

Documento PTR n. 320 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI BENRALIZUMAB
NELL'ASMA GRAVE
EOSINOFILICO REFRATTARIO**

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione
di benralizumab nell’asma grave eosinofilico refrattario

La prescrizione SSR del farmaco è riservata agli specialisti con documentata esperienza nell’uso degli anticorpi monoclonali per il trattamento dell’asma grave (pneumologo o allergologo operante in U.O. di pneumologia, allergologia o medicina interna) identificati dalle Aziende sanitarie.

Medico prescrittore _____	Tel _____
Unità Operativa _____	Azienda Sanitaria _____
Paziente (nome e cognome) _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di Nascita _____	Codice fiscale _____
AUSL di residenza _____	Indirizzo _____
Tel. _____	MMG _____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con 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 $\geq 300/\text{mmc}$ 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 benralizumab 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:
Benralizumab 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 massima del Piano Terapeutico è di 6 mesi

Data _____

Timbro e Firma del Medico
