

AVVISO PUBBLICO per richiesta contributo per l'acquisto di sostituti al latte materno (formule per lattanti) alle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento sino al sesto mese di vita

Che cosa e' il Bonus latte artificiale 2024?

Il bonus latte artificiale consiste in un **contributo economico fino a 400 euro**, e si rivolge alle donne affette da determinate patologie che impediscono di allattare in modo naturale i propri figli.

Bonus latte artificiale: requisiti

I requisiti per poter usufruire del Bonus latte artificiale sono:

- avere un ISEE familiare inferiore a 30.000 euro;
- essere affette da una patologia certificata che impedisca l'allattamento naturale, di natura temporanea o permanente:

PATOLOGIE PERMANENTI

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

PATOLOGIE 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 zoster;
- esecuzione di scintigrafia;
- assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento;
- assunzione di droghe (escluso il metadone);
- alcolismo.

Importo del Bonus latte artificiale

L'importo del contributo, erogato a titolo di rimborso spese, può arrivare fino ad **un massimo di 400 euro**, anche se l'importo effettivo può essere rimodulato sulla base del numero delle richieste pervenute e, comunque, nel rispetto del limite del finanziamento assegnato.

EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

E'subordinato:

- alla disponibilità ed entro il limite delle risorse finanziarie erogate annualmente dallo Stato alla Regione Puglia;
- alla spesa certificata dagli aventi diritto, mediante la documentazione fiscale prodotta (scontrino, fattura);
- all'esito delle verifiche e controlli da effettuarsi a cura delle ASL, per il tramite degli uffici aziendali all'uopo dedicati, sulla correttezza e appropriatezza delle istanze ricevute, della relativa documentazione a corredo, oltre che sul rispetto dei termini previsti.

Bonus latte artificiale: come richiederlo

Una volta verificata la sussistenza dei requisiti (ISEE e patologia), le istanze devono essere inoltrate dal **mese di gennaio al mese di luglio** con i seguenti step:

- **Prescrizione medica.**
Sulla base del certificato che attesti la patologia (redatto da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale), il neonatologo, il pediatra, il medico di base o lo specialista prescrive ogni mese il latte artificiale per un fabbisogno totale di durata massima pari ai primi sei mesi di vita del neonato. Se la condizione patologica è temporanea, ogni mese il medico verificherà anche la persistenza della patologia;
- **Domanda alla ASL deve essere consegnata o trasmessa tramite mail alla Segreteria del proprio Distretto Socio Sanitario di appartenenza con:**
- la modulistica debitamente compilata;
- il certificato della patologia;
- l'ISEE;
- la prescrizione medica del latte artificiale;
- la documentazione fiscale;
- la copia del documento di identità in corso di validità;
- i propri dati bancari o postali;

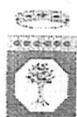
La modulistica da utilizzare è esclusivamente quella allegata al presente avviso; in particolare il modulo di cui all'allegato 1 dovrà essere compilato e trasmesso a cura del medico prescrittore, quello di cui all'allegato 2 a cura del richiedente.

Riferimenti normativi:

D.M. 31 agosto 2021-G.U. n. 249 del 18/10/2021;

D.G.R. n. 1286 DELL'11/09/2023;

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE n. 71 del 19/09/2023;



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.*

