Elenco specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

Tabella 1A - Elenco nuove specialità medicinali fascia H inserite in PTR con Nota Regionale

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	Nota Regionale
L01FX26	Mirvetuximab soravtansine	**Elahere**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA; Attribuzione Innovatività terapeutica**	n. 145 del 25.06.2026. Det. AIFA n.Pres-851-2026	ELAHERE® in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio, cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, positivo al recettore alfa dei folati (FRα), platino resistente, sieroso di alto grado, che hanno ricevuto da uno a tre precedenti regimi di trattamento sistemico.	**UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione**	Num.prot. RA/0278103 del 07.07.2026
L01FF13	Toripalimab	**Loqtorzi**	ev	H-Osp		n. 184 del 10.08.2026. Det. AIFA n. Pres-1111-2026	LOQTORZI, in associazione a cisplatino e gemcitabina, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma nasofaringeo recidivante, non candidabile a chirurgia o radioterapia, o metastatico.	**UU.OO. di Oncologia delle ASL della Regione**	Num.prot. RA/0393807del 07.10.2026
N04BA03	Levodopa, carbidopa monoidrato, entacapone	**Lecigimon**	Intestinale	H-RRL		n. 18 del 23.01.2025. Det AIFA n.6-2025	Trattamento della malattia di Parkinson in stadio avanzato sensibile alla levodopa con gravi fluttuazioni motorie e ipercinesia o discinesia, quando le combinazioni orali disponibili di medicinali antiparkinsoniani non hanno dato risultati soddisfacenti."	**UU.OO. di Neurologia delle ASL della Regione**	Num.prot. RA/028874 del 14.07.2026

Elenco specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

Tabella 1B - Elenco nuove specialità medicinali fascia A-PHT inserite in PTR con Nota Regionale

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	Nota Regionale

Elenco specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

Tabella 1C - Elenco nuove indicazioni terapeutiche di specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Nuova Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati	Nota Regionale
L01EL01	Ibrutinib	**Imbruvica**	os	H-RNRL	**Registro web AIFA; Innovatività terapeutica**	n.165 del 18.07.2026. Det. AIFA Pres-946-2026	Imbruvica in associazione con rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina e prednisone (Imbruvica + R-CHOP) alternato con R-DHAP (o R-DHAOx) senza Imbruvica, seguito da Imbruvica in monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare (mantle cell lymphoma, MCL) precedentemente non trattato che sarebbero idonei al trapianto autologo di cellule staminali (ASCT).	**UU.OO. Ematologia delle AASSLL della Regione**	Prot.num. RA/0310922 del 29.07.2026
L01FF03	Durvalumab	**Imfinzi**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA Innovatività terapeutica**	n. 142 del 22.06.2026. Det. AIFA Pres-815-2026	Imfinzi in associazione a carboplatino e paclitaxel è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulte con carcinoma dell'endometrio primario avanzato o recidivante che sono candidate alla terapia sistemica, seguito dal trattamento di mantenimento con IMFINZI in monoterapia nel carcinoma dell'endometrio mismatch repair deficient (dMMR).	**UU.OO. Oncologia delle AASSLL della Regione**	Prot.num. RA/0257940 del 23.06.2026
L01FF03	Durvalumab	**Imfinzi**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA Innovatività terapeutica**	n. 142 del 22.06.2026. Det. AIFA Pres-815-2026	Imfinzi è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio limitato (LS-SCLC) la cui malattia non è progredita a seguito di chemioradioterapia a base di platino.	**UU.OO. Oncologia delle AASSLL della Regione**	Prot.num. RA/0257940 del 23.06.2026

Elenco specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

Tabella 1C - Elenco nuove indicazioni terapeutiche di specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Nuova Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati	Nota Regionale
L01FF03	Durvalumab	**Imfinzi**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA**	n. 142 del 22.06.2026. Det. AIFA Pres-815-2026	Imfinzi in associazione a chemioterapia a base di platino come trattamento neoadiuvante, seguito da IMFINZI in monoterapia come trattamento adiuvante, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con NSCLC resecabile ad alto rischio di recidiva e in assenza di mutazioni di EGFR (recettore del fattore di crescita dell'epidermide) o riarrangiamenti di ALK (chinasi del linfoma anaplastico).	**UU.OO. Oncologia delle AASSLL della Regione**	Prot.num. RA/0257940 del 23.06.2026
L01FX07	Blinatumomab	**Blincyto**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA; Innovatività terapeutica**	n.185 del 11.08.2026. Det. AIFA Pres-1133-2026	Blincyto è indicato in monoterapia come parte della terapia di consolidamento per il trattamento di pazienti adulti con LLA da precursori delle cellule B di nuova diagnosi, positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia e negativa per la Malattia Minima Residua (MRD) dopo la fase di induzione"	**UU.OO. Ematologia delle AASSLL della Regione**	Prot.num. RA/0343651 del 01.09.2026
L01FX15	Belantamab mafodotin	**Blenrep**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA**	n. 210 del 10.09.2026. Det. AIFA n. Pres-1191-2026	BLENREP è indicato negli adulti per il trattamento del mieloma multiplo recidivato o refrattario: - in associazione a bortezomib e desametasone nei pazienti che hanno ricevuto almeno una terapia precedente; - in associazione a pomalidomide e desametasone nei pazienti che hanno ricevuto almeno una terapia precedente comprendente lenalidomide	**UU.OO. Ematologia delle ASL della Regione**	Prot.num. RA/0439517 del 06.11.2026

Elenco specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

Tabella 1C - Elenco nuove indicazioni terapeutiche di specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni / modalità di impiego	G. U. Serie generale	Nuova Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati	Nota Regionale
L01FX28	Glofitamab	**Columvi**	ev	H-Osp	**Registro web AIFA**	n.182 del 07.08.2026. Det AIFA Pres-1071-2026	Columvi in associazione con gemcitabina e oxaliplatino è indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario non altrimenti specificato (DLBCL NOS), che non sono idonei al trapianto di cellule staminali autologhe (ASCT)".	**UU.OO. Ematologia delle AASSLL della Regione**	Prot.num. RA/0330519 del 17.08.2026
N07XX18	Vutrisiran	**Amvuttra**	sc	H-RNRL	**Registro web AIFA**	n. 122 del 28.05.2026. Det. AIFA n. Pres-655-2026	Amvuttra è indicato per il trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild-type o ereditaria in pazienti adulti affetti da cardiomiopatia (ATTR-CM)	**Codice esenzione RCG13** UOC di Cardiologia del P.O. di Pescara e la UO di Cardiologia e UTIC del P.O. di Avezzano, centri di riferimento afferenti alla rete Malattie rare di cui alla DGR 73/2024, per la cura dell' amiloidosi da transtiretina.	Prot.num. RA/0268880 del 30.06.2026