

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ARTRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
<b>INIBITORI DEL TNF-alfa</b>										
Adalimumab L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapia) 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 monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Etanercept L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Golimumab L04AB06 SC	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X
Infliximab L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
<b>INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA</b>										
Anakinra L04AC03 SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Bimekizumab L04AC21 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Brodalumab L04AC12 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Canakinumab L04AC08 SC	NO	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Guselkumab L04AC16 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Ixekizumab L04AC13 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Risankizumab L04AC18 EV	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ARTRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Sarilumab L04AC14 SC	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Secukinumab L04AC10 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	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 monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	X	X
<b>IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI</b>										
Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	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 monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AA45 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X
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 (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRIR E ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Vedolizumab L04AC10 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	X
<b>ANTICORPI MONOCLONALI</b>										
Rituximab 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
<b>INIBITORI DEL TNF-alfa</b>	
<b>Adalimumab</b> L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia</li> <li><b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> <li><b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna e Pediatria</li> </ul>
<b>Certolizumab Pegol</b> L04AB05 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li><b>Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Golimumab</b> L04AB06 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li><b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> <li><b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna</li> </ul>
<b>Etanercept</b> L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li><b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Infliximab</b> L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li><b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna e Pediatria</li> </ul>
<b>INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA</b>	
<b>Anakinra</b> L04AC03 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Bimekizumab</b> L04AC21 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Brodalumab</b> L04AC12 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Canakinumab</b> L04AC08 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Pediatria, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Centri Malattie Rare</b></li> </ul>
<b>Guselkumab</b> L04AC16 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Ixekizumab</b> L04AC13 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Risankizumab</b> L04AC EV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Sarilumab</b> L04AC14 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Secukinumab</b> L04AC10 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Tildrakizumab</b> L04AC17 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Tocilizumab</b> L04AC07 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Pediatria, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>

<p><b>Ustekinumab</b> L04AC05 SC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna</li> </ul>
<b>IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI</b>	
<p><b>Abatacept</b> L04AA24 EV e SC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<p><b>Apremilast</b> L04AA32 OS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<p><b>Baricitinib</b> L04AA37 OS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<p><b>Filgotinib</b> L04AA45 OS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna</li> </ul>
<p><b>Tofacitinib</b> L04AA29 OS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna</li> </ul>
<p><b>Upadacitinib</b> L04AA44 OS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<p><b>Vedolizumab</b> L04AA33 EV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina interna</li> </ul>
<b>ANTICORPI MONOCLONALI</b>	
<p><b>Rituximab</b> L01XC02 EV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione

ALLEGATO A-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**

**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"  
REGIONE CALABRIA**

*Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

**PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE**

*(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

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

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso: M  F   Estero  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ASP di residenza \_\_\_\_\_ Regione di residenza \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:**

- Artrite Reumatoide (AR)**  Artrite Reumatoide sierio-positiva  Artrite Reumatoide sierio-negativa  
 **Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica**  
 **Artrite Psoriasica (AP)**  
 **Spondilite Anchilosante (SA)**  
 **Artrite Gottosa**

Anno esordio malattia: \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese?  si  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:  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/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

**PRECEDENTI TERAPIE:**

MTX:

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: per mesi

Altri DMARDs:  Sulfasalazina  Ciclosporina  Idrossiclorochina  Altro \_\_\_\_\_

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente)

**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**

**Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasiaca 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 ≥ 5 mg/die PN equivalente

oppure

DAS 28 > 3.2 in pazienti ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Se NO giustificare\* \_\_\_\_\_

**Spondiloartriti**

ASDAS-CRP > 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese

Se NO giustificare\* \_\_\_\_\_

\* 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 MTX?**  si  no

**PRIMA PRESCRIZIONE:**

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Apremilast 10/20/30*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib*** _____ solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

**\*\*\* IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione del farmaco: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica *Artrite Psoriasica*

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato\* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

- presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: \_\_\_\_\_

\*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

**Segnalazione Reazione Avversa :** NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_

- altro \_\_\_\_\_

- I farmaci **Baricitinib**, **Filgotinib**, **Tofacitinib**<sup>§</sup> e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'*Artrite reumatoide* in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti e i farmaci **Tofacitinib**<sup>§</sup> e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'*Artrite psoriasica* e *Spondilite Anchilosante*:
  - se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento\* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione
  - se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: unicamente al fallimento\* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX)

§ tofacitinib può essere somministrato in monoterapia solo in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

<input type="checkbox"/> è stata diagnosticata artrite reumatoide in fase attiva	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a $\geq 1$ csDMARD	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a $\geq 1$ csDMARD
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con $\geq 1$ TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi:  <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-6 <input type="checkbox"/> anti-IL-1 <input type="checkbox"/> abatacept <input type="checkbox"/> rituximab

Farmaco prescrivibile: tofacitinib, <input type="checkbox"/> è stata diagnosticata una artrite psoriasica attiva con prevalente impegno periferico <input type="checkbox"/> mono/oligo-artrite o <input type="checkbox"/> poliartrite	
Farmaco prescrivibile: upadacitinib <input type="checkbox"/> è stata diagnosticata una artrite psoriasica attiva	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a $\geq 1$ csDMARD	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata a $\geq 1$ csDMARD
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con $\geq 1$ TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi:  <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17 <input type="checkbox"/> anti IL-23 <input type="checkbox"/> anti IL12/23 <input type="checkbox"/> apremilast

<input type="checkbox"/> è stata diagnosticata spondilite anchilosante in fase attiva	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con $\geq 1$ TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi:  <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17

DATA \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenz**

ALLEGATO A-2

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

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE**  
*(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale : \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/anno) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:**

- Artrite Reumatoide (AR)**  Artrite Reumatoide sierio-positiva  Artrite Reumatoide sierio-negativa  
 **Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica**  
 **Artrite Psoriasica (AP)**  
 **Spondilite Anchilosante (SA)**  
 **Artrite Gottosa**

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

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese?  si  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:  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/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□      Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

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

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

Intolleranza  Altro (specificare): \_\_\_\_\_

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs:  Sulfasalazina  Ciclosporina  Idrossiclorochina  Altro \_\_\_\_\_  
Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente)

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ev/sc ogni ____gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

**\*\*\* IMPORTANTE!!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato\* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

- presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: \_\_\_\_\_

\*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

**Segnalazione Reazione Avversa :** NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_

- altro \_\_\_\_\_

Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione Artrite Reumatoide e Spondilite Anchilosante (GU n.59/2023) e Artrite Psoriasica (GUn.58/2023) erano già in trattamento con JAKi si dispone quanto segue:

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

**Per ARTRITE REUMATOIDE**

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: baricitinib, filgotinib, tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq 1$ FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi:
	<input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-6 <input type="checkbox"/> anti-IL-1
	<input type="checkbox"/> abatacept <input type="checkbox"/> rituximab

**Per ARTRITE REUMATOIDE**

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq$ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17 <input type="checkbox"/> anti IL-23 <input type="checkbox"/> anti IL12/23 <input type="checkbox"/> apremilast

**Per SPONDILITE ANCHILOSANTE**

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq$ 1 FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

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

§§ **Artrite Reumatoide o psoriasica periferica:** Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 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

**Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente**

- inefficacia primaria       inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_  
(Segnalazione Reazione Avversa : NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_)

Remissione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione *Artrite Reumatoide e Spondilite Anchilosante* (GU n.59/2023) e *Artrite Psoriasica* (GU n.58/2023) erano già in trattamento con JAKi si dispone quanto segue:

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

**Per ARTRITE REUMATOIDE**

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: baricitinib, filgotinib, tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq 1$ FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-6 <input type="checkbox"/> anti-IL-1 <input type="checkbox"/> abatacept <input type="checkbox"/> rituximab

**Per ARTRITE PSORIASICA**

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con uno dei seguenti principi attivi: tofacitinib, upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq 1$ FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17 <input type="checkbox"/> anti IL-23 <input type="checkbox"/> anti IL12/23 <input type="checkbox"/> apremilast

**Per SPONDILITE ANCHILOSANTE**

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con upadacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq 1$ FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-IL-17

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**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*

**PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE**

*(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

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

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale _____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estero
Luogo di nascita _____	Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
ASP di residenza _____	Regione di residenza _____

**PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:**

**Psoriasi a Placche**  Paziente Adulto  Paziente Pediatrico

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

**PRECEDENTI TERAPIE:**

MTX:

Terapia interrotta o non effettuata per:  Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  
 Co-morbidity  Altro \_\_\_\_\_

Ciclosporina:

Terapia interrotta o non effettuata per:  Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  
 Co-morbidity  Altro \_\_\_\_\_

Dimetilfumarato:

Terapia interrotta o non effettuata per:  Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  
 Co-morbidity  Altro \_\_\_\_\_

**Psoriasi a Placche: 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 alle rispettive RCP e alla Scheda di Prescrizione cartacea di AIFA GU 117/2022.*

**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**

**Il/la paziente deve presentare:**

1.  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) \_\_\_\_\_

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

Se NO Giustificare: \_\_\_\_\_

**PRIMA PRESCRIZIONE:**

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc in fase di induzione	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

**\*\*\* IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave. Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- **PASI-BSA**
  - PASI > 10 e BSA > 10 Oppure
  - PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni:  al viso  palmo/plantare  ungueale  genitale
  - Non ha risposto Oppure  Ha una controindicazione\* Oppure  E' intollerante\* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A
- \*In caso di risposta in modo inadeguato\* o intolleranza specificare:  
**Segnalazione Reazione Avversa : NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_**
- presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine  
Anti TNF- $\alpha$ : \_\_\_\_\_  
Inibitore IL: \_\_\_\_\_
- \*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:  
**Segnalazione Reazione Avversa : NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_**

DATA \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**



<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

**\*\*\* IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

• **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni:  al viso  palmo/plantare  ungueale  genitale

Non ha risposto Oppure  Ha una controindicazione\* Oppure  E' intollerante\* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

\*In caso di risposta in modo inadeguato\* o intolleranza specificare:

**Segnalazione Reazione Avversa :** NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_

presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- $\alpha$ : \_\_\_\_\_

Inibitore IL: \_\_\_\_\_

\*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

**Segnalazione Reazione Avversa :** NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

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

§§ Sospensione o Riduzione della dose: Riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

**Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:**

- Progressione di malattia  inefficacia secondaria (perdita di efficacia)  Remissione di malattia
- Gravidanza  Intervento chirurgico  Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità \_\_\_\_\_

(Segnalazione Reazione Avversa : NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_)

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____	_____ mg ogni _____ gg	
	*Biosimilare in Commercio		

<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

**\*\*\* IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

• **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni:  al viso  palmo/plantare  ungueale  genitale

Non ha risposto Oppure  Ha una controindicazione\* Oppure  E' intollerante\* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

\*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

**Segnalazione Reazione Avversa :** NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_

presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- $\alpha$ : \_\_\_\_\_

Inibitore IL: \_\_\_\_\_

\*\*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

**Segnalazione Reazione Avversa :** NO  SI  Codice RNF \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**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*

**PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE**

*(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

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

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale _____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estero
Luogo di nascita _____	Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
ASP di residenza _____	Regione di residenza _____

**PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:**

- Morbo di Crohn**  Paziente Adulto  Paziente Pediatrico  
 **Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

**PRECEDENTI TERAPIE:**

- Cortisone:  MTX:  6-mercaptopurina:  Aziatropina:

Terapia interrotta o non effettuata per:

- Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  Co-morbidità  
 Altro \_\_\_\_\_

**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**

○ **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: \_\_\_\_\_

○ **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: \_\_\_\_\_

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° \_\_\_\_\_ Truelove-Witts Criteria n° \_\_\_\_\_

**PRIMA PRESCRIZIONE:**

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<b>TNFi</b>			
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg in fase di induzione	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<b>Anti-integrine</b>			
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ev ogni _____ settimane	
<b>Anti-interleuchine</b>			
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ gg	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

**\*\*\* IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PER I FARMACI TNFI (ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, INFILIXIMAB), ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCHINE (USTEKINUMAB)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (*Mayo globale* compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri:
  - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
  - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLEGATO C-2

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**

**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"**

**REGIONE CALABRIA**

*Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa*

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE**

*(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale : _____	Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____
Peso (kg) _____	Altezza (cm) _____

**PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:**

**Morbo di Crohn**    Paziente Adulto    Paziente Pediatrico

**Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: \_\_\_\_\_

**Harvey-Bradshaw Index (HBI) n°** □□      **Truelove-Witts Criteria n°** □□

*I farmaci elencati in questa scheda di prescrizione devono essere prescritti seguendo specifici criteri di appropriatezza che dipendono sia dalla classe farmacologica, sia dall'identificazione di particolari fattori di rischio.*

*La sequenza di trattamento prevede che il paziente possa accedere ai principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori del TNF-alfa (TNFi: adalimumab, golimumab, infliximab), anti-integrine (vedolizumab) e antiinterleuchine (ustekinumab) al fallimento della terapia convenzionale e secondo i criteri specificati nella griglia riportata di seguito.*

*In aggiunta ai criteri riportati, i principi attivi appartenenti alla classe degli inibitori delle janus chinasi (JAKi: filgotinib, tofacitinib) possono essere rimborsati nelle condizioni indicate nell'apposita sezione.*

**PRESCRIZIONE** *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)*

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

**\*\*\* IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PER I FARMACI TNFI (ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, INFLIXIMAB), ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCHINE (USTEKINUMAB)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (*Mayo globale* compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri:
  - dipendenza da un trattamento con steroidi per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
  - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

In aggiunta ai criteri di rimborsabilità relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, ustekinumab e vedolizumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- **se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA** (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari - come infarto del miocardio o ictus-, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento\* della terapia con uno o più TNFi;

- **se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA:** unicamente al fallimento\* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (terapia convenzionale, TNFi, anti-interleuchine, antiintegrine) ritenute clinicamente opportune/possibili dal medico prescrittore.

PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con $\geq 1$ TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

**Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione (GU n.58/2023) erano già in trattamento con tofacitinib si dispone quanto segue:**

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

Nel caso di terapia con JAKi si raccomanda di informare il paziente dei possibili rischi associati al trattamento con questi medicinali, come indicato anche nella nota informativa importante sulla sicurezza dei JAKi del 16 marzo 2023. Qualora disponibile può essere raccomandata una dose più bassa, a seconda del medicinale e del fattore di rischio specifico.

NB. Per la posologia e le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento anche agli RCP dei singoli farmaci

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con tofacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq 1$ FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico
- sospensione o riduzione del trattamento

**Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:**

- Progressione di malattia     inefficacia secondaria (perdita di efficacia)     Remissione di malattia
- Gravidanza     Intervento chirurgico     Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità \_\_\_\_\_

(Segnalazione Reazione Avversa :    NO     SI     Codice RNF \_\_\_\_\_)

- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

**\*\*\* IMPORTANTE!! CRITERI DI RIMBORSABILITÀ PER I FARMACI TNFI (ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, INFILIXIMAB), ANTI-INTEGRINE (VEDOLIZUMAB) E ANTI-INTERLEUCHINE (USTEKINUMAB)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (*Mayo globale* >10 o criteri *Truelove-Witts*) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (*Mayo globale* compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad almeno 1 fra i seguenti criteri:
  - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
  - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale;

In aggiunta ai criteri di rimborsabilità relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, ustekinumab e vedolizumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- **se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA** (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari - come infarto del miocardio o ictus-, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento\* della terapia con uno o più TNFi;
- **se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA**: unicamente al fallimento\* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (terapia convenzionale, TNFi, anti-interleuchine, antiintegrine) ritenute clinicamente opportune/possibili dal medico prescrittore.

PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale	<input type="checkbox"/> ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
specificare i farmaci assunti: _____	specificare i farmaci assunti: _____
<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento precedente con $\geq 1$ TNFi.	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

**Riguardo ai pazienti che alla data dell'introduzione della limitazione (GU n.58/2023) erano già in trattamento con tofacitinib si dispone quanto segue:**

- Nei soggetti con i fattori di rischio indicati da EMA, ove il medico prescrittore ritenga clinicamente opportuno/possibile prescrivere trattamenti alternativi, il JAKi dovrà essere sostituito con un'altra molecola.
- Nei soggetti che non presentano i fattori di rischio indicati da EMA la possibilità di proseguire la terapia dovrà essere attentamente rivalutata, sulla base del rapporto beneficio/rischio del singolo soggetto, dopo aver informato adeguatamente il paziente sui possibili rischi associati al trattamento.

Nel caso di terapia con JAKi si raccomanda di informare il paziente dei possibili rischi associati al trattamento con questi medicinali, come indicato anche nella nota informativa importante sulla sicurezza dei JAKi del 16 marzo 2023. Qualora disponibile può essere raccomandata una dose più bassa, a seconda del medicinale e del fattore di rischio specifico.

NB. Per la posologia e le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento anche agli RCP dei singoli farmaci

<input type="checkbox"/> è già in trattamento con tofacitinib (terapia iniziata prima dell'introduzione della limitazione)	
PAZIENTI <b>SENZA</b> I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI <b>CON</b> $\geq 1$ FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA
<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>	<i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i>
<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo	<input type="checkbox"/> la prosecuzione della terapia presenta, a giudizio del medico prescrittore, un profilo beneficio/rischio positivo
<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento	<input type="checkbox"/> è stato informato sui rischi associati al trattamento
	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> TNFi <input type="checkbox"/> anti-integrine, <input type="checkbox"/> anti IL-12/23

**La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).**

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o la presenza di fattori che a giudizio clinico del medico prescrittore controindichino/rendano inappropriato il trattamento nel singolo paziente.

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_