REGOLAMENTO ATTUATIVO 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 DEL 31 AGOSTO 2021

1. Premessa

Con il decreto ministeriale 31 agosto 2021 è stata data attuazione all'art. 1, commi 456 e 457 della legge 27 dicembre 2019 n. 160 in materia di 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.

Nello specifico, il menzionato decreto prevede l'erogazione di un di un contributo pari ad euro 400,00 annui per neonato per l'acquisto di sostituti delle formule per lattanti, per le donne affette da condizioni patologiche ivi indicate.

La concessione del contributo è espressamente esclusa per le patologie già previste nel decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2001.

Ferme restando le politiche sanitarie di tutela della maternità e dell'infanzia ed in particolare quelle relative all'allattamento, già definite da precedenti provvedimenti regionali, è doveroso precisare che il presente contributo è alternativo e non cumulabile con altri contributi derivanti da patologie già previste nel decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2001.

2- Obiettivo

Con il presente documento si intende definire le linee guida regionali per l'erogazione del contributo economico previsto dal Decreto del Ministero della Salute 31 agosto 2021 recante "Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 1, commi 456 e 457, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, in materia di 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", pubblicato nella G.U. n. 249 del 18.10.2021 ed entrato in vigore il 19.10.2021.

Il Decreto Ministeriale anzidetto prevede un contributo fino all'importo massimo annuo di euro 400 per neonato e comunque fino al sesto mese di vita del neonato, per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti), alle donne affette dalle condizioni patologiche, riportate nell'allegato 1 al DM, che impediscono la pratica naturale dell'allattamento e con un ISEE ordinario non superiore a 30.000,00 euro annui.

3. Controindicazioni in maniera assoluta all'allattamento

Nel DM del 31/08/2021 vengono individuate le condizioni che controindicano in maniera assoluta l'allattamento in modo temporaneo o permanente, e che non sono già diversamente normate (come nel caso del DM Salute 8 giugno 2001), riportate analiticamente nell'elenco sottostante.

Condizioni permanenti:

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

Condizioni temporanee

- 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

Si precisa che le condizioni temporanee, al fine di accedere al contributo, abbisognano di certificazione e verifica a cadenza mensile.

4. Entità e durata del contributo

L'importo massimo del contributo è pari a € 400,00 annui per neonato.

In virtù dell'art. 2 del Decreto del Ministro della Salute del 31 agosto 2021, l'ammontare effettivo del "bonus latte artificiale" è determinato sulla base del numero delle domande pervenute e valutate ammissibili in sede d'istruttoria, nel rispetto del limite del finanziamento assegnato. Non sono disponibili risorse aggiuntive oltre a quelle ministeriali stanziare per la copertura delle eventuali richieste eccedenti le disponibilità accordate.

Pertanto, l'entità del contributo potrà essere ridotto in maniera proporzionale per garantire il rispetto del limite del finanziamento assegnato.

Inoltre, il contributo non può essere riconosciuto gli acquisti di formule per lattanti effettuati oltre il sesto mese di vita del lattante.

I beneficiari dovranno essere in possesso di una dichiarazione ISEE familiare non superiore a 30.000,00 euro.

5. Accertamento e certificazione delle condizioni patologiche.

L'accertamento e la certificazione delle condizioni patologiche di cui al presente provvedimento vengono redatte ai sensi dell'art. 4 DM 31 Agosto 2021, senza oneri a carico del cittadino, da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, dipendente o convenzionato, nonché 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 ambulatoriale in relazione alle patologie in atto, secondo lo schema regionale di accertamento/certificazione delle condizioni patologiche allegato al presente documento.

In considerazione delle certificazioni indicate in precedenza, il neonatologo o il pediatra del punto nascita, il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di libera scelta o lo specialista prescrivono mensilmente le formule per lattanti incluse nel registro nazionale di cui all'art. 7, comma 1, del decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2001, rivalutando a cadenza mensile le condizioni che controindicano l'allattamento in maniera assoluta o temporanea, per la durata massima pari ai primi sei mesi di vita del neonato (art. 5, comma 1, D.M. 31 agosto 2021).

6- Procedura per la richiesta ed erogazione del contributo.

Le donne affette dalle condizioni patologiche indicate nell'allegato 1 al DM Salute 31.8.2021 ed elencate al punto 3 del presente atto, ove è fortemente sconsigliato l'allattamento e con un ISEE ordinario non superiore a 30.000,00 euro annui, possono richiedere un contributo fino all'importo massimo annuo di € 400,00 per neonato, per il tempo necessario e comunque non oltre il sesto mese di vita del neonato, per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti).

Tra le condizioni assolute di impedimento all'allattamento è compresa la morte della madre; in tal caso colui che possiede la responsabilità genitoriale del neonato potrà richiedere il contributo.

Gli aventi diritto -come innanzi specificati- o i loro delegati, possono presentare presso il Distretto Sanitario dell'ASP di appartenenza, la richiesta di contributo per l'acquisto delle formule per lattanti, secondo il modello allegato al presente documento.

In ogni caso la domanda di concessione del contributo dovrà essere corredata dai seguenti documenti:

- a. certificazione della condizione materna patologica;
- b. attestazione come da facsimile allegato;
- c. ISEE ordinario relativo all'anno nel quale sono state sostenute le spese per le quali si sta richiedendo il contributo;
- d. prescrizione di formule per lattante.

L'ASP di appartenenza dell'avente diritto effettua l'istruttoria sulle istanze pervenute e sulla relativa documentazione e trasmette l'elenco delle richieste accoglibili, con l'indicazione dei rispettivi

importi, al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, suddivisi per annualità di riferimento.

Il Dipartimento Tutela della Salute provvede, con atto successivo, ad assegnare a ciascuna ASP la quota di finanziamento effettivo da riconoscere agli aventi diritto che ne abbiano fatta richiesta, sulla base del numero e del valore delle richieste pervenute per ogni annualità e nel rispetto del limite del finanziamento annuale assegnato.

Si precisa inoltre che non sono previsti finanziamenti regionali aggiuntivi a copertura delle eventuali richieste eccedenti le disponibilità accordate nell'anno di competenza.

Le ASP competenti per territorio provvedono ad erogare i contributi effettivi riconosciuti agli aventi diritto entro il 31 maggio.

7. Monitoraggio e trasmissione dati.

Le ASP trasmettono con cadenza semestrale alla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria l'elenco delle domande pervenute, suddivise per annualità, corredate dalla seguente documentazione:

- a. certificazione della condizione materna patologica;
- b. attestazione come da facsimile allegato compilato e firmato;
- c. ISEE ordinario relativo all'anno nel quale sono state sostenute le spese per le quali si sta richiedendo il contributo;
- d. prescrizione di formule per lattante.

La Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute, confrontando la disponibilità delle risorse, provvederà ad erogare i contributi alle singole ASP che, a loro volta, trasmetteranno le somme agli aventi diritto.

La Direzione Generale del Dipartimento dei Tutela della Salute trasmetterà al Ministero della Salute entro il 30 giugno, le voci dei dati sopraelencati, i dati relativi all'anno precedente inerenti all'erogazione del contributo, le modalità scelte per la distribuzione delle formule per lattanti, le patologie certificate, la durata dell'allattamento sostitutivo e le risorse finanziarie utilizzate.

8. Trattamento dati personali.

Il trattamento dei dati personali, relativi alla salute, avverrà da parte delle ASP e della Regione nel rispetto delle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

Allegato A
(FAC-SIMILE DI DOMANDA)

Al Commissario Straordinario dell'A.S.P di

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(provincia di _____)

il _____ residente a _____
in via/corso/contrada _____ n. _____
in qualità di erede della sig.ra _____ (solo in caso di morte della madre)

CHIEDE

l'assegnazione del contributo di cui al Decreto del 31.08.2021 per l'acquisto del latte artificiale.

All'uopo dichiara ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000:

-che il parto è avvenuto in data _____

-di essere affetta da una o più patologie di cui all'avviso, così come risulta dalla certificazione sanitaria allegata;

-di non essere già beneficiaria/o del D.M. dell'8 giugno 2001 recante "Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad un'alimentazione particolare", pubblicato sulla G.U. n. 154/2001.

-di non avere un ISEE familiare superiore ad euro 30 mila.

Chiede, inoltre, che tutte le comunicazioni relative alla richiesta vengano inviate al seguente indirizzo: _____

Ovvero al seguente indirizzo di posta elettronica ordinaria: _____

Ovvero al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____

Recapito telefonico _____

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

1. certificazione medica attestante le condizioni patologiche.
2. dichiarazione ISEE familiare non superiore a 30mila euro.
3. Copia documento di riconoscimento
4. Copia tessera sanitaria

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Data ___/___/_____

Firma _____

Consenso al trattamento dei dati personali:

Il/La sottoscritto/a _____, acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita dalla ASP _____ ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art.4 lett. d) del citato D. Lgs. 196/2003, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" e richiamati dall'art. 9 del REG. UE 679/2016 AUTORIZZA NON AUTORIZZA al trattamento dei propri dati personali in ambito sanitario a fini di prevenzione, diagnosi e cura, nonché a fini amministrativi, contabili e fiscali così come indicato nell'informativa.

Data ___/___/_____

Firma _____

Allegato B
Su carta intestata

ATTESTAZIONE - CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE PATOLOGICA PER
L'ACQUISTO DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO (FORMULE PER LATTANTI)

(Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021)

Con il presente atto si attesta e si certifica che sussistono le condizioni materne che controindicano l'allattamento in maniera assoluta

• [] temporanea (Indicare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021)

- 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.

• [] permanente (indicare la condizione di cui all'allegato 1 al Decreto Ministero della Salute 31 agosto 2021)

- infezione da HTLV 1 e 2;
- sindrome di Sheehan;
- alattogenesi ereditaria;
- ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare);
- mastectomia bilaterale;
- morte materna;

della sig.ra _____ nata a _____ il _____
codice fiscale _____ residente in _____ prov. _____
nella qualità di genitore del neonato/lattante _____
nato/a a _____ il _____.
Luogo e Data _____

Il Medico

(timbro e firma)