



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

Al responsabile struttura operativa Saniarp  
saniarp@aslcaserta.it

e, p.c.

Al Direttore Generale SO.RE.SA S.p.A.  
Al referente Flussi Informativi SORESA  
flussifarmaceutici@soresa.it

**Oggetto: Determina Aifa 10 gennaio 2025. Specialità medicinale EBGLYSS (lebrikizumab)**

L'Agenzia Italiana del Farmaco AIFA, con Determina n. 53 del 10 gennaio 2025, pubblicata nella G.U. n.25 del 31.01.2025, ha disposto il regime di rimborsabilità e prezzo del medicinale per uso umano **EBGLYSS (lebrikizumab)** per la seguente indicazione terapeutica:

- «**Ebglyss**» (**lebrikizumab**) è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni e con un peso corporeo minimo di 40 kg, eleggibili per la terapia sistemica.

Il medicinale **EBGLYSS (lebrikizumab)** - è classificato ai fini della rimborsabilità in classe **H<sub>1</sub>** nelle seguenti confezioni:

- «250 mg soluzione iniettabile, uso sottocutaneo»- penna preriempita (vetro) 2 ml (125 mg/ml), 2 penne preriempite- A.I.C. n. 050964081/E (in base 10);
- «250 mg soluzione iniettabile, uso sottocutaneo» siringa preriempita (vetro) 2 ml (125 mg/ml), 2 siringhe preriempite - A.I.C. n. 050964028/E (in base 10).

Ai fini della fornitura il medicinale **EBGLYSS (lebrikizumab)** è soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti – dermatologo e pediatra (RRL).

La prescrizione del medicinale **EBGLYSS (lebrikizumab)** è soggetto a scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ospedaliera) per i farmaci a base di lebrikizumab nel trattamento della dermatite atopica, come da allegato alla determina, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La prescrizione del medicinale va fatta nel rispetto delle condizioni di rimborsabilità specificatamente indicate nel Piano Terapeutico e in accordo alla scheda RCP .

Pertanto, a seguito di valutazione da parte del Tavolo Tecnico Regionale Farmaceutico, di cui al D.P.G.R.C. n. 163/2021, nelle more dell'adozione di apposito provvedimento amministrativo di aggiornamento del PTR, sono autorizzate alla prescrizione del farmaco **EBGLYSS (lebrikizumab)** le UU.OO. di Dermatologia e Pediatria delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS e Presidi Ospedalieri delle AA.SS.LL., individuati quali centri prescrittori per i farmaci biologici in dermatologia.

**EBGLYSS (lebrikizumab)** è soggetto a prescrizione SANIARP ed erogato in distribuzione diretta.  
Flusso File F Canale D.

Referente: Dott.ssa Imma Mancini, tel. 081-7969788, e.mail: imma.mancini@regione.campania.it.

La funzionaria  
Dott.ssa Imma Mancini

Il Dirigente Staff93/UOD06  
Dr. Ugo Trama