

## **MODIFICHE AL TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT**

**in vigore dal 1° luglio 2013**

Riepilogo delle modifiche al Testo Unico Normativo ASSILT deliberate dal Consiglio di Amministrazione del 21 maggio 2013 e convalidate dall'Assemblea dei Rappresentanti del 29 maggio 2013.

### **Parte I – Adesione all'Associazione**

#### **Articolo 2) Destinatari, Soci e Beneficiari – Adesione - Contribuzione**

##### *Punto 1. Destinatari, Soci e Beneficiari*

- ✓ In caso di genitori separati se il figlio minore non vive con il socio, e quindi non appartiene allo stesso nucleo anagrafico, può comunque essere iscritto.
- ✓ I familiari di qualsiasi grado del convivente "more uxorio" non possono iscriversi all'Associazione (Figli, genitori, fratelli, nipoti, ecc.). La convivenza "more uxorio" deve essere di almeno 12 mesi e attestata con il certificato storico anagrafico.
- ✓ Il documento che attesta il reddito del beneficiario maggiorenne è il certificato rilasciato dall'Agenzia delle Entrate.

### **Parte II – Prestazioni Sanitarie**

#### **Articolo 5) Contributo alla spesa sanitaria**

- ✓ In caso di pratiche rifiutate il socio dovrà completare e rinviare la pratica al service amministrativo entro e non oltre 150 giorni dalla data della lettera di restituzione. Superato tale limite la richiesta di rimborso e l'eventuale documentazione aggiuntiva non potrà essere accettata.

#### **Articolo 7) Documentazione sanitaria e fiscale**

- ✓ Tra le strutture sanitarie rientrano anche le Strutture accreditate.

#### **Articolo 10) Prestazioni sanitarie**

##### ***Punto 1. Cure Odontoiatriche***

- ✓ Variata la percentuale di copertura della differenza tra tariffa ASSILT e Tariffa Massima di Riferimento dal 30% al 25%.  
Pertanto,
  - per l'ablazione tartaro fatturata entro il 30/6/2013 con una spesa sostenuta pari o superiore a € 80,00 il contributo è di € 66,00;
  - per l'ablazione tartaro fatturata dopo il 1/7/2013 con una spesa sostenuta pari o superiore a € 80,00 il contributo è di € 65,00.

- ✓ In caso di interventi di chirurgia implantologica il socio deve conservare i relativi supporti diagnostici per eventuali verifiche odontoiatriche disposte dall'Associazione. Diversamente questa prestazione non è verificabile.

### **Punto 2. Occhiali e lenti a contatto**

- ✓ Nel caso in cui la ricevuta di spesa rilasciata dall'ottico non indichi chiaramente che le lenti fornite sono quelle prescritte dal medico oculista il socio dovrà completare la documentazione sanitaria e di spesa con il certificato di conformità che garantisce l'acquisto di lenti da vista.

### **Punto 3. Protesi e presidi sanitari**

#### Calzature ortopediche su misura

- ✓ I plantari possono essere confezionati e fatturati anche da podologi. Non sono, invece, previsti contributi per la cura del piede eseguita sempre dal podologo.  
Inoltre, non sono erogabili contributi per i presidi prescritti successivamente ad un intervento chirurgico per alluce valgo e per le calzature di serie predisposte all'uso dei plantari, in quanto non equiparabili a calzature ortopediche su misura.

#### Apparecchio acustico

- ✓ Modificata la temporizzazione delle pile per apparecchi acustici da "anno solare" a "ogni 12 mesi – temporizzazione mobile temporale". Pertanto, dal 1° luglio 2013 il controllo delle precedenti erogazioni terrà conto di quanto liquidato nel periodo precedente.

### **Punto 4. Prestazioni specialistiche**

- ✓ Variata la percentuale di copertura dal 75% al 65% della spesa sostenuta di tutte le prestazioni specialistiche (Chirurgia, Cardiologia, Dermatologia, Ginecologia, Medicina Nucleare, Neurologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Radiologia, Ortopedia e Urologia). La nuova percentuale di copertura verrà applicata alle fatture datate successivamente al 30/6/2013.
- ✓ Precisate le descrizioni di alcune prestazioni (*Endoscopia, Biopsia, Litotrissia, PUVA, Crioterapia, Esercizi ortottici, Valutazione ortottica, Ecografia, TC, Esame radiografico, Assistenza anestesilogica*).
- ✓ Inserita una nuova prestazione "Esame istologico e/o citologico". Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di € 80,00 per ogni fattura.

### **Punto 5. Esami di laboratorio**

- ✓ Riformulata la norma in modo da renderla più chiara.

## **Punto 6. Farmaci**

### Farmaci non autorizzati alla vendita in Italia

- ✓ Nella prescrizione medica deve essere indicato che si tratta di farmaci non vendibili in Italia.

### Estratti desensibilizzanti

- ✓ Precisate le specializzazioni mediche accettate per il riconoscimento dei previsti contributi.

### Vaccinazioni

- ✓ Inserita la norma per consentire il riconoscimento del contributo per le vaccinazioni - previste nel Prontuario Farmaceutico Integrativo ASSILT - anche nel caso in cui il socio non acquisti direttamente il vaccino, ma le venga fornito dalla struttura sanitaria presso la quale esegue la vaccinazione.

## **Punto 7. Ticket sanitari**

- ✓ Precisato che se nel documento di spesa non si evince che si tratta di ticket il socio deve allegare un documento che lo attesti (copia della prescrizione, riepilogo della prenotazione, ecc.).

## **Punto 8. Terapia iniettiva**

### Iniezioni o infiltrazioni di sostanze terapeutiche nelle articolazioni

- ✓ Precisate le specializzazioni mediche che possono prescrivere le terapie e diminuita la quantità di prestazioni erogabili da 10 a 5 ogni 12 mesi.

### Iniezioni o infiltrazioni peridurale, perinervose, di anestetico di agenti neurolitici, di steroidi, di ossigeno/ozono

- ✓ Precisate le specializzazioni mediche che possono prescrivere le terapie ed inserita una quantità di prestazioni erogabili ogni 12 mesi (5 terapie). Inserite le iniezioni articolari di ossigeno e ozono.

### Iniezioni endoarteriose, periarteriose, sottocongiuntivali

- ✓ Diminuita la quantità di prestazioni erogabili da 10 a 5 ogni 12 mesi.

### Iniezioni endovenose, intramuscolari, sottocutanee, fleboclisi

- ✓ Diminuita la quantità di prestazioni erogabili da 15 a 10 ogni 12 mesi e il contributo da 30,00 a 20,00 euro (ogni seduta).

### Ago puntura

- ✓ La prescrizione delle terapie deve essere di un medico specialista e non del medico curante. Diminuita la quantità di prestazioni erogabili da 30 a 10 ogni 12 mesi.

### ***Punto 9. Visite specialistiche***

- ✓ Diminuite le visite da 6 per anno solare a 4 ogni 12 mesi - temporizzazione mobile. Pertanto, dal 1° luglio 2013 il controllo delle visite liquidate terrà conto di quanto erogato nel periodo precedente.

Precisato che le visite ambulatoriali e domiciliari (eseguite in Italia o al di fuori del territorio nazionale) sono alternative.

Diminuita la percentuale di copertura delle prestazioni diagnostiche eseguite durante la visita medica e non fatturate analiticamente (dal 70 al 50%) e precisato che il contributo liquidabile è limitato all'importo massimo previsto per ogni singola prestazione.

### ***Punto 11. Terapie fisiche***

- ✓ Diminuita la copertura percentuale dal 75% al 65% della spesa sostenuta. La nuova percentuale di copertura verrà applicata alle fatture datate successivamente al 30/6/2013.
- ✓ Integrate le specializzazioni mediche che possono prescrivere ed eseguire le terapie con altre specializzazioni (Oncologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neuropsichiatria infantile e Psichiatria).
- ✓ Dal 1° luglio 2013, per tutte le tipologie di terapia fisica e riabilitativa sono erogabili in via ordinaria massimo 20 sedute ogni 12 mesi (temporizzazione mobile). I soci con problemi sanitari di una certa rilevanza potranno rivolgersi alla Linea Sanitaria.
- ✓ Diminuite le prestazioni massime erogabili di "Fisioterapia" e "Logopedia" da 40 a 20 sedute ogni 12 mesi.  
Pertanto, dal 1° luglio 2013 il controllo delle sedute verrà eseguito tenendo conto del nuovo numero massimo erogabili in via ordinaria (20 sedute) tenendo conto di quanto erogato nel periodo precedente.
- ✓ Diminuite le sedute di "Tecar terapia" e le "Terapie a scopo antalgico" da 20 a 10 sedute ogni 12 mesi.  
Pertanto, dal 1° luglio 2013 il controllo delle sedute verrà eseguito tenendo conto del nuovo numero massimo erogabili in via ordinaria (10 sedute) tenendo conto di quanto erogato nel periodo precedente.

### ***Punto 12. Interventi chirurgici day hospital***

- ✓ Precisato che sono escluse le cure odontoiatriche.
- ✓

### **Articolo 11) Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione della Linea Sanitaria**

#### ***Punto 1. Assistenza sanitaria domiciliare***

- ✓ Precisato che la Linea Sanitaria predispone dei piani di cura anche con visite domiciliari.
- ✓ Per l'assistenza infermieristica notturna sono erogabili al massimo euro 100,00 anziché 150,00 (previste per l'assistenza infermieristica diurna).

### **Punto 3. Prestazioni riabilitative agli handicappati**

- ✓ Precisato che sotto i 18 anni di età l'invalidità è di grado "Grave".
- ✓ Suddivise in tre tipologie le cure riabilitative già previste (Esercizi di riabilitazione motoria, esercizi di riabilitazione motoria in acqua, Riabilitazione dei disturbi del linguaggio) senza nessuna variazione dei contributi previsti (85% della spesa sostenuta).

### **Punto 4. Visite mediche specialistiche di Alta Consulenza**

- ✓ Precisato che possono essere concesse "Visite di Alta Consulenza" soltanto dopo aver eseguito, per la stessa patologia, altre visite mediche specialistiche.

### **Punto 5. Visite mediche specialistiche oltre la quarta**

- ✓ Variato il numero delle visite per le quali serve l'autorizzazione della Linea Sanitaria da "oltre la sesta" a "oltre la quarta".

### **Punto 7. Interventi chirurgici per menomazioni funzionali**

- ✓ Per questi interventi erogabili soltanto in caso di "menomazioni funzionali" è indispensabile che l'autorizzazione della Linea Sanitaria sia preventiva.

### **Punto 8. Terapie in pazienti oncologici**

- ✓ Sostituito il termine terapie oncologiche con prestazioni oncologiche.

### **Punto 9. Psicoterapia**

- ✓ Precisato che non possono essere concesse più di 80 sedute annue di terapia, individuale o di gruppo, per 2 anni consecutivi e che la ricevuta di spesa deve essere emessa da Psicoterapeuta.

### **Punto 10. Odontoiatria – Casi di particolare interesse sanitario**

#### Gravi patologie oro-dentali

- ✓ Precisato che il Consiglio di Amministrazione valuta periodicamente le autorizzazioni concesse.

#### Chirurgia maxillo – facciale

- ✓ Può essere concessa anche per gravi traumi del massiccio facciale (tipo Lefort 1, 2 , e 3).

### **Punto 11. Occhiali e lenti a contatto – Casi di particolare interesse sanitario**

- ✓ Eliminato il dettaglio che limitava l'erogazione di nuovi contributi solo in caso di patologie della cornea, del cristallino e della retina. Eliminata la parola "importante" alle variazioni del visus.

### **Punto 13. Prodotti dietetici privi di glutine**

- ✓ Variato il contributo attualmente previsto in un plafond annuo senza distinzione di età (€ 900,00 ogni 12 mesi). Precisati gli esercizi commerciali riconosciuti.

#### ***Punto 14. Apparecchi nebulizzatori***

- ✓ Precisati gli esercizi commerciali riconosciuti (Farmacie, Parafarmacie e rivendite autorizzate).

#### ***Punto 15. Altre terapie riabilitative***

- ✓ Stessa copertura percentuale (65%) e numero di sedute previsto all'articolo 10 Punto 11. Terapie fisiche.
- ✓ Precisato che la patologia per la quale si richiedono ulteriori sedute di terapia fisica deve essere documentata da certificazione sanitaria ed idonei supporti diagnostici.
- ✓ La Linea Sanitaria può richiedere ulteriore documentazione prima di concedere l'autorizzazione.
- ✓ Inserita una nuova prestazione "Mobilizzazione continua e passiva delle articolazioni". Contributo del 65% della spesa sostenuta per l'affitto del dispositivo fino ad un massimo di € 250,00 per ogni fattura relativa l'intero ciclo di cura.

#### ***Punto 17. Spese viaggio***

- ✓ Precisato che la località per le spese di viaggio devono corrispondere al luogo di effettuazione delle prestazioni certificate.

#### ***Punto 18. Pernottamento***

- ✓ Precisato che la località e il numero delle notti devono corrispondere al luogo e ai tempi di effettuazione delle prestazioni certificate.

#### ***Punto 19. Permanenza di un familiare durante i periodi di ricovero***

- ✓ Sostituito "sostegno" durante il periodo di ricovero con "assistenza di un familiare" durante il periodo di ricovero.

#### ***Punto 20. Erogazioni straordinarie***

- ✓ Precisato che il Consiglio di Amministrazione valuta periodicamente le autorizzazioni concesse.

#### ***Punto 21. Trasporto ambulanza***

- ✓ Precisato che si intende il trasporto in autoambulanza e inserito un importo massimo concedibile per ogni fattura (euro 200,00) .
- ✓ Sostituito "struttura sanitaria pubblica" con "struttura sanitaria".