



Argomento all'ordine del giorno	Esito della seduta della CTRF
<p>1. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:</p> <p>1.1 XENPOZYME- olipudasi alfa come terapia enzimatica sostitutiva per il trattamento delle manifestazioni non neurologiche del deficit di sfingomielinasi acida (ASMD) di tipo A/B o B in pazienti pediatriche e adulti</p> <p>1.2. LIVAMRLI - maralixibat indicato per il trattamento del prurito colestatico in pazienti affetti da sindrome di Alagille (ALGS) di età pari e superiore a due mesi</p> <p>1.3. UPSTAZA - eladocagene exuparvovec indicato per il trattamento di pazienti di età pari o superiore a diciotto mesi con una diagnosi di deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici (AADC) confermata dal punto di vista clinico, molecolare e genetico e con fenotipo severo</p> <p>1.4. ONIVYDE PERYLATED LIPOSOMAL - irinotecano indicato per il trattamento dell'adenocarcinoma metastatico del pancreas, in associazione con 5-fluorouracile (5-FU) e leucovorin (LV), in pazienti adulti in progressione dopo una terapia a base di gemcitabina</p> <p>1.5. PERJETA - pertuzumab indicato in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento neoadiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, localmente avanzato, infiammatorio o allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva</p> <p>1.6. LORVIQUA - lorlatinib è indicato, come monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) non trattati in precedenza con un inibitore di ALK</p> <p>1.7. ISTRUTTORIA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA</p> <p>- BLINCYTO - blinatumomab indicato in monoterapia per il trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per CD19. I pazienti con LLA da precursori delle cellule B positiva per il cromosoma Philadelphia devono non aver risposto al trattamento con almeno 2 inibitori della tirosin chinasi (TKI) e non</p>	<p>1.1. La CTRF conclude la valutazione.</p> <p>1.2. La CTRF rimanda la valutazione.</p> <p>1.3. La CTRF rimanda la valutazione.</p> <p>1.4. La CTRF rimanda la valutazione.</p> <p>1.5. La CTRF conclude la valutazione.</p> <p>1.6. La CTRF conclude la valutazione.</p> <p>1.7. La CTRF rimanda la valutazione.</p> <p>1.8. La CTRF conclude la valutazione.</p> <p>1.9. La CTRF conclude la valutazione.</p> <p>1.10. La CTRF rimanda la valutazione.</p>



<p>devono avere opzioni di trattamento alternative</p> <p>- TECARTUS - brexucabtagene autoleucl è indicato per il 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</p> <p>1.8. YESCARTA- axicabtagene ciloleucl per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e 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</p> <p>1.9. YESCARTA- axicabtagene ciloleucl Trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) r/r dopo tre o più linee di terapia sistemica</p> <p>1.10. LONQUEX - ipefilgrastim per il trattamento nei bambini di età pari e superiore a due anni per la riduzione della durata della neutropenia e dell'incidenza di neutropenia febbrile in pazienti sottoposti a chemioterapia citotossica per il trattamento di neoplasie maligne (ad eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche)</p>	
<p>2. DDR n. 175 del 20 dicembre 2022 "Procedura per l'impiego di farmaci antibiotici classificati H-OSP nei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti": presentazione del monitoraggio I sem 2023 e degli esiti survey "Utilizzo di antibiotici nel Territorio. Rilevazione" svolta presso le Aziende Sanitarie.</p>	<p>2. La CTRF conclude la valutazione.</p>
<p>3. Richiesta di rinnovo dell'autorizzazione alla prescrizione a carico del SSN di farmaci indicati per il trattamento dell'infertilità femminile e maschile, soggetti alla Nota AIFA 74, da parte di Centri privati non accreditati</p>	<p>3. La CTRF conclude la valutazione.</p>
<p>4. Richieste integrazione Centri prescrittori:</p> <p>- DDR 158/2023: maribavir</p>	<p>4. La CTRF conclude la valutazione.</p>