



U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale
Dr.ssa Maria Rosaria Maione

Direzioni dei Distretti Socio Sanitari di Catanzaro,
Lamezia Terme e Soverato

Prot. N° 99521

2.5. LUG. 2025

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
per il tramite delle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari di Catanzaro,
Lamezia Terme e Soverato

Direzione Medica Presidio Unico

Farmacie Convenzionate

E, p.c.

Direzione Sanitaria
A.S.P. di Catanzaro

Oggetto: Aggiornamento Nota AIFA 100_Farmaci per il trattamento del Diabete Mellito Tipo 2.

Con Gazzetta Ufficiale n. 153 del 4 luglio 2025 è stata pubblicata la Determina AIFA 926 del 2 luglio 2025 avente ad oggetto "Aggiornamento dell'elenco vincolante dei medicinali che transitano dal regime di classificazione «A-Pht» alla classe «A», ai sensi della legge 30 dicembre 2023, n. 213, articolo 1, comma 224", con cui è stato aggiornato dell'elenco vincolante dei medicinali che transitano dal regime di classificazione «A-PHT» ad «A», includendo i medicinali afferenti alla categoria farmacologica delle **gliflozine**. Contestualmente, l'AIFA ha provveduto a pubblicare sul sito istituzionale, in data 18 luglio 2025, l'**Aggiornamento della Nota AIFA 100**, divenuta efficace a partire dal 19 luglio 2025.

Le principali modifiche apportate alla Nota 100 sono le seguenti:

- eliminazione dell'obbligo di prescrizione mediante la Scheda di valutazione e prescrizione per i medicinali a base di inibitori del SGLT2 e di inibitori del DPP4;
- prescrivibilità delle associazioni fisse o estemporanee di tutti i farmaci in Nota 100 da parte sia dei Medici di medicina generale che degli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni;

Rimane, invece, l'obbligo di:

- prescrizione tramite le Schede Allegato 1a e 1b, da parte sia dei Medici di medicina generale che degli specialisti, per i medicinali a base di agonisti recettoriali del GLP1 e di doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 (classificati A-Pht ed erogati in DPC);
- Apposizione della Nota AIFA 100 sulle ricette in caso di prescrizione, per l'indicazione diabete mellito di tipo 2, di tutti i medicinali a base di inibitori del SGLT2, di agonisti recettoriali del GLP1, di inibitori del DPP4, di doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1.

Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota 100

INIBITORI SGLT2

AGONISTI RECETTORIALI GLP1

INIBITORI DPP4

DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1

ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE

canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin
dulaglutide, exenatide, exenatide LAR, liraglutide, lixisenatide, semaglutide
alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin
tirzepatide
canagliflozin/metformina - dapagliflozin/metformina - empagliflozin/metformina -
ertugliflozin/metformina - ertugliflozin/sitagliptin -
saxagliptin/dapagliflozin - degludec/liraglutide - glargine/lixisenatide -
alogliptin/metformina - alogliptin/pioglitazone - linagliptin/metformina -
saxagliptin/metformina - sitagliptin/metformina - vildagliptin/metformina



Si riporta di seguito la Tabella n. 1 con l'elenco (Determina AIFA 02.07.2025) delle specialità medicinali riclassificate in fascia A, con obbligo di apposizione della Nota 100 in caso di prescrizione per l'indicazione diabete mellito di tipo 2, ed escluse dalla prescrivibilità con scheda di valutazione e prescrizione (Allegato 1a e 1b).

Tabella n. 1

AIC	NOME TITOLARE	FARMACO
042494070	ASTRAZENECA AB	FORXIGA
042494029	ASTRAZENECA AB	FORXIGA
044552077	ASTRAZENECA AB	EDISTRIDE
044552026	ASTRAZENECA AB	EDISTRIDE
043208038	ASTRAZENECA AB	XIGDUO
043208091	ASTRAZENECA AB	XIGDUO
044556037	ASTRAZENECA AB	EBYMECT
044556090	ASTRAZENECA AB	EBYMECT
044924025	ASTRAZENECA AB	QTERN
043443047	BOEHRINGER INGELHEIM	JARDIANCE
043443136	BOEHRINGER INGELHEIM	JARDIANCE
044229045	BOEHRINGER INGELHEIM	SYNJARDY
044229134	BOEHRINGER INGELHEIM	SYNJARDY
044229223	BOEHRINGER INGELHEIM	SYNJARDY
044229312	BOEHRINGER INGELHEIM	SYNJARDY
045183148	BOEHRINGER INGELHEIM	GLYXAMBI
045183050	BOEHRINGER INGELHEIM	GLYXAMBI
043145022	LABORATORI GUIDOTTI	INVOKANA
043145061	LABORATORI GUIDOTTI	INVOKANA
043375029	LABORATORI GUIDOTTI	VOKANAMET
043375056	LABORATORI GUIDOTTI	VOKANAMET
043375082	LABORATORI GUIDOTTI	VOKANAMET
043375118	LABORATORI GUIDOTTI	VOKANAMET
046339089	MERCK SHARP & DOHME	STEGLATRO
046339026	MERCK SHARP & DOHME	STEGLATRO
046343113	MERCK SHARP & DOHME	SEGLUROMET
046343253	MERCK SHARP & DOHME	SEGLUROMET
046342022	MERCK SHARP & DOHME	STEGLUJAN
046342085	MERCK SHARP & DOHME	STEGLUJAN

Nella Tabella n. 2 si riporta, invece, il testo aggiornato della Nota AIFA 100.



Tabella n. 2

NOTA 100

Prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4, dei doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2

Farmaci a carico SSN inclusi nella Nota AIFA

INIBITORI SGLT2

- canagliflozin
- dapagliflozin
- empagliflozin
- ertugliflozin

AGONISTI RECETTORIALI GLP1

- dulaglutide
- exenatide
- exenatide LAR
- liraglutide
- lixisenatide
- semaglutide

INIBITORI DPP4

- alogliptin
- linagliptin
- saxagliptin
- sitagliptin
- vildagliptin

DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1

- tirzepatide

ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE

- canagliflozin/metformina
- dapagliflozin/metformina
- empagliflozin/metformina
- empagliflozin/linagliptin
- ertugliflozin/metformina
- ertugliflozin/sitagliptin
- saxagliptin/dapagliflozin
- degludec/liraglutide
- glargine/lixisenatide
- alogliptin/metformina
- alogliptin/pioglitazone
- linagliptin/metformina
- saxagliptin/metformina
- sitagliptin/metformina
- vildagliptin/metformina

La presente Nota AIFA ha l'obiettivo di definire, sulla base delle principali evidenze disponibili, i criteri di prescrivibilità e di rimborsabilità da parte del SSN degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e dei doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato (emoglobina glicata - HbA1c- superiore a 53 mmol/mol o 7.0%).

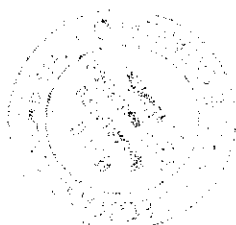
La prescrizione a carico del SSN deve avvenire nel rispetto delle indicazioni contenute nella Nota e, per gli agonisti recettoriali del GLP1 e i doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1, da soli o in associazione con altri farmaci, prevede la compilazione della Scheda di valutazione e prescrizione (All.1) da parte dei Medici di Medicina Generale o degli Specialisti.

Prescrittori	Farmaci
Tutti i MMG e gli specialisti SSN autorizzati dalle Regioni*	Inibitori SGLT2 (SGLT2i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci)
	Agonisti recettoriali GLP1 (GLP1-RA) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci)
	Inibitori DPP4 (DPP4i) (in monoterapia e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci)
	Doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 (GIP/GLP1-RA) (in monoterapia e in associazione estemporanea con altri farmaci)

*può prescrivere chi è autorizzato dalle Regioni ad accedere al sistema Tessera Sanitaria per la Scheda di valutazione e prescrizione.

I medicinali inibitori del SGLT2 e inibitori del DPP4, da soli e in associazione fissa o estemporanea con altri farmaci, sono prescrivibili in Nota 100 senza obbligo di compilazione della scheda di valutazione e prescrizione. Rimane l'obbligo di compilazione della scheda di valutazione e prescrizione (All.1) per i medicinali agonisti recettoriali del GLP1 e doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1, compreso le relative associazioni precostituite con altri principi attivi.

Distinti saluti



Il Direttore
Dr.ssa Maria Rosaria Maione

SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE
DI AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____

Specificare se: ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Specialista in _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: ☐ M ☐ F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: ☐ Sì ☐ No, per controindicazione o intolleranza

Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target: ☐ Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

☐ prevenzione CV secondaria*

☐ rischio CV elevato**

☐ mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati

☐ controindicazione o intolleranza a SGLT2i (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)

☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____

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

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

Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/sett		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GIP/GLP1- RA	☐ tirzepatide	☐ 2,5 mg una volta/sett ☐ 5 mg una volta/sett ☐ 7,5 mg una volta/sett ☐ 10 mg una volta/sett ☐ 12,5 mg una volta/sett ☐ 15 mg una volta/sett
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die			
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die			
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett			

La prescrizione delle associazioni SGLT2i+GLP1-RA o SGLT2i+GIP/GLP1-RA può avvenire sia da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni sia da parte del MMG. La prescrizione delle associazioni SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____ la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi
Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

SCHEMA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE
DI AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E DOPPI AGONISTI RECETTORIALI GIP/GLP1
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di rinnovo della prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____
Specificare se: ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Specialista in _____
U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____
Sesso: ☐ M ☐ F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____
Residenza _____

Rivalutazione

Sono comparsi eventi avversi rispetto al precedente controllo? ☐ Sì ☐ No

Specificare gli eventi avversi _____

Terapia in corso _____

Terapia confermata: ☐ Sì ☐ No

Solo nel caso di terapia non confermata, indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

- ☐ prevenzione CV secondaria*
- ☐ rischio CV elevato**
- ☐ mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati o necessità di modificare la terapia in corso anche nel caso di HbA1c a target
- ☐ controindicazione o intolleranza a SGLT2i (nel paziente a rischio CV elevato o con malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco)
- ☐ altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatía ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____
HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____
eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____
Albuminuria: ☐ non valutata ☐ assente ☐ microalbuminuria ☐ macroalbuminuria/proteinuria

Asp Catanzaro - Protocollo Generale n. 99521 del 25/07/2025 - 25/07/2025 11:50:41

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

Categoria	Farmaco	Posologia	Categoria	Farmaco	Posologia
GLP1-RA	☐ dulaglutide	☐ 0,75 mg una volta/sett ☐ 1,5 mg una volta/sett ☐ 3,0 mg una volta/sett ☐ 4,5 mg una volta/sett	GLP1-RA/ insulina	☐ insulina degludec/liraglutide penna	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide)
	☐ exenatide	☐ 5 mcg per 2 vv/die ☐ 10 mcg per 2 vv/die		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 10-40	dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ exenatide LAR	☐ 2 mg una volta/sett		☐ insulina glargine/lixisenatide penna 30-60	dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide)
	☐ liraglutide	☐ 0,6 mg una volta/die ☐ 1,2 mg una volta/die ☐ 1,8 mg una volta/die	GIP/GLP1- RA	☐ tirzepatide	☐ 2,5 mg una volta/sett ☐ 5 mg una volta/sett ☐ 7,5 mg una volta/sett ☐ 10 mg una volta/sett ☐ 12,5 mg una volta/sett ☐ 15 mg una volta/sett
	☐ lixisenatide	☐ 10 mcg una volta/die ☐ 20 mcg una volta/die			
	☐ semaglutide orale	☐ 3 mg una volta/die ☐ 7 mg una volta/die ☐ 14 mg una volta/die			
	☐ semaglutide s.c.	☐ 0,25 mg una volta/sett ☐ 0,50 mg una volta/sett ☐ 1,0 mg una volta/sett			

La prescrizione delle associazioni SGLT2i+GLP1-RA o SGLT2i+GIP/GLP1-RA può avvenire sia da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni sia da parte del MMG. La prescrizione delle associazioni SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____ la validità del rinnovo della prescrizione è al massimo di 12 mesi
Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico