



COMMISSIONE TECNICA REGIONALE FARMACI

ORDINE DEL GIORNO

Seduta in Teleconferenza del 28.1.2026

1. Argomenti sospesi nelle sedute della CTRF precedenti:

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

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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.

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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

Istruttoria: Segreteria CTRF e Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)

2. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:

ONCOEMATOLOGIA

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 recidivati entro 12 mesi dal completamento della chemio-immunoterapia di prima linea

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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



Istruttoria: Segreteria CTRF

MALATTIE RARE

2.3. REBLOZYL – luspaterecept indicato negli adulti per il trattamento dell'anemia trasfusione-dipendente dovuta a sindromi mielodisplastiche (myelodysplastic syndromes, MDS) a rischio molto basso, basso e intermedio

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

ONCOLOGIA

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

Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)

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

Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)

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)

Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)

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

Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)



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

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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 biologico

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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).

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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

Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero

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

Presentazione: Direzione Farmaceutico - Protesica Dispositivi Medici e UOC Logistica – Azienda Zero

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



Istruttoria: Direzione Farmaceutico - Protesica Dispositivi Medici

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

Istruttoria: Direzione Farmaceutico-Protesica Dispositivi Medici

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.

Istruttoria: Segreteria della CTRF

7. Varie ed eventuali