



COMMISSIONE REGIONALE DEL FARMACO
Sintesi delle decisioni della CRF
Riunione del giorno 15 maggio 2025

Illustriamo di seguito le decisioni assunte dalla CRF sugli usi appropriati, il ruolo in terapia e le modalità di dispensazione dei farmaci valutati ai fini dell'inserimento in PTR.

PROPOSTE DI AMBITI DI INTERVENTO E OBIETTIVI ALLE AA.SS. SUL GOVERNO DELL'USO DEI FARMACI (PREVISIONI AUMENTO DI SPESA PER NUOVI FARMACI)

È stato richiamato l'andamento della spesa farmaceutica dei primi mesi 2025, secondo quanto illustrato nella precedente riunione del 27 marzo, con l'accenno alle principali classi di farmaci con impatto sulla spesa ospedaliera.

Sono delineati i seguenti ambiti di intervento:

- Antidiabetici
- Farmaci cardiovascolari (scompenso, anticoagulanti, ipolipemizzanti)
- Farmaci ipolipemizzanti: acido bempedoico, iPCSK9, icosapent etile
- Farmaci intravitreali anti VEGF
- Farmaci oncologici e oncoematologici
- Farmaci biologici immunosoppressivi
- Anticorpi monoclonali per il trattamento della dermatite atopica grave

TICKET: NUOVA TABELLA ESENZIONI PER PATOLOGIA-FARMACI CORRELATI

La Segreteria presenta alla Commissione Regionale l'aggiornamento predisposto della tabella che correla le esenzioni per patologia con i principali farmaci impiegati nel trattamento della patologia e pertanto esentati dalla partecipazione.

Si concorda che la tabella verrà inviata alla CRF per osservazioni/integrazioni in modo da poterne deliberare la versione finale nella prima seduta utile della Giunta.

FARMACI: VALUTAZIONI E RACCOMANDAZIONI

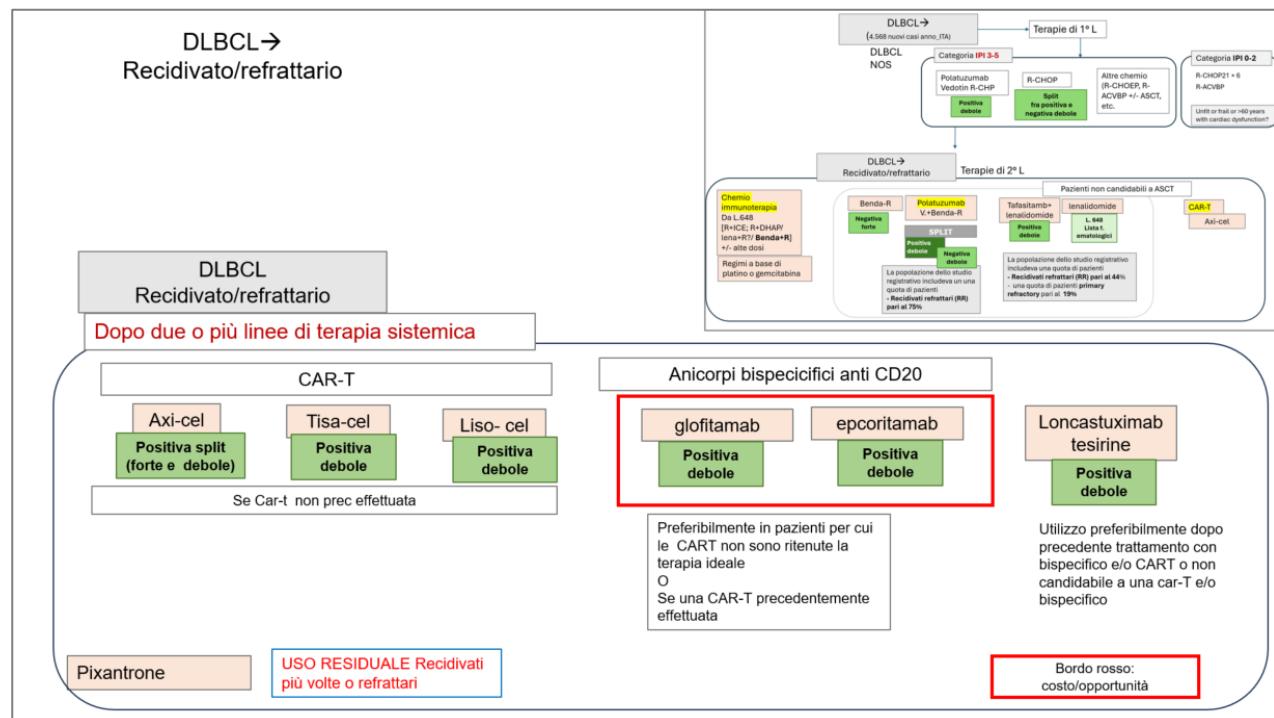
Linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato-refrattario

Epcoritamab ATC L01FX27: s.c., H OSP- REGISTRO WEB BASED AIFA

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “*Epcoritamab In monoterapia, è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistemica*”.

DECISIONE DELLA CRF:

La Commissione Regionale del Farmaco dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per epcoritamab, per l’indicazione sopraviportata, ha espresso **parere favorevole all’inserimento della nuova indicazione del farmaco in PTR e approvato la raccomandazione con valutazione di sovrapponibilità terapeutica e un giudizio di costo-opportunità** formulata dal gruppo GReFO nell’ambito delle raccomandazioni già disponibili per il linfoma diffuso a grandi cellule B.



Flow chart CRF-GReFO per la definizione del posto in terapia dei farmaci per il trattamento del linfoma a grandi cellule B, recidivato o refrattario dopo due o più linee di terapia. Focus sugli anticorpi bispecifici disponibili.

Epcoritamab e glofitamab – Linfoma a grandi cellule B, recidivato o refrattario dopo due o più linee di terapia. Raccomandazione CRF-GReFO:

“Nei pazienti adulti affetti da linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario che sono stati sottoposti a due o più linee di terapie sistemiche precedenti, un anticorpo bispecifico, **epcoritamab o glofitamab, può essere utilizzato in pazienti selezionati e ben informati**”.

Raccomandazione **POSITIVA DEBOLE** formulata sulla base di evidenze di **qualità bassa** e rapporto **benefici/rischi: favorevole**.

Nota del Panel

Il trattamento con un bispecifico è da considerare preferibilmente nei pazienti per cui le CART non sono ritenute la terapia ideale o se la CAR-T è stata precedentemente effettuata.

Accordo del Panel sul costo-opportunità

Poiché ai due farmaci bispecifici anti CD20/CD3, **epcoritamab e glofitamab**, per il trattamento del linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) recidivato o refrattario, dopo due o più linee di terapia sistematica, è stata attribuita la stessa raccomandazione positiva debole, il Panel concorda che, a parità di forza e verso delle raccomandazioni e in assenza di specifiche condizioni/comorbidità, nella scelta del trattamento si debba tener conto, per l'uso prevalente, anche del rapporto costo/opportunità.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA, Procedure No. EMEA/H/C/005985/0000 [Tepkinly; INN-epcoritamab](#)
- Thieblemont C. et al. Epcoritamab, a Novel, Subcutaneous CD3xCD20 Bispecific T-Cell–Engaging Antibody, in Relapsed or Refractory Large B-Cell Lymphoma: Dose Expansion in a Phase I/II Trial. *J Clin Oncol* 41:2238-2247; 2022.
- EPAR EMA, Procedure No. . EMEA/H/C/005751/0000 [Columvi; INN-glofitamab](#)
- Dickinson M.J et al. Glofitamab for Relapsed or Refractory Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med* 2022;387:2220-31.

Mieloma multiplo recidivato e refrattario, dopo almeno 3 precedenti terapie

Talquetamab ATC L01FX29: sc, H, OSP. Registro AIFA web based

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “*in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno 3 precedenti terapie, compresi un agente immunomodulante, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l'ultima terapia*”.

DECISIONE DELLA CRF:

La Commissione Regionale del Farmaco dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per talquetamab esprime parere favorevole all’**inserimento della nuova indicazione del farmaco in PTR e approva la raccomandazione** formulata dal gruppo GReFO.

Talquetamab – mieloma multiplo, recidivato e refrattario dopo almeno 3 precedenti terapie.

Raccomandazione CRF-GReFO:

“Nei pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno 3 precedenti terapie, compresi un agente immunomodulante, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l’ultima terapia, **talquetamab in monoterapia può essere utilizzato in pazienti selezionati e ben informati**”.

Raccomandazione **positiva debole** formulata sulla base di evidenze di **qualità bassa** e rapporto **benefici/rischi: favorevole**.

Elranatamab ATC L01FX32: sc, H, OSP. Registro AIFA web based

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: *“in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario, che abbiano ricevuto almeno tre terapie precedenti, tra cui un agente immunomodulante, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e abbiano dimostrato progressione della malattia con l’ultima terapia”.*

DECISIONE DELLA CRF:

La Commissione Regionale del Farmaco in seguito alla valutazione delle prove di efficacia e sicurezza precedentemente avvenuta per elranatamab, alla luce della recente rimborsabilità del farmaco, esprime parere favorevole all'**inserimento in PTR** e **approva la raccomandazione** formulata dal gruppo GReFO.

Elranatamab – mieloma multiplo, recidivato e refrattario dopo almeno 3 precedenti terapie.**Raccomandazione CRF-GReFO:**

“Nei pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno 3 precedenti terapie, compresi un agente immunomodulante, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l’ultima terapia, **elranatamab** in monoterapia **può essere utilizzato in pazienti selezionati e ben informati**”.

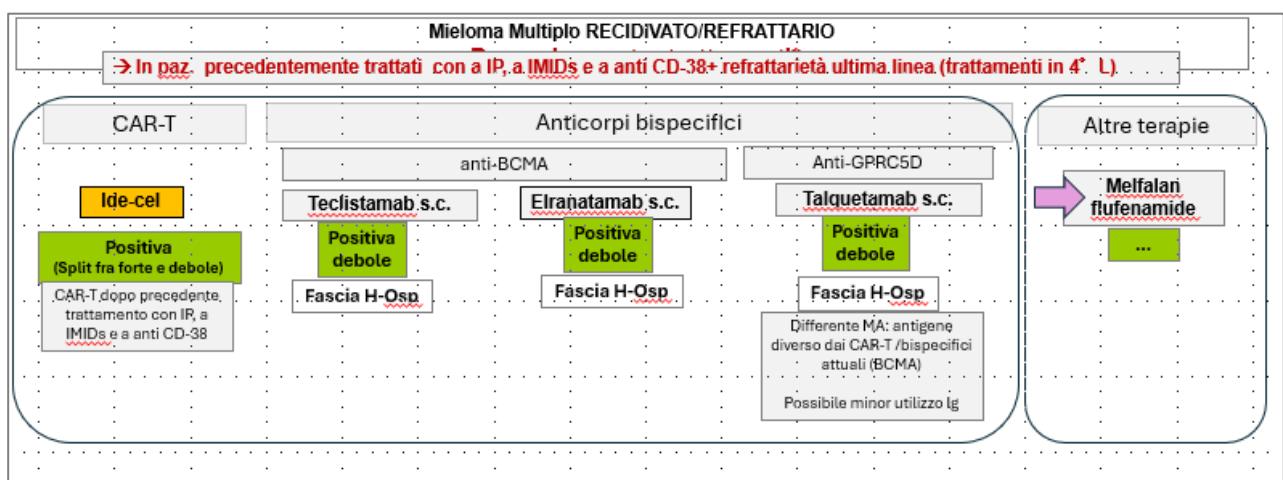
Raccomandazione **positiva debole** formulata sulla base di evidenze di **qualità bassa** e rapporto **benefici/rischi: favorevole**.

Si riporta di seguito la raccomandazione precedentemente formulata per teclistamab nello stesso setting di terapia:

Teclistamab - mieloma multiplo, recidivato e refrattario dopo almeno 3 precedenti terapie**Raccomandazione CRF-GReFO:**

“Nei pazienti adulti affetti da mieloma multiplo recidivato e refrattario che abbiano ricevuto almeno 3 precedenti terapie, compresi un agente immunomodulante, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che abbiano mostrato progressione della malattia durante l’ultima terapia, **teclistamab** in monoterapia **può essere utilizzato in pazienti selezionati e ben informati**”.

Raccomandazione **positiva debole** formulata sulla base di evidenze di **qualità bassa** e rapporto **benefici/rischi: favorevole**.



Flow chart CRF-GReFO per la definizione del posto in terapia dei farmaci per il mieloma multiplo recidivato refrattario precedentemente trattato con IP, IMIDs e anti CD-38+, con refrattarietà ultima linea (dopo almeno 3 linee)

Nota del Panel su talquetamab

Il Panel sottolinea il differente meccanismo d’azione che contraddistingue talquetamab dalle altre terapie attualmente disponibili nello stesso setting (dopo almeno 3 linee), ovvero: due anticorpi bispecifici diretti contro l’antigene di maturazione delle cellule B (BCMA) e una CAR-T con specificità anti-BCMA. Il Panel, inoltre, sottolinea la possibilità di un minore impiego delle immunoglobuline conseguente all’utilizzo di talquetamab rispetto alle alternative terapeutiche.

In considerazione della recente rimborsabilità di alcuni trattamenti per il MM RR dalla 4° linea in poi, CAR-T e anticorpi bispecifici con differente meccanismo d’azione, una valutazione complessiva e comparativa fra tutte le terapie disponibili sarà oggetto di una prossima valutazione da parte del GReFO.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA Procedure No. EMEA/H/C/005864/0000 [Talvey; INN-talquetamab](#)
- Chari A, Minnema MC, Berdeja JG, et al. Talquetamab, a T-cell-redirecting GPRC5D bispecific antibody for multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2022;387(24):2232-2244.
- Chari A, Touzeau C, Schinke C, Minnema MC, Berdeja JG, Oriol A, van de Donk NWCJ, Rodríguez-Otero P, Morillo D, Martínez-Chamorro C, Mateos MV, Costa LJ, Caers J, Rasche L, Krishnan A, Ye JC, Karlin L, Lipe B, Vishwamitra D, Skerget S, Verona R, Ma X, Qin X, Ludlage H, Campagna M, Masterson T, Hilder B, Tolbert J, Renaud T, Goldberg JD, Kane C, Heuck C, San-Miguel J, Moreau P. Safety and activity of talquetamab in patients with relapsed or refractory multiple myeloma (MonumenTAL-1): a multicentre, open-label, phase 1-2 study. *Lancet Haematol.* 2025 Apr;12(4):e269-e281
- EPAR EMA, Procedure No. EMEA/H/C/005908/0000 [ELREXFIO, INN-elranatamab](#)
- Lesokhin A.M. et al. Elranatamab in relapsed or refractory multiple myeloma: phase 2 MagnetisMM-3 trial results. *Nature Medicine* 2023 (29) 2259–226
- Tomasson M.H. Long-term survival and safety of elranatamab in patients with relapsed or refractory multiple myeloma: Update from the MagnetisMM-3 study. *HemaSphere.* 2024;8:e136.
- EPAR EMA, Procedure No. EMEA/H/C/005865/0000 [Tecvayli, INN-teclistamab](#)
- Moreau P. et al. Teclistamab in Relapsed or Refractory Multiple Myeloma *N Engl J Med* 2022;387:495-505.
- Usmani, S et al. Teclistamab, a B-cell maturation antigen × CD3 bispecific antibody, in patients with relapsed or refractory multiple myeloma (MajesTEC-1): a multicentre, open-label, single-arm, phase 1 study. *Lancet* 2021; 398: 665–74

Melfalan flufenamide ATC L01AA10: ev, H, OSP. Registro AIFA web based

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “*in associazione con desametasone, per il trattamento di pazienti adulti con mieloma multiplo che hanno ricevuto almeno tre linee di terapia precedenti, la cui malattia è refrattaria ad almeno un inibitore del proteasoma, un agente immunomodulatore e un anticorpo monoclonale antiCD38, e che hanno mostrato progressione della malattia durante o dopo l’ultima terapia*”.

DECISIONE DELLA CRF: melfalan flufenamide mieloma multiplo, ricidivato e refrattario dopo almeno 3 precedenti terapie

PARERE SOSPESO, IN ATTESA DI una RIVALUTAZIONE GReFO

La Commissione Regionale del Farmaco dopo aver preso in esame le prove di efficacia e sicurezza disponibili per melfalan flufenamide, ha sollevato alcune osservazioni sulla proposta GReFO rispetto ai vantaggi mostrati dalla combinazione dei trattamenti rispetto alle terapie disponibili nello stesso setting di terapia; pertanto, è stato chiesto un approfondimento al gruppo GReFO.

Pegzilarginasi per il trattamento del deficit di arginasi 1 (ARG1-D)

Pegzilarginasi ATC A16AB24: ev, sc H RNRL (prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti dei centri regionali per le malattie rare), REGISTRO WEB BASED AIFA. AIFA ha attribuito al farmaco l’INNIVATIVITA’ CONDIZIONATA.

INDICAZIONE APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “trattamento del deficit di arginasi 1 (ARG1-D), noto anche come iperargininemia, in adulti, adolescenti e bambini a partire dai 2 anni di età”.

DECISIONE DELLA CRF: pegzilarginasi

La Commissione Regionale del Farmaco ritiene di approfondire con il supporto dello specialista nefrologo presente in Commissione il ruolo in terapia del farmaco. Il completamento della valutazione è programmato per la riunione di giugno.

Buprenorfina depot per il trattamento della dipendenza da oppioidi

Buprenorfina (rilascio prolungato) ATC N07BC01: sc, C OSP.

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA: “trattamento della dipendenza da oppioidi nell’ambito di un trattamento clinico medico, sociale e psicologico. Il trattamento è indicato negli adulti e negli adolescenti di età ≥ 16 anni”.

DECISIONE DELLA CRF: buprenorfina depot

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per buprenorfina s.c. a rilascio prolungato (depot), esprime **parere favorevole al suo inserimento in PTR, come ulteriore opzione per il trattamento della dipendenza da oppioidi in utenti già precedentemente trattati con le formulazioni orali/transmucosali di buprenorfina**.

La CRF ritiene che:

- il metadone sciroppo rappresenti a tutt’oggi il farmaco di scelta per il trattamento della dipendenza da oppioidi, per efficacia, maneggevolezza e costi;
- la buprenorfina possa rappresentare un’alternativa in una parte di utenti;

accoglie, pertanto, la proposta del Coordinamento dei Direttori dei SerDP della Regione Emilia-Romagna ed individua le seguenti **categorie di utenti candidabili** al trattamento:

- utenti ristretti in carcere ove sia fondato il sospetto di misuso o diversione della buprenorfina nelle formulazioni attualmente disponibili;
- utenti provenienti dalle carceri, per i quali è necessario garantire la continuità terapeutica sul territorio;
- utenti con almeno sei mesi di stabilizzazione clinica ed in terapia di mantenimento con buprenorfina per i quali si ritiene utile lo switch alla formulazione depot sc, nell’ambito del programma di trattamento della disassuefazione.

La CRF ritiene che la valutazione dell’eleggibilità degli utenti al trattamento e la prescrizione del farmaco debbano essere in capo ai **team multidisciplinari dei SerDP**.

Il numero atteso di trattamenti avviati nel secondo semestre del 2025 è pari a 50 circa.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA. Buvidal Assessment Report Procedure No. EMEA/H/C/004651/0000. EMA/693347/2018, 20 September 2018. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/buvidal-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: 15 maggio 2025]
- Buvidal RCP, https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/buvidal-epar-product-information_it.pdf [accesso: 15 maggio 2025]
- Lofwall MR et al. Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine with Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder. A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2018. doi:10.1001/jamainternmed.2018.1052.
- Frost M et al. Long-term safety of a weekly and monthly subcutaneous buprenorphine depot (CAM2038) in the treatment of adult out-patients with opioid use disorder. Addiction 2019. doi:10.1111/add.14636.
- The ASAM NATIONAL PRACTICE GUIDELINE For the Treatment of Opioid Use Disorder. 2020 Focused Update. https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf?svrsn=a00a52c2_2 [accesso: 15 maggio 2025]

TEMATICHE DI TERAPIA E DI ASSISTENZA FARMACEUTICA

Riclassificazione in classe A di glucagone intranasale

DECISIONE DELLA CRF: glucagone polvere nasale

La Commissione Regionale del Farmaco, tenuto conto della Determina AIFA n. 221/2025 (G.U. n. 42 del 20.02.2025) con cui il glucagone polvere nasale è stato riclassificato in classe A RR PHT per l'indicazione "trattamento dell'ipoglicemia severa nei pazienti pediatrici e adolescenti con diabete di tipo I in età scolare (4-19 anni); trattamento dell'ipoglicemia severa negli adulti con terapia insulinica che assumono almeno quattro somministrazioni giornaliere, ovvero che siano in trattamento con il microinfusore", **ne conferma l'inclusione in PTR secondo le indicazioni già attualmente rimborsate in ER.**

La CRF decide di **mantenere, aggiornandolo**, il Modulo per la richiesta di glucagone polvere nasale (Documento PTR n. 330) attualmente in uso per la prescrizione del farmaco da parte di specialisti diabetologi del SSR, MMG e PLS e l'erogazione del farmaco attraverso i punti di distribuzione diretta delle Aziende sanitarie, al fine di prevedere che congiuntamente alla prescrizione avvenga un'**adeguata informazione al paziente ed al suo caregiver rispetto all'uso appropriato del glucagone polvere nasale**.

Nuovo Piano terapeutico AIFA per la prescrizione di roxadustat

DECISIONE DELLA CRF: nuovo Piano terapeutico per la prescrizione di roxadustat

La Commissione Regionale del Farmaco recepisce l'aggiornamento del Piano terapeutico cartaceo AIFA per la prescrizione di roxadustat, con il quale l'Agenzia ha inteso estendere la rimborsabilità SSN del farmaco all'uso nei pazienti trattati con ESA, senza interruzione del trattamento nelle 12 settimane precedenti l'inizio della terapia con roxadustat, a condizione che "l'inizio del trattamento con roxadustat sia giustificato da valido motivo clinico e dopo una valutazione complessiva del rischio cardiovascolare del paziente".

In coerenza con le considerazioni già espresse nel Documento PTR n. 347 "Roxadustat nel trattamento dell'anemia sintomatica associata a malattia renale cronica", la CRF ritiene che tale valutazione si traduca nella pratica clinica nella necessità di un attento monitoraggio dell'incremento dei livelli di emoglobina, affinchè non avvenga in modo troppo rapido, esponendo il paziente ad un aumentato rischio di eventi trombotici.

La CRF decide di:

- elaborare a partire dal template AIFA un Piano terapeutico regionale al fine di esplicitare nello strumento prescrittivo quanto sopra riportato;
- aggiornare il Documento PTR n. 347 per tenere conto dell'estensione della rimborsabilità SSN di roxadustat allo switch diretto da ESA senza interruzione di terapia.

Acido obeticolico: valutazione della richiesta della Associazione di pazienti alla luce delle alternative terapeutiche disponibili (elafibranor e seladelpar)

DECISIONE DELLA CRF

La Commissione Regionale del Farmaco in considerazione:

- della imminente rimborsabilità SSN del farmaco elafibranor per il "trattamento della colangite biliare primitiva (primary biliary cholangitis, PBC) in associazione con acido ursodesossicolico (ursodeoxycholic acid, UDCA) in soggetti adulti che mostrano una risposta inadeguata all'UDCA oppure in monoterapia in pazienti che non sono in grado di tollerare l'UDCA" (Comunicato CdA AIFA del 11.04.2025 <https://www.aifa.gov.it/-/il-cda-aifa-approva-la-imborsabilita-di-2-farmaci>);
- della proposta di cessione come Cnn a prezzo simbolico ricevuta dalla Segreteria scientifica per il farmaco seladelpar per l'indicazione "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"

indicazione per la quale era disponibile come unica opzione terapeutica prima del suo ritiro dal commercio acido obeticolico, decide di valutare entrambe i farmaci nella prima riunione utile.

La valutazione di seladelpar avverrà in accordo con i criteri definiti nel Documento “Criteri per la valutazione dei farmaci C(nn) da parte della Commissione Regionale del Farmaco (CRF, approvato nella riunione del 27 marzo us.

Inserimento in PTR delle estensioni di indicazioni pediatriche dei farmaci risdiplam e sofosbuvir/velpatasvir

DECISIONE DELLA CRF

La Commissione Regionale del Farmaco esprime parere favorevole all'inserimento in PTR delle seguenti estensioni di indicazioni pediatriche:

- estensione all'uso di risdiplam per il “trattamento dell'atrofia muscolare spinale (spinal muscular atrophy, SMA) 5q in pazienti con una diagnosi clinica di SMA di tipo 1, tipo 2 o tipo 3 o aventi da una a quattro copie di SMN2”. Il farmaco è classificato in classe H RNRL con prescrizione dei Centri SMA mediante Registro web based AIFA [G.U. n. 35 del 12.02.2025];
- estensione dell'uso di sofosbuvir/velpatasvir per il trattamento “trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C cronica (hepatitis C virus, HCV) in pazienti di età pari o superiore a tre anni”. Il farmaco è classificato in classe A RNRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialisti: infettivologo, gastroenterologo, internista), PHT. La prescrizione da parte dei Centri regionali individuati per il trattamento dell'epatite C deve avvenire mediante il Registro web based AIFA [G.U. n. 35 del 12.02.2025].

La riunione si è svolta in modalità mista dalle **ore 14:30** alle **ore 18:00**; il collegamento è stato assicurato attraverso piattaforma Teams.

Presenze CRF:

Dott. Antonio Balotta	presente
Dott.ssa Maria Barbagallo	presente
Dott. Giovanni Maria Centenaro	presente
Dott.ssa Rossana De Palma	presente
Dott. Carlo Descovich	presente
Dott.ssa Rosaria Di Lorenzo	assente g.
Dott. Nicola Cosimo Facciolongo	assente g.
Dott. Marco Fusconi	presente
Dott. Marcello Galvani	presente
Dott. Giuseppe Longo	presente
Dott. Nicola Magrini	presente
Dott.ssa Marcora Mandreoli	presente
Dott. Giorgio Mazzi	presente
Dott. Alessandro Navazio	assente g.
Dott.ssa Giovanna Negri	presente
Dott.ssa Maria Giulia Negri	assente g.
Dott. Giovanni Pinelli	assente g.
Dott.ssa Silvia Riccomi	assente g.
Dott.ssa Lucia Rossi	presente
Dott.ssa Elisa Sangiorgi	presente
Dott. Denis Savini	presente
Dott.ssa Alessandra Sforza	presente
Dott. Stefano Tamberi	assente g.
Prof.ssa Valeria Tugnoli	assente g.
Prof. Pierluigi Viale	assente g.

Presenze Segreteria Scientifica:

Dott.ssa Roberta Giroldini, Dott.ssa Lucia Magnano, Dott.ssa Anna Maria Potenza, Dott. Antonio Romio, Dott.ssa Margherita Selleri, Dott.ssa Julia Szyszko, Dott.ssa Francesca Rosini, Dott.ssa Ester Sapigni.

Hanno partecipato in qualità di uditori: il Dott. Giancarlo Gargano, il Prof. Federico Marchetti, la Dott.ssa Ilaria Mazzetti, la Dott.ssa Roselena Nigro, la Dott.ssa Loredana Osbello, la Dott.ssa Sandra Sottili.

Hanno, inoltre, partecipato al fine della discussione dell'ordine del giorno le Dottoresse Chiara Gabrielli e Nadia Marzocchi, Referenti SerDP della AUSL di Modena.

Verbalizzazione a cura della Segreteria Scientifica
Verbale approvato in data 08 settembre 2025