

**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 rimborsata SSN	Centri Autorizzati	Nota Regionale
L04AA54	Pegcetacoplan	Aspaveli	sc	H-RRL	Registro AIFA; Innovatività condizionata AIFA	n.189 del 13.08.2022. Det. AIFA n. 532/2022	E' indicato nel trattamento di pazienti adulti con Emoglobinuria Parossistica Notturna (EPN) che rimangono anemici dopo trattamento con un inibitore di C5 per almeno TRE mesi.	LA DGR 691/2021 identifica per la diagnosi e cura della EPN - codice esenzione RD0020 - UO Centro Diagnosi e Terapia Emofilia, Malattie Trombotiche Emorragiche Ereditarie, P.O. Spirito Santo, Pescara- ASL 203	<b>nota prot. num. RA 0340191 del 20.09.2022</b>

**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 som m.	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni /modalita' di impiego	G. U. Serie generale	Indicazione terapeutica rimborsata	Centri Autorizzati	Nota Regionale
B02BD04	Fattore IX di coagulazione del sangue - nonacog beta pegilato	<b>Refixia</b>	ev	A-RRL	PHT	n. <b>219</b> del 19.09.2022. Det.AIFA n. 645/2022	Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti da 12 anni in su affetti da emofilia B (deficit congenito di fattore IX).	....	

**Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale****Tabella 1C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni 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 SSN	Nota Regionale	Centri Autorizzati
L01EB04	Osimertinib	<b>Tagrisso</b>	os	H-RNRL	Registro AIFA; innovatività terapeutica	n.211 del 09.09.2022 . Det. AIFA n. 594 del 05.09.2022	"Tagrisso" in monoterapia è indicato per il trattamento adiuvante dopo resezione completa del tumore in pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio IB-IIIa il cui tumore presenta delezioni dell'esone 19 o mutazione sostitutiva dell'esone 21 (L858R) del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR)	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	nota prot. num. RA 0434448 del 19.10.2022
L01EX07	cabozatinib	<b>Cabometyx</b>	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 256 del 2.11.2022. Det. AIFA n. 775/2022	In associazione a nivolumab, è indicato per il trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato in pazienti adulti	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot. num. RA 0483089 del 11.11.2022
L01FF01	Nivolumab	<b>Opdivo</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA; Innovatività terapeutica	n. 217 del 16.09.2022 . Det.AIFA 591/2022	Opdivo in associazione a Yervoy è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con mesotelioma maligno della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide.	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot. num. RA 0479946 del 09.11.2022
L01FF01	Nivolumab	<b>Opdivo</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 256 del 02.11.2022 . Det. AIFA n. 772/2022	<b>Carcinoma a cellule renali (RCC)</b> : in associazione a cabozantinib e' indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con carcinoma a cellule renali avanzato	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot. num. RA 0479946 del 09.11.2023

**Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale****Tabella 1C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni 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 SSN	Nota Regionale	Centri Autorizzati
L01FF01	Nivolumab	<b>Opdivo</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 256 del 02.11.2022 . Det. AIFA n. 772/2023	<b>Adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastro-esofagea (GEJ) o dell'esofago:</b> in associazione a chemioterapia di combinazione a base di fluoropirimidina e platino è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con adenocarcinoma dello stomaco, della giunzione gastro-esofagea o dell'esofago, HER2 negativo, avanzato o metastatico, i cui tumori esprimono PD-L1 con un punteggio positivo combinato (CPS) $\geq 5$ .	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot. num. RA 0479946 del 09.11.2024
L01FF01	Nivolumab	<b>Opdivo</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 256 del 02.11.2022 . Det. AIFA n. 772/2024	<b>Carcinoma del colon-retto (CRC)</b> con deficit di riparazione del mismatch (dMMR) o elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H): in associazione ad ipilimumab e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma del colon-retto metastatico con deficit di riparazione del mismatch o elevata instabilità dei microsatelliti dopo precedente chemioterapia di associazione a base di fluoropirimidina	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot. num. RA 0479946 del 09.11.2025
L01FF02	Pembrolizumab	<b>Keytruda</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA; innovatività condizionata	n.221 del 21.09.2022 . Det.AIFA 631/2022	<b>Lymphoma di Hodgkin classico.</b> Keytruda in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a tre anni affetti da linfoma di Hodgkin classico recidivato o refrattario che abbiano fallito il trattamento con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) o a seguito di almeno due	UU.OO. Ematologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot.num. RA 0482311 del 10.11.2022

**Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale****Tabella 1C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni 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 SSN	Nota Regionale	Centri Autorizzati
							precedenti terapie quando ASCT non è un'opzione di trattamento.		
L01FX04	Ipilimumab	<b>Yervoy</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA; Innovatività terapeutica	n. 217 del 16.09.2022 . Det. AIFA 590/2022	Yervoy in associazione con Opdivo è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti adulti con <b>mesotelioma maligno</b> della pleura non resecabile ad istologia non epitelioide.	UU.OO. Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo	prot.num. RA 0480723 del 09.11.2022
R07AX02	Ivacaftor	<b>Kalydeco</b>	os	A-PHT	Registro AIFA;	n. 227 del 28.09.2022 . Det. AIFA n. 681/2022	Kalydeco compresse è in un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari e superiore a sei e minore di dodici anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione F508del nel gene CFTR.	Centro regionale Fibrosi Cistica PO San Liberatore ATRI	nota prot. num. RA 0422179 del 13.10.2022
R07AX02	Ivacaftor	<b>Kalydeco</b>	os	A-PHT	Registro AIFA; innovatività terapeutica	n. 227 del 28.09.2022 . Det. AIFA n. 681/2023	in un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari e superiore a sei e minore di dodici affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione F508del nel gene CFTR (genotipo F/F) o eterozigoti con una mutazione a funzione minima (genotipo F/MF),	Centro regionale Fibrosi Cistica PO San Liberatore ATRI	nota prot. num. RA 0422179 del 13.10.2023

**Elenco nuove specialità medicinali inserite in PTR con Nota Regionale****Tabella 1C** - Elenco specialità medicinali con estensione di indicazioni 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 SSN	Nota Regionale	Centri Autorizzati
R07AX32	ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	<b>Kaftrio</b>	os	A-RRL	PHT; Registro AIFA;	n. 227 del 28.09.2022 . Det. AIFA n. 680/2022	E' indicato in un regime di associazione con ivacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età da sei a minore di dodici anni che hanno almeno una mutazione F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR)	Centro regionale Fibrosi Cistica PO San Liberatore ATRI	nota prot. num. RA 0417256 del 11.10.2022
R07AX32	ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	<b>Kaftrio</b>	os	A-RRL	PHT; Registro AIFA; innovatività terapeutica	n. 227 del 28.09.2022 . Det. AIFA n. 680/2022	in relazione all'impiego di «Kaftrio» indicato in un regime di associazione con ivacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti di età da sei a minore di dodici anni che hanno almeno una mutazione F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR) (genotipo F/F) o eterozigoti con una mutazione a funzione minima (genotipo F/MF)	Centro regionale Fibrosi Cistica PO San Liberatore ATRI	nota prot. num. RA 0417256 del 11.10.2023