

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 11 luglio 2008 - Deliberazione N. 1176 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria – **FARMACOVIGILANZA - PTOR, Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale - Il Aggiornamento 2007.**

#### **PREMESSO**

che il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (che qui di seguito sarà denominato PTOR) è un potente strumento di razionalizzazione dei consumi di farmaci oltre che diretto anche indiretto, perché la scelta ed il consumo di farmaci in strutture ospedaliere ha un'ampia influenza sul consumo e sulla scelta dei farmaci sul territorio

#### **CONSIDERATO**

che al punto 1) delle Linee d'intervento operativo per l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSN, allegato tecnico del decreto dirigenziale n. 15 del 27.02.07 relativo al Piano d'intervento per la spesa farmaceutica ospedaliera ex legge finanziaria 2007, punto I2 comma 796, è previsto l'obbligo per tutti i medici dipendenti del S.S.R. della Campania di attenersi, all'atto della prescrizione, ai principi attivi presenti nel P.T.O.A., Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale, redatto in conformità al P.T.O.R., Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale. Essendo il PTOR annoverato tra gli strumenti di governo della spesa sanitaria, in generale e della quota di spesa farmaceutica ospedaliera in particolare.

#### **RITENUTO**

pertanto che il PTOR è da considerarsi uno strumento tecnico ed organizzativo di riferimento necessario ed obbligatorio per tutte le strutture ospedaliere della Regione Campania, nel quadro delle azioni di governo e contenimento della spesa farmaceutica.

#### **VISTA**

la deliberazione della Giunta Regionale della Campania n° 348 del 15.03.06 avente ad oggetto "Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale- PTOR 2005- Adozione", pubblicata sul BURC n. 18 del 18.04.06.

#### **VISTO**

che tale atto nel suo allegato tecnico prevede tra l'altro le procedure di revisione e aggiornamento periodico del PTOR.

#### **VISTA**

la deliberazione della Giunta Regionale della Campania n° 704 del 24.04.2007 avente ad oggetto "PTOR Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale- I Aggiornamento 2007" che integra e modifica la precedente DGRC n° 348 del 15.03.06.

#### **VISTE**

le istanze di aggiornamento e modifica pervenute secondo le modalità previste, ed agli atti presso il Settore Farmaceutico AGC Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità.

#### **CONSIDERATA**

l'immissione in commercio di nuovi principi attivi farmacologici di rilevata e comprovata efficacia.

#### **RITENUTO**

necessario aggiornare ed integrare il PTOR vigente, essendo esso uno strumento dinamico di riferimento diretto per la prescrizione medica ospedaliera ed indiretto su quella territoriale,

#### **VISTO**

l'elaborato tecnico qui allegato denominato **PTOR - Il Aggiornamento 2007** che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, redatto sulla base del lavoro di revisione ed aggiornamento del Tavolo tecnico di lavoro sul farmaco ex DPGRC n. 11289 del 05.07.99.

## **RITENUTO**

opportuno che tale allegato vada ad integrare il PTOR attualmente in vigore di cui alla DGRC n° 348 del 15.03.06 e sue successive modifiche.

Propone e la Giunta in conformità, a voto unanime

## **DELIBERA**

per le motivazioni in narrativa che qui di seguito si intendono richiamate

- di adottare l'elaborato tecnico qui allegato denominato **PTOR - Il Aggiornamento 2007** che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, redatto sulla base del lavoro di revisione ed aggiornamento del Tavolo tecnico di lavoro sul farmaco ex DPGRC n. 11289 del 05.07.99.
- che tale elaborato tecnico vada ad integrare il PTOR attualmente in vigore di cui alla DGRC n° 348 del 15.03.06 e sue successive modifiche.
- che tale aggiornamento del PTOR qui allegato sarà strumento di riferimento necessario ed obbligatorio per tutte le strutture ospedaliere della Regione Campania nel quadro delle azioni di contenimento della spesa farmaceutica, a cui tutte le strutture ospedaliere della Regione Campania si dovranno attenere.
- di inviare il presente atto completo dell' allegato **PTOR - Il Aggiornamento 2007**, al Bollettino Ufficiale Regione Campania per la pubblicazione, al fine di favorirne la massima diffusione e dare la più completa informazione a tutte le strutture sanitarie sul territorio regionale.
- di incaricare il Settore Farmaceutico della A.G.C. Assistenza Sanitaria per l'esecuzione del presente provvedimento.

Il Segretario

*D'Elia*

Il Presidente

*Bassolino*



**P.T.O.R.**

**PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE**

**II Aggiornamento 2007**

**LEGENDA:****X GRUPPO ANATOMICO PRINCIPALE****X01 GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE**

<b>X01A</b>	<b>Sottogruppo terapeutico</b>			
<b>X01AA</b>	<b>Sottogruppo terapeutico/chimico</b>		<i>NOTE</i>	
X01AA01 <sup>1</sup>	Sottogruppo chimico	via di somministrazione	<b>Defined Daily Dose</b>	<i>Note</i>

Per una migliore interpretazione della valenza gestionale si ribadisce che essendo il PTOR è un elenco dei soli principi attivi farmacologici che le aziende sanitarie pubbliche della Campania possono utilizzare nella stesura dei loro PTO aziendali, le DDD Defined Daily Dose e le forme farmaceutiche indicate sono solo riferimenti delle utilizzazioni più diffuse in terapia ospedaliera.

**MODIFICHE ED INTEGRAZIONI EFFETTUATE** alla DGRC n° 348 del 15.03.06 pubblicata sul BURC n. 18 del 18.04.06 ed alla DGRC 704 del 24.04.07 :  
( le modifiche seguono l'ordine della classificazione ATC)

**Amnesso A10AE05 DETERMIN**

<b>A10AE</b>	<b>Insuline ed analoghi, ad azione lenta</b>		<i>Ogni Azienda scelga un composto in questo gruppo.</i>	
A10AE01	Insulina zinco umana sospensione (cristallina)	p	40U	
			<i>Nota per le premiscelate: per motivi di opportunità e/o farmaco-economici, ogni Azienda può utilizzare le insuline e/o gli analoghi premiscelati a seconda delle proprie necessità.</i>	
A10AE04	Insulina glargine	p	<i>Limitatamente alle condizioni previste dalla DGRC 3824/2003 e sue modifiche ed integrazioni</i>	
A10AE05	Insulina determin	p	<i>Limitatamente alle condizioni previste dalla DGRC 3824/2003 e sue modifiche ed integrazioni</i>	

**Amnesso A10BB12 GLIMEPIRIDE**

<b>A10BB</b>	<b>Sulfonamidi, derivati dell'urea</b>			
A10BB01	Glibenclamide	os		7 mg
A10BB12	Glimepiride	os		2mg

**Amnesso A10BG02 ROSIGLITAZONE**

<b>A10BG</b>	<b>Tiazolidioni</b>			
A10BG02	Rosiglitazone	os	6 mg	
A10BG03	Pioglitazone	os	30 mg	

**Amnesso B02BC QUIXIL**

<b>B02BC</b>	<b>Emostatici locali</b>		<i>Le Aziende scelgano un solo principio attivo tra i tre principi in opzione</i>	
B02BC99	Colla di fibrina	p		
B02BC	Spugna medicata con trombina e fibrinogeno			
B02BC	Proteina coagulabile umana/trombina umana/calcio cloruro			

Modificata la nota ed eliminati gli asterischi di differenziazione per Eparinici

<b>B01AB</b>	<b>Eparinici</b>		<i>Ogni Azienda scelga solo due composti</i>	
B01AB01	Eparina calcica	p	10 kU	
B01AB01	Eparina sodica	p	10kU	
B01AB02	Antitrombina III	p	2,1 kU	
B01AB04	Dalteparina	p	2,5 kU	
B01AB05	Enoxaparina	p	2 kU	
B01AB06	Nadroparina	p	2,85 kU	
B01AB07	Parnaparina	p	3,2 kU	
B01AB08	Reviparina	p	1,43 kU	
B01AB12	Bemiparina	p	2,5 KU	<i>Nei casi di mancata profilassi antitrombotica preoperatoria</i>

Eliminata la nota limitativa al Fondaparinux

<b>B01AX</b>	<b>Altri antitrombici</b>			
B01AX04	Dermatan Solfato			<i>Solo nei casi di prevenzione e terapia di trombosi venosa profonda con trombocitopenia eparino-indotta</i>
B1A0X05	Fondaparinux		2,5 mg	

Ammesso J01AA12 TIGECICLINA

<b>J01A</b>	<b>Tetracicine</b>			
<b>J01AA</b>	<b>Tetracicine</b>		<i>Ogni Azienda scelga non più di un farmaco per via orale fra i composti di questo gruppo. Evitare l'uso nelle gestanti, nei bambini al di sotto di 8 anni e negli epatopazienti. Vedi anche Dermatologici.</i>	
J01AA02	Doxiciclina	os	100 mg	
J01AA07	Tetraciclina	os p	1 g 1 g	
J01AA12	Tigeciclina	p	0,1 g	<i>Da utilizzare in caso di necessità quando altre terapie antibiotiche non hanno dato opportune risposte</i>

Ammesso J05AF10 ENTECAVIR

<b>J05AF</b>	<b>Nucleosidi inibitori della Transcrittasi inversa</b>			
J05AF01	Zidovudina	os p	0,6 g 0,6 g	
JO5AF02	Didanosina	os	0,4 g	
JO5AF03	Zalcitarabina	os	2,25 mg	
JO5AF04	Stavudina	os	80 mg	
JO5AF05	Lamivudina	os	0,3 g	<i>Nota A32 bis</i>

J05AF06	Abacavir	os	600 mg	
J05AF07	Tenofovir diproxil	os	245 mg	
J05AF08	Adefovir dipivoxil	os	10 mg	
J05AF09	Emtricitabina	os	200 mg	
J05AF10	Entecavir	os	0,5 mg	

### Ammesso J01XX09 DAPTOMICINA

<b>J01XX</b>	<b>Altri antibatterici</b>			
J01XX08	Linezolid	Os p	1,20 g 1,20 g	<i>Farmaco da utilizzare solo nelle infezioni gravi da Gram + resistenti ad altri antibiotici nei Centri di Rianimazione e Terapia Intensiva o di Alta Specializzazione ed eventualmente in altri reparti solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti Centri.</i>
J01XX09	Daptomicina	Os	0,28 g	<i>Da utilizzare in caso di necessità quando altre terapie antibiotiche non hanno dato opportune risposte.</i>

### Ammesso J02AC04 POSACONAZOLO

<b>J02AC</b>	<b>Derivati triazolici</b>			
J02AC01	Fluconazolo	os p	0,2 g 0,2 g	
J02AC02	Itraconazolo	os p	0,2 g 0,2 g	<i>Indicata solo nel trattamento dell'istoplasmosi e delle infezioni micotiche sistemiche di aspergillosi, candidosi e criptococcosi inclusa la meningite criptococcica, quando il trattamento sistemico antimicotico di prima scelta non è adatto o si è dimostrato inefficace</i>
J02AC03	Voriconazolo	os	0,4 g	<i>Farmaco di seconda scelta nelle micosi invasive documentate ed assai probabili da utilizzare nei Reparti di Onco-Ematologia, Trapianti, Rianimazione ed Infettivologia. ed eventualmente in altro Reparto solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti Reparti.</i>
J02AC04	Posaconazolo	os	0,8 g	<i>Farmaco di seconda scelta nelle micosi invasive documentate ed assai probabili da utilizzare nei Reparti di Onco-Ematologia, Trapianti, Rianimazione ed Infettivologia. ed eventualmente in altro Reparto solo come prosecuzione di terapia già iniziata nei suddetti Reparti.</i>

## Amnesso J05AE10 DANURAVIR

<b>J05AE</b>	<b>Inibitori delle proteasi</b>			
J05AE01	Saquinavir	os	1,8 g	
J05AE02	Indinavir	os	2,4 g	
J05AE03	Ritonavir	p	1,2 g	
J05AE04	Nelfinavir	os	2,250 g	
J05AE05	Amprenavir	os	2,4 g	
J05AE49	Atazanavir	os	0,3 g	
J05AE10	Darunavir	o		

## Amnesso M05BA SODIO NERIDRONATO

<b>M05BA</b>	<b>Bifosfonati</b>	<i>Ogni Azienda scelga due composti per ciascuna formulazione.</i>		
		<i>Per i principi con asterisco* l'utilizzo in regime di trattamento ospedaliero deve essere subordinato alla specificità del trattamento e ad un favorevole rapporto costo/ beneficio</i>		
M05BA01	Acido etidronico	os	0,4 g	Nota 42
M05BA02	Acido clodronico	os	1,6 g	Nota 42
		p	1,5 g	
M05BA03	Acido pamidronico*	p	60 mg	
M05BA04	Acido alendronico	os	10 mg	Nota 79
M05BA06	Acido Ibandronico	os		
		p	4 mg	
M05BA07	Acido risedronico	os	5 mg	Nota 79
M05BA08	Acido Zoledronico*	p	4,0 mg	
M05BA	Acido Neridronico			

## Amnesso N02AA03 IDROMORFONE

## Amnesso N02AA05 OSSICODONE

<b>N02AA</b>	<b>Alcaloidi naturali dell'oppio</b>			
N02AA01	Morfina cloridrato	os	100mg	
		p	30 mg	
N02AA01	Morfina solfato	os	100mg	
N02AA03	Idromorfone cloridrato	os	20 mg	
		P	4 mg	
		r	4 mg	
N02AA05	Ossicodone	os	75 mg	
		p	30 mg	



## Ammesso N03AX16 PREGABALIN

<b>N03AX</b>	<b>Altri antiepilettici</b>			
N03AX09	Lamotrigina*	os	0,3 g	
N03AX10	Felbamato*	os	2,4 g	
N03AX11	Topiramato*	os	0,3 g	
N03AX12	Gabapentina*	os	1,8 g	
N03AX16	Pregabalin	os	0,3g	

## Ammesso N06AB10 ESCITALOPRAM

<b>N06AB</b>	<b>Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione</b>	<i>Ogni Azienda scelga un composto in questo gruppo.</i>		
N06AB03	Fluoxetina	os	20 mg	
N06AB04	Citalopram	os	20 mg	
N06AB05	Paroxetina	os	20 mg	
N06AB06	Sertralina	os	50 mg	
N06AB08	Fluvoxamina	os	0.1 mg	
N06AB10	Escitalopram	os	10 mg	

## Ammesso R03DX05 OMALIZUMAB

<b>R03D</b>	<b>Altri antiasmatici per uso sistemico</b>			
<b>R03DA</b>	<b>Derivati xantini</b>	<i>Ogni Azienda scelga un composto fra quelli contrassegnati con *, da utilizzare in caso di intolleranza all'aminofillina.</i>		
R03DA04	Teofillina	os	400 mg	
R03DA05	Aminofillina	os p ret	600 mg 600 mg 600 mg	
R03DA08	Bamifillina*	os ret		
R03DA11	Doxofillina*	os p		
<b>R03DX</b>	<b>Altri farmaci per uso sistemico</b>			
R03DX05	Omalizumab	<i>Da utilizzare solo nei Centri individuati con delibera regionale</i>		