

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E ASSISTENZA INTEGRATIVA 19 settembre 2023, n. 71

Deliberazione di Giunta Regionale n. 1268 del 11/09/2023 recante “Contributo per l’acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell’allattamento (DM Salute 31 agosto 2021 - G.U. n. 249 del 18/10/2021). Disposizioni per l’attuazione dell’art. 1, commi 456 e 457, della L. 27/12/2019, n. 160”. Approvazione modulistica regionale.

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E ASSISTENZA INTEGRATIVA

VISTO il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di “*Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*”, con particolare riferimento agli artt. 4 e 16 aventi a oggetto, rispettivamente, “*Indirizzo politico–amministrativo. Funzioni e responsabilità*” e “*Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali*”;

VISTO l’articolo 18 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” in merito ai principi applicabili ai trattamenti effettuati dai soggetti pubblici e il D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 “*Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE*”;

VISTO il Regolamento (UE) 679/2016 del 27/04/2016 “*GDPR – General Data Protection Regulation*”;

VISTI gli artt. 20 e 21 del D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 “*Codice dell’amministrazione digitale*”, come modificato dal D. Lgs. n. 217 del 13 dicembre 2017;

VISTI gli articoli 4 e 5 della legge regionale 4 febbraio 1997, n. 7 inerente “*Norme in materia di organizzazione dell’amministrazione regionale*” che regolano l’attività della Regione Puglia secondo i principi di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni e integrazioni in tema di ripartizione delle competenze e funzioni dirigenziali;

VISTO l’art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 che prevede l’obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all’Albo ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;

VISTA la legge regionale n. 15/2008 “*Principi e linee guida in materia di trasparenza dell’attività amministrativa nella Regione Puglia*”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1518/2015 e il Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 443/2015 di adozione e approvazione del “*Modello Ambidestro per l’Innovazione della macchina Amministrativa regionale MAIA*”;

RICHIAMATA la Deliberazione di G.R. del 7 dicembre 2020, n. 1974 pubblicata sul BURP n. 14 del 26/01/2021 che approva l’Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “*MAIA 2.0*”;

RICHIAMATO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 22 del 22 gennaio 2021, pubblicato sul B.U.R.P. n. 15 del 28/01/2021, recante “*Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”*”;

VISTA la DGR 1289/2021 recante “*Applicazione art.8 comma 4 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n.22 Attuazione modello MAIA 2.0 – Funzioni delle Sezioni di Dipartimento*”

VISTA la DGR 1576/2021 recante “*Conferimento incarichi di direzione delle Sezioni di Dipartimento ai sensi dell’ articolo 22, comma 2, del decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021 n. 22*”

VISTO il D. Lgs. 118/2011, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio della Regione, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della L. 42/2009;

VISTA la legge regionale n. 32 del 29/12/2022 “*Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2023 e bilancio pluriennale 2023/2025 della Regione Puglia – Legge di stabilità regionale 2023*”;

VISTA la legge regionale n. 33 del 29/12/2022 “*Bilancio di previsione della Regione Puglia per l’esercizio*”

finanziario 2023 e bilancio pluriennale 2023/2025”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 27 del 24/01/2023 *“Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2023 e pluriennale 2023/2025. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione”;*

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata *“Agenda di genere”;*

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 302 del 07/03/2022 recante *“Valutazione di impatto di Genere. Sistema di gestione e monitoraggio”;*

VISTA la D.G.R. del 03/07/2023, n. 938 recante *“D.G.R. n. 302/2022 Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio. Revisione degli allegati”*, con la quale si è proceduto alla sostituzione degli allegati della D.G.R. n.302/2022.

Vista la seguente relazione istruttoria espletata dal responsabile P.O. *“Controllo di Gestione, Governance e Analisi”* della Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa e confermata dal Dirigente della stessa Sezione.

Premesso che:

- la legge n. 160 del 27 dicembre 2019, recante *“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020/2022”* ha istituito (art. 1, comma 456) il fondo per il sostegno all’acquisto di sostituti del latte materno, autorizzando la spesa complessiva a livello nazionale di 2 milioni di euro per l’anno 2020 e di 5 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2021;
- la suddetta legge n. 160/2019, al comma 457 dell’art. 1 prevede che *“con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le misure attuative del comma 456 (...)”;*
- con Decreto del 31/08/2021 del Ministero della Salute, sono state stabilite le misure attuative dell’art. 1, commi 456 e 457, della citata legge 27 dicembre 2019, n. 160, al fine di individuare le condizioni patologiche, nonché di disciplinare le modalità per beneficiare di un contributo per l’acquisto di sostituti delle formule per lattanti, qualora non fosse possibile ricorrere alle banche del latte umano donato (BLUD), alle donne affette da condizioni patologiche – ad esclusione delle condizioni già previste nel decreto del Ministro della sanità 8 giugno 2001, recante *«Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare»* pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 5 luglio 2001, n. 154, che prevede maggiori benefici di quelli contenuti nel presente decreto – che impediscono la pratica naturale dell’allattamento, tenendo anche conto dei requisiti economici per accedere al predetto beneficio, come stabiliti all’art. 2;
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1268 del 11/09/2023 recante *“Contributo per l’acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell’allattamento (DM Salute 31 agosto 2021 – G.U. n. 249 del 18/10/2021). Disposizioni per l’attuazione dell’art. 1, commi 456 e 457, della L. 27/12/2019, n. 160”*, notificata a mezzo nota prot. AOO_197/ 14/09/2023/0003009, sono state emanate indicazioni operative per le Aziende Sanitarie Locali al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni di cui alla richiamata normativa statale, in merito all’erogazione del contributo statale per l’acquisto di formule per lattanti agli aventi diritto.

Considerato che:

- al punto 17 della richiamata D.G.R. n. 1268/2023 è stata demandata alla scrivente Sezione l’approvazione della modulistica regionale prevista ai punti 2, 7 lett. b), 8 e 10 dello citato provvedimento di Giunta;
- in attuazione delle richiamate disposizioni di cui alla D.G.R. 1268/2023, la scrivente Sezione ha provveduto ad elaborare la modulistica di che trattasi predisponendo:

- a. relativamente al punto 2) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023, il modulo di cui all'Allegato A1;
- b. relativamente al punto 7), lett. b), della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023, il modulo di cui all'Allegato A2;
- c. relativamente al punto 8) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023, il modulo di cui all'Allegato A3;
- d. relativamente al punto 10) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023, il modulo di cui all'Allegato A4;

quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

Ritenuto pertanto:

- di provvedere, in attuazione delle disposizioni di cui al punto 17 della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023 all'approvazione della modulistica di cui agli allegati A1, A2, A3 e A4 al presente provvedimento.

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/03 e ss.mm.ii.

GARANZIE ALLA RISERVATEZZA

La pubblicazione dell'atto all'albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. n. 196/2003 e dal D.Lgs. n. 101/2018 e s.m.i., ed ai sensi del vigente Regolamento Regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili; qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

VALUTAZIONE DI IMPATTO DI GENERE (ATTO COLLEGATO)

Ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022 e s.m.i., la presente determinazione deriva dalla D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023 per la quale si è proceduto alla valutazione di impatto di genere, risultata neutra.

Il presente atto conferma la stessa rilevanza.

ADEMPIMENTI CONTABILI AI SENSI DEL D. LGS. N. 118/2011 e ss.mm.ii.

Si dichiara che il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e 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 è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal bilancio regionale.

DETERMINA

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

Di **approvare**, in attuazione delle disposizioni di cui al punto 17 della alla D.G.R. 1268/2023, la modulistica regionale di cui agli allegati A1, A2, A3 e A4, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in particolare:

- a. il modulo di cui all'Allegato A1 dovrà essere utilizzato al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al punto 2) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023;
- b. il modulo di cui all'Allegato A2 dovrà essere utilizzato al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al punto punto 7), lett. b) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023;
- c. il modulo di cui all'Allegato A3 dovrà essere utilizzato al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al punto 8) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023;

d. il modulo di cui all'Allegato A4 dovrà essere utilizzato al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui al punto 10) della D.G.R. n. 1268 del 11/09/2023.

Di **dare mandato** ai Direttori Generali delle ASL di provvedere alla massima divulgazione del presente provvedimento e dei relativi allegati nel territorio di competenza aziendale a tutti gli operatori sanitari interessati.

Il presente provvedimento, composto di **n. 14 fasciate**, compresi gli allegati A1, A2, A3 e A4:

- è unicamente formato con mezzi informatici e firmato digitalmente;
- sarà pubblicato all'albo telematico della Regione Puglia ai fini della pubblicità legale;
- sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- sarà trasmesso in copia conforme all'originale alla Segreteria della Giunta Regionale;
- sarà pubblicizzato in "*Amministrazione Trasparente*" sotto la sezione "*Provvedimenti Dirigenziali*" del sito www.regione.puglia.it;
- sarà trasmesso, tramite la piattaforma CIFRA2, al Segretario della Giunta Regionale;
- sarà notificato alle Aziende Sanitarie Locali e alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie della Regione Puglia, per quanto di rispettiva competenza;
- sarà trasmesso al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale.

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Firmato digitalmente da:

P.O. Controllo di Gestione, Governance e Analisi
Antonio Vieli

Il Dirigente della Sezione Farmaci, Dispositivi Medici ed Assistenza Integrativa
Paolo Stella



ALLEGATO A1

MODULO REGIONALE PER LA CERTIFICAZIONE ALLE ASSISTITE RESIDENTI NELLA REGIONE PUGLIA DELLE CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021, CHE CONTROINDICANO IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) L'ALLATTAMENTO.

(DA COMPILARE A CURA DELLO SPECIALISTA DEL SSN, DIPENDENTE O CONVENZIONATO - IN PARTICOLARE PEDIATRA O NEONATOLOGO DEL PUNTO NASCITA PER LE CONDIZIONI IDENTIFICATE GIÀ IN GRAVIDANZA O ALLA NASCITA, MMG/PLS O ALTRO SPECIALISTA PER LE CONDIZIONI CHE SI VERIFICANO DOPO LA DIMISSIONE)

***Al Direttore del Distretto Socio Sanitario
dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza
dell'assistita**

D.S.S. di _____

ASL _____

**1) DATI DI RIFERIMENTO DELL'AZIENDA DEL SSR PRESSO CUI OPERA IL MEDICO
PRESCRITTORE:**

ASL: ASL BA ASL BR ASL BT ASL FG ASL LE ASL TA

AA.OO.UU.: POLICLINICO/GIOVANNI XXIII OO.RR.FG

I.R.C.C.S. PUB.: DE BELLIS ONCOLOGICO GIOVANNI PAOLO II

E.E./I.R.C.C.S. PRIV. ACC.: MIULLI PANICO MAUGERI MEDEA

P.O.: _____

DISTRETTO S.S.: _____

STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA _____

U.O./SERVIZIO/AMBULATORIO DI (INDICARE DENOMINAZIONE) _____

**2) DATI DI RIFERIMENTO DELL'ASSISTITA PER LA QUALE SI CERTIFICA LA SUSSISTENZA DI
CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO
DELLA SALUTE 31/08/2021:**

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____ ASL di residenza _____

**L'invio del presente modulo di certificazione patologica al Direttore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mezzo mail/PEC da parte del medico prescrittore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescrittore viene rilasciato anche all'assistita richiedente.*



3) CONDIZIONE/I PATOLOGICA/E DI CUI ALL'ART. 4, CO. 1 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021, CHE CONTROINDICANO IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) L'ALLATTAMENTO, CERTIFICATE PER L'ASSISTITA.

Indicazioni permanenti

- infezione da HTLV1 e 2;
- sindrome di Sheehan;
- alattogenesi ereditaria;
- ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
- mastectomia bilaterale;
- morte materna.

Indicazioni temporanee (da sottoporre a verifica mensile)

- infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo;
- infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo;
- infezione ricorrente da streptococco di gruppo B;
- lesione luetica sul seno;
- tubercolosi bacillifera non trattata;
- mastite tubercolare;
- infezione da virus varicella zooster;
- esecuzione di scintigrafia;
- assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento;
- assunzione di droghe (escluso il metadone);
- alcolismo.

Nel caso di indicazioni temporanee, specificare il periodo: DA __/__/____ A __/__/____

DATA _____

IL MEDICO PRESCRITTORE

(FIRMA E TIMBRO)

**L'invio del presente modulo di certificazione patologica al Direttore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mezzo mail/PEC da parte del medico prescrittore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale. Edotto non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescrittore viene rilasciato anche all'assistita richiedente.*

**ALLEGATO A2**

MODULO REGIONALE PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI AL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) PER DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO. DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE 31 AGOSTO 2021 (ATTUAZIONE ART. 1, CC. 456 E 457, DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2019, N. 160)

***Al Direttore del Distretto Socio Sanitario
dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza
dell'assistita**

D.S.S. di _____

ASL _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/ATTO DI NOTORIETÀ

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 consapevole che, in caso di false dichiarazioni o false attestazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione o attestazione non veritiera, il/la sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza (Città, via e n. civico) _____

DICHIARA

– di essere genitore/tutore legale di _____

nato/a a (dati neonato) _____ il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

– che il neonato ha compiuto 6 mesi di vita alla data di presentazione della richiesta di contributo di cui all'oggetto.

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso pubblico emesso dalla ASL _____, di cui alla Delibera del Direttore Generale n.____, del _____, finalizzato all'erogazione del contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, sino al sesto mese di età del neonato, così come previsto dal Decreto 31 agosto 2021 del Ministero della Salute.

**ALLEGATO A3****MODULO REGIONALE PER COMUNICAZIONE DA PARTE DELLE ASL DEL N. DI ISTANZE RICEVUTE PER IL CONTRIBUTO DEI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO, VALUTATE AMMISSIBILI.**

(DA COMPILARE CON I DATI AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE DELLA ASL E DA SOTTOSCRIVERSI PER CERTIFICAZIONE DELLE INFORMAZIONI RIPORTATE A CURA DEL DIRETTORE GENERALE/DIRETTORE AMMINISTRATIVO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE)

***Alla REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO Promozione della Salute e
Benessere Animale - SEZIONE Farmaci,
Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa**

AZIENDA ASL BA ASL BR ASL BT ASL FG ASL LE ASL TA

ANNO DI RICEZIONE DELLE ISTANZE: _____

TABELLA 1

NUMERO TOTALE ISTANZE VALIDATE DALLA ASL E AMMISSIBILI ALL'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO	_____
---	-------

Da trasmettere alla Regione Puglia entro e non oltre il mese di settembre dell'anno successivo a quello di indizione dell'avviso pubblico dalla ASL per l'erogazione del contributo per sostituti del latte materno.

DATA

**IL DIRETTORE GENERALE / AMMINISTRATIVO
(FIRMA)**

**La presente documentazione deve essere trasmessa a mezzo PEC (farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it) dalla ASL alla Regione Puglia (Sezione FDA) obbligatoriamente entro e non oltre il 30 di settembre dell'anno successivo a quello di indizione dell'avviso pubblico emesso dalla ASL, ovvero, in alternativa, deve essere compilata entro gli stessi termini di cui sopra in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto, non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica.*



**REGIONE
PUGLIA**

ALLEGATO A4

MODULO REGIONALE PER LA RENDICONTAZIONE ECONOMICA E TRASMISSIONE DEI DATI DI MONITORAGGIO DI CUI ALL'ART. 8 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 31/08/2021.

(COMPILARE IN MANIERA COMPLETA TUTTI I CAMPI PREVISTI DAL PRESENTE MODULO CON I DATI AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE DELLA ASL E SOTTOSCRIVERE PER CERTIFICAZIONE DELLE INFORMAZIONI RIPORTATE A CURA DEL DIRETTORE GENERALE/DIRETTORE AMMINISTRATIVO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE)

***Alla REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO Promozione della Salute e
Benessere Animale - SEZIONE Farmaci,
Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa**

AZIENDA ASL BA ASL BR ASL BT ASL FG ASL LE ASL TA

DISTRETTO S.S. _____

ANNO DI RICEZIONE DELLE ISTANZE: _____

TABELLA 1

STRATIFICAZIONE ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI AL CONTRIBUTO IN BASE AL NUMERO DELLE PRESCRIZIONI MENSILI ALLEGATE	NUMERO ISTANZE
Istanze validate con 1 prescrizione mensile	
Istanze validate con 2 prescrizioni mensili	
Istanze validate con 3 prescrizioni mensili	
Istanze validate con 4 prescrizioni mensili	
Istanze validate con 5 prescrizioni mensili	
Istanze validate con 6 prescrizioni mensili	
TOTALE ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI ALL'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO	
VALORE ECONOMICO TOTALE LIQUIDATO DALLA ASL PER ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI, DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO ALLA REGIONE**	

*La presente documentazione deve essere trasmessa a mezzo PEC (farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it) dalla ASL alla Regione Puglia (Sezione FDA) obbligatoriamente entro e non oltre il mese successivo a quello previsto dalla D.G.R. sul contributo latte materno per la conclusione delle attività di liquidazione e pagamento, ovvero, in alternativa, deve essere compilata entro gli stessi termini di cui sopra in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto, non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica.

**N.B.: il valore massimo degli importi liquidati dalle ASL, ai fini del rimborso dalla Regione, non potrà in ogni caso essere superiore al prodotto tra il numero complessivo delle istanze validate e ammissibili (Tab.1) e l'importo massimo rimborsabile per singola istanza stabilito annualmente dalla Regione.



**REGIONE
PUGLIA**

TABELLA 2

STRATIFICAZIONE ISTANZE VALIDATE DA ASL E AMMISSIBILI AL CONTRIBUTO IN BASE A CONDIZIONI PATOLOGICHE CERTIFICATE (CONDIZIONI PERMANENTI)	
CONDIZIONI PATOLOGICHE CERTIFICATE (CONDIZIONI PERMANENTI)	NUMERO ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI AL CONTRIBUTO
Istanze validate con certificazione per Infezione da HTLV1 e 2	
Istanze validate con certificazione per Sindrome di Sheehan	
Istanze validate con certificazione per Alattogenesi ereditaria	
Istanze validate con certificazione per Ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare)	
Istanze validate con certificazione per Mastectomia bilaterale	
Istanze validate con certificazione per Morte materna	
TOTALE ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI ALL'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER CONDIZIONI PATOLOGICHE PERMANENTI	

*La presente documentazione deve essere trasmessa a mezzo PEC (farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it) dalla ASL alla Regione Puglia (Sezione FDA) obbligatoriamente entro e non oltre il mese successivo a quello previsto dalla D.G.R. sul contributo latte materno per la conclusione delle attività di liquidazione e pagamento, ovvero, in alternativa, deve essere compilata entro gli stessi termini di cui sopra in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto, non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica.

**N.B.: il valore massimo degli importi liquidati dalle ASL, ai fini del rimborso dalla Regione, non potrà in ogni caso essere superiore al prodotto tra il numero complessivo delle istanze validate e ammissibili (Tab.1) e l'importo massimo rimborsabile per singola istanza stabilito annualmente dalla Regione.

**TABELLA 3**

STRATIFICAZIONE ISTANZE VALIDATE DA ASL E AMMISSIBILI AL CONTRIBUTO IN BASE CONDIZIONI PATOLOGICHE CERTIFICATE (CONDIZIONI TEMPORANEE)	
CONDIZIONI PATOLOGICHE CERTIFICATE (CONDIZIONI TEMPORANEE)	NUMERO ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI AL CONTRIBUTO
Istanze validate con certificazione per Infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo	
Istanze validate con certificazione per Infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo	
Istanze validate con certificazione per Infezione ricorrente da streptococco di gruppo B	
Istanze validate con certificazione per Lesione luetica sul seno	
Istanze validate con certificazione per Tubercolosi bacillifera non trattata	
Istanze validate con certificazione per Mastite tubercolare	
Istanze validate con certificazione per Infezione da virus varicella zooster	
Istanze validate con certificazione per Esecuzione di scintigrafia	
Istanze validate con certificazione per Assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento	
Istanze validate con certificazione per Assunzione di droghe (escluso il metadone)	
Istanze validate con certificazione per Alcolismo	
TOTALE ISTANZE VALIDATE E AMMISSIBILI ALL'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO PER CONDIZIONI PATOLOGICHE TEMPORANEE	

N.B.: La somma dei totali delle istanze validate di cui alle TAB. 2 e 3 deve essere congrua con il totale delle istanze validate di cui alla TAB. 1.

DATA

IL DIRETTORE GENERALE / AMMINISTRATIVO
(FIRMA)

**La presente documentazione deve essere trasmessa a mezzo PEC (farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it) dalla ASL alla Regione Puglia (Sezione FDA) obbligatoriamente entro e non oltre il mese successivo a quello previsto dalla D.G.R. sul contributo latte materno per la conclusione delle attività di liquidazione e pagamento, ovvero, in alternativa, deve essere compilata entro gli stessi termini di cui sopra in maniera informatizzata sul sistema regionale Edotto, non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica.*

***N.B.: il valore massimo degli importi liquidati dalle ASL, ai fini del rimborso dalla Regione, non potrà in ogni caso essere superiore al prodotto tra il numero complessivo delle istanze validate e ammissibili (Tab.1) e l'importo massimo rimborsabile per singola istanza stabilito annualmente dalla Regione.*