



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

L'Assessore

**ALLEGATO 1 AL DECRETO N. 38 DEL 28.12.2017**

### **PROPOSTE DELLA COMMISSIONE PTR**

**Integrazione/modifica del Prontuario Terapeutico Regionale approvato con Delibera n. 56/94 del 29.12.2009 e modificato con DAIS n. 19 del 13.05.2010, n. 41 del 30.08.2010, n. 5 del 4.02.2011, n. 40 del 19.09.2011, n. 9 del 13.02.2012, n. 44 del 19.07.2012, n. 8 del 18.02.2013, n. 12 del 6.05.2013, n. 26 del 5.09.2013, n. 9 del 14.02.2014, n. 17 del 21.07.2014, n. 12 del 23.03.2015, n. 22 del 20.05.2015, n. 30 del 30.07.2015, n. 42 del 11.11.2015, n. 3 del 12.01.2016, n. 32 del 18.07.2016, n. 1 del 18.01.2017, n. 8 del 19.04.2017 e n. 19 del 19.07.2017.**

La Commissione PTR ha approvato la richiesta di inserimento in PTR dei seguenti principi attivi:

1. L01XC23 – Elotuzumab, ev H/OSP;
2. M04AA03 – Febuxostat, os classe A, inserimento con nota limitativa *“esclusivamente con RMP alle condizioni della nota AIFA 91 in pazienti non adeguatamente controllati con allopurinolo o ad esso intolleranti”*;
3. R07AX30 - Ivacaftor-Lumacaftor, os classe A/PHT;
4. A10AE04 - Insulina Glargine 300U/ml, sc classe A/PHT, PT regionale, inserimento con nota limitativa *“esclusivamente in pazienti con ipoglicemie notturne o in seguito a mancata efficacia nelle 24 ore dell'insulina basale utilizzata, documentate attraverso strumento di misurazione della glicemia”*;
5. Per il medicinale già in PTR Insulina Degludec (A10AE06), inserimento PT regionale e nota limitativa *“esclusivamente in pazienti con ipoglicemie notturne o in seguito a mancata efficacia nelle 24 ore dell'insulina basale utilizzata, documentate attraverso strumento di misurazione della glicemia”*;
6. J05AR19 - Emtricitabina-Tefonovir Alafenamide-Rilpivirina,
7. J01DI02 - Ceftarolina fosamil, ev classe H/OSP, inserimento con RMP e nota limitativa *“esclusivamente in seconda linea in assenza di risposta adeguata dopo 3 giorni di terapia documentata dal mancato dimezzamento dei valori ematici della procalcitonina”*. Monitoraggio per un anno;
8. L01XE35 – Osimertinib, os classe H;
9. L01XE28 – Ceritinib, os classe H;
10. B02BD04 - Albutrepenonacog alfa, classe A/PT/PHT, inserimento in PTR con richiesta motivata personalizzata (RMP) e monitoraggio per un anno;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

L'Assessore

**ALLEGATO 1 AL DECRETO N. 38 DEL 28.12.2017**

11. L01XC24 – Daratumumab, ev H/OSP;
12. H05BX04 - Etecalcetide cloridrato, ev classe A/PHT.