



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Farmaceutiche
GR/39/08

Prot.

GR 39/08

Roma,

Ai Direttori generali e
 Commissari straordinari di:

- Aziende USL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali classificati
- AIFA

Oggetto: farmaco Sarilumab (**KEVZARA**®) – artrite reumatoide

Con Determina AIFA n. 1041 del 04.07.2018, pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 163 del 16.07.2018, è stata autorizzata l'erogazione a carico del SSN del medicinale Kevzara per seguente indicazione terapeutica:

- Kevzara in combinazione con metotrexato (MTX) è indicato per il trattamento dell'artrite reumatoide (AR) attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono risultati intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs). Kevzara può essere somministrato in monoterapia in caso di intolleranza al MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

Il Kevzara è soggetto a prescrizione degli specialisti reumatologi o internisti che operano presso i Centri ospedalieri già autorizzati alla prescrizione di farmaci per l'artrite reumatoide, tramite la compilazione dell'apposita scheda in allegato.

L'erogazione diretta del farmaco è a carico del Centro prescrittore esclusivamente per gli assistiti residenti nella regione Lazio.

Il farmaco Kevzara è inserito in File F a far data dal 1 ottobre 2018.

Il Dirigente

Lorella Lombardozzi

Il DIRETTORE

Renato Botti

A.T. 24/10/2018

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA

tel. 06/5168.4473-5323 fax 06/5168.5450

e-mail: atiberio@regione.lazio.it

posta certificata: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it

Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza):

Il/la Paziente deve soddisfare le seguenti condizioni:

1. Paziente adulto con Artrite Reumatoide attiva da moderata a severa
2. ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs):

Farmaco (specificare): _____

Farmaco (specificare): _____

Sarilumab può essere somministrato in monoterapia in caso:

di intolleranza al MTX

o

quando il trattamento con MTX non è appropriato

Farmaco prescritto	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Proseguimento della cura
sarilumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La dose raccomandata di Kevzara è 200 mg una volta ogni 2 settimane somministrata mediante iniezione sottocutanea.

La riduzione della dose da 200 mg una volta ogni 2 settimane a 150 mg una volta ogni 2 settimane è raccomandata per la gestione di neutropenia, trombocitopenia ed aumento degli enzimi epatici. (vedi RCP per aggiustamenti dose)

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione). **Durata prevista del trattamento** (mesi) _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico

18A04760

