



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 – parziale modifica e chiarimenti**

A parziale integrazione e modifica della precedente nota trasmessa con prot. n. 79246 del 22/07/2024, si trasmettono le schede per le richieste eleggibilità con vericiguat, dapagliflozin ed empagliflozin nelle quali è stata apportata una piccola modifica nel box relativo al regime con cui avviene la prescrizione: Visita ambulatoriale in regime SSN, Ricovero diurno (DH), Ricovero ordinario.

Si coglie l'occasione per precisare che tali schede vanno integralmente compilate ed inviate allo scrivente ufficio per i controlli di merito. In seguito al rilascio dell'autorizzazione da parte della UOC di Farmacia Territoriale, si potrà procedere alla compilazione del PT AIFA sul quale andrà apposto il timbro della UO di appartenenza e, successivamente, lo stesso andrà consegnato al paziente, unitamente alla scheda di eleggibilità, per il ritiro del farmaco da parte della Farmacia Ospedaliera.

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' DAPAGLIFLOZIN / EMPAGLIFLOZIN

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. \_\_\_\_\_

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 prescrittore \_\_\_\_\_

Il farmaco è stato prescritto in seguito a:

- visita ambulatoriale in regime SSN  
 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 \_\_\_\_\_



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 in regime SSN  
 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

\_\_\_\_\_