



DIABETE TUTTO INTORNO A TE



Congresso Regionale SID AMD Piemonte Valle D'Aosta Diabete, tutto intorno a te

Torino (TO) 28 - 29 Novembre 2025

**Diabetologo, quanto mi costi?
Farmacista, quanto mi controlli?**

Grazia Ceravolo
Farmacista Direttore

Regione Piemonte - ASL To3
S.C. Farmacia Ospedaliera - Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale
Segreteria 011 955 1424 - fax 011 955 1034 - , farmacia.direzione@aslto3.piemonte.it



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Dichiarazione sul Conflitto di Interessi

Io sottoscritta **CERAVOLO Grazia**
in qualità di Relatore dell'evento



Congresso Regionale SID AMD Piemonte Valle D'Aosta Diabete, tutto
intorno a te

Torino (TO) 28 - 29 Novembre 2025

dichiaro

di **NON** aver avuto rapporti di finanziamento
con soggetti portatori di interessi commerciali
in campo sanitario negli ultimi due anni.



DIABETE TUTTO INTORNO A TE



- Definizione contesto e inquadramento
- Come usiamo questi farmaci?
- Cosa è obbligo monitorare?
- Off label e appropriatezza, casi noti
- Farmacovigilanza, solo una crociata?
- Conclusioni



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

L'uso dei Farmaci in Italia: AIFA pubblica il Rapporto OsMed 2024

[Stampa](#) [Email](#)

Scritto da Redazione SifoWeb Il 11 Novembre 2025.

L'uso dei Farmaci in Italia: Rapporto Nazionale Anno 2024

DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?

Stabili i consumi di medicinali in Italia, ma aumenta la spesa complessiva, spinta dalle terapie innovative e ad alto costo. Persistono forti differenze regionali e resta centrale il tema dell'appropriatezza e della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Rapporto OsMed 2024 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) conferma una stabilità nei consumi di medicinali in Italia, pari a quasi due dosi al giorno per abitante, ma registra un aumento della spesa farmaceutica complessiva **(+2,8%** rispetto al 2023).

A trainare la crescita soprattutto l'aumento della spesa pubblica a fronte di terapie innovative e ad alto costo rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Spesa in crescita, ma forti differenze regionali

Nel 2024 la spesa farmaceutica totale ha raggiunto **37,2 miliardi di euro**, di cui il 72% a carico del SSN.

La spesa pubblica è aumentata del 7,7%, mentre quella privata – tra compartecipazioni e acquisti diretti – ha superato i 10 miliardi di euro.

Restano marcate le disparità regionali: nelle regioni del Nord si osserva un maggiore ricorso ai farmaci equivalenti e una spesa complessivamente più contenuta, mentre nel Mezzogiorno prevale il consumo del farmaco ex originator (75% della quota a brevetto scaduto), con livelli di spesa mediamente più elevati.

Innovazione, antidiabetici e nuove terapie

Prosegue l'espansione delle terapie avanzate e dei farmaci orfani per malattie rare.

Nel triennio 2022–2024 sono stati riconosciuti 46 farmaci innovativi, in gran parte antitumorali o orfani.

Cresce anche l'utilizzo dei nuovi antidiabetici – come gli analoghi del GLP-1, le gliflozine e loro associazioni – efficaci nel controllo glicemico e talvolta impiegati anche per la riduzione del peso corporeo.

Le principali aree terapeutiche

I farmaci cardiovascolari restano i più utilizzati, seguiti da quelli per apparato gastrointestinale e metabolismo.

In termini di spesa, gli antitumorali e immunomodulatori rappresentano la prima voce, con oltre 8 miliardi di euro.

Diabetologo, quanto mi costi.



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale
Anno 2024



3.3 Apparato gastrointestinale e metabolismo

3.3.1 Antidiabetici

Principali indici di spesa, consumo ed esposizione

Dati nazionali di spesa, consumo ed esposizione
per sottogruppo e sostanza

Dati regionali di spesa, consumo ed esposizione

Aderenza e persistenza al trattamento

DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Comunicato n. 51

10 novembre 2025



Rapporto OsMed 2024 sull'uso dei farmaci in Italia

Stabili i consumi: quasi 2 dosi al giorno a testa nel 2024. Cresce la spesa farmaceutica complessiva (+2,8%), trainata dall'aumento della spesa pubblica (+7,7%) a fronte di un numero crescente di terapie innovative e ad alto costo rimborsate dal SSN. I cittadini spendono di più per medicinali senza ricetta (SOP e OTC) e non rinunciano al farmaco di marca, specie al Sud. Si conferma una notevole variabilità regionale, in termini di consumi, spesa, aderenza e appropriatezza.

Sono alcuni punti chiave del Rapporto OsMed 2024 sull'uso dei medicinali in Italia, realizzato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e pubblicato sul portale istituzionale.

I dati generali di spesa

Nel 2024 la spesa farmaceutica totale è stata pari a **37,2 miliardi di euro** (+2,8% rispetto al 2023), di cui il 72% rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La spesa farmaceutica pubblica si è attestata infatti sui 26,8 miliardi di euro, in crescita rispetto al 2023 (+7,7%).

La spesa territoriale pubblica, comprensiva di quella convenzionata e in distribuzione diretta e per conto, è stata di 13 miliardi e 700 milioni, con un aumento del 5,1% rispetto all'anno precedente, determinato, anche quest'anno, dall'incremento della spesa dei farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta (+4,6%) e per conto (+10,9%).

La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata di circa 17,8 miliardi di euro (301,8 euro pro capite) e ha registrato un incremento del 10% rispetto al 2023, a fronte di un aumento dei consumi (+4,7%) e del costo medio per giornate di terapia (+4,8%).

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto erogato al paziente e il prezzo di riferimento), per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, ha raggiunto un valore di 10,2 miliardi di euro nel 2024.

Gli antidiabetici: consumi orientati sui farmaci più recenti

Nel 2024 gli antidiabetici hanno registrato una spesa pubblica complessiva di 1 miliardo e 642 milioni di euro, con un aumento del 13,2% rispetto al 2023. Sono infatti aumentati sia i consumi (+4,3%) sia il costo medio per dose (+8,3%), con uno spostamento dei consumi verso categorie di farmaci di più recente introduzione in terapia, come gli analoghi del GLP-1, le gliflozine e le loro associazioni.

In particolare, gli **analoghi del Glp-1**, a cui appartiene la **semaglutide**, nonostante una riduzione del costo medio pari all'1,8%, registrano un aumento di spesa dell'11,5% e dei consumi del 13,3%, con la sola semaglutide che cresce rispettivamente del 58,4% e del 59,8%. Nel 2024 sono la categoria, da sola o in associazione alle insuline, che registra il costo annuale per utilizzatore più elevato (722,5 euro per gli analoghi del GLP-1 da soli e 736,1 in associazione alle insuline).

Le **gliptine** da sole registrano un aumento di spesa (+35,5%) attribuibile esclusivamente all'incremento del costo medio per giornata di terapia (+40,3%), considerando la contrazione del 3,7% dei consumi. Infine, per le **gliflozine** da sole si rileva un aumento di spesa del 39,6% e dei consumi del 45,1% (ma una riduzione del costo medio per giornata di terapia del 4,1%).

La **metformina**, quando usata da sola, è ancora il farmaco più utilizzato nel trattamento del diabete (23,4 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti), pari al 31,5% del totale, mentre i nuovi farmaci agonisti dei recettori GIP e GLP-1, rappresentati dalla **tirzepatide**, sono la categoria a maggior costo medio per giornata di terapia con un valore di 130,57 euro.

CIRCA 6%

DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Sezione 3

Consumi e spesa per classe terapeutica

3.3.1 Antidiabetici

Nel 2024 la categoria degli antidiabetici ha registrato una spesa pubblica complessiva di 1.641,9 milioni di euro, pari al 5,9% della spesa farmaceutica comprensiva della convenzionata e degli acquisti da parte delle strutture pubbliche, in aumento del 13,2% rispetto all'anno precedente. Anche i consumi hanno mostrato un aumento del 4,3%, arrivando al valore complessivo di 74,3 DDD/1000 abitanti *die*, circa il 5,5% dei consumi totali (Box. Principali indici di spesa, di consumo e di esposizione).

Analizzando l'andamento negli ultimi 11 anni è possibile notare come il consumo di farmaci sia aumentato, passando da 62,3 a 74,3 DDD ogni mille abitanti con una variazione media annuale (CAGR) dell'1,8%. Il costo per giornata di terapia è aumentato in media del 5,6% all'anno, passando dal valore di 0,59 euro nel 2013 al 0,62 euro nel 2024. Tali andamenti indicano un utilizzo sempre maggiore di farmaci ad azione più recente introdotta in terapia, come ad esempio gli analoghi del GLP-1, le gliflozine.

Per gli antidiabetici la prevalenza d'uso tende ad aumentare con l'età, mostrando un divario crescente tra femmine e maschi a partire dai 45 anni (rispettivamente 2,68% e 3,91%), fino ad arrivare ad un valore massimo negli ultra-ottantacinquenni rispettivamente di 19,35% e 26,24%. Anche il consumo mostra un andamento crescente con l'età, con valori massimi che si registrano nella fascia compresa tra i 75 e gli 84 anni (184,48 DDD nelle femmine e 276,53 nei maschi), per poi decrescere leggermente negli ultra-ottantacinquenni (153,26 DDD nelle femmine e 222,74 DDD nei maschi).

Nel 2024, la spesa *pro capite*, per questa categoria di farmaci, è stata di 27,83 euro, con una variazione media annuale, negli ultimi undici anni, pari al 6,8% (Tabella 3.3.1a). L'incremento di spesa (+13,2%) nell'ultimo anno è legato sia ad un aumento dei consumi (+4,3%), che del costo medio DDD (+8,3%).

Analizzando le categorie terapeutiche, gli analoghi del GLP-1 sono i farmaci a maggior spesa *pro capite* (9,33 euro) e osservano un aumento dell'11,5%, rispetto all'anno precedente, esclusivamente attribuibile ad un incremento dei consumi (+13,3%). Per questa categoria terapeutica si registra infatti, una riduzione del costo medio dell'1,8%. Le gliflozine (SGLT2i) rappresentano la seconda categoria a maggior spesa (4,23 euro), in aumento del 39,6% rispetto al 2023. Anche per questa categoria si registra un aumento dei consumi del 45,1% e una riduzione del costo medio del 4,1%. Rappresentano inoltre, la categoria a maggior incremento di spesa (+39,6%), seguite dalle gliptine da sole (+35,5%). Tale aumento è da attribuirsi esclusivamente all'incremento del costo medio DDD (+40,3%), considerando la contrazione del 3,7% riferibile ai consumi. Le sulfaniluree in associazione alla metformina invece, evidenziano la maggiore riduzione di spesa (-27,4%), attribuibile esclusivamente a una riduzione del consumo (-27,6%).

La metformina si conferma il farmaco più utilizzato nel trattamento del diabete (23,4 DDD ogni 1000 abitanti *die* quando usata da sola, pari al 31,5% del totale), seguita dalle gliflozine da sole (9,3 DDD/1000 abitanti *die*, pari all'12,5% del totale) e dagli analoghi del GLP-1 (9,2 DDD/1000 abitanti *die*, pari al 12,4% del totale). Le gliflozine da sole riportano un consumo di 9,3 DDD/1000 abitanti *die*, che diventa pari a 13 DDD/1000 abitanti *die*, circa il 17,5% del totale, quando considerate anche in associazione alla metformina. Le gliptine, sia da sole che nelle diverse associazioni, rappresentano l'unica eccezione della combinazione.

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2024

Le sulfaniluree invece, che non sono più raccomandate dalle principali Linee Guida nazionali e internazionali, registrano una riduzione generalizzata dei consumi, arrivando a valori trascurabili per le associazioni con metformina (0,4 DDD/1000 abitanti *die*) e con pioglitazone (<0,05 DDD/1000 abitanti *die*), sebbene il 5,4% delle dosi giornaliere sia ancora rappresentato da medicinali contenenti queste molecole in monocomponente (4,0 DDD/1000 abitanti *die*) e negli ultimi anni si sia osservata una costante e significativa diminuzione, come evidenziato

1. LINEE GUIDA 2. ADERENZA 3. CO-PRESCRIPTIONS

Confermando l'andamento di spesa e consumo delle categorie terapeutiche, la semaglutide è il principio attivo con il valore *pro capite* più alto (6,22 euro), in aumento del 58,4% rispetto all'anno precedente, attribuibile ad un aumento dei consumi (+59,8%), seguito dalla dulaglutide (2,90 euro), il cui utilizzo risulta in forte contrazione (-11,7%). Complessivamente le gliflozine da sole mostrano un aumento dei consumi del 45,1%, trainate dai principi attivi dapagliflozin (+41,4%) ed empagliflozin (+47,9%). Il costo medio DDD più alto si registra per l'insulina degludec associata alla liraglutide (4,47 euro), seguita dalla semaglutide (3,46 euro).

Analizzando l'andamento nel tempo dei consumi delle principali categorie terapeutiche, è possibile notare come, a partire dal 2021, si sia verificata una lieve riduzione nei consumi delle insuline, sia long che fast acting, e un deciso incremento delle gliflozine e degli analoghi del GLP-1, che prosegue anche nel 2024. La metformina, con un trend di aumento stabile nel tempo, si conferma il farmaco più utilizzato nel trattamento del diabete dal 2014 (Figura 3.3.1a). L'età mediana degli utilizzatori di antidiabetici si attesta intorno ai 71 anni, oscillando dagli 80 anni dei soggetti in trattamento con sole gliptine, scelta coerente con la maggiore tollerabilità di questi farmaci anche se a discapito del beneficio sulle complicanze croniche, ai 52 anni di quelli esposti agli agonisti dei recettori GIP e GLP-1 (Tabella 3.3.1b). Si evidenzia dunque una riduzione dell'età mediana, associata all'utilizzo di farmaci di più recente introduzione. Nel 2024 il costo medio per utilizzatore è stato di 377,5 euro, sebbene ci siano notevoli differenze in base alla categoria considerata. Gli analoghi del GLP-1 mostrano i valori più elevati di costo sia associati alle insuline (736,1 euro), che, come monocomponenti (722,5 euro). La metformina invece, mostra il valore più basso di costo sia nei medicinali in cui è presente come unico principio attivo (38,3 euro), che in quelli in cui si trova in associazione alle sulfaniluree (48,3 euro). Gli utilizzatori di antidiabetici sono stati mediamente in terapia per 375,2 giornate, sebbene anche nell'esposizione sia possibile notare differenze legate alla categoria terapeutica. Gli utilizzatori delle gliptine associate a pioglitazone, infatti, hanno evidenziato una maggiore intensità d'uso (rispettivamente di 269,1 DDD), mentre gli utilizzatori della tirzepatide hanno registrato valori decisamente più bassi (5,2 DDD).

presentati dalla tirzepatide, sono la a con un valore di 130,57 euro, seguite 2 euro. Metformina e sulfaniluree, non e il valore più basso di 0,20 euro, lel complesso è possibile notare un a sole che in associazione, mentre le la maggiore riduzione del costo per

Sezione 3

Consumi e spesa per classe terapeutica

combinata, il 17,4 per quelle ad azione intermedia, e il 14,6% per le *long acting*. Particolarmente basso è invece il valore dei soggetti che hanno ricevuto una sola prescrizione nel caso delle gliptine associate al pioglitazone (3,7%) o delle sulfaniluree associate a pioglitazone (4,4%). I numeri assoluti di utilizzatori di questa associazione, tuttavia, risultano essere molto più bassi rispetto alle altre categorie.

La prevalenza d'uso è complessivamente del 6,8%, maggiore al Sud e Isole (8,0%) e più bassa al Nord (5,8%) e al Centro (7,0%) (Tabella 3.3.1c). A livello regionale è possibile notare un'estrema variabilità, si passa infatti da un valore di 9,2% in Calabria al 4,2% della PA di Bolzano. Anche il costo per utilizzatore evidenzia una differenza percentuale tra i due valori estremi di più del 100%, andando dal valore minimo di 272,7 euro dell'Emilia Romagna a quello massimo della Lombardia di 569,6 euro. Ogni utilizzatore è stato esposto alla terapia con antidiabetici per 375,2 giornate.

Analizzando l'aderenza al trattamento invece, si evidenzia un valore di bassa aderenza del 22,6%, in riduzione del 5% rispetto al 2023 (Figura 3.3.1b). Le femmine mostrano percentuali maggiori di bassa aderenza (26,2%), evidenziando anche la riduzione maggiore rispetto all'anno precedente (-7,0%), rispetto agli uomini (19,7% e -4%). L'alta aderenza è pari al 32,4% degli utilizzatori segnando una riduzione del 6% rispetto all'anno precedente e interrompendo il trend positivo iniziato nel 2019 (Figura 3.3.1c). I maschi risultano essere più alto aderenti delle femmine, sebbene registrino il maggiore decremento nell'ultimo anno. Per quanto riguarda la persistenza al trattamento invece, il 48,8% dei soggetti risulta essere persistente alla terapia dopo 12 mesi, con valori maggiori nei maschi (51,8%), rispetto alle femmine (45,1%) (Figura 3.3.1d). Analizzando l'andamento per area geografica, infine, è possibile osservare come al Nord (49,1%) siano più persistenti al trattamento rispetto al Centro (48,1%) e al Sud e isole (48,9%) (Figura 3.3.1e).

Per ulteriori approfondimenti sui dati regionali di esposizione e durata della terapia e sugli indicatori di aderenza e persistenza al trattamento stratificati per età, sesso e area geografica si rimanda al materiale supplementare pubblicato online.

DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2024

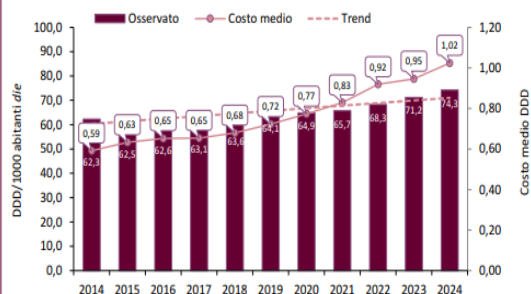
PRINCIPALI INDICI DI SPESA, DI CONSUMO E DI ESPOSIZIONE

Antidiabetici

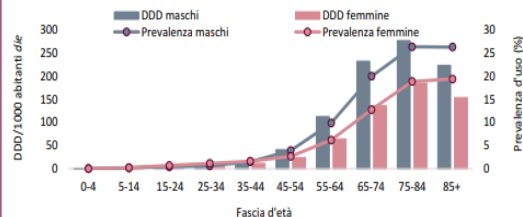
Spesa pubblica* in milioni di euro (% sul totale)	1.641,9	(5,9)
Δ % 2024-2023	13,2	
Range regionale spesa lorda pro capite	16,7	36,0
DDD/1000 abitanti die* (% sul totale)	74,3	(5,5)
Δ % 2024-2023	4,3	
Range regionale DDD/1000 abitanti die	48,0	96,1

* comprende la prescrizione convenzionata e gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche

Antidiabetici, andamento temporale 2014-2024 del consumo e del costo medio per giornata di terapia



Antidiabetici, distribuzione della prevalenza d'uso e del consumo in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione per conto (anno 2024)



Sezione 3

Consumi e spesa per classe terapeutica

Dati nazionali di spesa, consumo ed esposizione per sottogruppo e sostanza

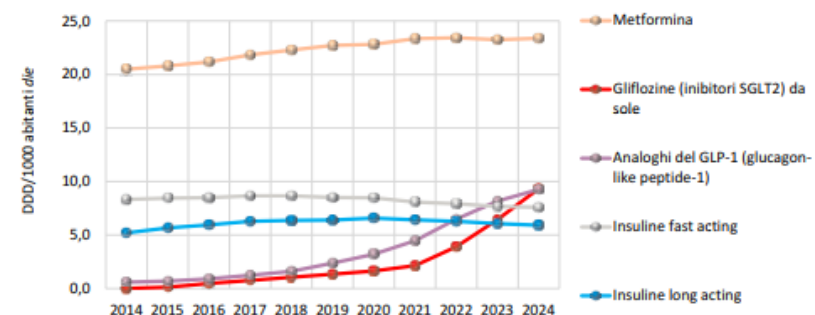
Tabella 3.3.1a Antidiabetici, spesa pro capite e consumo (DDD/1000 abitanti die) per sottogruppo e per sostanza: confronto 2014-2024

Sottogruppi e sostanze	Spesa pro capite	Δ % 24-23	CAGR % 14-24	DDD/1000 ab die	Δ % 24-23	CAGR % 14-24	Costo medio DDD	Δ % 24-23
Analoghi del GLP-1 (glucagon-like one)	9,33	11,5	25,5	9,2	13,3	28,4	2,76	-1,8
Gliflozine (inibitori SGLT2) da sole	4,23	39,6	-	9,3	45,1	-	1,24	-4,1
Insuline fast acting	2,89	-0,8	-2,8	7,6	-0,9	-0,8	1,04	-0,2
Insuline long acting	2,04	-2,0	-1,8	5,9	-2,3	1,2	0,95	0,0
Insuline associate ad analoghi del GLP-1 (glucagon-like one)	1,83	24,0	-	1,1	22,8	-	4,42	0,7
Metformina	1,73	2,6	2,2	23,4	0,6	1,2	0,20	1,7
Gliflozine (inibitori SGLT2) in associazione a metformina	1,69	16,4	-	3,7	15,6	-	1,24	0,4
Gliptine (inibitori della DPP-4) da sole	1,59	35,5	6,2	3,4	-3,7	8,5	1,27	40,3
Gliptine (inibitori della DPP-4) in associazione a gliflozine (inibitori SGLT2)	0,98	28,8	-	1,5	29,2	-	1,73	-0,6
Gliptine (inibitori della DPP-4) in associazione a metformina	0,57	-2,1	-5,8	1,7	-21,5	-1,6	0,92	24,4
Sulfaniluree da sole	0,29	-15,5	-5,9	4,0	-17,5	-9,0	0,20	2,2
Glitazoni da soli	0,16	3,5	-0,4	0,9	1,9	0,0	0,50	1,3
Glitazoni in associazione a metformina	0,13	-8,3	-11,5	0,6	-8,3	-6,3	0,60	-0,3
Repaglinide	0,11	-20,8	-13,0	0,8	-21,8	-13,9	0,41	1,1
Acarbosio	0,10	-7,5	-5,6	0,4	-7,0	-4,9	0,71	-0,8
Gliptine (inibitori della DPP-4) in associazione a pioglitazone	0,08	11,4	41,1	0,1	-19,2	41,1	1,54	37,6
Insuline combinate (long/intermediate con fast)	0,03	-20,2	-21,0	0,1	-20,2	-19,9	1,12	-0,2
Sulfaniluree in associazione a metformina	0,03	-27,4	-20,7	0,4	-27,6	-20,8	0,21	0,0
Sulfaniluree in associazione a pioglitazone	0,01	-16,5	-12,7	<0,05	-16,9	-11,7	1,06	0,2
Insuline intermediate acting	<0,005	-24,5	-34,8	<0,05	-27,4	-29,3	0,49	3,6
Agonista dei recettori GIP e GLP-1	<0,005	-	-	<0,05	-	-	130,57	-
Antidiabetici	27,83	13,2	6,8	74,3	4,3	1,6	1,02	8,3
semaglutide	6,22	58,4	-	4,9	59,8	-	3,46	-1,1
dulaglutide	2,90	-28,8	-	4,1	-11,7	-	1,93	-19,6
dapagliflozin	2,08	31,4	-	5,2	41,4	-	1,10	-7,3
metformina	1,73	2,6	2,2	23,4	0,6	1,2	0,20	1,7
insulina degludec/liraglutide	1,67	25,1	-	1,0	23,9	-	4,47	0,7
empagliflozin	1,53	47,1	-	3,1	47,9	-	1,36	-0,8
insulina glargine	1,45	-3,8	-2,7	4,4	-3,5	0,7	0,90	-0,6
insulina lispro	1,21	-0,4	-4,3	3,5	-0,2	-1,2	0,94	-0,4
insulina aspart	1,19	-1,6	-3,9	2,9	-1,7	-2,1	1,11	-0,2
linagliptin	1,15	36,5	25,6	1,8	-2,3	24,7	1,71	39,3

L'uso dei farmaci in Italia

Rapporto Nazionale. Anno 2024

Figura 3.3.1a Antidiabetici, andamento temporale 2014-2024 del consumo (DDD/1000 abitanti die) dei sottogruppi a maggior consumo



DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Trattamenti concomitanti in pazienti diabetici

La gestione del diabete richiede un approccio integrato, in quanto la malattia è spesso accompagnata da numerose comorbidità che incidono sulla prognosi e sulla qualità della vita. Tra le condizioni più frequentemente associate vi sono l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, le malattie cardiovascolari, la nefropatia cronica e le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico. Queste comorbidità rendono necessario un trattamento farmacologico complesso, che comporta l'uso concomitante di più farmaci con importanti ricadute in termini di aderenza, appropriatezza prescrittiva e rischio di interazioni.

In questo contesto, l'analisi dei **trattamenti concomitanti** rappresenta uno strumento utile per comprendere meglio i modelli di cura, identificare eventuali criticità e orientare interventi volti a migliorare la presa in carico del paziente. L'obiettivo dell'analisi è stato quello di valutare i trattamenti concomitanti in una coorte di pazienti diabetici, utilizzando i dati relativi alle prescrizioni farmaceutiche erogate in ambito territoriale a carico del SSN, comprensive sia dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata che in distribuzione per conto (DPC). Sono stati inclusi nella coorte in studio tutti coloro, con età **≥45 anni**, che avevano ricevuto **almeno due prescrizioni di farmaci per il diabete** nel quarto trimestre 2023 e che risultavano assistibili nel 2024. I risultati presentati di seguito si riferiscono al periodo che intercorre tra la prima prescrizione nel quarto trimestre 2023 (data indice) e i 365 giorni successivi. Per maggiori dettagli sulla metodologia utilizzata si rimanda all'Appendice 2.

La coorte analizzata è composta da oltre **2,1 milioni di pazienti (N=2.160.802)**, con una distribuzione geografica relativamente omogenea: il 38% circa risiede nel Nord (819.165), il 24% nel Centro (510.000) e il 38% nel Sud e Isole (831.637). L'età media della popolazione è pari a 71,1 anni, con valori lievemente più elevati nel Centro (71,6 anni) e nel Nord (71,4 anni) rispetto al Sud e Isole (70,5 anni), riflettendo verosimilmente differenze demografiche regionali (Tabella 3.3.1d). Il rapporto maschi/femmine è pari a 1,29 a livello nazionale, a indicare una predominanza maschile nella popolazione diabetica in trattamento. Il valore è più marcato nel Nord (1,42), simile alla media nazionale al Centro (1,29) e meno evidente nel Sud e Isole (1,18). La distribuzione per classi di età mostra che oltre il 60% dei pazienti ha più di 65 anni: il 32,6% ha tra 65 e 74 anni, il 29,9% tra 75 e 84 anni e il 9,7% ha 85 anni o più. Le classi più giovani (45-54 e 55-64 anni) rappresentano insieme circa il 28% della coorte, con una leggera maggiore incidenza nel Sud e Isole nella fascia 55-64 (21,4% rispetto ad una media nazionale del 20,3%). Al contrario, le fasce d'età più anziane (75-84 e 85+) risultano più rappresentate nel Nord (41,5%) e nel Centro (41,4%) rispetto al Sud (36,6%), coerentemente con le differenze nell'invecchiamento della popolazione e nella speranza di vita tra le diverse aree geografiche.

Sezione 3

Consumi e spesa per classe terapeutica

Tabella 3.3.1f Prime 10 categorie a maggior utilizzo per area geografica

Categoria	% Ut	Spesa/Ut	DDD/Ut	M/F
Italia				
Antipertensivi	84,1	207,61	761,7	0,96
Ipolipemizzanti	74,9	159,87	390,7	1,03
Farmaci per l'ulcera peptica e MRGE	55,2	93,64	236,1	0,91
Antibiotici	51,9	39,35	20,5	0,88
Antiaggreganti	46,2	59,04	352,4	1,13
FANS	33,0	22,10	57,0	0,77
Farmaci per l'osteoporosi	24,9	73,02	485,7	0,37
Farmaci antigottosi	17,9	38,99	164,7	1,09
Terapia del dolore	17,2	134,46	70,5	0,64
Anticoagulanti	17,2	341,58	222,8	1,04
Nord				
Antipertensivi	97,0	210,56	808,0	0,95
Ipolipemizzanti	87,9	161,37	411,3	1,02
Farmaci per l'ulcera peptica e MRGE	55,3	97,49	246,7	0,89
Antibiotici	48,4	32,33	20,2	0,85
Antiaggreganti	47,9	56,63	364,1	1,17
FANS	25,0	21,91	56,8	0,70
Farmaci per l'osteoporosi	24,7	71,65	569,2	0,37
Terapia del dolore	21,1	150,95	80,8	0,63
Anticoagulanti	20,8	359,97	235,9	1,06
Farmaci antigottosi	18,7	34,12	169,2	1,18
Centro				
Antipertensivi	60,6	214,46	759,2	0,98
Ipolipemizzanti	53,9	166,44	387,9	1,04
Antibiotici	38,9	40,55	20,6	0,88
Farmaci per l'ulcera peptica e MRGE	38,2	89,37	224,2	0,93
Antiaggreganti	34,3	64,55	359,3	1,17
FANS	26,3	21,50	56,1	0,81
Farmaci per l'osteoporosi	17,2	78,25	462,9	0,34
Farmaci antigottosi	13,3	40,79	170,5	1,21
Anticoagulanti	12,9	334,38	222,2	1,06
Asma e BPCO	12,8	244,21	160,9	0,89
Sud e Isole				
Antipertensivi	85,8	201,36	711,3	0,95
Ipolipemizzanti	75,1	155,24	368,1	1,02
Farmaci per l'ulcera peptica e MRGE	65,7	91,97	231,6	0,93
Antibiotici	63,3	44,18	20,8	0,91
Antiaggreganti	51,9	58,99	339,1	1,09
FANS	45,0	22,42	57,4	0,82
Farmaci per l'osteoporosi	29,8	72,29	425,7	0,38
Farmaci antigottosi	19,8	42,78	158,2	0,97
Asma e BPCO	19,7	233,10	158,4	0,97
Preparazioni antianemiche	17,5	95,45	220,6	0,67

% Ut: percentuale di utilizzatori; Spesa/Ut: spesa per utilizzatore; DDD/Ut: dosi per utilizzatore

DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?

Altri medici,
cosa prescrivete?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Farmacista, cosa devi monitorare?

ASL TO3
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

COLLEGNO
Via Martiri 1000 Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.497171

P.E.C.: asito3@cert.asito3.piemonte.it P.I./Cod. Fisc. 09735650013

S.C. FARMACIA OSPEDALIERA
Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale

Al Direttori di Distretto
Al Direttori di Dipartimento
e, p.c. Alla Direzione Generale
ASL TO3

Oggetto: Riclassificazione inibitori SGLT2 (gliflozine) e modifica nota 100. (n°16/2025).

Viste le numerose richieste di chiarimento pervenute al Servizio scrivente si ritiene utile riaprire le novità derivanti dalla riclassificazione dei medicinali a base di inibitori SGLT2 (gliflozine) e della conseguente modifica della Nota AIFA 100. Dal 19 luglio 2025 tutte le specialità medicinali contenenti gliflozine passano dal canale DPC alla distribuzione in assistenza farmaceutica convenzionata (Fascia A) all'esaurimento delle scorte presenti nei magazzini DPC. Tale riclassificazione comporta che per la prescrizione di tali farmaci non sia più richiesta né la scheda di terapia della nota 100 su portale TS, né il piano terapeutico su portale "Registro AIFA" limitatamente alle molecole autorizzate per l'insufficienza cardiaca e per la malattia renale cronica. La più importante modifica della nota 100 è rappresentata dall'eliminazione della scheda di terapia su TS non solo per le gliflozine, ma per tutte le molecole tranne gli agonisti GLP1 ed i doppi agonisti recettoriali GIP/GLP1 da soli o in associazioni precostituite con altri principi attivi. Cade anche l'obbligo di prescrizione diabetologica per le associazioni fisse o estemporanee di farmaci inibitori del SGLT2 e inibitori del DPP4. Il testo aggiornato della Nota 100 è consultabile all'indirizzo <https://www.aifa.gov.it/nota-100>. Si ricorda che la prescrizione a carico del SSN dei farmaci contenenti il doppio agonista GIP/GLP1 tirzepatide (MOUNARO®) è possibile solo per i pazienti diabetici nei limiti della nota 100, mentre per la gestione del peso corporeo, indicazione terapeutica autorizzata in RCP, il farmaco non è rimborsato dal SSN.

Negli ultimi giorni sono stati più volte segnalati problemi informatici riguardanti l'impossibilità di prescrivere le gliflozine con ricetta dematerializzata ai pazienti con scheda di terapia o PT scaduto. Si conferma, in attesa della risoluzione dei problemi, la possibilità di prescrizione di tali farmaci su ricetta rossa SSN in nota 100 per i pazienti diabetici e senza nota per l'indicazione cardiologica e nefrologica dei farmaci autorizzati.

Si prega di dare massima diffusione della presente comunicazione presso tutti i medici prescrittori dell'ASL TO3 e rimanendo a disposizione per qualsiasi chiarimento, si porgono cordiali saluti.

IL DIRETTORE
S.C. FARMACIA OSPEDALIERA ASL TO3
Dott.ssa Grazia CERAVOLO

Referente per la pratica:
Il Direttore Responsabile
S.S. Assistenza Farmaceutica
Territoriale ASL TO3
Dott. Maurizio CERAVOLO

REGIONE PIEMONTE
www.regione.piemonte.it/sanita

S.C. FARMACIA OSPEDALIERA - Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale
DIRETTORE: Dott.ssa CERAVOLO Grazia
Sede di Rivoli Strada Rivalta 27, 29 - Rivoli Tel. 011 9551424 Fax 011 9551034 - farmacia.direzione@asito3.piemonte.it

Sede Assistenza Farmaceutica Territoriale
Strada Rivalta 27, 29 - Rivoli
Tel. 011 9551034 Fax 011 9551035
farmaceutica.territoriale@asito3.piemonte.it

Sede Assistenza Farmaceutica Ospedaliera di Pinerolo
Via Brigata Cagliari, 10 - Pinerolo
Tel. 0121 233602 Fax 0121 233603
farmacia.pinerolo@asito3.piemonte.it

Sede Assistenza Farmaceutica Ospedaliera di Susa
Corso Inghilterra 66 - Susa
Tel. 0121 621383 Fax 0121 621388
farmacia.susa@asito3.piemonte.it



Farmacista, cosa possiamo fare?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

PRESCRIZIONI OFF-LABEL

Legge 94/1998 – cosiddetta «Legge di Bella»

Per "prescrizioni off label" si intendono le prescrizioni di medicinali regolarmente in commercio per indicazioni terapeutiche...(forma farmaceutica, posologia, via di somministrazione) non approvate nel relativo decreto di Autorizzazione.

La legge n. 94 del 1998 prevede che in singoli casi il medico possa, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso per iscritto dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per...

- un'indicazione o
- una via di somministrazione o
- una modalità di somministrazione o
- di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ...

...in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali ...purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Farmacista, quanto mi controlli?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

REAZIONI AVVERSE DI CLASSE

BIGUANIDI (ES. METFORMINA)

- Disturbi gastrointestinali: diarrea, nausea, vomito, flatulenza, senso di pienezza.
- Gusto metallico in bocca
- Riduzione dell'assorbimento della vitamina B12 con possibile anemia nel lungo termine.
- Raramente: acidosi lattica (in particolari condizioni: insufficienza renale, epatica, etc)

INIBITORI DELLA α -GLUCOSIDASI (ES. ACARBOSE, MIGLITOL)

- Disturbi intestinali: gonfiore, flatulenza, diarrea, dolore addominale.
- Potenzialmente alterazione della funzionalità epatica (meno frequente)

TIAZOLINDIONI (ES. PIOGLITAZONE, ROSIGLITAZONE)

- Ritenzione di liquidi, gonfiore degli arti inferiori.
- Aumento del peso.
- Possibile peggioramento di insufficienza cardiaca (in soggetti predisposti).
- Rischio epatico o altri effetti meno frequenti.

AGONISTI DEL RECETTORE GLP-1 / ANALOGHI (ES. SEMAGLUTIDE, LIRAGLUTIDE)

- Nausea, vomito, diarrea o stitichezza, dolore addominale: frequentemente associati a questi farmaci.
- Raramente: rischio di pancreatite, possibile aggravamento della retinopatia diabetica in alcuni casi.

Farmacista, e la farmacovigilanza



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

REAZIONI AVVERSE DI CLASSE

INIBITORI DPP-4 (ES. SITAGLIPTINA, SAXAGLIPTINA)

- Mal di gola, naso chiuso, malessere gastrointestinale.
- Raramente: rischio potenziale di pancreatite, peggioramento insufficienza cardiaca in alcuni casi.

INIBITORI SGLT-2 (ES. DAPAGLIFLOZIN, CANAGLIFLOZIN)

- Aumento della glicosuria (zucchero nelle urine) → rischio aumentato di infezioni urinarie o genitali (es. candidosi)
- Possibili disidratazione, ipotensione (a causa del maggior effetto diuretico)
- Segnalazioni anche di chetoacidosi, in casi specifici

SULFONILUREE (ES. GLIMEPIRIDE, GLIPIZIDE, GLICLAZIDE)

- Ipoglicemia (basso livello di glucosio nel sangue) — rischio elevato soprattutto se mancato pasto o combinati con altri farmaci.
- Aumento del peso corporeo.
- Disturbi gastrointestinali o nausea.
- Raramente problemi epatici o altre reazioni meno comuni.

Farmacista, perchè mi controlli?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Note informative AIFA

AIFA segnala che i registri di **monitoraggio sull'uso nella vita reale di farmaci antidiabetici** (in particolare gli “incretino-mimetici” come Exenatide, Sitagliptin e Vildagliptin) hanno evidenziato 116 sospette reazioni avverse, tra cui 12 casi di **pancreatite** acuta

Farmaci antidiabetici: AIFA pubblica i primi risultati di efficacia e sicurezza dei Registri di Monitoraggio in 75.000 pazienti con diabete di tipo 2 in terapia con exenatide, sitagliptin o vildagliptin

In un comunicato, AIFA segnala che i farmaci per il diabete possono avere **effetti diversi sul cuore fra uomini e donne**: per esempio lo studio citato indica che la risposta cardiaca al trattamento con Metformina differiva fra sessi

Farmaci per il diabete hanno effetti diversi sul cuore degli uomini e delle donne



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Farmacista, cosa devi monitorare?

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

Aggiornata a 19 luglio 2025

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

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.



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Farmacista, cosa devi monitorare?

Secondo Position Paper AIFA sui Farmaci Biosimilari

Pur considerando che la scelta di trattamento rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, a quest'ultimo è anche affidato il compito di contribuire a un utilizzo appropriato delle risorse ai fini della sostenibilità del sistema sanitario e la corretta informazione del paziente sull'uso dei biosimilari.





DIABETE TUTTO INTORNO A TE



DIABETOLOGO, COSA PRESCRIVI?

A titolo esemplificativo i costi delle nuove terapie

A10BH- inibitori della dipeptil peptidasi (DPP-4)				
PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA	PREZZO CONF	COSTO TERAPIA ANNA	COSTO MEDIO TERAPIA ANNO
SITAGLIPTIN	1 cpr/die	21,88 €	285,22 €	€ 579,71
VILDAGLIPTIN	2 cpr/die	24,50 €	331,50 €	
ALOGLIPTIN	1 cpr/die	55,87 €	728,31 €	
SAXAGLIPTIN	1 cpr/die	58,81 €	766,63 €	
LINAGLIPTIN	1 cpr/die	61,90 €	806,91 €	

A10BK-INIBITORI SGLT-2				
PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA	PREZZO CONF.	COSTO TERAPIA ANNO	COSTO MEDIO TERAPIA ANNO
ERTUGLIFOZIN	1 cpr/die	53,30 €	694,80 €	€ 840,78
DAPAGLIGOZIN	1 cpr/die	56,10 €	731,30 €	
EMPAGLIFOZIN	1 cpr/die	59,22 €	771,98 €	
CANAGLIFOZIN 100 mg	1 cpr/die	66,34 €	807,14 €	
CANAGLIFOZIN 300 mg	1 cpr/die	98,52 €	1.198,66 €	

Farmacista, cosa devi monitorare?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

Farmaci rimborsati SSN

sulfaniluree (gliclazide)
biguanidi (metformina)
glinidi (repaglinide)
tiazolidinedioni (pioglitazone)



Farmaci rimborsati con Nota 100

inibitori SGLT2 (canagliflozin)
agonisti recettoriali GLP1
(dulaglutide)
inibitori DPP4 (linagliptin)
doppi agonisti recettoriali
GIP/GLP1 (tirzepatide)
associazioni precostituite
(canagliflozin/metformina)

Farmacista, quanto mi aiuti?



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

October 2025 - Issue 274

A critical eye on new drugs authorised in Europe

Prescrire INTERNATIONAL

Bedaquiline in first-line antituberculous treatment

Drug-induced sleep apnoea

Depakine[®]: mother who sounded the alarm receives compensation



Glifozine

ADVERSE EFFECTS

IN PRACTICE Sleep apnoea is sometimes caused by drugs, but there has been little evaluation of this adverse effect. In the interests of patients, it is important to continue reporting possible adverse effects to pharmacovigilance centres. And when a patient develops sleep apnoea, it is important to ask oneself whether a drug could be responsible, and whether their current treatment should be modified.

©Prescrire

► Translated from *Rev Prescrire* May 2025
Volume 45 N° 499 - Pages 356-357

Literature search up to 13 January 2025

- 1- Badr MS et al. "Pathophysiology of upper airway obstruction in obstructive sleep apnea in adults" *UpToDate*. www.uptodate.com accessed 10 January 2025; 19 pages.
- 2- Badr MS et al. "Central sleep apnea: Risk factors, clinical presentation, and diagnosis" *UpToDate*. www.uptodate.com accessed 10 January 2025; 13 pages.
- 3- Prescrire Rédaction "Syndromes d'apnées du sommeil" *Rev Prescrire* 2018; **38** (412): 130-131.
- 4- Prescrire Rédaction "Syndrome d'apnées obstructives du sommeil" *Rev Prescrire* 2007; **27** (281): 201-206.
- 5- Garnier Delamare "Dictionnaire illustré des termes de médecine" 32^e édition, Maloine, 2017. 1094 pages.
- 6- Jambon-Barbara C et al. "Signal detection of drugs associated with obstructive and central sleep apnoea" *Sleep Med* 2024; **124**: 315-322.
- 7- Prescrire Rédaction "Exposition des adultes aux hypocholestérolémiants en France en 2018" *Rev Prescrire* 2023; **43** (476): 466-467.
- 8- Prescrire Editorial Staff "Towards better patient care: drugs to avoid in 2025" *Prescrire Int* 2025; **34** (267): 52-55 (full version: 11 pages), available for download at english.prescrire.org.
- 9- Prescrire Editorial Staff "Drug-induced weight gain" *Prescrire Int* 2012; **21** (123): 11-14.
- 10- Jullian-Desayes I et al. "Impact of concomitant medications on obstructive sleep apnoea" *Br J Clin Pharmacol* 2017; **83** (4): 688-708.
- 11- Prescrire Rédaction "Médicaments exposant à des apnées du sommeil (suite)" *Rev Prescrire* 2016; **36** (397): 829.
- 12- Prescrire Editorial Staff "Ticagrelor: dyspnoea and sleep apnoea" *Prescrire Int* 2020; **29** (214): 99.
- 13- "Sleep apnoea" In: "Martindale The Complete Drug Reference - ADR Checker" The Pharmaceutical Press, London. www.medicinescomplete.com accessed 6 March 2025; 5 pages.
- 14- European Commission "SmPC: Nulogik" 26 January 2024 + "SmPC: Revolade" 10 May 2024 + "SmPC: Brilique" 27 March 2024 + "SmPC: Buvudal" 24 July 2024.
- 15- Prescrire Rédaction "Fiche E3a: Prises de poids par augmentation de la masse grasse médicamenteuses" Interactions Médicamenteuses Prescrire 2025.
- 16- Prescrire Rédaction "Fiche E22b: Gélimes médicamenteux" Interactions Médicamenteuses Prescrire 2025.

©Prescrire

► Translated from *Rev Prescrire* August 2025
Volume 45 N° 502 - Page 568

Gliflozins: increased risk of amputations and peripheral revascularisation procedures (continued)

A study investigated the risk of severe peripheral arterial disease in patients taking either a gliflozin or a gliptin (1).

Using the US Veterans Health Administration database, the authors assembled a cohort of patients who had started treatment for diabetes with a gliflozin (mainly empagliflozin [Jardiance[®]]) or a gliptin (mainly saxagliptin [Onglyza[®]] or alogliptin [Vipidia[®]]) between 2000 and 2016. At the start of treatment, half of the patients were older than 69 years of age, had had diabetes for more than 10 years, and had a glycated haemoglobin (HbA1c) greater than 8.4%. 76 072 gliflozin users were compared to 75 833 gliptin users. The primary endpoint was a composite of amputations and peripheral revascularisation procedures (1).

After a median follow-up of about 8 months, and taking into account various risk factors, the risk was greater with gliflozins than with gliptins: adjusted hazard ratio (aHR) 1.18; 95% confidence interval (95CI) 1.08-1.29. After 4 years, the cumulative probability of a peripheral arterial disease-related event was 4% with a gliflozin, versus 2.8% with a gliptin (1).

Among the gliflozin users, there were 6.4 amputations per year per 1000 patients, versus 5.7 with a gliptin (HR 1.15; 95CI 1.02-1.29), and 6.5 peripheral revascularisation procedures per year per 1000 patients, versus 5.6 with a gliptin (HR 1.25; 95CI 1.11-1.41) (1).

IN PRACTICE This study quantifies the known risk of peripheral arterial disease and amputation associated with gliflozins (2). These data justify avoiding gliflozins in patients who are at increased risk of such events, due for example to pre-existing peripheral artery disease.

©Prescrire

► Translated from *Rev Prescrire* August 2025
Volume 45 N° 502 - Page 568

References 1- Griffin KE et al. "Use of SGLT2 versus DPP-4i as an add-on therapy and the risk of PAD-related surgical events (amputation, stent, placement, or vascular surgery): A cohort study in veterans with diabetes" *Diabetes Care* 2025; 48: 11 pages. 2- Prescrire Rédaction "Gliflozins (anti-SGLT2)" Interactions Médicamenteuses Prescrire 2025.

Prescrire International • October 2025 • Volume 34 - Issue 274 • Page 243



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

October 2025 - Issue 274

A critical eye
on new drugs
authorised
in Europe

Prescribe

INTERNATIONAL

**Bedaquiline in first-line
antituberculous treatment**

Drug-induced sleep apnoea

**Depakine[®]: mother who sounded
the alarm receives compensation**



insuline

MARKETING AUTHORISATIONS

NEW SUBSTANCE

Insulin icodec (AWIQLI[®]) in type 1 or type 2 diabetes

Too many severe hypoglycaemic episodes in patients with type 1 diabetes, and not shown to represent a tangible clinical advance in type 2 diabetes

Type 1 diabetes

NOT ACCEPTABLE

As of 2025, for patients with type 1 diabetes, as *insulin icodec* markedly increases the incidence of severe hypoglycaemic episodes compared with *insulin degludec* and has not been shown to improve clinical outcomes, this insulin for weekly injection is best avoided.

Type 2 diabetes

NOTHING NEW

In four trials in patients with type 2 diabetes, no tangible differences in efficacy in reducing blood glucose levels were found between weekly injections of *insulin icodec* and daily injections of long-acting insulins. The reduced dosing frequency offered by *insulin icodec* is the only factor that might constitute an advantage, but at the cost of a higher incidence of hypoglycaemic episodes. A potential increase in the risk of diabetic retinopathy and the risk of wrong-frequency errors should also be taken into account.

AWIQLI[®] - insulin icodec solution for subcutaneous injection

- Per multidose pen: **700 units** of insulin icodec in **1 ml**, **1050 units** in **1.5 ml**, or **2100 units** in **3 ml** of solution

Novo Nordisk

- **Long-acting insulin analogue**
- **Indication:** "diabetes mellitus in adults". [EU centralised procedure]
- **Dosage:**
 - patients with type 1 diabetes who have not previously received insulin: no recommended dosage (*insulin icodec* has not been evaluated in this situation);
 - patients with type 2 diabetes who have not previously received insulin: starting dose of 70 units once weekly, with weekly dose adjustments based on fasting blood glucose, in particular;
 - switching from daily injections of a long-acting insulin: the recommended weekly dose is the daily dose multiplied by 7. For the first injection, the dose is increased by an additional 50%, systematically for patients with type 1 diabetes and "if seeking faster achievement of glycaemic control" for patients with type 2 diabetes. From the third injection onwards, the weekly dose is adjusted on the basis of fasting blood glucose, in particular.

The pre-filled pens can be used to administer doses ranging from 10 to 700 units, adjustable in 10-unit increments.

- **Storage conditions:** before the first use, between 2°C and 8°C. After the first use, below 30°C for a maximum of 12 weeks.

Several long-acting insulin analogues, such as *insulin glargine* and *insulin degludec*, are available in the European Union as of 2025 for once-daily use in patients with diabetes (1).

WHAT'S NEW?

A long-acting insulin for weekly injection

Insulin icodec is a long-acting analogue of human insulin, designed for once-weekly subcutaneous injection (2). It differs from human insulin by a few amino acids and the addition of a fatty acid to one of the insulin chains. It has been authorised in the European Union for use in adults with type 1 or type 2 diabetes (3). Does *insulin icodec* represent a therapeutic advance over the long-acting insulins already available?

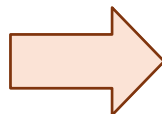
Prescribe International • October 2025 • Volume 34 • Issue 274 • Page 229



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

COME SEGNALARE ...

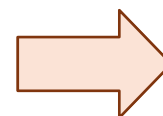
Modalità on-line
(da preferire)



Oppure

compilando la scheda di segnalazione cartacea e
inviandola via e-mail al Responsabile di Farmacovigilanza
della propria struttura di appartenenza

- scheda di segnalazione per l'operatore sanitario
- scheda di segnalazione per il paziente/cittadino



disponibili al link:

<https://www.aifa.gov.it/en/moduli-segnalazione-reazioni-avverse>



DIABETE TUTTO INTORNO A TE

**S.C. Farmacia Ospedaliera –
Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale**
Dott.ssa Grazia Ceravolo - Farmacista Direttore
Segreteria
011 955 1424 - fax 011 955 1034
farmacia.direzione@aslto3.piemonte.it

Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale

Sede di Rivoli

Segreteria 011 955 1032

farmacia.rivoli@aslto3.piemonte.it

Farmacisti Dirigenti:

Dott.ssa Rosa – Dott.ssa Martinengo –

Dott.ssa Osenga – Dott.ssa Strobino –

Dott.ssa Albanese – Dott.ssa Arnò –

Dott.ssa Scoppetta-Dott.ssa Lastella

Sede di Pinerolo

Segreteria 0121 233 062

farmacia.pinerolo@aslto3.piemonte.it

Farmacisti Dirigenti

Dott.ssa Buffa – Dott.ssa Fiordelisi

Sede di Rivoli

Segreteria 011 9551056

farmaceutica.territoriale@aslto3.piemonte.it

Farmacisti Dirigenti

Dr. Ariotti-Dr. Medail-

Dr.ssa Novello- Dr.ssa Rajevich

**GRAZIE per
L'ATTENZIONE!**