

**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).

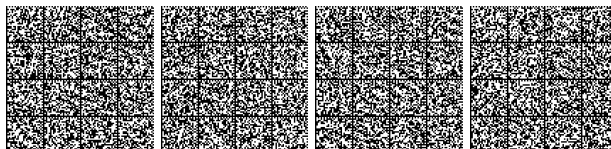
Diagnosi:

<input type="checkbox"/> Diagnosi di demenza di Alzheimer probabile secondo i criteri NIA-AA, 2011 (Mc Khann 2011) MMSE corretto: _____ /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.

Farmaco	Prima prescrizione	Prosecuzione terapia:	
	Posologia	con modifiche	senza modifiche
DONEPEZIL			
RIVASTIGMINA			
GALANTAMINA			
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

