

epidemiologia delle malattie croniche infiammatorie meccanismo d'azione dei farmaci biologici non oncologici in dermatologia

Francesco Cusano
UOC di Dermatologia – AO “G. Rummo”
Benevento



conflitti d'interesse

relatore e sperimentatore:

**Abbvie, Amiral, Celgene, Eli Lilly, Janssen,
Leopharma, Mundipharma, Novartis, Pfizer**

incoming president

ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani)

comitato promotore e panel esperti

Linea Guida “trattamento della psoriasi dell’adulto”

SNLG / ISS (Sistema Nazionale Linee Guida / Istituto Superiore di Sanita’)

comitato di esperti

Elaborato Tecnico “Terapia della Psoriasi e dell’Artrite Psoriasica, ecc...”

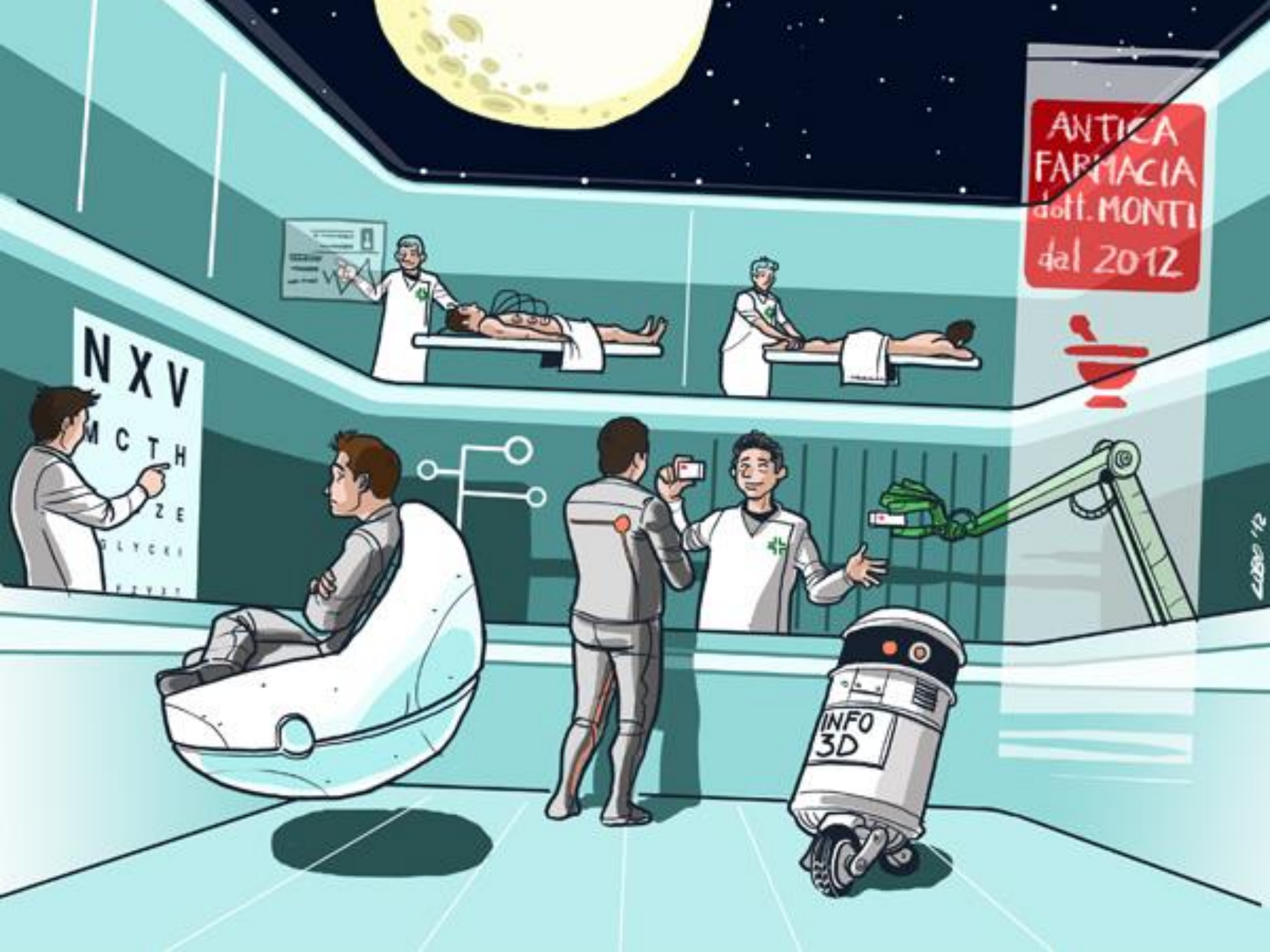
Regione Campania - DECRETO n. 26 del 14.03.2012

7 giugno 2006 - Napoli

**i farmaci biologici
in dermatologia**

=

PSORIASI



ANTICA
FARMACIA
dott. MONTI
dal 2012



N X V
M C T H
Z E
GLYCKI
RYVVI

INFO
3D

L. B. 12

dermatiti croniche infiammatorie con indicazione alla terapia con farmaci biotecnologici

- psoriasi cronica a placche = 90%
- (*artrite psoriasica*)
- idrosadenite suppurativa -> adalimumab
- orticaria cronica spontanea -> omalizumab
- pemfigo volgare -> rituximab*
- (*Behçet*)
- (*lupus eritematoso*)
- dermatite atopica dell'adulto -> dupilumab, ...

* DETERMINA DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO, 20 NOVEMBRE 2012 (GU n. 286 del 07.12.12)
Inserimento del medicinale «Rituximab» nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per il trattamento di pazienti affetti da pemfigo grave e refrattario ai comuni trattamenti immunosoppressivi (Determina n. 14/2012)

dermatiti croniche infiammatorie con indicazione alla terapia con farmaci biotecnologici *off-label*

- pityriasis rubra pilaris
- dermatosi neutrofiliche (pioderma gangrenoso, sindrome di Sweet, pustolosi subcornea)
- dermatosi granulomatose (sarcoidosi, granuloma annulare, necrobiosis lipoidica)
- necrolisi epidermica tossica
- dermatosi bollose (pemfigo volgare, pemfigoide bolloso)
- alopecia areata

Psoriasi:

- **che cosa è ?**
- **perché è ?**
- **perché occuparsene ?**
- **come occuparsene ?**

Psoriasi:

- **che cosa è ?**
- perché è ?
- perché occuparsene ?
- come occuparsene ?

*malattia infiammatoria della cute con aumentata proliferazione epidermica
solitamente*

caratterizzata da lesioni eritematose con squame argentee”

(Braun-Falco 2000)



non esistono criteri che consentano
una classificazione univoca ed efficace

criteri attualmente utilizzati:

– **Morfologia:**

- » pustolosa vs non pustolosa
- » a placche, nummullare, guttata, girata, rupioide, ecc...

– **Distribuzione:** estensoria, inversa, seborroica, diffusa, ecc...

– **Estensione:** a lesioni singole, a lesioni multiple, generalizzata

– **Insorgenza:** a insorgenza precoce vs a insorgenza tardiva

– **Andamento:** stabile, instabile, eruttiva

psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

- forma più comune
- chiazze eritemato-squamose, abitualmente simmetriche



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)



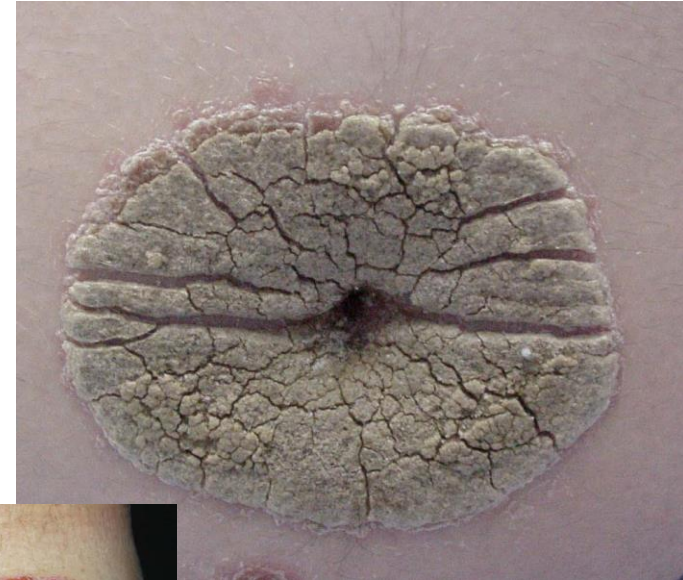
psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

- lesioni uniformi, ben definite, con margini netti, di dimensioni variabili che, confluendo, possono formare lesioni anulari o girate



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

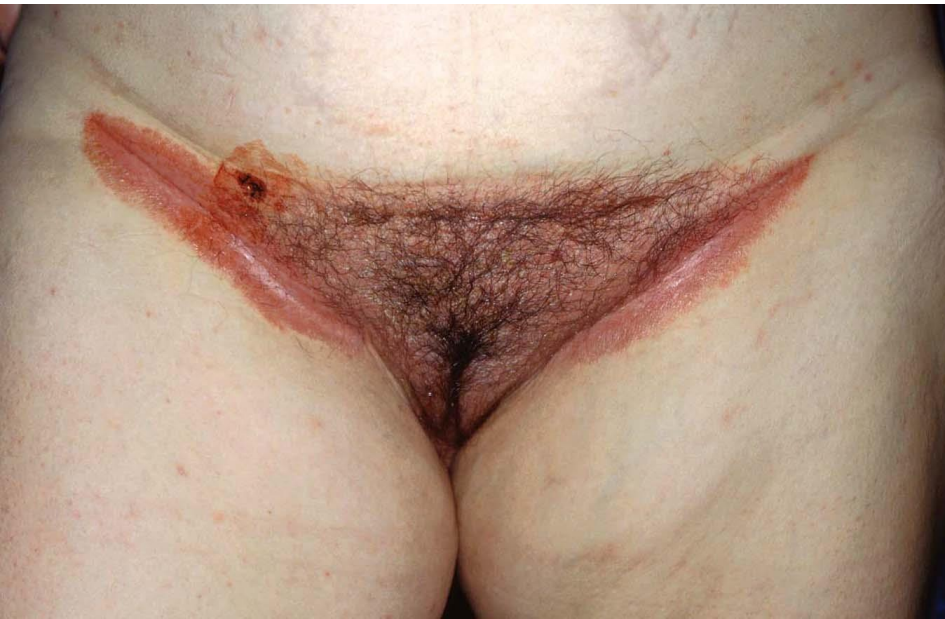
(variante rupioide)



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

(sedi particolari: pieghe = psoriasi inversa)

- interessa inguini, vulva, ascelle, pieghe sottomammarie, piega interglutea
- desquamazione scarsa o assente per effetto della macerazione e della frizione, ma i margini della lesione sono sempre ben definiti
- la diagnosi può essere difficoltosa



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

(sedi particolari: pieghe = psoriasi inversa)

difficile da differenziare dalla dermatite seborroica



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

(sedi particolari: glande)

- chiazza singola
- abitualmente priva di squame, ma a margini netti
- può essere necessaria una biopsia per escludere l'eritroplasia di Queyrat o la balanite plasmacellulare di Zoon



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

(sedi particolari: palmo - pianta)

- tipiche chiazze con squame fini e argentee
- oppure chiazze meno definite che simulano un eczema cronico
- possono essere presenti forme miste
- può essere difficile differenziare la psoriasi dall'eczema



psoriasi volgare (cronica - in placche - stabile)

(sedi particolari: unghie)

- presente nel 25-50% dei casi, se cercata attentamente
- particolarmente nei casi di artropatia psoriasica
- la più frequente manifestazione è il “pitting”
- altre alterazioni sono il cambiamento di colore, l’ipercheratosi subungueale e l’onicolisi



psoriasi instabile (psoriasi eritrodermica)

- forma instabile ab initio oppure forma stabile che evolve in una forma pustolosa o eritrodermica
- può essere precipitata da un troppo intenso trattamento steroideo o dalla sua brusca sospensione, ecc ...



psoriasi instabile (psoriasi pustolosa)

- eruzione acuta di pustole sterili
- talvolta fasi di psoriasi volgare precedenti o seguenti
- sensazione di bruciore, improvvisa febbre e malessere
- andamento tumultuoso, ricadute frequenti
- importanti complicanze metaboliche, mortalità non trascurabile



psoriasi guttata (eruttiva – a piccole chiazze)

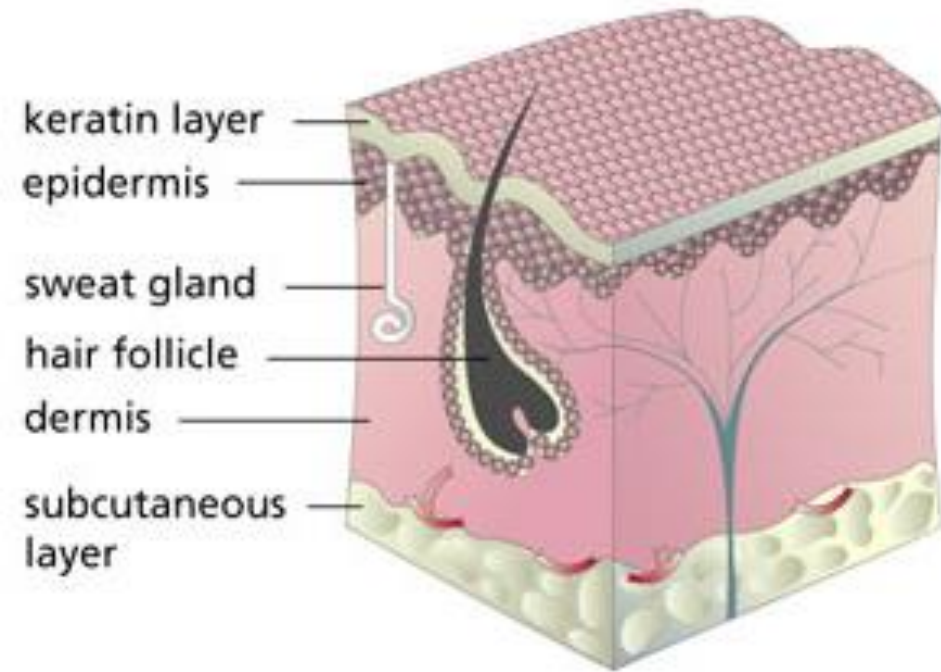
- “pioggia” di piccole lesioni che compaiono in maniera eruttiva
- diffuse più o meno su tutto l’ambito cutaneo, anche al volto
- più frequente nei bambini e nei giovani adulti
- spesso preceduta da una infezione streptococcica acuta



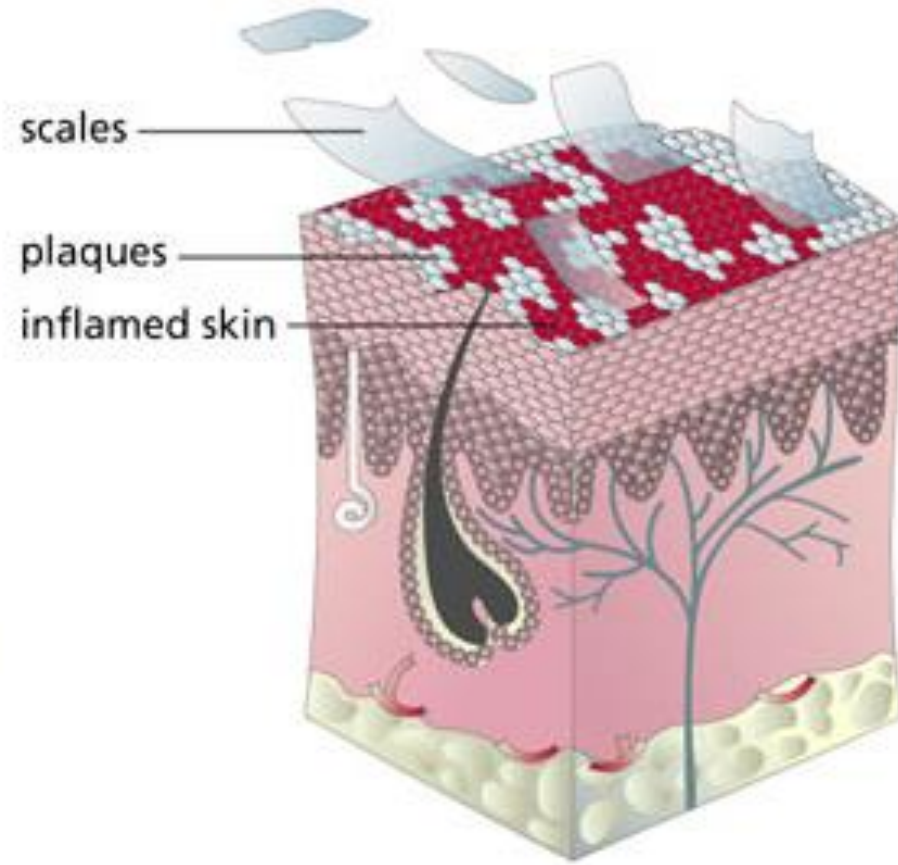
Psoriasi:

- che cosa è ?
- **perché è ?**
- perché occuparsene ?
- come occuparsene ?

Healthy Skin



Psoriasis

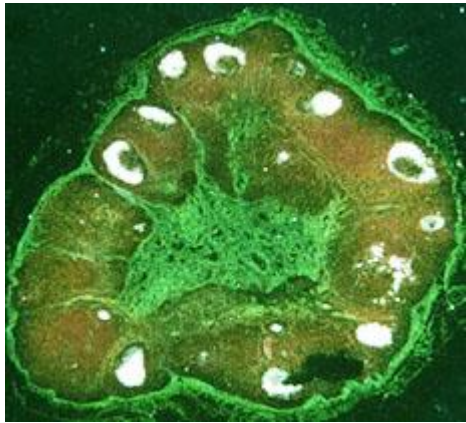
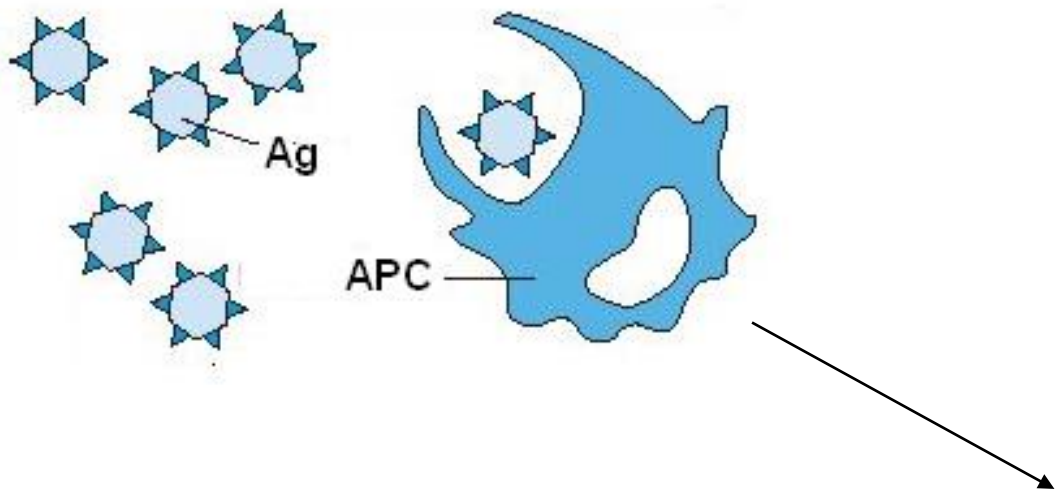


- ciclo cellulare 8 volte più rapido (36 vs 311 ore)
- numero di cellule in mitosi raddoppiate
- disordine della proliferazione dei cheratinociti
- anomala differenziazione cellulare



Histology of psoriasis

1. Marked hyperkeratosis with parakeratosis (abnormal maturation)
2. Loss of granular layer
3. Epidermal acanthosis and elongation of rete ridges (reflecting hyperproliferative state)
4. Vascular dilatation (these vessels are abnormal as well). Generalised inflammation can also be seen, with T-lymphocytes in the dermis and epidermis.



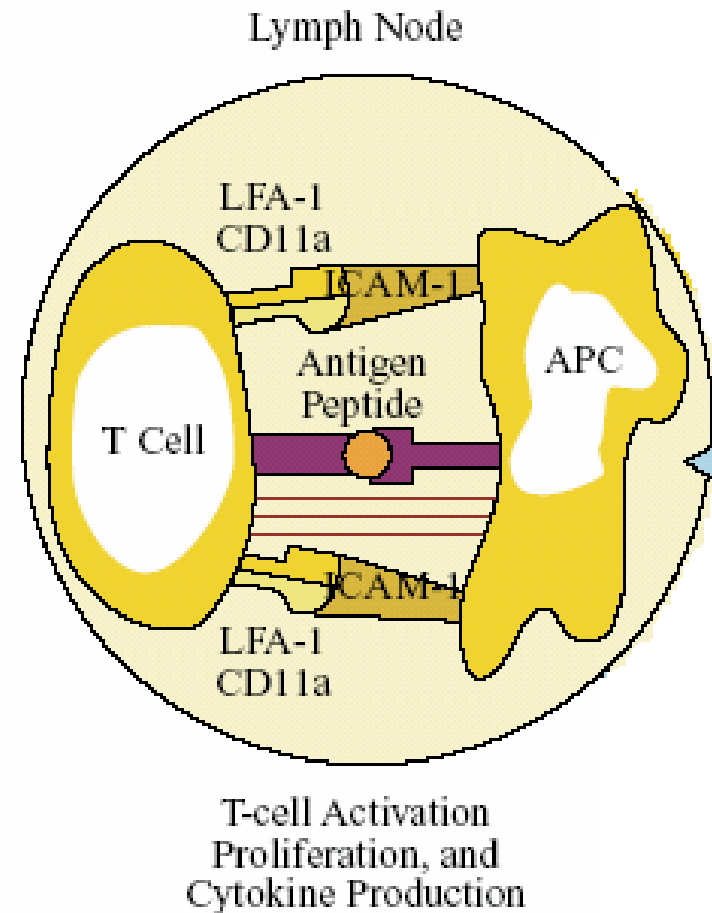
Linfonodo

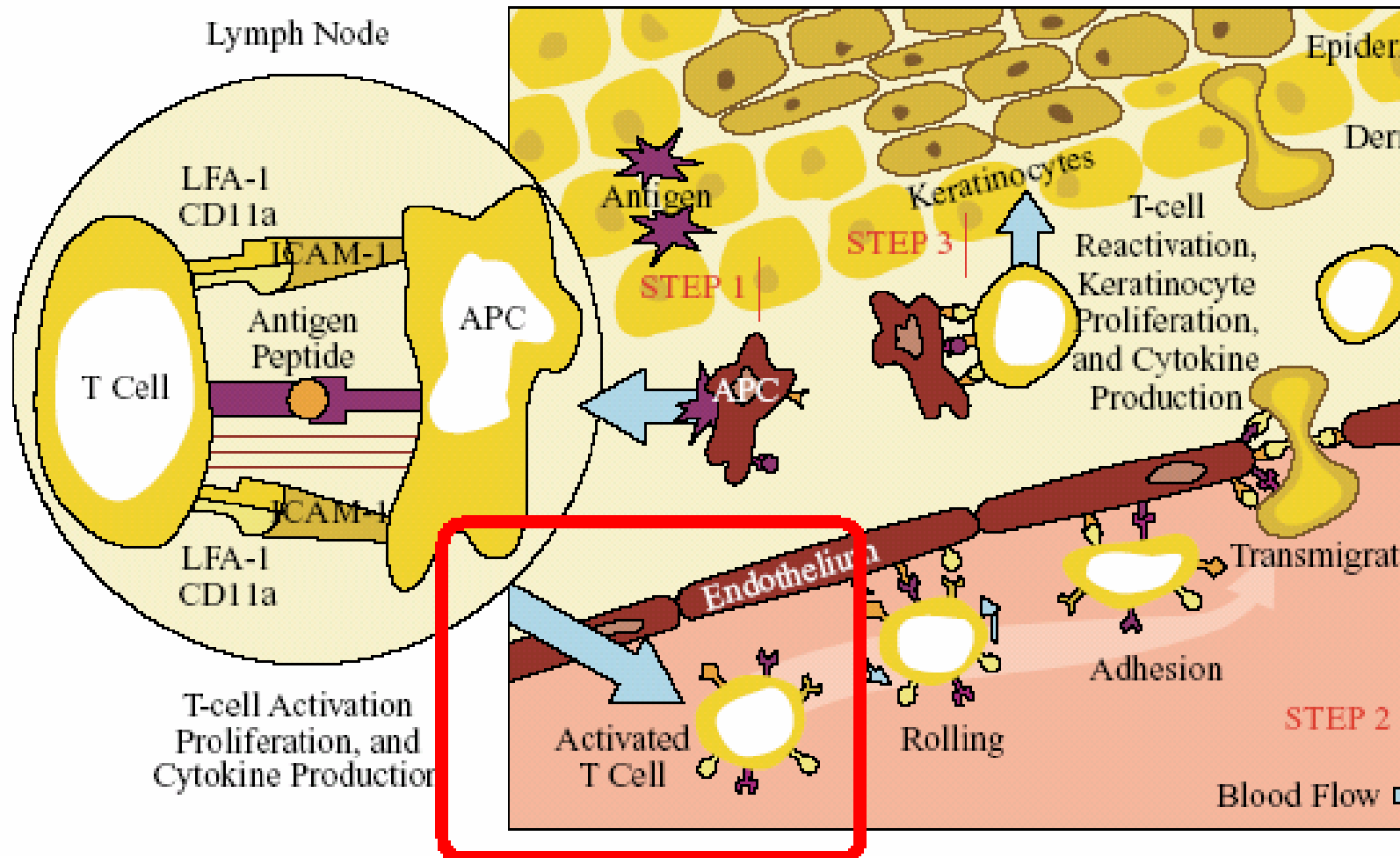
Step 1: Attivazione dei linfociti-T

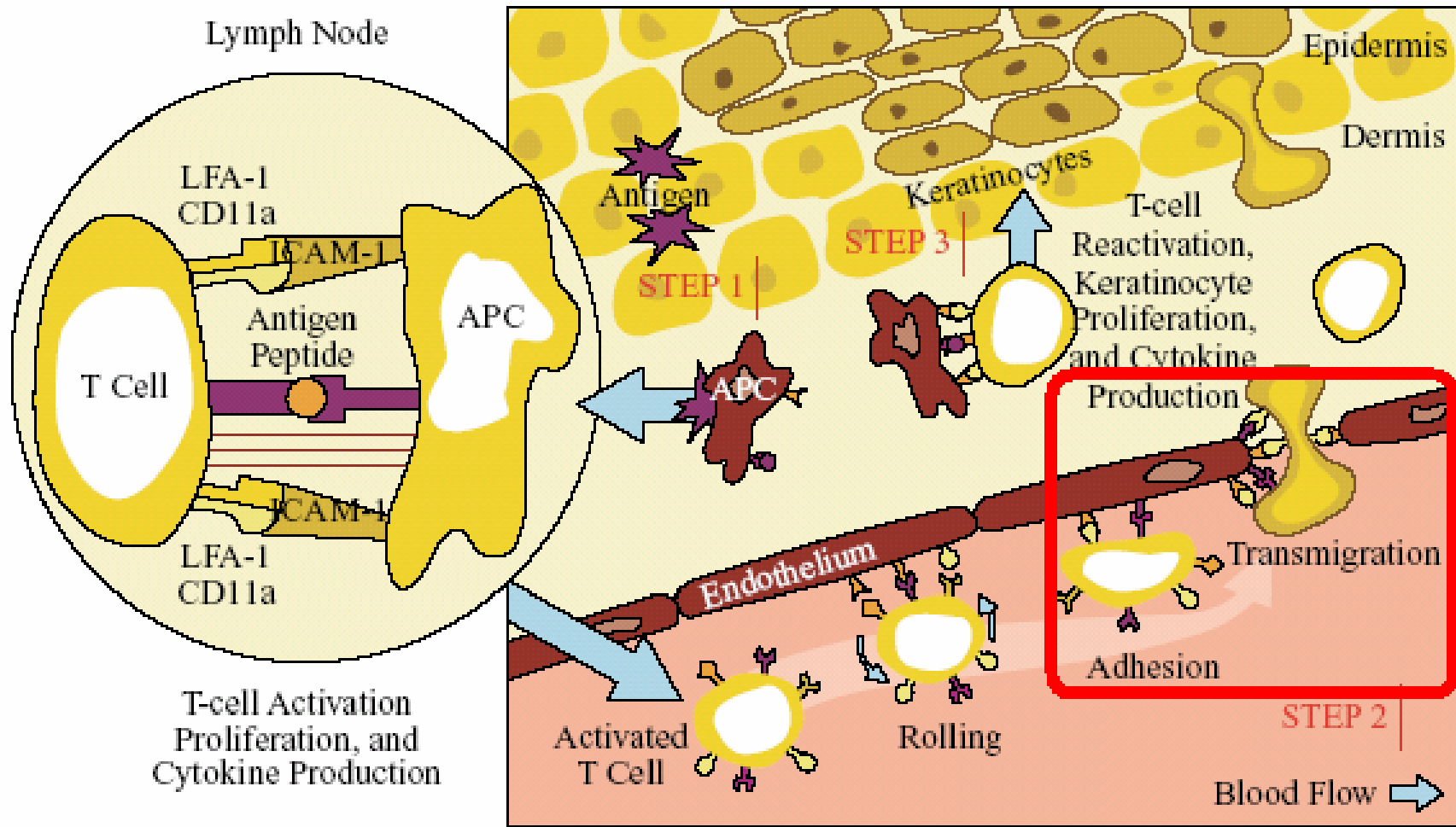
due tipi di segnale:

Ag-specifici (Ag -> recettori T cell)

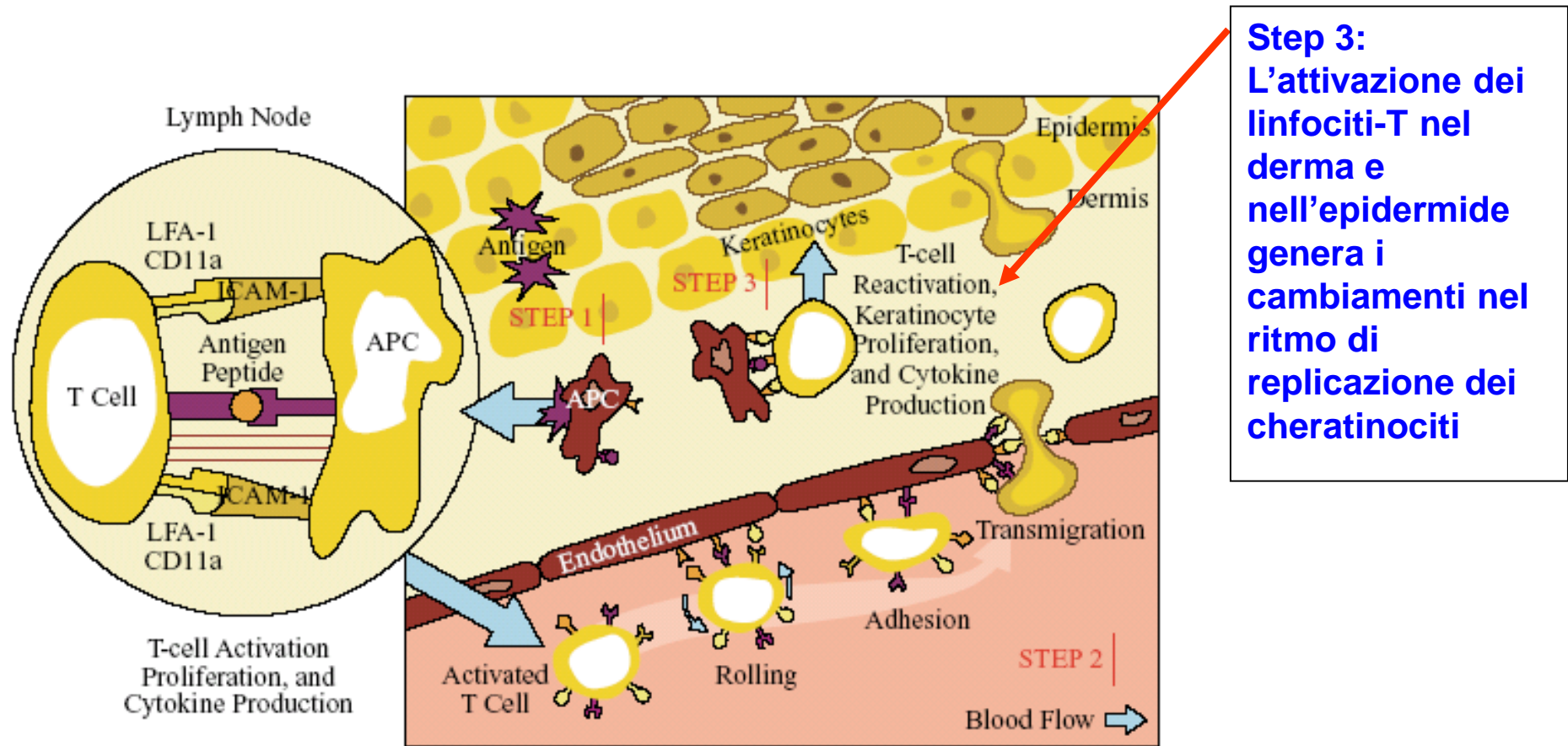
Ag-aspecifici (molecole T cell -> ligandi APC)

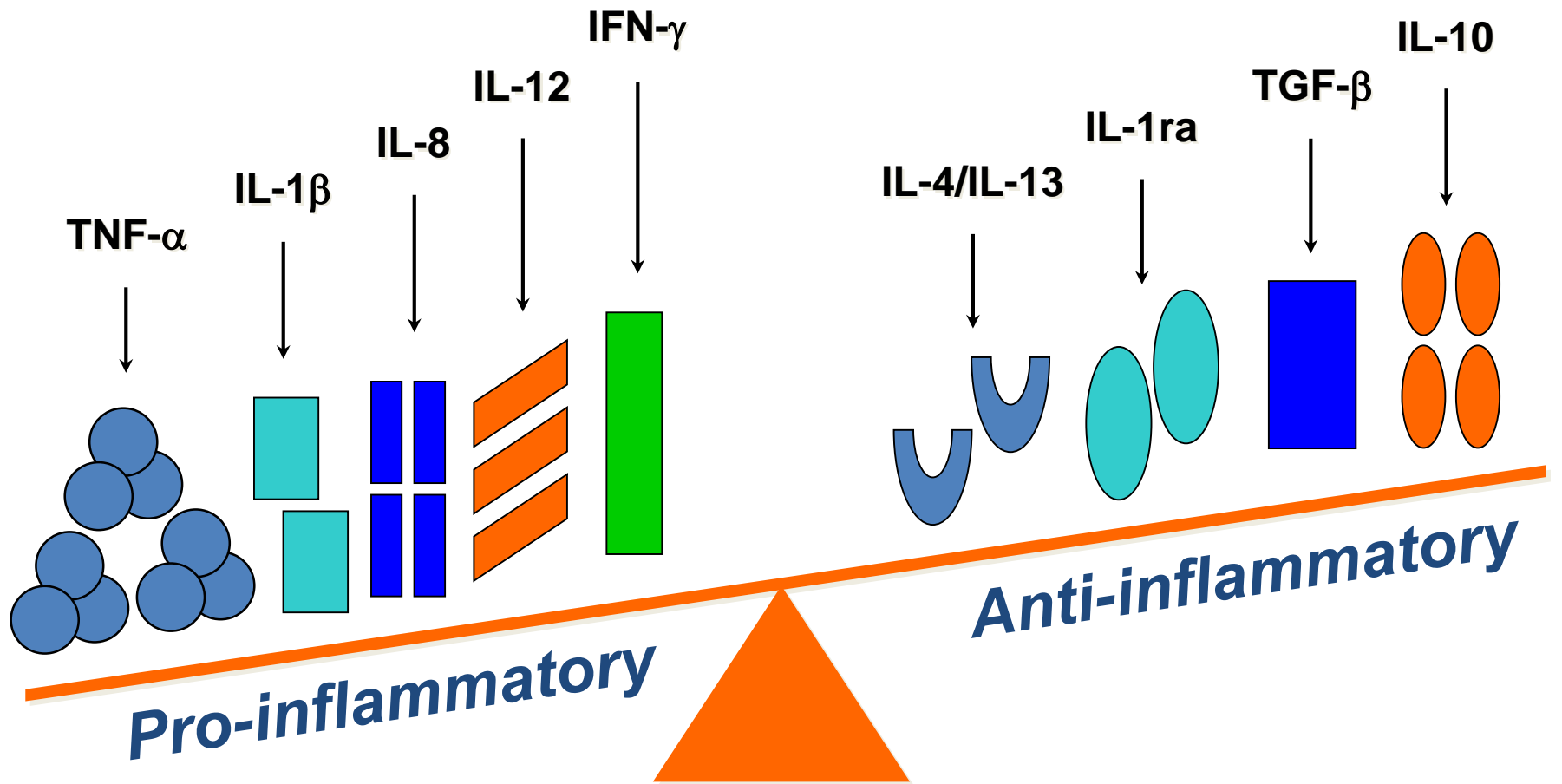


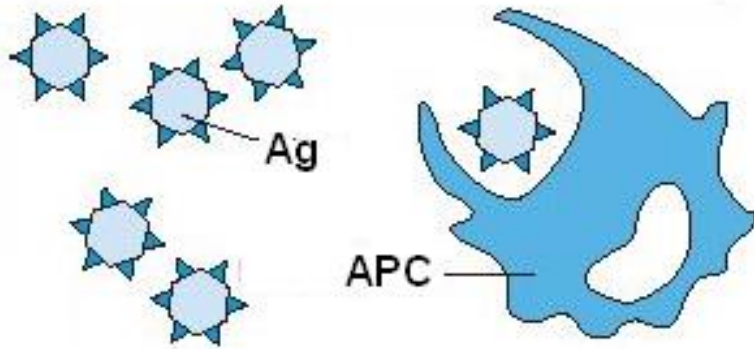


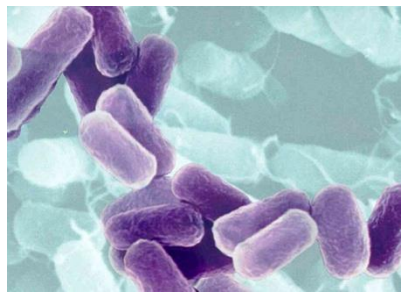


Step 2: Adesione dei linfociti T all'endotelio e passaggio nel derma e nell'epidermide





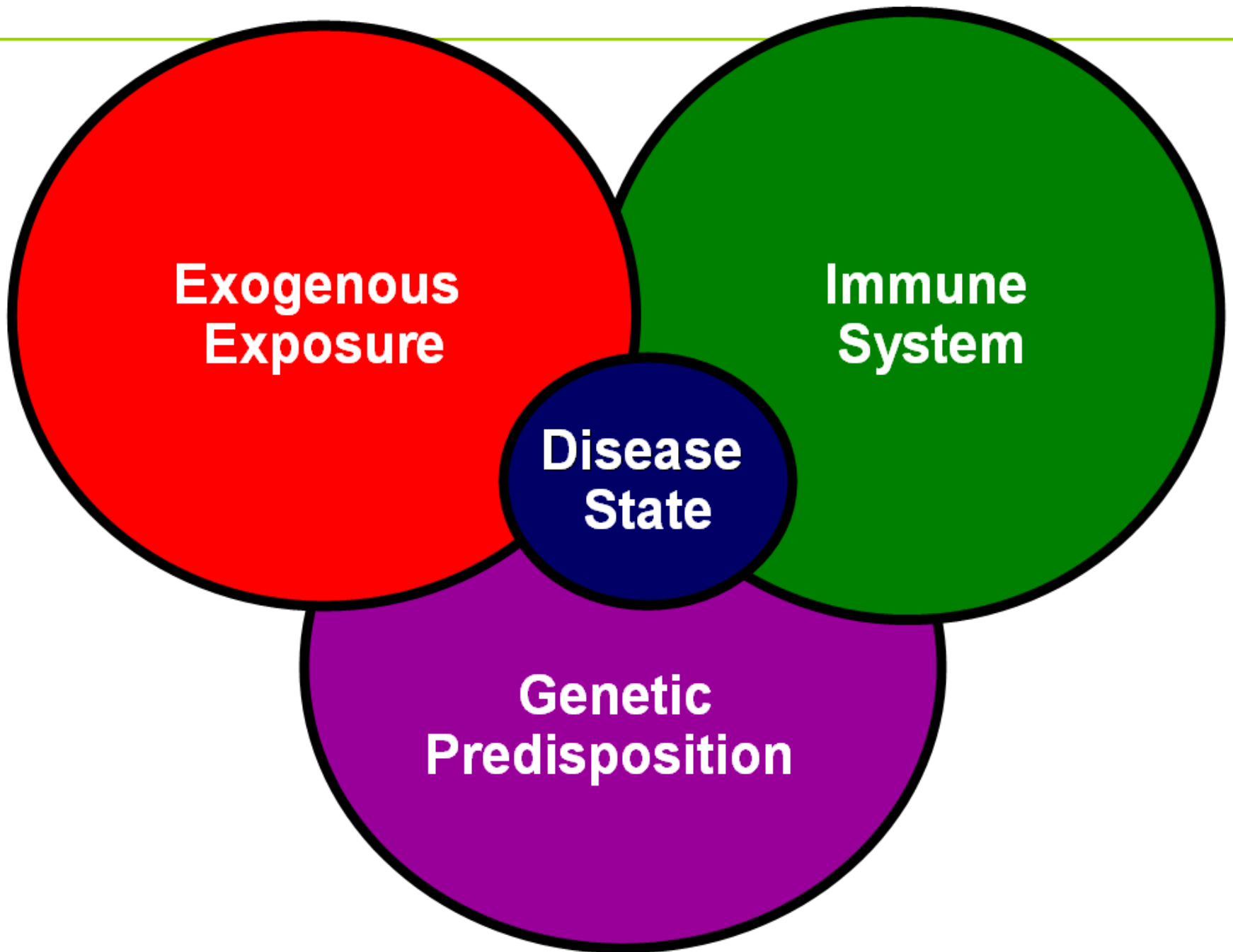




la proteina M dello streptococco β -emolitico presenta una lunga sequenza aminoacidica comune con le cheratine umane di tipo 1

T-cells dirette contro la proteina M potrebbero cross-reagire con specifici epitopi presentati dai cheratinociti





**Exogenous
Exposure**

**Immune
System**

**Disease
State**

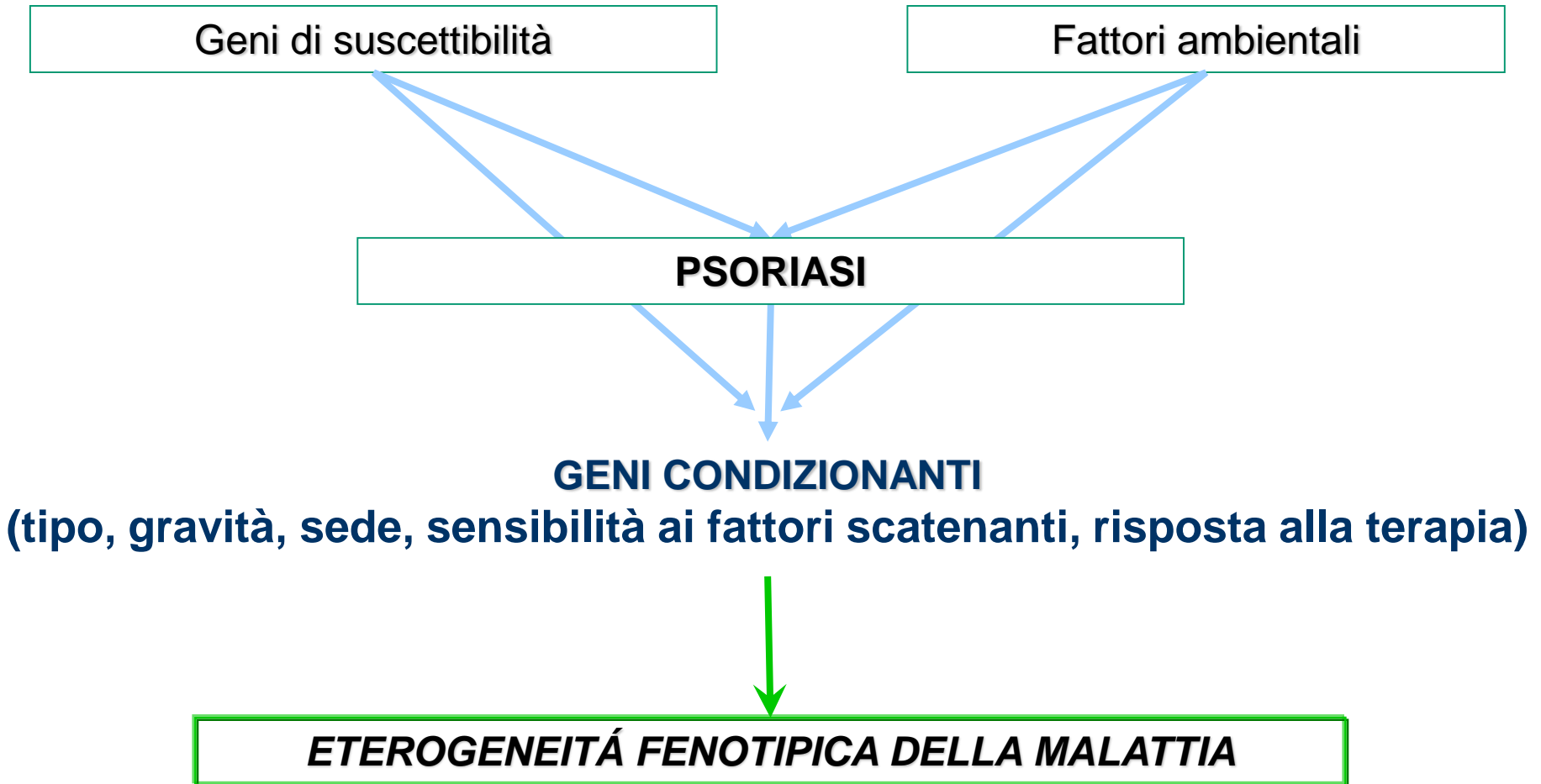
**Genetic
Predisposition**



Familiarità

PSORS 1	6p21.3
PSORS 2	17q25
PSORS 3	4q34
PSORS 4	1q21
PSORS 5	3q21
PSORS 6	19p13
PSORS 7	1p35-p34
PSORS 9	4q31
...	2p,4q21,6q,7,8q24,10q22-q23,11p13,14q31-q32,15q,16q12-q13,19p13,20p,ecc...

Patogenesi multifattoriale della psoriasi



Psoriasi:

- che cosa è ?
- perché è ?
- **perché occuparsene ?**
- come occuparsene ?



Particella di sodio,
in acqua Lete, che aspetta visite.

Abruzzo

www.acqualete.it



UNA PARTICELLA DI SODIO IN ACQUA LETE SOFFRIRÀ SEMPRE DI SOLITUDINE, PERCHÉ LETE È L'EFFERVESCENTE NATURALE CON LA MINOR PRESENZA DI SODIO. BERE UN BICCHIERE DI ACQUA LETE SIGNIFICA PRENDERSI CURA DEL PROPRIO BENESSERE SENZA RINUNCIARE AL GUSTO DI UN'ACQUA EFFERVESCENTE NATURALE PIENA DI CARATTERE. ACQUA LETE. RICCA DI PIACERE, POVERA DI SODIO.



NON HO VOGLIA DI CREDERE, CHE DOMANI SARA'... SARA' DIVERSO E POI... SI VEDRA'

arredamenti

incidenza

- **Rochester (USA), 1980-1983**
- pazienti che hanno richiesto per la prima volta nella loro vita cure mediche per una malattia diagnosticata come psoriasi
- 132 casi

60.4 / 100,000 / anno (1/1655)



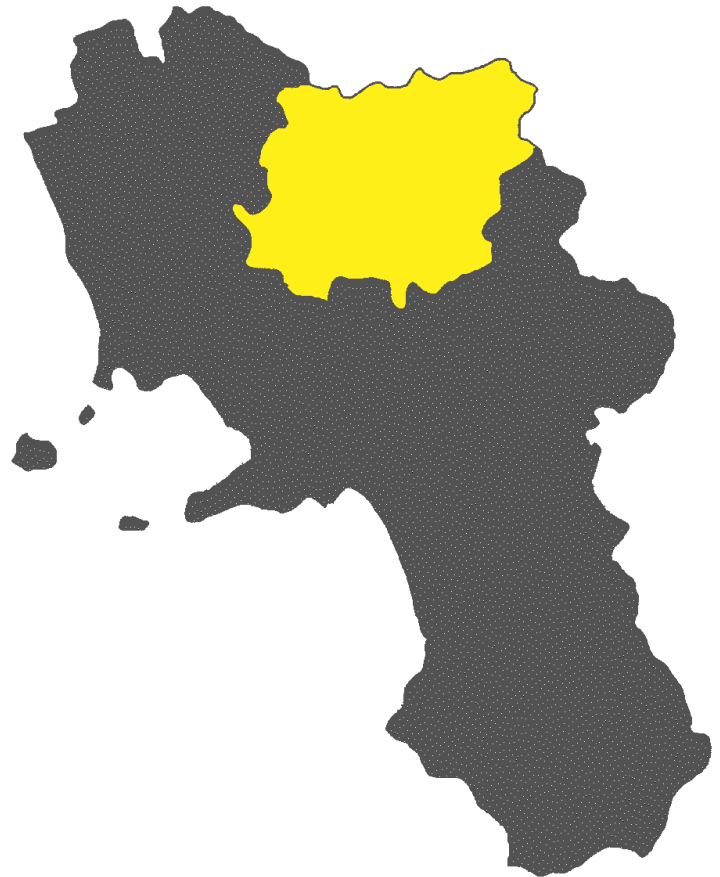
incidenza

Provincia di Benevento:

150 – 200 nuovi casi per anno

Regione Campania:

3000 – 4000 nuovi casi per anno



prevalenza

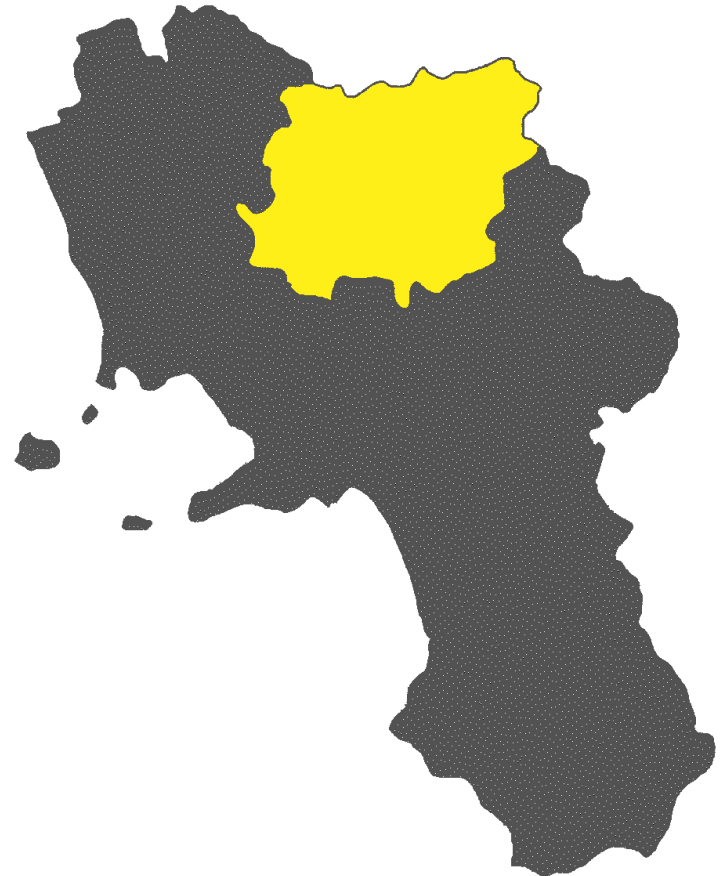
nonostante tassi di incidenza bassi, **la prevalenza della psoriasi è alta**
a causa della cronicità e della mancanza di cure risolutive

Provincia di Benevento: 2.7%

8.000 persone affette

Regione Campania:

170.000 persone affette

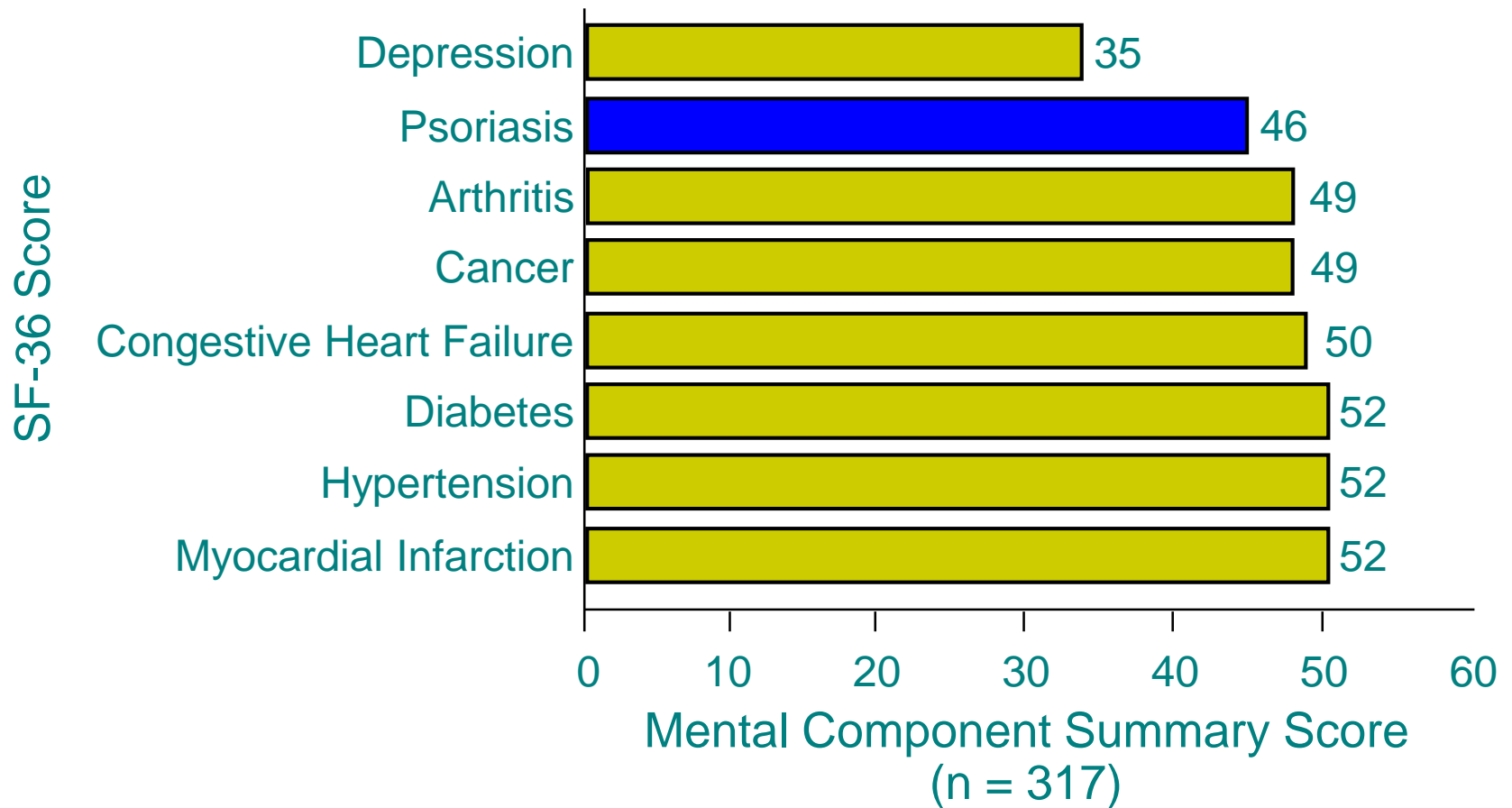


perché trattare la psoriasi !?

- è solo un problema estetico ...
- non esistono cure efficaci ...
- i farmaci sono pericolosi ...
- tanto prima o poi recidiva ...



Impatto in termini di decadimento cognitivo

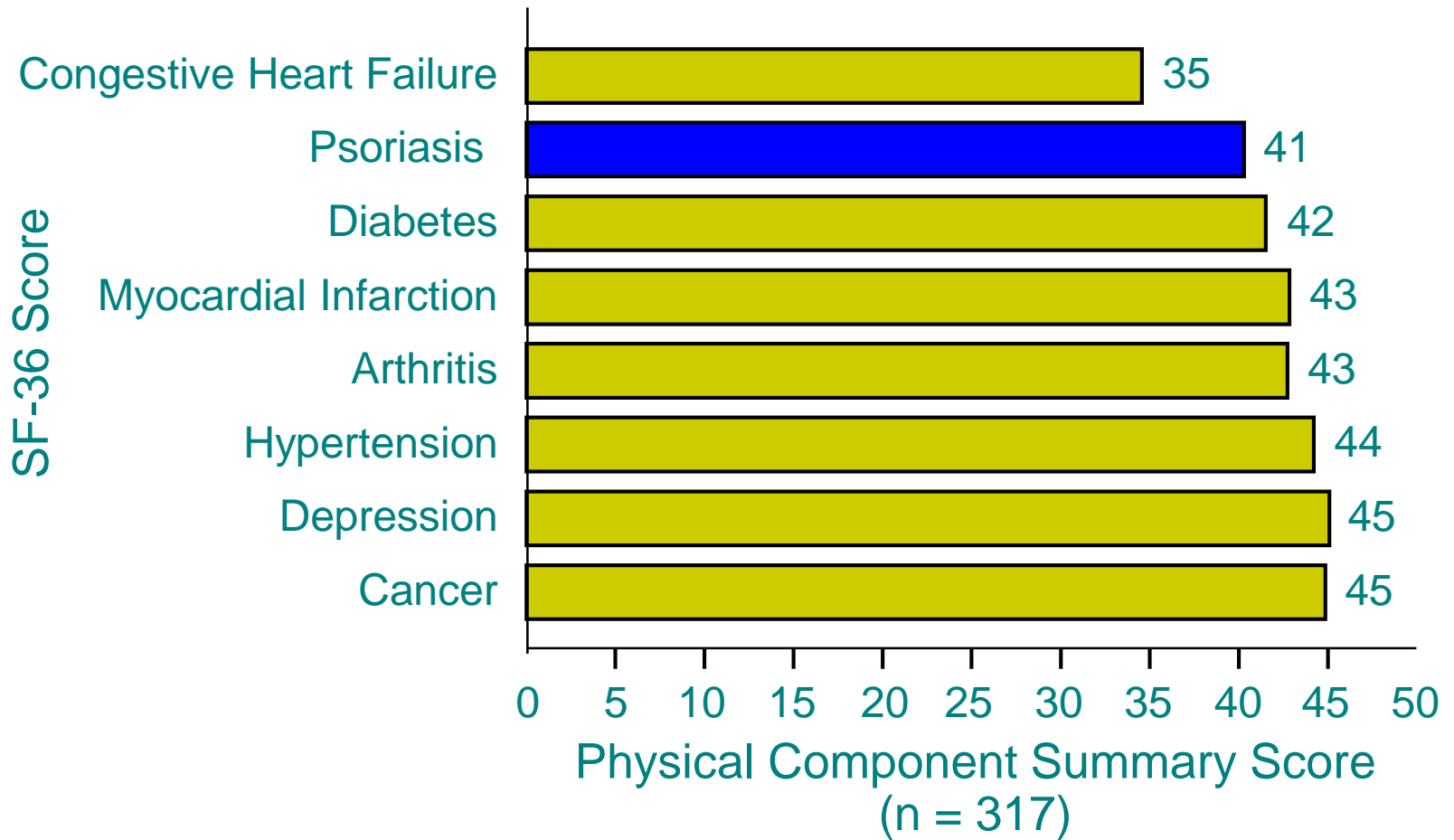


**l'impatto della psoriasi è in genere sottovalutato
in realtà essa può condizionare pesantemente la qualità della vita:**

- **Relazioni sul posto di lavoro**
- **Relazioni familiari**
- **Intimità**
- **Amicizie**
- **Esclusione dalle strutture pubbliche (piscine, saune etc..)**
- **Trovare lavoro**
- **Suicidio**



Impatto in termini di decadimento fisico





Da malattia della pelle verso un concetto di “malattia sistemica”

- La psoriasi è stata per lungo tempo considerata una malattia esclusivamente cutanea.
- Più recenti studi indirizzati alla comprensione dei meccanismi fisiopatologici della psoriasi e delle sue comorbidità hanno evidenziato la **natura sistemica** della malattia.

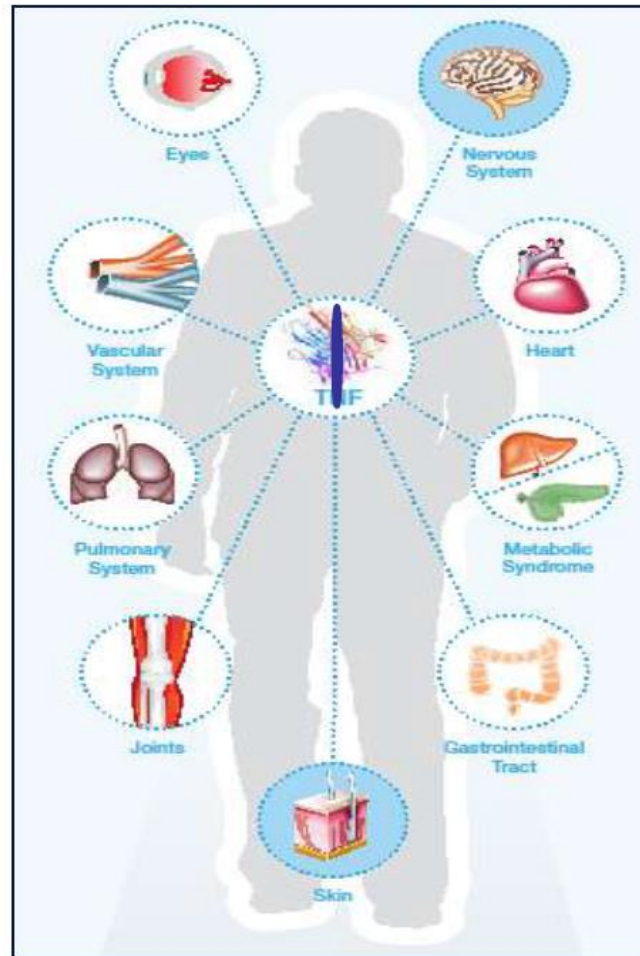
Condizione patologica multi-organo sostenuta da un processo infiammatorio sistemico

Uveitis

CV disease
(vascular)

Chronic obstructive
pulmonary disease,
sleep-disordered
breathing

Psoriatic arthritis



Depression, fatigue,
disturbed sleep,
cognitive impairment

CV disease
(heart)

Metabolic syndrome
(diabetes,
dyslipidaemia)

Crohn's disease

Psoriasis

Vorrei soltanto una vita normale!

“I just want a normal life”

David, 30. *Psoriasis impacts on family and work life*

“I can't do my job properly. I can't take the kids swimming and I find it difficult to stand up for more than 10 minutes. I've tried most of the current available treatments and now am getting desperate.”



Frances, 50. *Suffered from psoriasis since her twenties*

“I've heard of this totally new treatment called Raptiva... My doctor tells me it works with people like me who haven't done well on other treatments.”



Psoriasi:

- che cosa è ?
- perché è ?
- perché occuparsene ?
- **come occuparsene ?**

Farmaci topici

- **Cheratolitici**
- **Antralina**
- **Catrami**
- **Derivati della vitamina D**
- **Derivati della vitamina A (tazarotene)**
- **Corticosteroidi**
- **(inibitori della calcineurina)**

Farmaci topici: CORTICOSTEROIDI

EFFETTI COLLATERALI: dermatite periorale



Farmaci topici: CORTICOSTEROIDI

EFFETTI COLLATERALI:

- Rosacea
- Acne
- Follicoliti



Farmaci topici: CORTICOSTEROIDI

EFFETTI COLLATERALI:

- Porpora – ecchimosi
- Atrofia cutanea
- Teleangiectasie



Farmaci topici: CORTICOSTEROIDI

EFFETTI COLLATERALI:

- striae distensae



Farmaci topici: CORTICOSTEROIDI

EFFETTI COLLATERALI:

- rebound (riaccensione della dermatosi in forma aggravata alla sospensione)

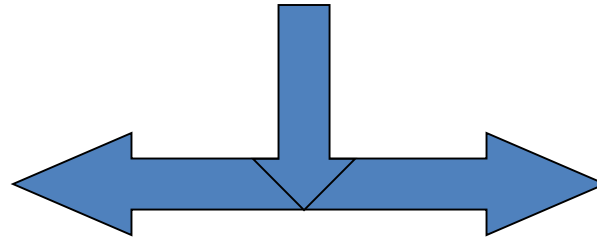




invia energia sotto forma di onde elettromagnetiche

sulla superficie terrestre arriva la radiazione proveniente direttamente dal sole e la radiazione diffusa nell'atmosfera

Elioterapia



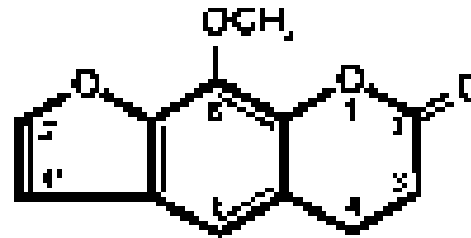
Fototerapia

- UVA
- PUVA (Fotochemioterapia)
- UVA-1
- SUP
- UVB/BB (a banda larga)
- UVB/NB (a banda stretta)
- laser a eccimeri



UVA (320 – 400 nm)

Psoraleni: furocumarine di origine vegetale fotosensibilizzanti ossia facilitano la risposta alla luce UVA (interferiscono con il DNA)



8 - methoxypsoralen

PUVA

psoralene per os 2 ore prima dell'esposizione UVA

UVB a banda stretta (311- 313 nm)

- **Sorgente ideale:**

- » **senza farmaci fotosensibilizzanti**
- » **solo frazioni di UV per l'effetto terapeutico**
- » **bassi tempi di irradiazione**
- » **costo contenuto**



Farmaci sistemici

- **Ciclosporina**
- **Metotressato**
- **Acitretina**

- **Biologici**



Farmaci sistemici: ACITRETINA

- secchezza cutanea e mucosa (labbra, cornee)
- ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia
- ipertransaminasemia



TERATOGENO !!!



si raccomandano 2 anni di contraccezione dal termine della terapia

Farmaci sistemici: MTX

Controindicazioni:

- età pediatrica
- gravidanza, allattamento, desiderio di bambini
- patologia renale
- patologia epatica (anche solo anamnestica)
- immunodeficienze
- infezioni croniche
- ulcera
- anemia, piastrinopenia, leucopenia
- tossicodipendenza, etilismo
- paziente inaffidabile

Farmaci sistemici: CICLOSPORINA

Controindicazioni

- Anomalie significative della funzionalità renale
- Ipertensione arteriosa non controllata
- Neoplasie pregresse o in atto
- Infezioni attive severe
- Epatopatia severa
- Deficit immunologico rilevante
- Concomitante o pregressa esposizione a radiazioni
- Abuso di farmaci e alcool
- Malassorbimento
- Iperlipidemia rilevante
- Alterazioni significative della tolleranza al glucosio
- Nota ipersensibilità alla CsA o agli eccipienti del prodotto

Farmaci sistemici: CICLOSPORINA

Interazioni farmacologiche

- *Aumentano la concentrazione di CsA (maggiore tossicità)*

- Chetoconazolo
- Fluconazolo
- Itraconazolo
- Claritromicina
- Eritromicina
- Josamicina
- Doxiciclina
- Imipenem
- Danazolo
- Noretisterone
- Corticosteroidi

- *Riducono la concentrazione di CsA (minore efficacia)*

- Carbamazepina
- Fenitoina
- Fenobarbital
- Nafcillina
- Rifampicina e.v.
- Sulfadimidina e.v.
- Trimetoprim e.v.
- Octreotide
- Ticlopidina
- Metamizolo

- *Possono indurre disfunzione renale (maggiore rischio nefrotossico)*

- Aminoglicosidi
- Melfalan
- Diclofenac (e altri FANS)
- Amfotericina B
- Chetoconazolo
- Trimetoprim

Farmaci sistemici: FARMACI BIOLOGICI

ottenuti mediante tecniche di biologia molecolare e ingegneria genetica partendo da molecole biologiche

AZIONE

blocco di specifici step molecolari importanti nella patogenesi della psoriasi

~~Anti-CD11a ————— Efalizumab (Raptiva)~~

Anti-TNF α

Etanercept (Enbrel/Benepali)

Infliximab (Remicade/Remsima/Inflectra)

Adalimumab (Humira)

(Golimumab (Simponi))

(Certolizumab (Cimzia))

Anti-IL12/23

Ustekinumab (Stelara)

Anti-IL17

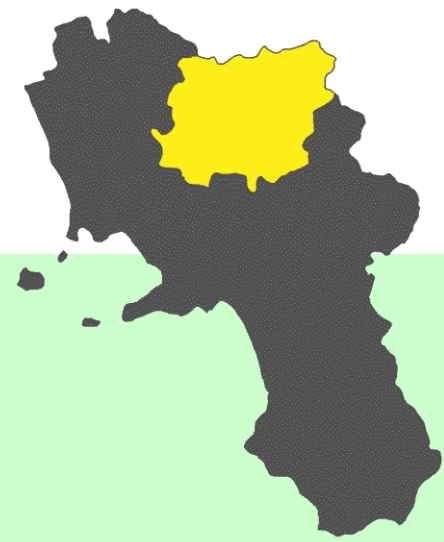
Secukinumab (Cosentyx)

Ixekizumab (Taltz)

PDE4-inh

((Apremilast (Otezla)))





etanercept:

- ***confezione da 100 mg (4 fiale) = € 842,13 (scontato 500,00)***
- ***100 mg/wk (3 mesi) + 50 mg/wk (3 mesi) = € 9.750***

CAMPANIA: 6.000.000 abitanti = 3% psoriasici = 180.000 psoriasici
10-20% medio-gravi = 18.000-36.000 pazienti
10% trattati con biologici = 1.800-3.600 pazienti
costo: € 17.550.000-35.100.000 x 6 mesi



CariDee English, modella americana affetta da psoriasi



CariDee English, modella americana affetta da psoriasi

CONTROLLO DELLA APPROPRIATEZZA

SERVIZIO SANITARIO della REGIONE CAMPANIA

Scheda per la prescrizione e la dispensazione dei farmaci biologici, classificati ai fini della fornitura in fascia H, in pazienti affetti da PSORIASI

PASI: _____ BSA: _____

 coinvolgimento di viso/mani/genitali DLQI: _____ psoriasi instabile rapidamente progressiva (eritrodermica, pustolosa) coesistenza di artropatia psoriasica

ed ha inoltre già effettuato almeno tre delle seguenti terapie sistemiche (o ha controindicazioni o ha sviluppato intolleranza alle stesse), ed esattamente:

 PUVA terapia scarsa risposta intolleranza/controindicazione (specificare: _____) acitretina/stretinato scarsa risposta intolleranza/controindicazione (specificare: _____) metotrexate scarsa risposta intolleranza/controindicazione (specificare: _____) ciclosporina scarsa risposta intolleranza/controindicazione (specificare: _____)

PASI calculator

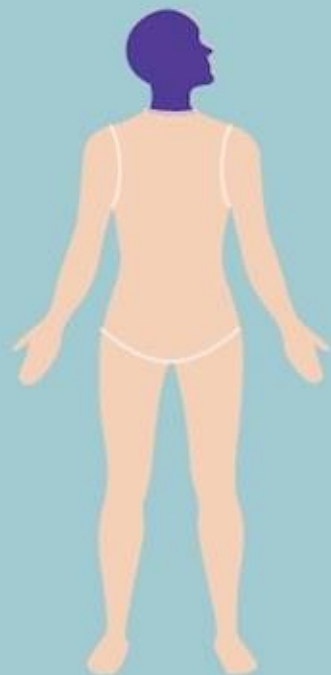
For Healthcare Professionals Only

• ID

JMACK

• Hospital ID

w1234



BSA

7%

PASI Score

2.8

2013-11-18

Help

Backup

Setting

	Select % coverage of psoriasis	Select the severity of redness	Select the severity of thickness	Select the severity of scaling
HEAD & NECK <input type="button" value="ALL"/>	68 % <input type="button" value="SELECT"/>	3 severe	2 morderate	2 morderate
TRUNK <input type="button" value="ALL"/>	0 % <input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>
ARMS <input type="button" value="ALL"/>	0 % <input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>
LEGS <input type="button" value="ALL"/>	0 % <input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>	<input type="button" value="SELECT"/>

All contents © copyright Janssen Korea Ltd, 1997-2013. All Rights Reserved.

Your use of the information on this site is subject to the terms of our [Legal Notice](#). Please see our [Privacy Policy](#). This site is published by Janssen Korea Ltd., which is solely responsible for its contents.

This information is intended for healthcare professionals only in Asia Pacific regions. [Privacy Policy](#) [Legal Notice](#) [Disclaimer](#)



List

New

Save as new

View history(0)

Send

Statistics

Save

Delete



AZIENDA OSPEDALIERA "G. RUMMO" - BENEVENTO
Unità Operativa Complessa di Dermatologia
Direttore: dott. Francesco Cusano

Centro Regionale per la Cura della Psoriasi

Centro Nazionale di Riferimento n°61 per il Progetto PsoCare
tel.: 0824-57459 (direzione); fax: 0824-57458; tel.: 0824-57458 (accettazione fototerapia)
e-mail: francesco.cusano2@tin.it

Benevento, 29-07-16

Egregia dottoressa Mancini,
in relazione alla circolare a firma Sua e dell'avvocato Postiglione (protocollo 0463533 del 15-07-16), facendo seguito a quanto anticipatoLe per via telefonica, Le sottopongo in una breve nota le mie perplessità sulle possibili conseguenze che l'applicazione della scheda prescrittiva pubblicata dall'AIFA sulla GU del 09-06-2016 potrebbe avere sulla prescrizione dei farmaci biologici in regione Campania.

Punto 1: PUVA-TERAPIA. Requisito indispensabile alla prescrizione di farmaci biologici (ivi, ovviamente **inclusi i biosimilari**), è indicata, fra le altre, la mancata risposta, intolleranza, o controindicazione clinica alla PUVA terapia. La PUVA terapia consiste, come è noto, nell'esposizione ai raggi UV-A fatta precedere dall'assunzione di un farmaco della classe degli Psoraleni (da cui P-UVA); orbene, nessun farmaco appartenente a tale classe è da molti anni più in commercio in Italia. Nel nostro ospedale, tale trattamento viene riservato a pazienti affetti da linfomi cutanei, importando l'8-metossipsoralene dall'estero e somministrando il trattamento in regime di day-hospital, il che risulta possibile vista l'esiguità dei pazienti affetti da tale patologia e la mancanza di alternative. Da informazioni acquisite per le vie brevi, non mi risulta che negli ultimi 18 mesi anche un solo paziente affetto da psoriasi sia stato trattato con PUVA terapia in Campania e in Toscana e dubito che ciò sia avvenuto in altre regioni.

Qui di seguito, riporto la posizione espressa sull'argomento dalle **Linee Guida 2013 del Ministero della Salute** elaborate tramite dell'Istituto Superiore di Sanità / Sistema Nazionale Linee Guida (ISS/SNLG) (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Psoriasi.pdf): "...la fototerapia può risultare spesso molto dispendiosa per i pazienti in termini di ore di lavoro perdute e di costi legati agli spostamenti. Inoltre, i centri fototerapici non sono omogeneamente distribuiti sul territorio e la loro accessibilità può essere condizionata dalla disponibilità di orari e personale dedicato. Infine, l'8-metossipsoralene non è più commercializzato in Italia e pertanto non è sempre facilmente reperibile. È indispensabile che tali aspetti siano attentamente considerati e discussi preliminarmente con il paziente prima di intraprendere un trattamento fototerapico."

La differenza sostanziale rispetto a quanto previsto dalla precedente scheda di prescrizione regionale (BURC n. 18 del 22-3-2012) è che essa **obbligava a considerare tre terapie su quattro** (e quindi ci consentiva di escludere la PUVA terapia, se presi in considerazione gli altri trattamenti). La recente scheda ministeriale, invece, **ci obbliga a considerare tutti i trattamenti possibili** (inclusa la PUVA terapia) e quindi di fatto a non poter prescrivere in caso diverso alcun biologico (**compresi i biosimilari**). Fortunatamente questa norma non va applicata al secukinumab (per il quale basta considerare un solo trattamento su tre), il che in pratica fa dello stesso l'unico biologico prescrivibile (salvo pazienti con controindicazione alla PUVA).

Punto 2: Definizione di gravità della psoriasi. Nella precedente scheda di prescrizione regionale, laddove la gravità del paziente non raggiungesse PASI o BSA 10, un biologico poteva essere prescritto se presente interessamento di sedi critiche (volto, genitali, mani) e DLQI almeno di 10, cioè l'interessamento della sede critica comportasse una significativa alterazione della qualità di

vita del paziente, rilevata tramite apposito questionario (DLQI). Questa è la cosiddetta regola del 10, introdotta nel 2005 dall'inglese Finlay.

La nuova scheda rende invece possibile la prescrizione **a prescindere dal DLQI**. In pratica, ogni paziente con, ad es., una chiazza di psoriasi di 1 cm su una mano può avere accesso a un biologico a prescindere da ogni altra considerazione.

Inoltre, la definizione stessa così come espressa sulla scheda proposta da AIFA risulta incoerente: "psoriasi a placche di grado da moderato a severo, definita come PASI >10 o BSA >10% oppure BSA <10% e PASI <10 associato a lesioni del viso etc", in quanto se uno degli indici (PASI e BSA) non risulta < 10 è per forza > 10 e quindi si rientra già nella categoria precedente.

Punto 3: Acitretina. L'acitretina, considerata fra le possibili terapie sistemiche nella precedente scheda di prescrizione regionale, per ignote e non intuibili motivazioni risulta scomparsa nella scheda AIFA. A tal riguardo, è da sottolineare che l'acitretina è l'unico farmaco in Italia a figurare nella categoria D05B delle specialità medicinali (**antipsoriasici per uso sistemico**).

Punto 4: Tabella prescrittiva. Infine, nella tabella finale, manca la possibilità di indicare dosi e tempi di somministrazione dei biologici relativamente alla fase di induzione, che è prevista per tutti i farmaci indicati e per tutti prevede modalità differenti dal mantenimento. Inoltre, non risulta presente tra le potenziali terapie progressive l'Efalizumab, che sebbene non più in commercio dal 2009, pure in alcuni pazienti potrebbe rappresentare l'unico o l'ultimo biologico prescritto.

INOLTRE:

Comorbidità. Le Linee Guida 2013 ISS/SNLG, oltre a prevedere una classificazione di gravità meno cervelotica di quella proposta in precedenza, inserivano, come ulteriore possibile fattore condizionante la gravità della malattia psoriasica, l'associazione con Artrite, Malattie Croniche Infiammatorie Intestinali e Uveite; è intuitivo come tale aspetto sia ben più impattante della sola localizzazione cutanea in aree critiche se non si considera l'impatto sulla qualità di vita del paziente

Ciclosporina: Sempre le Linee Guida 2013 ISS/SNLG, recependo tuttavia in questo caso quanto riportato da tempo in tutta la letteratura mondiale, sconsigliano fortemente l'uso del farmaco per periodi > 4 mesi / anno. Di fatto, quindi, lo sconsigliano per il controllo della psoriasi cronica a placche, che richieda un controllo farmacologico prolungato; il che è quanto si verifica nella maggior parte dei casi.

Sperando che queste mie argomentazioni possano esserLe utili per farsi una sua personale opinione sulla questione e che sulla scorta di questa possa, per quanto di competenza, mettervi rimedio, restando a Sua disposizione per quanto altro possa esserLe utile
Le porgo i miei migliori saluti

Benevento, 29/07/2016

Francesco Cusano

Direttore UOC di Dermatologia – AO G. Rummo – Benevento

Comitato Promotore e Panel – Linea Guida #25 ISS/SNLG – Il trattamento della psoriasi nell'adulto

Responsabile del Progetto PsoDIt – ADOf (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani)

Punto 1: PUVA-TERAPIA. Requisito indispensabile alla prescrizione (ovviamente inclusi i biosimilari), è indicata, fra le altre, la mancata controindicazione clinica alla PUVA terapia. La PUVA terapia nell'esposizione ai raggi UV-A fatta precedere dall'assunzione di un Psoraleni (da cui P-UVA); orbene, nessun farmaco appartenente a tale commercio in Italia. Nel nostro ospedale, tale trattamento viene riservato ai ricoverati in day-hospital, il che risulta possibile vista l'esiguità dei pazienti a causa della mancanza di alternative. Da informazioni acquisite per le vie brevi, nei mesi scorsi anche un solo paziente affetto da psoriasi sia stato trattato con PUVA in Toscana e dubito che ciò sia avvenuto in altre regioni.

Qui di seguito, riporto la posizione espressa sull'argomento dalle **Linee guida della Salute** elaborate tramite dell'Istituto Superiore di Sanità / Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura delle Dermatiti (ISS/SNLG) (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Psoriasi.pdf): "...la fototerapia è molto dispendiosa per i pazienti in termini di ore di lavoro perdute e di costi. Inoltre, i centri fototerapici non sono omogeneamente distribuiti sul territorio e può essere condizionata dalla disponibilità di orari e personale".

metossipsoralene non è più commercializzato in Italia e pertanto non è sempre facilmente reperibile. È indispensabile che tali aspetti siano **attentamente considerati** e discussi **preliminarmente con il paziente prima di intraprendere un trattamento fototerapico.**"

La differenza sostanziale rispetto a quanto previsto dalla precedente scheda di prescrizione regionale (BURC n. 18 del 22-3-2012) è che essa obbligava a considerare **tre terapie su quattro** (e quindi ci consentiva di escludere la PUVA terapia, se presi in considerazione gli altri trattamenti). La recente scheda ministeriale, invece, ci obbliga a considerare **tutti** i trattamenti possibili (inclusa la PUVA terapia) e quindi di fatto a non poter prescrivere in caso diverso alcun biologico (compresi i biosimilari). Fortunatamente questa norma non va applicata al secukinumab (per il quale basta considerare un solo trattamento su tre), il che in pratica fa dello stesso l'unico biologico prescrivibile (salvo pazienti con controindicazione alla PUVA).



Punto 3: Acitretina. L'acitretina, considerata fra le possibili terapie sistemiche nella precedente scheda di prescrizione regionale, per ignote e non intuibili motivazioni risulta scomparsa nella scheda AIFA. A tal riguardo, è da sottolineare che l'acitretina è l'unico farmaco in Italia a figurare nella categoria D05B delle specialità medicinali (**antipsoriasici per uso sistemico**).

Nello specifico, resta opinione comune che i retinoidi possano costituire terapia di prima scelta in alcune forme di psoriasi (es.: palmo plantare ipercheratosica, ecc.)

Punto 4: Tabella prescrittiva: Infine, nella tabella finale, manca la possibilità di indicare dosi e tempi di somministrazione dei biologici relativamente alla fase di induzione, che è prevista per tutti i farmaci indicati e per tutti prevede modalità differenti dal mantenimento. Inoltre, non risulta presente tra le potenziali terapie pregresse l'Efalizumab, che sebbene non più in commercio dal 2009, pure in alcuni pazienti potrebbe rappresentare l'unico o l'ultimo biologico prescritto.

9-6-2016

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 133

Eventuale precedente terapia con farmaco biologico:

Adalimumab Etanercept Infliximab Ustekinumab Secukinumab

Farmaco prescritto	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
Adalimumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etanercept			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infliximab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustekinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secukinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico

Comorbidità. Le Linee Guida 2013 ISS/SNLG, oltre a prevedere una classificazione di gravità meno cervellotica di quella proposta in precedenza, inserivano, come ulteriore possibile fattore condizionante la gravità della malattia psoriasica, l'associazione con Artrite, Malattie Croniche Infiammatorie Intestinali e Uveite; è intuitivo come tale aspetto sia ben più impattante della sola localizzazione cutanea in aree critiche se non si considera l'impatto sulla qualità di vita del paziente.

Ciclosporina: Sempre le Linee Guida 2013 ISS/SNLG, recependo tuttavia in questo caso quanto riportato da tempo in tutta la letteratura mondiale, sconsigliano fortemente l'uso del farmaco per periodi > 4 mesi / anno. Di fatto, quindi, lo sconsigliano per il controllo della psoriasi cronica a placche, che richieda un controllo farmacologico prolungato; il che è quanto si verifica nella maggior parte dei casi.

CICLOSPORINA (U. Mrowietz et al. JEAD 2013 – Q1)

PERIODO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONE IN PAZIENTI CHE RISPONDONO AL TRATTAMENTO

1. Il trattamento con ciclosporina è generalmente utilizzato in modo intermittente: uno o più cicli di 3-6 mesi. Quando necessario, la ciclosporina può essere somministrata a pazienti che rispondono al trattamento continuativo, per un massimo di 2 anni.

INTERRUZIONE TERAPIA SISTEMICA TRADIZIONALE (U. Mrowietz et al. JEAD 2013 – Q5)

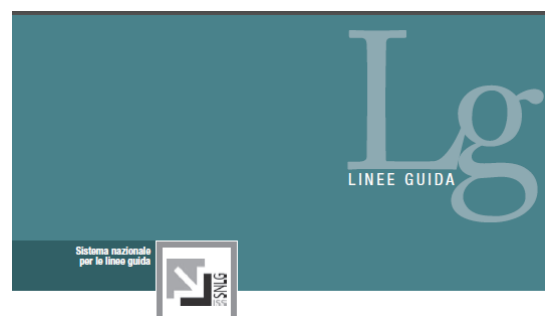
1. E' necessaria una terapia continua per ottenere il controllo della malattia a lungo termine. Pertanto, l'interruzione della terapia non è generalmente raccomandata.

European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris

Update 2015

Recommendation		Strength of consensus	Comment
If a short course for induction treatment is intended we recommend CSA.	↑↑	Strong consensus	Evidence and consensus based
For long-term treatment we suggest CSA only in selected patients.	↑	Strong consensus	Expert opinion
In case of continuous long-term treatment, we suggest CSA for a maximum of up to two years.	↑	Consensus	Expert opinion

- La ciclosporina dovrebbe essere impiegata per il trattamento in acuto (fino a 4 mesi) poiché può determinare un incremento significativo della pressione arteriosa e alterazioni renali non reversibili (fibrosi interstiziale e sclerosi glomerulare). Inoltre è stato osservato un aumento della bilirubinemia e, occasionalmente, degli enzimi epatici.



Il trattamento
della psoriasi
nell'adulto

Punto 2: Definizione di gravità della psoriasi.

La nuova scheda rende possibile la prescrizione a prescindere **dal DLQI**. In pratica, ogni paziente con, ad es., una chiazza di psoriasi di 1 cm su una mano può avere accesso a un biologico a prescindere da ogni altra considerazione.

Inoltre, la definizione stessa così come espressa sulla scheda proposta da AIFA risulta incoerente: “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 del viso etc”, in quanto se uno degli indici (PASI e BSA) non risulta < 10 è per forza > 10 e quindi si rientra già nella categoria precedente.

Current severe psoriasis and the Rule of Tens

A.Y. Finlay

psoriasi severa (moderata/grave)

REGOLA DEL DIECI

- ◎ se almeno uno fra BSA, PASI e DLQI ≥ 10 :
 - psoriasi *severa* (moderata-grave)

**It has been proposed to consider of the patients with
a BSA > 10, a PASI > 10 and a DLQI > 10 (“rule of 10”)
as moderately ill patients**

JEADV

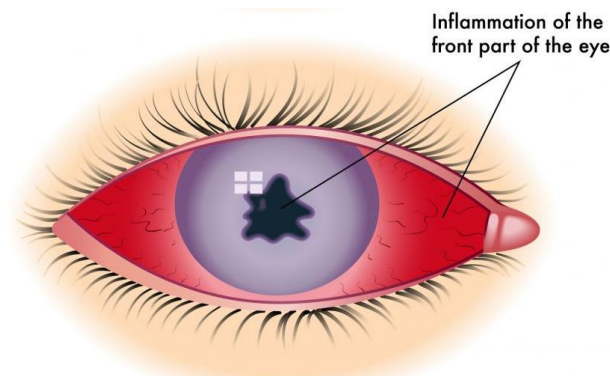
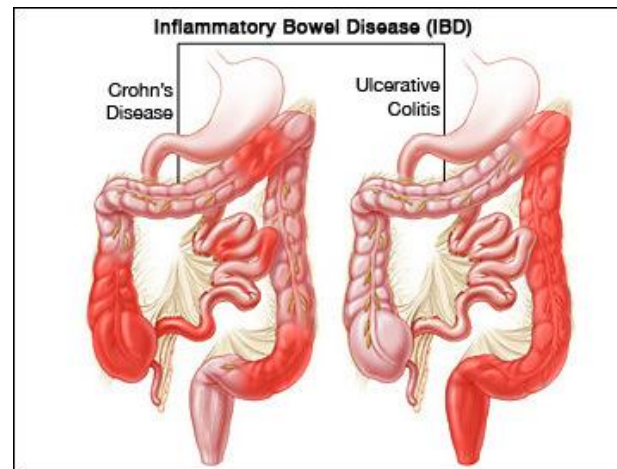
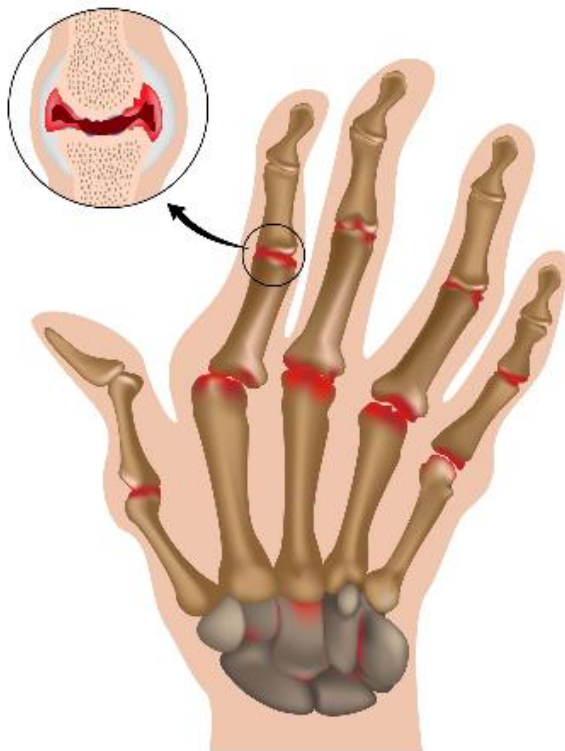
OCTOBER 2009, VOLUME 23, SUPPLEMENT 2

European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris

D Pathirana, AD Ormerod, P Saiag, C Smith, PI Spuls, A Nast, J Barker, JD Bos,
G-R Burmester, S Chimenti, L Dubertret, B Eberlein, R Erdmann, J Ferguson,
G Girolomoni, P Gisondi, A Giunta, C Griffiths, H Hönigsmann, M Hussain, R Jobling,
S-L Karvonen, L Kemeny, I Kopp, C Leonardi, M Maccarone, A Menter, U Mrowietz,
L Naldi, T Nijsten, J-P Ortonne, H-D Orzechowski, T Rantanen, K Reich, N Reytan,
H Richards, HB Thio, P van de Kerkhof, B Rzany

psoriasi severa (moderata/grave)

- se presente artropatia, uveite, mici (“malattia psoriasica”)



Il trattamento
della psoriasi
nell'adulto





European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris

Update 2015

In 2011 a European Consensus Programme for the first time defined treatment goals for moderate-to-severe psoriasis ¹⁶. According to the consensus programme the definition of moderate-to-severe disease was '(PASI > 10 or body surface area [BSA] > 10) AND DLQI > 10' and for mild psoriasis 'PASI ≤ 10 AND BSA ≤ 10 AND DLQI ≤ 10'. Taking into account the impact of important psoriasis characteristics from the patient's perspective criteria have been defined, which upgrade mild disease to moderate-to-severe when present. These include a major involvement of visible areas, major involvement of the scalp, involvement of genitals, onycholysis or onychodystrophy of at least two fingernails, presence of itch leading to scratching and the presence of recalcitrant plaques.

PASI / BSA ≥ 10	+ DLQI ≥ 10	= moderata/severa
PASI < 10 + BSA < 10	+ DLQI < 10	= lieve
PASI < 10 + BSA < 10	+ DLQI > 10	= ???

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 ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta:

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): _____

AIFA

... collabora con

- Regioni
- Istituto Superiore di Sanità
- associazioni dei pazienti
- medici
- società scientifiche
- mondo produttivo e distributivo del settore

ORGANI AUSILIARI

Commissione tecnico scientifica (CTS)

Valuta ed esprime parere consultivo sulla classificazione dei farmaci ai fini della rimborsabilità.

È composta

- **dal direttore generale dell'AIFA**
- **dal presidente dell'Istituto Superiore di Sanità o suo delegato**
- da 8 personalità della medicina e della farmacologia italiana

L'Istituto Superiore di Sanità

è un ente di diritto pubblico che svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica.

Centri nazionali

- Centro operativo AIDS
- Centro nazionale AIDS
- Centro nazionale malattie rare
- Centro nazionale ONDICO
- Centro nazionale per la ricerca e la valutazione dei prodotti immunobiologici
- Centro nazionale sostanze chimiche
- **Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute**
- Centro nazionale trapianti
- Centro nazionale Sangue

Il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps)

è una struttura tecnico-scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)


Reparti

- **Epidemiologia clinica e linee guida**
- Epidemiologia dei tumori
- Epidemiologia delle malattie cerebro- e cardiovascolari
- Epidemiologia delle malattie infettive
- Epidemiologia genetica
- Farmaco-epidemiologia
- Salute della donna e dell'età evolutiva
- Salute della popolazione e suoi determinanti
- Salute mentale



News	
24.10.2016	Disponibile online la linea guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla"
22.01.2016	Aggiornata la linea guida toscana sulla sindrome demenza
06.10.2015	Pubblicato l'aggiornamento della linea guida toscana sul mal di schiena
02.06.2015	Aggiornate due linee guida della Regione Emilia-Romagna
19.05.2015	Disponibile l'aggiornamento della linea guida toscana su alimentazione, obesità e attività fisica
09.01.2015	Online la nuova linea guida toscana sul tabagismo

[mostra tutti](#)

[Chi siamo](#) [Metodo SNLG](#) [News](#) [Newsletter](#) [Link](#) [Contatti](#) [English](#) |  [Web community](#)

Menù principale

- Linee guida nazionali**
- [Consensus conference](#)
- [Linee guida malattie rare](#)
- [Linee guida regionali](#)
- [Linee guida prevenzione](#)
- [Altri documenti evidence based](#)
- [Banca dati comparativa](#)
- [Esperienze di implementazione](#)
- [Formazione](#)
- [Versioni per il pubblico](#)

Linee guida nazionali

Il Sistema nazionale linee guida elabora raccomandazioni di comportamento clinico basate sugli studi scientifici più aggiornati.

Per ogni patologia le linee guida descrivono le alternative disponibili e le relative possibilità di successo in modo che il medico possa orientarsi nella gran quantità di informazione scientifica in circolazione, il paziente abbia modo di esprimere consapevolmente le proprie preferenze, e l'amministratore possa compiere scelte razionali in rapporto agli obiettivi e alle priorità locali.

- [Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla - 2016](#)
- [Diagnosi e terapia della malattia di Parkinson - revisione di agosto 2013](#)
- [Il trattamento della psoriasi nell'adulto](#)**
- [Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte](#)
- [Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto](#)
- [Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti](#)
- [Gravidanza fisiologica - aggiornamento 2011](#)
- [Impiego delle tecniche di imaging nelle demenze - 2010](#)
- [Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole](#)
- [Scelta del trapianto nella chirurgia primaria del legamento crociato anteriore](#)
- [Impiego della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche](#)
- [Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto - 2008](#)
- [La gestione della sindrome influenzale - 2008](#)

Newsletter

Sottoscrivi la newsletter SNLG per riceverla nella tua casella e-mail

E-mail: *

- Iscriviti
- Cancella iscrizione

Proponi una linea guida

- [suggerisci un argomento da trattare](#)



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 ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta:

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): _____

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 ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta:

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): _____

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 ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta:

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): _____

Disease-modifying antirheumatic drug

From Wikipedia, the free encyclopedia

Disease-modifying antirheumatic drugs (**DMARDs**) is a category of otherwise unrelated drugs defined by their use in [rheumatoid arthritis](#) to slow down disease progression.^{[1][2]} The term is often used in contrast to [non-steroidal anti-inflammatory drug](#) (which refers to agents that treat the [inflammation](#) but not the underlying cause) and [steroids](#) (which blunt the immune response but are insufficient to slow down the progression of the disease).

Members [[edit](#)]

Drug
azathioprine
chloroquine and hydroxychloroquine (HCQ) (antimalarials)
ciclosporin (Cyclosporin A)
D-penicillamine (seldom used today)
gold salts (sodium aurothiomalate , auranofin) (seldom used today)
leflunomide
methotrexate (MTX)
minocycline
sulfasalazine (SSZ)

Il trattamento con farmaci biologici nella psoriasi a placche 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, che siano risultati intolleranti, o per i quali siano controindicati altri trattamenti sistemici.

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 ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il trattamento con farmaci biologici deve essere considerato quando sono soddisfatte **tutte** le seguenti 4 condizioni*:

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1. PASI > 10 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | BSA > 10 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | oppure |
| PASI < 10 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | BSA < 10 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | associato a lesioni al viso <input type="checkbox"/> |
| Palmo/plantare | <input type="checkbox"/> | ungueale | <input type="checkbox"/> | genitale | <input type="checkbox"/> | |
| 2. mancata risposta | <input type="checkbox"/> | intolleranza | <input type="checkbox"/> | controindicazione clinica | <input type="checkbox"/> | a Metotrexato |
| 3. mancata risposta | <input type="checkbox"/> | intolleranza | <input type="checkbox"/> | controindicazione clinica | <input type="checkbox"/> | a Ciclosporina |
| 4: mancata risposta | <input type="checkbox"/> | intolleranza | <input type="checkbox"/> | controindicazione clinica | <input type="checkbox"/> | a PUVA terapia |

* per il secukinumab è sufficiente che siano verificate la condizione di cui al punto 1 e almeno una delle successive tre (punti 2.3.4.)

Prescrizione

Farmaco prescritto	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
Adalimumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etanercept			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infliximab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ixekizumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secukinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustekinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

(NOTA BENE:

La validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 12 mesi dalla data di compilazione.

Per i pazienti già in trattamento, il piano terapeutico dovrà essere redatto all'atto della prima visita specialistica utile).

Copyright © 2000. All Rights Reserved.



UBC Dermatology <http://www.derm.ubc.ca>



Copyright © 2000. All Rights Reserved.



UBC Dermatology <http://www.derm.ubc.ca>

European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris

Update 2015



But beyond all else for a patient the disease has become serious or *severe* when it seems to that individual to have gone “completely beyond my control” in ways significant to the individual; and with all the treatments already made available proven to have failed. Only a skillful clinical assessment rather than measured scores can determine that this point in the long extended course of the disease and its treatment has been reached, and that therefore new therapeutic options are justified. The expectations and demands of payers for ‘measurement’ must not over-ride the concerns and legitimate interests of patients.