

Documento PTR n. 311 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI
PRASUGREL E TICAGRELOR 90 mg**

Aprile 2018

**Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di:**

Prasugrel

Ticagrelor 90 mg

Centro prescrittore _____	
Medico precrittore (nome e cognome): _____	Tel. _____
e-mail: _____	
Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____	in Via _____ n. _____
Tel. _____	AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____	

Il prasugrel ed il ticagrelor sono a carico del SSR se il Piano Terapeutico Regionale è rilasciato dalle U.O. di Cardiologia autorizzate dalla Regione Emilia Romagna.

La prescrizione di **Prasugrel** in associazione con ASA è a carico dell’SSN nelle seguenti condizioni:

- pazienti con SCA senza innalzamento del tratto ST sottoposti ad intervento coronarico percutaneo con o senza impianto di stent metallico medicato;
- pazienti con STEMI sottoposti ad intervento coronarico percutaneo primario o ritardato con o senza impianto di stent metallico medicato.

Prasugrel non deve essere utilizzato nei pazienti trattati con tienopiridine negli ultimi 5 giorni, in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale e pregresso ictus/TIA. La posologia abituale di mantenimento è di 10 mg/die; è consigliata una dose di 5 mg/die nei pazienti con età >75 anni o con peso <60 kg in cui si ritenga favorevole il rapporto rischio/beneficio.

La prescrizione di **Ticagrelor** in associazione con ASA è a carico dell’SSN nelle seguenti condizioni:

- pazienti con SCA con o senza innalzamento del tratto ST in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica con o senza applicazione di stent;

Ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di: terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori o induttori del citocromo CYP 450 3A4.

Posologia	Durata prevista del trattamento: (durata massima 12 mesi*)
	6 mesi <input type="checkbox"/> 12 mesi <input type="checkbox"/>
Prasugrel	<input type="checkbox"/> 10 mg/die <input type="checkbox"/> 5 mg/die
Ticagrelor	<input type="checkbox"/> 90 mg x 2

*la prosecuzione oltre il 12° mese deve essere effettuata compilando il Piano Terapeutico informatizzato di Ticagrelor 60 mg sulla Piattaforma SOLE.

Data valutazione _____

Timbro e Firma del Medico
