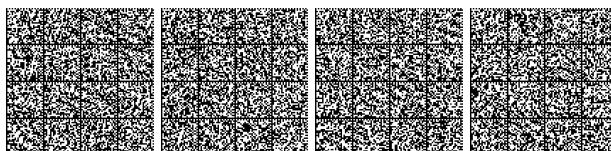




<b>PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI DUPIXENT (DUPILUMAB) NELL'ASMA GRAVE CON INFIAMMAZIONE DI TIPO 2</b>	
Centro prescrittore _____ Medico prescrittore (nome e cognome) _____ Tel. _____ e-mail _____	
Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale _____ Residente a _____ _____ Tel. _____ Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____ Medico di Medicina Generale _____	
<b>Indicazione rimborsata SSN</b> Il trattamento con Dupixent (dupilumab) a carico del SSN è limitato ai pazienti adulti e adolescenti di età pari o superiore ai 12 anni con asma grave con infiammazione di tipo 2 che rispondono alle seguenti caratteristiche:  Il/La paziente 1. <input type="checkbox"/> ha un valore di eosinofili $\geq 150/\text{mmc}$ 2. <input type="checkbox"/> ha un valore di FeNO $> 25$ ppm 3. <input type="checkbox"/> ha avuto nei 12 mesi precedenti almeno due esacerbazioni d'asma nonostante la massima terapia inalatoria (step 4-5 del documento GINA) trattate con steroidi sistemici o che hanno richiesto ricovero 4. <input type="checkbox"/> ha ricevuto una terapia continuativa con steroidi per via orale per almeno 6 mesi, in aggiunta alla massima terapia inalatoria nell'ultimo anno  <b>Dovrà essere soddisfatta almeno una delle condizioni al punto 1 e 2 ed almeno una delle condizioni ai punti 3 e 4.</b>  Il trattamento con Dupixent nell'asma grave con infiammazione di tipo 2 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.	
<b>Prescrizione</b>  - Dupixent 300 mg soluzione per iniezione s.c. in siringa preriempita con sistema di sicurezza  (dose di carico da 600 mg seguita da dose di 300 mg somministrata a settimane alterne).  ○ AIC: 045676057  - Dupixent 200 mg soluzione per iniezione s.c. in siringa preriempita con sistema di sicurezza/1 penna preriempita (dose di carico da 400 mg seguita da dose di 200 mg somministrata a settimane alterne).  ○ AIC: 045676095 ○ AIC: 045676133	



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

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

La validità massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico ospedaliero  
o del medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_

».

20A06927

**Comunicato relativo alla determina 24 novembre 2020 dell’Agenzia italiana del farmaco, recante: «Regime di rimborsabilità e prezzo a seguito di nuove indicazioni terapeutiche e riclassificazione del medicinale per uso umano “Dupixent”, ai sensi dell’art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537. (Determina n. DG/1206/2020).». (Determina pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale - n. 305 del 9 dicembre 2020).**

In calce alla determina citata in epigrafe, pubblicata nella sopraindicata *Gazzetta Ufficiale*, alla pag. 35, prima colonna, dopo la data e la firma del direttore generale, si intende riportato il seguente allegato: «

