



NOMENCLATORE TARIFFARIO

DELLE PRESTAZIONI SANITARIE RIMBORSABILI

MAGGIO 2016

*FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI*

PIANI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

I piani di assistenza sanitaria integrativa rappresentano la modalità con cui gli iscritti a FASILL possono accedere al rimborso delle prestazioni sanitarie eseguite.

I piani di assistenza sanitaria FASILL sono di due tipi: BASE e PLUS, le cui caratteristiche e modalità di rimborso sono evidenziate nel presente Nomenclatore Tariffario, per ciascuna delle branche specialistiche indicate.

Il contributo da versare al Fondo varia a seconda del piano di assistenza sanitaria prescelto e della tipologia di iscritto.

Il piano PLUS prevede prestazioni ulteriori e diversificate, come dettagliato nel presente Nomenclatore Tariffario, per i lavoratori che decidono di effettuare un versamento aggiuntivo su base volontaria di euro 5 mensili per se stessi e di euro 5 mensili per ogni componente il proprio nucleo familiare, se iscritto.

Il Nomenclatore Tariffario è suddiviso in otto Sezioni corrispondenti ai seguenti raggruppamenti:

1. VISITE SPECIALISTICHE
2. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
3. DIAGNOSTICA E TERAPIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
4. PREVENZIONE
5. PACCHETTO MATERNITÀ
6. PROTEZIONE NEONATO
7. ODONTOIATRIA
8. TICKET.

Le singole Sezioni sono precedute da "Premesse specifiche di branca" che forniscono chiarimenti e precisazioni relativamente alle spese ammesse a rimborso.

SEZ. 1	VISITE SPECIALISTICHE	pag. 4
SEZ. 2	GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	pag. 6
	CARDIOCHIRURGIA CHIRURGIA VASCOLARE NEUROCHIRURGIA CHIRURGIA TORACICA CHIRURGIA GENERALE CHIRURGIA GINECOLOGICA CHIRURGIA ORTOPEDICA CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLOFACCIALE CHIRURGIA UROLOGICA TRAPIANTI DI ORGANO	
SEZ. 3	DIAGNOSTICA E TERAPIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	pag. 10
	ALTA DIAGNOSTICA: RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA) ANGIOGRAFIA TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) DI ORGANI O APPARATI RADIOLOGIA TRADIZIONALE DIAGNOSTICA NEUROLOGICA (EEG E/O EMG) QUALSIASI ESAME CONTRASTOGRAFICO IN RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
	TERAPIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE: CHEMIOTERAPIA AMBULATORIALE RADIOTERAPIA AMBULATORIALE	
SEZ. 4	PREVENZIONE	pag. 11
	CARDIOVASCOLARE ONCOLOGIA	
SEZ. 5	PACCHETTO MATERNITA'	pag. 12
	ECOGRAFIE VISITE OSTETRICO-GINECOLOGICHE INDENNITÀ DI RICOVERO PARTO	
SEZ. 6	PROTEZIONE NEONATO	pag. 13
SEZ. 7	ODONTOIATRIA	pag. 14
	VISITA SPECIALISTICA DETARTARASI OTTURAZIONE ESTRAZIONI SEMPLICI O COMPLESSE LEVIGATURA RADICOLARE COURETTAGE GENGIVALE	
SEZ. 8	TICKET	pag. 15
	ACCERTAMENTI SANITARI E VISITE SPECIALISTICHE EFFETTUATI PRESSO STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O CON ESSO CONVENZIONATE	

VISITE SPECIALISTICHE

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Per visita specialistica si intende la visita eseguita da medico-chirurgo con titolo di specializzazione.

Sono ammesse a rimborso le spese per visita specialistica fuori dai termini dei 90 giorni rispetto all'intervento chirurgico, relative alle seguenti specializzazioni:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. ALLERGOLOGIA | 27. MALATTIE INFETTIVE – TROPICALI |
| 2. ANDROLOGIA | 28. MEDICINA INTERNA |
| 3. ANESTESIOLOGIA | 29. MEDICINA IPERBARICA |
| 4. ANGIOLOGIA | 30. NEFROLOGIA |
| 5. CARDIOCHIRURGIA | 31. NEUROCHIRURGIA |
| 6. CARDIOLOGIA | 32. NEUROLOGIA |
| 7. CARDIOLOGIA INTERVENTISTA | 33. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE |
| 8. CHIRURGIA DEL PIEDE | 34. OCULISTICA |
| 9. CHIRURGIA DELLA MAMMELLA | 35. ONCOLOGIA MEDICA |
| 10. CHIRURGIA DELLA MANO | 36. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| 11. CHIRURGIA GENERALE | 37. OTORINOLARINGOIATRIA |
| 12. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE | 38. OSTETRICIA E GINECOLOGIA |
| 13. CHIRURGIA PEDIATRICA | 39. PNEUMOLOGIA |
| 14. CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA | 40. RADIOLOGIA INTERVENTISTA |
| 15. CHIRURGIA PROCTOLOGICA | 41. REUMATOLOGIA |
| 16. CHIRURGIA TORACO POLMONARE | 42. SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE |
| 17. CHIRURGIA VASCOLARE | 43. SENOLOGIA |
| 18. DERMATOLOGIA | 44. TERAPIA ANTALGICA |
| 19. DIABETOLOGIA | 45. UROLOGIA |
| 20. EMATOLOGIA | 46. PSICHIATRIA |
| 21. ENDOCRINOLOGIA | |
| 22. FISIATRIA | Con esclusione di: |
| 23. GASTROENTEROLOGIA | • ODONTOIATRIA (CFR. SEZIONE 7) |
| 24. GENETICA | • PSICOTERAPIA |
| 25. GERIATRIA | • MEDICINA ESTETICA |
| 26. IMMUNOLOGIA | • PEDIATRIA |

Per le visite specialistiche dell'intera équipe medica-chirurgica-anestesiologica curante eseguite in regime di ricovero con degenza notturna o day surgery, i compensi sono compresi nelle tariffe esposte per ogni singolo intervento od assistenza medica. Se, invece, la visita specialistica o il consulto, eseguiti in regime di ricovero con degenza notturna o day surgery, sono effettuati da medico chirurgo specialista diverso dal curante dell'equipe medico chirurgica anestesiologica che segue il ricovero, la visita è ammessa a rimborso con le specifiche della Sezione 1.



DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITA' DI RIMBORSO

E' prevista una franchigia per visita sopra la quale la quota di rimborso è fissata al 100% con un massimo rimborsabile che varia fra piano base e piano plus.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
Visita specialistica	€ 60,00	€ 50,00	€ 50,00	€ 100,00
con un massimo annuo/assistito		€ 500,00		€ 700,00

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Tutti gli interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

CARDIOCHIRURGIA

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

CHIRURGIA TORACICA

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo

CHIRURGIA GENERALE

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

CHIRURGIA ORTOPEDICA

(interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma)

- Artroprotesi totale di anca
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA E MAXILLO-FACCIALE

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti

SPESE INCLUSE

- EQUIPE MEDICA
- SALA OPERATORIA
- MEDICINALI
- MATERIALI E PROTESI
- VISITE SPECIALISTICHE
- DIAGNOSTICA INTRA-RICOVERO

Tutte le prestazioni elencate nelle "SPESE INCLUSE", verranno sommate al codice intervento.



DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITA' DI RIMBORSO

Non è prevista franchigia per ricoveri presso strutture convenzionate attraverso il Fondo indipendentemente dal piano sanitario opzionato.

E' fissata una franchigia differenziata in base al piano prescelto per prestazioni presso strutture non convenzionate attraverso il Fondo.

La quota di rimborso è fissata al 100% con un massimale che varia da piano a piano.

Gli accertamenti pre e post diagnostici non sono erogabili in forma diretta.

Il rimborso delle prestazioni relative agli accertamenti pre e post diagnostici è subordinato all'effettiva esecuzione dell'intervento chirurgico.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
A. Tutti gli interventi di cui all'elenco precedente con ricovero presso strutture convenzionate attraverso il Fondo con un massimale annuo/assistito		€ 10.000,00		€ 20.000,00
		€ 70.000,00		€ 70.000,00
B. Tutti gli interventi di cui all'elenco precedente con ricovero presso strutture non convenzionate attraverso il Fondo con un massimale annuo/assistito	€ 1.000,00	€ 10.000,00	€ 500,00	€ 20.000,00
		€ 70.000,00		€ 70.000,00

SONO INCLUSI NEI LIMITI DEI MASSIMALI ANNUI SOPRA SPECIFICATI

Accertamenti diagnostici pre -ricovero relativi all'intervento chirurgico e svolti nei 90 giorni precedenti il ricovero per assistito/anno		€ 900,00		€ 1.200,00
Accertamenti diagnostici e terapie post -ricovero relativi all'intervento chirurgico e svolti nei 90 giorni successivi il ricovero per assistito/anno		€ 900,00		€ 1.200,00
Indennità sostitutiva per ricoveri conseguenti ad interventi chirurgici e per un massimo di 60 notti:				
A. per le prime 15 notti, a notte		€ 75,00		€ 100,00
B. dalla 16 ^a alla 60 ^a notte, a notte		€ 50,00		€ 75,00
Retta di degenza a notte per un massimo di 30 notti		€ 200,00		€ 300,00
Retta di accompagnamento a notte per un massimo di 30 notti		€ 50,00		€ 50,00
Assistenza infermieristica per un massimo di 30 notti		€ 50,00		€ 75,00
Trasporto in ambulanza, quando l'assistito è intrasportabile con mezzi propri, dal proprio domicilio ad un Istituto di cura e viceversa. La prestazione è limitata al territorio nazionale. La garanzia non opera se il trasporto è effettuato per terapie continuative (quali ad es. chemioterapie, dialisi, ecc.)		100%		100%
con massimale di		€ 750,00		€ 1.500,00
Spese sostenute per maggior confort alberghiero presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionate al giorno per un massimo di 15 notti l'anno				€ 100,00

DIAGNOSTICA E TERAPIA DI ALTA

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Sono ammesse a rimborso le seguenti spese per:

ALTA DIAGNOSTICA

- Risonanza Magnetica Nucleare
- Tomografia Assiale Computerizzata
- Medicina Nucleare (Scintigrafia)
- Angiografia
- Tomografia (stratigrafia) di organi o apparati
- Radiologia Tradizionale
- Diagnostica Neurologica (EEG e/o EMG)
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

TERAPIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- Chemioterapia ambulatoriale
- Radioterapia ambulatoriale

DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITÀ DI RIMBORSO

E' previsto un minimo non indennizzabile, un massimale di rimborso a prestazione e un massimale annuo per assistito variabili da piano a piano.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
Diagnostica e/o terapia di alta specializzazione per prestazione	€ 60,00	70%	€ 50,00	80%
con un massimo annuo/assistito		€ 2.500,00		€ 4.000,00

PREVENZIONE

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Sono ammesse a rimborso le spese sostenute per analisi diagnostiche finalizzate alla prevenzione cardiovascolare ed oncologica, erogate in un'unica soluzione in forma di "pacchetto" ogni 24 mesi.

LA GARANZIA PER LA PREVENZIONE **CARDIOVASCOLARE/ONCOLOGICA MASCHILE** È RIVOLTA AGLI ASSISTITI DI **ETÀ MAGGIORE DI 45 ANNI** PER PRESTAZIONI SVOLTE **OGNI DUE ANNI**.

LE PRESTAZIONI PREVISTE SONO:	A. CARDIOVASCOLARE	B. ONCOLOGICA
	<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • Velocità di sedimentazione • Glicemia • Azotemia • Creatininemia • Colesterolo HDL e LDL • Transaminasi • Urine • ECG di base 	<ul style="list-style-type: none"> • Antigene prostatico specifico • Ecografia prostatica e vescicale

LA GARANZIA PER LA PREVENZIONE **CARDIOVASCOLARE/ONCOLOGICA FEMMINILE** È RIVOLTA ALLE ASSISTITE DI **ETÀ MAGGIORE DI 45 ANNI** PER PRESTAZIONI SVOLTE **OGNI DUE ANNI**.

LE PRESTAZIONI PREVISTE SONO:	A. CARDIOVASCOLARE	B. ONCOLOGICA
	<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • Velocità di sedimentazione • Glicemia • Azotemia • Creatininemia • Colesterolo HDL e LDL • Transaminasi • Urine • ECG di base 	<ul style="list-style-type: none"> • Pap test o citologico endocervicale • Mammografia bilaterale

DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITÀ DI RIMBORSO

La quota di rimborso è del 100% presso le strutture convenzionate attraverso il Fondo. Il rimborso massimo presso le strutture non convenzionate attraverso il Fondo varia da piano a piano e per tipologia di prevenzione.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
Prevenzione ogni 2 anni presso strutture convenzionate:				
A. Cardiovascolare		100%		100%
B. Oncologica		100%		100%
Prevenzione ogni 2 anni presso strutture non convenzionate:				
A. Cardiovascolare		€ 80,00		€ 120,00
B. Oncologica		€ 120,00		€ 180,00

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Sono ammesse a rimborso le seguenti spese per:

- ECOGRAFIE
- VISITE OSTETRICO-GINECOLOGICHE
- INDENNITÀ DI RICOVERO PARTO



DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITÀ DI RIMBORSO

E' previsto un numero massimo di prestazioni rimborsabili e una percentuale di rimborso variabile da piano a piano e a seconda che si tratti di strutture convenzionate o non convenzionate attraverso il Fondo.

E' previsto inoltre un massimale annuo per assistita.

E' richiesto il certificato di gravidanza per accedere alle prestazioni altrimenti sono considerate non erogabili.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
Pacchetto maternità presso strutture convenzionate con il Fondo				
1. Ecografie (max 3 a gravidanza)		100%		100%
2. Visite ostetrico-ginecologiche (max 3 a gravidanza)		100%		100%
3. Indennità di ricovero parto a notte (max 7 notti)		€ 50,00		€ 100,00
con un massimo annuo/assistita		€ 500,00		€ 1.000,00
Pacchetto maternità presso strutture non convenzionate con il Fondo				
4. Ecografie (max 3 a gravidanza)		70%		70%
5. Visite ostetrico-ginecologiche (max 3 a gravidanza)		70%		70%
6. Indennità di ricovero parto a notte (max 7 notti)		€ 50,00		€ 100,00
con un massimo annuo/assistita		€ 500,00		€ 1.000,00

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Sono ammesse a rimborso le spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

Sono comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento e la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

Per il riconoscimento della "Protezione neonato" è necessario che l'iscritto invii tutta la documentazione al Fondo in un'unica soluzione.



DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITÀ DI RIMBORSO

E' previsto un massimale di rimborso annuo e per neonato iscritto.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
Protezione neonato con un massimo annuo/assistito		€ 5.000,00		€ 5.000,00

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Sono ammesse a rimborso le spese sostenute esclusivamente presso strutture convenzionate attraverso il Fondo.

Il pacchetto di assistenza varia da piano a piano.

Sono rimborsate le spese sostenute **presso strutture convenzionate attraverso il Fondo per:**

- 1 VISITA SPECIALISTICA L'ANNO
senza partecipazione alla spesa dell'assistito
- UN MASSIMO DI 2 DETARTARASI L'ANNO
con partecipazione alla spesa dell'assistito di 10€ a prestazione
- 1 OTTURAZIONE OGNI 3 ANNI PER ELEMENTO DENTARIO
con partecipazione alla spesa dell'assistito di 40€ per il piano base (20€ per il piano plus) a otturazione.

Per il **piano plus** sono previsti anche estrazioni semplici o complesse e levigatura radicolare e courettage gengivale con partecipazione alla spesa dell'assistito di 20 € a prestazione.

DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITA' DI RIMBORSO

E' previsto il rimborso di spese sostenute presso strutture convenzionate attraverso il Fondo, con modalità variabili da piano a piano e con un massimale annuo per assistito.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
Prestazioni odontoiatriche presso strutture convenzionate				
• N. 1 visita specialistica/anno/assistito		100%		100%
• Massimo n. 2 detartarasi anno/assistito	€ 10,00		€ 10,00	
• Massimo n. 1 otturazione per elemento dentario/ogni 3 anni/assistito	€ 40,00		€ 20,00	
• Estrazioni semplici o complesse			€ 20,00	
• Levigatura radicolare			€ 20,00	
• Courettage gengivale			€ 20,00	
con massimale previsto annuo/assistito		€ 250,00		€ 500,00

PREMESSE SPECIFICHE DI BRANCA

Sono ammesse a rimborso le spese per ticket per accertamenti sanitari e visite specialistiche effettuati presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionate.

Con esclusione di ticket per:

- PER SPESE TERMALI
- PER MEDICINALI
- PER PRESTAZIONI COMUNQUE ESCLUSE DAL PIANO SANITARIO

FASILL rimborsa il ticket e non le quote di compartecipazione aggiuntive fissate a livello nazionale e/o regionale.

DESCRIZIONE PRESTAZIONE E MODALITA' DI RIMBORSO

La quota di rimborso è fissata al 100% con un massimale annuo variabile da piano a piano.

DESCRIZIONE	MODALITÀ DI RIMBORSO			
	PIANO BASE		PIANO PLUS	
	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX	FRANCHIGIA	RIMBORSO MAX
TICKET SSN o strutture con lo stesso convenzionate		100%		100%
con massimale previsto annuo/assistito		€ 300,00		€ 500,00



Per qualsiasi informazione è
a disposizione il **CONTACT CENTER**,
attivo dal lunedì al venerdì
dalle ore 9.00 alle 17.00,
al numero **06 45759001**

SEDE DIREZIONALE

Viale Pasteur, 8
00144 Roma
Tel. 06 5903430
Fax 06 5918648

fasiil@fasiil.it

fasiil@pec.fasiil.it

www.fasiil.it