

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
A16AX16	Givosiran	Givlari®	sc	H-RRL	Innovatività Terapeutica Registro web AIFA	n. 14 del 19.01.2021. Det. AIFA DG/53/2021	Per il trattamento della porfiria epatica acuta (AHP) in adulti e adolescenti o di età pari e superiore a 12 anni	Prot. num. RA/0114348 del 22.03.2021	ASL 202 Servizio Trasfusionale, PO SS Annunziata, Chieti Si autorizzano tutte le Farmacie Ospedaliere all'acquisto per tutti i pazienti residenti in Abruzzo ma seguiti da Centri di riferimento nazionali extra-regionali
J01DH52	Meropenem vaborbactam	Vaborem®	ev	H-osp	Innovazione Terapeutica condizionata Scheda di Prescrizione Ospedaliera	n.78 del 31.03.2021. Det. AIFA DG/328/2021	Per il trattamento di pazienti adulti con accertate o sospette gravi infezioni sostenute da Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi (CRE): - infezione accertata del tratto urinario complicata (cUTI), compresa pielonefrite - infezione accertata o sospetta intra-addominale complicata (cIAI) - polmonite nosocomiale (HAP), inclusa polmonite associata a ventilazione (VAP) accertata o sospetta". - batteriemia che si verifica in associazione o in sospetta associazione con una qualsiasi delle infezioni sopra elencate. Trattamento di infezioni accertate dovute a organismi Gram-negativi aerobi in adulti che dispongono di opzioni terapeutiche limitate	Prot. Num. RA/0167272 del 26.04.2021	Tutte le UU.OO. Malattie Infettive della Regione Abruzzo

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
L01EC03	Encorafenib	Braftovi®	os	H-RNRL	Registro AIFA (in comune con Mektovi)	n.95 del 09.04.2020. Det.AIFA 289/2020	Braftovi in associazione a Metkovi è indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600.	Prot. Num. RA/0009476 del 12.01.2021.	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e U.O. Dermatologia Oncologica –P.O. San Salvatore, L'Aquila-ASL 201
L01ED04	Brigatinib	Alunbrig®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 266 del 26.10.2020. Det.AIFA 1037/2020	E' indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) in stadio avanzato, precedentemente trattati con crizotinib (LS)	Prot. Num. RA0454768 dl 21.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e U.O.C. Pneumologia –P.O. San Salvatore, L'Aquila-ASL 201
L01ED04	Brigatinib	Alunbrig®	os	H-RNRL	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.305 del 9.12.2020. Det.AIFA DG/1200/2020	E' indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (anaplastic lymphoma kinase, ALK) in stadio avanzato, precedentemente non trattati con un inibitore di ALK	Prot. Num. RA0454768 dl 21.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e U.O.C. Pneumologia –P.O. San Salvatore, L'Aquila - ASL 201
L01EE03	Binimetinib	Mektovi®	os	H-RNRL	Registro AIFA (in comune con Braftovi)	n.95 del 9.04.2020. Det.AIFA 312/2020	Braftovi in associazione a Metkovi è indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600.	Prot.Num. RA/0009490 del 12.01.2021	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e U.O. Dermatologia Oncologica –P.O. San Salvatore, L'Aquila-ASL 201

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
L01EF03	Abemaciclib	Verzenios®	os	H-RNRL	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.291 del 12.12.2019. Det. AIFA 1775/2019 n.235 del 22.08.2020. Det.AIFA DG/957/2020	E' indicato per il trattamento di donne con carcinoma della mammella localmente avanzato o metastatico, positivo ai recettori ormonali (HR), negativo al recettore del fattore umano di crescita epidermico di tipo 2 (HER2): - in associazione con un inibitore delle aromatasi o fulvestrant come 5terapia endocrina iniziale o in donne che hanno ricevuto una precedente terapia endocrina. - Nelle donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina deve essere combinata con un 11agonista dell'ormone di rilascio d12ell'ormone luteinizzante (LHRH).13	Prot. Num. . RA/56614 del 26.02.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
L01EX13	Gilterinib	Xospata®	os	H-RNRL	Innovatività Terapeutica condizionata Registro web AIFA	n. 57 del 26.02.2021. Det. AIFA DG/252/2021	E' indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3	Prot. Num. RA/0127836 del 30.03.2021	ASL 203 U.O.C. Ematologia, PO Spirito Santo, Pescara
L01XC16	Dinutuximab beta	Qarziba®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.176 del 31.07.2018. Det.AIFA 1117/2018 Rettifica : n. 298 del 24.12.2018. Det.AIFA 2006/2018.	E' indicato nel trattamento del neuroblastoma ad alto rischio in pazienti a partire dai 12 mesi di età che sono stati precedentemente sottoposti a chemioterapia di induzione conseguendo almeno una risposta parziale, seguita da terapia mieloablative e trapianto di cellule staminali nonche' in pazienti con storia clinica di neuroblastoma recidivante o refrattario, con o	Prot. Num. RA/0248502 del 20.08.2020	ASL 203 U.O.S.D. di Oncoematologia Pediatrica, P.O. Spirito Santo Pescara,

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
							senza malattia residua. Prima del trattamento del neuroblastoma recidivante, qualsiasi malattia in fase di progressione attiva dovrebbe essere stabilizzata mediante altre misure adeguate. In pazienti con una storia clinica di malattia recidivante/refrattaria e in pazienti che non hanno conseguito una risposta completa dopo una terapia di prima linea, QARZIBA deve essere associato a terapia con interleuchina-2 (IL-2)».		
L01XC25	Mogamulizumab	Poteligeo®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Condizionata Registro AIFA	n. 306 del 10.12.2020. Det.AIFA DG/1207/2020	Per il trattamento di pazienti adulti affetti da micosi fungoide (MF) o sindrome di Sezary (SS) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia sistemica.	Prot. Num. RA/0035612 del 01.02.2021	ASL 203 U.O.C. Ematologia Clinica, P.O. Pescara ASL 201 U.O.S.D. Ematologia, U.O.S.D.Dermatologia Oncologica, PO San Salvatore, L'Aquila.
L01XC28	Durvalumab	Imfinzi®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.209 del 06.09.2019. Det.AIFA 1289/2019.	E' indicato in monoterapia per il trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)localmente avanzato, non resecabile, negli adulti il cui tumore presenta un'espressione di PD-L1≥1% sulle cellule tumorali e la cui malattia non è progredita a seguito di chemioradioterapia a base di platino	Prot. Num. RA/305970 del 04.11.2019 Prot. Num. RA/0313009 del 08.11.2019 Prot.num. RA/0337556 del 02.12.2019	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale
Tabella 1A - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
L01XC33	Cemiplimab	Libtayo®	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 134 del 26.05.2020. Det. AIFA DG/594/2020	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma cutaneo a cellule squamose metastatico o localmente avanzato che non sono candidati a intervento chirurgico curativo o radioterapia curativa.	Prot. Num. RA/0448759 del 16.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e U.O. Dermatologia Oncologica –P.O. San Salvatore, L'Aquila-ASL 201
L01XK03	Rucaparib	Rubraca®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 265 del 12.11.2019. Det AIFA DG/1508/2019	Come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con recidiva platino sensibile di carcinoma ovarico epiteliale ad alto grado, delle tube di Falloppio o peritoneale primario, in risposta (risposta completa o parziale) dopo chemioterapia a base di platino.	Prot.Num. RA/0462066 del 30.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01XJ02	Sonidegib	Odomzo®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n.140 17.06.2019. Det.AIFA DG/891/2019	Per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma basocellulare in stadio localmente avanzato che non sono suscettibili di intervento chirurgico curativo o radioterapia.	Prot. Num. RA/0448747 del 16.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo e U.O. Dermatologia Oncologica –P.O. San Salvatore, L'Aquila-ASL 201
L01XX07	Axicabtagene ciloleucil	Yescarta®	ev	H-Osp	Innovatività terapeutica Registro AIFA	n.264 del 11.11.2019. Det. AIFA DG/1643/2019	E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (primary mediastinal large B-cell lymphoma, PMBCL) refrattari o recidivanti, dopo due o più linee di terapia sistemica.	Prot. Num. RA/412463 del 01.12.2020	ASL 203 U.O.C. Ematologia Clinica P.O. Spirito Santo, Pescara Individuato con Determinazione Dirigenziale (DPF003) n. 162 del 02.12.2019
L01XX71	Tisagenlecleucel	Kymriah®	ev	H-Osp	Innovatività terapeutica	n. 188 del 12.08.2019.	1) Kymriah è indicato per il trattamento di pazienti adulti con	Prot. Num. . RA/416116	ASL 203 U.O.C. Ematologia Clinica

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
					Registro AIFA	Det. AIFA DG/1264/2019	linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica. 2) Kymriah è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici e giovani adulti fino a 25 anni di età inclusi con leucemia linfoblastica acuta (LLA) a cellule B che è refrattaria, in recidiva post-trapianto o in seconda o ulteriore recidiva.	del 01.12.2020	P.O. Spirito Santo, Pescara Individuato con Determinazione Dirigenziale (DPF003) n. 135 del 24.09.2019
M05BX05	Burosumab	Crysvita®	sc	H-RRRL	Innovatività Terapeutica Condizionata Registro AIFA	n.208 del 05.09.2019.Det. AIFA 1283/2019	E' indicato per il trattamento dell'ipofosfatemia X-linked (XLH) con evidenza radiografica di malattia ossea, nei bambini di età pari o superiore ad un anno e negli adolescenti con sistema scheletrico in crescita.	Prot. Num. RA/0340741 /19 del 04.12.2019	ASL 202 Clinica Pediatrica P.O. SS Annunziata, Chieti Si autorizzano tutte le Farmacie Ospedaliere all'acquisto per tutti i pazienti residenti in Abruzzo ma seguiti da Centri di riferimento nazionali extra-regionali
N07XX12	Patisiran	Onpattro®	ev	H-RNRL	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.24 del 30.01.2020. Det. AIFA 77/2020	Trattamento dei pazienti affetti da Amiloidosi ereditaria da Transtiretina (ATTR)	Prot. Num. .RA/009329 9 del 03.04.2020	ASL 202 Centro per le Malattie Neuromuscolari PO SS Annunziata –Chieti Si autorizzano tutte le Farmacie Ospedaliere all'acquisto per tutti i pazienti residenti in Abruzzo ma seguiti da Centri di riferimento nazionali extra-regionali
N07XX15	Inotersen	Tegsedy®	sc	H-RNRL	Registri AIFA	n. 135 del 27.05.2020.	E' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da amiloidosi	Prot. Num.	Si autorizzano la Farmacie Ospedaliere del P.O. di

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1A** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
						Det.AIFA DG/607/2020	ereditaria da accumulo da tranztiretina (hATTR) con polineuropatia in stadio 1 o 2.	RA/0288154 del 02.10.2020	Sulmona all'acquisto per tutti i pazienti residenti in Abruzzo ma seguiti da Centri di riferimento nazionali extra-regionali
S01LA06	Brolucizumab	Beovu®	intravitale	H-Osp	Nota 98 Scheda di prescrizione multifarmaco anti VEGF su registro AIFA	n. 323 del 31.12.2020. Det.AIFA DG/1342/2020	E' indicato negli adulti per il trattamento della degenerazione maculare correlata all'età.	Prot. Num. RA/0035516 del 01.02.2021	Tutte le UU.OO. di Oculistica delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo Servizio di Oculistica del P.O. di Penna –ASL 203

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1B** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
A10BD19	Empagliflozin e Linagliptin	Glyxambi®	os	A-RRL	PHT-PT regionale web	n.234 del 05.10.2019. Det.AIFA 1371/2019	<p>E' indicato negli adulti di eta' pari o superiore a 18 anni affetti da diabete mellito di tipo 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per migliorare il controllo della glicemia quando metformina e/o sulfanilurea (SU) e uno dei monocomponenti di Glyxambi non forniscono un adeguato controllo della glicemia; - in caso di terapia già in corso con empagliflozin e linagliptin in associazione libera 	Prot.num. RA/0331324 del 06.11.2020.	Strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali del SSN -in accordo con la DGR246/2021-All.2
A10BD21	Saxagliptin e Dapagliflozin	Q-Tern®	os	A-RRL	PHT-PT regionale web	n.234 del 05.10.2019. Det.AIFA 1377/2019	E' indicato in pazienti adulti a partire dai 18 anni di eta' con diabete mellito di tipo 2 per migliorare il controllo glicemico quando metformina e/o sulfonilurea (SU) e uno dei principi attivi di Qtern non forniscono un adeguato controllo glicemico, già in trattamento con la combinazione libera di dapagliflozin e saxagliptin.	Prot.num. RA/0331293 del 06.11.2020.	Strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali del SSN -in accordo con la DGR246/2021-All.2
A10BD23	Metformina e Ertugliflozin	Segluromet®	os	A-RRL	PHT-PT regionale web	n.301 del 24.12.2019. Det.AIFA 1837/2019	E' indicato in pazienti adulti di eta' pari o superiore a 18 anni con diabete mellito di tipo 2 in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico per migliorare il controllo glicemico: in pazienti non adeguatamente controllati con la dose massima tollerata di metformina da sola; in pazienti in trattamento con le dosi massime tollerate di metformina in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete; in pazienti già in trattamento con	Prot.num. RA/0331360 del 06.11.2020	Strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali del SSN -in accordo con la DGR246/2021-All.2

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1B** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
							l'associazione ertugliflozin e metformina in compresse separate.»		
A10BK04	Ertugliflozin	Steglatro®	os	A-RRL	PHT-PT regionale web	n.301 del 24.12.2019. Det. AIFA 1838/2019	E' indicato in pazienti adulti di età pari o superiore a 18 anni con diabete mellito di tipo 2 in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico per migliorare il controllo glicemico: come monoterapia in pazienti per i quali l'uso di metformina e' considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni; in aggiunta ad altri medicinali usati per il trattamento del diabete»	Prot.num. RA/0331333 del 06.11.2020	Strutture diabetologiche ospedaliere e territoriali del SSN -in accordo con la DGR246/2021-All.2
B06AC05	Lanadelumab	Takhzyro®	sc	A-RRl	PHT-PT cartaceo AIFA	n.96 del 10.04.2020. Det.AIFA 330/2020 n. 120 del 11.05.2020. Det.AIFA DG/555/2020	E' indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (HAE) in pazienti di età pari o superiore a dodici anni.	Prot.num. RA/0288175 del 02.10.2020	Asl 202 P.O. SS Annunziata di Chieti U.O. Allergologia ASL 203 P.O. Santo Spirito di Pescara U.O.C. Pneumologia-Servizio di Allergologia ASL 204 P.O. Mazzini di Teramo, U.O.C. Pediatria e Neonatologia

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1B** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
N02CD01	Erenumab	Aimovig®	sc	A-RRL	PHT Registro AIFA	n.182 del 21.07.2020 Det.AIFA DG/727/2020 e DG/728/2020	Trattamento dei pazienti adulti che negli ultimi 3 mesi abbiano presentato almeno 8 giorni di emicrania disabling al mese [definita come punteggio del questionario MIDAS ≥ 11], già trattati con altre terapie di profilassi per l'emicrania e che abbiano mostrato una risposta insufficiente dopo almeno 6 settimane di trattamento o che siano intolleranti o che presentino chiare controindicazioni ad almeno 3 precedenti classi di farmaci per la profilassi dell'emicrania.	Prot.num. RA/0393576 del 27.11.2020	Centri Individuati dalle Direzioni Aziendali Cefalee dalle Sanitarie Aziendali Asl 201 P.O. L'Aquila – Clinica Neurologica P.O. Avezzano –U.O. Neurologia Asl 202 P.O. Chieti – UU.OO. Neurologia, Geriatria P.O. Vasto- U.O. Neurologia P.O. Lanciano – U.O. Neurologia Asl203 P.O. Pescara – U.O. Neurofisiopatologia Asl 204 P.O. Teramo – U.O. Clinica Neurologica
N02CD02	Galcanezumab	Emgality®	sc	A-RRL	PHT Registro AIFA	n.182 del 21.07.2020 Det.AIFA DG/732/2020	Trattamento dei pazienti adulti che negli ultimi 3 mesi abbiano presentato almeno 8 giorni di emicrania disabling al mese [definita come punteggio del questionario MIDAS ≥ 11], già trattati con altre terapie di profilassi per l'emicrania e che abbiano mostrato una risposta insufficiente dopo almeno 6 settimane di trattamento o che siano intolleranti o che presentino chiare controindicazioni	Prot.num. RA/0393559 del 27.11.2020	Centri Individuati dalle Direzioni Aziendali Cefalee dalle Sanitarie Aziendali Asl 201 P.O. L'Aquila – Clinica Neurologica P.O. Avezzano –U.O. Neurologia Asl 202

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale**Tabella 1B** - Elenco nuove specialità medicinali di classe 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	Nota Regionale	Centri Autorizzati
							ad almeno 3 precedenti classi di farmaci per la profilassi dell'emicrania		P.O. Chieti – UU.OO. Neurologia, Geriatria P.O. Vasto- U.O. Neurologia P.O. Lanciano – U.O. Neurologia Asl203 P.O. Pescara – U.O. Neurofisiopatologia Asl 204 P.O. Teramo – U.O. Clinica Neurologica
N02CD03	Fremanezumab	Ajovi®	sc	A-RRL	PHT Registro AIFA	n.182 del 21.07.2020 Det.AIFA DG/730/2020	Trattamento dei pazienti adulti che negli ultimi 3 mesi abbiano presentato almeno 8 giorni di emicrania disabilitante al mese [definita come punteggio del questionario MIDAS ≥11], già trattati con altre terapie di profilassi per l'emicrania e che abbiano mostrato una risposta insufficiente dopo almeno 6 settimane di trattamento o che siano intolleranti o che presentino chiare controindicazioni ad almeno 3 precedenti classi di farmaci per la profilassi dell'emicrania	Prot.num. RA/0393587 del 27.11.2020	Centri Cefalee Individuati dalle Direzioni Sanitarie Aziendali Asl 201 P.O. L'Aquila – Clinica Neurologica P.O. Avezzano –U.O. Neurologia Asl 202 P.O. Chieti – UU.OO. Neurologia, Geriatria P.O. Vasto- U.O. Neurologia P.O. Lanciano – U.O. Neurologia Asl203 P.O. Pescara – U.O. Neurofisiopatologia Asl 204 P.O. Teramo – U.O. Clinica Neurologica