



*Giunta Regionale della Campania*

*Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il*

*Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

***UOD 06 Politica del farmaco e dispositivi***

Alla Direzione Generale e Sanitaria

**AORN Cardarelli**

*e, per il Loro tramite*

Al Direttore Farmacia Ospedaliera

**AORN Cardarelli**

*e, pc.: Pfizer S.r.l.*

*pfizersrl@pec.it*

**LORO SEDI**

**Oggetto: parere del Gruppo di Lavoro farmaci Cnn - ELREXFIO**

A riscontro della Vostra richiesta Prot. 0131430 del 14/03/2025, inoltrata a questi uffici a seguito della circolare prot. 2019. 0430257 del 08.07.2019, relativa alla possibilità di utilizzo per la seguente indicazione terapeutica *“in monoterapia, 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”* del farmaco **ELREXFIO** (elranatamab) 44 mg e 76 mg - soluzione iniettabile - uso sottocutaneo, confezione A.I.C. n. 050981012 e n. 050981024, attualmente in fascia di rimborsabilità C(nn), il Gruppo di Lavoro si è espresso come di seguito:

***- si esprime parere favorevole all'utilizzo del farmaco ELREXFIO alle condizioni economiche proposte dall'azienda, per un numero massimo di 2 pazienti.***

Si chiede alle SS.LL. in indirizzo di riscontrare con cadenza trimestrale tutti i trattamenti C(nn) richiesti, stratificati per farmaco, indicando quanti di questi siano in corso e quanti terminati (data inizio e fine trattamento).

Tanto si chiede al fine di garantire il monitoraggio dell'appropriatezza e la tutela dei pazienti avviati a tali trattamenti.

A cura del GDL Farmaci C(nn):

Francesco Rossi, Ettore Novellino, Mariano Fusco, Adriano Cristinziano, Piera Maiolino, Giuseppe Cirino

***Il Dirigente UOD 06***

***Dott. U. Trama***