

SINTESI DELLE MODIFICHE AL TESTO UNICO ASSILT

in vigore dal 1° gennaio 2023

(Delibera del Consiglio di Amministrazione del 21 settembre 2022 che trova una immediata applicazione. Delibere del C.d.A. del 9 novembre 2022 – Ratifica dell'Assemblea dei Rappresentanti del 30 novembre 2022)

Partendo dal **Titolo 1** del testo che tratta dell'*Adesione all'Associazione* le modifiche sono le seguenti:

All'**Art. 2 (Destinatari, Soci)** adeguato il testo del **comma 1** a quanto già indicato nella nuova versione dello Statuto.

Per il **comma 3 dell'Art. 3 (Beneficiari)** modificato il limite di reddito per i Beneficiari con invalidità totale dal doppio al triplo del limite fissato annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

Per l'**Art. 5 (Contribuzione)** e l'**Art. 6 (Diritto alle Prestazioni)** il C.d.A. lo scorso 21 settembre ha accolto la proposta di modifica normativa che consente ai Soci dipendenti di mantenere il diritto all'iscrizione associativa in continuità in linea con quanto contenuto negli accordi sottoscritti tra TIM e dalle Organizzazioni Sindacali in data 28 luglio 2022. Questa variazione decorre dalla data del C.d.A.

I comma 3 e 9 dell'**Art. 6 (Diritto alle prestazioni)** sono stati eliminati in quanto riferiti ad accordi non più applicati (*mobilità e pensione anticipata quota 100*).

Dello stesso articolo il nuovo comma 11 regola il mantenimento dell'iscrizione all'Associazione ai soci che cessano dal servizio a seguito di accordi di incentivazione all'uscita e che maturino il diritto alla pensione entro i 18 mesi successivi.

Modificato l'**Art. 11 (Nuova Adesione)** per semplificare l'iter operativo per l'accoglimento delle richieste di nuova adesione.

Al **Titolo 2 (Prestazioni Sanitarie)** le modifiche proposte riguardano:

L'inserita la radiografia "Bitewing", con lo stesso contributo previsto per la radiografia endorale (Allegato A dell'**Art. 19 - Odontoiatria e Ortodonzia – Norme Generali**).

Per quanto riguarda gli occhiali da vista il nuovo comma 6 dell'**Art. 24 (Oculistica – Occhiali da vista)** definisce in modo inequivocabile come sono rimborsati gli occhiali da vista office. Al fine del riconoscimento dei contributi e dei limiti temporali, si propone di equipararli a occhiali monofocali da vicino.

Per quanto attiene all'**Art. 28 (Protesi e presidi)** incluse le Farmacie e le Parafarmacie per l'acquisto delle protesi e dei presidi sanitari, ad esclusione di quelli che devono essere realizzati su misura in quanto necessitano di laboratori o negozi ortopedici specializzati.

Al comma 2 di questo articolo è stato anche inserito il riferimento alla "*Banca dati dei dispositivi medici*" utile per identificare i dispositivi acquistati e se realizzati nel rispetto della normativa vigente. Informazione necessaria anche al fine della dichiarazione che l'Associazione invia annualmente al sistema tessera sanitaria.

La Banca dati può essere consultata in caso di dubbi o nel caso in cui non sia sufficientemente chiaro il tipo di presidio acquistato dal socio.

Alla *lettera C (Presidi sanitari)* inseriti due nuovi dispositivi, uno elettronico, per apnee notturne e russamento, e uno meccanico necessario a seguito prostatectomia totale. Al comma 2 inserita la specializzazione medica in Pneumologia e Urologia.

Per le prestazioni di diagnostica e cura non ancora temporizzate contenute nella Tabella C dell'Art. 29 (*Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici*) inserito un limite di quantità (ogni 12 mesi) in modo da riconoscere i contributi a “seduta” anziché a “fattura”. Non varia il contributo massimo erogabile.

Anche per queste prestazioni, come già lo scorso anno, le ulteriori necessità saranno valutate dalla Linea Sanitaria.

Per questo articolo si propone anche la revisione del comma 6 che regola i contributi per le prestazioni temporizzate se fatturate a “pacchetto o scontate” prive del dettaglio dei costi.

La modalità di erogazione sarà definita tenendo conto della contribuzione più favorevole al socio.

Inserite, inoltre, nuove prestazioni, tra le quali la terapia per le ulcere degli arti inferiori, il trattamento laser per patologie da HPV e la risonanza multiparametrica (valutazione prostatica).

Per questo articolo eliminate alcune prestazioni non più utilizzate o presenti in altri articoli, come la litotrixxia in urologia o la cauterizzazione. Per queste prestazioni la validità cesserà il 31 dicembre 2022.

Per quanto attiene il Prontuario farmaceutico dell'Art. 31 (*Farmaci*) inserita la nuova molecola (*Dapiprazolo Cloridrato*) e il nuovo farmaco anti-glaucoma di fascia C (*Glamidolo collirio*) non previsto dal S.S.N..

Altra modifica di questo articolo è la possibilità con il nuovo comma 9 di riconoscere contributi per l'acquisto di fermenti lattici e probiotici ai soci affetti dal Morbo di Crohn certificato da struttura pubblica.

All'Art. 33 (*Terapia infiltrativa, iniettiva e agopuntura*) creato un nuovo comma 6 per le terapie necessarie in caso di “iperidrosi primaria idiopatica” certificata da struttura pubblica. Attualmente queste richieste vengono gestite come Erogazione straordinaria.

Il comma 4 dell'Art. 36 (*Terapie fisiche - fisiche – Logopedia – Training del linguaggio e Terapia mio-funzionale*) è stato rivisto per precisare che la ginnastica vestibolare può essere eseguita anche da tecnico audiometrista e la riabilitazione del pavimento pelvico può essere eseguita “anche” da Ostetrici e non “esclusivamente”.

Al comma 7, per la definizione del piano terapeutico logopedico, accolta la figura del Logopedista.

Le modifiche che riguardano le prestazioni che necessitano della valutazione della Linea Sanitaria sono le seguenti:

La prima modifica riguarda l'Art. 38 (*Prestazioni sanitarie soggette ad autorizzazione - Disposizioni generali e aspetti organizzativi*) rivisitato per precisare che per il rinnovo delle autorizzazioni - a favore di soci con invalidità totale o affetti da patologie croniche certificate - sarà cura della Linea Sanitaria valutare la documentazione necessaria secondo le diverse necessità del socio.

Per quanto attiene la *Psicoterapia* (Art.39) al comma 1 estesa l'autorizzazione per i cicli di cura (100 sedute) a 60 mesi anziché 36 mesi e 24 mesi di sospensione.

Questa modifica consente al socio di fruire di tale autorizzazione in un arco di tempo maggiore.

Inoltre, possono essere riconosciuti cicli di 10 sedute prescritte dal medico o pediatra di base o dallo psicoterapeuta ogni 36 mesi anziché una sola volta nella vita associativa.

Una nuova autorizzazione sarà concessa trascorso il periodo dei 60 o 36 mesi. Questi due cicli sono alternativi tra di loro.

Diverse modifiche sono rivolte ai soci con disabilità e riguardano le prestazioni indicate nell'Art.42 (*Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità*).

Innalzato il contributo per la psicoterapia (dal 75% fino a massimo 42 euro al 90% fino a massimo 50 euro) ed estesa anche ai familiari Beneficiari (comma 3).

Come già per la celiachia, per il comma 4 (*Terapia cognitivo – comportamentale*) precisato che non verrà richiesto la certificazione di disabilità fino ai 6 anni di età (*fino all'età scolare la certificazione non viene rilasciata*).

Con il comma 7 (*Presidi sanitari*) previsto un contributo dell'80% fino a massimo 2.000 euro per l'acquisto delle carrozzine elettriche oggi gestite come Erogazione straordinaria.

Inoltre, con il nuovo comma 9 (*Occhiali da vista*) agli iscritti con disabilità totale saranno riconosciuti nuovi contributi per gli occhiali da vista in un periodo temporale più basso di quello previsto per gli altri iscritti (*ogni 6 mesi fino a 8 anni, ogni 9 mesi fino a 21 anni e ogni 18 mesi oltre i 21 anni di età*).

All'Art.42 precisato che oltre i 65 anni di età – come già per gli iscritti con età inferiore ai 18 anni - la certificazione di invalidità riporterà l'indicazione di "Grave disabilità".

Tra le *terapie oncologiche* indicate all'Art.46 inclusa tra le terapie la "Radioterapia metabolica con iodio radio attivo":

All'Art.55 (*Ossigenoterapia iperbarica*) eliminata la specializzazione in Pneumologia. Sarà la Linea Sanitaria che valuterà la necessità in base alla patologia certificata. Tale terapia iperbarica viene eseguita anche a persone con tetraparesi e non solo, quindi, per problemi dell'apparato respiratorio.

Al comma 7 dell'Art. 56 (*Terapia Fisica – Casi di particolare interesse sanitario*) precisato - come già per altre prestazioni - che il contributo può essere riconosciuto anche se fatturato dal fisioterapista o dal tecnico ortopedico.

Per quanto riguarda le *Erogazioni straordinarie* (Art.57) al fine di favorire le richieste degli iscritti disabili con invalidità totale, creato il nuovo comma 6 che definisce l'iter per la gestione delle erogazioni straordinarie con un importo da 1.501 a 5.000.

Per gli *Interventi chirurgici generici in regime privato* (Art.60), dopo un primo periodo di applicazione della nuova classificazione per gravità, riclassificati gli interventi indicati nell'*Allegato C* per definire una nuova fascia che sia intermedia tra la terza e la quarta classe. Per questa nuova classe definito un contributo del 60% della spesa fino a massimo 3.500 euro. Gli interventi chirurgici sono così classificati secondo 5 livelli e non più 4 garantendo una copertura più adeguata.

Sempre nell'ambito degli interventi chirurgici per l'Art. 62 - che definisce le tutele per la *Chirurgia Oculistica* – snellita la norma con l'eliminazione della lettera D e della lettera E in quanto i limiti normativi sono già specificati nell'articolo 60 (*Interventi Chirurgici generici in regime privato*). Si tratta di una precisazione.

Alla lettera A corretto un refuso in merito al valore dell'equivalente sferico (*valore della sfera sommato alla metà del valore del cilindro*) che corrisponde a 4,25 e non a 6.