

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 |
|---------|----------------------|------------------|-----------|--|----------------------------------|--|--|---|
| A16AB20 | Pegunigalsidasi alfa | Elfabrio | ev | H-RR | | n. 169 del 20.07.2024. Det. AIFA 174/2024 | E' indicato per la terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti adulti con diagnosi confermata di malattia di Fabry (deficit di alfa galattosidasi). | CENTRI AFFERENTI ALLA RETE REGIONALE MALATTIE RARE DI CUI ALLA DGR 73 DEL 31.01.2024 – PER LA DIAGNOSI E CURA DELLA MALATTIA DI FABRY (codice esenzione RCG080) ASL 201 U.O. Medicina Generale -P.O. S. Salvatore, L'Aquila ASL 202 Clinica Pediatrica- P.O. SS Annunziata, Chieti U.O. Nefrologia - P.O. San Pio, Vasto ASL 203 U.O. Nefrologia E Dialisi UO Pediatria - P.O. Spirito Santo, Pescara |
| B01AC21 | Treprostinil | Trepulmix | sc | H-RRL | | n. 119 del 23.05.2022. Det.AIFA 326/2022 e rettifica su n.225 del 26.09.2022. | Trepulmix è indicato per il trattamento di pazienti adulti di classe funzionale (CF) OMS III o IV affetti da: -ipertensione polmonare tromboembolica cronica (chronic thromboembolic pulmonary hypertension, CTEPH) inoperabile oppure - CTEPH persistente o recidivante dopo trattamento chirurgico, per migliorare la capacità di esercizio fisico. | ASL 202 UOSD Emodinamica - P.O. SS Annunziata, Chieti |

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 |
|---------|-------------------------|------------------|-----------|--|---------------------------------------|---|--|--|
| L01BC58 | Decitabina/cedazuridina | Inaqovi | os | H-RNRL | Registro web AIFA | n. 233 del 23.09.2024. Det.AIFA 461/2024 | Inaqovi è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML, acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia di induzione standard. | ASL 203 UOC Ematologia - P.O. Spirito Santo, Pescara |
| L01EC02 | Dabrafenib | Fenlee | os | H-RNRL | Innovatività terapeutica condizionata | n. 242 del 15.10.2024. Det. AIFA 513/2024 | Finlee in associazione con trametinib è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici di età uguale o superiore ad 1 anno affetti da glioma a basso grado (LGG) con una mutazione BRAF V600E che necessitano di una terapia sistemica. Finlee in associazione con trametinib è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici di età uguale o superiore ad 1 anno affetti da glioma ad alto grado (HGG) con una mutazione BRAF V600E che hanno ricevuto almeno un precedente trattamento radioterapico e/o chemioterapico. | ASL 203 UO Oncoematologia pediatrica - P.O. Spirito Santo, Pescara |
| L01EE01 | Trametinib | Spexotras | os | H-RNRL | Innovatività terapeutica condizionata | n. 242 del 15.10.2024. Det. AIFA 513/2024 | “Spexotras in associazione con dabrafenib è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici di età uguale o superiore ad 1 anno affetti da glioma a basso grado (LGG) con una mutazione BRAF V600E che necessitano di una terapia sistemica. ” | ASL 203 UO Oncoematologia pediatrica - P.O. Spirito Santo, Pescara |

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 |
|---------|----------------------|------------------|-----------|--|----------------------------------|---|---|--|
| | | | | | | | “Spexotras in associazione con dabrafenib è indicato per il trattamento di pazienti pediatriche di età uguale o superiore ad 1 anno affetti da glioma ad alto grado (HGG) con una mutazione BRAF V600E che hanno ricevuto almeno un precedente trattamento radioterapico e/o chemioterapico. | |
| L01EN04 | Futibatinib | Lytgobi | os | H-RNRL | Registro web AIFA | n. 179 del 01.08.2024. Det. AIFA 206/2024 | Lytgobi in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da colangiocarcinoma localmente avanzato o metastatico , con fusione o riarrangiamento del recettore 2 del fattore di crescita dei fibroblasti (FGFR2), che hanno manifestato una progressione dopo almeno una linea di terapia sistemica. | UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della regione Abruzzo |
| L01FY02 | Nivolumab-relatlimab | Opdualag | ev | H-Osp | Registro web AIFA | n.220 del 19.09.2024. Det.AIFA 466/2024 | Opdualag è indicato per il trattamento di prima linea del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni con espressione tumorale del PD-L1 < 1%. | UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della regione Abruzzo |
| L01FX24 | Teclistamab | Tecvayli | sc | H-Osp | Registro web AIFA | n.221 del 20.09.2024. Det.AIFA 473/2024 | TECVAYLI in monoterapia e' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno tre precedenti terapie, compresi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, | ASL 203 UOC Ematologia - P.O. Spirito Santo, Pescara |

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 |
|---------|------------------|------------------|-----------|--|----------------------------------|--|---|--|
| | | | | | | | e che abbiano evidenziato progressione della malattia durante l'ultima terapia. | |
| L01FX27 | Epcoritamab | Tepkinly | sc | H-Osp | Registro web AIFA | n. 225 del 25.09.2024. Det. AIFA 497/2024 | TEPKINLY, in monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistemica. | ASL 203 UOC Ematologia - P.O. Spirito Santo, Pescara |
| L01XX66 | Selinexor | Nexpovio | os | H-RNRL | Registro web AIFA | n. 181 del 03.08.2024. Det. AIFA 218/2024 | <p>1. Nexpovio è indicato in associazione a bortezomib e desametasone (SVd) per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una terapia precedente e refrattari alla lenalidomide.</p> <p>2. Nexpovio è indicato in associazione a desametasone (Sd) per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti sottoposti ad almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia è refrattaria ad almeno due inibitori del proteasoma, a due agenti immunomodulatori e a un anticorpo monoclonale anti-CD38, che abbiano dimostrato progressione di malattia durante l'ultima terapia.</p> | UU.OO. di Ematologia delle AASSLL della regione Abruzzo |

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 |
|---------|---------------------------------|------------------|---|--|--|--|---|---|
| L04AC24 | Mirikizumab | Omvoh | ev (per la fase di induzione) sc (per il mantenimento) | H-RRL | Scheda di prescrizione cartacea AIFA per la colite ulcerosa | n. 188 del 12.08.2024. Det. AIFA 388/2024 | E' indicato per il trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa 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. Medicina Interna e UU.OO. Gastroenterologia delle AASSLL della regione Abruzzo |
| L04AF07 | Deucravacitinib | Sotyktu | os | H-RRL | Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ospedaliera) per i farmaci per la psoriasi a placche | n. 178 del 31.07.2024. Det.AIFA 230/2024 | Sotyktu è indicato per il trattamento della psoriasi a placche da moderata a severa in adulti candidati alla terapia sistemica | UU.OO. di Dermatologia delle AASSLL della regione Abruzzo |
| L04AF08 | Ritlecitinib | Liftulo | os | H-RNRL | Scheda di prescrizione cartacea farmaci JAKi nel trattamento dell'alopecia areata (AIFA / ospedaliera) | n. 218 del 17.09.2024. Det. AIFA 463/2024 | Ritlecitinib è rimborsato unicamente per il trattamento di pazienti adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni con alopecia areata severa (punteggio SALT ≥ 50) che sono candidati alla terapia sistemica e che hanno risposto in modo inadeguato o sono intolleranti alle opzioni terapeutiche alternative o per i quali le opzioni terapeutiche alternative non sono appropriate. | UU.OO. Dermatologia e Pediatria delle AASSLL della regione Abruzzo |
| V01AA08 | Estratto allergenico (arachide) | Palforzia | os | H-RRL | Registro web AIFA | n. 241 del 14.10.2024. Det. AIFA 510/2024 | Trattamento di pazienti di età compresa tra 4 e 17 anni con diagnosi confermata di allergia alle arachidi. La terapia con PALFORZIA può proseguire nei pazienti di età pari o superiore a 18 anni. PALFORZIA deve | UU.OO. di Pediatria, Allergologia e Immunologia delle AASSLL della regione Abruzzo |

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 |
|-----|------------------|------------------|-----------|--|----------------------------------|----------------------|--|--------------------|
| | | | | | | | essere abbinato a una dieta che escluda le arachidi. | |

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 |
|---------|------------------|------------------|------------|--|----------------------------------|---|---|---|--------|
| C03DA05 | Finerenone | Kerendia | Os | A-RRL | PHT-PT web AIFA | n. 132 del 07.06.2024. Det. AIFA num. 31/2024 | Per il trattamento dei pazienti adulti con malattia renale cronica (stadi 3 e 4 con albuminuria) associata a diabete mellito di tipo 2, in trattamento con ACEi/ARB alla massima dose tollerata e che presentino una delle seguenti condizioni: 1) controindicazione o intolleranza agli inibitori SGLT2; 2) comprovata evidenza di persistente albuminuria e/o rapido declino funzionale renale (perdita di eGFR ≥ 3 mL/min/anno), nonostante il trattamento con inibitori SGLT2. | UU.OO. di Nefrologia e dialisi, Medicina Interna delle AASSLL della regione Abruzzo | DDE |
| L01EJ01 | Ruxolitinib | Opzelura | Uso Topico | A-RNRL | PT cartaceo AIFA PHT | n. 121 del 25.05.2024. Det. AIFA n. 35/2024 | Opzelura è indicato per il trattamento della vitiligine non segmentale con interessamento facciale e BSA affetta da vitiligine compresa tra 0,5% e 10% negli adulti e negli adolescenti a partire dai dodici anni di età | Tutte le UU.OO. di Dermatologia delle AASSLL della regione Abruzzo | DDE |
| N02CD07 | Atogepant | Aquipta | os | A-RRL | Registro web AIFA | n. 233 del 04.10.2024. Det. AIFA 506/2024 | Trattamento dei pazienti adulti che negli ultimi tre mesi abbiano presentato almeno otto 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 sei settimane di trattamento o che siano intolleranti o che presentino chiare controindicazioni ad almeno tre precedenti classi di farmaci per la profilassi dell'emicrania. | Centri Cefalea delle AASSLL della regione Abruzzo: ASL 201 UU.OO. Neurologia PP.OO. L'Aquila e Avezzano ASL 202 -Clinica Neurologica, Clinica Geriatrica - P.O. Chieti -U.O. Neurologia dei PP.OO. Lanciano e Vasto ASL203 UOS Neurologia e Disturbi Cognitivi e Demenze | DDE |

Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR

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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | UOC Area Distrettuale Pescara ASL 204 U.O. Neurologia P.O. 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 |
|---------|------------------|------------------|----------|--|---|--|--|--|
| A10BK03 | Empaglifozin | Jardiance | os | A-PHT | PT web AIFA | n. 188 del 12.08.2024. Det. AIFA num. 382/2024 | Jardiance è indicato negli adulti per il trattamento della malattia renale cronica | UU.OO. di Nefrologia e Dialisi, Medicina Interna delle AASSLL della regione Abruzzo |
| D11AH07 | Tralokilumab | Adtralza | sc | H-RNRL | Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ospedali era) | n. 218 del 17.09.2024. Det. AIFA num. 449/2024 | Adtralza è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in pazienti adolescenti (12-17 anni) che sono candidati alla terapia sistemica | UU.OO. di Dermatologia e Pediatria delle AASSLL della regione Abruzzo |
| L04AA43 | Ravulizumab | Ultomiris | ev | H-Osp | Registro web AIFA | n. 175 del 27.07.2024. Det. AIFA n. 312/2024 | Ultomiris è indicato per il trattamento di seconda linea, dopo rituximab, del disturbo dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD) in pazienti adulti positivi agli anticorpi anti-acquaporina 4 (AQP4) con storia clinica di almeno 1 recidiva negli ultimi 12 mesi e un punteggio alla scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) <= 7 | ASL 201: Clinica Neurologica, P.O. L'Aquila; U.O. Neurologia, P.O. Avezzano ASL 202: Clinica Neurologica, P.O. Chieti; U.O. Neurologia, P.O. Lanciano ASL 203: Reparto di Neurologia, CCP Villa Serena, Città Sant'Angelo ASL 204: U.O. Neurologia P.O. Teramo |
| L04AA43 | Ravulizumab | Ultomiris | ev | H-Osp | Registro web AIFA | n. 175 del 27.07.2024. Det. AIFA n. 312/2024 | Ultomiris 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: - Severità di malattia almeno di grado IIb alla MGFA; - Punteggio MG-ADL ≥6; - Presenza di almeno uno tra i seguenti criteri, nonostante il trattamento standard (timectomia se indicata; corticosteroidi e almeno un altro agente | DGR 73/2024 Miastenia Gravis - RFG101 ASL 201 U.O. Neurologia e Stroke Unit -P.O. Avezzano ASL 202 Clinica Pediatrica e Clinica Neurologica, P.O. Chieti U.O. Neurologia, P.O. Lanciano ASL 203 UO Neurologia e Stroke Unit P.O. Pescara ASL 204 |

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 |
|---------|------------------|------------------|----------|--|----------------------------------|---|--|--|
| | | | | | | | <p>immunosoppressore, utilizzati a dosaggi adeguati e per una durata adeguata):</p> <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; <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di ricorrere a plasmateresi o immunoglobuline IGv ad intervalli regolari <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effetti collaterali non tollerabili/comorbidità che limitano o controindicano l'uso di immunosoppressori. | U.O. Neurologia P.O. Mazzini, Teramo |
| L01FF06 | Cemiplimab | Libtayo | ev | H-Osp | Registro web AIFA | n.175 del 27.07.2024. Det. AIFA num. 309/2024 | Libtayo in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulte con carcinoma della cervice uterina recidivante o metastatico, che esprimono PD-L1 $\geq 1\%$, con progressione di malattia durante o dopo un precedente trattamento con chemioterapia a base di platino. | UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della regione Abruzzo |

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 |
|---------|------------------|------------------|----------|--|--|---|--|---|
| L01XE18 | Ruxolitinib | Jakavi | os | H-RNRL | Registro web AIFA | n. 195 del 21.08.2024. Det. AIFA 381/2024 | JAKAVI è indicato per il trattamento della splenomegalia o dei sintomi correlati alla malattia in pazienti adulti con mielofibrosi primaria (nota anche come mielofibrosi idiopatica cronica), mielofibrosi post policitemia vera o mielofibrosi post trombocitemia essenziale. | ASL 203 UOC Ematologia- P.O. Spirito Santo, Pescara |
| L04AC21 | Bimekizumab | Bimzelx | sc | H-RRRL | | n. 169 del 20.07.2024. Det. AIFA 194/2024 | In monoterapia o in combinazione con metotressato, è indicato per il trattamento dell' artrite psoriasica attiva negli adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono risultati intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) | UU.OO. Di Reumatologia e Medicina Interna della rete come individuati con DGR n 324/2022 UU.OO. di Dermatologia delle AASSLL della Regione |
| L04AF03 | Upadacitinib | Rinvoq | os | H-RNRL | Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ospedali era) per i farmaci per la malattia di Crohn per linee di trattamento successive agli inibitori del TNF-ALFA. | n. 118 del 22.05.2024. Det. AIFA. 16/2024 | Malattia di Crohn moderata/grave (HBI HARVEY-BRADSHAW INDEX ≥ 8) in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), in presenza di almeno una delle seguenti situazioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica, in presenza di resistenza, intolleranza o bilancio beneficio/rischio valutabile come negativo per gli immunosoppressori; resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale in pazienti che hanno avuto una risposta inadeguata (primary failure), hanno perso la risposta (secondary failure) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni ai farmaci biologici inibitori del TNF α (TNFi). | UU.OO. di Medicina Interna, Gastroenterologia delle AASSLL della regione Abruzzo |

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 |
|---------|---------------------------|------------------|----------------|--|--|--|--|--|
| L01XY02 | Trastuzumab-pertuzumab | Phesgo | sc | H-Osp | | n. 185 del 08.08.2024. Det.AIFA 355/2024 | PHESGO è indicato per l'uso in associazione con chemioterapia nel trattamento neoadiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER-2 positivo, localmente avanzato, infiammatorio o allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva | UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo |
| M09AX09 | Onasemnogen e abeparvovec | Zolgesma | ev | H-Osp | Registro web AIFA | n. 64 del 16.03.2024. Det. AIFA. 46/2024 | Zolgensma è indicato per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale (SMA) 5q in pazienti con peso fino a 13,5 Kg e diagnosi clinica di SMA di tipo 1 ed esordio dei sintomi nei primi 6 mesi di vita oppure diagnosi di SMA 5q (mutazione biallelica nel gene SMN1 e fino a tre copie del gene SMN2). | Centri Rete Malattie Rare –DGR 73/2024 SMA – RFG050 ASL 202 Clinica Pediatrica - P.O. Chieti ASL 203 U.O.C. Pediatria - P.O. Pescara |
| N07XX11 | Pitolisant | Wakix | os | A-RRL | PHT | n. 178 del 31.07.2024. Det. AIFA. 249/2024 | Wakix è indicato in adulti, adolescenti e bambini dall'età di 6 anni per il trattamento della narcolessia con o senza cataplessia | Centri Rete Malattie Rare –DGR 73/2024 Narcolessia - RF0150 ASL 201: U.O. Neurofisiopatologia, P.O. L'Aquila ASL 202: Clinica Pediatrica P.O. Chieti ASL 203: Neurologia CdC VILLA SERENA |
| S01LA05 | Aflibercept | Eylea | intravit reale | H-Osp | Scheda multifarmaco di monitoraggio semplificato anti-VEGF IVT | n. 236 del 08.10.2024. Det. AIFA 502/2024. | Eylea è indicato per il trattamento negli adulti di degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (neovascular Age-related Macular Degeneration - nAMD); Eylea è indicato per il trattamento della compromissione della vista dovuta a edema maculare diabetico (Diabetic Macular Oedema - DME). | UU.OO. Oculistica e oftalmologia delle AASSLL della regione Abruzzo ASL 201 P.O. San Salvatore–L'Aquila P.O. 'S. Filippo e Nicola' Avezzano P.O. Dell' Annunziata -Sulmona ASL 202 P.O. G. Bernabeo - Ortona P.O. 'SS. Annunziata' Chieti P.O. Renzetti Lanciano P.O. S.Pio Vasto ASL 203 |

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 |
|-----|------------------|------------------|----------|--|----------------------------------|----------------------|------------------------------------|---|
| | | | | | | | | P.O. Spirito Santo - Pescara P.O. S. Massimo –Penne ASL 204 P.O. Mazzini Teramo P.O. San Liberatore Atri |