

## 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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)

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

### Diagnosi:

<input type="checkbox"/> <b>Diagnosi di demenza di Alzheimer probabile secondo i criteri NIA-AA, 2011 (Mc Khann 2011)</b>
<b>MMSE corretto:</b> _____/30
<input type="checkbox"/> Alzheimer lieve (MMSE tra 21 e 26)
<input type="checkbox"/> Alzheimer moderato (MMSE tra 10 e 20)
<input type="checkbox"/> 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.

	<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>
<b>Farmaco</b>	<b>Posologia</b>	<b>Durata</b>
<input type="checkbox"/> DONEPEZIL		
<input type="checkbox"/> RIVASTIGMINA		
<input type="checkbox"/> GALANTAMINA		
<input type="checkbox"/> 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

-----