



Giunta Regionale della Campania

Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
UOD Politica del farmaco e dispositivi

Ai Direttori Generali
AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU
IRCCS PASCALE

e per loro tramite

Ai Direttori Sanitari Aziendali
Ai Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero
Ai Responsabili Dipartimenti Farmaceutici ASL
Ai Responsabili Farmacie Ospedaliere

e, p.c. Al Direttore Generale SO.RE.SA. S.p.A.

Al responsabile struttura operativa Sani.ARP

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2022. 0006642 07/01/2022

Mitt. : 500406 Politica del farmaco e dispositi...

Dest. : SO. RE. SA. SPA; DIRETTORI GENERALI ASL REG.
SANI.A.R.P. CAMPANIA

Classifica : 50.4. Fascicolo : 32 del 2022



**Oggetto: Determina Aifa n. DG/1540/2021. Specialità medicinale TREMFYA
(p.a. guselkumab) nuova indicazione terapeutica.**

L'Agenzia Italiana del farmaco AIFA, con la Determina n. 1540/2021 del 16 dicembre 2021, pubblicata nella G.U. n. 303 del 22/12/2021, ha disposto il regime di rimborsabilità SSN della specialità medicinale **TREMFYA, p.a. guselkumab.** per la seguente nuova indicazione terapeutica:

- «**"Tremfya"**, da solo o in associazione a metotrexato (MTX), è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che hanno mostrato intolleranza a una precedente terapia con farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD)»

Il medicinale **TREMFYA, p.a. guselkumab**, è classificato ai fini della rimborsabilità in fascia H.

Ai fini della fornitura il medicinale **TREMFYA** è soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti: *dermatologo, reumatologo, internista (RRL)*.

Sono autorizzati alla prescrizione di **TREMFYA, p.a. guselkumab**, indicazione **artrite psoriasica**, gli specialisti in dermatologia, reumatologia e medicina interna delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU, IRCCS già individuati per la prescrizione di farmaci biologici.

La funzionaria

Dott.ssa Imma Mancini * f.to

Il Dirigente
Dr. Ugo Trama *f.to

**Firme autografe omesse ai sensi della normativa vigente*