

Documento PTR n. 274 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI
ESTRATTO ALLERGENICO DI
POLLINE DA 5 GRAMINACEE**

*Dicembre 2015
Agg. Novembre 2017*

**Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di**

Estratto allergenico di polline di graminacee da: mazzolina - Dactylis glomerata L, paleo odoroso - Anthoxanthum odoratum L., logliarello - Lolium perenne L., erba dei prati - Poa pratensis L e codolina - Phleum pratense L. (ORALAIR®)

Compilazione da parte di specialisti operanti nei reparti/ambulatori di allergologia delle strutture sanitarie pubbliche della Regione e dagli specialisti allergologi operanti all'interno del SSR, con distribuzione diretta da parte delle Aziende Sanitarie. Validità massima 7 mesi.

Medico prescrittore _____ Tel _____ Centro prescrittore _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Indirizzo _____ Tel _____ Codice fiscale _____

ASL di residenza _____ Medico curante _____

- PRIMO TRATTAMENTO** (il trattamento deve essere iniziato almeno 4 mesi prima dell'inizio previsto della stagione dei pollini. In assenza di un miglioramento evidente della sintomatologia durante la prima stagione dei pollini, non vi è alcuna indicazione per la prosecuzione del trattamento)
- TRATTAMENTI SUCCESSIVI** (stagioni dei pollini successive a quella del primo trattamento)

Ai fini della rimborsabilità SSR devono essere soddisfatti TUTTI i seguenti criteri:

- rinite allergica moderata-grave da almeno 2 anni** (Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi: starnutazioni, rinorrea acquosa, prurito nasale, ostruzione nasale e 1 o più dei seguenti sintomi: disturbi del sonno; compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero; problemi causati al lavoro o a scuola)
- test cutaneo positivo per i pollini di graminacee** (pomfo > 3 mm);
- titolo delle IgE specifiche** per i pollini di graminacee ≥ 2 CAP System;
- monosensibilizzazione clinica** con comparsa di sintomatologia esclusivamente nel periodo delle graminacee;
- nessuna precedente immunoterapia** sia sublinguale che sottocutanea con altro preparato (consentita solo la prosecuzione dei trattamenti in corso con Oralair®).

Indicazione: trattamento della rinite allergica moderata/grave dovuta a polline di graminacee, con o senza congiuntivite, confermata dal test cutaneo positivo e dal titolo positivo delle IgE specifiche per i pollini di graminacee, **in adulti (di età < 50 anni), adolescenti e bambini di età > 5 anni** che non rispondono alla terapia sintomatica.

Terapia precedentemente prescritta (alle quali il paziente non ha risposto):

- anti H1 sistemici anti H1 topici anti LT cromoni steroidi topici steroidi sistemici
- vasocostrittori topici vasocostrittori sistemici altro (specificare) _____

Controindicazioni:

Trattamento concomitante con beta bloccanti; Asma grave e/o instabile (FEV1 < 70 % del valore previsto); Immunodeficienza o malattia autoimmune grave; Patologie maligne (ad es. cancro); Infiammazioni del cavo orale (come lichen planus, ulcere orali o micosi orale)

Valutare attentamente la necessità della terapia nei pazienti in trattamento con:

Antidepressivi triciclici e Inibitori delle monoaminoossidasi (inibitori MAO)

Prescrizione

Farmaco e posologia _____ Durata prevista del trattamento: **7 mesi**
(Trattamento prestagionale)

1 mese

Giorno 1	1 compressa sublinguale (sl) da 100 IR
Giorno 2	2 compresse sl da 100 IR
Giorno 3	1 compressa sl da 300 IR
Giorno 4	1 compressa sl da 300 IR
Giorno 5	1 compressa sl da 300 IR
-	
-	
Giorno 30	1 compressa sl da 300 IR

Mesi successivi: 300 IR/die

La prima compressa deve essere assunta sotto la supervisione del medico e il paziente deve essere tenuto sotto osservazione per 30 minuti.

Data valutazione _____

Timbro e Firma del clinico prescrittore

SCHEDA DI RIVALUTAZIONE

(Da compilare per ogni stagione dei pollini, dopo 7 mesi dall'inizio della terapia)*

Medico prescrittore _____ Tel _____ Centro prescrittore _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Indirizzo _____ Tel _____ Codice fiscale _____

ASL di residenza _____ Medico curante _____

Il paziente ha effettuato il trattamento con ORALAIR®?

SI

NO (specificare i motivi dell'interruzione) _____

Andamento della patologia:

Severità (indicare se il paziente ha mantenuto le caratteristiche della forma moderata/grave secondo i criteri ARIA riportati nella scheda di prescrizione), ovvero:

Oculorinite primaverile moderata/grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici

Invariata migliorata

Rispetto ai seguenti sintomi:

Starnutazioni Rinorrea acquosa Prurito nasale Ostruzione nasale

Disturbi del sonno Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero

Problemi causati al lavoro o a scuola

Terapia in corso (specificare dose):

<input type="checkbox"/> anti H1 sistemici	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> anti H1 topici	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> anti LT	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> cromoni	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> steroidi topici	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> steroidi sistemici	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> vasocostrittori topici	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> vasocostrittori sistemici	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....
<input type="checkbox"/> altro (specificare)	Dose:	Giorni di utilizzo: N.....

Ricoveri ospedalieri legati alla patologia:

SI (specificare numero).....

No

PROSECUZIONE DEL TRATTAMENTO

SI

No

In assenza di un miglioramento evidente della sintomatologia durante la prima stagione dei pollini non vi è alcuna indicazione per la prosecuzione del trattamento.

Non sono disponibili dati del trattamento nei bambini oltre una stagione pollinica.

(*) sono disponibili dati derivanti da pubblicazioni successive alla registrazione per la somministrazione prestagionale per 3 anni successivi.

Data valutazione _____

Timbro e Firma del clinico prescrittore