

**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 Brindisi 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).

Si fa rinvio a:

- 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 – Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa (ricercabile al link: <https://app.sistema.puglia.it/ords/f?p=130:4:113749581516091::NO:RP,4::>)
- Delibera del Direttore Generale ASL BR n° 2711 del 07/11/2023 (ricercabile al link: [https://openwork.asl.brindisi.it/AlboPretorio/Delibere/Delibera\\_2711\\_2023.pdf](https://openwork.asl.brindisi.it/AlboPretorio/Delibere/Delibera_2711_2023.pdf) )

Gli assistiti interessati dovranno nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 luglio 2024 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;

Di seguito i Distretti Socio Sanitari insistenti nella ASL BR ed i relativi contatti PEC:

<b>Distretto</b>	<b>Indirizzo PEC</b>	<b>Sede</b>
DSS1	<a href="mailto:dss1.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it">dss1.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</a>	Via Dalmazia n. 3 72100 BRINDISI BR
DSS2	<a href="mailto:dss2.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it">dss2.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</a>	Via dell'Artigianato 72015 FASANO BR
DSS3	<a href="mailto:dss3.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it">dss3.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</a>	Piazza Dimitri - 72021 FRANCAVILLA FONTANA BR
DSS4	<a href="mailto:dss4.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it">dss4.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</a>	Via Panareo n. 12 72023 MESAGNE BR

**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Maurizio De Nuccio

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



