



Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti (dermatologo).

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

Paziente			
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Codice fiscale		Peso(Kg)	
ASL Residenza		Tel.	
Medico di Medicina Generale		recapito Tel.	

Indicazione autorizzata:
Abrocitinib è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti candidati alla terapia sistemica.
Upadacitinib è indicato nel trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni eleggibili alla terapia sistemica.

Indicazione rimborsata SSN:
Abrocitinib (50mg e 100mg), baricitinib[§] (2mg e 4 mg) e upadacitinib (15mg) sono rimborsati per il trattamento della **dermatite atopica** severa (**punteggio EASI ≥24**) in pazienti adulti candidati alla terapia sistemica:
- **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): in caso di fallimento* del trattamento con ciclosporina.
- **se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA:** unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate nell’indicazione (ciclosporina e anti-interleuchine) ritenute clinicamente opportune/possibili dal medico prescrittore.

[§]baricitinib è rimborsato solo in combinazione con i corticosteroidi topici

* 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.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità (il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti)

Farmaci prescrivibili: abrocitinib, upadacitinib. <input checked="" type="checkbox"/> è stata diagnosticata dermatite atopica grave definita con punteggio EASI ≥24, <input checked="" type="checkbox"/> è eleggibile alla terapia sistemica <input checked="" type="checkbox"/> età maggiore/uguale a 18 anni	
Farmaco prescrivibile: baricitinib. <input type="checkbox"/> è stata diagnosticata dermatite atopica grave definita con punteggio EASI ≥24, <input type="checkbox"/> è eleggibile alla terapia sistemica <input type="checkbox"/> età maggiore/uguale a 18 anni <input type="checkbox"/> è in trattamento con corticosteroidi topici sistemica	
PAZIENTI SENZA I FATTORI DI RISCHIO INDICATI DA EMA	PAZIENTI CON 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 checked="" type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con ciclosporina	<input type="checkbox"/> ha fallito* il trattamento con i farmaci appartenenti alle seguenti classi: <input type="checkbox"/> ciclosporina <input type="checkbox"/> anti-IL-4/13 <input type="checkbox"/> anti-IL-13

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

Farmaco Prescritto

Posologia**

Durata trattamento

☐ Giorni

☒ Mesi

1

Data Termine

20/03/2024

☒ Prima prescrizione ^

☐ Prosecuzione cura ^

^ riferito al farmaco prescritto
N.B. Si raccomanda di informare il paziente dei 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.
**Per la posologia e le avvertenze e precauzioni d’uso da adottare è necessario fare riferimento anche agli RCP dei singoli farmaci (sezioni 4.2 e 4.4)

Data

20/02/2024

La validità della scheda di prescrizione è al massimo 12 mesi.