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
B01AD13	rADAMTS13	**Adzynma**	ev	H-RRL	**Registro web AIFA**	n. 158 del 10.07.2026. Det. AIFA n.Pres. 873-2026	ADZYNMA è una terapia enzimatica sostitutiva (TES) indicata per il trattamento del deficit di ADAMTS13 nei pazienti pediatrici e adulti affetti da porpora trombotica trombocitopenica congenita (cTTP, congenital thrombotic thrombocytopenic purpura), limitatamente alla terapia enzimatica sostitutiva profilattica.	Difetti ereditari della coagulazione **–** codice esenzione RDG020 **ASL 202** P.O. SS Annunziata di Chieti - Servizio Immunotrasfusionale ASL 203 P.O. Spirito Santo di Pescara- UOC Ematologia ASL 204 P.O. Mazzini di Teramo – Medicina Interna
H02AB18	Vamorolone	**Agamree**	os	H-RNRL		n. **120** del 26.05.2026. Det. AIFA n. Pres.649-2026	Agamree è indicato per il trattamento della distrofia muscolare di Duchenne (DMD) in pazienti di età pari o superiore a 4 anni.	Distrofia muscolare di Duchenne – codice esenzione RFG080 DGR 73/2024 individua i seguenti centri ASL 202 P.O. SS Annunziata di Chieti Clinica Pediatrica Clinica Neurologica

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
L01EE05	Mirdametinib	**Ezmekly**	os	H-RNRL		n. 253 del 30.10.2026. Det. AIFA n. Pres-1421-2026	Ezmekly in monoterapia è indicato per il trattamento di neurofibromi plessiformi (PN, plexiform neurofibromas) sintomatici non operabili in pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 2 anni, con neurofibromatosi di tipo 1 (NF1)	UU.OO. di Neurologia e Oncologia delle ASL della Regione ASL 203 P.O. Spirito Santo di Pescara - UO Oncoematologia Pediatrica
L01EM06	Inavolisib	**Itovebi**	**os**	H-RNRL		n. 210 del 10.09.2026. Det. AIFA Pres. - 1184-2026	Itovebi, in associazione a palbociclib e fulvestrant, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da cancro della mammella con mutazione di PIK3CA, positivo al recettore degli estrogeni (ER), HER2-negativo, localmente avanzato o metastatico, in seguito a recidiva durante o entro 12 mesi dal completamento del trattamento endocrino adiuvante. I pazienti precedentemente trattati con un inibitore di CDK 4/6 nel setting (neo)adiuvante devono aver avuto un intervallo di almeno 12 mesi tra la cessazione del trattamento con inibitore di CDK 4/6 e il rilevamento della recidiva. Nelle donne in pre/peri-menopausa e negli uomini, la terapia endocrina deve essere combinata con un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH).	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01XM04	Vorasidenib	**Voranigo**	os	H-RNRL	**Registro web AIFA**	n. .258 del 05.11.2026.Det. AIFA n. Pres-1518-2026	Voranigo come monoterapia è indicato per il trattamento dell'astrocitoma o dell'oligodendroglioma di Grado 2 prevalentemente non captante con mutazione IDH1 R132 o IDH2 R172	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione ASL 203 - P.O. Spirito Santo UO Oncoematologia Pediatrica

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 adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e di peso pari o superiore a 40 kg trattati solo con intervento chirurgico e che non necessitano nell'immediato di radioterapia o chemioterapia.	
L01XX74	Belzutifan	**Welireg**	os	H-RNRL		n. **122** del 28.05.2026.Det. AIFA n. Pres. 675-2026	**Tumori associati alla malattia di von Hippel-Lindau (VHL**) WELIREG in monoterapia è indicato nel trattamento di pazienti adulti con malattia di von Hippel Lindau che necessitano di terapia per carcinoma a cellule renali (RCC) localizzato, per emangioblastomi del sistema nervoso centrale (SNC) o per tumori neuroendocrini del pancreas (pancreatic neuroendocrine tumours, pNET) associati alla malattia di von Hippel Lindau e per i quali le procedure locali non sono adeguate.	Malattia di von Hippel-Lindau (VHL) –codice esenzione RN0780 La DGR 73/2024 non individua centri afferenti alla Rete e pertanto si autorizzano le UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione al trattamento
N02BA11	Diflunisal	**Attrogy**	os	H-RRL		n. 210 del 10.09.2026. Det. AIFA n. Pres-1187-2026	Trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina (amiloidosi hATTR) in pazienti adulti affetti da polineuropatia allo stadio 1 o 2.	Amiloidosi da transtiretina codice esenzione RCG130 ASL 202 P.O. SS Annunziata di Chieti – Clinica neurologica
N07XX21	Eplontersen	**Wainzua**	sc	H-RNRL		n.**158** del 10.07.2026. Det. AIFA n. Pres-898-2026	Wainzua è indicato per il trattamento dell'amiloidosi ereditaria mediata dalla transtiretina (hereditary transthyretin-mediated amyloidosis, ATTRv) in pazienti adulti con polineuropatia allo stadio 1 o allo stadio 2.	Amiloidosi da transtiretina codice esenzione RCG130 ASL 202 P.O. SS Annunziata di Chieti – Clinica neurologica
N07XX22	Tofersen	**Qalsody**	**intratecale**	H-Osp	**Innovatività terapeutica Registro web AIFA**	n. **219** del 21.09.2026. Det. AIFA n. Pres-1253/2026	Qalsody è indicato per il trattamento di adulti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), associata a una mutazione nel gene superossido dismutasi 1 (SOD1).	Sclerosi Laterale Amiotrofica – codice esenzione RF0100 DGR 73/2024 individua i seguenti centri: ASL 201 P.O. San Salvatore – L'Aquila – Neurologia e Stroke Unit ASL 202

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. SS Annunziata Chieti – Clinica Neurologica ASL 204 P.O. Mazzini – Teramo UO Neurologia

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 / modalita' di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati	Canale
B06AC07	Garadacimab	**Andembry**	sc	A-RRL	**PHT-PT AIFA cartaceo**	n.54 del 06.03.2026. Det. AIFA n. PRES-188-2026	ANDEMBRY è indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (Hereditary AngioEdema, HAE) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni.	Angioedema Ereditario - codice esenzione RC0190 DGR 73/2024 individua i seguenti centri: ASL 201 P.O. Santi Filippo e Nicola Avezzano -UO Allergologia ASL 202 P.O. SS Annunziata di Chieti Clinica Pediatrica ASL 203 DSB Pescara Nord – Centro Angioedema Ereditario	DDE
D11AH12	Nemolizumab	**Nemluvio**	sc	A-RRL	**PHT- Scheda di prescrizione cartacea AIFA**	n. **122** del 28.05.2026. Det.AIFA n. Pres-664-2026	**Dermatite atopica (DA)** Nemluvio è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti di età pari o superiore a 12 anni eleggibili per la terapia sistemica.	UU.OO. di Dermatologia delle ASL della Regione	DDE
D11AH12	Nemolizumab	**Nemluvio**	sc	A-RRL	**PHT- PT web AIFA**	n. **122** del 28.05.2026. Det.AIFA n. Pres-664-2026	**Prurigo nodulare (PN)** Nemluvio è indicato per il trattamento di adulti con prurigo nodulare da moderata a grave eleggibili perla terapia sistemica. Nemluvio è indicato per il trattamento di adulti con prurigo nodulare (PN) grave eleggibili per la terapia sistemica che presentano tutte le seguenti caratteristiche: - valutazione Numerica del Picco di Prurito (Peak pruritus numeric rating scale -PP NRS) ≥ 7 - numero di lesioni nodulari superiore o uguale a 20 - Investigator’s global assessment (IGA) = 4 (SEVERE)	UU.OO. di Dermatologia delle ASL della Regione	DDE

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR

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

S01AX24	Poliesanide	**Akantior AIC n. 051478028**	Collirio	A-RNRL	**PHT**	n. 108 del 12.05.2026. PRES-582-2026	AKANTIOR è indicato per il trattamento della cheratite da *Acanthamoeba* negli adulti e nei bambini a partire dai 12 anni di età.	UU.OO. di Oculistica e Oftalmologia delle ASL della Regione	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
A16AB14	Sebelipasi alfa	**Kanuma**	ev	H-RRL	**Registro web AIFA**	n. 190 del 18.08.2026. Det. AIFA n. Pres-1179-2026	KANUMA è indicato per la terapia enzimatica sostitutiva (TES) a lungo termine in pazienti affetti da deficit di lipasi acida lisosomiale (LAL) ad esordio in età pediatrica ed adulta.	DGR 73/2024 ASL 202 P.O. SS Annunziata, Clinica Pediatrica e Clinica Neurologica ASL 203 P.O. Spirito Santo, UOC Malattie Infettive
D11AH08	Abrocitinib	**Cibinqo**	os	H-RNRL	**Scheda prescrizione cartacea AIFA**	n.184 del 10.08.2026Det.AIFA n. Pres- 1106-2026	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni candidati alla terapia sistemica	UU.OO. di Dermatologia e Pediatria delle ASL della Regione
J01XX11	Tedizolid	**Sivextro** AIC n. 044020030	ev	H-Osp		n. 108 del 12.05.2026Det. AIFA n. Pres-599-2026 siccome Rettificata GU n. 185 del 10.08.2026 Det. AIFA n.Pres-1098-2026	Per il trattamento di infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) fin dalla nascita	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
J01XX11	Tedizolid	**Sivextro** AIC n. 044020016	os	A-RNRL	PHT	n. 108 del 12.05.2026Det. AIFA n. Pres-599-2026 siccome Rettificata - GU n. 185 del 10.08.2026 Det. AIFA n. Pres- 1098-2026.	Trattamento di infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) nei bambini di peso corporeo ≥35 kg per le compresse e fin dalla nascita per la soluzione per infusione	UU.OO. di Malattie Infettive delle ASL della Regione
J05AX18	Letermovir	**Prevymis**	os	A-RR	PHT	n.190 del 18.08.2026. Det. AIFA n. Pres-1175-2026	Prevymis è indicato per la profilassi della riattivazione e della malattia da citomegalovirus (CMV) in pazienti adulti e pediatrici di peso corporeo di almeno 15 kg che sono sieropositivi per CMV riceventi [R+] trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (haematopoietic stem cell transplant, HSCT).	UU.OO. di Malattie Infettive e Ematologia delle ASL della Regione
L01EE04	Selumetenib	**Koselugo**	os	H-RNRL		n. 256 del 03.11.2026 Det. AIFA Pres-1469-2026	Koselugo è indicato in monoterapia per il trattamento dei neurofibromi plessiformi (PN) inoperabili, sintomatici nei pazienti adulti e pediatrici con neurofibromatosi di tipo 1 (NF1) a partire dai 3 anni di età **Sostituisce quella già rimborsata per l'uso esclusivamente pediatrico*	UU.OO. di Oncologia e Neurologia delle ASL della Regione ASL 203 P.O. Spirito Santo di Pescara - UO Oncoematologia Pediatrica

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
L01EJ01	Ruxolitinib	**Jakavi**	os	H-RNRL		n. 134 del 12.06.2026. Det. AIFA n. Pres-759-2026	**Malattia del trapianto contro l'ospite (Graft versus host disease, GvHD) GvHD acuta** Jakavi è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici di **età pari o superiore ai 28 giorni ed inferiori ai 12 anni** e **di pazienti con difficoltà di deglutizione e/o gestione delle compresse con malattia del trapianto contro l'ospite acuta** che presentano una risposta inadeguata al trattamento con corticosteroidi o altre terapie sistemiche GvHD cronica.	ASL 203 P.O. Spirito Santo di Pescara - UO Oncoematologia Pediatrica e UOC Ematologia
L01EL02	Alacabrutinib	**Calquence**	os	H-RNRL	**Registro web AIFA**	n.128 del 05.06.2026. Det. AIFA n. Pres-736-2026	Calquence in associazione a venetoclax è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) non trattata in precedenza; 2. Calquence in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (MCL) recidivante o refrattario non precedentemente trattati con un inibitore della tirosin-chinasi di Bruton (BTK); 3. Calquence in associazione a bendamustina e rituximab (BR) è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (MCL) non trattato in precedenza non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali (ASCT)	UU.OO. di Ematologia 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
L01EX07	Cabozantinib	**Cabometyx**	os	H-RNRL	**Registro web AIFA**	n.184 del 10.08.2026. Det. AIFA Pres-1104-2026	**Tumori neuroendocrini (NET)** CABOMETYX è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumori neuroendocrini ben differenziati extra-pancreatici (epNET) e pancreatici (pNET), non resecabili o metastatici, che sono progrediti dopo almeno una precedente terapia sistemica diversa dagli analoghi della somatostatina	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01FF02	Pembrolizumab	**Keytruda AIC n. 044386047 AIC n. 044386050**	Sc	H-Osp	**Registro web AIFA**	n. 210 del 10.09.2026 Det. AIFA n. Pres-1185-2026	Per tutte le indicazioni rimborsate	
L01FF02	Pembrolizumab	**Keytruda**	ev,sc	H-Osp		n. 210 del 10.09.2026 Det. AIFA n. Pres-1185-2026	KEYTRUDA, in associazione a pemetrexed e chemioterapia contenente platino, è indicato nel trattamento di prima linea di adulti con mesotelioma maligno della pleura non epitelioide non resecabile	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
L01FF05	Atezolizumab	**Tecentriq**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA**	n. 219 del 21.09.2026. Det. AIFA Pres-1259-2026	***Nuovi schemi posologici*** **Carcinoma mammario triplo negativo (triple-negative breast cancer, TNBC)** Tecentriq in associazione con nab-paclitaxel e indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma mammario triplo negativo (triple-negative breast cancer, TNBC) non resecabile localmente avanzato o metastatico, i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 ≥ 1% e che non sono stati sottoposti a precedente chemioterapia per malattia metastatica. **Carcinoma epatocellulare (hepatocellular carcinoma, HCC)** Tecentriq, in associazione con bevacizumab, e indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile non sottoposti a precedente terapia sistemica.	UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione
L01XK04	Talazoparib	**Talzenna**	os	H-RNRL	**Registro web AIFA-Innovatività Terapeutica**	n. 184 del 10.08.2026.Det. AIFA Pres-1101-2026	Talzenna è indicato in combinazione con enzalutamide per il trattamento dei pazienti adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione (mCRPC) con mutazione dei geni di riparazione della ricombinazione omologa (HRRm) per i quali la chemioterapia non è clinicamente indicata	UU.OO. di Oncologia 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
L01XL07	Idecabtagene vicleucel	**Abecma**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA**	n. 115 del 20.05.2026Det. AIFA n. Pres. - 648-2026	Abecma è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto almeno due precedenti terapie, inclusi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno dimostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia	UOC Ematologia del P.O. Spirito Santo di Pescara – ASL 203
L04AC16	Guselkumab	**Tremfya**	sc, ev	H-RRL	**Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/Osp)**	n. 176 del 31.07.2026. Det. AIFA n. Pres-1039-2026	**Colite ulcerosa** Tremfya è indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva di grado da moderato a severo che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un trattamento biologico.	UU.OO. di Medicina Interna e Gastroenterologia delle ASL della Regione
L04AC16	Guselkumab	**Tremfya**	sc, ev	H-RRL	**Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/Osp)**	n. 176 del 31.07.2026. Det. AIFA n. Pres-1039-2026	**Malattia di Crohn** Tremfya è indicato per il trattamento di pazienti adulti con malattia di Crohn attiva di grado da moderato a severo che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un trattamento biologico.	UU.OO. di Medicina Interna e Gastroenterologia 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
L04AC18	Risankizumab	**Skyrizi AIC nn. 047821044, 047821057 e 047821071**	**sc**	H-RRL	**Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/Osp)**	n. 176 del 31.07.2026Det. AIFA n. Pres- 1038-2026	Skyrizi è indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva di grado da moderato a severo, che hanno manifestato una risposta inadeguata, una perdita di risposta o un'intolleranza alla terapia convenzionale o a una terapia biologica	UU.OO. di Medicina interna e UU.OO. di Gastroenterologia delle ASL della Regione
L04AC24	Mirikizumab	**Omvho**	ev, sc	H-RRL	**Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/osp) per i farmaci per la Malattia di Crohn.**	n. 178 del 03.08.2026.Det. AIFA n. Pres-1049-2026	**Malattia di Crohn** Trattamento di pazienti adulti con malattia di Crohn attiva di grado da moderato a grave che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un trattamento biologico."	UU.OO. di Gastroenterologia e UU.OO. di Medicina Interna delle ASL della Regione
L04AF03	Upadacitinib	**Rinvoq**		H-RNRL	**Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/Osp) dei JAKI.**	n. 184 del 10.08.2026 e n. 253 del 30.10.2026Det. AIFA n. Pres-1065-2026 e n. Pres- 1420-2026	**Dermatite atopica** RINVOQ è indicato nel trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni eleggibili alla terapia sistemica"	UU.OO. di Dermatologia 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
N06AX27	Esketamina	**Spravato**	spray nasale	H-RMR	**Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/Osp)**	n.158 del 10.07.2026Det. AIFA n. Pres-895-2026	Spravato, in combinazione con una terapia antidepressiva orale, è rimborsato negli adulti di età compresa tra i 18 e i 65 anni di età, con un episodio da moderato a grave di disturbo depressivo maggiore (punteggio MADRS totale >28) senza manifestazioni psicotiche, come trattamento acuto di breve termine per la rapida riduzione dei sintomi depressivi, che in base al giudizio clinico costituiscono un'emergenza psichiatrica di entità tale da presentare una indicazione al ricovero.	UU.OO. di Psichiatria delle ASL della Regione
R03DX09	Mepolizumab	**Nucala**	sc	A-RRL	PHT-PT **Registro web AIFA**	n. 253 del 30.10.2026Det. AIFA n. Pres-1411-2026	**Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** Nucala 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 associazione 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)	UU.OO. di Pneumologia, Medicina Interna 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
V03AB35	Sugammadex	**Bridion**	ev	H-Osp		n. 162 del 15.07.2026Det. AIFA n. Pres-920-2026.	Bridion è raccomandato solo per l'antagonismo di routine del blocco indotto da rocuronio in pazienti pediatrici dalla nascita fino a 17 anni di età.	