Commissione Tecnica Regionale Farmaci

**Esiti della seduta in Teleconferenza del 30 novembre 2023**

| Argomento all'ordine del giorno | Esito della seduta della CTRF |
|---|---|
| **1. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:** | |
| **1.1. VABYSMO - faricimab** indicato per il trattamento di pazienti adulti con degenerazione maculare legata all'età di tipo neovascolare (umida) (nAMD) | 1.1. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.2. VABYSMO - faricimab** indicato per il trattamento di pazienti con compromissione della vista dovuta a edema maculare diabetico | 1.2. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.3. LYNPARZA - olaparib** indicato in monoterapia o in associazione con la terapia endocrina per il trattamento adiuvante di pazienti adulti con cancro della mammella allo stadio iniziale ad alto rischio, HER2-negativo, e con mutazioni nella linea germinale BRCA1/2, precedentemente trattati con chemioterapia neoadiuvante o adiuvante | 1.3. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.4. JEMPERLI - dostarlimab** è indicato per il trattamento dell'adenocarcinoma localmente avanzato del retto (LARC) (stadio II-III) con MSI-H - inserimento L. 648/96 | 1.4. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.5. BRUKINSA - zanubrutinib** in monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma della zona marginale (MZL) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia a base di anticorpi anti-CD20 | 1.5. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.6. BRUKINSA - zanubrutinib** in monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia linfocitica cronica (LLC) | 1.6. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.7. EQUINGAM - immunoglobuline equine anti-linfociti T umani (eATG)**, indicato negli adulti e nei bambini di età pari o superiore a due anni per il trattamento dell'anemia aplastica acquisita da moderata a grave ad eziologia immunologica nota o sospetta, come parte della terapia immunosoppressiva standard in pazienti che non sono idonei al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) o per i quali non è disponibile un donatore di HSC idoneo | 1.7. La CTRF conclude la valutazione. |
| **1.8. EVKEEZA - evinacumab** è indicato in aggiunta alla dieta e ad altre terapie volte a ridurre il colesterolo lipoproteico a bassa densità (LDL-C) per il trattamento di pazienti adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni con ipercolesterolemia familiare omozigote (HoFH) | 1.8. La CTRF conclude la valutazione. |

*Area Sanità e Sociale*
*Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici*
*Rio Novo, Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia tel. 041. 2793412/3415/3406 - fax 041. 2793468*
*e-mail: assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it PEC: area.sanitasociale @pec.regione.veneto.it*
*Cod. Fisc. 80007580279 P.IVA 02392630279*

| | |
|---|---|
| **2. Approvazione scheda istruttoria e scheda prescrittiva regionale**<br><br>**2.1. QUOFENIX - delafloxacina** indicato negli adulti per il trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e dei tessuti molli (ABSSSI) quando si considera inappropriato l'uso di altri agenti antibatterici comunemente raccomandati per il trattamento iniziale di tali infezioni. | 2.1. La CTRF conclude la valutazione. |
| **3. Richieste integrazione Centri prescrittori:**<br><br>**- DGR 1450/2022:** farmaci Nota 74;<br>**- DDR 168/2022:** inclisiran (Leqvio®);<br>**- DDR 56/2023:** iPCSK9. | 3. La CTRF conclude la valutazione. |
| **4. Linee di indirizzo regionali per la gestione farmacologica dell'asma grave non controllato: aggiornamento (DDR n. 54/2018)** | 4. La CTRF prende atto. |
| **5. Varie ed eventuali**<br><br>**5.1. Esiti della rilevazione sull'utilizzo degli allergeni, di cui agli Allegati AIFA 2 e 3**, da parte delle Aziende ULSS/Ospedaliere della Regione del Veneto | 5.1. La CTRF conclude la valutazione. |