



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

Prot.

GR 39/21

Roma,

Ai Direttori generali e
Commissari straordinari di:

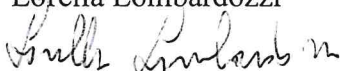
- Aziende USL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali EX classificati

e, p.c., al Direttore generale dell'AIFA

Oggetto: farmaco Dimetil fumarato (**SKILARENCE®**) – psoriasi a placche – aggiornamento
nota prot. 326716 del 29.04.2019 – modifica modalità prescrittive

Si comunica che a far data dal 01.04.2022 i Centri regionali già autorizzati per la prescrizione del farmaco Skilarence per la psoriasi a placche erogheranno esclusivamente il confezionamento da 30 mg per l'induzione alla terapia, della durata di tre settimane.

A partire dalla quarta settimana il confezionamento di Skilarence da 120 mg sarà erogato dalla Asl di residenza dell'assistito, previa presentazione della scheda regionale allegata, compilata da Centro prescrittore.

Il Dirigente
Lorella Lombardozi



II DIRETTORE
Massimo Annicchiarico

A.T. 10/03/2022

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA
tel. 06/5168.4473-5323 fax 06/5168.5450
e-mail: lolombardozi@regione.lazio.it
posta certificata: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
SKILARENCE (dilmetilfumarato) 120 mg 90 cpr

Assistito: _____ Codice Fiscale: _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____ Distretto _____

La prescrizione di SKILARENCE 120 mg è a rimborsata dal SSR per la seguente Indicazione:

- **Psoriasi a Placche da moderata a grave negli Adulti**

PIANO TERAPEUTICO

Posologia _____

Durata prevista della terapia¹ _____

Numero di confezioni per PianoTerapeutico _____

Annotazioni _____

Prima prescrizione Prosecuzione trattamento

Data successivo controllo _____

Copia valida per N. _____ confezioni

Data _____

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

U.O. _____

Tel. _____

Firma e timbro del medico prescrittore²

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 4 mesi

2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni
3. Il Piano deve essere redatto dalle UU.OO. di Dermatologia dei Centri di riferimento individuati dalla Regione Lazio