

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
B01AF01	Rivaroxaban	Xarelto® 2,5mg	os	A-RRL	PHT- PT cartaceo AIFA	n. 13 del 18.01.2021. Det. AIFA DG/12/2021	Pazienti adulti, ad alto rischio di eventi ischemici in aggiunta ad acido acetilsalicilico (ASA) con diagnosi di arteriopatia periferica sintomatica dell'arto inferiore che non necessita di doppia terapia antiaggregante o di terapia anticoagulante (a dose piena) o altra terapia antiaggregante diversa dall'ASA e per il quale la singola terapia con acido acetilsalicilico rappresenta lo standard di cura	Prot.num. RA/0048184 del 09.02.2021 e nota prot. num. RA/0056050 del 15.02.2021	UU.OO. Cardiologia, Chirurgia vascolare e Angiologia, ambulatori ad essi annessi, specialisti ambulatoriali.
B02BX06	Emicizumab	Hemlibra®	sc	A-RRL	Innovatività terapeutica condizionata PHT	n. 71 del 18.03.2020. Det.AIFA 206/2020	Per la profilassi di routine degli episodi emorragici in pazienti affetti da emofilia A severa (deficit congenito di fattore VIII, FVIII<1%) senza inibitori del fattore VIII può essere usato in tutte le fasce d'età	Prot.num. RA/0090636 del 01.04.2020.	ASL 202 Servizio Medicina Trasfusionale Az.- Ambulatorio Ematologica, P.O. SS Annunziata, Chieti ASL 203 U.O.S.D. Centro Diagnosi e Terapia Emofilia, Malattie Trombotiche Emorragiche Ereditarie, P.O. Santo Spirito, Pescara.
C10AX14	Alirocumab	Praluent®	sc	A-RRL	PHT Registro AIFA	n. 95 del 09.04.2020. Det. AIFA 322/2020	E' indicato negli adulti con malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata per ridurre il rischio cardiovascolare riducendo i livelli di C-LDL, in aggiunta alla correzione di altri fattori di rischio:	Prot.num. RA/0341569 del 13.11.2020	Tutte le UU.OO. di Cardiologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo E

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
							<ul style="list-style-type: none"> - In associazione alla dose massima tollerata di statina con o senza altre terapie ipolipemizzanti; In monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato		ASL 201 U.O.C. Medicina Interna-P.O. San Salvatore, L'Aquila U.O.C. Medicina Interna-P.O. San Filippo Neri, Avezzano ASL 202 U.O. Medicina, PO SS Annunziata, Chieti U.O. Medicina, PO San Pio, Vasto ASL 203 U.O.C. Medicina Interna-P.O. Santo Spirito, Pescara U.O.S.D. UTIC ASL 204 U.O.C. Medicina Interna, P.O. Mazzini, Teramo
C10AX13	Evolocumab	Repatha®	sc	A-RRL	PHT Registro AIFA	n. 291 del 12.12.2019 Det. AIFA 1771/2019	E' indicato negli adulti con malattia cardiovascolare aterosclerotica accertata per ridurre il rischio cardiovascolare riducendo i livelli di C-LDL, in aggiunta alla correzione di altri fattori di rischio: <ul style="list-style-type: none"> - In associazione alla dose massima tollerata di statina con o senza altre terapie ipolipemizzanti; 	Prot.num RA/0336586 del 10.11.2020	Tutte le UU.OO. di Cardiologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo E ASL 201

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
							In monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato		<p>U.O.C. Medicina Interna-P.O. San Salvatore, L'Aquila</p> <p>U.O.C. Medicina Interna-P.O. San Filippo Neri, Avezzano</p> <p>ASL 202 U.O. Medicina, PO SS Annunziata, Chieti</p> <p>U.O. Medicina, PO San Pio, Vasto</p> <p>ASL 203 U.O.C. Medicina Interna-P.O. Santo Spirito, Pescara U.O.S.D. UTIC</p> <p>ASL 204 U.O.C. Medicina Interna, P.O. Mazzini, Teramo</p>
D11AH05	Dupilumab	Dupixent®	sc	H-RNRL	Innovazione Terapeutica Registro AIFA	n. 305 del 9.12.2020. Det. AIFA DG/1203/2020	E' indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a grave, negli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni, eligibili per la terapia sistemica.	Prot.num. RA/0456116 del 22.12.2020 e sua integrazione	<p>UU.OO. di Dermatologia</p> <p>UU.OO. di Pediatria</p> <p>UU.OO. di Allergologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo</p>
L01EB04	Osimertinib	Tagrisso®	os	H-Osp	Innovatività terapeutica. Registro AIFA	n. 280 del 29.11.2019. Det.AIFA 1742/2019	Trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazioni attivanti il recettore	Prot.num. RA/357907 del 20.12.2019	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
							per il fattore di crescita epidermico (EGFR)		e U.O.C. Pneumologia –P.O. San Salvatore, L'Aquila-ASL 201
L01EE01	Trametinib	Mekinist®	os	H-RNRL	Innovatività terapeutica. Registro AIFA	n. 294 del 16.12.2019. Det. AIFA 1795/2019	Trametinib in associazione con dabrafenib è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa.	Prot.num. RA/12038 del 16.01.2020	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
L01EC02	Dabrafenib	Tafinlar®	os	H-RNRL	Innovatività terapeutica. Registro AIFA	n. 294 del 16.12.2019. Det. AIFA 1803/2019	Dabrafenib in associazione con trametinib è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa.	Prot.num. RA/12038 del 16.01.2020	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
L01EF02	Ribociclib	Kisqali®	os	H-RNRL	Innovazione terapeutica Registro AIFA	n. 130 del 21.05.2020 Det.AIFA DG/543/2020	In associazione a un inibitore dell'aromatasi o a fulvestrant, e' indicato nelle donne con carcinoma mammario in stadio localmente avanzato o metastatico positivo per il recettore ormonale (HR) e negativo per il recettore 2 per il fattore di crescita epidermico umano (HER2), come terapia iniziale a base endocrina o in donne che hanno in precedenza ricevuto una terapia endocrina. In donne in pre- o perimenopausa, la terapia endocrina deve essere associata ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone	Prot.num. RA/0185164 del 18.06.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
							luteinizzante (LHRH)		
L01EX07	Cabozatinib	Cabometyx®	os	H-RNRL		n. 208 del 05.09.2019. Det.AIFA 1279/2019	E' indicato per il trattamento del carcinoma renale (Renal Cell Carcinoma-RCC) avanzato: in adulti naive al trattamento a rischio intermedio o poor	Prot. num. RA/0448556 del 16.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01EX07	Cabozatinib	Cabometyx®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 172 del 10.07.2020 Det. AIFA 684/2020	In monoterapia per il trattamento del carcinoma epatocellulare negli adulti che non sono stati precedentemente trattati con sorafenib.	Prot. num. RA/0448556 del 16.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01XC12	Brentuximab vedotin	Adcetris®	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 256 del 31.10.2019. Det.AIFA DG/1503/2019	Trattamento di pazienti adulti affetti da Linfoma Cutaneo a Cellule T (CTCL) CD30 positivo, sottoposti ad almeno una precedente terapia sistemica	Prot. num. RA/0357963 del 20.12.2019 E integrazione Prot.num. RA/0286552 del 01.10.2020.	ASL203 U.O.C. Ematologia P.O. S.Spirito Pescara ASL201 U.O.S.D. Ematologia , P.O. San Salvatore, L'Aquila
L01XC13	Pertuzumab	Perjeta®	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 70 del 22.03.2021 Det. AIFA DG/297/2021	Perjeta è indicato in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva .	Prot.num. RA/0249426 del 15.06.2021	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01XC17	Nivolumab	Opdivo®	ev	H-Osp	Innovatività terapeutica Registro AIFA	n. 295 del 17.12.2019. Det.AIFA 1799/2019	In monoterapia è indicato per il trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma con coinvolgimento dei linfonodi o malattia metastatica che sono stati sottoposti a resezione completa.	Prot.num. RA/2259 del 07.01.2020	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

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.289 del 10.12.2019. Det.AIFA 1761/2019.	In associazione con pemetrexed e chemioterapia contenente platino, è indicato nel trattamento di I linea del NSCLC metastatico non squamoso negli adulti il cui tumore non è positivo per mutazioni di EGFR o per ALK.	Prot. num. RA/354064 del 17.12.2019	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
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Registro AIFA	n.289 del 10.12.2019. Det.AIFA 1762/2019	E' indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma al III stadio e con coinvolgimento dei linfonodi che sono stati sottoposti a resezione completa.	Prot. num. RA/354081 del 17.12.2019	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
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Condizionata Registro AIFA	n.290 del 11.12.2019. Det.AIFA 1763/2019	E' indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico (cHL) recidivato o refrattario che abbiano fallito il trattamento con trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e brentuximab vedotin (BV) o che siano eleggibili al trapianto e abbiano fallito il trattamento con BV.	Prot. num. RA/354322 del 17.12.2019	ASL 201 UU.OO. Ematologia, PP.OO. Avezzano e L'Aquila ASL 203 U.O.C. Ematologia Clinica, P.O. Pescara ASL 204 U.O.S.D. Ematologia, P.O. Teramo
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovatività Terapeutica Condizionata Registro AIFA	n.290 del 11.12.2019. Det.AIFA 1764/2019	E' indicato per il trattamento del carcinoma uroteliale localmente avanzato o metastatico negli adulti che hanno ricevuto una precedente chemioterapia contenente platino.	Prot. num. RA/354088 del 17.12.2019	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovazione terapeutica Registro AIFA	n. 311 del 16.12.2020 Det. AIFA DG/1248/2020	In associazione a carboplatino e plazitaxel, è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule metastatico squamoso negli adulti	Prot.num. RA/0003592 del 07.01.2021	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
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovazione terapeutica condizionata Registro AIFA	n. 311 del 16.12.2020 Det. AIFA DG/1248/2020	In associazione con axinitib, è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule renali avanzato negli adulti	Prot.num. RA/0003592 del 07.01.2021	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01XC18	Pembrolizumab	Keytruda®	ev	H-Osp	Innovazione terapeutica condizionata Registro AIFA	n. 311 del 16.12.2020 Det. AIFA DG/1248/2020	In monoterapia o in associazione a chemioterapia contenente platino e 5-fluorouracile (5-FU), è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule squamose della testa e del collo, metastatico o ricorrente non resecabile, negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1	Prot.num. RA/0003592 del 07.01.2021	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01XC24	Daratumumab	Darzalex®	ev	H-Osp	Innovazione Terapeutica Registro AIFA	n. 10 del 14.01.2021. Det.AIFA DG/4/2021	- In associazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali; - in associazione con bortezomib, melfalan e prednisone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi non eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali	Prot.num. RA/0023943 del 25.01.2021	Tutte le UU.OO. di Ematologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
L01XC32	Atezolizumab	Tecentriq®	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 188 del 28.07.2020. Det.AIFA DG/757/2020	In combinazione con carboplatino ed etoposide, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC)	Prot. num. RA/0457901 del 23.12.2020	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
L01XC32	Atezolizumab	Tecentriq®	ev	H-Osp	Registro AIFA	n. 188 del 28.07.2020. Det.AIFA DG/757/2020	In combinazione con nab-paclitaxel è 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.	Prot. num. RA/0457901 del 23.12.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L01XE29	Lenvatinib	Lenvima®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n.265 del 12.11.2019. Det. AIFA DG/1506/2019	Trattamento del carcinoma epatocellulare (Hepatocellular Carcinoma, HCC) avanzato o non operabile negli adulti che non hanno ricevuto una precedente terapia sistemica	Prot.num. RA/0448395 del 16.12.2020.	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo
L01XK01	Olaparib	Lynparza®	os	H-RNRL	Innovazione Terapeutica Condizionata Registro AIFA	n. 308 del 12.12.2020. Det. AIFA DG/1265/2020	Cancro dell'ovaio Lynparza e' indicato, in monoterapia, per il trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadio III e IV secondo FIGO) BRCA1/2 mutato(mutazione nella linea germinale e/o mutazione somatica), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, che sono in risposta	Prot. num. RA/0054261 del 12.02.2021. Det. AIFA DG/1265/2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
							(completa o parziale) dopo il completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino.		
L01XK01	Olaparib	Lynparza®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 308 del 12.12.2020. Det. AIFA DG/1265/2020	Cancro della mammella Lynparza e' indicato, in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con cancro della mammella, localmente avanzato o metastatico, HER2 negativo, e con mutazioni della linea germinale BRCA1/2. I pazienti devono essere stati precedentemente trattati con un'antraciclina e un taxano nel setting (neo)adiuvante o metastatico, a meno che i pazienti fossero stati non eleggibili per questi trattamenti. I pazienti con cancro della mammella e recettore ormonale (HR)-positivo, devono inoltre aver progredito durante o dopo una precedente terapia endocrina o devono essere considerati non eleggibili per la terapia endocrina.	Prot. num. RA/0054261 del 12.02.2021. Det. AIFA DG/1265/2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L04AA27	Fingolimod	Gilenya®	os	A-RRL	PHT-PT Innovazione Terapeutica Registro AIFA (Per l'indicazione pediatrica)	n.229 del 15.09.2020. Det.AIFA DG/890/2020	In monoterapia come farmaco modificante la malattia, nella sclerosi multipla recidivante-remittente ad elevata attività nei seguenti gruppi di pazienti adulti e di pazienti pediatrici di 10 anni di età e oltre: -pazienti con malattia ad elevata attività nonostante un ciclo terapeutico completo ed adeguato con almeno un disease modifying - oppure pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente severa ad evoluzione	Prot. num. RA/0302244 del 16.10.2020	ASL 201 P.O. L'Aquila – Clinica Neurologica P.O. Avezzano – U.O. Neurologia ASL 202 P.O. Chieti- Clinica Neurologica P.O. Lanciano U.O. Neurologia ASL 203

Elenco specialità medicinali già presenti in PTR che hanno avuto un'estensione di indicazione terapeutica recepita 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
							rapida definita da due o più recidive disabilitanti in un anno, e con 1 o più lesioni captanti gadolinio alla RM cerebrakle o con un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM effettuata di recente.		CCP Villa Serena, Città Sant'Angelo- Neurologia ASL 204 P.O. Teramo- U.O. Neurologia
L04AX04	Lenalidomide	Revlimid®	os	H-RNRL	Registro AIFA	n. 43 del 20.02. 2021. Det. AIFA DG/216/2021	Mieloma Multiplo Revlimid in regime terapeutico di associazione con desametasone, o bortezomib e desametasone, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto.	Prot.num. RA/0250711 del 16.06.2021	Tutte le UU.OO. di Ematologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
L04AX04	Lenalidomide	Revlimid®	os	H-RNRL	Innovazione Terapeutica condizionata. Registro AIFA	n. 43 del 20.02. 2021. Det. AIFA DG/216/2021	Linfoma Follicolare "Revlimid" in associazione con rituximab (anticorpo anti-CD20) è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con linfoma follicolare (grado 1-3a) precedentemente trattato	Prot.num. RA/0250711 del 16.06.2021	Tutte le UU.OO. di Ematologia delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo
M05BX04	Denosumab	Xgeva®	sc	A-RRL	PHT PT AIFA web	n.37 del 14.02.2020. Det.AIFA 116/2020	Prevenzione di eventi correlati all'apparato scheletrico (fratture patologiche, radioterapia all'osso, compressione del midollo spinale o interventi chirurgici all'osso) negli adulti con neoplasie maligne in fase avanzata che coinvolgono l'osso	Prot.num. RA/0388327 del 26.11.2020	Tutte le UU.OO. di Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo Tutte le UU.OO. di Ematologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo