

COMMISSIONE P.T.O.T.R. – REGIONE LAZIO

**ELENCO DEI FARMACI ESAMINATI NEL CORSO DELLA RIUNIONE DEL 10-11-2009
E SINTESI DELLE DECISIONI ADOTTATE**

p.a. **Mecasermina**
n.pr. 194
ff. sol. iniettabile
atc H01AC03
specialità INCRELEX
parere: FAVOREVOLE e con l'inserimento della seguente NOTA "da prescriversi e somministrarsi da parte di medici esperti nella diagnosi e nella gestione di pazienti con disturbi della crescita".
Modalità di erogazione H/OSP2, elenco 3).

p.a. **Ormone paratiroideo**
n.pr. 201
ff. penna sol.iniettabile
atc H05AA03
specialità PREOTACT
parere: SOSPESO per documentazione incompleta.

p.a. **Aliskiren**
n.pr. 193
ff. cpr
atc C09XA02
specialità RASILEZ
parere: FAVOREVOLE con la seguente NOTA "da utilizzare come farmaco di seconda scelta dopo dimostrata inefficacia di almeno due trattamenti di cui uno con ACE-inibitore ed uno con sartano".

p.a. **Olmesartan medoxomil**
n.pr. 213
ff. cpr
atc C09CA08
specialità PLAUNAC
parere: SOSPESA LA DECISIONE in attesa del completamento dello studio clinico ROADMAP.

p.a. **Colistina**
n.pr. 198
ff. sol. iniettabile
atc J01XB01
specialità COLIMICINA
parere: FAVOREVOLE.

p.a. **Azitromicina**
n.pr. 221
ff. collirio
atc S01AA26
specialità AZYTER
parere: FAVOREVOLE

p.a. **Triadanol-tetrametyl ammonium**
n.pr. 175
ff. soluzione
Dispositivo medico “Soluzione sterilizzante”
specialità EXJUM
parere: RESPINTO poiché non è chiara la formulazione del prodotto.

p.a. **Rivaroxaban**
n.pr. 212
ff. cps
atc B01AX06
specialità XARELTO
parere: FAVOREVOLE e con la seguente NOTA “da utilizzarsi dopo interventi di chirurgia ortopedica maggiore (protesi dell’anca e del ginocchio)”.
Modalità di erogazione H/OSP2, elenco 1).

La Commissione in merito al farmaco **DABIGATRAN**, già nel PTOTR quale H/OSP2 con modalità distributiva 3.), considerata l’analogia terapeutica con il medicinale Rivaroxaban, stabilisce che anche il DABIGATRAN venga distribuito con modalità 1).

p.a. **Sodio Oxibato**
n.pr. 217
ff. soluzione os
atc N07BB49
specialità ALCOVER
parere: RESPINTO poiché la documentazione presentata non aggiunge nulla di nuovo rispetto alla precedente valutazione.

p.a. **Copaxone**
n.pr. 220
ff. sol.iniettabile
atc L03AX13
specialità GLATIRAMER ACETATO
parere: FAVOREVOLE

p.a. **Rivastigmina**
n.pr. 149/c
ff. os e cerotto transdermico
atc N06DA03
specialità EXELON
parere: FAVOREVOLE.