



**1 / 2024**

# **TERAPIE BIOLOGICHE AD ATC L04**

**Appropriatezza e indicazioni d'uso dei  
farmaci utilizzati in ambito reumatologico,  
dermatologico e gastroenterologico.**

**AGNESE RIBAUDO, SIMONA REINA,  
IRENE MISTRETTA, ILARIA UOMO,  
MAURIZIO PASTORELLO**

**Dipartimento Interaziendale Farmaceutico  
ASP Palermo  
Via Pindemonte, 88  
[dipfarmaco@asppalermo.org](mailto:dipfarmaco@asppalermo.org)**



# INDICE

PREMESSA.....	4
<b>AREA REUMATOLOGICA E DERMATOLOGICA.....</b>	<b>9</b>
ARTRITE REUMATOIDE .....	11
ARTRITE PSORIASICA .....	13
PSORIASI A PLACCHE .....	15
<b>AREA GASTROENTEROLOGICA .....</b>	<b>17</b>
MORBO DI CROHN.....	18
COLITE ULCEROSA.....	21
TABELLA RIEPILOGATIVA DI TUTTE LE INDICAZIONI.....	24

## PREMESSA

La scelta di terapie biologiche per il trattamento delle patologie in campo reumatologico, dermatologico e gastroenterologico ha subito nel corso dell'ultimo ventennio un continuo aggiornamento, nelle linee di terapia, nelle estensioni di indicazioni e nelle evoluzioni di schemi posologici sempre più complessi.

All'atto della scadenza brevettuale delle specialità considerate per anni i best seller della categoria (infliximab, adalimumab e il più recente ustekinumab, tra gli altri) anche i prezzi di acquisto hanno subito delle flessioni; anche la modifica delle procedure di gara e gli accordi quadro hanno di fatto modificato in maniera sostanziale l'approccio alle terapie, con l'avvento dei biosimilari e i decreti regionali di controllo della spesa farmaceutica.

Tale approfondimento, giunto ormai al quarto aggiornamento, prevede informazioni utili a clinici, farmacisti e pazienti relativamente a:

- Indicazioni autorizzate nella Regione Sicilia
- Posologie di induzione e mantenimento
- Schemi terapeutici a confronto relativamente alla frequenza delle somministrazioni

La strategia che regola l'utilizzo dei farmaci disponibili per il trattamento di tali patologie è del tipo cosiddetto "sequenziale" che prevede l'impiego dei farmaci più potenti, ma con maggiori effetti collaterali, quando non vi è risposta clinica al trattamento con i farmaci meno potenti ma più sicuri.

Analizzeremo di seguito le diverse classi di farmaci appartenenti a:

- L04AA IMMUNOSOPPRESSIVI AD AZIONE SELETTIVA;
- L04AB INIBITORI DEL TNF ALFA;
- L04AC INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA;
- L04AD INIBITORI DELLA CALCINEURINA;
- L04AX ALTRI IMMUNOSOPPRESSIVI.

## 1. L04AA IMMUNOSOPPRESSIVI AD AZIONE SELETTIVA

Sono farmaci a somministrazione orale, fatta eccezione per abatacept e vedolizumab, che esistono nella formulazione sottocute o endovena.

Sono classificati come segue:

L04AA	NUOVI ATC	Immunosoppressivi selettivi	NOME COMMERCIALE	CLASSE
L04AA13	L04AK01	Leflunomide	ARAVA - EQUIVAL	A-PHT su PT web in DPC Lista di trasparenza
L04AA24	-	Abatacept	ORENCIA	H-RRL
L04AA29	L04AF01	Tofacitinib	XELJANZ	H-RNRL
L04AA32	-	Apremilast	OTEZLA	A-PHT su PT AIFA, in distribuzione diretta
L04AA33	L04AG05	Vedolizumab	ENTYVIO	H-RRL
L04AA37	L04AF02	Baricitinib	OLUMIANT	H-RNRL
L04AA44	L04AF03	Upadacitinib	RINVOQ	H-RNRL
L04AA45	L04AF04	Filgotinib	JYSELECA	H-RNRL

### NUOVI ATC

-**L04AK**: inibitori della diidroorotato deidrogenasi (DHODH)

-**L04AG**: anticorpi monoclonali

-**L04AF**: inibitori della chinasi janus-associata (JAK), su scheda regionale per JAK-inibitori

### ALTRE INDICAZIONI DI AREA REUMA E DERMA:

**Tofacitinib**: artrite idiopatica.

**Baricitinib**: artrite idiopatica e artrite correlata a entesite.

Inoltre **Baricitinib** e **Upadacitinib** sono inseriti in PTORS anche per l'indicazione Dermatite atopica.

## 2. L04AB INIBITORI DEL TNF ALFA

Sono farmaci somministrati per via parenterale sottocutanea, ad eccezione dell'infliximab che è immesso in commercio anche in formulazione endovenosa, con schemi terapeutici diversificati.

Sono tutti classificati in classe H RRL.

L04AB	Inibitori del TNF- $\alpha$	NOME COMMERCIALE	CLASSE
L04AB01	Etanercept - biosimilare	BENEPALI ENBREL ERELZI	H RRL
L04AB02	Infliximab - biosimilare	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	H RRL
L04AB04	Adalimumab - biosimilare	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	H RRL
L04AB05	Certolizumab pegol	CIMZIA	H RRL
L04AB06	Golimumab	SIMPONI	H RRL

### ALTRE INDICAZIONI DI AREA REUMA E DERMA:

**Etanercept:** artrite idiopatica.

**Adalimumab:** artrite idiopatica e artrite associata a entesite.

La prescrizione di tutti i farmaci classificati in ATC **L04AB** è soggetta al Decreto 540/14, che prevede la motivazione clinica, in caso di scelta dei farmaci a maggior costo terapia.

### 3. L04AC INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA

Sono farmaci somministrati per via parenterale sottocutanea, ad eccezione di Tocilizumab e Mirikizumab, che sono immessi in commercio anche in formulazione endovenosa.

I bersagli molecolari di ciascun farmaco sono interleuchine diverse che giocano un ruolo chiave nei processi infiammatori.

Sono tutti classificati in classe H-RRL.

L04AC	Inibitori dell'interleuchina	NOME COMMERCIALE	CLASSE
L04AC03	Anakinra	KINERET	H-RRL
L04AC05	Ustekinumab - biosimilare	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	H-RRL
L04AC07	Tocilizumab	ROACTEMRA TYENNE	H-RRL
L04AC10	Secukinumab	COSENTYX	H-RRL
L04AC12	Brodalumab	KYNTHEUM	H-RRL
L04AC13	Ixekizumab	TALTZ	H-RRL
L04AC14	Sarilumab	KEVZARA	H-RRL
L04AC16	Guselkumab	TREMFYA	H-RRL
L04AC17	Tildrakizumab	ILUMETRI	H-RRL
L04AC18	Risankizumab	SKYRIZI	H-RRL
L04AC21	Bimekizumab	BIMZELX	H-RRL
L04AC24	Mirikizumab	OMVOH	H-RRL

#### ALTRE INDICAZIONI DI AREA REUMA E DERMA:

**Tocilizumab:** artrite idiopatica e arterite a cellule giganti.

**Secukinumab:** artrite idiopatica e artrite associata a entesite.

**Bimekizumab:** idrosadenite suppurativa.

**4. L04AD INIBITORI DELLA CALCINEURINA  
e L04AX ALTRI IMMUNOSOPPRESSIVI.**

Sono farmaci a somministrazione orale, fatta eccezione per il metotrexato.

**Sono diversamente classificati come segue:**

<b>L04AD</b>	<b>Inibitori della calcineurina</b>	<b>NOME COMMERCIALE</b>	<b>CLASSE</b>
L04AD01	Ciclosporina	SANDIMMUN NEORAL EQUIVAL	A-RNR, su ricetta SSN <i>(in lista di trasparenza)</i>
<b>L04AX</b>	<b>Altri immunosoppressivi</b>	<b>NOME COMMERCIALE</b>	<b>CLASSE</b>
L04AX01	Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	A-RNR, su ricetta SSN <i>(in lista di trasparenza)</i>
L04AX03	Metotrexato	REUMAFLEX EQUIVAL	A-RNR, su ricetta SSN <i>(in lista di trasparenza)</i>
L04AX07	Dimetilfumarato	SKILARENCE	A-PHT in distribuzione diretta.

Nessuna altra indicazione di area Reuma e Derma.

ATTENZIONE **Dimetilfumarato TECFIDERA**: sclerosi multipla.

# AREA REUMATOLOGICA E DERMATOLOGICA

## RIEPILOGO DELLE INDICAZIONI AUTORIZZATE

L04A Immunosoppressivi		ARTRITE REUMATOIDE	ARTRITE PSORIASICA	PSORIASI A PLACCHE	SPOND. ANCHILOSANTE	SPOND. ASSIALE NON RADIOGRAFICA
<b>L04AA Immunosoppressivi selettivi</b>						
L04AA13-L04AK01 Leflunomide	ARAVA - EQUIVAL	<b>X</b>	<b>X</b>			
L04AA24 Abatacept	ORENCIA	<b>X</b>	<b>X</b>			
L04AA29-L04AF01 Tofacitinib	XELJANZ	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
L04AA32 Apremilast	OTEZLA		<b>X</b>	<b>X</b>		
L04AA37-L04AF02 Baricitinib	OLUMIANT	<b>X</b>	<b>X</b> X giovanile NO PTORS			
L04AA44-L04AF03 Upadacitinib	RINVOQ	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b> NO PTORS
L04AA45-L04AF04 Filgotinib	JYSELECA	<b>X</b>				
<b>L04AB Inibitori del TNF-<math>\alpha</math></b>						
L04AB01 Etanercept - biosimilare	BENEPALI ENBREL ERELZI	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b> adulti/ bambini	<b>X</b>	<b>X</b>
L04AB02 Infliximab - biosimilare	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	
L04AB04 Adalimumab - biosimilare	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b> adulti/ bambini	<b>X</b>	<b>X</b>
L04AB05 Certolizumab pegol	CIMZIA	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
L04AB06 Golimumab	SIMPONI	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>L04AC Inibitori dell'interleuchina</b>						
L04AC03 Anakinra	KINERET	<b>X</b>				
L04AC05 Ustekinumab - biosimilare	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA		<b>X</b>	<b>X</b> adulti/ bambini		
L04AC07 Tocilizumab	ROACTEMRA TYENNE	<b>X</b>				
L04AC10 Secukinumab	COSENTYX		<b>X</b> anche giovanile	<b>X</b> adulti/ bambini	<b>X</b>	<b>X</b>
L04AC12 Brodalumab	KYNTHEUM			<b>X</b>		
L04AC13 Ixekizumab	TALTZ		<b>X</b>	<b>X</b> adulti/ bambini	<b>X</b>	<b>X</b>
L04AC14 Sarilumab	KEVZARA	<b>X</b>				
L04AC16 Guselkumab	TREMFYA		<b>X</b>	<b>X</b>		
L04AC17 Tildrakizumab	ILUMETRI			<b>X</b>		
L04AC18 Risankizumab	SKYRIZI		<b>X</b> NO PTORS	<b>X</b>		
L04AC21 Bimekizumab	BIMZELX		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b> NO PTORS	<b>X</b> NO PTORS

L04AD Inibitori della calcineurina						
L04AD01 Ciclosporina	SANDIMMUN NEORAL EQUIVAL	X		X		
L04AX Altri immunosoppressivi						
L04AX01 Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	X				
L04AX03 Metotrexato	REUMAFLEX EQUIVAL	X		X		
L04AX07 Dimetilfumarato	SKILARENCE			X		

## FORMALISMI DELLA REGIONE SICILIA

---

**PRESCRIZIONE:** Centri di cui all'allegato 4 del D.A. n. 1766/11 e s.m.i.

**DISPENSAZIONE:** Farmacia ospedaliera del centro prescrittore.

Preso in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.

**NOTE:** scheda cartacea AIFA dei farmaci biologici con validità massima di 12 mesi.

Il piano terapeutico di **Apremilast** ha validità di quattro mesi alla prima prescrizione (inclusa la titolazione iniziale della confezione starter pack) e in seguito può essere esteso fino a 12 mesi.

Per la prescrizione di medicinali a base di **Ustekinumab**, come previsto dal DDG n.1020 del 8 Ottobre 2021, il medico prescrittore deve compilare la scheda di monitoraggio AIFA e inoltrarla alla Farmacia ospedaliera dell'Azienda Sanitaria presso cui insiste il centro prescrittore.

L'azienda, al momento della dispensazione, deve inviare copia della scheda di monitoraggio, debitamente compilata e con le fustelle del medicinale erogato, al Referente per l'Appropriatezza prescrittiva dell'ASP di residenza del paziente.

Questa, a sua volta, deve esprimere il proprio parere per ciascuna scheda di prescrizione, al fine di procedere alla compensazione interaziendale attraverso il flusso di mobilità c.d. "file F".

## ARTRITE REUMATOIDE – FARMACI E POSOLOGIE

ATC	P. A.	SPECIALITA'	POSOLOGIA INDUZIONE	POSOLOGIA MANTENIMENTO	CLASSE
L04AA13	Leflunomide	ARAVA, EQUIVAL	100 mg/die per 3 giorni	Da 10 a 20 mg/die in funzione della gravità della malattia	A-PHT
L04AA24	Abatacept	ORENCIA	< 60kg: 500 mg 60-100 kg: 750 mg >100 kg: 1000 mg settimane 0,2,4 <b>IN ALTERNATIVA</b> 125 mg SC SC/settimana con o senza dose di carico EV	ogni 4 settimane  <b>IN ALTERNATIVA</b> 125 mg SC/settimana	H
L04AA29	Tofacitinib	XELJANZ	-	5 mg/due volte al giorno o 11 mg RP/die.	H
L04AA37	Baricitinib	OLUMIANT	-	4 mg/die; o 2 mg/die: per pz ≥65 anni, con infezioni croniche e ricorrenti o che hanno raggiunto un controllo persistente della malattia.	H
L04AA44	Upadacitinib	RINVOQ	-	15 mg/die	H
L04AA45	Filgotinib	JYSELECA	-	200 mg /die	H
L04AB01	Etanercept	BENEPALI ENBREL ERELZI	-	50 mg una volta a settimana o 25 mg due volte a settimana	H
L04AB02	Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	3 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6 <b>IN ALTERNATIVA</b> 120 mg SC SETTIMANE 1, 2, 3, 4 (dopo 2 infusioni EV).	3 mg/kg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 120 mg SC ogni 2 settimane	H
L04AB04	Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	-	40 mg ogni due settimane SOLO in monoterapia, in caso di riduzione della risposta: 40 mg/settimana o 80 mg/settimane alterne.	H
L04AB05	Certolizumab pegol	CIMZIA	400 mg (2 da 200mg) SETTIMANE 0, 2, 4	200 mg ogni due settimane o 400 mg ogni 4 settimane.	H
L04AB06	Golimumab	SIMPONI	-	50 mg una volta al mese sempre nello stesso giorno	H
L04AC03	Anakinra	KINERET	-	100 mg/die sempre alla stessa ora	H
L04AC07	Tocilizumab	ROACTEMRA	-	EV: 8 mg/kg ogni 4 settimane; SC: 162 mg/settimana.	H
L04AC14	Sarilumab	KEVZARA	-	200 mg ogni due settimane o 150 mg ogni due settimane.	H
L04AD01	Ciclosporina	SANDIMMUN Equivalent	3 mg/kg/die (in due somministrazioni) per 6-12 settimane.	Dose titolata su base individuale fino a un massimo di 5 mg/kg/die.	A
L04AX01	Azatioprina	AZAFOR Equivalent	1-3 mg/kg/die	da meno di 1 a 3 mg/kg/die in base alle condizioni cliniche e alla risposta individuale.	A
L04AX03	Metotrexato	REUMAFLEX Equivalent	7,5 mg/settimana, eventualmente aumentata di 2,5 mg / settimana, fino a massimo 25mg/settimana.	Raggiunto il risultato terapeutico desiderato, la dose deve essere ridotta gradualmente fino alla dose minima efficace di mantenimento.	A

## ARTRITE REUMATOIDE - INTERVALLI DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI BIOLOGICI

SETTIMANE PRIMO ANNO:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	SECONDO ANNO		
L04AA24 ABATACEPT	ORENCIA	750 MG																																	13 SOMMINISTRAZIONI
		125 MG																																	
L04AB01 ETANERCEPT	BENEPALI ENBREL ERELZI	50 MG*																																	52 SOMMINISTRAZIONI
L04AB02 INFLIXIMAB	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	3 mg/kg																																	7 SOMMINISTRAZIONI
L04AB04 ADALIMUMAB	AMGEVIA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO EMRALDI YUFLIMA	40 MG																																	26 SOMMINISTRAZIONI
L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL	CIMZIA	200 MG**	x2		x2																													26 SOMMINISTRAZIONI	
L04AB06 GOLIMUMAB	SIMPONI	50 MG																																	12 SOMMINISTRAZIONI
L04AC07 TOCILIZUMAB	ROACTEMRA TYENNE	8 mg/kg																																	13 SOMMINISTRAZIONI
		162 MG																																	
L04AC14 SARILUMAB	KEVZARA	150 mg 200 mg																																	26 SOMMINISTRAZIONI

### LEGENDA

Nello schema non sono riportati i farmaci a somministrazione giornaliera

La casella colorata corrisponde alla somministrazione settimanale

x2 indica una doppia somministrazione

\*In RCP previsto anche 25 mg\*2/settimana

\*\*In RCP previsto anche un mantenimento di 400 mg /4 settimane

## ARTRITE PSORIASICA – FARMACI E POSOLOGIE

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITÀ	POSOLOGIA INDUZIONE	POSOLOGIA MANTENIMENTO	CLASSE
L04AA13	Leflunomide	ARAVA, EQUIVAL	100 mg/die per 3 giorni	20 mg/die in funzione della gravità della malattia	A-PHT
L04AA24	Abatacept	ORENCIA	< 60kg: 500 mg 60-100 kg: 750 mg >100 kg: 1000 mg SETTIMANE 0,2,4 <b>IN ALTERNATIVA</b> nessuna induzione per il dosaggio 125 mg SC.	ogni 4 settimane  <b>IN ALTERNATIVA</b> 125 mg SC/settimana	H
L04AA29	Tofacitinib	XELJANZ	-	5 mg / due volte al giorno	H
L04AA32	Apremilast	OTEZLA	Giorno 1: 10 mg AM Giorno 2: 10+10mg Giorno 3: 10+20mg Giorno 4: 20+20mg Giorno 5: 20+30mg Giorno 6: 30+30 mg	30 mg / due volte al giorno a distanza di 12 ore (mattina e sera)	A-PHT
L04AA44	Upadacitinib	RINVOQ	-	15 mg/die.	H
L04AB01	Etanercept	BENEPALI ENBREL ERELZI	-	50 mg una volta a settimana; o 25 mg due volte a settimana.	H
L04AB02	Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	5 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6	5 mg/kg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 120 mg SC ogni 2 settimane (dopo 2 infusioni di EV)	H
L04AB04	Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	-	40 mg ogni due settimane	H
L04AB05	Certolizumab pegol	CIMZIA	400 mg (2 da 200 mg) SETTIMANE 0, 2, 4	200 mg ogni due settimane o 400 mg ogni 4 settimane	H
L04AB06	Golimumab	SIMPONI	-	50 mg una volta al mese	H
L04AC05	Ustekinumab	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	45 mg SC (90 mg per pz >100 kg) SETTIMANE 0, 4	45 mg (90 mg per pz >100kg) ogni 12 settimane	H
L04AC10	Secukinumab	COSENTYX	150 mg o 300 mg SETTIMANE 0, 1, 2, 3 e 4.	150 o 300 mg ogni 4 settimane.	H
L04AC13	Ixekizumab	TALTZ	160 mg (2 da 80 mg) SETTIMANA 0	80 mg ogni 4 settimane	H
L04AC16	Guselkumab	TREMFYA	100 mg SETTIMANA 0,4	100 mg ogni 8 settimane	H
L04AC21	Bimekizumab	BIMZELX	-	160 mg ogni 4 settimane	H
L04AX03	Metotrexato	REUMAFLEX Equivalent	7,5 mg/settimana, eventualmente aumentata di 2,5 mg a settimana, per un massimo di 25mg/settimana.	Raggiunto il risultato terapeutico desiderato, la dose deve essere ridotta gradualmente fino alla dose minima efficace di mantenimento.	A

## ARTRITE PSORIASICA - INTERVALLI DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI BIOLOGICI

SETTIMANE PRIMO ANNO:			0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	SECONDO ANNO		
L04AA24 ABATACEPT	ORENCIA	750 MG																																		13 SOMMINISTRAZIONI
		125 MG																																		
L04AB01 ETANERCEPT	BENEPALI ENBREL ERELZI	50 MG																																		52 SOMMINISTRAZIONI
L04AB02 INFLIXIMAB	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	350 MG (5 mg/kg)																																		7 SOMMINISTRAZIONI
L04AB04 ADALIMUMAB	AMIGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLIMA	40 MG																																		26 SOMMINISTRAZIONI
L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL	CMZIA	200 MG	x2		x2		x2																													26 SOMMINISTRAZIONI
L04AB06 GOLIMUMAB	SIMPONI	50 MG																																		12 SOMMINISTRAZIONI
L04AC05 USTEKINUMAB	STELARA	45 MG																																		4 SOMMINISTRAZIONI
L04AC10 SECUKINUMAB	COSENTYX	150 MG 300 MG																																		13 SOMMINISTRAZIONI
L04AC13 EXEKIZUMAB	TALTZ	80 MG	x2																																	13 SOMMINISTRAZIONI
L04AC16 GUSELKUMAB	TREMFYA	100 MG																																		7 SOMMINISTRAZIONI
L04AC21 BIMEKIZUMAB	BMZELX	160 MG																																		13 SOMMINISTRAZIONI

### LEGENDA

Nello schema non sono riportati i farmaci a somministrazione giornaliera

La casella colorata corrisponde alla somministrazione settimanale

x2 indica una doppia somministrazione

# PSORIASI A PLACCHE – FARMACI E POSOLOGIE

Per le terapie non biologiche consultare l'opuscolo "Farmaci per la Psoriasi: appropriatezza delle terapie non biologiche".

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITÀ	POSOLOGIA INDUZIONE		POSOLOGIA MANTENIMENTO	CLASSIFICAZIONE
L04AA32	Apremilast	OTEZLA	Giorno 1: 10 mg Giorno 2: 10+10mg Giorno 3: 10+20mg	Giorno 4: 20+20mg Giorno 5: 20+30mg Giorno 6: 30+30 mg	30 mg due volte al giorno a distanza di 12 ore .	A-PHT
L04AB01	Etanercept	BENEPALI ENBREL ERELZI	-		25 mg due volte a settimana o 50 mg / settimana.	H
L04AB02	Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	5 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6 <b>IN ALTERNATIVA</b> 5 mg/kg ogni 2 settimane (dopo 4 settimane da EV)		5 mg/kg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 120 mg SC ogni 2 settimane	H
L04AB04	Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	80 mg SETTIMANA 0		40 mg ogni due settimane fino a 16 settimane. Successivamente 80 mg ogni due settimane o 40 mg a settimana.	H
L04AB05	Certolizumab pegol	CIMZIA	400 mg (2 da 200 mg) SETTIMANE 0, 2, 4		200 mg o 400 mg ogni due settimane	H
L04AC05	Ustekinumab	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	45 mg SC (90 mg per pz >100 kg) SETTIMANE 0, 4		45 mg (90 mg per pz >100kg) ogni 12 settimane	H
L04AC10	Secukinumab	COSENTYX	300 mg (o 2 da 150 mg) SETTIMANE 0, 1, 2, 3, 4		300 mg ogni 4 settimane	H
L04AC12	Brodalumab	KYNTHEUM	210 mg SETTIMANE 0, 1 e 2		210 mg ogni 2 settimane	H
L04AC13	Ixekizumab	TALTZ	160 mg (2 da 80 mg) SETTIMANA 0; 80 mg SETTIMANE 2, 4, 6, 8, 10 e 12.		80 mg ogni 4 settimane	H
L04AC16	Guselkumab	TREMFYA	100 mg SETTIMANE 0, 4		100 mg ogni 8 settimane	H
L04AC17	Tildrakizumab	ILUMETRI	100 mg SETTIMANE 0, 4		100 mg ogni 12 settimane	H
L04AC18	Risankizumab	SKYRIZI	150 mg (o 2 da 75 mg) SETTIMANE 0, 4		150 mg ogni 12 settimane	H
L04AC21	Bimekizumab	BIMZELX	320 mg (2 da 160 mg) SETTIMANE 0, 4, 8, 12, 16		320 mg (2 da 160 mg) ogni 8 settimane	H
L04AD01	Ciclosporina	SANDIMMUN Equivalent	2,5 mg/kg/die in due dosi; fino a 5 mg/kg/die.		Dose titolata su base individuale	A
L04AX03	Metotrexato	REUMAFLEX Equivalent	7,5 mg/settimana, fino a un massimo di 25 mg/settimana.		Raggiunto il risultato, la dose deve essere ridotta.	A
L04AX07	Dimetil-fumarato	SKILARENCE	Settimana 1: 30 mg/die PM Settimana 2: 60 mg/die (30+30) Settimana 3: 90 mg/die (30+30+30)		Settimana 4: 120 mg/die PM Settimana 5: 240 mg/die Settimana 6: 360 mg/die Settimana 7: 480 mg/die Settimana 8: 600 mg/die Dalla settimana 9: 720 mg/die.	A-PHT

## PSORIASI A PLACCHE - INTERVALLI DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI BIOLOGICI

SETTIMANE PRIMO ANNO:			0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	SECONDO ANNO		
L04AB01 ETANERCEPT	BENEPALI ENBREL ERELZI	50 MG*																																		52 SOMMINISTRAZIONI
L04AB02 INFLIXIMAB	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	350 MG (5 mg/kg)																																		7 SOMMINISTRAZIONI
L04AB04 ADALIMUMAB	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLIMA	40 MG	x2														x2	26 SOMMINISTRAZIONI																		
L04AB05 CERTOLIZUMAB PEGOL	CIMZIA	200 MG	x2	x2	x2																														26 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC05 USTEKINUMAB	STELARA	45 MG																																	4 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC10 SECUKINUMAB	COSENTYX	150 MG	x2	x2	x2	x2				x2			x2			x2			x2			x2			x2			x2			x2			x2	13 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC12 BRODALUMAB	KYNTHEUM	210 MG																																	26 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC13 IXEKIZUMAB	TALTZ	80 MG	x2																																13 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC16 GUSELKUMAB	TREMFYA	100 MG																																	6 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC17 TILDRAKIZUMAB	ILUMETRI	100 MG																																	4 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC18 RISANKIZUMAB	SKYRIZI	75 MG	x2			x2																													8 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC21 BIMEKIZUMAB	BIMZELX	160 MG	x2			x2					x2																								7 SOMMINISTRAZIONI	

### LEGENDA

Nello schema non sono riportati i farmaci a somministrazione giornaliera

La casella colorata corrisponde alla somministrazione settimanale

x2 indica una doppia somministrazione

\*In RCP previsto anche 25 mg\*2/settimana

# AREA GASTROENTEROLOGICA

## RIEPILOGO DELLE INDICAZIONI AUTORIZZATE

L04A Immunosoppressivi		CHRON	COLITE
L04AA Immunosoppressivi selettivi			
L04AA29-L04AF01 Tofacitinib	XELJANZ		X
L04AA33-L04AG05 Vedolizumab	ENTYVIO	X	X
L04AA44-L04AF03 Upadacitinib	RINVOQ	X	X
L04AA45-L04AF04 Filgotinib	JYSELECA		X
L04AB Inibitori del TNF- $\alpha$			
L04AB02 Infliximab - biosimilare	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	X adulti/ bambini	X adulti/ bambini
L04AB04 Adalimumab - biosimilare	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	X adulti/ bambini	X adulti/ bambini
L04AB06 Golimumab	SIMPONI		X
L04AC Inibitori dell'interleuchina			
L04AC05 Ustekinumab - biosimilare	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	X	X
L04AC18 Risankizumab	SKYRIZI	X	
L04AC24 Mirikizumab	OMVOH		X
L04AX Altri immunosoppressivi			
L04AX01 Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	X	X
L04AX03 Metotrexato	REUMAFLEX EQUIVAL	X	

### FORMALISMI DELLA REGIONE SICILIA

**PRESCRIZIONE:** Centri di cui al D.A. n. 1439/12 "Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino".

**DISPENSAZIONE:** Farmacia ospedaliera del centro prescrittore.

Presenza in carico dei pazienti con PT redatto da strutture fuori regione.

**NOTE:** scheda cartacea AIFA per i farmaci biologici, con validità massima 12 mesi.

Per la prescrizione di **Ustekinumab**, come previsto dal DDG n.1020 del 8 Ottobre 2021, il medico prescrittore deve compilare la scheda di monitoraggio AIFA e inoltrarla alla Farmacia ospedaliera dell'Azienda Sanitaria presso cui insiste il centro prescrittore.

L'azienda, al momento della dispensazione, deve inviare copia della scheda di monitoraggio, debitamente compilata e con le fustelle del medicinale erogato, al Referente per l'Appropriatezza prescrittiva dell'ASP di residenza del paziente. L'ASP, a sua volta, deve esprimere il proprio parere per ciascuna scheda di prescrizione, al fine di procedere alla compensazione interaziendale attraverso il flusso di mobilità c.d. "file F".

## MORBO DI CROHN

FARMACI		INDICAZIONE
L04AA33 Vedolizumab	ENTYVIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderato a severo per adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o alla somministrazione di un antagonista del TNF-alfa.</li> </ul>
L04AA44 (L04AF03) Upadacitinib	RINVOQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>attiva da moderata a severa per adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un agente biologico.</li> </ul>
L04AB02 Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderato a severo, in adulti che non abbiano risposto nonostante un trattamento completo ed adeguato con corticosteroidi e/o immunosoppressori; o in pazienti che non tollerano o che presentano controindicazioni mediche per le suddette terapie.</li> <li>fistolizzante in fase attiva, in adulti che non abbiano risposto nonostante un ciclo di terapia completo ed adeguato con trattamento convenzionale (inclusi antibiotici, drenaggio e terapia immunosoppressiva).</li> <li>severo in fase attiva nei bambini e negli adolescenti tra 6 e 17 anni che non hanno risposto alla terapia convenzionale con un corticosteroide, un immunomodulatore e una terapia nutrizionale primaria o in pazienti che non tollerano o che presentano controindicazioni per le suddette terapie.</li> </ul>
L04AB04 Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderato a severo, in adulti che non hanno risposto ad un ciclo terapeutico completo ed adeguato a base di corticosteroidi e/o di un immunosoppressore o nei pazienti intolleranti a tali terapie o che presentino controindicazioni mediche ad essi.</li> <li>in fase attiva di grado da moderato a severo, nei pazienti pediatrici dai 6 anni di età che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale, inclusa la terapia nutrizionale primaria e ad una terapia a base di un corticosteroide e/o di un immunomodulatore, o che sono intolleranti o hanno controindicazioni a tali terapie.</li> </ul>
L04AC05 Ustekinumab	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderato a grave in adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono intolleranti alla terapia convenzionale o ad un antagonista del TNF-<math>\alpha</math> o che hanno controindicazioni mediche per tali terapie.</li> </ul>
L04AC18 Risankizumab	SKYRIZI	<ul style="list-style-type: none"> <li>forma moderata a grave in adulti in aggiunta o meno alla terapia convenzionale, in presenza di almeno una delle seguenti situazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>-dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica, in presenza di resistenza, intolleranza o bilancio beneficio/rischio valutabile come negativo per gli immunosoppressori;</li> <li>-resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale in pazienti che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni ai farmaci biologici anti-TNF alfa.</li> </ul> </li> </ul>
L04AX01 Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>forma moderata a grave in adulti, sia da sola che in combinazione con corticosteroidi e/o altri farmaci e procedure, in pazienti intolleranti agli steroidi o steroide-dipendenti e nei quali la risposta terapeutica risulti inadeguata nonostante un uso di steroidi ad alte dosi.</li> </ul>
L04AX03 Metotrexato	REUMAFLEX EQUIVAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>da lieve a moderato, da solo o in associazione a corticosteroidi in adulti refrattari o intolleranti alle tiopurine.</li> </ul>

## MORBO DI CROHN-POSOLOGIE

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITÀ	POSOLOGIA INDUZIONE	POSOLOGIA MANTENIMENTO	CLASSE
L04AA33	Vedolizumab	ENTYVIO	300 mg SETTIMANE 0, 2, 6	300 mg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 108 mg SC ogni 2 settimane (dopo almeno 2 infusioni ev)	H
L04AA44 (L04AF03)	Upadacitinib	RINVOQ	45 mg /die per 12 settimane	15 o 30 mg /die	H
L04AB02	Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	5 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6	5 mg/kg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 120 mg SC ogni 2 settimane (dopo almeno 2 infusioni ev)	H
L04AB04	Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	80 mg SETTIMANA 0 e 40 mg SETTIMANA 2. <b>IN ALTERNATIVA</b> 160 mg SETTIMANA 0 (4 da 40 mg/die o 2 da 40 mg/die per due giorni consecutivi), e da 80 mg SETTIMANA 2 (2 da 40 mg/die).	40 mg ogni due settimane. <b>IN ALTERNATIVA</b> 40 mg/settimana o 80 mg ogni due settimane.	H
L04AC05	Ustekinumab	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	PRIMA DOSE via EV -pz ≤ 55 kg: 260 mg (2fl) -pz 55-85 kg: 390 mg (3fl) -pz > 85 kg: 520 mg (4fl) Successivamente 90 mg SC SETTIMANA 8.	90 mg SC ogni 12 settimane.	H
L04AC18	Risankizumab	SKYRIZI	600 mg SETTIMANA 0, 4, 8 e 360 mg SETTIMANA 12	360 mg ogni 8 settimane.	H
L04AX01	Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	-	1 a 3 mg/kg/die	A
L04AX03	Metotrexato	REUMAFLEX EQUIVAL	25 mg/settimana per circa 8-12 settimane.	15 mg/settimana.	A

### CD in pazienti pediatrici (> 6 anni):

PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA INDUZIONE	POSOLOGIA MANTENIMENTO
Infliximab	5 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6	5 mg/kg ogni 8 settimane
Adalimumab	<40 kg: 40 mg alla settimana 0 e 20 mg alla settimana 2 <b>Oppure</b> 80 mg alla settimana 0 e 40 mg alla settimana 2.  ≥40 kg: 80 mg alla settimana 0 e 40 mg alla settimana 2 <b>Oppure</b> 160 mg alla settimana 0 e 80 mg alla settimana 2.	<40 kg:20 mg a settimane alterne.  ≥40 kg:40 mg a settimane alterne.

## MORBO DI CROHN – INTERVALLI DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI BIOLOGICI

SETTIMANE PRIMO ANNO:			0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	SECONDO ANNO			
L04AA33 Vedolizumab	ENTYVIO	300 mg																																			7 SOMMINISTRAZIONI
L04AB02 Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	5 mg/kg																																			7 SOMMINISTRAZIONI
L04AB04 Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	40 mg*	x2																																		26 SOMMINISTRAZIONI
L04AC05 Ustekinumab	STELARA	130 mg EV 90 mg SC **																																			5 SOMMINISTRAZIONI
L04AC18 Risankizumab	SKYRIZI	360 mg 600 mg																																			6 SOMMINISTRAZIONI

### LEGENDA

Nello schema non sono riportati i farmaci a somministrazione giornaliera

La casella colorata corrisponde alla somministrazione settimanale

\*per i pazienti che necessitano di una risposta più rapida alla terapia, è previsto un dosaggio doppio (x2).

\*\*Vedi schema posologico

## COLITE ULCEROSA

FARMACI L04		INDICAZIONE
L04AA29 Tofacitinib	XELJANZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a severa in adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono intolleranti alla terapia convenzionale o a un agente biologico.</li> </ul>
L04AA33 Vedolizumab	ENTYVIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a severa in adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o alla somministrazione di un antagonista del TNF-alfa.</li> </ul>
L04AA44 Upadacitinib	RINVOQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a severa in adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un agente biologico.</li> </ul>
L04AA45 Filgotinib	JYSELECA	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a severa in adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono intolleranti alla terapia convenzionale o a un medicinale biologico.</li> </ul>
L04AB02 Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a severa, in adulti che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-MP o AZA, o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione medica a queste terapie.</li> <li>in fase attiva di grado severo in bambini e adolescenti da 6 a 17 anni di età, che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-MP o AZA, o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione a queste terapie.</li> </ul>
L04AB04 Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a severa, in adulti e bambini &gt; 6 anni che hanno manifestato una risposta inadeguata alla terapia convenzionale inclusi i corticosteroidi e la 6-MP o AZA o che sono intolleranti o presentano controindicazioni a tali terapie.</li> </ul>
L04AB06 Golimumab	SIMPONI	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a grave, in adulti che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-MP o AZA, o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione medica a queste terapie.</li> </ul>
L04AC05 Ustekinumab	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>in fase attiva da moderata a grave in adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o ad una terapia biologica oppure che presentano controindicazioni mediche a tali terapie.</li> </ul>
L04AC24 Mirikizumab	OMVOH	<ul style="list-style-type: none"> <li>attiva di grado da moderato a grave in adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un trattamento biologico.</li> </ul>
L04AX01 Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>forme gravi o moderatamente gravi, sia da sola che in combinazione con corticosteroidi e/o altri farmaci e procedure, in pazienti intolleranti agli steroidi o steroide-dipendenti e nei quali la risposta terapeutica risulta inadeguata nonostante un uso di steroidi ad alte dosi.</li> </ul>

## COLITE ULCEROSA- POSOLOGIE

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITÀ	POSOLOGIA INDUZIONE	POSOLOGIA MANTENIMENTO	CLASSE
L04AA29	Tofacitinib	XELJANZ	10 mg due volte al giorno per 8 settimane o 16 settimane.	5 mg due volte al giorno.	H
L04AA33	Vedolizumab	ENTYVIO	300 mg SETTIMANE 0, 2, 6	300 mg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 108 mg SC ogni 2 settimane (dopo almeno 2 infusioni ev)	H
L04AA44	Upadacitinib	RINVOQ	45 mg/die per 8 settimane (max 16)	15 o 30 mg/die	H
L04AA45	Filgotinib	JYSELECA	-	200 mg/die	H
L04AB02	Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	5 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6	5 mg/kg ogni 8 settimane <b>IN ALTERNATIVA</b> 120 mg SC ogni 2 settimane (dopo almeno 2 infusioni ev)	H
L04AB04	Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	160 mg SETTIMANA 0 (4 da 40 mg/die o 2 da 40 mg/die per due giorni consecutivi), e 80 mg SETTIMANA 2 (2 da 40 mg/die).	40 mg ogni due settimane  <b>IN ALTERNATIVA</b> 40 mg/settimana o 80 mg/ 2 settimane.	H
L04AB06	Golimumab	SIMPONI	<b>-pz &lt; 80 kg:</b> 200 mg SETTIMANA 0, 100 mg SETTIMANA 2 e 50 mg SETTIMANA 6. <b>-pz ≥ 80 kg:</b> 200 mg SETTIMANA 0, 100 mg SETTIMANA 2.	<b>-pz &lt; 80 kg:</b> 50 mg ogni 4 settimane. <b>-pz ≥ 80 kg:</b> 100 mg ogni 4 settimane.	H
L04AC05	Ustekinumab	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA	PRIMA DOSE via EV -pz ≤ 55 kg: 260 mg -pz 55-85 kg: 390 mg -pz > 85 kg: 520 mg Successivamente 90 mg SC SETTIMANA 8.	90 mg SC ogni 12 settimane.	H
L04AC24	Mirikizumab	OMVOH	300 mg EV SETTIMANE 0, 4 e 8	200 mg (2 da 100mg) SC ogni 4 settimane	H
L04AX01	Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	-	1 a 3 mg/kg/die	A

### CU in pazienti pediatrici (> 6 anni):

PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA INDUZIONE	POSOLOGIA MANTENIMENTO
Infliximab	5 mg/kg SETTIMANE 0, 2, 6	5 mg/kg ogni 8 settimane
Adalimumab	<40 kg: 80mg settimana 0 e 40mg settimana 2 ≥40 kg: 160mg settimana 0 e 80mg settimana 2	<40 kg: 40 mg a settimane alterne ≥40 kg: 80 mg a settimane alterne

## COLITE ULCEROSA – INTERVALLI DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI BIOLOGICI

SETTIMANE PRIMO ANNO:			0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	SECONDO ANNO			
L04AA33 Vedolizumab	ENTYVIO	300 mg																																		7 SOMMINISTRAZIONI	
L04AB02 Infliximab	REMICADE REMSIMA INFLECTRA FLIXABI ZESSLY	5 mg/kg																																		7 SOMMINISTRAZIONI	
L04AB04 Adalimumab	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	40 mg*	x4		x2																															26 SOMMINISTRAZIONI	
L04AB06 Golimumab	SIMPONI	50 mg**	x4		x2																															13 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC05 Ustekinumab	STELARA	130 mg EV 90 mg SC ***																																		5 SOMMINISTRAZIONI	
L04AC24 Mirikizumab	OMVOH	300 mg EV 100 mg SC ***											x2			x2																				x2	13 SOMMINISTRAZIONI

### LEGENDA

Nello schema non sono riportati i farmaci a somministrazione giornaliera

La casella colorata corrisponde alla somministrazione settimanale

\* per i pazienti che mostrano una riduzione nella risposta, è previsto un dosaggio di mantenimento doppio (x2).

\*\* pazienti < 80 kg

\*\*\* vedi schema posologico

## TABELLA RIEPILOGATIVA DI TUTTE LE INDICAZIONI

L04A Immunosoppressivi		ARTRITE REUMATOIDE	ARTRITE PSORIASICA	PSORIASI A PLACCHE	SPOND. ANCHILOSANTE	SPOND. ASSIALE NON RADIOGRAFICA	CHRON	COLITE
<b>L04AA Immunosoppressivi selettivi</b>								
L04AA13- L04AK01 Leflunomide	ARAVA - EQUIVAL	<b>X</b>	<b>X</b>					
L04AA24 Abatacept	ORENCIA	<b>X</b>	<b>X</b>					
L04AA29- L04AF01 Tofacitinib	XELJANZ	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>			<b>X</b>
L04AA32 Apremilast	OTEZLA		<b>X</b>	<b>X</b>				
L04AA33- L04AG05 Vedolizumab	ENTYVIO						<b>X</b>	<b>X</b>
L04AA37- L04AF02 Baricitinib	OLUMIANT	<b>X</b>	<b>X giovanile NO PTORS</b>					
L04AA44- L04AF03 Upadacitinib	RINVOQ	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X NO PTORS</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
L04AA45- L04AF04 Filgotinib	JYSELECA	<b>X</b>						<b>X</b>
<b>L04AB Inibitori del TNF-α</b>								
L04AB01 Etanercept - biosimilare	BENEPALI ENBREL ERELZI	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X adulti/ bambini</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
L04AB02 Infliximab - biosimilare	FLIXABI INFLECTRA REMICADE REMSIMA ZESSLY	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X adulti/ bambini</b>	<b>X adulti/ bambini</b>
L04AB04 Adalimumab - biosimilare	AMGEVITA HUMIRA HYRIMOZ IDACIO IMRALDI YUFLYMA	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X adulti/ bambini</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X adulti/ bambini</b>	<b>X adulti/ bambini</b>
L04AB05 Certolizumab pegol	CIMZIA	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
L04AB06 Golimumab	SIMPONI	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>

<b>L04AC Inibitori dell'interleuchina</b>								
L04AC03 Anakinra	KINERET	X						
L04AC05 Ustekinumab - biosimilare	STELARA UZPRUVO PYZCHIVA		X	X adulti/ bambini			X	X
L04AC07 Tocilizumab	ROACTEMRA TYENNE	X						
L04AC10 Secukinumab	COSENTYX		X anche giovanile	X adulti/ bambini	X	X		
L04AC12 Brodalumab	KYNTHEUM			X				
L04AC13 Ixekizumab	TALTZ		X	X adulti/ bambini	X	X		
L04AC14 Sarilumab	KEVZARA	X						
L04AC16 Guselkumab	TREMFYA		X	X				
L04AC17 Tildrakizumab	ILUMETRI			X				
L04AC18 Risankizumab	SKYRIZI		X NO PTORS	X			X	
L04AC21 Bimekizumab	BIMZELX		X	X	X NO PTORS	X NO PTORS		
L04AC24 Mirikizumab	OMVOH							X
<b>L04AD Inibitori della calcineurina</b>								
L04AD01 Ciclosporina	SANDIMMUN NEORAL EQUIVAL	X		X				
<b>L04AX Altri immunosoppressivi</b>								
L04AX01 Azatioprina	AZAFOR EQUIVAL	X					X	X
L04AX03 Metotrexato	REUMAFLEX EQUIVAL	X		X			X	
L04AX07 Dimetil- fumarato	SKILARENCE			X				