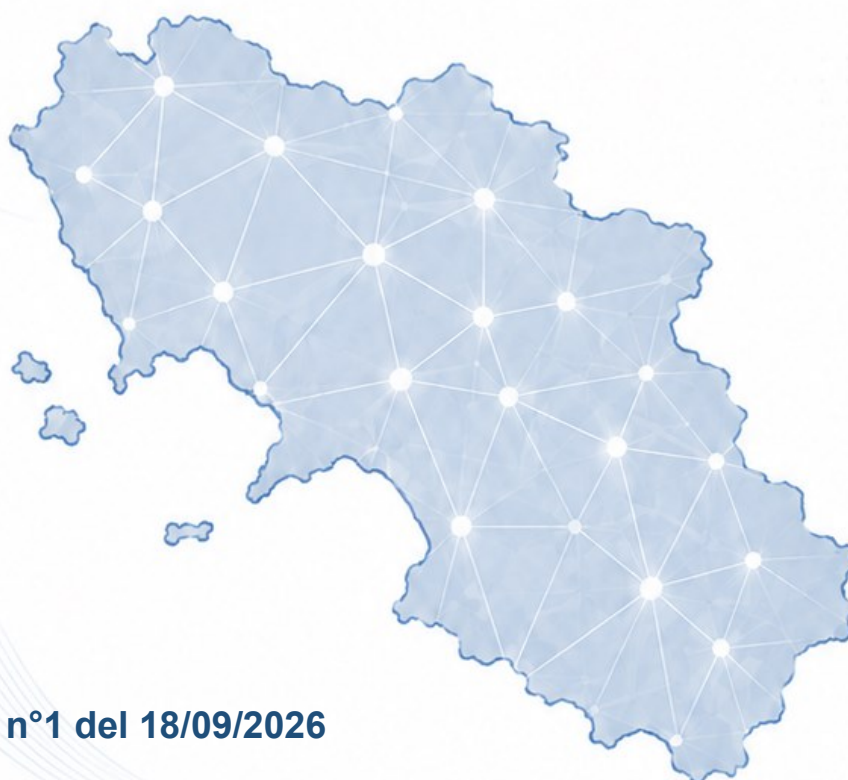


Rapporto di ricerca progetto **ValPeROC**

La Valutazione del Percorso della Rete Oncologica Campana

I risultati della V annualità



Versione n°1 del 18/09/2026



Per qualsiasi commento, considerazione o richiesta di informazioni
è possibile contattare il **Dott. Sandro Pignata** e il
Prof. Francesco Schiavone scrivendo ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

 s.pignata@istitutotumori.na.it

 francesco.schiavone@uniparthenope.it

A cura di

Prof. Francesco Schiavone, Professore Ordinario di Economia e Gestione delle Imprese, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott. Sandro Pignata, Responsabile Scientifico ROC & Direttore SC Oncologia Clinica Sperimentale Uroginecologica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott. Francesco Perrone, Direttore SC Sperimentazioni Cliniche, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Prof. Giorgia Riveccio, Professore Associato in Statistica Economica, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott.ssa Anna Bastone, Assegnista di ricerca in Management, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott.ssa Anna Pia Di Iorio, Dottoranda in Economica, Statistica e Sostenibilità, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott.ssa Annaluce Mandiello, Dottoranda in Imprenditorialità e Innovazione, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott.ssa Ilaria Tufano, Dottoranda in Imprenditorialità e Innovazione, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott. Raffaele Storti, Dottorando in Imprenditorialità e Innovazione, Università degli Studi di Napoli Parthenope

Dott.ssa Anna Crispo, Dirigente Statistico SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott.ssa Laura Arenare, Dirigente Statistico SC Sperimentazioni Cliniche, Istituto Nazionale Tumori, IRCCS - Fondazione G. Pascale

Dott.ssa Elisabetta Coppola, Ricercatore Sanitario, SC Oncologia Clinica Sperimentale Uroginecologica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott.ssa Maria Grimaldi, Collaboratore di ricerca clinica, SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione

Dott.ssa Flavia Nocerino, Collaboratore di ricerca clinica, SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott.ssa Paola Rocco, Borsista, SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott.ssa Assunta Luongo, Ricercatore Sanitario, SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott. Davide D'Errico, Coordinatore dei Case Manager della ROC, SC Oncologia Clinica Sperimentale Uroginecologica, Istituto Nazionale Tumori, IRCCS - Fondazione G. Pascale

Dott. Francesco Pio Maria Di Carlo, Borsista, SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Dott. Sergio Coluccia, Ricercatore Sanitario, SC Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G. Pascale

Indice

1. Introduzione	5
2. Il progetto ValPeROC.....	11
3. Albero della performance e piano degli indicatori.....	13
4. Il disegno progettuale	14
6. Gli indicatori della V annualità	19
6.1 Eterogeneità dell'Extended Team	21
6.2 Coinvolgimento nel GOM di figure di supporto.....	22
6.3 Percentuale di pazienti nel tempo Pre-GOM prestabilito - Da prima diagnosi a 1° visita GOM (misura qualità del sistema sanitario regionale Pre-GOM)	22
6.4 Percentuale di pazienti nel tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	24
6.5 Percentuale di pazienti nel tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale).....	25
6.6 Percentuale di esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	26
6.7 Percentuale di pazienti che per propria volontà sceglie di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso altra struttura esterna alla ROC.....	27
6.8 Patient Satisfaction: Accessibilità e tempi di attesa.....	27
6.9 Patient Satisfaction: Grado di qualità dell'assistenza medica.....	27
6.10 Patient Satisfaction: Caratteristiche complementari del servizio	27
6.11 Percentuale di esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente alla struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale).....	28
6.12 Percentuale pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente alla struttura ospedaliera del GOM (misura livello di "internalizzazione" di GOM e Ospedale)	28
6.13 Efficienza del lavoro	29
6.14 Percentuale di esami diagnostici effettuati in Pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	29
6.15 Percentuale costi per esami diagnostici eseguiti Pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM.....	30
6.16 Costi per esami diagnostici inappropriati.....	31
6.17 Percentuale dei MMG con credenziali di accesso alla piattaforma ROC.....	31

6.18 Percentuale di pazienti inviati in piattaforma ROC dai MMG.....	31
7. La Ricognizione 2026 dei case manager della Rete Oncologica Campana	32
8. I trend della Rete Oncologica Campana.....	33
9. La popolazione migrante della Rete Oncologica Campana.....	38
10. La tossicità finanziaria nei pazienti oncologici campani.....	42
11. Implementazione della continuità territoriale nella Rete Oncologica Campana	44
12. Valutazione Preliminare del Coinvolgimento del Paziente nel Processo Decisionale di Cura	46
13. La Performance della ROC: Focus esami interni ed esterni.....	48
14. L'analisi dei costi	49
14.1 Costi nel percorso diagnostico in ROC (Fase pre-GOM e GOM)	49
14.2. Costi per struttura interna ed esterna	49
14.3. Costi per centro di presa in carico	50
14.4. Costi Pre-GOM e GOM per sede della patologia	51
14.5. Costi per esami inappropriati per sede della patologia.....	53
14.6. Costi per esami ripetuti per sede della patologia.....	55
14.7. Riepilogo delle inefficienze e scenari di risparmio potenziale.....	56
15. Conclusioni.....	58
Bibliografia	60
Appendice	61

1. Introduzione

La Rete Oncologica Campana (ROC) costituisce un modello strutturato di *governance* clinico-assistenziale, istituito con la finalità strategica di superare la frammentarietà dei percorsi di cura sul territorio campano. L'infrastruttura di rete mira a standardizzare le prestazioni e a omogeneizzare i livelli qualitativi dell'assistenza, garantendo un'offerta equa su tutto il territorio regionale. Il percorso di consolidamento normativo, organizzativo e funzionale ha seguito una precisa cronologia di tappe fondamentali:

Settembre 2016: Istituzione formale della rete con il Decreto n° 98. Il provvedimento definisce l'architettura d'insieme del network, formalizzando le interconnessioni tra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere.

Anno 2017: Attivazione operativa su scala aziendale dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), intesi come cellule fondamentali per la presa in carico collegiale e interprofessionale dei pazienti.

Anno 2018: Definizione e codifica dei primi Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali unici. Contestualmente viene implementata la piattaforma web modulare centralizzata per la tracciabilità delle coorti.

Anno 2019: Evoluzione funzionale verso i GOM interaziendali fra ospedali e ASL, finalizzati ad abbattere le barriere organizzative tra aziende produttrici di prestazioni e ad avviare l'integrazione

Anno 2021: Estensione formale del perimetro di rete alle Case di Cura accreditate, completando l'integrazione del sistema pubblico-privato accreditato sotto un'unica egida di regole e monitoraggio.

Anni 2022 - 2024: Consolidamento e potenziamento dei servizi digitali di rete, finalizzati all'ottimizzazione della continuità ospedale-territorio e alla cooperazione applicativa fra applicativi locali e piattaforma di rete.

Anni 2025 - 2026: Integrazione strutturale dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nella ROC.

La missione della ROC si articola in quattro direttrici strategiche interconnesse, orientate all'ottimizzazione nell'allocazione delle risorse sanitarie e al miglioramento incrementale degli outcome clinici e di sopravvivenza dei pazienti:

Tempestività: Riduzione sistematica e monitorata del ritardo diagnostico e terapeutico (time-to-treatment), fattore prognostico cruciale per incrementare l'efficacia delle terapie oncologiche.

Equità: Neutralizzazione attiva delle disparità geografiche e socio-economiche nell'accesso alle cure all'interno della regione. Abbattimento delle liste d'attesa mediante la

centralizzazione e l'ottimizzazione dei flussi di prenotazione delle prestazioni ad alta complessità.

Multidisciplinarietà: Garanzia dell'appropriatezza prescrittiva, diagnostica e chirurgica attraverso l'obbligatorietà del confronto collegiale nei GOM, assicurando che ogni opzione terapeutica sia basata sulle evidenze scientifiche aggiornate (evidence-based medicine) e improntata alla sostenibilità economica (cost-effective care).

Integrazione: Governo strutturato della transizione delle cure (transitional care) tra i nodi ospedalieri ad alta acuzie e i servizi territoriali, modulando l'intensità assistenziale nei setting più idonei per il paziente (home care vs hospital care) e riducendo le ospedalizzazioni improprie.

La stabilità e la replicabilità scientifico-organizzativa del modello campano poggiano su un patrimonio documentale standardizzato in costante aggiornamento, costituito attualmente da 31 PDTA di patologia (che coprono l'intero spettro dai tumori solidi ad alta prevalenza fino alle neoplasie rare e all'ambito pediatrico) e da 17 Documenti tecnici e linee di percorso trasversali (focalizzati su aree critiche quali la terapia del dolore, la nutrizione clinica in oncologia, la gestione integrata delle tossicità immunocorrelate e i criteri di profilazione oncogenomica).

Al fine di garantire il massimo rigore metodologico, la rispondenza alle linee guida internazionali e la sostenibilità applicativa, la governance di questi documenti adotta un innovativo flusso a sette livelli di revisione, coordinato centralmente:

Livello I - Il Core Clinico (Primi Estensori): Un panel multidisciplinare e multi-istituzionale di esperti (oncologi, chirurghi di branca, radioterapisti, radiologi, anatomopatologi) redige la struttura portante del documento. Il focus risiede nel declinare le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali e internazionali (AIOM, ESMO, NCCN) all'interno del contesto organizzativo e logistico regionalizzato, formalizzando i nodi d'accesso e i flussi assistenziali.

Livello II - Inquadramento Epidemiologico e Registri Tumori: La bozza viene trasmessa ai referenti dei Registri Tumori regionali (popolazione adulta e oncologia pediatrica). Questo livello integra nel PDTA i dati aggiornati di incidenza, prevalenza e mortalità della specifica neoplasia a livello locale, consentendo di dimensionare l'offerta e orientare le strategie di screening e prevenzione secondaria sui bisogni reali della popolazione.

Livello III - Validazione Aziendale mediante i Referenti di Rete: I Referenti di Rete nominati in ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera fungono da interfaccia operativa: sottopongono il testo ai Direttori delle Unità Operative locali per verificarne la fattibilità pratica, l'impatto

logistico e la disponibilità delle risorse necessarie, garantendo l'applicabilità del documento in contesti eterogenei (dall'Hub universitario al presidio periferico).

Livello IV - Integrazione Territoriale (Medicina Generale): I Medici di Medicina Generale (MMG) analizzano il documento per validare le sezioni dedicate al follow-up a lungo termine, alla gestione della cronicità e alle cure palliative. L'obiettivo è rendere fluida la transitional care, formalizzando il ruolo attivo del MMG nel percorso informativo e decisionale.

Livello V - Certificazione delle Società Scientifiche: I coordinamenti regionali delle società scientifiche di riferimento — specificamente l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e il Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) — verificano la coerenza del testo con gli standard nazionali, rilasciando formale validazione scientifica.

Livello VI - Umanizzazione dei Percorsi e Advocacy dei Pazienti: Attraverso un accordo deliberato di collaborazione tra il coordinamento ROC e la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), le associazioni dei pazienti, sotto la supervisione di FAVO Campania, valutano il PDTA dal punto di vista del malato e del caregiver. Le associazioni compilano una strutturata tabella di "auspici e raccomandazioni" vincolanti, integrando nel testo indicatori relativi all'accoglienza, al supporto psico-oncologico, alla continuità informativa e alla qualità percepita. Questo approccio trasforma il paziente in un attore attivo che assegna precisi "compiti" programmatori alla Rete.

Livello VII - Sostenibilità Farmaco-Economica: Un tavolo tecnico costituito da farmacisti ospedalieri esegue l'audit finale sul profilo regolatorio e di spesa. Questo livello garantisce il tempestivo allineamento dei percorsi terapeutici con i Prontuari Terapeutici regionali e nazionali, recependo in tempo reale le determinazioni AIFA, l'inserimento dei farmaci innovativi e i canali di accesso anticipato (EAP - Expanded Access Program).

Superati i sette livelli di validazione, il Coordinamento Centrale ROC esegue l'editing stilistico finale e predispone la lettera di trasmissione istituzionale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute della Regione Campania. Il documento viene infine recepito tramite Decreto Dirigenziale regionale, assumendo valore di cogenza, obbligatorietà e prescrittività su tutto il territorio della Campania.

L'architettura tecnologica della ROC funge da infrastruttura abilitante per l'abbattimento dei silos comunicativi infra e inter-aziendali, mettendo a disposizione dei clinici una Dashboard integrata che consente la gestione real-time dei carichi di lavoro e dei flussi dei pazienti inseriti nei GOM. Il flusso operativo è strutturato attorno alla figura chiave del Case Manager, il quale governa il passaggio dalla fase diagnostico-stadiativa (formalizzata nella I riunione

GOM) alla definizione del piano terapeutico condiviso (Il riunione GOM). La piattaforma integra moduli applicativi ad alta specializzazione organizzativa:

Tabella 1- Moduli applicativi

Modulo Applicativo	Descrizione e Funzionalità Core
Modulo Esenzioni	Dematerializzazione e automazione per il rilascio immediato dell'esenzione per patologia neoplastica (codice 048) e delle esenzioni specifiche per i soggetti a rischio eredo-familiare.
Medicina di Precisione	Tracciamento delle richieste e dei referti per i test oncogenomici mediante tecnologia <i>Next Generation Sequencing</i> (NGS) — di cruciale importanza clinica in patologie come il tumore della mammella e il colangiocarcinoma.
Trial Clinico	Modulo di censimento e monitoraggio dei Trial clinici attivi nella rete per facilitare l'arruolamento dei pazienti idonei.
CardioROC	Integrazione dei percorsi cardioncologici per pazienti ad alto rischio cardiologico e candidati a trattamenti chemioterapici, biologici o immunoterapici innovativi.
CICERO	Sistema di messaggistica protetto che abilita una comunicazione bidirezionale sincrona e asincrona tra il Case Manager ospedaliero, gli specialisti d'organo e il Medico di Medicina Generale (MMG). Lo strumento permette di governare le attività assistenziali e le terapie oncologiche complesse erogate nel setting territoriale e domiciliare, garantendo la continuità informativa.
Assistenza Domiciliare Integrata	Gestione standardizzata delle richieste di servizi domiciliari inoltrate dal GOM all'ASL di residenza o domicilio dei pazienti.
Eredo-Familiare	Configurazione di GOM deputati alla presa in carico specialistica di pazienti affetti da patologie oncologiche eredo-familiari e dei rispettivi nuclei familiari.

Fonte: Elaborazione propria

I monitoraggi indipendenti condotti dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali documentano la

transizione della ROC verso livelli stabili di eccellenza nel panorama nazionale. L'analisi dello storico dell'Indice Sintetico Complessivo (ISCO) — parametro multidimensionale validato per la misurazione della maturità delle reti oncologiche — evidenzia un incremento straordinario delle performance strutturali, di processo e di risultato del network campano.

I dati censiti dalla piattaforma centralizzata ROC e aggiornati a maggio 2026 certificano il definitivo consolidamento del network, evidenziando una massa critica di attività che non ha eguali nel panorama meridionale: un totale di 144.167 pazienti inseriti nel sistema a partire dall'attivazione (a fronte dei soli 89 pazienti registrati nella fase pilota del 2018). L'anno 2025 si è chiuso con circa 35.000 nuovi pazienti presi in carico dai GOM; il trend rilevato nei primi cinque mesi del 2026 documenta una stabilizzazione di circa 2.500 nuovi inserimenti al mese. Si registrano 2.166 pazienti segnalati direttamente dai Medici di Medicina Generale ai GOM e ben 19.150 pazienti inseriti in percorsi di continuità territoriale. Risultano censiti e attivi 671 GOM, di cui la quota maggioritaria (455) opera a carattere interaziendale, formalizzando la cooperazione cross-confine tra diverse aziende sanitarie.

La tenuta organizzativa della ROC ha dimostrato un'elevata resilienza di sistema: a fronte di un sensibile incremento del fabbisogno oncologico regionale espresso dalla popolazione — con il volume totale di pazienti oncologici campani assistiti passato da 19.601 a 23.021 unità (dati PNE 2025) — la rete ha generato un impatto strutturale sulla mobilità sanitaria passiva (fenomeno storicamente critico per le regioni del Mezzogiorno). L'indice di mobilità passiva extra-regionale per patologia oncologica ha registrato una contrazione significativa, flettendo dal 18,41% rilevato nel 2022 al 16,85% consolidato nel 2024, determinando un importante recupero in termini di risorse economico-finanziarie da reinvestire sul fondo sanitario regionale.

Inoltre, i dati ufficiali del Programma Nazionale Esiti (PNE) edito da AGENAS documentano un incremento del +28% del volume totale degli interventi di chirurgia oncologica ad alta complessità eseguiti all'interno delle strutture ospedaliere della Campania, a dimostrazione del forte recupero di fiducia e attrattività da parte del sistema chirurgico regionale.

La scalabilità del modello organizzativo ROC ha permesso l'estensione delle sue logiche operative a setting ultra-specialistici e di alta complessità assistenziale:

Oncologia Pediatrica: Integrazione strutturale dell'AORN Santobono-Pausilipon nel ruolo di Hub di riferimento della rete pediatrica regionale. Sono stati istituiti 6 GOM dedicati alle patologie oncoematologiche e solide del bambino, strutturando un canale di cooperazione con i Pediatri di Libera Scelta (PLS) volto a standardizzare i protocolli di diagnosi precoce sul territorio.

Prevenzione Nutrizionale: Attivazione del progetto pilota regionale Nutriscreen ("Quanto pesa la tua salute"). L'iniziativa prevede lo screening nutrizionale sistematico dei pazienti all'atto della presa in carico, mirando a implementare percorsi assistenziali nutrizionali personalizzati.

Iniziative di Empowerment: Implementazione del format formativo ed informativo "ROC Dialoga", finalizzato a ottimizzare l'empowerment dei pazienti e a migliorare le competenze relazionali e di comunicazione medico-paziente lungo le fasi critiche del percorso di cura.

Programmi di Screening Mirati: Progetti di diagnosi precoce per soggetti fuori fascia di screening per il tumore del colon ("Progetto Referral").

La Rete Oncologica Campania ha completato la propria transizione da iniziale sperimentazione gestionale a consolidato standard di riferimento e modello di best practice nel panorama della sanità pubblica italiana. L'allineamento metodologico ai requisiti e ai criteri europei stabiliti per i Comprehensive Cancer Care Networks (CCCN) ha conferito al modello un elevato grado di scalabilità e trasferibilità istituzionale. Ad oggi, l'architettura organizzativa e la piattaforma tecnologica della ROC sono state assunte come benchmark o si trovano in fase di progressiva implementazione in numerose regioni italiane, tra cui Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia, Lazio e Marche.

Inoltre, la ROC si inserisce stabilmente nel panorama europeo grazie alla Joint Action EunetCCC, contesto all'interno del quale sta conducendo un processo di certificazione della Rete con focus mirato sul PDTA Prostata. La solidità scientifica della rete è costantemente alimentata e corroborata dalle evidenze derivanti dal progetto di ricerca integrato ONCOCAMP. Disponendo di un database prospettico strutturato e validato, il network genera una continuativa produzione scientifica ospitata su riviste internazionali indicizzate, posizionando la Regione Campania ai vertici della ricerca clinica, epidemiologica e di health services research in ambito oncologico.

In sintesi, il percorso di consolidamento della Rete Oncologica Campania ha sancito il passaggio da una fase di sperimentazione a una di piena maturità operativa, come evidenziato dai volumi di attività e dai livelli di performance raggiunti. Tuttavia, la crescita esponenziale della domanda e l'accresciuta attrattività del network — se da un lato confermano la validità del modello — hanno generato una pressione critica sulla capacità ricettiva delle strutture Hub. Tale dinamica ha determinato una saturazione della capacità produttiva, traducendosi in una dilatazione dei tempi di attesa per le prestazioni chirurgiche e diagnostiche e in un significativo incremento del carico assistenziale gravante sui professionisti sanitari. La sfida strategica futura risiede, pertanto, nel governo di tale

complessità: la sostenibilità del sistema richiede una riconfigurazione dei flussi volta a preservare gli elevati standard qualitativi raggiunti, senza compromettere il benessere degli operatori o la tempestività del time-to-treatment. Sarà prioritario potenziare ulteriormente l'integrazione tra i nodi della rete, incentivando il trasferimento di attività verso i presidi periferici (Spoke) in un'ottica di "rete diffusa", oltre a ottimizzare i processi di *governance* clinica per un'allocazione delle risorse ancor più efficiente. Solo attraverso un ulteriore investimento in tecnologia, innovazione organizzativa e valorizzazione delle risorse umane, la ROC potrà consolidare la propria posizione di benchmark nazionale, garantendo la continuità e l'appropriatezza delle cure in un contesto di crescente pressione assistenziale. Il progetto ValPeROC ha raggiunto la sua quinta annualità, evidenziando un aumento del numero di Centri e GOM coinvolti, a dimostrazione della costante e proficua collaborazione multidisciplinare fra i vari attori della Rete Oncologica Campana nel corso degli anni.

2. Il progetto ValPeROC

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti nel volume “I numeri del cancro in Italia”, prodotto con cadenza annuale dalla collaborazione tra AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica – ed AIRTUM – Associazione Italiana dei Registri Tumori –, si stima un'elevata incidenza annuale di neoplasie maligne.

Anche per i tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, che ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale, i dati mostrano una sopravvivenza minore. La maggiore mortalità non è esclusivamente imputabile alla scarsa performance dei programmi di screening, che ne è comunque una causa importante, poiché è presente anche a parità di stadio di malattia.

L'analisi dell'offerta oncologica della Regione Campania, che è conseguita alla disponibilità dei dati di maggiore mortalità oncologica nella Regione, mette in luce una serie di problemi strutturali e di ritardi che ancora oggi non consente di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di Salute e di garantire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione.

Ciò si riflette nel deficit di sopravvivenza rispetto al dato medio nazionale su cui pesano:

- 1) **Bassa compliance** agli screening per tumori di cervice, mammella e solo recente avvio per tumori del colon-retto;
- 2) **Difficoltà d'accesso** alle strutture sanitarie per diagnosi e cura per le fasce più deboli e a rischio della popolazione e elevato tasso di migrazione sanitaria;

3) **Enorme frazionamento** dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

La necessità, quindi, di attuare azioni specifiche volte a riorganizzare e razionalizzare l'offerta al fine di garantire una più efficiente ed efficace gestione della domanda anche non espressa, oltre ad un'ottimale allocazione delle risorse economiche disponibili, ha determinato l'istituzione della Rete Oncologica Campania (ROC).

Al fine di regolare e gestire i flussi della Rete Oncologica Campania (ROC) secondo quanto previsto nei PDTA, si è proceduto allo sviluppo di un piattaforma web secondo il modello operativo del Comprehensive Cancer Center Network (CCCN).

Tale piattaforma tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio e a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. In tal modo, la piattaforma si occupa della gestione delle patologie neoplastiche, garantendo a tutti i Centri che vi faranno parte per i loro ambiti di competenza di contribuire alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino, e in grado di rispondere al bisogno di Salute, assicurando una gestione multidisciplinare integrata, aderente alle linee guida e best practice, secondo i principi di appropriatezza ed equità di accesso alle cure. La piattaforma garantisce anche la continuità di cura con un rapido invio delle richieste per i servizi domiciliari territoriali.

Nel mese di febbraio 2020, l'Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G. Pascale", struttura di coordinamento della Rete Oncologica Campania, e il VIMASS Lab (Valore, Innovazione, Management e Accesso nei Sistemi Sanitari) del DISAQ, Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi dell'Università degli Studi di Napoli Parthenope, hanno siglato un protocollo di intesa della durata biennale, rinnovato fino al 2025, per "l'avvio di un progetto pilota finalizzato alla valutazione delle performance cliniche ed economiche della Rete Oncologica Campania (ROC)".

Lo scopo del progetto è, dunque, analizzare gli aspetti organizzativi ed economici presenti nel modello della ROC, e in particolare valutarne le performance ottenute mediante una gestione con sistema a rete dei pazienti oncologici campani, effettuando un'analisi multidisciplinare delle performance dei vari PDTA, erogati tramite la Rete Oncologica Campania, considerando indicatori di natura sia clinica (es. tempi di gestione del processo) sia economica (es. analisi dei costi e dei risparmi di spesa).

Attraverso i risultati ottenuti, si è in grado di offrire un quadro dettagliato di come un modello di gestione a rete impatti sui processi assistenziali erogati e sulle dinamiche di costo relative ai PDTA della ROC, identificando eventuali criticità ed aree di miglioramento

nell'organizzazione dei vari percorsi e sviluppando una serie di riflessioni e implicazioni manageriali.

Grazie alla multidisciplinarietà del team di lavoro, è possibile oggi offrire una valutazione dei punti di forza e di debolezza del sistema e fornire suggerimenti per il potenziamento della Rete, al fine di ottimizzare i servizi offerti ai pazienti oncologici in Campania.

3. Albero della performance e piano degli indicatori

La costruzione del cruscotto di indicatori è iniziata dall'analisi del Decreto Istitutivo della ROC, con cui sono stati in primo luogo identificati mission, aree strategiche ed obiettivi strategici, in quanto l'organizzazione della Rete è finalizzata al raggiungimento di una pluralità di obiettivi.

Sono state individuate **tre aree strategiche**, costituite a loro volta da differenti obiettivi strategici:

A. Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie, distinta nei seguenti obiettivi:

- 1) garantire la multidisciplinarietà dell'atto di presa in carico del paziente, per l'intero percorso assistenziale;
- 2) attuazione di PDTA che rispettino i requisiti di continuità, tempestività ed adeguatezza dei servizi sanitari, superando le disomogeneità territoriali e ottenendo inoltre la standardizzazione dei servizi;
- 3) supportare le aziende sanitarie nell'organizzazione e nella gestione dei servizi.

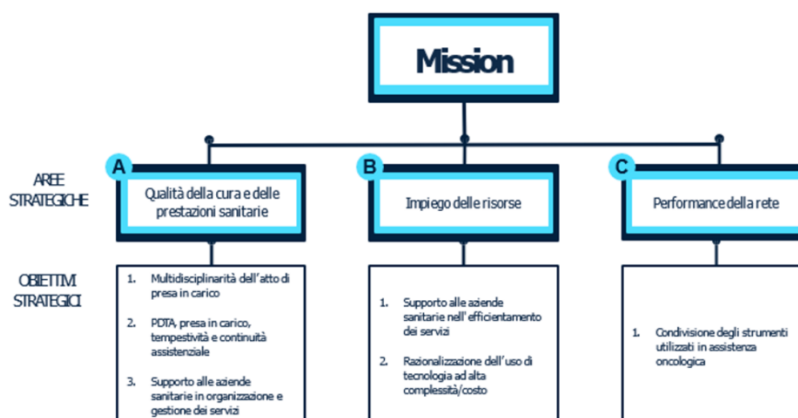
B. Impiego delle risorse, distinta in:

- 1) supporto alle aziende sanitarie nell'efficientamento dei servizi in oncologia, mirando dunque all'abbattimento delle inefficienze e ad una migliore allocazione delle risorse;
- 2) razionalizzazione dell'uso di tecnologia ad alta complessità/costo attraverso specifici protocolli di ricerca.

C. Performance della rete, composta da:

- 1) definizione di un livello di condivisione degli strumenti utilizzati dalle diverse figure professionali che operano nell'ambito dell'assistenza oncologica.

Figura 1- Albero delle performance ValPeROC



Fonte: Elaborazione propria

In seguito ad una attenta analisi della letteratura, sono stati elaborati gli obiettivi operativi, i Key Performance Indicators, i cui risultati complessivi determineranno il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi strategici e, risalendo lungo l'albero della performance, degli obiettivi complessivi della ROC.

4. Il disegno progettuale

Il progetto si è sviluppato lungo sette fasi di analisi. Nella prima fase, da aprile 2020 a settembre 2020, sono state selezionate tre strutture dalla Piattaforma ROC (<https://www.reteoncologicacampana.it>): IRCCS Pascale di Napoli, AO SG Moscati di Avellino e AOU Ruggi d'Aragona di Salerno, per le patologie del polmone, del colon e dell'ovaio. Ogni Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) ha selezionato 20 pazienti per ciascuna patologia, inseriti da gennaio 2020. I responsabili GOM e i case manager, utilizzando le cartelle cliniche, hanno compilato per ogni paziente una scheda anagrafica, una scheda di rilevazione delle variabili diagnostiche e terapeutiche, e il consenso informato. I tempi analizzati nello studio sono:

- 1) **Tempo Pre-GOM**: dalla comparsa del sintomo/causa accidentale/screening/diagnosi precoce alla prima visita GOM;
- 2) **Tempo GOM1**: dalla prima visita GOM alla decisione terapeutica;
- 3) **Tempo alla decisione (Pre-GOM + GOM1)**: dalla comparsa del sintomo/causa accidentale/screening/diagnosi precoce alla decisione terapeutica;
- 4) **Tempo GOM2**: dalla decisione terapeutica all'atto terapeutico;
- 5) **Tempo Totale**: dalla comparsa del sintomo/causa accidentale/screening/diagnosi precoce alla decisione terapeutica.

Questi tempi valutano la qualità del sistema sanitario regionale, del GOM e degli ospedali, rientrando negli obiettivi strategici dell'area A, che riguarda la qualità della cura e delle prestazioni sanitarie. La soddisfazione del paziente è stata valutata tramite schede di soddisfazione e follow-up telefonico. Per misurare la performance della ROC sono stati individuati ulteriori indicatori dell'area strategica A, relativi all'appropriatezza degli esami diagnostici effettuati nelle fasi PRE-GOM e GOM e alla Patient Satisfaction. L'efficienza generale del sistema sanitario regionale e della ROC è stata misurata con indicatori legati ai costi per la ripetizione degli esami e all'esecuzione di esami in strutture interne.

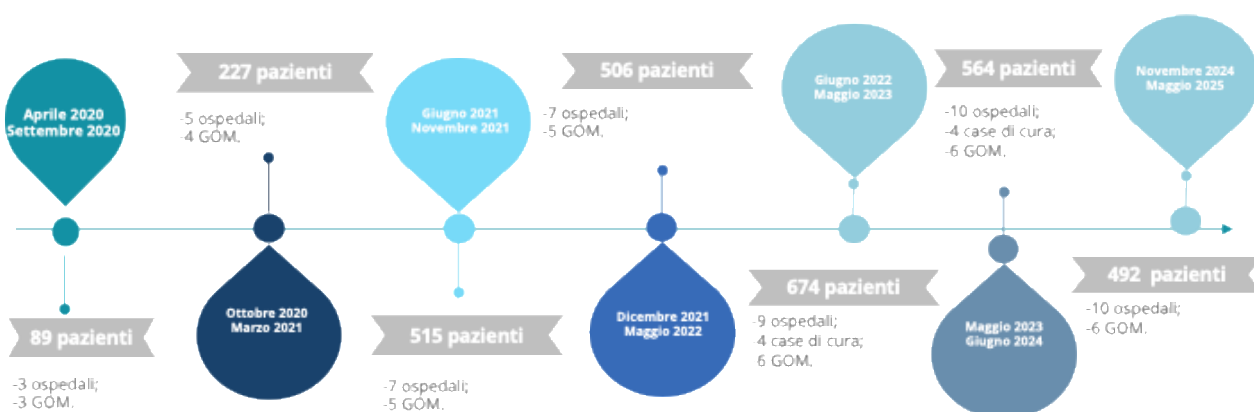
Nella seconda fase, da ottobre 2020 a marzo 2021, hanno partecipato anche l'AOU Luigi Vanvitelli e l'AOU Federico II, con l'aggiunta del monitoraggio del PDTA del tumore della vescica.

Durante la terza fase, da giugno 2021 a novembre 2021, sono state aggiunte l'AORN Ospedale dei Colli Monaldi di Napoli e l'Ospedale del Mare di Napoli e il GOM vescica. È stata implementata una nuova piattaforma per la compilazione delle schede di rilevazione, migliorando la qualità dei dati statistici.

La quarta fase, da dicembre 2021 a maggio 2022, ha visto un aumento della dimensione campionaria, raccogliendo informazioni sulle prestazioni erogate grazie al database regionale Sinfonia-So.Re.Sa.

Nella quinta fase è stato per la prima volta esteso l'intervallo temporale di riferimento, analizzando dati su base annuale. In tale fase sono state coinvolte due nuove strutture (A.O. Rummo–San Pio e A.O. Sant'Anna e San Sebastiano) e la neoplasia mammaria; inoltre, è stato condotto uno studio pilota selezionando specifici GOM e includendo tutti i pazienti presi in carico da tali GOM nel periodo di riferimento (giugno 2022–maggio 2023). Nella sesta fase (maggio 2023 – giugno 2024), così come nella quinta, per gli stessi GOM e le stesse strutture, è stata inclusa anche la struttura ospedaliera campana S. Maria delle Grazie. Nella attuale fase, relativa al periodo di riferimento novembre 2024–maggio 2025, non sono stati aggiunti nuovi GOM né nuove strutture rispetto alla precedente rilevazione. Tuttavia, è stata introdotta come criterio di inclusione dei pazienti la presenza della firma del consenso informato ONCOCAMP. La scarsa numerosità di pazienti in possesso di tale consenso presso le case di cura private accreditate ha comportato la loro non inclusione nell'attuale rilevazione.

Figura 2- Evoluzione del progetto ValPeROC



Fonte: Elaborazione propria

5. Il campione

Il principio su cui si fonda il calcolo della dimensione campionaria è quello di rendere massima la probabilità di individuare la presenza di un fenomeno con ragionevole certezza, cioè in maniera statisticamente significativa (Kasiulevičius V. et al., 2006).

Disponendo di una popolazione pari a 2744 nuovi pazienti oncologici, con consenso ONCOCAMP, nel periodo di riferimento (novembre 2024 – maggio 2025) per i 6 GOM e le 10 strutture ospedaliere coinvolte, si è proceduto a stimare la dimensione campionaria.

Adottando una tecnica di campionamento casuale stratificato per GOM e strutture, è stata individuata una numerosità campionaria appropriata per l'indagine e pari a 492 pazienti. Di questi, 210 pazienti hanno compilato il questionario di soddisfazione, finalizzato alla raccolta di informazioni socio-demografiche e alla rilevazione dei livelli di soddisfazione tramite scheda digitale. Sono stati esclusi dall'analisi i pazienti che hanno rifiutato di compilare il questionario e quelli risultati irreperibili dopo tre tentativi di contatto.

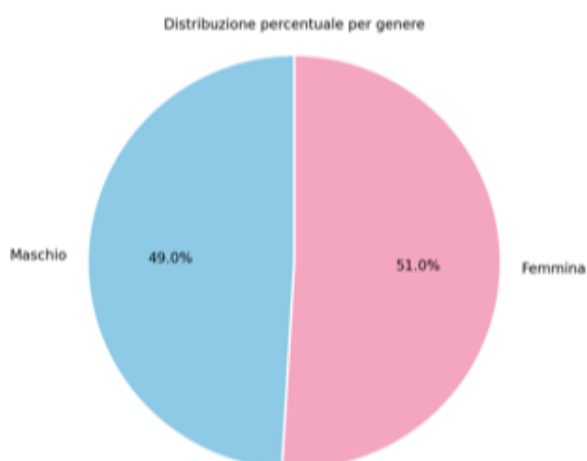
Tabella 2- Campionamento V annualità

CENTRO	Ovaio	Polmone	Colon	Prostata	Vescica	Mammella	TOT
I.N.T. PASCALE	9	35	2	38	22	39	145
INT PASCALE- ASL NAPOLI 3 SUD*	0	0	0	0	7	0	7
A.O. MOSCATI	0	0	1	2	1	0	4
A.O.U. RUGGI	1	1	7	3	1	14	27
A.O.U. LUIGI VANVITELLI	0	1	6	2	2	2	13
A.O.U. FEDERICO II	0	0	0	0	0	23	23
A.O. DEI COLLI	0	13	2	1	1	0	17
OSPEDALE DEL MARE	0	6	8	0	0	25	39
A.O. S.ANNA S. SEBASTIANO	4	19	18	17	13	66	137
A.O. RUMMO SAN PIO	0	0	1	5	9	13	28
OSPEDALE SANTA MARIA DELLE GRAZIE	1	0	13	15	5	18	52
dimensione campionaria con intervallo al 95% e me 4%	15	75	58	83	61	200	492

Fonte: Elaborazione propria

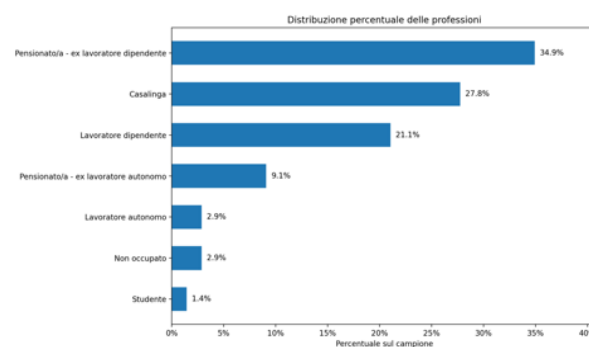
Il campione è composto per il 51% da donne, principalmente pensionate/ex lavoratrici dipendenti, con un'età media di 65 anni. Il 38% del campione possiede il diploma di scuola superiore.

Figura 3 – Genere



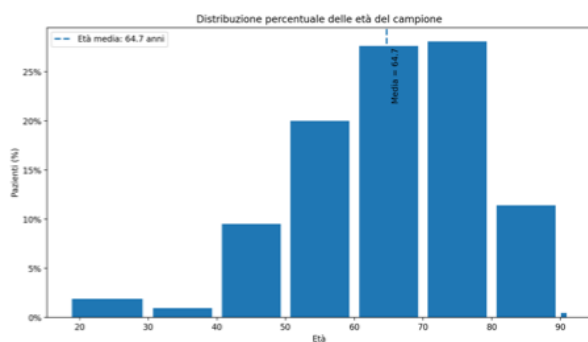
Fonte: Elaborazione propria

Figura 4- Professione



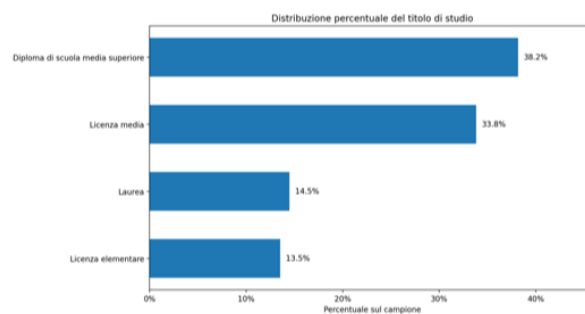
Fonte: Elaborazione propria

Figura 5 - Età



Fonte: Elaborazione propria

Figura 6 – Titolo di studio

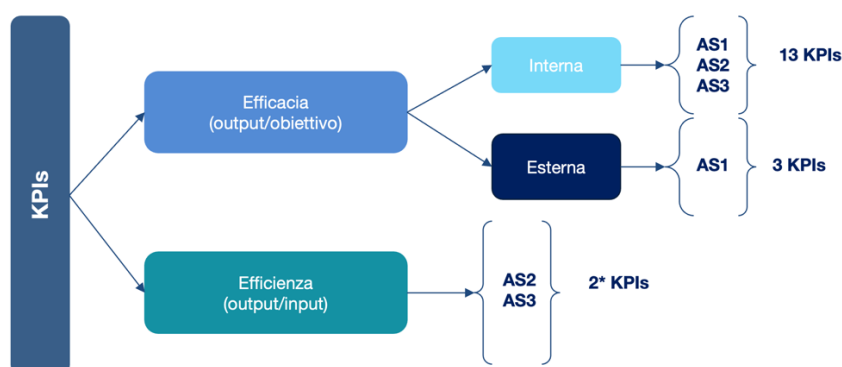


Fonte: Elaborazione propria

6. Gli indicatori della V annualità

Il cruscotto di indicatori è stato elaborato nel rispetto dei requisiti di significatività, completezza, tempestività e misurabilità indicati nelle «Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance» delle Pubbliche Amministrazioni (<https://performance.gov.it/>). È stato sviluppato un cruscotto composto da 18 indicatori, suddivisi tra le aree strategiche sopracitate. Per ogni indicatore, il Referente della ROC ha fornito una valutazione riguardante la soglia ottimale da raggiungere e un peso specifico. Per ogni area strategica è stato inoltre elaborato un indicatore di performance complessivo. Alla luce della valutazione delle performance, i KPI presi in considerazione costituiscono un criterio di analisi dell'efficacia (interna ed esterna) e dell'efficienza, evidenziando la capacità della Rete di raggiungere gli obiettivi prefissati impiegando il minor numero possibile di risorse.

Figura 7 – I Key Performance Indicators



Fonte: Elaborazione propria

La misurazione di ciascun indicatore ha consentito di calcolare un indicatore composito di performance calcolando la media ponderata dei punteggi X_i relativi a ciascun indicatore effettivo, opportunamente normalizzato entro i relativi intervalli di riferimento.

$$\sum_{i=1}^n X_i P_i = 8,92^*$$

Dove N è la numerosità degli indicatori effettivi e P_i è il peso attribuito a ciascun indicatore per il calcolo dell'indice composito.

***9,56** per il periodo giugno 2023– maggio 2024.

Il livello di performance è stato valutato secondo le linee guida del *Sistema di misurazione e valutazione della performance* (Scuola Normale Superiore, 2014).

Tabella 3 – I livelli di performance

Livello raggiunto	Descrizione	Coefficiente di risultato
<i>Totalmente inadeguato</i>	Livello di prestazione totalmente insoddisfacente.	0
<i>Inadeguato</i>	Livello di prestazione al di sotto dei livelli minimi attesi.	4
<i>Soglia</i>	Livello di raggiungimento minimo atteso tale da cominciare a considerare positiva la prestazione.	6
<i>Buono</i>	Livello per il quale l'obiettivo/indicatore si considera raggiunto in modo buono (corrispondente ad un livello sfidante ma sostenibile).	8
<i>Eccellente</i>	Livello di raggiungimento dell'obiettivo/indicatore pari alle attese (ambizioso ma non impossibile).	10

Fonte : <https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione-valutazione/documento/118>

6.1 Eterogeneità dell'Extended Team

Il Decreto Istitutivo della ROC prevede che i GOM siano composti da un Core Team, caratterizzato a sua volta dalla presenza di tre diverse professionalità.

È possibile, però, prevedere la versione “estesa” del Team all’interno della quale deve sussistere un elevato grado di eterogeneità.

Affinché non venga meno il principio di multidisciplinarietà del GOM, infatti, è necessario che all’interno dello stesso non vi sia una sovrapposizione di competenze.

Il semplice calcolo, in valore assoluto, del numero di professionisti coinvolti all’interno del Team non consentirebbe di trarre tale informazione e per questo si è giunti alla costruzione di un indice di eterogeneità, il quale consenta di misurare il grado di sovrapposizione delle competenze professionali che compongono gli Extended Team dei GOM.

L’indice varia tra 0 e 1; ne consegue che i GOM, per i quali sarà raggiunto un valore superiore allo 0,5, benchmark di riferimento, saranno caratterizzati da un elevato grado di eterogeneità e, quindi, di multidisciplinarietà, evitando così una sovrapposizione di competenze.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità, indica un livello di eterogeneità pari a **0,99** all’interno degli Extended Team dei GOM.

6.2 Coinvolgimento nel GOM di figure di supporto

All'interno di ciascun GOM è possibile prevedere la presenza di figure di supporto (nutrizionista, psico-oncologo etc.) che accompagnino il paziente durante il suo percorso diagnostico e terapeutico. Per tale ragione è stato costruito un indicatore, sulla base di una valutazione dei Responsabili GOM su una scala Likert 1-7, che consenta di misurare, nel periodo di riferimento, il grado di coinvolgimento di tali figure all'interno del Gruppo Oncologico Multidisciplinare.

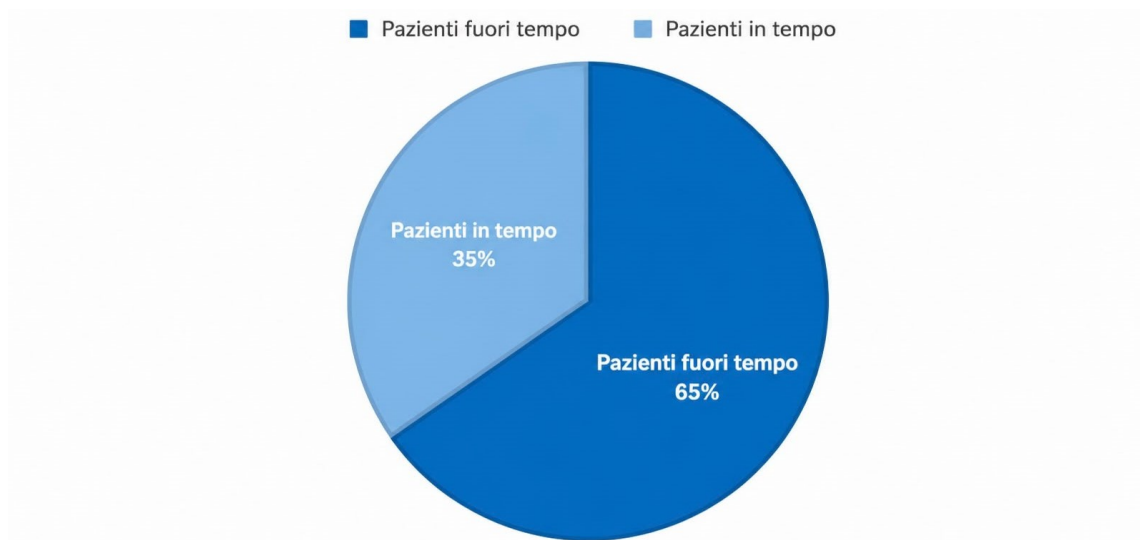
Affinché le professionalità sopracitate siano sufficientemente coinvolte all'interno del GOM, è necessario che tale indicatore presenti un valore superiore a 4. Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità, indica un livello di coinvolgimento pari a **4,31** delle figure di supporto.

6.3 Percentuale di pazienti nel tempo Pre-GOM prestabilito - Da prima diagnosi a 1° visita GOM (misura qualità del sistema sanitario regionale Pre-GOM)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti per i quali il Gruppo Oncologico Multidisciplinare abbia previsto la prima visita multidisciplinare entro 60 giorni dalla prima diagnosi della patologia.

Secondo il Coordinatore scientifico del progetto, difatti, tale arco temporale risulta essere particolarmente influente sul tasso di mortalità dei pazienti e per tale ragione affinché il sistema sanitario regionale Pre-GOM sia caratterizzato da un elevato livello di qualità, è necessario che una percentuale di pazienti superiore all'80% sia sottoposta alla prima visita multidisciplinare entro 60 giorni dalla prima diagnosi.

Figura 8 – Tempo Pre-GOM



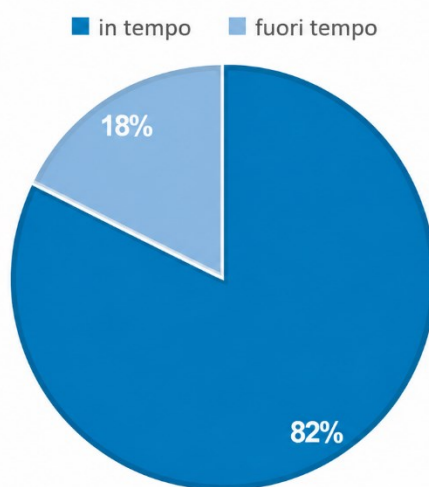
Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità indica che il **35%** dei pazienti ha ricevuto la prima visita GOM entro 60 giorni dalla diagnosi.

6.4 Percentuale di pazienti nel tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti per i quali il Gruppo Oncologico Multidisciplinare abbia preso una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita multidisciplinare. Affinché il GOM sia caratterizzato da un elevato livello di qualità, è necessario che tale indicatore sia superiore al 90%.

Figura 9 – Tempo GOM1



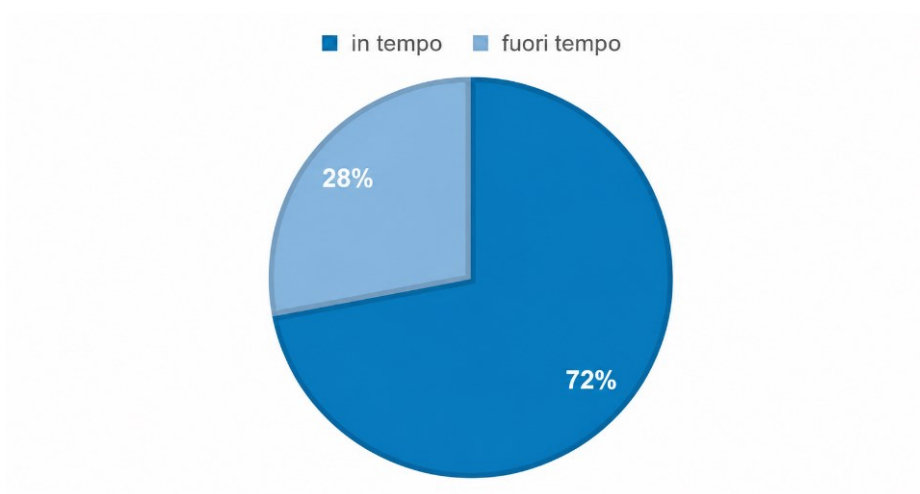
Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità di rilevazione indica che per l'**82%** dei pazienti si è giunti ad una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita GOM.

6.5 Percentuale di pazienti nel tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti che abbiano ricevuto il primo atto terapeutico entro 21 giorni dalla decisione terapeutica del Gruppo Oncologico Multidisciplinare. Affinché la struttura ospedaliera sia caratterizzata da un elevato livello di qualità, è necessario che l'indicatore presenti un valore superiore al 90%.

Figura 10– Tempo GOM2



Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità di rilevazione indica che il **72%** dei pazienti riceve l'atto terapeutico entro 21 giorni dalla decisione terapeutica.

6.6 Percentuale di esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)

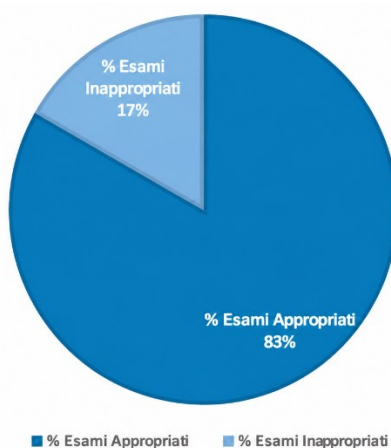
L'indicatore misura la percentuale di esami diagnostici appropriati effettuati sul totale degli esami diagnostici effettuati.

Sono stati dunque selezionati gli esami diagnostici ritenuti clinicamente appropriati per la stadiazione della specifica patologia, differenziando di conseguenza gli esami diagnostici appropriati in base alla sede del tumore (colon, polmone, ovaio, mammella, vescica e prostata). Gli esami effettuati non presenti nella lista degli esami diagnostici selezionati sono stati considerati inappropriati, in quanto non aderenti a ciascun PDTA, non specifici dunque per la diagnosi oncologica, e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche (ripetuti nella stessa fase diagnostica).

Inoltre, sono stati computati esclusivamente gli esami diagnostici a carico del Servizio Sanitario Regionale, effettuati dunque in strutture pubbliche o private accreditate. Dagli esami a costo del SSR appropriati sono stati poi eliminati alcuni esami considerati inappropriati ("inutili"), poiché ripetuti all'interno della stessa fase (Pre-GOM o GOM) e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche.

Affinché vi sia un elevato livello di appropriatezza degli esami diagnostici effettuati, tale indicatore deve raggiungere una soglia superiore al 90%.

Figura 11 - % esami diagnostici appropriati



Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia una percentuale di appropriatezza degli esami effettuati pari all'**83%**.

6.7 Percentuale di pazienti che per propria volontà sceglie di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso altra struttura esterna alla ROC

L'indicatore fa riferimento alla percentuale di pazienti che per propria volontà scelgono di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso altra struttura esterna alla ROC. I dati sono stati estratti dalle schede dei Case Manager di riferimento. Il risultato effettivo della quinta annualità mostra un valore pari all'**0,4%**.

6.8 Patient Satisfaction: Accessibilità e tempi di attesa

L'indicatore fornisce, sulla base di una scala Likert 1-5, una valutazione media dei seguenti aspetti: accessibilità ROC; tempi di attesa per esami diagnostici; tempo di attesa per visita; tempo di attesa per il referto. Un'elevata soddisfazione in merito agli aspetti sopra elencati sarà evidenziata da un valore superiore a 3.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un livello di soddisfazione in merito all'accessibilità e ai tempi di attesa della ROC pari a **4,35**.

6.9 Patient Satisfaction: Grado di qualità dell'assistenza medica

L'indicatore fornisce, sulla base di una scala Likert 1-5, una valutazione media dei seguenti aspetti: info su diagnosi e condizioni di salute; tempo dedicato dal personale medico.

Un'elevata soddisfazione in merito agli aspetti sopra elencati sarà evidenziata da un valore superiore a 3.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un livello di soddisfazione in merito al grado di qualità dell'assistenza medica pari a **4,67**.

6.10 Patient Satisfaction: Caratteristiche complementari del servizio

L'indicatore fornisce, sulla base di una scala Likert 1-5, una valutazione media dei seguenti aspetti: attenzione ricevuta dal personale durante gli esami diagnostici; attenzione del personale infermieristico; rispetto della privacy; servizio di accettazione.

Un'elevata soddisfazione in merito agli aspetti sopra elencati sarà evidenziata da un valore superiore a 3.

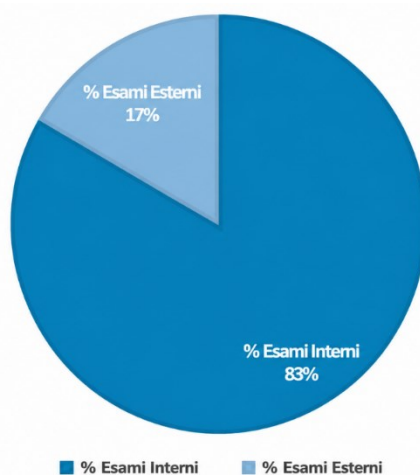
Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un livello di soddisfazione in merito alle caratteristiche complementari del servizio pari a **4,69**.

6.11 Percentuale di esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente alla struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)

L'indicatore misura il livello di "internalizzazione" di GOM e Ospedale, calcolando la percentuale di esami diagnostici GOM (cioè eseguiti nell'intervallo temporale dalla prima visita GOM al primo atto terapeutico) effettuati in strutture GOM – escludendo tutti gli esami diagnostici effettuati in strutture esterne al GOM – pubbliche, convenzionate e private – sul totale degli esami diagnostici effettuati nella fase GOM.

Affinché vi sia un livello ottimale di internalizzazione degli esami diagnostici GOM, è necessario che l'indicatore sia superiore al 70%.

Figura 12 – % ESAMI GOM EFFETTUATI INTERNAMENTE ALLE STRUTTURE GOM



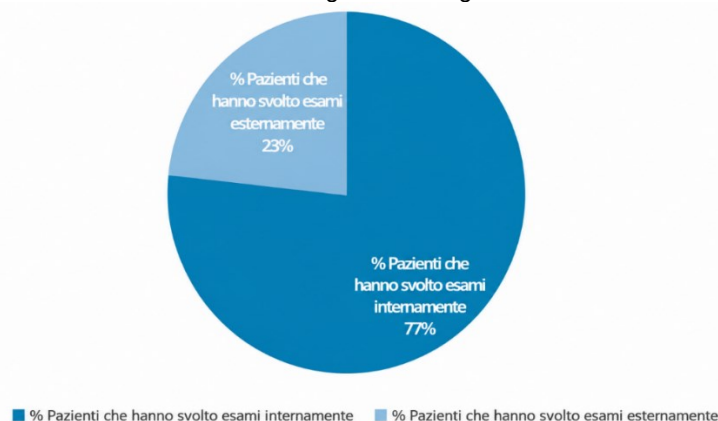
Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un livello di internalizzazione degli esami pari all'**83%**.

6.12 Percentuale pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente alla struttura ospedaliera del GOM (misura livello di "internalizzazione" di GOM e Ospedale)

L'indicatore misura la capacità delle strutture ospedaliere di un GOM di poter effettuare gli esami previsti per la diagnosi internamente, calcolando la percentuale di pazienti che nella fase GOM abbiano effettuato tutti gli esami in strutture GOM sul totale dei pazienti oggetto di studio. Affinché vi sia un livello ottimale di internalizzazione dei pazienti, è necessario che l'indicatore sia superiore al 70%.

Figura 13 – % Pazienti che nella fase GOM hanno svolto gli esami diagnostici internamente alle strutture GOM



Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un livello di pazienti con soli esami interni pari all'**77%**.

6.13 Efficienza del lavoro

L'indicatore misura la produttività dei Case Manager nella gestione ordinaria dei nuovi pazienti oncologici per anno.

Il benchmark di riferimento è stato determinato sulla base del Documento Regionale approvato dal Tavolo Tecnico, in cui viene individuato il numero ottimale di nuovi pazienti che ogni Case Manager deve gestire. Da una valutazione ponderata tra attività e stime dei tempi associati, si è giunti alla conclusione che ogni Case Manager può seguire circa 150 pazienti all'anno. È stato deciso di valutare tale indicatore sull'intera popolazione delle strutture coinvolte nel periodo di riferimento. Prendere in considerazione solo il campione potrebbe "distorcere" i risultati, in quanto non terrebbe conto del fatto che lo stesso Case Manager gestisce anche GOM non inclusi nell'analisi.

Il risultato della quinta annualità attesta che ciascun Case Manager gestisce **248** pazienti a semestre. Ciò indica un sovraccarico del lavoro dei Case Manager, i quali si trovano a dover gestire più pazienti rispetto al livello ideale.

6.14 Percentuale di esami diagnostici effettuati in Pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)

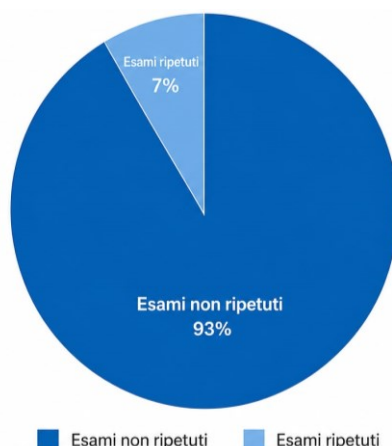
L'indicatore misura la percentuale di esami diagnostici effettuati una sola volta in Pre-GOM e non ripetuti in GOM, sul totale degli esami diagnostici.

Si escludono dal computo, pertanto, tutti gli esami effettuati in Pre-GOM e ripetuti in strutture pubbliche o convenzionate nella fase diagnostica successiva alla prima visita GOM.

Questi ultimi vengono di seguito rappresentati, indicando quali specifici esami sono stati eseguiti in fase Pre-GOM e vengono ripetuti nella fase GOM in strutture pubbliche o convenzionate in percentuale sul totale degli esami della stessa categoria.

Affinché il SSR sia caratterizzato da un elevato livello di qualità, è necessario che l'indicatore presenti un valore superiore al 90%.

Figura 14 – % Esami ripetuti vs non ripetuti



Fonte: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo durante la quinta annualità evidenzia un valore pari al **93%**, totalmente in linea con la soglia prestabilita e quindi un SSR caratterizzato da un elevato livello di qualità.

6.15 Percentuale costi per esami diagnostici eseguiti Pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM

L'indicatore misura la percentuale dei costi derivanti dalla ripetizione in GOM di esami diagnostici già effettuati in Pre-GOM.

Il costo degli esami diagnostici è stato individuato in base al Tariffario Regionale degli esami. Affinché vi sia un basso impatto economico della ripetizione degli esami diagnostici in ROC, è necessario che il valore assunto da tale indicatore sia inferiore al 10%.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un valore pari al **5%**.

6.16 Costi per esami diagnostici inappropriati

L'indicatore misura l'impatto economico degli esami inappropriati in ROC. Affinché vi sia un basso impatto economico dell'inappropriatezza degli esami diagnostici in ROC, è necessario che il valore assunto da tale indicatore sia inferiore al 30%.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia un valore pari al **14%**, indicando che l'impatto economico degli esami diagnostici inappropriati sta iniziando ad aumentare.

6.17 Percentuale dei MMG con credenziali di accesso alla piattaforma ROC

L'indicatore misura la percentuale di MMG campani che hanno ricevuto la formazione e le credenziali necessarie per l'accesso alla Piattaforma ROC. Affinché vi sia un'elevata percentuale di MMG campani formati e con le credenziali per accedere alla Piattaforma ROC, l'indicatore dovrebbe assumere un valore superiore al 10%.

Il risultato complessivo ottenuto durante la quinta annualità evidenzia che il **43%** dei MMG campani sono già stati formati e sono in possesso delle credenziali di accesso alla Piattaforma ROC, il che evidenzia un crescente miglioramento del SSR.

6.18 Percentuale di pazienti inviati in piattaforma ROC dai MMG

L'indicatore misura la percentuale di pazienti inviati in ROC dai MMG nel periodo di riferimento rispetto al totale della popolazione ROC nello stesso periodo. Affinché vi sia un'elevata percentuale di pazienti inviati in ROC dai MMG, l'indicatore dovrebbe assumere un valore superiore al 5%. Durante la quinta annualità si attesta un valore pari al **3%**. Ciò evidenzia che, sebbene la percentuale di MMG in possesso delle credenziali di accesso alla Piattaforma ROC sia in crescita, la quota di pazienti segnalati dai MMG risulta ancora non ottimale, rappresentando pertanto un'area di miglioramento per il rafforzamento dell'integrazione tra medicina generale e Rete Oncologica Campana.

7. La Ricognizione 2026 dei case manager della Rete Oncologica Campania

La Ricognizione 2026 dei case manager della Rete Oncologica Campania (ROC) offre un'analisi approfondita sullo stato della rete assistenziale, evidenziando sia il valore centrale di questa figura sia le criticità strutturali che ne minacciano la sostenibilità.

Il Case Manager rappresenta il vero e proprio "Centro di Gravità" del paziente oncologico. Questa figura non si limita a un ruolo puramente clinico, ma coordina l'intero Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), occupandosi dell'accoglienza, della valutazione dei bisogni e della presa in carico. Il suo compito fondamentale è garantire la continuità assistenziale, collegando l'ospedale al territorio e attivando l'assistenza domiciliare attraverso la piattaforma informatica ROC. Questo approccio persegue una doppia direttrice: da un lato l'efficienza organizzativa, volta a evitare la frammentazione delle cure, e dall'altro l'umanizzazione, finalizzata a migliorare la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari.

Tuttavia, i dati emersi dalla ricognizione evidenziano un profondo divario tra la teoria e la realtà operativa. Calcolando una media di 10 ore di assistenza annue per paziente su un monte ore lavorativo di 1.500 ore per infermiere, il limite strutturale di sicurezza viene individuato in 150 pazienti all'anno per singolo Case Manager. Nella realtà, a fronte di un assorbimento di oltre 35.000 pazienti all'anno all'interno della rete, la media attuale è di 333 pazienti per operatore, un carico che supera il doppio della soglia raccomandata. La situazione diventa emergenziale nei nodi CORP e CORPUS (dati 2025): se la media di questi nodi è già critica (563 pazienti), in strutture di primo piano come l'A.O. S. Anna S. Sebastiano e l'A.O.U. Federico II si superano addirittura i 1.200 pazienti per singolo operatore.

A questo sovraccarico si aggiunge una forte instabilità contrattuale nei punti nevralgici del sistema. Nonostante il nucleo portante dei Case Manager sia altamente specializzato (il 56,7% possiede una laurea in Infermieristica) e il 70,2% dei contratti sia a tempo indeterminato, la precarietà colpisce proprio i centri a più alto flusso. Alla Federico II tutti e 4 i Case Manager in organico sono borsisti, mentre alla Vanvitelli sono tutti inquadrati a Partita IVA (forme contrattuali che complessivamente pesano rispettivamente per il 15,8% e il 9,6% a livello regionale). Questa dipendenza strutturale da contratti flessibili in snodi così critici mette a rischio la continuità stessa delle cure.

Per salvaguardare la tenuta della Rete Oncologica Campania, sono stati individuati quattro pilastri strategici per il futuro dei case manager: la parametrizzazione, ovvero garantire il limite

di sicurezza di 150 pazienti per case manager; la dedizione, per rendere il Case Manager una figura esclusivamente Full Time priva di mansioni promiscue; la stabilizzazione, superando l'uso di borse di studio e Partite IVA; e infine la formazione continua sulla piattaforma ROC e sulla multidisciplinarietà. Solo attraverso il raggiungimento di questi obiettivi sarà possibile sostenere l'immenso lavoro e la quotidiana dedizione dei Case Manager, che ad oggi rimangono il motore trainante dell'intera rete assistenziale.

8. I trend della Rete Oncologica Campana

Alla luce della progressiva solidità assunta dalla Rete Oncologica Campana e del consolidamento del progetto ValPeROC, è stato ritenuto di particolare interesse approfondire l'andamento storico degli indicatori di performance, con l'obiettivo di osservarne l'evoluzione nel tempo e individuare eventuali trend di miglioramento, stabilità o criticità persistenti.

L'analisi è stata condotta prendendo in considerazione il periodo compreso tra la III annualità e la V, attuale, annualità. Al fine di garantire la comparabilità dei dati, sono stati selezionati esclusivamente le strutture e i GOM già arruolati nella III annualità. Tale scelta metodologica ha consentito di mantenere un perimetro di osservazione omogeneo, evitando possibili distorsioni legate all'ingresso progressivo di nuove strutture o nuovi gruppi multidisciplinari. Nel complesso, il campione analizzato comprende 1.424 pazienti, 9 ospedali pubblici e 6 GOM, con un periodo di riferimento esteso da giugno 2022 a maggio 2025. Le strutture considerate sono: INT "Fondazione G. Pascale", AORN San Giuseppe Moscati, OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, AOU "Luigi Vanvitelli", AOU Federico II, AO Ospedale dei Colli, Ospedale del Mare, A.O. Rummo San Pio e A.O. S. Anna e S. Sebastiano. I GOM inclusi nell'analisi riguardano le seguenti patologie: ovaio, polmone, colon, prostata, vescica e mammella.

L'andamento degli indicatori relativi agli Extended Team evidenzia una sostanziale stabilità del grado di sovrapposizione delle competenze tra i professionisti coinvolti, che raggiunge il valore massimo nella V annualità. Parallelamente, si osserva una crescita progressiva del coinvolgimento delle figure di supporto, quali psico-oncologia e nutrizione. Tale risultato suggerisce una maturazione del modello organizzativo dei GOM, sempre più orientato a una presa in carico multidisciplinare e integrata del paziente.

Figura 15– Grado di sovrapposizione delle competenze dei professionisti -Coinvolgimento delle figure di supporto

Grado di sovrapposizione delle competenze dei professionisti che compongono gli Extended TEAM dei GOM



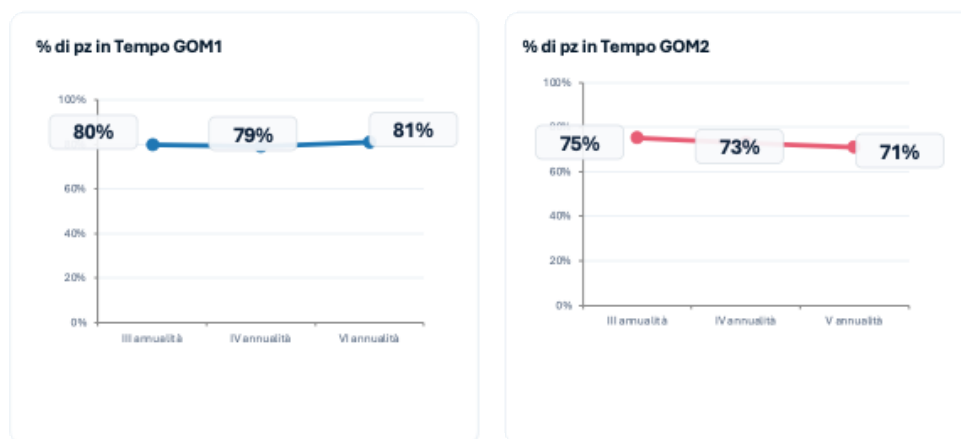
Coinvolgimento delle figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione)



Fonte – Elaborazione personale

Con riferimento ai tempi della ROC, l'indicatore GOM1 misura la percentuale di pazienti che ricevono una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita GOM, mentre l'indicatore GOM2 rileva la percentuale di pazienti che ricevono l'atto terapeutico entro 21 giorni dall'ultima riunione GOM con decisione terapeutica. Il primo indicatore presenta un andamento sostanzialmente stabile e si mantiene su valori elevati lungo tutto il periodo considerato. Il secondo, invece, mostra una lieve riduzione progressiva. Tale andamento può essere interpretato come un possibile segnale di pressione sulle strutture di riferimento, verosimilmente connesso alla crescente centralizzazione dei percorsi e alla necessità di gestire volumi più elevati di pazienti all'interno della rete.

Figura 16– % di pazienti in tempo GOM1 vs % di pazienti in tempo GOM2

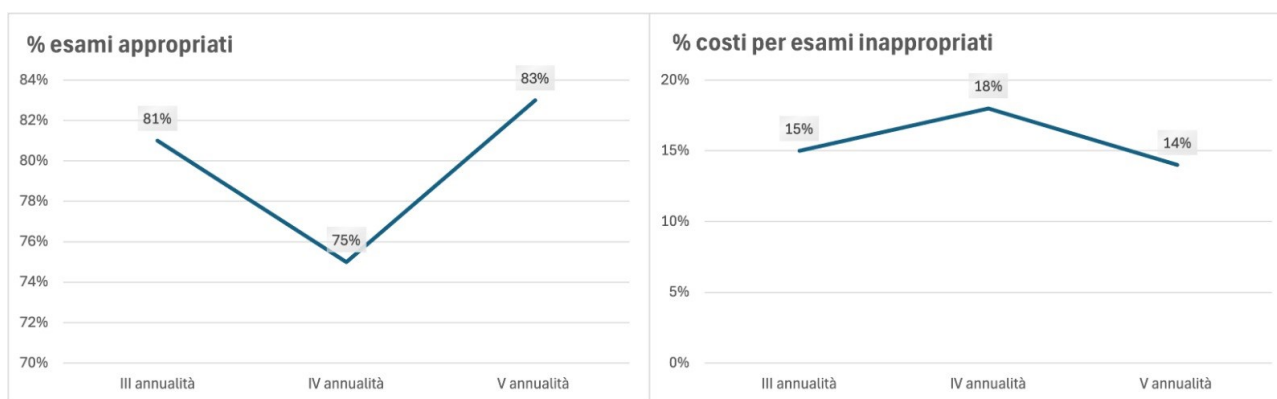


Fonte: Elaborazione degli autori

L'appropriatezza diagnostica e i costi associati agli esami inappropriati rappresentano un ambito particolarmente rilevante per valutare la capacità della ROC di governare la qualità e l'efficienza del percorso. L'andamento dei costi legati all'inappropriatezza va interpretato

alla luce dei risultati della performance economica, che evidenziano come la maggiore incidenza economica dell'inappropriatezza si generi nella fase Pre-GOM, non pienamente sottoposta al controllo diretto della ROC. La riduzione dell'appropriatezza osservata nella IV annualità, associata al contestuale incremento dei costi, può quindi riflettere la presenza di prestazioni diagnostiche effettuate a monte del GOM, non sempre coerenti con il percorso atteso e caratterizzate da elevato impatto economico. Nella V annualità si osserva, invece, un miglioramento dell'appropriatezza, accompagnato da una conseguente riduzione dei costi, evidenziando l'efficacia delle misure correttive introdotte dalla ROC per governare l'inappropriatezza.

Figura 17– % esami appropriati vs % di esami inappropriate



Fonte: Elaborazione propria

Per quanto riguarda la ripetizione degli esami, la percentuale di esami non ripetuti rimane complessivamente elevata, pur mostrando una lieve riduzione nell'ultima annualità. Tale flessione potrebbe essere riconducibile alla necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici o alla non adeguata qualità o utilizzabilità di alcune immagini o referti prodotti in precedenza. Al tempo stesso, i costi associati agli esami ripetuti risultano contenuti e in diminuzione rispetto alla III annualità, suggerendo un miglior controllo delle duplicazioni diagnostiche e una maggiore attenzione alla razionalizzazione delle risorse.

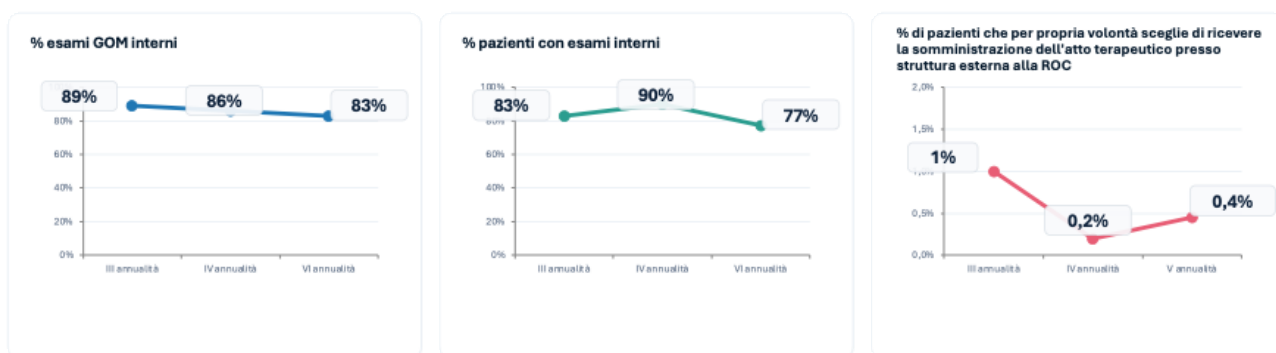
Figura 18: % esami non ripetuti vs % esami ripetuti



Fonte: Elaborazione propria

L'internalizzazione degli esami e dei pazienti rappresenta invece un'area di attenzione. La quota di esami effettuati internamente e la percentuale di pazienti con esami interni tendono a ridursi nella V annualità, segnalando la necessità di rafforzare la capacità delle strutture della rete di gestire internamente la domanda diagnostica. Un maggiore presidio della fase Pre-GOM e una più efficace integrazione con la presa in carico da parte della ROC potrebbero contribuire a ridurre frammentazioni, ripetizioni e possibili rallentamenti del percorso.

Figura 19: % esami GOM interni-%pazienti con esami interni e % di pazienti che per propria volontà sceglie di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso struttura esterna ROC

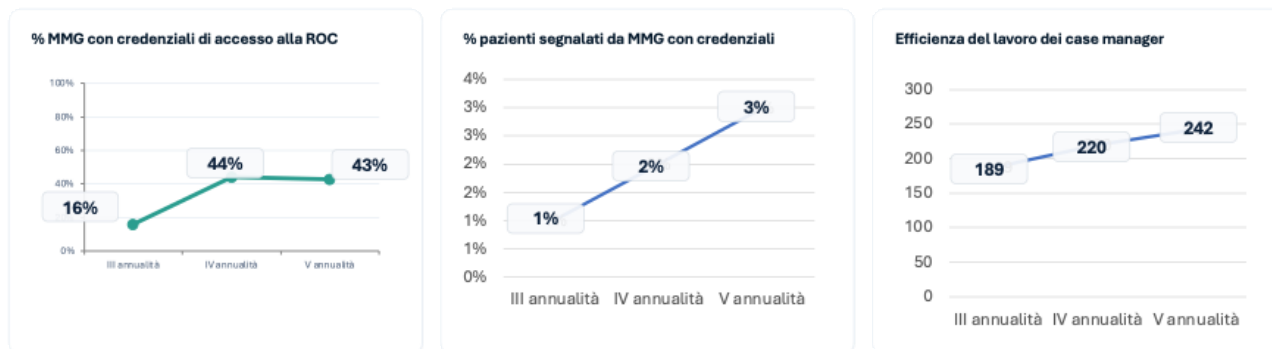


Fonte: Elaborazione propria

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) emerge come un ulteriore snodo strategico. La percentuale di MMG in possesso delle credenziali di accesso alla piattaforma ROC cresce sensibilmente rispetto alla III annualità; tuttavia, tale incremento non si traduce ancora in un utilizzo pienamente proporzionato dello strumento. La quota di pazienti segnalati dai MMG resta infatti contenuta, seppur in lieve aumento. Questo evidenzia la

necessità di rafforzare il raccordo tra medicina generale e Rete Oncologica Campana, non solo attraverso l'abilitazione tecnica alla piattaforma, ma anche mediante azioni volte a promuoverne l'effettivo utilizzo operativo.

Figura 20: % MMG con credenziali di accesso alla ROC - % pazienti segnalati dai MMG con credenziali ed efficienza del lavoro dei case manager.



Fonte: Elaborazione propria

L'indicatore relativo all'efficienza del lavoro dei Case Manager mostra un incremento progressivo nel tempo. Pur potendo essere letto come segnale di una crescente capacità di assorbire il carico di lavoro, tale andamento deve essere interpretato con cautela, poiché riflette una pressione operativa crescente. La figura del Case Manager si conferma dunque centrale nel funzionamento della rete, ma al tempo stesso particolarmente esposta al rischio di sovraccarico nella gestione dei pazienti oncologici.

Infine, la soddisfazione di pazienti e caregiver mostra un andamento positivo in tutte le dimensioni considerate: accessibilità, qualità percepita e valutazione complessiva del percorso. La crescita dei punteggi medi conferma il rafforzamento della relazione medico-paziente e una percezione complessivamente favorevole dell'assistenza ricevuta. Le evidenze qualitative, tuttavia, indicano la persistenza di alcune aree di miglioramento, in particolare con riferimento ai tempi di attesa, alla chiarezza comunicativa, alla trasparenza delle informazioni e alla tracciabilità del percorso.

Figura 21: Accessibilità, Qualità e Caratteristiche complessive.



Fonte: Elaborazione propria

Nel complesso, l'analisi dei trend restituisce un quadro di crescente maturità della Rete Oncologica Campana. I risultati confermano la solidità del modello organizzativo e il miglioramento di alcuni indicatori chiave, ma evidenziano anche la persistenza di snodi critici su cui intervenire: il raccordo tra la fase Pre-GOM e la fase GOM, l'internalizzazione degli esami, il pieno coinvolgimento dei MMG e il carico operativo dei Case Manager. Tali elementi rappresentano le principali direttrici su cui orientare le future azioni di consolidamento e miglioramento della rete.

9. La popolazione migrante della Rete Oncologica Campana

L'equità nell'accesso alle cure oncologiche rappresenta una delle sfide più complesse e urgenti per i moderni sistemi sanitari regionali. Storicamente, l'assistenza oncologica rivolta alle popolazioni vulnerabili e, in particolare, ai cittadini migranti è stata oggetto di limitati approfondimenti empirici, nonostante tali persone affrontino barriere linguistiche, socio-economiche e culturali sistemiche lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico.

La Regione Campania presenta un panorama demografico articolato, caratterizzato da un'elevata densità abitativa e da un progressivo incremento di residenti di nazionalità straniera, i quali rappresentano attualmente circa il 5% della popolazione totale regionale. In questo scenario, la Rete Oncologica Campana (ROC) opera con la missione istituzionale di garantire un accesso equo, omogeneo e standardizzato alle prestazioni oncologiche di alta specializzazione.

L'elemento abilitante della ROC è rappresentato dalla sua piattaforma digitale centralizzata. Questa infrastruttura tecnologica permette il tracciamento end-to-end del percorso del paziente, partendo dalla prima segnalazione multidisciplinare fino alle fasi di follow-up a lungo termine. La digitalizzazione dei processi assicura una raccolta dati standardizzata, consentendo analisi epidemiologiche su scala populazionale.

L'analisi ha preso in esame i dati registrati dalla piattaforma informatica centralizzata nel periodo compreso tra l'anno 2022 e i primi mesi del 2025. La coorte complessiva è composta da 78.119 pazienti adulti, all'interno della quale è stata isolata una sottopopolazione di 2.583 pazienti migranti (pari al 3,3% del totale).

Il confronto tra la popolazione nativa e quella migrante ha evidenziato profonde divergenze sotto il profilo anagrafico e antropodemografico:

- Distribuzione per età: La popolazione migrante risulta significativamente più giovane rispetto a quella nativa, mostrando un'età mediana alla diagnosi di 58 anni, a fronte dei 67 anni rilevati per la popolazione italiana.
- Fattore di genere: Si registra una netta e sproporzionata predominanza del genere femminile all'interno della coorte migrante, attestandosi al 74,1%, contro il 54,3% osservato tra i nativi.
- Origine geografica: Quasi il 68% dei pazienti di nazionalità straniera proviene dal continente europeo, con una prevalenza preminente dell'Europa dell'Est (35%). Le restanti quote afferiscono principalmente all'America Latina e all'Africa. Questa specifica distribuzione geografica si riflette in modo diretto sui profili di rischio epidemiologico e sulle vulnerabilità pato-specifiche.

Al fine di confrontare i pattern tumorali e neutralizzare l'effetto distorto delle differenze strutturali di età e sesso tra le due popolazioni, sono stati calcolati i Rapporti di Morbosità Proporzionale (PMR), standardizzati e aggiustati per le variabili demografiche menzionate. I risultati evidenziano scostamenti statisticamente significativi e di alto valore clinico-organizzativo:

Tabella 4 – Risultati Popolazione migrante

Ambito / Sede Tumorale	Mancato/Eccesso di Rischio (PMR)	Fattori Determinanti e Implicazioni Cliniche
Cervice Uterina	PMR 2.91	Grave indicatore di barriere strutturali nell'accesso ai programmi di screening organizzato (Pap-test/HPV-test) e alla vaccinazione preventiva.
Ovaio ed Endometrio	Incidenza aumentata	Conferma il forte segnale oncoginecologico di vulnerabilità per la popolazione femminile migrante.
Stomaco (Uomini)	PMR 1.86	Riflette l'esposizione pregressa a infezioni ed endemicità nei paesi d'origine (es. <i>Helicobacter pylori</i>) e fattori dietetici.
Epatocarcinoma (HCC, Uomini)	PMR 1.66	Correlato a tassi elevati di infezioni croniche da virus epatitici (HBV, HCV) endemiche nelle aree di provenienza.
Sistema Nervoso Centrale (SNC)	PMR 1.57	Eccesso di morbosità proporzionale meritevole di ulteriori approfondimenti eziologici.
Colon-Retto	PMR 1.18	Lieve incremento che suggerisce una progressiva transizione verso stili di vita e pattern di rischio occidentali.
Melanoma	PMR 0.60	Frequenza ridotta, verosimilmente legata a fattori protettivi fenotipici o potenziale sottodiagnosi.
Tumori Ereditari / Genetici	PMR 0.71	Dato critico che denota una forte barriera d'accesso ai servizi di consulenza genetica oncologica e ai percorsi preventivi familiari.

Fonte – Elaborazione propria

Inoltre, dati sottolineano la necessità di superare una visione olistica e indifferenziata della "popolazione migrante". Stratificando il rischio per macro-aree, emergono specificità nette: il tumore della cervice uterina rappresenta una priorità emergenziale per le donne provenienti dall'Est Europa, laddove l'epatocarcinoma (HCC) mostra la massima concentrazione tra i migranti di origine asiatica e africana. I tumori gastrici, di contro, colpiscono elettivamente le comunità asiatiche e latino-americane. Tali evidenze impongono lo sviluppo di campagne di prevenzione mirate e stratificate.

Per quanto, invece, concerne l'analisi dei percorsi di continuità assistenziale e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), i dati confermano che i pazienti migranti inseriti in regime di ADI presentano un'età sensibilmente inferiore rispetto ai nativi (il 65% ha un'età

inferiore ai 65 anni) e un livello di autonomia clinica superiore, certificato da un ottimo Performance Status (ECOG 0-1).

Dal punto di vista clinico, questi pazienti non presentano i criteri classici di fine vita o severa instabilità che caratterizzano i nativi in ADI; la loro attivazione è motivata dalla necessità di garantire la somministrazione di terapie oncologiche attive in regime di cure simultanee (Simultaneous Care). A livello di distribuzione geografico-amministrativa, l'ASL di Caserta assorbe da sola il 29% dell'intera coorte di migranti in ADI, evidenziando una pressione organizzativa asimmetrica che richiede un riequilibrio e un potenziamento mirato delle risorse locali.

Per misurare l'efficienza temporale nell'accesso al sistema di cura e identificare i fattori predittivi dei tempi di attesa, è stato applicato un approccio statistico avanzato basato sul Modello Hurdle.

I modelli lineari standard falliscono nell'analizzare distribuzioni di dati amministrativo-sanitari caratterizzate da un eccesso di valori pari a zero. Nel contesto della ROC, lo "zero" rappresenta il "Giorno Zero", ovvero la condizione ideale in cui un paziente viene preso in carico e registrato immediatamente nella piattaforma (condizione che si verifica nel 35% della coorte globale).

I risultati derivanti dall'applicazione del modello Hurdle forniscono importanti risposte circa la tenuta e l'imparzialità della Rete:

- L'ASL come unico predittore: L'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza territoriale è risultata essere l'unico driver statisticamente significativo sia nel determinare la probabilità di accesso immediato ("Giorno Zero"), sia nel computo dei giorni di attesa successivi per i pazienti non immediatamente presi in carico.
- Equità Clinica e Demografica: Le variabili anagrafiche individuali (età, genere, nazionalità) non hanno mostrato variazioni statisticamente rilevanti sui tempi di attesa. Allo stesso modo, i fattori di gravità clinica (presenza di stato metastatico o indice ECOG deteriorato) non influenzano la velocità di registrazione.

Il presente studio ha rimosso l'invisibilità epidemiologica che spesso caratterizza la popolazione migrante in ambito oncologico, delineando direttrici di intervento programmatiche per i decisori politici e i programmatori sanitari:

1. Prevenzione Oncologica Mirata: È imperativo implementare strategie di screening oncologico (cervice uterina, in primis) e campagne vaccinali (HPV, HBV) culturalmente personalizzate e veicolate tramite mediatori abilitati, superando le

barriere d'accesso per le donne dell'Est Europa e per le comunità asiatiche e africane.

2. **Potenziamento della Genetica Oncologica:** Sviluppare canali preferenziali e percorsi di facilitazione linguistico-culturale per consentire l'accesso ai servizi di consulenza genetica per le famiglie straniere ad alto rischio eredo-familiare.
3. **Standardizzazione Organizzativa Territoriale:** È necessario avviare azioni di auditing e governance per uniformare i tempi di risposta e presa in carico tra le diverse ASL regionali. L'obiettivo fondamentale è neutralizzare l'effetto del codice di avviamento postale (CAP) come driver discriminante nell'accesso tempestivo alle cure.

10. La tossicità finanziaria nei pazienti oncologici campani

Accanto alla tossicità clinica, di natura fisica, il percorso di cura oncologico determina un impatto economico spesso sottostimato, definito in letteratura come Tossicità Finanziaria (Financial Toxicity, FT). Tale fenomeno è stato documentato anche in contesti sanitari a copertura universale, come quello italiano, dove la FT risulta associata a una riduzione della qualità della vita, a una minore aderenza terapeutica e a un peggioramento della sopravvivenza globale.

In tale contesto, il progetto ValPeROC, finalizzato alla costruzione di un modello strutturato e replicabile per il monitoraggio integrato delle performance cliniche ed economiche della Rete Oncologica Campana (ROC), con finalità sia descrittive sia di supporto alla programmazione sanitaria, ha incluso la valutazione della tossicità finanziaria nei pazienti oncologici campani, considerandola una dimensione fondamentale della qualità dell'assistenza e un elemento informativo strategico per orientare interventi organizzativi e decisioni di politica sanitaria finalizzati a ridurre il carico economico associato alla malattia. L'analisi è stata condotta su un campione di 265 pazienti afferenti alla ROC nel 2023, mediante l'impiego dello strumento validato PROFFIT (Patient Reported Outcome for Fighting Financial Toxicity). Il campione ha evidenziato un punteggio PROFFIT medio pari a 42,4 (deviazione standard $\pm 24,9$), valore da ritenersi clinicamente rilevante nonostante la copertura garantita dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'analisi per sottogruppi ha mostrato livelli di tossicità finanziaria significativamente più elevati nelle seguenti categorie:

- pazienti di età inferiore ai 65 anni (score 51,3 vs 35,1), verosimilmente in relazione all'impatto della patologia sulla stabilità lavorativa e sul reddito;
- pazienti di sesso femminile (score 45,9 vs 36,5);

- soggetti non conviventi (score 56,6), a conferma del ruolo protettivo esercitato dalla rete familiare quale supporto economico;
- lavoratori e disoccupati, rispetto ai pensionati, questi ultimi caratterizzati da maggiore stabilità economica.

Un risultato di particolare rilevanza riguarda la correlazione inversa osservata tra livello di tossicità finanziaria e qualità percepita dell'assistenza. I dati suggeriscono che una maggiore efficienza organizzativa svolga una funzione protettiva rispetto al disagio economico del paziente. In particolare, livelli più contenuti di FT risultano associati a:

- maggiore precisione e puntualità nell'erogazione delle visite mediche ($p = 0,0467$);
- migliore chiarezza e comprensibilità delle informazioni cliniche fornite ($p = 0,005$);
- minori tempi di attesa per la refertazione diagnostica ($p = 0,011$).

Tali evidenze indicano che l'ottimizzazione dei processi organizzativi consente una riduzione dei costi indiretti a carico del paziente, quali viaggi non necessari e richieste di permesso lavorativo.

Sulla base dei risultati ottenuti a livello regionale, l'analisi viene estesa su scala nazionale attraverso lo studio PROFFIT_regional, promosso dall'Istituto Nazionale Tumori (INT) "Fondazione Pascale".

Obiettivi dello studio:

- confrontare il grado di tossicità finanziaria tra le macro-aree geografiche italiane (Nord, Centro, Sud e Isole);
- analizzare i nove determinanti specifici della FT (tra cui spese mediche, costi di trasporto e supporto del personale sanitario);
- valutare l'impatto della tossicità finanziaria sulla sopravvivenza globale a cinque anni.

È previsto il coinvolgimento complessivo di 5.624 pazienti a livello nazionale, così distribuiti: 2.627 nel Nord, 1.117 nel Centro e 1.881 nel Sud e Isole. Per la Regione Campania è stato definito un target di arruolamento pari a 532 pazienti.

Lo studio prevede l'impiego di un'applicazione dedicata per la raccolta automatizzata dei dati, con follow-up semestrale per una durata complessiva di cinque anni, riducendo così l'impatto sul tempo ambulatoriale del personale clinico.

Il monitoraggio sistematico della tossicità finanziaria assolve a tre finalità principali:

1. l'identificazione precoce dei pazienti a maggior rischio;
2. l'ottimizzazione della gestione della rete assistenziale, considerando la puntualità e la qualità della comunicazione clinica quali strumenti di prevenzione del disagio economico;

3. la produzione di evidenze scientifiche a supporto dei decisori sanitari, ai fini della pianificazione di interventi mirati.

In conclusione, rendere misurabile e visibile la componente economica dell'esperienza di malattia rappresenta un presupposto imprescindibile per garantire l'equità di accesso e di esito nel percorso di cura oncologico.

11. Implementazione della continuità territoriale nella Rete Oncologica Campana

La presa in carico del paziente oncologico richiede modelli organizzativi capaci di garantire continuità assistenziale, integrazione tra ospedale e territorio e una risposta personalizzata ai bisogni che emergono lungo tutto il percorso di cura. In tale contesto, la Rete Oncologica Campana (ROC) rappresenta un modello organizzativo orientato alla centralità del paziente, fondato sulla collaborazione multidisciplinare tra i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) e i servizi territoriali.

L'obiettivo principale dello studio è descrivere l'implementazione della Continuità Territoriale nella Rete Oncologica Campana e valutare le richieste di attivazione dei servizi territoriali per i pazienti presi in carico dalla Rete, evidenziando come i bisogni assistenziali vengano intercettati e gestiti lungo tutto il percorso di cura, favorendo l'integrazione tra ospedale e territorio. Particolare attenzione viene posta all'evoluzione del modello assistenziale negli ultimi anni. Infatti, la Continuità Territoriale non viene più attivata prevalentemente nelle fasi terminali della malattia (Off Therapy), ma sempre più precocemente durante il percorso terapeutico, secondo un approccio di Simultaneous Care. Questo cambiamento testimonia il crescente ruolo proattivo dei servizi territoriali nel supporto ai pazienti oncologici, con l'obiettivo di garantire una presa in carico tempestiva, multidisciplinare e centrata sui bisogni della persona.

Lo studio utilizza i dati raccolti nella piattaforma della Rete Oncologica Campana (ROC), che supporta la presa in carico dei pazienti oncologici attraverso percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) definiti dai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM). Il modello organizzativo della ROC si basa su un approccio integrato, circolare e non gerarchico, che coinvolge specialisti ospedalieri, professionisti territoriali e pazienti nella definizione del percorso assistenziale.

L'analisi ha l'obiettivo di descrivere la domanda di Continuità Territoriale e le modalità di attivazione dei servizi territoriali, valutando l'evoluzione temporale dei percorsi assistenziali e il livello di integrazione tra ospedale e territorio.

L'analisi comprende complessivamente 10788 pazienti oncologici registrati nella piattaforma ROC nel periodo 1° gennaio 2022 fino al 4 giugno 2026

I pazienti sono stati classificati in due gruppi: quelli indirizzati ai servizi territoriali contestualmente alla discussione del caso in GOM (attivazione precoce secondo il modello di Simultaneous Care), quelli inviati ai servizi territoriali successivamente alla chiusura del GOM, prevalentemente pazienti in fase avanzata di malattia (o Off Therapy), per i quali la presa in carico territoriale rappresenta il principale supporto assistenziale.

I risultati evidenziano un progressivo cambiamento del modello organizzativo nel corso degli anni. Si osserva infatti un incremento delle attivazioni precoci della Continuità Territoriale durante il percorso terapeutico, accompagnato da una riduzione delle attivazioni limitate alle fasi terminali della malattia (Off Therapy). Parallelamente, è aumentata la collaborazione tra i GOM e i professionisti dei servizi territoriali, favorendo una presa in carico più tempestiva, personalizzata e continuativa. I dati dettagliati relativi ai trend temporali sono riportati nella Tabella 5.

Tabella 5. Distribuzione dei pazienti in trattamento oncologico per anno (2022– 4 giugno 2026)

Variable	2022 N = 1932 ¹	2023 N = 2205 ¹	2024 N = 2611 ¹	2025 N = 2747 ¹	2026 N = 1293 ¹	p-value ²
Treatment						<0.001
Off Therapy	1517 (79%)	1584 (72%)	1722 (66%)	1732 (63%)	757 (59%)	
Simultaneous Care	415 (21%)	621 (28%)	889 (34%)	1015 (37%)	536 (41%)	

¹n (%)

²Pearson's Chi-squared test

La distribuzione delle richieste di continuità territoriale rispetto al totale dei pazienti presi in carico dalla ROC evidenzia un andamento complessivamente stabile nel periodo di osservazione. Pur in presenza di lievi oscillazioni tra i diversi anni, la quota di pazienti per i quali è stata richiesta la continuità territoriale si mantiene sostanzialmente costante, con un lieve incremento nell'ultimo anno (Tabella 6).

Tabella 6. Distribuzione annuale delle richieste di continuità territoriale rispetto al totale dei pazienti della ROC

Variable	2022	2023	2024	2025
	N = 19966 ¹	N = 25582 ¹	N = 30452 ¹	N = 29750 ¹
Numero di richieste CT	1932 (9.7%)	2205 (8.6%)	2611 (8.6%)	2747 (9.2%)

¹n (%)

I risultati documentano una significativa evoluzione del modello assistenziale della Rete Oncologica Campana verso un approccio di Simultaneous Care, nel quale la Continuità Territoriale diventa parte integrante del percorso terapeutico e non rappresenta più esclusivamente una risposta ai bisogni delle fasi terminali della malattia.

L'integrazione strutturata tra ospedale e territorio consente di intercettare precocemente i bisogni clinici, assistenziali e sociali dei pazienti, favorendo percorsi di cura personalizzati e continui nel tempo. Il coinvolgimento coordinato dei GOM e dei servizi territoriali contribuisce a garantire equità di accesso alle cure, appropriatezza degli interventi e migliore qualità dell'assistenza sull'intero territorio regionale.

Questo modello organizzativo rappresenta un'evoluzione verso una sanità maggiormente centrata sulla persona, nella quale la continuità delle cure costituisce uno degli elementi fondamentali per migliorare gli esiti clinici, la qualità di vita dei pazienti e la sostenibilità del sistema sanitario.

12. Valutazione Preliminare del Coinvolgimento del Paziente nel Processo Decisionale di Cura

Per valutare il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale di cura è stata utilizzata una scala validata in letteratura, il 9-item Shared Decision Making Questionnaire - SDM-Q-9 (Levente K, 2009), nella sua versione italiana. Lo strumento si inserisce nell'ambito dello *Shared Decision Making*, ovvero del processo decisionale condiviso, un approccio collaborativo attraverso il quale medico e paziente partecipano insieme alla definizione del percorso di cura. Tale modello prevede che le decisioni terapeutiche siano assunte integrando le evidenze cliniche disponibili con le preferenze, i bisogni, i valori e le aspettative del paziente.

In ambito oncologico, il processo decisionale condiviso riveste un ruolo particolarmente rilevante, poiché le scelte terapeutiche possono essere complesse e spesso richiedono una piena comprensione delle diverse opzioni disponibili, dei possibili benefici, dei rischi e delle

implicazioni sulla qualità della vita. L'utilizzo dell'SDM-Q-9 consente quindi di esplorare in modo strutturato la percezione del paziente rispetto alla propria partecipazione alle decisioni di cura e alla qualità della comunicazione instaurata con il medico.

Il questionario è composto da nove item che descrivono le principali fasi del processo decisionale condiviso: dalla comunicazione chiara della necessità di prendere una decisione, alla verifica del livello di partecipazione desiderato dal paziente, fino alla presentazione delle diverse possibilità di trattamento. Vengono inoltre indagati aspetti quali la spiegazione dei vantaggi e degli svantaggi delle alternative terapeutiche, il supporto fornito dal medico nella comprensione delle informazioni, la discussione delle preferenze del paziente e la scelta condivisa del trattamento e del successivo percorso assistenziale. Ogni item è valutato mediante una scala Likert con punteggi compresi tra 0, corrispondente a "non è affatto così", e 5, corrispondente a "è totalmente così". Il punteggio complessivo permette di ottenere una misura sintetica del grado di coinvolgimento percepito dal paziente nel processo decisionale.

Nel contesto della valutazione ValPeROC, l'utilizzo dell'SDM-Q-9 permette di analizzare quanto i pazienti oncologici si sentano informati, ascoltati e attivamente inclusi durante il percorso assistenziale, in particolare nell'ambito delle decisioni discusse durante i GOM. I risultati preliminari indicano una percezione complessivamente positiva (in media 4,94) del processo decisionale condiviso, pur evidenziando alcuni margini di miglioramento nelle fasi più direttamente legate alla scelta dei trattamenti. Ciò suggerisce l'importanza di rafforzare ulteriormente la comunicazione medico-paziente e di promuovere strategie volte a favorire una partecipazione sempre più consapevole e personalizzata del paziente alle decisioni terapeutiche.

13. La Performance della ROC: Focus esami interni ed esterni

La performance della ROC è influenzata da molteplici fattori e tra questi, nella fase diagnostica, rientrano: il ritardo diagnostico, la qualità delle cure e la conseguente soddisfazione del paziente, gli esami e i costi del percorso, nonché le inefficienze nell'impiego delle risorse.

Il percorso diagnostico in ROC, come già detto, comprende tutti gli esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e/o private accreditate nelle due fasi della ROC (Pre-GOM e GOM).

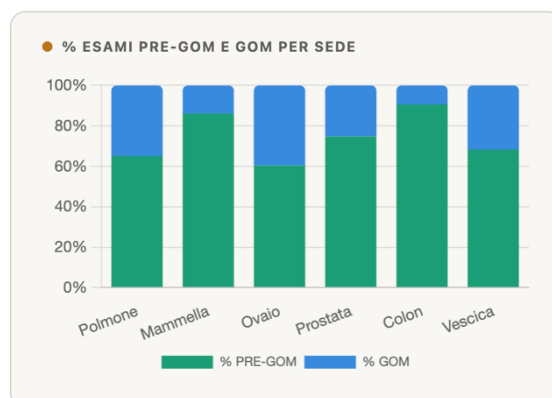
- Fase Pre-GOM = dal primo sintomo/diagnosi/primo esame a prima visita GOM.
- Fase GOM = dalla prima visita GOM al primo atto terapeutico.

Come già discusso in precedenza, le inefficienze nel percorso diagnostico ROC (C.I.) sono determinate da:

- Esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e private accreditate definiti «**inappropriati**», in quanto non aderenti a ciascun PDTA, non specifici dunque per la diagnosi oncologica, e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche oppure sono ripetuti nella stessa fase diagnostica.
- Esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e private accreditate durante la fase Pre-GOM e ripetuti nella fase GOM senza una giustificazione clinica.

Si intende verificare la percentuale di esami Pre-GOM e GOM per sede della patologia. Dai dati emerge che nelle strutture pubbliche la percentuale di esami Pre-GOM più elevata si registra in corrispondenza della sede del Colon, della Mammella e della Prostata. D'altro canto, la maggiore concentrazione di esami in fase GOM si verifica per le neoplasie del Polmone, dell'Ovaio e della Vescica (Fig. 22).

Figura 22: % Esami in fase Pre-GOM e in fase GOM per sede della patologia



Fonte: Elaborazione degli autori

14. L'analisi dei costi

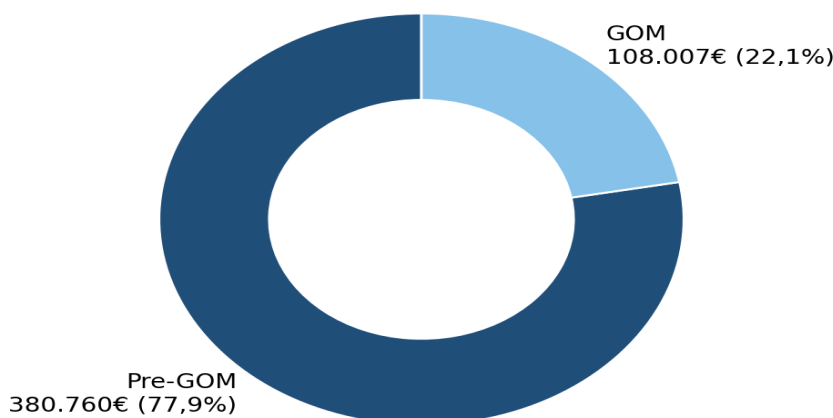
La corrente rilevazione del progetto ValPeROC analizza un campione di 492 pazienti presi in carico dalla Rete Oncologica Campana, di cui 452 con almeno un esame diagnostico tracciato, per un totale di 2.787 esami (in media 6,2 esami per paziente, con un massimo di 20). Il costo degli esami diagnostici è stato individuato in base al Tariffario Regionale delle prestazioni. Il costo diagnostico totale ammonta a 488.767€, pari a un costo medio di 993€ per paziente sull'intero campione (1.081€ se calcolato sui soli 452 pazienti con esami).

14.1 Costi nel percorso diagnostico in ROC (Fase pre-GOM e GOM)

La fase Pre-GOM concentra 2.189 esami (78,5% del totale) per un costo complessivo di 380.760€, pari al 77,9% dei costi totali; la fase GOM raccoglie 598 esami (21,5%) per 108.007€ (22,1%). In termini di costo medio, la fase Pre-GOM incide per circa 843€ per paziente e la fase GOM per circa 220€. Il 93,2% degli esami Pre-GOM non viene ripetuto in fase GOM (2.040 su 2.189) e l'82,1% degli esami risulta appropriato rispetto alla sede della patologia (2.289 su 2.787).

Figura 23: Costi Pre-GOM e GOM

Costi diagnostici per fase (VII Rilevazione)



Fonte: Elaborazione propria

14.2. Costi per struttura interna ed esterna

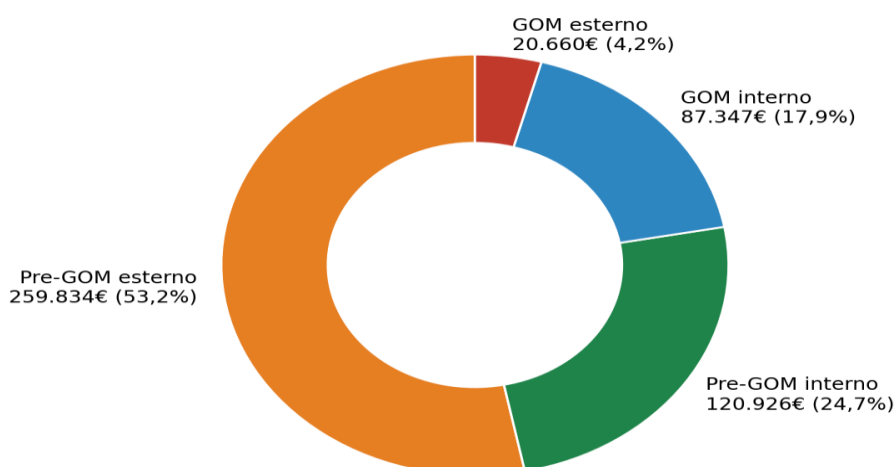
Si intende verificare la distribuzione dei costi diagnostici a seconda del setting di erogazione degli esami. Il 57,4% dei costi totali (280.494€) è generato da esami effettuati in strutture esterne al centro di presa in carico, mentre il 42,6% (208.273€) è riconducibile a esami

interni. Il 75,7% dei pazienti con esami (342 su 452) ha effettuato almeno un esame in struttura interna, e il 58,2% ha effettuato almeno un esame interno già nella fase Pre-GOM.

La componente più rilevante è rappresentata dagli esami Pre-GOM effettuati in strutture esterne, pari a 575€ per paziente (53,2% del totale), seguita dal Pre-GOM interno (268€, 24,7%), dal GOM interno (193€, 17,9%) e dal GOM esterno (46€, 4,2%). Il costo medio per esame in struttura interna (147€) risulta inferiore a quello in struttura esterna (204€); tale differenza riflette tuttavia un mix di esami diverso tra i due setting — non una differenza tariffaria, identica per la medesima prestazione. Il beneficio reale dell'internalizzazione è dunque di natura clinica e organizzativa: un percorso interno più coordinato riduce duplicazioni, inappropriatezza e frammentazione diagnostica.

Figura 24 – Distribuzione dei costi per fase e setting

Distribuzione dei costi per fase e setting (interno vs esterno)



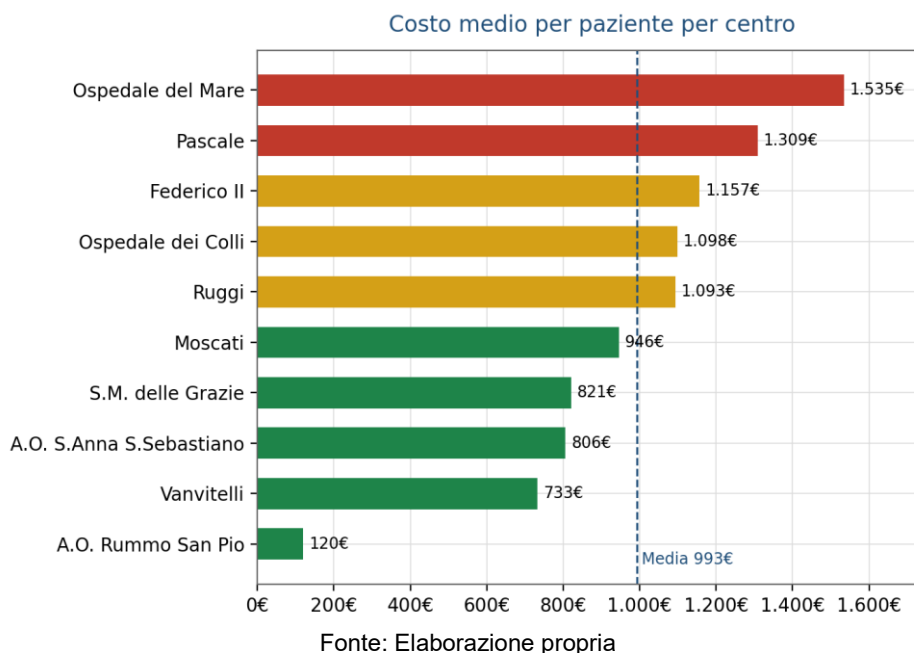
Fonte: Elaborazione propria

14.3. Costi per centro di presa in carico

L'analisi per centro evidenzia una marcata eterogeneità tra le dieci strutture coinvolte nella rilevazione. L'Ospedale del Mare presenta il costo medio per paziente più elevato (1.535€, +55% rispetto alla media), seguito dall'IRCCS Pascale (1.309€, +32%) e dal Federico II (1.157€, +16%). All'estremo opposto si collocano l'A.O. S. Anna e S. Sebastiano (806€, -19%) e la Vanvitelli (733€, -26%), a fronte di volumi di presa in carico elevati (rispettivamente 135 e 13 pazienti ROC).

Rilevante è anche l'incidenza dell'inefficienza gerarchica sul costo del singolo centro: il Federico II mostra la quota più elevata (52,6% del costo del centro), seguito dal Pascale (20,8%), presso il quale si concentra peraltro il 73,8% delle ripetizioni inter-fase dell'intera rete.

Figura 25 – Costo medio per paziente per centro



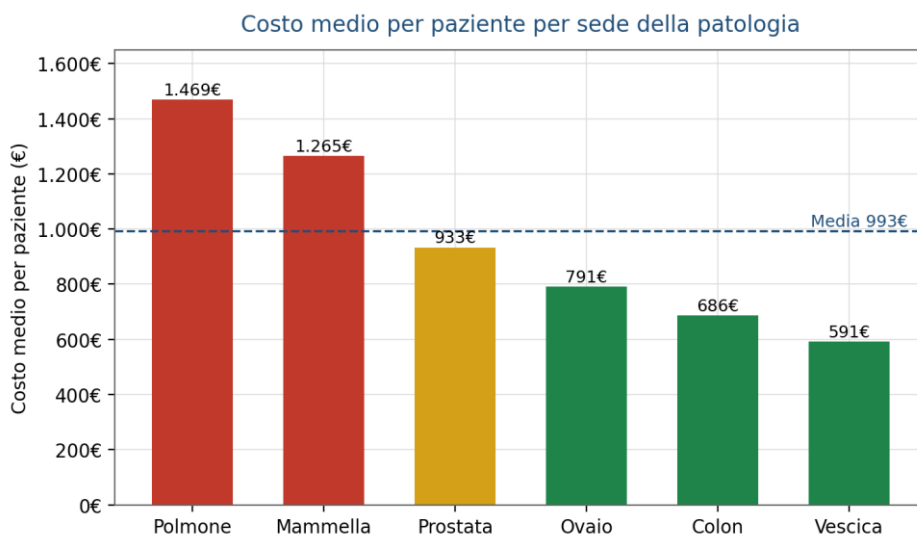
14.4. Costi Pre-GOM e GOM per sede della patologia

Si intende verificare l'esistenza di differenze significative nei costi medi in base alla sede del tumore (colon, ovaio, polmone, prostata, vescica e mammella). Emergono differenze rilevanti per sede della patologia: le sedi del polmone (1.469€ per paziente, +48% rispetto alla media) e della mammella (1.265€, +27%) presentano costi superiori alla media di campione (993€), mentre colon (686€, -31%) e vescica (591€, -40%) si collocano ampiamente al di sotto. La prostata (933€) risulta in linea con la media, mentre l'ovaio (791€, -20%) si posiziona sotto la media, pur avendo la numerosità più contenuta del campione (15 pazienti).

L'incidenza più elevata dei costi in fase Pre-GOM si registra per le sedi del Colon (89%) e Mammella (84%). Il polmone si distingue per la percentuale dei costi in fase GOM più

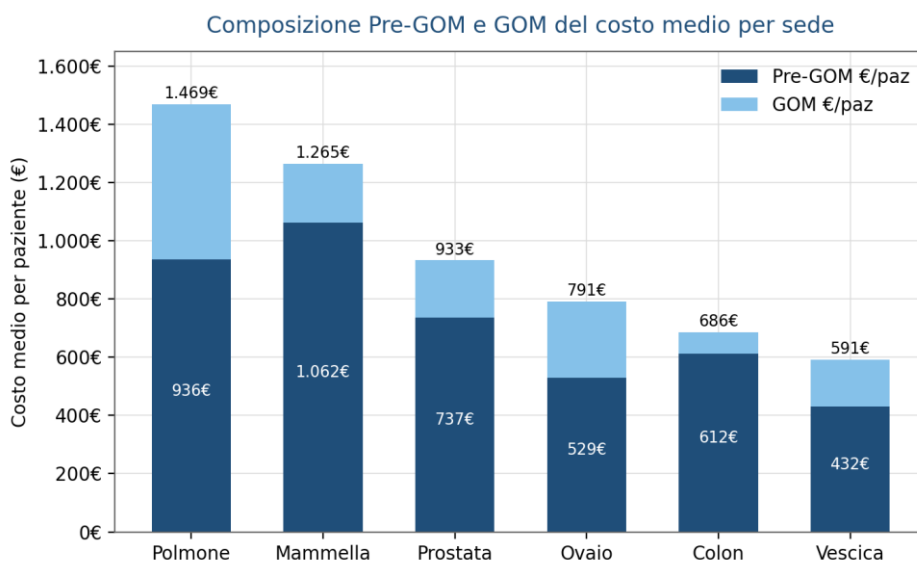
elevata (36%) tra le sedi della patologia, riconducibile alla complessità dell'imaging di stadiazione.

Figura 26 – Costo medio per paziente per sede



Fonte: Elaborazione propria

Figura 27 – Composizione Pre-GOM e GOM del costo medio per sede



Fonte: Elaborazione propria

Tabella 7- Riepilogo dei costi per sede della patologia

Sede	N ROC	Costo medio	Costo Pre-GOM	Costo GOM	Totale	Vs media 993€
Polmone	77	1.469€	72.035€ (64%)	41.047€ (36%)	113.082€	+48%
Mammella	178	1.265€	189.047€ (84%)	36.116€ (16%)	225.163€	+27%
Prostata	75	933€	55.260€ (79%)	14.697€ (21%)	69.957€	= media
Ovaio	15	791€	7.936€ (67%)	3.932€ (33%)	11.868€	-20%
Colon	57	686€	34.904€ (89%)	4.219€ (11%)	39.124€	-31%
Vescica	50	591€	21.577€ (73%)	7.996€ (27%)	29.573€	-40%

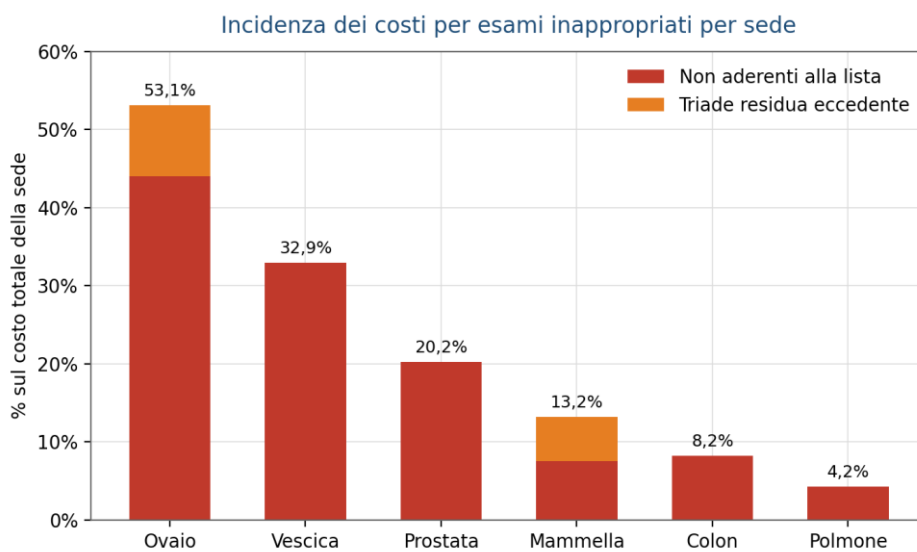
Fonte: Elaborazione propria

14.5. Costi per esami inappropriati per sede della patologia

I costi derivanti da inefficienze nel percorso diagnostico ROC sono dovuti ai costi per esami definiti «inappropriati», in quanto non aderenti a quanto previsto da ciascun PDTA per la specifica sede, non specifici per la diagnosi oncologica e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche, nonché alla componente residua della triade PET/TAC/RM eccedente.

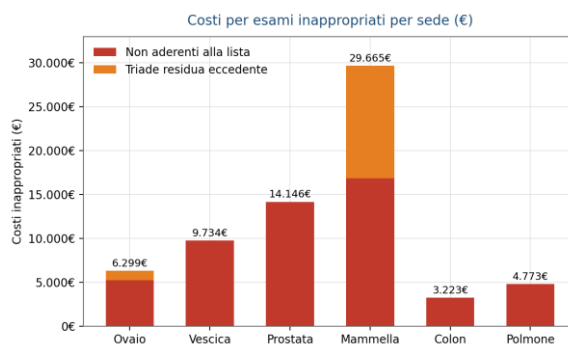
Nella corrente rilevazione i costi per esami inappropriati ammontano complessivamente a 67.839€, pari al 13,9% dei costi totali: 53.940€ (11,0%, 498 esami) per esami non aderenti alla lista degli appropriati per sede e 13.899€ (2,8%, 12 esami eccedenti) per la triade eccedente. Emergono differenze marcate per sede tumorale: l'ovaio presenta l'inappropriatezza più alta in assoluto, pari al 53,1% del costo di sede (6.299€), con solo il 47,8% degli esami aderenti alla lista degli appropriati. Seguono la vescica (32,9%) e la prostata (20,2%), mentre il polmone registra l'incidenza più bassa (4,2%), configurandosi come modello di appropriatezza replicabile sulle altre sedi. Per la mammella, pur con un'incidenza percentuale contenuta (13,2%), il valore assoluto è il più elevato (29.665€), di cui 12.827€ riconducibili alla triade residua Eco+Mammografia+RM nella stessa fase.

Figura 28 – Incidenza dei costi per esami inappropriati per sede (%) sul costo di sede



Fonte: Elaborazione propria

Figura 29 – Costi per esami inappropriati per sede (€)



Fonte: Elaborazione propria

Tabella 8: Riepilogo dell'inappropriatezza per sede

Sede	N ROC	Non aderenti	Triade	Totale inapprop.	% su costo sede	% esami appropriati
Ovaio	15	5.227€	1.072€	6.299€	53,1%	47,8%
Vescica	50	9.734€	0€	9.734€	32,9%	70,4%
Prostata	75	14.146€	0€	14.146€	20,2%	67,5%
Mammella	178	16.838€	12.827€	29.665€	13,2%	89,8%
Colon	57	3.223€	0€	3.223€	8,2%	86,0%
Polmone	77	4.773€	0€	4.773€	4,2%	89,2%

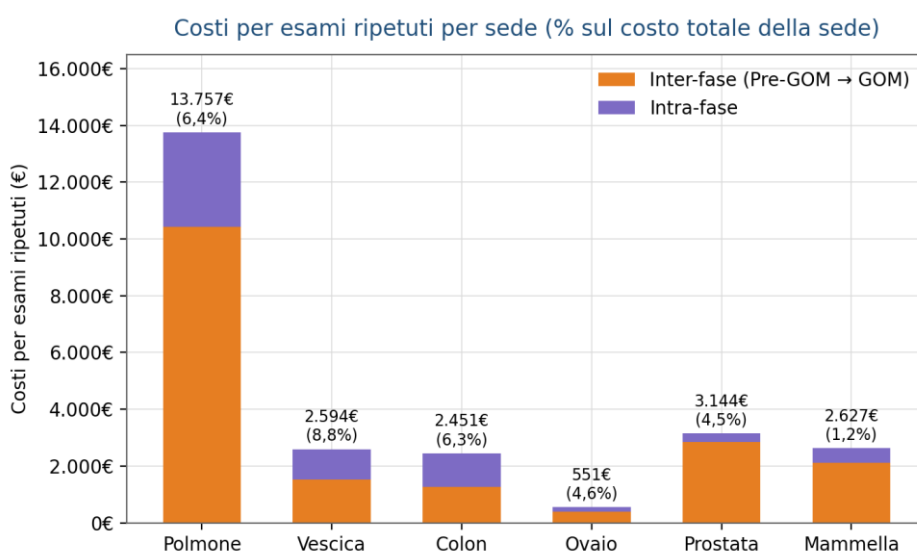
Fonte: Elaborazione propria

14.6. Costi per esami ripetuti per sede della patologia

I costi per esami ripetuti ammontano complessivamente a 25.125€, pari al 5,1% dei costi totali. Le ripetizioni inter-fase (esami Pre-GOM ripetuti in fase GOM) incidono per 18.571€ (3,8% del costo totale, 149 esami), mentre le ripetizioni intra-fase (esami ripetuti più di una volta nella stessa fase senza nuova indicazione) valgono 6.554€ (1,3%, 49 esami).

Si intende verificare l'esistenza di differenze significative a seconda della sede del tumore. Il polmone è l'unica sede con ripetizioni rilevanti in valore assoluto (13.757€, pari al 6,4% del costo di sede), concentrate soprattutto su PET FDG e TC (torace, addome, capo); in termini percentuali la vescica registra l'incidenza più alta (8,8%). All'estremo opposto, la mammella presenta le ripetizioni più basse (1,2%) nonostante il volume massimo di pazienti ed esami (178 ROC, 1.156 esami), configurandosi come best practice nella gestione della transizione Pre-GOM → GOM.

Figura 30 – Costi per esami ripetuti per sede della patologia



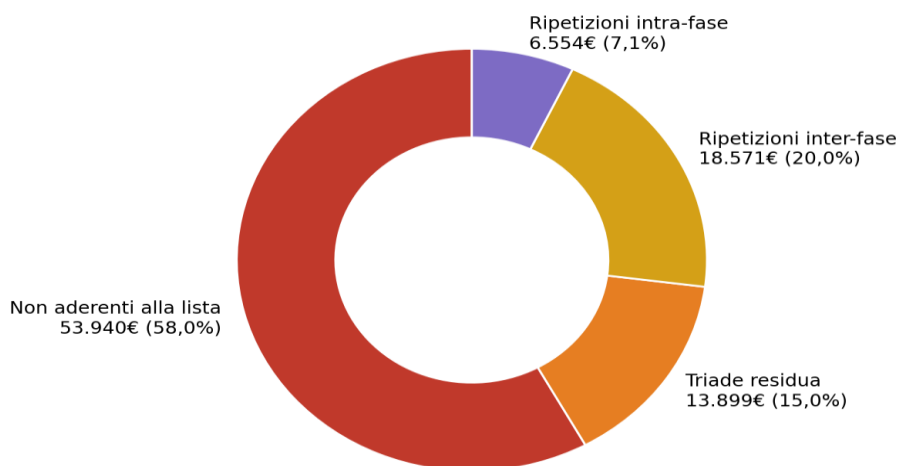
Fonte: Elaborazione propria

14.7. Riepilogo delle inefficienze e scenari di risparmio potenziale

L'inefficienza gerarchica totale, calcolata senza doppi conteggi, ammonta a 92.964€, pari al 19,0% del costo diagnostico totale. Essa si compone dei costi non aderenti alla lista degli appropriati (53.940€, 58,0% dell'inefficienza), della triade residua eccedente (13.899€, 15,0%), delle ripetizioni inter-fase (18.571€, 20,0%) e delle ripetizioni intra-fase (6.554€, 7,1%). Al netto di tali componenti, il costo diagnostico potenzialmente ottimizzato si attesta a 395.803€.

Figura 31 – Composizione dell'inefficienza gerarchica

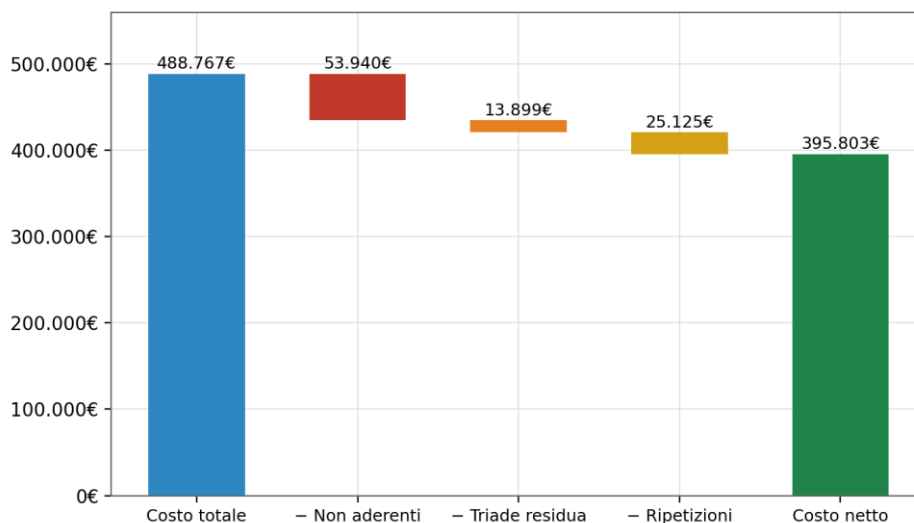
Composizione dell'inefficienza gerarchica (92.964€, 19,0% del totale)



Fonte: Elaborazione propria

Figura 32 – Waterfall: dal costo totale al costo netto potenzialmente evitabile

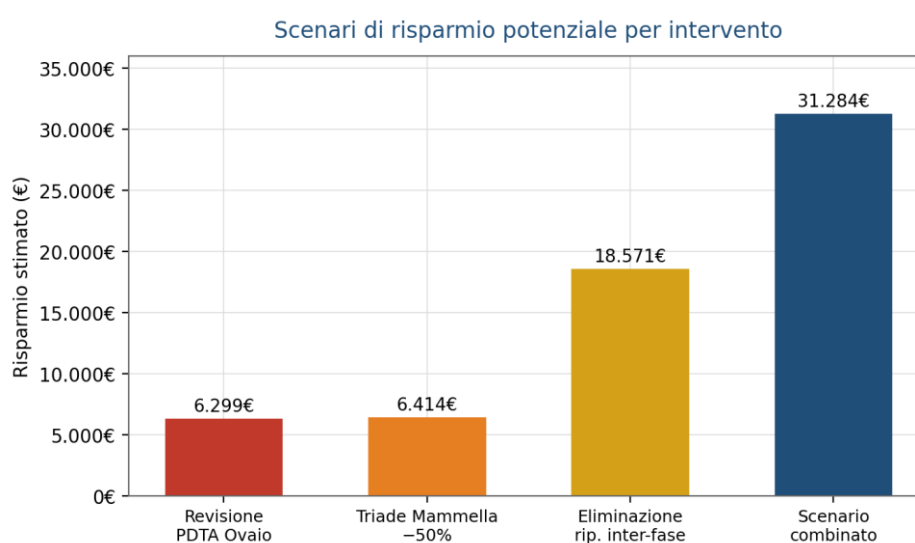
Dal costo totale al costo netto potenzialmente ottimizzato



Fonte: Elaborazione propria

Gli scenari di intervento simulati quantificano il risparmio conseguibile per singola leva: la revisione urgente del PDTA Ovaio, con l'azzeramento della relativa inappropriatezza, produrrebbe un risparmio di 6.299€ (-1,3%); l'introduzione di una regola prescrittiva automatica per la riduzione del 50% della triade Mammella varrebbe 6.414€ (-1,3%); l'eliminazione delle ripetizioni inter-fase mediante alert automatico ROC genererebbe il risparmio maggiore, pari a 18.571€ (-3,8%). Lo scenario combinato, ottenuto dalla somma dei singoli interventi senza doppi conteggi, consentirebbe un risparmio complessivo di 31.284€, con una riduzione del 6,4% del costo diagnostico totale (da 488.767€ a 457.483€).

Figura 33 – Scenari di risparmio potenziale per intervento



Fonte: Elaborazione propria

15. Conclusioni

I risultati emersi nell'ambito della valutazione ValPeROC confermano il ruolo centrale della Rete Oncologica Campania come modello organizzativo orientato alla presa in carico multidisciplinare, alla continuità assistenziale e alla progressiva personalizzazione dei percorsi di cura. Il progetto ValPeROC, attraverso il monitoraggio sistematico degli indicatori di processo, di performance e di qualità percepita, rappresenta uno strumento fondamentale per osservare l'evoluzione della rete, individuare eventuali criticità e promuovere interventi di miglioramento coerenti con i bisogni dei pazienti e con gli obiettivi di appropriatezza, equità e sostenibilità del sistema.

L'analisi del coinvolgimento del paziente nel processo decisionale di cura, condotta mediante l'utilizzo della scala validata SDM-Q-9 nella versione italiana, ha permesso di approfondire un aspetto particolarmente rilevante dell'assistenza oncologica: la partecipazione attiva del paziente alle decisioni terapeutiche. In un contesto clinico complesso come quello oncologico, infatti, la qualità della relazione medico-paziente e la chiarezza delle informazioni fornite rappresentano elementi essenziali per favorire una scelta consapevole, condivisa e coerente con le preferenze, i valori e le aspettative della persona assistita.

Nel complesso, i risultati suggeriscono una percezione positiva del processo decisionale condiviso. I pazienti e i caregiver rispondenti sembrano sentirsi generalmente informati, ascoltati e inclusi nel percorso di cura proposto durante i GOM. Tuttavia, alcune dimensioni del questionario evidenziano margini di miglioramento, in particolare quelle maggiormente legate alla scelta del trattamento, alla valutazione delle diverse alternative terapeutiche e alla decisione condivisa finale. Questo dato indica che, pur in presenza di una buona qualità comunicativa generale, è necessario rafforzare ulteriormente le fasi in cui il paziente viene chiamato a esprimere preferenze e a partecipare in modo più attivo alla definizione del percorso terapeutico.

Parallelamente, l'approfondimento sulla continuità territoriale conferma l'importanza di un modello assistenziale capace di accompagnare il paziente non solo nella fase ospedaliera, ma lungo l'intero percorso di cura. La progressiva attivazione dei servizi territoriali anche nelle fasi più precoci della malattia evidenzia un cambiamento significativo nell'organizzazione dell'assistenza oncologica, sempre più orientata a una presa in carico integrata, proattiva e centrata sui bisogni del paziente. Questo aspetto assume particolare rilevanza per ridurre la frammentazione delle cure, migliorare la qualità della vita e sostenere in modo più efficace pazienti e famiglie.

Alla luce di tali evidenze, ValPeROC si conferma non solo come un sistema di valutazione delle performance della Rete Oncologica Campana, ma anche come uno strumento utile per promuovere una cultura dell'assistenza centrata sul paziente. I risultati ottenuti sottolineano la necessità di continuare a investire nella comunicazione medico-paziente, nella formazione degli operatori, nella valorizzazione del ruolo dei case manager e nel rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio. Tali interventi risultano essenziali per consolidare un modello di cura oncologica sempre più equo, appropriato, sostenibile e capace di rispondere in maniera personalizzata ai bisogni clinici, assistenziali e relazionali dei pazienti.

Il percorso di valutazione, dunque, conferma che la Rete Oncologica Campana ha raggiunto un elevato livello di maturità organizzativa, ma evidenzia al tempo stesso alcune aree su cui intervenire per migliorare ulteriormente la qualità dell'esperienza di cura. Il rafforzamento del processo decisionale condiviso e della continuità territoriale rappresenta una priorità strategica per rendere il paziente sempre più partecipe, consapevole e protagonista del proprio percorso assistenziale.

Bibliografia

- 1) I numeri del Cancro in Italia, AIOM/ AIRTUM, 2021.
- 2) Oncologia di prossimità: raccomandazioni e modelli organizzativi per una integrazione ottimale tra ospedale e territorio, 2022.
- 3) «Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance» delle Pubbliche Amministrazioni (<https://performance.gov.it/>).
- 4) Sistema di misurazione e valutazione della performance, Scuola Normale Superiore (2014)
<https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione- valutazione/documento/ 118>.
- 5) Kasiulevičius, V., Šapoka, V., & Filipavičiūtė, R. (2006). Sample size calculation in epidemiological studies. *Gerontologija*, 7(4), 225-231.

Appendice

I Key Performance Indicators della V annualità

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione	Efficacia
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	>0,5	0,05	0,99	0,94
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc....)	1-7 Likert	>4	0,025	4,31	0,08
A2.1	% Pazienti visitati nel Tempo pre-GOM prestabilito, da sintomo o riscontro occasionale a visita GOM (qualità del sistema sanitario regionale pre-GOM)	0-100%	>80%	0,1	35%	-0,57
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	>90%	0,05	82%	-0,10
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	>90%	0,025	72%	-0,21
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	>90%	0,05	83%	
A2.5	% di pazienti che per propria volontà sceglie di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso altra struttura esterna alla ROC	0-100%	<5%	0,025	0,4%	83%
A3.1	Patient Satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	>3	0,0017	4,35	0,4%
A3.2	Patient Satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	>3	0,0017	4,67	4,35
A3.3	Patient Satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	>3	0,0017	4,69	4,67
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	>70%	0,05	83%	0,17
B1.2	% Pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	>70%	0,05	77%	0,09
B1.3	Efficienza del lavoro	0-max*	150	0,1	248*	0,31
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,05	0,17	0,02
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	0-100%	<10%	0,05	0,09	0,45
B2.3	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	<30%	0,1	0,31	0,52
C1.1	% di MMG campani con credenziali di accesso alla Piattaforma ROC	0-100%	>10%	0,1	43%	2,96
C1.2	% pazienti inviati in Piattaforma ROC dai MMG	0-100%	>5%	0,1	3%	-0,41

Fonte: Elaborazione propria

Si ringrazia per il contributo non condizionante:

 Bristol Myers Squibb™

 NOVARTIS