

# appunti

**N. 22**

**PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASSILT**

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70 %  
DCB - Roma - Dicembre 2013 - Anno 11 - N. 22



## **Editoriale**

\*\*\*

**La broncopneumopatia  
cronica ostruttiva**

\*\*\*

**L'influenza:  
diffusione e prevenzione**

\*\*\*

**Modifiche al Testo  
Unico Normativo ASSILT**

\*\*\*

**ASSILT: rinnovo cariche**

\*\*\*

**Bilancio di esercizio ASSILT**



**2**  
editoriale

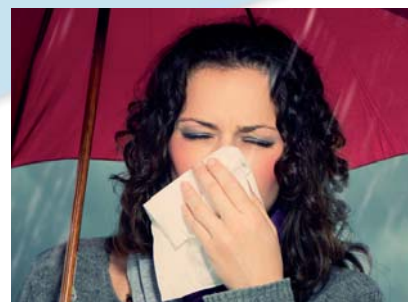
**4**  
sanità  
La broncopneumopatia  
cronica ostruttiva

**8**  
sanità  
L'influenza: diffusione  
e prevenzione

**17**  
dall'interno  
Modifiche  
al Testo Unico  
Normativo ASSILT

**24**  
dall'interno  
ASSILT:  
rinnovo cariche

**29**  
dall'interno  
Bilancio  
di esercizio ASSILT





**A**nche l'anno che sta per finire si è caratterizzato per l'intensa attività di tutti gli organi associativi, degli uffici dell'Associazione e dell'*outsourcer* amministrativo che assicura la lavorazione delle pratiche di rimborso.

Va segnalato, in particolare, il contributo dato dalla Linea Sanitaria, che oltre a svolgere il ruolo tipicamente autorizzativo riferito alle pratiche di maggiore complessità e delicatezza, ha potenziato la propria funzione di indirizzo e di orientamento dei soci nel sistema della Sanità italiana, ancor prima della fruizione della prestazione, con la valorizzazione delle risorse pubbliche presenti sul territorio.

Ma il 2013 è stato anche l'anno delle elezioni e del conseguente rinnovo degli Organi Statutari, e anche questo nuovo Comitato di Redazione ne è l'espressione.

In questo numero, dunque, Appunti informa tutti i soci dell'esito dell'intero processo di ridefinizione degli Organi Statutari: Assemblea dei Rappresentanti, Consiglio di Amministrazione, Collegio Sindacale (a superamento del precedente Collegio dei Revisori dei Conti).

Non perderemo l'occasione, inoltre, per ricordare le importanti novità normative che, in vigore

dallo scorso mese di luglio, sono state inserite nel nostro Testo Unico Normativo ASSILT (TUNA).

E' evidente che non tutte le modifiche normative e tariffarie, specie se definite nell'ottica del contenimento della spesa sanitaria, possono incontrare il favore incondizionato dei soci. E nell'ultima stesura del TUNA le modifiche di quella natura non mancano.

Per comprenderne appieno il senso occorre voltare qualche pagina e leggere il nostro bilancio: il consuntivo 2012 che presenta ancora un significativo disavanzo e la conferma di tale andamento anche per il 2013..

In effetti, per il 2014 l'Associazione disporrà ancora di risorse importanti nel proprio "patrimonio libero", frutto di avanzi di gestioni precedenti. Risorse importanti, sì, ma non sufficienti a compensare in futuro disavanzi come quelli registratisi negli ultimi tre anni.

La storia più che trentennale di ASSILT ci ha insegnato che spetta alla strumentazione normativa e tariffaria il necessario ruolo di contrappeso: in senso espansivo, negli anni in cui si registra un avanzo; al contrario, con azioni in senso restrittivo, negli anni di chiusura "in rosso", come questo che finisce.

Pesi e contrappesi, dunque, nell'arte dell'equilibrio dei conti che impegna la nuova ASSILT, a cominciare dai nostri soci lettori.

Lettori che certamente rimarrebbero delusi se Appunti facesse mancare, di questi tempi, il contributo dei nostri consulenti medici in tema di "mali di stagione" come quelli trattati negli interessanti e approfonditi articoli.

L'occasione di questo numero di Appunti, l'ultimo del 2013 e il primo di questo Comitato di Redazione, ci è gradita per porgere ai soci i migliori auguri per le prossime festività. Buona salute a tutti.

*Il Comitato di Redazione*



# LA BRONCO- PNEUMOPATIA cronica ostruttiva

**L**a broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione progressiva e irreversibile delle vie aeree. Si stima che la BPCO colpisca più di 600 milioni di persone nel mondo, di cui circa 2,6 milioni in Italia. La prevalenza diagnosticata in Italia è di circa il 4,8% sopra i 45 anni. Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in Italia. Tra queste, in particolare, la BPCO è causa del 50-55% di tali morti. La BPCO è legata a un elevato costo di malattia, in termini di costi diretti sanitari e di gestione della patologia a livello sanitario (costi di ospedalizzazioni, dei farmaci, delle visite, delle terapie) e di costi indiretti, principalmente legati alla ridotta produttività lavorativa del paziente. La BPCO è prevenibile ed efficacemente curabile ed

è variabilmente associata a significativi effetti extrapolmonari e comorbidità, che possono contribuire alla sua gravità. Il fumo di sigaretta e l'inquinamento atmosferico rappresentano i maggiori fattori di rischio per la BPCO. Il rischio per malattie cardiovascolari in relazione ad una ridotta funzione respiratoria (tutti gli stadi BPCO) aumenta del 75%; i sintomi della BPCO aumentano di per sé il rischio di eventi coronarici del 50%; ulteriormente incrementato nei soggetti con sottostanti aritmie cardiache. Per ogni 10% di decremento della funzione respiratoria calcolato come FEV1 alla spirometria, la mortalità aumenta del 14%, la mortalità cardiovascolare del 28% e l'infarto non fatale del 20%. Le malattie respiratorie e cardiovascolari spesso hanno sintomatologie di difficile diagnosi differenziale che portano a confondere le une con le altre. Il medico, pertanto, davanti alla fame di aria spesso si trova d'innanzi al bivio dell'inquadramento diagnostico terapeutico fra la dispnea di origine polmonare o cardiaca. Ad esempio il semplice dolore toracico può essere originato sia da patologie respiratorie che cardiovascolari. La presenza di pluripatologie risulta associata ad un aumento del rischio di ricovero ospedaliero e mortalità maggiori rispetto ai pazienti con una singola patologia. Questi dati

supportano il concetto della necessità da parte del Medico di Medicina Generale di avere un rapporto più chiaro e coerente con la diagnosi differenziale delle varie patologie cardio/respiratorie e di approntare nel più breve tempo possibile la terapia adeguata al paziente. I farmaci bronco-

dilatatori svolgono un ruolo centrale nel trattamento sintomatico della BPCO. Essi vengono somministrati al bisogno per ridurre la persistenza dei sintomi respiratori od il loro peggioramento oppure con regolarità per prevenire o migliorare i sintomi.

I sintomi della BPCO sono legati all'intrappolamento dell'aria nei polmoni e questo genera spesso tosse e catarro. I farmaci broncodilatatori svuotano i polmoni e migliorano pertanto la fame d'aria .

L'evoluzione della BPCO è l'enfisema, cioè la rottura dei setti alveolari e la presenza pertanto di aria nei polmoni con il rischio di infezioni recidivanti e la necessità dell'ossigenoterapia. Quando i farmaci vengono somministrati per via inalatoria, è fondamentale prestare atten-

zione al corretto rilascio del principio attivo ed è inoltre essenziale l'insegnamento delle tecniche inalatorie. Tali pazienti possono avere maggiori problemi nell'utilizzo di spray predosati rispetto a pazienti asmatici, di solito più giovani. E' essenziale assicurarsi che la tecnica di inalazione

sia corretta e riverificare l'abilità del

paziente ad ogni visita. Le

principali categorie di

broncodilatatori utilizzati

nel trattamento della

BPCO sono rappresentati

da farmaci definiti Beta 2

agonisti (a breve e a lunga durata

d'azione), anticolinergici (a breve e a

lunga durata d'azione) e metilxantine.

La terapia regolare con bronco-

dilatatori a breve durata

d'azione è meno costosa, ma

anche meno conveniente ri-

spetto al trattamento con

broncodilatatori a lunga du-

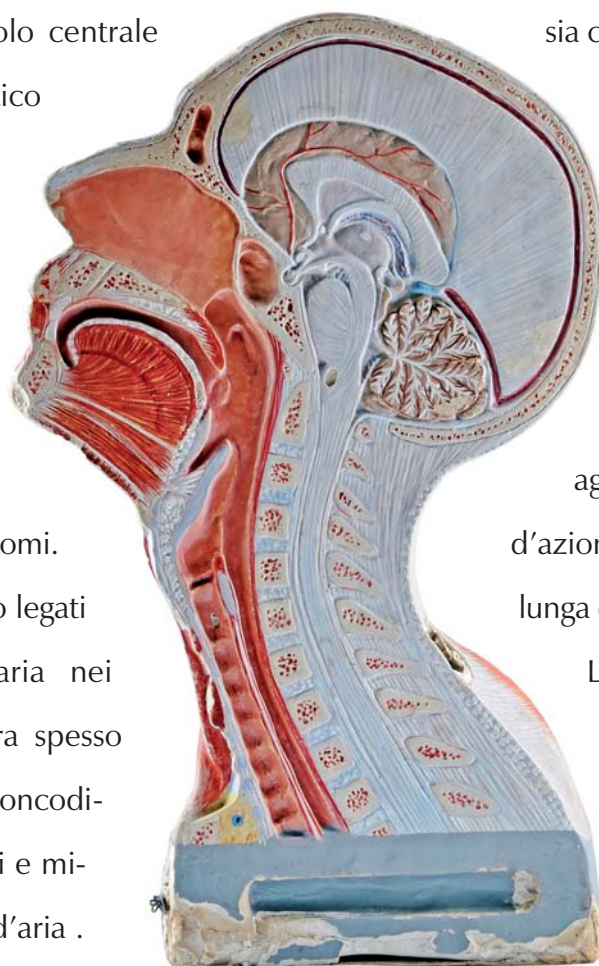
rata d'azione. L'utilizzo regolare di farmaci bron-

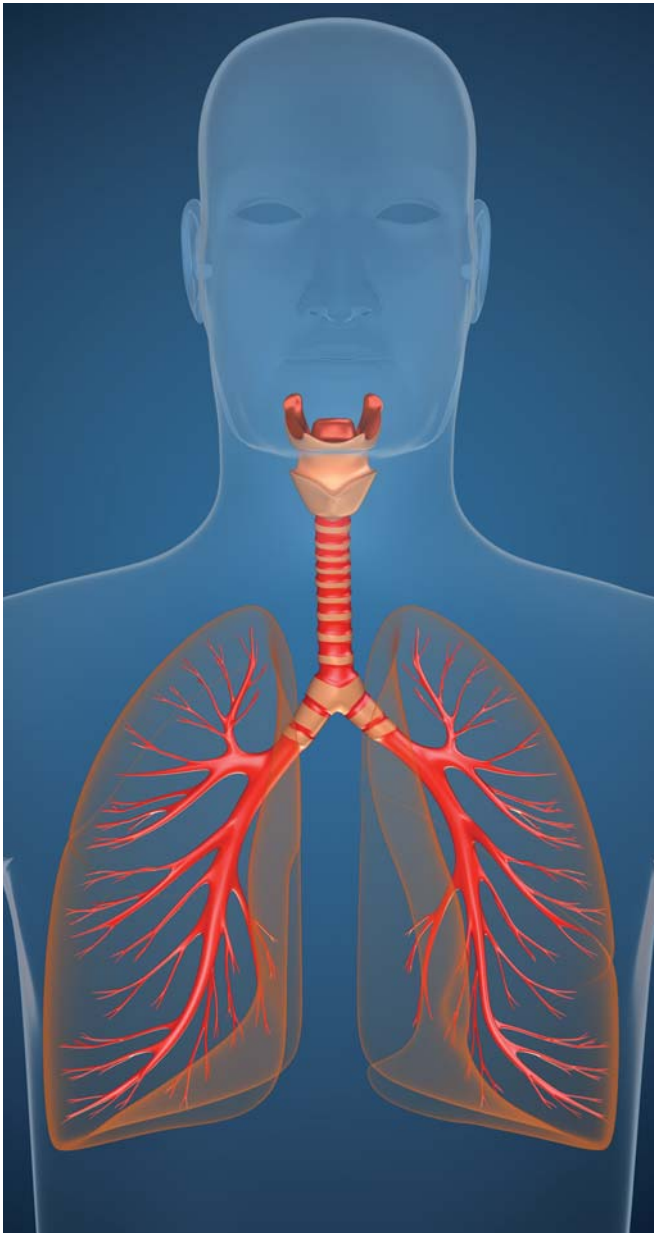
codilatatori a lunga durata d'azione o di

anticolinergici a lunga durata d'azione migliora lo

stato di benessere del paziente. La teofillina è un

vecchio farmaco efficace nei pazienti con BPCO





ma, a causa della sua potenziale tossicità, non sarebbe di prima scelta come lo sono, invece i broncodilatatori inalatori. I classici effetti collaterali della teofillina sono l'aumento di frequenza cardiaca e il rischio di aritmie cardiache. I farmaci somministrati per via inalatoria inducono una broncodilatazione relativamente rapida, anche se

questa è più lenta nei pazienti affetti da BPCO che negli asmatici. La broncodilatazione indotta da farmaci a breve durata d'azione (salbutamolo, terbutalina) persiste di solito per 4-6 ore mentre quella indotta dai B2-agonisti a lunga durata d'azione, quali salmeterolo ed il formeterolo, persiste invece almeno 12 ore, senza una riduzione di efficacia durante la notte o con l'uso regolare. Gli anticolinergici inalatori, come ipratropio, ossitropio e tiotropio bromuro, sono scarsamente assorbiti dal sangue, limitandone sensibilmente gli effetti sistemici provocati dall'atropina. L'indacaterolo è un nuovo B2-agonista long acting (LABA) indicato nei pazienti affetti da BPCO moderata-grave che richiedono un trattamento con broncodilatatori inalatoria a lunga durata d'azione. Presenta il vantaggio della monosomministrazione giornaliera, come tiotropio, che è però un anticolinergico (antagonista muscarinico). La BPCO è legata a un elevato costo di malattia, in termini di: costi diretti sanitari quali la gestione della patologia a livello sanitario (costi di ospedalizzazioni, dei farmaci, delle visite, delle terapie) e costi indiretti quali principalmente la ridotta produttività lavorativa del paziente. Il costo diretto sanitario di malattia è stato stimato in circa € 1,300 - € 4,500 per paziente/anno con le ospedalizzazioni a con-

tribuire per circa il 40%-75% del totale. Per concludere questi dati supportano il concetto della necessità da parte del Medico di Medicina Generale di avere un rapporto più chiaro e coerente con la diagnosi differenziale delle varie patologie cardio/respiratorie e di approntare nel più breve tempo possibile la terapia adeguata al paziente con BPCO. La spirometria rimane l'esame cardine e consigliato a tutti i soggetti fumatori. La precoce diagnosi permette di ridurre le riacutizzazioni e di abbattere i costi legati alle ospedalizzazioni.

***Eugenio Roberto Cosentino***  
***Dipartimento di Medicina Interna***  
***Invecchiamento e Malattie Nefrologiche***  
***dell'Università di Bologna***  
***Consulente sanitario interregionale ASSILT***



# L'INFLUENZA: diffusione e prevenzione

**L'**influenza è una malattia provocata da virus (del genere Orthomixovirus) che infettano le vie aeree (naso, gola, polmoni).

È molto contagiosa, perché si trasmette facilmente attraverso goccioline di muco e di saliva che si emettono tossendo, starnutando anche semplicemente parlando vicino a un'altra persona (*droplets*). I sintomi che all'inizio la caratterizzano possono essere molto variabili, dal semplice raffreddore al mal di testa, dall'infiammazione della gola alla bronchite, ai dolori osteo-articolari. Nei bambini si osservano più frequentemente vomito e diarrea, negli anziani debolezza e stato confusionale.

L'influenza costituisce un importante problema di Sanità Pubblica a causa della sua contagiosità, della variabilità antigenica dei virus in-

fluenzali, dell'esistenza di serbatoi animali e delle possibili gravi complicanze. È una delle cause più frequenti di ricorso alle cure mediche e di ricovero ospedaliero, è anche una delle principali cause di assenza dal lavoro e da scuola; l'influenza è ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta solo da AIDS e tubercolosi.

I due tipi di virus influenzali responsabili di malattia nell'uomo, classificati con le lettere A e B, vanno incontro a frequenti e permanenti cambiamenti della loro struttura superficiale e di conseguenza del loro assetto genetico, determinando la comparsa di stipti nuovi dal punto di vista antigenico. Le mutazioni possono essere di minore entità (*"drift antigenico"*); tali cambiamenti sono frequentissimi e portano costantemente alla comparsa di ceppi responsabili delle epidemie influenzali che si susseguono di anno in anno, oppure di maggiore entità (*"shifts antigenici"*); questi ultimi si verificano, di fatto, solo per i virus di tipo A, e sono responsabili della comparsa di nuovi sottotipi di virus influenzali con caratteristiche antigeniche molto diverse rispetto ai virus precedenti; i virus influenzali inoltre si caratterizzano per gli antigeni di superficie emogglutina (H) e neuroaminidasi (N) che vengono

identificati con un numero; il ceppo del virus influenzale viene quindi identificato con una sigla che identifica il tipo (A o B) e i gruppi antigenici di superficie (H e N), nel 2009 era diventata nota la sigla dell'agente della temuta pandemia identificato con la sigla AH<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.

L'alta diffusibilità della malattia è dovuta, oltre alle caratteristiche proprie del virus, al fatto che la persona che ha contratto la malattia ha la capacità di infettare altri soggetti fino da un giorno prima dell'insorgenza dei sintomi e fino a 5-7 giorni dopo che la malattia si è manifestata. Questo significa che si è in grado di infettare altre persone ben prima di accorgersi di essere malati; bambini piccoli che siano ammalati gravemente o pazienti che hanno sistema immunitario indebolito possono essere infettanti anche per un periodo più lungo di 5-7 giorni.

In quasi tutti i paesi sviluppati sono state istituite delle strutture di monitoraggio della malattia che, coordinate in una rete mondiale, monitorano la diffusione della malattia e permettono di prevederne la diffusione e di approntare le misure preventive per contrastarla.

In Italia da oltre 10 anni è stata costituita una rete di medici sentinella che monitorano i casi di pazienti con sintomatologia influenzale tra i propri assistiti,

che permette di ottenere settimanalmente il numero dei casi di malattia.

Una delle caratteristiche importanti, che giustificano la diffusione ed il susseguirsi delle epidemie, da virus influenzali è che la risposta immunitaria che sviluppano non è molto persistente e quindi, contrariamente a quanto avviene per altri virus (ad esempio quelli del morbillo e della rosolia) una volta contratta la malattia l'immunità dura solo per poco tempo e questo, associato alla variabilità delle caratteristiche antigeniche del virus, comporta che al ripresentarsi del microorganismo l'anno succes-





da quelli che via via si presentano nel tempo, comunque offrono una certa protezione anche se non sufficiente ad evitare l'insorgenza della malattia.

Il ministero della Salute ha emanato, come tutti gli anni, una circolare per la prevenzione e controllo dell'influenza, contenente le raccomandazioni per la stagione 2013-2014 per contrastare il diffondersi dell'epidemia influenzale.

La prevenzione dell'epidemia deve svilupparsi a più livelli:

- Periodica vaccinazione della popolazione;
- Adozione di comportamenti quotidiani;
- Terapia antivirale

Il primo livello di contrasto alla diffusione dell'epidemia è rappresentato dalla periodica vaccinazione della popolazione.

Per svilupparsi l'epidemia influenzale ha bisogno di un serbatoio di popolazione suscettibile a contrarre la malattia sufficiente per permettere un'ampia diffusione del virus; ridurre le dimensioni di questo serbatoio è la prima forma di ostacolo alla diffusione del virus.

In Italia sono disponibili differenti tipologie di vaccino che contengono tutti dei virus inattivati, non contengono cioè virus vivi.

L'efficacia delle varie tipologie di vaccini è sostanzialmente sovrapponibile, quelli adiuvati sono

in linea di massima da preferire nei soggetti più suscettibili (bambini ed anziani).

Le indicazioni emanate dal Ministero della Salute identificano le categorie di soggetti alle quali la vaccinazione viene raccomandata ed offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale, attraverso i medici di famiglia o le strutture delle Aziende Sanitarie Locali sono:

1. Soggetti anziani a partire dai 65 anni;
2. Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi ed adulti - affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza, quali:
  - a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma di grado severo, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e BPCO);
  - b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio (ipertensione, angina, ecc.);
  - c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI > 30 e gravi patologie concomitanti);
  - d) tumori;
  - e) malattie renali con insufficienza renale;
  - f) epatopatie croniche;
  - g) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;
  - h) malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;

i) malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;

j) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;

k) patologie associate ad un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari).

3. Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

4. Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza

5. Persone residenti presso strutture socio-sanitarie, per anziani o disabili.

6. Medici e personale sanitario di assistenza, personale di assistenza in case di riposo ed anziani a domicilio, volontari dei servizi sanitari di emergenza (in questo gruppo di popolazione è stata dimostrata la massima efficacia della vaccinazione, anche ai fini della limitazione complessiva nella diffusione del contagio tra la popolazione).

7. Persone conviventi con soggetti portatori di patologie di cui al punto 2) che non possono essere vaccinati (è intuitivo che se non è possibile la vaccinazione del paziente almeno i suoi contatti più

stretti non devono essere in grado di trasmettergli il virus).

8. Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali (suini e volatili) che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani:

- addetti alle attività di allevamento
- addetti al trasporto di animali vivi
- macellatori e vaccinatori,
- veterinari pubblici e libero-professionisti

L'individuazione degli addetti agli allevamenti di suini e volatili avverrà a cura del medico aziendale cui sono deputati i compiti di sorveglianza sanitaria ai fini della sicurezza e salute del lavoro (il medico competente), che provvederà a somministrare la vaccinazione o ad inviarli alla ASL di residenza per la sua effettuazione.

9. La vaccinazione è raccomandata anche per le forze di polizia e vigili del fuoco, considerato il ruolo essenziale svolto nell'ambito della sicurezza ed emergenza.

Il periodo ottimale per l'avvio delle campagne di vaccinazione antinfluenzale è, per la nostra situazione climatica e per l'andamento temporale mostrato dalle epidemie influenzali in Italia, quello autunnale, a partire dalla metà di ottobre sino a fine dicembre.

Oltre alla vaccinazione, che è uno degli strumenti principali per ostacolare la diffusione della malattia, ma che in Italia vede un tasso di copertura della popolazione molto insoddisfacente che non supera il 10-20% della popolazione eleggibile, mentre sarebbe desiderabile un tasso di copertura superiore al 60-70% ed ottimale oltre l'80%, è importante l'adozione di comportamenti quotidiani che tendono ad ostacolare la diffusione dei germi.

L'adozione e la diffusione di semplici comportamenti negli atti quotidiani rappresenta un altro importante strumento per prevenire la diffusione dell'epidemia. I virus dell'influenza si diffondono, da persona a persona, come molti altri virus, attraverso droplets, che sono delle goccioline di muco e saliva che vengono prodotte quando le persone con l'influenza tossiscono, starnutiscono e parlano; possono inoltre diffondersi quando le persone toccano oggetti contaminati al virus e successivamente toccano la loro bocca, occhi o naso.

Limitare il contatto con persone malate è la prima strategia difensiva, tuttavia questo può essere difficile a causa dell'infettività molto precoce dei soggetti, prima che si manifesti la fase clinica della malattia.

Se si è malati o se in casa ci sono dei bambini malati è raccomandabile di rimanere in casa per al-

meno 24 ore dopo la scomparsa della febbre senza l'uso di antipiretici, ovviamente nella fase florida della malattia è opportuno limitare al massimo il contatto con altri soggetti non immuni per cercare di evitare di infettarli.

In caso si debba tossire o starnutire è opportuno coprire il naso e la bocca con un fazzoletto, meglio se di carta da poter gettare dopo l'uso. Anche l'igiene delle mani rappresenta un'importantissima misura per prevenire la diffusione della malattia. Poiché continuamente tocchiamo oggetti o cose che



possono essere state contaminate da droplets è necessario lavare frequentemente le mani con acqua e sapone per rimuovere la contaminazione superficiale; in caso di mancanza di acqua e sapone è possibile utilizzare un gel idroalcolico.

Altra misura importante è evitare di toccarsi con le mani, in particolare prime di averle lavate o disinfettate, gli occhi o il naso o la bocca. Le mucose degli occhi, del naso e della bocca sono particolarmente permeabili ai virus e depongono su esse mediante le nostre mani sulle quali vi possono essere delle aree contaminate il virus favorendone l'assorbimento.

Ovviamente l'accurata pulizia e sanificazione degli oggetti e delle superfici che possono essere contaminati dal virus, depositatosi mediante i droplets, rappresenta un necessità indispensabile in tutte le situazioni epidemiche

Qualora nonostante le precauzioni adottate si contragga la malattia esistono dei farmaci antivirali che possono essere somministrati in quasi tutti i soggetti, va tuttavia tenuto presente che per essere realmente efficaci tali farmaci vanno somministrati molto precocemente. L'efficacia della terapia cresce con la tempestività del suo inizio e questo è particolarmente evidente in soggetti molto anziani, molto giovani, affetti da patologie croniche e nelle donne incinte.

La terza linea per ostacolare la diffusione della ma-

lattia è rappresentata dai farmaci antivirali.

I virus influenzali utilizzano alcuni enzimi (neuroaminidasi) presenti sulla loro superficie per penetrare nelle cellule da infettare. Alcuni farmaci presentano un meccanismo di azione che inibisce le attività enzimatiche (sono definiti infatti inibitori delle neuroaminidasi). Pur manifestando evidente efficacia verso quasi tutti i virus del tipo B sono stati tuttavia registrati alcuni ceppi resistenti all'azione dei farmaci, pertanto la terapia antivirale va riservata a casi selezionati sia per il suo elevato costo che per la possibilità della presenza di effetti collaterali.

Non tutte le patologie che ci colpiscono nel periodo invernale sono in realtà determinate dal virus dell'influenza, Il ministero della salute ha fornito una definizione clinica di "sindrome influenzale" per garantire la massima omogeneità nelle rilevazioni. Per



“sindrome influenzale si intende una affezione respiratoria acuta ad esordio brusco ed improvviso con febbre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  accompagnata da almeno un sintomo tra i seguenti:

- cefalea
- malessere generalizzato
- sensazione di febbre (sudorazione, brividi)
- astenia e da almeno uno dei seguenti sintomi re-

spiratori:

- tosse
- faringodinia
- congestione nasale.

Per la diagnosi clinica di influenza nel bambino oltre a quanto indicato per gli adulti si deve considerare che:

1) i bambini più piccoli non sono in grado di descrivere la sintomatologia sistemica che invece si può manifestare con:

- irritabilità
- pianto
- inappetenza

2) nel lattante l'influenza è spesso accompagnata da vomito e diarrea e solo eccezionalmente da febbre;

3) occhi arrossati e congiuntivite sono caratteristici dell'influenza nei bambini in età prescolare, in caso di febbre elevata;

4) nel bambino di 1-5 anni la sindrome influenzale si associa frequentemente a laringotracheite e bronchite e a febbre elevata.

Grande confusione spesso viene fatta in relazione alle situazioni in cui la vaccinazione antinfluenzale è controindicata.

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

- Lattanti al di sotto dei sei mesi (non ci sono studi clinici controllati che dimostrino l'innocuità del vaccino in tali fasce d'età).

- Soggetti che abbiano manifestato una reazione allergica grave (anafilassi) dopo la somministrazione di una precedente dose o una reazione allergica grave (anafilassi) a un componente del vaccino.

- Una malattia acuta di media o grave entità, con o senza febbre, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione, che va rimandata a guarigione avvenuta.

Non vi è controindicazione a vaccinare le persone asintomatiche a epidemia già iniziata.

Non rappresentano controindicazioni alla vaccinazione il riscontro di:

- Allergia alle proteine dell'uovo, con manifestazioni non anafilattiche.

- Malattie acute di lieve entità.

- Allattamento

- Infezione da HIV e altre immunodeficienze congenite o acquisite. La condizione di immunodepressione non costituisce una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale. La somministrazione del vaccino potrebbe non evocare una adeguata risposta immune. Una seconda dose di vaccino non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.

Qualora nonostante la vaccinazione e l'adozione di comportamenti individuali si sia colpiti dalla malattia, in assenza di complicazioni significative, il trattamento dell'influenza è semplicemente sintomatico mirante ad abbassare la temperatura e mantenere un'elevata idratazione del paziente, non è indicato il ricorso all'assunzione di antibiotici, che sono inefficaci nei confronti dei virus e servono solo in caso di presenza di sovrinfezioni batteriche.

***Pierpaolo Boccalon***

***Dirigente Medico SDO***

***Medicina del Lavoro***

***Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze***

***Consulente sanitario interregionale ASSILT***



# MODIFICHE al Testo Unico Normativo ASSILT (in vigore dal 1° luglio 2013)

**I**l Testo Unico Normativo ASSILT (T.U.N.A.) é stato aggiornato con le delibere del Consiglio di Amministrazione (21/5/2013) e le ratifiche dell'Assemblea dei Rappresentanti (29/5/2013).  
Le nuove norme, in vigore dal 1° luglio 2013, sono state pubblicate sul web e inviate in formato cartaceo ai soci pensionati:

Di seguito troverete elencate tutte le modifiche apportate:

## PARTE I – 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 – 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 ESEMPIO PER UNA ABLAZIONE TARTARO FATTURATA DOPO IL 1/7/2013 CON UNA SPESA SOSTENUTA PARI O SUPERIORE A € 80,00 IL CONTRIBUTO È DI € 65,00 ANZICHÉ € 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.

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, INIEZIONI ENDOARTERIOSE, PERIARTERIOSE, SOTTOCONGIUNTIVALI

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 ENDOVENESE, 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).

**AGOPUNTURA**

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**

DIMINUIRE 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 ORDINA-

RIA MASSIMO 20 SEDUTE OGNI 12 MESI (TEMPORIZZAZIONE MOBILE). I SOCI CON PROBLEMI SANITARI DI UNA “CERTA RILEVANZA” OPPORTUNAMENTE DOCUMENTATI E CERTIFICATI POTRANNO RIVOLGERSI ALLA LINEA SANITARIA.

DIMINUIRE 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.

DIMINUIRE 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" ALLA 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 FI-

SICHE. 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 E PUNTO 18. PERNOTTAMENTO

PRECISATO CHE LA LOCALITÀ PER LE SPESE DI VIAGGIO DEVONO CORRISPONDERE AL LUOGO DI EFFETTUAZIONE DELLE PRESTAZIONI CERTIFICATE. INOLTRE LA LOCALITÀ DEL PERNOTTAMENTO ED 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".

# ASSILT: rinnovo cariche

**A** maggio 2013 si è concluso il processo elettorale che ha portato al rinnovo dei componenti dell'Assemblea dei Rappresentanti, del Consiglio di Amministrazione e del Collegio Sindacale.



Qui di seguito riportiamo l'elenco aggiornato degli Organismi eletti in rappresentanza dei soci lavoratori e pensionati, suddivisi per i 9 collegi multiregionali, e quelli eletti da Telecom Italia in rappresentanza delle Aziende associate.

## COLLEGIO 1

### PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

#### Soci Lavoratori Eletti:

CARRETTA Luca, STEFANELLI Massimo (SLC-CGIL); ZACCARIA Patrizia (UILCOM-UIL); SANTIPOLO Riccardo (FISTEL-CISL)

#### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

GRANITO Adolfo (UILCOM-UIL)

## COLLEGIO 2

### LOMBARDIA

#### SOCI LAVORATORI ELETTI:

MAVIGLIA Francesco, FRATINI Paolo (SLC-CGIL); MORGANTI Vera Anna (UILCOM-UIL); LIZZANI Valeria (FISTEL-CISL)

#### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

GNUDI Alfonso (SLC-CGIL)

## COLLEGIO 3

### VENETO, FRIULI VENEZIA GIULIA E

## TRENTINO ALTO ADIGE

### SOCI LAVORATORI ELETTI:

MARIGHETTI Norma, REDOLFI Lucia (SLC-CGIL);  
PETROLATI Valerio (SNATER con USB) VENTURI-  
NI Massimo (UILCOM-UIL); ZENNARO Daniela (FI-  
STEL-CISL)

### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

CELEGATO Vittorio (SLC-CGIL) subentrato a MAN-  
ZATO Maria Raffaella

## COLLEGIO 4

### TOSCANA E LIGURIA

#### Soci Lavoratori Eletti:

COSI Marco, LUPIA Vincenzo (SLC-CGIL); MAR-  
ZIALI Luciano (subentrato a PINI Marco eletto nel  
CdA), BERGAMO Licia (FISTEL-CISL)

#### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

CONVITO Franco (SLC-CGIL)

## COLLEGIO 5

### EMILIA ROMAGNA, MARCHE E UMBRIA

#### SOCI LAVORATORI ELETTI:

TARTABINI Pierpaolo, TRANI Pasquale (SLC-CGIL);  
CONTI Elisabetta, ZOCCHI Germana (SNATER con  
USB); CORDARI Luigi (FISTEL-CISL)

#### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

AMBROZ Roberto (SLC-CGIL)

## COLLEGIO 6

### LAZIO, ABRUZZO E SARDEGNA

#### SOCI LAVORATORI ELETTI:

LOCATELLI Dorian, MAGLIANI Paola (SLC-CGIL);  
PESCE Lucia (UGL TELECOMUNICAZIONI); CAL-  
DERONI Domenico (SNATER con USB); GIANNI  
Nazareno (UILCOM-UIL); LEONE CLAUSI Gio-  
vanna (FISTEL-CISL); BIGGIERO Marina (LISTA DI  
BASE)

#### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

DEL MEDICO Aldo (SLC-CGIL)

## COLLEGIO 7

### CAMPANIA E CALABRIA

#### SOCI LAVORATORI ELETTI:

TOMMASINI Alessandra (SLC-CGIL); PIRRO'  
Antonio (UGL TELECOMUNICAZIONI); PISCI-  
TELLI Giovanni (UILCOM-UIL); PARIBELLO An-  
tonio (FISTEL-CISL)

#### SOCIO PENSIONATO ELETTO:

SPERANZA Giuseppe (FISTEL-CISL)

## COLLEGIO 8

### PUGLIA, BASILICATA E MOLISE

#### SOCI LAVORATORI ELETTI:

ROSSINI Mario Rocco (SLC-CGIL); MINONNE Ste-  
fano (UILCOM-UIL); CORNACCHIONE Domenichina

(subentrata a QUATRARO Michele eletto nel CdA), BELFIORE Emanuele, CALA' Bruno (FISTEL-CISL)

**SOCIO PENSIONATO ELETTO:**

TIEULI Luigi Beato (SLC-CGIL)

### COLLEGIO 9

#### SICILIA

**SOCI LAVORATORI ELETTI:**

RICCOBENE Marzia (SLC-CGIL) subentrata a MAG-

GIO Fabio eletto nel Collegio Sindacale; DI PASQUALE Giuseppe (UILCOM-UIL); CRISTOFARO Giovanni (FISTEL-CISL)

**SOCIO PENSIONATO ELETTO:**

PIANELLI Rosario (UILCOM-UIL)

### COLLEGIO UNICO NAZIONALE

Riportiamo di seguito l'elenco dei Rappresentanti eletti per le Aziende Associate:

NOMINATIVO	AZIENDA
BELLEZZA Giovanna	TELECOM ITALIA
BATTISTI Marco	TELECOM ITALIA
CARDAMONE Francesco	TELECOM ITALIA
COSTA Giovanni	TELECOM ITALIA
D'ETTORRE Alessandra	TELECOM ITALIA
FEDERICO Aurora	TELECOM ITALIA
FIorentino Attilio	TELECOM ITALIA
GELLETTI Maurizio	TELECOM ITALIA
IANIRO Domenico	TELECOM ITALIA
ISOTTI Massimo	TI INFORMATION TECHNOLOGY
LAPADULA Ettore	TELECONTACT CENTER
LIGUORI Alessandro	TELECOM ITALIA
MALTA Francesco	TELECOM ITALIA
MASEDU Riccardo	TELECOM ITALIA
MONTANARI Davide	TELECOM ITALIA
PETRAGLIA Rosangela	TELECOM ITALIA SPARKLE
ROMANISIO Paolo	TELECOM ITALIA
SACCO Luca	TELECOM ITALIA
SALVATORE Patrizia	TELECOM ITALIA
SARETTI Carlo Sperino	TELECOM ITALIA
SBIANCHI Nadia	TELECOM ITALIA
SPERANZA Anna Maria	TELECOM ITALIA
SFORZA Claudio	TELECOM ITALIA
TOMEI Cinzia	TELECOM ITALIA
TRIBIOLI Giacinto	TELECOM ITALIA
VENTIMIGLIA Calogero Elio	TELECOM ITALIA
VOLPI Claudia	TELECOM ITALIA
ZOLLA Antonella	TELECOM ITALIA

## CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il 18 luglio si è insediata la nuova Assemblea dei Rappresentanti che ha eletto i componenti del Consiglio di Amministrazione ASSILT in rappresentanza dei soci lavoratori.

Sono risultati eletti: Carta Salvatore, Barba Osvaldo (SLC-CGIL); Pini Marco, Quatraro Michele (FISTEL-CISL); Guerriero Fabio (UILCOM-UIL).

Per il medesimo Organismo ed in rappresentanza dei soci pensionati, è stato eletto Coppola Mario (UILCOM-UIL).

La Telecom Italia, invece, ha eletto, ai sensi dell'art. 15 dello Statuto, in qualità di Consiglieri di Amministrazione: Benedetti Mario, Biraghi Lucia, Capogrosso Onofrio, Paolucci Giovanni, Pelliccia Massimo e Pollara Massimo.

## COLLEGIO SINDACALE

Nella stessa giornata si sono svolte anche le elezioni dei componenti del Collegio Sindacale ASSILT in rappresentanza dei soci lavoratori e sono risultati eletti: Maggio Fabio (SLC-CGIL) e Piscazzi Stefano (UILCOM-UIL).

Per il medesimo Organismo, Telecom Italia ha eletto in sua rappresentanza: Astorelli Gaetano e Zurzolo Paola.

\*\*\*

Successivamente e sempre il 18 luglio, si sono riuniti separatamente i nuovi Organismi dell'Associazione per la nomina del Presidente e del Vice Presidente dell'Associazione (art. 17 dello Statuto) e del Presidente del Collegio Sindacale (art. 18 dello Statuto).

Presidente ASSILT è stato nominato Carta Salvatore e Vice Presidente Paolucci Giovanni.

Zurzolo Paola è stata nominata Presidente del Collegio Sindacale.

Il quadro organizzativo si è completato, ai sensi degli artt. 15 e 20 dello Statuto, con la nomina di Cosmelli Mario in qualità di Direttore dell'Associazione.

Successivamente con delibera del Consiglio di Amministrazione del 26 novembre 2013 è stato nominato Vice Presidente Benedetti Mario, in sostituzione di Paolucci Giovanni dimissionario.

Contestualmente Iannaccone Mario è entrato a far parte del Consiglio di Amministrazione.

\*\*\*

In attesa della conclusione del processo di rinnovamento avviato, che avverrà con la nomina da parte del Consiglio di Amministrazione dei Delegati dei nove Collegi multiregionali, il Comitato di

redazione di "Appunti" augura buon lavoro a tutti coloro che formano i nuovi Organismi as-

sociativi ed in particolare a quelli che ne fanno parte per la prima volta.

### NUOVA COMPOSIZIONE DEL COMITATO DI REDAZIONE DI APPUNTI

Conseguentemente alle nuove nomine intervenute nel Consiglio di Amministrazione ASSILT, anche per il Comitato di Redazione di APPUNTI ci sono delle novità.

Riportiamo di seguito i nominativi di tutti i suoi componenti:

BIRAGHI Lucia

CARTA Salvatore

COPPOLA Mario

IANNACCONE Mario

PELLICCIA Massimo

PINI Marco

La redazione di *Appunti* vuole ringraziare tutti i componenti uscenti per il proprio contributo a favore dell'Associazione ed augura ai nuovi incaricati un buon lavoro!

# BILANCIO di esercizio Assilt

**I**l 29 maggio 2013 l'Assemblea dei Rappresentanti Assilt, riunita a Roma, ha approvato il Bilancio di Esercizio 2012 formulato secondo i principi contabili per gli Enti non Profit emanati dall'Agenzia per le Onlus.

I documenti che compongono il Bilancio di Esercizio redatto secondo le predette nuove norme sono:

- Stato Patrimoniale
- Rendiconto gestionale
- Nota integrativa
- Relazione di missione

L'esercizio 2012 si è chiuso con un disavanzo gestionale di € 4.802.755,77 dato dalla differenza tra un complesso di Proventi per € 59.539.470,70 ed un complesso di Oneri per € 64.342.246,47.

Esponiamo, qui di seguito, lo Stato Patrimoniale ed il Rendiconto gestionale

STATO PATRIMONIALE		Dati in Euro
<b>ATTIVO</b>		
Crediti verso associati per versamento quote		7.212.883,38
Immobilizzazioni		1.375.391,45
Attivo circolante		42.335.206,56
Ratei e risconti		109.159,36
<b>Totale attivo</b>		<b>51.032.640,75</b>
<b>PASSIVO</b>		
Patrimonio netto		32.554.952,44
Fondi per rischi ed oneri		1.204.471,30
Debiti		17.201.565,97
Ratei e risconti		71.651,04
<b>Totale passivo</b>		<b>51.032.640,75</b>

<b>RENDICONTO GESTIONALE</b>		Dati in Euro
<b>PROVENTI E RICAVI</b>		
Proventi e ricavi da attività tipiche		56.188.314,86
Proventi finanziari e patrimoniali		2.752.372,42
Proventi straordinari		598.783,42
<b>Risultato gestionale negativo</b>		<b>4.802.775,77</b>
<b>ONERI</b>		
Oneri da attività tipiche		62.017.831,23
Oneri finanziari e patrimoniali		308.033,62
Oneri straordinari		59.280,00
Oneri di supporto generale		1.957.101,62

Come nei precedenti anni è da evidenziare una forte e diffusa attenzione dell'Associazione a tutte le problematiche sanitarie, con maggior riguardo all'odontoiatria essendo coperta in misura minore in ambito pubblico ed economicamente più gravosa per i soci.

Il risultato di Esercizio 2012 conferma la logica di programmazione e di utilizzo delle riserve patrimoniali accantonate dall'Associazione, logica avviata con le manovre migliorative deliberate nel 2009 e nel 2010. Tale andamento viene riconfermato anche per il 2013.

In ogni caso, gli strumenti di controllo e monitoraggio offerti dal Contratto di Servizio,

dal Testo Unico Normativo ASSILT e dal Libro soci, consentono all'Associazione di intervenire, così come già avvenuto nel corso dell'anno, sulla spesa sanitaria salvaguardando al tempo stesso l'erogazione delle prestazioni a favore dei soci.

**I**l Consiglio di Amministrazione del 26 novembre u.s. ha deliberato che, a far data dal 1° gennaio 2014, le prescrizioni medico specialistiche di terapie fisioterapiche deb-

bano indicare il numero di sedute necessarie, distinte per tipologia. Tale variazione sarà portata alla ratifica della prossima Assemblea dei Rappresentanti.



*Il Consiglio  
di Amministrazione ASSILT  
ed il Comitato di Redazione di Appunti  
rivolge a tutti i soci l'augurio di un sereno Natale e di un felice 2014.*



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

