



Comunicazione sul medicinale Tysabri® ai sensi della Legge 648/1996

Con Determina AIFA n. 170/2016, pubblicata sulla G.U. n. 38 del 16 febbraio 2016, è stato modificato l'utilizzo del medicinale Tysabri® secondo la L. 648/1996, escludendo l'indicazione terapeutica "E" ammesso l'utilizzo di glatiramer acetato come trattamento di prima linea prima di passare a natalizumab, per i pazienti che rientrano nelle caratteristiche dei gruppi A e B del Registro Tysabri®".

Pertanto, nell'elenco "Lista farmaci Neurologia" alla voce «natalizumab» nella colonna «Estensione di indicazione relative ad usi consolidati sulla base di evidenze scientifiche presenti in letteratura» (http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/ALL-4_NEUROL_19.02.2016.pdf) rimane solo l'indicazione:

- E' ammesso l'utilizzo del natalizumab negli adolescenti di età compresa fra i 12 ed i 18 anni che rientrano nelle caratteristiche del gruppo B del Registro Tysabri®,

«ovvero pazienti con sclerosi multipla recidivante remittente grave ad evoluzione rapida, definita da due o più recidive disabilitanti in un anno e con 1 o più lesioni captanti Gadolinio alla RM cerebrale o un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM effettuata di recente», come precisato nel Nuovo Registro AIFA di Tysabri®, aggiornamento del 18.1.2016.

Il provvedimento è entrato in vigore dal giorno 17.2.2016.

Il testo completo della Determina, pubblicato sulla G.U. n. 38 del 16.2.2016, è consultabile al seguente indirizzo:

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2016-02-16&atto.codiceRedazionale=16A01145&elenco30giorni=true

Inserimento del medicinale metronidazolo ai sensi della Legge 648/1996

Con Determina AIFA del 29 gennaio 2016 viene autorizzata la rimborsabilità SSN, ai sensi della Legge n° 648/1996, per il medicinale per uso umano «metronidazolo» per os, relativamente alla seguente indicazione terapeutica:

- **trattamento dell'infezione da clostridium difficile, limitatamente al primo episodio o alla prima recidiva (se della stessa gravità del primo evento).**

Il provvedimento è entrato in vigore dal giorno 17.2.2016.



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Il testo completo della Determina, pubblicato sulla G.U. n. 38 del 16.2.2016, ed è consultabile al seguente indirizzo:

http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2016-02-16&atto.codiceRedazionale=16A01133&elenco30giorni=true

Area del Farmaco

ASL “VC”

30/03/2016

25B/AP/RM/MG