

Commissione PTOTR – Regione Lazio

Elenco dei medicinali esaminati nel corso della riunione del 14 settembre 2010 e sintesi delle decisioni adottate.

p.a. **Ivabradina**

n.pr. 262

ff. cpr

atc C01EB17

specialità Corlentor

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni indicate nella relazione allegata con la seguente nota: L'uso della Ivabradina è limitato alle condizioni di accertata inefficacia e controindicazione sia dei beta bloccanti che dei calcio antagonisti.

p.a. **Ranolazina**

n.pr. 260

ff. cpr

atc C01EB18

specialità Ranexa

parere: NON favorevole per le motivazioni indicate nella relazione allegata. In sintesi: la Commissione non raccomanda l'inserimento per la limitata efficacia di Ranolazina rispetto ai farmaci attualmente in uso. Inoltre, presenta un profilo di sicurezza decisamente inferiore, sia per gli effetti tossici diretti, che per le interazioni farmaco-metaboliche.

p.a. **Eprosartan + idroclorotiazide**

n.pr. 257

ff. cpr

atc C09DA02

specialità Tiartan

parere: NON favorevole per le motivazioni indicate nella relazione allegata. In sintesi: a differenza di altri sartani (presenti nel PTOR) possiede una unica indicazione terapeutica: il trattamento dell'ipertensione arteriosa essenziale. Inoltre, sono disponibili limitati dati su end point clinici sia sull'eprosartan in monoterapia che in associazione con idroclorotiazide.

p.a. **Gefitinib**

n.pr. 259

ff. cpr

atc L01XE02

specialità Iressa

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni indicate nella relazione allegata. Per quanto concerne la modalità di fornitura, il medicinale dovrà essere erogato tramite i centri prescrittori.

p.a. **Everolimus**

n.pr. 261

ff. cpr

atc L01XE10

specialità Afinitor

parere: FAVOREVOLE, per le motivazioni indicate nella relazione allegata al presente verbale, al riconoscimento della nuova indicazione terapeutica registrata per i dosaggi da 5 e 10 mg e precisamente per il trattamento di pazienti con carcinoma renale avanzato, che hanno presentato progressione durante o dopo trattamento con terapia mirata anti-VEGF. Restano invariate le indicazioni del medicinale Everolimus ai dosaggi da 0,25 e 0,75mg.

p.a. **Sapropterina dicloridrato**

n.pr. 253

ff. cpr

atc A16AX07

specialità Kuvan

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni indicate nella relazione allegata al presente verbale. Per quanto concerne la modalità di fornitura, il medicinale dovrà essere erogato dalle aziende di residenza dei pazienti (modalità di distribuzione "1", come definito dalla Determinazione 513/2006 e s.m.i.

p.a. **Eparina Sodica**

n.pr. 255

ff. collirio

atc S01XA14

specialità Eparinavis

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni riportate nella relazione allegata al presente verbale.

p.a. **Betaistina**

n.pr. 249

ff. os

atc N07CA01

specialità Tevetenz

parere: NON favorevole per le motivazioni riportate nella relazione allegata al presente verbale. In sintesi: non ci sono prove sufficienti della sua efficacia come attestato, tra l'altro dalla revisione Cochrane 2007.

p.a. **Acido Ibandronico**

n.pr. 223

ff. ev

atc M05BA

specialità Bonviva

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni riportate nella relazione allegata al presente verbale.

p.a. **Calcio Acetato**

n.pr. 241

ff. cps

atc A12AA12

specialità Phoslo

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni riportate nella relazione allegata al presente verbale.

p.a. **Idrossicobalamina**

n.pr. 252

ff. sol. Inf.

atc V03AB33

specialità Cyanokit

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni riportate nella relazione allegata al presente verbale.