

Commissione PTOTR – Regione Lazio

Elenco dei medicinali esaminati nel corso della riunione del 15 luglio 2010 e sintesi delle decisioni adottate.

p.a. **Darunavir**
ff. cpr.
atc J05AE10
specialità Prezista
parere: FAVOREVOLE all'estensione dell'indicazione come farmaco di prima linea nella terapia Anti HIV e come da relazione allegata.

p.a. **Romiplostim**
n.pr. 244
ff. polvere per s.i.
atc B02BX04
specialità Nplate
parere: FAVOREVOLE, per le motivazioni indicate nella relazione allegata al presente verbale. Può essere preso in considerazione come trattamento di seconda linea nei pazienti adulti non splenectomizzati per i quali l'intervento chirurgico è controindicato.

p.a. **Rosiglitazone + Glimepiride**
n.pr. 233
ff. cpr.
atc A10BD04
specialità Avaglim
Parere: NEGATIVO per probabili rischi cardiovascolari associati ad aumento dell'incidenza della patologia coronarica. L'insufficienza epatica e renale rappresentano una controindicazione per i costituenti di Avaglim.

p.a. **Clofarabina**
n.pr. 245
ff. s.i.
atc L01BB06
specialità Evoltra
parere: FAVOREVOLE all'uso previsto in pediatria, rimanendo off-label nell'adulto come da relazione allegata.

p.a. **Eprosartan**
n.pr. 250
ff. cpr
atc C09CA02
specialità Vertiserc
parere: RESPINTO, tenuto conto dei limitati dati clinici disponibili e delle indicazioni contenute nel Decreto del Commissario ad Acta U0024 del 19-3-2010.

p.a. **Aprepitant**

n.pr. 251

ff. cpr.

atc A04AD12

specialità Emend

parere: FAVOREVOLE per le motivazioni indicate nella relazione allegata e con la seguente

NOTA: “Si estende l’utilizzo del farmaco alla chemioterapia contenente ciclofosfamide, epirubicina o adriamicina in donne con carcinoma alla mammella” come da linee guida AIOM. Non si approva, pertanto, l’estensione generica a tutte le terapie moderatamente emetogene.