pz con scompenso non dà alcun beneficio supportato da evidenze cliniche
 - ✓ Non indicazione certa in presenza di disfunzione ventricolare sin
- **Nitroderivati**
 - ✓ non vi sono trial di ampie proporzioni che supportino l'uso dei nitrati da soli finalizzati al trattamento dello scompenso.

- ✓ utili in associazione con idralazina in caso (raro) di duplice intolleranza ad ACE i e Inibitori della angiotensina II ma in genere meno efficaci in termini di riduzione di mortalità e frequentemente mal tollerati alla dose target
- ✓ L'idralazina è il vasodilatatore di scelta nella razza nera

N.B. La somministrazione degli inibitori di pompa protonica non è comunque necessaria nella terapia dello scompenso, va valutata caso per caso e riservata alle situazioni in cui sia realmente necessaria.

Trattamento (o combinazioni di trattamento) potenzialmente pericolosi nello scompenso sistolico in classe II-IV

- **Glitazoni** causano peggioramento dello scompenso e aumentano il rischio di ospedalizzazioni
- **Ca antagonisti**
da proscrivere in pazienti con scompenso cardiaco con la eccezione possibile della amlodipina in caso di comorbidità quali ipertensione non responsiva al trattamento già raccomandato e/o angina.
- **FANS e inibitori COX-2** dovrebbero essere evitati perché causano ritenzione sodica e di acqua , peggioramento della funzione renale
- **La tripla associazione di ARB Ace inibitori e antialdosteronici** non è raccomandata per il rischio di disfunzione renale e iperkaliemia

Trattamento dello scompenso con funzione sistolica conservata

Lo scompenso con funzione sistolica conservata o scompenso diastolico è più difficile da trattare anche perché la medicina dell'evidenza offre pochi studi controllati e su grandi numeri che abbiano valutato pazienti con questo tipo di scompenso.

- Linee guida generali della terapia scompenso diastolico:
 - ⇒ Gli Ace inibitori migliorano il rilasciamento e la distensibilità cardiaca direttamente e possono avere effetti positivi a lungo termine mediati dagli effetti antipertensivi e dalla regressione della ipertrofia e della fibrosi.
 - ⇒ I diuretici sono necessari in caso di episodi di sovraccarico di volume ma devono essere usati con cautela perché possono ridurre il precarico eccessivamente.
Sono molti utili nelle fasi acute congestive, in cronico ad alte dosi rischiano di peggiorare i sintomi per eccesso di riduzione del precarico.
 - ⇒ I Betabloccanti possono essere utilizzati per ridurre la frequenza cardiaca ed aumentare la fase diastolica. Con lo stesso razionale possono essere usate il Ca antagonisti come il Verapamil.
 - ⇒ Un sartanico ad alte dosi (candesartan) ha dimostrato di ridurre le ospedalizzazioni.
 - ⇒ Cautela rispetto all'uso dei betabloccanti e dei diuretici: nel primo caso pur essendovi dati della letteratura favorevoli sull'utilizzo di questa classe di farmaci nello scompenso diastolico, considera sempre il coinvolgimento dello specialista quando si tratta di iniziare il trattamento in pazienti con disfunzione diastolica di grado 3 e 4 (pattern restrittivo).
 - ⇒ Scompenso diastolico e fibrillazione atriale: sebbene, come del resto per lo scompenso da disfunzione sistolica, le linee guida non esprimano una superiorità della strategia controllo del ritmo (cioè la necessità di ottenere il ripristino del ritmo sinusale mediante terapia farmacologica o/e elettrica) rispetto alla strategia controllo della frequenza , alcuni studi hanno evidenziato come l'impatto prognostico della fibrillazione atriale nella disfunzione diastolica sia più pesante rispetto a quando insorge in pazienti con disfunzione sistolica. Pertanto in caso di fibrillazione atriale di recente insorgenza si consiglia di far valutare il paziente al più presto allo specialista di riferimento abituale per lo scompenso per gli opportuni provvedimenti.

Appropriato utilizzo dei farmaci
Raccomandazioni condivise tra medici delle cure primarie e specialistiche



Il percorso del paziente oncologico con sintomo dolore: diagnosi e trattamento, continuità ospedale territorio

Tavolo tecnico interaziendale

AO San Gerardo: Dr. Gianstefano Gardani, Dr.ssa Maddalena Mancin, Dr. Luca Tuccinardi

AO Desio- Vimercate: Dr. Daniele Fagnani, Dr.ssa Annamaria Colombo

Fondazione Don Carlo Gnocchi: Dr. Carlo Cacioppo

Policlinico di Monza: Dr. Marco Silva

IC Zucchi: Dr. Amedeo Salvioni, Dr. Giuseppe Dallavalle

Favo/Lampada di Aladino: Sig. Davide Petruzzelli

Vidas: Dr. Ermes Schiocchet, Dr.ssa Barbara Rizzi

Medici di Medicina Generale: Dr. Maurizio Negri

ASL MB: Dr.ssa Silvia Lopiccoli, Dr. Mario Sito, Dr.ssa Vincenza Iannone, Dr. Michele Ambrosino

LA CARTA DEI DIRITTI SUL DOLORE INUTILE

1. **DIRITTO A NON SOFFRIRE INUTILMENTE:** ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile.
2. **DIRITTO AL RICONOSCIMENTO DEL DOLORE:** tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore.
3. **DIRITTO DI ACCESSO ALLA TERAPIA DEL DOLORE:** ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure per alleviare il proprio dolore.
4. **DIRITTO AD UNA ASSISTENZA QUALIFICATA:** ciascun individuo ha diritto a ricevere assistenza al dolore, nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità.
5. **DIRITTO AD UNA ASSISTENZA CONTINUA:** ogni persona ha diritto a veder alleviata la propria sofferenza per continuità ed assiduità, in tutte le fasi della malattia.
6. **DIRITTO AD UNA SCELTA LIBERA ED INFORMATA:** ogni persona ha diritto a partecipare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore.
7. **DIRITTO DEL BAMBINO, DELL'ANZIANO E DEI SOGGETTI CHE NON HANNO VOCE:** i bambini, gli anziani ed i soggetti che "non hanno voce" hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile.
8. **DIRITTO A NON PROVARE DOLORE DURANTE GLI ESAMI INVASIVI E NON:** chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in maniera da prevenire eventi dolorosi.

Istituto Italiano di Bioetica - anno 2005

LINEE-GUIDA O.M.S.

1. PREVIENI L'INSORGENZA DEL DOLORE
(TERAPIA BY THE CLOCK)
2. PRESCRIVI UNA TERAPIA SEMPLICE
(LA VIA ORALE E' PREFERENZIALE)
3. INDIVIDUALIZZA LA TERAPIA
(TIPO, DOSE, VIA, IN BASE ALLE ESIGENZE DEL SINGOLO PAZIENTE)

1. Destinatari e Obiettivo

Il riconoscimento, la valutazione e la successiva misurazione del sintomo dolore sono obbligatori per legge (D. Lgs. n.38/2010).

I destinatari del PDTA sono i soggetti adulti con patologia tumorale rispetto ai quali il PDTA si pone l'obiettivo di descrivere un percorso di diagnosi e presa in carico della problematica dolore nel contesto locale dell'ASL Monza Brianza.

A garanzia di un'effettiva continuità di cura tra i diversi comparti della sanità (ospedale, hospice, territorio) è necessario che il processo assistenziale si realizzi secondo criteri che garantiscano la centralità della persona malata e della sua famiglia. La continuità assistenziale rappresenta la garanzia di un percorso coordinato e accompagnato durante tutte le fasi del processo assistenziale.

La costruzione di un processo tecnico-gestionale, nel senso compiuto di "percorso", definisce gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantisce chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori, aiuta a migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti.

La gestione dei processi di diagnosi e cura del dolore nel malato oncologico risente dello stato di malattia. La progettazione del miglior percorso di cura e assistenza chiama in causa sia le competenze professionali sia quelle organizzativo-gestionali, nella ricerca della risposta più adeguata alla complessità dei bisogni.

È necessaria un'attività integrata tra i diversi attori che intervengono nella presa in carico del malato, in particolare: tra MMG e oncologo (nella fase di trattamento specifico) e tra MMG e Rete di terapia del dolore e cure palliative per la condivisione della cura e la presa in carico. In ogni fase del processo, MMG e oncologo devono avere una stretta integrazione con la rete di terapia del dolore per la gestione delle patologie dolorose difficili/complesse o il supporto consulenziale sulla diagnostica differenziale o l'indicazione a trattamenti specifici.

2. Diffusione e caratteristiche del dolore nei pazienti con neoplasia

Il dolore è uno dei sintomi più comuni nei pazienti oncologici. Vari studi hanno dimostrato come il dolore oncologico sia ancora non adeguatamente trattato.

Un'adeguata valutazione è considerata un prerequisito essenziale per un appropriato trattamento del dolore.

Il dolore da cancro rimane tuttora, nonostante la sempre maggiore consapevolezza degli operatori sanitari, i problemi educazionali e gli interventi di organizzazione sanitaria finalizzati a diffondere una cultura di attenzione alla problematica, un sintomo diffuso e ad elevato impatto, sia sulle attività di vita quotidiana, sia a livello emozionale.

Occorre riconoscere il sintomo e distinguerlo dalla “sofferenza” che accompagna i pazienti nella loro malattia.

Il dolore da cancro può essere presente in varie fasi della malattia neoplastica quale fattore aggravante il quadro clinico del paziente con neoplasia. I contesti clinico/assistenziali possono essere diversi, e il dolore oncologico può rappresentare:

- a. la prima manifestazione di una neoplasia misconosciuta;
- b. l'espressione di una malattia neoplastica nota, di cui rappresenta un sintomo di ripresa/progressione;
- c. il sintomo di accompagnamento di una malattia in fase avanzata;
- d. l'espressione di danno iatrogeno (post-chirurgico, post-attinico, post-chemioterapico).

Per un inquadramento dei processi che stanno alla base del dolore da cancro può essere utilizzata una suddivisione in tre classi:

- a. da effetto massa;
- b. come sindrome paraneoplastica;
- c. iatrogeno.

Il dolore del paziente con neoplasia è stato da più parti definito come “dolore totale”, inteso come sofferenza del paziente e della sua famiglia nel corso della malattia neoplastica. Nell'ambito di tale definizione intervengono sia componenti legate alla “fisicità” dei sintomi sia componenti psicologiche, sociali e spirituali.

Il controllo del sintomo “dolore” può essere inteso come una condizione necessaria ma non sufficiente per un miglioramento della qualità della vita del paziente. Il controllo del dolore fisico, per quanto essenziale nella presa in carico dell'ammalato oncologico, non può comunque essere assunto quale obiettivo unico della cura del paziente.



3. Valutazione del dolore

È stato dimostrato che una buona relazione medico-paziente, in cui il medico “legittima” l’espressione del dolore e ne riconosce la rilevanza, consente un affronto delle sofferenze del paziente addirittura tale da ridurre in modo sostanziale le eventuali richieste di accelerazione della morte.

Risulta indispensabile instaurare un’adeguata relazione di cura con il malato, ed è essa stessa la prima terapia: un flusso bidirezionale di informazioni ed esperienze tra due persone che si aiutino reciprocamente, per raggiungere al meglio un obiettivo comune.

La relazione di cura inizia con il chiedere al malato se ha dolore (se aspettiamo che sia lui a dircelo è già troppo tardi) e con il credere sempre al dolore che ci segnala. La soggettività della percezione del dolore trova oggi riscontro non solo nella variabilità interindividuale dal punto di vista emotivo-relazionale, ma anche da dati genetici che dimostrano una correlazione tra alcuni polimorfismi dei geni umani e, per esempio, una variabilità nell’efficacia analgesica di alcuni oppiacei per il dolore moderato-severo.

Il colloquio con il malato deve consentire di conoscere:

- il meccanismo e il tipo di dolore;
- la sua sede, irradiazione e intensità (da valutare mediante scale validate verbali-visive);
- il pattern temporale;
- i fattori che lo aggravano o alleviano;
- l’interferenza con le attività della vita quotidiana e, soprattutto, con il sonno (uno dei principali indicatori di efficacia della terapia antalgica);
- le interazioni con altri sintomi fisici e psichici;
- la risposta a precedenti terapie analgesiche ed eventuali allergie/intolleranze.

La valutazione del dolore deve cercare di identificare:

- la tipologia (dolore nocicettivo, neuropatico, psicogeno);
- le caratteristiche temporali (acuto, cronico, episodico intenso);
- l’intensità (lieve, moderata, grave).

Nella *Figura* è rappresentato il percorso decisionale in presenza di un malato oncologico con dolore.



4. Utilizzo delle scale

Fra i vari domini individuati come importanti per la valutazione del dolore oncologico l'intensità del dolore, gli aspetti temporali (frequenza ed esacerbazioni) e gli effetti del trattamento (sollievo) sono da considerarsi quelli più comunemente accettati come essenziali e quelli più comunemente inclusi negli strumenti di valutazione esistenti.

Per un'adeguata gestione del dolore da cancro si raccomanda la misurazione dell'intensità, delle eventuali esacerbazioni del dolore e del sollievo dato dalle terapie riferiti alle 24 ore precedenti.

Per la misurazione dell'intensità del dolore oncologico si raccomanda l'uso della scala numerica a 11 livelli (0 = nessun dolore, 10 = peggior dolore immaginabile); in pazienti con disfunzioni cognitive si consiglia l'uso della scala verbale a 6 livelli.

L'uso delle scale del dolore si è rivelato il primo importante strumento per permettere ai pazienti di graduare il loro dolore.

La scala numerica (NRS da 0 a 10), già utilizzata nella valutazione del dolore nel postoperatorio e del paziente che accede al Pronto Soccorso, è stata individuata come strumento idoneo per l'autovalutazione del dolore.

Successivamente al trattamento deve essere riportata sulla documentazione clinica del paziente la modificazione del dolore stesso utilizzando la medesima scala.

Per la valutazione delle esacerbazioni si raccomanda di misurare la presenza di picchi di dolore più intenso nelle 24 ore precedenti la rilevazione. In caso di risposta affermativa, approfondire la valutazione al fine di arrivare ad una diagnosi di presenza o assenza di dolore episodico intenso.

Per la valutazione del sollievo dal dolore dato dai trattamenti si raccomanda l'uso di una scala specifica che rileva l'entità del sollievo nelle 24 ore precedenti la rilevazione.

Suggerimenti per l'utilizzo della scala di autovalutazione

La rilevazione del dolore deve avvenire tramite intervista da parte di un operatore sanitario abilitato alla rilevazione dei parametri clinici.

L'intervista per la rilevazione e la valutazione del dolore e la sua modalità di conduzione può trarre spunto da queste semplici istruzioni.

Comportamentali relazionali

- Garantire la corrispondenza tra linguaggio verbale e non verbale (dire al paziente di riflettere con calma mostrandosi però concitati trasmette un messaggio contraddittorio);
- adottare un atteggiamento empatico e a-giudicante nei confronti del paziente;
- mostrare disponibilità all'ascolto con l'adozione di un tono di voce calmo e rassicurante, oltre che di una disposizione spaziale del proprio corpo orientato ad accogliere l'altro.

Di contenuto

- Una frase tipo potrebbe essere "*mi indichi per favore con un numero da zero a dieci, quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che zero corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al dolore peggiore possibile*".

- Se il paziente divaga, rispondendo con descrizioni verbali (es: *“si ho un po' di dolore, ma non tanto”*) richiamarlo con calma alle istruzioni *“Mi indichi per cortesia con un numero da 1 a 10”*.
- Mai suggerire una risposta al paziente (es: non dire mai *“Ha detto che ha un po' male quindi sarà circa 2-3 vero?”*, tanto meno fare valutazioni al posto del paziente presumendo di conoscere come si sente).
- Se il paziente dice di non avere compreso le istruzioni, usare esempi semplici come: *“immagini che questo sia un termometro per valutare il dolore, più il numero è alto più è forte il dolore”*. Non usare l'esempio dei voti a scuola perché può confondere (10 a scuola rappresenta un evento positivo, mentre nel nostro caso 10 corrisponde ad un evento altamente negativo).
- Se il paziente contesta l'istruzione dicendo ad esempio che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale e chiedergli di dare riferimento a quello che lui immagina essere il dolore peggiore.
- Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta, rispondere che è importante avere la valutazione del suo dolore in quel momento preciso.
- Non fare commenti sulla risposta data dal paziente. La valutazione del paziente non va contestata (es.: non va mai detto: *“Ma come! Se prima mi aveva detto che il valore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8 dopo aver assunto un analgesico? È impossibile!!!”*).
- Ricordare che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un indicatore assoluto.
- Quando la valutazione del paziente risulta incongruente può essere interessante cercare di capire perché questo avviene.
- Annotare la risposta nella scheda di valutazione.
- Se il dolore riferito dal paziente è pari o superiore a 5 (valore soglia prestabilito) avvisare il medico per le decisioni relative al trattamento farmacologico da somministrare.

STRUMENTI OPERATIVI

Scala PQRST

Provocazione	Dov'è il dolore? Cosa lo fa migliorare? Cosa lo fa peggiorare?
Qualità	A cosa somiglia?
iRradiazione	È fermo o si muove?
Severità	Quanto è forte?
Tempo	È costante o va e viene?

Scala Numerica Verbale (NRS: Numeral Rating Scale)

È una scala numerica compresa da 0 a 10. Le estremità della scala corrispondono a:

- livello 0 identificabile con “assenza di dolore”;
- livello 10 identificabile come “massimo dolore immaginabile”;
- livello uguale o maggiore a 5 identificabile come valore “soglia”.

0----1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10

L'efficacia di un'ideale terapia dovrebbe mantenere il dolore inferiore a 5.

Scala numerica / visiva di Wong-Baker compresa da 0 a 10

(Paziente con handicap cognitivo)

Le estremità della scala corrispondono a:

- livello 0 identificabile con “assenza di dolore”
- livello 10 identificabile come “massimo dolore immaginabile”.

La lettura della scala da parte del paziente è facilitata dalla rappresentazione di “faccine”.



Scala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

INDICATORI	0	1	2
Respirazione	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso apnea /polipnea
Vocalizzazione	Nessun problema	Pianto occasionale Brontolio	Urli lamenti
Espressione del volto	Sorridente Inespressivo	Triste Ciglia aggrottate	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso	Rigido pugni chiusi
Consolabilità	Nessun bisogno	Confuso cerca rassicurazione	Incapacità a distrarsi

Viene utilizzata nei pazienti afasici e/o con demenza moderata.

E' costituita da 5 settori che esplorano differenti modalità di manifestare il dolore: respiro, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione del paziente.

A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio basato sull'osservazione del paziente, utilizzando una scala che va da 0 a 2. L'attribuzione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra il comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 item.

Valore rilevato	Livello di dolore
1-4	Dolore lieve
5-7	Dolore moderato
8-10	Dolore grave

5. La terapia

Gli obiettivi del trattamento del “sintomo dolore” sono :

- AUMENTO DELLE ORE DI SONNO
- RIDUZIONE DEL DOLORE A RIPOSO
- RIDUZIONE DEL DOLORE AL MOVIMENTO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1986 ha stabilito la cosiddetta “**scala analgesica a tre gradini**”, il cui principio base è la gradualità della terapia del dolore: l'approccio farmacologico deve essere sequenziale e deve adattarsi e essere proporzionato all'intensità del dolore, così come viene riportato dal paziente.



Step 1 : Analgesici Non Opiacei (FANS, Paracetamolo) ± Aduvanti

Step 2 : Opiacei per il Dolore da Lieve a Moderato (Codeina, Tramadolo, Tapentadolo) ± FANS

± Aduvanti

Step 3 : Opiacei per il Dolore Severo (morfina, ossicodone, fentanil, buprenorfina, idromorfone) ±

FANS ± adiuvanti.

NB: il valore 0 corrisponde ad assenza di dolore.

	Note
GRADINO 3: DOLORE SEVERO (Intensità da 7 a 10 della scala numerica) oppioidi per il dolore severo ± paracetamolo/FANS ± un adiuvente Prima linea morfina + non oppioidi Seconda linea fentanyl + non oppioidi altri oppioidi forti	<ul style="list-style-type: none">• La morfina è il farmaco di scelta nel trattamento del dolore severo nei pazienti con cancro (B).• La via di somministrazione orale è quella preferita e deve essere utilizzata quando possibile (C).• Si deve prendere in considerazione un oppioide alternativo quando la possibilità di aumentare la dose per raggiungere l'analgesia è limitata dagli effetti avversi della morfina (B).
GRADINO 2: DOLORE MODERATO (Intensità da 4 a 6 della scala numerica) oppioidi per il dolore moderato ± paracetamolo/FANS ± un adiuvente Prima linea codeina + non oppioidi tramadolo tapentadolo	<ul style="list-style-type: none">• Se l'effetto di un oppioide per il dolore moderato alla dose ottimale non è adeguato, non si deve sostituirlo con un altro oppioide per il dolore moderato. Si deve passare al gradino 3 della scala (C).• Il tramadolo può portare a reazioni psichiatriche gravi già a dosi terapeutiche e può causare convulsioni a dosi appena superiori a quelle terapeutiche (C).
GRADINO 1: DOLORE LIEVE (Intensità da 1 a 3 della scala numerica) paracetamolo/FANS ± un adiuvente Prima linea paracetamolo ibuprofene diclofenac naprossene Seconda linea altri FANS e Cox 2 inibitori	<ul style="list-style-type: none">• Un paziente con dolore lieve dovrebbe ricevere o un FANS o paracetamolo a dosi adeguate. La scelta si deve basare sull'analisi del rapporto rischio beneficio per ogni singolo paziente (A).• I pazienti che utilizzano i FANS e sono ad elevato rischio di eventi avversi gastrointestinali dovrebbero ricevere un'adeguata protezione gastrointestinale (A).

Livelli di evidenza.

A raccomandazione molto forte: richiede almeno una sperimentazione clinica controllata e randomizzata coerente con l'insieme della letteratura di buona qualità disponibile sull'argomento.

B raccomandazione di livello intermedio: richiede la disponibilità di studi clinici di buona qualità ma non necessariamente sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate.

C raccomandazione meno stringente: suggerita da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di professionisti autorevoli.

IL TRATTAMENTO CON OPIACEI

Secondo quanto previsto dalla scala OMS è indicato il trattamento con oppiacei per un dolore con valore pari o superiore a 5 (NRS).

Raccomandazioni generali per i pazienti in trattamento con oppiacei:

- introdurre i farmaci in maniera sequenziale, secondo la scala OMS, da livello 1 a livello 3, fino ad ottenere il controllo del dolore;

- non associare oppioidi minori nei pazienti già in trattamento con oppioidi maggiori;
- non associare tra loro oppioidi minori;
- è consentita l'associazione di oppioidi maggiori per il controllo del dolore episodico intenso (DEI);
- in corso di terapia con oppioidi maggiori, se il dolore non è controllato, aumentare la dose giornaliera con la dose usata per controllare il dolore al bisogno (fino al 50 % della dose di partenza);
- mantenere orari fissi di somministrazione;
- per la prevenzione della stipsi da oppioide associare sempre lassativi (derivati della senna, macrogol, lattulosio);
- valutare l'opportunità di associare l'antiemetico per i primi 4-5 giorni di terapia (metoclopramide 10 mg per os, prima dei pasti principali).

Via di somministrazione

Scegliere sempre la via orale ove possibile.

Nelle situazioni cliniche caratterizzate da vomito, disfagia severa, malassorbimento o con quadri occlusivi vanno considerate vie alternative quali quella transdermica, quella sottocutanea e quella endovenosa (quest'ultima solo nei pazienti portatori di accesso venoso centrale o in pazienti con sottocute non utilizzabile).

Monitoraggio

Sulla documentazione del paziente, devono essere riportate le modificazioni del dolore (NRS).

Paziente seguito in regime ambulatoriale: follow-up (anche telefonico) entro 3-4 giorni dall'inizio terapia.

Paziente seguito in regime di assistenza domiciliare: follow-up entro 3-4 giorni dall'inizio terapia.

Paziente seguito in regime di ricovero: registrazione sulla documentazione clinica della rilevazione del dolore almeno una volta al giorno dall'inizio della terapia. In presenza di dolore NRS >5 e somministrazione di terapia monitorare l'efficacia dopo 1 ora dalla somministrazione del farmaco fino a scomparsa del dolore o riduzione di almeno 3 punti della scala di valutazione.

Dolore episodico intenso (DEI) e Breakthrough pain(BTP)

E' la transitoria esacerbazione del dolore in un paziente con dolore di base controllato dalla terapia in atto. Va valutato con le stesse tecniche descritte in precedenza.

Il trattamento prevede l'utilizzo di farmaci a rapida azione con comoda via di somministrazione e che rappresentino da 1/6 ad 1/3 del dosaggio della terapia di base.

Dopo la somministrazione (dose rescue) la rivalutazione del dolore va effettuata entro 30/60 minuti.

OPPIACEI PER IL DOLORE DA LIEVE A MODERATO

CODEINA

Alcaloide dell'oppio con potenza pari a 1\10 della morfina; emivita plasmatica di circa tre ore; durata effetto analgesico di 4-6 ore.

Commercializzata in Italia in associazione con Paracetamolo:

CODEINA FOSFATO 30mg + PARACETAMOLO 500mg.

Formulazioni:

- bustine, (TACHIDOL)
 - compresse - compresse effervescenti (COEFFERALGAN)
- Fattore di conversione per equianalgesia con morfina orale = 6 (es.: Codeina 120 mg/die = Morfina orale 20 mg/die)

TRAMADOLO

Escrezione per il 90% per via renale (attenzione ai pazienti con insufficienza renale)

Somministrare ogni 6-8 ore (tranne che per formulazione once a day!), dose massima consigliata 400-600 mg/die.

TRAMADOLO CLORIDRATO

Formulazioni:

- Gocce, compresse 50 mg, compresse SR da 50,100,150, 200 mg (CONTRAMAL-FORTRADOL-PRONTALGIN)
- Compresse once e day da 100,150,200 mg (UNITRAMA, TRALODIE, ADAMON)
- Preparazione orodispersibile da 50 mg (CONTRAMAL)
- Preparazione parenterale fiale da 50,100 mg somministrabile anche s.c. (CONTRAMAL, FORTADOL)
- In associazione con Paracetamolo: TRAMADOLO CLORIDRATO 37,5 mg + PARACETAMOLO 325 mg (KOLIBRI)

TAPENTADOLO

L'escrezione del tapentadolo e dei suoi metaboliti avviene quasi esclusivamente (99%) per via renale. Il farmaco non è raccomandato nei pazienti con grave insufficienza renale.

Somministrare ogni 12 ore.

TAPENTADOLO CLORIDRATO

Formulazioni:

- Compresse da 50, 75, 100,150,200,250 mg (PALEXIA)

OPPIACEI PER IL DOLORE MODERATO – SEVERO

MORFINA

Metabolismo epatico e intestinale, eliminazione prevalente per via renale. Non ha effetto tetto.

Preparazione orale:

MORFINA SOLFATO:

1. MS CONTIN compresse a lento rilascio (somministrazione ogni 12 ore) da 10, 30, 60, 100 mg (non si devono spezzare);
2. TWICE capsule apribili: da 10,30,60,100 mg contenenti microgranuli gastroresistenti a cessione controllata (non frantumare!), somministrabili anche attraverso SNG (somministrazione ogni 12 ore);
3. ORAMORPH fialoidi da 10, 30, 100 mg; gocce a pronto rilascio (4 gtt = 5 mg), emivita 4 ore.

Preparazione parenterale

MORFINA CLORIDRATO

fiale da 10, 20, mg per uso sc, im

N.B. esistono in commercio anche formulazioni ad alta concentrazione

BUPRENORFINA

Attraversa la barriera ematoencefalica. Emivita 6-8 ore. Effetto tetto ad alte dosi (2 mg).

Assunta per os viene inattivata all'80% dalla mucosa intestinale e dal fegato per cui viene somministrata per via sub-linguale, transdermica, parenterale.

BUPRENORFINA CLORIDRATO (TEMGESIC): compresse sub linguali da 0,2 mg; fiale da 0,3 mg

BUPRENORFINA TDS (TRANSTEC) Sistemi transdermici da 35, 52.5, 70 microgrammi/ora

—

dispositivo a matrice (possono essere tagliati).

METADONE

Metabolismo epatico. Emivita plasmatica superiore alle 10 ore, lo steady state viene raggiunto dai due ai dieci giorni.

Preparazioni: soluzione orale 0,1% (5, 10, 20, 40, 60, 100 ml)

OSSICODONE

Metabolismo epatico

OSSICODONE CLORIDRATO:

Compresse a rilascio controllato da 5, 10, 20, 40, 80 mg (OXYCONTIN) somministrazione ogni 12

ore; 10 mg equivalgono a 20 mg di morfina orale.

In associazione con paracetamolo: ossicodone 5, 10, 20 mg in associazione a 325 mg di paracetamolo (DEPALGOS) somministrazione ogni 4-6 ore

FENTANILE

Circa 75 volte più potente della morfina, metabolismo epatico

FENTANILE TDS A 5 STRATI: (DUROGESIC - MATRIFEN) cerotti da 12, 25, 50, 75, 100 microgrammi/ora (i cerotti a serbatoio non possono essere tagliati, i cerotti a matrice possono essere tagliati)

FENTANILE CITRATO:

Transmucosale da 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 microgrammi (ACTIQ)

Compresse sublinguali da 100, 200, 300, 400, 600, 800 microgrammi (ABSTRAL)

Compresse orosolubili da 100, 200, 400, 600, 800 microgrammi (EFFENTORA)

Spray nasale da 50, 100, 200 microgrammi/dose (INSTANYL)

IDROMORFONE

Assorbimento al livello del colon (l'involucro capsula è eliminato intero con le feci: push-pull)

Equianalgesia con morfina → 5:1 (8 mg di idromorfone = 40 mg di morfina orale)

Preparazione: capsule da 8, 16, 32 mg (monosomministrazione nelle 24 ore) (JURNISTA)

DOSAGGI TERAPEUTICI EQUIVALENTI DEGLI OPIACEI COMUNEMENTE USATI⁴⁻⁷

Idromorfone mg/die	4mg	8mg	12mg	16mg	20mg	24mg	28mg	32mg	36mg	40mg	44mg	48mg
Morfina Orale mg/die	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200	220	240
Ossicodone mg/die	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120
Fentanyl mcg/ora			25			50			75			100
Buprenorfina mcg/ora			35		52,5	70		87,5	105		122,5	140
Tramadolo (+Paracetamolo) mg/die	80	160	240	320	400							
Codeina (+Paracetamolo) mg/die	120	240										

NOTA: I dosaggi delle formulazioni orali sono espressi in mg/die; quelli delle formulazioni transdermiche sono espressi in mcg/ora.

4. RCP Jurnista.
5. A. Ordóñez Gallego et al. **Oxycodone: a pharmacological and clinical review**, *Clinical translational oncology*, 2007, vol. 9 (5), pp. 298-307.
6. S. Mercadante, **Il dolore**, *Valutazione, diagnosi e trattamento*, Ed. Masson 2005, pag. 434.
7. CH Wilder-Smith et al. **Oral tramadol, a mu-opioid agonist and monoamine reuptake-blocker, and morphine for strong cancer-related pain**, *Annals of Oncology*, 1994 Feb, vol. 5(2), pp. 41-46.

***Tapentadolo: 1/5 del dosaggio dell'Ossicodone**

6. Sintesi del percorso del paziente oncologico per la valutazione e presa in carico del problema dolore

Il dolore può essere il sintomo di esordio clinico della patologia oncologica, essere presente in varie fasi della malattia neoplastica quale fattore aggravante il quadro clinico del paziente con neoplasia, essere sintomo di ripresa o progressione della malattia, essere espressione di danno iatrogeno (post-chirurgico, post-attinico, post-chemioterapico).

Il paziente può rivolgersi al MMG e/o allo Specialista ospedaliero che dopo opportuna valutazione prescrivono la terapia farmacologica.

Il MMG e/o lo Specialista, in sinergia, possono coinvolgere nel processo di cura il Terapista del Dolore e le Cure Palliative, se il dolore non è più controllabile con la sola terapia farmacologica.

Nelle fasi avanzate della malattia al controllo del dolore contribuiscono l'ADI/ Cure palliative che a seconda del grado di disabilità (temporanea/continua) del paziente forniscono diversi setting di cura (hospice, ambulatoriale, domiciliare).

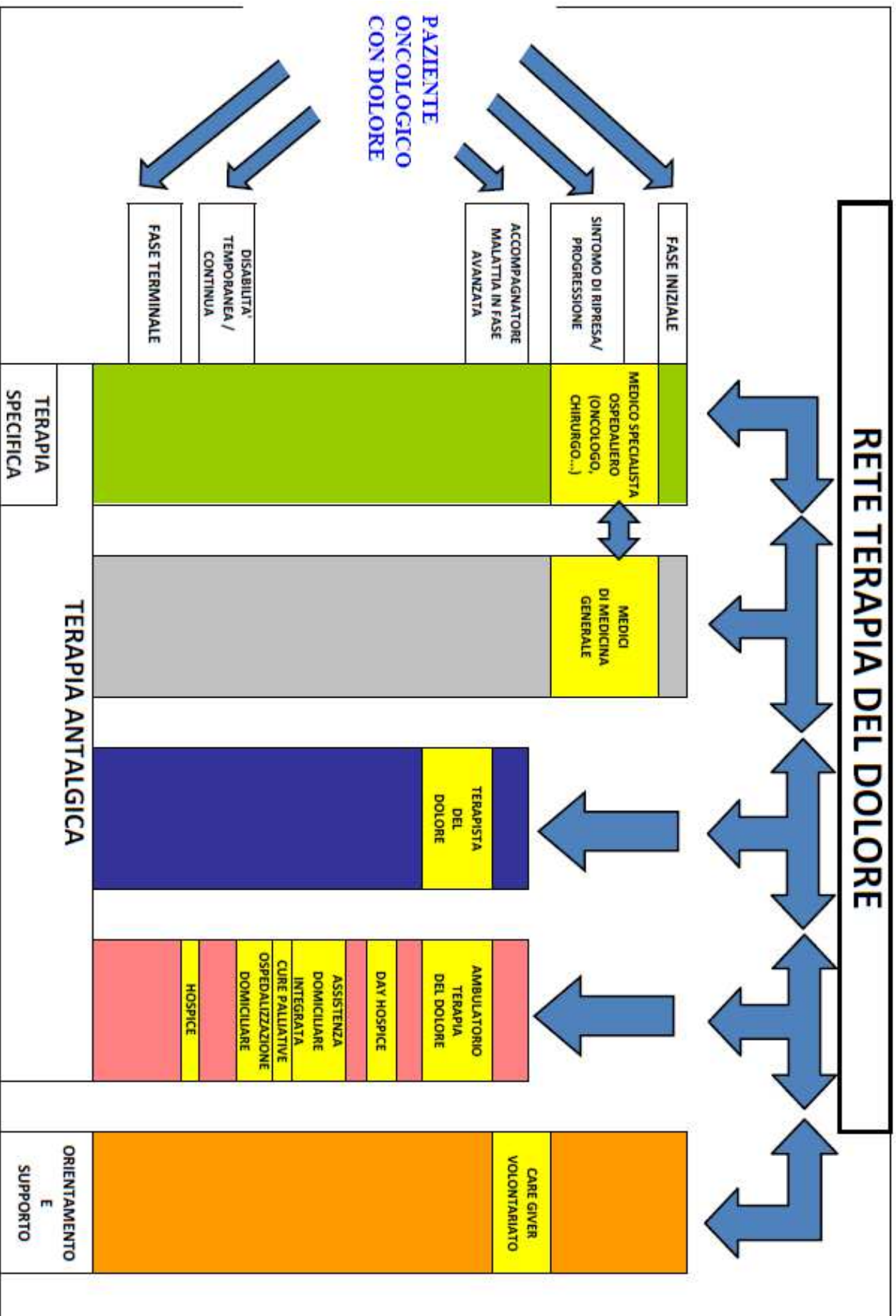
Il risultato della valutazione del dolore e del sollievo nonché la terapia messa in atto è oggetto di opportuno scambio informativo tra i diversi punti della rete di cura del paziente (Specialista –MMG - Terapista del Dolore - Servizio Cure Palliative - Volontariato).

La valutazione e la definizione della terapia appropriata in presenza del sintomo dolore viene effettuata tramite:

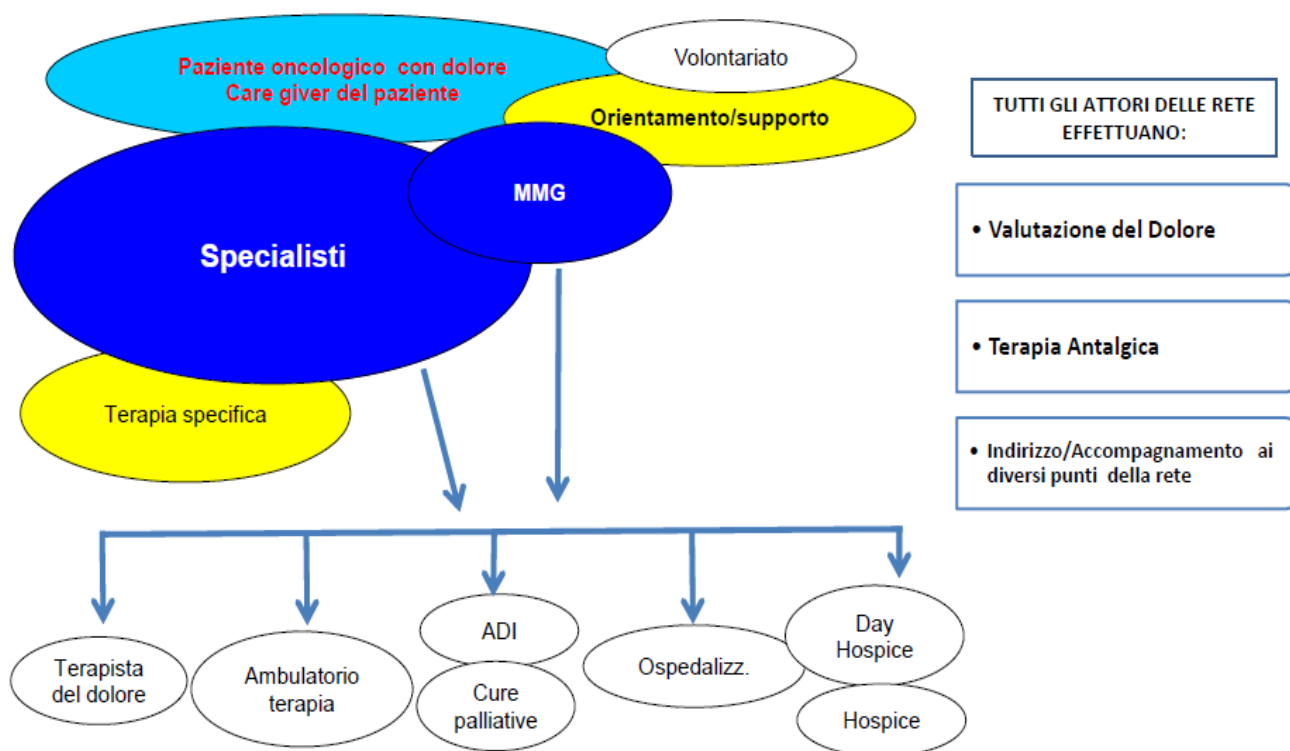
- raccolta anamnestica del dolore: sede del dolore, insorgenza, durata, qualità e caratteristiche, fattori migliorativi e provocanti;
- somministrazione di apposite scale (scala N.R.S. di base più eventuali scale complementari a discrezione dell'operatore sanitario);
- esame obiettivo;
- osservazione del comportamento in presenza di dolore;
- colloquio con il paziente per valutare le eventuali esperienze precedenti di dolore e le terapie effettuate;
- prescrizione della terapia farmacologica.

Il risultato della valutazione del dolore e del sollievo vengono riportati in cartella clinica e comunicati al paziente e/o ai familiari.

In tutte le fasi della malattia il Volontariato mette in atto interventi di orientamento e supporto multidimensionale (psicologico, sociale, assistenziale, spirituale) al malato.



7. Ruolo dei diversi attori



Medico di Medicina Generale (MMG)

La figura del Medico di Medicina Generale rappresenta un collegamento prezioso sia sul piano professionale in senso stretto, sia sul piano umano, nella misura in cui sappia offrire un approccio efficace e competente al dolore oncologico in tutte le fasi della malattia, dove il progetto assistenziale deve valorizzare la qualità della vita prendendosi cura della persona malata nella sua totalità, coinvolgendo la famiglia come oggetto e soggetto di cura, mantenendo un controllo attento e puntuale non solo del dolore, ma anche di tutti gli altri sintomi disturbanti, riconoscendo il momento in cui le terapie miranti alla guarigione o a un prolungamento significativo della vita devono lasciare spazio alle cure palliative.

La familiarità e l'autorevolezza del MMG, guadagnata in anni di contiguità con la famiglia e con i suoi problemi, permette di far accettare meglio e di gestire le situazioni sanitarie più difficili, indirizzate ad una cronicità o ad una patologia di nuova insorgenza e gravità.

Adeguatamente formato, il MMG deve essere in grado di:

- effettuare una diagnosi precoce del tipo di dolore, utilizzando anche i semplici strumenti disponibili in ogni ambulatorio;
- misurare l'intensità del dolore;
- valutare l'impatto che il dolore provoca sulla qualità della vita del malato e del nucleo familiare identificandone i bisogni;
- assicurarsi che la famiglia sia preparata ad affrontare i problemi che possono verificarsi nel corso del trattamento;
- valutare il contesto psico-emozionale e cognitivo del dolore, che sovente è sottovalutato o poco conosciuto;
- registrare in cartella i parametri misurati;
- impostare la terapia farmacologica e non farmacologica;
- conoscere i criteri condivisi per l'invio dei pazienti ai centri specialistici;

- disporre di canali di comunicazione efficaci nella rete collaborando con gli specialisti per definire il percorso clinico, terapeutico, assistenziale individuando i rispettivi ruoli delle varie figure professionali, garantendo così la continuità assistenziale.

Medico specialista oncologo/radioterapista

Il dolore da cancro può essere presente in varie fasi della malattia neoplastica quale fattore aggravante il quadro clinico del paziente con neoplasia. I contesti clinico/assistenziali possono essere diversi, e il dolore oncologico può rappresentare:

1. la prima manifestazione di una neoplasia misconosciuta
2. l'espressione di una malattia neoplastica nota, di cui rappresenta un sintomo di ripresa/progressione
3. l'espressione di danno iatrogeno (post-chirurgico, post-attinico, post-chemioterapico)
4. il sintomo di accompagnamento di una malattia in fase avanzata.

In tutte e quattro i contesti clinico-assistenziali il medico specialista oncologo/radioterapista ha un ruolo primario ed essenziale; il sollievo dal dolore oncologico deve essere un obiettivo prioritario in ogni fase della malattia oncologica, raggiungibile nella maggioranza dei casi con la sola terapia farmacologica.

Per quanto riguarda i primi tre contesti, oltre a raccordarsi con il MMG e gli altri specialisti, il medico oncologo/radioterapista deve approcciare il paziente avendo un obiettivo prioritario: la riduzione dell'impatto del dolore sull'autosufficienza e sulle attività e relazioni quotidiane, cioè la riduzione della disabilità. Per far ciò ha a disposizione sia interventi diretti sul dolore con tutti i farmaci antalgici e le modalità terapeutiche elencate in precedenza, che interventi diretti sulla causa del dolore, cioè la neoplasia stessa o il danno iatrogeno, attraverso terapie farmacologiche, radianti e chirurgiche. Nelle prime tre fasi è essenziale che il medico agisca senza remore utilizzando tutti i farmaci antalgici (anche oppiacei), e contemporaneamente utilizzi modalità terapeutiche causali, agendo sul tumore o sul danno iatrogeno. L'azione duplice permetterà al paziente di eliminare il dolore e superare la disabilità in modo rapido e duraturo, ottenendo, man mano l'azione sul tumore ha efficacia, anche la progressiva riduzione/eliminazione dei farmaci antalgici.

In questo contesto la rete di cura (multidisciplinarietà) fra i diversi operatori sanitari (MMG -Oncologo - Radioterapista - Chirurgo e specialista d'organo - Terapista del dolore - Infermiere) risulta essenziale per chiarire il contesto, gli obiettivi e le possibilità terapeutiche.

Quando il dolore rappresenta il sintomo di accompagnamento di una malattia in fase avanzata/progressione, l'obiettivo primario per il medico specialista è identificare quale sia il paziente che, oltre alla terapia antalgica, possa ancora beneficiare di terapie oncologiche specifiche. A questo proposito risulta utile seguire quanto ribadito nel 2012 da ASCO (American Society of Clinical Oncology) nel primo dei "Top Five" che identificano modalità di azione su importanti e dibattute questioni oncologiche: "Non usare terapie antineoplastiche dirette per pazienti affetti da tumori solidi con le seguenti caratteristiche: basso performance status (3-4), nessun beneficio da precedenti terapie validate EBM, non eleggibilità per studi clinici, e nessuna forte evidenza che giustifichi il valore clinico di ulteriori terapie antineoplastiche". Anche, e soprattutto, in tali situazioni, la discussione e il coinvolgimento del paziente nelle scelte terapeutiche è basilare e assolutamente necessario, al fine di chiarire vantaggi e tossicità di tutti i trattamenti e di concordare quanto sia meglio per il paziente stesso.

Anche in questo contesto risulta essenziale la rete di cura fra medico specialista, MMG, Palliativista, Infermiere e Caregiver al fine di garantire al meglio la continuità di cura, mantenendo al massimo livello la qualità di vita del paziente. Si sottolinea come il

coinvolgimento precoce del Medico Palliativista nella cura del paziente oncologico abbia iniziato a dare risultati EBM sulla sopravvivenza, oltre che sulla qualità di vita.

Terapista del Dolore

La problematica algologica del paziente affetto da dolore cronico benigno e maligno e soprattutto da sindromi dolorose complesse è a tutt'oggi estremamente complessa e controversa.

La difficoltà riveste i numerosi meccanismi nocicettivi alla base della sintomatologia dolorosa e quali di questi siano la componente e quindi target primario del trattamento antalgico. Ancora oggi si discute molto sui tempi di intervento ed eventuali modalità, da definire nell'ambito dell'approccio multidisciplinare al dolore cronico. Nella gestione del dolore non solo del malato di cancro, ma anche di altre patologie degenerative sempre più numerose e spesso invalidanti, si è affermata la figura di un nuovo specialista, l'Algologo o Terapista del dolore. L'Algologo possiede la cultura per scoprire la causa del dolore e possiede gli strumenti e le capacità per controllarlo. La diagnosi algologica comporta scoprire la sorgente anatomica del dolore, i meccanismi che lo producono e che ne determinano la sua persistenza nel tempo. Suo compito è quindi quello di riconoscere la patogenesi del dolore suggerendo di volta in volta la strategia terapeutica più adeguata. Questa può avvenire tramite l'uso corretto dei farmaci, assunti preferibilmente per via orale; essa rappresenta uno dei cardini del trattamento del dolore cronico, come suggerito dalle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e permette di controllare le sindromi algiche nel 80-90% dei casi.

Ma in questi anni le conoscenze di terapia del dolore si sono rapidamente evolute e questo ha permesso di mettere a punto particolari procedure invasive efficaci che devono essere riservate a pazienti con sindromi dolorose specifiche e/o estremamente complesse grazie alla consulenza e intervento del medico specialista Terapista del Dolore.

L'intervento del medico specialista risulta quindi essenziale per una buona riuscita del progetto terapeutico di controllo del dolore, sia nella soluzione di casi "difficili" sia nella consulenza dei casi in cui è possibile ottimizzare l'approccio utilizzando ciò che di meglio oggi la medicina offre. Non tecniche invasive in alternativa a tecniche non invasive, ma scelte motivate.

Équipe delle Cure Palliative

Obiettivo delle Cure Palliative è la qualità della vita in presenza di malattia attiva, progressiva e in fase avanzata, perseguibile non solo con il controllo del dolore, ma anche di altri sintomi fisici e di problematiche psicologiche, sociali, spirituali.

Per fronteggiare la complessità di questa assistenza "globale" è spesso necessario l'intervento di diverse figure professionali, che, nella consapevolezza della posizione centrale del malato rispetto al percorso di cura, devono essere in grado di lavorare all'unisono.

È per questo motivo che si parla di équipe delle cure palliative.

L'équipe è organizzata e coordinata da un responsabile sanitario e si riunisce periodicamente con tutti i suoi componenti.

Ovviamente nei confronti del malato oncologico con sintomo dolore (fisico) le figure operative prevalenti dell'équipe di cura sono il medico e l'infermiere, cui spetta il compito di definire il Piano di Assistenza Individuale (PAI), congiuntamente e/o in accordo con il MMG e di redigere con puntuale costanza il diario assistenziale.

Di primaria importanza risulta un'anamnesi accurata, per conoscere la storia clinica del malato e le precedenti terapie, con particolare riguardo alla terapia del dolore, con lo scopo di garantire alla cura la necessaria continuità assistenziale ed efficacia terapeutica.

È infatti verosimile che l'intervento delle Cure Palliative sia richiesto a conclusione di un percorso anche terapeutico precedente, che deve essere conosciuto.

Compiti del medico palliativista:

- valutazione e definizione del dolore, da riconsiderare ad ogni visita nel corso della assistenza;
- trattamento del dolore, prescrivendo i farmaci secondo la scala OMS e secondo le linee guida riconosciute e/o indirizzando l'ammalato verso trattamenti anche non farmacologici;
- educazione del malato e del caregiver alla corretta valutazione del dolore e alla corretta assunzione delle terapie

Compiti dell'infermiere:

- valutazione del dolore;
- preparazione e somministrazione dei farmaci, quando oltre le possibilità del caregiver;
- educazione del malato e del caregiver.

Non è secondario ribadire quanto sia importante una corretta comunicazione e intesa tra l'infermiere e il medico, con la costante disponibilità al confronto con il MMG e quanti partecipano al percorso di cura (fisioterapista, medico ospedaliero, psicologo, volontari, familiari, ecc).

In particolare nella fase iniziale di malattia il medico specialista palliativista o l'algologo fornisce supporto anche telefonico al MMG o all'oncologo in caso di difficile controllo del dolore.

Nelle fasi più avanzate di malattia, durante la presa in carico del paziente da parte dell'équipe di cure palliative, il contatto con il MMG è necessario all'inizio del percorso per stendere il PAI e successivamente nei momenti terapeutici fondamentali quali la necessità di sedazione per impossibilità a controllare altrimenti il sintomo. Con gli specialisti oncologi o radioterapisti il contatto verrà mantenuto in ogni momento per valutazione collegiale del percorso del paziente.

CeAD - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Il CeAD è il centro dell'assistenza domiciliare in cui si opera in stretta integrazione con i comuni, ospedale, MMG e con tutti gli attori della rete che concorrono a dare risposte integrate ai soggetti che necessitano di assistenza e cura. L'ADI, in questo contesto, offre assistenza a domicilio, ai cittadini di ogni età in condizioni di fragilità o di non autosufficienza, le cui condizioni sanitarie o socio-sanitarie, temporanee o permanenti, impediscono loro di accedere, con i comuni mezzi, alle strutture ambulatoriali presenti sul territorio.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) fornisce interventi specialistici (fisiatra, geriatra, psicologo), infermieristici (prelievi ematici, medicazioni, cambio catetere vescicale ecc.), riabilitativi e educativi (trattamenti fisioterapici, logopedici, educativi) e socio – assistenziali (aiuto alla cura della persona, bagno assistito ecc).

Particolare attenzione è rivolta ai pazienti con patologie terminali, per i quali è prevista un'assistenza domiciliare di cure palliative gestita da équipe specializzate afferenti a erogatori accreditati secondo uno specifico profilo di cura e uno specifico voucher.

Sono inclusi in un programma di cure palliative domiciliari pazienti con:

- malattie progressive con prognosi infausta
- fase avanzata/terminale (assenza o inopportunità di trattamento specifico, prognosi stimata non superiore a tre mesi);
- indicazione all'uso di trattamenti sintomatici, palliativi;
- impossibilità di utilizzo delle strutture ambulatoriali dedicate non riconducibili a solo problemi logistici;
- desiderio del malato per le cure presso il proprio domicilio.

Care giver/Associazioni di volontariato

La Regione Lombardia riconosce al volontariato oncologico un ruolo determinante, in quanto vicaria la funzione istituzionale e anticipa soluzioni e modalità nuove di intervento in risposta ai bisogni del paziente.

Tuttavia il volontariato, particolarmente in questo ambito, non può e non deve avere solo un ruolo di supplenza alle carenze istituzionali, ma deve spingersi ben oltre. Così la Direzione Generale Sanità ha deciso di valorizzarne la progettualità, sia per renderla più sinergica alla Rete Oncologica Lombarda (ROL), sia per inserire a pieno titolo la voce del paziente nella costruzione e nel mantenimento della rete.

Le organizzazioni, soprattutto in questi ultimi anni, hanno sviluppato una specificità d'intervento per ogni fase di malattia dimostrando capacità progettuali e di regia, comprendendo per primi la necessità di una buona continuità assistenziale che tenga conto non solo dei bisogni strettamente sanitari, ma anche psicologici, sociali, assistenziali, spirituali: un approccio multidimensionale da considerare contemporaneamente alla cura del dolore fisico.

Il controllo del dolore deve rappresentare un obiettivo primario in ogni fase della malattia oncologica, non solo nella fase finale, ma anche nella fase d'esordio. La gestione del dolore oncologico ed esistenziale, non può e non deve essere limitata alle fasi finali della malattia, ma deve svilupparsi, all'interno di un percorso strutturato, a partire dal momento in cui la malattia viene diagnosticata.

Il volontariato in rete, con gli altri attori coinvolti, contribuisce all'interno di questo processo intervenendo con l'ascolto e l'accompagnamento del malato, cercando di offrire un senso -anche quando sembra non ci sia e una speranza qualunque cosa accada. In questo modo, in ogni momento del cammino intrapreso, il malato non viene lasciato solo sia nella gestione di problemi legati alla quotidianità, sia nelle scelte dignitose e consapevoli per il fine vita.

Un ruolo di integrazione e costruzione insieme alle istituzioni, ma con professionalità: assume sempre maggiore importanza la formazione e l'aggiornamento delle conoscenze per far sì che la funzione sociale del volontariato diventi a tutti gli effetti socio-sanitaria. Nella consapevolezza dei suoi limiti e nell'intento di slegarsi dall'antico ruolo riparatorio, il volontariato sente il bisogno di organizzarsi e formarsi.

La formazione del volontariato si propone non solo come trasmissione indispensabile di conoscenze e competenze, ma anche e soprattutto come un processo di cambiamento importante e profondo. In questa accezione, la formazione permette di individuare le difficoltà incontrate nell'assistenza al malato, favorendo una più solida consapevolezza del significato che "essere con l'altro" comporta.

In tutti i momenti del volontariato, la formazione riveste un ruolo indispensabile e ha un riconoscimento a pieno titolo: l'offerta formativa deve comprendere e proporre aspetti e nozioni legate al "saper fare" e al "saper essere", incoraggiando lo sviluppo di competenze specifiche, promuovendo momenti di condivisione e contenimento dei vissuti e consolidando un'identità di gruppo strutturata. Per "saper fare" si intendono tutte quelle competenze grazie a cui il volontario diventa in grado di ricoprire il ruolo a lui assegnato in base al settore specifico in cui è inserito, l'acquisizione di capacità collaborative per lavorare in équipe, le tecniche di comunicazione efficace per intervenire con il malato e la sua famiglia.

Alcune delle competenze indispensabili per "saper essere" sono, invece, legate alla consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo in un'ottica di multidisciplinarietà, la capacità di riconoscere e comprendere il personale atteggiamento nei confronti della malattia e della morte, la capacità di valutare oggettivamente l'impatto che le proprie idee e i propri valori possono avere sul paziente e sulla famiglia, l'abilità nel riconoscere attentamente le proprie reazioni, considerando la soddisfazione e i desideri del malato come obiettivi primi dell'intervento attuato. Sullo sfondo, sempre presente, deve essere attiva l'attenzione per gli

aspetti etici dell'intervento, sia nei rapporti con la persona malata, sia con i famigliari ad esso legati.

Il volontariato oncologico, inserendosi nella rete d'offerta socio-assistenziale, fungendo da nodo di raccordo tra le diverse figure di riferimento (Medici di Medicina Generale, Medico specialista oncologo/radioterapista, Terapista del dolore, équipe delle cure palliative, Assistenza Domiciliare Integrata) e i servizi sociali territoriali, promuove l'integrità dell'offerta stessa e lo sviluppo di una condivisione d'intenti a favore del malato e della sua famiglia, diventando una solida base di appoggio e riferimento.

Il volontariato dovrebbe altresì farsi carico, anche in questo caso insieme alle istituzioni, di favorire e promuovere una sensibilizzazione e una formazione culturale di base sul tema dolore e cura del dolore. In Italia c'è ancora molto da fare in questa direzione. L'evoluzione specialistica della medicina e l'eccessivo tecnicismo porta con sé il rischio di concentrarsi sulla cura della malattia e non della persona ammalata.

Curando una persona e non una malattia, inevitabilmente il dolore assume la reale dimensione di ciò che rappresenta per il paziente nel percorso terapeutico. In questo ambito può diventare fondamentale il ruolo del volontariato, mettendo in rete le conoscenze, particolarmente quelle di pazienti, ex pazienti e familiari, rendendole disponibili a tutti gli operatori, in particolar modo ai clinici, perché si trasformino in risorsa attiva per costruire protocolli e strumenti di cura che a quel punto saranno davvero completi.

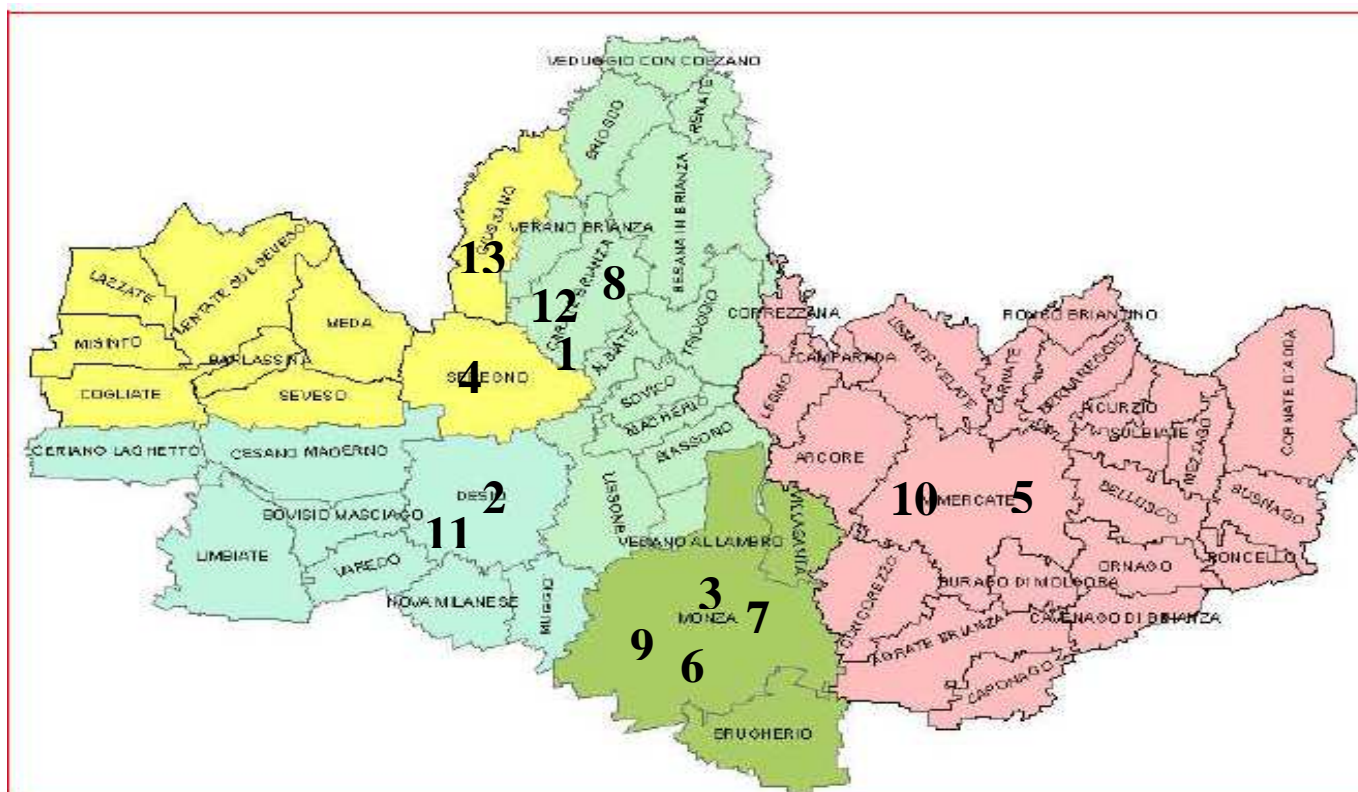
Diventa ovvio osservare come il problema non sia di questo o quell'altro professionista, ma di tutti gli operatori, su qualsiasi livello intervengano, sanitario, sociale, assistenziale, per cercare di raggiungere quel diritto alla cura che superi il solo "aspetto scientifico" e si incontri con quelle necessità reali e spesso taciute di persone che già portano con sé il "pudore" e la "colpa" della malattia.

Tra le necessità del paziente oncologico, durante tutte le fasi della malattia e ancor di più in quella finale, di rilievo è il bisogno di "sentirsi ancora una persona viva", sentire di essere importante ancora per qualcuno.

Il volontariato svolge e ricopre un ruolo fondamentale in stretta sinergia con l'équipe socio-sanitaria nella gestione del dolore del paziente oncologico, in particolar modo nel dolore esistenziale.

Solo con il passare del tempo e con il consolidarsi della volontà di creare un forte gruppo, il volontariato si inserirà sistematicamente tra gli operatori al servizio del malato, con sempre maggiore determinazione.

8. Rete di offerta



1) Distretto Socio-sanitario Carate

Sede: Via Mascherpa, 14 - 20841 Carate

2) Distretto Socio-sanitario Desio

Sede: Via Ugo Foscolo, 24/26 - 20832 Desio

3) Distretto Socio-sanitario Monza

Sede: Via Arrigo Boito, 2 - 20900 Monza

4) Distretto Socio-sanitario Seregno

Sede: Via Stefano da Seregno, 102 - 20831 Seregno

5) Distretto Socio-sanitario Vimercate

Sede: Via Roma, 85 - 20865 USMATE

6) Hospice "Santa Maria delle Grazie" - Fondazione don Carlo Gnocchi- Onlus

Sede: Via Montecassino, 8 - 20900 Monza

Gruppo Ospedaliero San Donato - Istituti Clinici Zucchi

7) U.O. Oncologia

Sede: Via Zucchi, 24 - 20900 Monza

8) U.O. Cure Palliative

Sede: Piazza Madonnina, 1 - 20841 Carate Brianza

9) Azienda Ospedaliera San Gerardo

Sede: Via Pergolesi, 33 - 20900 Monza

Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate

10) Presidio Ospedaliero di Vimercate

U.O.C. di Oncologia Medica - U.O.S di Ematologia- U.O.S. di Cure Palliative e Terapia del Dolore

Sede: Via Santi Cosma e Damiano, 10 - 20871 Vimercate

11) Presidio Ospedaliero di Desio

U.O.C. di Oncologia Medica- Ambulatorio di Cure Palliative e Terapia del Dolore - U.O.S. di Ematologia

Sede: Via Mazzini, 1 - 20832 Desio

12) Presidio Ospedaliero di Carate

U.O.S. di Oncologia Medica

Sede: Via Mosè Bianchi, 9 - 20841 Carate

13) Presidio Ospedaliero di Giussano

U.O.C. di Cure Palliative – Hospice – Terapia del Dolore

Sede: Via Milano, 65 – 20833 Giussano

➔ **Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus**
Hospice “Santa Maria delle Grazie”

Sede: Via Montecassino, n. 8 – 20900 Monza

Strutture/Articolazioni

- Degenza
- Cure palliative domiciliari

Attività qualificanti:

- Cure palliative in regime di ricovero e di assistenza domiciliare, accreditate con la regione Lombardia, senza costi per l’utente.
- Ricoveri di sollievo.
- Terapia del dolore.
- Supporto psicologico.
- Reperibilità telefonica continuativa per sette giorni alla settimana e counseling diurno tramite il call center per gli assistiti a domicilio.

Modalità di accesso

Degenza: per pazienti residenti in regione Lombardia richiesta di ricovero su ricettario regionale redatta dal Medico di Medicina Generale o da medico ospedaliero, da far pervenire alla Segreteria dell’Hospice.

Cure palliative domiciliari: per pazienti residenti in ASL Monza e Brianza, attivate con richiesta su ricettario regionale da presentare in ASL Monza e Brianza in Via Boito 2 o nelle rispettive sedi di distretto.

Orari di attività

Segreteria Hospice:

- dal Lunedì al Venerdì, dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 14 alle 16.30.

Segreteria e call center cure palliative domiciliari:

- dal Lunedì al Venerdì, dalle 8 alle 16.30.

Contatti

Centralino: tel. 039/23.59.91 - fax 03923599400

Segreteria Hospice: tel. 039/23.59.92.31 – 039/23.04.450

E-mail: info.monza@dongnocchi.it

Cure palliative domiciliari: tel.039/23.59.92.34 – 039/23.04.450 - fax 039322386

E-mail: cpd@monza@dongnocchi.it

➔ **Gruppo Ospedaliero San Donato - Istituti Clinici Zucchi**

Strutture

1) U.O. Oncologia

2) U.O. Cure Palliative

1) U.O. ONCOLOGIA

- Degenza
- MAC [macroattività ambulatoriale complessa (ex Day-Hospital)]
- Attività ambulatoriale

Sede: Istituti Clinici Zucchi - Via Zucchi, 24 - Monza

Attività qualificanti:

Vengono trattate tutte le principali patologie oncologiche (tumori solidi ed ematologici, fatta eccezione per le leucemie).

Tutti i medici dell'U.O. si occupano della persona ammalata nella sua globalità, affrontando quindi anche le problematiche inerenti il “sintomo dolore”.

Vi è inoltre una proficua collaborazione con l'U.O. di Cure Palliative.

Modalità di accesso

Per clienti con “sintomo dolore” non noti alla nostra U.O. l'accesso avviene tramite richiesta del MMG o di altro specialista e successiva prenotazione presso i nostri sportelli CUP (aperti dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 15:30; il sabato dalle 8:30 alle 12:30).

Per i clienti già in carico alla nostra U.O., noti per precedenti trattamenti e/o in regolare follow-up, vi è sempre la possibilità di un contatto diretto e costante coi medici dell'U.O.

Orari di attività

- Dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:30 alle ore 15:00 (previo appuntamento).
- In caso di urgenza vi è la possibilità di contattare direttamente un medico che provvederà a fissare un tempestivo appuntamento al cliente negli stessi orari o in momenti diversi per far fronte alla problematica in essere.

Contatti

- U.O. Oncologia: tel. 0398383495
oncologia.zucchi@grupposandonato.it
- Call Center: tel.0392312521 (dal lunedì al venerdì 9:30/13:00 – 14:00/16:00)
www.zucchi-gsd.it (prenota esami e visite on-line)

2) U.O. CURE PALLIATIVE INTRAMOENIA

- Degenza (n. 10 letti Hospice ospedaliero)
- Day-Hospital (2 letti)
- Attività ambulatoriale per terapia dolore oncologico
- Assistente sociale
- Ambulatorio di psicologia
- Assistente spirituale
- Assistenza domiciliare

Sede: Istituti Clinici Zucchi – Piazza Madonnina, 1 – Carate Brianza

Attività qualificanti:

Vengono seguiti pazienti con tutte le principali patologie oncologiche (tumori solidi e ematologici) e non oncologiche in fase avanzata di malattia.

Viene prestata assistenza domiciliare sui distretti di Monza, Seregno, Carate, Desio, sia come A.D.I. Cure Palliative, che come O.D. (Ospedalizzazione Domiciliare).

Tenuto conto della composizione dell'équipe dell'U.O. Cure Palliative siamo in grado di prenderci carico di tutti i bisogni della persona, garantendo una cura globale.

Modalità di accesso:

Per le richieste di ricovero, l'accesso avviene tramite richiesta del MMG o di altro specialista ospedaliero e non, compilando l'apposita scheda, correlandola con precisa relazione clinica, da richiedere al seguente numero telefonico 0362.986511, e inviandolo per fax al 0362.986513.

Per colloqui e/o informazioni sull'Hospice, far riferimento allo studio medico chiamando il numero di telefono 0362.986.438, lasciando un messaggio preciso in segreteria telefonica.

Per le richieste di prestazione domiciliare dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 17 è disponibile un operatore che risponde al numero 0362.986.442.

La presa in carico del paziente segnalato sarà valutata da un Medico dell'équipe, che deciderà di attivare l'assistenza come O.D. o ADI Cure palliative. L'assistenza prevede in entrambi i casi una reperibilità medica e infermieristica con uscita al domicilio 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, ed una reperibilità telefonica dalle 20 alle 8 del Medico reperibile sette giorni su sette.

Orari di attività:

- Attività ambulatoriale per la terapia del dolore oncologico e non (lunedì e giovedì h. 9-11 e h. 15-17, sempre previo appuntamento).
- Assistente sociale: martedì dalle 11 alle 12 e venerdì dalle 14 alle 15.
- Ambulatorio di Psicologia: martedì, mercoledì e venerdì, sempre previo appuntamento.
- Assistente spirituale: martedì, mercoledì e giovedì, e su richiesta, previo appuntamento.

Contatti:

U.O. Cure Palliative: tel. 0362.986511- fax 0362.986513

Hospice: tel. 0362.986.438

Prestazioni domiciliari: tel. 0362.986.442

E-mail: amedeo.salvioni@grupposandonato.it

Presso i vari distretti è disponibile un dèpliant sull' U.O. Cure Palliative che informa sulle attività di degenza, ambulatoriali, di assistenza domiciliare

➔ Azienda Ospedaliera San Gerardo

Strutture

- 1) Struttura complessa ONCOLOGIA MEDICA
- 2) Struttura complessa RADIOTERAPIA
- 3) Struttura semplice TERAPIA DEL DOLORE

1) Struttura complessa ONCOLOGIA MEDICA

Sede: AO San Gerardo - Via Pergolesi 33, Monza

10° piano, settori A e B

Attività qualificanti:

- 1) Attivazione di "percorsi terapeutici personalizzati" con farmaci chemioterapici anche di ultima generazione e con farmaci biologici innovativi nella maggioranza dei tumori solidi, con particolare riferimento per le neoplasie della mammella, del polmone, della

pleura, della cute (melanoma) e dei distretti gastro-enterico, cervico-facciale e genito-urinario.

- 2) Trattamenti integrati radio-chemioterapici pre e post-operatori
- 3) Coordinamento di studi di ricerca clinica autonomi; attività di ricerca in collaborazione con altri centri di riferimento Nazionali e Internazionali
- 4) Ambulatorio di Psicologia Clinica e attivazione di programmi di riabilitazione psico-fisica per le pazienti con tumore della mammella (in collaborazione con la U.O. di Psicologia Clinica)
- 5) Attivazione di programmi di gestione della neurotossicità da antitumorali (in collaborazione con la S.C. di Neurologia)
- 6) Consulenza di analisi biomolecolari attraverso il Consorzio Genetica Molecolare Umana
- 7) Attività Didattica e di Formazione nell'ambito della Scuola di Specialità in Oncologia Medica, Università degli Studi di Milano Bicocca

Modalità di accesso:

Mediante "impegnativa rossa" del MMG, da altro specialista o dallo stesso oncologo medico referente.

- Day-Hospital: appuntamento fornito dal personale infermieristico, dopo la prima visita medica
- Prime visite: appuntamento presso il CUP/Segreteria Oncologia
- Visite di rivalutazione di malattia: appuntamento concordato con il medico referente
- Visite di controllo: appuntamento presso il CUP/Segreteria Oncologia
- Prime visite Ambulatorio patologia colo-rettale: appuntamento concordato al CUP dislocato al 2° piano blocco A (giovedì ore 14.00)
- Il passaggio del paziente da DH a degenza è stabilito di comune accordo tra medico referente del paziente in DH e medico della Degenza.

Orari di attività:

- Day-Hospital dalle 8.00 alle 17.30, tutte i giorni della settimana
- Prime visite: 26 visite settimanali al mattino 12.00-13.00, divise per ambulatorio di competenza
- Visite di rivalutazione di malattia-Appuntamento concordato con il medico referente, tutte le mattine dalle 13.00 alle 17.30
- Visite di controllo: 10 visite tutti i pomeriggi dalle 14.00 alle 16.00 c/o Amb. Generale, 6 visite della patologia mammaria dalle 14.30 alle 15.45 c/o l'ambulatorio di Patologia
- Prime visite Ambulatorio patologia colo-rettale il giovedì h. 14.00, al 2° piano blocco A.
- Degenza: in continuo
- Visite psicologiche: appuntamento il lunedì- mercoledì e venerdì. Per l'ambulatorio patologia mammaria, presenza della psicologa durante le prime visite di patologia (da lunedì a venerdì- escluso il giovedì- dalle 12.00 alle 13.00)

Contatti:

- Call Center: per informazioni di carattere generale e trasporti presso il ns. Ospedale è possibile contattare il Call Center oncologico tel. 039/233.9623 – 9624 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00
- Segreteria: uo.oncologiamedica@hsgerardo.org - fax 039/233 2284
039/233 9575 dalle 8.30 alle 14.30

039/233 9339 dalle 10.00 alle 14.00

039/233 2257 dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 13.30 alle 16.10

- Direttore: tel. 039/233 9354;
- Ufficio Ricerca Clinica: tel. 039/233 3683 – 3203; datamanager.monza@alice.it
- Ambulatorio di Psicologia Clinica: tel. 039/233.9281 – 9340 su appuntamento in accordo con l'oncologo di riferimento
- Coordinatore Infermieristico: tel. 039/233 9502 - fax 039/233 9509
- Infermiera Referente di Day Hospital: tel. 039/233 3684

2) **Struttura complessa RADIOTERAPIA**

Sede: AO San Gerardo - Via Pergolesi 33, MONZA
settore B, 2° piano sotterraneo

Attività qualificanti:

- Radioterapia stereotassica extracranica
- Radioterapia con tecnica IMRT (intensità modulata)
- Brachiterapia high dose rate endocavitaria o endoluminale
- Total Body irradiation (TBI)
- Radioterapia con acceleratore lineare con tecnica 3D conformazionale
- Radioterapia con elettroni
- Radioterapia palliativa
- Trattamenti di radio-chemioterapia preoperatoria
- Trattamenti di radio-chemioterapia concomitante
- Partecipazione a gruppi multidisciplinari
- Attività di ricerca clinica e Attività didattica
- Collaborazione con reparto di Psicologia Clinica per visite mediche collegiali

Modalità di accesso

Mediante “impegnativa rossa” del MMG, da altro specialista o dall'oncologo medico referente per la patologia neoplastica in cura.

Orari di attività

- Segreteria: dal Lunedì al Venerdì dalle 08:00 alle 16:30
- Trattamenti radioterapici: tutti i giorni dalle 8.00 alle 19.00
- Ambulatorio del Cavo Orale, tutti i mercoledì pomeriggio (casi di neoplasie del cavo orale.)
- Ambulatorio di Ginecologia, tutti i giovedì, piano terreno settore A, dalle 14:30 alle 17:30.
- Visite collegiali in collaborazione con l'Unità operativa di Psicologia (durante le prime visite) e visite psicologiche il lunedì- mercoledì e venerdì

Contatti

- Accettazione e Segreteria: tel. 039 / 233.3670 - fax 039 / 233.3414

- Coordinatore Tecnico / Infermieristico: tel. 039 / 233.3068

- Per informazioni di carattere generale e trasporti presso il ns. Ospedale è possibile contattare il Call Center Oncologico 039/233.9623 – 9624 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00

3) Struttura semplice **TERAPIA DEL DOLORE**

Sede: AO San Gerardo - Via Pergolesi 33, MONZA
Settore B - secondo piano

Attività qualificanti:

Elaborare una corretta diagnosi della sintomatologia dolorosa mediante esame clinico e anamnestico del paziente, e stabilirne la gravità mediante scale di valutazione idonee; successivamente, anche in considerazione di precedenti trattamenti, sviluppare strategie terapeutiche ottimali. L'impostazione di una terapia prevede l'utilizzo singolo o in associazione di farmaci la cui efficacia sia confermata da linee guida internazionalmente riconosciute. Nel caso di mancata efficacia di una terapia farmacologica in corso o già effettuata, o che questa determini effetti collaterali insopportabili, viene proposto al paziente la possibilità di eseguire, con consenso informato ed esami ematochimici, manovre invasive antalgiche, che in ambito oncologico si riassumono in:

- **infiltrazione dello spazio epidurale**, con finalità prognostiche e/o terapeutiche,
- **blocco analgesico di singoli nervi spinali** (sia prognostico che terapeutico) con anestetici locali, come anche di **plessi nervosi del sistema nervoso simpatico regionale**;
- posizionamento di **cateterino subaracnoideo** per infusione di oppioidi e/o anestetici locali per patologie tumorali o patologie algiche croniche resistenti a qualsiasi altra terapia, in pazienti selezionati.

La scelta dell'approccio invasivo potrà comportare differenti regimi di ricovero ospedaliero (ordinario, Day Hospital, ambulatoriale).

Modalità di accesso:

L'accesso all'ambulatorio di terapia del dolore avviene tramite appuntamento richiesto dal paziente attraverso il Centro Unico di Prenotazione, presentando impegnativa medica.

Alla prima visita ambulatoriale seguono controlli la cui tempistica viene decisa in accordo con la situazione clinica del paziente, cercando di accogliere il più possibile le istanze di ogni individuo.

È possibile durante la visita o il colloquio con il paziente, quando possibile e comunque su suo consenso, la presenza di un familiare, che può aiutare il soggetto a descrivere meglio la propria anamnesi. Visite di consulenza sono effettuate anche in Pronto Soccorso.

Orari di attività:

Lunedì – martedì – mercoledì – venerdì dalle ore 8.30 alle ore 14

Contatti:

Ambulatorio: tel. 0392333386

➔ Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate

Sede: Via Santi Cosma e Damiano, 10 - 20871 Vimercate

Strutture/Articolazioni:

“Dipartimento di Oncologia”

- comprende 3 UO di Oncologia Medica (UOC di Oncologia PO di Vimercate, UOC di Oncologia PO di Desio e UOS di Oncologia PO di Carate), 2 UOS di Ematologia (PO di Vimercate e PO di Desio), 2 UO di Terapia del Dolore e Cure Palliative (UOC Cure Palliative e Hospice PO di Giussano, con attività su Desio – Carate - Giussano, e UOS di Cure Palliative PO di Vimercate).

1. Presidio Ospedaliero di Vimercate: - U.O.C. di Oncologia Medica
- U.O.S di Ematologia
- U.O.S. di Cure Palliative e Terapia del Dolore
2. Presidio Ospedaliero di Desio: - U.O.C. di Oncologia Medica
- Ambulatorio di Cure Palliative e Terapia del Dolore
- U.O.S. di Ematologia
3. Presidio Ospedaliero di Carate: - U.O.S. di Oncologia Medica
4. Presidio Ospedaliero di Giussano - U.O.C. di Cure Palliative – Hospice – Terapia del Dolore

Attività qualificanti:

- In tutte le Unità Operative sopradescritte viene affrontato e trattato il dolore oncologico dell'adulto; vi è inoltre disponibilità di ambulatori effettuati anche dai medici di terapia del dolore e cure palliative; vengono attuate modalità definite di continuità di cura fra Oncologia e Cure Palliative.
- Le UUOO di Terapia del Dolore e Cure palliative forniscono inoltre supporto alle problematiche del dolore oncologico attraverso le attività di assistenza domiciliare (AD) e di ospedalizzazione domiciliare, seguendo il paziente al proprio domicilio, di comune accordo con il MMG, durante la fase terminale del percorso.
- Le UUOO di Oncologia di Vimercate e di Desio e le UU.OO. di Cure Palliative di Giussano e di Vimercate forniscono al paziente e ai familiari un supporto psicologico dedicato.
- Le UU.OO. di Oncologia di Vimercate e di Desio offrono alle pazienti in terapia antitumorale un supporto al mantenimento dell'immagine corporea attraverso i laboratori di make-up “La Forza e il Sorriso” e la fornitura di parrucche.
- Tutte le Unità Operative dispongono di attività ambulatoriale e attività di assistenza in regime di Day Hospital o di MAC (macroattività ambulatoriale complessa).
- Principali patologie trattate: - diagnosi, trattamento e follow-up di: tumori di colon-retto, mammella, polmone, stomaco, pancreas e vie biliari, vescica, rene e prostata, testa-collo, fegato, ovaio, sarcomi e cute, Linfomi Non Hodgkin indolenti e aggressivi, Linfoma di Hodgkin, Mieloma multiplo, Leucemie acute e croniche, sindromi mieloproliferative, sindromi mielodisplastiche; patologia ematologica (anemie, leucopenie, piastrinopenie, MGUS).
- L'UOC di Oncologia di Vimercate dispone di letti di degenza ordinaria
- L'UOC di Cure Palliative di Giussano dispone di letti di degenza di Hospice

- Le Unità Operative di Cure Palliative hanno appositi ambulatori nelle proprie sedi per la gestione del paziente con dolore oncologico

Modalità di accesso

- Richiesta del MMG/medico specialista di Visita Oncologica/Ematologica per gli ambulatori di Oncologia/Ematologia, e di Visita Terapia del Dolore per gli ambulatori di terapia del Dolore e Cure Palliative.
- Accesso diretto dagli ambulatori alle strutture di assistenza in regimi di DH/MAC, ricovero ordinario/Hospice

Orari di attività

- Assistenza in DH/MAC: dalle 7.30 alle 17.00
- Ambulatori di visita Oncologica/Ematologia/Terapia del Dolore e Cure Palliative (prime visite): tutti i giorni, 1 ora per visita, secondo disponibilità della UO
- Ambulatori di visite di controllo: pianificati e gestiti direttamente dai Medici delle UO.

Contatti

- A.O. di Desio e Vimercate: www.aodesiovimercate.it - ufficio.protocollo@aovimercate.org telefono 039.66541
- UOC Oncologia/UOS Ematologia PO Vimercate: tel. 0396654416 fax 0396657286
- UOC Oncologia/Ambulatorio di Cure Palliative e Terapia del Dolore PO Desio: tel. 0362383230-5667 fax 0362383846
- UOS Ematologia PO Desio: tel. 0362383380 - fax 0362385639
- UOS Oncologia PO Carate: tel. 0362984394 - fax 0362984851
- UOC Cure Palliative PO Giussano: tel. 0362485031 - fax 0362485010
- UOS Cure Palliative PO Vimercate: tel. 0396654422 - fax 039665438

➔ *CeAD- Centro per l'Assistenza Domiciliare (ADI)*

Sedi

CURE DOMICILIARI	Telefono	Fax	e-mail
DSS CARATE Via Mascherpa, 14 20841 CARATE	0362- 826418	0362-826407	carate.adi@aslmb.it
DSS DESIO Via Ugo Foscolo, 24/26 20832 DESIO	0362483220	0362483276	adi.distrdesio@aslmb.it
DSS MONZA Via Arrigo Boito, 2 20900 MONZA	039 2384461 039 2384466	039 2384475	adi.distrmonza@aslmb.it
DSS SEREGNO Via Stefano da Seregno, 102 20831 SEREGNO	0362.253595	0362.483503	adi.distrseregno@aslmb.it
DSS VIMERCATE Via Roma, 85 20865 USMATE	039-6288000	039-6288000	usmate.adi@aslmb.it

Il Centro per l'assistenza domiciliare si presenta in ogni Distretto. L'A.D.I. si avvale di un'équipe multidisciplinare composta da medici, infermieri, assistenti sociali, per la valutazione multidimensionale del bisogno.

Attività qualificanti:

L'ADI è un servizio gratuito che offre assistenza a domicilio, ai cittadini di ogni età in condizioni di fragilità o di non autosufficienza, le cui condizioni sanitarie o socio-sanitarie, temporanee o permanenti, impediscono loro di accedere, con i comuni mezzi, alle strutture ambulatoriali presenti sul territorio.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I) fornisce interventi specialistici (fisiatra, geriatra, psicologo), infermieristici (prelievi ematici, medicazioni, cambio catetere vescicale ecc.), riabilitativi ed educativi (trattamenti fisioterapici, logopedici, educativi) e socio – assistenziali (aiuto alla cura della persona, bagno assistito ecc).

Particolare attenzione è rivolta ai pazienti con patologie terminali, per i quali è prevista un'assistenza domiciliare di cure palliative gestita da équipe specializzate afferenti a erogatori accreditati secondo uno specifico profilo di cura e uno specifico voucher.

Sono inclusi in un programma di cure palliative domiciliari pazienti con:

- malattie progressive con prognosi infausta;
- fase avanzata/terminale (assenza o inopportunità di trattamento specifico, prognosi stimata non superiore a tre mesi);
- indicazione all'uso di trattamenti sintomatici, palliativi;
- impossibilità di utilizzo delle strutture ambulatoriali dedicate non riconducibili a solo problemi logistici;
- desiderio del malato per le cure presso il proprio domicilio.

Modalità di accesso:

L'ADI è attivabile, su richiesta del medico curante, presso il Centro per l'assistenza domiciliare che si trova in ogni Distretto.

Il servizio di assistenza domiciliare permette previa valutazione, operata da équipe pluridisciplinare, l'attivazione del servizio di cure domiciliari in 48-72 ore dalla richiesta e 24 ore nei casi non differibili.

Per accedere al servizio di cure Palliative Domiciliari è necessario presentare la richiesta/ricetta di cure palliative redatta dal medico curante nelle sedi CeAD distrettuali, che attiveranno l'erogazione dello specifico voucher*, che il cittadino “spenderà” presso l'erogatore accreditato, scelto tra quelli specializzati nel settore specifico (Allegato 1). Gli erogatori accreditati sono soggetti pubblici o privati, profit o non profit, accreditati a livello regionale per l'erogazione, tramite personale qualificato, dell'assistenza domiciliare integrata secondo quanto definito nel PAI (piano di assistenza individualizzato).

Il PAI definito dall'erogatore deve rispondere al bisogno rilevato dall'EVM (équipe di valutazione multidisciplinare) distrettuale e al voucher emesso dall'ASL, che ne verificherà l'appropriatezza dell'erogazione. L'assistenza è gratuita per il cittadino.

***Voucher Socio-Sanitario:** è un contributo economico regionale, non in denaro, sotto forma di “titolo di acquisto”, che può essere utilizzato esclusivamente per acquisire prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da soggetti accreditati pubblici e privati, profit non profit, svolte da operatori professionali. Viene rilasciato alle persone che necessitano di assistenza domiciliare integrata e scelgono, per questa, di avvalersi di una struttura accreditata. È nominale e ripetibile nel tempo, previa valutazione operata dall'équipe multidimensionale e multi professionale presente nei distretti (CeAD). Non è vincolato all'età o al livello di reddito personale/familiare.

9. Disease management

La definizione di un PDTA costituisce la prima fase di un lungo e articolato percorso che ha come obiettivo garantire all'assistito le migliori cure disponibili accompagnandolo nel percorso di diagnosi e cura.

Tale indispensabile prima fase, riconosce come elementi di criticità la necessità di mettere in relazione tutti gli attori del sistema coinvolti a vario titolo nel PDTA stesso.

Una volta definito e condiviso tra i diversi attori il PDTA occorre che questo venga costantemente monitorato rispetto alla sua applicazione e applicabilità, nonché rispetto alla coerenza con le nuove evidenze scientifiche che nel tempo si ponessero all'attenzione dei clinici.

Il PDTA deve, per essere efficace, mantenere nel tempo questa caratteristica di dinamicità e flessibilità rispetto al contesto scientifico e territoriale.

Lo strumento individuato come utile a tale scopo è il Disease Management(DM) messo in atto da un gruppo stabile di lavoro composto dagli stessi attori che hanno definito il PDTA.

Il gruppo di lavoro avrà il compito di:

- definire gli indicatori utili a valutare l'applicazione del PDTA,
- monitorare e valutare il livello di adesione al PDTA e i risultati ottenuti,
- individuare le aree critiche e proporre i relativi interventi di miglioramento,
- definire e promuovere iniziative di informazione/formazione per l'implementazione del PDTA.

10. Indicatori

Come indicato nel paragrafo 9 la definizione di specifici indicatori è demandata al gruppo del DM del PDTA. Si ritiene comunque indispensabile definire come indicatori di processo i seguenti:

- acquisizione formale del PDTA da parte delle Aziende del territorio coinvolte nel PDTA
- presenza nella cartella clinica dei pazienti della valutazione del dolore secondo le modalità e i tempi definiti dal PDTA.

11. Linee guida e Documenti di riferimento

- Linee guida all'utilizzo degli oppioidi nei pazienti con dolore cronico e oncologico. *Azienda per i Servizi Sanitari n.6 Friuli occidentale*. Anno 2009
- Il dolore cronico in Medicina Generale. *Ministero della salute*. Anno 2010
- Linee guida Associazione Italiana di Oncologia Medica(AIOM). Anno 2010.
- LEGGE 15 marzo 2010 n. 38: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
- Protocollo Dipartimento Oncologico AO Desio – Vimercate. Anno 2010
- Unità Operative Cure Domiciliari - Protocollo Cure Palliative e terapia del dolore. Anno 2011
- Protocollo operativo rilevazione del dolore. Hospice Santa Maria delle Grazie. Anno 2012
- La carta dei diritti sul dolore inutile. Istituto Italiano di Bioetica. Anno 2005
- World Health Organization: Linee guida terapia del dolore. Anno 2010

ALLEGATO 1 : ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

A.G.O. ASSOCIAZIONE GUIDA ONCOLOGICA ONLUS

Via Solferino, 16 - 20052 Monza (MB) c/o Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Tel. 039/2334757, 339/4812492 Fax. 039/2333835
E-Mail: agomonza@hsgerardo.org Web: www.agomonza.it

A.V.O. ASSOCIAZIONE VOLONTARI OSPEDALIERA

Via Pergolesi, 33 - 20900 Monza (MB), c/o Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Tel. 039/2333432 FAX. 039/2339261
E-Mail: avo@hsgerardo.org

ARCA ONLUS

Via Garibaldi, 81 c/o ProDesio, Desio
E-Mail: agostino@agavazzi.it

ASSOCIAZIONE AMICI DELL'HOSPICE S. MARIA DELLE GRAZIE ONLUS

Via Montecassino, 8 - 20900 Monza (MB)
Tel. 039/235991 335/8268545 Fax. 039/2359400
E-Mail: bailo@boldrocchi.it WEB: www.amicihospicemonza.it

ASSOCIAZIONE CLAUDIO COLOMBO PER L'ONCOLOGIA

Via SS. Cosma e Damiano, 10 Vimercate (MB)
Tel. 340/7333687
E-Mail: raffaele.maddalena@libero.it

ASSOCIAZIONE LUCE E VITA ONLUS

Via G. B Pergolesi, 33- 20900 Monza (MB), c/o Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Reparto Ematologia Adulti (Ambulatori)
Tel. 039/2333265 Fax. 039/2333267
e-mail: segreteria@luceevita.it Web: www.luceevita.it

ASSOCIAZIONE SALUTE DONNA

Via Venezian, 1- 20113 Milano (MI)
Tel. 02/6470452 Fax. 02/66112760
E-Mail: salutedonna@libero.it Web: www.salutedonnaweb.it

CANCRO PRIMO AIUTO

Via Ambrosini, 1- 20900 Monza (MB)
Tel. 039/4989041
E-Mail: info@cancroprimoiuto.it; info@cpaonlus.org

COMITATO MARIA LETIZIA VERGA ONLUS

Via Pergolesi, 33 c/o Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Tel. 039/2333526 Fax. 039/2332325
E-Mail: info@comitatomarialetiziaverga.org Web: www.comitatomarialetiziaverga.it

FONDAZIONE FLORIANI

Via Nino Bonnet, 2 - 20154 Milano (MI)
Tel. 02/6261111-33
E-Mail: info@fondazionefloriani.eu

LA LAMPADA DI ALADINO ONLUS

Via Dante, 108 - 20861 Brugherio (MB)
Tel. 039/882505 Fax. 039/5964913
E-Mail: info@lampada-aladino.it Web: www.lampada-aladino.it

LILT LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

Via Venezian, 1 - 20133 Milano (MI)
Tel. 02/79521 Fax.02/2663484
E-Mail: info@legatumori.mi.it Web: legatumori.mi.it

VIDAS

Corso Italia, 17 - 20122 Milano (MI) HOSPICE
Tel. 02/3008081
E-Mail: giada.lonati@vidas.it

VIVERE AIUTANDO A VIVERE

Via Milano, 11 - 20041 Usmate Velate
Tel. 039/6829493
E-Mail: viveaiutvive@tin.it