



OGGETTO: Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 48 del 17.5.2016 “Attivazione e individuazione della rete dei Centri Regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro di monitoraggio AIFA dell’area oncoematologica” e successive modifiche e aggiornamenti.

Aggiornamento per il medicinale rituximab (Mabthera - Registered) a seguito di nuove indicazioni terapeutiche.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

A seguito della determina AIFA n. DG/193 del 10.2.2021, si aggiorna l’elenco medicinali oncoematologici e relativi centri regionali autorizzati alla prescrizione, di cui all’Allegato A del decreto n. 52 del 27.4.2021, con l’inserimento di nuove indicazioni terapeutiche in pazienti pediatrici del medicinale rituximab (Mabthera - Registered).

IL DIRETTORE GENERALE
DELL’AREA SANITÀ E SOCIALE

- VISTO il decreto Area Sanità e Sociale n. 48 del 17.5.2016 - Attivazione e individuazione della rete dei Centri Regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro di monitoraggio AIFA dell’area oncoematologica - laddove si dispone che l’elenco dei farmaci e dei relativi Centri regionali autorizzati alla prescrizione, di cui all’Allegato B, venga aggiornato in caso di future determinate AIFA di classificazione di farmaci oncoematologici, sulla base dei pareri espressi dalla Commissione Tecnica Regionale Farmaci, oggi disciplinata dalla D.G.R. 21.1.2019, n. 36;
- VISTO il proprio decreto n. 52 del 27.4.2021 << Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 48 del 17.5.2016 “Attivazione e individuazione della rete dei Centri Regionali autorizzati alla prescrizione di farmaci soggetti a Registro di monitoraggio AIFA dell’area oncoematologica” e successive modifiche e aggiornamenti. Aggiornamento per il medicinale gilteritinib (Xospata-Registered) indicato nel trattamento della leucemia mieloide acuta.>> relativo all’ultimo aggiornamento del suddetto decreto n. 48 del 17.5.2016;
- VISTA la D.G.R. 14.5.2019, n. 614 <<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 determina AIFA n. DG/193 del 10.2.2021 (G.U. n. 45 del 23.2.2021) - *Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Mabthera»* - in base alla quale tale farmaco, per le nuove indicazioni terapeutiche, *Linfoma non-Hodgkin (LNH) in associazione a chemioterapia per il trattamento di pazienti pediatrici (di età compresa tra ≥ 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*, è classificato come segue:

- ai fini della rimborsabilità a carico del S.S.N. in classe H;
- 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 D.G.R. n. 2316 del 9.12.2014 - Istituzione della rete regionale dell'oncoematologia pediatrica. Deliberazione n. 145/CR del 14 ottobre 2014 -;

VISTA la legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 - *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;*

PRESO ATTO

dell'attività svolta dalla CTRF (di cui alla D.G.R. n. 36/2019) a supporto delle scelte finalizzate all'adozione del presente provvedimento come da verbale del 14.4.2021.

DECRETA

1. di individuare, ai fini della prescrizione del medicinale rituximab (Mabthera - Registered) per le nuove indicazioni terapeutiche, *in associazione a chemioterapia per il trattamento di pazienti pediatrici (di età compresa tra ≥ 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*, ai sensi della determina AIFA n. DG/193/2021, i Centri di II livello della rete regionale onco-ematologica pediatrica di cui alla DGR n. 2316 del 9.12.2014:
 - UOC Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedale Università di Padova;
 - UOC Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona;
2. di aggiornare, pertanto, l'Elenco dei Centri Regionali autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncoematologici, oggetto di specifiche determinazioni AIFA, di cui all'Allegato A del proprio decreto n. 52 del 27.4.2021 con l'integrazione di cui al punto 1.;
3. di ribadire che, per facilitare la consultazione, tutti i Centri ad oggi autorizzati alla prescrizione di farmaci oncoematologici sono elencati nella tabella ricognitiva di cui all'**Allegato A**, parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente l'Allegato A del proprio decreto n. 52 del 27.4.2021;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di comunicare il presente provvedimento per il seguito di competenza ad Azienda Zero, Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e alle Strutture private-accreditate della Regione del Veneto;
6. di pubblicare il presente provvedimento in forma integrale nel Bollettino Ufficiale della Regione.



F.to dr Luciano Flor



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

| PRINCIPIO ATTIVO | Indicazione | Centri Autorizzati | Decreto di autorizzazione del Direttore Generale Area Sanità e Sociale |
|---|---|-------------------------------|--|
| Adcetris® brentuximab vedotin | 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 Decreto n. 135 del 1.8.2014 |
| | Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma anaplastico a grandi cellule sistemico recidivante o refrattario. | | |
| Atriance® nelarabina | 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 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. | | |
| Arzerra® ofatumumab | Trattamento della leucemia linfatica cronica (LLC) nei pazienti refrattari a fludarabina e alemtuzumab. | Centri di I e II livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| | 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. | | |
| Besponsa® | Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti | Centri di I livello | Decreto n. 82 del 9.7.2018 |



| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>inotuzumab ozogamicin</p> | <p>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+), devono aver fallito il trattamento con almeno un inibitore della tirosinchinasi (TKI)</p> | | |
| <p>Blinicyto® blinatumomab</p> | <p>Trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B recidivante o refrattaria negativa per il cromosoma Philadelphia.</p> <p>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%</p> <p>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 allotrapianto di cellule staminali ematopoietiche</p> | <p>Centri di I livello</p> <p>Centri di I livello</p> <p>Centri di II livello della rete regionale oncologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014): UOC Oncoematologia Pediatrica - AOPD UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 34 del 28.3.2017</p> <p>Decreto 131 del 18.11.2020</p> |
| <p>Bosulif® bosutinib</p> | <p>Trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo (LMC Ph+), in fase cronica (FC), in fase accelerata (FA) e in fase blastica (FB), trattati in precedenza con uno o più inibitori della tirosin-chinasi e per i quali l'imatinib, il nilotinib e il dasatinib non sono considerati opzioni terapeutiche appropriate.</p> | <p>Centri di I e II livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 203 del 17.11.2014</p> |
| <p>Dacogen® decitabina</p> | <p>Trattamento di pazienti adulti di età uguale o superiore ai 65 anni con nuova diagnosi di Leucemia Mieloide Acuta (L-AM) "de novo" o secondaria in base alla classificazione dell'OMS e che non siano candidabili alla chemioterapia di induzione</p> | <p>Centri di I e II livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 225 del 30.12.2014</p> |



| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>standard.</p> <p>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.</p> | | <p>Decreto n. 122 del 16.10.2018</p> |
| <p>Darzalex® Daratumumab</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | <p>Centri di I, II e III livello</p> | <p>Decreto n. 107 del 8.8.2017</p> <p>Decreto n. 72 del 30.5.2018</p> <p>Decreto n. 21 del 2.3.2021</p> |
| <p>Empliciti® Elotuzumab</p> | <p>In combinazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento del mieloma multiplo in pazienti adulti che hanno ricevuto almeno una linea di terapia precedente.</p> <p>In combinazione con pomalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno due linee</p> | <p>Centri di I, II e III livello</p> <p>Centri di I, II e III livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017</p> <p>Decreto n. 135 del 7.12.2020</p> |



| | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|---|
| | di terapia precedenti comprendenti lenalidomide e un inibitore del proteasoma e con progressione della malattia durante l'ultima terapia. | | |
| Farydak® 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 | Decreto n. 126 del 10.10.2017 |
| | 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. | Centri di I e II livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 35 del 28.3.2017 |
| Gazyvaro® Obinituzumab | 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. | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 126 del 10.10.2017 |
| | 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 | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 48 del 13.5.2019 |
| | Trattamento di pazienti adulti con Linfoma Mantellare (MCL) recidivato o refrattario. | | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 3 del 12.1.2016 |
| Imbruvica® Ibrutinib | Trattamento di pazienti adulti con macroglobulinemia di Waldstrom (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea per i pazienti per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata. | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n.140 del 7.12.2016 |
| Imbruvica® | Trattamento di pazienti adulti con Leucemia Linfocitica | Centri di I e II livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 |



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Ibrutinib</p> | <p>Cronica (LLC) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea in presenza della delezione del17p o la mutazione TP53 per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata.</p> | | <p>Decreto n. 3 del 12.1.2016</p> |
| <p>In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfatica cronica (LLC) precedentemente non trattata.</p> | | | <p>Decreto n. 122 del 16.10.2018</p> |
| <p>Imnovid® Pomalidomide</p> | <p>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.</p> | <p>Centri di I, II e III livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 283 del 30.9.2015</p> |
| <p>Imnovid® Pomalidomide</p> | <p>In associazione con bortezomib e desametasone nel trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia comprendente lenalidomide.</p> | <p>Centri di I livello, II e III livello</p> | <p>Decreto n. 135 del 7.12.2020</p> |
| <p>Imnovid® Pomalidomide</p> <p>Elenco L. n. 648/96</p> | <p>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).</p> | <p>Centri di I livello</p> | <p>Decreto n. 102 del 10.8.2018</p> |
| <p>Iclusig® Ponatinib</p> | <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</p> | <p>Centri di I e II livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 228 del 30.12.2014</p> |



| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>non è clinicamente appropriato, oppure in pazienti nei quali è stata identificata la mutazione T315L.</p> | | |
| <p>Jakavi® ruxolitinib</p> | <p>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.</p> <p>Trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea.</p> | <p>Centri di I e II livello + UOC Medicina Generale a indirizzo Osservazione Rapida e Intensiva AO PD</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 201 del 17.11.2014</p> <p>Decreto 14 del 2.2.2018</p> |
| <p>Keytruda® pembrolizumab</p> | <p>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</p> | <p>Centri di I e II livello (con Piano di cura)</p> | <p>Decreto n. 3 del 20.1.2020</p> |
| <p>Kymriah® tisagenlecleucel</p> | <p>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</p> | <p>UOC Ematologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza – Azienda ULSS n. 8 Berica</p> | <p>Decreto 97 del 4.9.2019</p> |
| <p>Kyprolis® carfilzomib</p> | <p>In associazione con lenalidomide e desametasone per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo già sottoposti ad almeno una precedente terapia.</p> <p>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.</p> | <p>Centri di I, II e III livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n.139 del 7.12.2016</p> <p>Decreto 14 del 2.2.2018</p> |
| <p>Mabthera®</p> | <p>Linfomi non-Hodgkin a cellule B(CD20+), di qualunque</p> | <p>Centri di I, II e III livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017</p> |



| | | |
|---|---|---|
| <p>rituximab L. n. 648/96 Farmaci con uso consolidato</p> | <p>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.</p> | <p>Decreto n. 48 del 17.5.2016</p> |
| <p>Mabthera® rituximab</p> | <p>Linfoma non-Hodgkin (LNH) in associazione a chemioterapia è indicato per il trattamento di pazienti pediatrici (di età compresa tra ≥ 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</p> | <p>Centri di II livello della rete regionale oncologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014): UOC Oncoematologia Pediatrica - AOPD UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR</p> |
| <p>Mupleo® Lusutrombopag</p> | <p>Trattamento della trombocitopenia severa in pazienti adulti affetti da malattia epatica cronica sottoposti a procedure invasive.</p> | <p>Decreto n. 6 del 25.1.2021</p> |
| <p>Mylotarg® Gemtuzumab Ozogamicina</p> | <p>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)</p> | <p>Centri di I e II livello (solo con il Piano di Cura, Allegato B al Decreto n. 6 del 25.1.2021)</p> <p>Per i pazienti adulti: Centri di I livello</p> <p>Per i pazienti pediatrici (età ≥ 15anni, < 18 anni): Centri di II livello della rete regionale oncologica pediatrica (ex DGR n. 2316 del 9.12.2014): UOC Oncoematologia Pediatrica - AOUI VR UOC Oncoematologia Pediatrica - AOPD</p> <p>Decreto n. 73 del 10.7.2019</p> |
| <p>Ninlaro® Ixazomib</p> | <p>In combinazione con lenalidomide e desametasone, per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia.</p> | <p>Decreto n. 48 del 13.5.2019</p> |
| <p>Opdivo® Nivolumab</p> | <p>Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma di Hodgkin classico (cHL) recidivante o refrattario dopo trapianto autologo di cellule staminali (ASCT) e trattamento con</p> | <p>Decreto n. 130 del 31.10.2018</p> |



| | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|---|-----------------------------|
| | brentuximab vedotin. | | | |
| Pixuvri® Pixantrone | Trattamento pazienti adulti affetti da linfomi non Hodgkin (LNH) a cellule B aggressivi, 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 | |
| Poteligeo® 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 | Decreto n. 11 del 16.2.2021 | |
| | In associazione con desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia. | | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 | |
| | Trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo non precedentemente trattato che non sono eleggibili al trapianto. | | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 14 del 13.2.17 | |
| Revlimid® lenalidomide | In monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con linfoma mantellare recidivato o refrattario. 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 | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 82 del 9.7.2018 | Decreto n. 38 del 21.3.2021 |



| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
| | follicolare (grado 1-3a) precedentemente trattato, | | |
| Revlimid® lenalidomide Elenco L. n. 648/96 | <p>Trattamento di pazienti con anemia trasfusione-dipendente dovuta a sindromi mielodisplastiche (MDS) a rischio basso o intermedio-1, associate ad anomalia citogenetica da delezione isolata del 5q, quando altre opzioni terapeutiche sono insufficienti o inadeguate.</p> <p>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).</p> | Centri di I e II livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n.179 del 14.10.14 |
| Revlimid® lenalidomide L. n. 648/96 Farmaci con uso consolidato | 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 livello | Decreto n. 102 del 10.8.2018 |
| Rydapt® 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, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| Sprycel® dasatinib | Trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) di nuova diagnosi in fase cronica. 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. | Centri di I livello | Decreto n. 122 del 16.10.2018 |
| | | Centri di I e II livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |



| | | | |
|--|--|--|--|
| | 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. | | |
| Tasigna® nilotinib | Trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia positivo di nuova diagnosi in fase cronica. 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 | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| Thalidomide Celgene® 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 | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| Torisel® temsirolimus | Trattamento di pazienti adulti con linfoma a cellule mantellari (MCL) refrattario e/o recidivante. | Centri di I, II e III livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| Trisenox® triossido di arsenico 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 ≤ 10x10 ⁹ /L). | Centri di I e II livello | Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 145 del 12.8.2014 |
| Velcade® bortezomib Elenco 648/96 | Utilizzo in prima linea nell'amiloidosi. | Centri di I livello | Decreto n. 102 del 10.8.2018 |
| Venclyxto® venetoclax | Trattamento della leucemia linfatica cronica (CLL) in presenza della delezione 17p o della mutazione TP53 in pazienti adulti non idonei o che hanno fallito la terapia con un inibitore della via del recettore delle cellule B. | Centri di I livello Centri di II livello (solo con Piano di Cura Regionale) | Decreto 126 del 10.10.2017 |



| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| | <p>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.</p> <p>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.</p> | | <p>Decreto n. 10 del 27.1.2020</p> |
| <p>Venclyxto® venetoclax Elenco L. n. 648/96</p> | <p>In combinazione con azacitidina o decitabina, per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta di nuova diagnosi non candidabili a chemioterapia intensiva di induzione o con età ≥ 75 anni.</p> | <p>Centri di I livello</p> | <p>Decreto n.116 del 19.10.2020</p> |
| <p>Vidaza® azacitidina</p> | <p>Trattamento di pazienti adulti non eleggibili al trapianto di cellule staminali emopoietiche con:</p> <p>Sindromi mielodisplastiche (SMD) a rischio intermedio 2 e alto secondo l'International Prognostic Scoring System (IPSS);</p> <p>Leucemia mielomonocitica cronica (LMMc) con il 10-29% di blasti midollari senza disordine mieloproliferativo;</p> <p>leucemia mieloide acuta (LMA) con 20-30% di blasti e displasia multilineare, secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).</p> <p>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</p> | <p>Centri di I e II livello</p> | <p>Decreto n. 65 del 7.6.2017 Decreto n. 48 del 17.5.2016</p> <p>Decreto n. 45 del 3.4.2018</p> |
| <p>Vyxeos®</p> | <p>Trattamento di adulti con nuova diagnosi di leucemia</p> | <p>Centri di I livello</p> | <p>Decreto n. 79 del 22.7.2019</p> |



| | | | |
|---|---|--|--|
| daunorubicina/citarabina | mieloide acuta (AML) correlata a terapia (t-AML) o AML con alterazioni correlate a mielodisplasia (AML-MRC). | | |
| Xospata® gilteritinib | Indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria che presentano una mutazione del gene FLT3. | Centri di I livello | Decreto n. 52 del 27.4.2021 |
| Xgeva® 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 | Decreto n. 55 del 18.6.2020 |
| Yescarta® 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 | Decreto n. 129 del 19.11.2019 |
| Zevalin® 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 Decreto n. 48 del 17.5.2016 |
| Zydelig® 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 Decreto n. 286 del 30.9.2015 |
| Zydelig® 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 Decreto n. 286 del 30.9.2015 |

* Aggiornamento dell'elenco allegato al precedente Decreto:

- 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

