



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. **165** DEL **26 NOV. 2024**

OGGETTO: Individuazione dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di area oncoematologica teclistamab (Tecvayli - Registered), decitabina/cedazuridina (Inaqovi- Registered) ed epcoritamab (Tepkinly- Registered).

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si aggiorna l'elenco dei farmaci di area oncoematologica e relativi Centri regionali autorizzati alla prescrizione, di cui all'Allegato A del proprio Decreto n. 126 del 17 settembre 2024 con l'inserimento dei farmaci teclistamab (Tecvayli – Registered), nuova entità terapeutica, di cui alla Determina AIFA 5 settembre 2024, n. 473 (G.U. n. 221 del 20 settembre 2024), decitabina/cedazuridina (Inaqovi- Registered), nuova entità terapeutica, di cui alla Determina AIFA 5 settembre 2024, n. 461 (G.U. n. 223 del 23 settembre 2024), ed epcoritamab (Tepkinly- Registered), nuova entità terapeutica, di cui alla Determina AIFA 5 settembre 2024, n. 497 (G.U. n. 225 del 25 settembre 2024).

IL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AREA SANITÀ E SOCIALE

VISTA la Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 “*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*” e s.m.i.;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 614 del 14 maggio 2019 “*Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico “Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione” e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.r. 48/2018 “Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023”. Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019*”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 1462 del 27 novembre 2023 “*Rete regionale delle Commissioni preposte alla valutazione dei farmaci: rinnovo e aggiornamento delle funzioni e della composizione della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF) per il triennio 2023-2026. Aggiornamento delle funzioni delle Commissioni Terapeutiche Aziendali/Sovraziendali*” che attribuisce alla CTRF, tra gli altri, il compito di “*supportare l'Area Sanità e Sociale nell'individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro AIFA o Piano Terapeutico o nota AIFA e/o scheda prescrittiva; farmaci per i quali la normativa preveda una individuazione dei Centri da parte delle Regioni o farmaci per i quali si ritiene necessario governare l'appropriatezza prescrittiva e garantire l'expertise*”;

VISTO il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 9 del 8 febbraio 2023 “*Approvazione atto aziendale Azienda Zero*”, nella parte in cui, il suddetto atto aziendale, dispone che tra le funzioni che Azienda Zero - UOC Governo Clinico deve assicurare sono indicate “*analisi e gestione del Registro AIFA, dei Registri regionali e supporto all'informatizzazione dei percorsi prescrittivi, formazione e informazione degli utilizzatori*”;

RICHIAMATO il proprio Decreto n. 116 del 8 agosto 2024 “*Aggiornamento della rete dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro di monitoraggio AIFA dell'area oncoematologica*”, che ha, da ultimo, aggiornato la rete dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro di

monitoraggio AIFA dell'area oncoematologica, con l'inserimento dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia dell'Ospedale di San Donà – Azienda ULSS 4 Veneto Orientale quale Centro di III livello;

**RICHIAMATO** il proprio Decreto n. 126 del 17 settembre 2024 *“Individuazione dei centri autorizzati alla prescrizione del farmaco oncoematologico selinexor (Nexpovio - Registered)”* che ha, da ultimo, aggiornato l'elenco dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro di monitoraggio AIFA dell'area oncoematologica;

**VISTA** la Determina AIFA 5 settembre 2024, n. 473 *“Riclassificazione del medicinale per uso umano «Tecvayli», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537”*, in base alla quale tale farmaco, nuova entità terapeutica, indicato *“in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno tre precedenti terapie, compresi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano evidenziato progressione della malattia durante l'ultima terapia”*, è classificato:

- ai fini della rimborsabilità, a carico del SSN, in classe H, con prescrizione da parte dei centri utilizzatori specificamente individuati dalle regioni, mediante compilazione della scheda di raccolta dati informatizzata disponibile, a fronte dell'accesso attraverso il sito istituzionale dell'AIFA, all'indirizzo web <https://registri.aifa.gov.it>. I medici ed i farmacisti abilitati all'accesso al registro di monitoraggio AIFA dovranno effettuare, rispettivamente, la prescrizione e la dispensazione del medicinale in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva, riportati nella documentazione consultabile sul portale istituzionale dell'AIFA: <https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1>;
- ai fini della fornitura, come *“medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP)”*;

**VISTA** la Determina AIFA 5 settembre 2024, n. 461 *“Riclassificazione del medicinale per uso umano «Inaqovi», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537”*, in base alla quale tale farmaco, nuova entità terapeutica, indicato *“in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML, acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia di induzione standard”*, è classificato:

- ai fini della rimborsabilità, a carico del SSN, in classe H, con prescrizione da parte dei centri utilizzatori specificamente individuati dalle regioni, mediante compilazione della scheda di raccolta dati informatizzata disponibile, a fronte dell'accesso attraverso il sito istituzionale dell'AIFA, all'indirizzo web <https://registri.aifa.gov.it>. I medici ed i farmacisti abilitati all'accesso al registro di monitoraggio AIFA dovranno effettuare, rispettivamente, la prescrizione e la dispensazione del medicinale in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva, riportati nella documentazione consultabile sul portale istituzionale dell'AIFA: <https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1>;
- ai fini della fornitura, come *“medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti - oncologo ed ematologo (RNRL)”*;

**VISTA** la Determina AIFA 5 settembre 2024, n. 497 *“Riclassificazione del medicinale per uso umano «Tepkinly», ai sensi dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537”*, in base alla quale tale farmaco, nuova entità terapeutica, indicato *“in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistemica”*, è classificato:

- ai fini della rimborsabilità, a carico del SSN, in classe H, con prescrizione da parte dei centri utilizzatori specificamente individuati dalle regioni, mediante compilazione della scheda di raccolta dati informatizzata disponibile, a fronte dell'accesso attraverso il sito istituzionale dell'AIFA, all'indirizzo web <https://registri.aifa.gov.it>. I medici ed i farmacisti abilitati all'accesso al registro di monitoraggio AIFA dovranno effettuare, rispettivamente, la prescrizione e la dispensazione del medicinale in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva, riportati nella documentazione consultabile sul portale istituzionale dell'AIFA: <https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1>;
- ai fini della fornitura, come *“medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP)”*;

**PRESO ATTO** dell'attività svolta dalla CTRF, ai sensi della DGR n. 1462/2023, a supporto delle scelte finalizzate all'adozione del presente provvedimento, come da verbale della seduta del 12.11.2024, agli atti della Direzione Farmaceutico-Protetica-Dispositivi medici;

PRESO ATTO, altresì, che la sopra richiamata DGR n. 1462/2023 stabilisce che i pareri della CTRF siano inoltrati al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, ai fini dell'adozione dei relativi provvedimenti, per il controllo sulla coerenza di detti pareri con le attività di programmazione regionale, nonché per le ricadute economiche ed organizzative degli stessi;

RITENUTE le decisioni della CTRF coerenti con la programmazione regionale;

## DECRETA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di individuare, quali Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco teclistamab (Tecvayli - Registered), nuova entità terapeutica, indicato *“in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno tre precedenti terapie, compresi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano evidenziato progressione della malattia durante l'ultima terapia”* - di cui alla Determina AIFA n. 473/2024 – i Centri di I livello della rete dei centri prescrittori di area oncoematologica di cui al Decreto n. 116/2024;
3. di individuare, quali Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco decitabina/cedazuridina (Inaqovi-Registered), nuova entità terapeutica, indicato *“in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML, acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia di induzione standard”* - di cui alla Determina AIFA n. 461/2024 – i Centri di I livello e II livello con Piano di Cura, della rete dei centri prescrittori di area oncoematologica di cui al Decreto n. 116/2024;
4. di individuare, quali Centri autorizzati alla prescrizione del farmaco epcoritamab (Tepkinly- Registered), nuova entità terapeutica, indicato *“in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistemica”* - di cui alla Determina AIFA n. 497/2024 – i Centri di I livello della rete dei centri prescrittori di area oncoematologica di cui al Decreto n. 116/2024;
5. di approvare, di conseguenza, l'elenco aggiornato dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei farmaci di area oncologica, di cui all'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sostituisce integralmente l'Allegato A del Decreto n. 126/2024;
6. di dare atto che la prescrizione, da parte dei Centri di cui ai punti 2., 3. e 4. deve avvenire attraverso la compilazione del Registro di monitoraggio AIFA, secondo le modalità dalla stessa definite nel proprio sito <https://registri.aifa.gov.it>;
7. di incaricare Azienda Zero - UOC Governo Clinico della Regione del Veneto di abilitare i Centri prescrittori di cui ai punti 2., 3. e 4., all'uso dell'apposito applicativo informatico e, contestualmente, dare comunicazione di avvenuta abilitazione alla Segreteria della Commissione Tecnica Regionale Farmaci;
8. di incaricare la Direzione Farmaceutico-Protesica Dispositivi Medici della comunicazione del presente provvedimento per il seguito di competenza ad Azienda Zero, Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e alle Strutture private-accreditate della Regione del Veneto, nonché della pubblicazione della schede informative dei farmaci teclistamab (Tecvayli - Registered), decitabina/cedazuridina (Inaqovi- Registered) ed epcoritamab (Tepkinly- Registered) nel sito ufficiale della Regione del Veneto e della trasmissione, della medesima scheda, alle Commissioni Terapeutiche Aziendali e Sovraziendali (CTA/CTS), a seguito della successiva approvazione della stessa da parte della CTRF, a conclusione dell'istruttoria a carico di Azienda Zero – UOC Governo Clinico;
9. di stabilire che Azienda Zero - UOC CRAV dovrà:

- attivare idonea procedura, affinché i farmaci teclistamab (Tecvayli - Registered), decitabina/cedazuridina (Inaqovi- Registered) ed epcoritamab (Tepkinly- Registered) vengano aggiudicato entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione; a tal fine i Centri prescrittori, di cui ai punti 2., 3. e 4., entro 15 giorni dalla medesima pubblicazione, dovranno trasmettere i propri fabbisogni alla UOC CRAV;
  - trasmettere alla Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, nonché alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e IRCCS, il provvedimento di avvenuta aggiudicazione della procedura di cui sopra, entro 15 giorni dall'aggiudicazione stessa;
  - comunicare -qualora l'aggiudicazione non sia avvenuta entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione- la motivazione del mancato adempimento alla Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici, entro i 10 giorni successivi alla data di scadenza dei termini di cui sopra;
10. di autorizzare Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e IRCSS della Regione del Veneto ad acquistare i farmaci teclistamab (Tecvayli - Registered), decitabina/cedazuridina (Inaqovi- Registered) ed epcoritamab (Tepkinly-Registered) - nelle more dell'espletamento della gara regionale - qualora se ne manifesti l'esigenza clinica e/o il farmaco risulti economicamente conveniente;
11. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
12. di pubblicare il presente provvedimento in forma integrale nel Bollettino ufficiale della Regione.



F.to Massimo Annicchiarico



## Allegato A al Decreto n. 165 del 26 NOV. 2024

pag. 1/21

Elenco dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei farmaci ONCOEMATOLOGICI, oggetto di specifiche determinate AIFA\*.

| PRINCIPIO ATTIVO                  | Indicazione                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Centri Autorizzati                                                                                             | Decreto di autorizzazione del Direttore Generale Area Sanità e Sociale |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Abecma®<br>idacabtagene vicleucel | Trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto almeno tre precedenti terapie, inclusi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno dimostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza – Azienda ULSS n. 8 Berica<br><br>UOC Ematologia - AOUI VR | Decreto n. 52 del 26.3.2024                                            |
|                                   | 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 poli-chemioterapia non è un'opzione terapeutica.       | Centri di I, II e III livello                                                                                  | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 135 del 1.8.2014              |
|                                   | Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico recidivante o refrattario.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                        |
| Adcetris®<br>brentuximab vedotin  | Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma cutaneo a Cellule T (CTCL) CD30 positivo, sottoposti ad almeno una precedente terapia sistemica                                                                                                                                                     | Centri di I e II livello                                                                                       | Decreto n. 135 del 4.12.2019                                           |
|                                   | Trattamento in combinazione con ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (CHP) in pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico (sALCL)                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                        |
|                                   | Trattamento in combinazione con doxorubicina, vinblastina e dacarbazina (AVD) in pazienti adulti non precedentemente trattati affetti da linfoma di Hodgkin (HL) CD30+ in Stadio                                                                                                                      | Centri di I, II e III livello                                                                                  | Decreto n. 143 del 22.12.2021                                          |



|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                                            |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           | IV non candidabili a trattamento con bleomicina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                                                                                            |
| <b>Atriance®</b><br>nelarabina            | Trattamento di pazienti affetti da leucemia linfoblastica acuta a cellule T (T-ALL) e da linfoma linfoblastico a cellule T (T-LBL) che non hanno risposto o hanno avuto recidive dopo trattamento con almeno due regimi di chemioterapia.                                                                                                                                             | Centri di I e II livello      | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 48 del 17.5.2016                                                                  |
| <b>Arzerra®</b><br>ofatumumab             | Trattamento della leucemia linfatica cronica (LLC) nei pazienti refrattari a fludarabina e alemtuzumab.<br><br>Leucemia Linfatica Cronica (LLC) non trattata in precedenza: in combinazione con clorambucile o bendamustina è indicato nel trattamento di pazienti con LLC che non sono stati trattati in precedenza e che non sono eleggibili per una terapia a base di fludarabina. | Centri di I e II livello      | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 48 del 17.5.2016<br><br>Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 13 del 13.2.2017 |
| <b>Ayvakyt®</b><br>avapritinib            | In 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.                                                                                                                                   | Centri di I livello           | Decreto n. 45 del 3.5.2023                                                                                                 |
| <b>Blenrep®</b><br>belantamab mafodotin   | Indicato in monoterapia per il trattamento del mieloma multiplo nei pazienti adulti, che hanno ricevuto almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia risulta refrattaria ad almeno un inibitore del proteasoma, un agente immunomodulatore e un anticorpo monoclonale anti-CD38 e che hanno mostrato progressione di malattia all'ultima terapia                               | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 16 del 9.2.2022                                                                                                 |
| <b>Besponsa®</b><br>inotuzumab ozogamicin | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B CD22-positivi, recidivante o refrattaria. I pazienti adulti con LLA da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per il cromosoma Philadelphia (Ph+),                                                                        | Centri di I livello           | Decreto n. 82 del 9.7.2018                                                                                                 |



|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                             |  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|
|                                  | devono aver fallito il trattamento con almeno un inibitore della tirosinchinasi (TKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                                             |  |
| <b>Blincyto®</b><br>Blinatumomab | Trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia.                                                                                                                                                                                                             | Centri di I livello                                                                                                                                                                        | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 34 del 28.3.2017   |  |
|                                  | Trattamento in monoterapia di adulti con LLA da precursori delle cellule B negativa per il cromosoma Philadelphia, positiva per il CD19, in prima o seconda remissione completa con malattia minima residua (MRD), superiore o uguale allo 0,1%                                                                                                                          | Centri di I livello                                                                                                                                                                        | Decreto 131 del 18.11.2020                                  |  |
|                                  | Trattamento in monoterapia di pazienti pediatrici di età pari o superiore ad un anno con LLA da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia, in recidiva dopo aver ricevuto almeno due precedenti terapie o in recidiva dopo allotropianto di cellule staminali ematopoietiche                      | Centri di II livello della rete regionale onco-ematologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014):<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOU PD<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR | Decreto 131 del 18.11.2020                                  |  |
|                                  | Trattamento in monoterapia di pazienti pediatrici di età pari o superiore a un anno con LLA da precursori delle cellule B in prima recidiva ad alto rischio, positiva per CD19, negativa per il cromosoma Philadelphia, come parte della terapia di consolidamento                                                                                                       | UOC Oncoematologia Pediatrica - AOU PD<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR                                                                                                          | Decreto n. 151 del 10.11.2022                               |  |
|                                  | Trattamento in monoterapia per il trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per CD19, positiva per il cromosoma Philadelphia, che devono non aver risposto al trattamento con almeno 2 inibitori della tirosin chinasi (TKI) e non devono avere opzioni di trattamento alternative | Centri di I livello                                                                                                                                                                        | Decreto n. 9 del 7.2.2024                                   |  |
| <b>Bosulif®</b><br>bosutinib     | Trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo (LMC Ph+), in                                                                                                                                                                                                                                                    | Centri di I e II livello                                                                                                                                                                   | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 203 del 17.11.2014 |  |



|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                              | 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.      |                                                                                                                   |                                                                           |
| <b>Breyanzi®</b><br>lisocabtagene maraleucel | Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (PMBCL) e linfoma follicolare di grado 3B (FL3B) recidivati o refrattari, dopo due o più linee di terapia sistemica.    | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di<br>Vicenza – Azienda ULSS n. 8 Berica<br><br>UOC Ematologia - AOUI VR | <b>Decreto n.75 del 13.5.2024</b>                                         |
| <b>Brukina®</b><br>zanubrutinib              | Trattamento di pazienti adulti affetti da macroglobulinemia di Waldenström (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o come trattamento di prima linea per pazienti non idonei alla chemio-immunoterapia                                      | Centri di I, II e III livello                                                                                     | <b>Decreto n.166 del 2.12.2022</b>                                        |
|                                              | Trattamento in monoterapia di pazienti adulti affetti da linfoma della zona marginale (MZL) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia a base di anticorpianti-CD20                                                                                  | Centri di I e II livello                                                                                          | <b>Decreto n.174 del 14.12.2023</b>                                       |
| <b>Calquence®</b><br>acalabrutinib           | Trattamento in monoterapia di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC)                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |                                                                           |
|                                              | Trattamento in monoterapia di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia;<br>Trattamento in monoterapia di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) non trattata in precedenza. | Centri di I e II livello                                                                                          | <b>Decreto n. 12 del 1.2.2022</b>                                         |
| <b>Columvi®</b><br>glofitamab                | Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivante o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica.                                                                                                         | Centri di I livello                                                                                               | <b>Decreto n.75 del 13.5.2024</b>                                         |
| <b>Dacogen®</b><br>decitabina                | Trattamento di pazienti adulti di età uguale o superiore ai 65 anni con nuova diagnosi di Leucemia Mieloide Acuta                                                                                                                                          | Centri di I, II e III livello                                                                                     | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 225 del 30.12.2014</b> |



|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                 | (LAM) "de novo" o secondaria in base alla classificazione dell'OMS e che non siano candidabili alla chemioterapia di induzione standard.                                                                                                                                      | Decreto n. 95 del 6.7.2022                                  |
|                                 | Trattamento di pazienti adulti con nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta (LAM) «de novo» o secondaria in base alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e che non siano candidabili alla chemioterapia di induzione standard.                 | Decreto n. 122 del 16.10.2018<br>Decreto n. 95 del 6.7.2022 |
| <b>Darzalex®</b><br>Daratumumab | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario, le cui terapie precedenti abbiano incluso un inibitore del proteasoma e un immunomodulatore, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia. | Decreto n. 107 del 8.8.2017                                 |
|                                 | In combinazione con lenalidomide e desametasone, o bortezomib e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno una precedente terapia.                                                                                  | Decreto n. 72 del 30.5.2018                                 |
|                                 | 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.                                                                                       | Decreto n. 21 del 2.3.2021                                  |
|                                 | 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.                                                                                 |                                                             |
|                                 | In associazione con bortezomib, talidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi eleggibili al trapianto autologo di cellule staminali.                                                                                 |                                                             |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               | Centri di I, II e III livello                               |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               | Decreto n. 14 del 4.2.2022                                  |



|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                      |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
|                                       | In associazione con pomalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno una precedente linea di terapia contenente un inibitore del proteasoma e lenalidomide, e che erano refrattari alla lenalidomide, o che abbiano ricevuto almeno due precedenti linee di terapia contenenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante o dopo l'ultima terapia | Centri di I, II e III livello | <b>Decreto n. 25 del 24.3.2023</b>   |
| <b>Daurismo®</b><br>Glasdegib maleato | In associazione a citarabina a basse dosi, per il trattamento della leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi de novo oppure secondaria, in pazienti adulti non candidabili alla chemioterapia di induzione standard                                                                                                                                                                                                                                                      | Centri di I livello           | <b>Decreto n. 129 del 3.10.2022</b>  |
| <b>Elzonris®</b><br>tagraxofusp       | In monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCN).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Centri di I livello           | <b>Decreto n. 45 del 3.5.2023</b>    |
|                                       | In combinazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti che hanno ricevuto almeno una linea di terapia precedente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Centri di I, II e III livello | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b>    |
| <b>Empliciti®</b><br>Elotuzumab       | In combinazione con pomalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma e con progressione della malattia durante l'ultima terapia.                                                                                                                                                               | Centri di I, II e III livello | <b>Decreto n. 135 del 7.12.2020</b>  |
| <b>Farydak®</b><br>Panobinostat       | In combinazione con bortezomib e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e/o refrattario che hanno ricevuto almeno due precedenti regimi terapeutici comprendenti bortezomib e un agente immunomodulante.                                                                                                                                                                                                                           | Centri di I, II e III livello | <b>Decreto n. 126 del 10.10.2017</b> |





|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                             |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Gazyvaro®</b><br>Obinutuzumab | <p>Leucemia linfatica cronica (LLC): in associazione a clorambucile è indicato nel trattamento di pazienti adulti affetti da Leucemia linfatica cronica (LLC) non pretrattata e con comorbidità che li rendono non idonei a una terapia a base di fludarabina a dose piena.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Centri di I e II livello      | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 35 del 28.3.2017   |
|                                  | <p>In associazione a bendamustina, seguito da Gazyvaro in mantenimento, nel trattamento di pazienti con linfoma follicolare (LF) che non rispondono o che hanno avuto progressione di malattia durante o fino a 6 mesi dopo il trattamento con rituximab o un regime contenente rituximab.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 126 del 10.10.2017                               |
|                                  | <p>Gazyvaro in associazione a chemioterapia, seguito da Gazyvaro come terapia di mantenimento nei soggetti che ottengono una risposta, è indicato per il trattamento di pazienti con linfoma follicolare avanzato non pretrattato</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 48 del 13.5.2019                                 |
| <b>Iclusig®</b><br>Ponatinib     | <p>Indicato nei pazienti adulti affetti da: a) Leucemia Mieloide Cronica in fase cronica, accelerata o blastica resistenti o intolleranti a dasatinib o nilotinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I; b) Leucemia Linfoblastica Acuta con cromosoma philadelphia positivo (LLA Ph+) resistenti o intolleranti a dasatinib e per i quali il successivo trattamento con imatinib non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315I.</p> | Centri di I e II livello      | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 228 del 30.12.2014 |
| <b>Imbruvica®</b><br>Ibrutinib   | <p>Trattamento di pazienti adulti con Linfoma Mantellare (MCL) recidivato o refrattario.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 3 del 12.1.2016    |
|                                  | <p>Trattamento di pazienti adulti con macroglobulinemia di Waldenström (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea per i pazienti per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n.140 del 7.12.2016   |



|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                            |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Imbruvica®</b><br>Ibrutinib                             | Trattamento di pazienti adulti con Leucemia Linfocitica Cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea in presenza della delezione dell'17p o la mutazione TP53 per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata.                                                                                                                                    | Centri di I e II livello                     | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 3 del 12.1.2016   |
|                                                            | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) precedentemente non trattata.                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              |                                                            |
| <b>Innovid®</b><br>Pomalidomide                            | In associazione con venetoclax per il trattamento di pazienti adulti con Leucemia Linfatica Cronica (CLL) precedentemente non trattata.                                                                                                                                                                                                                                                      | Centri di I e II livello                     | Decreto n. 52 del 26.3.2024                                |
|                                                            | In associazione con desametasone, 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.                                                                                                        | Centri di I, II e III livello                | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 283 del 30.9.2015 |
| <b>Innovid®</b><br>Pomalidomide<br><br>Elenco L. n. 648/96 | In associazione con bortezomib e desametasone nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia comprendente lenalidomide.                                                                                                                                                                                                                 | Centri di I livello, II e III livello        | Decreto n. 135 del 7.12.2020                               |
|                                                            | Trattamento, in associazione a desametasone, di pazienti adulti con amiloidosi AL sottoposti a precedenti terapie, comprendenti sia lenalidomide che bortezomib che non abbiano determinato una risposta ematologica completa o parziale molto buona (definita come dFLC <40 mg/L nei soggetti con dFLC basale >50 mg/L o come dFLC <10 mg/L nei soggetti con dFLC basale tra 20 e 50 mg/L). | Centri di I livello                          | Decreto n. 102 del 10.8.2018                               |
| <b>Inaqovi®</b><br>decitabina/cedazuridina                 | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML, acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia                                                                                                                                                                                                                     | Centri di I e II livello (con Piano di cura) | -                                                          |



|                                     | di induzione standard.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |                                                              |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|
| <b>Jakavi®</b><br>ruxolitinib       | 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.                                                                                                          | Centri di I e II livello + UOC Medicina Generale a indirizzo Osservazione Rapida e Intensiva AOU PD                                                                               | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 201 del 17.11.2014  |  |
|                                     | Trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |                                                              |  |
| <b>Keytruda®</b><br>pembrolizumab   | Trattamento in monoterapia, 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, o che non siano eleggibili al trapianto e abbiano fallito brentuximab vedotin                                                 | Centri di I e II livello (con Piano di cura)                                                                                                                                      | Decreto n. 3 del 20.1.2020                                   |  |
|                                     | Trattamento in monoterapia 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 precedenti terapie quando ASCT non è un'opzione di trattamento | Pazienti adulti: Centri di I e II livello (con Piano di cura)<br><br>Pazienti pediatrici:<br>- UOC Oncoematologia pediatrica - AOUI VR;<br>- UOC Oncoematologia Pediatrica AOU PD | Decreto n. 151 del 10.11.2022                                |  |
| <b>Kymriah®</b><br>tisagenlecleucel | Trattamento di pazienti pediatrici e giovani adulti fino a venticinque anni di età con leucemia linfoblastica acuta (LLA) a cellule B che è refrattaria, in recidiva post-trapianto o in seconda o ulteriore recidiva e in pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica   | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza – Azienda ULSS n. 8 Berica<br><br>UOC Ematologia - AOUI VR                                                                    | Decreto 97 del 4.9.2019<br><br>Decreto n. 72 del 13.7.2021   |  |
|                                     | Trattamento di pazienti pediatrici e giovani adulti fino a venticinque anni di età con leucemia linfoblastica acuta (LLA) a cellule B che è refrattaria, in recidiva post-trapianto                                                                                                                                                                             | UOC Oncoematologia pediatrica - AOUI VR<br>UOC Oncoematologia Pediatrica AOU PD                                                                                                   | Decreto n. 72 del 13.7.2021<br>Decreto n. 131 del 24.11.2021 |  |



|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                                                           |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
|                                             | o in seconda o ulteriore recidiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |                                                           |  |
|                                             | Indicato per il trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) in recidiva o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica.                                                                                                                                                                                                                                                  | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza – Azienda ULSS n. 8 Berica                                                                                                                  | Decreto n. 139 del 17.10.2023                             |  |
| <b>Kyprolis®</b><br>carfilzomib             | In associazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia.                                                                                                                                                                                                                                       | UOC Ematologia - AOUI VR                                                                                                                                                                        | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n.139 del 7.12.2016 |  |
|                                             | In associazione o con lenalidomide e desametasone o con solo desametasone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia.                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                 |                                                           |  |
| <b>Lunsumio®</b><br>mosunetuzumab           | In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma follicolare (LF) recidivante o refrattario che sono stati sottoposti ad almeno due terapie sistemiche precedenti.                                                                                                                                                                                              | Centri di I, II e III livello                                                                                                                                                                   | Decreto 14 del 2.2.2018                                   |  |
| <b>Mabthera®</b><br>rituximab               | Linfomi non-Hodgkin a cellule B(CD20+), di qualunque istologia, in associazione con regimi vari di polichemioterapia (includenti farmaci quali antracicline, fludarabina, cisplatino, citarabina, etoposide, metotrexate) impiegati per il trattamento di prima linea o di salvataggio, inclusi i regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche.                      | Centro di I livello                                                                                                                                                                             | Decreto n. 139 del 17.10.2023                             |  |
| L. n. 648/96<br>Farmaci con uso consolidato |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Centri di I, II e III livello                                                                                                                                                                   | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 48 del 17.5.2016 |  |
| <b>Mabthera®</b><br>rituximab               | Linfoma non-Hodgkin (LNH) in associazione a chemioterapia è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici (di età compresa tra $\geq 6$ mesi e $< 18$ anni) con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) CD20 positivo, linfoma di Burkitt (BL)/leucemia di Burkitt (leucemia acuta a cellule B mature; BAL) o linfoma simil-Burkitt (BLL) in stadio avanzato precedentemente non trattato | Centri di II livello della rete regionale oncologico-ematologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014):<br>UOC Oncematologia Pediatrica – AOUI PD<br>UOC Oncematologia Pediatrica - AOUI VR | Decreto n. 55 del 30.4.2021                               |  |



|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Minjuvi®</b><br>tafasitamab                | Indicato in associazione a lenalidomide, seguito da «Minjuvi» in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (Diffuse Large B Cell Lymphoma, DLBCL) recidivato o refrattario e non idonei a trapianto autologo di cellule staminali (Autologous Stem Cell Transplant, ASCT).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Centro di I e II livello                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Decreto n. 15 del 21.2.2023</b>   |
| <b>Mozobil®</b><br>plerixafor                 | In pazienti pediatrici (età compresa tra uno e meno di diciotto anni) in combinazione con il G-CSF per incrementare la mobilitazione delle cellule staminali ematopoietiche nel sangue periferico per la raccolta e il conseguente trapianto autologo in bambini con linfoma o tumori maligni solidi:<br>- preventivamente, quando ci si attende che nel giorno previsto per la raccolta, dopo un'adeguata mobilitazione mediante il G-CSF (con o senza chemioterapia), il conteggio delle cellule staminali circolanti sia insufficiente in riferimento alla resa desiderata di cellule staminali ematopoietiche, o<br>- nel caso in cui in precedenza non si sia riusciti a raccogliere sufficienti cellule staminali ematopoietiche | Centri di II livello della rete regionale onco-ematologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014):<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI PD<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR                                                                                                               | <b>Decreto n. 111 del 14.10.2021</b> |
| <b>Mylotarg®</b><br>Gemtuzumab<br>Ozogamicina | Trattamento in combinazione con daunorubicina (DNR) e citarabina (AraC) di pazienti di età ≥ 15 anni con leucemia mieloide acuta (LMA) CD33- positiva de novo, precedentemente non trattata, ad eccezione della leucemia promielocitica acuta (LPA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Per i pazienti adulti:<br>Centri di I livello<br><br>Per i pazienti pediatrici (età ≥ 15 anni, < 18 anni):<br>Centri di II livello della rete regionale onco-ematologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014):<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI PD | <b>Decreto n. 73 del 10.7.2019</b>   |
| <b>Nexpovio®</b><br>selinexor                 | In associazione a bortezomib e desametasone (SD) per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una terapia precedente e refrattari alla lenalidomide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Centri di I, II e III livello                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Decreto n. 126 del 17.9.2024</b>  |



|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                               |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                                       | In associazione a desametasone (Sd) per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti sottoposti ad almeno quattro terapie precedenti e la cui malattia è refrattaria ad almeno due inibitori del proteasoma, a due agenti immunomodulatori ea un anticorpo monoclonale anti-CD38, che abbiano dimostrato progressione di malattia durante l'ultima terapia                                                | Centri di I, II e III livello                                                  | Decreto n. 126 del 17.9.2024  |
| <b>Ninlaro®</b><br>Ixazomib           | In combinazione con lenalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia.                                                                                                                                                                                                                                                     | Centri di I, II e III livello                                                  | Decreto n. 48 del 13.5.2019   |
| <b>Onureg®</b><br>Azacitidina         | 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)                   | Centri di I livello                                                            | Decreto n. 93 del 28.6.2023   |
| <b>Opdivo®</b><br>Nivolumab           | Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico (cHL) recidivante o refrattario dopo trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e trattamento con brentuximab vedotin.                                                                                                                                                                                                                    | Centri di I livello<br>Centri di II livello (solo con Piano di Cura Regionale) | Decreto n. 130 del 31.10.2018 |
| <b>Pixuvri®</b><br>Pixantrone         | Trattamento pazienti adulti affetti da linfomi non Hodgkin (LNH) a cellule B aggressive, recidivati più volte o refrattari, non candidabili a trapianto e a quelli con debulking insufficiente in seguito al trattamento in II linea. Il beneficio del trattamento con pixantrone non è stato dimostrato quando è usato come chemioterapia in quinta linea o successiva, in pazienti refrattari all'ultima terapia. | Centri di I, II e III livello                                                  | Decreto n. 102 del 10.8.2018  |
| <b>Polivy®</b><br>Polatuzumab vedotin | Indicato in associazione a bendamustina e rituximab, per il trattamento dei pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Centri di I, II livello                                                        | Decreto n. 44 del 21.3.2022   |



|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                         |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                    | cellule B (DLCL) recidivante/refrattario non candidabili al trapianto di cellule staminali ematopoietiche                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                         |
|                                    | Indicato in associazione con rituximab, ciclofosfamide, doxorubicina e prednisone (R-CHP), per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) non precedentemente trattato con fattore di indice prognostico (IPI) 3-5 | Centri di I livello, nonché di II e III livello con Piano di Cura | <b>Decreto n. 9 del 7.2.2024</b>                                        |
| <b>Poteligeo®</b><br>mogamulizumab | Trattamento di pazienti adulti affetti da micosi fungoide (MF) o sindrome di Sézary (SS) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia sistemica.                                                                                                     | Centri di I livello                                               | <b>Decreto n. 11 del 16.2.2021</b>                                      |
| <b>Revlimid®</b><br>lenalidomide   | In associazione con desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia.                                                                                                                | Centri di I, II e III livello                                     | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 48 del 17.5.2016</b> |
|                                    | Trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto.                                                                                                                                   |                                                                   | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 14 del 13.2.17</b>   |
|                                    | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare recidivato o refrattario.                                                                                                                                                    |                                                                   | <b>Decreto n. 82 del 9.7.2018</b>                                       |
|                                    | In monoterapia per la terapia di mantenimento di pazienti adulti con mieloma multiplo di nuova diagnosi sottoposti a trapianto autologo di cellule staminali.                                                                                            |                                                                   |                                                                         |
|                                    | In regime terapeutico di associazione con desametasone, o bortezomib e desametasone, o melfalan e prednisone è indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto.    |                                                                   |                                                                         |
|                                    | In associazione con rituximab (anticorpo anti-CD20) è indicato per il trattamento dei pazienti adulti con linfoma follicolare (grado 1-3a) precedentemente trattato                                                                                      |                                                                   | <b>Decreto n. 38 del 21.3.2021</b>                                      |



|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Revlimid®</b><br>lenalidomide<br><br>Elenco L. n. 648/96                         | Trattamento di pazienti con anemia trasfusione-dipendente dovuta a sindromi mielodisplastiche (MDS) a rischio basso o intermedio-I, associate ad anomalia citogenetica da delezione isolata del 5q, quando altre opzioni terapeutiche sono insufficienti o inadeguate.                                                                            | Centri di I e II livello      | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n.179 del 14.10.14  |
| <b>Revlimid®</b><br>lenalidomide<br><br>L. n. 648/96<br>Farmaci con uso consolidato | Utilizzo nell'amiloidosi in pazienti già trattati con melphalan e bortezomib (o in quelli che hanno controindicazioni a essere esposti a melphalan e/o bortezomib).                                                                                                                                                                               | Centri di I livello           | Decreto n. 102 del 10.8.2018                              |
| <b>Rydapt®</b><br>midostaurina                                                      | Utilizzo nei Linfomi diffusi a grandi cellule B e linfomi mantellari MCL recidivati-refrattari a precedenti trattamenti chemioterapici per i quali non si ravvisano alternative terapeutiche e non candidabili a trapianto di cellule staminali autologhe o allogeniche.                                                                          | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| <b>Rydapt®</b><br>midostaurina                                                      | In combinazione con chemioterapia standard di induzione con daunorubicina e citarabina e di consolidamento con citarabina ad alte dosi seguita, per pazienti in risposta completa, da terapia di mantenimento con Rydapt come agente singolo per pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) di nuova diagnosi con mutazione FLT3 positiva. | Centri di I livello           | Decreto n. 122 del 16.10.2018                             |
| <b>Sarclisa®</b><br>isatuximab                                                      | Indicato in associazione a pomalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo (MM) recidivato e refrattario (RR) che hanno ricevuto almeno due terapie precedenti, tra cui lenalidomide e un inibitore del proteasoma (PI) e con progressione della malattia durante l'ultima terapia.                       | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 126 del 12.11.2021                             |
| <b>Scemblix®</b><br>asciminib                                                       | 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                                                                                                                                                  | Centri di I e II livello      | Decreto n. 93 del 28.6.2023                               |



|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spectrila®</b><br>asparaginasi                             | Indicato come componente di una terapia di associazione antineoplastica, per il trattamento della leucemia linfoblastica acuta (acute lymphoblastic leukaemia, ALL) nei pazienti pediatrici dalla nascita a diciotto anni di età e negli adulti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Pazienti adulti: Centri di I livello<br><br>Per i pazienti pediatrici i Centri di II livello della rete regionale onco-ematologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014):<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR<br>UOC Oncoematologia Pediatrica - AOU PD | <b>Decreto n. 105 del 5.10.2021</b>                                     |
| <b>Sprycel®</b><br>dasatinib                                  | Trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) di nuova diagnosi in fase cronica.<br><br>Trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), in fase cronica, accelerata o in fase blastica con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib mesilato.<br><br>Trattamento di adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta (LLA) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) ed LMC in fase blastica linfoide con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia. | Centri di I e II livello                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 48 del 17.5.2016</b> |
| <b>Tasigna®</b><br>nilotinib                                  | Trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo di nuova diagnosi in fase cronica.<br><br>Trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo in fase cronica ed in fase accelerata con resistenza o intolleranza a precedente terapia comprendente imatinib mesilato.                                                                                                                                                                                | Centri di I e II livello                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 48 del 17.5.2016</b> |
| <b>Tecartus®</b><br>cellule CD3+ autologhe trattate anti-CD19 | Trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (mantle cell lymphoma, MCL) recidivante o refrattario dopo due o più linee di terapia sistemica che includono un inibitore della tirosin chinasi di Bruton (Bruton's tyrosine kinase, BTK)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza - Azienda ULSS n. 8 Berica<br><br>UOC Ematologia - AOUI VR                                                                                                                                                     | <b>Decreto n. 56 del 26.04.2022</b>                                     |



|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tecartus®</b><br>brexucabtagene autoleucel                    | Trattamento di pazienti adulti di età pari o superiore a ventisei anni con leucemia linfoblastica acuta (acute lymphoblastic leukaemia, ALL) a precursori di cellule B recidivante o refrattaria                                                                                                                                        | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza - Azienda ULSS n. 8 Berica<br><br>UOC Ematologia - AOUI VR | <b>Decreto n. 9 del 7.2.2024</b>                                         |
| <b>Tecvayli®</b><br>teclistamab                                  | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno tre precedenti terapie, compresi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano evidenziato progressione della malattia durante l'ultima terapia | Centri di I livello                                                                                            | -                                                                        |
| <b>Tepkinly®</b><br>epcoritamab                                  | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistemica                                                                                                                                                          | Centri di I livello                                                                                            | -                                                                        |
| <b>Thalidomide Celgene®</b><br>thalidomide                       | In associazione a melfalan e prednisone, per il trattamento di prima linea di pazienti con mieloma multiplo non trattato di età ≥ 65 anni o non idonei a chemioterapia a dosi elevate.                                                                                                                                                  | Centri di I, II e III livello                                                                                  | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 48 del 17.5.2016</b>  |
| <b>Torisel®</b><br>temsirolimus                                  | Trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (MCL) refrattario e/o recidivante.                                                                                                                                                                                                                                      | Centri di I, II e III livello                                                                                  | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 48 del 17.5.2016</b>  |
| <b>Trisenox®</b><br>triossido di arsenico<br>Elenco L. n. 648/96 | 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 ≤ 10x109/L).                                                                                          | Centri di I e II livello                                                                                       | <b>Decreto n. 65 del 7.6.2017</b><br><b>Decreto n. 145 del 12.8.2014</b> |
| <b>Velcade®</b><br>bortezomib<br>Elenco 648/96                   | Utilizzo in prima linea nell'amiloidosi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Centri di I livello                                                                                            | <b>Decreto n. 102 del 10.8.2018</b>                                      |
| <b>Venclyxto®</b><br>venetoclax                                  | Trattamento della leucemia linfatica cronica (CLL) in presenza della delezione 17p o della mutazione TP53 in                                                                                                                                                                                                                            | Centri di I livello<br>Centri di II livello (solo con Piano di Cura)                                           | <b>Decreto n. 126 del 10.10.2017</b>                                     |





|                                                 |                                                               |                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                                                         |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 | Regionale)                                                    | pazienti adulti non idonei o che hanno fallito la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B.                                                                                     |                               | Decreto n. 10 del 27.1.2020                                                             |
|                                                 |                                                               | Trattamento di pazienti adulti con CLL in assenza della delezione 17p o mutazione TP53 che hanno fallito la chemioimmunoterapia e la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B.  |                               |                                                                                         |
|                                                 |                                                               | In combinazione con rituximab per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (CLL - chronic lymphocytic leukaemia) che hanno ricevuto almeno una terapia precedente.              |                               |                                                                                         |
|                                                 |                                                               | In combinazione con obinutuzumab per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) non trattati in precedenza e non candidabili ad immunochemioterapia di prima linea tipo FCR |                               |                                                                                         |
|                                                 |                                                               | In combinazione con azacitidina per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML -acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia intensiva.             |                               |                                                                                         |
| Venclyxto®<br>venetoclax<br>Elenco L. n. 648/96 | Centri di I livello<br>Centri di II livello con Piano di Cura | Trattamento di pazienti con leucemia mieloide acuta recidivante/refrattaria                                                                                                                             | Centri di I livello           | Decreto n. 45 del 3.5.2023                                                              |
| Vidaza®<br>azacitidina                          | Centri di I livello                                           | Trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche con:                                                                                                       | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 166 del 2.12.2022                                                            |
|                                                 |                                                               | Sindromi mielodisplastiche (SMD) a rischio intermedio 2 e alto secondo l'International Prognostic Scoring System (IPSS);<br>Leucemia mielomonocitica cronica (LMMC) con il 10-29%                       |                               | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 48 del 17.5.2016<br>Decreto n. 95 del 6.7.2022 |



|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |  |                                                                            |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|
|                                             | di blasti midollari senza disordine mieloproliferativo;<br>leucemia mieloide acuta (LMA) con 20–30% di blasti e displasia multilineare, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).                                                                        |                                                                                                                |  | <b>Decreto n. 45 del 3.4.2018</b><br><b>Decreto n. 95 del 6.7.2022</b>     |
|                                             | Trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche (HSCT) con Leucemia Acuta Mieloide (LAM) con blasti midollari > 30% secondo la classificazione dell'OMS                                                                                       |                                                                                                                |  |                                                                            |
| <b>Vyxeos®</b><br>daunorubicina/citarabina  | Trattamento di adulti con nuova diagnosi di leucemia mieloide acuta (AML) correlata a terapia (t-AML) o AML con alterazioni correlate a mielodisplasia (AML-MRC).                                                                                                                          | Centri di I livello                                                                                            |  | <b>Decreto n. 79 del 22.7.2019</b>                                         |
| <b>Xospata®</b><br>gilteritinib             | Indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT.                                                                                                                     | Centri di I livello                                                                                            |  | <b>Decreto n. 52 del 27.4.2021</b>                                         |
| <b>Xgeva®</b><br>denosumab                  | Indicato per la 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.                      | Centri di I livello                                                                                            |  | <b>Decreto n. 55 del 18.6.2020</b>                                         |
| <b>Yescarta®</b><br>axicabtagene ciloleucel | Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (primary mediastinal large B-cell lymphoma, PMBCL) refrattari o recidivanti, dopo due o più linee di terapia sistemica. | UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza – Azienda ULSS n. 8 Berica<br><br>UOC Ematologia - AOUI VR |  | <b>Decreto n. 129 del 19.11.2019</b><br><b>Decreto n. 72 del 13.7.2021</b> |
| <b>Yescarta®</b><br>axicabtagene ciloleucel | Trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) r/r dopo tre o più linee di terapia sistemica<br><br>Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e                                                            |                                                                                                                |  | <b>Decreto n. 194 del 29.12.2023</b><br><br><b>Decreto n. 194 del</b>      |



|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                            |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                            | linfoma a cellule B ad alto grado (high-grade B cell lymphoma, HGBL) refrattario alla chemioimmunoterapia di prima linea o recidivante entro dodici mesi dal completamento della chemioimmunoterapia di prima linea                                                                                     |                               |                                                            |
| <b>Zevalin®</b><br>ibrutinomab-tiuxetan    | Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non-Hodgkin (NHL) follicolare a cellule B CD20+ recidivanti o refrattari a rituximab.                                                                                                                                                                 | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 48 del 17.5.2016  |
| <b>Zydelig®</b><br>idelalisib              | 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 delezione 17p o una mutazione TP53 in pazienti non idonei alla chemio-immunoterapia. | Centri di I e II livello      | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 286 del 30.9.2015 |
| <b>Zydelig®</b><br>idelalisib              | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma follicolare (LF) refrattario a due precedenti linee di trattamento.                                                                                                                                                             | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017<br>Decreto n. 286 del 30.9.2015 |
| <b>Zynlonta®</b><br>loncastuximab tesirine | Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse largeB-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma ad alto grado a cellule B (high-grade) recidivanti o refrattari, dopo due o più linee di terapia sistemica.                                                                       | Centri di I e II livello      | Decreto n.75 del 13.5.2024                                 |

\* Aggiornamento dell'elenco allegato al precedente Decreto:

- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 126 del 17.9.2024
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 75 del 13.5.2024
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 52 del 26.3.2024
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 9 del 7.2.2024
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 194 del 29.12.2023
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 174 del 14.12.2023
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 139 del 17.10.2023
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 93 del 28.6.2023
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 45 del 3.5.2023



- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 25 del 24.3.2023
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 15 del 21.2.2023
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 2 del 10.1.2023
- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 166 del 2.12.2022B
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 151 del 10.11.2022
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 129 del 3.10.2022
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 95 del 6.7.2022
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 44 del 21.3.2022
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 16 del 9.2.2022
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 14 del 4.2.2022
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 12 del 1.2.2022
- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 143 del 22.12.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 131 del 24.11.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 126 del 12.11.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 111 del 14.10.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 105 del 5.10.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 72 del 13.7.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 63 del 16.6.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 55 del 30.4.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 52 del 27.4.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 38 del 21.3.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 21 del 2.3.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 11 del 16.2.2021
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 6 del 25.1.2021
- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 135 del 7.12.2020
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 131 del 18.11.2020
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 116 del 19.10.2020
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 55 del 18.6.2020
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 10 del 27.1.2020
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 3 del 20.1.2020
- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 135 del 4.12.2019
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 129 del 19.11.2019
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 97 del 4.9.2019



- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 79 del 22.7.2019
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 73 del 10.7.2019
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 48 del 13.5.2019

- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 130 del 31.10.2018
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 122 del 16.10.2018
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 102 del 10.8.2018
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 82 del 9.7.2018
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 72 del 30.5.2018
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 45 del 3.4.2018
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 14 del 2.2.2018

- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 126 del 10.10.2017
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 107 del 8.8.2017
  - Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 65 del 7.6.2017

- 
- Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 48 del 17.5.2016



