



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 23/28 del 6.7.2023

AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N. 3  
via Demurtas 1 Città Nuoro Tel 0784 240237 e-mail direzione.generale@aslnuoro.it

(Da pubblicare come Avviso nel sito istituzionale)

**PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO MEDIANTE LA FORMULA DEL  
CONTRIBUTO A RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL  
LATTE MATERNO DI CUI AL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE 31.08.2021**

**PREMESSA**

L'importo del contributo riconosciuto alle donne affette da una delle condizioni patologiche, non già diversamente normate, di cui all'art. 4 del D.M. 31.08.2021, che impediscono la pratica naturale dell'allattamento è pari ad euro 400,00 annui per neonato ed è riconosciuto per il tempo necessario, comunque non oltre il sesto mese di vita del neonato ed è rivolto alle donne aventi un ISEE familiare non superiore a 30.000 euro annui. Il D.M. 31 agosto 2021 elenca le patologie riconosciute per accedere al contributo suddivise in relazione alla temporaneità o permanenza della condizione affliggente, allegato 1 al citato decreto, fatte salve le condizioni neonatali che controindicano in maniera assoluta l'allattamento, che sono già comprese 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.

**AVENTI DIRITTO**

Gli aventi diritto sono i lattanti la cui madre è affetta da condizioni patologiche che ne impediscono la pratica naturale dell'allattamento. Le condizioni materne che controindicano in maniera assoluta (temporanea o permanente) l'allattamento sono di seguito specificate:

Le condizioni patologiche che rientrano tra le **permanenti** sono:

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

Le condizioni patologiche **temporanee**, soggette a verifica mensile, sono:

- 1) infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo;
- 2) infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo;
- 3) infezione ricorrente da streptococco di gruppo B;
- 4) lesione luetica sul seno;
- 5) tubercolosi bacillifera non trattata;
- 6) mastite tubercolare;
- 7) infezione da virus varicella zooster;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 8) esecuzione di scintigrafia;
- 9) assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento;
- 10) assunzione di droghe (escluso il metadone);
- 11) alcolismo.

### **ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PATOLOGICHE**

Le condizioni patologiche vengono accertate e certificate, senza oneri a carico dell'assistita e del Servizio sanitario nazionale:

- da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, 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.

A cadenza mensile si possono rivalutare le condizioni che controindicano l'allattamento (se temporanee) per dare una copertura del fabbisogno di durata massima pari ai primi sei mesi di vita del neonato.

### **MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Le domande dovranno essere compilate utilizzando l'apposito modulo allegato al presente Avviso (Modulo A) e presentate presso gli Uffici dell'Assistenza integrativa/protesica del Distretto di appartenenza entro il 31 dicembre 2023, anche tramite posta elettronica (mail ordinaria).

Distretto di Nuoro : via Demurtas 1 mail distretto.nuoro@aslnuoro.it Tel 0784 240017/240024

Distretto di Macomer : via località Nuraghe Ruiu mail protocollo.macomer@aslnuoro.it Tel 0785 222346/222421

Distretto di Siniscola : via località Isalle/Sant'Efisio mail protocollo.siniscola@aslnuoro.it Tel 0784 871330/871371

Distretto di Sorgono : via IV Novembre mail distretto.sorgono@aslnuoro.it Tel 0784 623100/623130

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

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

- 1) Certificazione attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento di cui all'art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021, rilasciata:
  - da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale, 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 del Servizio sanitario nazionale, per le condizioni che si verificano dopo la dimissione;
- 2) Attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (non superiore a euro 30.000,00 annui);
- 3) Prescrizione mensile delle formule per lattanti rilasciate dai soggetti di cui al punto 1), che devono essere incluse nel Registro Nazionale dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare, di cui all'art. 7, comma 1 del Decreto del Ministro della Salute 8 giugno 2001;
- 4) Documento di identità e tessera sanitaria.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **ADEMPIMENTI DELLA ASL**

Gli Uffici dell'Assistenza integrativa e protesica dei Distretti Sanitari sono deputati a ricevere e gestire le richieste di accesso al contributo, corredate della necessaria documentazione.

Il competente Ufficio dell'assistenza integrativa/protesica dei Distretti sanitari della ASL di residenza, sulla base delle certificazioni prodotte, dell'attestazione ISEE e della prescrizione medica, autorizza la concessione del contributo nei limiti dell'importo di 400,00 euro annui per neonato, da erogare sotto forma di rimborso sulla base dei documenti giustificativi delle spese sostenute.

I competenti uffici della ASL dovranno provvedere ai successivi adempimenti autorizzativi per il rimborso delle spese sostenute, sulla base della documentazione giustificativa presentata dall'assistito, fino alla concorrenza del contributo riconosciuto pari ad euro 400,00 annui per neonato e nell'ambito della disponibilità delle risorse assegnate alla regione Sardegna. L'ASL determina l'importo effettivo del contributo complessivo da riconoscere agli aventi diritto sulla base del numero delle richieste pervenute, nel rispetto del limite del finanziamento assegnato senza ulteriori risorse regionali, riservandosi di ridurre tale contributo in modo proporzionale nel caso di richieste pervenute eccedenti le disponibilità accordate.

Allegato: schema di domanda (modulo A).



**Modulo A**

Al Direttore del Distretto di .....

**Oggetto: richiesta 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. Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021 (attuazione art. 1. cc 456 e 457, legge 27.12. 2019, n° 160).**

La sottoscritta ..... nata a .....  
il ..... residente a .....  
in via ..... C.F. ....

**Dichiara**

- ✓ di essere genitore di .....nato/a a ..... il .....Codice Fiscale .....
- ✓ di essere affetta da condizioni patologiche (art.4, decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021) che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, come da certificazione sanitaria allegata;
- ✓ di avere l'ISEE ordinario non superiore a 30.000 euro annui, come da documentazione allegata

**Chiede**

l'autorizzazione all'erogazione del contributo relativo all'acquisto di formule per lattanti fino al sesto mese di età del neonato, fino al limite di euro 400 annui per neonato (da erogare sotto forma di rimborso delle spese)

A tal fine si allega:

- ✓ certificazione attestante le condizioni patologiche che impediscono l'allattamento (art. 4 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021) rilasciata da: \_\_\_\_\_;
- ✓ attestazione ISEE di cui all'art. 2 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021;
- ✓ prescrizione mensile delle formule per lattanti dello specialista del Servizio sanitario nazionale (art. 5 del Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021).

Chiede, inoltre, che il rimborso delle spese, sulla base dei giustificativi da presentare, venga accreditato sul seguente conto:

Banca / Posta \_\_\_\_\_

Filiale \_\_\_\_\_

Nome intestatario \_\_\_\_\_

IBAN 

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

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_