



**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:

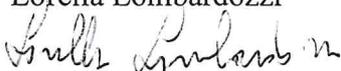
- Aziende USL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali EX classificati

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](mailto:lolombardozi@regione.lazio.it)  
posta certificata: [politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it](mailto: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 terapia<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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 prescrittore<sup>2</sup>

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