



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160114 - BA

Id. Piano 125000919

PIANO TEREPEUTICO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE DI OTEZLA (APREMILAST)

Da compilarsi ai fine della rimborsabilità SSN a cura dei dentri ospedalieri individuati dalle Regioni o medici specialisti (dermatologo, reumatologo, internista) operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore

Telefono

E-Mail

Codice fiscale

Cognome nome

Data nascita

Esenzione

Sesso

☒ Maschio ☐ Femmina

Asl Residenza

Residenza

MMG

Peso(Kg)

H(cm)

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con apremilast a carico del SSN nella indicazione **artrite psoriasica (PsA) attiva** deve essere limitato a pazienti adulti che abbiano risposto in modo inadeguato o siano risultati intolleranti ad almeno due DMARDs convenzionali e nei quali l'uso dei farmaci biologici sia controindicato o non tollerato.

Il trattamento con apremilast a carico del SSN nella indicazione **psoriasi cronica a placche da moderata a grave** deve essere limitato a pazienti adulti che non hanno risposto, che hanno una controindicazione o che sono intolleranti ad altra terapia sistemica (comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A, PUVA) e nei quali l'uso dei farmaci biologici sia controindicato o non tollerato.

☐ **Artrite psoriasica (PsA) attiva** nel paziente adulto che presenta **entrambe** le caratteristiche di seguito indicate ai fini della rimborsabilità:

☐ ha risposto in modo inadeguato o è risultato/a intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali:

Farmaco 1 (specificare):

Farmaco 2 (specificare):

☐ presenta controindicazioni o intolleranza agli anti-TNF-a e agli inibitori delle interleuchine

Anti-TNF-a (specificare):

Inibitore IL (specificare):

☒ **Psoriasi cronica a placche da moderata a grave** nel paziente adulto che presenta tutte le caratteristiche di seguito indicate ai fini della rimborsabilità:

☐ **PASI-BSA**

☐ PASI>10 e BSA>10
oppure
☐ PASI<10 e BSA<10 associato a lesioni:

☐ al viso ☐ Palmo/plantare ☐ Ungueale ☐ Genitale

☐ **Non ha risposto** oppure ☐ ha una controindicazione oppure ☐ è intollerante

ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A.

Terapia sistemica (specificare):

☐ presenta controindicazioni o intolleranza agli *anti-TNF-α* e agli inibitori delle interleuchine

Anti-TNF-α (specificare):

Inibitore IL (specificare):

Farmaco Prescritto

N.

Durata trattamento*

☐

Giorni

☐

Mesi

☒

Prima prescrizione

☐

Prosecuzione cura*

Data Emissione

08/05/2018

Data Termine

08/06/2018

Paziente con compromissione renale grave: la dose deve essere ridotta a 30 mg una volta al giorno.

(*) Prosecuzione di terapia: il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato, in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore, redigendo una nuova scheda.

Per l'indicazione **artrite psoriasica** se non è stato osservato un beneficio terapeutico dopo 6 mesi il trattamento deve essere riconsiderato.

Per l'indicazione **psoriasi cronica a placche** la prosecuzione è possibile, dopo quattro mesi di terapia, solo in caso di raggiungimento di **PASI 75**.

(*) Validità del PT

artrite psoriasica attiva: non superiore ai 12 mesi

psoriasi cronica a placche: non superiore a 4 mesi dalla data di prima compilazione; successivamente non superiore a 12 mesi

NOTA BENE

Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par. 4.3-4.4-4.5-4.6-4.7). Si rimanda a PCP per posologia e modo di somministrazione (cfr. par.4.2).