

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIT E ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENIT E SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
INIBITORI DEL TNF-alfa										
Adalimumab L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapi a) Adulti e bambini	X	X Adulti e Bambini	X	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Adalimumab biosimilare L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapi a) Adulti e bambini	X	X Adulti e Bambini	X	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	NO	NO
Etanercept L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Etanercept biosimilare L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Golimumab L04AB06 SC	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X
Infliximab L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Infliximab biosimilare L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA										
Anakinra L04AC03 SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Brodalumab L04AC12 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Canakinumab L04AC08 SC	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO	NO	NO
Guselkumab L04AC16 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	NO	NO

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIT E ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENIT E SUPPURATIVA	MALATTI A DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Ixekizumab L04AC13 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Risankizumab L04AC EV	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Sarilumab L04AC14 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Secukinumab L04AC10 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Tildrakizumab L04AC17 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Tocilizumab L04AC07 EV, SC	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X	NO	NO	NO	X	X Adulti e bambini	NO	X	X
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI										
Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO
Apremilast L04AA32 OS	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO
Baricitinib L04AA37 OS	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AA45 OS	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIT E ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCHE	IDROSADENIT E SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Tofacitinib L04AA29 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX)	NO	NO	NO	X
Upadacitinib L04AA44 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO	NO
Vedolizumab L04AC10 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	X
ANTICORPI MONOCLONALI										
Rituximab L01XC02 Infusione EV	X (con MTX)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Rituximab biosimilare L01XC02 Infusione EV	X (con MTX)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

Principio attivo	Centri Autorizzati alla prescrizione
INIBITORI DEL TNF-alfa	
Adalimumab L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
Adalimumab biosimilare L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	<ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia

Golimumab L04AB06 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
Etanercept L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Etanercept biosimilare L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Infliximab L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
Infliximab biosimilare L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria
INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA	
Anakinra L04AC03 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia
Brodalumab L04AC12 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Canakimumab L04AC08 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Centri Malattie Rare
Guselkumab L04AC16 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Ixekizumab L04AC13	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia

SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Risankizumab L04AC EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Sarilumab L04AC14 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia
Secukinumab L04AC10 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Tildrakizumab L04AC17 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Tocilizumab L04AC07 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia
Ustekinumab L04AC05 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI	
Abatacept L04AA24 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia
Apremilast L04AA32 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Baricitinib L04AA37 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Filgotinib L04AA45 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Tofacitinib L04AA29 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale

Upadacitinib L04AA44 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Vedolizumab L04AA33 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale
ANTICORPI MONOCLONALI	
Rituximab L01XC02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia
Rituximab biosimilare L01XC02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione

ALLEGATO A-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F Luogo di nascita _____ EsteroData di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONEData di valutazione (gg/mm/anno) **PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:** **Artrite Reumatoide (AR)** Artrite Reumatoide siero-positiva Artrite Reumatoide siero-negativa **Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica** **Artrite Psoriasica (AP)** **Spondilite Anchilosante (SA)** **Artrite Gottosa**Anno esordio malattia: Peso Kg Altezza (cm)

Precedenti terapie:

MTX: si no Dose MTX (mg/settimana): os im o sc per mesi

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione §:

 Intolleranza Altro (specificare): _____Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per almeno 6 mesi? si no

Se no motivare:

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci? si no

Se no motivare *:

*Fanno eccezione solo i pazienti che presentano elevati livelli di ACCP >> 3 volte il valore normale, Fattore Reumatoide Positivo la probabilità di avere una forma gravemente erosiva ab inizio è elevatissima e che pertanto debbono essere trattati con DMARDs per un periodo osservazionale massimo di 3 mesi, poiché le lesioni possono diventare irreversibili.

Leflunomide: O si

O no per mesi:

Altri DMARDs: O si

O no

Se sì: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) □□.□

Precedente terapia con biologico O si O no

Se sì, da: (data):mm/anno □□.□□□□

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)		Ustekinumab (Stelara®)

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese?

O si

O no

Numero articolazioni tumefatte: □□ Numero articolazioni dolenti: □□

(Conta a 28 articolazioni) (Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee

Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani

Altro (specificare):

Erosioni:

O si

O no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:

O si

O no

O non valutata

Manifestazioni extra-articolari

O si

O no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□ Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□

CRP- DAS28 : Questionario HAQ (facoltativo)ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§**

A. Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasica o S. anchilosante) periferica
DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica \geq 5 mg/die PN equivalente
oppure
DAS 28 \geq 3.2 in pazienti ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica \geq 5 mg/die PN equivalente

 Si No Giustificare*:**B. Spondiloartriti*****ASDAS-CRP > 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese*** Si No Giustificare*:**§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico**

* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a Metotrexato? si no**PRESCRIZIONE:**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane

<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi
<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusioneev/sc ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane

Farmacia di riferimento:

Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore

Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio

Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO A-2**SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento)**

Data di valutazione (gg/mm/anno): □□.□□.□□□□

Cognome: Nome:

C.F.....

Peso Kg □□□ Altezza (cm) □□□ Numero articolazioni tumefatte: □□
(Conta a 28 articolazioni)Numero articolazioni dolenti: □□
(Conta a 28 articolazioni)Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee
Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani Altro (specificare):

Erosioni:

 si no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:

 si no non valutata

Manifestazioni extra-articolari

 si no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□□ Proteina C-Reattiva (mg/dL): □□.□

CRP- DAS28 (AR o Psoriasica periferica):□□.□ Questionario HAQ □.□□

ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante/artrite psoriasica)

Dose MTX in corso (mg/settimana): □□os □□im □□sc

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

IntolleranzaAltro (specificare): _____

In terapia con Leflunomide da mesi:□□

Altri DMARDs:

Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro_____

Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente) □□□

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

 si no

Se no:

- switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio
 sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§) fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione/fine terapia con farmaco biologico: Progressione di malattia/Inefficacia Remissione Trasferimento Perdita al follow up Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____ Altro (specificare): _____

§§ Artrite Reumatoide o psoriasica periferica: Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 \leq 2,6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

Spondiloartriti: Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP <1.3

PRESCRIZIONE:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di terapia
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Idacio®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	_____

<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusioneev/sc ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)	_____ mg ogni _____ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	_____

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

Allegato A-3**FINE TRATTAMENTO**

Data di fine trattamento (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Causa di fine trattamento:

- Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up
 Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico □□□

DATA _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Psoriasi a Placche**

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F

Luogo di nascita _____ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Data di valutazione (gg/mm/anno)

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

Psoriasi a Placche Paziente Adulto Paziente Pediatrico

Anno esordio malattia: Peso Kg Altezza (cm)

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA <10% o PASI <10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale. Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta: PASI > 10 e BSA >10

oppure

 PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale**2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:**

Farmaco (specificare): _____

Precedente terapia con biologico

O si

O no

Se sì, da: (data:mm/anno) .

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)		Ustekinumab (Stelara®)
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)		

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §

**PASI (Psoriasis Area Severità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10%
e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento /intolleranza/controindicazione
delle terapie standard)**

 Si No Giustificare: _____

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®,	_____ mg ogni _____ gg

	Imraldi [®] , Hyrimoz [®])	
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia [®])	_____mg ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®])	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya [®])	_____mg infusione ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade [®])	_____mg infusione ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima [®] , Inflectra [®] , Flixabi [®])	_____mg infusione ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz [®])	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi [®])	_____mg sc ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx [®])	_____mg ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri [®])	_____mg sc ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara [®])	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane

Farmacia di riferimento:

Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore

Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio

Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2**SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. rivalutazione a 6 mesi**

Cognome: Nome:

C.F..... Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici) Data della rivalutazione: ..Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente Indice PASI: _____

BSA: _____

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

SI NO

Se no:

switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggiosospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§) fine terapia con farmaco biologicoMotivazione della variazione: Inefficacia/ Progressione di malattia Decisione del pazienteRemissione di malattia Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____Gravidanza Intervento chirurgico Altro (specificare): _____**§§ DI SOSPENSIONE O RIDUZIONE DELLA DOSE: riduzione del PASI del 75% (PASI 75)****PRESCRIZIONE:**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____mg ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____mg ogni _____gg
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	_____mg sc ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____mg ogni _____ settimane

<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)	_____mg sc ogni _____settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-3

FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento ..

Causa di fine trattamento:

- Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up
 Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
 Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa**

Cognome: Nome:

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□ Sesso: M □ F □

Luogo di nascita _____ □ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Data di valutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

- Morbo di Crohn Paziente Adulto Paziente Pediatrico
 Colite Ulcerosa

Anno esordio malattia: □□□□ Peso Kg □□□ Altezza (cm) □□□

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Cortisone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Dipendenza <input type="checkbox"/> Inefficacia/resistenza <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
6-mercaptopurina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Azatioprina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Precedente terapia con biologico

O sì O no Se sì, da: (data:mm/anno) □□.□□□□

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)

HARVEY-BRADSHAW index (HBI) n° **TRUELOVE-WITTS Criteria n°**
REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §

A. Morbo di Crohn**Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Presenza di fistole
 Manifestazioni extraintestinali

 No Giustificare:**B. Colite Ulcerosa****Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Manifestazioni extraintestinali

 No Giustificare:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA TERAPIA (MAX SEI MESI) _____

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-2**SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. rivalutazione a 6 mesi**

Cognome: Nome:

C.F.

Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici) **HARVEY-BRADSHAW Index (HBI) n°** **TRUELOVE-WITTS Criterion°**

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

 SI NO

Se no:

 switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico sospensione fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione:

 Progressione di malattia Remissione di malattia Inefficacia Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____ Decisione del paziente Gravidanza Intervento chirurgico Infezione Altro (specificare): _____**PRESCRIZIONE:**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Farmacia di riferimento :

 Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore****Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

ALLEGATO C-3

FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento ..

Causa di fine trattamento:

Remissione Progressione di malattia Trasferimento Perdita al follow up

Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza
