



REGIONE AUTONOMA 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

DECRETO N. 1 DEL 18.01.2017

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 e n. 32 del 18 luglio 2016.

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

1. A02BD04 FATTORE DI VON WILLEBRAND + FATTORE VIII, ev, classe A/PT/PHT;
2. A10BD20 METFORMINA-EMPAGLIFLOZIN os, classe A/PHT;
3. B01AF03 EDOXABAN os, classe A/PT/PHT;
4. B02BD COMPLESSO PROTROMBINICO FATTORE IX-II-X ev, classe A/PT/PHT;
5. B03AC CARBOSSIMALTOSIO FERRICO, infus classe H, inserimento con nota limitativa *“esclusivamente nei pazienti con insufficienza renale avanzata in terapia conservativa (dallo stadio 3b allo stadio 5), nei nefropatici in dialisi peritoneale e nei pazienti trapiantati di rene che hanno precedentemente dimostrato resistenza all'efficacia della terapia marziale per os”*;
6. C02CA06 URAPIDIL ev, classe H;
7. C07AA05 PROPRANOLOLO fl os, classe A/PT/PHT;
8. J01DB04 CEFAZOLINA ev/im, classe A, H;
9. L01XE31 NINTEDANIB os, classe H.
10. L01XE38 COBIMETINIB os, classe H;
11. L01XX46 OLAPARIB, os classe H;
12. L04AA25 ECULIZUMAB, ev, classe H;
13. L04AA33 VEDOLIZUMAB ev classe H;
14. L04AC10 SECUKINUMAB sc, classe H, inserimento con nota limitativa *“esclusivamente nei pazienti resistenti a etanercept e infliximab”*.
15. N03AX22 PERAMPANEL os, classe A/PT/PHT;
16. V03AE05 OSSI-IDROSSIDO SUCROFERRICO os, classe A/PT/PHT inserimento con nota limitativa *“esclusivamente in pazienti con un inadeguato controllo dell'iperfosforemia (>5,5 mg/dL) con gli altri chelanti del fosforo e/o nei pazienti con intolleranza a tutti gli altri chelanti dei fosfati calcici e non calcici”*.