

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR

Tabella 2A - Elenco nuove specialità medicinali di classe H

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata SSN	Centri Autorizzati
A05AX04	Maralixibat cloruro	Livmarli	os	H-RRL		n. 233 del 07.10.2025. Det. AIFA num. Pres- 1264-2025	E' indicato per il trattamento della colestasi intraepatica familiare progressiva (PFIC) nei pazienti di età pari o superiore a 3 mesi	Codice esenzione per malattia rara RIG010 LA DGR 73/2024 NON INDIVIDUA CENTRI REGIONALI Si autorizzano le UU.OO. di Farmacia Ospedaliera all'acquisto per pazienti in cura presso Centri di Riferimento Extra Regionali
A05AX04	Maralixibat cloruro	Livmarli	os	H-RRL		n. 283 del 04.12.2023. Det. AIFA num. 686-2023	E' indicato per il trattamento del prurito colestatico da sindrome di Alagille (ALGS) in pazienti di età pari o superiore ai 2 mesi.	Codice esenzione malattia rara RN1350 La DGR 73/2024 non individua centri pediatrici . Si autorizzano le UU.OO. di Farmacia Ospedaliera all'acquisto per pazienti in cura presso Centri di Riferimento Extra Regionali
A05AX05	Odevixibat	Kayfanda	os	H-RRL		n.21 del 27.0.2026 Det. AIFA n. Pres-16-2026	KAYFANDA è indicato per il trattamento del prurito colestatico da sindrome di Alagille (ALGS) in pazienti di età pari o superiore ai 6 mesi.	Codice esenzione malattia rara RN1350 La DGR 73/2024 non individua centri pediatrici . Si autorizzano le UU.OO. di Farmacia Ospedaliera all'acquisto per pazienti in cura presso Centri di Riferimento Extra Regionali

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR

Tabella 2A - Elenco nuove specialità medicinali di classe H

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata SSN	Centri Autorizzati
J06BA02	Immunoglobuline umane per somministrazione intravscolare	Gamten	ev	H-Osp		n. 230 del 03.10.2025 Det. AIFA n. Pres-1232-2025	<p>Terapia sostitutiva in adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni) in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sindromi da immunodeficienza primaria (PID) con produzione di anticorpi compromessa; - Immunodeficienze secondarie (SID) in pazienti affetti da infezioni gravi o ricorrenti, trattamento antimicrobico inefficace e insufficienza anticorpale specifica dimostrata (PSAF)* o livello sierico di IgG < 4 g/L; <p>*PSAF = incapacità di indurre almeno un aumento di 2 volte il titolo anticorpale di IgG nei vaccini pneumococcici con antigene polisaccarico e polipeptidico;</p> <p>Immunomodulazione in adulti, bambini e adolescenti (0-18 anni) in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombocitopenia immune primaria (ITP), in pazienti ad alto rischio di emorragia o prima di interventi chirurgici per la correzione della conta piastrinica; -Sindrome di Guillain Barre'; - Malattia di Kawasaki (in congiunzione con acido acetilsalicilico) - Poliradiculoneuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP); -Neuropatia motoria multifocale (MMN). 	
J06BA02	Immunoglobuline umane per somministrazione intravscolare	Gamten	ev	H-Osp		n. 230 del 03.10.2025 Det. AIFA n. Pres-1232-2025	<p>Dermatomiosite in fase attiva trattata con farmaci immunosoppressori, inclusi i corticosteroidi, o in caso di intolleranza o controindicazioni</p>	<p>Codice esenzione RM0010 DGR 73/2024 identifica i seguenti centri</p> <p>ASL 201 P.O. L'Aquila – UO Neurologia e Stroke Unit</p> <p>ASL 202</p>

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR

Tabella 2A - Elenco nuove specialità medicinali di classe H

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata SSN	Centri Autorizzati
								P.O. Chieti- Clinica Neurologica ASL 203 P.O. Pescara – UO Reumatologia ASL 204 P.O. Teramo- UO Allergologia e Immunologia
L01EE04	Selumetinib	Koselugo	os	H-RNRL		n.18 del 23.01.2024. Det. AIFA n.5/2024	Koselugo è indicato in monoterapia per il trattamento del neurofibroma plessiforme (PN) inoperabile, sintomatico in pazienti pediatrici con neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) a partire dai tre anni di età.	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione
L01EN01	Erdafitinib	Balversa	os	H-RNRL		n.250 del 27.10.2025. Det. AIFA n. Pres-1386-2025	Balversa in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma uroteliale (UC) non resecabile o metastatico , portatori di alterazioni genetiche suscettibili di FGFR3 , che abbiano precedentemente ricevuto almeno una linea di terapia con un inibitore di PD-1 o PD-L1 per malattia non resecabile o metastatica.	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione
L01FF12	Serplulimab	Hetronify	ev	H-Osp	Registro web AIFA	n.21 del 27.01.2026.Det.Pres n. 20-2026	Hetronify in combinazione con carboplatino ed etoposide è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC).	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione
L04AJ07	Crovalimab	Piasky	ev/sc	H-RRL	Registro web AIFA	n. 7 del 10.01.2026. Det. AIFA n. Pres-1815-2025	Piasky in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 12 anni con peso pari o superiore a 40 kg affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN) : in pazienti con emolisi con sintomi clinici indicativi di elevata attività della malattia;	Cod. esenzione per malattia rara: RD0020 DGR 73/2024 individua i seguenti centri efferenti alla Rete Regionale: ASL 203

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR**Tabella 2A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe H

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata SSN	Centri Autorizzati
							in pazienti clinicamente stabili dopo essere stati trattati con un inibitore del componente 5 (C5) del sistema del complemento per almeno gli ultimi 6 mesi.	P.O. Spirito Santo di Pescara UOC Ematologia

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR

Tabella 2B - Elenco nuove specialità medicinali di classe A-PHT

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati	Canale
B02BD02	Efanesoctocog alfa	Altuvoc	ev	A-RRL	PHT-PT	n. 7 del 10.01.2026. Det. AIFA n. Pres.-1808-2026	Altuvoc è indicato per il trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti con emofilia A (deficit congenito di fattore VIII). Può essere usato in tutte le fasce d'età.	Codice esenzione per malattia rara RDG020 DGR 73/2024 individua i seguenti centri afferenti alla Rete Regionale: ASL 202 P.O. SS Annunziata Chieti – Servizio Trasfusionale ASL 203 P.O. Spirito Santo Pescara – UOC Ematologia – Centro Emofilia e Malattie Rare del Sangue ASL 204 P.O. Mazzini Teramo- UO Medicina Interna	DDE
B02BX11	Marstacimab	Hympavzi	sc	A-RRL	PHT	n. 21 del 27.01.2026. Det. AIFA n. Pres.-19-2026	Hympavzi è indicato nella profilassi di routine degli episodi di sanguinamento in pazienti di età pari o superiore a 12 anni e di peso pari o superiore a 35 kg, con: • emofilia A severa (deficit congenito di fattore VIII, FVIII < 1%) senza inibitori del fattore VIII oppure • emofilia B severa (deficit congenito di fattore IX, FIX < 1%) senza inibitori del fattore IX.	Codice esenzione per malattia rara RDG020 DGR 73/2024 individua i seguenti centri afferenti alla Rete Regionale: ASL 202 P.O. SS Annunziata Chieti – Servizio Trasfusionale ASL 203 P.O. Spirito Santo Pescara – UOC Ematologia – Centro Emofilia e Malattie Rare del Sangue ASL 204 P.O. Mazzini Teramo-UO Medicina Interna	DDE

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR**Tabella 2B** - Elenco nuove specialità medicinali di classe A-PHT

D11AH11	Delgocitinib	Anzupgo	Uso cutaneo	A-RRL	PHT	n. 248 del 24.10.2025. Det. AIFA n. Pres. – 1334 - 2025	Anzupgo è indicato per il trattamento dell'eczema cronico delle mani (chronic hand eczema, CHE) da moderato a severo negli adulti per i quali i corticosteroidi topici sono inadeguati o inappropriati	UU.OO. Dermatologia delle AASSLL della Regione	DDE
N07BA04	Citisiniclina	Recigar	os	A-RR	PHT	n. 21 del 27.01.2026. Det. AIFA n. Pres-11-2026	Cessazione dell'abitudine al fumo e riduzione del desiderio di nicotina nei fumatori che vogliono smettere di fumare		DDE

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
B03XA06	Luspatercept	Reblozyl	sc	H-RNRL	Piano Terapeutico web-based AIFA	n. 271 del 21.11.2025. Det. AIFA n. Pres-1541-2025	Reblozyl è indicato negli adulti per il trattamento dell'anemia trasfusione-dipendente dovuta a sindromi mielodisplastiche (myelodysplastic syndromes, MDS) a rischio molto basso, basso e intermedio.	UU.OO. Ematologia delle ASL della Regione
D11AH05	Dupilumab	Dupixent	sc	A-RRL	PT AIFA cartaceo-PHT	n.28 del 04.02.2026. Det. AIFA n. Pres-98-2026	Esofagite Eosinofila pediatrica Dupixent è indicato nei Bambini affetti da esofagite eosinofila in bambini di età compresa tra 1 e 11 anni e un peso di almeno 15kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale	UU.OO. Pediatria, Allergologia, Gastroenterologia e Medicina Interna delle AASSLL della Regione (come riportato su PT AIFA la cui compilazione da parte dello specialista è necessaria e indifferibile ai fini della erogazione del farmaco)
D11AH05	Dupilumab	Dupixent	sc	A-RRL	Registro web AIFA	n.28 del 04.02.2026. Det. AIFA n. Pres-97-2026	Dupixent è indicato negli adulti come trattamento di mantenimento aggiuntivo per la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) non controllata, caratterizzata da un aumento degli eosinofili ematici, in combinazione con un corticosteroide per via inalatoria (inhaled corticosteroid, ICS), un beta2-agonista a lunga durata d'azione (long-acting beta2-agonist, LABA) e un antagonista muscarinico a lunga durata d'azione (long-acting muscarinic antagonist, LAMA) o da un'associazione di un LABA e di un LAMA se l'ICS non è appropriato	UU.OO. Pneumologia, Medicina Interna delle AASSLL della Regione
J01XA05	Oritavancina	Tenkasi AIC n. 044015016/E	ev	H-Osp	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA (Det. Pres-HTA AIFA n. 1665-2025- Avviso in G.U. num	n. 279 del 01.12.2025. Det. AIFA n. Pres-HTA-1653-2025	Trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) nei pazienti pediatrici di età pari o superiore ai 3 mesi. Trattamento di infezioni complicate della pelle o dei tessuti molli con eziologia dimostrata/sospetta da batteri Gram positivi sensibili, limitatamente alle seguenti condizioni:	UU.OO. di Malattie Infettive delle ASL della Regione

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
					279 del 01.12.2025)		- prima linea, in caso di necessità/possibilità di successiva gestione del paziente a domicilio -seconda linea, in pazienti per i quali si prevede di proseguire la gestione in ambiente ospedaliero	
L01EB04	Osimertinib	Tagrisso	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 213 del 13.09.2025. Det. AIFA num. Pres-1138-2025	Tagrisso è indicato in associazione a pemetrexed e chemioterapia a base di platino per il trattamento di prima linea dei pazienti adulti con NSCLC avanzato il cui tumore presenta delezioni dell'esone 19 o mutazione sostitutiva dell'esone 21 (L858R) di EGFR . Tagrisso in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con NSCLC localmente avanzato , non resecabile, il cui tumore presenta delezioni dell'esone 19 o mutazione sostitutiva dell'esone 21 (L858R) di EGFR e la cui malattia non è progredita durante o dopo la chemioradioterapia a base di platino	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01EC03	Encorafenib	Braftovi	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 300 del 29.12.2025. Det. AIFA num. Pres-1760-2025	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) Encorafenib in associazione a binimetinib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600E	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01EE03	Binimetinib	Mektovi	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 300 del 29.12.2025	Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) Binimetinib in associazione a encorafenib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600E	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01EX14	Entrectinib	Rozlytrek	os	H-osp	Registro web AIFA	n.271 del 21.11.2025. det. AIFA n. Pres – 1553-2025	Fusione genica del recettore tirosin-chinasico neurotrofico (NTRK) Rozlytrek in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL in accordo con il Team Multidisciplinari previsti per le valutazioni diagnostiche (Det. AIFA n. DG/1007/2021- G.U. 214 del 07.09.2021)

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
							superiore a 1 mese con tumori solidi che esprimono una fusione genica di <i>NTRK</i> , - che sono affetti da malattia localmente avanzata, metastatica o la cui resezione chirurgica potrebbe comportare una severa morbidità, e - che non sono stati trattati in precedenza con un inibitore di <i>NTRK</i> - che non dispongono di opzioni terapeutiche soddisfacenti	
L01FF07	Dostarlimab	Jemperly	ev	H-Osp	Registro web AIFA. Attribuzione requisito innovatività terapeutica	Det. AIFA n. Pres. - 17-2026. Come da avviso in G.U. n. 21 del 27.01.2026	JEMPERLI è indicato in associazione a carboplatino e paclitaxel per il trattamento di prima linea di pazienti adulte affette da cancro endometriale primario avanzato o ricorrente e che sono candidate per la terapia sistemica.	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01FF02	Pembrolizumab	Keytruda	ev	H-osp		n. 15 del 20.01.2026. Det. AIFA Pres. 4-2026	Keytruda, in associazione a chemioradioterapia (radioterapia a fasci esterni seguita da brachiterapia), è indicato nel trattamento del carcinoma della cervice localmente avanzato in Stadio III – IVA secondo FIGO 2014 negli adulti che non hanno ricevuto una precedente terapia definitiva.	UU.OO. Oncologia delle AASSLL della Regione
L01FX13	Enfortumab vedotin	Padcev	ev	H-Osp	Registro web AIFA Attribuzione Innovatività Terapeutica	n.15 del 20.01.2026 Det. Aifa n. Pres-5-2026	Enfortumab vedotin, in associazione a pembrolizumab, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con cancro uroteliale non resecabile o metastatico che possono essere sottoposti a chemioterapia contenente platino	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione
L01XK01	Olaparib	Lynparza	os	H-RNRL		n. 30 del 06.02.2026. Det. AIFA n. Pres-108-2026	Lynparza è indicato in monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulti con adenocarcinoma metastatico del pancreas e con mutazioni nella linea germinale di BRCA1/2 che non hanno avuto una progressione di malattia dopo un minimo di 16 settimane di trattamento a base di platino in un regime chemioterapico di prima linea.	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
L04AA32	Apremilast	Otezla	os	A-RRL	PT malattia Bechet	n.203 del 02.09.2025. Det. AIFA n. Pres-1101 e 1103-2025. ISTITUZIONE PT Malattia Bechet	Per il trattamento di pazienti adulti con ulcere orali associate alla malattia di Bechet (BD) che sono candidati alla terapia sistemica (Criteri di rimborsabilità indicati nel PIANO TERAPEUTICO AIFA necessario e indifferibile ai fini della erogazione)	Malattia Rara con codice esenzione RC0210 DGR 73/2024 individua i seguenti centri afferenti alla Rete Regionale Malattie Rare ASL 201 P.O. San Salvatore -L'Aquila Clinica Reumatologica ASL 202 P.O. SS Annunziata – Chieti Clinica Medica; Pediatria ad indirizzo Reumatologico ASL 203 P.O. Spirito Santo – Pescara UO Reumatologia ASL 204 P.O. Mazzini – Teramo UO Allergologia ed Immunologia
L04AA32	Apremilast	Otezla	os	A--RRL	PHT-PT	n.203 del 02.09.2025 Det. AIFA n. Pres-1101-2025	Psoriasi pediatrica psoriasi cronica a placche da moderata a grave deve essere limitato a pazienti di età pari o superiore a 6 anni e di peso non inferiore a di 20 kg che non hanno risposto, che hanno una controindicazione o che sono intolleranti ad altra terapia sistemica (comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A, PUVA) e nei quali l'uso dei farmaci biologici sia controindicato o non tollerato	UU.OO. Dermatologia delle AASSL della Regione
L04AA37	Baricitinib	Olumiant	os	H-RNRL	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	n. 279 del 01.12.2025 Det. AIFA n.	Dermatite Atopica pediatrica Baricitinib è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa nei pazienti adulti e in pazienti pediatrici di età pari e superiore ai 2 anni che sono candidati ad una terapia sistemica"	UU.OO. di Dermatologia e Pediatria delle ASL della Regione

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
					(Det. AIFA 1805-2025 che sostituisce allegato della Det. AIFA 1667-2025)	Pres-1641-2025	Baricitinib [§] (2mg e 4 mg) è rimborsato per il trattamento della dermatite atopica severa in pazienti pediatrici di età pari o superiore ai 2 anni candidati alla terapia sistemica, che presentano almeno una delle seguenti condizioni : <ul style="list-style-type: none"> - (punteggio EASI ≥ 24), - localizzazione in zone visibili (volto, mani) e/o sensibili (genitali, perianali/perineali); - valutazione del prurito con scala NRS ≥ 7; valutazione della qualità della vita con indice CDLQI ≥ 10. [§] baricitinib è rimborsato solo in combinazione con i corticosteroidi topici	
L04AC21	Bimekizumab	Bimzelx	sc	H-RRL	Prescrizione del medicinale soggetta a schede di prescrizione cartacea (AIFA/ospedali) per i farmaci biologici per la spondilite assiale non radiografica	n. 245 del 21.10.2025. Det. AIFA n. Pres- 1311-2025	Bimzelx è indicato per il trattamento di adulti affetti da spondiloartrite assiale non radiografica attiva con segni oggettivi di infiammazione, rilevati tramite livelli elevati di proteina C-reattiva (C-Reactive 3 Protein, CRP) e/o tramite risonanza magnetica (RM), che hanno risposto in maniera inadeguata o sono intolleranti ai farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Bimzelx è indicato per il trattamento di adulti affetti da spondilite anchilosante attiva che hanno risposto in maniera inadeguata o sono intolleranti alla terapia convenzionale.	UU.OO. Reumatologia e Medicina Interna delle AASSLL della Regione

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
L04AA58	Efgartigimod Alfa	Vyvgart AIC 050235035/E (nuova formulazione)	sc	H-RNRL	Registro AIFA; Attribuzione Innovatività Terapeutica	n.271 del 21.11.2025. Det. AIFA Pres. 1561-2025	<p>Vyvgart è indicato in aggiunta alla terapia standard per il trattamento dei pazienti adulti con Miastenia gravis generalizzata (MGg) positivi agli anticorpi anti-recettore dell'acetilcolina (AChR) con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravità di malattia almeno di grado IIb alla MGFA; - Punteggio MG-ADL ≥ 5 (con $>50\%$ del punteggio MG-ADL dovuto a sintomi non oculari) - Presenza di almeno uno tra i seguenti criteri, nonostante il trattamento standard (timectomia se indicata; corticosteroidi e almeno un altro agente immunosoppressore, utilizzati a dosaggi adeguati e per una durata adeguata): <ul style="list-style-type: none"> • Almeno una crisi miastenica o evento di esacerbazione importante per anno (eventi caratterizzati da debolezza o paralisi respiratoria o bulbare, non correlati a scarsa aderenza alla terapia, infezioni o uso di farmaci che possono indurre deterioramento della MG) con necessità di ricorrere a plasmateresi o immunoglobuline; oppure • Necessità di ricorrere a plasmateresi o immunoglobuline iv ad intervalli regolari; oppure • Effetti collaterali non tollerabili/comorbidità che limitano o controindicano l'uso di immunosoppressori. 	<p>DGR n. 73 del 31.01.2024 per la malattia rara Miastenia Gravis con codice esenzione RFG101</p> <p>ASL 201</p> <ul style="list-style-type: none"> - UO Neurologia e Stroke - P.O. SS Filippo e Nicola, Avezzano <p>ASL 202</p> <ul style="list-style-type: none"> Clinica neurologica - P.O. SS Annunziata, Chieti <p>UO Neurologia- P.O. Renzetti, Lanciano</p> <p>ASL 203</p> <ul style="list-style-type: none"> U.O. Neurologia e Stroke Unit - P.O. Spirito Santo, Pescara <p>ASL 204</p> <ul style="list-style-type: none"> UO Neurologia – P.O. Mazzini, Teramo.

Elenco specialità medicinali con estensione di indicazione inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 2C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati
L04AC21	Bimekizumab	Bimzelx	sc	H-RRL		n. 245 del 21.10.2025. Det. AIFA n. Pres -1311-2025	Bimzelx è indicato per il trattamento dell'idrosadenite suppurativa [hidradenitis suppurativa, HS] attiva da moderata a severa (acne inversa) in pazienti adulti con una risposta inadeguata alla terapia sistemica convenzionale per l'HS."	UU.OO. di Dermatologia delle ASL della Regione
N03AX24	Cannabidiolo	Epidyolex	os	Modifica regime di fornitura A-RNR	PHT-PT cartaceo	n. 21 del 27.01.2026 Det. AIFA Pres-46-2026	<p>EPIDYOLEX® è indicato, come terapia aggiuntiva, in associazione con clobazam, per le crisi epilettiche associate a sindrome di Lennox Gastaut (LGS) o a sindrome di Dravet (DS) nei pazienti a partire da 2 anni di età.</p> <p>La rimborsabilità è limitata al trattamento dei pazienti che abbiano mostrato una risposta insufficiente o assente ad almeno due diversi farmaci antiepilettici e inoltre sia fallito il trattamento con almeno uno dei seguenti farmaci: rufinamide, stiripentolo o topiramato.</p> <p>Epidyolex è indicato come terapia aggiuntiva per le crisi epilettiche associate a sclerosi tuberosa complessa (TSC) nei pazienti a partire da due anni di età</p>	UU.OO. Neurologia e Neuropsichiatria Infantile delle ASL della Regione
N07XX25	Omaveloxolone	Skyclarys	os	H-RRL	Attivazione Registro web AIFA	n. 24 del 30.01.2026. Det. AIFA n. Pres-106-2026	Skyclarys è indicato trattamento dell'atassia di Friedrich negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni.	<p>Malattia Rara con codice esenzione RFG040</p> <p>DGR 73/2024 individua i seguenti centri afferenti alla Rete Regionale:</p> <p>ASL 202 P.O. SS Annunziata di Chieti <i>Clinica Neurologica</i></p>