



Prot. n. AOO GRT/DO 92063.Q.90.65
da citare nella risposta

Data, 01/04/2010

Oggetto: Deliberazione G.R.T. n. 367 del 22/03/2010. Precisazioni.

Ai Direttori Generali
Aziende Sanitarie Toscane
Loro Sedi

In riferimento alla deliberazione in oggetto, con la quale i centri specialistici regionali sono stati autorizzati alla prescrizione di medicinali a base di clopidogrel oltre i limiti di rimborsabilità previsti dal piano terapeutico AIFA, si ritiene utile l'adozione di un piano terapeutico per detta prescrizione a carico del Servizio Sanitario Regione che si trasmette in allegato.

Detto piano dovrà essere redatto, dai centri specialistici autorizzati, in duplice copia, una delle quali dovrà essere consegnata all'assistito.

L'assistito con il piano terapeutico potrà recarsi dal proprio medico di famiglia per la prescrizione sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

Cordiali saluti

Il Dirigente
Loredano Giorni

**PIANO TERAPEUTICO REGIONE TOSCANA
PER PRESCRIZIONE DI CLOPIDOGREL**
(Delibera n. 367 del 22/03/2010)

Centro prescrittore _____

Nome cognome del clinico prescrittore _____

recapito telefonico _____

Paziente (nome,cognome) _____ età _____

Sesso M F codice fiscale _____

Indirizzo _____ Tel. _____

ASL di residenza _____

La prescrizione di clopidogrel è a carico della Regione Toscana per un periodo ulteriore di un anno oltre i limiti di rimborsabilità previsti dal piano terapeutico AIFA, o viene istituita per un anno nei seguenti casi:

- 1 – Bare-metal stents (BMS) e drug-eluting stents (DES);
- 2 – Stent multipli;
- 3 – Stent delle biforcazioni;
- 4 – Lunghezza complessiva degli stent > 30 mm;
- 5 – Stent del tronco comune;
- 6 – Evento cardiovascolare in corso di terapia antiaggregante piastrinica singola in prevenzione secondaria;
- 7 – Malattia coronarica cronica sintomatica;
- 8 – Soggetti che presentino malattia coronarica o aterosclerosi clinicamente manifesta a livello dei tronchi sovra-aortici o delle arterie degli arti inferiori e che siano affetti da diabete, da insufficienza renale o da insufficienza cardiaca con FE < 40%.

Dose e durata del trattamento

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____
di 6 mesi rinnovabile per 1 volta.

Indicare se:

- prosecuzione della cura dopo piano AIFA
- Prima prescrizione per i casi indicati al punto 6-7-8

Data ___/___/___ Timbro e firma del clinico prescrittore