

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
A16AB13	Asfotase alfa	Strensiq	sc	H-RRL	Registro web AIFA	n. 21 del 27.01.2025. Det. AIFA num. 28/2025	Strensiq e' indicato per la terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti affetti da ipofosfatasia ad esordio pediatrico entro i sei mesi di età e in quei pazienti che pur avendo un esordio pediatrico più tardivo (≥ 6 mesi di età) sono affetti in forma severa.	DGR 73/2024 Codice esenzione RC0160 ASL 202 P.O. SS Annunziata di Chieti, Clinica Pediatrica
A16AB23	Cipaglicosidasi alfa	Pombiliti	ev	H-RR		n. 298 del 20.12.2024. Det. AIFA num. 776/2024	Pombiliti (cipaglicosidasi alfa) è una terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine usata in associazione allo stabilizzatore enzimatico miglustat per il trattamento di adulti con malattia di Pompe a esordio tardivo (deficit di α-glucosidasi acida [GAA]).	DGR 73/2024 Codice esenzione RCG060 ASL 202 P.O. SS Annunziata - CHIETI Clinica Neurologica
A16AB24	Pegzilarginasi	Loargys	ev,sc	H-RNRL	Registro web AIFA Innovatività terapeutica condizionata	n. 31 del 07.02.2025. Det. AIFA num. 174/2025	Loargys è indicato per il trattamento del deficit di arginasi 1 (ARG1-D), noto anche come iperargininemia, in adulti, adolescenti e bambini a partire dai 2 anni di età.	DGR 73/2024 Codice esenzione RCG050 ASL 202 P.O. SS Annunziata - CHIETI ASL 203 UO Pediatria PO Spirito Santo - Pescara
A16AX06	Miglustat	Opfolda	os	H-RR		n. 298 del 20.12.2024 Det.AIFA num.777/2024	E' uno stabilizzatore enzimatico della cipaglicosidasi alfa per la terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti adulti con malattia di Pompe a esordio tardivo (deficit di α-glucosidasi acida [GAA]).	DGR 73/2024 Codice esenzione RCG060 ASL 202 P.O. SS Annunziata - CHIETI - 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
D11AH10	Lebrikizumab	Ebglyss	sc	H-RRL	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	n. 25 del 31.01.2025. Det. AIFA num. 53/2025	<p>Adulti E' indicato per il trattamento della dermatite atopica grave (definita da punteggio EASI\geq24) nei pazienti adulti con un peso corporeo minimo di 40 kg, eleggibili alla terapia sistemica* <u>e per i quali il trattamento con ciclosporina risulta essere controindicato, inefficace o non tollerato.</u></p> <p>Adolescenti (età compresa tra 12 e 17 anni): Lebrikizumab è rimborsato per il trattamento della dermatite atopica grave, negli adolescenti di età compresa tra 12 e 17 anni con un peso corporeo minimo di 40 kg, eleggibili alla terapia sistemica* <u>e che presentano almeno una delle seguenti condizioni: 1. Punteggio EASI \geq24; 2. Localizzazione in zone visibili (volto, mani) e/o sensibili (genitali, perianali/perineali); 3. Valutazione del prurito con scala NRS \geq7; 4. Valutazione della qualità della vita con indice CDLQI\geq10.</u></p>	UU.OO. Dermatologia e Pediatria delle AASSLL della Regione Abruzzo
J01AA13	Eravaciclina	Xerava	ev	H-Osp	Scheda cartacea AIFA/ospedaliera	n. 20 del 25.01.2025. Det. AIFA num. 25/2025	<p>La rimborsabilità è limitata al trattamento di infezioni intra-addominali complicate (cIAI) negli adulti da germi multiresistenti ai trattamenti di prima linea.</p> <p>Efficacia clinica contro patogeni specifici.</p>	UU.OO. Malattie Infettive 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
							<p>L'efficacia è stata dimostrata nelle sperimentazioni cliniche contro i patogeni elencati per le cIAI che erano suscettibili a eravaciclina in vitro: <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Enterococcus faecalis</i>, <i>Enterococcus faecium</i>, <i>Viridans Streptococcus spp.</i></p> <p>Attività antibatterica contro altri patogeni rilevanti</p> <p>Eravaciclina ha mostrato una potente attività in vitro verso batteri gram-positivi, gram-negativi, e batteri anaerobi, incluso le specie resistenti agli antimicrobici come <i>S.aureus</i> meticillino resistente (MRSA), Enterococchi vancomicina resistenti (VRE) e Enterobatteri produttori di beta-lattamasi (ESBL) e di carbapenemasi (CRE) e <i>A. baumannii</i> resistente ai carbapenemi (CRAB).</p> <p>Si fa presente che i dati clinici disponibili e l'esigua numerosità delle specie resistenti isolate negli studi registrativi sono limitati per trarre conclusioni definitive sulla suscettibilità a eravaciclina delle specie suddette nonché sulla suscettibilità differenziale rispetto ai carbapenemici.</p> <p>I dati in vitro indicano che <i>Pseudomonas aeruginosa</i> non è suscettibile a eravaciclina.</p>	

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
L01AA10	Melfalan flufenamide	Pepaxti	ev	H-Osp	Registro web AIFA	n. 20 del 25.01.2025. Det. AIFA num. 17/2025	Pepaxti è indicato, in associazione con desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che hanno ricevuto almeno tre linee di terapia precedenti, la cui malattia è refrattaria ad almeno un inibitor del proteasoma, un agente immunomodulatore e un anticorpo monoclonale antiCD38, e che hanno mostrato progressione della malattia durante o dopo l'ultima terapia. Per i pazienti sottoposti in precedenza a trapianto autologo di cellule staminali, il tempo intercorso fino alla progressione deve essere di almeno tre anni dal trapianto.	UU.OO. di Ematologia delle AASSLL della Regione Abruzzo
L04AC22	Spesolimab	Spevigo	ev	H-Osp	Scheda cartacea AIFA/ospedaliera. Innovatività terapeutica condizionata	n. 298 del 20.12.2024. Det. AIFA num. 775/2024.	Spevigo è indicato in monoterapia per il trattamento delle riacutizzazioni in pazienti adulti con psoriasi pustolosa generalizzata (<i>generalised pustular psoriasis</i> , GPP)	UU.OO. di Dermatologia delle AASSLL della Regione Abruzzo
L04AG14	Ublituximab	Briumvi	ev	H-Osp	Scheda cartacea AIFA/ospedaliera	n. 17 del 22.01.2025. Det. AIFA 3/2025	Briumvi è indicato per il trattamento di pazienti adulti con forme recidivanti di sclerosi multipla (SMR) con malattia attiva definita da caratteristiche cliniche o radiologiche.	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

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
								ASL 203 Reparto di Neurologia, CCP Villa Serena, Città Sant'Angelo ASL 204 U.O. Neurologia P.O. Teramo

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
A10BX16	Tirzipatide	Mounjaro		A-RR	PHT Nota AIFA 100	n. 44 del 22.02.2025. Det. AIFA num. 223/2025	Mounjaro è indicato per il trattamento di adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico: come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni. In aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete.		DDE
C10AX06	Icosapent etile	Vazkepa	os	A-RR	PHT-PT web AIFA	n. 293 del 14.12.2024. Det. AIFA num. 767/2024	Trattamento di pazienti di età 18-80 anni con malattia cardiovascolare accertata e BMI ≥ 27 kg/m ² , in trattamento con statina ad alta potenza alla massima dose tollerata + ezetimibe, che abbiano raggiunto i livelli target di colesterolo LDL (< 70 mg/dL), e presentino ipertrigliceridemia residua (TG ≥ 200 mg/dL) non spiegabile da altre cause e confermata in almeno 3 determinazioni nonostante buona aderenza dietetica	UU.OO. Cardiologia, Medicina Interna, Endocrinologia delle AASSLL della Regione Abruzzo	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
B02BX05	Eltrombopag	Revolade	os	H-RR		n. 25 del 31.01.2025. Det. AIFA num. 65/2025	Revolade è indicato per il trattamento di pazienti adulti con trombocitopenia immune primaria (ITP) che sono refrattari ad altri trattamenti (ad esempio corticosteroidi, immunoglobuline).	
D11 AH05	Dupilumab	Dupixent	sc	A-RRL	PHT-PT	n. 262 del 08.11.2024 Det.AIFA num. 630/2024	DERMATITE ATOPICA Dupixent è indicato per il trattamento della dermatite atopica severa nei bambini di età compresa tra sei mesi e i cinque anni eleggibili per la terapia sistemica.	UU.OO. di dermatologia, pediatria operanti nell'ambito del SSR.
D11AH05	Dupilumab	Dupixent	sc	A-RRL	PHT-PT	n. 262 del 08.11.2024 Det. AIFA num. 630/2024	ASMA Dupixent è indicato nei bambini di età compresa tra sei e undici anni come trattamento di mantenimento aggiuntivo per asma severo con infiammazione di tipo 2 caratterizzato da aumento degli eosinofili ematici e/o aumento della frazione di ossido nitrico esalato (FeNO) non adeguatamente controllati con corticosteroidi per via inalatoria (ICS) a dose da media ad alta più un altro medicinale per il trattamento di mantenimento.	UU.OO. di Pneumologia, allergologia, immunologia o pediatria delle AASSLL della Regione Abruzzo
D11AH05	Dupilumab	Dupixent	sc	A-RRL	PHT-PT	n. 262 del 08.11.2024 Det. AIFA num. 630/2024	ESOFAGITE EOSINOFILA (EOE) Dupixent è indicato per il trattamento dell'esofagite eosinofila in adulti e adolescenti di età pari o superiore a dodici anni, con un peso di almeno 40 kg , non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale.	UU.OO. Gastroenterologia, internista, gastroenterologo pediatra, operanti nell'ambito del SSR.
D11AH05	Dupilumab	Dupixent	sc	A-RRL	PHT-PT cartaceo AIFA	n. 262 del 08.11.2024 Det. AIFA num. 630/2024	PRURIGO NODULARE (PN) Dupixent è indicato per il trattamento di adulti con prurigo nodulare (PN) da moderata a severa eleggibili per la terapia sistemica.	UU.OO. di Dermatologia 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
J05AP55	Sofosbuvir/velpatasvir	Epclusa	os	A-	PHT Registro web AIFA	n. 35 del 12.02.2025. Det. AIFA num. 189/2025	«Epclusa» è indicato per il trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C cronica (Hepatitis C virus, HCV) in pazienti di età pari o superiore a tre anni, e l'indicazione terapeutica già ammessa alla rimborsabilità: «Epclusa» è indicato per il trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C cronica (hepatitis C virus, HCV) negli adulti.	UU.OO. Malattie Infettive delle AASSLL della Regione Abruzzo.
J06BA01	Immunoglobulina umana normale e ialuronidasi umana ricombinante	Hyqvia	sc	A-RNRL	PHT	n. 25 del 31.01.2025. Det. AIFA num. 64/2025	Terapia immunomodulante negli adulti, nei bambini e negli adolescenti (di età compresa tra 0 e 18 anni) in polineuropatia demielinizzante infiammatoria cronica (CIDP, chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy) come terapia di mantenimento dopo stabilizzazione con IVIg.	DGR n. 73 del 31.01.2024 per la malattia rara con codice esenzione RF0180 ASL 201 -P.O. Avezzano U.O Neurologia e Stroke Unit ASL 202 - P.O. Chieti - Clinica Pediatrica e Clinica Neurologica ASL 203 - P.O. Pescara - Neurologia e Stroke Unit ASL 204 -Neurologia P.O. Teramo
L01EX22	Selpercatinib	Retsevmo	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 304 del 30.12.2024. Det. AIFA num. 781/2024	Come monoterapia è indicato per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari o superiore a dodici anni con cancro midollare della tiroide (MTC) avanzato con mutazione di RET.	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione Abruzzo
L01EX22	Selpercatinib	Retsevmo	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 304 del 30.12.2024. Det. AIFA num. 781/2024	Come monoterapia è indicato nel trattamento di adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato RET fusione-positivo non precedentemente trattati con un inibitore di RET.	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
L01FF05	Atezolizumab	Tecentriq (AIC 045590039 /E)	sc	H-Osp	Registro web AIFA	n. 263 del 09.11.2024. Det. AIFA num. 619/2024	<p>1) Carcinoma polmonare non a piccole cellule (non small cell lung cancer, NSCLC) in stadio iniziale «Tecentriq» in monoterapia e' indicato come trattamento adiuvante dopo resezione chirurgica completa del tumore e chemioterapia contenente platino in pazienti adulti con NSCLC ad alto rischio di recidiva, i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 \geq 50% sulle cellule tumorali (TC) e sono negativi per mutazioni di EGFR o riarrangiamenti di ALK.</p> <p>2) Carcinoma polmonare non a piccole cellule (non small cell lung cancer, NSCLC) in stadio metastatico «Tecentriq» in monoterapia e' indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con NSCLC metastatico, i cui tumori presentano un'espressione di PD-L1 \geq 50% sulle cellule tumorali (TC) o \geq 10% sulle cellule immunitarie infiltranti il tumore (IC) e sono negativi per mutazioni di EGFR o riarrangiamenti di ALK.</p> <p>«Tecentriq» in monoterapia e' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da NSCLC localmente avanzato o metastatico precedentemente sottoposti a chemioterapia. Prima di essere trattati con «Tecentriq», i pazienti con mutazioni attivanti il recettore del fattore di crescita dell'epidermide (Epidermal growth factor receptor, EGFR) o con tumori positivi per la chinasi del linfoma anaplastico (Anaplastic lymphoma kinase, ALK) devono essere stati sottoposti anche ad una terapia a bersaglio molecolare.</p> <p>3) Carcinoma polmonare a piccole cellule (small cell lung cancer, SCLC) «Tecentriq», in associazione con carboplatino ed etoposide, e' indicato per il trattamento di prima linea di</p>	UU.OO. Oncologia delle AASSLL

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>pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC).</p> <p>4) Carcinoma mammario triplo negativo (triple negative breast cancer, TNBC)</p> <p>«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 $\geq 1\%$ e che non sono stati sottoposti a precedente chemioterapia per malattia metastatica.</p> <p>5) Carcinoma epatocellulare (hepatocellular carcinoma, HCC)</p> <p>«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.</p>	
L01FF02	Pembrolizumab	Keytruda	ev	H-Osp	Registro AIFA Attribuzione requisito Innovatività terapeutica	n. 51 del 03.03.2025. Det. AIFA num. 11/2025	KEYTRUDA, in associazione a trastuzumab, chemioterapia contenente fluoropirimidina e platino, è indicato nel trattamento di prima linea dell'adenocarcinoma dello stomaco o della giunzione gastroesofagea HER-2 positivo localmente avanzato non resecabile o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1.	UU.OO. Oncologia delle AASSLL della Regione Abruzzo
L01FF02	Pembrolizumab	Keytruda	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 51 del 03.03.2025. Det. AIFA num. 11/2025	-KEYTRUDA, in associazione a chemioterapia contenente fluoropirimidina e platino, è indicato nel trattamento di prima linea dell'adenocarcinoma dello stomaco o della giunzione gastroesofagea HER-2 negativo localmente avanzato non resecabile o	UU.OO. 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
							<p>metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD L1 con un CPS ≥ 1</p> <p>-KEYTRUDA in monoterapia è indicato nel trattamento adiuvante di adulti con carcinoma a cellule renali a maggior rischio di recidiva a seguito di nefrectomia o a seguito di nefrectomia e resezione di lesioni metastatiche</p> <p>-KEYTRUDA, in associazione a gemcitabina e cisplatino, è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma delle vie biliari localmente avanzato non resecabile o metastatico negli adulti</p> <p>-KEYTRUDA, in associazione a chemioterapia contenente platino come trattamento neoadiuvante e poi continuato in monoterapia come trattamento adiuvante, è indicato nel trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule resecabile ad alto rischio di recidiva negli adulti.</p>	
L01FX17	Sacituzumab govitecan	Trodelvy	ev	H-Osp	Registro web AIFA	n. 51 del 03.03.2025. Det. AIFA num. 239/2025	Trodelvy in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella positivo per i recettori ormonali (HR) e negativo per il recettore HER2, metastatico o non resecabile che abbiano ricevuto in precedenza terapia endocrina e almeno altre due terapie sistemiche nel contesto avanzato e che presentano metastasi viscerali.	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione Abruzzo
L01XK01	Olaparib	Lynparza	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 35 del 12.02.2025. Det.AIFA num. 178/2025	Lynparza è indicato in associazione con abiraterone e prednisone o prednisolone per il trattamento di pazienti adulti con cancro della prostata metastatico e resistente alla castrazione (mCRPC) e con mutazioni BRCA 1/2	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
							(germinali e/o somatiche), in cui la chemioterapia non è clinicamente indicata.	
L01XK03	Rucaparib	Rubraca	os	H-RNRL	Registro web AIFA	n. 38 del 15.02.2025. Det. AIFA num. 187/2025	Rubraca è indicato come monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con carcinoma ovarico epiteliale, delle tube di Falloppio o peritoneale primario, avanzato (stadio III e IV secondo FIGO) e ad alto grado, in risposta (risposta completa o parziale) dopo il completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino.	UU.OO. di Oncologia delle AASSLL della Regione Abruzzo
L04AA58	Efgartigimod alfa	Vyvgart AIC 050235023 /E	sc	H-RNRL	Registro web AIFA. Requisito Innovatività terapeutica condizionata	n. 23 del 29.01.2025. Det. AIFA num. 37/2025	Vyvgart è indicato in aggiunta alla terapia standard per il trattamento dei pazienti adulti con <i>miastenia gravis</i> generalizzata (gMG) che sono positivi all'anticorpo anti recettore dell'acetilcolina (AChR).	DGR n. 73 del 31.01.2024 per la malattia rara Miastenia Gravis con codice esenzione RFG101 ASL 201 - UO Neurologia e Stroke - P.O. SS Filippo e Nicola, Avezzano ASL 202 Clinica Pediatrica e Clinica neurologica - P.O. SS Annunziata, Chieti ASL 203 U.O. neurologia e Stroke Unit - P.O. Spirito Santo, Pescara ASL 204 UO Neurologia – P.O. Mazzini, 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
N03AX26	Fenfluramina	Fintepla	os	A-RNRL	PHT-PT	n. 260 del 06.11.2024. Det. AIFA num. 618/2024	Trattamento di crisi epilettiche associate alla sindrome di Dravet e alla sindrome di Lennox-Gastaut come terapia aggiuntiva ad altri medicinali antiepilettici per pazienti di età pari o superiore ai due anni che abbiano mostrato una risposta insufficiente o assente ad almeno due farmaci antiepilettici.	<p>DGR n. 73 del 31.01.2024 per la malattia rara con codice esenzione</p> <p>RF0130 - SINDROME DI LENNOX-GASTAUT ASL 201 P.O. SS Filippo e Nicola, Avezzano – UO Neurologia e Stroke Unit</p> <p>ASL 202 P.O. SS Annunziata, Chieti- Clinica Pediatrica e Clinica Neurologica</p> <p>RF0061 – SINDROME DI DRAVET ASL 202 P.O. SS Annunziata , Chieti- Clinica Pediatrica e Clinica Neurologica</p>