

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE SSN DI TICAGRELOR**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Tel _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ sesso M F Codice fiscale _____

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____

ASL di residenza _____ Prov. _____

Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di ticagrelor è a carico del SSN solo se rispondente ad una delle seguenti condizioni:

- sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST (angina instabile, infarto miocardico NSTEMI, infarto miocardico STEMI) con insorgenza dei sintomi da < 24 ore in associazione con ASA in pazienti non trombolisati trattati farmacologicamente o mediante angioplastica coronarica (con o senza applicazione di stent)
- intervento di rivascularizzazione miocardica in pazienti con sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST in associazione con ASA

Ticagrelor non deve essere utilizzato in caso di terapia trombolitica nelle 24 ore antecedenti, terapia anticoagulante orale, rischio aumentato di bradicardia, trattamento con farmaci inibitori o induttori del citocromo P-4503A.

Il trattamento con ticagrelor deve essere iniziato durante il ricovero ospedaliero con dose di attacco di 180 mg.

Nei pazienti con NSTEMI è necessaria la presenza di almeno due dei seguenti criteri:

- alterazioni del tratto ST sull'elettrocardiogramma, indicative di ischemia al ricovero
- alterazioni di biomarcatori indicativi di danno miocardico
- uno dei seguenti fattori di rischio (età > 60 anni, pregresso infarto miocardico, pregressa rivascularizzazione miocardica, pregresso stroke ischemico, TIA, stenosi carotidea > 50%, diabete mellito, arteriopatia periferica, insufficienza renale con clearance della creatinina < 60 ml/min/1.73m²)

Nei pazienti con STEMI è necessaria la presenza di:

- sopraslivellamento di almeno 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue o blocco di branca sinistra di recente (<24 ore) insorgenza
- intenzione di trattare il paziente con angioplastica primaria

La durata massima del trattamento è di 12 mesi.

Dose prescritta: _____ Dose/die: 90 mg x 2/die

Indicare se:

- Prima prescrizione Prosecuzione della cura (motivo _____)

Data _____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore
