

29/06/2010 20:01 0031-500046

PROBIOS SRL

PAG 01/05

C.A. DON. ANELLI
 FAX 080 5096770



REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO ALLA SANITA' E SERVIZI SOCIALI
 SETTORE SANITA'
 UFFICIO 15

PROT. 24 | 14020 | 15

15 LUG. 2002
 BARI

Al Ministero della Sanità
 Dipartimento per la valutazione
 Dei Medicinali e la Farmacovigilanza
 Roma

Agli Assessorati alla Sanità
 Delle Regioni d'Italia
 Loro Sedi

All'Amministratore Unico
 Della Probios
 Brindisi

Al Direttore Generale
 Aziende ASI
 Loro Sedi

Al Direttore Generale
 Azienda Osp.
 Loro Sedi

A L Rappresentante Legale
 Degli I.R.C.C.S.
 Della Regione Puglia
 Loro Sedi

Al Rappresentante Legale
 Degli Ente Ecclesiastici
 Della Regione Puglia
 Loro Sedi

Oggetto: Nota CUF 74 Determinazione Dirigenziali n.276 del 9 luglio 2002

In allegato alla presente ,si invia copia della Determinazione Dirigenziale indicata in oggetto, con la quale si è provveduto ad autorizzare i centri specializzati per il trattamento della infertilità femminile e maschile..

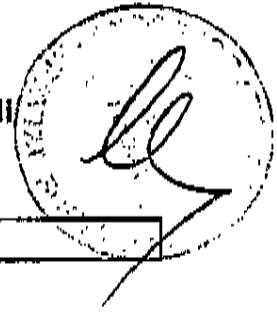
IL Dirigente Servizio Assistenza Farmaceutica
 (Sig.ra Carmela Cavallo)

Carmela Cavallo



REGIONE PUGLIA

Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali
SETTORE SANITA'



Struttura Proponente

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N. 269	Del Registro delle Determinazioni	Data:	9 LUG. 2002
---------------	-----------------------------------	-------	--------------------

081/DIR/2002/02761 OGGETTO:

Deliberazione della Giunta Regionale del 23 ottobre 2001 n. 1412. Individuazione dei centri specializzati per la diagnosi e piano terapeutico di cui alla patologia del DMS 22 dicembre 2000 Nota CUF 74" trattamento dell'infertilità femminile e dell'infertilità maschile"

IL DIRIGENTE DI SETTORE

Visto il D.Lgs. 3 Febbraio 1993 n.29;
Visto il D.Lgs. 31 Marzo 1998 n.80;
Vista la Legge Regionale 24 Marzo 1974 n.18;
Vista la Legge Regionale 4 Febbraio 1997 n.7;
Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 28 Luglio 1998 n.3261 e successive integrazioni;

In Bari presso la sede del Settore Sanità, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n°15, riceve dal Dirigente dello stesso la seguente relazione:

Il Ministero della Salute, con Decreto del 22 dicembre 2000 di revisione delle note CUF per il trattamento della infertilità femminile e maschile " nota CUF 74" ha stabilito che la prescrizione è consentita solo su diagnosi e piano terapeutico di Centri specializzati individuati dalle Regioni :

Pertanto, per la prescrizione sul territorio e per l'erogazione diretta da parte delle strutture pubbliche, dei farmaci di cui alla nota CUF 74, si ritiene utile ricordare che è indispensabile la predisposizione di idoneo Piano terapeutico, che dovrà essere inviato contestualmente al medico di Medicina generale ed al Servizio farmaceutico territoriale della Azienda USL.

La Giunta Regionale del 23 ottobre 2001 n. 1412, in armonia con tutto quanto previsto dal Ministero della Salute con Decreto 22 dicembre 2000 di revisione delle note CUF, provvede ad individuare, per la successiva autorizzazione regionale sia le varie Aree Cliniche preposte alla formulazione della diagnosi e Piano terapeutico, che le U.O. .

Con nota prot. 24/25223/15 del 21.12.01, nel notificare ai rappresentati legali di tutte le strutture sanitarie pugliesi il su citato provvedimento giuntale, fu richiesto di comunicare a questo Assessorato la denominazione delle strutture già esistenti e da loro stessi individuate per la diagnosi e piano terapeutico , nonché i dati necessari.

BIMERICO



REGIONE PUGLIA

IL Direttore Generale dell'azienda Ospedaliera "SS. Annunziata" di Taranto con nota prot. 2884 del 4/4/02 ha inoltrato a questo Assessorato formale richiesta affinché la propria struttura complessa di Ostetricia Ginecologia sia autorizzata quale centro preposto a formulare la diagnosi ed il piano terapeutico per il trattamento dell'infertilità maschile e femminile.

La Probios S.r.l. "Centro specializzato per la ricerca e trattamento dell'infertilità maschile e femminile", registrato in quanto tale presso il Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, con nota del 9/8/2000 ha chiesto a questo Assessorato di essere annoverata tra i centri autorizzati alla sola formulazione della diagnosi e piano terapeutico di cui alla nota Cuf 74.

Con nota assessorile prot. 3552/15 del 26/2/02 fu richiesto al Ministero della Salute parere in merito alla opportunità o meno di autorizzare il su menzionato centro "PROBIOS" quale struttura preposta all'analisi e piano terapeutico di cui alle patologie previste dal DMS del 22 dicembre 2000..

Il Ministero della Salute, con nota prot. 800.CUF.S,AG.12/250 del 15/3/02, ha risposto alla suindicata interpellanza ribadendo il principio secondo cui i soli Enti competenti ad autorizzare i centri prescrittori risultano essere solo le Regioni.

Al fine di verificare l'idoneità di detto Centro, con nota prot. 9808 del 14/05/02 si provvede a richiedere all'Azienda USL BR/1, territorialmente competente, di effettuare formale visita ispettiva.

Con nota prot. 384 del 31/05/02 l'Azienda USL BR/1 ha espresso parere favorevole.

Pertanto, si propone di autorizzare:

1. la S.C. Ostetricia Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera "SS: Annunziata" di Taranto diretta dal Dott. Mario Saccò quale Centro preposto alla formulazione della diagnosi e piano terapeutico, per le patologie di cui alla nota CUF 74 "trattamento dell'infertilità femminile e dell'infertilità maschile", nonché alla eventuale somministrazione di farmaci, valutato che con DGR n. 203/02, tra l'altro, è stata prevista per le strutture pubbliche la possibilità di erogazione diretta agli assistiti di farmaci
2. la PROBIOS " Centro di ricerca e trattamento della infertilità maschile e femminile " come struttura idonea a formulare la diagnosi ed il piano terapeutico, giusto quanto previsto dalla più volte citata nota CUF 74.



REGIONE PUGLIA

Sezione Contabile:
ADEMPIMENTI DI CUI ALLA L.R. 1777 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio Regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che non comporta spese a carico del fondo sanitario regionale né produce oneri aggiuntivi rispetto alla quota del fondo in parola assegnata a ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera.

Il Dirigente Ufficio Assistenza Farmaceutica
Sig.ra Carmela CAVALLLO

C. Cavalllo

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL SETTORE SANITA'

- Sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, letta la proposta formulata dal Dirigente dell'Ufficio interessato;
- Viste le sottoscrizioni in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore e dal dirigente dell'Ufficio,
- Richiamato, in particolare il disposto dell'art. 6 della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7 in materia di modalità di esercizio della funzione dirigenziale.

DETERMINA

Di autorizzare, la S.C. Ostetricia Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera " SS: Annunziata " di Taranto diretta dal Dott. Mario Saccò quale Centro preposto alla formulazione della diagnosi e piano terapeutico, per le patologie di cui alla nota CUF 74 " trattamento dell'infertilità femminile e dell'infertilità maschile ", nonché alla eventuale somministrazione di farmaci, valutato che con DGR n. 203/02, tra l'altro, è stata prevista per le strutture pubbliche la possibilità di erogazione diretta agli assistiti di farmaci.

Di autorizzare la PROBIOS " Centro di ricerca e trattamento della infertilità maschile e femminile " come struttura idonea a formulare la diagnosi ed il piano terapeutico, giusto quanto previsto dalla più volte citata nota CUF 74.

Detto Centro privato " PROBIOS " , provvisoriamente accreditato, dovrà dotarsi di apposito timbro riportante il numero e la data del provvedimento di autorizzazione, al fine di consentire al medico di medicina generale di effettuare la corretta prescrizione

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DI SETTORE
(Dr. Carlo DI LILLO)

C. Di Lillo

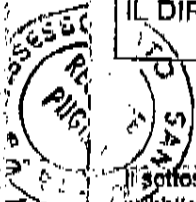


REGIONE PUGLIA

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, statale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte del Dirigente Responsabile di Settore, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (Dr. Pietro Leoci) *[Signature]*

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO (Sig.ra Carmela Cavallo) *[Signature]*



Il sottoscritto, *[Signature]*, certifica che copia della presente determinazione viene pubblicata nell'Albo delle Determinazioni Dirigenziali del Settore *[Signature]* per *[Signature]* giorni a partire dal *[Signature]* fin o al *[Signature]* e che la stessa Determinazione, richiamata la

L.R. 4.2.1997 n.7 e la DGR 26.7.1998 n.3261, viene trasmessa in originale il giorno *[Signature]* con nota prot.n° *[Signature]* al Settore Segreteria della Giunta Regionale.

Inoltre copia del presente atto viene trasmessa:

all'Assessore al ramo, il giorno

[Signature] con nota prot.n°

[Signature]

al Settore Ragioneria, il giorno

con nota prot.n°

alla struttura dirigenziale proponente, il giorno

[Signature] con nota prot.n°

[Signature]

Il Responsabile dell'Ufficio Affari Generali, provvede altresì ad inserire il numero, la data e l'oggetto della determinazione dell'apposito elenco previsto dalla Direttiva 7 Agosto 1998 n.02/010828/SEGR della Presidenza della Giunta Regionale da trasmettere settimanalmente, a cura dello stesso ed a fini informativi, al Presidente; agli Assessori ed ai Gruppi Consiliari della Regione Puglia.

Data

Il Responsabile dell'Ufficio Affari Generali

15 LUG. 2002

[Signature]