



COMMISSIONE TECNICA REGIONALE FARMACI

ORDINE DEL GIORNO

Seduta in Teleconferenza del 10.9.2025

1. ELADYNOS – abaloparatide indicato, nel trattamento di prima scelta nella prevenzione secondaria in donne con pregresse fratture vertebrali o di femore e T-score colonna o femore $< -2,5$ e $> -5,0$ (T-score $< -2,0$ e $> -5,0$ se di età superiore a 65 anni) + ≥ 2 fratture vertebrali lievi o almeno 1 moderata o storia di frattura ad avambraccio, omero, sacro, pelvi, anca, femore, o tibia negli ultimi cinque anni – **integrazione istruttoria**

Istruttoria: Segreteria CTRF

2. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:

ONCOLOGIA

2.1. TRUQAP – capivasertib indicato, in associazione a fulvestrant per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo al recettore degli estrogeni (oestrogen receptor, ER), HER2-negativo, con una o più alterazioni di PIK3CA/AKT1/PTEN in seguito a recidiva o progressione durante o dopo un regime a base endocrina - **farmaco C(nn) - istruttoria sospesa**

Istruttoria: Segreteria della CTRF

2.2. Istruttoria farmaci per il cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione (mCRPC)

- **TALZENNA – talazoparib** indicato, in combinazione con enzalutamide per il trattamento di pazienti adulti con cancro della prostata metastatico resistente alla castrazione (mCRPC), con mutazioni BRCA 1/2 (germinali e/o somatiche), nei quali la chemioterapia non è clinicamente indicata

- **AKEEGA – niraparib/abiraterone acetato** indicato, con prednisone o prednisolone per il trattamento di pazienti adulti con cancro della prostata metastatico e resistente alla castrazione (mCRPC) e con mutazioni BRCA 1/2 (germinali e/o somatiche), per i quali la chemioterapia non è clinicamente indicata

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

2.3. FRUZAQLA – fruquintinib indicato, in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti con cancro del colon-retto metastatico (mCRC) che sono stati precedentemente trattati con le terapie standard disponibili, incluse le chemioterapie a base di fluoropirimidina, oxaliplatino e irinotecan, agenti anti-VEGF e agenti anti-EGFR e che hanno manifestato progressione o sono risultati intolleranti al trattamento con trifluridina-tipiracil o con regorafenib

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero



2.4. XTANDI – enzalutamide indicato, come monoterapia, o in associazione con terapia di deprivazione androgenica per il trattamento di uomini adulti con cancro della prostata non metastatico ormono-sensibile (nmHSPC) con recidiva biochimica (BCR) ad alto rischio non idonei alla radioterapia di salvataggio

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

ONCOEMATOLOGIA

2.5. ELREXFIO – elranatamab indicato, in monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno tre precedenti terapie, compresi un agente immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano dimostrato progressione della malattia con l'ultima terapia - **sospesa**

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero e Segreteria CTRF

2.6. JAYPIRCA - pirtobrutinib indicato, in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia linfatica cronica (chronic lymphocytic leukaemia, CLL) recidivante o refrattaria che sono stati precedentemente trattati con un inibitore di BTK

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

DERMATOLOGIA

2.7. COSENTYX – secukinumab indicato, per il trattamento dell'idrosadenite suppurativa (acne inversa) attiva di grado da moderato a severo in adulti con una risposta inadeguata alla terapia sistemica convenzionale per l'HS

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

ALTRO

2.8. Istruttoria farmaci per la fibrosi cistica

- **KAFTRIO - Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor** indicato in un regime di associazione con ivacaftor 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 F508del nel gene regolatore della conduttanza transmembrana della fibrosi cistica (CFTR)

- **KALYDECO – ivacaftor** indicato in monoterapia per il trattamento di bambini tra 1 mese e minore di 4 mesi di età con peso corporeo da 3 kg affetti da fibrosi cistica (FC), che hanno una mutazione R117H CFTR o una delle seguenti mutazioni di gating (di classe III) nel gene CFTR: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N o S549R

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero



2.9. VYDURA – rimegepant indicato per il trattamento acuto di emicrania con o senza aura negli adulti e per il trattamento preventivo di emicrania episodica negli adulti che hanno almeno 4 attacchi di emicrania al mese.

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

2.10. KAPRUVIA – difelikefalin indicato, per il trattamento del prurito da moderato a severo associato a malattia renale cronica in pazienti adulti sottoposti a emodialisi.

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

3. Valutazione delle richieste di riconoscimento di ulteriori Centri autorizzati alla prescrizione dei seguenti farmaci:

- Sacubitril - Valsartan (Entresto®);
- Vericiguat (Verquvo®);
- Farmaci NAO - Apixaban (Eliquis®); Edoxaban (Lixiana®); Rivaroxaban (Xarelto®); Dabigatran (Pradaxa®);
- Rivaroxaban (Xarelto®) – indicazione pediatrica;
- Farmaci Nota AIFA 51;
- Farmaci Nota AIFA 74;
- Farmaci Nota AIFA 79;
- Farmaci Nota AIFA 85;
- Ciclosilicato di sodio e zirconio (Lokelma®), Patiromer (Veltassa®);
- Dronedarone;
- Ticagrelor;
- Prasugrel;
- Levocarnitina;
- Metilfenidato (Ritalin®, Equasym®, Medikinet®);
- Solriamfetol (Sunosi®), Pitolisant (Ozawade®);
- Maribavir (Livtency®);
- Dupilumab (Dupixent®);
- Farmaci per emicrania (Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab, Eptinezumab, Atogepant);
- Mepolizumab (Nucala®);
- Odevixibat (Bylvay®).

Istruttoria: Segreteria della CTRF

4. Aggiornamento dell'elenco dei farmaci correlati alle patologie cronico-invalidanti ai fini del

Area Sanità e Sociale

Direzione Farmaceutico-Protetica-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



riconoscimento dell'esenzione dalla partecipazione al costo della spesa farmaceutica

Istruttoria: Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi Medici

5. Varie ed eventuali

5.1. Valutazione ed individuazione dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione del farmaco CRYSVITA – burosumab indicato per il trattamento dell'ipofosfatemia FGF23-correlata nell'osteomalacia oncogenica associata a tumori mesenchimali fosfaturici non resecabili con intenti curativi o non localizzabili, nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 1 e 17 anni e negli adulti.

Istruttoria: Segreteria della CTRF