

completare l'intervento, ha redatto il QTE, approvato con Delibera Commissariale n. 177 dell'11/12/09 previo parere favorevole espresso della C.T. espresso in data 11/12/09, dove si rileva una necessità di un finanziamento totale pari ad euro 655.267,84.

Per conferire ad ogni singolo edificio e/o scala oggetto dell'intervento piena funzionalità e piena autonomia contabile nella ripartizione delle spese, in particolare laddove i contatori idrici sono a tutt'oggi intestati allo IACP e laddove il fenomeno della morosità è più sensibile, si considera opportuno provvedere alla esecuzione delle opere di sdoppiamento dei contatori degli impianti idrici e pertanto di localizzare un importo totale di euro 655.267,84 nei comuni di Taranto, Crispiano, Fragnano e Ginosa.

Per quanto su esposto:

- Vista la delibera del Commissario Straordinario dell' IACP di Taranto n. 177 dell'11/12/09;
- Visto il QTE, sul quale si è espressa favorevolmente la C.T. nella riunione dell'11/12/09;
- preso atto di quant'altro deliberato dall'Istituto con conseguente assunzione di ogni responsabilità tecnica -amministrativa ai sensi dell'art. 58 della legge 865/71 e dell'art. 11 del D.P.R. n.1036/72;

Si propone di:

- approvare la localizzazione per l'importo di euro 655.267,84 nei comuni di Taranto, Crispiano, Fragnano e Ginosa.

Copertura Finanziaria ai sensi della Legge Regionale n. 28 del 16/11/2001 e s.v. e m.

Il presente provvedimento comporta una spesa di euro 655.267,84, parte della somma di euro 840.189,52 impegnata con determina Dirigenziale n. 417 del 24 novembre 2008 capitolo 411030 " trasferimento fondi agli IACP per il recupero di immobili residenziali".

VISTA la L.R. n.7 del 4/02/97 art.4 comma 4, lett.a, l'Assessore sulla base delle risultanze istruttorie innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Qualità del Territorio, Area Politiche per l'Ambiente, le Reti e la Qualità Urbana, prof.ssa Angela BARBANENTE;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dal dirigente d'ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di fare propria ed approvare la relazione che precede;
- di localizzare l'importo totale di euro 655.267,84 per gli interventi necessari alla realizzazione degli impianti idrici e distribuzione con sdoppiamento contatori AQP, nei comuni di Taranto, Crispiano, Fragnano e Ginosa.
- di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 maggio 2010, n. 1203

D.G.R. n.309/2010: Approvazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico per le linee guida per l'uso appropriato della Eparina a basso peso molecolare (EBPM) e Fondaparinux (FPX) ", in profilassi e trattamento del tromboembolismo venoso profondo (TVP). Errata corrige.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata, dal funzionario istruttore, dal Responsabile A.P., confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

la Giunta Regionale ha approvato con L.R. n.23 del 19 settembre 2008 il “Piano Regionale di Salute 2008 2010”, in particolare l’art. 1, comma 2, fa riferimento ai livelli essenziali di assistenza (LEA), individua gli obiettivi di salute, nonché le strategie con relative azioni prioritarie di intervento da raggiungere nel triennio di riferimento, garantendo la centralità del cittadino quale protagonista e fruitore dei percorsi assistenziali e la completa integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l’assistenza sanitaria e l’assistenza sociale.

Il “Piano della Salute 2008 - 2010” impone di sviluppare il rapporto con le Società Scientifiche per l’individuazione, l’adozione e la diffusione di Linee Guida e protocolli diagnostici terapeutici, in relazione alle prestazioni più rilevanti per gravità, frequenza e costi ed in considerazione della necessità di proporre al sistema ed ai professionisti strumenti di “Clinical Governance” per garantire appropriatezza nella scelta dei percorsi di diagnosi e cura.

La Commissione Regionale per l’Appropriatezza Prescrittiva, istituita con DGR n. 1226 del 24/08/2005, è stata preposta, dalla Determinazione Dirigenziale n. 15 del 24 feb 2006, al compito di predisposizione di idonee linee guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza prescrittivi, nel rispetto di quanto stabilito dalla Commissione nazionale prevista dalla Legge 266 del 23 dicembre 2005, pubblicata sulla G.U. supplemento ordinario n. 09 del 13/01/06 Serie generale n. 10.

Con deliberazione n. 309 del 09 Febbraio 2010 “Approvazione del percorso diagnostico terapeutico per le linee guida per l’uso appropriato dell’eparina a basso peso molecolare (EBPM) e Fondaparinux (FPX), in profilassi e trattamento del tromboembolismo venoso profondo (TVP)” la Giunta Regionale ha disposto le linee guida per la appropriatezza prescrittiva delle Eparine a basso peso molecolare e del Fondaparinux, su proposta della Commissione Regionale per il controllo dell’appropriatezza prescrittiva.

Si precisa che per mero errore materiale, alla pagina 4 dell’ “Allegato 2 Profilassi”, della DGR n. 309/2010, in 4° colonna, riguardante la Dalteparina, alla quarta riga, va aggiunto “Valutare in chirurgia ortopedica (es. sostituzione di anca) durata fino a 5 settimane dopo l’intervento”.

Inoltre, alla pagina 4 dell’ “Allegato 2 Profilassi”, della DGR n. 309/2010, nell’ultima colonna riguardante il Fondaparinux, alla quarta riga, le parole

“2.5 mg (0.5 ml)/die 6 ore dopo l’intervento per 59 giorni (0.3 ml/die in pazienti con insufficienza renale cronica e clearance creatinina tra 20 e 30 ml/min)”

sono, invece, da intendersi, così come riportato da scheda tecnica

“2.5 mg (0.5 ml)/die 6 ore dopo l’intervento per almeno 59 giorni finché non diminuisce il rischio di tromboembolismo venoso, di solito finché il paziente non riprende la deambulazione. Nella chirurgia per frattura d’anca la profilassi dovrebbe essere presa in considerazione fino ad ulteriori 24 giorni. (0.3 ml/die in pazienti con insufficienza renale cronica e clearance creatinina tra 20 e 50 ml/min)”.

L’ “ALLEGATO 2 RACCOMANDAZIONI” è da intendersi: “ALLEGATO 1: RACCOMANDAZIONI ACCP 2008”.

In considerazione del fatto che nelle tabelle allegare non sono riportate le indicazioni nella prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi, il punto 2 dell’ “ALLEGATO A” è da intendersi:

“indicazioni, dose e durata delle diverse EBPM e di FPX nella profilassi del TEV”.

Atteso che nelle tabelle non vengono riportate le indicazioni nelle sindromi coronariche acute e nell’infarto STEMI, il punto 3 dell’allegato “A” è da intendersi come di seguito:

“Indicazioni, dose e durata delle diverse EBPM e di FPX nel trattamento del TEV”.

Pertanto, nel mentre si ravvisa la necessità di segnalare agli operatori che l’uso di ciascuno dei farmaci anticoagulanti indicati deve essere contestualizzato al programma clinico individuale del paziente con particolare riferimento, nel caso di procedure operatorie, all’intervallo di tempo tra l’evento causa della patologia e l’intervallo chirurgico, nonché, al tipo di anestesia programmata, si propone la rettifica dei meri errori materiali, presenti negli allegati alla DGR n.309/2010, con la contestuale approvazione delle nuove tabelle riportate in allegato, parte integrante e sostanziale del

presente schema di provvedimento, che sostituiscono le tabelle di cui al su citato provvedimento.

COPERTURA FINANZIARIA Ai sensi della L.R. n.28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio
Dott. Fulvio Longo

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n.7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore proponente;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dalla Responsabile AP e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- Di approvare quanto espresso in narrativa, che costituisce parte sostanziale del presente provvedimento deliberativo;
- Di approvare le tabelle corrette presenti in allegato, che sostituiscono le precedenti tabelle di cui alla DGR 309 del 09/02/2010;
- Di disporre che l'uso di ciascuno dei farmaci anti-coagulanti indicati nelle tabelle allegate al presente provvedimento, deve essere contestualizzato al programma clinico individuale del paziente con particolare riferimento, nel caso di procedure operatorie, all'intervallo di tempo tra l'evento causa della patologia e l'intervallo chirurgico, nonché, al tipo di anestesia programmata;
- Di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, esecutiva, sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/94;
- Di disporre la notifica del presente provvedimento, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., delle Aziende Ospedaliere, I.R.C.C.S., E.E. e ai componenti la Commissione.
- Di dare mandato al Dirigente del Servizio PATP per l'espletamento degli adempimenti successivi necessari.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

ALLEGATO "A"

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DI EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE E FONDAPARINUX

Dr Luigi Santoemma
Commissione Appropriatezza Prescrittiva Regione Puglia

Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) e Fondaparinux (FPX), grazie al minor numero di somministrazioni quotidiane e alla ridotta necessità di sorveglianza per eventi emorragici incidenti, hanno sostituito in maniera pressochè completa l' Eparina Non Frazionata (ENF) nella profilassi e nel trattamento del trombo-embolismo venoso (TEV), in particolare Trombosi Venosa Profonda (TVP) ed Embolia Polmonare (EP).

In diversi ambiti specialistici la profilassi del TEV con questi farmaci è diventata una strategia che viene attuata routinariamente. Chirurgia ortopedica, chirurgia generale maggiore, chirurgia ginecologica sono, in particolare, gli ambiti di più estesa attuazione di tale strategia, implementata con tale regolarità che, ormai, è fonte di sorpresa registrare nella prescrizione di dimissione di un paziente dopo un intervento chirurgico, l'assenza di una profilassi anti-trombotica. Il Medico di Medicina Generale è stato, quindi, fino ad oggi, piuttosto un attento osservatore di questa condivisa pratica prescrittiva, magari attento a registrare una durata del trattamento non del tutto corretta o un dosaggio da rivedere, piuttosto che un prescrittore autonomo di terapia anti-trombotica .

Negli ultimi anni però il dibattito sulla gestione del rischio di TEV nel paziente non chirurgico, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale, è diventato più sostenuto e diversi studi hanno documentato i benefici ottenibili, in termini di abbattimento del rischio trombo-embolico, con l'uso di questi farmaci.

RISCHIO DI TVP IN PAZIENTI CHIRURGICI E INTERNISTICI

<p>BASSO RISCHIO: chirurgia minore in pazienti mobilizzati, età <40 aa, senza fattori di rischio aggiuntivi; pazienti medici mobilizzati</p>
<p>RISCHIO MODERATO: chirurgia minore in pazienti con fattori di rischio aggiuntivi, chirurgia maggiore generale, urologia, ginecologica; pazienti medici allettati</p>
<p>ALTO RISCHIO: chirurgia maggiore in pazienti con fattori di rischio aggiuntivi(ad es: pregresso TEV, cancro), chirurgia ortopedica maggiore(protesi di anca o ginocchio, frattura di anca); traumi maggiori e spinali.</p>

Già nel 2006 l'International Consensus Statement raccomandava di valutare una tromboprofilassi nei casi seguenti:

- A) pazienti con > 40 aa con patologia internistica acuta e/o ridotta mobilità con una delle seguenti morbilità:
- scompenso cardiaco acuto (NYHA III – IV)
 - insufficienza respiratoria (con o senza supporto ventilatorio) o riacutizzazione di una patologia respiratoria
 - neoplasia attiva in trattamento
 - patologia acuta infettiva
 - malattie reumatologiche
 - ictus ischemico o infarto miocardico acuto
- B) pazienti con malattia internistica acuta e ridotta mobilità in presenza di uno dei seguenti fattori di rischio:
- età maggiore di 75 aa
 - patologia neoplastica
 - storia di TEV

Le Linee Guida ACCP, pubblicate nel 2008, riprendono e confermano l'appropriatezza di una tromboprofilassi nel paziente internistico con fattori di rischio per TEV.

La prescrizione appropriata di una terapia anti-trombotica è resa però complessa da una serie di fattori:

- disomogenea registrazione di dosaggi e posologie per le diverse molecole, espressi in diverse unità di misura (UI o mg);
- diversa registrazione di indicazioni, soprattutto per quello che riguarda il paziente internistico;
- necessità per alcuni farmaci di riferire il dosaggio al peso del paziente;
- mancanza di dati, per alcuni farmaci, di sicurezza in gravidanza.

Per fornire uno strumento agile di consultazione che assista il medico prescrittore nella identificazione del paziente candidabile ad una profilassi del TEV e che lo aiuti nella scelta della molecola, dei dosaggi e della durata del trattamento più appropriati, abbiamo sintetizzato, nelle tavole seguenti:

- 1) le **condizioni, sia chirurgiche che internistiche, di rischio trombo-embolico** che necessitano un intervento profilattico con ENF, EBPM o FPX e la relativa forza delle raccomandazioni (Allegato 1: raccomandazioni ACCP 2008);
- 2) indicazioni, dose e durata delle diverse EBPM e di FPX nella **profilassi** del TEV. (Allegato 2: Profilassi);
- 3) indicazioni, dose e durata delle diverse EBPM e di FPX nel **trattamento** del TEV. (Allegato 3: Trattamento).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Elliott Cg, Goldhaber SZ, Visani L, DeRosa M. Chest radiographs in acute pulmonary embolism. Results from the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry. *Chest* 2000; 118, 1: 33-8
- 2) Mismetti P, Laporte-Simitsidis S, Tardy, B, Cucherat M, Buchmuller A, Juillart-Delsart D, Decousus H. Prevention of venous thromboembolism in internal medicine with unfractionated or low-molecular-weight heparin: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Thromb Haemost* 2000; 83, 1:14-9
- 3) Anderson FA Jr., Tapson VF, Decousus H et al for the IMPROVE Investigators. IMPROVE, a Multinational Observational Cohort Study of Practices in Prevention of Venous Thromboembolism in Acutely Ill Medical Patients: A comparison with Clinical Study Patient Populations. *Blood* 2003;11:319a.
- 4) Samama MM, Cohen AT, Darmon Jy et al, for the Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *N Engl J Med* 1999; 341; 11: 793-800
- 5) Cardiovascular Disease Educational and Research Trust; Cyprus Cardiovascular Disease Educational and Research Trust; European Venous Forum; International Surgical Thrombosis Forum; International Union of Angiology; Union International de Phlébologie. Prevention and treatment of venous thromboembolism. International Consensus Statement (guidelines according to scientific evidence). *Int Angiol* 2006;25:2:101-61
- 6) Leizorovicz A, Cohen AT, Turpie AGG, et al, for the PREVENT Medical Thromboprophylaxis Study. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation* 2004; 110, 7:874-9
- 7) Cohen AT, Davidson BL, Gallus AS, Lassen MR, Prins MH, Tomkowski W, Turpie AG, Egberts JF, Lensing AW; the ARTEMIS investigators. Efficacy and safety of fondaparinux for the prevention of venous thromboembolism in older acute medical patients: randomised placebo controlled trial. *Br Med J* 2006;332, 7537:325-9.
- 8) Hirsh J, Guyatt G et al. Executive Summary: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) *Chest* 2008;133;71-109

Executive Summary: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition)
 Hirsh J, Guyatt G et aa
 Chest 2008;133:71-109

1A-1B-1C: raccomandazione forte
 2A-2B-2C: raccomandazione debole

	ENF	EBPM	FPX
CHIRURGIA GENERALE			
Pazienti a basso rischio	NO- 1A	NO- 1A	NO- 1A
Pazienti a rischio moderato	SI - 1A	SI - 1A	SI - 1A
Pazienti ad alto rischio	SI - A	SI - 1A	SI - 1A
CHIRURGIA VASCOLARE			
Senza fattori di rischio tromboembolici	NO- 2B	NO- 2B	NO- 2B
Con fattori di rischio tromboembolici	SI-1C	SI-1C	SI-1C
CHIRURGIA UROLOGICA			
Procedure transuretrali o a basso rischio	NO- 1A	NO- 1A	NO- 1A
Procedure maggiori	SI - 1A	SI - 1A	SI - 1A
CHIRURGIA GINECOLOGICA			
Pazienti a basso rischio	NO- 1A	NO- 1A	NO- 1A
Pazienti a rischio moderato	SI - 1A	SI - 1A	SI - 1A
Pazienti ad alto rischio	SI - 1A	SI - 1A	SI - 1A
CHIRURGIA ORTOPEDICA			
Protesi di anca	NO-1A	SI- A	SI- 1A
Protesi di ginocchio	SI -1A	SI -1A	SI -1A
Frattura di anca	SI -1B	SI -1B	SI -A
Artroscopia diagnostica semplice	NO-2B	NO-2B	NO-2B
Chirurgia artroscopica con fattori di rischio	SI -1B	SI -1B	SI -1B
Paziente politraumatizzato	SI -1A	SI -1A	SI -1A
Chirurgia spinale elettiva con fattori di rischio tromboembolico	SI -1B	SI -1B	SI -1B
Traumi midollo spinale	SI -1B	SI -1B	SI -1B
USTIONI	SI -1C	SI -1C	SI -1C
NEUROCHIRURGIA	SI -2A	SI -2A	SI -2A
PAZIENTI CON PATOLOGIE INTERNISTICHE (allettati, con fattori di rischio per tromboembolismo quali scompenso di circolo, neoplasia attiva, pregresso TEV, etc.)	SI -1A	SI -1A	SI -1A
PAZIENTI NEOPLASTICI			
Chirurgici(raccomandazioni secondo sottosezione chirurgia generale)	SI-1A	SI-1A	SI-1A
Ospedalizzati con pat. internistica (racc. secondo sottosezione pz.internistici)	SI -1A	SI -1A	SI -1A
Catetere venoso centrale	NO-1B	NO-1B	NO-1B

ALLEGATO 1: RACCOMANDAZIONI ACCP 2008

ENF: eparina non frazionata
 EBPM: eparine a basso peso molecolare
 FPX: fondaparinux

PAZIENTI INTERNISTICI A RISCHIO DI TEV*

A) pazienti con > 40 aa con patologia internistica acuta e/o ridotta mobilità con una delle seguenti morbidità:
 - scompenso cardiaco acuto (NYHA III – IV)
 - insufficienza respiratoria (con o senza supporto ventilatorio) o riacutizzazione di una patologia respiratoria
 - neoplasia attiva in trattamento
 - patologia acuta infettiva
 - malattie reumatologiche
 - ictus ischemico o infarto miocardico acuto

B) pazienti con malattia internistica acuta e ridotta mobilità in presenza di uno dei seguenti fattori di rischio:
 - età maggiore di 75 aa
 - patologia neoplastica
 - storia di TEV

*: da International Consensus Statement Nicolaiades et al. International Angiology 2006;25(2):101-161

SINTESI DELLE INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIPORTATE NELLE SCHEDE TECNICHE APPROVATE DALL'AIFA							
MOLECOLE NOME COMMERCIALE FORME FARMACEUTICHE	Enoxaparina* CLEXANE	Nadroparina* FRAXIPARINA SELEPARINA	Dalteparina* FRAGMIN	Parnaparina* FLUXUM	Reviparina* CLIVARINA	Bemiparina* IVOR	Fondaparinux** ARIXTRA
INDICAZIONI (presenti nelle schede tecniche registrate)	-Proflessi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia ortopedica e in pazienti non chirurgici a rischio di TVP. - Prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi. -Trattamento dell'angina instabile e dell'infarto del miocardio non Q in associazione con ASA. - Prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi.	-Proflessi delle TVP in chirurgia generale e ortopedica. -Trattamento delle chirurgia generale e ortopedica. Trattamento delle TVP. - Proflessi della coagulazione extracorporea nell'emodialisi e nell'emofiltrazione fino alle 4 ore di durata. -Malattia coronarica instabile quale angina instabile e IMA non Q in associazione ad ASA.	-Proflessi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e ortopedica. -Trattamento delle chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio maggiore di TVP. -Trattamento della trombosi venosa profonda con o polmonare. -Prevenzione degli eventi acuti in angioplastica coronarica percutanea (PTCA).	- Proflessi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio maggiore di TVP. -Trattamento della trombosi venosa profonda.	-Proflessi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio maggiore di TVP. -Trattamento della trombosi venosa profonda con o polmonare. -Prevenzione degli eventi acuti in angioplastica coronarica percutanea (PTCA).	-Prevenzione delle tromboembolie in pazienti sottoposti a interventi chirurgici di chirurgia generale(2500UJ). -Prevenzione delle tromboembolie in pazienti sottoposti a interventi chirurgici di chirurgia ortopedica(3500UJ). -Prevenzione della coagulazione nella circolazione extracorporea durante emodialisi.	1,5 /2,5 mg. - Prevenzione di episodi tromboembolici venosi in pz sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore degli arti inferiori quali frattura di anca, chirurgia maggiore del ginocchio o sostitutiva di anca e a chirurgia addominale ad alto rischio di complicanze tromboemboliche quali pz sottoposti a chirurgia addominale per patologie tumorali. -Prevenzione del TEV in pz di pertinenza medica considerati ad alto rischio di TEV e che sono immobilizzati a causa di una patologia acuta quale insufficienza cardiaca e/o disturbi respiratori acuti e/o infezioni o patologie infiammatorie acute. -Trattamento dell'angina instabile o dell'infarto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST in pazienti nei quali un approccio invasivo urgente(PCI) non è indicato. -Trattamento dell'infarto del miocardio associato a sopraslivellamento del tratto ST in pazienti che sono in terapia con trombolitici o che, inizialmente, non sono deputati a ricevere altre forme di terapia di reperfusion.
PROFILASSI CHIRURGICA IN PAZIENTI A RISCHIO TROMBOEMBOLICO MODERATO: posologia	2000UJ/die ore prima dell'intervento, quindi ogni 24 ore per almeno 7 gg	2850UJ/die 2-4 ore prima dell'intervento, quindi ogni 24 ore per almeno 7 gg o fino a quando sussiste il rischio tromboembolico.	2500UJ/die 2 ore prima dell'intervento, quindi ogni 24 ore per almeno 5 gg	3200UJ/die 2 ore prima dell'intervento, quindi ogni 24 ore per almeno 7gg.	1750UJ/die 2-4 ore prima dell'intervento, quindi ogni 24 ore per almeno 7-10 gg o fino a quando sussiste il rischio tromboembolico.	2500UJ/die 2 ore prima o ore dopo l'intervento, quindi ogni 24 ore per almeno 7-10 gg o fino a quando sussiste il rischio tromboembolico.	2500UJ/die 2 ore prima o ore dopo l'intervento per almeno 5-9 giorni finché non diminuisce il rischio di tromboembolismo venoso, di solito finché il paziente non riprende la deambulazione. Nella chirurgia per frattura d'anca la profilassi dovrebbe essere presa in considerazione fino ad ulteriori 24 giorni. (0,3 ml/die in pazienti con insufficienza renale cronica e clearance creatinina tra 20 e 50 ml/min.)
PROFILASSI CHIRURGICA IN ORTOPEDIA E PAZIENTI A RISCHIO TROMBOEMBOLICO ELEVATO: posologia	4000UJ/die 12 ore prima dell'intervento. Durata 7-10 gg e per tutta la persistenza del rischio (in genere fino alla deambulazione).	38UJ/Kg 12 ore prima dell'intervento, altre dosi 12 ore dopo e quindi ogni 24 ore fino al 3° giorno, poi 57UJ/Kg a partire dal 4° giorno, per almeno 10 giorni e finché persiste il rischio tromboembolico.	Chirurgia dell'anca: 2500UJ 1-2 ore prima dell'intervento e 2500UJ dopo 12 ore. Quindi 5000UJ/die fino a mobilizzazione. In alternativa: 5000UJ la sera prima e 5000UJ le sera successive all'intervento fino a mobilizzazione. In alternativa: 2500UJ 4-8 ore dopo l'intervento e 5000UJ i giorni seguenti. Valutare in chirurgia ortopedica (es. sostituzione di anca) durata fino a 3 settimane dopo l'intervento.	4250UJ 12 ore prima dell'intervento e ogni giorno per almeno 10 gg.	4200UJ 12 ore prima dell'intervento e ogni giorno per almeno 10 gg o per tutto il periodo di rischio.	Chirurgia ortopedica: 3500UJ 2 ore prima o 6 ore dopo l'intervento, quindi ogni 24 ore per 7-10 gg o per tutto il periodo di rischio.	2,5mg(0,5 ml)/die 6 ore dopo l'intervento per almeno 5-9 giorni finché non diminuisce il rischio di tromboembolismo venoso, di solito finché il paziente non riprende la deambulazione. Nella chirurgia per frattura d'anca la profilassi dovrebbe essere presa in considerazione fino ad ulteriori 24 giorni. (0,3 ml/die in pazienti con insufficienza renale cronica e clearance creatinina tra 20 e 50 ml/min.)
PAZIENTI A RISCHIO MAGGIORE DI TVP:posologia	4000UJ/die per almeno 6 gg e continuato fino alla deambulazione o fino a quando persiste il rischio.			4250 UJ /die per almeno 10 giorni	4200 UJ /die per almeno 10 giorni o per tutto il periodo di rischio.		2,5mg(0,5 ml) per 6-14 gg.
PAZIENTI DI PERTINENZA MEDICA ALLETATI A RISCHIO TVP: posologia							

*: classe ATC B01AB **: classe ATC B01AX

Allegato 2: PROFILASSI TEV

L'uso dei farmaci in tabella deve essere contestualizzato al programma clinico individuale del paziente con particolare riferimento, nel caso di procedure operatorie, all'intervallo di tempo tra l'evento causa della patologia e l'intervento chirurgico, nonché, al tipo di anestesia.

SINTESI DELLE INDICAZIONI TERAPEUTICHE RIPORTATE NELLE SCHEDE TECNICHE APPROVATE DALL'AIFA							
MOLECOLE	Enoxaparina*	Nadroparina*	Dalteparina*	Pamaparina*	Reviparina*	Bemiparina*	Fondaparinux**
COMMERCIALE FORME FARMACEUTICHE CLEXANE 2000UJ(0,2m)6f 4000UJ(0,4m)6f CLEXANE T 6000UJ(0,6m)2-10f 8000UJ(0,8m)2-10f 10000UJ(1m)2-10f	FRAXIPARINA / SELEPARINA 2850UJ(0,3m)6f 3800UJ(0,4m)6f 5700UJ(0,6m)10f 7600UJ(0,8m)10f SELEDIE / FRAXODI 11400UJ(0,6m)2f 15200UJ(0,8m)2f 19000UJ(1m)2f	FRAXIPARINA - SELEPARINA Profiliassi delle TVP in chirurgia generale e ortopedica. Trattamento delle TVP. Prevenzione della coagulazione in corso di interventi chirurgici. Trattamento dell'angina instabile e infarto miocardico non Q. SELEDIE - FRAXODI Trattamento delle TVP.	Profiliassi delle TVP in chirurgia generale e ortopedica. Trattamento delle TVP. Profiliassi della coagulazione extracorporea nell'emodialisi e emofiltrazione fino alle 4 ore di durata. Malattia coronarica instabile quale angina instabile e IMA non Q in associazione ad ASA.	FLUXUM 3200UJ(0,3m)6f 4250UJ(0,4m)6f 6400UJ(0,6m)6f	CLIVARINA 1750UJ(0,25m)10f 4200UJ(0,6m)10f 6300UJ(0,9m)10f	IVOR 5000UJ(0,2m)10f 7500UJ(0,3m)10f 10000UJ(0,4m)10f	AR/XTRA 2,5mg(0,5 ml) 5mg(0,4 ml) 7,5mg(0,6 ml) 10mg(0,8 ml)
INDICAZIONI (presenti nelle schede tecniche registrate)	0,2-0,4 ml: -Profiliassi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e in pazienti non chirurgici allestati e a rischio di TVP. -Trattamento della TVP con o senza embolia polmonare. -Trattamento dell'angina instabile e dell'infarto del miocardio non Q in associazione con ASA. -Prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi, emofiltrazione. 0,6-0,8-1 ml: Trattamento della TVP con o senza embolia polmonare. Trattamento dell'angina instabile e dell'infarto del miocardio non Q in associazione con ASA.	Profiliassi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio di TVP. - Trattamento della trombosi venosa profonda.	Profiliassi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio di TVP. - Trattamento della trombosi venosa profonda.	Profiliassi della trombosi venosa profonda(TVP) in chirurgia generale e ortopedica e nei pazienti a rischio di TVP. - Trattamento della trombosi venosa profonda con o senza embolia polmonare. - Prevenzione degli eventi acuti in angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA).	Trattamento delle tromboembolie venose in presenza o in assenza di embolia polmonare, durante la fase acuta.	Trattamento dell'angina instabile o dell'infarto del miocardio senza sopraslivellamento del tratto ST in pazienti nei quali un approccio invasivo urgente(PCI) non è indicato. Trattamento dell'infarto del miocardio associato a sopraslivellamento del tratto ST in pazienti che sono in terapia con trombolitici o che, inizialmente, non sono deprivati a ricevere altre forme di terapia di ripertusione. 7,5-10 mg: Trattamento della trombosi venosa profonda(TVP) e dell'embolia polmonare(EP) eccetto che nei pazienti emodinamicamente instabili o che richiedono trombolisi o embolectomia polmonare.	
TRATTAMENTO T.V.P. ED EMBOLIA POLMONARE	T.V.P. con o senza EMBOLIA POLMONARE 100ui/Kg ogni 12 ore per 10 gg.	T.V.P. FRAXIPARINA SELEPARINA 92,7UI/Kg ogni 12 ore per 10 gg SELEDIE FRAXODI 171UI/Kg die per 10 gg <50Kg 0,4 ml 50-59 Kg 0,5ml 60-69 Kg 0,6ml 70-79 Kg 0,7ml 80-89 Kg 0,8ml >90 Kg 0,9ml	T.V.P. 100UI/Kg ogni 12 ore o 200UI/Kg/ die, fino ad un massimo di 18000 UI/die.	T.V.P. 0,6ml(6400UI) ogni 12 ore per 7-10 gg. Può essere preceduta da 3-5 gg di terapia con 12800UI per via e.v. in infusione lenta.	T.V.P. con o senza EMBOLIA POLMONARE 175ui/Kg in due iniezioni die per 5-10 gg.	T.E.V. 115UI/Kg die per 5-10 gg <50 Kg 0,2 ml 50-70 Kg 0,3 ml >70 Kg 0,4 ml	T.V.P. EMBOLIA POLMONARE 7,5mg/die per peso tra 50 e 100 Kg 5mg/die per peso <50Kg 10mg/die per peso >100Kg per 5-10 gg.

*: classe ATC B01AB **: classe ATC B01AX

Allegato 3: TRATTAMENTO TEV

L'uso dei farmaci in tabella deve essere contestualizzato al programma clinico individuale del paziente con particolare riferimento, nel caso di procedure operatorie, all'intervallo di tempo tra l'evento causa della patologia e l'intervento chirurgico, nonché, al tipo di anestesia.