

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

Il Responsabile del Servizio 7

Dr. Pasquale Cananzi

Il Dirigente Generale

Ing. Mario La Rocca

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

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

Azienda Sanitaria _____
Unita Operativa _____
Medico Specialista prescrittore _____ tel. _____ e-mail _____
Paziente (cognome, nome) _____ Data nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice Fiscale _____ Regione _____
Indirizzo _____ tel _____
ASP di residenza _____ Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi _____
Specialità Medicinale Prescritta _____
Posologia _____
Annotazioni _____
Data successivo controllo _____
Data __/__/____
Durata _____
Copia valida per N. _____ confezioni

Timbro e firma in originale del medico prescrittore

***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.***