



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

C.F./P.IVA 001151150867

Prot. n.

Servizio Farmaceutico Territoriale

Alla Direzione Sanitaria P.O. Umberto I e FBC Enna
Alla Direzione Sanitaria P.O Basilotta Nicosia
Alla Direzione Sanitaria IRCCS "Oasi Maria SS." di Troina
Al Direttore UOC Farmacia Ospedaliera
LORO SEDI

OGGETTO: Schede per richieste di eleggibilità Vericiguat, Dapagliflozin ed Empagliflozin

Con la presente si trasmettono le schede per le richiesta eleggibilità con vericiguat, dapagliflozin ed empagliflozin da compilare e trasmettere allo scrivente ufficio per i controlli di merito.

Considerato che l'Assessorato della Salute con circolare prot. n. 18892 del 19/04/2024 ha richiesto ai Servizi Farmaceutici delle AA.SS.PP. di inserire tra i consueti controlli anche la verifica del regime con cui avviene la prescrizione (Ricovero ordinario, DH, Visita ambulatoriale), i presenti moduli sono stati integrati con apposito campo da compilare.

A tal proposito, si ricorda, che i Centri abilitati alla prescrizione sono :UU.OO.CC. di **Medicina Interna del P.O. di Nicosia/Leonforte e del P.O. Umberto I di Enna, Cardiologia-UTIC del P.O. Umberto I di Enna e del P.O. Basilotta di Nicosia, Medicina Interna e Cardiologia del IRCCS "Oasi Maria SS." di Troina.**

Si invitano le SS.LL. in indirizzo a dare ampia diffusione della presente nota a tutti gli operatori sanitari interessati.

Il Farmacista Dirigente
Dott.ssa Paola Greca

Il Direttore
U.O.C. Farmacia Territoriale
Dr. Calogero Russo



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA
C.F./P.IVA 001151150867

SCHEDA DI ELEGGIBILITA' VERICIGUAT

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore _____ tel. _____
Mail _____

Paziente _____
Data di nascita _____ Sesso M F
Codice fiscale o tessera sanitaria assistito _____
ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____
Medico di medicina generale _____ tel. _____

La prescrizione di vericiguat per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica con ridotta frazione di eiezione è a carico del SSR in *add-on* ad una terapia ottimale (terapia standard (ACE-I/ARBs, beta bloccanti, diuretici,MRA) più ove non controindicati e sufficientemente tollerati, (glifozine e ARNI) seguita in maniera costante per almeno 3 mesi in pazienti adulti che si trovino in una condizione clinica di "worsening".*

TERAPIA STANDARD

ACE-I oppure ARBs
 Beta Bloccante
 Diuretico
 MRA

EVENTUALI CONTROINDICAZIONI

+ TERAPIA CON

ARNI
 GLIFOZINE

EVENTUALI CONTROINDICAZIONI

VALORE FEVS ($\leq 45\%$) _____ %

Worsening*: persistenza o peggioramento dei sintomi dopo un recente evento di riacutizzazione che abbia richiesto

Ricovero ospedaliero nei 6 mesi precedenti
(data ricovero _____)

Terapia (ad es. diuretica) per via endovenosa nei 3 mesi precedenti
(data fine terapia _____)

Data _____ Firma e timbro medico prescrittore _____

Il farmaco è stato prescritto in seguito a:

- visita ambulatoriale
 dimissione da ricovero diurno (DH)
 dimissione da ricovero ordinario

RISERVATO ALLA UOC FARMACIA TERRITORIALE

VERIFICATA LA TERAPIA PREGRESSA IN DATA _____

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL FARMACISTA DIRIGENTE _____

NOTE



SCHEDA DI ELEGGIBILITA' DAPAGLIFLOZIN / EMPAGLIFLOZIN

Centro presrittore _____
Medico presrittore _____ tel. _____
Mail _____

Paziente _____
Data di nascita _____ Sesso M F
Codice fiscale o tessera sanitaria assistito _____
ASP di residenza _____ Prov. _____ Regione _____
Medico di medicina generale _____ tel. _____

Prescrizione a carico del SSR per il trattamento negli adulti dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica

Dapagliflozin Empagliflozin

Il paziente è già stato sottoposto al migliore trattamento farmacologico tollerato per lo scompenso cardiaco, ovvero:

Ace-Inibitore Sartano Arni

And

Betabloccante Diuretico Antialdosteronico

VALORE FEVS (%) _____ (allegare copia del referto ecocardiogramma)

Data _____ Firma e timbro medico presrittore _____

Il farmaco è stato prescritto in seguito a:

- visita ambulatoriale
 dimissione da ricovero diurno (DH)
 dimissione da ricovero ordinario

RISERVATO ALLA UOC FARMACIA TERRITORIALE

VERIFICATA LA TERAPIA PREGRESSA IN DATA _____

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

IL FARMACISTA DIRIGENTE _____

NOTE _____