

**DGR 16-817/2025/XII -ASSEGNAZIONE
OBIETTIVI DI ATTIVITA' AI DIRETTORI
GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE
REGIONALI PER L'ANNO 2025**

**PIANO OPERATIVO PER L'APPROPRIATEZZA DELLE
VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

AOU AL

Dicembre 2025

PREMESSA

Il presente piano operativo è finalizzato a garantire l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'ambito dell'AOU di Alessandria in collaborazione con l'ASL AL, in conformità alle normative nazionali e regionali ed agli obiettivi di qualità e sostenibilità del sistema sanitario.

QUADRO NORMATIVO

Il piano si basa sui seguenti riferimenti normativi:

- Decreto Ministeriale 9/12/2015
- Delibere della Giunta Regionale Piemonte n. 110-9017/2019, n. 4-4878/2022.
- Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) per la definizione delle classi di priorità e dei tempi massimi di attesa.
- Linee guida regionali per la gestione delle prescrizioni e delle agende di prenotazione.
- PNGLA (Piano Nazionale Governo Liste di Attesa)
- Linee guida regionali appropriatezza prescrittiva

AZIONI OPERATIVE

Con DGR 26-801/2025/XII DEL 17 FEBBRAIO 2025 ACCORDO DI COMMITTENZA EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 CON ASL AL, all'Art. 6, le parti hanno istituito un tavolo di monitoraggio e di verifica, con compiti di valutare, in termini di appropriatezza, la produzione di cui all'accordo di committenza.

Tale tavolo, chiamato a incontri, di norma, bimestrali, è costituito in forma paritetica in un numero massimo di n.3 rappresentanti per ciascuna Azienda Sanitaria e da un soggetto esterno da individuarsi congiuntamente.

L'ASL e l'AOU si impegnano ad istituire un tavolo congiunto per monitorare l'andamento della produzione del territorio nel triennio, nonché per definire congiuntamente modalità di attuazione delle azioni previste dalla DGR 26-801 del 17/02/2025 laddove sia prevista ed auspicabile una modalità coordinata di gestione delle attività

Con delibera aziendale n° 235 del 30/04/2025 è stato individuato il gruppo di lavoro aziendale AOU a tal riguardo.

A seguito di ulteriori indicazioni Regionali è stato poi ridefinito l'Accordo di committenza con l'ASL AL per il triennio 2025–2027 (Delibera n. 321 del 19/06/2025).

Nell'ambito del tavolo previsto dall'accordo, si svolti due incontri istituzionali, rispettivamente in data 29 luglio 2025 e 21 ottobre 2025 nel corso dei quali il gruppo di lavoro ha analizzato i dati e approfondito diversi ambiti strategici, tra cui:

- la mobilità passiva;
- i volumi di produzione;
- i tempi di attesa;
- l'appropriatezza delle prestazioni.

Su proposta del supporto tecnico esterno individuato, è stata effettuata una mappatura degli aspetti sopra indicati, raggruppati per alta e medio-bassa specialità con lo scopo di individuare le aree critiche, quelle di eccellenza e le azioni comuni di miglioramento.

Nel corso dell'ultimo incontro effettuato in data 23/12/2025 le aziende hanno condiviso le risultanze dell'analisi dei dati e della mappatura, le azioni poste in essere dai gruppi aziendali e individuato il piano di attività e miglioramento congiunto per l'anno 2026.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva, infatti, entrambe le Aziende hanno avviato specifiche analisi e iniziative, che confluiranno in una presa in carico congiunta nel corso del 2026.

Di seguito si riporta il piano operativo per l'appropriatezza prescrittiva dell'AOU AL.

Le azioni operative previste includono:

- monitoraggio periodico dei tempi di attesa e rimodulazione delle agende per le prestazioni critiche.
- implementazione di criteri di governance della domanda per ridurre le prestazioni non appropriate.
- riduzione delle prescrizioni non appropriate tramite analisi periodica a campione e confronto con i medici.
- utilizzo e aggiornamento degli indicatori di monitoraggio per valutare consumi, ripetizioni esami e priorità RAO.

STRUMENTI

Gli strumenti a supporto del piano comprendono:

- Manuale RAO e regolamenti aziendali per la gestione delle prescrizioni.
- Sistemi informativi integrati per la gestione delle agende e il monitoraggio delle performance.
- Azioni straordinarie come overbooking

INDICATORI DI MONITORAGGIO

Gli indicatori per la valutazione dell'efficacia del piano sono:

- percentuale di prescrizioni conformi al Manuale RAO.
- tempi medi di attesa per ciascuna classe di priorità.
- numero di prestazioni inappropriate rilevate.

AZIONI COMPLETATE NEL 2025

COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI AUDIT AZIENDALE

Nel corso del 2025 è stato sviluppato il progetto aziendale annuale finalizzato alla valutazione e al miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali, in coerenza con i criteri dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO) e con le indicazioni regionali vigenti.

Con Delibera n. 557 è stato istituito il Gruppo di Lavoro Aziendale per l'Appropriatezza, con il compito di coordinare le attività di audit sulle prescrizioni, sia dei professionisti interni sia dei prescrittori esterni all'Azienda.

Il Gruppo di Lavoro Aziendale per l'Appropriatezza è composto dai seguenti professionisti:

- dott. Luciano Bernini, Direttore Sanitario;
- prof. Massimiliano Panella, Direttore SCDU Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri;
- prof. Luigi Mario Castello, Direttore SCDU Medicina;
- dott. Alfredo Muni, Direttore SC Medicina Nucleare;
- dott. Gianfranco Pistis, Direttore SC Cardiologia;
- ing. Roberta Bellini, Direttore SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa;
- dott.ssa Maria Teresa Dacquino, Dirigente SC Formazione, Comunicazione, Fundraising e Processi Amministrativi DAIRI.

I compiti del Gruppo di Lavoro sono quelli previsti dalla DGR n. 16-817 e, in particolare, comprendono lo sviluppo di un progetto aziendale annuale di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello di audit e feedback, articolato nelle seguenti fasi:

- costituzione del gruppo di audit aziendale congiunto tra ASL e AO/AOU;
- analisi e individuazione delle visite e delle prestazioni critiche e a rischio di inappropriatezza;
- definizione del modello prescrittivo di riferimento, in coerenza con i criteri RAO e con le raccomandazioni delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali;
- individuazione di criteri, indicatori e standard di riferimento;
- raccolta dei dati e verifica delle prescrizioni dei MMG, PLS, SAI e dei medici ospedalieri sulla base del modello definito;
- elaborazione della reportistica e analisi degli scostamenti;
- definizione degli obiettivi e attuazione delle azioni di miglioramento ritenute efficaci e fattibili, attraverso interventi di correzione e standardizzazione;

La Direzione Medica di Presidio ha effettuato controlli a campione mediante l'utilizzo delle Schede RAO, valutando per ciascuna prestazione la richiesta clinica, la congruità della classe di priorità assegnata, la pertinenza del quesito diagnostico e l'appropriatezza dell'accertamento prescritto.

AZIONI INTRAPRESE

Nel bimestre gennaio–febbraio 2025 sono state analizzate 13.716 ricette dematerializzate emesse dagli specialisti dell'AOU AL. L'appropriatezza della classe di priorità assegnata ai primi accessi è risultata nel complesso adeguata; tuttavia, è emersa una rilevante criticità nella formulazione del quesito diagnostico, che in numerosi casi risultava assente, generico o non sufficientemente specifico rispetto alla reale motivazione clinica della richiesta.

Per quanto concerne i controlli e i secondi accessi, è stata osservata una tendenza trasversale all'attribuzione di classi di priorità più elevate in assenza di un'adeguata giustificazione clinica, talvolta riconducibile a motivazioni organizzative legate al ritardo dei pazienti nella prenotazione degli accertamenti indicati. Tale comportamento ha determinato l'emissione di prescrizioni in classe B non supportate da una reale urgenza clinica. A seguito di tali evidenze, la Direzione Medica dei Presidi, in collaborazione con la SC ASSIO, ha richiamato gli specialisti alla necessità di emettere la prescrizione contestualmente alla visita e di sollecitare il paziente alla prenotazione immediata delle prestazioni prescritte.

Nel periodo marzo–aprile 2025 è stato condotto un ulteriore audit su 13.384 ricette, pari a circa il 72% del totale delle prescrizioni emesse nello stesso periodo. Anche in questa fase la classe di priorità è risultata generalmente appropriata, mentre la compilazione del quesito diagnostico ha confermato le criticità già rilevate, con descrizioni spesso incomplete o poco pertinenti. È stata inoltre confermata la tendenza a

classificare come primo accesso prestazioni che, di fatto, costituivano controlli, nonché a utilizzare classi di priorità non supportate da elementi clinici oggettivi.

L'analisi interna ha evidenziato che tali comportamenti sono frequentemente riconducibili al tentativo dei clinici di garantire il rispetto delle tempistiche previste per follow-up, rinnovi di piani terapeutici o controlli programmati, in presenza di una prenotazione tardiva da parte dei pazienti. Anche a seguito di questa seconda revisione, sono state ribadite ai professionisti le indicazioni operative per una corretta emissione e gestione delle prescrizioni.

Nel mese di maggio 2025 l'attività di audit è stata estesa ai prescrittori esterni, con particolare riferimento ai Medici di Medicina Generale. Sono state analizzate 1.364 prestazioni su un totale di 23.278 ricette dematerializzate non emesse da specialisti dell'AOU AL. Le prestazioni oggetto di verifica hanno riguardato cinque accertamenti strumentali (TC torace, RM encefalo–tronco encefalico–giunzione cranio-spinale, RM muscolo-scheletrica, ecocolordoppler cardiaco, EGDS) e due prime visite specialistiche (cardiologica con ECG e dermatologica).

Dall'analisi sono emerse criticità sia in relazione all'appropriatezza della classe di priorità attribuita in funzione del quesito diagnostico, sia per quanto concerne la corretta indicazione della tipologia di accesso. In diversi casi, prestazioni di controllo sono state erroneamente classificate come primi accessi e sono state attribuite priorità non giustificate, ad esempio in occasione del rinnovo di piani terapeutici. Con riferimento alla RM muscolo-scheletrica, sono stati riscontrati casi di utilizzo inappropriato dell'esame in presenza di quadri artrosici, per i quali, secondo le linee guida, l'indagine di primo livello dovrebbe essere rappresentata dalla radiografia.

Nell'ultima parte dell'anno, e in particolare nel mese di novembre 2025, sono stati avviati incontri strutturati e formalmente verbalizzati con i prescrittori delle specialità maggiormente coinvolte nei controlli RAO. Tali incontri hanno avuto l'obiettivo di condividere le criticità emerse, analizzarne le cause e individuare modalità di miglioramento sia sul piano organizzativo sia su quello prescrittivo.

Le attività svolte nel corso del 2025 hanno consentito di individuare alcune aree di criticità ricorrenti, tra cui la scarsa specificità del quesito diagnostico, l'uso improprio delle classi di priorità nelle prestazioni di controllo e errori nella classificazione della tipologia di accesso, in particolare nelle prescrizioni dei MMG. Il lavoro del Gruppo di Lavoro Aziendale per l'Appropriatezza prosegue attraverso programmi di monitoraggio continuo, confronto con i professionisti e iniziative di standardizzazione delle procedure, con l'obiettivo di migliorare progressivamente la qualità prescrittiva e la coerenza con i criteri RAO.

Sono attualmente in corso ulteriori incontri con gli specialisti dell’AOU AL, alla luce dei controlli di appropriatezza effettuati, finalizzati a una mappatura operativa delle principali criticità riscontrate. Il primo incontro si è svolto in data 19 novembre 2025 con la Struttura di Dermatologia, con particolare attenzione alle prestazioni monitorate dal PNGLA.

Con la collaborazione dei Direttori di Distretto dell’ASL AL, l’obiettivo è pianificare per l’anno 2026 momenti strutturati di confronto tra specialisti dell’AOU e MMG/PLS, al fine di favorire il dialogo, migliorare l’appropriatezza prescrittiva e rafforzare l’integrazione ospedale–territorio. In ambito dermatologico, a titolo esemplificativo, è stato programmato un incontro con i MMG volto a focalizzare l’attenzione sulla corretta individuazione della classe di priorità in relazione alla specifica condizione clinica del paziente, in coerenza con il modello RAO e con quanto emerso dai piani di lavoro della Struttura.

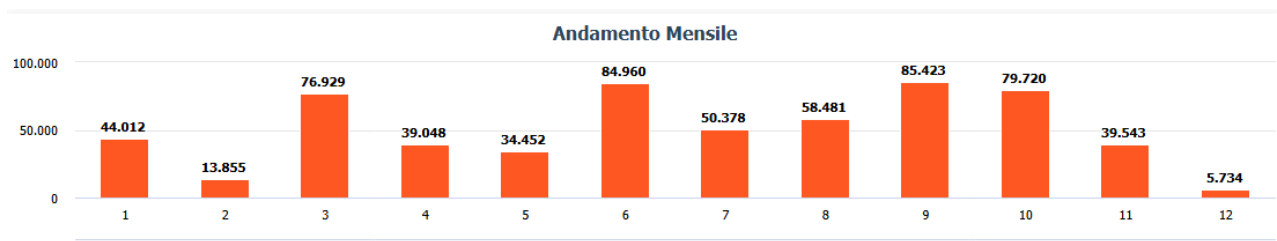
Dal confronto diretto con gli specialisti si prevede di elaborare una proposta strutturata di incontri di condivisione e approfondimento, da sottoporre successivamente ai Direttori di Distretto dell’ASL AL per la definizione della calendarizzazione e delle modalità organizzative più idonee a massimizzare la partecipazione dei professionisti del territorio.

ULTERIORI AZIONI IN TEMA DI APPROPRIATEZZA - IL PROGETTO “LESS IS MORE”

Nasce con l’obiettivo di ridurre l’inappropriatezza prescrittiva, migliorando la qualità e la sicurezza delle cure e contenendo sprechi e inefficienze. Si tratta di un obiettivo strategico individuato dalla Direzione Generale e inserito nel Piano Organizzativo Aziendale (POA) trasmesso in Regione il 30 marzo 2025.

L’iniziativa si ispira alle raccomandazioni della campagna internazionale *Choosing Wisely*, orientata all’identificazione e alla riduzione delle pratiche diagnostiche e terapeutiche a basso valore aggiunto. In ambito microbiologico e infettivologico, il sovrautilizzo di test può determinare eventi avversi, favorire un’eccessiva prescrizione antibiotica e contribuire al prolungamento delle degenze.

Presso l’AOU di Alessandria, microbiologi, infettivologi, operatori del Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) e il Gruppo Antimicrobial Stewardship (AST) sono già attivamente coinvolti nel miglioramento del valore dell’assistenza. Nell’ambito del progetto sono state individuate specifiche criticità relative all’appropriatezza di alcune prescrizioni di indagini e trattamenti infettivologici, che costituiscono oggetto di revisione, monitoraggio e controllo, con l’obiettivo di promuovere un utilizzo più appropriato e coerente con le evidenze scientifiche.



L'analisi del trend dei costi evidenzia come la variabilità della spesa sia direttamente correlata ai comportamenti prescrittivi e al grado di aderenza alle buone pratiche cliniche. L'avvio del progetto **LESS IS MORE** nel mese di settembre consente di considerare i dati precedenti come baseline di riferimento per valutare in modo strutturato l'impatto delle azioni di miglioramento.

Il progetto si configura come un intervento di razionalizzazione clinica, orientato alla riduzione dei test a basso valore aggiunto, con benefici in termini di appropriatezza, sicurezza del paziente e allocazione efficiente delle risorse. I primi segnali di riduzione e stabilizzazione dei costi indicano un cambiamento positivo, fondato su un modello collaborativo in cui laboratorio, clinici, ASSIO e Direzione Generale operano in modo integrato. Il mantenimento di tale alleanza rappresenta la condizione essenziale per la costruzione di un modello di **diagnostic stewardship** sostenibile e replicabile nel tempo.

PREVISIONI DI ULTERIORI AZIONI

Alla luce delle evidenze emerse nel corso delle attività di audit & feedback svolte nel 2025, il Gruppo di Lavoro Aziendale per l'Appropriatezza prevede, per l'anno 2026, l'implementazione delle seguenti azioni di sviluppo e consolidamento.

Rafforzamento del modello di audit e feedback

- Prosecuzione degli audit periodici sulle prescrizioni interne ed esterne, con ampliamento del campione analizzato e focalizzazione sulle prestazioni a maggiore impatto sui tempi di attesa e sui volumi PNGLA.
- Restituzione strutturata dei risultati ai prescrittori attraverso report periodici e incontri dedicati, finalizzati alla condivisione delle criticità e delle buone pratiche.

Standardizzazione delle modalità prescrittive

- Definizione e diffusione di indicazioni operative aziendali per la corretta compilazione del quesito diagnostico e per l'attribuzione della classe di priorità, in coerenza con il Manuale RAO e le linee guida regionali.

- Progressiva armonizzazione dei comportamenti prescrittivi tra specialisti AOU e MMG/PLS, con particolare attenzione alla distinzione tra primo accesso e controllo.

Integrazione ospedale–territorio

- Organizzazione di incontri strutturati e multidisciplinari tra specialisti AOU e MMG/PLS, in collaborazione con i Direttori di Distretto ASL AL, finalizzati al confronto clinico-organizzativo sulle prestazioni a maggiore rischio di inappropriately.
- Sviluppo di percorsi condivisi per la gestione dei follow-up, dei rinnovi dei piani terapeutici e delle prestazioni di controllo programmato.

Valutazione degli esiti

- Monitoraggio continuo degli effetti delle azioni intraprese in termini di appropriatezza prescrittiva, riduzione delle prestazioni inappropriate, miglioramento dei tempi di attesa e contenimento della spesa.
- Rivalutazione periodica degli interventi e riavvio del ciclo di audit, secondo un modello di miglioramento continuo.