



REGIONE  
LAZIO

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

Ai Direttori Generali  
e Direttori Sanitari di:

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

Oggetto: farmaco Lanadelumab (TAKHZYRO® - Takeda) - angioedema immunitario –estensione di indicazione - RC0190 – aggiornamento nota prot. 0136870 del 12.02.2021.

Con Determina Pres. AIFA n. 529 del 20.04.2026 (come da avviso in GU n. 158 del 10.07.2026), è stata autorizzata l'erogazione a carico del SSN del medicinale Takhzyro per la nuova indicazione terapeutica:

- *TAKHZYRO è indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (HAE) in pazienti di età pari o superiore a 2 anni.*

Il farmaco Takhzyro, per l'indicazione sopra riportata, è soggetto alla prescrizione tramite Piano terapeutico cartaceo in allegato, da parte degli specialisti afferenti ai seguenti Centri di riferimento per l'angioedema ereditario:

1. Az. Osp. Univ. Pol. Tor Vergata
2. Policlinico Umberto I

Il farmaco Takhzyro è in DPC tramite la piattaforma Webcare (nota prot. 0564635 del 27.05.2025) per gli adulti mentre resta a carico del Centro prescrittore per la prevenzione degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (HAE) in pazienti pediatrici.

Il Dirigente di Area  
Marzia Mensurati

Il Direttore  
Andrea Urbani

2026\_07\_17 DB



| <input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Takhzyro (lanadelumab)</b><br><input type="checkbox"/> 300 mg soluzione per iniezione 1 flaconcino sc da 2 ml (150 mg/ml) + 1 siringa + 2 aghi<br>AIC: 047417011<br><br><input type="checkbox"/> 300 mg soluzione per iniezione 1 siringa sc preriempita da 2 ml<br>AIC: 047417047<br><br><input type="checkbox"/> 150 mg soluzione iniettabile 1 siringa sc preriempita da 1 ml (150 mg/mL)<br>AIC: 047417074<br><br><input type="checkbox"/> 300 mg soluzione iniettabile-1 penna sc preriempita da 2 ml (150mg/ml)<br>AIC: 047417100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |
| <b>DOSAGGIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| Dose prescritta adulti/adolescenti ( $\geq 12$ anni): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 300 mg ogni 2 settimane</span><br><br>Dose prescritta nei pazienti stabilmente liberi da attacchi, in particolare di basso peso: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 300 mg ogni 4 settimane</span><br><br>Dose prescritta nei bambini $\geq 2$ e $< 12$ anni:<br>Peso da 10 a meno di 20 Kg <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 150 mg ogni 4 settimane</span><br>Peso da 20 a meno di 40 Kg <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 150 mg ogni 2 settimane</span><br>Peso da 40 Kg in su <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 300 mg ogni 2 settimane</span><br><br>Altro dosaggio (adattamento della dose come da RCP): _____<br><br>Se si salta una dose di TAKHZYRO, è necessario assumere la dose non appena possibile assicurandosi che passino almeno 10 giorni tra le dosi.<br><br>Rivalutazione dopo: _____ |                                               |

**NOTA:** vedi RCP per modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Validità del Piano terapeutico: \_\_\_\_\_ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico ospedaliero  
o del medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_

| <input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Takhzyro (Ilanadelumab)</b><br><input type="checkbox"/> 300 mg soluzione per iniezione 1 flaconcino sc da 2 ml (150 mg/ml) + 1 siringa + 2 aghi<br>AIC: 047417011<br><br><input type="checkbox"/> 300 mg soluzione per iniezione 1 siringa sc preriempita da 2 ml<br>AIC: 047417047<br><br><input type="checkbox"/> 150 mg soluzione iniettabile 1 siringa sc preriempita da 1 ml (150 mg/mL)<br>AIC: 047417074<br><br><input type="checkbox"/> 300 mg soluzione iniettabile-1 penna sc preriempita da 2 ml (150mg/ml)<br>AIC: 047417100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |
| <b>DOSAGGIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| Dose prescritta adulti/adolescenti ( $\geq 12$ anni): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 300 mg ogni 2 settimane</span><br><br>Dose prescritta nei pazienti stabilmente liberi da attacchi, in particolare di basso peso: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 300 mg ogni 4 settimane</span><br><br>Dose prescritta nei bambini $\geq 2$ e $< 12$ anni:<br>Peso da 10 a meno di 20 Kg <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 150 mg ogni 4 settimane</span><br>Peso da 20 a meno di 40 Kg <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 150 mg ogni 2 settimane</span><br>Peso da 40 Kg in su <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 300 mg ogni 2 settimane</span><br><br>Altro dosaggio (adattamento della dose come da RCP): _____<br><br>Se si salta una dose di TAKHZYRO, è necessario assumere la dose non appena possibile assicurandosi che passino almeno 10 giorni tra le dosi.<br><br>Rivalutazione dopo: _____ |                                               |

**NOTA:** vedi RCP per modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Validità del Piano terapeutico: \_\_\_\_\_ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico ospedaliero  
o del medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_