

AZIENDA SANITARIA LOCALE di LECCE
Via Miglietta, 5 – 73100 Lecce
PEC: protocollo@pec.asl.lecce.it
P.I. e C.F. 04008300750

AVVISO PUBBLICO ANNO 2024

PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE LA FORMULA DEL CONTRIBUTO A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI) PER DONNE AFFETTE DA CONDIZIONI PATOLOGICHE CHE IMPEDISCONO LA PRATICA NATURALE DELL'ALLATTAMENTO (DI CUI AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31.08.2021)

Il presente Avviso Pubblico è adottato in esecuzione alla deliberazione di Giunta della Regione Puglia n. 1268 dell'11/09/2023, avente ad oggetto *"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"*, recepita con deliberazione ASL Le n. 897 del 18/12/2023.

AVENTI DIRITTO

L'avente diritto è il lattante la cui madre è affetta da condizioni patologiche che ne impediscono la pratica naturale dell'allattamento. Possono, quindi, presentare domanda di contributo le donne residenti nel territorio della ASL di Lecce affette da condizioni patologiche temporanee o permanenti che impediscono la pratica naturale dell'allattamento al massimo per i primi sei mesi di vita del neonato.

In caso di morte materna può essere richiesto dal padre o dal tutore del bambino.

Come disposto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1555 del 18/11/2024, notificata in data 20/11/2024, limitatamente all'anno 2024, è prevista l'estensione dei beneficiari aventi diritto includendo, oltre ai nati nel 2024, anche ai nati nelle annualità 2020, 2021, 2022.

REQUISITI PREVISTI

I requisiti per poter essere ammessi alla fruizione del contributo sono:

- presenza di una delle condizioni di cui al successivo paragrafo *"Condizioni Patologiche"*, debitamente certificata;
- indicatore della situazione economica equivalente ordinaria (ISEE) della mamma richiedente non superiore a 30.000,00 euro annui, secondo le modalità indicate dal *"Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)"* di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 Dicembre 2013, n. 159.

CONDIZIONI PATOLOGICHE

Le condizioni patologiche e le modalità per l'erogazione del contributo per l'acquisto di sostituti delle formule per lattanti sono individuate nel suddetto Decreto come di seguito indicato:

Indicazioni permanenti

- infezione da HTL V1 e 2;
- sindrome di Sheehan;
- alattogenesi ereditaria;
- ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubolare);
- 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.

ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PATOLOGICHE

Le condizioni patologiche sono certificate senza oneri a carico dell'interessata da uno specialista del SSN, dipendente o convenzionato, in particolare dal pediatra o neonatologo del punto nascita, per le condizioni identificate già in gravidanza o alla nascita, dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera Scelta o dallo specialista per le condizioni che si verificano dopo la dimissione.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le domande dovranno essere compilate su apposito modulo allegato al presente Avviso (Modulo richiesta) e presentate, personalmente o tramite PEC: protocollo@pec.asl.lecce.it oppure a mezzo mail, presso il Distretto Socio Sanitario di appartenenza, come di seguito indicato, a partire dal mese di Gennaio e non oltre la fine del mese di Luglio 2025

DISTRETTI SOCIO SANITARI	INDIRIZZO	TELEFONO	MAIL
DSS LECCE	Via Miglietta, 5- 73100 Lecce	0832 215286	dis1lecce@asl.lecce.it
DSS CAMPI SALENTINA	Via Sandonaci,- 73022 Campi Sal.na	0832 790311	dis2campi@asl.lecce.it
DSS NARDÓ	Via XXV Luglio – 73048 Nardò	0833 568213	dis3nardo@asl.lecce.it
DSS MARTANO	Via F.lli Cervi- 73025 Martano	0836 577669	dis4martano@asl.lecce.it
DSS GALATINA	Via Roma- 73013 Galatina	0836 529270	dis5galatina@asl.lecce.it
DSS MAGLIE	Via P.De Lorentis, 29- 73024 Maglie	0836 420357	dis6maglie@asl.lecce.it
DSS POGGIARDO	Via F.Pispico- presso ex osp-73037 Poggiardo	0836 908111	dis7poggiardo@asl.lecce.it
DSS GALLIPOLI	Via Lungomare Marconi- 73014 Gallipoli	0833/270820	dis8gallipoli@asl.lecce.it
DSS CASARANO	Via Spagna, 51bis – Casarano	0833 508530	dis9casarano@asl.lecce.it
DSS GAGLIANO DEL CAPO	Via S.Vincenzo, 1- 73034 Gagliano del Capo		dis10gagliano@asl.lecce.it

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Le domande, presentate secondo le modalità sopraindicate, dovranno essere corredate dalla seguente documentazione:

- Certificazione dello Specialista del SSN, attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento di cui all'art. 4 del Decreto del Ministero della Salute 31 agosto 2021;
- Attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto del Ministero della Salute 31 agosto 2021;
- Prescrizione mensile delle formule per lattanti, incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001, dello specialista del SSN di cui all'art. 5 del Decreto del Ministero della Salute 31 agosto 2021;
- Documentazione fiscale o scontrini legati alla spesa sostenuta solo nei primi sei mesi di vita del bambino;
- Documento di identità e tessera sanitaria;
- Dati bancari o postali.

L'erogazione dei prodotti richiesta sarà curata direttamente dai centri presso cui è in cura l'assistita che ha chiesto il contributo. I centri erogatori possono essere i presidi della ASL, le farmacie convenzionate o altri fornitori.

La ASL di Lecce, sulla base della documentazione prodotta, erogherà il contributo a rimborso sulla base delle richieste pervenute e nel rispetto del limite del finanziamento assegnato alla Regione Puglia.

L'importo massimo previsto, pari a 400 euro annui per ogni neonato, è soggetto, ai sensi dell'art. 2 co. 4 del DM, a possibili abbattimenti proporzionali, per garantire il rispetto del limite del finanziamento complessivamente assegnato dal Ministero alla Regione Puglia.

La modulistica da utilizzare è esclusivamente quella allegata al presente avviso.

Riferimenti normativi:

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

D.G.R. Puglia n. 1268 del 11/09/2023

BURP Regione Puglia n. 88 del 28/09/2023

Delibera D.G. ASL Lecce n. 0897 del 18.12.2023

D.G.R. Puglia n. 1555 del 1/11/2024

Modulistica:

1. Allegato 1- Modulo di certificazione del medico prescrittore – ALL. A1 DGR Puglia
2. Allegato 2- Modulo richiesta – ALL. A 2 DGR Puglia