



Elenco dei principi attivi inseriti nel PTR con note del Servizio Farmaceutico Regionale

ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via som	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
C02KX04	Macitentan	OPSUMIT®	os	A-RRLL		PHT	DDE	centri autorizzati alla prescrizione del farmaco già individuati con DG8/95 del 14.11.2005 e DG8/32 del 21.03.2007	Indicato, sia in monoterapia che in combinazione, per il trattamento a lungo termine dell'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) in pazienti adulti in Classe Funzionale (FC) WHO II e III.	NO	n.137 16/06/2014 Det. AIFA 571/2014	RA/216728 del 25/08/2015
C03XA01	Tolvaptan	SAMSCA®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Endocrinologia, Nefrologia e Oncologia	Trattamento di pazienti adulti con iponatremia secondaria a sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH).	NO	n. 175 30/07/2014 Det. AIFA 753/2014	RA/217642 del 12/08/2014
G03XB02	Ulipristal	ESMYA®	os	A-RNRL	51	PHT-PT	DDE	centri ospedalieri o specialisti - ginecologo.	Trattamento pre-operatorio di sintomi, da moderati a gravi, di fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva. La durata massima del trattamento è di 3 mesi.	NO	n. 188 14/08/2014 Det. AIFA n. 805/2014	n. RA/239024 del 22/09/2015
H01CB05	Pasireotide	SIGNIFOR®	sc	A-RNRL		PHT-PT- Registro AIFA	DDE	UU.OO. di Endocrinologia e di Neurochirurgia	Trattamento di pazienti con malattia di Cushing per i quali l'intervento chirurgico non è indicato o si è rivelato inefficace.	NO	n. 214 15/09/2014 Det. AIFA n. 905/2014	RA/263133 del 08/10/2014



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somministrata	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
J05AE14	Simeprevir	OLYSIO®	os	A-RNRL		PHT- Registro AIFA	DDE	ASL201: P.O. L'Aquila (U.O.C. Malattie Infettive, U.O.S.D. Fisiopatologia dell'Apparato Digerente), P.O. Avezzano (U.O.C. Malattie Infettive) ASL 202: P.O. Chieti (Clinica Malattie Infettive, U.O.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), P.O. Vasto (U.O.C. Malattie Infettive, Reparto di Gastroenterologia) ASL 203: P.O. Pescara (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Penne (U.O.C. Malattie Interna) ASL 204: P.O. Teramo (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Giulianova (U.O. Malattie metaboliche ed epatologia)	In associazione ad altri medicinali, è indicato per il trattamento dell'epatite C	SI potenziale	n. 44 23/02/2015 Det. AIFA 1638/2014	RA/047064 del 23/02/2015 D.C.A. 89/2015.
J04AK05	Bedaquilinea	SIRTURO®	os	H-RNRL		Registro AIFA		U.O.O. di Malattie Infettive	Indicato per l'uso negli adulti come parte di un appropriato regime di associazione per la tubercolosi polmonare multiresistente (MDR TB) quando non può essere utilizzato altro efficace regime terapeutico per motivi di resistenza o tollerabilità	SI potenziale	n. 215 16/09/2014 Det. AIFA 928/2014	RA/253839 del 29/09/2014
J05AX12	Dolutegravir	TIVICAY®	os	H-RNRL		SMN limitata- mente all'indica- zione: "pazienti resistenti agli inibitori delle integras".		centri ospedalieri o specialisti - infettivologo.	In associazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di adulti e adolescenti di oltre 12 anni di età con infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV).	SI potenziale	n. 243 18/10/2014 Det. AIFA 1075/2014.	RA/333357 del 15/12/2014



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
J05AX15	Sofosbuvir	SOVALDI®	os	A-RNRL		PHT, Registro AIFA	DDE	<p>ASL 201: P.O. L'Aquila (U.O.C. Malattie infettive, U.O.S.D. Fisiopatologia dell'Apparato Digerente), P.O. Avezzano (U.O.C. Malattie Infettive)</p> <p>ASL 202: P.O. Chieti (Clinica Malattie infettive, U.O.D Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), P.O. Vasto (U.O.C. Malattie infettive, Reparto di Gastroenterologia)</p> <p>ASL 203: P.O. Pescara (U.O.C. Malattie infettive), P.O. Penne (U.O.C. Malattie Interna)</p> <p>ASL 204: P.O. Teramo (U.O.C. Malattie infettive), P.O. Giulianova (U.O. Malattie metaboliche ed epatologia)</p>	Indicato in associazione ad altri medicinali per il trattamento dell'epatite C cronica negli adulti per tutti i genotipi.	SI importante	n.283 del 05/12/2014 Det. AIFA 1353/2014	RA/326471 del 5/12/2014 RA/329034 del 10/12/2014



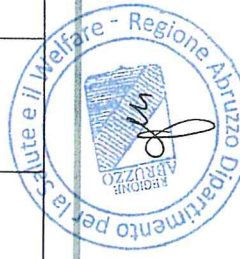
ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni /modalità' di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
J05AX16	Dasabuvir	EXVIERA®	os	A-RNRL		PHT- Registro AIFA	DDE	ASL201: P.O. L'Aquila (U.O.C. Malattie Infettive, U.O.S.D. Fisiopatologia dell'Apparato Digerente), P.O. Avezzano (U.O.C. Malattie Infettive) ASL 202: P.O. Chieti (Clinica Malattie Infettive, U.O.D Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), P.O. Vasto (U.O.C. Malattie Infettive, Reparto di Gastroenterologia) ASL 203: P.O. Pescara (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Penne (U.O.C. Malattie Interna) ASL 204: P.O. Teramo (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Giulianova (U.O. Malattie metaboliche ed epatologia)	Indicato in associazione con VIEKIRAX® per il trattamento dell'epatite C cronica negli adulti	SI importante	n. 118 23/05/2015 2015 Det. AIFA 633/2015	RA/122319 del 07/05/2015 RA/138945 del 25/05/2015 DCA 89/2015.



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalita' di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
J05AX14	Daclatasvir	DAKLINZA®	os	A-RNRL		PHT- Registro AIFA	DDE	ASL201: P.O. L'Aquila (U.O.C. Malattie Infettive, U.O.S.D. Fisiopatologia dell'Apparato Digerente), P.O. Avezzano (U.O.C. Malattie Infettive) ASL 202: P.O. Chieti (Clinica Malattie Infettive, U.O.D. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), P.O. Vasto (U.O.C. Malattie Infettive, Reparto di Gastroenterologia) ASL 203: P.O. Pescara (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Penne (U.O.C. Malattie Interna) ASL 204: P.O. Teramo (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Giulianova (U.O. Malattie metaboliche ed epatologia)	Indicato in associazione con altri medicinali per il trattamento dell'epatite C cronica negli adulti	SI	n. 101 04/05/2015 Det. AIFA 495/2015	RA/122252 del 07/05/2015 DCA 89/2015



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalita' di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
J05AX65	Ledipasvir / sofosbuvir	HARVONI®	os	A-RNRL		PHT- Registro AIFA	DDE	ASL 201: P.O. L'Aquila (U.O.C. Malattie Infettive, U.O.S.D. Fisiopatologia dell'Apparato Digerente), P.O. Avezzano (U.O.C. Malattie Infettive) ASL 202: P.O. Chieti (Clinica Malattie Infettive, U.O.D Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), P.O. Vasto (U.O.C. Malattie Infettive, Reparto di Gastroenterologia) ASL 203: P.O. Pescara (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Penne (U.O.C. Malattie Interna) ASL 204: P.O. Teramo (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Giulianova (U.O. Malattie metaboliche ed epatologia)	Indicato per il trattamento dell'epatite C cronica negli adulti	SI	n. 109 13/05/2015 Det. AIFA 544/2015	RA/122319 del 07/05/ 2015 RA/146351 del 03/06/2015, DCA 89/2015
J05AX67	Ombitasvir, paritaprevir, ritonavir	VIEKIRAX®	os	A-RNRL		PHT- Registro AIFA	DDE	ASL 201: P.O. L'Aquila (U.O.C. Malattie Infettive, U.O.S.D. Fisiopatologia dell'Apparato Digerente), P.O. Avezzano (U.O.C. Malattie Infettive) ASL 202: P.O. Chieti (Clinica Malattie Infettive, U.O.D Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva), P.O. Vasto (U.O.C. Malattie Infettive, Reparto di Gastroenterologia) ASL 203: P.O. Pescara (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Penne (U.O.C. Malattie Interna) ASL 204: P.O. Teramo (U.O.C. Malattie Infettive), P.O. Giulianova (U.O. Malattie metaboliche ed epatologia)	Indicato in associazione ad altri medicinali per il trattamento dell'epatite C negli adulti	SI importante	n. 118 23/05/2015 Det. AIFA 634/2015	RA/122319 del 07/05/2015 RA/138743 del 25/05/2015 DCA 89/2015.



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni /modalità' di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
L01BC08	Decitabina	DACOGEN®	ev	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203	Trattamento di pazienti adulti ≥65 aa con nuova diagnosi di Leucemia Mieloide Acuta (LAM) <i>de novo</i> o secondaria in base alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità' (OMS), e che non siano candidabili alla chemioterapia di induzione standard.	NO	n. 252 29/10/2014 Det. AIFA 1156/2014	RA/298900 del 11/11/2014
L01XC12	Brentuximab vedotin	ADCETRIS®	ev	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203	Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ recidivante o refrattario in seguito a trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) oppure in seguito ad almeno due precedenti regimi terapeutici, quando l'ASCT o la polichemioterapia non è un'opzione terapeutica. Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico recidivante o refrattario.	SI potenziale	n. 143 23/06/2014 Det. AIFA 607/2014	RA/183899 del 08/07/2014; RA/199979 del 23/07/2014
L01XC13	Pertuzumab	PERJETA®	ev	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Oncologia	Indicato in associazione con trastuzumab e docetaxel in pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, non operabile, metastatico o localmente recidivato, non trattati in precedenza con terapia anti-HER2 o chemioterapia per la malattia metastatica.	SI importante	n. 143 23/06/2014 Det. AIFA 611/2014	RA194658 del 17/07/2014



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
L01XC14	Trastuzumab emtansine	KADCYLA®	ev	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Oncologia	Indicato in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore mammario HER2- positivo, inoperabile, localmente avanzato o metastatico, sottoposti in precedenza a trattamento con trastuzumab e un taxano, somministrati separatamente o in associazione. I pazienti devono essere stati sottoposti in precedenza a terapia per la malattia localmente avanzata o metastatica, oppure aver sviluppato recidiva di malattia nel corso di o entro sei mesi dal completamento della terapia adiuvante.	SI potenziale	n. 224 26/09/2014 Det. AIFA 944/2014	RA/285882 del 30/10/2014
L01XE13	Afatinib	GIOTRIF®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Oncologia UO di Pneumologia del PO de L'Aquila della ASL 201.	Indicato in monoterapia nel trattamento di pazienti adulti naïve agli inibitori tirosinchinasici del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR-TKI) con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico con mutazione(i) attivante(i) l'EGFR.	NO	n. 285 09/12/2014 Det. AIFA 1416/2014	RA/336592 del 17/12/2014
L01XE14	Bosutinib	BOSULIF®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203 UU.OO di Oncologia	Trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo (LMC Ph+), in fase cronica (FC), in fase accelerata (FA) e in fase blastica (FB), trattati in precedenza con uno o più inibitori della tirosin-chinasi e per i quali l'imatinib, il nilotinib e il dasatinib non sono considerati opzioni terapeutiche appropriate.	NO	n. 215 16/09/2014 Det. AIFA 923/2014	RA/252311 del 26/09/2014



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via sommi	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni /modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
L01XE18	Ruxolitinib	JAKAVI®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203 UU.OO semplici a valenza dipartimentale di Ematologia del P.O. di L'Aquila e dei PP.OO. di Avezzano e Sulmona della ASL 201	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. Per il trattamento in pazienti adulti affetti da carcinoma metastatico del colon-retto precedentemente trattati oppure non candidabili al trattamento con le terapie disponibili. Queste comprendono chemioterapia a base di fluoropirimidina, una terapia anti-VEGF ed una terapia anti-EGFR	NO	n. 226 29/09/2014 Det. AIFA 967/2014	RA/288174 del 31/10/2014 RA/123668 del 08/05/2015
L01XE21	Regorafenib	STIVARGA®	os.	A-RNRL		PHT, Registro AIFA	DDE	UU.OO. di Oncologia	Trattamento tumori stromali gastrointestinali non resecabili o metastatici, dopo regressione di malattia o intolleranti al trattamento precedente con matinib e sunitinib.	NO	n. 180 05/08/2015 Det. AIFA 1017/2015	RA/249162 del 02/10/2015
L01XE21	Regorafenib	STIVARGA®	os	A-RNRL		PHT	DDE	centri ospedalieri o di specialisti - oncologo, internista.	Trattamento tumori stromali gastrointestinali non resecabili o metastatici, dopo regressione di malattia o intolleranti al trattamento precedente con matinib e sunitinib.	NO	n. 180 05/08/2015 Det. AIFA 1016/2015	n. RA/249162 del 02 ottobre 2015
L01XE23	Dabrafenib	TAFINLAR®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Oncologia UOS di Dermatologia Oncologica UU.OO semplici a valenza dipartimentale di Oncologia	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico positivo alla mutazione BRAF V600.	NO	n. 245 21/10/2014 Det. AIFA 1124/2014	RA/297409 del 10/11/2014



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
L01XE24	Ponatinib	ICLUSIG®	os	H-RNRL	Registro AIFA			UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203 UU.OO. semplici a valenza dipartimentale di Ematologia del P.O. di L'Aquila e del PP.OO. di Avezzano e Sulmona della ASL 201 UU.OO di Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> Leucemia mieloide cronica (LMC) in fase cronica, accelerata o blastica resistenti a dasatinib o nilotinib; intolleranti a dasatinib o nilotinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato; oppure nei quali è stata identificata la mutazione T315I Leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Philadelphia positivo (LLA Ph+) resistenti a dasatinib; intolleranti a dasatinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato; oppure nei quali è stata identificata la mutazione T315I. 	NO	n. 286 10/12/2014 Det. AIFA 1413/2014	RA/216752 del 25/08/2015; RA/317687 del 17/12/2015
L01XE27	Ibrutinib	IMBRUVICA®	os	H-RNRL	Registri AIFA			U.O. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203 UU.OO di Oncologia	<ol style="list-style-type: none"> Trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare (MCL) recidivato o refrattario. Trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (CLL) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea in presenza della delezione del 17p o la mutazione TP53 per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata. 	SI	n. 296 21/12/2015 Det. AIFA 1535/2015	RA/39785 del 23/02/2016
L01XX27	Triossido di arsenico	TRISENOX®	ev	Legge 23 dicembre 1996, n. 648	Registro AIFA			U.O. di Ematologia della ASL 203	<p>Trattamento della Leucemia Acuta Promielocitica (LAP) come terapia di prima linea, in combinazione con ATRA (Acido All-Trans Retinoico) in pazienti con diagnosi confermata geneticamente e non ad alto rischio (globuli bianchi $\leq 10 \times 10^9$ /L).</p> <p>Il tasso di risposta a TRISENOX di altri sottotipi di leucemia mieloide acuta non è stato esaminato.</p>	NO	n. 158 10/07/2014 Det. AIFA 656/2014	RA/206802 del 31/07/2014



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni /modalità' di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
L01XX44	Aflibercept	ZALTRAP®	ev	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Oncologia	In combinazione con chemioterapia base di irinotecan/5-fluorouracile/acido folinico (FOLFIRI) è indicato nei pazienti adulti con carcinoma colorettale metastatico (MCR) resistente o in progressione dopo un regime contenente oxaliplatino.	NO	n. 224 26/09/2014 Det. AIFA 954/2014	RA/297407 del 10/11/2014
L01XX47	Idelalisib	ZYDELIG®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203 UU.OO. semplici a valenza dipartimentale di Ematologia del P.O. di L'Aquila e dei PP.OO. di Avezzano e Sulmona della ASL 201 UU.OO. di Oncologia	1 In associazione con rituximab per il trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia linfatica cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una terapia precedente o come trattamento di prima linea in presenza di una delezione 17p o una mutazione TP53 in pazienti non idonei alla chemioimmunoterapia. 2 In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma follicolare (follicular lymphoma, FL) refrattario a due precedenti linee di trattamento.	SI	n.198 27/08/2015 Det. AIFA 1113/2015	RA/256222 del 12/10/2015 RA/317687 del 17/12/2015;
L02BB04	Enzalutamide	XTANDI®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Oncologia e Urologia	Indicato per il trattamento di soggetti adulti maschi con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione nei quali la patologia è progredita durante o al termine della terapia con docetaxel.	NO	n. 286 10/12/2014 Det. AIFA 1415/2014	RA/206728 del 06/08/2015
L03AA14	Lipegfilgrastim	LONQUEX®	sc	A-RRL		PHT-PT	DDE	Specialisti di Centri ospedalieri - oncologo, ematologo.	Riduzione della durata della neutropenia e dell'incidenza di neutropenia febbrile in pazienti adulti sottoposti a chemioterapia citotossica per il trattamento di neoplasie maligne (eccettuate la leucemia mieloide cronica e le sindromi mielodisplastiche).	NO	n.96 26/04/2014 Det. AIFA 343/2014	RA/249169 del 02/10/2015



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
L03AB13	Peginterferone beta 1a	PLEGRIDY®	sc	A-RR	65	PHT-PT (Proposta Terapeutica a per SM)	DDE	UU.OO. di Neurologia del P.O. di Teramo, Lanciano e Avezzano; Clinica neurologica del P.O. Aquila e del P.O. di Chieti; U.O. di Neurologia della C.C.P. Villa Serena.	Indicato per il trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante remittente	NO	n. 148 29/06/2015 Det. AIFA 767/2015	RA/256180 del 12/10/2015
L04AA31	Teriflunomide	AUBAGIO®	os	A-RR	65	PHT- Proposta Terapeutica a per SM	DDE	UU.OO. di Neurologia del P.O. di Teramo, Lanciano e Avezzano; Clinica neurologica del P.O. Aquila e del P.O. di Chieti; U.O. di Neurologia della C.C.P. Villa Serena.	Trattamento di pazienti adulti affetti da sclerosi multipla recidivante remittente (SM).	NO	n. 187 13/08/2014 Det. AIFA 837/2014	RA/305570 del 18/11/2014
L04AA34	Alemtuzumab	LEMTRADA®	ev	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Neurologia del P.O. di Teramo, Lanciano e Avezzano; Clinica neurologica del P.O. Aquila e del P.O. di Chieti; U.O. di Neurologia della C.C.P. Villa Serena.	In pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante remittente (SMRR) con malattia attiva definita clinicamente o attraverso le immagini di risonanza magnetica	NO	n. 82 09/04/2015 Det. AIFA 303/2015	RA/216738 del 25/08/2015
L04AX06	Pomalidomide	IMNOVID®	os	H-RNRL		Registro AIFA		UU.OO. di Ematologia e Terapia Intensiva Ematologica della ASL 203. UU.OO semplici a valenza dipartimentale di Ematologia del P.O. di L'Aquila e dei PP.OO. di Avezzano e Sulmona della ASL 201	In associazione con desametasone, è indicato nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, sottoposti ad almeno due precedenti terapie; comprendenti sia lenalidomide che bortezomib, e con dimostrata progressione della malattia durante l'ultima terapia.	SI	n. 180 05/08/2015 Det. AIFA 999/2015	RA/249159 del 02/10/2015 RA/317687 del 17/12/2015;
N07XX09	Dimetilfumarato	TECFIDERA®	os	A-RRL	65	PHT- Proposta Terapeutica a per SM	DDE	UU.OO. di Neurologia del P.O. di Teramo, Lanciano e Avezzano; Clinica neurologica del P.O. Aquila e del P.O. di Chieti; U.O. di Neurologia della C.C.P. Villa Serena.	Trattamento di pazienti adulti con sclerosi multipla recidivante remittente	NO	n. 19 24/01/2015 Det. AIFA n. 7/2015	n. RA/189794 del 17 luglio 2015.



ATC	Principio Attivo	Nome commerciale	Via somministrata	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Nota AIFA	Condizioni / modalità di impiego	Modalità distribuzione	Prescrivibilità	Indicazione	Innovatività	G. U. serie generale	Nota Regionale
R07AX02	Ivacaftor	KALYDECO®	os	A-RRL		PHT- Registro AIFA	DDE	Centro regionale di Riferimento per la Fibrosi Cistica c/o U.O. di Pediatria del P.O. di Atri - ASL 204	Trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni che hanno una delle seguenti mutazioni di gating (di classe III) nel gene CFTR:G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R.	SI	n. 101 04/05/2015 Det. AIFA 494/2015	RA/145832 del 01 giugno 2015
S01LA05	Aflibercept	EYLEA®	intravit	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Oculistica ed Oftalmologia .	Trattamento negli adulti della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) (wAMD) correlata all'età.	NO	n. 76 01/04/2014 Det. AIFA n.274/2014	RA/160923 del 16/06/2014
S01XA22	Ocriplasmin	JETREA®	intravit	H-OSP		Registro AIFA		UU.OO. di Oculistica ed Oftalmologia	Indicato negli adulti per il trattamento della trazione vitreomaculare (VMT), compresa quella associata a foro maculare di diametro inferiore o pari a 400 micron.	NO	n.121 27/05/2015 Det. AIFA 578/2015	RA/256209 del 12/10/2015

