



**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI FASENRA (BENRALIZUMAB)
NELL'ASMA GRAVE EOSINOFILICO REFRATTARIO**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (pneumologo, immunologo, allergologo) operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Tel. _____ ASL di residenza _____ Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata e rimborsata

FASENRA (benralizumab)

Fasenra è indicato come terapia di mantenimento aggiuntiva in pazienti adulti con asma eosinofilico severo non adeguatamente controllato malgrado l'impiego di corticosteroidi per via inalatoria a dosi elevate e β -agonisti a lunga durata d'azione.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Il trattamento con Fasenra (benralizumab) a carico del SSN è limitato ai pazienti adulti con asma grave eosinofilico refrattario che rispondono alle seguenti caratteristiche:

Il/la paziente:

1. ha un valore di eosinofili $>150/\text{mmc}$ attuale in assenza di trattamento steroideo sistemico e almeno un valore $> 300/\text{mmc}$ nell'anno precedente;
2. ha avuto nei 12 mesi precedenti almeno due esacerbazioni di asma nonostante la massima terapia inalatoria (step 4-5 del documento GINA) trattate con steroidi sistemici o che hanno richiesto ricovero;
3. ha ricevuto una terapia continuativa con steroidi per via orale, in aggiunta alla massima terapia inalatoria nell'ultimo anno.

Dovranno essere soddisfatte le condizioni al punto 1 ed almeno una delle condizioni ai punti 2 e 3.

Il trattamento con Fasenra nell'asma grave eosinofilico (non controllato o refrattario) deve essere iniziato da specialisti esperti (pneumologo, allergologo, immunologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta a terapia standard.

Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>
Farmaco	Posologia
Fasenra (benralizumab) <input type="checkbox"/> 1 siringa preriempita 1 mL 30 mg/mL AIC: 045931019 <input type="checkbox"/> 1 penna preriempita 1 mL 30 mg/mL AIC: 045931021	La dose raccomandata di benralizumab è 30 mg somministrati tramite iniezione sottocutanea ogni 4 settimane per le prime 3 dosi e successivamente ogni 8 settimane.

n. siringhe/penne preriempite _____

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Data di scadenza piano _____

Timbro e firma del medico prescrittore
