

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

Centro prescrittore \_\_\_\_\_

Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso M  F  Residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**Indicazione rimborsata SSN**

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

Il/La paziente

1. ha un valore di eosinofili  $\geq 300$ /mmc in assenza di trattamento steroideo sistemico
2. ha avuto nei 12 mesi precedenti almeno due esacerbazioni d'asma nonostante la massima terapia inalatoria (step 4-5 del documento GINA) trattate con steroide sistemico 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 eosinofilo (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:**

Fasenra 30 mg soluzione per iniezione s.c. in siringa preriempita (una somministrazione ogni 4 settimane per le prime 3 dosi e successivamente una ogni 8 settimane)

n. siringhe preriempite \_\_\_\_\_

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

La validità temporale del Piano Terapeutico è di dodici mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico ospedaliero  
o del medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_