



**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI ASSOCIAZIONI LABA/LAMA  
PER IL TRATTAMENTO DELLA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)  
(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 può essere redatto da tutti gli specialisti pneumologi ospedalieri ed ambulatoriali delle strutture pubbliche e private accreditate, dagli internisti operanti nelle U.O.C. di Medicina Interna, dai geriatri operanti nelle U.O.C. di Geriatria e dagli allergologi operanti nelle U.O.C. di Pneumologia, Medicina Interna e Geriatria.** Le successive prescrizioni, all'interno del periodo di validità del PT, potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le seguenti condizioni alla prima prescrizione:

- € 1) paziente con diagnosi conclamata di broncopolmonopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a molto grave secondo le linee guida GOLD ultima versione
- € 2) paziente broncopolmonopatico 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      € umeclidinio/vilanterolo 62,5/25 mcg/die

€ aclidinio/formoterolo 340/12 mcg/e volte die      € tiotropio/olodaterolo 5/5 mcg/die

€ prima prescrizione

€ prosecuzione della terapia

con modifiche

senza modifiche

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

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_