Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

COMMISSIONE REGIONALE DEL FARMACO
Sintesi delle decisioni della CRF
Riunione del giorno 17 aprile 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, considerando l'andamento delle principali classi di farmaci.
Rappresentando l'ambito oncologico ed oncoematologico come uno dei principali determinanti di spesa, la Commissione Regionale del Farmaco chiede che il Gruppo di Lavoro GReFO ponga maggior attenzione ad individuare nuovi approcci comparativamente analoghi per efficacia clinica per realizzare possibili risparmi anche sula base di confronti internazionali, in particolare nord-europei.

TICKET: APPLICAZIONE ED ESENZIONI

La Segreteria presenta alla Commissione Regionale i contenuti della delibera di introduzione dei nuovi ticket sui farmaci e le relative esenzioni. I nuovi ticket entreranno in vigore dal 2 maggio 2025.
Viene richiesto il supporto della CRF nella revisione della tabella che correla le esenzioni per patologia con i principali farmaci impiegati nel trattamento della patologia e pertanto esentati dalla compartecipazione.

PROPOSTA DI RICHIESTA AD AIFA DI RINEGOZIAZIONE DI FARMACI AD ALTO IMPATTO DI SPESA (RFVIII E TAFAMIDIS)

DECISIONE DELLA CRF

La Commissione Regionale del Farmaco approva la Nota predisposta dalla Segreteria scientifica al fine di chiedere ad AIFA la rinegoziazione di alcuni farmaci a contratto scaduto e ad elevato impatto di spesa anche molto oltre le iniziali previsione di budget impact, in particolare gli rFVIII ad emivita prolungata ed il tafamidis.

FARMACI: VALUTAZIONI E RACCOMANDAZIONI

Asfotase alfa: proposta dei Centri di riferimento per la diagnosi, trattamento e follow up dell'ipofosfatasia rispetto al posto in terapia

DECISIONE DELLA CRF: asfotase alfa

La Commissione Regionale del Farmaco **approva le raccomandazioni** relative al posto in terapia di asfotase alfa elaborate in accordo con i Centri per la diagnosi, trattamento e follow up dell'ipofosfatasia (HPP) e di seguito riportate. Il farmaco è stato inserito in PTR con Determina n. 6726 del 09/04/2025.

Nell'ambito dei criteri di rimborsabilità SSN definiti dal Registro AIFA:

- ❖ si raccomanda la somministrazione di asfotase alfa in tutti i pazienti con **HPP perinatale o infantile** (entro il 6 mese);
- ❖ nei pazienti di **età ≥6 mesi e <5 anni, con HPP grave**[1] ad esordio giovanile**,** si suggerisce di considerare la somministrazione di asfotase alfa in casi selezionati, valutando presenza ed entità di:
  - anomalie scheletriche, tra cui deformità del torace, deformità delle ossa lunghe e delle ossa wormiane craniche, craniosinostosi
  - segni radiografici suggestivi di rachitismo o alterazioni metafisarie caratteristiche (tulip shaped)
  - bassa statura o scarso accrescimento rispetto a quanto previsto per l'età
  - dolore (quando valutabile)

- ❖ nei pazienti di **età >5 anni e <18 anni con HPP grave**[1] ad esordio giovanile, vista la scarsità numerica e la bassa qualità delle prove di efficacia disponibili, si suggerisce di considerare la somministrazione di asfotase alfa dopo una approfondita valutazione clinica caso per caso considerando:
  - età anagrafica e ossea del paziente
  - grado di mobilità (score fra 1 e 6 sulla scala di Bleck)
  - presenza ed entità di anomalie scheletriche, tra cui deformità del torace, deformità delle ossa lunghe e delle ossa wormiane craniche, craniosinostosi
  - presenza di dolore muscolo scheletrico significativo/di entità rilevante persistente o ricorrente non responsivo ad almeno 2 tipi di antidolorifici
  - presenza ed entità di segni radiografici suggestivi di rachitismo o alterazioni metafisarie caratteristiche (tulip shaped)
  - bassa statura o scarso accrescimento rispetto a quanto previsto per l'età

Si sottolinea la assenza di dati di efficacia del farmaco sull'osso dopo la chiusura delle cartilagini di coniugazione.

- ❖ nei pazienti di **età ≥18 anni con HPP grave**[1] **ad esordio giovanile**, vista la scarsità dei dati disponibili e la conseguente qualità molto bassa delle prove di efficacia, si ritiene che il trattamento con asfotase alfa non dovrebbe essere utilizzato.

Rispetto alla sospensione del trattamento si raccomanda:

- il rispetto dei criteri stabiliti nel registro AIFA
- una attenta valutazione dei benefici e dei rischi in rapporto anche alla tollerabilità del farmaco
- la valutazione dopo la chiusura delle cartilagini di coniugazione, data l'assenza di dati di efficacia del farmaco sull'osso.

---

[1] la gravità è determinata dalla combinazione dei segni clinici che includono, nei pazienti di età > 6 mesi e < 5 anni:

- segni radiografici di rachitismo, ginocchio varo/valgo, fratture e bassa statura
- crisi epilettiche responsive al trattamento con vitamina B6
- craniosinostosi con aumento della pressione intracranica
- perdita prematura e non traumatica di dentatura primaria
- difficoltà nelle attività motorie e limitazione alla mobilità (Bleck score, 6 min walking test)
- dolore cronico muscolo-scheletrico (quanto valutabile)
- nefrocalcinosi

nei pazienti di età > 5 aa:

- segni radiografici di rachitismo, ginocchio varo/valgo, fratture, fratture femorali atipiche, fratture da stress ricorrenti ai metatarsi ricorrenti, difficoltà nella guarigione delle fratture e bassa statura
- crisi epilettiche responsive al trattamento con vitamina B6
- perdita prematura dei denti
- difficoltà nelle attività motorie e limitazione alla mobilità (Bleck score, 6 min walking test)
- dolore cronico muscolo-scheletrico
- nefrocalcinosi e condrocalcinosi

Farmaci per il trattamento del diabete mellito: tirzepatide e insulina basale settimanale (insulina icodec), completamento della valutazione

DECISIONE DELLA CRF: tirzepatide

La Commissione Regionale del Farmaco approva le raccomandazioni elaborate dal Gruppo di Lavoro sui farmaci per il diabete mellito relative al posto in terapia di tirzepatide ed insulina basale settimanale (insulina icodec), di seguito riportate. Entrambi i farmaci **sono inseriti in PTR**.

Raccomandazioni: *Tirzepatide*

Il GdL ritiene che, nei pazienti in terapia con metformina (somministrata a dosi e tempi adeguati) che necessitano di un secondo ipoglicemizzante, in presenza di pazienti con rischio cardiovascolare elevato, scompenso cardiaco o malattia renale cronica, sia preferibile associare un SGLT2 i.
Pertanto, il GdL **conferma l'uso raccomandato per gli SGLT2 inibitori in almeno il 70% dei nuovi pazienti** che **associano a metformina un secondo ipoglicemizzante.**

Nei pazienti in cui la terapia aggiuntiva includa un agonista GLP-1, il Gruppo di lavoro ritiene che l'uso di un agonista duale GIP/GLP-1 R (tirzepatide) sia preferibile nei pazienti obesi (BMI >30 kg/mq) o con forte scompenso glicometabolico (HbA1c ≥ 70 mmol/mol), mentre l'uso di un agonista GLP-1 R sia preferibile nei pazienti in prevenzione cardiovascolare.
Per quanto riguarda i pazienti già in terapia con GLP-1 RA, il Gruppo di Lavoro ritiene che non debba essere preso in considerazione lo switch a tirzepatide in pazienti ben compensati.

Il Gruppo di lavoro raccomanda l'avvio della terapia in ambito specialistico: Diabetologie, Endocrinologie, Medicine Interne con ambulatori dedicati di diabetologia.

Raccomandazioni: *insulina basale settimanale (insulina icodec)*

Il Gruppo di Lavoro suggerisce di privilegiare l'introduzione nella terapia insulinica basale settimanale nelle **persone con diabete di tipo 2 naïve all'insulina o in switch da terapia insulinica basale giornaliera, in terapia insulinica basal-oral, ove la somministrazione di insulina basale giornaliera rappresenti una barriera per l'adozione e/o l'aderenza alla terapia insulinica** (ad es.: deterioramento cognitivo, necessità care giver, perdita di desterità, frequente dimenticanza o omissione della somministrazione dell'insulina giornaliera, ecc..)

Il Gruppo di Lavoro raccomanda di non avviare una terapia insulinica basale settimanale nelle situazioni di scompenso glicemico acuto e/o in tutte le situazioni ove sia prioritario un rapido miglioramento del controllo glicemico.

Il Gruppo di lavoro raccomanda l'avvio della terapia in ambito specialistico: Diabetologie, Endocrinologie, Medicine Interne con ambulatori dedicati di diabetologia.

Ritiene che circa il 15% dei pazienti con DM 2 che necessitano di trattamento con insulina basale sia candidato al trattamento con insulina icodec nel corso del 2025 e che tale percentuale possa indicativamente raggiungere il 30% al termine del 2026.

Eravaciclina per il trattamento di infezioni intra-addominali complicate (cIAI) negli adulti da germi multiresistenti ai trattamenti di prima linea

Eravaciclina ATC J01AA13: ev, H OSP, SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA AIFA.
INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA SSN: "trattamento di infezioni intra-addominali complicate (cIAI) negli adulti da germi multiresistenti ai trattamenti di prima linea".
INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA: "trattamento di infezioni intra-addominali complicate (cIAI) negli adulti. Si devono considerare le linee guida ufficiali sull'uso appropriato degli agenti antibatterici".

DECISIONE DELLA CRF: eravaciclina

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per eravaciclina, esprime **parere favorevole al suo inserimento in PTR per l'indicazione rimborsata SSN**.
La CRF ritiene che, tenuto conto dello spettro di attività di eravaciclina, l'**utilizzo clinico più appropriato**, nel rispetto dei criteri di rimborsabilità, sia rappresentato dalla terapia empirica delle infezioni intra-addominali complicate acquisite in ospedale, in tutte le condizioni in cui deve essere considerato il coinvolgimento di *Enterobacteriaceae*, *Enterococcus spp* e Anaerobi multiresistenti, indipendentemente dalla presenza di batteriemia.
L'eravaciclina in monoterapia rappresenta un'alternativa ai regimi di combinazione basati su un antibiotico β-lattamico/inibitore delle β-lattamasi (BL-BLI) associato ad antimicrobici attivi contro enterococchi ed anaerobi.
L'antibiotico è collocato nel gruppo di principi attivi "reserve" della Lista AWaRe dell'OMS (https://aware.essentialmeds.org/list).
La prescrizione è riservata allo specialista infettivologo o, in sua assenza, ad altro specialista con competenza infettivologica individuato da CIO e deve avvenire mediante la relativa Scheda cartacea AIFA (G.U. n. 20 del 25.01.2025).

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA. Xerava Assessment Report Procedure No. EMEA/H/C/004237/0000. EMA/540193/2018, 26July 2018. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/xerava-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: 17 aprile 2025]
- Xerava RCP, https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/xerava-epar-product-information_it.pdf [accesso: 17 aprile 2025]
- Scheda cartacea per la prescrizione della specialità medicinale XERAVA (eravaciclina) G.U. n. 20 del 25.01.2025
- Solomkin J et al. Assessing the Efficacy and Safety of Eravacycline vs Ertapenem in Complicated Intra-abdominal Infections in the Investigating Gram-Negative Infections Treated With Eravacycline (IGNITE 1) Trial. A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2017; 152:224-232.
- Solomkin J et al. IGNITE4: Results of a Phase 3, Randomized, Multicenter, Prospective Trial of Eravacycline vs Meropenem in the Treatment of Complicated Intraabdominal Infections. CID 2019; 69:921-9.
- Grant-Di Felice V et al. Efficacy and Tolerability of Eravacycline in Bacteremic Patients with Complicated Intra-Abdominal Infection: A Pooled Analysis from the IGNITE1 and IGNITE4 Studies. Surg Infect 2021; 22:556-61.
- Arena CJ et al. Outcomes of adjunctive eravacycline for severe and fulminant Clostridioides difficile infection. International Journal of Infectious Diseases 2025; 151:107314.

Cipaglucosidasi alfa + miglustat per la M. di Pompe late onset

CIPAGLUCOSIDASI ALFA ATC A16AB23: ev, H RR.
INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: "terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine usata in associazione allo stabilizzatore enzimatico miglustat per il trattamento di adulti con malattia di Pompe a esordio tardivo (deficit di α-glucosidasi acida [GAA])".

MIGLUSTAT ATC A16AX06: os, H RR.
INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: "miglustat è uno stabilizzatore enzimatico della cipaglucosidasi alfa per la terapia enzimatica sostitutiva a lungo termine in pazienti adulti con malattia di Pompe a esordio tardivo (deficit di α-glucosidasi acida [GAA])".

DECISIONE DELLA CRF: cipaglucosidasi alfa + miglustat

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per l'associazione cipaglucosidasi alfa + miglustat, esprime **parere favorevole al suo inserimento in PTR, come ulteriore opzione** per il trattamento della Malattia di Pompe late onset.
La prescrizione deve avvenire da parte dei **Centri per la diagnosi, trattamento e follow up della M. di Pompe** individuati nell'ambito della Rete delle Malattie rare regionale.
La CRF, tenuto conto dei seguenti elementi:

- l'eterogeneità fenotipica della malattia
- l'assenza di criteri definiti per l'individuazione dei pazienti da trattare con i diversi farmaci disponibili, in prima linea o come switch
- la documentata progressiva perdita di efficacia dei trattamenti disponibili dopo 4-5 anni
- la scarsità di dati di efficacia a lungo termine per l'associazione cipaglucosidasi alfa + miglustat

esprime le seguenti **considerazioni**:

- considerati i dati di efficacia e sicurezza disponibili per i diversi principi attivi utilizzati nella ERT per la malattia di Pompe late onset e le differenze di costo esistenti, si raccomanda di privilegiare in prima linea di terapia il trattamento che presenta il rapporto costo/opportunità più favorevole.
- si raccomanda il monitoraggio dei dati clinici e strumentali di ciascun paziente per documentare l'evoluzione di malattia e la risposta alla terapia sostitutiva (almeno 6MWT e FVC).

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA. Pombiliti Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/005703/0000, EMA/CHMP/794395/2022 Corr. 17 June 2024. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/pombiliti-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: 17 aprile 2025]
- Pombiliti RCP. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/pombiliti-epar-product-information_it.pdf [accesso: 17 aprile 2025]
- EPAR EMA. Opfolda Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/005695/0000. EMA/CHMP/794405/2022, 26 April 2023 [accesso: 17 aprile 2025]
- Opfolda RCP. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/opfolda-epar-product-information_it.pdf [accesso: 17 aprile 2025]
- Schoser B et al. Safety and efficacy of cipaglucosidase alfa plus miglustat versus alglucosidase alfa plus placebo in late-onset Pompe disease (PROPEL): an international, randomised, double-blind, parallel-group, phase 3 trial. Lancet Neurol 2021; 20: 1027-37.
- Schoser B et al. 104-week efficacy and safety of cipaglucosidase alfa plus miglustat in adults with late-onset Pompe disease: a phase III open-label extension study (ATB200-07). Journal of Neurology 2024; 271:2810-23.
- Schoser B et al. Start, switch and stop (triple-S) criteria for enzyme replacement therapy of late-onset Pompe disease: European Pompe Consortium recommendation update 2024. Eur J Neurol 2024; 31:e16383.

Buprenorfina depot per il trattamento della dipendenza da oppioidi

BUPRENORFINA ATC N07BC01: sc, C OSP. Tabella dei medicinali Sezione A di cui al DPR 309/90 e successive modifiche.
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 sc depot per il trattamento della dipendenza da oppioidi, chiede che il Coordinamento dei SerDP formuli una proposta rispetto al ruolo in terapia, alla casistica di pazienti candidabile all'utilizzo e individui un numero atteso di trattamenti ai fini dell'inserimento in PTR.
Pertanto, la valutazione sarà completata nella riunione di maggio, al fine di poter acquisire le proposte del Coordinamento dei SerDP.

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: 17 aprile 2025]
- Buvidal RCP. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/buvidal-epar-product-information_it.pdf [accesso: 17 aprile 2025]
- New Zealand Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment 2014. https://www.health.govt.nz/publications/new-zealand-practice-guidelines-for-opioid-substitution-treatment-2014 [accesso: 17 aprile 2025]
- 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?sfvrsn=a00a52c2_2 [accesso: 17 aprile 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. 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; 114:1416-26.
- NICE Evidence summary ES19. Opioid dependence: buprenorphine prolongedrelease injection (Buvidal). Published: 14 February 2019. https://www.nice.org.uk/advice/es19/resources/opioid-dependence-buprenorphine-prolongedrelease-injection-buvidal-pdf-1158123740101 [accesso: 17 aprile 2025]

Abaloparatide per il trattamento dell'osteoporosi in post-menopausa

ABALOPARATIDE ATC H05AA04: sc, A/79 RRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialisti: internista, ortopedico, reumatologo, fisiatra, geriatra, endocrinologo, ginecologo, nefrologo), PIANO TERAPEUTICO CARTACEO AIFA.
INDICAZIONE TERAPEUTICA RIMBORSATA SSN: "Prevenzione secondaria in donne in post-menopausa con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore, con T-score colonna o femore <-2,5 e > -5.0 (T-score <-2,0 e > -5,0 se di età superiore a 65 anni) e ≥2 fratture vertebrali lievi o almeno 1 moderata o storia di frattura ad avambraccio, omero, sacro, pelvi, anca, femore, o tibia negli ultimi 5 anni".
INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA: "Trattamento dell'osteoporosi nelle donne in post-menopausa ad aumentato rischio di frattura".

DECISIONE DELLA CRF: abaloparatide

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili**, non ha inserito abaloparatide in PTR** sulla base delle seguenti considerazioni:

- il principale studio registrativo di abaloparatide (analogo del PTH, come teriparatide) è un RCT di confronto con placebo rispetto alle fratture vertebrali; lo studio prevedeva un braccio di confronto in aperto con teriparatide rispetto alle sole fratture non vertebrali (esito secondario) e alla incidenza di ipercalcemia, definita come un livello sierico di calcio, corretto per albumina, ≥ 10,7 mg/dL (o ≥2,67 mmol/L). Nel confronto con teriparatide la frequenza di fratture non vertebrali è risultata analoga. L'incidenza di ipercalcemie è stata pari al 3,4% dei pazienti nel braccio abaloparatide ed al 6,4% dei pazienti nel braccio teriparatide, con una differenza assoluta tra i bracci di -3,4%.
  Le implicazioni cliniche di tale differenza sono di dubbia rilevanza clinica, in quanto non sono riportati la mediana ed il range della calcemia nei due gruppi;

- non sono attualmente disponibili dati di sicurezza sul lungo termine per abaloparatide, anche rispetto al potenziale rischio oncologico (sarcomi);
- teriparatide rimane il farmaco standard di riferimento
- inoltre, il brevetto di teriparatide è scaduto e sono disponibili farmaci biosimilari. Ciò ha consentito l'espletamento di gare in accordo quadro, riducendo il prezzo di acquisizione per le Aziende sanitarie della Regione.

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

Argomento rimandato alla riunione di maggio.

TEMATICHE DI TERAPIA E DI ASSISTENZA FARMACEUTICA

Acido obeticolico: valutazione della richiesta della Associazione di pazienti

Argomento rimandato alla riunione di maggio.

Documento sul Trattamento dell'ADHD nell'adulto

DECISIONE DELLA CRF

La Commissione Regionale del Farmaco **approva il Documento "Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi in età adulta e il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD). Documento di indirizzo regionale"**, elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale ADHD nell'adulto, ed esprime parere favorevole **all'inserimento in PTR dell'estensione delle indicazioni di metilfenidato** al trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività negli adulti diagnosticati in età adulta.

Il numero atteso di pazienti adulti con ADHD che possono beneficiare del trattamento con metilfenidato è pari a circa 500-600.

La prescrizione del farmaco mediante MMR, che può essere redatta anche dal MMG, deve avvenire secondariamente alla diagnosi ed alla compilazione del Piano terapeutico web based AIFA da parte degli specialisti dei Centri ADHD individuati dalla Regione Emilia-Romagna.

Riclassificazione in classe A di glucagone intranasale

Argomento rimandato alla riunione di maggio.

Recepimento del nuovo Piano terapeutico per la prescrizione di roxadustat

Argomento rimandato alla riunione di maggio.

La riunione si è svolta in modalità mista dalle **ore 14:30** alle **ore 18:30**; 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	assente g.
Dott. Carlo Descovich	presente
Dott.ssa Rosaria Di Lorenzo	presente
Dott. Nicola Cosimo Facciolongo	presente
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	presente
Dott.ssa Giovanna Negri	presente
Dott.ssa Maria Giulia Negri	presente
Dott. Giovanni Pinelli	assente g.
Dott.ssa Silvia Riccomi	presente
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	presente
Prof. Pierluigi Viale	presente

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, inoltre, in qualità di uditori: il Dott. Giancarlo Gargano, la Dott.ssa Ilaria Mazzetti, la Dott.ssa Marta Morotti, la Dott.ssa Cecilia Natali, la Dott.ssa Roselena Nigro, la Dott.ssa Loredana Osbello, la Dott.ssa Melania Patuelli, la Dott.ssa Sandra Sottili.

Verbalizzazione a cura della Segreteria Scientifica
Verbale approvato in data 28 maggio 2025