

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI JAKi (tofacitinib, upadacitinib)  
NEL TRATTAMENTO DELL'ARTRITE PSORIASICA**

*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti reumatologo, internista e (solo per upadacitinib) dermatologo.*

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesto M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____
peso (Kg) _____	
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	recapito Tel. _____

**TOFACITINIB**

**Indicazione autorizzata:**

Tofacitinib in associazione con MTX è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva (PsA) in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono intolleranti ad una precedente terapia con un farmaco antireumatico modificante la malattia (DMARD).

**Indicazione rimborsata SSN:**

tofacitinib è rimborsato unicamente in pazienti adulti con PsA attiva, **con prevalente impegno periferico e con poliartrite o mono/oligo-artrite**,

- **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).

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

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità**

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Al paziente è stata diagnosticata artrite psoriasica attiva con prevalente impegno periferico e presenta tutte le seguenti condizioni:

mono/oligo-artrite o  poliartrite

- **Solo per pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA**



ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

ha fallito\* il trattamento precedente con uno o più TNFi.

specificare i farmaci assunti

\*Specificare la causa di fallimento:

inefficacia primaria

inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_

specificare

altro \_\_\_\_\_

Specificare

• **Solo per pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA**

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

ha fallito\* i precedenti trattamenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-interleuchine.

specificare i farmaci assunti

\*Specificare la causa di fallimento:

inefficacia primaria

inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_

specificare

altro \_\_\_\_\_

Specificare

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

## UPADACITINIB

### Indicazione autorizzata:

Upadacitinib è indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più DMARD. Upadacitinib può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.



**Indicazione rimborsata SSN:**

Upadacitinib è rimborsato, in monoterapia o in associazione con metotrexato, unicamente in pazienti adulti con PsA attiva:

- **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).

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

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità**

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Al paziente è stata diagnosticata artrite psoriasica attiva e presenta tutte le seguenti condizioni:

- **Solo per pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA**

- ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

- ha fallito\* il trattamento precedente con uno o più TNFi.

specificare i farmaci assunti

\*Specificare la causa di fallimento:

- inefficacia primaria

- inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_

specificare

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

Specificare

- **Solo per pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA**

- ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

- ha fallito\* i precedenti trattamenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-interleuchine.

specificare i farmaci assunti

\*Specificare la causa di fallimento:



inefficacia primaria  
 inefficacia secondaria (perdita di efficacia)  
 comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_  
 specificare  
  
 altro \_\_\_\_\_  
 Specificare  
  
 La prescrizione dei Principi attivi deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

**Prescrizione**

Farmaco prescritto <i>(specificare il farmaco prescritto)</i>	Prima prescrizione <sup>^</sup>	Prosecuzione della cura <sup>^</sup>
<input type="checkbox"/> Tofacitinib		
<input type="checkbox"/> Upadacitinib		
_____ <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>		

<sup>^</sup> riferito al farmaco prescritto

*N.B. Si raccomanda di informare il paziente dei rischi associati al trattamento con questi medicinali. Per le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento agli RCP dei singoli farmaci (sezione 4.4).*

**La validità della scheda di prescrizione è di ..... mesi (validità massima 12 mesi)**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

-----

23A01339

