



**COMMISSIONE TECNICA REGIONALE FARMACI  
ORDINE DEL GIORNO  
Seduta in Teleconferenza del 21.12.2023**

**1. Approvazione schede istruttorie ed individuazione Centri prescrittori:**

**1.1. XENPOZYME- olipudasi alfa** come terapia enzimatica sostitutiva per il trattamento delle manifestazioni non neurologiche del deficit di sfingomielinasi acida (ASMD) di tipo A/B o B in pazienti pediatrici e adulti

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.2. LIVAMRLI - maralixibat** indicato per il trattamento del prurito colestatico in pazienti affetti da sindrome di Alagille (ALGS) di età pari e superiore a due mesi

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.3. UPSTAZA - eladocagene exuparvovec** indicato per il trattamento di pazienti di età pari o superiore a diciotto mesi con una diagnosi di deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici (AADC) confermata dal punto di vista clinico, molecolare e genetico e con fenotipo severo

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.4. ONIVYDE PERYLATED LIPOSOMAL - irinotecano** indicato per il trattamento dell'adenocarcinoma metastatico del pancreas, in associazione con 5-fluorouracile (5-FU) e leucovorin (LV), in pazienti adulti in progressione dopo una terapia a base di gemcitabina

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.5. PERJETA - pertuzumab** indicato in associazione con trastuzumab e chemioterapia nel trattamento neoadiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario HER2 positivo, localmente avanzato, infiammatorio o allo stadio iniziale ad alto rischio di recidiva

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.6. LORVIQUA - lorlatinib** è indicato, come monoterapia, per il trattamento di pazienti adulti affetti da tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC) in stadio avanzato positivo per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) non trattati in precedenza con un inibitore di ALK



*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

## **1.7. ISTRUTTORIA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA**

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**BLINCYTO - blinatumomab** indicato in monoterapia per il trattamento di adulti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) da precursori delle cellule B, recidivante o refrattaria, positiva per CD19. I pazienti con LLA da precursori delle cellule B positiva per il cromosoma Philadelphia devono non aver risposto al trattamento con almeno 2 inibitori della tirosin chinasi (TKI) e non devono avere opzioni di trattamento alternative

**TECARTUS - brexucabtagene autoleucl** è indicato per il trattamento di pazienti adulti di età pari o superiore a ventisei anni con leucemia linfoblastica acuta (acute lymphoblastic leukaemia, ALL) a precursori di cellule B recidivante o refrattaria

**1.8. YESCARTA- axicabtagene ciloleucl** per il trattamento di pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) e linfoma a cellule B ad alto grado (high-grade B cell lymphoma, HGBL) refrattario alla chemioimmunoterapia di prima linea o recidivante entro dodici mesi dal completamento della chemioimmunoterapia di prima linea

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.9. YESCARTA- axicabtagene ciloleucl** Trattamento di pazienti adulti con linfoma follicolare (LF) r/r dopo tre o più linee di terapia sistemica

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**1.10. LONQUEX - ipefilgrastim** per il trattamento nei bambini di età pari e superiore a due anni per la riduzione della durata della neutropenia e dell'incidenza di neutropenia febbrile in pazienti sottoposti a chemioterapia citotossica per il trattamento di neoplasie maligne (ad eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche)

*Istruttoria: UOC Governo Clinico - Azienda Zero*

**2. DDR n. 175 del 20 dicembre 2022 "Procedura per l'impiego di farmaci antibiotici classificati H-OSP nei Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti":** presentazione del monitoraggio I sem 2023 e degli esiti survey "Utilizzo di antibiotici nel Territorio. Rilevazione" svolta presso le Aziende Sanitarie.

*Istruttoria: Direzione Farmaceutico Protesica Dispositivi Medici*



**3. 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*

**4. Richieste integrazione Centri prescrittori:**

- **DGR 158/2023:** maribavir.

**5. Varie ed eventuali**