



Regione Lombardia - Giunta
DIREZIONE GENERALE WELFARE
FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

Piazza Città di Lombardia n.1
20124 Milano
Tel 02 6765.1

welfare@pec.regione.lombardia.it

ALLE DIREZIONI SANITARIE E
AI SERVIZI FARMACEUTICI
DI ATS, ASST, IRCCS DI DIRITTO
PUBBLICO E PRIVATO, OSPEDALI
CLASSIFICATI E CASA DI CURA
ACCREDITATE

SEGRETARIO REGIONALE ARIS
SEGRETARIO REGIONALE ANISAP
SEGRETARIO REGIONALE AIOP
FEDERFARMA LOMBARDIA
ASSOFARM LOMBARDIA
FARMACIE UNITE
AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco
ARIA - Agenzia Regionale per l'Innovazione
e gli Acquisti SPA

Oggetto: Medicinale ANDEMBRY (garadacimab) - indicazioni regionali

Si informa che, sulla G.U. n.54 del 06-03-2026 è stato pubblicato l'avviso di pubblicazione di provvedimenti di classificazione e rimborsabilità di specialità sul portale «TrovaNormeFarmaco», tra cui la Determina Presidenziale n. 188-2026 che prevede la rimborsabilità del medicinale ANDEMBRY (garadacimab) per l'indicazione:

ANDEMBRY e' indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (hereditary angioedema, HAE) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni.

Si evidenzia:

- Classe di rimborsabilità: A/PHT per le confezioni con AIC n. 051998019/E e n. 051998033/E; C per le confezioni con AIC n. 051998021/E e n. 051998045/E;
- Piano Terapeutico AIFA (in allegato);
- medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti - allergologi, internisti esperti della

patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti da Regioni e Province autonome (RRL);

- SOLO Distribuzione diretta (File F tipologia 6) a carico dell'ASST scelta dal paziente;
- Centri autorizzati alla prescrizione: i presidi della Rete Malattie Rare identificati dal codice di esenzione RC0190 - ANGIOEDEMA EREDITARIO.

Come specificato nel Piano Terapeutico, ANDEMBRY non deve essere usato per il trattamento di attacchi di HAE acuto.

Cordiali saluti

Il Dirigente
IDA FORTINO

ANDEMBRY (garadacimab)_06032026.pdf

Referente per l'istruttoria della pratica: ALBERTO STRADA Tel. 02/67653227.

Siav S.p.A - Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC FCA1FDC9F21D7DE41C8A2BFE8F9B63096628E173569611B3E0C028C32F6E31B8

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato pdf: IDA FORTINO

Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Numero Protocollo 0023704/26
Data Protocollo 10/03/2026

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL <https://archiflow.ats-bg.it/PortaleGlifo>

IDENTIFICATIVO JCI7F-15263

PASSWORD dwEvz

DATA SCADENZA Senza scadenza

Scansiona il codice a lato per verificare il documento



Determina Pres. - 188-2026



Classificazione di specialità medicinali ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537

IL PRESIDENTE

Visto l'art. 48 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, recante "Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici", convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003, n. 326, che ha istituito l'Agenzia Italiana del Farmaco e, in particolare, il comma 33, che dispone la negoziazione del prezzo per i prodotti rimborsati dal Servizio sanitario nazionale tra Agenzia e Produttori;

Visto il decreto 20 settembre 2004 n. 245 del Ministro della salute, di concerto con i Ministri della funzione pubblica e dell'economia e delle finanze, recante "Regolamento recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco, a norma dell'articolo 48, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326", come da ultimo modificato dal decreto 8 gennaio 2024, n.3 del Ministro della salute, di concerto con i Ministri della funzione pubblica e dell'economia e delle finanze, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 11 del 15 gennaio 2024;

Visto il vigente regolamento di funzionamento e ordinamento del personale dell'Agenzia italiana del farmaco, adottato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione del 17 settembre 2025, n. 52, approvato, ai sensi dell'art. 22, commi 3 e 4, del decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245, dal Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per la pubblica amministrazione e pubblicato sul sito istituzionale dell'AIFA (comunicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale - n. 220 del 22 settembre 2025);

Visto il decreto del Ministro della salute 5 aprile 2024 con cui, a decorrere dalla data dello stesso, il prof. Robert Giovanni Nisticò è stato nominato Presidente del Consiglio di amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco, ai sensi dell'articolo 7 del citato decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245 e s.m.;

Visto il decreto del Ministro della salute 9 febbraio 2024 di nomina del dott. Pierluigi Russo quale Direttore tecnico - scientifico dell'Agenzia Italiana del Farmaco, ai sensi dell'articolo 10-bis del citato decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245 e s.m.;

Vista la legge 24 dicembre 1993, n. 537, concernente “Interventi correttivi di finanza pubblica”, con particolare riferimento all’art. 8, comma 10, che prevede la classificazione dei medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale;

Visto il regolamento (CE) n. 1901/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006, relativo ai medicinali per uso pediatrico;

Visto il regolamento (CE) n. 1394/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio del 13 novembre 2007 sui medicinali per terapie avanzate, recante modifica della direttiva 2001/83/CE e del regolamento (CE) n. 726/2004;

Visto il regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004, che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la vigilanza dei medicinali per uso umano e veterinario e che istituisce l'Agenzia Europea per i medicinali;

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante “Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un Codice comunitario concernente i medicinali per uso umano”;

Visto il decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2019 recante “Criteri e modalità con cui l'Agenzia italiana del farmaco determina, mediante negoziazione, i prezzi dei farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 185 del 24 luglio 2020;

Visti gli artt. 11 e 12 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, convertito, con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189, e s.m.i.;

Visto l'art.17 della L. 5 agosto 2022, n. 118, recante "Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021”;

Vista la determinazione AIFA del 3 luglio 2006, concernente “Elenco dei medicinali di classe a) rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai sensi dell'articolo 48, comma 5, lettera c), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003, n. 326 (Prontuario farmaceutico nazionale 2006)”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 156 del 7 luglio 2006;

Vista la determinazione AIFA del 27 settembre 2006, recante “Manovra per il governo della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 227 del 29 settembre 2006;

Vista la legge 30 dicembre 2024 (legge bilancio 2025) che all’articolo 1, comma 324 prevede che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 11, comma 6, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, relativamente alla quota minima

spettante ai farmacisti, a decorrere dall'anno 2025 le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali appartenenti alla classe di cui all'articolo 8, comma 10, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, sono fissate per le aziende farmaceutiche e per i grossisti, rispettivamente, nella percentuale del 66 per cento e del 3,65 per cento;

Vista la determinazione AIFA n. 599/2025 del 30/04/2025, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 117 del 22/05/2025, recante "Classificazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189, del medicinale per uso umano, a base di garadacimab, «Andembry»";

Vista la domanda presentata in data 31/03/2025 con la quale la Società CSL BEHRING GMBH ha chiesto la riclassificazione, ai fini della rimborsabilità, del medicinale ANDEMBRY (garadacimab);

Visto il parere positivo sulla rimborsabilità del medicinale ANDEMBRY (garadacimab), reso dalla Commissione Scientifica ed Economica del Farmaco, nella seduta del 01-05/12/2025;

Vista la delibera n. 7 del 28/01/2026 del Consiglio di Amministrazione dell'AIFA, concernente l'approvazione dei medicinali ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio e rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale;

Visti gli atti d'ufficio,

DETERMINA

ART. 1

(classificazione ai fini della rimborsabilità)

Il medicinale ANDEMBRY (garadacimab) nelle confezioni sotto indicate è classificato come segue.

Indicazione terapeutica autorizzata e rimborsata:

ANDEMBRY è indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (hereditary angioedema, HAE) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni.

Confezione

"200 mg - soluzione per infusione - uso sottocutaneo - siringa pre-riempita (vetro) 1,2 ml (167 mg/ml)" - 1 siringa preriempita

AIC n. 051998019/E (in base 10)

Classe di rimborsabilità

A

Prezzo ex-factory (IVA esclusa)

€ 28.230,69

Prezzo al pubblico (IVA inclusa)

€ 46.591,93

Confezione

“200 mg - soluzione per infusione - uso sottocutaneo - siringa pre-riempita (vetro) in penna pre-riempita 1,2 ml (167 mg/ml)”- 1 penna preriempita

AIC n. 051998033/E (in base 10)

Classe di rimborsabilità

A

Prezzo ex-factory (IVA esclusa)

€ 28.230,69

Prezzo al pubblico (IVA inclusa)

€ 46.591,93

Confezione

“200 mg - soluzione per infusione - uso sottocutaneo - siringa pre-riempita (vetro) 1,2 ml (167 mg/ml)” - 3 (3 x1) siringhe pre-riempite (confezione multipla)

AIC n. 051998021/E (in base 10)

Classe di rimborsabilità

C

Confezione

“200 mg - soluzione per infusione - uso sottocutaneo - siringa pre-riempita (vetro) in penna pre-riempita 1,2 ml (167 mg/ml)” - 3 (3 x1) penne pre-riempite (confezione multipla)

AIC n. 051998045/E (in base 10)

Classe di rimborsabilità

C

Sconto obbligatorio sul prezzo ex-factory, da praticarsi alle strutture sanitarie pubbliche, ivi comprese le strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, come da condizioni negoziali.

La società, fatte salve le disposizioni in materia di smaltimento scorte, nel rispetto dell'art. 13 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, nella legge 25 giugno 2019, n. 60, si impegna a mantenere una fornitura costante adeguata al fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando il prezzo ex-factory di cui al presente articolo, pari al 66,65 % del prezzo al pubblico [in alternativa ove previsto: 58,65% nel caso di medicinali di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b) del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39], in caso di erogazione nell'ambito del canale convenzionale, il titolare di AIC cede il valore, corrispondente alla quota di spettanza dello 0,65%, al grossista la cui quota, pertanto, passa dal 3% al 3,65% del prezzo di vendita al pubblico della specialità medicinale oggetto della presente determinazione.

Validità del contratto

24 mesi

ART. 2
(condizioni e modalità di impiego)

Prescrizione del medicinale soggetta a diagnosi e piano terapeutico, come da Allegato alla presente determinazione, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, nonché a quanto previsto dall'Allegato 2 e successive modifiche alla determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 (PHT-Prontuario della distribuzione diretta), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 259 del 4 novembre 2004, Supplemento Ordinario n. 162.

ART. 3
(classificazione ai fini della fornitura)

La classificazione ai fini della fornitura del medicinale ANDEMBRY (garadacimab) è la seguente: medicinale soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti - allergologi, internisti esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti da Regioni e Province autonome (RRL).

ART. 5
(disposizioni finali)

La presente determinazione viene pubblicata sul portale "TrovaNormeFarmaco", sviluppato in collaborazione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, accessibile anche dal sito istituzionale dell'Agenzia.

La conoscibilità legale della presente determinazione è garantita dalla concomitante trasmissione alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana di apposito avviso contenente gli estremi del provvedimento relativo al medicinale reso disponibile su "TrovaNormeFarmaco".

L'efficacia della presente determinazione decorre dal giorno successivo alla pubblicazione dell'avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 24/02/2025

Il Presidente: Robert Giovanni Nisticò



**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI ANDEMBRY (GARADACIMAB) NELLA
PREVENZIONE DI ROUTINE DEGLI ATTACCHI RICORRENTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (HAE) IN
PAZIENTI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 12 ANNI.**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di medici specialisti allergologi, internisti esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province autonome.

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita: __/__/__ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a: _____
ASL di residenza _____ Prov. _____ Regione _____
Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta: _____

La prescrizione di Andembry è a carico del SSN nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (HAE) in pazienti di età pari o superiore a 12 anni.

NOTA BENE: ANDEMBRY non deve essere usato per il trattamento di attacchi di HAE acuto.

Negli ultimi 12 mesi	
Grado di severità:	Giornate di invalidità _____
Numero di attacchi al mese con necessità di trattamento acuto:	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> da 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 o più

<input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> PROSECUZIONE TERAPIA
<p>ANDEMBRY (garadacimab)</p> <p><input type="checkbox"/> 200 mg - Soluzione per infusione - Uso sottocutaneo - Siringa pre-riempita (vetro) 1,2 ml (167 mg/ml) - 1 siringa preriempita; AIC: 051998019</p> <p><input type="checkbox"/> 200 mg - Soluzione per infusione - Uso sottocutaneo - Siringa pre-riempita (vetro) in penna pre-riempita 1,2 ml (167 mg/ml) - 1 penna preriempita; AIC: 051998033</p>	
DOSAGGIO	
<p>Dose prescritta negli adulti/adolescenti (≥12 anni): <input type="checkbox"/> 400 mg (due iniezioni da 200 mg) <u>il primo giorno</u></p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 200 mg al mese <u>nei mesi successivi</u></p> <p>Altro dosaggio (adattamento della dose come da RCP): _____</p> <p>Se si salta una dose di ANDEMBRY, è necessario assumere la dose non appena possibile.</p> <p>Rivalutazione dopo: _____</p>	

NOTA: vedi RCP per modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore
