



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

Ai Direttori generali e  
Commissari straordinari di:

- Aziende USL
  - Aziende Ospedaliere
  - Policlinici Universitari
  - IRCCS
  - Ospedali ex classificati
- e, p.c., Federfarma, Confservizi, Farmacap

**Oggetto:** farmaco **Rifaximina (TIXTELLER®)** – integrazione Centri prescrittori – Ospedale Israelitico

Ad integrazione delle precedenti note regionali, si comunica che è autorizzata alla prescrizione del farmaco Tixteller anche l'UOC Medicina interna dell'Ospedale Israelitico, secondo le modalità già indicate nella precedente nota prot. 1008265 del 06.12.2021 (in allegato).

Il Dirigente  
Lorella Lombardozzi  


Il DIRETTORE  
Massimo Amicchiarico  


A.T. 11/03/2022

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



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

Prot. GR 39/21

Roma,

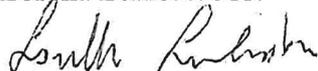
Ai Direttori generali e  
Commissari straordinari di:

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

Oggetto: farmaco **Rifaximina (TIXTELLER®)** – revisione scheda di prescrizione

Vista la G.U. 227 del 22/09/2021 che recepisce la Determina AIFA nr. 678 dell'8 settembre 2021, a seguito delle modifiche del paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto del farmaco Tixteller che prevede il trattamento a lungo termine per la riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata, si trasmette scheda prescrittiva in allegato. Si chiede di darne massima diffusione ai prescrittori.

Il Dirigente  
Lorella Lombardo



Il DIRETTORE  
Massimo Annicchiarico





SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI  
TIXTELLER (Rifaximina) 550 mg 56 cpr

Assistito: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Regione di residenza dell'Assistito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

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  $\geq 18$  anni**

PIANO TERAPEUTICO

Dosaggio \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Durata prevista della terapia<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Numero di confezioni per Piano Terapeutico \_\_\_\_\_

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 12 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 Gastroenterologia, Infettivologia o Medicina Interna dei Centri di riferimento individuati dalla Regione Lazio