



## 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 ricidivati 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 ricidivato 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 – luspatercept** 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. BEYONTRA – 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. BRAFOTOVI – 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 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](mailto:assistenza.farmaceutica@regione.veneto.it) PEC: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)*

*Cod. Fisc. 80007580279 P.IVA 02392630279*



## 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 Alfa 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**