



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria**  
**Area Farmaci e Dispositivi - GR/39/21**

Ai Direttori generali e  
Commissari straordinari di:

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

e, p.c., al Direttore generale dell'AIFA

Oggetto: farmaco Dupilumab (DUPIXENT®) – poliposi nasale CRSwNP (età ≥ 18 anni)

Con Determina AIFA n. 1206 del 24.11.2020, pubblicata in GU n. 305 del 09.12.2020, è stata autorizzata l'erogazione a carico del SSN del medicinale Dupixent per la seguente indicazione terapeutica:

- Dupixent è indicato come terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con CRSwNP grave per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non fornisce un controllo adeguato della malattia.

Sono autorizzati alla prescrizione del farmaco Dupixent per l'indicazione soprariportata (tramite Piano terapeutico cartaceo in allegato) gli specialisti allergologi, dermatologi, immunologi, otorinolaringoiatri, pediatri e pneumologi delle strutture ospedaliere pubbliche, nonché allergologi e pneumologi afferenti alle seguenti strutture:

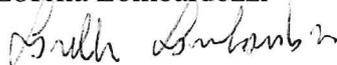
1. Policlinico A. Gemelli
2. Policlinico Campus Biomedico

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA  
tel. 06/5168.4473-5323 fax 06/5168.5450  
e-mail: [atiberio@regione.lazio.it](mailto:atiberio@regione.lazio.it)  
posta certificata: [politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it](mailto:politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it)

**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria**  
**Area Farmaci e Dispositivi - GR/39/21**

3. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
4. Osp. San Giovanni Calibita - Fatebenefratelli
5. Osp. San Pietro – Fatebenefratelli
6. Osp. Israelitico

Il Dirigente  
Lorella Lombardozzi



Il DIRETTORE  
Massimo Annicchiarico



A.T. 08/02/2021



**Piano terapeutico valido 12 mesi**

Prima prescrizione

Prosecuzione terapia

Dupixent 300 mg soluzione per iniezione s.c. in penna preriempita:  AIC: 045676172

La dose iniziale raccomandata per i pazienti adulti è di 300 mg, seguita da una dose di 300 mg somministrata a settimane alterne.

n. penne preriempite: \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento (mesi): \_\_\_\_\_

**Rivalutazione dopo 6 mesi come da RCP: considerare la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (fare riferimento ai criteri proposti nel documento di consenso sui farmaci biologici per CRSwNP EUFOREA 2019 e EPOS 2020)**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico ospedaliero  
o del medico specialista prescrittore

».

20A06928

MARIO DI IORIO, *redattore*

DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2020-GU1-308) Roma, 2020 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

