



COMMISSIONE REGIONALE DEL FARMACO
Sintesi delle considerazioni e delle decisioni assunte nella
Riunione della CRF del giorno 18 dicembre 2025

Illustriamo di seguito le considerazioni e le decisioni assunte dalla nuova CRF nella riunione del 18 dicembre 2025.

PROPOSTA DI NUOVO SITO DEL PTR

La Segreteria scientifica informa la Commissione Regionale del Farmaco che sono stati presi contatti con l'Area comunicazione al fine di poter ristrutturare la Sezione del PTR sul Portale ERSalute al fine di renderla maggiormente fruibile, come richiesto dalla Commissione e illustra una bozza di proposta di struttura che viene approvata.

ANDAMENTI CONSUMI E SPESA FARMACEUTICA 2025 (PRIMI 10 MESI): ANALISI E PROPOSTE DI LAVORO PER IL 2026

È stato illustrato l'andamento della spesa farmaceutica (convenzionata ed acquisto ospedaliero) dei primi 10 mesi 2025, che mostra un trend di spesa delle principali classi di farmaci in aumento del 6-7% tendenziale, in leggero miglioramento rispetto all'andamento 2024 (+10%) dovuto all'effetto di moderazione dei consumi del ticket per la spesa farmaceutica convenzionata e una tendenza a un minore aumento della spesa ospedaliera, che sembrano suggerire la possibilità di portare l'aumento dell'incremento programmato intorno al 6%. Sarebbe in tal modo confermata la tendenza a una riduzione del trend di spesa registrato nel 2024 ma la CRF sottolinea come anche un 6% di aumento di spesa della farmaceutica, seppur in miglioramento, rappresenta una tendenza chiaramente insostenibile a fronte di un aumento del FSN del 2-3% circa. Pertanto, la CRF raccomanda un rafforzamento delle azioni a tutti i livelli per migliorare sia l'appropriatezza prescrittiva sia le capacità di acquisto tramite gara/accordi quadro in un'ottica di sistema e di continuità assistenziale.

Dall'analisi dei principali determinanti di spesa emerge che i farmaci della coagulazione assorbono una quota molto rilevante di risorse. La CRF chiede che al fine dell'ottimizzazione della spesa in questo ambito venga inviata alle Aziende sanitarie una Nota che inviti a considerare nella prescrizione dei DOAC i farmaci che presentano il miglior rapporto costo opportunità e a convocare il Gruppo di lavoro regionale sui farmaci cardiovascolari, al fine di definire, a partire dal Documento prodotto da AUSL Romagna, un documento regionale di raccomandazioni che orientino le scelte terapeutiche nelle diverse condizioni che richiedono la terapia anticoagulante. Altri capitoli di spesa, in particolare il grande capitolo delle malattie rare richiedono interventi di miglioramento e monitoraggio a fronte del forte aumento di spesa.

Viene anticipato, infine, che è in corso di definizione l'accordo con le farmacie convenzionate, che sostituirà quello attuale in scadenza.

VALUTAZIONE FARMACI**Tumore del Polmone, Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC), avanzato, 1° Linea di terapia**

Osimertinib + chemioterapia ATC L01EB04: os, H, RNRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialisti: oncologo, pneumologo, internista).

NUOVA INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA e RIMBORSATA SSN *“Osimertinib è indicato in associazione a pemetrexed e chemioterapia a base di platino per il trattamento di prima linea dei pazienti adulti con NSCLC avanzato il cui tumore presenta delezioni dell’esone 19 o mutazione sostitutiva dell’esone 21 (L858R) di EGFR”*.

DECISIONE DELLA CRF:

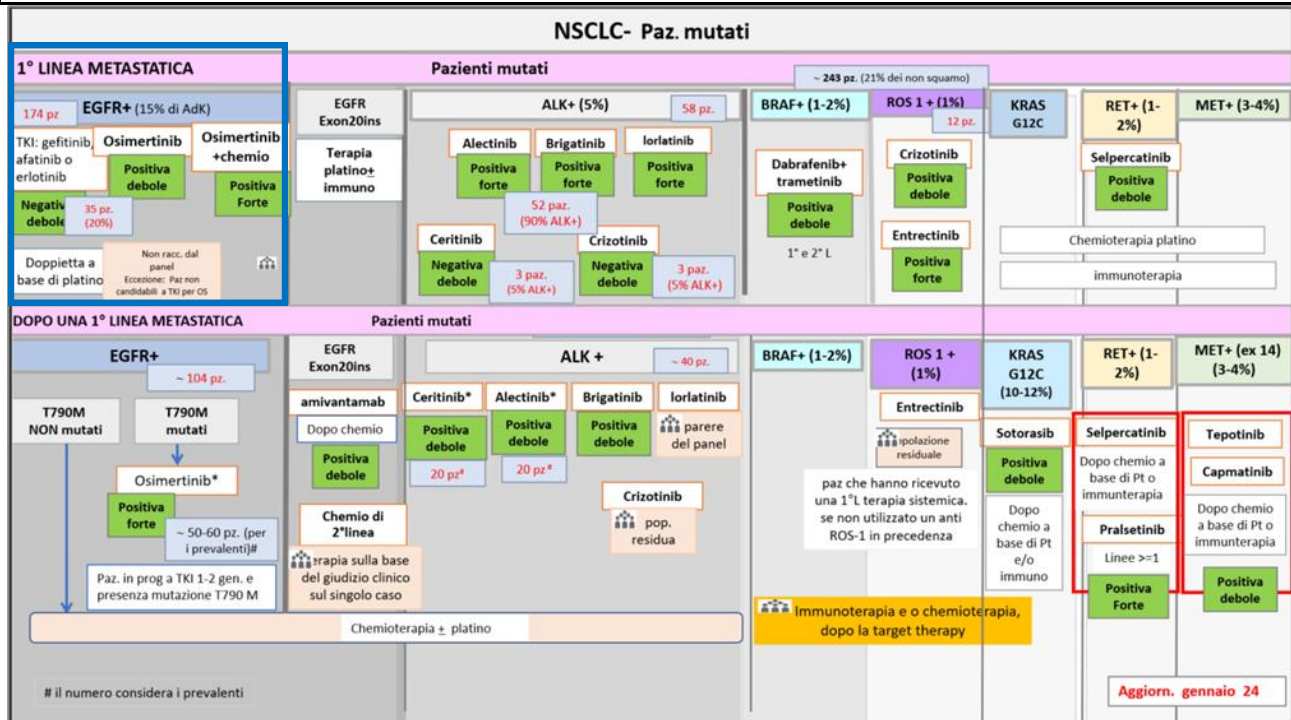
La nuova indicazione di osimertinib in associazione a pemetrexed e chemioterapia a base di platino per “il trattamento di prima linea dei pazienti adulti con NSCLC avanzato il cui tumore presenta delezioni dell’esone 19 o mutazione sostitutiva dell’esone 21 (L858R) di EGFR” (GU n.213 del 13.09.2025) è stata inserita in PTR con Determina n. 25059 del 18/12/2025.

La Commissione Regionale del Farmaco approva la raccomandazione formulata dal Panel GREFO, come di seguito riportato.

Osimertinib+ chemioterapia – tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC)**Raccomandazione CRF-GREFO:**

“Nei pazienti con tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato che il cui tumore presenta delezioni dell’esone 19 o mutazione sostitutiva dell’esone 21 (L858R) di EGFR, il trattamento di prima linea con **Osimertinib + pemetrexed e chemioterapia** a base di platino, **dovrebbe essere utilizzata nella maggior parte dei pazienti”**.

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



Flow chart e raccomandazioni CRF-GREFO: farmaci per il trattamento del tumore del Polmone (NSCLC) in presenza di mutazioni. Focus sul setting di pazienti in stadio avanzato, 1°Linea di terapia, EGFR mutato (cornice blu).

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA Procedure No. EMEA/H/C/004124/II/0053 [Tagrisso, INN - Osimertinib](#)
- Planchard D. et al. "Osimertinib with or without Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC". *N Engl J Med* 2023; 389:1935-48.
- Pasi AJ et al. "Survival with Osimertinib plus Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC". *N Engl J Med* 2025.

Leucemia mieloide acuta (LMA) FLT3-ITD positiva di nuova diagnosi

Quizartinib ATC L01EX11: os, H RNRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialisti: oncologo, ematologo), REGISTRO WEB BASED AIFA.

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: "Quizartinib è indicato in associazione a chemioterapia di induzione standard a base di citarabina e antraciclina e chemioterapia di consolidamento standard a base di citarabina, seguite da quizartinib come monoterapia di mantenimento, per pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) FLT3-ITD positiva di nuova diagnosi".

DECISIONE DELLA CRF:

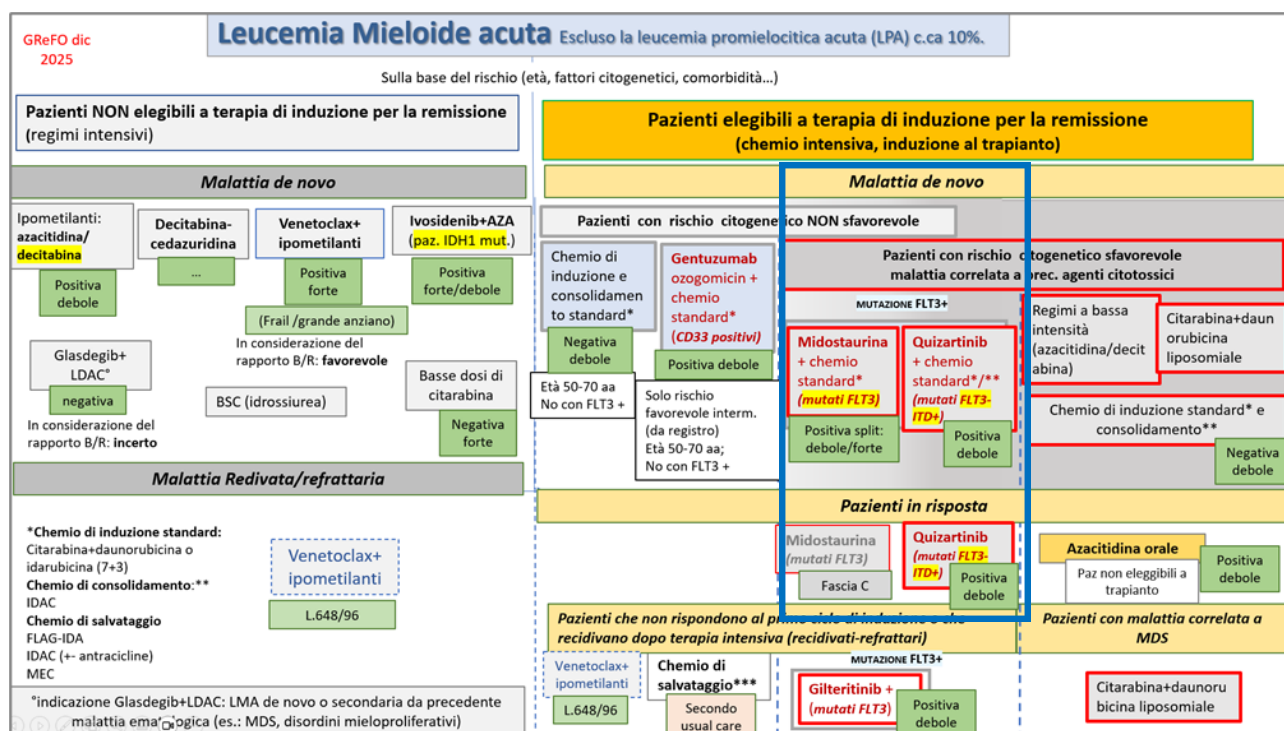
La Commissione Regionale del Farmaco dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per quizartinib in associazione a chemioterapia di induzione e consolidamento, seguito da quizartinib in mantenimento nei pazienti con leucemia mieloide acuta (LMA) FLT3-ITD positiva di nuova diagnosi, inserisce il farmaco in PTR e approva la raccomandazioni formulate dal Panel GReFO relative ai trattamenti disponibili per il setting di pazienti con malattia de novo, elegibili a terapia di induzione per la remissione con mutazione FLT2/ITD+, come di seguito riportato.

Quizartinib – Leucemia mieloide acuta (LMA) FLT3-ITD positiva di nuova diagnosi

Raccomandazione CRF-GReFO:

Nei pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) FLT3-ITD positiva di nuova diagnosi, in associazione a chemioterapia di induzione standard a base di citarabina e antraciclina e chemioterapia di consolidamento standard a base di citarabina, seguite da quizartinib come monoterapia di mantenimento, **quizartinib può essere utilizzato in pazienti selezionati e ben informati**".

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



Flow chart e raccomandazioni CRF-GRFO: farmaci per il trattamento della Leucemia mieloide acuta (LMA). Focus sui trattamenti disponibili per i pazienti eleggibili a terapia di induzione per la remissione, in presenza di mutazione FLT3 (cornice blu).

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- EPAR EMA, Procedure No. EMEA/H/C/005910/0000T Vanflyta; INN-quizartinib
- Erba HP et al. "Quizartinib plus chemotherapy in newly diagnosed patients with FLT3-internal-tandem-duplication-positive acute myeloid leukaemia (QuANTUM-First): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial". *Lancet* 2023; 401: 1571–83.

DELGOCITINIB: ECZEMA CRONICO DELLE MANI

Delgocitinib ATC D11AH11: loc, A RRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialista: dermatologo), PHT.

INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: "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".

DECISIONE DELLA CRF: delgocitinib crema per uso cutaneo

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per delgocitinib, inserisce il farmaco in PTR.

La CRF ritiene che si possano considerare candidati al trattamento i pazienti che non hanno risposto adeguatamente al trattamento per almeno 1 mese con prodotti topici a base di corticosteroidi potenti. Ritiene, inoltre, che debba essere programmata la rivalutazione dei pazienti a 3 mesi dall'inizio della terapia al fine di verificarne l'efficacia.

Tenuto conto delle considerazioni sopra riportate e del regime di fornitura di delgocitinib, la CRF ritiene che l'erogazione del farmaco debba essere riservata alla sola Distribuzione diretta e debba avvenire in ragione di una confezione alla volta al fine di valutare l'uso appropriato del farmaco e contenere eventuali possibili sprechi.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- Anzupgo®. Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/006109/0000. EMA/372390/2024, 25 July 2024. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/anzupgo-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: dicembre 2025]

- Anzupgo®. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/anzupgo-epar-product-information_it.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Bissonnette R et al. Efficacy and safety of delgocitinib cream in adults with moderate to severe chronic hand eczema (DELTA 1 and DELTA 2): results from multicentre, randomised, controlled, double-blind, phase 3 trials. Lancet 2024; 404: 461-73.
- Gooderham M et al. Long-term safety and efficacy of delgocitinib cream for up to 52 weeks in adults with Chronic Hand Eczema: Results of the phase 3 open-label extension DELTA 3 trial following the DELTA 1 and 2 trials. JAAD 2025; 93:95-103.
- Giménez-Arnau AM et al. Efficacy and safety of topical delgocitinib cream versus oral alitretinoin capsules in adults with severe chronic hand eczema (DELTA FORCE): a 24-week, randomised, head-to-head, phase 3 trial. Lancet 2025; 405; 1676-88.
- Det. 1334/2025. G.U. n. 248 del 24.10.2025. <https://trovanorme.aifa.gov.it/#/>

DANICOPAN/IPTACOPAN: EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA

Danicopan ATC L04AJ09: os, H RRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialista: ematologo), REGISTRO WEB BASED AIFA.

INDICAZIONE APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “In associazione con ravulizumab o con eculizumab, per il trattamento di pazienti adulti affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che presentano anemia emolitica residua”.

DECISIONE DELLA CRF: danicopan

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per danicopan, inserisce il farmaco in PTR.

La CRF propone di attivare il Gruppo di Lavoro degli ematologi per definirne il posto in terapia e valutare le richieste di utilizzo.

Ai fini della prescrizione verranno attivate sull’area clinica ematologia del relativo Registro web based le UU.OO. di ematologia individuate nell’ambito della Rete regionale Malattie rare per la diagnosi, trattamento e follow up dell’emoglobinuria parossistica notturna (EPN).

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- Voydeya®. Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/005517/0000. EMA/107893/2024, Corr.1, 22 February 2024. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/voydeya-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Voydeya®. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/voydeya-epar-product-information_it.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Lee JW et al. Addition of danicopan to ravulizumab or eculizumab in patients with paroxysmal nocturnal haemoglobinuria and clinically significant extravascular haemolysis (ALPHA): a double-blind, randomised, phase 3 trial. Lancet Haematol 2023;10: e955–65.
- Kulasekararaj A et al. Long-term efficacy and safety of danicopan as add-on therapy to ravulizumab or eculizumab in PNH with significant EVH. Blood 2025; 145:811-22.
- Det. 1278/2025. G.U. n. 233 del 07.10.2025. <https://trovanorme.aifa.gov.it/#/>

Iptacopan ATC L04AJ08: os, H RRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialista: ematologo), REGISTRO WEB BASED AIFA.

INDICAZIONE RIMBORSATA SSN: “in monoterapia nel trattamento di pazienti adulti affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che rimangono anemici dopo trattamento con un inibitore di C5 per almeno 3 mesi”.

INDICAZIONE APPROVATA EMA: “in monoterapia nel trattamento di pazienti adulti affetti da emoglobinuria parossistica notturna (EPN) che presentano anemia emolitica”.

DECISIONE DELLA CRF: iptacopan

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per iptacopan, inserisce il farmaco in PTR.

La CRF propone di attivare il Gruppo di Lavoro degli ematologi per definirne il posto in terapia e valutare le richieste di utilizzo.

Ai fini della prescrizione verranno attivate sull’area clinica ematologia del relativo Registro web based le UU.OO. di ematologia individuate nell’ambito della Rete regionale Malattie rare per la diagnosi, trattamento e follow up dell’EPN.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- Fabhalta®. Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/005764/0000. EMA/170439/2024, 21 March 2024. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/fabhalta-public-assessment-report_en.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Fabhalta®. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/fabhalta-epar-product-information_it.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Peffault de Latour R et al. Oral iptacopan monotherapy in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. N Engl J Med 2024; 390: 994-1008.

- Risitano AM et al. Oral iptacopan monotherapy in paroxysmal nocturnal haemoglobinuria: final 48-week results from the open-label, randomised, phase 3 APPLY-PNH trial in anti-C5-treated patients and the open-label, single-arm, phase 3 APPOINT-PNH trial in patients previously untreated with complement inhibitors. Lancet Haematol 2025; 12: e414–30.
- Det. 765/2025. G.U. n. 135 del 16.06.2025. <https://trovanorme.aifa.gov.it/#/>

DIFELIKEFALIN: PRURITO UREMICO ASSOCIATO A EMODIALISI

Difelikefalin ATC V03AX04: ev, H OSP; REGISTRO WEB BASED AIFA.

INDICAZIONE APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “trattamento del prurito da moderato a severo associato a malattia renale cronica in pazienti adulti sottoposti a emodialisi”.

DECISIONE DELLA CRF: difelikefalin

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per difelikefalin, inserisce il farmaco in PTR.

La CRF ritiene che il trattamento con difelikefalin possa essere considerato in pazienti adulti sottoposti a emodialisi, nei quali siano state escluse altre possibili cause di prurito [es. altre malattie concomitanti come diabete, epatopatie croniche, affezioni dermatologiche preesistenti; alterazioni del metabolismo minerale come iperparatiroidismo secondario ed iperfosfatemia, iperuricemia, incompatibilità a materiale dialitico e/o al tipo di eparina] che presentano prurito uremico grave che compromette la loro qualità della vita [disturbi del sonno, depressione, lesioni da grattamento] e che non ha risposto agli altri trattamenti comunemente impiegati nel prurito uremico associato a emodialisi.

Verrà effettuato un monitoraggio periodico delle prescrizioni.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- Kapruvia®. Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/005612/0000. EMA/152430/2022, 24 February 2022. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/kapruvia-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Kapruvia® Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/kapruvia-epar-product-information_it.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Fishbane S et al. A Phase 3 Trial of Difelikefalin in Hemodialysis Patients with Pruritus. NEJM 2020;382:222-32.
- Det. 940/2025. G.U. n. 168 del 22.07.2025. <https://trovanorme.aifa.gov.it/#/>

LETERMОВIR: PROFILASSI DELLE INFEZIONI DA CMV NEL TRAPIANTO DI RENE

Letermovir ATC J05AX18: ev, H OSP; os, A RRL (prescrizione di Centri ospedalieri o specialisti: infettivologo, ematologo, nefrologo), REGISTRO WEB BASED AIFA.

NUOVA INDICAZIONE TERAPEUTICA APPROVATA EMA E RIMBORSATA SSN: “profilassi della malattia da CMV in pazienti adulti sieronegativi per CMV che hanno ricevuto un trapianto di rene da un donatore sieropositivo per CMV [D+/R-]”.

DECISIONE DELLA CRF: letermovir

Con propria Determina n. 1092/2025 (G.U. n. 203 del 02.09.2025) AIFA ha definito la rimborsabilità SSN:

- della nuova indicazione di letermovir nella profilassi della malattia da CMV in pazienti adulti sieronegativi per CMV che hanno ricevuto un trapianto di rene da un donatore sieropositivo per CMV [D+/R-];
- del nuovo schema posologico che prevede la possibilità di estendere la durata della profilassi con il farmaco fino a 200 giorni nei pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) ad alto rischio di riattivazione tardiva del CMV. Il Registro web based AIFA del farmaco è stato aggiornato al fine di consentire la prescrizione prolungata in questi pazienti.

a. profilassi della malattia da CMV in pazienti adulti sieronegativi per CMV che hanno ricevuto un trapianto di rene da un donatore sieropositivo per CMV [D+/R-]

La discussione è stata rimandata alla riunione di gennaio 2026 della Commissione Regionale del Farmaco.

b. estensione della durata della profilassi con letermovir fino a 200 giorni nei pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (HSCT) ad alto rischio di riattivazione tardiva del CMV:

La CRF ha recepito la decisione di AIFA.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- Prevymis®. Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/004536/II/0033/G. EMA/525117/2023, 12 October 2023. https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/prevymis-h-c-004536-ii-0033-g-epar-assessment-report-variation_en.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Prevymis®. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/prevymis-epar-product-information_it.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Russo D et al. Efficacy and safety of extended duration letermovir prophylaxis in recipients of haematopoietic stem-cell transplantation at risk of cytomegalovirus infection: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Haematol* 2024; 11: e127–35.
- Det. AIFA 1092/2025 G.U. n. 203 del 02.09.2025 <https://trovanorme.aifa.gov.it/#/>

MAVACAMTEN: CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA OSTRUTTIVA

Mavacamten ATC C01EB24: os, H RRL (prescrizione di centri ospedalieri o specialista: cardiologo), REGISTRO WEB BASED AIFA.

INDICAZIONE RIMBORSATA SSN: “trattamento della cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva (CMIO) sintomatica (classe II-III secondo la classificazione della New York Heart Association, NYHA) in pazienti adulti, limitatamente a quelli nei quali la terapia standard a base di: β -bloccanti cardioselettivi β -1 non vasodilatanti (atenololo, bisoprololo, acebutololo, metoprololo); calcio-antagonisti non diidropiridinici (verapamil, diltiazem) risulta insufficiente”.

INDICAZIONE APPROVATA EMA: “trattamento della cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva (CMIO) sintomatica (classe II-III secondo la classificazione della New York Heart Association, NYHA) in pazienti adulti”.

DECISIONE DELLA CRF: mavacamten

La Commissione Regionale del Farmaco, dopo aver valutato le prove di efficacia e sicurezza disponibili per mavacamten ha inserito il farmaco in PTR.

La CRF ritiene che ai fini della individuazione dei Centri da abilitare alla prescrizione debbano essere adottati i seguenti criteri:

- comprovata competenza nella diagnosi, trattamento e follow up delle cardiomiopatie;
- presenza di un ambulatorio dedicato, con una programmazione dell'attività che consenta un follow up adeguato dei pazienti con CMIO.

La CRF ritiene che l'epidemiologia della patologia e la competenza degli ambulatori dedicati possano comportare l'individuazione, indicativamente, di almeno un centro per provincia.

Bibliografia discussa e presentata (ppt agli atti)

- Camzyos®. Assessment Report. Procedure No. EMEA/H/C/005457/0000. EMA/311929/2023, 26 April 2023. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/camzyos-epar-public-assessment-report_en.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Camzyos®. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto. https://www.ema.europa.eu/it/documents/product-information/camzyos-epar-product-information_it.pdf [accesso: dicembre 2025]
- Olivetto I et al. Mavacamten for treatment of symptomatic obstructive hypertrophic cardiomyopathy (EXPLORER-HCM): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2020; 396: 759-69.
- Desai MY et al. Myosin Inhibition in Patients With Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy Referred for Septal Reduction Therapy. *JACC* 2022; 80:95-108.
- Desai MY et al. Mavacamten in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy Referred for Septal Reduction Week 56 Results From the VALOR-HCM Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol* 2023; 8:968-77.
- Desai MY et al. Mavacamten in Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy Referred for Septal Reduction: Week 128 Results From VALOR-HCM. *Circulation* 2025; 151:1378–90.
- Arbelo E et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. *European Heart Journal* 2023; 44:3503–626.

- Ommen SR et al. 2024 AHA/ACC/AMSSM/HRS/PACES/SCMR Guideline for the Management of Hypertrophic Cardiomyopathy: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2024;149:e1239–e1311.
- Mavacamten for treating symptomatic obstructive hypertrophic cardiomyopathy. NICE Technology appraisal guidance, 6 September 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta913/resources/mavacamten-for-treating-symptomatic-obstructive-hypertrophic-cardiomyopathy-pdf-82615485457861> [accesso: dicembre 2025]
- Det. AIFA 1387/2025. G.U. n. 250 del 27.10.2025 <https://trovanorme.aifa.gov.it/#/>

BIMEKIZUMAB: ARTRITE PSORIASICA (RUOLO RISPETTO AI FARMACI BIOLOGICI ANTI TNF, ANTI IL17 ANTI IL23, ANTI IL12/23)

Argomento non discusso per mancanza di tempo.

Varie ed eventuali

Non sono state affrontate per mancanza di tempo.

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.ssa Maria Barbagallo	presente
Dott. Alessio Bertini	assente g.
Dott. Carlo Biagetti	assente g.
Dott. Alberto Bortolami	presente
Dott.ssa Francesca Bravi	presente
Dott. Pietro Calogero	assente g.
Dott.ssa Chiara Cantarelli	presente
Dott. Giovanni Maria Centenaro	presente
Dott. Nicola Cosimo Facciolongo	presente
Dott. Marco Fusconi	presente
Dott. Marcello Galvani	presente
Prof. Primiano Iannone	presente
Dott. Giuseppe Longo	presente
Dott. Nicola Magrini	presente
Dott.ssa Marcora Mandreoli	presente
Dott. Marco Marietta	presente
Prof. Riccardo Masetti	presente
Dott. Sergio Mezzadri	presente
Dott. Alessandro Navazio	presente
Dott.ssa Giovanna Negri	presente
Prof. Venerino Poletti	presente
Dott.ssa Silvia Riccomi	presente
Dott.ssa Lucia Rossi	presente
Dott.ssa Elisa Sangiorgi	presente
Dott. Denis Savini	presente
Prof. Carlo Salvarani	presente
Dott.ssa Alessandra Sforza	presente
Dott. Matteo Volta	presente
Dott.ssa Annalisa Zini	presente

Presenze esperti:

Dott. Lorenzo Aguzzoli	assente g.
Dott. Andrea Conti	presente
Dott.ssa Rosaria Di Lorenzo	assente g.
Dott. Vittorio Laviola	presente
Prof.ssa Maura Pugliatti	presente

Presenze Presidenti CF di Area Vasta:

Dott. Carlo Descovich	assente g.
Dott. Giorgio Mazzi	presente
Dott. Stefano Tamberi	assente g.

Presenze Segreteria:

Dott.ssa Roberta Giroladini, Dott.ssa Lucia Magnano, Dott. Andrea Marchi, Dott.ssa Ilaria Mazzetti, Dott.ssa Marta Morotti, Dott.ssa Roselena Nigro, Dott.ssa Anna Maria Potenza, Dott. Antonio Romio, Dott.ssa Ester Sapigni, Dott.ssa Margherita Selleri, Dott.ssa Julia Szyzsko, Dott.ssa Sandra Sottili.

Verbalizzazione a cura della Segreteria Scientifica
Verbale approvato in data 05 febbraio 2026