

**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	Centri Autorizzati alla prescrizione
D11AH08	Abrocitinib	<b>Cibinqo®</b>	os	H-RNRL	<b>Scheda di prescrizione cartacea</b>	n.22 del 27.01.2023. Det. AIFA n. 36/2023	<p>Per il trattamento della dermatite atopica grave (punteggio EASI <math>\geq 24</math>) in pazienti adulti candidati alla terapia sistemica</p> <p>- Senza i fattori di rischio indicati da EMA, che hanno risposto in modo inadeguato alla ciclosporina o per i quali tale trattamento risulta essere controindicato o non tollerato.</p> <p>- Con i fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro), unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate nell'indicazione (ciclosporina e anti-interleuchine).</p> <p>*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento</p>	UU.OO. Dermatologia delle AA.SS.LL. 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	Centri Autorizzati alla prescrizione
L01BC07	Azacitidina	<b>Onureg®</b>	os	H-RNRL	<b>Innovatività terapeutica condizionata Registro AIFA</b>	n. <b>118</b> del 22.05.2023. Det AIFA 368/2023	Onureg e' indicato come terapia di mantenimento in pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) che abbiano conseguito una remissione completa (CR) o una remissione completa con recupero incompleto dell'emocromo (CRi) dopo terapia d'induzione associata o meno a trattamento di consolidamento e che non siano candidabili, o decidano di non sottoporsi, al trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT)	U.O.C. Ematologia del P.O. di Pescara ASL203
L01EA06	Asciminib	<b>Scemblix®</b>	os	H-RNRL		n. <b>116</b> del 19.05.2023. Det.AIFA 359/2023	Scemblix è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica (LMC-CP Ph+) precedentemente trattati con due o più inibitori tirosin-chinasici.	UU.OO. di Ematologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
L01EX17	Capmatinib	<b>Tabrecta®</b>	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. <b>101</b> del 02.05.2023. Det.AIFA n.281/2023	Trabrecta in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con cancro del polmone non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, che presenta alterazioni genetiche associate al salto (skipping) dell'esone 14 del fattore di transizione mesenchimale-epiteliale (METex14) e che richiede una terapia sistemica a seguito di un precedente	UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. 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	Centri Autorizzati alla prescrizione
							trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino.	
L01EX18	Avapritinib	<b>Ayvakyt®</b>	os	H-RNRL  A.I.C.n.049033032/E: RNRL – oncologo;  A.I.C. n. 049033057/E, 049033018/E, 049033020/E 049033044/E Ematologo, oncologo		n.49 del 27.02.2023. Det. AIFA 99/2023	Ayvakyt è indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mastocitosi sistemica aggressiva (ASM), mastocitosi sistemica associata a neoplasia ematologica (SM-AHN) o leucemia mastocitaria (MCL), in seguito ad almeno una terapia sistemica. Tumore stromale gastrointestinale (GIST) non resecabile o metastatico. Ayvakyt è indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con tumori stromali gastrointestinali (GIST) non resecabili o metastatici che presentano la mutazione del recettore alfa del fattore di crescita derivato dalle piastrine (PDGFRA) D842V.	Per l'indicazione <b>"Mastocitosi sistemica aggressiva"</b> Centro Emofilia e Malattie Rare del sangue P.O. Spirito Santo Pescara <b>ASL 203</b>  <b>"GIST":</b> UU.OO. Oncologia della regione Abruzzo
L01EX21	Tepotinib	<b>Tepmetko®</b>	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 48 del 25.02.2023. Det. AIFA n. 96/2023	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato, con alterazioni genetiche associate a skipping dell'esone 14 (METex14) del fattore di transizione mesenchimale-	UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. 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	Centri Autorizzati alla prescrizione
							epiteliale, che richiede terapia sistemica dopo precedente trattamento con immunoterapia e/o chemioterapia a base di platino	
L01FX18	Amivantamab	<b>Rybrevant®</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n.49 del 27.02.2023. Det.AIFA 100/2023	Rybrevant in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) avanzato con mutazioni da inserzione nell'esone 20 attivanti (exon20ins) del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR), dopo il fallimento della chemioterapia a base di platino.	UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
L01XX67	Tagraxofusp	<b>Elzonris®</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n.53 del 03.03.2023. Det. AIFA 133/2023	Elzonris è indicato in monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCN)	U.O.C. Ematologia del P.O. di Pescara ASL203
L01XX75	Tebentafusp	<b>Kimmtrak®</b>	ev	H-Osp	<b>Innovatività terapeutica condizionata</b>	n. 57 del 08.03.2023. Det. AIFA n. 121/2023	Kimmtrak è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti positivi all'antigene leucocitario umano (HLA)-A*02:01 con <b>melanoma uveale</b> non resecabile o metastatico	UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
L04AA41	Imlifidase	<b>Idefirix®</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n.286 del 07.12.2022.	Idefirix è indicato per il trattamento di desensibilizzazione di pazienti adulti altamente sensibilizzati che	Centro Regionale Trapianti P.O. San Salvatore –L'Aquila

**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	Centri Autorizzati alla prescrizione
						Det.AIFA 859/2022	necessitano di trapianto di rene con un crossmatch positivo contro un donatore deceduto disponibile. L'uso di «Idefirix» deve essere riservato ai pazienti che hanno poche probabilità di essere sottoposti a trapianto nell'ambito del sistema di allocazione dei reni disponibili, compresi i programmi di assegnazione di priorità per i pazienti altamente sensibilizzati.	
L04AA47	Inebilizumab	<b>Uplizna®</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. <b>71</b> del 24.03.2023. Det.AIFA n. 209/2023	Uplizna (inebilizumab) è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da disturbi dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD) sieropositivi per le immunoglobuline G anti-aquaporina-4 (IgG AQP4), in seconda linea rispetto a rituximab, limitatamente ai pazienti che abbiano riportato almeno un attacco acuto di NMOSD nell'anno precedente, che hanno richiesto una terapia di salvataggio (ad esempio steroidi, plasmateresi, somministrazione endovenosa di immunoglobuline) e che presentino un punteggio alla scala EDSS (Expanded Disability Severity Scale) $\leq$ 8,0	<b>ASL 201:</b> Clinica Neurologica, P.O. L'Aquila; U.O. Neurologia, P.O. Avezzano <b>ASL 202:</b> Clinica Neurologica, P.O. Chieti; U.O. Neurologia, P.O. Lanciano <b>ASL 203:</b> Reparto di Neurologia, CCP Villa Serena, Città Sant'Angelo <b>ASL 204:</b> U.O. Neurologia P.O. Teramo

**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	Centri Autorizzati alla prescrizione
L04AA51	Anifrolumab	<b>Saphnelo®</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. <b>76</b> del 30.03.2023. Det.AIFA 221/2023	E' indicato come terapia aggiuntiva per il trattamento di pazienti adulti affetti da lupus eritematoso sistemico (LES) attivo, autoanticorpi-positivo, in forma da moderata a severa, nonostante la terapia standard.	UU.OO. Ospedaliere di Reumatologia della regione Abruzzo e/o Amb. di reumatologia che insistono in UU.OO. Ospedaliere di Medicina Interna come da PDTA Malattie reumatologiche. <b>DGR n. 324 del 27/06/2022</b>

**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 alla prescrizione
B03XA05	Roxadustat*	<b>Evrenzo®</b>	os	A-RNRL	PHT- PT cartaceo	n. <b>48</b> del 25.02.2023. Det. AIFA n.97/2023	Per il trattamento di pazienti adulti con <b>anemia sintomatica associata a Malattia Renale Cronica</b> dialisi-dipendente e non dialisi dipendente, naive alla terapia con ESA o non trattati con alcun ESA nelle 12 settimane precedenti	UU.OO. Ematologia, Medicina Interna, Nefrologie e Dialisi delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
C10AX15	Acido bempedoico	<b>Nilemdo®</b>	os	A-RR: confezioni con A.I.C. n. 048721017/E, 048721043/E, 048721029/E e 048721031/E A-RNR: confezioni con A.I.C. n. 048721068/E; 048721056/E	PHT-Scheda di prescrizione	n. <b>22</b> del 27.01.2023. Det. AIFA n. 20/2023	E' indicato negli adulti affetti da ipercolesterolemia primaria (familiar eterozigote e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: - in associazione a una statina o con una statina in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti nei pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi di LDL-C con la dose massima tollerata di una statina oppure, - in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o nei quali ne è controindicato l'uso	Specialista e MMG come riportato su PT cartaceo
C10BA10	Acido bempedoico e Ezetimibe	<b>Nustendi®</b>	os	A-RR: confezioni con A.I.C. n. 048668038/E, 048668040/E, 048668014/E e 048668026/E A-RNR: confezioni con A.I.C. n. 048668053/E, 048668065/E	PHT- Scheda di prescrizione	n. <b>22</b> del 27.01.2023. Det. AIFA n. 21/2023	E' indicato negli adulti affetti da ipercolesterolemia primaria (familiar eterozigote e non familiare) o dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: - in combinazione con una statina nei pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi di colesterolo-lipoproteina a bassa densità (low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C) con la dose massima tollerata di una statina oltre a ezetimibe, - in monoterapia in pazienti intolleranti alle statine o nei quali ne è controindicato l'uso, e che non sono in grado di raggiungere gli obiettivi di LDL-C solo con ezetimibe, - nei pazienti già in trattamento con l'associazione di acido bempedoico ed ezetimibe sotto forma di compresse distinte con o senza statina.	Specialista e MMG come riportato su PT cartaceo

**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 alla prescrizione
H01AC08	Somatrogon	<b>Ngenla®</b>	sc	A-RRL- Nota 39	PHT-PT regionale	n. <b>74</b> del 28.03.2023. Det. AIFA n.218/2023	Come da Nota AIFA 39	Centri prescrittori individuati dalla Regione (D.C.A. n. 76/2010)
H02CA02	Osilodrostat	<b>Isturisa®</b>	os	A-RNRL	<b>PHT</b>	n. <b>3</b> del 04.01.2023. Det. AIFA n. 909/2022	ISTURISA® è indicato per il trattamento della sindrome di Cushing endogena negli adulti	<b>UU.OO. Endocrinologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo</b>
J05AX28	Bulevirtide	<b>Hepcludex®</b>	sc	A-RNRL	<b>PHT- Innovatività terapeutica condizionata</b>	n. <b>20</b> del 25.01.2023. Det. AIFA n. 08/2023	HEPCLUDEX® è indicato per il trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite delta in pazienti adulti positivi a HDV-RNA plasmatico (o sierico) con malattia epatica compensata.	<b>UU.OO. Malattie Infettive delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo</b>



**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 alla prescrizione
N07XX11	Pitolisant	<b>Wakix®</b>	os	A-RRL	PHT	n. <b>71</b> del 24.03.2023. Det.AIFA n.195/2023	E' indicato negli adulti per il trattamento della narcolessia con o senza cataplessia	<b>ASL 201:</b> U.O. Neurologia e Stroke P.O. SS Filippo e Nicola Avezzano

**Elenco nuove specialità medicinali 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 SSN	Centri Autorizzati alla prescrizione
A10BK01	Dapaglifozin	<b>Forxiga®</b>	os	A-RRL	PT -AIFA web based; PHT	n. <b>47</b> del 24.02.2023 rettifica della Det. AIFA n.6 pubblicata su G.U. n.17 del 21.01.2023	Malattia renale cronica: Forxiga è indicato negli adulti per il trattamento della malattia renale cronica	UU.OO. di Nefrologia e Dialisi delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
A16AX04	Nitisinone	<b>Orfadin®</b>	os	A-RR	PT-PHT	n. <b>268</b> del 16.11.2022. Det. AIFA n.791/2022	ORFADIN è indicato per il trattamento di pazienti adulti con alcaptonuria (AKU).	<b>ASL 203:</b> U.O.C. Pediatria -P.O. Santo Spirito Pescara
J05AG06	Doravirina	<b>Pifeltro®</b>	os	H-RNRL		n. <b>56</b> del 07.03.2023. Det. AIFA n. 117/2023	E' indicato, in associazione con altri medicinali antiretrovirali, per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI	UU.OO. Malattie Infettive delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
J05AR24	Lamivudina, Tenofovir disoproxil, doravirina	<b>Delstrigo®</b>	os	H-RNRL		n. <b>56</b> del 07/03/2023. Det. AIFA n. 118/2023	E' anche indicato per il trattamento di adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI, lamivudina o tenofovir e che hanno manifestato tossicità che preclude l'uso di altri regimi che non contengono tenofovir disoproxil	UU.OO. Malattie Infettive delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
L04AA43	Ravulizumab	<b>Ultomiris®</b>	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. <b>98</b> del 27.04.2023. Det. AIFA n. 287/2023	Trattamento di pazienti con peso corporeo pari o superiore a 10 kg affetti da sindrome emolitico uremica atipica (SEUa) che sono naïve agli inibitori del complemento o che sono stati trattati con eculizumab per almeno tre mesi e hanno evidenziato una risposta a eculizumab.	<b>ASL 202:</b> Clinica Nefrologica, P.O. SS Annunziata - Chieti; <b>ASL 203:</b> UOC Nefrologia e Dialisi, P.O. Santo Spirito - Pescara

**Elenco nuove specialità medicinali 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 SSN	Centri Autorizzati alla prescrizione
L04AA44	Upadacitinib	<b>Rinvoq® (15 mg)</b>	os	H-RNRL AIC:	Scheda cartacea su G.U. n. 58 del 09.03.2023 Det. AIFA DG63/2023	n. <b>22</b> del 27.01.2023. Det. AIFA 19/2023	E' indicato nel trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni eleggibili alla terapia sistemica.	UU.OO. Dermatologia come da scheda di prescrizione cartacea
L04AA45	Filgotinib	<b>Jyseleca®</b>	os	H-RNRL	Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ospedaliera)	n. <b>58</b> del 09.03.2023. Det. AIFA n.105/2023	E' indicato per il trattamento della colite ulcerosa in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata, hanno avuto una perdita di risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un medicinale biologico	Medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti - reumatologo, gastroenterologo, internista (RNRL).
L04AC18	Risankizumab	<b>Skyrizi® ( 150 mg)</b>	sc	H-RRL	Scheda di prescrizione cartacea	n. <b>17</b> del 21.01.2023. Det.AIFA 1/2023	Skyrizi, da solo o in associazione con metotressato (MTX), è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva in adulti che hanno manifestato una risposta inadeguata o un'intolleranza a uno o piu' farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD)».	UU.OO. Dermatologia e Reumatologia come da scheda di prescrizione cartacea
M05BX05	Burosumab	<b>Crysvita®</b>	sc	H-RRL	Registro AIFA	n. <b>71</b> del 24.03.2023. Det.AIFA n. 210/2023	CRYSVITA è indicato per il trattamento dell'ipofosfatemia X-linked (XLH) nei pazienti di età superiore a 12 anni, con evidenza di malattia attiva (Rickets Severity Score $\geq 1.5$ e fino al raggiungimento della maturità scheletrica nei soggetti in cui non sia già intervenuta la saldatura delle epifisi; dolore scheletrico attribuibile a XLH + almeno frattura/pseudofrattura attiva nei soggetti adulti) e già sottoposti a terapia convenzionale con fosfato e/o analoghi della vitamina D.	<b>ASL 203:</b> U.O.C Territoriale di Endocrinologia e Metabolismo - Pescara
N05AE05	Lurasidone cloridrato	<b>Latuda®</b>	os	A-RR	PT-PHT	n. <b>21</b> del 26.01.2023. Det.AIFA n.9/2023	Trattamento della schizofrenia negli adolescenti a partire dai 13 anni di età che non abbiano risposto adeguatamente alla terapia non farmacologica.	UU.OO. Di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo

**Elenco nuove specialità medicinali 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 SSN	Centri Autorizzati alla prescrizione
R03DX09	Mepolizumab	<b>Nucala®</b>	sc	A-RRL AIC: 044648018 /E0446480 57/E 044648032 /E	PT AIFA cartaceo	n. <b>51</b> del 01.03.2023.  Det.AIFA 101/2023	Rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) Come terapia aggiuntiva a corticosteroidi intranasali per il trattamento di adulti con CRSwNP severa per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non forniscono un controllo adeguato della malattia.	Specialisti indicati su PT AIFA cartaceo per la prescrizione di Dupixent (dupilumab), Xolair (omalizumab) e <b>Nucala</b> (Mepolizumab): centri ospedalieri o specialisti, otorinolaringoiatra, immunologo allergologo operanti nel SSR
R03DX09	Mepolizumab	<b>Nucala®</b>	sc	A-RRL AIC: 044648044 /E	PT AIFA cartaceo-PHT Requisito dell'Innovatività terapeutica condizionata	n. <b>51</b> del 01.03.2023.  Det.AIFA 102/2023	Granulomatosi eosinofila con poliangite (EGPA) Come terapia aggiuntiva per pazienti di età pari o superiore a 6 anni con granulomatosi eosinofila con poliangite (EGPA) recidivante/remittente o refrattaria	<b>ASL 201:</b> UOC Reumatologia, P.O. San Salvatore- L'Aquila; <b>ASL 202:</b> Clinica Medica, P.O. SS Annunziata - Chieti; <b>ASL 204:</b> UOC Allergologia e Immunologia, P.O. Mazzini - Teramo
R03DX09	Mepolizumab	<b>Nucala®</b>	sc	A-RRL AIC: 044648069 /E	PT AIFA cartaceo-PHT Requisito dell'Innovazione terapeutica condizionata	n. <b>52</b> del 02.03.2023.  Det. AIFA 103/2023	Sindrome Ipereosinofila (HES) Come terapia aggiuntiva per pazienti adulti con sindrome ipereosinofila non adeguatamente controllata senza una causa secondaria non ematologica identificabile	Centri ospedalieri o specialisti - ematologo, reumatologo, pneumologo, immunologo, allergologo operanti nel SSR