PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI NOTA 85
PER IL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) individuati dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ _____ Età _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel._____

ASL di residenza_____ Regione _____ Prov._____

Medico di Medicina Generale _____recapito Tel. _____

Indicazioni autorizzate e rimborsate SSN:

Trattamento della malattia di Alzheimer

- di grado lieve, con MMSE tra 21 e 26 (donepezil, rivastigmina, galantamina)
- di grado moderato, con MMSE tra 10 e 20 (donepezil, rivastigmina, galantamina, memantina)
- di grado severo, con MMSE <10 (memantina)
- di grado da moderato a severo in pazienti già adeguatamente controllati con donepezil e memantina somministrati contemporaneamente alle stesse dosi dell'associazione (donepezil/memantina)

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con i singoli Riassunti delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Diagnosi:

□ **Diagnosi di demenza di Alzheimer probabile secondo i criteri NIA-AA, 2011 (Mc Khann 2011)**

MMSE corretto: _____/30

□ Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)
□ Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)
□ Alzheimer grave (MMSE <10)

La risposta clinica dovrà essere monitorata presso i CDCD ad intervalli regolari dall'inizio della terapia:

- a 1 mese, per la valutazione degli effetti collaterali e per l'aggiustamento del piano terapeutico
- a 3 mesi, per una prima valutazione della risposta e per il monitoraggio della tollerabilità: la rimborsabilità del trattamento oltre i 3 mesi deve basarsi sul non peggioramento, sulla base del giudizio di efficacia nel contesto di una valutazione clinica complessiva
- ogni 6 mesi** per successive valutazioni della risposta e della tollerabilità.

** nei casi di stabilità clinica, il rinnovo del Piano Terapeutico potrà avvenire entro un massimo 12 mesi.

Programma terapeutico:

Se il paziente progredisce a una forma severa (punteggio MMSE <10) occorre valutare attentamente l'opportunità di proseguire il trattamento, sulla base della valutazione del profilo beneficio/ rischio su base individuale.

	ϒ Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: con modifiche ϒ senza modifiche ϒ
Farmaco	**Posologia**	**Durata**
ϒ DONEPEZIL		
ϒ RIVASTIGMINA		
ϒ GALANTAMINA		
ϒ MEMANTINA		
ϒ DONEPEZIL/MEMANTINA		

Si consiglia monitoraggio periodico con ECG per valutazione del QTc in particolare per i pazienti con: disturbi del ritmo cardiaco, malattia cardiaca clinicamente rilevante e/o in politerapia con farmaci che possono influenzare il QTc o che inducono bradicardia o in presenza di squilibri elettrolitici.

Data di scadenza del PT: _____

La validità del Piano terapeutico è al massimo di 12 mesi

Data_____

Timbro e firma del medico prescrittore
