

PROCEDURA AZIENDALE

“Percorso di tutela” di accesso alternativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Premessa

I “**Percorsi di tutela**” sono i percorsi aziendali individuati a garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità indicata sulla singola prescrizione, qualora questi non possano essere rispettati con le procedure ordinarie.

Le procedure attualmente attive in ASREM prevedono i seguenti percorsi già disponibili in automatico all’atto della prenotazione:

- prenotazioni sulle agende istituzionali dei privati accreditati presenti nel CUP UNICO REGIONE MOLISE;
- prenotazioni sulle agende di recupero liste di attesa degli specialisti ambulatoriali ASREM;
- prenotazioni sulle agende dei privati accreditati dedicati all’abbattimento delle liste di attesa;
- inserimento forzato in agenda interna degli specialisti ambulatoriali ASREM;
- prenotazione in ALPI;
- inserimento in prelista dei pazienti per i quali non è stato possibile rispettare i tempi di priorità indicati nell’impegnativa.

Pazienti aventi diritto

Accedono al “**Percorso di tutela**” i cittadini residenti nella Regione Molise e/o gli utenti a

carico del Servizio Sanitario Regionale provvisti di impegnativa “**prima visita specialistica**” o “**prima prestazione diagnostica**” per le quali l’Azienda non riesca a garantire il tempo massimo previsto dalla classe di priorità indicata dal medico prescrittore.

In tali circostanze le procedure aziendali prevedono l’attivazione automatica in sequenza dei percorsi elencati in premessa.

Infine, laddove, nonostante l’attivazione di tali percorsi, non sia possibile garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, le procedure aziendali prevedono che l’utente possa ricorrere a effettuare la prestazione in regime privato, con costi, che in entrambi i casi, saranno rimborsati dall’Azienda, al netto del ticket, se previsto.

Presupposti per il rimborso

Il rimborso è concesso esclusivamente nei seguenti casi:

- **Tempi di attesa non compatibili con la salute dell'utente:** l'utente deve dimostrare, attraverso la prescrizione medica, l'urgenza della prestazione e la mancanza di disponibilità in tempi adeguati presso le strutture del SSN;
- **Prescrizione appropriata:** la prescrizione deve essere conforme ai criteri di appropriatezza definiti dalla normativa nazionale;
- **Impossibilità di accesso al SSN:** l'utente deve allegare prova di aver tentato la prenotazione tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) o altre modalità previste.

Prova di indisponibilità

L’impossibilità di accesso al SSN può essere attestata attraverso uno dei seguenti documenti:

- promemoria di prenotazione rilasciato dallo sportello CUP, da cui risulti che **la prima disponibilità è fuori dal tempo massimo** di garanzia previsto dalla classe di priorità indicata dal medico prescrittore;
- promemoria di prenotazione rilasciato dallo sportello CUP, da cui risulti che **la prenotazione è stata inserita nella prelista.**

Prelista

Nel caso in cui non sia disponibile alcuna agenda di prenotazione per una specifica prestazione richiesta (a causa della saturazione di tutti i calendari delle agende CUP o di un'effettiva mancanza della prestazione nell'offerta aziendale) e risulti quindi impossibile registrare la prenotazione, gli sportelli CUP e il CALL CENTER prospettano al cittadino la possibilità di essere registrato nella Prelista.

La finalità principale dello strumento è quella di minimizzare il disagio al cittadino che diversamente, per riuscire a prenotare, dovrebbe ricontattare il CUP anche più volte in momenti successivi: ai fini del percorso di tutela l'inserimento in prelista rappresenta anche la prova di indisponibilità della prestazione.

Qualora accetti la proposta di essere registrato nella Prelista, al cittadino viene rilasciato un particolare promemoria di prenotazione che riporta il codice di identificazione e la data di inserimento in prelista, che attesta l'effettiva registrazione.

In particolare, i cittadini inseriti nelle Preliste saranno contattati dal CALL CENTER del CUP, con una tempistica che consenta di rispettare la priorità definita dalla prescrizione.

Richiesta di rimborso

L'utente che non abbia avuto accesso, nei termini massimi di garanzia, ad uno dei percorsi elencati in premessa, già disponibili in automatico all'atto della prenotazione, può chiedere il rimborso dei costi sostenuti entro i massimali, che saranno stabiliti con separato atto, al netto del ticket, se dovuto.

Al fine di ottenerne il rimborso l'utente deve presentare alla **S. C. Integrazione Ospedale Territorio e Sociosanitaria**, utilizzando l'indirizzo pec aziendale **asrem@pec.it**, la seguente documentazione:

- formale richiesta di rimborso (**Allegato B**) per prestazioni specialistiche (visita e/o prestazione specialistica), in cui dovrà dichiarare, *ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000*, di non aver potuto usufruire della prestazione entro i tempi di garanzia previsti allegando le prove di indisponibilità di cui al punto precedente;

- fotocopia impegnativa prescrizione medica;
- prova di indisponibilità: promemoria di prenotazione con l'indicazione della prima data utile offerta dall'Azienda o attestazione di inserimento in Prelista;
- fattura quietanzata;
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- fotocopia tessera sanitaria;
- coordinate IBAN del conto corrente sul quale effettuare il rimborso.

La procedura aziendale del “**Percorso di tutela di accesso alternativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale**” viene resa disponibile agli utenti sul sito web aziendale www.asrem.molise.it con l'allegata modulistica insieme ad ogni utile informazione e comunicazione.

Criteri di valutazione

L'Azienda procederà alla verifica:

- **dell'appropriatezza prescrittiva** in base ai criteri definiti dalla normativa (es. condizioni di erogabilità e indicazioni specifiche della prestazione);
- **dell'effettiva indisponibilità della prestazione** entro il tempo massimo di garanzia previsto dalla classe di priorità (attraverso la verifica sulla prova di indisponibilità);
- **della congruità dei costi** rispetto alle tariffe massime stabilite dall'Azienda.

Tempi e modalità di rimborso

- **Termine per la presentazione della domanda:** entro 90 giorni dalla data della prestazione;
- **Esito della domanda:** comunicazione entro 90 giorni dalla ricezione della richiesta;
- **Modalità di rimborso:** accredito sul conto corrente indicato o comunicazione motivata in caso di rigetto.