REGIONE PUGLIA

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 E DA TRASMETTERE* AL DIRETTORE DEL DSS DI RESIDENZA DELL'ASSISTITA)

Al DIRETTORE DEL 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 DireGore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mazzo mail/PEC da parte del medico prescriGore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale EdoGo non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescriGore viene rilasciato anche all'assistitita richiedente.

REGIONE PUGLIA

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 DireGore del D.S.S. della ASL di residenza dell'assistita deve essere trasmesso a mazzo mail/PEC da parte del medico prescriGore ovvero, in alternativa, deve essere compilato in maniera informatizzata sul sistema regionale EdoGo non appena sarà resa disponibile la specifica funzionalità nell'area applicativa Assistenza Farmaceutica. Copia cartacea del presente certificato compilato in ogni sua parte dal prescriGore viene rilasciato anche all'assistitita richiedente.

REGIONE PUGLIA

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 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 procedente, 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) _____

D I C H I A R A

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.

C H I E D E

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.

A tal fine allega alla presente:

- ☐ n.__ certificazione/i dello specialista del SSN, dipendente o convenzionato (in particolare il pediatra o il neonatologo del punto nascita per le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento identificate già in gravidanza o alla nascita, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o lo specialista per le condizioni che si verifichino dopo la dimissione), attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021);

- ☐ attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021;

- ☐ n.__ prescrizione/i mensile/i, redatte dal neonatologo o pediatra del punto nascita, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altro specialista dipendente o convenzionato operante in strutture pubbliche del SSN, delle formulazioni per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001, per un fabbisogno totale di durata massima pari a primi sei mesi di vita del neonato;

- ☐ documentazione fiscale (scontrino/fattura), dalla quale si evinca la spesa sostenuta per l'acquisto effettuato presso farmacie, parafarmacie o esercizi commerciali insistenti nel territorio regionale, di sostituti delle formule per lattanti (incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001), emessa nell'arco temporale previsto dalle prescrizioni mensili di cui al precedente punto.

- ☐ copia del documento di identità in corso di validità.

Chiede, inoltre, che il contributo venga accreditato sul seguente conto, intestato al richiedente:

Banca / Posta _____

Filiale _____

Nome intestatario _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data Firma

_____ _____

_____

REGIONE PUGLIA

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 Asssistenza 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 seGembre 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 EdoGo, 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 Asssistenza 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 laGe materno per la conclusione delle aÑvità di liquidazione e pagamento, ovvero, in alternativa, deve essere compilata entro gli stessi termini di cui sopra in maniera informatizzata sul sistema regionale EdoGo, 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 prodoGo 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 laGe materno per la conclusione delle aÑvità di liquidazione e pagamento, ovvero, in alternativa, deve essere compilata entro gli stessi termini di cui sopra in maniera informatizzata sul sistema regionale EdoGo, 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 prodoGo 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 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

Avviso Pubblico

per il 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) per i nati nell'anno 2023.

Si informano gli assistiti residenti nella provincia di Foggia che con D.G.R. n° 1268 del 11/09/2023 sono stati approvati i criteri per poter usufruire 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 (DM Salute 31 agosto 2021 – G.U. n. 249 del 18/10/2021).

I riferimenti normativi sono i seguenti:

-D.G.R. n° 1268 del 11/09/2023 (ricercabile al link: https://burp.regione.puglia.it/en/documenti);

-Atto Dirigenziale n° 71 del 19/09/2023 del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

-Delibera del Direttore Generale ASL FG n. _____ del _____

Gli assisiti interessati, nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 luglio 2024, dovranno presentare istanza tramite PEC agli indirizzi sotto riportati o in forma cartacea presso i Distretti Socio Sanitari territorialmente competenti utilizzando il modello Allegato A2 debitamente compilato con tutta la documentazione ivi richiesta:

Distretto	Sede	Indirizzo PEC
DSS 51	c/o P.O. Via T. Masselli Mascia, 28 San Severo	distretto51@mailcert.aslfg.it
DSS 52	Via XXIV Maggio San Marco in Lamis	Distrettosociosanitario.sanmarcoinlamis@mailcert.aslfg.it
DSS 53	Via Di Vagno, 2 Vico del Gargano	distrettovico@mailcert.aslfg.it
DSS 54	Via Barletta, 1 Manfredonia	dssmanfredonia@mailcert.aslfg.it
DSS 55	Via XX Settembre,2 Cerignola	distrettocerignola@mailcert.aslfg.it
DSS 58	c/o Presidio Ospedaliero "Lastaria" Lucera	distrettoLucera@mailcert.aslfg.it
DSS 59	Via San Biagio, 1 Troia	Distrettotroia_accadia@pec.rupar.puglia.it
DSS 60	P.zza della Libertà, 1 Foggia	distretto.foggia@mailcert.aslfg.it

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Antonio Giuseppe Nigri

Modello Allegato 1 di cui all'Atto Dirigenziale n° 71 del 19/09/2023
Modello Allegato 2 di cui all'Atto Dirigenziale n° 71 del 19/09/2023