



Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA
DIRIGENTE SETTORE
DIRIGENTE UOS

Ugo TRAMA
Francesca Futura BERNARDI

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	SETTORE	UOS
148	25/03/2026	204	04	00

Oggetto:

P.T.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - AGGIORNAMENTO FEBBRAIO 2026

IL DIRIGENTE

PREMESSO

- a. che la Legge 16 novembre 2001, n. 405 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347”, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17 novembre 2001 all’art. 5 prevede che le Regioni attuino iniziative finalizzate al contenimento dei tetti di spesa e quindi si dotino di strumenti finalizzati a tale scopo;
- b. che il Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.) è uno strumento dinamico di razionalizzazione dei consumi di farmaci oltre che diretto anche indiretto, perché la scelta ed il consumo di farmaci in strutture ospedaliere ha un’ampia influenza sia sulla spesa farmaceutica ospedaliera sia territoriale regionale;

VISTO

- a. che, con la Delibera di Giunta Regionale n. 130 del 31 marzo 2021:
- è stato istituito il “*Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro sui Farmaci e Dispositivi Medici*”, in sostituzione del precedente istituito con DCA 92 del 31.12.2011, al quale spetta il compito di predisporre aggiornamento periodico del Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.), al fine di uniformare gli interventi in tutte le strutture sanitarie della Regione Campania, ampliando le competenze di quest’ultimo;
 - è stata istituita una Segreteria scientifico-amministrativa con funzione di coordinamento e supporto al “*Tavolo Tecnico di Lavoro su Farmaci e Dispositivi Medici*”;
 - è stato predisposto l’aggiornamento periodico dell’unico Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.), ampliando le competenze di quest’ultimo anche in merito ai dispositivi medici al fine di uniformare gli interventi in tutte le strutture sanitarie della Regione Campania;
- b. che, con Decreto Presidenziale della Regione Campania n. 163 del 27.12.2021, in conformità degli esiti dell’istruttoria della competente Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, sono stati nominati i componenti del “*Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro sui Farmaci e Dispositivi Medici*”;
- c. che, con Decreto Presidenziale della Regione Campania n. 76 del 01.06.2022 è stata aggiornata la composizione del “*Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro sui Farmaci e Dispositivi Medici*”;
- d. che, con Decreto Dirigenziale della Giunta Regionale della Campania, Direzione Generale 04 Tutela della Salute e Coordinamento del SSR n. 127 dell’ 08.04.2022 è stato recepito il Regolamento Regionale su Farmaci e Dispositivi Medici, il quale costituisce linea guida per la redazione di un unico Prontuario Terapeutico Regionale (P.T.R.) costituito da un elenco di principi attivi farmacologici classificati secondo la nomenclatura ATC (Anatomica Terapeutica Chimica) e il Repertorio regionale dei DM secondo nomenclatura CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici);

VISTI

- a. la D.G.R.C. n. 665 del 08.10.2010 avente ad oggetto “Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R.) 2009 – 2010. Aggiornamento e modifica della D.G.R.C. n. 348 del 15.03.2006 e ss.mm.ii.;
- b. gli aggiornamenti del P.T.O.R. effettuati con: Decreto Commissariale n. 56 del 07.06.2012, Decreto Commissariale n. 70 del 10.06.2013, Decreto Commissariale n. 24 del 03.06.2014, Decreto Commissariale n. 15 del 16.02.2015, Decreto Commissariale n. 1 del 10.02.2016, Decreto Commissariale n. 135 del 03.11.2016, Decreto Commissariale n. 73 del 21.12.2017, Decreto Commissariale n. 82 del 18.10.2018, Decreto Commissariale n. 102 del 28.12.2018, Decreto Dirigenziale n. 27 del 05.02.2020,

Decreto Dirigenziale n. 267 del 20.07.2021; Decreto Dirigenziale n. 380 del 22.10.2021; Decreto Dirigenziale n.356 del 25.07.2022 e successive integrazioni.

CONSIDERATO che, come stabilito con la Delibera di Giunta Regionale n. 130 del 31 marzo 2021, per ricondurre il sistema all'unitarietà, che richiama all'indispensabile riorganizzazione delle varie Commissioni competenti in materia farmaceutica, è necessario predisporre il "Prontuario Terapeutico Regionale" (P.T.R.), inteso come uno strumento di governo dei percorsi terapeutici e dalla razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, tenendo conto della continuità terapeutica, con particolare riferimento all'appropriatezza e alla aderenza alla terapia successivamente alle dimissioni del paziente e presa in carico da parte del MMG e PLS e dei farmacisti di comunità;

RILEVATO

- a. che, dopo l'aggiornamento effettuato con il Decreto Dirigenziale n. 179 del 22/12/2025, è seguita l'immissione in commercio di nuovi medicinali di rilevata e comprovata efficacia nonché la rimborsabilità per nuove indicazioni terapeutiche di farmaci già precedentemente inseriti, rendendo necessario l'aggiornamento del "Prontuario Terapeutico Regionale" (P.T.R.);
- b. che, a seguito di tale immissione in commercio, sono pervenute le istanze di aggiornamento, modifica ed integrazione;
- c. che la Direzione Generale 04 – U.O.D. 06 Politica del farmaco e dispositivi ha avviato i lavori di aggiornamento del P.T.R., giusta Delibera di Giunta Regionale n. 130 del 31.03.2021;
- d. che a conclusione dei lavori effettuati, è stato prodotto, da tale tavolo tecnico, un elaborato che aggiorna i contenuti del P.T.R., denominato "P.T.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - AGGIORNAMENTO FEBBRAIO 2026", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

DECRETA

per quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

- 1. di aggiornare ed integrare il Prontuario Terapeutico Regionale (P.T. R.) vigente di cui alla DGRC n. 665 del 08.10.2010 e ss.mm.ii. con l'inserimento dei nuovi medicinali di rilevata e comprovata efficacia nonché, la rimborsabilità per nuove indicazioni terapeutiche di farmaci già precedentemente inseriti, come da allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2. di trasmettere copia del presente provvedimento alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL., delle AA.OO., delle AA.OO.UU. e degli IRCCS che sono tenute al recepimento del "P.T.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - AGGIORNAMENTO FEBBRAIO 2026" quale strumento di governo clinico, vincolante per le prescrizioni, somministrazioni ed erogazione di farmaci e dispositivi;
- 3. di inviare il presente provvedimento all'ufficio competente per la pubblicazione nella sezione TRASPARENZA - CASA DI VETRO del sito della Regione Campania.

Ugo TRAMA

Firmato digitalmente ai sensi del CAD e normativa connessa

FARMACI CON ESTENSIONE D'INDICAZIONE

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
J01XA05	oritavancina	EV	H-OSP	Scheda cartacea AIFA/ ospedaliera	Trattamento delle infezioni batteriche acute della pelle e della struttura cutanea (ABSSSI) negli adulti.	Prot. n. 0143670 del 20/02/2026	Specialista infettivologo o, in sua assenza, altro specialista con competenza infettivologica ad hoc identificato dal Comitato infezioni ospedaliere (CIO), delle AA.OO. , AA.OO.UU. , IRCCS, e P.O. delle A.A.S.S.L.L. .	
L04AA37	baricitinb	OS	H- RNRL	Scheda di prescrizione cartacea (AIFA/ ospedaliera) per farmaci JAKi	Trattamento della dermatite atopica da moderata a severa nei pazienti adulti e in pazienti pediatrici di età pari e superiore ai 2 anni che sono candidati ad una terapia Sistemica.	Prot. n. 0143625 del 20/02/2026	U.O. /Ambulatori di Dermatologia e Pediatria delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS e Presidi Ospedalieri delle AA.SS.LL..	
R07AX32	ivacaftor/ tezacaftor/ elexacaftor	OS	A-RRL	PHT	1)Compresse. In un regime di associazione con ivacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione non di Classe I del gene CFTR. 2)Granulato. In un regime di associazione con ivacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti pediatrici di età compresa tra 2 e meno di 6 anni, che hanno almeno una mutazione non di Classe I nel gene CFTR.	Prot. n. 0259319 del 16/03/2026	Centri di riferimento regionale per la Fibrosi Cistica, istituiti con DGRC n. 1168/2001, presso AOU Federico II di Napoli indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0259319 del 16/03/2026.	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01FF02	pembrolizumab	EV	H-OSP	Registro AIFA (1)(2) Innovatività terapeutica (1)(2)	1) In associazione a enfortumab vedotin, è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma uroteliale non resecabile o metastatico negli adulti; 2) in associazione a carboplatino e paclitaxel, è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma dell'endometrio primario avanzato o ricorrente negli adulti che sono candidati a terapia sistemica, con deficit del sistema di Mismatch Repair (dMMR); 3) in associazione a chemioradioterapia (radioterapia a fasci esterni seguita da brachiterapia), è indicato nel trattamento del carcinoma della cervice localmente avanzato in Stadio III – IVA secondo FIGO 2014 negli adulti che non hanno ricevuto una precedente terapia definitiva.	Prot. n. 0116205 del 12/02/2026	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU, IRCCS PASCALE e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti rispettivamente ad un GOM urotelio, GOM endometrio, GOM cervice (e che siano in grado di somministrare chemio, radio e brachiterapia) , aziendale o interaziendale, della ROC Rete Oncologica Campana.	
L01FX13	enfortumab vedotin	EV	H-OSP	Registro AIFA Innovatività terapeutica	In associazione a pembrolizumab, è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con cancro uroteliale non resecabile o metastatico che possono essere sottoposti a chemioterapia contenente platino.	Prot. n. 0116230 del 12/02/2026	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU, IRCCS PASCALE e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ad un GOM urotelio, aziendale o interaziendale, della ROC Rete Oncologica Campana.	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01FF07	dostarlimab	EV	H-OSP	Registro AIFA Innovatività terapeutica	In associazione a carboplatino e paclitaxel per il trattamento di pazienti adulte affette da cancro endometriale (CE) primario avanzato o ricorrente con deficit del sistema di mismatch repair (dMMR)/elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H) e che sono candidate per la terapia sistemica.	Prot. n. 0116181 del 12/02/2026	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU, IRCCS e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ad un GOM endometrio , aziendale o interaziendale, della ROC Rete Oncologica Campana, indicate nella Nota Regionale Prot. n. 0116181 del 12/02/2026.	
L04AA32	apremilast	OS	A-RRL	PHT Malattia Rara (1) Cod. es. RC0210	1. Trattamento di pazienti adulti con ulcere orali associate alla malattia di Behçet (BD) che sono candidati alla terapia sistemica. 2. Psoriasi cronica a placche da moderata a grave deve essere limitato a pazienti di età pari o superiore a 6 anni e di peso non inferiore a di 20 kg che non hanno risposto, che hanno una controindicazione o che sono intolleranti ad altra terapia sistemica (comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A, PUVA) e nei quali l'uso dei farmaci biologici sia controindicato o non tollerato.	Prot. n. 0143644 del 20/02/2026	1)Malattia di Behçet: presidi della Rete Malattie rare - PROTOCOLLO TERAPEUTICO MALATTIA DI BEHÇET- Malattia Rara -cod. es. RC0210, indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0143644 del 20/02/2026. 2)Psoriasi pediatrica: le U.O. /Ambulatori di Dermatologia e Pediatria delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS e Presidi Ospedalieri delle AA.SS.LL	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01XL08	lisocabtagene maraleucel	EV	H-OSP	Registro AIFA Innovatività terapeutica	Trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), linfoma a cellule B ad alto grado (HGBCL), linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B (PMBCL) e linfoma follicolare di grado 3B (FL3B), che sono refrattari alla chemio immunoterapia di prima linea o recidivati entro 12 mesi dal completamento della chemio immunoterapia di prima linea.	Prot. n. 0116142 del 12/02/2026	UU.OO. di Ematologia e Trapianto di Midollo Allogenico, delle aziende sanitarie autorizzate alla somministrazione delle terapie CAR-T adulti, secondo i criteri minimi stabiliti dall'Agenzia Italiana del Farmaco, e previamente qualificate, indicate nella Nota Regionale Prot. n. 0116142 del 12/02/2026	
L01XK01	olaparib	OS	H-RNRL		In monoterapia per il trattamento di mantenimento di pazienti adulti con adenocarcinoma metastatico del pancreas e con mutazioni nella linea germinale di BRCA1/2 che non hanno avuto una progressione di malattia dopo un minimo di 16 settimane di trattamento a base di platino in un regime chemioterapico di prima linea.	Prot. n. 0259276 del 16/03/2026	U.O. di Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU, IRCCS PASCALE e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ad un GOM pancreas, aziendale o interaziendale, della ROC Rete Oncologica Campana.	
L01EE03	Binimetinib	OS	H- RNRL		Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC). Binimetinib in associazione a encorafenib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600E.	Prot. n. 0116109 del 12/02/2026	U.O. di Oncologia e Pneumo/Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS PASCALE e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ai G.O.M. polmone, aziendali o interaziendali, già attivi della R.O.C. Rete Oncologica Campana, indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0116109 del 12/02/2026.	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
R07AX02	ivacaftor	OS	A-RRL	PHT	1) Compresse. In un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor compresse per il trattamento di adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni affetti da fibrosi cistica (FC) che hanno almeno una mutazione non di Classe I del gene CFTR. 2) Granulato. In un regime di associazione con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor per il trattamento della fibrosi cistica (FC) in pazienti pediatriche di età compresa tra 2 e meno di 6 anni, che hanno almeno una mutazione non di Classe I nel gene CFTR.	Prot. n. 0259292 del 16/03/2026	Centri di riferimento regionale per la Fibrosi Cistica, istituiti con DGRC n. 1168/2001, presso AOU Federico II di Napoli indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0259292 del 16/03/2026.	
L01EC03	Encorafenib	OS	H- RNRL		Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC). Encorafenib in associazione a binimetinib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600E.	Prot. n. 0116109 del 12/02/2026	U.O. di Oncologia e Pneumo/Oncologia delle AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS PASCALE e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ai G.O.M. polmone, aziendali o interaziendali, già attivi della R.O.C. Rete Oncologica Campana, indicate nella Nota Regionale Prot. n. 0116109 del 12/02/2026.	

FARMACI CON REGISTRO AIFA

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L01FF12	serplulimab	EV	H-OSP	Registro AIFA	In combinazione con carboplatino ed etoposide è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC).	Prot. n. 0116163 del 12/02/2026	U.O. di Oncologia/Oncologia Medica delle AA.OO., AA.OO.UU, IRCCS PASCALE e P.O. delle AA.SS.LL. aderenti ad i G.O.M. polmone, aziendale o intera aziendale, della R.O.C. Rete Oncologica Campana, indicate nella Nota Regionale Prot. n. 0116163 del 12/02/2026.	

FARMACI PER LE MALATTIE RARE

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
L04AJ07	crovalimab	EV SC	H-RRL	Registro AIFA Malattia Rara Codice es. RD0020	In monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 12 anni con peso pari o superiore a 40 kg affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN): 1)in pazienti con emolisi con sintomi clinici indicativi di elevata attività della malattia; 2)in pazienti clinicamente stabili dopo essere stati trattati con un inibitore del componente 5 (C5) del sistema del complemento per almeno gli ultimi 6 mesi.	Prot. n. 0162821 del 27/02/2026	Presidi di riferimento regionale, ai sensi della DGRC n.1362/2005 e s.m.i., per la malattia rara emoglobinuria parossistica notturna (EPN) – aderente al Gruppo MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI- cod. es. RD0020, indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0162821del 27/02/2026.	
B02BD02	efanesoctocog alfa	EV	A-RRL	PHT Malattia Rara Codice es. RDG020	Trattamento e profilassi di episodi emorragici in pazienti con emofilia A (deficit congenito di fattore VIII). Può essere usato in tutte le fasce d'età.	Prot. n. 0143685 del 20/02/2026	Presidi di Riferimento per la malattia rara emofilia A afferente al gruppo DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE- MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI - cod. es. RDG020: Presidi di Riferimento della Rete MEC malattie emorragiche congenite (Delibera della Giunta Regionale Campania n. 13 del 16/01/2025), indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0143685 del 20/02/2026.	
N07XX25	omaveloxone	OS	H-RRL	Registro AIFA Malattia Rara Codice es. RFG040	Trattamento dell'atassia di Friedreich negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 16 anni.	Prot. n. 0143659 del 20/02/2026	Presidi di riferimento regionale, ai sensi della DGRC n.1362/2005 e s.m.i., per la malattia rara ATASSIA DI FRIEDREICH afferente al gruppo delle MALATTIE SPINOCEREBELLARI - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO - cod. es.RFG040, indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0143659 del 20/02/2026.	

ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
B02BX11	marstacimab	SC	A-RRL	PHT Malattia Rara Codice es. RDG020	Profilassi di routine degli episodi di sanguinamento in pazienti di età pari o superiore a 12 anni e di peso pari o superiore a 35 kg, con: 1)emofilia A severa (deficit congenito di fattore VIII, FVIII < 1%) senza inibitori del fattore VIII oppure 2)emofilia B severa (deficit congenito di fattore IX, FIX < 1%) senza inibitori del fattore IX.	Prot. n. 0162812 del 27/02/2026	Presidi di Riferimento per la malattia rara emofilia A afferente al gruppo DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE- MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI - cod. es. RDG020: Presidi di Riferimento della Rete MEC malattie emorragiche congenite (Delibera della Giunta Regionale Campania n. 13 del 16/01/2025), indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0162812 del 27/02/2026.	
A05AX05	odevixibat	OS	H-RRL	Malattia Rara Cod. es. RN1350	Trattamento del prurito colestatico da sindrome di Alagille (ALGS) in pazienti di età pari o superiore ai 6 mesi.	Prot. n. 0162816 del 27/02/2026	Presidi di riferimento regionale, ai sensi della DGRC n.1362/2005 e s.m.i., per la malattia rara sindrome di Alagille, afferente al gruppo ALTRI SINDROMI E MALFORMA ZIONI CONGENITE COMPLESSE - cod. es. RN1350, indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0162816 del 27/02/2026.	
C02KX06	sotatercept	SC	A-RRL	PHT Innovativo Registro AIFA Malattia Rara Cod. es. RG0120	In associazione ad altre terapie per l'ipertensione arteriosa polmonare (pulmonary arterial hypertension, PAH) nel trattamento di pazienti adulti di classe funzionale (Functional Class, FC) da II a III dell'OMS, per migliorare la capacità di esercizio fisico, in pazienti già precedentemente trattati per almeno 6 mesi con la triplice terapia antagonisti del recettore dell'endotelina + Inibitori della fosfodiesterasi 5/ Stimolatori della guanilato ciclasasi solubile + Analoghi/Agonisti della Prostaciclina.	Prot. n. 0247745 del 13/03/2026	Presidi di riferimento regionale, ai sensi della DGRC n.1362/2005 e s.m.i., per la malattia rara ipertensione polmonare arteriosa idiopatica, afferente al capitolo MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO - codice esenzione RG0120, indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0247745 del 13/03/2026.	

FARMACI A-PHT								
ATC	Principio Attivo	Via Somm	Classe di rimborsabilità e regime di fornitura	Condizioni/ modalità di impiego	Indicazione terapeutica	Nota Regionale	Centri Prescrittori	Note
R07AX33	deutivacaftor/ tezacaftor/ vanzacaftor	OS	A-RRL	PHT	Trattamento della fibrosi cistica (FC), in pazienti di età pari o superiore a 6 anni che hanno almeno una mutazione non di Classe I del gene regolatore di conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR).	Prot. n. 0259328 del 16/03/2026	Centri di riferimento regionale per la Fibrosi Cistica, istituiti con DGRC n. 1168/2001, presso AOU Federico II di Napoli indicati nella Nota Regionale Prot. n. 0259328 del 16/03/2026.	