



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n. 185 del - 7 LUG. 2015



**PIANO TERAPEUTICO  
REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI INDACATEROLO/GLICOPIRRONIO 110/50 MCG NEL  
TRATTAMENTO DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)  
(della validità di 12 mesi rinnovabile)**

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ sesso M  F  Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione) \_\_\_\_\_

**Il PT di indacaterolo/glicopirronio può essere redatto dalle UOC di Pneumologia, Medicina Interna, Geriatria, dagli specialisti allergologi purché operanti all'interno delle UOC sopra indicate e dagli specialisti pneumologi ambulatoriali SAI. Le successive prescrizioni potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le seguenti condizioni alla prima prescrizione:**

1) paziente con diagnosi conclamata di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a molto grave secondo le linee guida GOLD 2013

2) paziente broncopneumopatico con dispnea in almeno una delle seguenti condizioni (tratto da questionario mMRC)

- durante esercizio intenso (es. salire le scale, pedalare)
- durante una camminata in salita
- durante una camminata lenta rispetto a persone della stessa età e che porta ad interruzione
- dopo almeno 100 metri di camminata
- durante l'atto del vestirsi o svestirsi

e che non risponde alla monoterapia regolare con broncodilatatori in accordo con quanto riportato nella tabella 7 del PDTA regionale (*Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione della Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) - DGR n. 206 del 24.02.2015*)

In caso di prosecuzione della terapia, ovvero rinnovo annuale del piano terapeutico, si deve considerare solamente la condizione riportata al punto 2).

Farmaco prescritto

indacaterolo/glicopirronio 110/50 mcg/die

prima prescrizione

prosecuzione della terapia

- con modifiche
- senza modifiche

Data valutazione \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_