


appunti

N. 27

PERIODICO DI INFORMAZIONE DELL'ASSILT

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70 %
DCB - Roma - Settembre 2016 - Anno 14 - N. 27

- 
- **IL GLAUCOMA**
 - **IL TRATTAMENTO
DELLA PATOLOGIA ARTERIOSA**
 - **CONTROLLI, AVANTI COSÌ**
 - **BILANCIO DI ESERCIZIO 2015**
 - **UNA LUNGA STORIA...**

INDICE

EDITORIALE

“MENO MALE C'E' L'ASSILT...”

4

SANITÀ

IL GLAUCOMA: UNA MALATTIA DEGLI OCCHI DA NON SOTTOVALUTARE

6

IL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA ARTERIOSA

13

DALL'INTERNO

“CONTROLLI, AVANTI COSÌ”

21

ARTICOLO 24

22

IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE
NEL MODELLO 730/2016 E SEGUENTI

24

IL BILANCIO DI ESERCIZIO ASSILT 2015
E LE PROSPETTIVE PER L'ANNO 2016

26

UNA LUNGA STORIA...

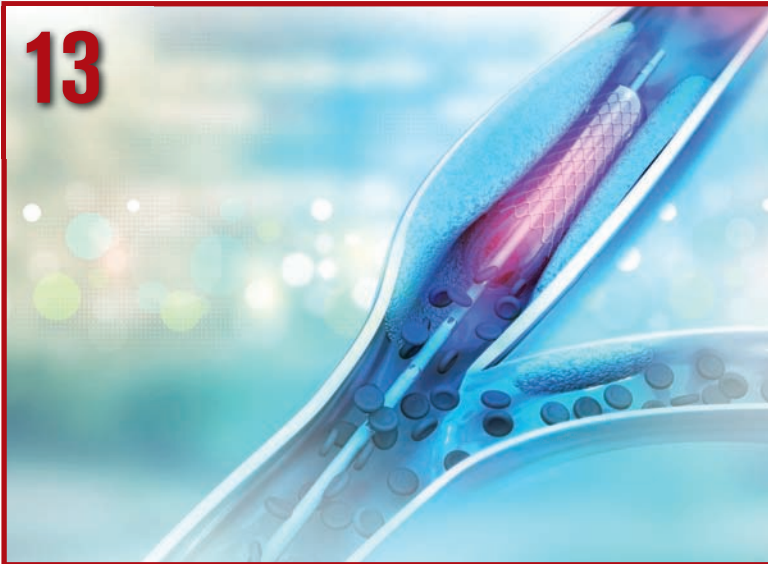
30

ERRATA CORRIGE TUNA 2016

32

ELENCO AGGIORNATO DEGLI SPORTELLI SANITARI
ED AMMINISTRATIVI ASSILT

33/34



APPUNTI

N. 27/2016

Periodico di informazione dell'ASSILT

Autoriz. n. 107/2003 del 17/03/2003
del Tribunale di Roma

PROPRIETÀ

ASSILT

Sede Sociale Via L. Bellotti Bon, 14

00197 Roma

Direttore Responsabile

Salvatore Carta

REDAZIONE

c/o ASSILT

Via L. Bellotti Bon, 14

00197 Roma

Tel. 06 80211400

Fax 06 80211250

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Mario Cosmelli e Anna Bellacomo

COMITATO DI REDAZIONE

Salvatore Carta, Mario Benedetti

Mario Coppola, Mario Iannaccone,

Massimo Pelliccia, Marco Pini

MAIL DELLA REDAZIONE DI APPUNTI

appunti@assilt.it

GRAFICA

Zona Franca Edizioni Srl

STAMPA

LEADERFORM SpA Sona (VR)

Finito di stampare Ottobre 2016



IL COMITATO DI REDAZIONE

“MENO MALE C’E’ L’ASSILT...”

Eh sì, quante volte a casa o fra colleghi abbiamo sentito o ci siamo detti queste parole “consolatorie”, ad esempio di fronte alla crescente difficoltà di prenotare in tempi ragionevoli un esame o una visita nell’ambito pubblico così come alla richiesta di pagamento di un ticket più esoso. E purtroppo la sensazione è che ciò “*ce lo stiamo dicendo*” sempre più spesso.

Ma siamo davvero di fronte al “ritiro” della sanità pubblica dall’offerta delle prestazioni basilari e della diagnostica? Senz’altro già da qualche tempo un dato è certo, basti pensare alle “resistenze ragionieristiche” del nostro medico curante di fronte all’opportunità di prescrivere un esame o un altro. E’ abbastanza evidente che stavolta non si parla più dei soliti “tagli” a cui peraltro eravamo abituati.

In questo inedito e preoccupante contesto nazionale è indubbio che aumentino le aspettative da ASSILT e ciò accade proprio perché *la nostra Associazione, integrativa, mutualistica e solidale certamente non è una “assicura-*

zione” (come ancor oggi ribadiamo in un contributo pubblicato all’interno della rivista), dalla quale niente di più puoi aspettarti “se non quel poco presentato bene” o se non pagando alti premi in parallelo alle crescenti esigenze, bensì soltanto finché risulta conveniente alla compagnia.

Ebbene, ASSILT, in questa seria e realistica riflessione - estremamente attuale - che potremmo aprire, dopo i provvedimenti interni entrati a regime lo scorso anno per il rimodellamento della spesa e della contribuzione da parte delle aziende e degli associati, si presenta adesso sufficientemente pronta a potersi integrare di fronte ad uno scenario diverso, avendo in primis riportato il sereno nei proprio conti grazie all’avanzo di bilancio 2015 di oltre sette milioni di euro, approvato dalla recente assemblea annuale dei rappresentanti, confermato dal trend, parimenti positivo, del corrente 2016. In realtà è doveroso ricordare come il consiglio di amministrazione abbia azionato varie leve per dare una prospettiva di medio periodo al nostro “sistema ASSILT” con oltre 35 anni di esperienze, no-

nostante il contesto economico globale e di settore, principalmente ancora quello delle telecomunicazioni, completamente diverso e turbolento rispetto alle staticità del passato quando invece le risorse erano, per tutti, maggiormente certe e costanti.

Fra queste azioni, ancora all'interno della rivista, potrete leggere contributi relativi, ad esempio, a come l'attività dei controlli, intesa *in senso etico e di equità* sui vari aspetti di fruizione e funzionamento di ASSILT, sia stata affinata, in tal senso, nell'operatività degli uffici centrali in direzione di una maggiore collaborazione sia con l'outsourcer amministrativo sia con le Istituzioni. E merita d'essere fatto sin da qui un riferimento all'importante impegno che da quest'anno ASSILT, assieme gli altri fondi sanitari, ha dovuto assumere verso l'Agenzia delle Entrate con l'invio del flusso dei dati richiesti relativamente ai contributi avuti e corrisposti ai soci per la elaborazione della "Dichiarazione precompilata" da parte dell'amministrazione finanziaria. Ben presto, vedrete, la tecnologia ci aiuterà pure a potenziare i canali di comunicazione con gli associati ad iniziare dal restyling del sito internet che diverrà *dinamico ed intuitivo* rispetto alle esigenze che gli si presenteranno così come alla distribuzione in rete della nostra specifica *App*



che, attraverso lo smartphone, divenuto di uso comune, consentirà ad ogni socio di gestire agevolmente i servizi ASSILT, compresa la trasmissione delle richieste di rimborso, come modalità aggiuntiva a quelle già esistenti tramite l'area personale del sito o cartacea. Auspicabilmente quindi, da una parte una *spinta* tecnologica con i vantaggi che ne possono conseguire e dall'altra la disponibilità di personale che si prenda diversamente cura degli associati rimasti "telefonici" (verosimilmente coloro sopra una *fascia alta di età* e/o con maggiori disagi), i quali, ad intervalli di tempo regolari potrebbero beneficiare di una chiamata diretta per accertarsi dei loro eventuali bisogni sanitari..., perché no? ASSILT deve ritenere ciò possibile in coerenza con i suoi principi costitutivi; ci stiamo impegnando anche per questo obiettivo.

IL GLAUCOMA:

una malattia degli occhi da non sottovalutare

Il glaucoma è una complessa malattia del sistema visivo caratterizzata dalla progressiva morte delle cellule ganglionari della retina che si associa alla perdita delle fibre nervose che compongono il nervo ottico. L'evoluzione di tale processo neurodegenerativo determina la comparsa di specifici difetti del campo visivo (scotomi) che nel corso degli anni possono progressivamente portare alla cecità. Attualmente il numero di

soggetti ciechi per glaucoma nel mondo è di circa 60 milioni ed è stato stimato che tale valore possa arrivare a 100 milioni nei prossimi 25 anni. Dati allarmanti sono emersi anche da un recente studio epidemiologico condotto in Italia; anche nel nostro paese il numero di pazienti ciechi per tale malattia è risultato ancora estremamente elevato. A questo triste evento si arriva perché il glaucoma, nella maggior parte dei casi, è una malattia del tutto

asintomatica che si instaura in modo subdolo e che può essere scoperta solo attraverso un'accurata visita oculistica integrata, se necessario, con l'utilizzo di apparecchiature ad alta tecnologia. Lo scopo pertanto del presente articolo è quello di sensibilizzare il lettore nei confronti di una patologia insidiosa che se non diagnosticata in tempo può portare a danni irreversibili della vista.

Sebbene esista una forma con-

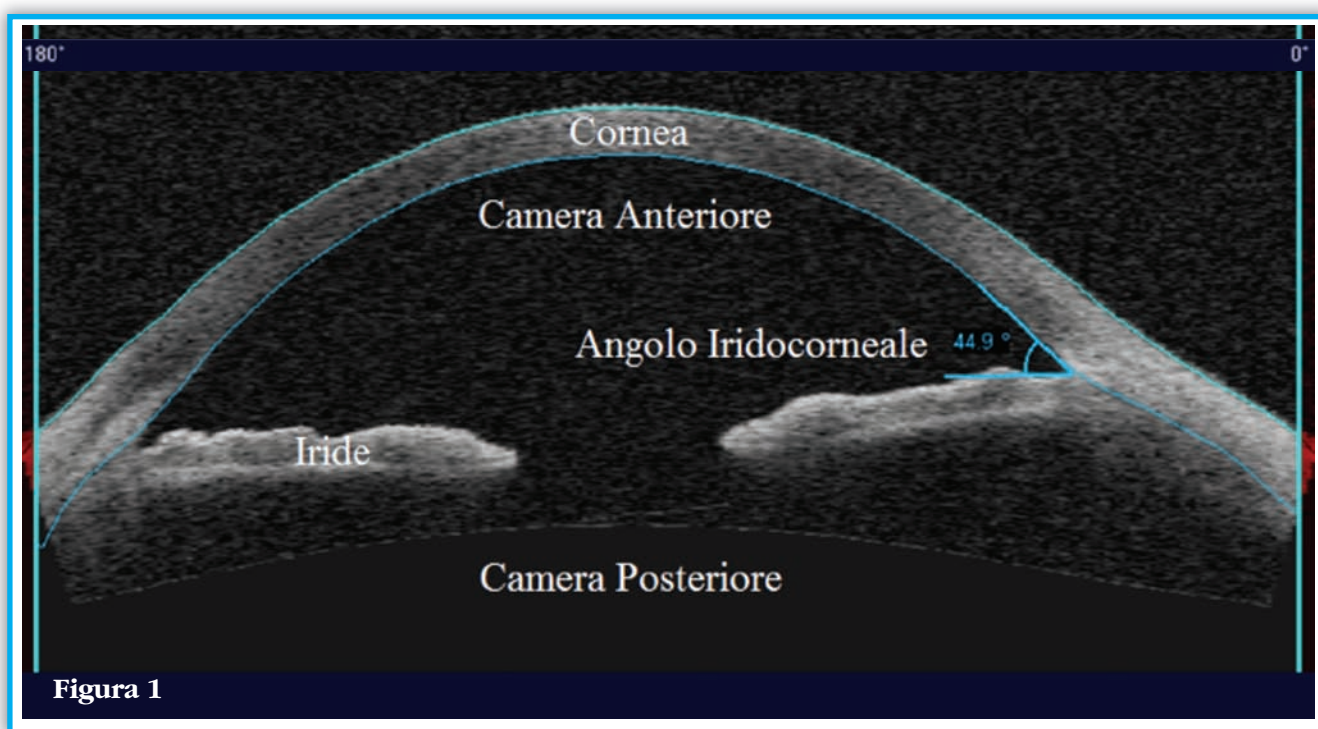


Immagine ottenuta mediante tomografia a coerenza ottica (OCT) della camera anteriore dell'occhio

genita di glaucoma, in cui la malattia è presente sin dalla nascita, e una forma giovanile, il glaucoma è una malattia che si manifesta più frequentemente in età adulta e la sua frequenza tende ad aumentare con l'avanzare degli anni. Il principale fattore di rischio associato all'insorgenza e alla progressione della malattia è la pressione intraoculare elevata. All'interno dell'occhio viene continuamente prodotto un liquido, l'umore acqueo, che è estremamente importante per il metabolismo delle strutture oculari come la cornea e il cristallino in quanto è ricco di sostanze nutritive, come il glucosio, e antiossidanti, come la vitamina C. L'umore acqueo, una volta prodotto, defluisce dalla porzione posteriore dell'occhio alla camera anteriore passando tra l'iride e il cristallino e da qui abbandona poi il bulbo passando attraverso una struttura anatomica denominata trabecolato che si trova nell'angolo delimitato dall'iride e dalla cornea (angolo irido-corneale) (Figura 1). In alcune persone l'umore acqueo può trovare degli ostacoli alla sua fuoriuscita dal bulbo, tendendo così ad ac-



cumularsi al suo interno e determinando un aumento della pressione intraoculare. La pressione oculare elevata a sua volta determina un danno compressivo meccanico o ischemico a carico

delle cellule della retina e delle fibre del nervo ottico con conseguente progressiva perdita della funzione visiva. La pressione intraoculare è dunque un elemento fondamentale nella patogenesi

del glaucoma; tuttavia essa non può essere considerata una causa della malattia, quanto piuttosto un fattore di rischio, ossia un fattore che, se presente, si associa ad una maggiore probabilità di sviluppare la malattia.

La diagnosi di glaucoma è un processo estremamente complesso che deve essere gestito da un oculista esperto dopo aver valutato con attenzione una serie di importanti parametri clinici. Prima di tutto è fondamentale conoscere se la malattia ha già colpito altri

membri della famiglia in quanto l'incidenza del glaucoma nei familiari di primo grado di pazienti affetti è 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. E' inoltre importante conoscere eventuali medicinali che il paziente assume in quanto alcuni di essi, come il cortisone, possono influenzare il deflusso dell'umore acqueo, determinando un aumento del tono. La pressione dell'occhio deve poi essere misurata mediante l'uso di uno specifico apparecchio chiamato

tonometro. Poiché i suoi valori si modificano frequentemente durante le ore della giornata, in caso di sospetto glaucoma, è importante verificare la pressione più volte durante la giornata (curva tonometrica). Va specificato che non esiste un valore assoluto oltre il quale si può porre la diagnosi di glaucoma. Si è visto infatti che nella maggior parte dei soggetti sani la pressione è intorno a 16 mmHg, e più questo valore aumenta superando il valore di 21 mmHg maggiore è il rischio di sviluppare la malattia. Vi sono tuttavia soggetti nei quali, nonostante la pressione sia notevolmente superiore rispetto alla normalità, la malattia non si sviluppa (ipertesi oculari), come al contrario esistono persone che sviluppano la malattia anche in presenza di valori pressori bassi (glaucoma a bassa pressione). Deve essere quindi ribadito ancora una volta che la pressione oculare elevata da sola non può essere considerata un parametro sufficiente per porre la diagnosi della malattia. E' indispensabile infatti che l'oculista valuti due altri aspetti fondamentali del quadro clinico che

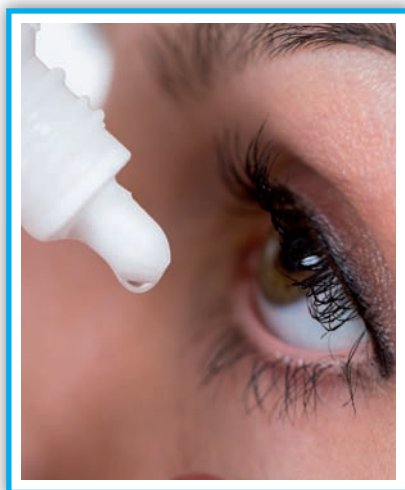
Figura 3



Aspetto della papilla ottica in un paziente con glaucoma avanzato. È evidente la presenza di una marcata escavazione centrale.

sono l'esame del campo visivo e l'esame della papilla ottica (Figura 3). Il primo test è fondamentale perchè la malattia negli stadi iniziali risparmia la visione centrale cioè la capacità di fissare un oggetto ma riduce progressivamente l'estensione dello spazio che percepiamo intorno ad esso. Per valutare l'integrità del campo visivo il paziente con sospetto glaucoma o con malattia in atto deve eseguire uno specifico esame che prende appunto il nome di esame del campo visivo e che consente di testare la sensibilità di più punti della retina, non solo delle aree centrali. L'esame è di facile esecuzione e consiste nel far osservare al paziente l'interno di una cupola bianca sulla cui superficie si accendono delle piccole spie luminose di diversa intensità luminosa. Le risposte del paziente vengono poi elaborate da un computer che individua la presenza di eventuali aree retiniche con capacità visiva ridotta (scotomi) e quindi danneggiate dalla malattia. Altro parametro che l'oculista deve valutare con accuratezza è l'aspetto clinico della porzione del nervo ottico che

emerge a livello retinico (papilla ottica). Mediante l'utilizzo dell'oftalmoscopio tale struttura può essere osservata ad alto ingrandimento così da evidenziare un eventuale aumento della sua escavazione centrale, segno questo tipico del glaucoma. Recentemente sono stati introdotti dei nuovi strumenti tecnologici ad alta risoluzione come la tomo-



grafia a coerenza ottica (OCT) in grado di quantificare specifici parametri numerici della papilla ottica e dello strato delle fibre nervose retiniche che possono supportare l'oculista nella valutazione del paziente e nella diagnosi precoce della malattia. Un altro esame che deve essere sempre eseguito nel paziente con glaucoma è la gonioscopia. Tale

esame consiste nello studio dell'angolo irido-corneale, ossia della regione da cui fuoriesce l'umore acqueo. L'esame può essere eseguito utilizzando una lente che contiene al suo interno uno specchio e che viene posizionata a contatto con l'occhio o mediante tecnologie avanzate che ricostruiscono al computer la conformazione angolare. L'esame gonioscopico è indispensabile per stabilire se il paziente è affetto da una forma di glaucoma ad angolo aperto o ad angolo chiuso. In quest'ultimo caso, il ridotto grado di apertura dell'angolo può favorire un'apposizione dell'iride sul trabecolato con improvviso rialzo della pressione intraoculare (attacco acuto di glaucoma). Attraverso lo studio dell'angolo l'oculista può inoltre evidenziare eventuali cause secondarie responsabili dell'aumento della pressione intraoculare come la deposizione di pigmento (glaucoma pigmentario), la deposizione di materiale fufuraceo (glaucoma pseudo-esfoliativo) o la presenza di una membrana neovascolare (glaucoma neovascolare).

Ad eccezione dell'attacco acuto,

il glaucoma è una malattia cronica che evolve nel corso di anni. E' estremamente importante pertanto che il paziente a cui è stato diagnosticato venga seguito periodicamente dall'oculista specialista per monitorare l'evoluzione del danno a carico della papilla ottica e del campo visivo così da poter ottimizzare al massimo l'efficacia della terapia. E' importante infatti ribadire che il danno visivo indotto dalla malattia può essere solo prevenuto con il trattamento, ma una volta che si è instaurato ed è stato docu-

mentato con l'esame del campo visivo non può essere più riparato. Il paziente deve dunque evitare assolutamente di trascurarsi non rispettando i protocolli terapeutici o saltando i controlli specialistici perché questo potrebbe portare inesorabilmente ad una progressione incontrollata del danno visivo.

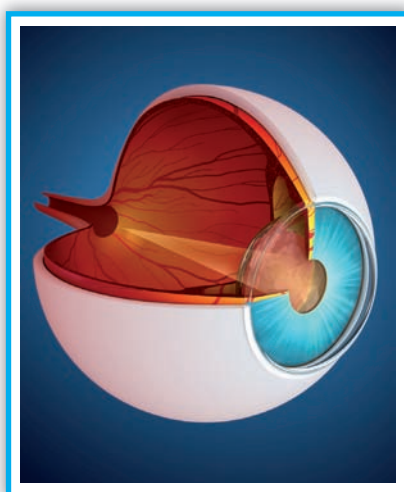
L'obiettivo dunque del trattamento del glaucoma è quello di preservare l'integrità del campo visivo interferendo il meno possibile con la qualità di vita del paziente. Le terapie attualmente

utilizzate si basano sulla riduzione della pressione intraoculare attraverso l'utilizzo di farmaci, interventi laser e chirurgici. Tali trattamenti rappresentano attualmente le uniche strategie con documentata efficacia terapeutica. Studi clinici internazionali hanno infatti evidenziato come la riduzione della pressione intraoculare riduca il rischio di progressione della malattia, sia in pazienti con ipertensione oculare sia in soggetti con glaucoma in fase iniziale o avanzata. La riduzione della pressione intraoculare è risultata



inoltre efficace nel contrastare la malattia anche in pazienti con glaucoma a pressione normale, confermando così il ruolo fondamentale della pressione intraoculare nel glaucoma. Anche a proposito della terapia, va ribadito che non esiste un valore assoluto di pressione che deve essere raggiunto per bloccare il glaucoma. L'oculista deve individuare l'obiettivo pressorio da raggiungere in ciascun paziente considerando specifici parametri come l'età del paziente, la velocità di progressione della malattia, i valori della pressione prima dell'inizio della terapia e l'entità del danno al momento della diagnosi. Il trattamento medico si basa sull'utilizzo di molecole somministrate sotto forma di colliri in grado sia di ridurre la produzione dell'umore acqueo che di favorirne il deflusso. Tali colliri possono in rari casi associarsi ad effetti collaterali locali (arrossamento oculare, aumento della pigmentazione dell'iride, eccessiva crescita delle ciglia, sensazione di occhio secco) che sistemici (asma, bradicardia). L'oculista pertanto deve valutare con attenzione i colliri più idonei da

somministrare al proprio paziente in base alle caratteristiche cliniche del singolo. Il trattamento può essere inoltre completato con l'esecuzione di un trattamento laser. Tra questi quello più comunemente eseguito è la trabeculoplastica. Questa tecnica consiste nel colpire il trabecolato con spot laser ad argon che pro-



ducono uno stimolo termico sulle lamelle trabecolari. Nei pazienti con glaucoma ad angolo stretto è indicata invece l'iridotomia laser. Con questa tecnica si esegue un foro nello spessore dell'iride così da favorire il deflusso dell'umore acqueo dalla camera posteriore a quella anteriore e favorire la riapertura dell'angolo irido-corneale. Qualora la terapia medica o laser non risultasse in

grado di ridurre la pressione intraoculare a livelli sufficientemente bassi da bloccare la progressione della malattia si rende necessario ricorrere ad un intervento chirurgico. Questo consiste nel creare una via di comunicazione tra la camera interna dell'occhio e lo spazio sotto la congiuntiva. L'intervento chirurgico viene inoltre eseguito in tutti quei pazienti che non tollerano la terapia con i colliri o che non si attengono con accuratezza alle prescrizioni dell'oculista.

Studi recenti hanno evidenziato come in alcuni pazienti la malattia evolva nonostante una buona riduzione della pressione oculare, sottolineando così l'esigenza di introdurre nuove strategie terapeutiche per il glaucoma, basate su meccanismi d'azione differenti dalla riduzione della pressione oculare. Recenti ricerche hanno inoltre scoperto come il danno indotto dal glaucoma non sia limitato solo al bulbo oculare ma possa interessare anche le strutture cerebrali. Tale dato è stato osservato inizialmente in modelli sperimentali animali e successivamente, grazie all'impiego di tecniche avanzate di radiologia,

anche nell'uomo, evidenziando così una connessione tra danno oculare e alterazioni delle vie visive centrali. Inoltre, studi scientifici hanno riscontrato la presenza di legami tra il glaucoma e le malattie neurodegenerative del

alla base del danno neuronale nel glaucoma, sono state individuate numerose molecole in grado di arrestare gli eventi neurodegenerativi innescati dalla malattia. Va tuttavia ribadito che tali nuove strategie di neuropro-

il paziente a sottoporsi a visita oculistica, rappresenta a tutt'oggi una delle principali cause di cecità nel nostro paese e nel mondo. La malattia tuttavia se diagnosticata precocemente può essere facilmente contrastata eseguendo periodici monitoraggi clinici e attenendosi scrupolosamente alle terapie prescritte dall'oculista. E' pertanto consigliabile che tutti i soggetti in età superiore ai 40 anni si sottopongano periodicamente (almeno ogni 5 anni) ad una visita oculistica specialistica per escludere tale patologia. La frequenza dei controlli dovrebbe essere decisamente maggiore in soggetti che presentino familiari affetti dalla malattia. Solo con queste modalità di comportamento è possibile contrastare una malattia altamente invalidante e conservare al meglio la propria funzione visiva.



sistema nervoso centrale. Tali osservazioni, sebbene ancora oggetto di approfondimento, formano il presupposto per lo sviluppo di nuovi trattamenti per il glaucoma basati sulla neuroprotezione. A tal proposito, negli ultimi anni, proprio dalla comprensione dei processi patologici

tezione non devono essere intese come sostitutive delle terapie ipotonizzanti oculari di comprovata efficacia clinica, quanto dei potenziali strumenti terapeutici di supporto nella cura del glaucoma.

In conclusione il glaucoma, per l'assenza di sintomi che inducano

Carlo Nucci
Professore Associato di Malattie
dell'Apparato Visivo
Università di Roma "Tor Vergata"
UOC di Oftalmologia
Fondazione Policlinico
Tor Vergata, Roma
nucci@med.uniroma2.it

Consulente Nazionale ASSILT
per l'Occlusiva

IL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA ARTERIOSA:

la grande rivoluzione delle terapie mini-invasive endovascolari

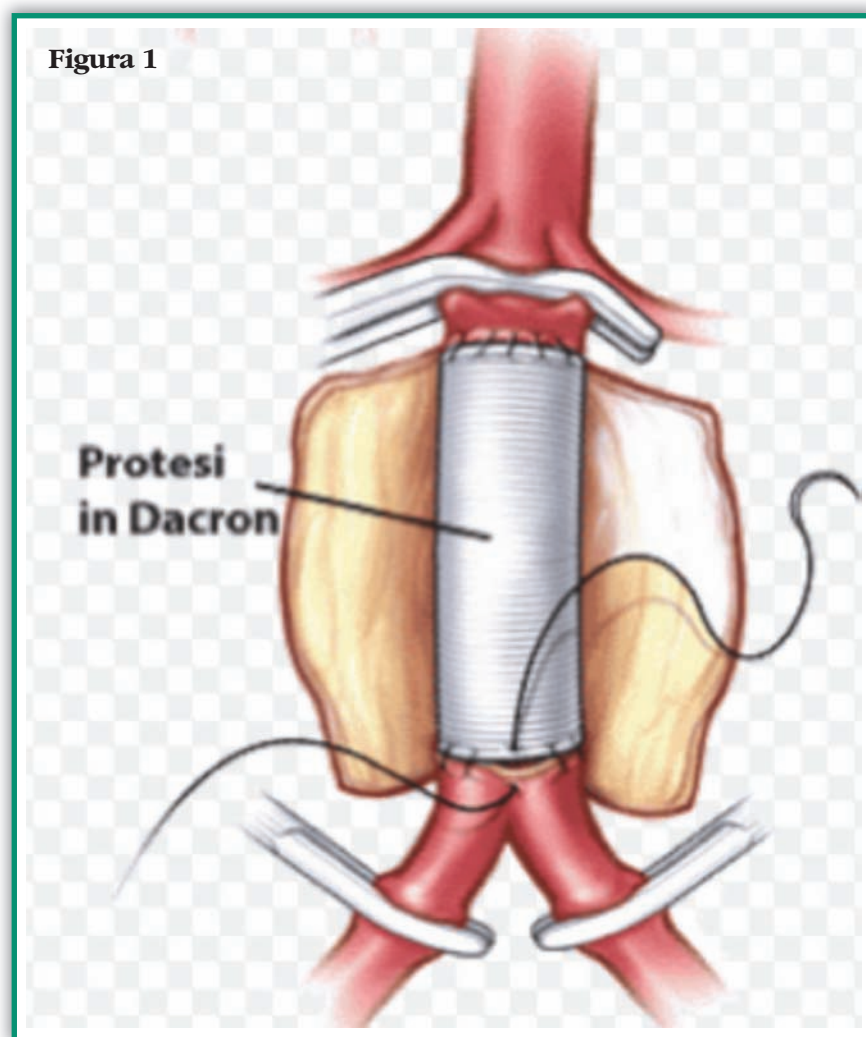
Negli ultimi anni la chirurgia vascolare è radicalmente mutata raggiungendo dei traguardi probabilmente inimmaginabili fino a qualche tempo fa; questo grazie al progresso sia delle tecniche chirurgiche endovascolari e laparoscopiche che di quelle diagnostiche.

E chiaro come tutto questo, insieme a uno specifico e più maturo supporto anestesilogico abbia portato alla possibilità di offrire più opzioni terapeutiche *ad hoc* per il singolo paziente, riducendo lo stress chirurgico ed ampliando la popolazione suscettibile di trattamento sia per la patologia aneurismatica che quella steno-ostruttiva, cioè, per essere comprensibili, per le dilatazioni ed i restringimenti arteriosi.

Per molti anni l'angiografia è stata il *gold standard* diagnostico; essa è stata ormai totalmente sostituita dalle nuove tecniche diagnostiche come gli ultrasuoni (US) la angio-

TAC multistrato e l'angio RMN. Nella diagnostica vascolare gli US sono diventati nel tempo parte integrante ed imprescindibile dell'iter diagnostico della maggior parte delle patologie vascolari. In

particolare nella patologia dei tronchi sovraortici (TSA), gli US permettono di porre indicazioni al trattamento con una sensibilità e una specificità del 86% e 87% circa, rispettivamente. L'Ecocolor-



Intervento di messa a piatto ed innesto protesico aorto-aortico

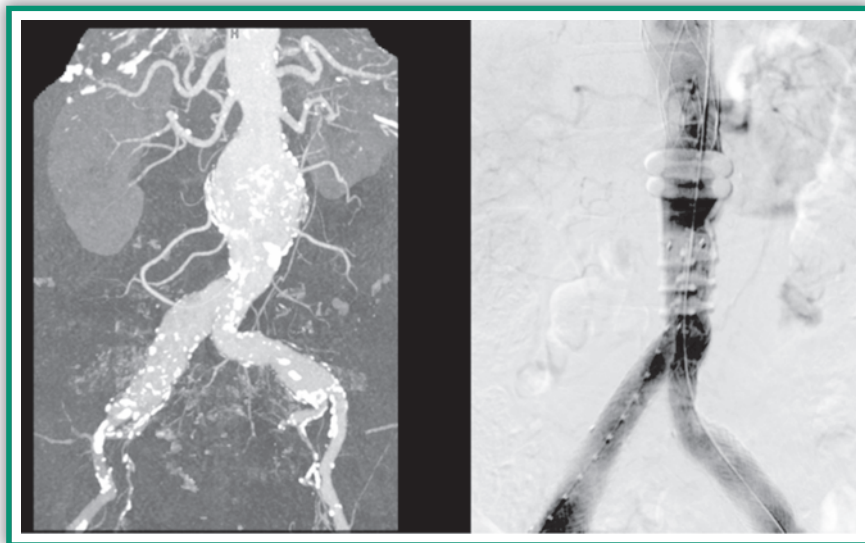


Figura 2 : Aneurisma dell'aorta addominale sottorenale-EVAR

doppler consente di ottenere, in modo relativamente economico e non invasivo, non solo informazioni morfologiche ma anche dinamiche. Si valutano, infatti, informazioni circa il diametro del vaso e la velocimetria, permettendoci di calcolare il grado di stenosi e il tipo di lesione. Limite della metodica sono le calcificazioni della parete del vaso che spesso non permettono una corretta valutazione del rischio embolico della lesione ed il fatto che sia una metodica *operatore dipendente*. L'angio TAC multistrato è ormai una metodica gold standard sia per la patologia aneurismatica che steno-ostruttiva di tutti i distretti. Oggi l'utilizzo di workstation fornite di avanzati software di elaborazione

permette di riformattare le originali immagini assiali, fornendo un ampio ventaglio di informazioni. Diversi studi hanno riportato un'accuratezza del 90-96%.

La bassa invasività, la sicurezza della metodica e la sua ottima riproducibilità rendono l'angio RMN uno degli esami principali della diagnostica della patologia vascolare. Solo negli ultimi anni ha preso piede, consentendo di ottenere un'adeguata rappresentazione dell'intero sistema vascolare, grazie alla sua sensibilità al movimento e quindi al flusso del sangue attraverso i tessuti. Questa viene correntemente utilizzata nello studio delle carotidi, dell'aorta toracica e addominale, e da importanti informazioni nella

patologia delle dissezioni aortiche. L'unico svantaggio di questa metodica è l'allungamento dei tempi dell'esame. Anche l'ultrasonografia intravascolare (IVUS) e la tomografia a coerenza ottica (OCT) sono delle metodiche attualmente utilizzate ed ultra moderne nell'ambito della diagnostica vascolare tuttavia ancora non a disposizione di tutti i centri.

PATOLOGIA AORTICA

Gli aneurismi dell'aorta addominale (AAA), più frequenti nel tratto sottorenale, vengono diagnosticati accidentalmente in circa il 75% dei casi ed interessano il 1,7% - 6% della popolazione adulta di sesso maschile. L'incidenza di AAA varia da 3 a 17 per 100.000 persone/anno. Un significativo aumento nell'incidenza di AAA asintomatici è stato notato negli ultimi anni, in parte legato a un uso più frequente dell'ecografia e di altre modalità di *imaging* addominale. Tuttavia sembra che ci sia stato un reale aumento d'incidenza di malattia aneurismatica dell'aorta. La prevalenza di AAA in una data popolazione dipende ovviamente da fattori di rischio che sono associati con gli AAA, tra cui, l'età avanzata,

nesso maschile, razza bianca, familiarità, fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, arteriopatia ostruttiva cronica periferica e la coronaropatia. Di questi il genere maschile e il fumo hanno l'impatto più grande sulla prevalenza di AAA. Anche se questi fattori di rischio sono associati a un aumento di prevalenza di AAA, non possono essere predittori indipendenti di AAA. L'ipertensione è inoltre riconosciuta come fattore di rischio che aumenta il rischio di rottura. La storia naturale di tale patologia è quella di crescere nel tempo sino alla rottura, evento catastrofico associato ad una mortalità dell'80% circa.

Il trattamento chirurgico tradizionale ha rappresentato per quasi 50 anni l'unica opzione terapeutica della patologia aneurismatica e si basa sul principio della sostituzione protesica dell'aneurisma (messa a piatto ed innesto) (figura 1). L'intervento richiede una anestesia generale, e un monitoraggio post operatorio in terapia intensiva. Il trattamento convenzionale è associato ad una mortalità a 30 giorni del 2-6% ed ad un tasso di complicanze maggiori del 15%-30%. L'introduzione nel 1990 del

trattamento endovascolare dell'aneurisma dell'aorta addominale (*Endovascular Aneurysm Repair*, EVAR) dal chirurgo argentino Parodi ha rappresentato una vera rivoluzione nell'approccio al paziente portatore di questa patologia. Inizialmente proposto per i



Figura 3. Esclusione endovascolare dell'aorta toracica discendente-TEVAR

pazienti in condizioni generali scadute, ad alto rischio chirurgico per l'intervento tradizionale, è oggi, in molti centri, il trattamento di scelta per questa patologia. Il principio dell'EVAR presuppone l'esclusione dell'aneurisma me-

dante l'introduzione di un'endoprotesi per via endoluminale (figura 2). Il dispositivo viene introdotto da una porta d'accesso rappresentata da un'arteria periferica (nella maggior parte dei casi la femorale comune), utilizzando un sistema di rilascio che naviga nell'albero arterioso su guide idrofiliche, sotto controllo fluoroscopico. Questa tecnica garantisce risultati eccellenti, in particolare nell'immediato peri e post operatorio, con una netta riduzione della mortalità (1,3% vs. 3,8%) e dei tempi di degenza. La chirurgia endovascolare viene impiegata anche nel distretto iliaco visto il frequente coinvolgimento di questa arteria nei pazienti con AAA. Il requisito base per l'EVAR è che l'aneurisma da trattare abbia una morfologia idonea, che l'aorta e le arterie iliache consentano una facile introduzione del dispositivo, un'apertura sicura e un corretto ancoraggio dell'endoprotesi. In base alla struttura metallica utilizzata, gli stent delle endoprotesi possono essere divisi in autoespandibili o espandibili tramite pallonamento (*self-expanding o balloon expanding*). La maggior parte delle endoprotesi vengono

costruite sulla base di stent autoespandibili che li rende maggiormente manovrabili ed abili a adattarsi ai cambiamenti della morfologia del colletto prossimale con il passare del tempo. La scelta della protesi si basa sull'anatomia dei vasi, la disponibilità di endoprotesi adatte e l'esperienza del chirurgo. La procedura può essere fatta in anestesia locale o spinale, con sistemi di chiusura percutanei che evitano una preparazione chirurgica degli accessi arteriosi. I risultati dell'EVAR riferendosi agli standard internazionali, si identificano con un successo tecnico primario (assenza di endoleak di tipo I o III, occlusione di branca, conversione chirurgica) ed un successo clinico (assenza di endoleak di tipo I o III, occlusione di branca, conversione, infezione o espansione dell'aneurisma). I dati recenti riportano un successo tecnico dell'88-95% circa a 30 giorni, con un successo clinico del 90-98%. La tecnica endovascolare si è imposta come prima scelta, ove possibile, anche nell'ambito degli aneurismi rotti (AAAr), determinando una riduzione significativa della mortalità rispetto alla chirurgia *open*. Recenti pubblicazioni forniscono

una mortalità che varia dal 12% al 20% con l'EVAR rispetto a una mortalità del 41% al 90% in quelli sottoposti a trattamento chirurgico convenzionale. Per poter estendere le indicazioni anche ai quei casi con anatomia "difficile" sono state in questi ultimi anni introdotte nuove endoprotesi con fenestrazioni o ramificazioni per le arterie viscerali. Lo stesso concetto, pre-

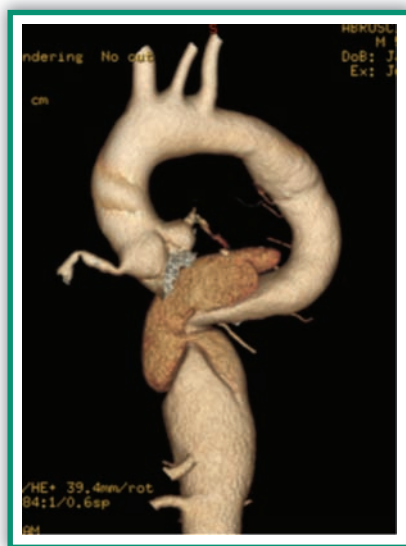


Figura 4. Aneurisma toraco-addominale

valentemente con uso di piccole branchette invece di semplici finestre a livello dell'endoprotesi aortica permette di trattare aneurismi estesi al tratto toraco-addominale (figura 4).

Anche nell'ambito della patologia dell'aorta toracica discendente e dell'arco aortico, le novità più im-

portanti sono nel campo endovascolare (figura 3). Di fatto l'*outcome* a breve e medio termine è decisamente incoraggiante con una netta diminuzione di mortalità e morbilità, tanto da considerarla anche qui la prima opzione di scelta, laddove possibile. L'assenza di clampaggio aortico ha permesso di diminuire i danni d'organo d'origine ischemica, le complicanze cardiache (1% vs. 10%), respiratorie (8% vs. 28%) e renali. L'incidenza di *stroke* va dal 4% al 7% ed è generalmente correlata a prolungate manipolazioni di guide e *device* nell'arco. Anche l'incidenza di paraplegia è fortemente diminuita, passando al 2-5% per gli aneurismi, sino all'1,8% nei disseccanti.

Se fino a qualche anno fa il trattamento dell'aorta ascendente e dell'arco erano prettamente di pertinenza cardiocirurgica, allo stato attuale il trattamento endovascolare ha introdotto una nuova visione di soluzione, seppur con diverse limitazioni. Queste sono dovute ai calibri, alla geometria asimmetrica della giunzione sino-tubulare, alla vicinanza di altre strutture nobili come gli osti coronarici e la valvola aortica, e per finire alle elevate forze pressorie che predispongono

alla migrazione del *device*.

Infine anche per il trattamento della patologia dissecante aortica, il trattamento di scelta attualmente è quello endovascolare, nelle dissezioni di tipo B, definite “complicate” o “instabili”, grazie all’elevato successo tecnico e al miglioramento in termini di mortalità e di morbidità (*stroke* 3,5%, paraplegia 2,7%). Anche nelle dissezioni definite come “non complicate” storicamente gestite medicalmente, associate tuttavia a una mortalità a 5 anni del 50% e ad un rate di dilatazione del falso lume del 25% a 4 anni, la terapia endovascolare ha trovato ampio spazio.

PATOLOGIA

DEI TRONCHI SOVRAORTICI

Nel mondo ogni anno muoiono 50 milioni di persone e tra questi 4 milioni e 350 mila, circa il 8,7% muoiono per *stroke*. Nei paesi industrializzati lo *stroke* è ad oggi la terza causa di morte, dopo la cardiopatia ischemica e le neoplasie, la prima causa di disabilità e la diagnosi principale tra i pazienti lungodegenti. Da circa un secolo si è aperto il capitolo del trattamento delle lesioni steno-ostruttive carotidee, così solo negli anni '50

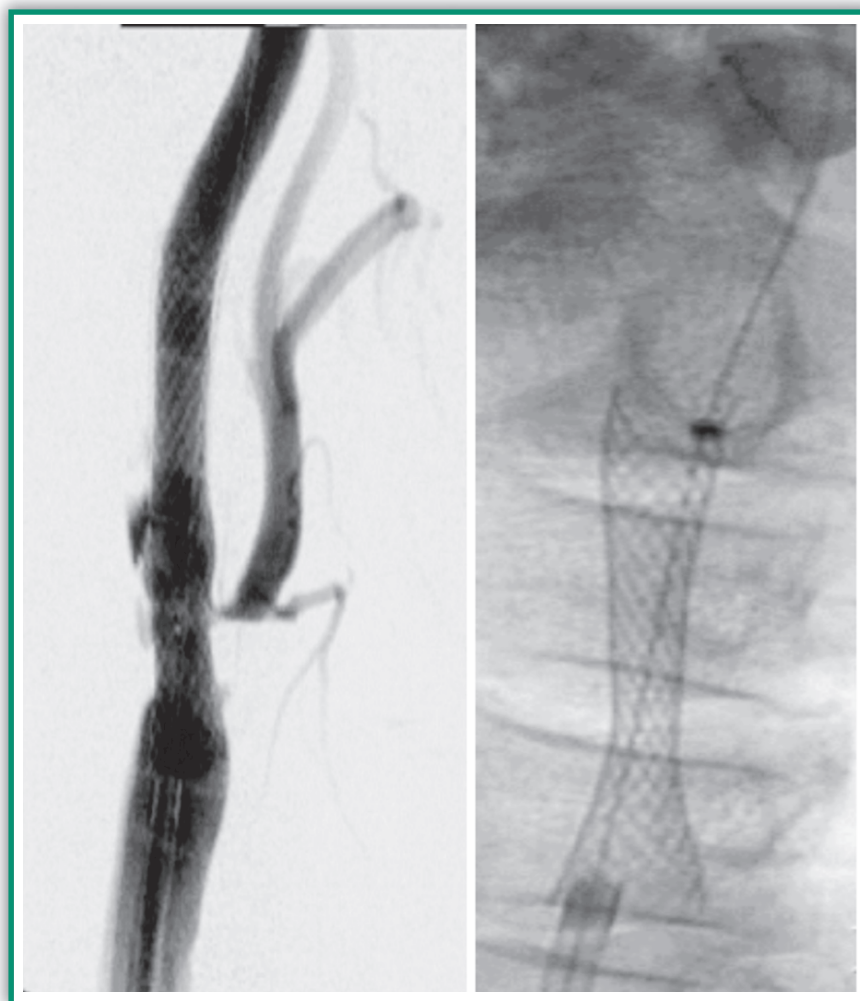


Figura 5. Stenosi carotidea-CAS

De Bakey ha eseguito il primo intervento di endoarterectomia carotidea (TEA) coronato da successo su questo tipo di lesioni, e solo nei 40 anni successivi la comunità scientifica ne ha dimostrato il beneficio. Due grandi trial randomizzati degli anni ottanta, il *North American Symptomatic Carotid Endoarterectomy Trial* (NASCET) e lo *European Carotid Surgery Trial* (ECST) hanno permesso di

quantificare il grado stenosi. Da un'analisi congiunta dei dati provenienti dagli studi NASCET, ECST e dallo studio *Veterans Affairs* hanno dimostrato che la chirurgia è stata estremamente utile in pazienti con stenosi >70% senza *near-occlusion*, è stata marginale e/o non ha avuto nessun effetto nei pazienti con stenosi <69% e aumenta il rischio di ictus a 5 anni nei pazienti con stenosi <30%.

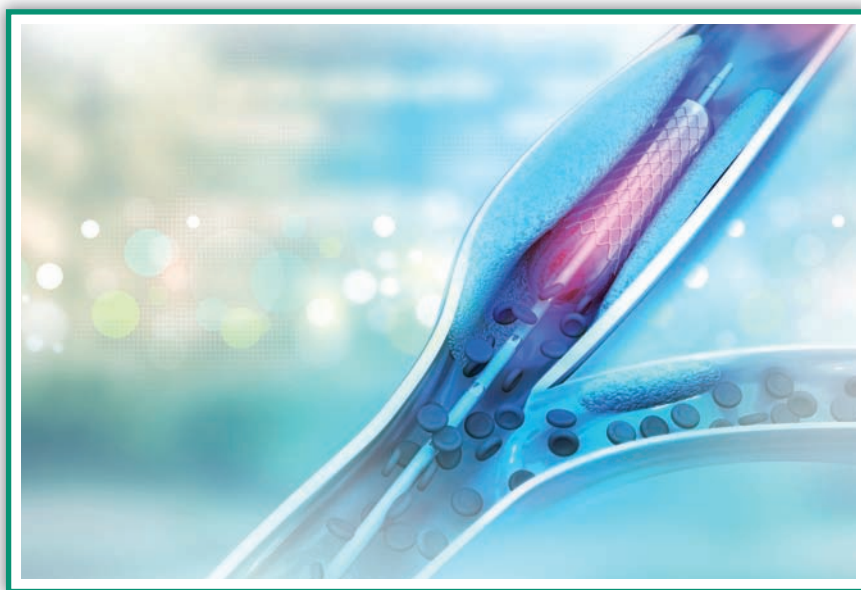
Ad oggi la TEA carotidea è considerata il *gold standard* nel trattamento delle lesioni carotidee. Con l'introduzione della terapia endovascolare-*stenting* carotideo (CAS)-siamo riusciti a ridurre lo stress chirurgico e quindi ad aumentare l'eleggibilità dei pazienti ad alto rischio chirurgico (Figura 5). Il CAS in fatti non prevede incisioni chirurgiche ma accessi percutanei, non espone al rischio di danno a carico dei nervi cranici, e permette inoltre di trattare lesioni chirurgicamente difficili cioè quelle alte o associate a colli ostili (pregressi interventi sul collo o pazienti irra-

diati). Da quando Mattias nel 1980 l'ha introdotta, è cominciato un rapido e progressivo processo di ricerca di materiali sempre più affidabili e performanti. La continua progettazione di *stent* di diverse geometrie, conformazioni e profilo rende possibile oggi trattare sempre più lesioni, mentre la disponibilità di guide e sistemi di protezione cerebrale sempre più atraumatici rende possibile superare stenosi a difficile struttura. L'avvento dei sistemi di protezione cerebrale prossimali e distali ha permesso inoltre l'estensione delle indicazioni anche a lesioni delicate, serrate e sinto-

matiche. Sebbene l'approccio endovascolare sia ormai disponibile da più di 20 anni, esso non è mai riuscito a soppiantare l'uso della CEA come *gold standard* nella pratica clinica. Diversi studi randomizzati, nel corso degli anni, hanno valutato il rischio di complicanze neurologiche, cardiache e di morte sia a breve che a lungo termine con le due metodiche. L'analisi comparativa di questi studi effettuata dalla *Cochrane Review Collaborative* ha mostrato che lo *stenting* carotideo è associato ad una quota maggiore di ictus peri-procedurali a 30 giorni, senza



evidenziare differenze statisticamente significative nel tasso di mortalità e di infarto del miocardio (IMA). Non sono state dimostrate inoltre differenze statisticamente significative nel tasso di complicanze (morte, ictus, infarto del miocardio) a lungo termine tra le due metodiche. Due studi fondamentali: il *Carotid Revascularisation Endoarterectomy Versus Stenting Trial* (CREST) e l'*International Carotid Stenting Study* (ICSS). Il CREST ha dimostrato che il CAS è associato ad una significativa aumentata incidenza di morte e *stroke* comparata alla TEA carotidea, sia nei pazienti sintomatici che non, nel gruppo *stenting* si è osservato un numero maggiore di ictus a fronte di un ridotto numero di IMA, mentre l'ICSS ha evidenziato un numero maggiore di *stroke*, morte ed IMA a 120 giorni per il gruppo di pazienti sottoposto a *stenting* carotideo. Quest'ultimo associato ad un maggior numero di lesioni ischemiche post procedurali evidenziate all'angio-RMN rispetto alla TEA carotidea. Attualmente sono disponibili le linee guida di almeno 7 società scientifiche sul trattamento di queste lesioni, sorprendentemente molto



diversi tra loro, dovuta ad una diversa interpretazione di questi molteplici studi. Dunque dati ancora oggi dubbi e discordanti. Sono attualmente in corso altri studi (ACST-2, TACIT) necessari ad inquadrare al meglio il ruolo di questi due trattamenti.

PATOLOGIA

DEGLI ARTI INFERIORI

I maggiori campi di applicazione delle nuove tecnologie vascolari sono senza dubbio a carico degli arti inferiori delle lesioni responsabili dell'insufficienza arteriosa. L'insufficienza arteriosa cronica degli arti inferiori (AOCP) trova la sua importanza nell'elevata incidenza (10% della popolazione *over 60*), nella sua possibile evo-

luzione in ischemia critica o irreversibile con un tasso di deterioramento clinico del 12% e di perdita d'arto dell'1% a 5 anni e nell'essere un importante marker di polivasculopatia aterosclerotica come indica la mortalità del 75% a 15 anni. Una classificazione delle lesioni è stata necessaria affinché nella pratica clinica quotidiana si possano ben caratterizzare i pazienti da sottoporre a rivascolarizzazione e individuare la più corretta strategia d'intervento. La *Trans Atlantic Society Consensus* (TASC) ha individuato una classificazione ad oggi quasi universalmente accettata. Le lesioni sono suddivise in quattro tipi: A,B,C,D per il distretto aorto-iliaco e femoro-popliteo. L'introduzione nel

1993 da parte di Garcia della chirurgia video assistita in chirurgia vascolare ha reso possibile eseguire due anni dopo il primo bypass aorto-bifemorale totalmente laparoscopico offrendo un'alternativa valida alla chirurgia open tradizionale, con un'invasività ridotta al minimo. Ancora oggi è una tecnica in via di sviluppo, diverse sono le scuole che contribuiscono alla divulgazione della tecnica, che rimane tuttavia ancora poco diffusa per l'essenziale necessità di una lunga e meticolosa *learning curve*.

Negli ultimi anni il miglioramento dei *device* e delle tecniche endovascolari, associato ad una descrizione scientifica di alto livello hanno permesso l'estensione dell'indicazione al trattamento endovascolare a lesioni iliache sempre più lunghe e complesse (sino a poco tempo fa suscettibili unicamente di una chirurgia *open*). Nel 2000 il trattamento endovascolare era limitato alla classe TASC A ed in casi selezionati di TASC B, mentre oggi vengono descritti risultati soddisfacenti anche nel trattamento di lesioni TASC C e D richiedendo un ridimensionamento delle differenti classi nella più recente

TASC II. La tecnica chirurgica classica rimane nonostante tutto un mezzo fondamentale nella strategia terapeutica del paziente con ischemia critica e l'estensione della patologia aterosclerotica a tutto il distretto iliaco-femorale e femoro-popliteo-tibiale condiziona forte-



mente la corretta scelta della strategia terapeutica. Gli interventi di rivascolarizzazione chirurgica tradizionale (dall'endoarterectomia al bypass) hanno dimostrato da lungo tempo la loro efficacia e sicurezza nel trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori. Ciò nonostante la pervietà a medio e lungo termine è influenzata dalla presenza di un corretto *in-flow* e da un sufficiente *out-flow*; dall'altra parte le rivascolarizzazioni endovascolari che

nelle ultime decadi si sono dimostrate ottime alternative alla chirurgia hanno evidenziato una limitata efficacia nel tempo in caso di steno-ostruzioni di lunghi segmenti arteriosi. Da qui l'idea di un trattamento ibrido, l'affiancamento della chirurgia classica a quella endovascolare, o combinate *staged* (prima endovascolari poi chirurgiche) nei casi di lesioni plurime multifocali. Ad oggi è però molto difficile definire il gold standard, in quanto spesso il trattamento migliore è strettamente individuale e definibile *tailored*.

La società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, tra le prime al mondo (SICVE), si è dotata di linee guida nazionali per favorire la miglior pratica medica per la presa in carico della patologia aneurismatica e steno-ostruttiva. Questo basti come indice della qualità dell'offerta terapeutica proposta che spazia dalla chirurgia vascolare tradizionale alle tecniche più innovative endovascolari e biologiche in piena sintonia con il pensiero europeo e mondiale.

Prof. Nicola Mangialardi
Consulente sanitario
Collegio 6 ASSILT

“CONTROLLI, AVANTI COSÌ”

L'ampliamento dei controlli e la loro gestione ha continuato a veder impegnato il consiglio di amministrazione e gli uffici, come attività non secondarie, tantoché oltre a quelli “istituzionalizzati” sanitari, odontoiatrici e amministrativi, sono stati aggiunti quelli di verifica reddituale dei beneficiari maggiorenni.

Pertanto desideriamo comunicare agli associati significativi risultati finora conseguiti affinché possa esserne condiviso il valore - soprattutto etico - e la taratura delle azioni successive, nell'ottica della continuità nella tutela del patrimonio sociale.

Innanzitutto rileviamo la disponibilità dei soci interessati, spesso anche il loro plauso, alle iniziative di verifica rispetto alle prestazioni richieste, e per questo ringraziarli, segno evidente della loro comprensione e condivisione “del senso del controllo”: *affinché le risorse dell'Associazione siano destinate alla salute dei soci e dei familiari beneficiari che ne hanno diritto.*

Rispetto alle verifiche dei limiti

reddituale dei beneficiari maggiorenni, dall'anno 2015 ad oggi sono stati richiesti 400 certificati reddituali; successivamente, onde evitare dispendio di tempo e denaro a carico dell'associato, sono state inviate 3000 lettere sul tutto il territorio nazionale richiedenti la delega per la richiesta da parte dell'Associazione del certificato reddituale presso l'Agenzia delle Entrate. Nel frattempo risultano non confermati circa 3600 beneficiari maggiorenni.

Per quanto riguarda i controlli odontoiatrici sono già stati sottoposti a verifica centinaia di beneficiari su tutto il territorio nazionale. Il dato emerso, riferito a circa il 10% di pratiche difformi che, proporzionalmente alla gravità, hanno conseguito provvedimenti di recupero, sospensioni ed espulsioni, impegna il consiglio di amministrazione a continuare in questa direzione.

Relativamente ai controlli di conformità dei documenti di spesa (verifica degli originali), il dato è assolutamente confortante in quanto non sono emerse incongruità

dimensionalmente rilevanti. Mentre, grazie all'attività degli uffici ed alla loro professionalità specifica sono stati realizzati controlli incrociati fra partite iva/codici fiscali e archivi vari (albi professionali, camere di commercio, ecc.); ciò ha conseguito sospensioni ed espulsioni di alcuni soci con recupero totale dei contributi indebitamente percepiti.

Per concludere, non dimentichiamo mai che l'Assilt, in quanto non a scopo di lucro e fondata sui principi di *mutualità* e *solidarietà*, interviene ad *integrazione* del Servizio Sanitario Nazionale il quale, come oggi purtroppo è noto si presenta sempre più oneroso e restrittivo. Ciò comporta che la nostra Associazione sia maggiormente percepita quale pilastro di sostegno della Salute delle nostre famiglie tantoché è indubbia ed insita in ogni azione intrapresa, come quella dei controlli, la crescente responsabilità sociale del consiglio di amministrazione, così come delle aziende e delle organizzazioni sindacali che la costituiscono.

ARTICOLO 24

Il 31 ottobre 2016 scade il termine per effettuare le reiscrizioni all'ASSILT in applicazione dell'art. 24 secondo comma dello Statuto. Riportiamo al riguardo l'informativa già pubblicata sul sito dell'Associazione.

INFORMATIVA SU ASSEMBLEA DEI RAPPRESENTATI ASSILT DEL 23/02/2016

L'ASSILT informa che l'Assemblea dei Rappresentanti in seduta straordinaria ha introdotto nello Statuto dell'Associazione l'articolo 24 (Disposizione transitoria e temporanea) il quale prevede la possibilità di reiscrizione a condizioni di particolare favore economico degli ex soci cessati dal rapporto associativo successivamente al 01/01/2005 nonché, con analogo trattamento, la possibilità di iscrizione o reiscrizione per i lavoratori in servizio delle aziende del Gruppo Telecom Italia.

Per chi intenderà fruire di tale opportunità, il rapporto associativo avrà efficacia dal primo giorno del tredicesimo mese successivo al pagamento della quota di ingresso "una tantum".

Detta quota corrisponde a quella ordinaria annuale determinata in base alle regole vigenti: per i pensionati essa è pari all'1,70% della pensione annua lorda; per gli ex lavoratori in mobilità è stabilita forfettariamente dal Consiglio di Amministrazione; per i lavoratori essa è pari all'0,60% della retribuzione mensile imponibile ai fini previdenziali.

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA PENSIONATI

Dal 1° aprile al 31 ottobre 2016, i pensionati che sono cessati dal rapporto associativo successivamente al 01/01/2005 potranno presentare la domanda tramite il portale www.assilt.it sezione "ISCRIZIONE AD ASSILT".

In detta sezione verrà loro richiesto di inserire i propri dati anagrafici in apposito modulo.

Quest'ultimo verrà compilato in ogni sua parte e quindi stampato e firmato.

Il documento cartaceo così ottenuto, recante il numero d'ordine attribuito dal sistema, andrà inviato al fax numero 0691254377 assieme al modello INPS ObisM 2015 (o Comunicazione di Liquidazione Pensione INPS 2014/2015).

Validata la domanda da parte degli uffici ASSILT, ad ogni interessato verrà inviata una comunicazione contenente il bollettino postale con la quota da pagare in unica soluzione, assieme alle modalità da seguire per l'iscrizione dei familiari aventi diritto.

EX DIPENDENTI IN MOBILITA'

Ferme restando le condizioni previste dalla normativa ASSILT vigente, valgono le istruzioni sopra fornite per i pensionati. L'unica differenza sta nella documentazione da unire alla domanda che, in questo caso, consiste in un documento INPS attestante lo stato di mobilità Ex Legge 23 luglio 1991, n. 223.

LAVORATORI IN SERVIZIO

I dipendenti del Gruppo Telecom Italia potranno presentare la domanda direttamente tramite il portale www.assilt.it sezione "ISCRIZIONE AD ASSILT" seguendo le istruzioni ivi indicate. Anche in questo caso la domanda dovrà essere presentata dal 1° aprile al 31 ottobre 2016.

INFO E SUPPORTO

I pensionati e gli ex dipendenti in mobilità potranno rivolgersi ai Delegati, ai Rappresentanti ASSILT ed agli sportelli amministrativi e sanitari

che, assieme alle strutture territoriali delle Organizzazioni Sindacali e di ALATEL forniranno le informazioni e il supporto utili alla presentazione della domanda.

Per tutti, in ogni caso, sarà possibile avvalersi dell'assistenza degli operatori del Contact Center ASSILT, scrivendo all'indirizzo appositamente creato assiltiscrizioniarticolo24@hrs.telecomitalia.it ed indicando il recapito telefonico fisso/mobile al quale si desidera essere contattati: un operatore chiamerà per fornire il supporto e le informazioni richiesti.



Pubblichiamo il contributo fornito dal Consulente fiscale ASSILT su questo argomento:

IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE NEL MODELLO 730/2016 E SEGUENTI

La Legge di Stabilità 2016, al comma 950, ha stabilito che ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili, a partire dall'anno d'imposta 2015, ed entro il 28 febbraio di ciascun anno, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale che nell'anno precedente hanno ottenuto l'attestazione di iscrizione nell'Anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, devono trasmettere all'Agenzia delle entrate:

- una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate per effetto dei contributi versati;
- i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate che comunque non sono rimaste a carico del contribuente.

Analizzando le informazioni fornite nella dichiarazione precompilata dell'anno 2015 nella sezione relativa agli *oneri e spese propri* troviamo, oltre alle comunicazioni fornite dal Sistema Tessera Sanitaria sui dati delle prestazioni sanitarie erogate nel 2015 anche le comunicazioni degli enti/casse assistenziali o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale relativi ai rimborsi erogati nel corso dell'anno.

Ad esempio dalla dichiarazione precompilata può risultare la seguente situazione:

SPESE SANITARIE

- IL SISTEMA TESSERA SANITARIA HA COMUNICATO SPESE PER TICKET: importo 202,00 €
- IL SISTEMA TESSERA SANITARIA HA COMUNICATO SPESE PER VISITE O INTERVENTI SPECIALISTICI: importo 1.087,00 €
- IL FONDO ASSILT FONDO ASSISTENZA DIP AZ CONV HA COMUNICATO UN RIMBORSO: importo 317,00 €

La dichiarazione precompilata propone quindi al rigo di riferimento (rigo E1 – *Spese sanitarie*) l'importo delle spese sanitarie sostenute al netto di quanto rimborsato nel corso del 2015, non detraibile da parte del contribuente: nell'esempio quindi euro 972.

Secondo quanto indicato anche nella risoluzione n. 35/E/2007, in base al principio generale di diritto tributario secondo cui non è detraibile l'onere che non sia stato effettivamente sostenuto, il contribuente non ha diritto alla detrazione delle spese rimborsate e può scegliere di agire secondo due modalità:



1. sottrarre dall'ammontare delle spese sanitarie l'importo erogato dal Fondo in relazione alle stesse;
2. detrarre l'intero ammontare delle spese sanitarie, salvo poi dichiarare tra i redditi soggetti a tassazione separata l'importo ricevuto.

La prima soluzione è in linea con quanto proposto nella dichiarazione precompilata, mentre la seconda soluzione prevede l'indicazione nel rigo E1, tra gli oneri detraibili, dell'intera spesa sanitaria sostenuta per poi assoggettare a tassazione, nel rigo D7 del modello 730, l'importo rimborsato.

Situazione alla quale si deve porre particolare attenzione è quella relativa all'erogazione di rimborsi di oneri dettratti in anni precedenti, ad esempio nel caso di spese sanitarie sostenute nell'anno 2014 e oggetto di rimborso anche parziale nel corso del 2015 (oppure spese sostenute nel 2015 e rimborsate nel 2016 e così via).

Nel modello 730/2016 precompilato è stata direttamente proposta la compilazione del rigo D7, codice "4" ed anno di riferimento 2014 con l'importo del rimborso comunicato da ASSILT:

IMPOSTE ED ONERI RIMBORSATI NEL 2015 E ALTRI REDDITI A TASSAZIONE SEPARATA

- COMUNICATO DA ASSILT FONDO ASSISTENZA DIP AZ CONV - RIMBORSO PER SPESE SANITARIE SOSTENUTE NEL 2014: importo 90,00 €
- COMUNICATO DA ASSILT FONDO ASSISTENZA DIP AZ CONV - RIMBORSO PER SPESE SANITARIE SOSTENUTE NEL 2014: importo 133,00 €

Il contribuente deve effettivamente dichiarare l'importo del rimborso ricevuto solamente se ha portato in detrazione interamente la spesa sanitaria sostenuta, al lordo quindi del rimborso.

Nel caso in cui invece il contribuente abbia già tenuto in considerazione il rimborso nella dichiarazione e si sia detratto la spesa già al netto del rimborso, egli non dovrà assoggettare a tassazione l'importo, "scartando" la proposta contenuta nel modello precompilato.

Studio Associato De Gregorio

N O V I T À

Informiamo i lettori del nuovo incarico conferito tra i Consulenti Sanitari dal 1° aprile 2016: Luciano Romeo - Consulente Territoriale Collegio 3

IL BILANCIO DI ESERCIZIO ASSILT 2015 E LE PROSPETTIVE PER L'ANNO 2016

Anche quest'anno l'Assemblea dei Rappresentanti ASSILT, riunita a Roma il 22 giugno, ha approvato il Bilancio di Esercizio 2015 formulato, tenendo conto delle norme del vigente Statuto e delle specifiche peculiarità dell'attività svolta dall'Associazione, in conformità ai principi contabili per gli Enti non Profit emanati dal Tavolo tecnico costituito dall'Agenzia per le Onlus, dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili e dall'Organismo Italiano di Contabilità.

Il Bilancio di Esercizio si compone dello Stato Patrimoniale, del Rendiconto di gestione e della Nota integrativa ed è inoltre corredato dalla Relazione

del Consiglio di Amministrazione e dalla Relazione di missione nelle quali sono fornite le informazioni sull'andamento della gestione e sulla prevedibile evoluzione della gestione per l'esercizio 2016.

Lo schema di Stato Patrimoniale è stato predisposto, in conformità dei citati principi, tenendo anche conto di quanto richiesto dal Codice Civile.

Lo schema del Rendiconto di gestione è stato elaborato al fine di dare una chiara rappresentazione delle attività svolte dall'Associazione e dei risultati raggiunti.

Esponiamo, qui di seguito, lo Stato Patrimoniale ed il Rendiconto di gestione indicato all'unità di Euro:

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31.12.2015
A) Crediti verso associati per versamento quote	6.459.518
B) Immobilizzazioni	
I Immobilizzazioni immateriali	
- Immobilizzazioni in esercizio	64.663
II Immobilizzazioni materiali	
- Immobilizzazioni in esercizio	1.223.555
Totale immobilizzazioni (B)	1.288.218
C) Attivo circolante	
II Crediti	1.008.899
III Attività finanziarie non immobilizzazioni	26.405.689
IV Disponibilità liquide	4.636.784
Totale attivo circolante (C)	32.051.372
D) Ratei e risconti	32.353
TOTALE ATTIVO	39.831.461

PASSIVO	31.12.2015
A) Patrimonio netto	
I Patrimonio libero	
- Risultato di gestione esercizio in corso	7.354.435
- Riserve statutarie	2.803.429
- Totale Patrimonio libero	10.157.864
III Patrimonio vincolato	17.288.538
Totale Patrimonio netto (A)	27.446.402
B) Fondi per rischi ed oneri	482.612
D) Debiti	11.902.447
TOTALE PASSIVO	39.831.461

RENDICONTO DI GESTIONE	
A. CONTRIBUTI E PROVENTI	
A.1 Contributi da Soci e Associate:	59.584.749
<i>Aziende</i>	32.925.424
<i>Soci lavoratori</i>	11.333.565
<i>Soci pensionati</i>	15.325.760
A.2 Altri Contributi	220.552
Totale Contributi e Proventi	59.805.301
B. PRESTAZIONI ASSISTENZIALI	
B.1 Oneri per assistenza indiretta	(51.413.377)
<i>prestazioni liquidate</i>	(50.930.765)
<i>accantonamento per prestazioni da liquidare</i>	(482.612)
B.2 Oneri e proventi degli anni precedenti	377.649
B.3 Altri Oneri	(229.744)
Totale Prestazioni Assistenziali	(51.265.471)
RISULTATO DELLA GESTIONE ASSISTENZIALE	8.539.830
C. PROVENTI E ONERI FINANZIARI E PATRIMONIALI	
C.1 Interessi attivi e altri proventi finanziari	818.306
C.2 Interessi passivi e altri oneri finanziari	(167.535)
C.3 Altri Proventi e Oneri	(80.051)
RISULTATO DELLA GESTIONE FINANZIARIA E PATRIMONIALE	570.720
D. PROVENTI E ONERI DELLA GESTIONE AMMINISTRATIVA	
D.1 Acquisti	(26.228)
D.2 Servizi	(635.675)

D.3 Organi sociali	(451.552)
D.4 Ammortamenti	(151.229)
D.5 Altri oneri	(41.651)
RISULTATO DELLA GESTIONE AMMINISTRATIVA	(1.306.335)
E. RETTIFICHE/RIPRESE DI VALORE DI CREDITI	
E.1 Accantonamenti	(115.534)
E.2 Riprese di valore	
E.3 Cancellazioni	(127.539)
Totale delle rettifiche/riprese di valore di crediti	(243.072)
F. PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
F.1 Proventi straordinari	16.276
F.2 Oneri da altre attività anni precedenti	(32.202)
Totale proventi e oneri straordinari	(15.927)
RISULTATO DI GESTIONE PRIMA DELLE IMPOSTE	7.545.216
G. IMPOSTE E TASSE	(190.781)
RISULTATO DI GESTIONE AL NETTO DELLE IMPOSTE	7.354.435

I dati del 2015 confermano, come per gli anni precedenti, la forte attenzione dell'Associazione a tutte le problematiche sanitarie, con maggior riguardo all'odontoiatria, in quanto coperta in misura minore in ambito pubblico ed economicamente più gravosa.

Dal punto di vista delle entrate è stato fondamentale l'apporto delle Parti Istitutive con l'Accordo del 13 ottobre 2014 che ha definito le nuove aliquote di contribuzione valevoli da gennaio 2015:

- Aziende: da 1,68% a 1,75% della retribuzione,
- Lavoratori: dallo 0,48% allo 0,60% della retribuzione mensile lorda,
- Pensionati: dall'1,55% all'1,70% dell'imponibile lordo di pensione annua.

Per alcuni capitoli di spesa il contenimento è già il risultato di modifiche normative introdotte nel

Testo Unico Normativo ASSILT negli anni 2013 – 2014. Ma sono da rilevare anche gli effetti della rivisitazione, in vigore dal 1° gennaio 2015, con la modifica del tipo di contribuzione di tutte le voci di spesa a percentuale sugli importi sostenuti entro un tetto massimo individuato per ogni prestazione. Il numero stesso delle prestazioni, peraltro, si è ridotto di 53 mila su oltre 800 mila.

Anche nell'anno 2016 è continuata l'attività evolutiva dell'Associazione:

Il mese di gennaio 2016 ha visto l'entrata in vigore del Testo Unico Normativo dell'ASSILT rivisitato con il coinvolgimento di tutti gli Organismi associativi - assieme alla Linea Sanitaria - impegnati tutti nella realizzazione di una normativa che, oltre alla naturale evoluzione delle prestazioni fornite, puntasse sempre alla chiarezza e alla semplificazione.



Sono state quindi intensificate le attività di controllo, anche grazie al contributo dell'apposita Commissione incaricata dal Consiglio di Amministrazione, con lo scopo di accertare comportamenti anomali e quindi proteggere il patrimonio dell'Associazione.

Le verifiche riguardano i limiti di reddito che danno diritto all'iscrizione dei beneficiari, i controlli sanitari (in particolare quelli in odontoiatria) per accertare la reale esecuzione delle prestazioni rimborsate e controlli amministrativi per analizzare la correttezza delle ricevute sanitarie e di spesa inoltrate dai soci.

Il nuovo Contratto di Servizio tra ASSILT e TIM, sulla cui rielaborazione è impegnata la specifica Commissione incaricata dal Consiglio, conterrà – tra gli altri necessari aggiornamenti – anche la ridefinizione con l'outsourcer dei processi e la ripartizione della attività relativamente all'obiettivo del contrasto delle frodi.

Tra i progetti che l'Associazione conta di definire nel corso dell'anno 2016 si colloca, inoltre, l'attività di prevenzione e di educazione sanitaria a favore dei soci; ciò a conferma della indiscussa valenza di tale attività ed in considerazione del limitato intervento pubblico in questo importante settore.

Da evidenziare, inoltre, le azioni eccezionali di apertura

all'iscrizione che ASSILT ha inteso portare avanti, da un lato, a seguito di apposito accordo sindacale, nei confronti della popolazione dei pensionati ex Olivetti e, dall'altro, a beneficio dei pensionati e dei lavoratori ex soci ASSILT che – a determinate e favorevoli condizioni, dal 1 aprile al 31 ottobre 2016 – intenderanno nuovamente associarsi.

Da non trascurare è poi una impegnativa attività svolta più intensamente nei primi due mesi del 2016. Trattasi della trasmissione all'Agenzia delle Entrate dei dati relativi alle prestazioni erogate ai propri iscritti nell'anno 2015. Ciò in base ad un obbligo di legge che riguarda, tra gli altri enti, i Fondi Sanitari integrativi, al fine della predisposizione da parte dell'Agenzia delle Entrate del modello "730 precompilato".

Infine, ancora nella prospettiva del miglioramento del servizio, l'Associazione sta collaborando con l'outsourcer: da un lato, finalizzando l'efficacia della comunicazione con i soci per ridurre le pratiche che vengono rifiutate in quanto non lavorabili; dall'altro, con la maggiore integrazione dei sistemi informativi di ASSILT (in particolare il Sistema Informativo della linea Sanitaria) con quelli del service amministrativo (in particolare, il Fax Server).



UNA LUNGA STORIA...

(per non confondere Assilt con un'assicurazione sanitaria)

Chi per mestiere ha quotidianamente occasione di dialogare con i soci Assilt ha più di altri consapevolezza di quali siano le istanze, le ragioni di soddisfazione o di malessere, così come di alcuni malintesi o fraintendimenti che si presentano con ricorrenza.

In particolare, da un po' di tempo a questa parte, gli Assistenti della nostra Linea Sanitaria, chi più e chi meno, si ritrovano a discutere con soci che parlano di indennizzo, di sinistro, di copertura assicurativa a fronte di determinati rischi che riguardano la salute e che, appunto, sarebbero "coperti" dall'Assilt.

I professionisti della sanità si riferiscono spesso a noi come se fossimo un'assicurazione (se sei "coperto"...è un discorso; se non sei "coperto" è ben altro!..).

Ma anche taluni avvocati, sbagliando, scrivono missive con cui Assilt è vista proprio come un ente assicurativo privato.

Così il linguaggio e la logica del-

l'assicurazione rischiano pericolosamente di trasferirsi anche nel comune sentire dei soci meno consapevoli e meno informati.

Gli Assistenti Sanitari allora, con un pizzico di orgoglio che ci piace condividere, ricordano a tutti noi alcuni tratti di una storia lunga e ben diversa da quella di una compagnia assicurativa. Grazie dunque ad Anna, Isabella, Alessandra e Laura che, anche col contributo di idee degli altri colleghi della Linea Sanitaria, hanno scritto questa nota.

Assilt ha una lunga storia; una storia che parte dall'entrata in vigore della legge 833/78 per l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale(SSN) e dalla conseguente soppressione delle precedenti gestioni sanitarie, casse mutue, ecc. che in maniera parcellare fornivano l'assistenza sanitaria a svariate categorie di cittadini.

Nel 1981, con lungimiranza, le Segreterie Sindacali in accordo

con SIP, hanno traghettato i beni mobili e immobili della vecchia Cassa Mutua SIP nella neonata Associazione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa ai Lavoratori SIP (ASSILS).

ASSILS, poi rinominata ASSILT, si distingue in quanto **associazione di mutualità volontaria** fondata per tutelare i propri iscritti affiancandosi alla struttura sanitaria pubblica, favorendone il suo pieno utilizzo e intervenendo, nei casi di obiettiva difficoltà di fruizione, erogando prestazioni integrative la cui quantità e tipologia viene periodicamente aggiornata.

Pertanto, in qualità di associazione integrativa senza fini di lucro, si discosta totalmente sia per principio che per gestione da qualsiasi vera e propria assicurazione sanitaria privata.

Ricordiamo qui solo alcuni aspetti che caratterizzano la nostra associazione rispetto alle tutele e alle prestazioni sanitarie che le compagnie assicurative offrono:

- la quota associativa annuale versata dall'iscritto principale Assilt non varia a prescindere dal numero di familiari che, avendone i requisiti, possono essere iscritti in quanto l'associazione si basa su un principio di mutualità e solidarietà. Principi che naturalmente non sono riscontrabili nelle compagnie assicurative;
- la quota associativa annuale è determinata sulla base di una percentuale del reddito e pertanto variabile, ma che permette comunque a tutti gli iscritti, a prescindere dell'entità della quota versata, di accedere a tutte le prestazioni fornite dall'associazione secondo le normative vigenti. Tale principio non è pensabile in alcuna assicurazione sanitaria privata dove è possibile modulare il premio annuale da versare solo con una modifica sul pacchetto delle prestazioni fruibili;
- le tutele offerte da Assilt coprono la quasi totalità delle necessità sanitarie degli iscritti in termini di cura, prevenzione e riabilitazione a differenza delle compagnie assicurative

che, in genere, coprono soltanto gli esami e le visite dovute a malattia o infortunio.

Inoltre, le prestazioni offerte al Socio, sono previste e regolamentate dal Testo Unico Normativo Assilt (Tuna), in continuo miglioramento e aggiornamento allo scopo di soddisfare i reali bisogni di salute;

- Assilt non pone alcun vincolo per l'utilizzo delle strutture sanitarie; il Socio è libero di rivolgersi nella struttura più gradita, al contrario di quanto accade con le compagnie assicurative che, in molti casi, vincolano l'assicurato ad avvalersi solamente delle strutture sanitarie convenzionate;
- l'avanzare dell'età dell'associato non modifica o interrompe il rapporto associativo a differenza di quanto avviene nelle assicurazioni private (che non esitano a "radiare" la polizza salute del cliente al primo importante indennizzo erogato);
- l'Associazione fornisce un sostegno attraverso un importante approccio comunicativo e di *counseling* per orientare

l'associato verso scelte consapevoli in situazioni difficili come quelle date della malattia; aspetto questo non riscontrabile nelle assicurazioni private;

- Assilt si prodiga a tutela della salute dell'associato impegnandosi periodicamente in campagne di medicina preventiva e di educazione sanitaria gratuite; aspetto anch'esso non presente in altri contesti.

In sintesi, ogni iscritto partecipa volontariamente al sostegno di un organismo che ha l'obiettivo di fornire all'intera comunità sei soci e dei loro beneficiari un servizio di integrazione sanitaria, soprattutto nei contesti più onerosi e complessi.

Tale scopo si contrappone a quello di lucro, tipico appunto delle società come le assicurazioni sanitarie private, che hanno come naturale obiettivo il conseguimento del massimo utile dall'esercizio della propria attività. Pertanto, una volta per tutte: Assilt non è un'assicurazione !

Gli Assistenti Sanitari
ASSILT

ERRATA CORRIGE TUNA 2016 - PARTE II - PRESTAZIONI SANITARIE - TARIFFARIO PRESTAZIONI OCULITICA - PAG. 29

Pubblichiamo per intero il tariffario delle Prestazioni di Oculistica che per un errore non è stato stampato completo nella rivista Appunti dedicato al TUNA 2016

Prestazioni di Oculistica

Elettroretinogramma. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Tonometria eseguita al di fuori della visita. Contributo del 65% fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Studio motilità oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 60,00 per ogni fattura

Angiografia con fluoresceina/Fluorangiografia o Angioscopia oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Esame topografico corneale. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 120,00 per ogni fattura

Fotografia del fondo oculare (entrambi gli occhi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Campimetria (studio campo visivo). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 90,00 per ogni fattura

Pachimetria o biometria oculare. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni fattura

Gonioscopia (eseguita al di fuori della visita medica oculistica). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Capsulotomia YAG-LASER per cataratta secondaria. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Fotocoagulazione Laser (per seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 200,00 per ogni fattura

Retinografia (fotografia del segmento anteriore - entrambi gli occhi). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Potenziali evocativi visivi (PEV). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 80,00 per ogni fattura

Tomografia a coerenza ottica della retina e della papilla ottica (OCT). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Esercizi ortottici (eseguiti da ortottista - per seduta). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 40,00 per ogni seduta

Valutazione ortottica (eseguita da medico specialista). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 60,00 per ogni fattura

Valutazione morfologica della papilla ottica e/o delle fibre nervose retiniche (HRT, GDX). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 100,00 per ogni fattura

Iniezioni intravitreali: (incluso il costo del farmaco). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 500,00 per ogni seduta

Riabilitazione del cieco (a seduta - massimo 20 sedute temporizzazione mobile). Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo di Euro 25,00 per ogni seduta

Esame del fondo oculare eseguito al di fuori della visita oculistica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 50,00 per ogni fattura

Angiografia con verde indocianina. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Curva tonometrica. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 70,00 per ogni fattura

Trabeculoplastica laser per glaucoma ad angolo aperto. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Iridotomia Yag laser. Contributo del 65% della spesa sostenuta fino ad un massimo di Euro 140,00 per ogni fattura

Riportiamo l'elenco aggiornato degli Sportelli Sanitari Assilt

Regione	Città	Indirizzo	Giorno	Orario
LAZIO	Roma	Via del Pellegrino 159 Piano Terra	Giovedì	09:30/12:30
LOMBARDIA	Milano	Piazza Einaudi 8	Mercoledì	09:30/12:30
CAMPANIA	Napoli	Centro Direzionale – Isola F6	Martedì	14:00/16:00
SICILIA	Palermo	Via A. Lincoln 215 – Stanza 624	Lunedì	09:00/12:00
PIEMONTE	Torino	Via Tripoli 94 Piano Terra	Giovedì	14:00/16:00
VALLE D'AOSTA	Aosta	Corso XXVI Febbraio 34	3° Mercoledì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	11:00/13:00
VENETO	Mestre	Via Meucci 5	Giovedì	09:00/11:30
EMILIA ROMAGNA	Bologna	Via Oberdan 20 PianoTerra	Martedì	09:30/12:00
PUGLIA	Bari	P.le Mater Ecclesiae 5	Mercoledì	09:30/12:30
BASILICATA	Potenza	Via Nazario Sauro	1° giovedì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	11:00/13:00
MOLISE	Campobasso	Via Conte Rosso 20 (sala formazione)	2° giovedì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	11:00/13:00
TOSCANA	Firenze	Viale Guidoni 42	Venerdì	10:00/13:00
CALABRIA	Catanzaro	Località Guidacciari Fraz. Sarrotino-Tarriolo Piano Terra	Martedì	09:00/13:00
LIGURIA	Genova	Via Manuzio 7° Piano	Mercoledì	09:00/12:30
MARCHE	Ancona	Via G. Miglioli 11	Giovedì	09:30/12:30
UMBRIA	Perugia	Via Ponte d'Oddi Ingresso principale Piano Terra	1° mercoledì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	10:30/12:30
SARDEGNA	Cagliari	Via Is Mirrionis 106/A	Mercoledì	14:30/17:30
ABRUZZO	Pescara	Via Bardet 47 - 4° piano	Mercoledì	09:00/12:00
FRIULI VENEZIA GIULIA	Trieste	Via Pascoli 9 - 4° Piano	Martedì	09:00/12:30
TRENTINO ALTO ADIGE	Bolzano	Via Resia 188	2° venerdì del mese PRENOTARE APPUNTAMENTO AL N°VERDE 800462462	09:00/12:30

Publichiamo anche l'elenco degli sportelli amministrativi con i nuovi orari che entreranno in vigore dal 1° gennaio 2017

Regione	Città	orario attuale		nuovo orario	
		giorno	orario	giorno	orario
Valle d'Aosta, Piemonte e Liguria	Torino	lunedì e giovedì	9:30 / 12.00	giovedì	9:30 / 12.30
Lombardia	Milano	martedì e giovedì	9:30 / 12:00	giovedì	9:30 / 12.30
Veneto, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia	Venezia/Mestre	martedì e giovedì	9:00 / 11:30	giovedì	9:30 / 12.30
Emilia Romagna, Marche e Umbria	Bologna	giovedì	10:00 / 12:00	giovedì	9:30 / 12.30
Lazio e Abruzzo	Roma	lunedì e martedì	9:30 / 12:30	martedì	9:30 / 12.30
Toscana	Firenze	giovedì	9:30 / 12.30	giovedì	9:30 / 12.30
Sardegna	Cagliari	martedì e giovedì	14:00/16:20	giovedì	9:30 / 12.30
Campania e Calabria	Napoli	martedì e giovedì	14:00/16:00	giovedì	9:30 / 12.30
Puglia, Molise e Basilicata	Bari	lunedì	09:30 / 12:00 14:00/16:00	lunedì	9:30 / 12.30
Sicilia	Palermo	lunedì e martedì	09:00/12:00	martedì	9:30 / 12.30

Aiuta ASSILT: usa anche tu la Posta Elettronica!

Potrai ricevere Appunti con puntualità e direttamente al tuo indirizzo Internet.

È una scelta ecologica e consente all'Associazione, cioè a tutti noi, di eliminare i costi della carta e dell'invio postale.

Come fare? È facile! Inserisci il tuo indirizzo di posta elettronica nella sezione "Modalità di notifica" che si trova all'interno delle "Le mie impostazioni" raggiungibile nell'AREA PERSONALE del portale associativo www.assilt.it.

Non solo la rivista Appunti, ma tutte le comunicazioni di ASSILT ti raggiungeranno alla velocità di un...CLICK.

L'ambiente e ASSILT ti ringraziano



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