



Allegato 1

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 MINISTERO DELLA SALUTE DEL 31 AGOSTO 2021)

1. PREMESSA

La Regione Siciliana promuove, sostiene e difende l’allattamento materno consapevole dell’importanza dell’allattamento come norma naturale, di valore culturale e sociale, in accordo con le linee di indirizzo nazionali e internazionali.

Esistono tuttavia rare condizioni di salute della madre e del bambino che prevedono una controindicazione assoluta (temporanea o permanente) all’allattamento materno.

Limitatamente a queste situazioni, la Regione Siciliana, dando seguito al Decreto del Ministero della Salute del 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 il Decreto Ministeriale, ha definito la seguente procedura.

Si precisa che sono escluse dal presente documento, in forza delle previsione del Decreto in oggetto, le forniture di latte connesse a condizioni patologiche già diversamente normate ed in particolare quelle previste nel Decreto del Ministero della sanità 8 giugno 2001, recante «Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare» e quelle di cui all’art. 14, comma 2, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» che include nei LEA la fornitura a nati da madri sieropositive per HIV.

Si ricorda inoltre che nei casi di malattie ereditarie in cui sono indicati latti terapeutici speciali il latte artificiale è già un presidio terapeutico erogato dal SSN.

2. OBIETTIVO

Il presente documento ha l’obiettivo di definire gli indirizzi regionali per l’erogazione del contributo economico previsto dal Decreto Ministeriale Salute del 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*”.

Il predetto D.M. prevede un contributo fino all’importo massimo annuo di € 400,00 per neonato e comunque fino al sesto mese di vita del neonato, per l’acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti), qualora non sia possibile ricorrere alle banche del latte umano donato (BLUD), alle donne affette dalle condizioni patologiche, riportate nell’allegato 1 al Decreto Ministeriale Salute del 31 agosto 2021, che impediscono la pratica naturale dell’allattamento e con un ISEE ordinario non superiore ad € 30.000,00 annui.



Il D.M. precisa che sono escluse dal contributo le donne con condizioni già diversamente normate e, in particolare, con le condizioni già previste nel D.M. Sanità 8 giugno 2001, recante «Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare», che prevede benefici maggiori. Al riguardo si ricorda che:

- il D.M. Sanità 8 giugno 2001 tra l'altro, prevede che *“l'erogazione di sostituti del latte materno rientra nei livelli essenziali di assistenza sanitaria per i nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età”*;
- il DPCM 12 gennaio 2017, all'articolo 14 *“Erogazione di prodotti dietetici”*, comma 2, prevede, tra l'altro, che il Servizio sanitario nazionale garantisca ai nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età, l'erogazione dei sostituti del latte materno.

3. AVENTI DIRITTO

L'avente diritto è il/la 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 nella Regione Siciliana, le straniere e le apolidi, le residenti, domiciliate o aventi stabile dimora nel territorio regionale, nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali, che sono affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento. In caso di morte materna il contributo può essere richiesto dal padre o dal tutore del bambino.

Requisiti previsti

- 1) presenza di una delle condizioni di cui al successivo paragrafo *“Controindicazione in maniera assoluta (temporanea o permanente) dell'allattamento”*, debitamente certificata;
- 2) Indicatore della situazione economica equivalente ordinario (ISEE) della mamma richiedente non sia superiore ad € 30.000,00 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.

4. CONTROINDICAZIONE IN MANIERA ASSOLUTA (TEMPORANEA O PERMANENTE) DELL'ALLATTAMENTO

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) sono riportate nella tabella sottostante.

Tabella 1. Condizioni materne che controindicano in maniera assoluta (temporanea o permanente) l'allattamento e non già diversamente normate, indicate nell'allegato 1 al Decreto Ministeriale 31 agosto 2021.



Indicazioni permanenti	Indicazioni temporanee (da sottoporre a verifica mensile)
• infezione da HTLV1 e 2 • sindrome di Sheehan • alattogenesi ereditaria • ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare) • mastectomia bilaterale • morte materna	• 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

***da sottoporre a verifica mensile**

Rispetto ad alcune delle condizioni citate in tabella, *Indicazioni permanenti e transitorie*, si forniscono rispettivamente le seguenti **specifiche** al fine di garantire la massima omogeneità nella certificazione e non produrre difformità nell'applicazione:

- **sindrome di Sheehan**: difetto secondario dell'ormone ipofisario, causato dalla necrosi dell'ipofisi, dovuta a una emorragia grave peri o post partum con conseguente ipovolemia e shock. È una condizione rara in Italia, più frequente nei paesi a risorse limitate, essendo associata anche al tipo di assistenza offerta al momento del parto e nel post-parto. La diagnosi di sindrome di Sheehan va documentata con esami di imaging (RMN con sella “vuota”) o di laboratorio (dosaggio ormoni ipofisari);
- **alattogenesi ereditaria**: condizione genetica estremamente rara; è un'entità nosologica non ancora ben definita nel genere umano. Esiste il mancato allattamento transgenerazionale ad eziogenesi incerta (cultural-ambientale vs genetica);
- **ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare)**: rara condizione in cui la ghiandola mammaria è scarsamente sviluppata, con conseguente scarsa o assente produzione di latte.

I criteri clinici per la diagnosi sono:

- A. distanziamento (*flat space*) tra i seni > 4 cm
- B. asimmetria dei seni con seni tubulari (base stretta e volume maggiore in lunghezza piuttosto che in circonferenza)
- C. areola larga e rilevata “a bulbo”

La presenza della condizione di “ipotrofia” è da intendersi come “aplasia” e quindi su base congenita e con sicure conseguenze funzionali (agalattia);



- **infezione da HCV con lesione sanguinante del capezzolo:** l'HCV non si trasmette in realtà per via enterale, a meno di ipotizzare esistenza di lesioni di continuità dell'apparato gastroenterico. Va considerata infezione da HCV-Ab positivo e HCV-RNA positivo;
- **infezione da HSV con lesione erpetica sul seno o capezzolo:** non va inclusa l'infezione da HSV labiale;
- **esecuzione di scintigrafia:** coerentemente con le indicazioni del D.lgs. n. 101/31.07.2020, art. 166, co. 4. [...] *Nei casi di somministrazione di radiofarmaci a donne che allattano al seno, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione della procedura, tenendo conto della necessità e dell'urgenza, e al processo di ottimizzazione che deve riguardare sia la madre che il figlio.* Se le condizioni materne sono compatibili e la donna è d'accordo, prima dell'esame è possibile estrarre e conservare il latte materno utile all'alimentazione del neonato/lattante per il periodo di sospensione successivo alla metodica o avvalersi della donazione delle Banche del Latte;
- **infezione ricorrente da streptococco di gruppo B:** non comprende la semplice condizione di madre SGB positiva al parto;
- **assunzione di farmaci che controindicano in maniera assoluta l'allattamento:** quando si valuta il rischio derivante dall'assunzione di farmaci bisogna ricordare che le indicazioni riportate nel foglietto illustrativo dei farmaci sono largamente insufficienti a questo scopo. Bisogna, inoltre, sempre valutare le alternative compatibili. Per evitare false controindicazioni all'allattamento è necessario, quindi, fare una valutazione aggiornata del rischio di ogni singolo farmaco, consultando banche dati specifiche come (si riportano di seguito quelle consultabili gratuitamente): valutare sempre le alternative compatibili ed è necessario fare una valutazione aggiornata del rischio di ogni singolo farmaco, consultando banche dati specifiche come (si riportano di seguito quelle consultabili gratuitamente): <https://www.e-lactancia.org/>

Drugs and Lactation Database -Lactmed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> e/o altri database accreditati e aggiornati, ovvero il documento condiviso dal Tavolo Allattamento al Seno (TAS) istituito presso il Ministero della Salute *Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2715_allegato.pdf o avvalendosi altresì della consulenza dei Centri Antiveneni Regionali di riferimento.

L'articolo 5 comma 1 del Decreto Ministeriale prevede che il clinico prescrittore deve anche rivalutare mensilmente la sussistenza delle condizioni materne transitorie che controindicano l'allattamento naturale.

5. ACCERTAMENTO E CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE PATOLOGICA

L'accertamento e la certificazione delle condizioni patologiche di cui al presente provvedimento vengono redatte ai sensi dell'art. 4 D.M. 31 Agosto 2021, senza oneri a carico del cittadino, da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, 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, secondo lo schema regionale di "certificazione di condizione che controindica o rende impossibile l'uso di latte materno: richiesta di fornitura gratuita di formula" allegato 2 al presente documento.



6. PRESCRIZIONE

Sulla base della certificazione delle condizioni patologiche che impediscono l'allattamento, non già diversamente normate, il neonatologo o pediatra del punto nascita, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta o lo specialista, prescrive 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 temporanea, per un fabbisogno di durata massima pari a primi sei mesi di vita del neonato. La formula per il lattante viene prescritta dal medico secondo il fac-simile allegato 3. Si rimanda all'elenco delle formule per lattanti, presentate in ordine alfabetico per prodotto e per impresa, della specifica sezione n.3 del Registro Nazionale del Ministero della Salute – Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione.²

²
https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=Alimenti+particolari+e+integratori&id=3667&menu=registri

7. ACQUISTO FORMULE PER LATTANTI

I prodotti di cui al presente documento sono acquistabili direttamente da tutti i fornitori autorizzati alla vendita.

Le Strutture Sanitarie si attengono, per quanto di competenza, al rispetto:

- della normativa vigente che prevede il divieto di forniture gratuite o a prezzo simbolico (D.M. 82 del 09/04/2009 art.12) oltre naturalmente alla massima trasparenza e correttezza delle procedure coerentemente con gli orientamenti del Piano Nazionale Anticorruzione;
- del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno. Il Codice, pur non avendo obblighi normativi, contiene raccomandazioni OMS/UNICEF dal forte valore etico, approvate dall'Assemblea Mondiale della Sanità, compresa l'Italia.

8. PROCEDURA PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Le donne affette dalle condizioni patologiche indicate nell'allegato 1 al D.M. Salute 31.8.2021 e sopra riportate in Tabella 1, che impediscono la pratica naturale dell'allattamento e con un ISEE ordinario non superiore ad € 30.000,00 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), qualora non sia possibile ricorrere alle banche del latte umano donato (BLUD).

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.

Mediante apposito Avviso Pubblico, nel rispetto delle normative vigenti, verranno opportunamente pubblicizzate le modalità di accesso al contributo.



Gli aventi diritto - come innanzi specificati – o i loro delegati, possono presentare presso gli sportelli del Servizio individuato dalla Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza, la **richiesta di contributo** per l'acquisto delle formule per lattanti, con riferimento alla spesa sostenuta per i nati dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministero della Salute del 31/8/2021, e riferita ai primi 6 mesi di vita del neonato, dalla data di pubblicazione del presente atto corredata da:

- certificazione della condizione materna patologica;
- prescrizione come da facsimile allegato*;
- ISEE ordinario relativo all'anno nel quale sono state sostenute le spese per le quali si sta richiedendo il contributo, non superiore ad € 30.000,00 annui;
- giustificativi di spesa per i sostituti del latte materno (formule per lattanti) acquistati in presenza delle condizioni che controindicano l'allattamento di cui al presente documento per i primi 6 mesi di età del neonato;
- informazioni per l'erogazione del contributo (coordinate bancarie).

*Poiché trattasi di periodi antecedenti all'approvazione del presente atto, ove non fosse possibile allegare il modulo di prescrizione come da schema allegato, si potrà allegare altra idonea documentazione rilasciata dai professionisti di cui al precedente punto 6, attestante la prescrizione all'utilizzo delle formule per lattanti.

Qualora i primi 6 mesi di vita del bambino siano a cavallo di due annualità, gli aventi diritto o i loro delegati, dovranno presentare due richieste distinte, una per ogni anno di competenza della spesa.

L'ASP di appartenenza dell'avente diritto, entro il 15 marzo di ogni anno, effettua l'istruttoria sulle istanze pervenute e sulla relativa documentazione. Completato l'istruttoria redige l'elenco delle richieste accoglibili, con i relativi rispettivi importi, fino ad un massimo di € 400,00 a neonato, e le informazioni per l'erogazione dei contributi.

Le ASP raccolgono i suddetti elenchi e comunicano, entro il 15 aprile di ogni anno, alla Direzione Generale del Dipartimento ASOE della Regione Siciliana l'importo totale dei contributi accoglibili, suddivisi per ciascuna annualità di riferimento.

La Direzione Generale Dipartimento ASOE provvede, entro il 15 maggio di ogni anno, con proprio atto 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; non sono previsti finanziamenti regionali aggiuntivi a copertura delle eventuali richieste eccedenti le disponibilità accordate nell'anno di competenza e pertanto:

- qualora il valore complessivo delle spese ammissibili nell'anno di riferimento è inferiore all'importo del fondo disponibile nello stesso anno, l'importo riconosciuto è pari al valore della richiesta in ogni caso entro il tetto massimo di € 400,00 per neonato, per spese sostenute entro i primi sei mesi di vita;
- qualora il valore complessivo delle spese ammissibili nell'anno di riferimento è superiore all'importo del fondo disponibile nello stesso anno, il contributo richiesto è ricalcolato in proporzione alle risorse disponibili, in ogni caso entro il tetto massimo di € 400,00 per neonato, per spese sostenute entro i primi sei mesi di vita.

Le ASP competenti per territorio provvedono ad erogare i contributi effettivi riconosciuti agli aventi diritto entro il 01 agosto di ogni anno.



9. MONITORAGGIO E TRASMISSIONE DEI DATI:

Le ASP trasmettono **entro il 30 aprile di ogni anno** alla Direzione Generale del Dipartimento ASOE (dipartimento.attivita_sanitarie@certmail.regione.sicilia.it) **i dati, suddivisi per annualità**, inerenti:

- l'erogazione del contributo;
- le patologie certificate;
- la durata dell'allattamento con i sostituti del latte;
- le risorse finanziarie utilizzate.

L'ASP competente per territorio vigila sull'osservanza del presente provvedimento attivando adeguati sistemi di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni dei prodotti di cui al presente provvedimento erogati sul proprio territorio e sul conseguente andamento della spesa.

La Direzione Generale Dipartimento ASOE trasmette al Ministero della salute entro il 30 giugno di ogni anno, le voci dei dati sopraelencati, comprese le modalità scelte per la distribuzione delle formule per lattanti e le risorse finanziarie utilizzate.

10. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali, relativi alla salute, avverrà da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali nel rispetto delle disposizioni del Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679 (GDPR) del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) ed il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs 196/2003) così come integrato e modificato dal decreto legislativo n. 101/2018, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo e del consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".

Elenco allegati

- Allegato A. Fac-simile **Certificazione di condizione che controindica o rende impossibile l'uso di latte materno: richiesta di fornitura gratuita di formula** (compilato dal/la medico certificatore e consegnato al genitore/agli aventi la responsabilità genitoriale/agli aventi la tutela legale)
- Allegato B. Fac-simile **Prescrizione della formula** (compilato dal/la pediatra/medico che assiste il/la lattante)
- Allegato C. Fac-simile **Autorizzazione al ritiro gratuito della formula** (compilato dal servizio assistenza integrativa e consegnato al genitore/agli aventi la responsabilità genitoriale/agli aventi la tutela legale)
- Allegato D. Fac-simile **Punto di erogazione diretta** (compilato dal punto di erogazione diretta e da conservarsi presso la stessa, per la rendicontazione semestrale)



Allegato A

Fac-simile CERTIFICAZIONE DI CONDIZIONE CHE CONTROINDICA O RENDE IMPOSSIBILE L'USO DI LATTE MATERNO: RICHIESTA DI FORNITURA GRATUITA DI FORMULA ai sensi del D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Data _____

Attesto che il neonato/la neonata

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di Nascita _____

Residenza /domicilio _____

Genitore/avente la responsabilità genitoriale/ avente la tutela legale del neonato/della neonata

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di Nascita _____

Residenza /domicilio _____

Non può ricevere latte materno per la seguente ragione permanente (evidenziare come appropriato):

☐ infezione da HTLV1 e 2

☐ sindrome di Sheehan

☐ alattogenesi ereditaria

☐ ipotrofia bilaterale della ghiandola mammaria (seno tubulare)

☐ mastectomia bilaterale

☐ morte materna

oppure per la seguente ragione temporanea (da rivalutare mensilmente):

☐ 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: specificare la molecola _____
- _____
- ☐ assunzione di droghe (escluso il metadone)
- ☐ alcolismo
- altro (specificare) _____

Sulla base di quanto sopra certificato, si richiede la fornitura gratuita di latte di formula in sostituzione del latte materno:

- fino al compimento dei 6 mesi (inserire data): __/__/____
- fino al venire meno della condizione che controindica temporaneamente l'allattamento (inserire data) ____/____/____ e comunque non oltre la data del compimento dei 6 mesi di vita

Per la quantità e il tipo di formula da erogare fare riferimento alle indicazioni del medico curante (pediatra)

Il medico (timbro e firma) _____

Questa certificazione, unitamente alla dichiarazione ISEE in corso di validità, va presentata all'azienda sanitaria di residenza, servizio assistenza integrativa, che rilascia l'autorizzazione al ritiro della fornitura gratuita presso i punti di erogazione diretta aziendali e la archivia anche per possibili successivi controlli.



Allegato B

Fac-simile PRESCRIZIONE DI FORMULA
per l'applicazione del D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Data _____

Neonato/neonata

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di Nascita _____

Residenza /domicilio _____

Tipo di formula:

☐ tipo 0 formulazione liquida

☐ tipo 0 formulazione in polvere

☐ tipo 1 formulazione liquida

☐ tipo 1 formulazione in polvere

Posologia giornaliera: _____

—

Il medico pediatra/medico del neonato/a

(timbro e firma) _____



Allegato C

Fac-simile AUTORIZZAZIONE AL RITIRO GRATUITO DI FORMULA
ai sensi del D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Data _____

Al punto di erogazione diretta dell'Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Sito in via _____

Città _____

Si autorizza l'erogazione di formula (latte artificiale):

☐ tipo 0 formulazione liquida

☐ tipo 0 formulazione in polvere tipo

☐ tipo 1 formulazione liquida

☐ tipo 1 formulazione in polvere

per il neonato/la neonata

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di Nascita _____

Residenza /domicilio _____

Formula ritirata dal genitore/dall'avente la responsabilità genitoriale/dall'avente la tutela legale del neonato/della neonata

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di Nascita _____

Residenza /domicilio _____

Telefono _____

Erogabile dal al per
un importo massimo di € 400,00.

Servizio assistenza integrativa (timbro e firma) _____



Allegato D

Fac-simile PUNTO DI EROGAZIONE DIRETTA

MODULO PER LA FORNITURA DI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO ai sensi del
D.M. del 31/08/21 sui latti artificiali

Punto di erogazione diretta (denominazione) _____

Azienda ASP di _____ via _____

Città _____

Chi ritira

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Residenza/domicilio _____

Telefono _____

In qualità di: genitore [] o esercente la responsabilità genitoriale [] o avente la tutela legale [] del
neonato/neonata per il/la quale avviene l'erogazione

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Data di nascita _____

Residenza/domicilio _____

	Data	Tipo di formula consegnata*	Quantità di formula consegnata*	Corrispettivo economico	Operatore (firma di Consegna)	Chi ritira (firma di ritiro)
1° ritiro						
2° ritiro						
3° ritiro						

*sulla base delle indicazioni del medico (pediatra) curante: specificare se 0, 1, liquida, polvere. Il presente modulo deve essere conservato dal punto di erogazione aziendale, per essere poi utilizzato per il monitoraggio periodico.