



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Commissione Tecnica Regionale Farmaci

Esiti della seduta in Teleconferenza del 28 gennaio 2026

Argomento all'ordine del giorno	Esito della seduta della CTRF
<p>1. Argomenti sospesi nelle sedute della CTRF precedenti:</p> <p>1.1. Scheda istruttoria del farmaco RYEQO – relugolix/estradiolo/noretisterone acetato indicato in donne adulte in età fertile per il trattamento sintomatico dell'endometriosi in donne con anamnesi di precedenti trattamenti farmacologici o chirurgici per l'endometriosi</p> <p>1.2. ANZUPGO - delgocitinib indicato per il trattamento dell'eczema cronico delle mani (chronic hand eczema, CHE) da moderato a severo negli adulti per i quali i corticosteroidi topici sono inadeguati o inappropriati</p> <p>1.3. Scheda istruttoria C(nn) LAZCLUZE - lazertinib e RYBREVANT – amivantamab indicati, in associazione, per il trattamento di combinazione in prima linea, di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (non-small cell lung cancer, NSCLC) avanzato con delezioni nell'esone 19 o mutazioni di sostituzione L858R nell'esone 21 del gene EGFR</p>	<p>1.1. La CTRF conclude la valutazione</p> <p>1.2. La CTRF conclude la valutazione</p> <p>1.3. La CTRF conclude la valutazione</p>
<p>2. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:</p> <p>ONCOEMATOLOGIA</p> <p>2.1. BREYANZI - lisocabtagene maraleucel indicato per il 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 ricidivati entro 12 mesi dal completamento della chemio-immunoterapia di prima linea</p> <p>2.2. Farmaci C(nn) BLENREP - belantamab mafodotin indicato negli adulti per il trattamento del mieloma multiplo recidivato o refrattario in associazione a bortezomib e desametasone nei pazienti che hanno ricevuto almeno una terapia precedente, e in associazione a pomalidomide e desametasone nei pazienti che hanno ricevuto almeno una terapia precedente comprendente lenalidomide</p>	<p>2.1. La CTRF conclude la valutazione</p> <p>2.2. La CTRF conclude la valutazione</p>
<p>MALATTIE RARE</p> <p>2.3. REBLOZYL – luspatercept indicato negli adulti per il trattamento dell'anemia trasfusione-dipendente</p>	<p>2.3. La CTRF conclude la valutazione</p>

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



dovuta a sindromi mielodisplastiche (myelodysplastic syndromes, MDS) a rischio molto basso, basso e intermedio

2.4. BEYONTRA – acoramidis indicato nel trattamento dell'amiloidosi da transtiretina wild type o variante in pazienti adulti con cardiomiopatia (ATTR-CM)

AREA ONCOLOGICA

2.5. BRAFTOVI – encorafenib e MEKTOVI – binimetinib indicati, in associazione, per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato positivo alla mutazione BRAF V600

2.6. Scheda istruttoria sul carcinoma uroteliale

- **KEYTRUDA – pembrolizumab** indicato, in associazione a enfortumab vedotin, nel trattamento di prima linea del carcinoma uroteliale non resecabile o metastatico negli adulti

- **PADCEV – enfortumab vedotin** indicato, in associazione a pembrolizumab, per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con cancro uroteliale non resecabile o metastatico che possono essere sottoposti a chemioterapia contenente platino

2.7. KEYTRUDA – pembrolizumab indicato, in associazione a carboplatino e paclitaxel, 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)

2.8. KEYTRUDA – pembrolizumab indicato, in associazione a chemioradioterapia (radioterapia a fasci esterni seguita da brachiterapia), 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

AREA GASTROENTEROLOGICA

2.9. Farmaco C(nn) OMVOH – mirikizumab indicato per il trattamento di pazienti adulti con malattia di Crohn attiva di grado da moderato a grave che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un trattamento biologico

2.10. VELSIPITY – etrasimod indicato per il trattamento di pazienti di età pari o superiore a 16 anni affetti da colite ulcerosa (CU) da moderatamente a gravemente attiva che hanno avuto una risposta inadeguata, hanno perso la risposta o sono risultati intolleranti alla terapia convenzionale o a un agente

2.4. La CTRF conclude la valutazione

2.5. La CTRF conclude la valutazione

2.6. La CTRF conclude la valutazione

2.7. La CTRF conclude la valutazione

2.8. La CTRF conclude la valutazione

2.9. La CTRF conclude la valutazione

2.10. La CTRF conclude la valutazione



biologico

AREA DERMATOLOGICA

2.11. OLUMIANT – baricitinib indicato per il 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

ALTRO

2.12. IMIGRAN SPRAY NASALE – sumatriptan indicato per il trattamento dell'attacco acuto di emicrania con o senza aura negli adolescenti (12-17 anni di età)

2.13. TENKASI – oritavancina e HYDALBA – dalbavancina indicati nel trattamento delle infezioni batteriche acute della cute e della struttura cutanea (ABSSSI) nei pazienti pediatrici di età pari o superiore ai 3 mesi

2.11. La CTRF conclude la valutazione

2.12. La CTRF conclude la valutazione

2.13. La CTRF conclude la valutazione

3. Criteri per l'individuazione dei farmaci per i quali risulta appropriata la Distribuzione Per Conto (DPC) predisposti dal Tavolo di Lavoro Multidisciplinare, di cui alla DGR n. 1294/2025

3. La CTRF conclude la valutazione

4. 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

4. La CTRF conclude la valutazione

5. Procedura per la valutazione regionale dei farmaci C(nn): proposta di aggiornamento

5. La CTRF sospende la valutazione

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

- Farmaci Nota AIFA 74;
- Farmaci Nota AIFA 79;
- Farmaci Nota AIFA 100;
- Farmaci biologici di area dermatologica e gastroenterologica;
- Farmaci biologici per il trattamento dell'asma grave

6. La CTRF rimanda la valutazione