

appunti

N. 21

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASSILT

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70 %
DCB - Roma - Marzo 2013 - Anno 11 - N. 21

Editoriale

**La somma che
crea un problema**

**La protezione
della salute**

**Breve ma istruttiva
storia della Sanità**

**Elezioni ASSILT:
c'è posta per noi**

Deducibilità contributi

Pratiche rifiutate...





2
editoriale

8
sanità
La somma
che crea un problema

11
sanità
La protezione della salute

14
sanità
Breve ma istruttiva
storia della Sanità

20
dall'interno
Elezioni ASSILT:
c'è posta per noi

24
dall'interno
Deducibilità:
contributi previdenziali
ed assistenziali

27
dall'interno
Pratiche rifiutate...
attenzione
e innovazione continua!





Cari soci,
eccoci arrivati alla scadenza del mandato. Tra qualche giorno riceverete la comunicazione e la scheda per votare per il rinnovo dell'Assemblea dei Rappresentanti. Questa è quindi una buona occasione per valutare il lavoro svolto e per fare il punto sul futuro dell'ASSILT.

Sono stati quattro anni intensi, che hanno segnato in maniera significativa la vita dell'Associazione. Con la qualità del servizio offerto e la certezza delle prestazioni erogate, è migliorato il rapporto con i soci. Sono stati innovati i sistemi procedurali a garanzia della sicurezza dei dati e per il controllo e la trasparenza delle procedure di gestione dei rimborsi.

Uno sforzo che ha visto impegnati tutti in prima linea, a partire dalle Parti Istitutive - Telecom Italia e le Organizzazioni sindacali SLC, FISTEL, UILCOM - che hanno dato avvio, con l'accordo del 2005, al processo di riforma e di ammodernamento dell'ASSILT.

L'Assemblea dei Rappresentanti, i Delegati, il Consiglio di Amministrazione hanno, quindi, lavorato sul versante dell'indirizzo della programmazione e del controllo, dell'applicazione del Contratto di Servizio, del miglioramento del rapporto con i soci e per assicurare livelli e standard delle prestazioni erogate.

Con le medesime finalità, struttura della sede sociale ASSILT e il service amministrativo di HR Services hanno operato per il costante miglioramento qualitativo dei processi e delle procedure.

Uno sforzo collettivo che ha consentito anche di su-

perare una fase di difficoltà. Oggi possiamo dire che ASSILT rappresenta un modello in tutte le sue articolazioni. Ha mantenuto nel tempo e presenta oggi una situazione patrimoniale, economica e finanziaria solida, che le consente di offrire un buon livello di assistenza ai propri iscritti e di guardare al futuro con fiducia nelle proprie risorse e capacità.

Vale la pena soffermarci un momento sulle tappe più importanti del percorso realizzato in questo mandato.

Settembre 2009 - Avvio sperimentazione “Fax server” in Piemonte e in Valle d’Aosta

Il sistema di lavorazione dei rimborsi si modernizza, dotandosi di una nuova modalità di gestione ottico-digitale al fine di rendere più semplici e snelle le procedure e le modalità di rimborso delle spese sanitarie.

Il cuore di questa innovazione è un fax server centralizzato, raggiungibile da un qualsiasi apparecchio fax, strumento attraverso cui inviare le richieste di rimborso.

La porta di accesso a questa nuova procedura è il portale ASSILT (www.assilt.it), già strumento privilegiato di dialogo tra i soci e l’Associazione, ora anche il mezzo attraverso cui trasmettere le informazioni delle pratiche al sistema gestionale collegato all’apparato fax server.

Grazie alla sperimentazione in Piemonte e in Valle d’Aosta si rileva il gradimento dei soci e si risolvono alcune anomalie prima di avviare la nuova procedura su tutto il territorio nazionale.

Maggio 2010 – Società HR Services

Le attività operative (consulenziali, gestionali-amministrative e di supporto agli Organismi associativi), dapprima affidate alla struttura Welfare di Telecom Italia S.p.A. , dal 1° maggio 2010 vengono assegnate ad una società di servizi di nuova costituzione, la HR Services S.r.l., interamente partecipata da Telecom Italia. Le attività sono regolate da uno specifico Regolamento di Servizio.

Novembre 2010 Celebrazione del Trentennale ASSILT all’Aquila

In occasione del trentennale dell’ASSILT, il 4 e 5 novembre 2010 nella città de L’Aquila si realizza il Convegno ASSILT *“Idee per un nuovo benessere - politiche sociali e ruolo dei fondi sanitari integrativi”*, un importante evento fortemente caratterizzato dalla solidarietà e dalla ricerca organizzata.

Solidarietà, per aver voluto organizzare un evento pubblico proprio all’Aquila, nell’ambito del quale vengono finanziati:

- tre borse di studio all’Università dell’Aquila;
- a beneficio del Comune dell’Aquila, la progettazione e la costruzione di un laboratorio di idee e scienze dedicato ai giovani (la struttura polivalente “Parco del Sole”);
- un contributo all’istituzione sinfonica abruzzese, per avere ospitato l’evento.

I 30 anni di attività dell’Associazione non potevano essere un’occasione migliore per analizzare il lavoro

svolto, per valutare la propria “storia” e confermare che l’ASSILT ha saputo tenere il passo con l’evoluzione del Paese senza perdere di vista l’impostazione solidaristica originaria. Un’attività di integrazione e non di sostituzione del Servizio Sanitario Pubblico che ci permette di essere all’avanguardia tra i fondi sanitari integrativi.

Il momento della ricerca, invece, si concretizza nella presentazione di un’indagine svolta per ASSILT sullo stato dell’assistenza sanitaria nelle varie regioni, con particolare attenzione alle prestazioni sanitarie e sociali destinate alle persone non autosufficienti.

Gennaio 2011 – Estensione del sistema

“fax server” su tutto il territorio nazionale

La nuova procedura di trasmissione dei documenti di spesa via fax, attraverso il numero verde 800 – 844 – 445, si estende su tutto il territorio nazionale e per tutti i soci (lavoratori e pensionati).

La procedura è raggiungibile attraverso l’area personale del portale associativo, alla quale i soci lavoratori accedono attraverso le stesse credenziali di autenticazione utilizzate per la posta elettronica aziendale. I soci pensionati utilizzano, invece, le credenziali per l’accesso ai servizi del numero verde nazionale.

Con poche e semplici operazioni si conclude la procedura di trasmissione della richiesta dei contributi e un sms conferma l’avvenuta ricezione.

Inoltre, il processo di liquidazione delle pratiche di rimborso viene gestito dal service amministrativo del-

la società HR Services con questa stessa modalità ottico-digitale e quindi tutte le informazioni sullo stato delle pratiche sono consultabili, in qualsiasi momento, sempre attraverso l’area personale del portale.

Luglio 2011 - Numero Verde Nazionale 800-462-462

Nell’ambito di HR Services si attiva un Contact Center con 14 operatori dedicati ai soci ASSILT. Questo consente di recuperare risorse da dedicare alle attività proprie dei servizi amministrativi resi per ASSILT e di migliorare la risposta telefonica ai soci. Il servizio con operatori è garantito tutte le mattine dei giorni feriali e viene assicurata la gestione anche delle chiamate in attesa dopo la fine del turno.

(Dal luglio 2012 un’ulteriore apertura verrà riservata ai soci pensionati due pomeriggi a settimana dalle ore 14:00 alle ore 16:30).

Le buone potenzialità professionali del Contact Center accompagnano l’evoluzione ed il miglioramento dei servizi che l’Associazione persegue, svolgendo a beneficio dei soci un sempre più importante ruolo di comunicazione di qualità.

Ottobre 2011– Indagine di medicina preventiva oculistica pediatrica

Si avvia l’Indagine di Medicina Preventiva Oculistica Pediatrica rivolta ai bambini nati tra il 1996 e il 2007 “Vedere meglio per vivere meglio”, che considera un potenziale bacino di popolazione di circa 30.000 bambini.

L'obiettivo dell'indagine è investire sulla prevenzione in un'area dove risulta particolarmente efficace la diagnosi precoce e la cura di patologie spesso non conosciute.

Infatti, moltissimi ragazzi ed adolescenti sono affetti da patologie oculari che, se non diagnosticate e corrette in tempo, possono creare gravi ed irreversibili problemi a carico dell'apparato visivo.

Pur riscontrandosi ostacoli operativi che ne hanno condizionato lo svolgimento, l'indagine si conclude a fine 2012 con l'effettuazione di oltre 13.000 visite. L'analisi medico-scientifica dei dati è in corso di valutazione da parte del Comitato Medico Scientifico che a breve renderà disponibili le proprie conclusioni.

Gennaio 2012 - Nuovo Libro soci

L'ASSILT si dota del proprio "Libro Soci". Si tratta di un nuovo strumento informatico che permette all'Associazione, in piena autonomia, di certificare in tempo reale lo "status" di socio e associato e della relativa situazione anagrafica e contributiva. Questo significa poter definire la composizione della struttura associativa, dovuta a nuove iscrizioni, pensionamenti, sospensioni, variazioni, insomma la "storia" dei iscritti all'Associazione.

Diventa più agevole per gli iscritti pensionati rispettare le date di scadenza delle quote associative e, per ASSILT, trasmettere tempestivamente ai soci la comunicazione relativa alla quota da corrispondere per l'anno in corso.

Così pure, per i soci lavoratori, è più facile evidenziare e risolvere situazioni contributive anomale che possono presentarsi nei passaggi da un'Azienda all'altra o nei casi di distacco ex legge 300.

Aprile 2012 – Nuovo Contratto di Servizio

Entra in vigore il Contratto di Servizio che regola i rapporti tra ASSILT e Telecom Italia per lo svolgimento dei servizi amministrativi. I principali punti di innovazione riguardano:

- l'implementazione in via sperimentale, in ambito ASSILT, delle attività sui territori riferite al ruolo di "assistente sanitario";
- la digitalizzazione delle pratiche cartacee per ricondurle al sistema fax-server, che diviene così l'unica modalità di lavorazione dei rimborsi;
- la riduzione dei tempi di liquidazione delle richieste di rimborso;
- l'intensificazione dei controlli amministrativi, sanitari e della documentazione in originale;
- il potenziamento del front end telefonico dedicato ai soci pensionati.

Luglio 2012 - Testo Unico Normativo ASSILT

Entra in vigore il "Testo Unico Normativo ASSILT", finalizzato a rendere più semplice e chiara la normativa che regola il riconoscimento dei contributi a beneficio dei soci. Viene definita in modo preciso e univoco la documentazione sanitaria e fiscale da inviare a corredo delle richieste di rimborso. Per la maggior parte

delle prestazioni, i contributi sono determinati in valore percentuale, per una immediata percezione dell'entità del rimborso.

Il nuovo testo normativo è frutto dell'unione delle tre precedenti fonti normative: Regolamento delle prestazioni, Norme Applicative e Tariffario Generale; nella salvaguardia, comunque, dei principi di tutela degli equilibri economico-finanziari di bilancio e nel mantenimento di un livello di dettaglio delle prestazioni rimborsate ai soci ai fini del puntuale monitoraggio della spesa.

Per una più facile consultazione, Il Testo Unico Normativo ASSILT è stato articolato in tre parti: la prima riguarda il tema dell'adesione all'Associazione; la seconda riguarda le prestazioni sanitarie riconosciute; l'ultima parte raggruppa gli altri articoli.

Tra le importanti novità relative al diritto all'iscrizione dei soci e dei familiari va menzionato il superamento al diritto all'assistenza per il coniuge divorziato. Viene introdotta, peraltro, la possibilità di iscrizione, sempre nei limiti di reddito annualmente rivalutati, del convivente "more uxorio" così come prevista in alcuni altri fondi sanitari integrativi.

Altro fondamentale e sentito cambiamento riguarda la netta e precisa divisione tra le prestazioni sanitarie, a seconda che necessitino o meno di una valutazione da parte della Linea Sanitaria ASSILT.

Questo cambiamento è stato voluto soprattutto per rafforzare il rapporto tra ASSILT e quei soci con reali bisogni sanitari che possono, anzi devono avvalersi

della collaborazione e della professionalità dei Consulenti Sanitari e degli Assistenti Sanitari che operano su tutto il territorio nazionale.

La Linea Sanitaria valuta infatti i bisogni sanitari dei soci e li supporta per individuare la miglior soluzione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e tra quanto offerto dalla normativa.

Luglio 2012 - Avvio sperimentazione

Linea Sanitaria

Ne abbiamo accennato sopra, tra le importanti innovazioni contenute nel nuovo Contratto di Servizio. Su questo tema, inoltre, ci siamo diffusi sufficientemente nello scorso numero di Appunti. Qui ci limitiamo a ribadire che oggi gli Assistenti Sanitari sono presenti e attivi sull'intero territorio nazionale, garantendo vicinanza e sostegno ai soci con particolari esigenze.

E' infatti, l'indirizzo sanitario la qualità aggiunta di ASSILT, un valore che differenzia il modello assicurativo da quello mutualistico e solidaristico, che è il nostro.

Il lavoro svolto in questi mesi dall'inizio della sperimentazione, col potenziamento del servizio anche nelle sedi più piccole, con la graduale ripresa delle visite degli Assistenti al domicilio di chi ne ha più necessità, ci incoraggia a proseguire nella strada intrapresa.

Luglio 2012 - Liquidazione dei contributi

direttamente su Conto Corrente

Col superamento dei pagamenti attraverso le competenze mensili, i rimborsi vengono effettuati attraverso

bonifico bancario, anche a beneficio dei soci lavoratori. La cadenza diventa quindicinale, e ciò consente di ridurre ulteriormente i tempi di liquidazione delle pratiche.

Settembre 2012 - Sistema Informativo

Sanitario ASSILT

Viene ad implementarsi il sistema informativo dedicato alla gestione delle autorizzazioni sanitarie, garantendo in questo modo il monitoraggio ed il controllo di tali richieste.

Questa procedura consente sia la verifica qualitativa delle prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione, sia la diffusione e condivisione delle conoscenze nell'ambito della Linea Sanitaria, con l'obiettivo di allinearle verso i livelli più alti e di uniformare le attività ed i comportamenti nel territorio nazionale.

Anche il ricorso alle erogazioni straordinarie viene più attentamente monitorato, e così pure la concessione dei trattamenti per alte consulenze e per gli interventi chirurgici di particolare complessità.

Ci aspettiamo dal Sistema Informativo Sanitario un importante contributo per conoscere meglio i bisogni sanitari dei soci e per poter rispondere in modo più puntuale e preciso alle loro necessità.

Gennaio 2013 - Indizione delle Elezioni

Su mandato del Consiglio di Amministrazione ASSILT, il Presidente provvede ad indire le elezioni per

il rinnovo degli Organi Statutari.

Le elezioni si svolgeranno il 31 maggio 2013 e la prima riunione di insediamento della nuova Assemblea dei Rappresentanti è prevista per il 27 giugno 2013. In quella sede verrà nominato il nuovo Consiglio di Amministrazione ASSILT.

E siamo ai giorni nostri, cari soci. Ricordando per sommi capi l'attività svolta, possiamo dire con convinzione che sono stati quattro anni di forte impegno e di grandi soddisfazioni.

Terminiamo il mandato con l'ASSILT che si presenta più in linea con i tempi e pronta ad affrontare con fiducia i tempi che verranno.

La gestione economica patrimoniale è stata saldamente condotta nella logica della programmazione e di un impiego oculato delle riserve patrimoniali accantonate dall'Associazione. Ci siamo dotati di strumenti di controllo e monitoraggio offerti dal Contratto di Servizio, dal Testo Unico Normativo ASSILT e dal Libro dei Soci, che consentono di intervenire tempestivamente, laddove necessario, sulla spesa sanitaria salvaguardando al tempo stesso l'erogazione delle prestazioni a favore dei soci.

Abbiamo le risorse e, ancor di più, il capitale umano per continuare il percorso assieme a voi, con serenità.

Salvatore Carta

Il Presidente



LA SOMMA che crea un problema

L'utilizzo sempre più diffusa di farmaci, spesso utilizzati con auto prescrizione, crea ogni giorno sempre più problemi. Di fronte ad un disturbo, specie se nuovo o comunque non subito comprensibile nella causa, una attenta anamnesi farmacologica (cioè investigare sui farmaci assunti) può far scoprire dati inattesi.

Ma che cosa si intende per interazioni tra farmaci?

Un'interazione tra farmaci si verifica quando la risposta farmacologica, o clinica, alla somministrazione contemporanea di due o più farmaci è diversa da quella attesa sulla base degli effetti noti dei due

o più farmaci somministrati singolarmente, o più semplicemente quando

gli effetti di un farmaco vengono modificati dalla presenza di un altro farmaco. E' dimostrato che all'aumentare del numero dei farmaci assunti si incrementa in modo esponenziale il rischio di effetti collaterali da interazioni farmacologiche: pensiamo a quanti farmaci è costretto ad assumere un paziente magari affetto da più patologie croniche, come ad esempio l'ipertensione arteriosa, il diabete e la presenza di ipercolestrolema, che ad un certo punto presenta, ad esempio, una allergia per cui il medico deve somministrare anche un antistaminico o un cortisonico.

Nel valutare gli effetti di una interazione, oltre alla contemporanea somministrazione di due o più farmaci è necessario considerare una serie di fattori legati:

- **ai singoli farmaci:** dosi impiegate, modalità di somministrazione, proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche, intervallo con cui i diversi farmaci vengono somministrati, durata della terapia;
- **alle caratteristiche del paziente:** età, stato di salute, presenza di polipatologie, assunzione di altre terapie non note o non segnalate dal malato al medico (per esempio assunzione di farmaci da banco, prodotti a base di erbe, etc.), compliance, predisposizione individuale;

Gli articoli di carattere medico non firmati sono curati dal
Dott. Marco TURBATI
Consulente Sanitario nazionale dell'ASSILT

- **al contesto** in cui i farmaci sono prescritti (ambulatori, ospedali, case di riposo);
- **alla capacità del medico** di riconoscere e diagnosticare una interazione tra farmaci.

Gli effetti di una interazione tra farmaci possono comportare da un lato la perdita di efficacia di uno dei due farmaci oppure la comparsa di effetti collaterali in alcuni casi anche gravi.

Per comprendere i meccanismi che sono responsabili delle interazioni tra farmaci è fondamentale avere ben chiaro che un farmaco, una volta che viene introdotto nel nostro organismo, deve passare attraverso una serie di tappe obbligate prima di raggiungere gli organi bersaglio e i rispettivi siti d'azione.

In particolare, un farmaco somministrato per bocca, deve essere assorbito a livello gastroenterico, passare quindi nel sangue e attraverso il sistema dei vasi portali raggiungere il fegato.

Quest'organo funziona come una grossa centrale chimica che, attraverso numerosi sistemi enzimatici (i citocromi) provoca una serie di trasformazioni, che possono portare alla produzione di nuove molecole (i cosiddetti metaboliti). Il farmaco così modificato viene liberato nella circolazione sistemica e può raggiungere gli organi bersaglio. Una certa quota di farmaco infine viene eliminata dall'orga-

nismo o per via renale o per altre vie (biliare, fecale). Tutti questi passaggi possono essere sede di interazioni tra farmaci, più o meno gravi sul piano clinico.

Alcuni esempi serviranno a rendere più chiari questi concetti: per quanto riguarda le interazioni a livello dell'assorbimento dei farmaci gli antiacidi possono ridurre l'assorbimento intestinale delle tetracicline, di altri antibiotici e dei bifosfonati (farmaci utilizzati per il trattamento dell'osteoporosi).



Molte delle interazioni sono sostenute dall'effetto di un farmaco sull'attività degli enzimi che a livello epatico sono responsabili del metabolismo dei farmaci. I meccanismi più conosciuti sono quelli di induzione (aumento dell'attività) e di inibizione (riduzione dell'attività) di questi sistemi enzimatici.

Un aumento dell'attività enzimatica indotto da farmaci come alcuni antiepilettici, ipnotico-sedativi, antidiabetici orali può portare ad una riduzione più o meno importante delle concentrazioni plasmatiche e quindi degli effetti di alcuni farmaci. Una riduzione dell'attività degli enzimi epatici da parte di farmaci quali, l'amiodarone (un antiaritmico), alcuni antimicotici (fluconazolo, miconazolo, ketoconazolo), alcuni antibiotici (eritromicina, claritromicina) e la cimetidina (un noto antiulcera), può comportare un aumento della concentrazione plasmatici di altri farmaci con un aumento del rischio degli effetti avversi di questi farmaci.



Ovviamente esistono altre situazioni in cui si può avere una interazione tra farmaci e, in particolare, bisogna ricordare che anche altre sostanze come ad esempio i prodotti vegetali (oggi sempre più utilizzati) possono avere anche importanti effetti collaterali. Il caso forse meglio studiato e conosciuto è quello dell'*hypericum perforatum* (più conosciuto come "iperico" o "Erba di San Giovanni") e utilizzato per il trattamento della depressione di grado lieve o moderato. Da studi recenti è stato dimostrato che l'iperico può interagire con diversi farmaci, alterandone il metabolismo a livello epatico. In particolare sono state descritte interazioni con alcuni antidepressivi, con i triptani farmaci impiegati per il trattamento della cefalea e dell'emicrania provocando un aumento degli effetti importanti (quali agitazione, tremori, disturbi cognitivi, ipertensione arteriosa), con la warfarina (un anticoagulante orale) riducendone l'efficacia, con i contraccettivi orali riducendone l'effetto e aumentando il rischio di gravidanze non desiderate, e con alcuni antivirali utilizzati per il trattamento dell'AIDS.

Come si comprende da queste note, la possibilità di interazioni tra i farmaci assunti sono in alcuni casi di estrema gravità, dovremo ricordarci di questo rischio quando assumiamo, senza alcun consiglio del nostro medico, farmaci, che magari consideriamo banali, per un disturbo di poco conto.

LA PROTEZIONE della salute

L'evoluzione del concetto di **costo della sanità** verso quello d'**investimento per la salute** sta sempre più affermandosi come la vera innovazione concettuale sul delicato tema della protezione della salute.

Molti paesi stanno lottando contro l'aumento dei costi in sanità, una qualità dei servizi non in linea con le aspettative e crescenti tempi di atte-

sa. Questi problemi non sono di facile soluzione e molti ritengono che l'unica via sia una trasformazione radicale della sanità.

Nei paesi sviluppati, ad esempio, la spesa sanitaria sta crescendo ad un ritmo doppio della crescita economica. Questo fenomeno, in parte, costringe alcuni governi a ridurre la copertura per determinati servizi e a reindirizzare la spesa su altri programmi, quali ad esempio la formazione.

Man mano che aumentano i costi e la domanda, l'accesso all'assistenza diviene sempre più problematico. Molti sistemi sanitari sperimentano un rapporto domanda/capacità che impone lunghi tempi di attesa per l'accesso ai servizi.

I sistemi sanitari devono risolvere le cause principali dei loro problemi, ovvero costi in rialzo, qua-





lità discontinua o scarsa e impossibilità di ottenere assistenza in tempi accettabili, oltre che fronteggiare la globalizzazione, il consumismo, l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento dello stile di vita, malattie più costose da curare e la proliferazione di tecnologie e trattamenti medici.

Indispensabile risulta quindi la ricerca di percorsi alternativi.

Necessario diventa quindi ridefinire i valori, passare dalla cura dei malati al prendersi cura della popolazione, cioè puntare sulla prevenzione.

Per trasformare la sanità è necessario rivedere ruoli e funzioni a partire dagli operatori sanitari. Il loro compito fondamentale è occuparsi della diagnosi e della cura dei pazienti, ruolo fondamentale ma che interviene solo sul paziente già sintomatico, quindi già ammalato, quando cioè sarà ne-

cessario mettere in atto i costosi processi necessari alla diagnosi e cure delle malattie.

Senza considerare che i danni alla salute e funzionali comportati da molte malattie, soprattutto allo stadio più avanzato, sono inoltre irreversibili.

In presenza di patologie croniche, ad esempio, il ritorno allo stato di salute precedente la malattia non è quasi mai ottenibile, nonostante le risorse impiegate.

La cura dei malati è una forma di assistenza molto costosa.

Un sistema sanitario reattivo quindi, che si prende cura dei pazienti soprattutto dopo l'insorgenza della malattia e incorre in costi astronomici.

Completamente diverso sarebbe invece avere un sistema concentrato su strategie assistenziali proattive, quali la prevenzione personalizzata, la previsione, la diagnosi/terapia precoce e la gestione delle patologie, può contribuire a creare e mantenere più sana la popolazione, potenzialmente a un costo minore.

Ma un modello siffatto non può prescindere dalla responsabilizzazione dei cittadini utenti che devono diventare responsabili della gestione della propria salute, e non devono più poter restare all'oscuro degli esorbitanti costi derivanti dai loro sba-

gliati stili di vita.

I cittadini devono scegliere uno stile di vita più sano perché queste scelte hanno grande influenza sullo stato di salute di una persona. Sappiamo, ad esempio, che circa l'80% delle patologie coronariche e fino al 90% dei casi di diabete di tipo 2 e tra il 30 e il 70% dei casi di cancro avrebbero potuto essere prevenuti o significativamente ritardati tramite cambiamenti nello stile di vita, quali una dieta corretta, attività fisica adeguata e astensione dal fumo.

Quando possibile, i cittadini dovrebbero inoltre esercitare un ruolo più attivo nelle decisioni che riguardano la loro salute, per aiutare il medico a scelte terapeutiche concordate e personalizzate.

Bisogna immaginare una trasformazione del sistema, in cui pazienti/utenti e operatori sanitari collaborino ad una nuova strutturazione del sistema assistenziale sanitario, coinvolgere il paziente nelle scelte fornendo evidenze sui rapporti rischio/beneficio e quindi permettendo al paziente di prendere decisioni informate sulla base delle preferenze personali.

Realizzare questa trasformazione è un'impresa non facile che probabilmente in una prima fase necessiterà di soggetti "facilitatori" cui spetterà fornire le necessarie informazioni specie in riguardo

agli stili di vita.

Del resto, analizzando quel che avviene nel mondo riguardo la sostenibilità dei sistemi sanitari si capisce che questa oramai è una scelta obbligata.

Mano a mano che i valori di base e i comportamenti dei cittadini all'interno dei sistemi sanitari cambieranno, in presenza di condizioni mediche più complesse e di possibilità diagnostiche e terapeutiche sempre più avanzate, gli operatori dovranno continuare a rispondere a questi cambiamenti con nuovi approcci per promuovere la salute ed erogare l'assistenza, oppure rischieranno di rimanere indietro. Difatti questo processo di adattamento alla nuova domanda del mercato è in atto nell'universo dell'assistenza sanitaria.

"Le persone devono iniziare a prendersi cura attivamente della loro salute; pertanto la partecipazione e il coinvolgimento di cittadini e pazienti devono essere visti come valori chiave in tutte le attività legate alla sanità nella Comunità Europea".

Commissione della Comunità Europea

Dott. Renato Patrizio Costa

Direttore U.O. Medicina Nucleare

Policlinico Paolo Giaccone di Palermo

Consulente Sanitario Assilt Collegio 9

Pubblichiamo con piacere questo articolo di cui ci ha fatto gentile omaggio il professore Giancarlo Secchi, Consulente Sanitario in Lombardia fin dalla data di costituzione dell'Associazione. Rinnoviamo i ringraziamenti per il prezioso contributo professionale ed umano fornito all'Assilt negli anni.

BREVE ma istruttiva storia della sanità

Possiamo dire con orgoglio che la storia della sanità (cosa diversa dalla storia della medicina) è una storia che in Europa viene da molto lontano! In Europa infatti sin dal primo medioevo l'assistenza ai malati è stata un impegno costante: in quegli anni lontani essa era un atto caritatevole affidato esclusivamente alle organizzazioni religiose, agli ordini monastici in primis: non per nulla l'assistenza del buon samaritano è scritta nei Vangeli e gli Ospedali non nascono come luoghi di "cura", ma come luoghi di "assistenza" ai sofferenti.

Accanto all'assistenza ai malati si inseriva però già nei secoli più lontani (specie dopo l'anno 1000) un impegno che oggi definiremmo "sociale": a Milano, la città della quale conosco meglio la storia, il Lazaretto di manzoniana memoria esisteva già prima della peste del 1600 ed era destinato ad accogliere poveri e mendicanti e, per restare alla storia milanese, nella stessa epoca esisteva a Porta Comasina un sito che ospitava "zitelle in evidente pericolo di perdere la loro pudicizia e ragazze sotto i 12 anni figlie di prostitute" (evidentemente sopra i 12 anni erano considerate ormai irrecuperabili). Anche l'Ospedale Maggiore (la Ca' Granda), il "Pio Albergo Trivulzio" (la "Baggina") destinato ad accogliere ed assistere i vecchi poveri, strutture ancora oggi esistenti, nascono, crescono e si sviluppano grazie alle donazioni di ricche famiglie della città, i benefattori, infatti, sostenevano tutte le spese e le grandi famiglie si facevano vanto di questo impegno e facevano a gara con le loro donazioni. Forse oltre ad acquisire meriti per il Paradiso, ne avevano anche qualche tor-naconto immediato: ricoverando in queste istituzioni caritatevoli i poveri, i senza tetto, le prostitute, i malati mentali e gli asociali contribuivano a mantenere più sicura e vivibile la loro città.

Lo scenario evolve poi molto lentamente nei secoli successivi mantenendo comunque sempre una

impronta sostanzialmente assistenziale e solo nel 1800 cambia radicalmente. All'inizio del 1800 l'Imperatrice d'Austria Maria Teresa e poi suo figlio Francesco I diedero una prima svolta decisiva includendo nell'ambito delle competenze dello Stato l'assistenza agli infermi di mente e patrocinando la inaugurazione di numerosi ospedali psichiatrici; era l'epoca in cui la pellagra con la sua fatale evoluzione verso la demenza e la follia era molto diffusa in tutto l'Impero e particolarmente nelle regioni oggi italiane, a causa della drammatica povertà e della pessima alimentazione dei contadini. Ma la svolta decisiva si deve al grande Cancelliere Prussiano Bismarck (non molto amato dagli italiani, ma a torto) che promulgò nel 1883 la prima legge sulla assicurazione contro le malattie e nel 1884 la prima legge sull'assicurazione contro gli incidenti sul lavoro: in entrambi i

casi lo stato non assumeva a proprio carico nessuna spesa ma interveniva solo per dettare le regole e la distribuzione dei costi stabilendo un rapporto 2 a 1 fra datori di lavoro e lavoratori. Nel 1889, invece, Bismarck presentò una legge sull'assicurazione contro la vecchiaia e l'invalidità e questa venne finalmente attuata con l'intervento economico dello stato. Nel discorso parlamentare di presentazione della legge ebbe a dire che "un vecchio privo di mezzi dopo una vita di lavoro sarebbe stato trattato come un peso morto persino dalla propria famiglia, ma fate che abbia per sé 100 o 200 marchi e la famiglia ci penserà due volte prima di maltrattarlo" ed a chi lo accusava di cripto-socialismo rispose di accettare solo la definizione di "cristianesimo pratico".

Verso la fine dell'800 anche in Italia nascono le prime Società di Mutuo Soccorso, inizialmente





operaie e contadine. La loro missione è assolutamente innovativa. Non si tratta più di “opere di bene e di beneficenza” ma emerge un concetto solidaristico originale: finché si è in buona salute ci si quota anche se si consuma in genere poco o niente. Se in molti si associano e versano la loro quota annuale anche se al momento consumano poco ed appaiono “in perdita”, si crea un capitale comune disponibile e in caso di malattia, di invalidità, di disoccupazione o comunque in età avanzata ogni socio per quanto grande e costoso sia il suo fabbisogno potrà attingere al fondo accumulato grazie alle quote versate da lui stesso ed a quelle che sono state versate e non utilizzate da altri soggetti più sani o più fortunati di lui che

non hanno avuto la necessità di attingervi. In ogni caso non si tratta più di carità ma di diritti acquisiti e la dignità personale viene meglio protetta. Le Mutue di categoria si moltiplicano rapidamente: tra le più antiche ricordiamo quelle dei ferrovieri, dei tramvieri, degli edili ecc.ecc.

Nel 1900 accanto alle Opere Pie ed alle Mutue si sviluppano anche le Assicurazioni sanitarie: in questo caso la logica è del tutto diversa. Le Assicurazioni sono società per azioni ed agli azionisti devono garantire un profitto: i loro due obiettivi primari sono quelli di acquisire molti clienti grazie ad una efficienza più elevata di quella del servizio pubblico e di realizzare un guadagno. Ciò è possibile se si è capaci di valutare bene l'entità del contributo economico da richiedere ai clienti (i costi delle polizze) ma soprattutto se si è capaci di soppesare bene il rischio. Le Assicurazioni sono costrette perciò a rifiutare clienti a rischio troppo elevato per malattie pregresse o in atto, per età troppo avanzata ecc., possono contestare la mancata segnalazione di stati patologici preesistenti anche se ignoti al cliente, possono rifiutare l'iscrizione, possono soprattutto dismettere il cliente al comparire di malattie nuove che aumentino il loro rischio o proprio quando l'età diviene avanzata ed il cliente diviene più fragile e più bisognoso di protezio-

ne (e ciò è molto importante !). Nulla di ciò è concesso alle Mutue perché diversi sono gli statuti: le Mutue non devono garantire a nessuno, neppure a sé stesse, un guadagno ma solo la protezione e la saggia amministrazione del capitale dei Soci, le Assicurazioni devono realizzare un guadagno per i loro azionisti.

Sulla base di tutte queste secolari esperienze nella seconda metà del 1900 si sviluppa e si diffonde gradualmente in Europa la Sanità pubblica sovvenzionata dalle entrate fiscali e gestita direttamente dagli Stati con regole, modalità, costi e purtroppo con efficienza e risultati molto differenti nei vari Paesi e questa è storia che tutti conosciamo.

La sanità europea poggia perciò sull'esperienza pratica, culturale e scientifica di quattro pilastri storici solidi e ben collaudati: la Beneficienza, la Mutualità, le Assicurazioni, i Servizi Sanitari Nazionali.

I soloni dell'economia sanitaria tendono, però, a trascurare il fatto forse più importante e cioè che nello spazio di meno di un secolo sono cambiati rapidamente i contesti nei quali la sanità opera e gli obiettivi primari da perseguire.

All'inizio del 1900 il problema socio-sanitario più grave era la malnutrizione da povertà (rachitismo, pellagra, altre avitaminosi, tbc ecc.) e la sanità dovette precipuamente far fronte a questo genere di problemi, e lo fece con successo.



Nella prima metà del secolo scorso il problema più urgente era divenuto quello della tutela dell'infanzia per ripopolare l'Europa dopo la guerra del 14-18 (con 9 milioni di giovani maschi morti!) e si dovette privilegiare perciò l'assistenza all'infanzia con i nidi e gli asili della benemerita Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, con le colonie marine e montane, con l'obbligatorietà di alcune vaccinazioni, con lo sviluppo dello sport giovanile, ecc. ed anche questo fu un grande successo.

Nella seconda metà del 900 il problema più pressante ed urgente era diventato ormai l'assistenza alla vecchiaia ed alle disabilità.

Ma nel primo decennio del 2000 il contesto è cambiato ancora a causa di una crisi economica prolungata e ciò ha comportato una indispensabile ricerca di efficienza delle strutture sanitarie con privilegio allo stretto indispensabile, all'urgenza ed all'efficienza anche a scapito dell'efficacia e con restrizioni ai servizi di assistenza sanitaria e sociale. La Commissione Europea, Direzione Affari Sociali già nel 2010 (ma sulla base di dati già noti dal 2002-2004!) affermava che "l'accesso ai servizi è sempre più condizionato dal possesso di sufficienti mezzi economici personali con conseguente aumento delle disuguaglianze sociali nell'accesso". Tutto ciò non è dunque una novità. Il problema è che

bisognava preoccuparsene già nel 2002!

Oggi si parla molto dei costi eccessivi della sanità e si insiste sul fatto che si tratta di un problema ineluttabile, creato dal progressivo aumento della vita media, ma questo non è assolutamente il più importante fattore in gioco come si vuol far credere.

Fattori altrettanto importanti e meno discussi sono:

- il sempre più diffuso ricorso ad accertamenti diagnostici ed a procedure terapeutiche che si avvalgono di tecnologie avanzate, complesse e costose e sempre più pervasive, tanto che ha avuto insperato successo una mia affermazione, oggi molto citata: che nel passato lo strumento tecnologico era un braccio operativo governato dal medico ma che si sta andando verso un futuro nel quale il medico sarà solo il braccio operativo dei suoi strumenti.

- Alcune patologie cosiddette "di frontiera", un tempo considerate incurabili e perciò fuori dalle competenze e dal bilancio della sanità, sono divenute curabili o parzialmente curabili e sono rientrate con il loro pesante fardello di spese nel campo dei bilanci della sanità.

- Alcune malattie degenerative tra le più gravi trovano ormai possibilità di nuove terapie mediche e chirurgiche un tempo impensabili e sempre molto costose (pensiamo alle terapie con cellule staminali) ma solo il tempo dirà se si tratta di terapie

veramente utili e di spese ben allocate. Da ultimo non sottovalutiamo il fatto che la sempre più severa attenzione al rispetto della cosiddetta “buona pratica clinica”, con le implicazioni giudiziarie conseguenti, impone alle strutture sanitarie ed ai singoli medici un indispensabile atteggiamento difensivo precauzionale che è responsabile di un ulteriore, pesante aumento dei costi per indagini ed esami non strettamente motivati da esigenze cliniche ma da esigenze “auto-protettive”.

Le variabili che rendono sempre più elevato il costo della sanità sono perciò molte e complesse ma chi disquisisce o legifera in campo di sanità sembra non avere la benché minima conoscenza di tut-

te queste variabili e non è in grado di valutarle per un difetto di cultura e di preparazione scientifica e continua ostinatamente a sbagliare ed a peggiorare la situazione proponendo soluzioni inadeguate o addirittura negative.

Nonostante ciò il progresso della medicina ci consente una vita sempre più lunga: all’inizio del ‘900 la vita media era di poco più di 40 anni, oggi ci avviamo verso gli 80 anni e già si parla del traguardo dei 100 anni per l’ultimissima generazione e forse dei 130 per le successive (bisognerebbe ricordarsene sempre quando si critica il mondo della sanità!).

Prof. Giancarlo Secchi



ELEZIONI ASSILT: c'è posta per noi

Il 31 maggio 2013 sarà il nostro "Election day". Come da Statuto, si voterà per nominare i 41 rappresentanti dei Soci Lavoratori e i 9 rappresentanti dei Soci Pensionati che dal prossimo giugno, per i prossimi quattro anni, costituiranno la nuova Assemblea assieme ai 28 ulteriori membri in rappresentanza delle aziende associate.

I *Rappresentanti* dei Soci Lavoratori e Pensionati sono eletti separatamente, a suffragio universale, con voto libero e segreto, attribuito a liste concorrenti di candidati, su nove collegi multiregionali (*Piemonte e Valle d'Aosta; Lombardia; Veneto, Trentino A.A. e Friuli V.G.; Liguria e Toscana; Emilia R., Marche e Umbria; Lazio, Sardegna e Abruzzo; Campania e Calabria; Puglia, Basilicata e Molise; Sicilia*).

Il *Regolamento Elettorale* prevede, inoltre, che le elezioni avvengano con il rispetto dei seguenti principi:

- Espressione del solo voto di lista;
- Utilizzo del voto a mezzo posta.

A tal fine, la Commissione Elettorale che si è costituita a Roma lo scorso mese di marzo, ha predisposto tutto il materiale occorrente per l'esercizio del voto e provvederà a recapitarlo a tutti gli elettori per posta, come ormai da pratica consolidata.

Ci arriverà a casa un busta contenente:

- a. La scheda elettorale, riportante le liste dei candidati;
- b. La busta di ritorno pre-affrancata, indirizzata alla Commissione Elettorale;
- c. La nota informativa sulle modalità di espressione del voto.

In previsione delle onerose operazioni di scrutinio (nel 2009 affluirono circa 50.000 schede votate) la Commissione Elettorale potrà avvalersi di strumentazioni ottico-digitali, in particolare per supportare la fase di scrutinio dei voti.

Come per le ultime elezioni, ai fini della garanzia di legittimità dell'esercizio del voto e per giungere in tempi rapidi alla proclamazione degli eletti, è prevista l'assegnazione di un bar-code, perso-

nalizzato per ogni elettore, riportato su ognuna delle buste pre-affrancate.

Ecco come si presenta la busta pre-affrancata da ritornare ad ASSILT col voto.



La Commissione garantirà la segretezza del voto procedendo in tempi diversi alle seguenti operazioni:

1. registrazione delle buste *pre-affrancate* pervenute;
2. apertura delle buste e loro immediata separazione dalle schede elettorali in esse contenute;
3. apertura delle schede e scrutinio.

La **prima operazione** che si effettuerà, a buste

ancora sigillate, sarà la registrazione dei votanti mediante la lettura dei loro *bar-code* con l'uso di un apposito *scanner*.

Durante questa fase, che terminerà il 31 *maggio 2013*, la Commissione potrà già ottenere in tempo reale informazioni sui livelli di partecipazione al voto.

La **seconda operazione** consisterà nell'apertura delle buste e nella loro immediata separazione dalle schede riportanti l'espressione del voto.





Completata tale fase, l'unica eseguita manual-

mente, si passerà alla **terza operazione**, che prevede il processo di scansione e lettura OCR (Optical Character Recognition) dei lotti di schede per

l'assegnazione dei voti alle Liste.

Ecco un esempio di **scheda elettorale (con il voto espresso "X")**

■ ASSILT - Elezioni 2013 - Assemblea dei Rappresentanti
Lavoratori - Collegio X : Regione Y Z W

 <p>LISTA 1</p> <input type="checkbox"/> <p>1 ROSSI MARIO 2 ROSSI MARIO 3 ROSSI MARIO 4 ROSSI MARIO 5 ROSSI MARIO 6 ROSSI MARIO 7 ROSSI MARIO 8 ROSSI MARIO 9 ROSSI MARIO 10 ROSSI MARIO 11 ROSSI MARIO 12 ROSSI MARIO 13 ROSSI MARIO 14 ROSSI MARIO 15 ROSSI MARIO 16 ROSSI MARIO 17 ROSSI MARIO 18 ROSSI MARIO 19 ROSSI MARIO 20 ROSSI MARIO</p>	 <p>LISTA 2</p> <input checked="" type="checkbox"/> <p>1 BIANCHI ANDREA 2 BIANCHI ANDREA 3 BIANCHI ANDREA 4 BIANCHI ANDREA 5 BIANCHI ANDREA 6 BIANCHI ANDREA 7 BIANCHI ANDREA 8 BIANCHI ANDREA 9 BIANCHI ANDREA 10 BIANCHI ANDREA 11 BIANCHI ANDREA 12 BIANCHI ANDREA 13 BIANCHI ANDREA 14 BIANCHI ANDREA 15 BIANCHI ANDREA 16 BIANCHI ANDREA 17 BIANCHI ANDREA 18 BIANCHI ANDREA</p>	 <p>LISTA 3</p> <input type="checkbox"/> <p>1 VERDI PAOLO 2 VERDI PAOLO 3 VERDI PAOLO 4 VERDI PAOLO 5 VERDI PAOLO 6 VERDI PAOLO 7 VERDI PAOLO 8 VERDI PAOLO 9 VERDI PAOLO 10 VERDI PAOLO 11 VERDI PAOLO 12 VERDI PAOLO 13 VERDI PAOLO 14 VERDI PAOLO 15 VERDI PAOLO 16 VERDI PAOLO 17 VERDI PAOLO 18 VERDI PAOLO 19 VERDI PAOLO</p>	 <p>LISTA 4</p> <input type="checkbox"/> <p>1 GIALLI ANTONIO 2 GIALLI ANTONIO 3 GIALLI ANTONIO 4 GIALLI ANTONIO 5 GIALLI ANTONIO 6 GIALLI ANTONIO 7 GIALLI ANTONIO 8 GIALLI ANTONIO 9 GIALLI ANTONIO 10 GIALLI ANTONIO 11 GIALLI ANTONIO 12 GIALLI ANTONIO 13 GIALLI ANTONIO 14 GIALLI ANTONIO</p>
--	---	--	--

Il programma informatizzato permetterà la sola assegnazione dei voti di lista espressi correttamente a termini di Regolamento; in caso contrario tutti i voti non attribuibili automaticamente saranno sottoposti alla Commissione Elettorale per le decisioni di merito.

Al termine delle operazioni di scrutinio, una breve elaborazione consentirà di ottenere i risultati finali e, conseguentemente, di proclamare gli eletti nei diversi Collegi.

Come sempre, il primo compito dei neo-eletti componenti dell'*Assemblea dei Rappresentanti* il prossimo 27 giugno, sarà quello di eleggere i nuovi componenti del *Consiglio di Amministrazione* e i nuovi membri del *Collegio dei Revisori dei Conti*.

Vi ricordiamo che votare è un nostro dovere e un nostro diritto. Esercitiamolo tutti!

DEDUCIBILITÀ contributi previdenziali ed assistenziali

Fra poco saremo di nuovo alle prese con la dichiarazione dei redditi e riteniamo far cosa utile ai nostri lettori pubblicare un commento del consulente fiscale dell'ASSILT in merito alla deducibilità dei contributi versati dai soci, oltre che l'estratto dell'articolo 49 e 51 del Testo Unico Imposte dei Reddito a cui il parere del consulente fa riferimento.

Commento del consulente fiscale

*Deducibilità dei contributi
assistenziali e previdenziali.*

Il parere richiesto è riferito ad un aggiornamento del trattamento fiscale da riservare ai contributi pagati annualmente al Vs. Fondo per l'assistenza da prestare agli iscritti dopo la cessazione del loro rap-

porto di lavoro, in carenza di previsioni contrattuali che obbligano il datore di lavoro al versamento anche di parte dei contributi in argomento.

L'art. 51, comma 2, lett. a) del D.P.R. 917/1986 esclude espressamente i contributi previdenziali e assistenziali, versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza ad accordi aziendali, dalla concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente, nel limite previsto dal legislatore, pari ad € 3.615,20.

Pari trattamento fiscale va riservato ai pensionati, in conformità a quanto recato dall'art. 49, comma 2, lettera a) del TUIR, che equipara ai redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente anche le pensioni di ogni genere e gli assegni ad esse equiparati.

Si tratta di una indiscutibile equiparazione tra i due tipi di redditi, quello da lavoro dipendente e quello da pensione, che vede così indistinta la fiscalità applicabile a questi ultimi secondo le regole che il legislatore ha previsto all'art. 51 suenunciato del TUIR, ai fini dei redditi derivanti da lavoro dipendente.

Il beneficio fiscale de quo trova applicazione in ipotesi di versamenti contributivi a carico del datore di lavoro, ove riferibili alle posizioni del singolo pensionato, come revenienti dal collegamento diretto perfezionabile con i versamenti specifici. Diversa-

mente la norma in argomento non ritiene applicabile la deducibilità dei contributi in argomento.

Nella fattispecie, la previsione contrattuale non prevede alcun tipo di intervento dell'ex datore di lavoro, in conformità al funzionamento del Fondo, che prevede esclusivamente contribuzione a carico del pensionato.

Così, in assenza dei presupposti che negano l'applicazione del beneficio fiscale in presenza delle condizioni suindicate, ed in particolare dell'assenza di contributi datoriali, trovano conferma i principi che legittimano il trattamento tributario come previsto dall'art. 51 del T.U.I.R. e quindi l'integrale non concorrenza dei contributi in epigrafe alla formazione del rapporto di lavoro dipendente e da pensione, nel limite ad oggi previsto nella misura di € 3.615,20.

Dott. Sergio Scibetta

**TUIR - TESTO UNICO IMPOSTE DEI
REDDITI – D.P.R. DEL 22 DICEMBRE
1986 N.917**

ARTICOLO 49

REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE

1. SONO REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE QUELLI CHE DERIVANO DA RAPPORTI AVENTI PER OGGETTO LA PRESTAZIONE DI LAVORO, CON QUALSIASI QUALIFICA, ALLE DIPENDENZE E SOTTO LA DIREZIONE DI ALTRI, COMPRESO IL LAVORO A DOMICILIO QUANDO È CONSIDERATO LAVORO DIPENDENTE SECONDO LE NORME DELLA LEGISLAZIONE SUL LAVORO.

2. COSTITUISCONO, ALTRESÌ, REDDITI DI LAVORO DIPENDENTE:

- A) LE PENSIONI DI OGNI GENERE E GLI ASSEGNI AD ESSE EQUIPARATI;
- B) LE SOMME DI CUI ALL'ART. 429, ULTIMO COMMA, DEL CODICE DI PROCEDURA CIVILE.

ARTICOLO 51

DETERMINAZIONE

DEL REDDITO DI LAVORO DIPENDENTE

1. IL REDDITO DI LAVORO DIPENDENTE È COSTITUITO DA TUTTE LE SOMME E I VALORI IN GENERE, A QUALUNQUE TITOLO PERCEPITI NEL PERIODO D'IM-

POSTA, ANCHE SOTTO FORMA DI EROGAZIONI LIBERALI, IN RELAZIONE AL RAPPORTO DI LAVORO. SI CONSIDERANO PERCEPITI NEL PERIODO D'IMPOSTA ANCHE LE SOMME E I VALORI IN GENERE, CORRISPONDI DAI DATORI DI LAVORO ENTRO IL GIORNO 12 DEL MESE DI GENNAIO DEL PERIODO D'IMPOSTA SUCCESSIVO A QUELLO CUI SI RIFERISCONO.

2. NON CONCORRONO A FORMARE IL REDDITO:

A) I CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E ASSISTENZIALI VERSATI DAL DATORE DI LAVORO O DAL LAVORATORE IN OTTEMPERANZA A DISPOSIZIONI DI LEGGE; I CONTRIBUTI DI ASSISTENZA SANITARIA VERSATI DAL DATORE DI LAVORO O DAL LAVORATORE AD ENTI O CASSE AVENTI ESCLUSIVAMENTE FINE ASSISTENZIALE IN CONFORMITÀ A DISPOSIZIONI DI CONTRATTO O DI ACCORDO O DI REGOLAMENTO AZIENDALE, CHE OPERINO NEGLI AMBITI DI INTERVENTO STABILITI CON IL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI CUI ALL'ARTICOLO 10, COMMA 1, LETTERA E-TER), PER UN IMPORTO NON SUPERIORE COMPLESSIVAMENTE AD EURO 3.615,20. AI FINI DEL CALCOLO DEL PREDETTO LIMITE SI TIENE CONTO ANCHE DEI CONTRIBUTI DI ASSISTENZA SANITARIA VERSATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 10, COMMA 1, LETTERA E-TER).

PRATICHE RIFIUTATE... attenzione e innovazione continua!

Il tema delle pratiche rifiutate ha suscitato sempre, come avrebbe dovuto essere, un elevato interesse e attenzione da parte di ASSILT. Il notevole impatto che esse hanno sugli associati e di concerto sulla struttura operativa dell'associazione, ovvero il disagio e l'incomprensione che viene ingene-



rato nel socio quando viene recapitata una lettera di rifiuto e dall'altro il dover gestire più volte la stessa pratica nei confronti del richiedente, hanno indotto l'associazione a monitorare il fenomeno in modo continuativo nel corso di questi anni. Con la chiara ed esplicita volontà di porre in campo azioni volte al suo contenimento.

Senza dubbio le molteplici evoluzioni che ASSILT ha attuato in questi anni, per innovare e migliorare il rapporto con gli associati, non hanno certo aiutato alla riduzione dei rifiuti. Da un punto di vista prettamente connesso al fenomeno, i cunei e le discontinuità si sono puntualmente evidenziate nelle occasioni di modifica del regolamento, come l'introduzione della franchigia sui ticket e la rimodulazione delle temporizzazioni per ricordarne solo alcune, o l'introduzione di nuovi canali e strumenti per le richieste di rimborso come il fax server.

Gli sforzi fatti per anticipare detti problemi spesso hanno solo lenito in parte il fenomeno, senza riuscire realmente a produrre gli effetti di abbattimento sperati. Con l'avvento poi del fax server i numeri sono letteralmente esplosi, arrivando a medie oltre il 20% delle richieste di rimborso.

E' per tale motivo che nel corso del 2012 ASSILT ha deciso di affrontare in modo più strutturato e organico il tema dei rifiuti, che nel frattempo si erano trasformati in un vero e proprio problema, istituendo una commissione ad esso dedicata. Già nella composizione dei commissari, con attori che potevano contribuire in modo deciso e pratico alla sua riduzione perché coinvolti quotidianamente dagli associati come Delegati e HR Service, ha dato la possibilità di definire fin da subito il percorso da seguire e le azioni da progettare, pianificare e mettere in atto.

Il primo incontro operativo svoltosi a fine maggio, ha dato modo di comprendere immediatamente che l'attività era complessa e articolata. I dati analizzati in dettaglio nel comprensorio del Collegio 1, hanno indicato che si aveva dinanzi un percorso dove venivano coinvolti ambiti diversi e quindi dover predisporre risposte diverse.

Dalla formazione e informazione continua verso gli associati, per rendere sempre più chiara e trasparente la normativa e gli strumenti per ottenere i rimborsi, alla formazione degli operatori per limitare i casi errori nella gestione delle pratiche; dalle soluzioni tecnologiche da introdurre per agevolare il rapporto con gli associati, al controllo costante delle dinamiche sulle reiezioni, sensibil-

mente diverse tra i soci pensionati e attivi.

Si è potuto così dare il via alla lavorazione delle seguenti iniziative:

- **Campagna informativa agli associati** – Per ridurre i casi di rifiuto legati al mancato rispetto del regolamento, al corretto uso del fax server, alle temporizzazioni e in linea più generale a tutte quelle dovute alle carenze conoscitive o di attenzione degli associati (circa il 70% delle stesse), è stata pianificata una sensibilizzazione attraverso una “campagna” informativa dedicata e sviluppata su più mezzi di comunicazione (SMS, Rivista Appunti e mailing specifico);
- **Orientamento degli operatori alla qualità** – Attraverso uno specifico progetto (“Qualità del dato”) si è data enfasi alla formazione degli operatori, attraverso apposite sessioni di approfondimento delle diverse articolazioni del TUNA e con un blog dedicato alla “Community Assilt”, per chiarire le varie interpretazioni del regolamento; si è data poi disposizione di contattare l'associato nei casi di rifiuto ripetuto, al fine di superare eventuali problemi di informazione ed aiutare l'associato a comprendere la normativa in essere;

- **Attivazione di nuovi servizi sull'area web personale e operatore** – Le innovazioni introdotte in tempi diversi sono molteplici, dalla modifica dell'SMS per fax arrivato, che invita l'associato a verificare la chiarezza del documento sulla sua area riservata, all'introduzione dello stato del prerifiuto per integrare velocemente piccole carenze; dagli "alert" che accompagnano l'associato nel caricamento della pratica indicandogli i documenti necessari, alla possibilità di reinserire via web/fax l'integrazione di documentazione di una pratica rifiutata; in ultimo la revisione delle

motivazione del rifiuto, cercando di rendere più semplice ed aderente alle reali motivazioni del rifiuto, così da non generare ulteriori incomprensioni e disagi.

L'attivazione di alcune soluzioni avevano già prodotto i primi effetti all'inizio dell'autunno scorso, portando la media delle rifiutate sui rimborsi sotto il livello del 20%. Tale risultato poteva però essere solo l'inizio e da stimolo per quanto ci eravamo posti come obiettivo, ovvero il dimezzamento dei numeri registrati ad inizio anno. La nuova analisi di dettaglio, questa volta realizzata nel Collegio 8 (Tab.1), ha confermato nuovamente la bontà delle iniziative individuate, dando un'ul-

Tab. 1

	Totale	%
Documentazione di spesa/sanitaria incompleta	136	23%
Allegati incompleti/illeggibili	131	22%
Prescrizione medica mancante/incompleta	102	17%
Prestazione non erogabile	77	13%
Prescrizione medica non corretta	33	6%
Timbro illeggibile/incomplete	29	5%
Temporizzazione/plafond	22	4%
Timbro assente	17	3%
Altro	20	3%
Assenza autorizzazione LS	11	2%
Documentazione di spesa/sanitaria non corretta	6	1%
TOTALI	584	100%

teriore spinta ai commissari nell'introduzione delle restanti servizi come lo stato del pre rifiuto.

Solo a fine gennaio si è riusciti finalmente a

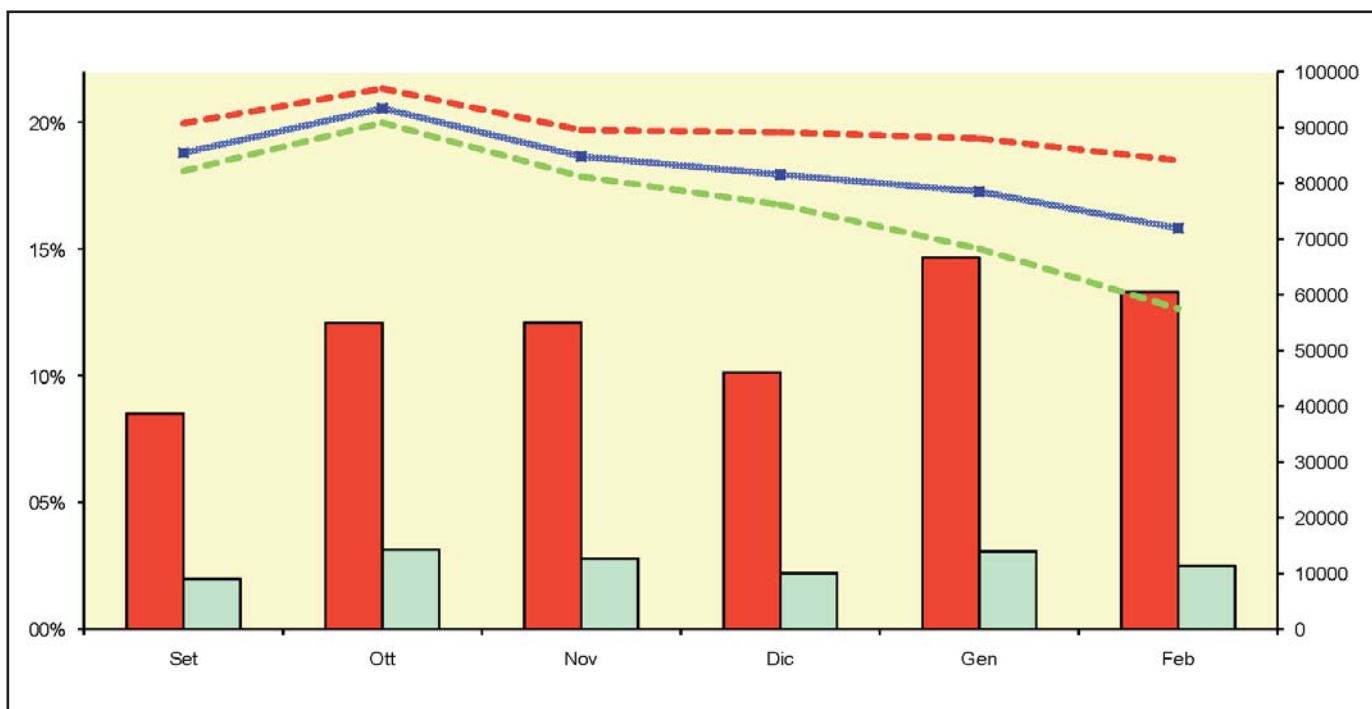
completare le restanti innovazioni ed i risultati sono iniziati ad arrivare (Tab.2 e Fig.1). Il mese di

febbraio, vero mese di recepimento del peri-

Tab. 2

	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	
% Reiezioni	18,8%	20,5%	18,6%	17,9%	17,3%	15,8%	—
% Soci Attivi	18,1%	20,0%	17,9%	16,7%	15,0%	12,6%	—
% Soci Pens.	20,0%	21,3%	19,7%	19,6%	19,4%	18,5%	—
N.ro Rimborsi	38690	54927	55004	45991	66639	60465	
N.ro Reiezioni	8954	14207	12610	10052	13903	11360	

Fig. 1



fiuto, degli alert nel caricamento della richiesta e del reinoltro via web dei rifiuti, testimonia un abbattimento della media sotto il 16%. Considerando poi che i mesi di gennaio e febbraio risultano da sempre critici per ASSILT, visto l'elevato numero delle pratiche da lavorare rispetto al resto dell'anno, e conseguentemente maggiormente esposti alle casistiche già note.

I dati dimostrano però che si è solo a metà del sentiero da percorrere, ancora restano sacche dove dobbiamo e vogliamo agire come lo squilibrio tra soci attivi e pensionati, e l'ancora elevato numero di rifiuti causati da disattenzioni o lievi mancanze.

Ma altre innovazioni ed iniziative sono già state individuate ed in corso di predisposizione. Tutte indirizzate in una sola ed unica direzione: contenere il numero dei rifiuti attraverso una maggiore chiarezza e trasparenza verso i soci, nonché l'ottimizzare il lavoro dell'ASSILT e dei

suoi preziosi collaboratori come HR Service, per rendere sempre più efficaci ed efficienti i servizi ai suoi associati.

Commissione reiezioni

Antolini Marco – HR SERVICE UNIT ASSILT

D'Amico Anna Maria – HR SERVICE UNIT ASSILT

Di Pasquale Giuseppe – DELEGATO COLLEGIO 9

Quatraro Michele – DELEGATO COLLEGIO 8

Tartabini Pierpaolo – DELEGATO COLLEGIO 5

Zavarone Luigi – HR SERVICE UNIT ASSILT

In questo numero non riportiamo,
a differenza di quanto avviene di consueto,
il PRONTUARIO FARMACEUTICO INTEGRATIVO ASSILT,
in quanto non ci sono state variazioni
rispetto a quello pubblicato su Appunti N. 20

Indirizzo e-mail della Redazione di Appunti:
[*appunti@assilt.it*](mailto:appunti@assilt.it)





Associazione per l'assistenza
sanitaria integrativa ai lavoratori
delle aziende del Gruppo Telecom Italia