

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 7 Farmaceutica

Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. 1406P

del 11.03.2020

Oggetto: Prescrizione dei medicinali a base di **acitretina** - **validità ricette SSN**

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie

Agli Ordini Provinciali dei Medici

Agli Ordini Provinciali dei Farmacisti

Ai Responsabili dei Servizi di Farmacia
delle Aziende Sanitarie

Ai Referenti per l'Appropriatezza
Prescrittiva di cui al DDG n. 48/2020

A Federfarma Sicilia

Ad Assofarm

LORO SEDI

Con la nota prot. n. 12518 del 04/03/2020 sono state comunicate le procedure per la prescrizione dei medicinali a base di *acitretina*, mediante compilazione di un apposito modello di Piano Terapeutico (PT) riservato agli Specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o abilitati a prescrivere tramite ricetta dematerializzata.

Nel modello di PT sopra citato è stato riportato che la validità della ricetta SSN è pari a 30 giorni, senza però specificare il sesso del paziente.

Considerato che per le pazienti di sesso femminile: la ricetta SSN ha validità di 7 giorni dalla data di esito negativo del test di gravidanza, mentre per i pazienti di sesso maschile: la ricetta SSN (RNRL) ha validità di 30 giorni, si allega alla presente nota il modello di Piano Terapeutico opportunamente modificato, che dovrà essere utilizzato sempre a far data dal **31 marzo 2020**.

I Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie Provinciali potranno attivare specifici controlli volti a verificare l'appropriata applicazione di quanto sopra rappresentato.

Il Dirigente del CRFV

D.ssa Claudia Minore

Claudia Minore

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Pasquale Cananzi

Pasquale Cananzi

Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca

Mario La Rocca

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Piano Terapeutico per la prescrizione dei medicinali a base di *acitretina*

Azienda Sanitaria	_____
Unità Operativa	_____
Medico Specialista prescrittore	_____ tel. _____ e-mail _____
Paziente (cognome, nome)	_____ Data nascita _____
Sesso M ☐ F ☐ Codice Fiscale	_____ Regione _____
Indirizzo	_____ tel _____
ASP di residenza	_____ Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi	_____
Specialità Medicinale Prescritta	_____
Posologia	_____
Annotazioni	_____
Data successivo controllo	_____
Data <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Timbro e firma in originale del medico prescrittore
Durata	_____
Copia valida per N. _____ confezioni	

Il Piano Terapeutico, ai fini della prescrizione a carico del SSN, deve essere redatto dagli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata.

Verificare che la ricetta SSN abbia validità di 7 giorni dalla data di esito negativo del test di gravidanza per le pazienti di sesso femminile.

Verificare che il numero di confezioni non ecceda i 30 giorni di terapia rispetto alla posologia prescritta.