



COMMISSIONE TECNICA REGIONALE FARMACI

ORDINE DEL GIORNO

Seduta in Teleconferenza del 22.4.2026

1. **Approvazione del verbale** della seduta della CTRF del 11 marzo 2026

2. **Aggiornamento della composizione della CTRF**

*Comunicazione della Segreteria della CTRF*

3. **Farmaco GIVLAARI - givosiran** indicato per il trattamento della porfiria epatica acuta (AHP) in adulti e adolescenti di età pari e superiore ai dodici anni: proposta di aggiornamento della modalità di approvvigionamento

*Istruttoria: Direzione Farmaceutico-Protetica Dispositivi Medici*

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

- **Ranibizumab (Lucentis®) - Alfibercept (Eylea®)** per il trattamento della retinopatia del prematuro (ROP)

5. **Argomenti sospesi dalle precedenti sedute della CTRF:**

5.1. **ORSERDU – elacestrant** indicato per il trattamento di donne in postmenopausa, e di uomini, con carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico positivo per i recettori degli estrogeni (ER) e negativo per HER2, con una mutazione attivante di ESR1, che mostrano progressione della malattia in seguito ad almeno una linea di terapia endocrina comprendente un inibitore di CDK 4/6: **proposta di Scheda di Prescrizione regionale**

*Istruttoria: Direzione Farmaceutico-Protetica Dispositivi Medici*

5.2. **DUPIXENT – dupilumab** indicato per il trattamento dell'esofagite eosinofila in bambini di età compresa tra 1 e 11 anni e un peso di almeno 15kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale

*Istruttoria dell'approfondimento: Segreteria CTRF*

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

*Istruttoria: Direzione Farmaceutico-Protetica Dispositivi Medici*



## 5.4. Rete regionale dei Centri prescrittori dei farmaci per il trattamento della Sclerosi Multipla, di cui alla DGR n. 771/2014: proposta di aggiornamento

*Istruttoria: Direzione Farmaceutico-Protesica Dispositivi Medici*

## 6. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:

### AREA ONCOLOGICA

**6.1. KISQALI – ribociclib** in associazione a un inibitore dell'aromatasi per il trattamento adiuvante di pazienti con cancro della mammella in fase iniziale positivo per il recettore ormonale (HR) e negativo per il recettore di tipo 2 per il fattore di crescita epidermico umano (HER2), ad alto rischio di recidiva. In donne in pre- o perimenopausa, o in uomini, l'inibitore dell'aromatasi deve essere associato ad un agonista dell'ormone di rilascio dell'ormone luteinizzante (LHRH)

*Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)*

**6.2. RYBREVANT – amivantamab** in associazione con carboplatino e pemetrexed, per il trattamento 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 dell'EGFR dopo fallimento di una precedente terapia comprendente un inibitore della tirosin-chinasi (tyrosine kinase inhibitor, TKI) dell'EGFR

*Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)*

**6.3. RYBREVANT – amivantamab** in combinazione con carboplatino e pemetrexed per il trattamento di prima linea di pazienti adulti affetti da NSCLC avanzato con mutazioni da inserzione nell'esone 20 attivanti dell'EGFR.

*Istruttoria: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)*

**6.4. 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: Coordinamento Regionale Attività Oncologiche (CRAO)*

### MALATTIE RARE

**6.5. DUVYZAT – givinostat** indicato per il trattamento della distrofia muscolare di Duchenne (DMD) in pazienti deambulanti, di età pari o superiore a 6 anni, e con trattamento concomitante con corticosteroidi

*Istruttoria: Segreteria CTRF*

*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*



**6.6. ANDEMBRY – garadacimab** indicato per la prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (hereditary angioedema, HAE) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni

*Istruttoria: UOC Governo Clinico – Azienda Zero*

**6.7. FABHALTA – iptacopan** indicato per il trattamento dei pazienti adulti con glomerulopatia da C3 (C3G) in associazione con un inibitore del sistema renina-angiotensina (RAS), oppure in pazienti che sono intolleranti agli inibitori di RAS o per i quali un inibitore di RAS è controindicato

*Istruttoria: UOC Governo Clinico – Azienda Zero*

## AREA EMATOLOGICA

**6.8. JAYPIRCA - pirtobrutinib** indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia linfatica cronica (LLC) recidivante o refrattaria che sono stati precedentemente trattati con un inibitore di BTK.

*Istruttoria: UOC Governo Clinico – Azienda Zero*

**6.9. CARVYKTI - ciltacabtagene autoleucl** indicato per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo recidivato e refrattario che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, inclusi un agente immunomodulante e un inibitore del proteasoma, nei quali si è verificata progressione della malattia durante l'ultima terapia e sono refrattari a lenalidomide

*Istruttoria: Segreteria CTRF*

## ALTRO

**6.10. LYVDELZI – seladelpar** indicato per il trattamento della colangite biliare primaria (primary biliary cholangitis, PBC) in combinazione con acido ursodesossicolico (UDCA) negli adulti che hanno una risposta inadeguata al solo UDCA o in monoterapia in quelli ove UDCA non è tollerato

*Istruttoria: UOC Governo Clinico – Azienda Zero*

**6.11. RECIGAR – citisina** indicato nella cessazione dell'abitudine al fumo nei pazienti adulti

*Istruttoria: UOC Governo Clinico – Azienda Zero*

## **7. Varie ed eventuali**