

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 7 - Farmaceutica
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. n. 27433

del 28/3/17

Oggetto: Modifica del Piano Terapeutico per la prescrizione di **rifaximina 550 mg** per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni

Ai Direttori Generali delle Aziende
Sanitarie

Ai Direttori dei Servizi di Farmacia

Agli Ordini Provinciali dei Medici

A Federfarma Sicilia

Ad Assofarm

All' AIOP

LORO SEDI

Con la nota prot. n. 96063 del 12/12/2016, relativa all'aggiornamento n.11 del PTORS, al fine di evitare disagi al paziente e di uniformare le modalità prescrittive e distributive, è stato adottato un Piano Terapeutico (PT) regionale per la specialità medicinale a base di rifaximina 550 mg.

Nella sopracitata nota si dispone che la prescrizione di rifaximina 550 mg può essere effettuata da parte delle UU.OO. di gastroenterologia, infettivologia e medicina interna delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN.

Poiché il citato medicinale è utilizzato per la "riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni", si ritiene di dover inserire tra i Centri abilitati alla prescrizione anche le UU.OO. di epatologia.

Pertanto, alla luce delle motivazioni sopra esposte, si allega alla presente il modello di PT opportunamente modificato.

Il Dirigente del CRFV
Dr. Pasquale Cananzi

Il Responsabile del Servizio
Dr. Antonio Lo Presti

Il Dirigente Generale *ad interim*
Avv. Ignazio Tozzo

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI RIFAXIMINA 550 MG

Azienda Sanitaria/IRCCS/Struttura privata accreditata _____	
Unità Operativa _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Cod. Fiscale _____	Data di nascita _____
Indirizzo _____ Tel _____	
ASP di residenza _____	Prov _____ Regione _____

La prescrizione di rifaximina 550 mg è a carico del SSR solo se rispondente alle seguenti condizioni:

riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata in pazienti di età ≥ 18 anni

Dosaggio _____	Posologia _____
Durata prevista della terapia _____	
Numero confezioni totali per Piano Terapeutico _____	
Annotazioni _____	
Prima prescrizione <input type="checkbox"/>	Proseguimento del trattamento <input type="checkbox"/>
Data successivo controllo _____	
Data _____	Timbro e firma in originale del Medico prescrittore
Copia valida per N. ___ confezioni	

*Il Piano Terapeutico, della **durata massima di 6 mesi**, ai fini della prescrizione a carico del SSN deve essere redatto dalle **UU.OO. di epatologia, gastroenterologia, infettivologia e medicina interna** delle strutture ospedaliere, territoriali o convenzionate con il SSN.*