

*Documento PTR n. 268 relativo a:*

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE  
PER LA PRESCRIZIONE DI  
INDACATEROLO/GLICOPIRRONIO  
NEL TRATTAMENTO DELLA  
BRONCOPNEUMOPATIA  
CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)**

**Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco**  
**Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di Indacaterolo/Glicopirronio 110/50 mcg**  
**nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**

Medico prescrittore \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Unità Operativa \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

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

**Il Piano terapeutico, della validità di 6 mesi, è da compilarsi ai fini della rimborsabilità, come da determina AIFA, da parte degli specialisti pneumologo, allergologo, geriatra, internista che operano presso i Centri Ospedalieri delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna. Le prescrizioni successive alla prima potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le condizioni 1 e 2:**

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

**FEV<sub>1</sub> / FVC (da esame spirometrico) \_\_\_\_\_**

**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 che porta a interruzione
- dopo almeno 100 metri di camminata
- durante l'atto del vestirsi o svestirsi

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

PRIMA PRESCRIZIONE <input type="checkbox"/>	PROSECUZIONE TERAPIA:	
	CON MODIFICHE <input type="checkbox"/>	SENZA MODIFICHE <input type="checkbox"/>
	Posologia	
Indacaterolo/Glicopirronio	110/50 mcg/die	

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

Timbro e Firma del Medico