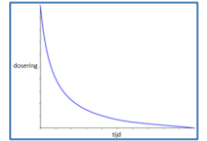


1. Per garantire un'interruzione responsabile della terapia, spesso si rende necessaria una riduzione graduale. Se la riduzione graduale del farmaco con i dosaggi registrati disponibili non dovesse avere un esito positivo o dovesse originare un numero eccessivo di sintomi di astinenza, si può prescrivere un farmaco a riduzione graduale (con dosaggi composti gradualmente più bassi).

2. La riduzione graduale del farmaco può avvenire utilizzando due metodi scientificamente provati:

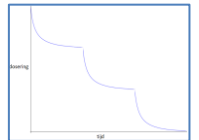
Linee guida alla deprescrizione di Maudsley:

il percorso di riduzione graduale del farmaco può essere paragonato ad una traiettoria iperbolica (con dosi sempre minori man mano che ci si avvicina alla fine)



Riduzione iperbolica da una dose registrata all'altra.

Riduzione graduale del farmaco in brevi percorsi iperbolici separati da una dose all'altra.



3. **Caselle da barrare per i fattori di rischio:** prescrizione medica, durata dell'uso del farmaco
4. È necessario compilare i **dati del paziente** o allegare un'etichetta con nome e cognome, indirizzo, località di residenza, nazione, numero di telefono e indirizzo e-mail (questi dati sono obbligatori per poter comunicare con il paziente).
5. È inoltre necessario compilare i **dati del prescrittore (psichiatra/medico)** o apporre un timbro con i suoi dati.
6. Selezionare il percorso di riduzione graduale del farmaco nella **Tabella 4**. Inserire i seguenti dati:
 - * *Farmaco (barrare la casella)*
 - * *Tempo di assunzione (la riduzione graduale avviene per momento di immissione, inserire il momento di immissione da ridurre)*
 - * *Dosaggio iniziale*
 - * *Dosaggio finale*
 - * *Durata richiesta del percorso di riduzione graduale del farmaco (in multipli di 28 giorni)*
7. Indicare la data e far firmare e timbrare il modulo d'ordine dal medico (= solo così la ricetta sarà valida). Inviare successivamente il modulo d'ordine tramite e-mail o fax all'indirizzo e-mail o al numero di fax indicato nella parte superiore della pagina.

Per richiedere un consulto su un percorso responsabile di riduzione graduale del farmaco, cfr. **pagina 2**

8. Un aspetto importante è rappresentato dalla compilazione del modulo di automonitoraggio durante il percorso di riduzione graduale del farmaco. Ciò consente al paziente ed al medico di determinare i sintomi di astinenza il prima possibile.

In caso di sintomi di astinenza Per prevenire l'aggravarsi dei sintomi di astinenza o un percorso di riduzione graduale del farmaco con esito avverso, stabilizzare il paziente (con la dose più bassa senza sintomi di astinenza) e/o scegliere un percorso di riduzione del farmaco più graduale.

Per garantire un percorso responsabile del farmaco, è possibile prescrivere le strisce descritte di seguito:

Taperingstrip	Striscia per la riduzione graduale della durata di 28 giorni con dosaggio iniziale e finale liberamente selezionabili
Striscia di stabilizzazione	Striscia della durata di 28 giorni per stabilizzare un paziente con la stessa dose
Switchstrip	Striscia per passare in modo responsabile da un farmaco all'altro in 28 giorni

Legenda dei termini utilizzati

Il **farmaco a riduzione graduale** è stato concepito per offrire l'opportunità di ridurre (gradualmente) l'uso del farmaco in modo responsabile. Se necessario, questo percorso può essere personalizzato e modificato. La determinazione del percorso di riduzione graduale del farmaco avviene sulla base di *un processo decisionale condiviso* e di un (auto)monitoraggio in base a precise linee guida.

Con una **taperingstrip**, la dose giornaliera (assunta) viene ridotta secondo una curva iperbolica, ovvero con dosi (da assumere quotidianamente) sempre minori man mano che ci si avvicina alla fine. Ciò è necessario per evitare/prevenire il più possibile i sintomi di astinenza.

Un **percorso di riduzione graduale del farmaco** può essere composto da una o più taperingstrip utilizzate in sequenza, eventualmente abbinata ad una o più strisce di stabilizzazione.

In presenza di sintomi di astinenza, è possibile prescrivere una **striscia di stabilizzazione** per stabilizzare il paziente con una determinata dose. Così facendo, il paziente può stabilizzarsi su una determinata dose prima di continuare il percorso (adattato) di riduzione graduale del farmaco.

Automonitoraggio: con il farmaco a riduzione graduale viene fornito un modulo di automonitoraggio. Questo modulo va compilato una volta al giorno per consentire al paziente ed al medico di monitorare la gravità dei potenziali sintomi di astinenza (se del caso). All'aumentare della gravità, è possibile apportare modifiche al percorso di riduzione graduale del farmaco per prevenire eventuali sintomi di astinenza.

Una volta inseriti i dati richiesti in questa pagina, la invitiamo a scansionarla e inviarla tramite e-mail all'indirizzo tapering@regenboogapotheek.com oppure tramite fax a Regenboog Apotheek al numero +31-(0)85-273 6129

Modulo di richiesta RACCOMANDAZIONI PER UNA RIDUZIONE GRADUALE DEL FARMACO

Io sottoscritto, dottore o paziente (barrare la casella corrispondente), **dichiaro di essere interessato a ricevere una raccomandazione su un programma di riduzione graduale del farmaco per il paziente descritto di seguito, con le seguenti specifiche:**

Al paziente è stato prescritto (indicare il farmaco a riduzione graduale)
per la seguente patologia:
Il paziente è attualmente esente da sintomi: sì no (barrare la casella corrispondente)
I motivi della riduzione graduale del farmaco sono i seguenti:

Barrare tutte le caselle applicabili:

1a. Fattore di rischio: dose saltata : il paziente ha avuto sintomi di astinenza dopo aver saltato una dose
 paura della riduzione graduale del farmaco : il paziente ha indicato di temere una riduzione graduale del farmaco
 tentativi non andati a buon fine in passato : in passato ci sono già stati dei tentativi di interrompere l'assunzione del farmaco che tuttavia non sono andati a buon fine
 distinzione : è necessario distinguere eventuali ricadute con sintomi di astinenza da eventi rebound
 metabolizzatore lento : la dose più bassa produce già una concentrazione plasmatica elevata
 dose elevata : la dose è stata superiore al 100% della DDD per oltre 6 mesi
 inizio : sono stati registrati problemi in termini di effetti (collaterali) all'inizio del trattamento
 passaggio ad altro farmaco in passato : il paziente ha cambiato farmaco psichiatrico in passato
 altro

1b. Durata dell'assunzione del farmaco: <1 anno 1-2 anni 2-5 anni 5-10 anni >10 anni

1c. Assunzione attuale del farmaco: mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata
..... mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata
..... mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata
..... mg ora del giorno .. riduzione graduale dose finale desiderata

1d. Altri farmaci da assumere per via orale: (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno
..... (nome) mg al giorno

1e. Altre informazioni:
.....
.....

1f. Le compresse sono la modalità di somministrazione desiderata SÌ (barrare la casella)

1g. Periodo di riduzione graduale desiderato dal paziente: mesi (numero)

1h. Il paziente acconsente al trasferimento dei propri dati personali alla farmacia locale: SÌ (barrare la casella)

Farmacia locale:

1i. Compagnia di assicurazione sanitaria:

2. Iniziali e nominativo del paziente:
Data di nascita (GG/MM/AAAA): Sesso: M/ F Codice fiscale:
Indirizzo:
CAP e località: Nazione:
Indirizzo e-mail (**obbligatorio**): Tel.:

3. Nome e cognome del medico prescrittore:
Numero di registrazione sanitaria:
Indirizzo:
CAP e località: Nazione:
Indirizzo e-mail (**obbligatorio**): Tel.:

Firmando il presente modulo, dichiaro che tutte le informazioni fornite sono veritiere.

Data: Timbro del medico
(se richiesto dal medico):

Firma del richiedente:

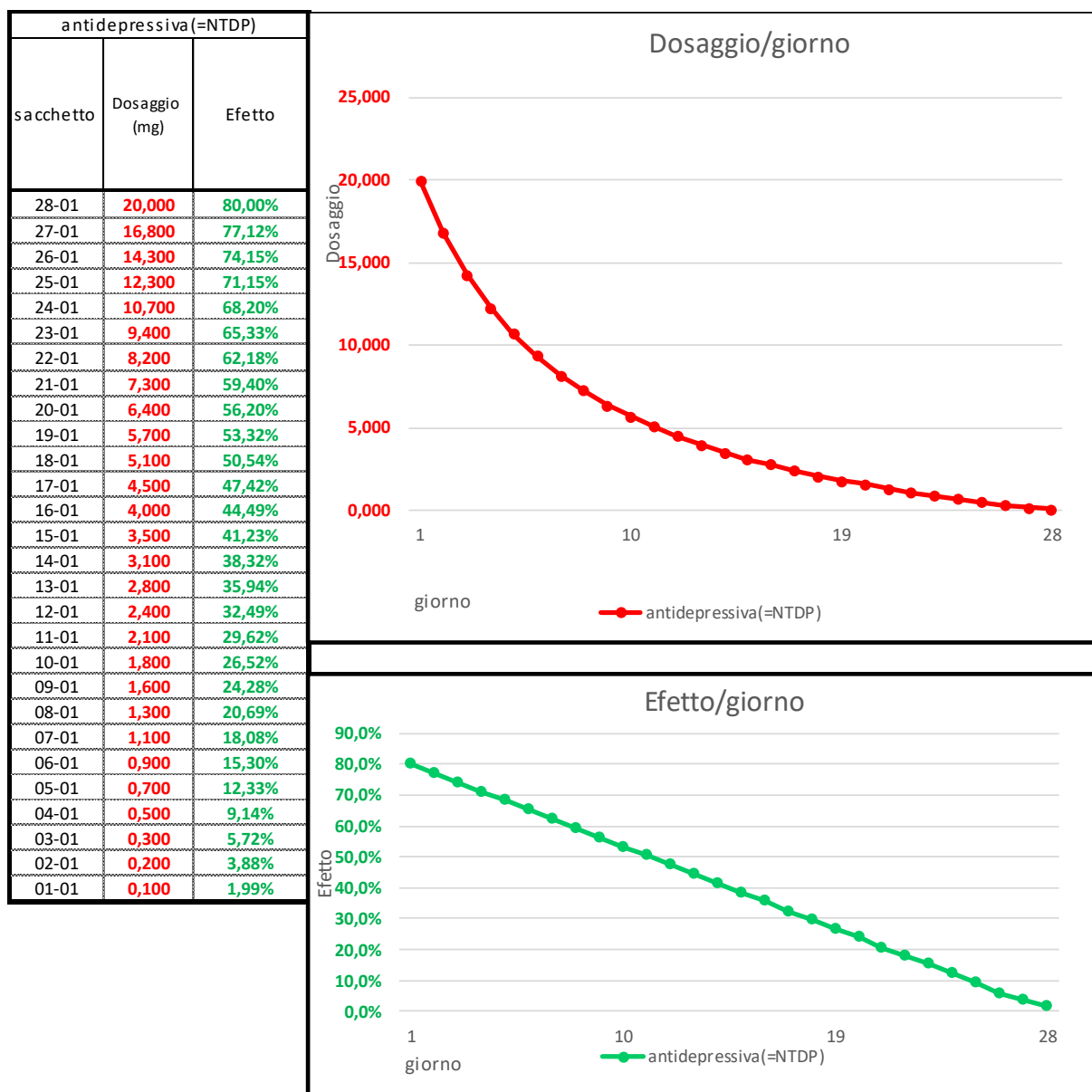
1. Un'improvvisa interruzione del trattamento o un'improvvisa riduzione del dosaggio può determinare sintomi da astinenza significativi. Per evitare che ciò accada, la dose assunta dovrà essere ridotta gradualmente con lievi decrementi per un determinato periodo di tempo. Ciò può avvenire tramite l'assunzione di Taperingstrip™.
2. Una o più Taperingstrip™ possono aiutare a ridurre gradualmente il dosaggio fino a raggiungere il dosaggio più basso desiderato o un dosaggio pari a zero. Riducendo gradualmente il farmaco assunto con una traiettoria iperbolica e utilizzando più d'una Taperingstrip, la prima bustina della striscia successiva contiene una dose uguale o inferiore a quella dell'ultima bustina della striscia precedente (ad es. se si passa dalla prima alla seconda striscia). Riducendo il dosaggio da una dose all'altra (con varie traiettorie iperboliche sempre minori), la prima bustina della striscia successiva conterrà una dose uguale all'ultima bustina della striscia precedente. Ciò dovrà avvenire per ogni momento di assunzione del farmaco (in caso di più di un'assunzione al giorno).
3. Il medico curante (uno psichiatra o un medico generico) dovrà pianificare il percorso di riduzione graduale del farmaco insieme al paziente. È impossibile preparare un programma ideale per ogni paziente. Alcuni pazienti sono più sensibili ai sintomi da astinenza rispetto ad altri, mentre alcuni pazienti affrontano i sintomi meglio di altri. Il rischio di sintomi da astinenza e la loro intensità possono essere ridotti optando per un percorso di riduzione del farmaco più graduale.
4. Le Taperingstrip™ possono essere acquistate solo dietro presentazione di ricetta medica. Il modulo d'ordine firmato dal medico costituisce una ricetta valida. Una volta compilato il modulo, il medico curante dovrà invalidare qualsiasi altra ricetta per l'acquisizione del farmaco presso la farmacia locale.
5. Nella maggior parte dei Paesi, i costi del farmaco presente nelle Taperingstrip™ sono coperti dall'assicurazione sanitaria. Le Taperingstrip e le strisce di stabilizzazione contengono farmaco per un periodo di 28 giorni. Tutte le Taperingstrip vengono vendute allo stesso prezzo, così come le strisce di stabilizzazione.
6. Non appena Regenboog Apotheek riceverà il modulo d'ordine/la ricetta, verrà emessa regolare fattura. Una volta ricevuto il pagamento, le Taperingstrip™ verranno spedite al domicilio del paziente. Al paziente verranno anticipate la fattura e una nota esplicativa tramite e-mail.
7. Una Taperingstrip™ contiene 28 bustine numerate, ciascuna contenente una o più compresse. Il numero di compresse può variare da un giorno all'altro. Il dosaggio totale del farmaco si ridurrà nel tempo man mano che il paziente assume le compresse contenute in ciascuna bustina.
8. Il paziente dovrà iniziare il programma di riduzione graduale del farmaco (preferibilmente) di domenica assumendo le compresse contenute nella prima bustina recante il numero 028. **Contando i giorni rimasti alla fine del percorso**, il paziente terminerà il programma il sabato di quattro settimane dopo assumendo le compresse contenute nell'ultima bustina recante il numero 001. Così facendo, il paziente potrà facilmente monitorare le dosi e i giorni ancora mancanti.
9. Su ogni bustina della striscia sono riportati un numero progressivo, il colore e l'intensità di ciascuna compressa, il numero totale di compresse e il nome della farmacia.
10. **STABILIZZAZIONE** Una striscia di stabilizzazione può aiutare il paziente ad assumere una dose fissa per il periodo di tempo desiderato. Tale stabilizzazione può essere necessaria se la riduzione graduale del farmaco sembra essere eccessivamente rapida per il paziente o se il paziente non intende azzerare la dose ma continuare ad assumere una dose più bassa ottimale. È possibile produrre una striscia di stabilizzazione con quasi ogni dose desiderata.
11. **AVVISO IMPORTANTE** Le Taperingstrip™ non sostituiscono in alcun modo l'assistenza sanitaria fornita da un medico. Un consulto sanitario e un monitoraggio del paziente effettuati scrupolosamente rimangono essenziali sia durante che dopo il trattamento effettuato con le taperingstrip.

Si fa inoltre notare quanto segue: il trattamento con Taperingstrip™ supporta una riduzione graduale del farmaco, riducendo al minimo gli eventuali effetti dell'astinenza. Qualora dovessero verificarsi effetti di astinenza, questi non avranno la stessa intensità o durata di un tradizionale approccio di riduzione graduale del farmaco. Ciò consentirà al medico curante di riconoscere con maggiore facilità un'eventuale ricaduta (come una ricomparsa di depressione o ansia) e di distinguere gli effetti di una ricaduta o di astinenza in tempo utile.

Si fa inoltre notare una notevole differenza a livello di tempistiche tra l'insorgenza dei sintomi da astinenza e ricaduta. I sintomi da astinenza si verificano solitamente poco dopo tempo o subito dopo l'inizio della riduzione graduale del farmaco. Una ricaduta si verifica solitamente in una fase successiva, spesso dopo aver completato la riduzione graduale. Se i sintomi da astinenza diventano meno gravi e tendono a scomparire nel tempo, i sintomi dovuti a ricaduta tendono ad essere permanenti e possono persino peggiorare.

In caso di domande o per ulteriori informazioni, la invitiamo a contattare Regenboog Apotheek inviando un'e-mail all'indirizzo tapering@regenboogapotheek.com o telefonando al numero +31-(0)161-745 061.

12. **Tabella Effetto*** in funzione della variazione giornaliera (diminuzione) del dosaggio del farmaco in un periodo di 28 giorni.



* L'"effetto" esprime il tasso di occupazione del recettore (in percentuale) a cui il farmaco si attacca in funzione della dose giornaliera, dalla dose più bassa registrata fino a 0. La variazione (diminuzione) dovrebbe essere il più graduale possibile per prevenire il più possibile eventuali sintomi di astinenza. Ciò avverrà diminuendo la dose con una funzione iperbolica, ovvero con dosi (da assumere quotidianamente) sempre minori man mano che ci si avvicina alla fine.

Le compresse in una traiettoria iperbolica

Inizio: dose crescente → iniziare con la bustina 01-01

Riduzione graduale: dose decrescente → iniziare con la bustina 28-01

costruzione	Ritiro graduale	sacchetti o no	NTDP mg	20 mg	10 mg	5 mg	2 mg	1 mg	0,5 mg	0,2 mg	0,1 mg
sabato	domenica	28-01	20	1							
venerdi	lunedì	27-01	16,8		1	1		1	1		3
giovedì	martedì	26-01	14,3		1		2			1	1
mercoledì	mercoledì	25-01	12,3		1		1			1	1
martedì	giovedì	24-01	10,7		1				1	1	
lunedì	venerdì	23-01	9,4			1	2			2	
domenica	sabato	22-01	8,2			1	1	1		1	
sabato	domenica	21-01	7,3			1	1			1	1
venerdi	lunedì	20-01	6,4			1		1		2	
giovedì	martedì	19-01	5,7			1			1	1	
mercoledì	mercoledì	18-01	5,1			1					1
martedì	giovedì	17-01	4,5				2		1		
lunedì	venerdì	16-01	4				2				
domenica	sabato	15-01	3,5				1	1	1		
sabato	domenica	14-01	3,1				1	1			1
venerdi	lunedì	13-01	2,8				1		1	1	1
giovedì	martedì	12-01	2,4				1			2	
mercoledì	mercoledì	11-01	2,1				1				1
martedì	giovedì	10-01	1,8					1	1	1	1
lunedì	venerdì	09-01	1,6					1	1		1
domenica	sabato	08-01	1,3					1		1	1
sabato	domenica	07-01	1,1					1			1
venerdi	lunedì	06-01	0,9						1	2	
giovedì	martedì	05-01	0,7						1	1	
mercoledì	mercoledì	04-01	0,5						1		
martedì	giovedì	03-01	0,3							1	1
lunedì	venerdì	02-01	0,2							1	
domenica	sabato	01-01	0,1								1
				1	4	7	16	9	11	20	16

Dopo aver completato questa pagina, scansiona e invia un'e-mail a tapering@regenboogapotheek.com oppure invialo via fax al numero +31 85-2736129 (entrambi i canali sono protetti).

PRESCRIZIONE



(I farmaci verranno inviati una volta ricevuto il pagamento.)

Durata dell'uso del farmaco: <1 anno 1-2 anni 2-5 anni 5-10 anni >10 anni

Fattore di rischio: dose dimenticata riduzione dell'ansia fallimento precoce distinzione metabolizzatore lento dosaggio iniziale elevato

Iniziali e nome del paziente*:

data di nascita (GG_MM_AAAA)*: ____ - ____ - ____

Previdenza sociale n: _____

Sesso*: M F

Via e numero civico*:

Codice postale e indirizzo*:

Indirizzo e-mail*:

Farmacia locale:

Il paziente dà il permesso di ricevere il farmaco dalla farmacia Regenboog* Sì

Il paziente dà il consenso per il trasferimento delle informazioni alla farmacia locale* Sì

o etichetta adesiva

Telefono: _____

Nome del medico prescrittore*:

Numero di matricola del medico*:

Via e numero civico*:

Codice postale e indirizzo*:

Indirizzo e-mail*:

Telefono*:

Data (GG_MM_AAAA)*: ____ - ____ - ____

Timbro medico (preferibile)

firma Medico*:

Somministrare il farmaco con una riduzione iperbolica della dose o con una riduzione lineare della dose. Inviare il farmaco al paziente se il farmaco non è un farmaco controllato.

*** obbligatorio**

Completare le colonne ROSSE - ATTENZIONE: compilare un modulo di prescrizione per ogni momento di assunzione

Medicina della scatola incrociata	DDD (mg)	Dose (accumulare/ridurre/stabilizzare)					Durata totale della riduzione		Periodo medio di riduzione dal DDD (mg)→0
		La dose più piccola sul	Dose più bassa nella striscia	momento di assunzione	Dose iniziale (mg)	Dose finale (mg)	Numero di strisce	Numero di giorni per striscia	
<input type="checkbox"/> agomelatine	25	25	1	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> amitriptyline	75	10	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> amitriptyline_retard	75	25	25	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> bupropion	300	150	5	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> citalopram	20	10	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> clomipramine	100	10	0,5	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> doxepine	150	25	0,5	__ : __	_____/	_____/	in sviluppo (3-12 mesi)		
<input type="checkbox"/> doxepine	100	10	1	__ : __	_____	_____	in sviluppo (3-12 mesi)		
<input type="checkbox"/> duloxetine_ec	60	30	0,5	__ : __	_____/	_____/	in sviluppo (3-12 mesi)		
<input type="checkbox"/> escitalopram	10	5	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> fluoxetine	20	20	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> fluvoxamine	100	50	2,5	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> imipramine	100	10	0,5	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> lithium	200	200	5	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	6 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> lithium_retard	200			__ : __	_____	_____	__	28 giorni	6 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> maprotiline	100	25	1	__ : __	_____	_____	in sviluppo (3-12 mesi)		
<input type="checkbox"/> mianserine	60	10	0,1	__ : __	_____/	_____/	in sviluppo (3-12 mesi)		
<input type="checkbox"/> mirtazapine	30	15	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> moclobemide	300	150	1	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> nortriptyline	75	10	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> paroxetine	20	10	0,1	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> sertraline	50	50	1	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> tranlycypromine	60	20	1	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> trazodon	300	50	1	__ : __	_____	_____	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> venlafaxine_retard	75	37,5	0,5	__ : __	_____/	_____/	__	28 giorni	4 x 28 giorni
<input type="checkbox"/> vortioxetine	10	5	0,1	__ : __	_____/	_____/	in sviluppo (3-12 mesi)		
				Si prega di includere nell'assortimento					

*** Se la dose è superiore alla DDD: aggiungere una taperingstrip extra per 1/2 DDD
 *** Se la dose è inferiore alla DDD: sottrarre una taperingstrip per 1/2 DDD.



J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

KWITANTIE VOOR: DATUM: xx-xx-xxxx

E Example
 Brigidastraat 12
 4854 CT Bavel

Arts	Zi-nr	Omschrijving	Materiaal	Tarief WMG	Bijbet.	Prestatiekoppelnr	Bedrag	BTW
		Betreft E Example, 01-01-2001/V BSN:			(Invoice for Insurance Company			
S/SPBUI		1ST Medication Tapering 28 days		95,00		VRB03407100230623	95,00	0,00

FRR03407

Voorschrift van:

H = Huisarts HS = Huisarts op advies specialist
 S = Specialist HV = Handverkoop
 V = Verloskundige P = Psychiater / Neuroloog
 T = Tandarts

Bank NL70RABO039.50.37.679
 KvK 20060757
 BTW NL0087.63.914.B.01

RECEPTNUMMER

TE BETALEN

37022099P/FRB03407

95,00

Algemene Verkoop- en Betalingsvoorwaarden zijn op 1 februari 2009 gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage (HR 40 409 373)

J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

Data of pharmacy and Registered Pharmacists

E Example
 Brigidastraat 12
 4854 CT Bavel

Personal data of patient (address)

FRR03407 & 37022099P/FRB03407

Invoice number

Bank NL70RABO039.50.37.679

IBAN

KvK 20060757

Registration number Chamber of Commerce

NEDERLANDS	ENGLISH	DEUTSCH	FRANCAIS
Kwitantie	Receipt	Quittung	Reçu
Datum	Date	Datum	Date
Arts	Physician	Arzt	Médecin
Zi-nr	Medicine number	Medikamentennummer	Numéro de médicament
Omschrijving	Description medication	Beschreibung	Description
Tarief WMG	Rate	Rate	Taux
Prestatiekoppelnr.	Correlated handling no.	Leistungszahl	Numéro de prestation
Bedrag	Amount	Menge	Montant
BTW	VAT	MwSt	T.V.A.
Te betalen	To pay	Zu zahlen	à payer