



*Classificazione Decimale Dewey:*

**616.992007204572 (23.) TUMORI. RICERCHE. Campania**

# **VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE RETI ONCOLOGICHE IL CASO DELLE AREE INTERNE CAMPANE**

*A cura di*

**FRANCESCO SCHIAVONE**

*Contributi di*

**ANNA BASTONE, ANDREA CAPORUSCIO, MAURO CAVALLONE,  
GIUSEPPE CRIMALDI, BELINDA LAURA DEL GAUDIO,  
ANNA PIA DI IORIO, MARCO FERRETTI, LORENZO LATELLA,  
DANIELE LEONE, GIUSEPPINA MAROTTA, ANNALUCE MANDIELLO,  
EMILIO MIRANTE, ANDREA PONE, GIORGIA RIVIECCIO,  
FRANCESCO SCHIAVONE, MICHELE SIMONI,  
VINCENZO VERDOLIVA, FEDERICA ZEULI**





©

ISBN  
979-12-218-2165-9

PRIMA EDIZIONE  
**ROMA** 11 SETTEMBRE 2022

# INDICE

- 7 *Prefazione*
- 11 **CAPITOLO I**  
La valutazione delle performance in sanità  
*a cura di* FRANCESCO SCHIAVONE, MARCO FERRETTI, DANIELE LEONE,  
ANDREA CAPORUSCIO, ANNA BASTONE, FEDERICA ZEULI, ANDREA PONE  
1.1. L'evoluzione dei modelli di misurazione delle performance in sanità, 12  
– 1.2. I principali modelli teorici per la valutazione delle performance in sa-  
nità, 15 – 1.2.1. *Triple Aim e Population Health*, 16 – 1.2.2. *Value Based Heal-  
thcare*, 19 – 1.2.3. *Balanced Scorecard*, 22 – 1.3. Criticità e prospettive future,  
26.
- 31 **CAPITOLO II**  
Le reti socio–sanitarie e il modello della rete oncologica  
*a cura di* MAURO CAVALLONE, MICHELE SIMONI, MARCO FERRETTI, DANIELE  
LEONE, GIUSEPPINA MAROTTA, ANNALUCE MANDIELLO, EMILIO MIRANTE  
2.1. Il modello “a rete” in oncologia: definizione e principi fondamentali, 31  
– 2.2. Governance e modelli di gestione nelle reti oncologiche, 40 – 2.3. Stato  
dell'arte in Italia, 42 – 2.4. Un focus sulle aree periferiche e scarsamente po-  
polate, 55.
- 61 **CAPITOLO III**  
Gli indicatori di performance nelle reti oncologiche: una rassegna  
della letteratura ed un modello teorico–operativo  
*a cura di* MAURO CAVALLONE, VINCENZO VERDOLIVA, BELINDA LAURA  
DEL GAUDIO, ANDREA CAPORUSCIO, GIUSEPPINA MAROTTA, FEDERICA  
ZEULI, EMILIO MIRANTE, GIUSEPPE CRIMALDI  
3.1. Indicatori di valutazione delle performance delle reti oncologiche, 63 –  
3.2. Programma Nazionale Esiti, 66 – 3.3. PREMs e PROMs: Indicatori Pa-  
tient–centered per la Qualità e l'Efficacia delle cure, 73 – 3.4. Sistema a

6 *Indice*

bersaglio Sant'Anna di Pisa, 76 – 3.5. Sviluppo di un Sistema di Monitoraggio per la Valutazione delle Aree Periferiche, 84.

91 CAPITOLO IV

Un'indagine empirica: La performance della Rete Oncologica Campana (ROC) nelle aree periferiche

*a cura di* FRANCESCO SCHIAVONE, GIORGIA RIVIECCIO, VINCENZO VERDOLIVA, ANNA BASTONE, ANNA PIA DI IORIO, ANDREA PONE, LORENZO LAPELLA  
4.1. Progetto di ricerca "CARE-CAMP" (Cancer Care Performance Evaluation in Campania Peripheral Areas), 91 – 4.2. Metodologia, 96 – 4.2.1. *Albero delle Performance e sviluppo degli indicatori*, 99 – 4.2.2. *Il campionamento*, 102 – 4.3. I principali risultati, 113 – 4.3.1. *Patient-Reported Experience Measures (PREMs)*, 158 – 4.3.2. *Terapie di prossimità: un focus sui Distretti*, 162 – 4.3.3. *I risultati dell'analisi PNE per struttura*, 182.

227 CAPITOLO V

Riflessioni e modelli per il management, l'innovazione e la riprogettazione del modello a rete nelle aree periferiche

*a cura di* MICHELE SIMONI, GIORGIA RIVIECCIO, BELINDA LAURA DEL GAUDIO, ANNALUCE MANDIELLO, ANNA PIA DI IORIO

239 *Appendice*

243 *Bibliografia*

## PREFAZIONE

La valutazione delle performance è un tema classico nell'ambito delle scienze manageriali (Pencarelli, 2009; Perrini e Tencati, 2006) che si ricollega direttamente alla comprensione efficace, da parte del management aziendale, delle diverse dinamiche di creazione e distruzione di valore (Kaplan e Norton, 2005). In questo ambito di ricerca, un settore industriale che sovente è stato oggetto di indagine è rappresentato dalla sanità (Mele e Triassi, 2008; Porter, 2010; Cuccurullo e Pennarola, 2017). Tale particolare attenzione deriva sia da contingenze operative e strategiche, tra cui la costante riduzione delle risorse disponibili e la conseguente esigenza di una loro migliore allocazione (Porter e Lee, 2013; Porter *et al.*, 2017), sia dalla necessità da parte delle strutture sanitarie di dimostrare ai loro vari stakeholder quanto raggiunto in termini di qualità delle prestazioni erogate e di raggiungimento degli obiettivi aziendali (Vettori e Vannozzi, 2010).

Con l'emergere di tali criticità nei sistemi sanitari nazionali di tutto l'Occidente, in oncologia negli ultimi anni si è affermato su scala globale un modello organizzativo innovativo, ovvero quello basato sulla progettazione di reti oncologiche regionali (Addicott *et al.*, 2006). Tali modelli, si sono qualificati quale soluzione organizzativa predominante per la gestione dell'assistenza sanitaria in ambito oncologico. Essi, infatti, consentono alle istituzioni ed aziende sanitarie, nonché indirettamente anche ai loro stakeholder, di ottenere un'ampia serie di benefici, tra cui il miglioramento dell'efficienza dei processi clinici e organizzativi, uno scambio migliore di informazioni tra i vari operatori professionali e l'erogazione di servizi assistenziali molto più centrati sul paziente oncologico.

In Regione Campania, ad esempio, l'analisi dell'offerta oncologica ha messo in luce criticità strutturali e ritardi persistenti che impediscono una risposta pienamente adeguata ai bisogni di salute della popolazione, ostacolando al contempo un uso efficace ed efficiente delle risorse economiche disponibili. La necessità, quindi, di attuare azioni specifiche volte a riorganizzare e razionalizzare l'offerta ha determinato l'istituzione della Rete Oncologica Campana (ROC).

Nonostante la proliferazione di tale modello organizzativo, la letteratura manageriale nazionale non ha ancora affrontato in dettaglio gli step alla base dello sviluppo di un cruscotto multidimensionale di indicatori volti alla valutazione delle performance dei servizi sanitari offerti ai pazienti oncologici. Inoltre, un aspetto ancora poco indagato riguarda la misurazione delle performance di tali modelli nelle aree periferiche e scarsamente popolate (definite successivamente aree interne), caratterizzate da ridotta accessibilità ai servizi e da notevoli disparità nell'erogazione delle cure.

Pertanto, l'obiettivo del presente volume, il quale si inserisce nel consolidato ambito di studi di *performance measurement* in sanità (Nuti *et al.*, 2018; Vainieri *et al.*, 2016; Vainieri *et al.*, 2019), è quello di colmare tale gap. Questo libro racchiude i principali risultati del progetto di ricerca "CARE-CAMP, Cancer Care Performance Evaluation in Campania Peripheral Areas" (CUP: I63C24000550001), finanziato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa in qualità di Spoke 10 — "Population Health" — nell'ambito del programma THE – Tuscany Health Ecosystem.

In particolare, al fine di offrire un'evidenza empirica, il volume riporta i risultati della valutazione delle performance ottenuta tramite la gestione "in rete" dei vari Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali (PDTA) erogati dalla Rete Oncologica Campana (ROC) nelle succitate aree. In particolare, sono stati considerati indicatori clinici (es. tempi di gestione del processo) ed economici (es. analisi dei costi e dei risparmi di spesa) costruiti attraverso l'adattamento del *pentagramma* sviluppato dal Laboratorio MeS (Vainieri *et al.*, 2016; Nuti *et al.*, 2018).

Al fine di effettuare le succitate valutazioni ed elaborazioni, lo studio prende in considerazione i dati primari e secondari relativi a un campione di nuovi pazienti oncologici afferenti alle strutture della ROC

situate nelle aree periferiche della Regione Campania presi in carico in due annualità di riferimento (giugno 2022 – maggio 2023; giugno 2023 – maggio 2024). Inoltre, è stata valutata la percentuale di terapie di prossimità, focalizzandosi in particolare sui distretti delle ASL di Benevento, Avellino e Salerno. A tal fine, il team di ricerca ha ritenuto importante includere l'analisi dei dati raccolti attraverso il Piano Nazionale Esiti (PNE). Infine, l'esperienza acquisita dal team di ricerca nella misurazione delle prestazioni delle ROC, durante il progetto di ricerca "ValPeROC", ha consentito di monitorare i miglioramenti e le aree di criticità dei servizi complessivamente erogati in Regione Campania nelle due annualità di riferimento.

L'opera si compone di 5 capitoli. Nel primo capitolo, intitolato *La valutazione delle performance in sanità*, è stata analizzata la principale letteratura economico-manageriale sul tema della valutazione delle performance in sanità, cercando di identificare quali siano le principali dimensioni e ambiti di applicazioni misurati in questo settore. Sono stati, inoltre, identificati i principali modelli teorici per la suddetta valutazione, nonché le principali criticità e prospettive future. Nel secondo capitolo, intitolato *Le reti socio-sanitarie e il modello della rete oncologica*, sono stati illustrati nel dettaglio le principali caratteristiche dei modelli a rete in sanità. Inoltre, sono stati descritti i principali modelli di governance e di gestione utilizzati in tale modello fornendo una panoramica sullo stato dell'arte in Italia con un particolare focus sulle aree periferiche e scarsamente popolate. Nel terzo capitolo, dal titolo *Gli indicatori di performance nelle reti oncologiche: una rassegna della letteratura ed un modello teorico-operativo*, è stata analizzata la letteratura sui principali indicatori utilizzati per la valutazione di tali modelli. Nel quarto capitolo, intitolato *Un'indagine empirica: La performance della Rete Oncologica Campana (ROC) nelle aree periferiche*, sono stati descritti i principali risultati ottenuti attraverso l'analisi empirica. Infine, l'opera si conclude con un quinto capitolo, intitolato *Riflessioni e modelli per il management, l'innovazione e la riprogettazione del modello a rete nelle aree periferiche*, in cui sono state effettuate, secondo una logica di natura induttiva, una serie di considerazioni, scaturenti dall'indagine empirica riportata nel volume, sul management, l'organizzazione e l'innovazione dei servizi sanitari a rete erogati in aree periferiche e poco popolate.

Non posso non terminare questa introduzione ringraziando tutti i colleghi dell'Università degli Studi di Napoli Parthenope che hanno contribuito alla realizzazione di questo contributo e, più in generale, alla realizzazione della ricerca CARE-CAMP: Marco Ferretti, Michele Simoni, Giorgia Riviaccio, Mauro Cavallone, Vincenzo Verdoliva, Daniele Leone, Laura Belinda Del Gaudio, Andrea Caporuscio. L'attraversamento di questo percorso di ricerca mi ha, inoltre, dato conferma della dedizione e della passione per la ricerca di tanti giovani studiosi di grande valore intellettuale e culturale, i quali collaborano a vario titolo con il VIMASS, il laboratorio di management e innovazione in sanità che ho la fortuna di dirigere presso l'Università Parthenope di Napoli. Prima fra tutti, la Dottoressa Anna Bastone, cui va da parte del sottoscritto un grandissimo ringraziamento per il suo eccezionale lavoro di revisione e coordinamento editoriale e di supporto scientifico. Non meno preziosi per la realizzazione di questo volume anche gli altri giovani collaboratori del VIMASS: Anna Pia Di Iorio, Annaluce Mandiello, Federica Zeuli, Giuseppina Marotta, Andrea Pone e Emilio Mirante.

## CAPITOLO I

### LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE IN SANITÀ

**A CURA DI FRANCESCO SCHIAVONE, MARCO FERRETTI, DANIELE LEONE,  
ANDREA CAPORUSCIO, ANNA BASTONE, FEDERICA ZEULI, ANDREA PONE**

Nell'ambito delle scienze manageriali, la valutazione delle performance rappresenta un tema classico (Vainieri *et al.*, 2019). A tal proposito, un settore che sovente è stato indagato, pur con le sue peculiarità e complessità, è senza dubbio quello sanitario (Cuccurullo e Pennarola, 2017; Nuti *et al.*, 2018; Vainieri *et al.*, 2016; Vainieri *et al.*, 2019).

In generale, progettare un sistema efficace di misurazione e monitoraggio delle prestazioni è fondamentale per allineare le operazioni di un'organizzazione alla sua direzione strategica e per il raggiungimento degli obiettivi e degli scopi fissati (Dixon *et al.*, 1990). Pertanto, tale sistema dovrà essere sensibile ai cambiamenti interni ed esterni, implementare modifiche agli obiettivi secondo necessità, e garantire che i risultati ottenuti vengano mantenuti nel lungo periodo (Bititcti *et al.*, 2000). Misurare le performance non rappresenta, dunque, un fine ultimo, ma piuttosto uno strumento di guida verso scelte gestionali efficaci e di qualità. In particolare, nel settore sanitario, la qualità può essere intesa come «il grado con cui i servizi sanitari per individui e popolazioni aumentano la probabilità di ottenere i risultati di salute desiderati e risultano coerenti con le attuali conoscenze professionali» (Lohr, 1990). La qualità dell'assistenza sanitaria non è più, quindi, un fenomeno soggettivo: essa può essere legittimamente quantificata, misurata, monitorata e analizzata, proprio come molte altre variabili e attività aziendali (Rogers *et al.*, 2001).

### 1.1. L'evoluzione dei modelli di misurazione delle performance in sanità

Nello specifico, in ambito sanitario la misurazione della performance si concentra, soprattutto, sulla valutazione dei tempi di attesa, dell'efficienza dei processi, della produttività, del grado di soddisfazione dei pazienti e, più recentemente, del livello di stress sperimentato dal personale ospedaliero. Chiaramente, così come accade alle altre organizzazioni, anche quella sanitaria si ritrova nella condizione di dover fronteggiare una sempre più crescente competitività con il conseguente fenomeno della mobilità passiva; a questo si aggiunge, d'altra parte, una recente crescita nel grado di educazione sanitaria del pubblico, che spinge a ricercare e scegliere servizi che siano qualitativamente superiori, sia nell'effettivo che nel percepito, con l'obiettivo di ridurre al minimo gli errori e migliorare l'assistenza. Già nel 1850, l'infermiera Florence Nightingale dimostrò che adeguarsi ai basilari standard igienico-sanitari portava ad una riduzione della mortalità nell'assistenza ai soldati feriti nella guerra di Crimea (Chun e Bafford, 2014); Ernest Codman, invece, chirurgo del Massachusetts, è considerato spesso come il fondatore degli studi sui risultati e sulle prove di efficacia, dal momento che era solito tenere traccia dei suoi pazienti tramite le "End-results-cards", schede contenenti dati demografici, diagnosi, trattamenti e risultati, reputati necessari per comprendere le ragioni di eventuali insuccessi nei trattamenti e migliorare, conseguentemente, l'assistenza dei futuri pazienti (Chun e Bafford, 2014), anticipando in tal modo la misurazione sistematica delle performance sanitarie. Negli anni seguenti, infatti, tale modello fu integrato negli obiettivi dichiarati di alcune strutture ospedaliere. Successivamente, Donabedian (1966) sviluppò il modello "Struttura-Processo-Outcome" per la valutazione della qualità delle cure, ancora oggi in vigore, con opportune modifiche. In tale contesto, la struttura fa riferimento agli elementi stabili dell'organizzazione, includendo dunque caratteristiche come la formazione, la disponibilità di determinate apparecchiature e, più in generale, l'adeguatezza dell'organizzazione; si tratta di misure più facili da rilevare, e pertanto sono state spesso adoperate con una maggiore frequenza rispetto alle altre. Tuttavia, se è vero che buoni indicatori di

struttura rendano più probabile una buona qualità, è anche vero che l'assoluta certezza non è garantita (Donabedian, 2003). Il processo, inteso come la serie di eventi che avvengono per l'erogazione delle cure, può variare in termini qualitativi secondo tre aspetti, legati all'appropriatezza, alla competenza ed alla tempestività; un certo tipo di esame, ad esempio, può rivelarsi utile ed appropriato, ma potrebbe non essere stato prescritto in tempo. Inoltre, un certo intervento chirurgico potrebbe essere stato realizzato con maestria, ma risultare superfluo. Pertanto, così come nel caso delle misure strutturali, anche in questo caso bisogna considerare che un adeguato sviluppo del processo possa incrementare le probabilità di successo in termini di esiti, ma la qualità del servizio non risulta garantita. Infine, le misure di *outcome* (ossia, di esito) riescono a comprendere se gli obiettivi dell'assistenza sanitaria sono stati effettivamente raggiunti: esse possono includere, ad esempio, la soddisfazione dei pazienti, il tasso di sopravvivenza e anche i costi dell'assistenza, visto e considerato che l'esito di salute può avere accezioni molto ampie. Tuttavia, in genere, ci si focalizza principalmente su indicatori dello stato di salute, legati ad esempio ad un'eventuale risoluzione della condizione patologica, o ad un pieno recupero delle funzioni dell'assistito (Donabedian, 1980). Tra le tre misure, non risulta esserci una che sia sempre migliore delle altre. L'efficacia di ognuna dipende da obiettivi e circostanze (Donabedian, 2003); può accadere, infatti, che ci sia un buon esito anche quando il processo assistenziale è risultato carente, o che, invece, il trattamento sia stato qualitativamente eccellente ma i risultati sfavorevoli. È stato riscontrato, per esempio, che l'incidenza tumorale nel Nord Italia, a causa di fattori legati all'industrializzazione e all'urbanizzazione, risulti essere maggiore rispetto al Sud, ma il tasso di mortalità appare più basso, in virtù di performance ospedaliere e qualità organizzative migliori. Pertanto, come in questo caso, si evince che l'esito favorevole possa basarsi maggiormente sulla qualità delle cure ricevute. Nella pratica, quindi, per comprendere se un certo risultato dipenda o meno dalla complessiva qualità dell'assistenza, è opportuno esaminare il legame che esso ha con le precedenti misure di struttura e processo.

Proseguendo nella disamina, la terza fase evolutiva del *performance measurement* coincide, per naturali conseguenze, con quella della

standardizzazione e del benchmarking formale, aventi per obiettivo non soltanto la misurazione dei risultati clinici, ma anche la condivisione delle migliori pratiche tra pari, riconoscendo l'importanza dell'analisi congiunta per l'identificazione efficace delle aree da migliorare. Tra questi metodi, si annovera l'*Healthcare Effectiveness Data and Information Set* (HEDIS), set di misure di performance suddivise in sei domini di cura: 1) Efficacia dell'assistenza; 2) Accesso/disponibilità delle cure; 3) Esperienza di cura; 4) Utilizzo e uso relativo delle risorse; 5) Informazioni descrittive del piano sanitario; 6) Misure raccolte utilizzando sistemi elettronici di dati clinici. Tale strumento è stato sviluppato e gestito dal National Committee for Quality Assurance (NCQA) per confrontare le prestazioni sanitarie con quelle di altri piani nazionali o regionali, pur con alcune criticità. Tra queste, una delle obiezioni maggiormente sollevate è legata allo scopo intrinseco del modello stesso, in quanto esso si limita a verificare che venga fornito un livello di assistenza minimamente accettabile a specifiche popolazioni a rischio, senza andare oltre (Epstein, 1995).

Dagli anni Novanta ad oggi, si registra "l'importazione" dal settore privato al contesto sanitario del modello della *Balanced Scorecard*, di cui discuteremo successivamente, insieme alla diffusione di sistemi di performance integrati e multidimensionali, fondati su indicatori di *outcome*, costo-beneficio e valore per il paziente nonché la sua centralità. Nello specifico, la centralità del paziente fa riferimento al ruolo che si intende attribuire al paziente in ambito sanitario, quale elemento focale di attenzione, garantendo dunque che le sue preferenze, i bisogni e i valori siano presi in considerazione in ogni decisione clinica, promuovendo così un'esperienza di cura più personalizzata e rispettosa. A tale scopo, vengono raccolte, dai pazienti, le *Patient Reported Experience Measures* (PREMs); esse mostrano la percezione e soddisfazione riguardo all'esperienza di cura, focalizzandosi su aspetti quali la qualità dell'assistenza ricevuta, la comunicazione con il personale sanitario, la tempestività degli interventi e l'accessibilità ai servizi, contribuendo a identificare le aree di miglioramento ed intervento. Al contempo, le *Patient Reported Experience Measures* (PROMs) rappresentano un «resoconto sullo stato di salute sperimentato dal paziente, che provenga direttamente dallo stesso, senza interpretazione o filtri» (FDA, 2009).

Sia i PREMs che i PROMs saranno adeguatamente approfonditi nel terzo capitolo.

D'altro canto, gli anni seguenti si caratterizzano, innanzitutto, per l'adozione di un metodo di valutazione complessiva del sistema sanitario attraverso l'*Health System Performance Assessment* (HSPA), un processo sistematico basato su indicatori strategicamente selezionati che permettono di esaminare funzioni di governance, finanziamento, risorse, erogazione, in relazione a risultati finali di equità, efficacia, accesso, sostenibilità e resilienza (European Observatory, 2022).

In seguito, Porter e Teisberg (2006) introducono il modello di *Value-Based healthcare*, che sarà descritto in una sezione dedicata. Infine, non è da trascurare l'impatto prodotto dalle recenti innovazioni in tema di Big Data ed intelligenza artificiale, che consentono di implementare indicatori multilivello di qualità (MQI) per l'integrazione di dati (provenienti da pazienti e territori) con determinati modelli statistici avanzati.

## **1.2. I principali modelli teorici per la valutazione delle performance in sanità**

Come si può ben evincere, la valutazione della performance in ambito sanitario tende ormai ad essere molto articolata, in risposta alla rapida trasformazione degli ecosistemi sanitari per popolazioni sempre più eterogenee e complesse, alla maggiore domanda di trasparenza e alla pressante necessità di generare risultati clinici efficaci, esperienze di cura più soddisfacenti e condizioni economiche sostenibili. L'assistenza sanitaria è, infatti, un servizio offerto a persone che sono simultaneamente pazienti nel senso tradizionale del termine, e clienti nel senso moderno (Young e Smith, 2022). Infatti, innanzitutto, ciascuna persona sperimenta nel corso della vita un certo bisogno di salute, inteso come «la capacità di beneficiare dell'assistenza sanitaria o di cambiamenti sociali e ambientali più ampi» (Wilkinson e Marmot, 1998), comportandosi da «paziente» in senso stretto; d'altro canto, il bisogno del paziente sta diventando sempre più associato a servizi che, oltre che efficaci, siano di qualità, confortevoli e soddisfacenti. Pertanto, il paziente, gradualmente, sta assumendo le fattezze di un vero e proprio cliente (Young e Smith,

2022), che contribuisce alla definizione e ottimizzazione dei servizi (a seconda dello specifico Stato, in modo diverso), e dunque “pretende”.

Pertanto, i modelli sviluppati nel tempo hanno fornito strumenti concettuali e pratici grazie ai quali misurare e valutare, nella molteplicità dei servizi erogati, i risultati ottenuti, proponendo un approccio decisionale *evidence-based* ed un sistema di valutazione multidimensionale e comparato. Negli ultimi anni, in particolare, la direzione seguita è stata quella di modelli integrati, orientati alla salute collettiva. Tra questi, il *Triple Aim*, che propone una visione congiunta di *Population Health*, esperienza di cura del paziente e sostenibilità dei costi (Berwick *et al.*, 2008) assume particolare rilievo. Oltre al *Triple Aim*, anche il modello di *Value-Based Healthcare* (VBHC), fondato sul valore generato dalle attività, è un framework ampiamente utilizzato in sanità. Il “valore”, per l'appunto, se dal lato dell'organizzazione è associato strettamente agli esiti rapportati ai costi, dal lato del paziente risulta un concetto più “personale”, ma chiave nella VBHC. In particolare, affinché si crei valore per il paziente, è necessaria una chiara comprensione di quali siano quei risultati che gli stanno più a cuore (de Jong *et al.*, 2023). A questi modelli se ne aggiungono alcuni “gestionali”, quali la già menzionata *Balanced Scorecard* (BSC), riadattati allo specifico contesto per funzioni di controllo.

Nei paragrafi seguenti verranno pertanto approfonditi alcuni tra i modelli e gli strumenti più significativi tra quelli menzionati.

### 1.2.1. *Triple Aim e Population Health*

La prima definizione di *Triple Aim* si deve a Berwick, Nolan e Whittington, che nel 2008 descrissero il triplice obiettivo di migliorare contemporaneamente la salute della popolazione, l'esperienza del paziente nell'assistenza sanitaria e la riduzione del costo pro capite nelle strutture ospedaliere statunitensi (Berwick *et al.*, 2008). Tuttavia, le componenti del *Triple Aim* non sono indipendenti tra loro, ed i cambiamenti in uno degli obiettivi possono influenzare anche gli altri, sia in modo positivo che negativo, a seconda dei casi. Per esempio, migliorare l'assistenza agli individui, soprattutto adoperando tecnologie e farmaci innovativi, potrebbe voler dire incrementare i costi; al contrario, eliminare l'uso

sovrabbondante o inappropriato di terapie o esami diagnostici dovrebbe portare sia a una riduzione dei costi sia a risultati clinici migliori. Infine, gli effetti di alcuni cambiamenti potrebbero manifestarsi con ritardo nel tempo (Berwick *et al.*, 2008).

Perseguire il *Triple Aim* può dunque risultare in un vero e proprio esercizio di equilibrio: spesso, solo uno o due dei tre obiettivi sono considerati degni di attenzione dalle organizzazioni sanitarie, generando una sorta di paradosso nell'applicazione pratica del modello (Berwick *et al.*, 2008). Nonostante ciò, alcune innovazioni promettenti, quali la telemedicina e il medical home sembrano allinearsi molto bene con i principi cardine del triplice obiettivo.

Tra gli ostacoli principali individuati dagli stessi ricercatori, si riscontrano senz'altro una domanda sanitaria spesso ancora guidata dall'offerta (e non dal bisogno), e soprattutto una conoscenza limitata dei sistemi da parte di clinici e organizzazioni, con il conseguente tentativo di ottimizzare solo singole parti, rispetto all'intero sistema.

Inoltre, è necessario soddisfare alcune condizioni preliminari per poter implementare questo approccio: innanzitutto, 1) rivolgersi ad una popolazione di riferimento, 2) impegnarsi nel garantire la copertura universale a tutti i suoi membri, ed infine 3) sviluppare un'organizzazione (c.d. integratore) che si assuma la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi stessi (Berwick *et al.*, 2008). Più specificamente, il ruolo dell'integratore consta di almeno cinque componenti fondamentali, tra le quali si riscontrano la collaborazione con individui e famiglie, la riorganizzazione dell'assistenza primaria, la gestione della salute della popolazione, la gestione finanziaria ed infine l'integrazione a livello di sistema macro (Berwick *et al.*, 2008).

Poiché nessun attore, da solo, possiede le capacità necessarie per migliorare efficacemente la salute di un'intera popolazione, il *Triple Aim* richiede esplicitamente la cooperazione tra organizzazioni sanitarie, dipartimenti di sanità pubblica, servizi sociali, sistemi scolastici e datori di lavoro; tale collaborazione è per l'appunto favorita dalla presenza dell'integratore, che coordina le risorse necessarie a perseguire gli obiettivi, identifica un portafoglio di progetti e investimenti funzionali, e stabilisce un insieme coerente di indicatori di alto livello per monitorare i progressi (Stiefen e Nolan, 2012).

Gli outcome sanitari di mortalità e stato di salute, così come la loro combinazione, ovvero l'aspettativa di vita in buona salute, costituiscono le misure finali dei risultati di *Population Health*; sono altresì inclusi indicatori relativi al "peso" della malattia (in termini, ad esempio, di incidenza e/o prevalenza di malattie croniche) e a fattori comportamentali (quali fumo, consumo di alcolici, dieta ed attività fisica) e fisiologici (quali l'indice di massa corporea e la pressione sanguigna), in quanto contribuiscono in modo significativo agli esiti di salute (Stiefen e Nolan, 2012).

Viceversa, per misurare l'esperienza di cura, vengono considerate due prospettive: innanzitutto, quella dell'individuo, quando questi interagisce con il sistema sanitario (ad esempio tramite questionari di valutazione); poi, quella del sistema sanitario, che concentra i propri sforzi sulla progettazione di un'esperienza di alta qualità per il paziente, secondo le sei dimensioni di miglioramento definite dall'Institute of Medicine, vale a dire sicurezza, efficacia, tempestività, centralità del paziente, equità ed efficienza.

Per quanto riguarda i costi pro capite, infine, la misura ideale è il costo totale per membro della popolazione al mese. In alternativa, è possibile utilizzare come indicatori i servizi ad alto costo (es. ricoveri ospedalieri e relativi costi), in quanto rappresentano una quota significativa della spesa sanitaria complessiva (Stiefen e Nolan, 2012).

L'impatto positivo generato dall'impiego del *Triple Aim* è stato certificato anche dalla scelta dell'Institute for Healthcare Improvement (IHI) di integrare il modello come guida strategica per sistemi sanitari innovativi, allo scopo di migliorare la salute delle popolazioni e ridurre i costi complessivi.

Inoltre, nel corso degli anni, il *Triple Aim* si è evoluto fino ad integrare un focus sul benessere del personale sanitario e sulla promozione dell'equità sanitaria, trasformandosi così nel *Quintuple Aim* (Cooper *et al.*, 2022).

Nel dettaglio, il primo pilastro del *Triple Aim* fa riferimento al più complesso fenomeno di *Population Health*, termine relativamente nuovo e del quale non esiste una definizione univoca in letteratura (Bishop & Swarthout, 2017). Tuttavia, ciò che si può affermare, è che la *Population Health* corrisponda ad un approccio focalizzato sugli

outcome di salute di un gruppo di individui e sulla distribuzione di tali outcome all'interno del gruppo stesso (Lyn *et al.*, 2019). Più specificamente, il campo della *Population Health* comprende i risultati sanitari, i determinanti della salute e le politiche e gli interventi che collegano questi due (Kindig & Stoddart, 2003), includendo, nell'orizzonte valutativo, determinanti sociali, ambientali ed economiche.

In particolare, una popolazione è spesso identificata con una regione geografica, ma può anche essere costituita da gruppi o minoranze con specifiche caratteristiche; i determinanti, invece, includono l'assistenza medica, gli interventi di sanità pubblica, alcuni aspetti sociali e l'ambiente fisico, oltre che la genetica ed il comportamento individuale (Kindig & Stoddart, 2003). È più corretto, però, fare riferimento a “modelli” di determinanti piuttosto che a singole componenti, al fine di sottolineare le interazioni sussistenti tra le diverse categorie e, spesso, la loro interdipendenza.

In definitiva, «l'obiettivo di un approccio alla *Population Health* è quello di mantenere e migliorare la salute dell'intera popolazione e ridurre le disuguaglianze sanitarie tra i gruppi di popolazione», rivolgendo una maggiore attenzione ai risultati (sanitari), piuttosto che ad input e processi (Health Canada, 1998).

Le dimensioni del *Triple Aim*, considerate nel loro insieme, offrono un quadro utile per misurare il valore nell'assistenza sanitaria, inteso in questo caso proprio come l'ottimizzazione dei tre obiettivi (Stiefen e Nolan, 2012).

### 1.2.2. *Value Based Healthcare*

Il progressivo invecchiamento della popolazione e lo sviluppo di patologie croniche hanno contribuito a rendere necessario, per l'erogazione e il finanziamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali, la nascita e lo sviluppo del paradigma di efficienza degli esiti sanitari (Teisberg *et al.*, 2020), strettamente connesso, da un lato, alla qualità delle cure, e dall'altro all'ottimizzazione dei processi sanitari (Moore et Khagram, 2006). Infatti, i sistemi sanitari stanno evolvendo, passando dal tradizionale modello basato sul volume a un modello centrato sul valore; quest'ultimo, nell'assistenza sanitaria, fa riferimento al miglioramento

(misurato) degli esiti di salute di un paziente, in rapporto ai costi per ottenere tale risultato (Porter & Teisberg, 2006), e non esclusivamente al volume dei servizi forniti. In termini pragmatici, il valore può essere considerato come i risultati di salute del paziente ottenuti per dollaro speso (Porter, 2010), ed è considerato come l'unico obiettivo in grado di unificare gli interessi di tutti i partecipanti nel sistema. L'European Commission (Expert Panel, 2019), invece, concettualizza il valore in quattro aspetti: 1) allocativo, legato alla distribuzione equa di risorse fra tutti i gruppi di pazienti; 2) tecnico, ossia il raggiungimento dei migliori risultati possibili con le risorse disponibili; 3) personale, associato all'impiego di cure appropriate per raggiungere gli obiettivi specifici dei pazienti; ed infine 4) sociale, in virtù del contributo che la sanità può portare in termini di partecipazione ed equità.

Generare valore in sanità significa dunque dare priorità ai risultati di salute ottenuti dai pazienti e dalle organizzazioni, mantenendo al contempo un rapporto ottimale con i costi (Casanova *et al.*, 2024). Non bisogna infatti sottovalutare il fatto che, migliorando gli esiti ed incrementando il valore, si può, al contempo, ridurre la spesa e la necessità di cure continuative, contrastando la progressione della malattia (Deerberg–Wittram & Ludtke, 2016); una migliore salute è, infatti, intrinsecamente meno costosa di una cattiva.

La *Value-Based Healthcare* coinvolge dunque la gestione integrata di una condizione clinica (*disease management*), valutata nell'intero processo di cura, piuttosto che associata ad un singolo episodio assistenziale. Il suo obiettivo è massimizzare il valore per i pazienti, valutando gli esiti dei trattamenti tramite indicatori di performance scientificamente validi, trasparenti e facilmente utilizzabili nella pratica clinica. Alla luce di queste considerazioni, il modello può dunque costituire un percorso naturale per raggiungere gli ambiziosi scopi del *Triple Aim*.

Inoltre, l'Harvard Business School descrive la *Value-Based Healthcare* come un framework utile a riprogettare i sistemi sanitari, con l'obiettivo centrale di generare valore per i pazienti, spingendo su outcome misurabili e riduzione dei costi.

In particolare, Porter e Teisberg (2006) individuano sei componenti ("pilastri") fondamentali della sanità *Value-Based*, che si presume possano rafforzarsi a vicenda. Essi corrispondono a: 1) organizzare

l'assistenza in Unità di Pratica Integrata (IPU), 2) misurare esiti e costi per ogni paziente, 3) passare a pagamenti forfettari per cicli di cura, 4) integrare l'erogazione dell'assistenza in strutture separate, 5) espandere la copertura geografica dei servizi e 6) costruire una piattaforma tecnologica abilitante.

Innanzitutto, erogare servizi sanitari attraverso la creazione di Unità di Pratica Integrata significa strutturare il percorso di cura partendo dal paziente e dai suoi bisogni, considerando il fatto che all'interno delle unità stesse è presente un team multidisciplinare dedicato, responsabile dell'intero ciclo di trattamento, dalla prevenzione e diagnosi alla terapia, passando per la riabilitazione ed il monitoraggio; il secondo pilastro coincide, invece, con la necessità di sviluppare indicatori di esito e di costo validi, specifici e generalizzabili per valutare ciascuna pratica clinica. Si passa, dunque, da un focus su volume e redditività dei singoli servizi ad uno incentrato sugli esiti di salute ottenuti dai pazienti (Salvatore *et al.*, 2021). In aggiunta, introdurre sistemi di pagamenti cumulativi, sulla base dei costi previsti per cure clinicamente definite implica un singolo pagamento per un intero episodio di cura, piuttosto che pagamenti separati per ogni singolo servizio, incoraggiando gli operatori sanitari a pensare in modo olistico alle modalità di erogazione dell'assistenza per una determinata patologia, ed incentivare il coordinamento delle cure, migliorare l'efficienza e contemporaneamente controllare i costi. Inoltre, bisognerebbe integrare i processi assistenziali per evitarne la frammentazione e la duplicazione, collegando invece i diversi momenti del ciclo di cura (Salvatore *et al.*, 2021).

Infine, tra le priorità per un'efficace VBHC rientra anche quella di espandere l'ambito territoriale della copertura assistenziale, visto e considerato che il criterio della vicinanza geografica non è più sufficiente in risposta alla complessità dei casi clinici, e contemporaneamente sviluppare una piattaforma informativa adeguata, che permetta di seguire il paziente lungo tutto il ciclo di cura, raccogliendo e monitorando i dati per facilitare e supportare il lavoro del team interdisciplinare e, chiaramente, valutare in modo continuo l'efficacia dell'intervento.

Per implementare la VBHC è necessario che, nel contesto sanitario, sussistano alcuni elementi chiave, comunemente identificati nella leadership, nel coinvolgere la prospettiva-paziente, nell'organizzare

l'erogazione dei trattamenti in unità di cura integrate, nella standardizzazione delle misure di outcome e accessibilità dei dati, ed infine nel disporre di risorse sufficienti in termini di tempo e capitale umano (Casanova *et al.*, 2024).

È importante osservare, tuttavia, che il valore non corrisponde esattamente alla qualità, dal momento che questa è incentrata sugli input e sulla conformità ai processi, piuttosto che sui risultati. Parimenti, può essere fuorviante associare il valore alla soddisfazione del paziente: se è vero, infatti, che la serenità psicologica e la dignità del degente siano snodi fondamentali dell'assistenza sanitaria, è pur vero che lo scopo essenziale degli operatori rimane sempre il miglioramento concreto della salute (Teisberg *et al.*, 2020).

A tal punto, è plausibile chiedersi se il modello *Value-Based* possa ben sposarsi con un'assistenza centrata sul paziente (*patient-centered care*, ossia PCC), descritta come caratterizzata da «compassione, empatia e reattività ai singoli bisogni, valori e preferenze espresse» (IOM, 2001) e fondata sull'idea che «l'assistenza sanitaria, ove possibile, dovrebbe curare, ma sempre aiutare ad alleviare la sofferenza» (IOM, 2001). In altre parole, l'obiettivo della centralità del paziente è «modificare l'assistenza per adattarla alla persona, e non il viceversa» (IOM, 2001). Secondo Hicks e Tseng (2016), la centralità del paziente, pur essendo una misura decisamente importante, non rappresenta una assoluta peculiarità della VBHC. Le due filosofie non risultano essere, pertanto, perfettamente convergenti, anche se non sono divergenti: un loro allineamento è possibile se le prospettive, le preferenze ed i risultati incentrati sul paziente sono esplicitamente incorporati nei parametri di qualità, costo e valore (Hicks e Tseng, 2016).

### 1.2.3. *Balanced Scorecard*

La *Balanced Scorecard*, nota anche con la sigla di BSC, è un sistema “bilanciato” di misure finanziarie e non finanziarie che fornisce informazioni da quattro prospettive: finanziaria, cliente, processi interni ed innovazione e apprendimento (Kaplan e Norton, 1992).

La dimensione finanziaria è stata a lungo considerata come l'unica indicazione di performance, considerando il fatto che fosse

strettamente correlata agli interessi degli azionisti; tuttavia, utilizzare esclusivamente indicatori di questa natura potrebbe danneggiare la creazione di valore a lungo termine. Per Kaplan e Norton (1997), infatti, gli obiettivi ed indicatori finanziari devono svolgere un duplice ruolo: da un lato, misurare l'effettiva performance (finanziaria) e rapportarla della strategia, dall'altro essere un punto di riferimento per gli obiettivi ed indicatori delle altre tre prospettive. Tra gli indicatori finanziari più utilizzati si riscontrano la crescita e il volume delle vendite, la percentuale di investimento, il ritorno sull'investimento e l'utile netto di periodo (Kaplan & Norton, 2001).

Per quel che concerne la prospettiva cliente, un aspetto cruciale è quello di identificare i segmenti ed i mercati nei quali si desidera competere, comunicando tali obiettivi all'intera organizzazione (Kaplan & Norton, 1996), ricordando che il punto centrale di ogni strategia è la proposta di valore per il cliente.

La dimensione dei processi interni considera l'insieme di iniziative che l'organizzazione intraprende per migliorare i processi operativi esistenti, cercando di conseguire sia il livello di qualità desiderata dal cliente, sia chiaramente gli obiettivi strategici; secondo Kaplan e Norton (1997), bisogna definire una catena del valore che si concentri su tre aree principali, legate alle Operazioni, all'Innovazione e ad i Servizi post-vendita, così che i manager possano comprendere e conoscere meglio il funzionamento della loro attività e rendere le strategie più adeguate.

Infine, l'ultima prospettiva presenta un'importante caratteristica: i suoi obiettivi possono essere definiti solo dopo aver identificato le esigenze delle altre prospettive. Inoltre, essa risponde ai bisogni dell'organizzazione nel lungo termine, ovvero all'insieme di azioni da mettere in pratica per poter crescere. In tal senso, dunque, è opportuno sviluppare una serie di valori intangibili, quali il capitale umano e quello organizzativo, che possano supportare la strategia in una prospettiva di innovazione, crescita e cambiamento (Kaplan & Norton, 2004). A questo proposito, le risorse umane dovranno essere opportunamente formate, motivate, coinvolte e allineate, per garantire il successo dell'organizzazione (Kaplan & Norton, 1996); di conseguenza, tra gli indicatori chiave della prospettiva, è possibile trovare la soddisfazione professionale, la formazione, e l'anzianità di servizio.

La *Balanced Scorecard*, in sintesi, offre una visione multiforme della performance di un'organizzazione (Atkinson e Brown, 2001); essa si propone di tradurre la strategia di un'azienda in obiettivi specifici, misurabili da indicatori di performance (scorecard), assicurando l'equilibrio (*balance*) tra le prestazioni misurate da parametri di natura finanziaria (generalmente, prestazioni di breve termine), e quei fattori non finanziari che dovrebbero condurre l'impresa a prestazioni competitive superiori e sostenibili nel tempo (Kaplan e Norton, 1992). Come sostenuto dagli stessi Kaplan e Norton (1992), infatti, «quello che misuri è ciò che ottieni» («*what you measure is what you get*»). Difatti, i soli indicatori finanziari risultano insufficienti nel guidare le complesse esigenze emergenti, rendendo necessario un approccio più integrato; pertanto, una caratteristica distintiva del modello è data dal legame causale tra prospettive. La crescita e l'innovazione guidano i processi interni; questi migliorano la soddisfazione del cliente e, infine, influenzano le performance finanziarie.

Il sistema “causa ed effetto”, per l'appunto, consente di sviluppare una strategia aziendale da testare e monitorare progressivamente. Ne consegue che la BSC non rappresenta un semplice cruscotto di indicatori; essa è, innanzitutto, un sistema di gestione strategica completo, dal piano alla misurazione, dall'esecuzione al feedback (Gallon *et al.*, 2008).

Progettare una *Balanced Scorecard* consiste, dunque, nell'identificare un certo numero di misure finanziarie e non finanziarie ed assegnare loro determinati obiettivi; una volta esaminate le misure stesse, sarà possibile determinare se la performance attuale sia in grado o meno di soddisfare le aspettative, incoraggiando i manager a focalizzare l'attenzione su quelle aree critiche e, auspicabilmente, innescando un miglioramento. Per ciascuno degli obiettivi strategici, la scelta degli indicatori è da effettuare tenendo conto di alcuni criteri quali il collegamento alla strategia, l'accessibilità e la pertinenza (Mooraj *et al.*, 1999). Trattandosi di un sistema flessibile, la BSC consente liberamente, a ciascuna organizzazione, la definizione del numero di indicatori e del loro peso (Malleret *et al.*, 2004), sebbene Inamdar, Kaplan e Bower (2002) sostengano che, idealmente, in ambito sanitario la prospettiva clienti abbia il 33% di peso, i processi interni il 27%, gli aspetti finanziari il 23% ed infine l'apprendimento e la crescita il 17%. Nonostante ciò, una delle più

frequenti critiche alla di BSC risiede nel fatto che lo strumento sembra prediligere la dimensione finanziaria più delle altre.

Nel corso del tempo, lo strumento ha attraversato diverse fasi: la prima generazione utilizzava un approccio a “quattro prospettive” considerando 15–20 indicatori per ciascuna area, per identificare le misure da utilizzare al fine di monitorare l’implementazione della strategia; la seconda, invece, ha visto l’introduzione della mappa strategica (ad esempio, il *Performance Prism*), volta a rappresentare graficamente sia il modo in cui gli obiettivi sono correlati tra di loro in una certa prospettiva, sia la relazione stabilita tra le altre prospettive, ossia le relazioni causa–effetto (Lawrie e Cobbold, 2004); l’ultima versione è caratterizzata, invece, dall’aggiunta di una dichiarazione dettagliata sugli obiettivi da perseguire entro un certo futuro (cd. *destination statements*). In tal modo, essa costituisce una sorta di bussola per orientare i processi decisionali.

Successivamente, Kaplan e Norton (2001) hanno esteso la progettazione della BSC a contesti governativi e non profit. Ne consegue che anche le organizzazioni sanitarie possono impiegare lo strumento per connettere pratica, qualità, risultati, valore e costi, migliorando l’allineamento di tutti i professionisti. Inoltre, l’impiego di BSC in sanità contribuisce alla semplificazione del processo di monitoraggio e valutazione dello stato di attuazione degli obiettivi strategici, facilita il processo decisionale ed ottimizza l’allocazione delle risorse, consentendo di eliminare voci di costo superflue, senza incidere sulla qualità del servizio offerto.

A tale proposito, la prima organizzazione sanitaria ad implementare con successo la *Balanced Scorecard* è stata il Duke Children’s Hospital negli Stati Uniti d’America, che riuscì a convertire una perdita di 11 milioni USD in un profitto di 4. In ambito sanitario, infatti, l’aspetto finanziario è legato alle costrizioni derivanti dal budget a disposizione, mentre il “cliente” da soddisfare coincide con il paziente, ma può anche riguardare un caregiver. Allo stesso tempo, i processi interni dipendono dalla capacità del sistema sanitario, ossia «l’insieme di tutte le persone e le azioni il cui scopo primario è quello di migliorare la salute» (OMS, 2007), di ottimizzare i percorsi terapeutici esistenti ed identificarne nuovi potenziali. Infine, l’ultimo aspetto è basato sull’innovazione terapeutica; questa può risultare sia in un’innovazione di processo che in

una di prodotto, in entrambi i casi volta ad un miglioramento continuo della qualità del servizio erogato all'assistito.

Nonostante queste considerazioni, sarebbe necessario revisionare ulteriormente il modello per poterlo adattare allo specifico contesto sanitario, così da cogliere le esigenze emergenti, quali la dimensione ambientale, l'assistenza integrata e l'umanizzazione delle cure. Infatti, nel settore *health*, sussistono sfide diverse: innanzitutto, domanda ed offerta sanitaria presentano delle specificità. Inoltre, ogni cambiamento nel sistema sanitario può condurre ad una catena di effetti che connette i singoli pazienti, le comunità e i clinici, in un ambiente modulabile fatto di politiche, leggi, fattori sociali, finanziari e regolatori.

In realtà, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che i sistemi sanitari devono migliorare lo stato di salute dei cittadini da un lato, e rispondere alle loro aspettative di assistenza sanitaria dall'altro. Infatti, è noto che «la salute è uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità» (OMS, 1948). I cittadini, per l'appunto, chiedono sia una risposta efficace ai loro problemi di salute, sia che le loro aspettative, quali tempestività, cordialità e comfort nelle strutture sanitarie vengano soddisfatte. Appare dunque necessario, per massimizzare lo stato di salute della popolazione, assicurare pari opportunità di accesso (ossia, equità) nella fruizione (vale a dire, accessibilità), dei servizi necessari, che dovranno rispondere alle aspettative dei cittadini e a criteri di uso efficiente delle risorse.

### 1.3. Criticità e prospettive future

I modelli di *Triple Aim*, *Value-Based Healthcare* e *Balanced Scorecard* precedentemente analizzati rappresentano approcci complementari per la valutazione delle performance, della qualità e dell'efficienza in campo sanitario. Nonostante ciò, si riscontrano ugualmente alcune importanti limitazioni e criticità che ne compromettono la piena efficacia e diffusione.

Innanzitutto, sul territorio italiano, sussistono ancora problematiche legate alla frammentazione territoriale dei servizi, con conseguenti

disparità in termini di gestione, qualità e accesso alle cure, in linea con le marcate differenze dei vari sistemi regionali. Un confronto omogeneo, dunque, diventa complesso anche a causa di difficoltà nello standardizzare alcuni indicatori di performance (Nutti e Vainieri, 2011).

Inoltre, la crescente complessità assistenziale può in molti casi spingere ad un sovraccarico per il personale sanitario, con il rischio di sperimentare alti livelli di stress e burnout psico-fisico, compromettendone la performance.

Per quel che riguarda la *Value-Based Healthcare*, invece, il White Paper di Roche ed «Harvard Business Review Italia» del 2021 ne evidenzia un'adozione lenta; la sfida attuale consiste nell'applicare il modello su larga scala, ma l'assenza di infrastrutture digitali a supporto e di sistemi di raccolta dati *real-world* adeguati complica la situazione.

Tra l'altro, la carenza di medici di base sul territorio ed un coinvolgimento del paziente ancora marginale rendono più difficile il passaggio ad una sanità *Value-Based*, laddove il ruolo attivo del cittadino è, invece, una priorità strategica.

D'altro canto, il White Paper di FIASO (2023) pone l'accento sul fatto che la “cultura degli esiti” appaia, in generale, ancora poco comune e ancora più complesso sia misurare gli esiti al di fuori del singolo ospedale, a livello regionale e nazionale. Tuttavia, è noto che la raccolta di *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) e *Clinician-Reported Outcome Measures* (CROMs) risulti imprescindibile per valutare, in parallelo, sia la prospettiva paziente che quella clinica.

Inoltre, dal lato dei costi, sorge un problema di misurazione, in quanto la singola procedura è molto più semplice da rilevare rispetto all'intero percorso.

Tra l'altro, l'infrastruttura informativa e digitale italiana appare in netto ritardo rispetto ad altri Paesi europei, così come le competenze informatiche degli operatori. La conseguenza è che la grande mole di informazioni raccolte non viene adoperata e valorizzata a pieno nelle attività di ricerca e pratica clinica. A questo si sommano dubbi di natura giuridica riguardo la proprietà dei dati e la titolarità del trattamento.

Alla luce di queste considerazioni, il report dell'«Harvard Business Review» (2021) suggerisce sei priorità da soddisfare: 1) dotarsi di una piattaforma informatica che sfrutti in maniera efficace e convinta le

soluzioni tecnologiche oggi disponibili, quali Intelligenza Artificiale e 5G; 2) condurre ulteriori sperimentazioni basate sugli esiti, focalizzandosi su singole condizioni cliniche e su ambiti molto specifici, per ottenere indicatori confrontabili e dati chiari ed incontrovertibili; 3) sviluppare una cultura “*Value-Based*”, anche grazie a confronti di livello internazionale; 4) pianificare un coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti, i quali rappresentano gli “utenti finali” nella logica del modello; 5) promuovere la collaborazione interdisciplinare tra operatori sanitari; 6) promuovere una cultura collaborativa tra pubblico e privato, imprescindibile per l’implementazione capillare del modello.

Viceversa, il report FIASO (2023) suggerisce, innanzitutto, la ricerca di un’armonia tra privacy ed utilizzo dei dati, al fine di garantirne la misurabilità e la fruibilità, per sviluppare modelli che sappiano guidare strategie ed azioni sulla base di informazioni oggettive. Inoltre, in considerazione della complessità e numerosità di stakeholder coinvolti, bisognerebbe favorire partnership “allargate”, basate sulla condivisione e valorizzazione di competenze e sullo sviluppo di azioni concrete di co-design e co-progettazione, e promuovere una riforma del framework regolamentativo, per il passaggio da un sistema di rimborso basato su singolo prodotto/servizio ad uno basato sul percorso.

Tra le altre cose, è necessario impiegare KPI standard e modelli di benchmarking per una valutazione oggettiva dei risultati, favorendo la multidimensionalità. In aggiunta, sarebbe opportuno disegnare modelli organizzativi integrati, ben oltre l’impostazione tradizionale di tipo “verticale”, in termini di percorsi di patologia. In tal modo si riuscirebbe ad incentivare il confronto e la scalabilità delle esperienze e best practices, per una collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale. È da notare, inoltre, che il cambiamento “culturale” per una sanità *Value-Based* passa, innanzitutto, da una definizione univoca di “valore”, e da un’offerta formativa rinnovata, che consenta di acquisire nuove competenze specifiche e trasversali, in materia di *patient engagement*, analisi dei dati, project management e creazione di valore; ovviamente, lo sviluppo di una vera e propria alfabetizzazione sanitaria è cruciale.

In particolare, la pandemia da COVID-19 ha ulteriormente confermato la validità dei principi del modello di Porter: la multidisciplinarietà, il ruolo delle reti, le potenzialità della medicina digitale,

l'importanza della prevenzione e della tempestività delle diagnosi, ed ovviamente il ruolo impattante della medicina digitale, con la necessità di raccogliere e analizzare i dati ed evidenze reali.

Inoltre, l'impiego dell'intelligenza artificiale e lo sviluppo di una sanità digitale sono oramai divenuti realtà, promettendo diagnosi più rapide, monitoraggio da remoto e medicina ancor più personalizzata. Nello specifico, l'intelligenza artificiale contribuisce a velocizzare e semplificare molteplici aspetti, dall'analisi predittiva al rilevamento precoce della malattia (ad esempio, per pazienti cronici ed oncologici), fino ad arrivare allo sviluppo di nuovi farmaci, passando per l'ottimizzazione dei processi amministrativi ed organizzativi.

Anche in questo dominio, tuttavia, emergono importanti ostacoli, sia di natura pratica che di natura etica. Infatti, in ogni fase del processo, potrebbero sorgere *bias* di diverso tipo, compromettendo la veridicità e l'affidabilità dei risultati; inoltre, si registra ancora una certa riluttanza da parte dei professionisti coinvolti ed una marcata "resistenza al cambiamento" da parte delle organizzazioni sanitarie.

In virtù della situazione descritta, il nuovo "AI Act", in vigore dal primo agosto 2024 classifica l'Intelligenza Artificiale clinica come sistema ad alto rischio, imponendo obblighi di trasparenza, di supervisione umana e di gestione dei *bias*. In aggiunta, studi recenti raccomandano l'adozione delle linee guida "FUTURE-AI", che promuovono i principi di 1) trasparenza, per evitare disparità prestazionali su diversi gruppi, 2) universalità, così da rendere i modelli trasferibili in contesti reali diversi, 3) tracciabilità, per rendere possibile il monitoraggio e la correzione di eventuali errori sopraggiunti, 4) usabilità, così da permettere un'integrazione nei workflow clinici, 5) robustezza, per migliorare la resilienza a variazioni operative, ed infine 6) "spiegabilità", in modo da poter favorire l'accettazione clinica delle moderne tecnologie.

In generale, appare necessario promuovere una formazione mirata e adeguata che accompagni la trasformazione digitale, insieme all'adozione di alcune fondamentali prassi condivise. Solo in questo modo sarà possibile rendere l'intelligenza artificiale uno strumento pienamente integrato — e controllato — all'interno dei moderni percorsi clinici.



## CAPITOLO II

### LE RETI SOCIO–SANITARIE E IL MODELLO DELLA RETE ONCOLOGICA

A CURA DI MAURO CAVALLONE, MICHELE SIMONI, MARCO FERRETTI,  
DANIELE LEONE, GIUSEPPINA MAROTTA, ANNALUCE MANDIELLO,  
EMILIO MIRANTE

Negli ultimi decenni, l'evoluzione dei bisogni assistenziali della popolazione ha reso evidente la necessità di superare la frammentazione tra ambito sanitario e sociale. L'invecchiamento della popolazione, le innovazioni scientifiche e le conoscenze approfondite in ambito medico hanno reso più articolata la relazione tra i bisogni clinici dei pazienti e le risposte assistenziali disponibili (Beard *et al.*, 2016). Inoltre, la complessità di gestione dei bisogni assistenziali dei pazienti ha visto, come conseguenza negli anni, l'elevata specializzazione dei professionisti, che ha condotto l'assistenza sanitaria verso un'elevata frammentazione dell'assistenza. Ciò si è tradotto in un aumento dei costi della gestione dei servizi con il conseguente rischio di una minore qualità delle cure.

Per superare questa criticità, ed ottimizzare i sistemi, i professionisti sanitari hanno trasformato il loro modo di collaborare, al fine di massimizzare il benessere del paziente. In particolare, in risposta a tale esigenza di cambiamento si è diffuso in sanità il modello a rete, attraverso l'integrazione tra professionisti orientati al perseguimento di obiettivi comuni (Provan *et al.*, 2007).

#### 2.1. Il modello “a rete” in oncologia: definizione e principi fondamentali

L'evoluzione della sanità moderna, caratterizzata dalla crescente complessità dei bisogni assistenziali e dalla necessità di risposte coordinate

ed efficaci, ha reso evidente l'importanza di un approccio integrato tra professionisti, strutture e risorse. In questo scenario, l'organizzazione dei servizi sanitari non può più prescindere da modelli capaci di valorizzare la collaborazione e l'interconnessione tra le diverse componenti del sistema. Un esempio emblematico di questa trasformazione è rappresentato dal modello "a rete", che si fonda su principi di coordinamento, flessibilità e condivisione delle risorse. Questo modello mira a garantire un'assistenza continua e omogenea al paziente, valorizzando al contempo l'efficienza e la qualità del sistema sanitario. In tale contesto, il motto "*dare più anni alla vita e più vita agli anni*", secondo una visione promossa anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è spesso utilizzato per sintetizzare l'obiettivo cardine della sanità pubblica andando oltre la semplice cura delle malattie. Pertanto, le reti, quali modelli organizzativi, incarnano a pieno questi aspetti. Studi condotti in diversi contesti territoriali hanno mostrato l'importanza di questo modello e dei suoi punti cardine quali governance, multidisciplinarietà, centralità del paziente.

Sulla base di tali premesse Powell (1990) ha descritto il modello a rete come un modo di organizzare le attività caratterizzato dalla presenza di più attori indipendenti che collaborano per raggiungere ad obiettivi comuni, mantenendo al contempo la loro autonomia e la loro specializzazione professionale condividendo, inoltre, competenze e risorse nonché anche rischi ed investimenti. In particolare, il modello a rete consente di rispondere rapidamente alle variazioni del mercato, adattando la struttura produttiva in modo flessibile e riducendo i costi di coordinamento mediante sistemi informativi avanzati. Una delle caratteristiche chiave del modello a rete, inoltre, è la sua capacità di superare le limitazioni delle strutture gerarchiche tradizionali. Mentre nelle organizzazioni verticali le informazioni e le decisioni seguono canali predefiniti e spesso rigidi, nelle reti la comunicazione è direzionale e più fluida. Questo facilita l'innovazione, perché permette di mettere in contatto idee e competenze diverse, di sperimentare soluzioni collaborative e di costruire sinergie tra soggetti differenti. Il sistema a rete, dunque, offre la possibilità di garantire una gestione più efficace delle complessità ambientali, poiché le unità operative possono adattarsi localmente mantenendo il coordinamento globale.

Se Powell nel suo contributo scientifico evidenzia la flessibilità come punto di forza delle reti, invece, lo studio di Castells (1996), sebbene non si riferisca esplicitamente alle reti sanitarie, sottolinea come l'economia globale contemporanea sia dominata da reti che connettono individui, imprese, istituzioni e Stati in sistemi altamente interdipendenti. L'autore evidenzia che tale modello organizzativo è caratterizzato dalla presenza di nodi, che agiscono da punti di elaborazione delle informazioni e delle decisioni della rete, e di legami, i quali consentono lo scambio continuo delle informazioni e dell'interazione tra i nodi. Questa configurazione, secondo Castells, è alla base di una nuova forma di organizzazione sociale ed economica, che trascende i confini tradizionali e favorisce la diffusione rapida di conoscenze e innovazioni. In sanità, tale forma organizzativa offre la possibilità di condividere le informazioni sui pazienti su più fronti e garantendo un'analisi real-time dello stato di salute degli stessi. Il modello a rete, pertanto, si sviluppa quando i sistemi diventano densi di relazioni e si aprono spazi in cui la collaborazione tra le strutture diventa più vantaggiosa della collaborazione. Collaborazione è la parola che emerge e che riassume il senso di questo modello organizzativo.

La precedente letteratura scientifica prende in esame casi studio di natura privatistica, ma in parallelo vi è uno sviluppo della letteratura dei servizi pubblici che sottolinea come il modello a rete favorisca la collaborazione interistituzionale, la partecipazione degli utenti e la costruzione di risposte più efficaci e sostenibili alle esigenze complesse della comunità. Dal punto di vista teorico, Provan e Kenis (2008) hanno sviluppato una classificazione delle reti organizzative basata sulle differenti modalità di coordinamento e sulla governance: si distinguono reti guidate da una singola organizzazione, reti autonome e reti governate da un gruppo di organizzazioni. Questo modello teorico elaborato dai due studiosi aiuta a comprendere come le reti possano assumere forme diverse a seconda del contesto e degli obiettivi, influenzando la natura delle relazioni tra i nodi e le dinamiche di potere all'interno della rete stessa. Un aspetto centrale nel funzionamento delle reti è la fiducia tra i partecipanti, che agisce come collante delle relazioni e facilitatore della cooperazione. La fiducia deriva dalla necessità di creare una linea comunicativa interna ed esterna. La creazione di relazioni di fiducia

riduce i costi di controllo e permette una maggiore apertura nello scambio di informazioni e risorse.

La letteratura organizzativa, come evidenziato da Zaheer, McEvily e Perrone (1998), attribuisce, difatti, alla fiducia un ruolo cruciale nel successo delle reti, soprattutto in quelle caratterizzate da elevata complessità e interdipendenza. La costruzione di reti solide e durature richiede investimenti nella creazione di relazioni di lungo termine, caratterizzati dalla trasparenza e dalla gestione dei conflitti. Dal punto di vista manageriale, la gestione delle reti richiede competenze specifiche e un profondo cambio di paradigma. Di conseguenza, i leader di rete devono essere in grado di, difatti, si orientano verso la costruzione di accordi condivisi, la definizione di obiettivi comuni e l'adozione di strumenti di monitoraggio e valutazione partecipativa. La rete, quindi, è progettata per essere flessibile e adattabile alle esigenze individuali, promuovendo un modello di cura che abbraccia l'intero ciclo di vita del paziente. In oncologia, il modello a rete si struttura su più livelli di complessità e specializzazione, ciascuno con funzioni ben definite e integrate tra loro. In genere, si identificano almeno tre livelli principali: i centri di primo livello, spesso distribuiti sul territorio, che si occupano di attività di prevenzione, diagnosi precoce e follow-up; i centri di secondo livello, dotati di tecnologie diagnostiche e terapeutiche più avanzate, che erogano trattamenti specifici come la chemioterapia e la radioterapia; infine, i centri di terzo livello, caratterizzati da elevata specializzazione, in cui si concentrano le attività di alta complessità, la ricerca clinica e la formazione specialistica. Questa stratificazione consente di assicurare che ogni paziente riceva un'assistenza adeguata rispetto alla complessità del proprio caso, evitando sovraccarichi per i centri di primo livello e favorendo l'appropriatezza delle cure.

L'implementazione di un modello a rete, pertanto, comporta cambiamenti non solo strutturali, ma anche culturali. Il personale sanitario, ad esempio, deve essere possedere le competenze necessarie per affrontare tale trasformazione superando logiche gerarchiche tradizionali. La collaborazione trasversale tra le varie figure di professionisti, inoltre, presuppone un clima di apertura, flessibilità e disponibilità al cambiamento che diventano una spinta ad interagire per offrire ai pazienti un servizio efficace. Questo può rappresentare una sfida in contesti

tradizionali o in organizzazioni caratterizzate da forte rigidità. La letteratura evidenzia come il successo delle reti dipenda spesso dalla capacità di sviluppare una cultura condivisa che valorizzi il contributo di ciascun nodo e promuova la responsabilità collettiva.

Ulteriore approfondimento è stato fornito da Bitetto (2016), il quale mette in luce il ruolo ibrido delle reti, che si collocano in una posizione intermedia tra due modelli tradizionali opposti: gerarchia e mercato. Ciò qualifica la rete quale modello capace di integrare dinamiche e logiche proprie sia delle strutture gerarchiche, con le loro regole e linee di comando rigide, sia delle strutture di mercato, caratterizzati da flessibilità e competitività. Tale dualità evidenzia il carattere innovativo della rete, rendendola particolarmente adatta alle complessità e alle esigenze specifiche del settore sanità.

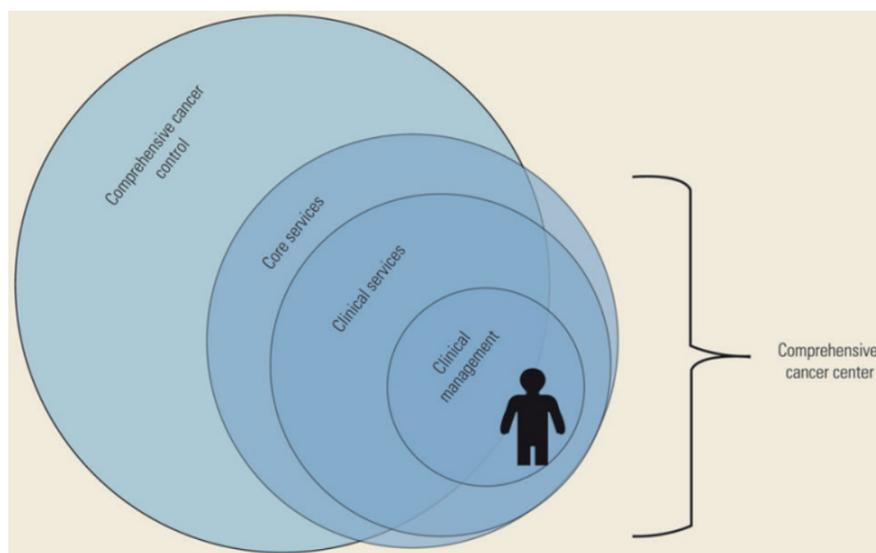
È importante sottolineare che il modello a rete può assumere configurazioni diverse. Infatti, da un'analisi di Agenas, emerge che alcune regioni italiane hanno adottato una configurazione ibrida combinando le caratteristiche del modello *Hub & Spoke* (Bertone *et al.*, 2020) con i principi del modello del *Comprehensive Cancer Care Networks* (CCCN) (Nundy *et al.*, 2022). Ciò implica anche una governance articolata e multilivello, che richiede meccanismi efficaci di coordinamento, comunicazione e monitoraggio. La sfida principale consiste nel mantenere un equilibrio funzionale tra autonomia operativa delle singole unità e coerenza strategica complessiva, in modo da massimizzare i benefici per i pazienti e il sistema sanitario. In particolare, il modello Hub & Spoke si basa su una struttura organizzativa che prevede un centro di riferimento principale, denominato hub, il quale svolge un ruolo di coordinamento e supervisione rispetto alle strutture periferiche, dette spoke.



Figura 2.1. “Rappresentazione modello Hub & Spoke”. FONTE: Fania *et al.*, 2021.

Tale configurazione permette di assicurare un livello elevato e omogeneo di assistenza attraverso sia la centralizzazione delle competenze specialistiche di tutti gli attori coinvolti sia l'ottimizzazione delle risorse disponibili. Il centro hub, dotato di tecnologie avanzate e di personale altamente specializzato, supporta le unità spoke nella gestione clinica e organizzativa, favorendo l'implementazione di percorsi diagnostici-terapeutici standardizzati. Questo modello è particolarmente efficace nel garantire l'accesso a prestazioni complesse e nel promuovere la continuità assistenziale tra i diversi livelli del sistema sanitario regionale.

D'altro canto, il modello Comprehensive Cancer Care Network si configura come una rete integrata e multidisciplinare in cui le diverse strutture coinvolte collaborano attraverso la condivisione di risorse e competenze con una centralizzazione delle prestazioni sanitarie che non prevede una precisa articolazione gerarchica tra i vari livelli strutturali del sistema. La caratteristica distintiva di questa rete è la sua capacità di offrire al paziente oncologico un percorso di cura integrato e multidisciplinare, che coinvolge diverse figure professionali e ambiti clinici in modo coordinato e continuo.



**Figura 2.2.** “Rappresentazione grafica del modello Comprehensive Cancer Care Network”. FONTE: Gospodarowicz *et al.*, 2015.

Il CCCN promuove la continuità assistenziale, la multidisciplinarietà e l'integrazione tra i servizi sanitari, sociali e di supporto, rispondendo così alla complessità delle esigenze terapeutiche e psicosociali dei pazienti. Tuttavia, l'adozione e l'efficacia di tali modelli di governance delle reti oncologiche non sono uniformi sul territorio nazionale. Alcune regioni tendono a privilegiare strutture centralizzate con un forte ruolo di coordinamento assegnato agli hub, mentre altre adottano approcci più decentrati e collaborativi, enfatizzando la condivisione orizzontale delle risorse e delle competenze. La variabilità dei modelli adottati nelle reti oncologiche regionali riflette una molteplicità di fattori storici, culturali e organizzativi propri dei diversi sistemi sanitari locali, nonché differenti livelli di investimento in risorse e tecnologie. Tra le peculiarità del sistema a rete, la letteratura evidenzia i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) (Tozzi, 2021), considerati strumenti chiave per lo sviluppo delle reti sanitarie e il miglioramento della qualità delle cure offerte al paziente. Il PDTA rappresenta il "percorso" che il paziente segue sin dalla fase iniziale di contatto con il sistema sanitario definizione attraversando la fase della diagnosi e dell'avvio della cura. Questo percorso non descrive soltanto l'esperienza clinica del paziente, ma anche l'insieme delle attività delle cure. Infatti, la sua natura contingente permette di osservare e analizzare in modo puntuale ciò che accade lungo il percorso assistenziale, mettendo in evidenza eventuali criticità, ritardi, discontinuità o sovrapposizioni, ma anche punti di forza e buone pratiche da valorizzare e consolidare. I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale", che definiscono il PDTA, sottolineano l'importanza di un approccio globale e integrato alla malattia, in cui ogni fase, dalla prevenzione primaria alla diagnosi precoce, dal trattamento fino alla gestione delle complicanze e alla riabilitazione, è parte di una continuità assistenziale centrato sulla persona. Il PDTA non è solo uno strumento clinico-organizzativo, ma anche una leva strategica per promuovere l'equità di accesso alle cure, la standardizzazione dei processi, la responsabilizzazione dei professionisti e il miglioramento continuo della qualità, in un'ottica di umanizzazione dell'assistenza e di sostenibilità del sistema sanitario. Le reti oncologiche, pertanto, non si limitano a erogare cure ospedaliere, ma include la presa in

carico dei pazienti anche nelle fasi di degenza domiciliare, riabilitazione e assistenza palliativa. Questo collegamento tra livelli assistenziali permette di mantenere la continuità terapeutica e assistenziale, migliorando la qualità della vita del paziente e riducendo il ricorso a ricoveri ospedalieri non necessari. I PDTA, dunque, definiscono in modo chiaro e condiviso le fasi e le modalità di gestione delle diverse patologie tumorali, assicurando che le decisioni cliniche siano basate sulle evidenze scientifiche più aggiornate e che le procedure siano standardizzate su tutto il territorio di riferimento. Essi favoriscono, inoltre, la trasparenza e la responsabilità nella gestione dei casi, consentendo un monitoraggio continuo della qualità delle cure e degli esiti clinici. La loro applicazione facilita la comunicazione tra i diversi professionisti sanitari e promuove un approccio multidisciplinare, che si è dimostrato essenziale per il successo terapeutico nei pazienti oncologici. L'organizzazione a rete permette con la sua applicazione di sviluppare un processo di territorialità che conduca verso un'integrazione tra strutture e territorio per rafforzare la territorialità delle organizzazioni.

Del team devono far parte, infatti, figure molto diverse, da quelle più precisamente oncologiche come l'oncologo medico, il chirurgo e il radioterapista a quelle più legate alla fase diagnostica come il radiologo o l'anatomopatologo, ma anche quelle che si occupano delle terapie di supporto per esempio riabilitative o nutrizionali, oltre a chi si prende cura degli aspetti emozionali e psicologici, fino agli infermieri specializzati. Anche solo prendendo in considerazione la composizione del team, ben si comprende come, ai fini di un funzionamento ottimale, è necessario definire chi deve farne parte, e in che posizione per così dire gerarchica, in modo da coordinare al meglio il lavoro. Inoltre, anche quando i professionisti si trovano tutti nella stessa struttura, e organizzare la loro copresenza è dunque possibile (anche se mai semplice), è indispensabile, quasi sempre, che il team si relazioni con specialisti esterni quali i medici di riferimento per le altre patologie del malato: una situazione che, con l'allungamento della vita media e l'incremento di pazienti anziani a esso associato, è sempre più frequente. Tutti devono quindi avere ruoli definiti, ed essere messi nelle condizioni di gestire al meglio la propria attività grazie a una

programmazione efficiente degli incontri, fino a costituire una vera e propria rete di secondo livello, senza soluzione di continuità tra il centro oncologico e i medici esterni. A sua volta, però, questa rete richiede un'organizzazione specifica, al cui funzionamento deve provvedere una persona dedicata

Questo approccio condiviso consente di affrontare la complessità delle patologie oncologiche, tenendo conto non solo degli aspetti clinici ma anche delle esigenze personali del paziente. Inoltre, la partecipazione attiva del paziente e della sua famiglia alle decisioni è altrettanto importante e rappresenta un elemento di qualità e di umanizzazione delle cure. Sulla base di tali premesse, l'adozione del modello a rete in oncologia porta con sé numerosi vantaggi. Prima di tutto, migliora significativamente la qualità delle cure, grazie alla standardizzazione dei processi e alla collaborazione tra specialisti. Inoltre, favorisce l'accesso equo alle prestazioni, riducendo le disparità territoriali e garantendo che le persone possano ricevere trattamenti adeguati indipendentemente dalla loro residenza. Questo aspetto è particolarmente rilevante in Paesi come l'Italia, dove le differenze regionali possono incidere profondamente sulla qualità dell'assistenza. La rete permette anche di ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie, evitando duplicazioni e sprechi, e migliorando l'efficienza complessiva del sistema. Non mancano, però, alcune criticità da affrontare per garantirne il successo. Tra queste, la necessità di un coordinamento efficace e di una governance condivisa che sappia mediare tra le diverse realtà coinvolte. La formazione continua dei professionisti è fondamentale per mantenere elevati standard di competenza e favorire l'adozione delle nuove tecnologie e conoscenze. Inoltre, occorre superare le resistenze al cambiamento che possono emergere all'interno delle organizzazioni, soprattutto in relazione all'integrazione tra ospedale e territorio o alla multidisciplinarietà. Infine, è indispensabile disporre di sistemi informativi adeguati, che permettano la condivisione dei dati e la tracciabilità dei percorsi assistenziali. Nonostante le difficoltà e le sfide organizzative, l'adozione di questo modello è un passo fondamentale verso un sistema sanitario più equo, efficiente e orientato al benessere di tutte i malati oncologici.

## 2.2. Governance e modelli di gestione nelle reti oncologiche

Il concetto di “*governance*” affonda le sue radici nel termine latino *gubernare*, il cui significato è “dirigere” o “condurre”. Tuttavia, nel contesto contemporaneo, soprattutto in ambito accademico e istituzionale, questo termine ha assunto un significato più esteso rispetto alla nozione tradizionale di “governo”. Il governo aziendale assume un ruolo fondamentale nella gestione delle strutture ospedaliere e di conseguenza anche delle reti sanitarie. Come osservato da Provan e Kenis (2008), esistono principalmente tre forme di governance di rete:

- *Shared governance*, tutti i membri partecipano in modo diretto e collettivo alla gestione con alta fiducia reciproca;
- *Lead Organization Governance*, un'organizzazione assume il coordinamento delle attività della rete;
- *Network Administrative Organization*, un'entità interna o esterna è istituita per svolgere attività gestionali della rete.

Questi modelli di governance non sono mutuamente esclusivi ma rappresentano modalità di gestione differenti, la cui efficacia dipende da tutte le risorse che caratterizzano i sistemi. In particolare, i sistemi di governance sono caratterizzati da fattori abilitanti che spingono verso una collaborazione tra i professionisti. Questo emerge dallo studio di Emerson *et al.* (2011), in cui si evidenzia la presenza di fattori che spingono verso una governance collaborativa, quali 1) capacità istituzionali, 2) leadership adattiva e 3) cultura della collaborazione aziendale. Nel contesto oncologico, tali fattori si traducono nella necessità di integrare gli strumenti clinical governance con quelli della network governance (Haines *et al.*, 2012). La governance richiama un approccio inclusivo e complesso nella gestione della realtà pubblica e delle risorse collettive. La letteratura scientifica evidenzia che, nel contesto oncologico, la governance risulta essere un sistema collaborativo rappresentato da un insieme dinamico di processi decisionali, meccanismi di coordinamento e strumenti di regolazione. Tutti questi fattori mirano a costruire consenso, promuovere la partecipazione e facilitare la co-produzione di politiche e servizi. Anche in questo caso, secondo Meda, Bobini e

Fattore (2024), la collaborazione si basa soprattutto su relazioni di fiducia, di scambio delle informazioni e obiettivi condivisi. In tale assetto organizzativo i professionisti non sono solo coloro i quali decidono, ne sono solo coloro i quali seguono le regole e le linee guida, ma diventano attori attivi nella progettazione e nella valutazione dei percorsi di cura. Inoltre, uno studio pubblicato da BMC Health Services Research (2021) mostra, a seguito di un'analisi di sei anni, come elemento fondamentale della governance collaborativa sia la partecipazione del paziente. La governance diventa una lente interpretativa fondamentale per comprendere come si strutturano e si gestiscono le relazioni tra istituzioni, cittadini, imprese e organizzazioni non governative. Essa permette di affrontare sfide collettive attraverso forme di collaborazione che superano i confini tradizionali dello Stato e promuovono una visione policentrica e partecipativa dell'azione pubblica.

Nel caso del modello a rete, dunque, definirne la governance è cruciale per garantirne il funzionamento (Iedema *et al.*, 2017). In tale contesto, la governance è definita dall'insieme delle strutture, dei processi e dei meccanismi utilizzati per dirigere, coordinare e controllare le organizzazioni che erogano servizi sanitari. Essa coinvolge non solo la gestione delle risorse, ma anche la definizione di ruoli chiari, la trasparenza nelle decisioni e la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti, compresi operatori, pazienti e istituzioni. Questo approccio mira a garantire che i servizi sanitari siano efficaci, sostenibili e rispondenti ai bisogni della popolazione.

La governance sanitaria, a differenza della governance di altri settori, dunque, è caratterizzata da una duplice realtà: direzione sanitaria (clinica) e direzione amministrativa, con la possibilità di riconoscere, anche a figure intermedie come i direttori di Unità Operative Complesse, la capacità di gestire e regolare tutte le dinamiche procedurali organizzative. Questa bipartizione riflette la necessità di coniugare le competenze cliniche e assistenziali con le competenze economiche e finanziarie. L'integrazione tra le due componenti si colloca in un sistema di governance integrata, in cui il dialogo tra competenze diverse è indispensabile per affrontare le sfide poste dal sistema, tra cui quelle della gestione delle reti oncologiche. Nel contesto delle reti oncologiche, tali caratteristiche assumono una rilevanza ancora maggiore, considerando la

complessità delle patologie oncologiche e la necessità di un coordinamento efficace tra molteplici livelli di assistenza e diverse professionalità specializzate. Un'efficace governance nelle reti oncologiche richiede inoltre una leadership forte, capace di sostenere processi di innovazione, ottimizzare l'impiego delle risorse umane e tecnologiche e garantire un equilibrio tra centralizzazione e autonomia delle singole strutture. In tale quadro, la trasparenza e la responsabilizzazione costituiscono elementi fondamentali per mantenere alta la qualità dell'assistenza e assicurare l'accesso equo alle cure per tutti i pazienti. La governance diventa così uno strumento indispensabile per affrontare le sfide poste dalla complessità organizzativa e clinica tipica del settore oncologico. La pianificazione e la gestione delle cure, regolate dalla governance clinica, tengono conto non solo degli aspetti biomedici, ma anche delle dimensioni psicologiche, sociali e culturali che influenzano la qualità della vita e il benessere complessivo degli individui coinvolti. La multidimensionalità del bisogno assistenziale impone dunque che le reti oncologiche integrino non soltanto competenze mediche, ma anche servizi di supporto psicologico, sociale e assistenziale. La costruzione di una governance condivisa è essenziale per assicurare che le reti di cura oncologiche funzionino efficacemente, evitando frammentazioni e garantendo che il paziente sia posto al centro di un sistema coeso e responsabile.

Inoltre, l'assenza di un modello standardizzato ha determinato una forte eterogeneità nella governance, con regioni dove la rete oncologica è pienamente operativa, e altre in cui è in fase di progettazione o limitata a singole patologie. L'indagine rileva che i fattori determinanti per una gestione efficace del sistema siano oltre alla già citata definizione dei ruoli, anche la costruzione di un sistema di indicatori di performance e un investimento continuativo in formazione e leadership.

### **2.3. Stato dell'arte in Italia**

La crescente complessità nella presa in carico del paziente oncologico evidenzia la rilevanza e l'ampiezza del fenomeno, come confermato dai numerosi dati disponibili. L'evoluzione delle patologie tumorali,

l'allungamento della sopravvivenza e la necessità di percorsi terapeutici sempre più personalizzati impongono un'organizzazione sanitaria capace di rispondere in modo efficiente e integrato alle nuove esigenze assistenziali. Nel volume *I numeri del cancro* si stima che nel 2021 in Italia vi siano state 377.000 (AIRTUM, 2019) nuove diagnosi di tumore (più di 1.000 casi al giorno, circa 195.000 uomini e 182.000 donne) e i decessi siano stati 181.330 (100.200 uomini e 81.100 donne). Analizzando dati più recenti relativi all'anno 2023, in Italia si sono contate circa 395.000 nuove diagnosi di tumore, evidenziando un aumento di 18.400 casi rispetto al 2021. Questo incremento è stato interpretato come un possibile effetto del progressivo e lento ritorno alla normalità a seguito dell'emergenza pandemica, durante la quale molte diagnosi non sono state individuate tempestivamente. Tra le forme (AIOM, 2023) tumorali più frequentemente riscontrate figurano il tumore al seno con circa 55.900 nuovi casi, seguito da quello del colon-retto (50.500), del polmone (44.000), della prostata (41.100) e della vescica (29.700). Pur di fronte a dati così significativi, il sistema sanitario italiano ha ottenuto risultati importanti sul fronte della cura: tra il 2007 e il 2019, grazie alla diagnosi precoce e all'evoluzione delle terapie, si stima siano stati evitati oltre 268.000 decessi legati al cancro, segno di un progresso tangibile nella lotta contro questa malattia. Sebbene le istituzioni promuovano con insistenza la cultura della prevenzione, nella pratica si riscontra ancora una limitata attuazione di piani concreti e strutturati. Nonostante i significativi progressi compiuti nella diagnosi precoce e nelle terapie oncologiche, il sistema sanitario italiano continua a presentare criticità rilevanti, in particolare nell'ambito della prevenzione secondaria, che risulta spesso frammentaria e disomogenea sul territorio. Nel 2022 si è registrata una flessione preoccupante relativa alla partecipazione ai programmi di screening oncologico, con un calo complessivo del 3% rispetto all'anno precedente. Questi dati sottolineano come, oltre agli aspetti professionali, il ruolo della rete oncologica debba modificare la cultura sociale affinché tali dati non si ripetano. La copertura dei principali screening risulta ancora insufficiente: la mammografia, fondamentale per l'individuazione precoce del tumore al seno, ha raggiunto soltanto il 43% delle donne target, mentre lo screening per il tumore del colon-retto si è fermato al

27%. Questa tendenza negativa è apparsa ancora più accentuata nelle regioni del Nord Italia, tradizionalmente considerate le più virtuose in termini di accesso e organizzazione dei servizi sanitari. In queste aree, infatti, l'adesione allo screening mammografico è passata dal 63% del 2021 al 54% nel 2022, mentre la partecipazione allo screening colon rettale è scesa dal 45% al 38%. Questi numeri testimoniano un arretramento significativo rispetto agli standard raccomandati a livello europeo, che prevedono una copertura minima del 70% per garantire un'efficace riduzione della mortalità. I motivi alla base di questa diminuzione sono vari. Da un lato, si rimanda ancora una volta alla pandemia COVID-19 che ha influito negativamente sull'organizzazione e sulla fruibilità dei servizi di prevenzione, causando ritardi e cancellazioni che hanno avuto un impatto anche a lungo termine. Dall'altro, persistono le sopracitate barriere culturali, informative e logistiche che limitano la partecipazione attiva della popolazione, soprattutto nelle fasce più vulnerabili. In alcune aree, la mancanza di una comunicazione efficace da parte delle istituzioni sanitarie, la percezione del rischio ridotto, o semplicemente la difficoltà ad accedere fisicamente ai centri di screening hanno contribuito al disimpegno della cittadinanza. L'intervento delle reti oncologiche deve essere orientato a superare tali ostacoli, che non possono più essere tollerati in un sistema sanitario pubblico moderno. Nel contesto del 2025, la persistenza di queste barriere rappresenta una criticità non più accettabile e richiede un'azione strutturata e tempestiva.

Nell'attuale contesto sanitario, segnato da profondi cambiamenti tecnologici, scientifici e organizzativi, l'assistenza ai pazienti oncologici si configura come un banco di prova paradigmatico per l'intero Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Le trasformazioni in atto, rese possibili da un'accelerazione nell'innovazione clinica e digitale, pongono interrogativi cruciali sulla capacità del sistema di adattarsi, evolvere e garantire al contempo equità, accesso e qualità delle cure. In questo scenario, l'oncologia si impone non solo come ambito clinico ad alta complessità, ma anche come laboratorio sperimentale per la riorganizzazione complessiva della sanità pubblica italiana. A riconoscere formalmente l'urgenza di tale riorganizzazione è stata la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), che nel suo sedicesimo

rapporto annuale, pubblicato a novembre 2024, ha delineato una serie di priorità strutturali per rispondere alle attuali carenze assistenziali. Tra queste spiccano l’attuazione concreta del Piano Oncologico Nazionale 2023–2027, la piena attivazione delle reti oncologiche su scala regionale, l’adozione e la diffusione dei percorsi diagnostico–terapeutico–assistenziali (PDTA), il rafforzamento del capitale umano sanitario e il completamento operativo della Rete Nazionale Tumori Rari. Queste linee di intervento non sono da considerarsi elementi accessori, bensì pilastri costitutivi di un modello oncologico in grado di rispondere a criteri di efficacia, efficienza e umanizzazione dell’assistenza.

Secondo i dati elaborati da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), solo alcune regioni, tra cui Toscana, Emilia–Romagna, Piemonte–Valle d’Aosta, Veneto e Liguria, hanno realizzato reti strutturate, capaci di rispondere in maniera coordinata alla complessità dei bisogni oncologici.

Infatti, nell’elaborato fornito da Agenas sono stati analizzati i seguenti indici:

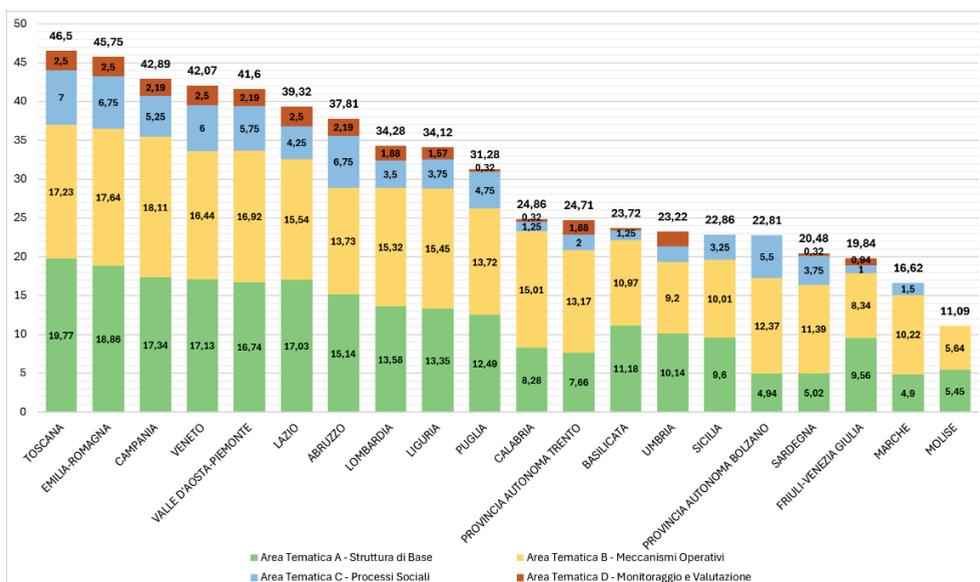
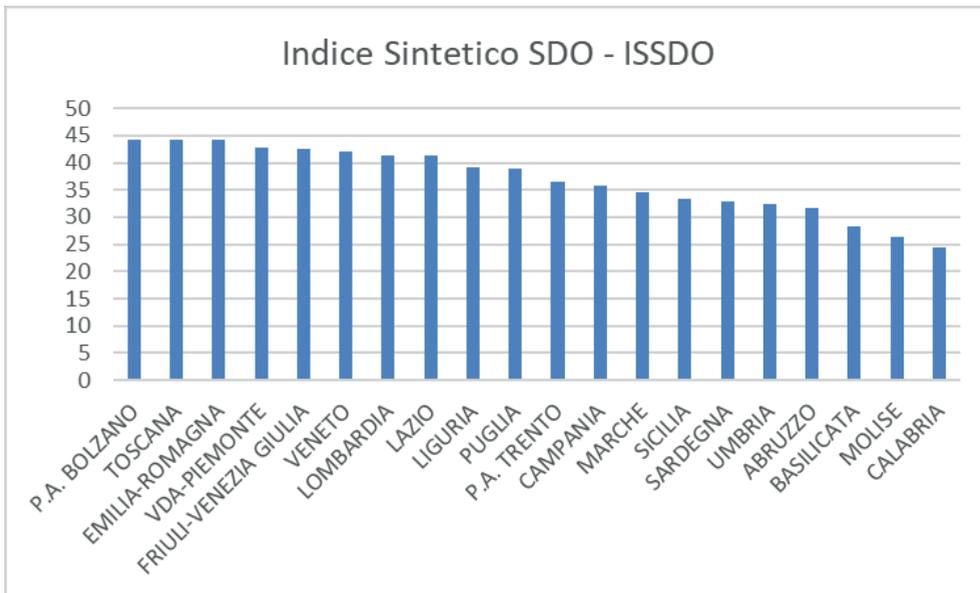
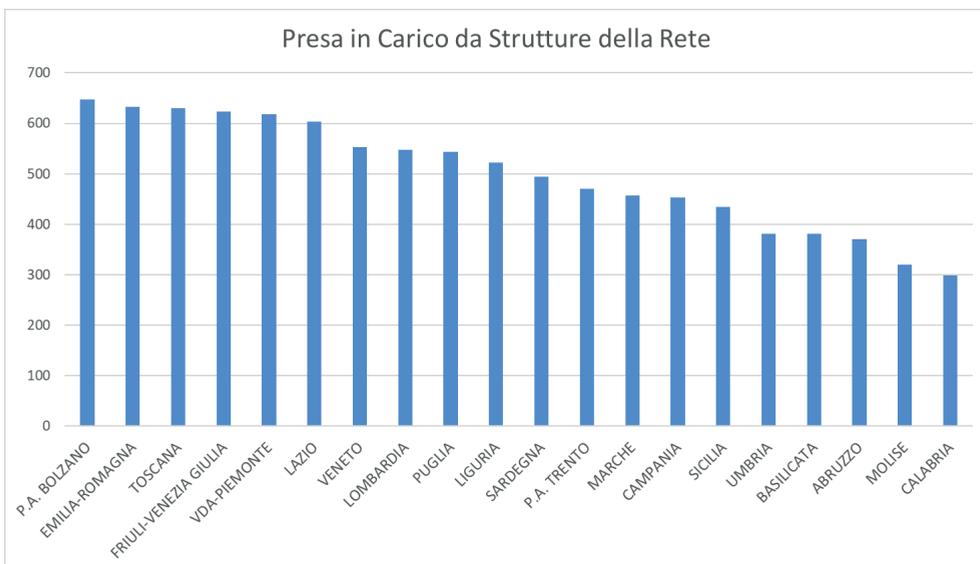


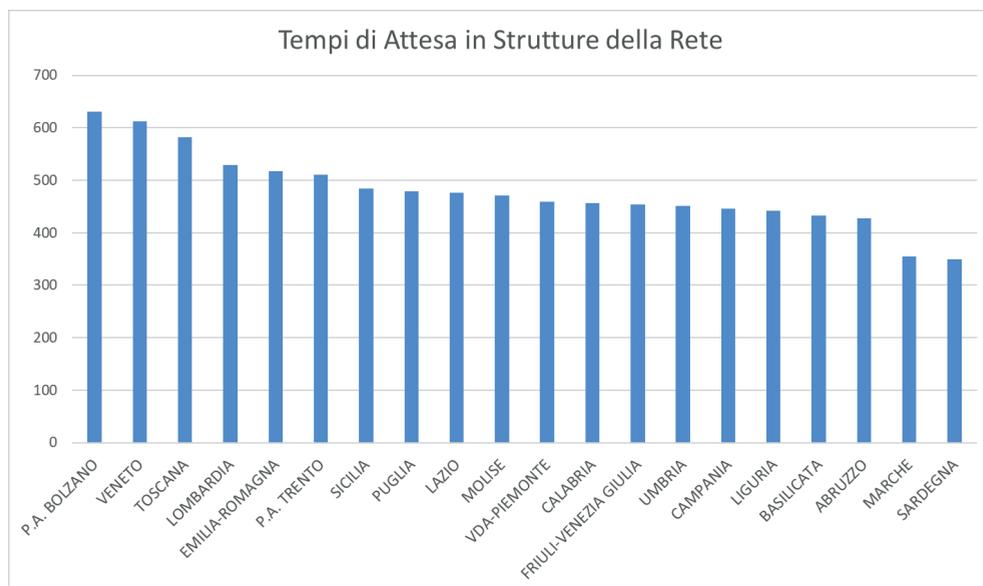
Figura 2.3. Indice Sintetico per la rilevazione del Questionario (ISQ). FONTE: AGENAS.



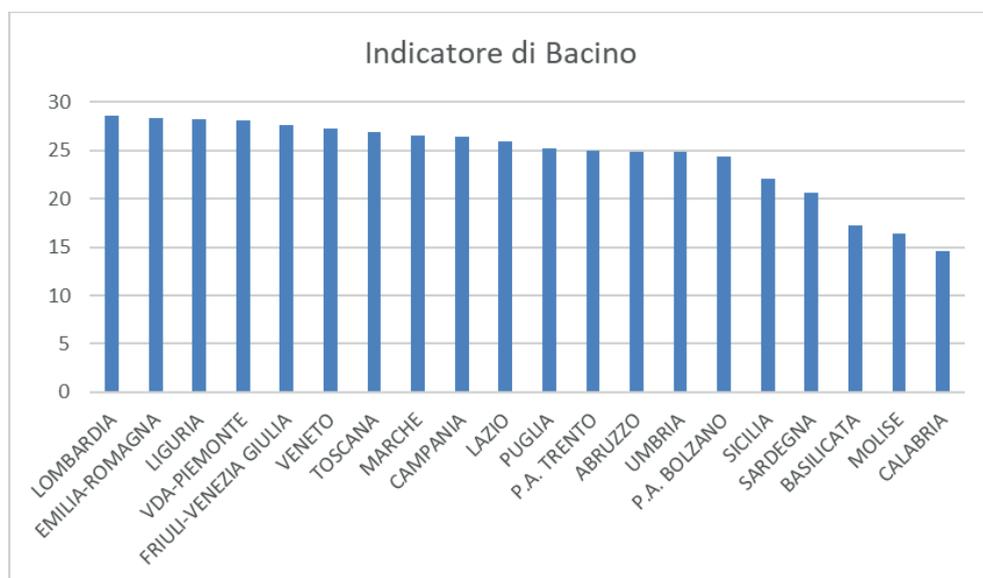
**Figura 2.4.** L'Indice Sintetico SDO (ISSDO), che mostra l'esito della performance di rete. FONTE: AGENAS.



**Figura 2.5.** Presa in Carico da Strutture della Rete. FONTE: AGENAS.



**Figura 2.6.** Tempi di Attesa in Strutture della Rete. FONTE: AGENAS.



**Figura 2.7.** Indice di Bacino (prestazioni ambulatoriali chemioterapia–terapie mediche e radioterapia). FONTE: AGENAS.

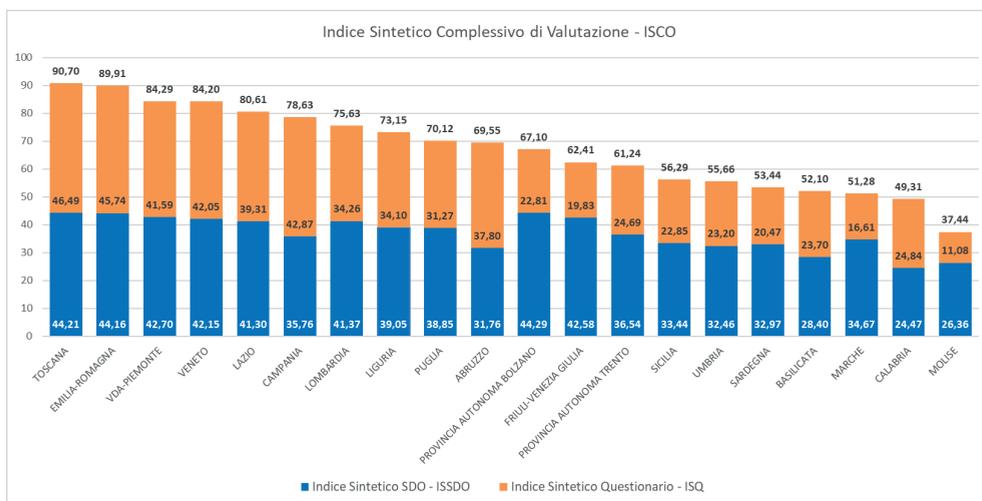


Figura 2.8. Indice Sintetico Complessivo di Valutazione (ISCO). Fonte: AGENAS.

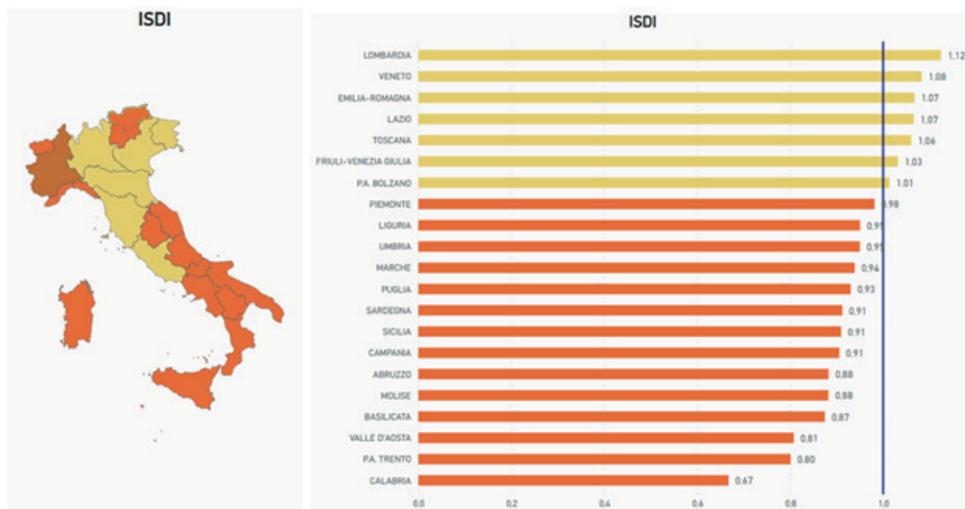


Figura 2.9. Indice di soddisfazione della Domanda Interna. Fonte: AGENAS.

Secondo quanto riportato da AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), l'adozione di un modello organizzativo a rete in ambito oncologico comporta numerosi vantaggi, tra cui una migliore integrazione delle risorse, una maggiore continuità assistenziale e un incremento della qualità delle cure erogate. Dall'analisi dei dati emerge chiaramente che le Regioni e le Province Autonome che hanno istituito reti oncologiche formalmente strutturate e operative da un periodo sufficientemente lungo, caratterizzate da un'organizzazione stabile e ben articolata, registrano risultati significativamente superiori rispetto ad altri contesti regionali in termini di livello assistenziale offerto. In particolare, tali territori si distinguono per una maggiore efficienza nella gestione dei processi assistenziali, con tempi di attesa più contenuti, una migliore continuità delle cure e un'aderenza più sistematica ai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) validati. Ovviamente, se il percorso del paziente è seguito dall'inizio ne ha un beneficio totale ed infatti in queste regioni si registrano esiti clinici più favorevoli, tra cui tassi di sopravvivenza più elevati, una bassa incidenza di complicanze post-trattamento e una minore variabilità interstrutturale nella qualità delle cure erogate. Questo risultato positivo conferma quanto la strutturazione di un sistema di rete coordinato e ben governato sia determinante nel migliorare l'organizzazione dei servizi oncologici, con effetti concreti sulla qualità dell'assistenza e sulla sopravvivenza dei pazienti. Questi risultati devono portare le istituzioni a ragionare. I sistemi sanitari pubblici, pilastri fondamentali della coesione sociale, appaiono sempre più come imbarcazioni fragili sospese su acque turbolente, esposte all'urto di onde alte e minacciose. Queste onde non sono altro che le forze di resistenza che quotidianamente ne minano l'equilibrio: risorse economiche in progressivo assottigliamento, infrastrutture sanitarie vetuste o insufficienti, una crescente carenza di personale e, in non pochi contesti periferici, sacche di analfabetismo sanitario che compromettono l'accesso equo alle cure. In questo scenario, le disparità territoriali (D'Alessandro e Rosa, 2021) si amplificano, e la distanza tra centro e periferia, già marcata, rischia di diventare un solco incolmabile. Aree interne e marginali, spesso prive di presidi ospedalieri adeguati o di reti territoriali capillari, faticano a garantire percorsi diagnostici e terapeutici tempestivi, lasciando intere comunità in balia di

un sistema che non riesce più a rispondere con prontezza ed equità. La sanità pubblica, in tal senso, non può più essere considerata solo come un insieme di servizi, ma deve essere ripensata come un ecosistema complesso e dinamico, la cui resilienza dipende dalla capacità di integrare innovazione, prossimità e giustizia sociale. Se le istituzioni rafforzassero l'interesse verso questa forma di organizzazione ci sarebbero dei risultati regionali omogenei. L'evidenza empirica mostra come l'implementazione di modelli organizzativi robusti e resilienti, supportati da un'adeguata governance e da investimenti continui in formazione, tecnologia e gestione dei dati, rappresenti un fattore determinante per migliorare in modo tangibile la qualità e l'equità dell'assistenza oncologica a livello regionale. In questi contesti, la rete non si configura come una semplice sommatoria di nodi ospedalieri, ma come un sistema funzionale integrato, in cui i centri di riferimento sono coordinati secondo procedure operative chiare e standardizzate. La conseguente armonizzazione dei percorsi di cura, l'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse e l'accesso equo a trattamenti di comprovata efficacia contribuiscono, secondo numerose evidenze, a ridurre la variabilità degli esiti clinici tra territori e a migliorare gli indicatori di sopravvivenza e qualità della vita dei pazienti oncologici.

Dall'analisi disaggregata degli indicatori di performance relativi all'assistenza oncologica, si mette in luce una netta differenza tra le Regioni e Province Autonome che dispongono di reti oncologiche mature, ben strutturate e con una governance consolidata — come Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto e in parte Lazio — e quelle in cui i buoni risultati clinici sono principalmente attribuibili alla produttività di singole eccellenze istituzionali, piuttosto che a un'organizzazione integrata e sistemica. In alcune realtà territoriali, come Lombardia e Friuli-Venezia Giulia, il soddisfacimento della domanda sanitaria, sia interna che extraregionale, è sostenuto da pochi centri ad alta intensità assistenziale che operano spesso in modo autonomo, senza una connessione sistemica con il resto della rete regionale. Tale modello, pur garantendo alti livelli prestazionali localizzati, espone il sistema a rischi di frammentazione, inefficienza organizzativa e disomogeneità nell'accesso alle cure, compromettendo la possibilità di una gestione equa e coordinata della patologia oncologica su scala

territoriale. Queste realtà frazionate rappresentano una delle criticità con cui si deve imbattere la realizzazione di una struttura a rete. Attraverso i PDTA, ogni singola forma tumorale può essere affrontata secondo protocolli condivisi e aggiornati sulla base delle più recenti evidenze scientifiche. Tuttavia, anche in questo ambito le disparità regionali si fanno sentire. Mentre alcune regioni vantano l'adozione sistematica di PDTA articolati e aggiornati, in altre essi risultano ancora assenti, incompleti o scarsamente applicati. Nel contesto dell'oncologia, gran parte dei trattamenti rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che ogni Regione è obbligata a garantire. Tuttavia, le disparità nelle risorse economiche regionali possono generare differenze significative, in particolare per quanto riguarda l'accesso ai farmaci più innovativi e ad alto costo. Nelle Regioni con una gestione sanitaria meno efficiente e bilanci in deficit, questi trattamenti risultano spesso meno accessibili. Di conseguenza, si alimenta un meccanismo disfunzionale in cui i pazienti tendono a spostarsi verso le aree con servizi migliori (mobilità attiva), aggravando ulteriormente le difficoltà delle Regioni di partenza (mobilità passiva). In particolare, si osserva un miglioramento progressivo (GIMBE, 2021) in regioni quali Campania, Umbria, Abruzzo, Puglia e Friuli-Venezia Giulia. Questi territori, partendo da una situazione inizialmente meno strutturata, hanno avviato processi di riorganizzazione della rete oncologica regionale e stanno cominciando a mostrare risultati positivi in termini di esiti clinici e capacità di presa in carico. L'effetto di tale ristrutturazione dell'organizzazione si manifesta in un crescente consolidamento dei percorsi diagnostico-terapeutici, nella graduale costruzione di meccanismi di coordinamento e nell'aumento dell'efficienza nella gestione della domanda. In particolare, la Campania ha attivato una revisione strutturale delle reti assistenziali, che ha comportato un miglioramento nella condivisione dei PDTA e nell'integrazione ospedale-territorio. Proprio la Campania diventa un esempio emblematico di buona pratica nel contesto delle Reti Oncologiche Regionali (ROR) è rappresentato dalla Rete Oncologica Campana (ROC), la quale si distingue per l'adozione di modelli organizzativi e tecnologici innovativi volti a migliorare la gestione clinica e la raccolta sistematica di dati epidemiologici. Attraverso l'integrazione di piattaforme digitali avanzate e la strutturazione

di percorsi assistenziali condivisi, la ROC ha mostrato come sia possibile attenuare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, assicurando trattamenti efficaci anche in aree tradizionalmente svantaggiate. Questo approccio ha contribuito a una maggiore uniformità nell'erogazione dei servizi e alla riduzione della mobilità passiva. Tuttavia, nonostante i risultati incoraggianti, permangono criticità sistemiche che richiedono ulteriori sforzi per garantire una presa in carico realmente omogenea sul piano nazionale. In particolare, la piena valorizzazione del patrimonio informativo generato, l'interoperabilità tra sistemi e la sostenibilità a lungo termine delle infrastrutture digitali rappresentano sfide strategiche ancora aperte. L'esperienza campana evidenzia, dunque, come l'innovazione tecnologica possa fungere da leva fondamentale per la trasformazione dell'oncologia pubblica, a condizione che sia inserita in una cornice di governance solida, multidisciplinare e orientata alla riduzione delle disuguaglianze. Analogamente alla crescita della Campania, la Puglia ha investito in nuove tecnologie e in modelli organizzativi centrati sul paziente, mentre l'Abruzzo e l'Umbria hanno introdotto strumenti di governance più trasparenti e un migliore utilizzo dei flussi informativi sanitari per monitorare i percorsi. Il Friuli-Venezia Giulia, sebbene in passato fosse considerato una regione con un'assistenza oncologica concentrata su singoli centri ad alta specializzazione, ha progressivamente adottato un approccio a rete maggiormente in linea con i modelli raccomandati a livello nazionale, determinando un progressivo miglioramento degli esiti e un aumento degli indicatori positivi. Tale evoluzione ha permesso di attenuare la dipendenza da pochi centri di riferimento, orientando le cure verso una maggiore distribuzione della responsabilità clinica tra le strutture presenti sul territorio. Sul versante opposto, alcune regioni mantengono un profilo stabile, con risultati complessivamente in linea con le attese, ma senza evidenze di progressi significativi nell'evoluzione del modello di rete. È il caso della Liguria, della Sicilia, della Provincia Autonoma di Bolzano e della Provincia Autonoma di Trento. In questi contesti, l'offerta oncologica risulta consolidata e sostenuta da una capacità di risposta strutturalmente adeguata alla domanda assistenziale. Tuttavia, la stabilità osservata non sempre corrisponde a una piena maturità di rete, poiché il sistema può basarsi su assetti organizzativi tradizionali non pienamente integrati o

su dinamiche consolidate che non promuovono ulteriori miglioramenti. In particolare, la Sicilia continua a evidenziare discontinuità territoriali, nonostante l'esistenza di centri di eccellenza, mentre in Trentino-Alto Adige persistono differenze tra le due province autonome, che riflettono assetti istituzionali e operativi distinti. Un'attenzione particolare deve essere rivolta alle regioni che necessitano di un intervento strutturale più profondo per poter definire e implementare efficacemente la propria rete oncologica. Calabria, Molise, Marche, Basilicata e Sardegna rientrano in questa categoria, caratterizzata da difficoltà evidenti nel garantire l'equità e la continuità dell'assistenza oncologica. In questi territori, i livelli di mobilità passiva ovvero la quota di pazienti che si rivolge a strutture extraregionali per ottenere cure adeguate risultano elevati, indicando una sfiducia implicita nel sistema locale e una carenza reale di strutture e professionalità specializzate. Tale fenomeno è indicativo di un'insufficiente capacità di presa in carico da parte del sistema sanitario regionale, nonché di una debolezza nei meccanismi di coordinamento e nella definizione dei ruoli tra i vari nodi della rete. In queste regioni è necessario ricorrere alla gestione di fondi per creare quanto prima dei modelli organizzativi a rete. A questo si aggiungono criticità relative alla disponibilità di personale qualificato, alla scarsità di investimenti in infrastrutture tecnologiche e alla debolezza dei sistemi informativi integrati, che ostacolano una visione complessiva e condivisa del paziente oncologico. L'attuazione concreta di una rete oncologica richiede infatti una regia regionale forte, capace di operare secondo criteri di equità, sostenibilità ed evidenza scientifica, superando logiche localistiche o settoriali. L'attivazione di sistemi di valutazione e miglioramento continuo della qualità, rappresentano condizioni imprescindibili per l'effettiva implementazione del modello di rete, così da poter garantire che vi sia una crescita territoriale nazionale e non individuale per ogni Regione.

Attualmente, tutte le 17 Regioni e Province Autonome italiane che hanno istituito una Rete Oncologica Regionale (ROR) hanno formalizzato l'istituzione di un organismo di governance della rete, con denominazioni variabili quali Gruppo di coordinamento, Coordinamento regionale o Consiglio di rete. In 15 di esse è stata inoltre individuata la figura del Coordinatore della ROR, con il compito di garantire

il funzionamento e l'integrazione tra i vari nodi della rete. Dodici Regioni hanno definito i punti di accesso attraverso cui i pazienti possono entrare nel percorso assistenziale oncologico. Un esempio significativo è rappresentato dalla Toscana, dove la rete, ormai consolidata, dispone di ben 21 accessi, distribuiti sul territorio regionale per facilitare l'orientamento e l'inizio del percorso di cura. In otto Regioni è previsto il diritto del paziente a ottenere una seconda opinione specialistica, erogata come prestazione gratuita all'interno della rete stessa. In tali contesti, è stata spesso identificata una figura professionale dedicata al supporto del paziente in questo processo, a conferma dell'attenzione crescente verso la personalizzazione e la trasparenza del percorso terapeutico. Dal punto di vista della comunicazione istituzionale e dell'accessibilità alle informazioni sanitarie, la presenza di un sito web dedicato alla rete oncologica regionale rappresenta un elemento cruciale per garantire trasparenza, informazione e orientamento ai cittadini, in particolare ai pazienti oncologici e ai loro familiari. Tuttavia, ad oggi, solo 11 Regioni italiane hanno attivato un portale web specificamente dedicato alla propria rete oncologica, un dato che evidenzia una significativa disomogeneità territoriale nell'impegno verso la digitalizzazione e la comunicazione in ambito sanitario. Per quanto riguarda i Registri Tumori Regionali, strumenti essenziali per il monitoraggio epidemiologico e la programmazione sanitaria, una sola Regione risulta non averne ancora attivato uno. Sul versante dell'integrazione territoriale, 16 Regioni hanno predisposto percorsi assistenziali volti a garantire la continuità delle cure oncologiche, anche in raccordo con i medici di medicina generale e i servizi socio-sanitari locali. Di queste, 13 hanno formalizzato le modalità operative e informative per l'integrazione tra le attività ospedaliere e quelle erogate a livello territoriale, rafforzando così la dimensione collaborativa e multidisciplinare della presa in carico.

È imprescindibile che le reti sanitarie territoriali siano progettate tenendo conto delle peculiarità socio-demografiche, geografiche e infrastrutturali di ciascun contesto regionale, poiché ogni territorio presenta specifici bisogni assistenziali e differenti livelli di accessibilità ai servizi. L'intervento di punti di accesso periferici assume un ruolo centrale con la nascita delle Case della Comunità o presidi integrati con servizi socio-assistenziali, le quali devono essere in grado di offrire prestazioni

essenziali, orientamento ai percorsi di cura e un collegamento efficace con i livelli di assistenza superiori. La loro funzione è particolarmente strategica nelle aree interne e a bassa densità abitativa, dove l'isolamento territoriale e la fragilità delle reti infrastrutturali rendono complesso l'accesso tempestivo alle cure. In questo senso, l'omogeneizzazione dei criteri minimi di funzionamento e la loro effettiva implementazione costituiscono una condizione necessaria per superare le disuguaglianze territoriali e costruire un sistema sanitario realmente inclusivo e resiliente, capace di garantire continuità assistenziale e prossimità delle cure anche nelle zone più marginali del Paese. Una parola chiave che non deve mancare anche nelle aree periferiche è la valorizzazione del territorio: nella recente visione organizzativa, resta sicuramente ospedaliera la fase chirurgica di cura dei tumori. È ospedaliera, perché vincolata agli apparecchi, la radioterapia. Sono ospedaliere, anche, la gestione e la cura di tossicità gravi indotte dalle terapie. Proprio perché il centro dell'attività di rete parte dalla realtà ospedaliera vi è la necessità di un mezzo strategico per la collaborazione ospedale-territorio affinché ci sia la disponibilità di piattaforme informatiche condivise e usufruibili da tutti affinché nessuno si senta escluso o lontano dalle cure. Gli ospedali diventano il territorio della sanità oncologica regionale; il loro rapporto con il cittadino è essenziale per creare una rete territoriale che si possa estendere senza limiti. L'ospedale è il nucleo della medicina attiva; mentre la medicina passiva continua negli ambulatori, nelle case, negli studi medici con la professionalità degli operatori sanitari e l'interesse del paziente disposto anche a conoscere nel dettaglio per affrontare le cure. Il focus non è quindi solo l'ospedale come ente unico, ma diventa tutta la regione, tutto il territorio nazionale che assume un ruolo di garanzia e di integrazione dei servizi, così da avere una sanità più vicina alla popolazione.

#### **2.4. Un focus sulle aree periferiche e scarsamente popolate**

Il Sistema Sanitario Nazionale ha attraversato una fase di profonda trasformazione e, al contempo, di crescente vulnerabilità. L'impatto drammatico della pandemia da COVID-19 ha agito come potente

catalizzatore di fragilità già latenti, rivelando limiti strutturali, disomogeneità assistenziali e carenze sistemiche radicate. A ciò si è aggiunta una prolungata stagione di contrazione delle risorse, determinata da politiche di contenimento della spesa pubblica e da una crisi economico-finanziaria che ha inciso in maniera più marcata sull'Italia rispetto ad altri contesti europei, minando la capacità del sistema di rinnovarsi, investire e rispondere con tempestività alle nuove sfide socio-sanitarie. Tale scenario ha messo in luce un fenomeno ancor più preoccupante: la polarizzazione (Minicozzi, 2012) dei livelli di assistenza tra aree centrali e contesti periferici, tra grandi centri urbani dotati di tecnologie avanzate e territori marginali, spesso dimenticati, in cui la presenza dei servizi risulta diradata, discontinua o affidata a logiche emergenziali. Questa frattura tra il centro del sistema e la periferia non è soltanto geografica, ma anche simbolica e culturale. La periferia, dal greco περιφέρεια, e con precisione deriva dal verbo περιφέρω, etimologicamente significa: *luogo intorno ad un centro*. L'uso scorretto del termine porta ad isolare la periferia, rendendola marginale; ma la sua etimologia riconduce all'essenza di un luogo intorno al centro, ma non secondario, e se l'analisi etimologica si soffermasse anche sul verbo, da cui deriva il sostantivo, che significa *portare intorno*, allora emerge come i servizi devono essere condotti dal centro verso l'estremità delle aree senza alcuna forma di disparità. Il sistema sanitario con la costante presenza di molti attori sta cercando di superare queste barriere poiché un obiettivo attuale è garantire l'uguaglianza di servizi tra le aree periferiche e scarsamente popolate d'Italia. La coesione territoriale e l'equità nell'accesso ai diritti fondamentali è anche l'obiettivo della rete oncologica che nasce proprio per garantire la tutela della salute a tutti. Questi territori, spesso lontani fisicamente dai poli urbani e caratterizzati da un marcato spopolamento e invecchiamento demografico, presentano criticità strutturali nella disponibilità e nell'accessibilità dei servizi sanitari. A ciò si aggiunge anche la progressiva chiusura o ridimensionamento di presidi ospedalieri locali, unita alla carenza cronica di personale medico che ha determinato un indebolimento dell'offerta sanitaria di prossimità locale. Tale situazione è aggravata dalla scarsa diffusione delle infrastrutture digitali, che limita le potenzialità della telemedicina, e dalla necessità crescente di cure continuative legate alla cronicità e alla

non autosufficienza. In risposta a queste problematiche, le politiche sanitarie recenti, anche nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), hanno introdotto modelli di assistenza territoriale come le Case della Comunità e gli infermieri di famiglia, con l'obiettivo di ricostruire una rete di cure primarie che si porti ad essere capillare e integrata nel contesto nazionale. Tuttavia, la reale efficacia di tali interventi dipenderà dalla capacità di adattare i modelli organizzativi alle specificità locali e di garantire una continuità nell'investimento istituzionale, evitando che le aree interne continuino a essere marginalizzate nel sistema sanitario nazionale. Le zone periferiche e a bassa densità abitativa svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito delle Reti Oncologiche Regionali (ROR) in Italia. Le loro caratteristiche demografiche, geografiche e socioeconomiche peculiari impongono l'adozione di strategie mirate per assicurare un accesso equo e tempestivo ai servizi oncologici. Tuttavia, il contesto attuale mette in luce marcate disuguaglianze tra le regioni, con il concreto rischio che queste aree vengano ulteriormente svantaggiate. In Italia, le Reti Oncologiche Regionali (ROR) si articolano attraverso diversi modelli organizzativi, tra cui spiccano l'Hub & Spoke e il Comprehensive Cancer Care Network, come già precedentemente analizzato. L'implementazione di modelli organizzativi come l'Hub & Spoke e il Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) rappresenta una strategia fondamentale per migliorare l'accesso e la qualità delle cure oncologiche nelle aree interne, spesso caratterizzate da limitatezza di risorse e barriere geografiche. Numerosi studi sottolineano come tali modelli contribuiscano a superare le disuguaglianze territoriali, garantendo continuità assistenziale, ottimizzazione delle risorse e diffusione di innovazioni tecnologiche anche nelle zone meno servite (Ferlay *et al.*, 2020). La loro efficacia risiede nella capacità di creare reti integrate di servizi e competenze che facilitano l'accesso tempestivo alle cure specialistiche, riducendo lo spreco di risorse e migliorando la personalizzazione del percorso terapeutico (Kamenova *et al.*, 2019). La tabella seguente sintetizza i benefici di questi modelli, riflettendo l'impatto positivo che esercitano sulla popolazione delle aree interessate:

**Tabella A.** Fonte: elaborazione propria.

<b>Benefici per le aree coinvolte</b>	<b>Modello Hub &amp; Spoke</b>	<b>Modello Comprehensive Cancer Care Network (CCCN)</b>
Accesso ai servizi specialistici	Facilita l'accesso alle cure specialistiche riducendo la necessità di spostamenti	Garantisce un accesso più uniforme e diretto a tutte le fasi del percorso oncologico
Continuità assistenziale	Migliora la continuità delle cure grazie al supporto e al coordinamento tra hub e spoke	Assicura una gestione integrata e coordinata del paziente in tutte le fasi di cura
Riduzione delle disuguaglianze territoriali	Mitiga le disparità geografiche attraverso il collegamento tra centri specialistici e periferici	Promuove l'omogeneità qualitativa e l'equità nell'erogazione dei servizi sul territorio
Ottimizzazioni delle risorse	Sfrutta al meglio le risorse del centro principale per supportare le strutture periferiche	Consente una gestione coordinata ed efficiente delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie
Formazione ed aggiornamento	Favorisce la formazione continua del personale nelle aree periferiche tramite il centro hub	Promuove la diffusione della conoscenza e l'innovazione in tutta la rete, anche nelle zone meno servite
Supporto tecnologico	Centralizza l'adozione di tecnologie avanzate, facilitandone l'accesso ai centri periferici	Incoraggia la condivisione e l'implementazione di tecnologie innovative su tutto il territorio
Personalizzazione delle cure (Kamenova <i>et al.</i> , 2019)	Permette un adattamento più rapido e personalizzato delle cure grazie al collegamento diretto con l'hub	Garantisce un approccio multidisciplinare e personalizzato, integrando competenze distribuite

L'analisi dei benefici delle strutture organizzative mette in luce come queste configurazioni aziendali siano particolarmente adatte a superare le criticità proprie delle aree periferiche e scarsamente popolate. La capacità di integrare servizi specialistici distribuiti sul territorio con un coordinamento centralizzato permette di contenere le barriere geografiche e di garantire una presa in carico più tempestiva ed efficace del paziente. In questo modo, si promuove non solo un miglioramento nell'accesso alle cure oncologiche, ma anche una maggiore equità nell'erogazione dei servizi, riducendo il rischio che la distanza dal centro urbano si traduca in uno svantaggio per i pazienti. Questi modelli

favoriscono un utilizzo più razionale delle risorse, facilitano la diffusione di innovazioni cliniche e incentivano la formazione continua degli operatori anche nelle realtà più isolate. L'adozione di reti organizzative strutturate costituisce un elemento imprescindibile per rendere sostenibile e inclusivo il sistema oncologico nazionale, assicurando risposte adeguate anche alle esigenze delle comunità più vulnerabili.



### CAPITOLO III

## **GLI INDICATORI DI PERFORMANCE NELLE RETI ONCOLOGICHE: UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURA ED UN MODELLO TEORICO-OPERATIVO**

**A CURA DI MAURO CAVALLONE, VINCENZO VERDOLIVA,  
BELINDA LAURA DEL GAUDIO, ANDREA CAPORUSCIO, GIUSEPPINA MAROTTA,  
FEDERICA ZEULI, EMILIO MIRANTE, GIUSEPPE CRIMALDI**

I dati epidemiologici (AGENAS, 2024) più recenti indicano un aumento costante dell'incidenza delle patologie oncologiche, che rappresentano la seconda causa di morte nella maggior parte dei Paesi sviluppati e in via di sviluppo, subito dopo le malattie cardiovascolari. Tuttavia, a fronte della crescente incidenza, si osservano anche importanti miglioramenti nella sopravvivenza dei pazienti oncologici, grazie all'innovazione tecnologica, alla diagnosi precoce e all'evoluzione dei trattamenti terapeutici. La risposta a questa complessa problematica sanitaria si è articolata negli anni attraverso una strategia organizzativa sistemica basata sull'istituzione delle Reti Oncologiche Regionali (ROR), come evidenziato nel capitolo precedente. Queste reti, promosse inizialmente da alcune regioni pionieristiche, in Italia, ma anche in altri Stati del mondo, sono state concepite con l'obiettivo di offrire un'assistenza oncologica integrata, multidisciplinare e orientata al paziente, garantendo al tempo stesso equità di accesso, appropriatezza clinica e sostenibilità del sistema sanitario. In questo contesto, l'adozione di indicatori di performance, noti anche come *Key Performance Indicators* (KPI), si configura come un elemento imprescindibile per la governance clinico-organizzativa delle ROR. Gli indicatori di performance costituiscono dei tasselli fondamentali, caratterizzati da criteri oggettivi e standardizzati, che permettono di quantificare in modo continuo e sistematico diversi aspetti cruciali dei servizi sanitari creando dei paradigmi di analisi utili per la collaborazione distrettuale e per una lettura analitica chiara. Attraverso questi parametri è possibile valutare con precisione non solo la qualità dell'assistenza

offerta, ma anche l'efficienza nell'impiego delle risorse e l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi clinici e organizzativi prefissati. Questi strumenti consentono, quindi, di monitorare costantemente i processi assistenziali, identificare aree di miglioramento e supportare le decisioni gestionali, contribuendo a garantire che i servizi sanitari rispondano adeguatamente ai bisogni della popolazione e alle normative vigenti. L'adozione strutturata degli indicatori di performance abilita un'analisi critica e approfondita del sistema sanitario, consentendo di rilevare non soltanto i fattori di eccellenza, ma anche le lacune organizzative e cliniche che possono generare un decremento di valore complessivo. Questi strumenti, se applicati con rigore metodologico, facilitano l'identificazione di scostamenti rispetto agli standard di riferimento, evidenziando precise aree di intervento: dai ritardi nei percorsi assistenziali alla variabilità nei risultati, dalla sottoutilizzazione delle risorse al potenziale disallineamento tra struttura e missione istituzionale. In tale prospettiva, l'analisi dei KPI non riveste un carattere meramente statistico, bensì si configura come motore di governance strategica, poiché consente di orientare azioni correttive mirate volte a ripristinare efficacia, efficienza ed equità. Al contrario, il disinteresse verso una lettura sistematica di tali dati rischia di perpetuare deficit organizzativi e clinici, alimentando una forma subdola di "minusvalore sistemico" (Biselli, 2024), che compromette la coerenza tra obiettivi dichiarati e performance effettivamente erogate, generando conseguenze rilevanti sia sul piano della qualità delle cure sia sull'esperienza del paziente. Nel contesto dell'oncologia, l'individuazione e l'utilizzo di strumenti di misurazione delle prestazioni assumono un ruolo cruciale, sia per la complessità dei percorsi assistenziali, sia per l'elevato impatto clinico, organizzativo ed economico delle patologie tumorali. La definizione di indicatori affidabili, pertinenti e comparabili rappresenta, infatti, un passaggio fondamentale per garantire qualità, appropriatezza e uniformità delle cure erogate sull'intero territorio nazionale. Alcuni indicatori sono generali, quindi trasversalmente applicabili a tutte le patologie, altri risultano essere specifici per compiere un'analisi approfondita in merito alla variabilità dei percorsi di cura. La personalizzazione degli indicatori per patologia permette di garantire un elevato livello di personalizzazione del trattamento. Inoltre, la natura cronica e complessa della malattia oncologica comporta una molteplicità di punti di contatto

tra paziente e sistema sanitario, che devono essere adeguatamente monitorati per prevenire discontinuità o inefficienze. A livello nazionale, sono stati compiuti importanti passi avanti nella definizione di sistemi di misurazione della performance sanitaria, in particolare attraverso i sistemi di valutazione promossi da enti come l'Agenas, il Ministero della Salute, il Programma Nazionale Esiti (PNE). Tuttavia, permangono alcune criticità nella piena applicazione di questi strumenti alle reti oncologiche, in particolare per quanto riguarda l'omogeneità degli indicatori adottati, la qualità dei dati disponibili e l'effettivo utilizzo dei risultati della valutazione per finalità di miglioramento continuo.

### **3.1. Indicatori di valutazione delle performance delle Reti Oncologiche**

In ambito manageriale, la misurazione della performance costituisce un aspetto centrale nella gestione moderna delle organizzazioni, poiché si qualifica come uno strumento cruciale per valutare l'efficacia e l'efficienza delle attività nonché per guidare il miglioramento (Kaplan e Norton, 1992). In particolare, i Performance Measurement Systems (PMS) sono strumenti essenziali per allineare le attività, orientare le decisioni e promuovere la responsabilità (Bourne *et al.*, 2000). Essi devono essere progettati con attenzione per garantire coerenza tra strategia, risultati e processi, evitando misurazioni imparziali (Bititci *et al.*, 2000).

Nel settore sanitario, definire sistemi di misurazione delle performance univoci è complesso, data la presenza di protocolli, linee guida e regolamenti molto rigidi. Tale complessità, inoltre, aumenta per la presenza di molteplici attori caratterizzati da obiettivi eterogenei, tra cui accesso ai servizi, sicurezza delle cure, sostenibilità finanziaria, centralità del paziente e soddisfazione degli utenti (Bevan e Hood, 2006). Pertanto, la valutazione di un sistema multi-attore e altamente regolato come quello sanitario, presuppone lo sviluppo di indicatori e parametri multidimensionali (Nuti *et al.*, 2010).

In tale contesto, anche le reti oncologiche sono oggetto di continui processi di valutazione scientifica, con lo scopo di garantire un miglioramento costante della qualità (Hummel *et al.*, 2008) dei servizi erogati.

La valutazione dell'operatività della rete oncologica (Guarneri *et al.*, 2020) richiede la necessità di attribuire un'importanza strategica allo sviluppo e al potenziamento dei servizi, con particolare attenzione alla struttura, alla funzionalità organizzativa e alla capacità di risposta integrata. Pertanto, la valutazione delle performance dei modelli a rete in oncologia trascende la mera quantificazione degli esiti clinici, estendendosi alla disamina approfondita dell'abilità del sistema di garantire risposte tempestive e su misura rispetto alle necessità dei pazienti (Guzzinati *et al.*, 2020). Tale analisi integrata consente di cogliere non solo l'impatto terapeutico, ma anche la coesione operativa e la qualità del percorso assistenziale, elementi essenziali per assicurare un'assistenza di eccellenza e centrata sulla persona.

Secondo un approfondito studio condotto dalla Fondazione GIMBE (2024), Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze, a livello globale, i sistemi di valutazione dell'efficienza sanitaria nei percorsi del paziente si distinguono principalmente in due grandi categorie.

Una prima categoria considera come parametro di riferimento le risorse economiche investite nella sanità, espresse come percentuale del Prodotto Interno Lordo o in termini pro capite. Questo metodo, in linea con la logica del "valore" inteso come rapporto tra esiti di salute ottenuti e mezzi impiegati, posiziona il sistema sanitario italiano in modo favorevole. Ne sono esempio valutazioni come quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2000, che assegnava all'Italia il secondo posto mondiale (sebbene oggi, come sottolinea GIMBE, tale dato abbia un valore meramente storico), oppure l'analisi Bloomberg del 2014, in cui il nostro Servizio Sanitario Nazionale veniva classificato terzo a livello internazionale e primo in Europa. Tuttavia, queste ottime posizioni sono il risultato di una dinamica economica stagnante e di una costante riduzione degli investimenti sanitari in rapporto al PIL, piuttosto che di un reale miglioramento degli indicatori di risultato.

La seconda categoria di sistemi, invece, valuta la qualità dell'assistenza dalla prospettiva diretta dei cittadini e dei pazienti, indipendentemente dalle risorse finanziarie destinate al settore. Tra questi, l'indice ritenuto più attendibile dalla Fondazione GIMBE (2018) è l'Euro Health Consumer Index, che nel confronto tra 35 paesi europei colloca

l'Italia al ventesimo posto. La valutazione tiene conto di diverse aree: diritti e informazione (26<sup>a</sup> posizione), facilità di accesso ai servizi e tempi di attesa (20<sup>a</sup>), risultati clinici (18<sup>a</sup>), disponibilità e ampiezza dell'offerta (24<sup>a</sup>), attività di prevenzione (11<sup>a</sup>) e gestione del farmaco (26<sup>a</sup>). Questi dati evidenziano margini significativi di miglioramento in molteplici ambiti dell'assistenza sanitaria nazionale.

In seguito al Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 14 giugno dello stesso anno, dal 1° gennaio 2020 è entrato in vigore il “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”. Questo strumento rappresenta un aggiornamento del precedente sistema, noto come Griglia LEA, attivo dal 2000. Nel contesto del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria sono stati identificati 88 indicatori suddivisi per aree di intervento, con una significativa attenzione rivolta alla presa in carico dei pazienti oncologici. Nell'ambito della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, 16 indicatori sono destinati alla valutazione delle attività, tra cui due specificamente riferiti all'oncologia, focalizzati sui livelli di copertura e sull'efficacia degli screening oncologici. Per quanto riguarda l'assistenza erogata a livello distrettuale, 33 parametri sono impiegati per monitorare la qualità dei servizi territoriali; tre di questi sono direttamente connessi alla rete delle Cure Palliative e analizzano, tra gli altri, l'erogazione dell'assistenza domiciliare e la prontezza nell'accesso agli Hospice. Nel campo dell'assistenza ospedaliera, 24 indicatori sono dedicati al controllo della qualità delle cure fornite nei contesti ospedalieri. Due di essi, con riferimento all'area oncologica, esaminano i volumi minimi degli interventi chirurgici e la frequenza degli interventi conservativi nei tumori della mammella. Sono inoltre inclusi quattro indicatori di contesto, finalizzati alla stima del fabbisogno sanitario della popolazione. Almeno tre di questi risultano influenzati dalla presenza di malattie oncologiche, come nel caso dell'indice di cronicità, della percezione soggettiva dello stato di salute e della condizione di fragilità tra gli anziani. Un ulteriore indicatore è dedicato alla misurazione dell'equità nell'accesso ai servizi, rilevando le rinunce a prestazioni sanitarie per ostacoli organizzativi o per motivi economici, con implicazioni anche per l'assistenza oncologica. Infine, 10 indicatori sono impiegati per monitorare e valutare l'efficacia PDTA. Di questi,

cinque si riferiscono esplicitamente all'oncologia, con particolare attenzione alla tempestività e alla sequenza degli interventi nei PDTA per i tumori gastrici e della mammella. L'analisi di questa nuova struttura analitica evidenzia un avanzamento scientifico significativo sia in termini di centralità della persona assistita sia nella valutazione di aspetti fondamentali come gli esiti clinici, la qualità del percorso e la tempistica delle cure. È rilevante sottolineare come la quota degli indicatori specifici per l'oncologia sia aumentata sensibilmente rispetto al precedente modello di valutazione, con un incremento degli indicatori dal 6% al 14%. Questo incremento riflette in modo coerente il peso crescente dell'oncologia anche sotto il profilo economico, all'interno della spesa sanitaria complessiva. A partire dal ciclo di valutazione del 2020, i parametri che hanno preso il posto della precedente Griglia LEA sono stati selezionati all'interno di un nucleo ristretto di 22 indicatori, denominati CORE. Questi indicatori possono essere aggiornati, come accaduto nel 2023, e sono utilizzati per il confronto dei valori raggiunti con standard di riferimento e l'assegnazione di punteggi, permettendo un'analisi dettagliata dei LEA. Per ogni indicatore è prevista una specifica funzione di attribuzione del punteggio che, sulla base del valore registrato, restituisce un risultato compreso in una scala da 0 a 100. Il punteggio di 60 rappresenta il valore soglia di riferimento per l'indicatore. Il risultato complessivo relativo a ciascuna area di assistenza viene calcolato come media ponderata dei punteggi ottenuti dagli indicatori CORE appartenenti a quella stessa area, tenendo conto di eventuali premi o penalizzazioni. Il valore finale è anch'esso espresso su una scala da 0 a 100. Ai fini della conformità, è richiesto che ogni area raggiunga un punteggio pari o superiore a 60; un valore inferiore a tale soglia, anche in una sola area, comporta l'esito negativo dell'intera valutazione regionale.

### **3.2. Programma Nazionale Esiti**

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) su mandato del Ministero della Salute, rappresenta uno strumento fondamentale per la

valutazione e il monitoraggio delle performance assistenziali all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Lanciato nel 2012, si è progressivamente affermato come uno strumento istituzionale imprescindibile per la valutazione del Servizio Sanitario Nazionale, assumendo un ruolo sempre più rilevante anche sotto il profilo regolatore e di controllo. Nell'ambito dell'aspirazione all'eccellenza in sanità, obiettivo tanto ambizioso quanto necessario, la misurazione sistematica e la valutazione comparativa degli esiti clinici si configurano come leve fondamentali per garantire qualità, equità ed efficienza dell'assistenza erogata. Misurare significa illuminare: rende visibili criticità che altrimenti rimarrebbero sommerse nell'abitudine, scuote l'inerzia del sistema, sollecita il cambiamento consapevole. La trasparenza dei risultati costringe le strutture e i professionisti a confrontarsi con le proprie performance, trasformando l'analisi dei dati in una leva di crescita e miglioramento. Infatti, ciò che non si misura resta spesso gestito in maniera inefficace, alimentando zone d'ombra che ostacolano l'innovazione. Il P.N.E. è rivolto a Regioni, aziende sanitarie e professionisti, con l'obiettivo di promuovere un miglioramento costante del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il programma nasce con l'obiettivo di garantire una sanità territoriale. Esso permette un confronto tra ospedali, tra ASL, mettendo in luce gli elementi dell'assistenza che incidono sugli esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività. I bisogni informativi sanitari sono l'oggetto pulsante del PNE al fine di garantire cittadino e/o paziente ottenga informazioni sulle prestazioni. Il PNE è un portale trasparente al fine di garantire accessibilità a tutti i soggetti ed aumentare il livello di empowerment e di alfabetizzazione sanitaria dei cittadini.

Gli indicatori utilizzati, fondati su evidenze scientifiche, misurano risultati clinici (come mortalità e ricoveri) oppure, laddove non disponibili, utilizzano indicatori surrogati legati ai processi, alle procedure e ai tempi di intervento. I dati vengono resi pubblici ogni anno sul portale ufficiale del PNE, accessibile previa registrazione. Nel quadro dell'accordo di collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e AGENAS, finalizzato alla gestione, valutazione e miglioramento dei sistemi sanitari, è stata avviata nell'agosto 2018 una cooperazione scientifica a sostegno dell'attuazione del Programma Nazionale Esiti. In tale

ambito, il gruppo di lavoro “Qualità ed Equità dell’assistenza in Sanità Pubblica” del Centro GLOB dell’ISS offre supporto tecnico e formativo per l’ideazione e la messa a punto degli indicatori. A tal fine, nel dicembre 2018 è stato formato un team interdipartimentale composto da dieci ricercatori dell’ISS appartenenti ai centri Salute Globale (GLOB), Statistica (STAT) e Comitato Nazionale per la Prevenzione e la Salute (CNAPPS), con specifiche competenze nei settori clinici cardiovascolare, cerebrovascolare, perinatale e oncologico. Il PNE non ha lo scopo di stilare classifiche o graduatorie né di giudicare in modo punitivo i sistemi sanitari, ma si configura come uno strumento per il miglioramento della qualità assistenziale. È pensato per essere utilizzato da Regioni, aziende e operatori sanitari per rafforzare le performance e identificare le aree critiche attraverso attività di audit. Oltre alla dimensione ospedaliera, il PNE offre anche informazioni indirette sulla qualità dell’assistenza territoriale. I dati raccolti presso le strutture sanitarie vengono pubblicati annualmente sul sito dedicato al Programma e consentono di analizzare i risultati delle cure a livello nazionale. Il Programma Nazionale Esiti prende in considerazione diversi tipi di enti erogatori, tra cui:

- Ospedali pubblici;
- Strutture private accreditate;
- Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS);
- Policlinici universitari;
- Case di cura e altre strutture accreditate.

La misurazione dei volumi di attività all’interno del sistema sanitario si basa sull’analisi dei ricoveri ospedalieri effettuati in regime ordinario, escludendo quindi i ricoveri diurni o ambulatoriali, e considerando solo quelli con una durata di degenza superiore alle 24 ore. In tale contesto, vengono incluse sia le prestazioni diagnostiche che quelle di natura terapeutica, al fine di ottenere un quadro complessivo dell’intensità assistenziale erogata. Per garantire un’analisi significativa e aderente alla realtà clinica, si selezionano gli indicatori ritenuti più rappresentativi per ciascuna area specialistica. A ognuno di essi viene assegnato un

coefficiente ponderato, definito in base alla rilevanza clinica, alla capacità di riflettere l'effettivo carico assistenziale e alla validità come misura di qualità e produttività. Questo approccio permette una valutazione più bilanciata, che tiene conto non soltanto del numero delle prestazioni, ma anche del loro impatto sul percorso di cura. La valutazione riguarda un insieme strutturato di ambiti clinici, articolati in undici macro-aree ospedaliere, che coprono le principali specialità mediche e chirurgiche. L'obiettivo è fornire un'analisi comparativa affidabile e dettagliata della performance assistenziale, utile non solo per il monitoraggio interno delle strutture sanitarie, ma anche per orientare scelte di programmazione e allocazione delle risorse. In tal modo, l'utilizzo integrato di indicatori ponderati consente di valorizzare il contributo delle singole unità operative al funzionamento complessivo del sistema, favorendo un approccio più equo, efficiente e basato sull'evidenza nella gestione dei servizi ospedalieri. Gli ambiti assistenziali ospedalieri che vengono presi in considerazione nella valutazione riguardano 11 aree cliniche:

- Cardiovascolare;
- Cerebrovascolare;
- Respiratorio;
- Procedure chirurgiche;
- Perinatale;
- Muscoloscheletrico;
- Digerente;
- Urogenitale;
- Malattie infettive;
- Ospedalizzazioni;
- Pediatria.

L'edizione 2024 del Programma Nazionale Esiti prende in esame l'attività assistenziale svolta nel corso del 2023 da un totale di 1.363 strutture ospedaliere, sia pubbliche sia private. Inoltre, per l'analisi dell'evoluzione nel tempo, il report considera anche i dati relativi al periodo compreso tra il 2015 e il 2023, al fine di tracciare con precisione l'andamento storico dei principali indicatori. Il PNE del 2024

ha preso in esame 205 indicatori totali, che sono soggetti a variazioni di anno in anno, fra cui:

- 70 indicatori di esito o processo,
- 88 indicatori di volumi di attività,
- 22 indicatori di ospedalizzazione:
  - 14 indicatori che evidenziano l'ospedalizzazione evitabile,
  - 7 indicatori di esiti a lungo termine,
  - 4 indicatori di accessi impropri in pronto soccorso.

Alcuni fra gli indicatori più significativi sono:

- Mortalità a 30 giorni dopo <https://www.nurse24.it/infermiere/dall-a-redazione/infarto-acuto-del-miocardio-come-riconoscere-i-sintomi.html> infarto del miocardio (con o senza PTCA);
- Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni o a 1 anno;
- Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni;
- BPCO riacutizzata;
- Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni, o entro 1 anno. Ricovero entro 2 giorni dal trauma;
- Ospedalizzazione per influenza, asma, diabete non controllato, complicanze del diabete, infezioni del tratto urinari ed altre;
- Numero di parti cesarei.

La costruzione degli indicatori segue un iter di formazione a carico di un gruppo di tecnici affinché si offra un cruscotto utile per analizzare le attività sanitarie e definire modalità di comunicazione dei risultati che possano facilmente essere interpretati e rispecchiare la possibilità di varietà dei risultati. Gli indicatori raccolti vengono successivamente analizzati all'interno del Comitato PNE, organismo che include rappresentanti delle Regioni, delle Province Autonome, del Ministero della Salute e di enti scientifici. Gli indicatori rivestono un ruolo strategico nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance sanitarie, in quanto mirano a fornire un supporto metodologico e operativo ai programmi di audit clinico e organizzativo. Tali strumenti, infatti, consentono di monitorare e analizzare in modo

sistematico i processi assistenziali e gestionali, favorendo l'individuazione di criticità e l'attuazione di interventi correttivi. L'analisi completa è possibile grazie alla presenza di indicatori che agiscono su più punti di vista offrendo una ampia visuale di ogni singolo contesto. L'obiettivo dell'analisi è quello di contribuire al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, promuovendo al contempo principi fondamentali quali l'efficacia clinica e l'equità nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni sanitarie all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Il Programma valuta interventi basati sull'approccio dell'*Evidence-Based Medicine* (EBM) e dell'*Evidence-Based Nursing* (EBN), considerati standard fondamentali da assicurare a tutta la cittadinanza in modo equo. Le esperienze di audit realizzate negli ultimi anni hanno evidenziato quanto sia essenziale verificare la qualità dei dati contenuti nei sistemi informativi sanitari, oltre a promuovere audit clinici e organizzativi strutturati. Per la raccolta delle informazioni relative ai pazienti e agli utenti, il PNE si avvale principalmente di tre strumenti:

- La scheda di dimissione ospedaliera (SDO): rappresenta un documento clinico-amministrativo di fondamentale rilevanza, impiegato per raccogliere in maniera strutturata l'insieme delle informazioni riferite a ogni paziente dimesso da una struttura ospedaliera, sia essa pubblica o privata, operante sul territorio nazionale. Tale scheda include dati di natura anagrafica, quali il luogo e la data di nascita, la residenza e il genere del paziente, nonché elementi specifici del percorso di ricovero: la data di ingresso, l'unità operativa di riferimento, la disciplina specialistica coinvolta e il codice identificativo dell'ente ospedaliero. Vengono inoltre registrati eventuali trasferimenti interni tra reparti, le modalità e la data di dimissione, e, sul piano clinico, le diagnosi principali e secondarie formulate al termine del ricovero, così come gli interventi chirurgici eseguiti e le procedure diagnostico-terapeutiche effettuate. A completamento, la SDO riporta l'associazione del caso clinico a uno specifico DRG (*Diagnosis Related Group*), sistema di classificazione utilizzato per fini epidemiologici, gestionali e di finanziamento. Nel suo insieme, la SDO costituisce una fonte primaria e indispensabile per il monitoraggio

- dell'attività ospedaliera, la valutazione degli esiti e l'analisi dell'efficienza del sistema sanitario.
- Il sistema informativo dell'anagrafe tributaria: sebbene originariamente concepito per la gestione delle relazioni fiscali tra contribuenti e amministrazione finanziaria, assume una funzione rilevante anche in ambito sanitario, in quanto costituisce un'infrastruttura informatizzata fondamentale per l'integrazione e l'interoperabilità dei dati anagrafici a supporto delle attività sanitarie e socio-sanitarie. In ambito sanitario, l'interconnessione tra l'anagrafe tributaria e i sistemi informativi sanitari consente una più efficiente gestione dei flussi informativi, facilitando il monitoraggio epidemiologico, l'analisi dei bisogni di salute della popolazione e l'allocazione ottimale delle risorse;
  - Il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) raccoglie e organizza in modo sistematico i dati relativi agli interventi di emergenza sanitaria, con particolare attenzione alle attività del servizio 118 e alle emergenze gestite a livello territoriale. I dati acquisiti attraverso EMUR comprendono variabili cliniche e organizzative, quali i tempi di risposta, la natura e la gravità degli eventi, i trasferimenti e le modalità di assistenza pre-ospedaliera. Queste informazioni sono fondamentali per la costruzione di indicatori di performance. I dati sono recuperati dall'analisi di:
    - centrale operativa del 118;
    - chiamata al 118;
    - missione di soccorso;
    - assistito;
    - tipologia di interventi effettuati;
    - esito dell'intervento.
- Per quanto riguarda il Pronto soccorso, i dati riguardano:
- la struttura;
  - l'accesso e la dimissione;
  - l'assistito;
  - diagnosi;
  - prestazioni erogate;
  - valorizzazione economica dell'accesso.

Il sistema di monitoraggio del PNE, inoltre, prevede l'utilizzo del *Treemap*, un particolare modello di visualizzazione dei dati che si configura come strumento grafico informativo caratterizzato da una modalità visuale avanzata per esplorare e interpretare in modo sintetico e interattivo l'andamento degli indicatori di esito a livello nazionale, regionale ed aziendale. In particolare, tale modello si basa su un insieme consolidato di indicatori, articolati nelle dimensioni fondamentali di volume di attività, qualità dei processi ed esiti clinici, consentendo così una lettura integrata e comparativa grafica, anche a non esperti, così, da decifrare, una mole di dati complessa, consentendo a decisori pubblici, professionisti sanitari, manager e cittadini di confrontare le performance in un'ottica di trasparenza e accountability. L'adozione del *treemap* nel contesto del PNE riflette una più ampia tendenza all'integrazione tra *data analytics* e *decision-making* clinico-gestionale, con l'obiettivo di orientare le politiche sanitarie basate su evidenze misurabili. In particolare, l'impiego di strumenti visuali intuitivi supporta il monitoraggio continuo della qualità e stimola l'implementazione di miglioramenti strutturali e organizzativi, soprattutto in presenza di *outlier* negativi o variazioni ingiustificate tra strutture. Dal punto di vista metodologico, la grafica *treemap* impiega metriche di grandezza e di colore per rappresentare sia il peso relativo del volume sia la qualità del processo.

Ciò consente di rilevare in maniera efficace pattern ricorrenti, disomogeneità territoriali, criticità locali o eccellenze da valutare in una logica di benchmarking. L'efficacia di questa modalità di rappresentazione è utile clinicamente ma anche come supporto alla gestione della governance clinica, promuovendo una gestione consapevole e orientata al miglioramento continuo.

### 3.3. PREMs e PROMs: Indicatori Patient-Centered per la Qualità e l'Efficacia delle Cure

Nel settore sanitario la valutazione della soddisfazione dei pazienti è cruciale. In particolare, tra gli strumenti maggiormente utilizzati rientrano i *Patient-Reported Measures* (PRM) (De Boer *et al.*, 2013), che

si qualificano quali mezzi operativi per valutare l'efficacia dei servizi erogati e favorire un miglioramento sistematico della qualità assistenziale, in linea con i principi della governance clinica e della medicina basata sull'evidenza. Essi racchiudono tutte le informazioni fornite direttamente dai pazienti riguardo al proprio stato di salute, ai comportamenti correlati alla salute o all'esperienza vissuta nel contesto assistenziale, senza alcuna mediazione o interpretazione da parte di professionisti sanitari o terzi. I quattro principali ambiti di ricerca dei PRM sono:

- ricerca clinica (Cella *et al.*, 2007): infatti, i PRM costituiscono una modalità efficiente per raccogliere dati, offrendo evidenze significative sull'efficacia di nuovi interventi terapeutici in termini di sintomi, condizioni di salute e qualità della vita dei pazienti;
- interazione tra paziente e professionista sanitario (Lloyd *et al.*, 2018): questi strumenti risultano utili nel monitorare e valutare le risposte ai trattamenti, facilitando un approccio condiviso alla gestione clinica e alle relazioni interpersonali;
- coinvolgimento attivo nella gestione della patologia (Black, 2013): l'impiego dei PRM favorisce sistemi di autonomia per il paziente nella conduzione del proprio percorso di cura, con la promozione di interventi maggiormente personalizzati;
- misurazione delle performance delle organizzazioni sanitarie (AGENAS, 2022): in ambito macro-organizzativo, i PRM sono utilizzati per finalità di programmazione e governance, contribuendo al confronto tra strutture, ai processi di accreditamento, alla trasparenza nei confronti del pubblico e ai meccanismi di finanziamento basati sui risultati.

L'utilizzo dei PRM si è progressivamente consolidato nei sistemi sanitari dei paesi ad alto sviluppo, contribuendo alla definizione dei cosiddetti PREMs (Patient-Reported Experience Measures) e i PROMs (Patient-Reported Outcome Measures). La loro implementazione da parte di organismi istituzionali, come AGENAS in Italia o il National Health Service nel Regno Unito, evidenzia il ruolo strategico che rivestono nella misurazione dell'efficacia percepita e dell'esperienza di cura.

Pertanto, questi indicatori assumono una funzione cruciale nel promuovere un sistema orientato agli esiti che abbiano un reale significato per i pazienti, valorizzando la prospettiva soggettiva come elemento guida nelle decisioni cliniche e organizzative. Essi, difatti, valorizzano l'esperienza soggettiva e gli esiti riferiti da chi riceve le cure, segnando un cambiamento significativo verso un approccio assistenziale realmente centrato sulla persona.

In particolare, i PREMs sono strumenti strutturati, spesso questionari, utilizzati per raccogliere i dati sull'esperienza dei pazienti nell'interazione con le strutture sanitarie. Essi, si concentrano su aspetti legati alla comunicazione con i professionisti, accessibilità ai servizi, rispetto della privacy, continuità delle cure ed altri aspetti rientranti direttamente nella sfera del paziente (Coulter *et al.*, 2009).

I PROMs misurano direttamente l'esito percepito delle cure, come lo stato di salute generale, il dolore, la mobilità, lo stato emotivo e l'impatto della condizione clinica sulla vita. Questi strumenti si basano su autovalutazioni del paziente prima e dopo l'intervento o lungo il percorso clinico (Black, 2013). I PROMs possono rappresentare validi strumenti per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria, consentendo confronti tra diversi erogatori di servizi (benchmarking) e offrendo una prospettiva completa sull'esperienza assistenziale vissuta dai pazienti lungo l'intero percorso di cura (MeS, 2020).

Mentre i PROMs si focalizzano sugli esiti clinici percepiti direttamente dal paziente, i PREMs si concentrano sull'esperienza vissuta durante il percorso assistenziale, includendo aspetti relazionali, organizzativi e comunicativi.

La loro integrazione nei sistemi sanitari consente una valutazione più completa della qualità e dell'efficacia delle cure, rispondendo tanto ai bisogni clinici quanto a quelli esperienziali. Per una comprensione più chiara delle rispettive caratteristiche, la tabella seguente propone un confronto sistematico tra PROMs e PREMs, evidenziandone le principali differenze in termini di finalità, contenuti, applicazioni e ambiti di utilizzo.

**Tabella B.** Fonte: elaborazione propria.

Caratteristica	Patient-Reported Experience Measures (PREMs)	Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)
Oggetto di misurazione	Comunicazione, accessibilità, cortesia del personale, coinvolgimento nelle decisioni.	Dolore, funzionalità fisica, qualità della vita, salute mentale.
Finalità	Valutare come il paziente ha vissuto il percorso (Coulter <i>et al.</i> , 2019).	Valutare cosa è cambiato nella salute del paziente dopo l'intervento.
Tipo di informazioni	Esperienza e percezione del processo assistenziale.	Stato di salute, sintomi, effetti dei trattamenti.
Tempistica di somministrazione	Durante o immediatamente dopo il percorso di cura.	Pre- e post-intervento terapeutico (in momenti distinti).
Applicazione	Monitoraggio della qualità percepita e umanizzazione delle cure.	Valutazione dell'efficacia clinica e impatto terapeutico.
Utilizzo nei sistemi sanitari	Accreditamento, audit organizzativo, miglioramento dei servizi.	Clinical trials, valutazione di <i>outcome</i> , personalizzazione delle cure (Greenhalgh, 2009).
Livello di impatto	Meso (organizzazione dei servizi), macro (trasparenza e benchmarking).	Micro (relazione medico-paziente), meso (ottimizzazione dei percorsi).

Nonostante la loro potenzialità, diversi sono i fattori che ne ostacolano un utilizzo sistematico e concreto, tra cui (De Rosis *et al.*, 2021):

- la bassa frequenza con cui vengono somministrate le rilevazioni che impediscono di considerare i pazienti come una fonte costante e strutturata di valutazione e innovazione;
- la restituzione dei dati da parte degli utenti avviene con notevole ritardo, limitando la possibilità di adottare interventi tempestivi;
- i risultati vengono spesso aggregati a un livello macro (aziendale o territoriale), rendendo difficile l'attribuzione del dato ai contesti specifici di erogazione delle cure — come singoli reparti, ambulatori o professionisti — e impedendo un effettivo collegamento tra le informazioni raccolte e la pratica clinica concreta.

### 3.4. Sistema a Bersaglio Sant'Anna di Pisa

Nel contesto delle trasformazioni che interessano in misura crescente i sistemi organizzativi contemporanei, le strutture sanitarie rappresentano un ambito peculiare e al tempo stesso paradigmatico. Le rivoluzioni

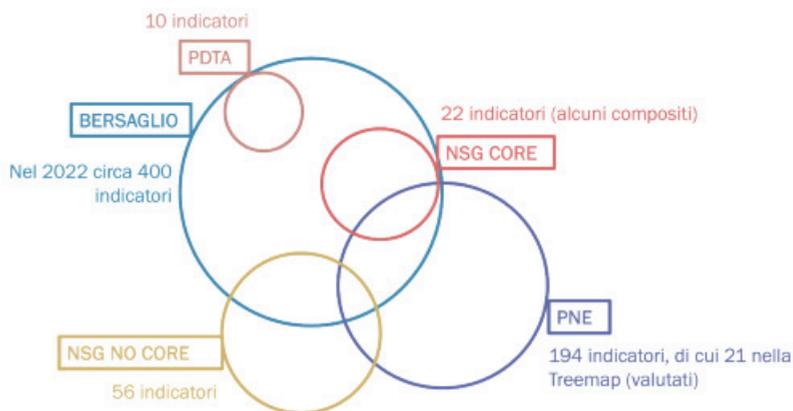
organizzative, intese come processi di ristrutturazione, innovazione e ripensamento delle logiche gestionali e operative, investono trasversalmente tutte le realtà aziendali, senza eccezione per quelle attive nell'ambito della sanità pubblica e privata. Ogni organizzazione, infatti, sviluppa e adotta una propria architettura strutturale e procedurale per far fronte alle sfide poste da un contesto in costante mutamento, caratterizzato da dinamiche complesse, crescente domanda di qualità e pressioni sull'uso delle risorse disponibili. Le performance dei sistemi sanitari regionali e delle aziende sanitarie sono analizzate in relazione alla loro efficacia nel promuovere il benessere della popolazione e nel tutelare la sicurezza sanitaria. Tale valutazione contempla, altresì, la capacità di tradurre le strategie pianificate in risultati tangibili, di assicurare standard elevati di qualità nell'erogazione delle cure, e di perseguire tali finalità attraverso un impiego appropriato, equo ed efficiente delle risorse disponibili. Le performance dei sistemi sanitari regionali e delle singole Aziende sanitarie che li compongono devono pertanto essere analizzate attraverso un approccio multidimensionale, che tenga conto non solo dei risultati sanitari ottenuti, ma anche della qualità dei processi, dell'equità nell'accesso ai servizi, della sostenibilità delle azioni intraprese e della trasparenza nella gestione delle risorse pubbliche. In tal senso, la valutazione della performance si configura come uno strumento essenziale di governo, di supporto alla programmazione e di responsabilizzazione degli attori coinvolti, promuovendo logiche di apprendimento organizzativo e miglioramento continuo.

Nel 2001, con il decreto n. 7425 del 18 dicembre, la Regione Toscana ha assegnato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna il compito di elaborare un progetto con l'obiettivo di definire un sistema strutturato per la valutazione e la valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane. In tale contesto ha preso forma il Laboratorio Management e Sanità (MeS), istituito presso la medesima Scuola, il quale ha ideato e successivamente implementato un articolato Sistema di Valutazione della Performance, oggi adottato in modo sistematico da tutte le aziende sanitarie toscane: "il Sistema Bersaglio". Questo strumento fornisce una rappresentazione organica e integrata dell'andamento gestionale delle aziende, permettendo di misurare i livelli di performance raggiunti e di riconoscere, in un'ottica di miglioramento continuo, i risultati conseguiti in termini di efficienza, efficacia e qualità dei servizi erogati.

Le dimensioni valutative che costituiscono l'ossatura del sistema si articolano in una pluralità di ambiti fondamentali, ciascuno volto a cogliere aspetti distintivi e integrati della performance sanitaria. Le dimensioni in analisi comprendono:

- i livelli di salute della popolazione, quale espressione dell'efficacia complessiva delle politiche sanitarie;
- le attività di prevenzione collettiva, con riferimento alla capacità del sistema di intervenire proattivamente sul rischio sanitario;
- la gestione dell'emergenza–urgenza, in termini di prontezza, adeguatezza e continuità assistenziale;
- l'assistenza farmaceutica, valutata per appropriatezza prescrittiva, accessibilità e sostenibilità;
- l'allineamento agli indirizzi strategici del sistema sanitario regionale, come indice di coerenza tra governance centrale e operatività aziendale;
- l'assistenza socio–sanitaria, analizzata in relazione alla qualità, appropriatezza, efficienza e capacità di governo della domanda e di risposta dei servizi, nelle diverse articolazioni ospedaliere, territoriali e di prevenzione;
- la soddisfazione e la centralità dell'utenza, nonché il benessere e la valorizzazione del personale sanitario;
- i processi comunicativi e organizzativi, che riflettono la trasparenza, l'efficacia gestionale e l'innovazione nei flussi informativi;
- l'efficienza operativa e la solidità della performance economico–finanziaria, intesa come attitudine dell'azienda a garantire simultaneamente le tre forme di equilibrio: economico–reddituale, finanziario e patrimoniale.

Nel 2023, anno caratterizzato da un consolidamento strutturale del sistema di valutazione della performance sanitaria in Toscana, l'attenzione si è concentrata principalmente sul rafforzamento della coerenza e della solidità degli indicatori già in uso. L'introduzione di nuovi indicatori è avvenuta in modo selettivo, riservata a quelli considerati strategicamente imprescindibili. Tra questi si annoverano il monitoraggio delle risorse e dei progetti correlati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), gli indicatori del framework NSG CORE, nonché nuovi indicatori nell'ambito materno–infantile, resi necessari dalla conclusione della precedente rilevazione.



**Figura 3.1.** Relazione tra sistema bersaglio e gli altri indicatori. FONTE: MeS (2025).

Ulteriori sviluppi hanno preso in esame l’espansione dell’area dedicata alla valutazione dei dispositivi medici e il potenziamento degli indicatori legati ai *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) in ambito di ricovero ospedaliero ordinario. È stato inoltre integrato un nuovo set di indicatori derivanti dall’indagine svolta nel 2023 dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) sulla diffusione e sull’applicazione del modello dell’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC). Tale indagine ha fornito evidenze puntuali sugli effetti del modello in termini di qualità assistenziale e di ottimizzazione dell’impiego delle risorse. Le dimensioni di valutazione sono state riorganizzate in chiave tematica per evidenziare i principali assi strategici dell’anno in esame. La nuova articolazione si sviluppa secondo sei ambiti fondamentali:

1. Assistenza sanitaria: Indicatori volti a valutare l’adeguatezza, l’accessibilità e la tempestività delle cure erogate, con l’obiettivo di migliorare gli esiti di salute della popolazione.
2. Percorsi di cura: Aspetti legati alla continuità assistenziale e all’integrazione tra i diversi livelli di servizio, finalizzati a ottimizzare i percorsi clinico-assistenziali e ridurre le frammentazioni.

3. Qualità e sicurezza delle cure: Area centrale per il monitoraggio dell'efficacia clinica e della gestione del rischio, con lo scopo di ridurre gli eventi avversi e rafforzare la fiducia degli utenti nel sistema.
4. Responsabilità ed esperienza degli utenti: Indicatori che misurano la capacità del sistema sanitario di rispondere in modo efficace e centrato ai bisogni dei cittadini, favorendo l'aderenza terapeutica e il coinvolgimento attivo del paziente.
5. Sfide post-pandemiche: Dimensione volta ad analizzare le conseguenze a lungo termine dell'emergenza COVID-19, promuovendo l'adattamento dei servizi a nuove esigenze sanitarie e l'innovazione organizzativa.
6. Efficienza: Ambito strategico per la valutazione dell'uso appropriato delle risorse, con l'obiettivo di contenere gli sprechi e massimizzare l'impatto della spesa pubblica sulla salute collettiva.

Per facilitare la consultazione del report e l'analisi visiva delle performance, gli indicatori sono stati organizzati graficamente secondo una rappresentazione a “spicchi”, ognuno dei quali corrisponde a una delle sei dimensioni sopra delineate. Questa modalità rappresentativa consente una lettura sinottica e immediata delle performance sanitarie regionali, agevolando l'identificazione di punti di forza e aree di miglioramento.



**Figura 3.2.** “Le dimensioni del bersaglio”. FONTE: MeS (2025).

I risultati derivanti dall'analisi degli indicatori vengono rappresentati graficamente attraverso il cosiddetto "bersaglio", una raffigurazione sintetica, intuitiva e colorata che consente una visualizzazione immediata del posizionamento della Regione o dell'Azienda sanitaria rispetto ai benchmark prefissati. L'analisi genera un confronto articolato su due fattori: quello interregionale e quello infra-aziendale, così da creare una rete relazionale che possa far emergere dal confronto un obiettivo proficuo ed un valore strategico. Il valore strategico risultante dal confronto tra le esperienze regionali e nazionali aderisce a due distinti strumenti di valutazione comparativa per l'assistenza erogata. Da un lato, il sopracitato *Sistema* di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, sviluppato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; dall'altro, il Programma Nazionale Esiti (PNE), promosso dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), che fornisce un'analisi basata su indicatori di esito clinico e di appropriatezza. Tale duplice adesione riflette l'impegno nel promuovere una cultura della valutazione fondata su criteri di trasparenza, responsabilità e equità, allo scopo di accrescere l'efficacia, l'efficienza e la qualità dell'intero sistema sanitario regionale. Nella visualizzazione grafica, ciascun indicatore è rappresentato mediante un sistema di puntini: il colore evidenzia il valore dell'entità selezionata (Regione, Azienda territoriale o struttura ospedaliera), mentre i segnaposto in grigio chiaro identificano i corrispettivi valori riferiti al restante universo di osservazione, rendendo immediatamente intellegibile la posizione relativa dell'unità analizzata all'interno del sistema comparativo di riferimento. Questo approccio consente non solo una maggiore trasparenza nella lettura delle scelte strategiche e dei risultati gestionali, ma favorisce anche l'individuazione di modelli organizzativi virtuosi e la diffusione di buone pratiche, in un'ottica di apprendimento istituzionale e miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari.

Il progetto "Bersaglio" è stato strutturato affinché si possa reperire visivamente il risultato ottenuto, sia esso positivo che negativo. Infatti, per offrire una rappresentazione sintetica ed eloquente della performance aziendale, si è adottato il modello grafico del cosiddetto "bersaglio", articolato in cinque fasce concentriche, ciascuna corrispondente a un distinto livello valutativo. In tale schema, l'azienda che consegue risultati



- Fascia rossa: collocata alla periferia estrema del bersaglio, rappresenta il livello più basso di performance, ovvero inferiore a 1, e denota una condizione di seria inefficacia gestionale.

Il sistema di valutazione della performance sanitaria si avvale di un articolato insieme di oltre settecento indicatori, che permette di realizzare un lavoro di analisi approfondito e multidimensionale per realizzare un confronto tra le strutture regionali cercando di coglierne la crescita o la decrescita. Questa imponente architettura valutativa si configura come uno strumento essenziale per il monitoraggio continuo della performance, orientato alla promozione dell'eccellenza, alla riduzione delle disuguaglianze e al rafforzamento della responsabilità istituzionale nel garantire il diritto alla salute.

Il profilo costituisce una recente innovazione metodologica introdotta nell'ambito del sistema Bersaglio per la valutazione della performance, concepita con l'obiettivo di restituire una rappresentazione sintetica e comparativa delle scelte organizzative e gestionali adottate dai sistemi sanitari, sia a livello regionale che aziendale. Tale strumento consente una lettura distinta tra le Aziende sanitarie territoriali e le strutture a carattere ospedaliero, quali Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliero–Universitarie (AOU) e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

All'interno di ciascun profilo vengono rappresentati indicatori di natura eterogenea, in grado di cogliere le peculiarità strutturali e funzionali delle realtà osservate. Tra questi si annoverano variabili demografiche e relative allo stato di salute della popolazione di riferimento, indicatori di produzione sanitaria (come ad esempio i flussi di ricovero in mobilità attiva, dati riferiti alle risorse umane, quali il rapporto tra medici e residenti o il numero di professionisti per posto letto a livello aziendale), nonché indicatori economici e di indirizzo strategico–organizzativo, quali la spesa farmaceutica convenzionata o l'intensità dei processi di esternalizzazione dei servizi.

Il progetto di analisi include altresì una sezione dedicata alla dimensione organizzativa e territoriale delle Regioni e delle Aziende, utile a contestualizzare in modo proporzionato le grandezze osservate per poter garantire una lettura dei dati che sia puntuale e critica.

A partire dal 2017, per implementare il sistema di valutazione della performance sanitaria il sistema si è arricchito di una nuova modalità rappresentativa, affiancando alla consolidata visualizzazione a “bersaglio” l’impiego dei cosiddetti *pentagrammi*. Questa innovazione grafico-analitica è stata introdotta con l’intento di offrire una lettura integrata e dinamica dell’efficacia nella presa in carico dei percorsi assistenziali, superando la mera analisi per singoli indicatori e restituendo una visione più sistemica del funzionamento dei servizi sanitari. I pentagrammi, strutture poligonali a cinque assi, sintetizzano il grado di coerenza e continuità dei processi assistenziali lungo l’intero percorso del paziente, permettendo di evidenziare, in maniera immediata, aree di forza e di criticità. Il pentagramma è lo strumento che riassume l’idea di percorsi integrati e non isolati. Ogni asse del pentagramma rappresenta una dimensione specifica del percorso, e l’ampiezza della figura risultante riflette il livello di integrazione e coordinamento tra le diverse fasi dell’assistenza, dalla prevenzione alla gestione delle cronicità, fino alla riabilitazione e al follow-up. Questa modalità di rappresentazione consente dunque una valutazione trasversale e longitudinale dei servizi, rivelandosi particolarmente utile nell’analisi delle traiettorie di cura per patologie complesse o per bisogni sociosanitari ad alta intensità, favorendo un approccio orientato alla presa in carico complessiva e alla personalizzazione degli interventi.

Tra i percorsi analizzati dal sistema di valutazione della Scuola di Pisa emergono gli ambiti sanitari di interesse oncologico con due percorsi: il primo percorso che analizza la qualità dei servizi erogati in un contesto di tumore alla mammella; mentre il secondo percorso analizza la qualità dei servizi erogati in un contesto di tumore escluso quello alla mammella. L’analisi, così strutturata, permette di compiere scelte strategiche che possano condurre i settori analizzati ad una crescita della qualità dei servizi, anche affrontando la riduzione dei fondi per la sanità pubblica.

### **3.5. Sviluppo di un Sistema di Monitoraggio per la Valutazione delle Aree Periferiche**

Le aree “periferiche” territoriali si configurano come territori caratterizzati da una condizione strutturale di marginalità geografica,

istituzionale e socio-economica. Nonostante ciò, negli ultimi anni, vi è una lotta al progressivo svuotamento territoriale e alla contrazione demografica dei contesti marginali dell'entroterra nazionale che trova fondamento in un insieme coordinato di iniziative volte all'ammodernamento e al potenziamento tanto quantitativo quanto qualitativo dei servizi primari, tra cui l'istruzione, la sanità e i sistemi di collegamento. A queste dinamiche si accompagna la promozione di iniziative progettuali volte alla rigenerazione del tessuto socio-economico, secondo un approccio sistemico che miri a tutelare e valorizzare le risorse sia paesaggistiche, sia ambientali ed al tempo stesso anche culturali che caratterizzano tali territori. La crescente attenzione verso queste realtà territoriali nasce dalla consapevolezza che l'abbandono demografico, la rarefazione dei servizi e la debolezza del tessuto economico locale non rappresentano soltanto criticità che possono rallentare lo sviluppo, ma anche opportunità di intervento per innescare nuovi modelli di percorsi di sostenibilità, inclusione ed integrazione. La strategia di valorizzazione di questi territori si articola attorno a due assi fondamentali di intervento: il primo riguarda il potenziamento dei servizi alla persona con particolare attenzione alle aree della salute, dell'istruzione e della mobilità; il secondo asse, invece, concerne la promozione di dinamiche endogene di sviluppo, attraverso il sostegno all'imprenditorialità locale, alla valorizzazione del patrimonio ambientale e culturale, e all'innovazione sociale e tecnologica adattata al contesto. Questa visione olistica è delineata con precisione dalla Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), elaborata dal Dipartimento per le Politiche di Coesione e per il Mezzogiorno, nonché recepita nei quadri strategici regionali delineati dai Programmi Operativi FESR per il ciclo 2021-2027. Tali documenti pongono l'accento sulla necessità di arginare l'erosione demografica più marcata che ha colpito i comuni periferici e ultra-periferici, che nel decennio 2010-2020 hanno registrato cali rispettivi del 4,7% e del 9,1%. L'invecchiamento strutturale della popolazione residente costituisce ulteriore elemento di vulnerabilità: in questi contesti, gli ultrasessantacinquenni rappresentano oltre un quarto della cittadinanza, superando di gran lunga il numero dei giovani. In questo scenario emerge con forza la necessità di promuovere delle politiche di sviluppo tali da concepire in modo integrato e intersettoriale ogni aspetto del settore

così da gestire la domanda di servizi primari sanitari. Emerge essenziale lo sviluppo di un sistema di monitoraggio per la valutazione delle aree periferiche nel contesto sanitario. Questo rappresenta una sfida complessa ma fondamentale per garantire l'universalità, l'equità e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Le aree periferiche, spesso caratterizzate da risorse limitate e da una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi, richiedono un'attenzione particolare per assicurare che tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro ubicazione geografica, possano beneficiare di cure di qualità. Pertanto, lo sviluppo di un adeguato sistema di monitoraggio offre la possibilità di identificare eventuali disuguaglianze o inefficienze ed intervenire al fine di supportare decisioni politiche mirate e modulabili nel tempo.

Un intervento importante, per la gestione dello sviluppo del miglioramento della territorialità, è rappresentato dalla funzione dell'audit clinico. La metodologia dell'audit clinico e organizzativo rappresenta uno strumento essenziale all'interno dei moderni sistemi di gestione della qualità in ambito sanitario. Uno dei principi cardine alla base dell'audit è l'integrazione dei dati sia qualitativi sia quantitativi. Questa combinazione permette di cogliere non solo le dinamiche strutturali, ma anche le dimensioni immateriali che definiscono la vitalità territoriale (OECD, 2019). L'audit rappresenta un processo strutturato e sistematico di analisi critica delle pratiche assistenziali ed è finalizzato a garantire che l'assistenza erogata sia in linea con disponibili gli standard di riferimento, ottimizzando così gli esiti di salute per i pazienti. Questo processo implica la raccolta e l'analisi di dati clinici e organizzativi, confrontandoli con criteri espliciti e condivisi, derivati da linee guida, protocolli o indicatori di performance consolidati. Gli obiettivi principali di tale approccio sono molteplici: assicurare che ogni paziente riceva cure appropriate e basate sull'evidenza, promuovere l'equità nell'accesso e nella qualità dei trattamenti, favorire la sostenibilità dei servizi sanitari attraverso una gestione efficiente delle risorse, e ridurre i rischi associati all'erogazione delle cure, tutelando non solo i pazienti, ma anche i caregiver e gli operatori sanitari. L'audit, inoltre, non si limita a una funzione valutativa, ma si configura come un vero e proprio motore di cambiamento culturale e organizzativo, in grado di stimolare la responsabilizzazione dei professionisti e la costruzione di un clima

collaborativo orientato alla qualità e alla sicurezza delle cure. Il sistema di audit risulta essere uno strumento di controllo e di sorveglianza nelle aree marginali per un'attenta analisi delle condizioni specifiche che caratterizzano tali contesti. Tra i fattori determinanti vi sono la distribuzione spaziale della popolazione, l'accessibilità fisica alle strutture sanitarie, la composizione socioeconomica e demografica dei residenti, nonché il livello di sviluppo delle reti infrastrutturali, comprese quelle tecnologiche. È fondamentale che l'architettura del sistema sia modellata sulla base delle peculiarità territoriali, al fine di evitare soluzioni standardizzate che rischiano di rivelarsi inefficaci o non sostenibili. Un elemento cruciale per il successo dell'intervento è il coinvolgimento attivo e consapevole di tutti gli attori presenti sul territorio: cittadini, operatori sanitari, enti locali e istituzioni regionali devono essere partecipi nella fase di ideazione, co-progettazione e implementazione delle strategie di monitoraggio. Tale approccio partecipativo non solo favorisce una maggiore aderenza delle soluzioni ai bisogni reali delle comunità, ma contribuisce anche a consolidare la fiducia nel sistema di cura e a promuovere un senso di corresponsabilità nella gestione della salute collettiva. Inoltre, è necessario che queste iniziative si inseriscano in maniera coerente nel quadro delle strategie sanitarie nazionali e regionali, meglio se territoriali. In particolare, l'allineamento con strumenti programmatici come il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che destina risorse significative alla digitalizzazione dei servizi, al potenziamento dell'assistenza domiciliare e alla riforma dell'assistenza territoriale, può rappresentare una leva fondamentale per amplificare l'impatto delle azioni intraprese nella sanità verso non solo i centri ma anche verso le periferie cittadine. L'integrazione con tali direttrici strategiche consente infatti di massimizzare le sinergie operative, garantire continuità istituzionale e ottimizzare l'impiego delle risorse, riducendo frammentazioni e duplicazioni di intervento.

Il consolidamento strutturale e funzionale dell'assistenza territoriale potrà dirsi effettivo e sostenibile nel lungo periodo solo a condizione che venga accompagnato da un'estesa diffusione, su scala nazionale, di politiche orientate alla costruzione e al rafforzamento del tessuto comunitario. Tali strategie di pianificazione strutturale comunitaria non devono essere concepite come meri strumenti accessori, bensì come

componenti centrali di una nuova visione di governance territoriale della salute, capace di valorizzare il ruolo attivo delle comunità locali nella cura e nella promozione del benessere collettivo. In questo contesto centro-periferico, appare imprescindibile focalizzare l'attenzione sulla cultura della circolarità, concetto sempre più rilevante anche nel campo delle politiche sanitarie. La circolarità non si limita alla gestione sostenibile delle risorse naturali, ma implica una visione sistemica dei processi, fondata sull'interconnessione, sulla reciprocità e sulla rigenerazione continua dei legami tra individui, istituzioni e territori. Applicata al settore sociosanitario, questa prospettiva si traduce nella promozione di reti collaborative, nella condivisione di competenze e responsabilità tra professionisti, cittadini e attori istituzionali, nonché nella valorizzazione delle risorse endogene di ciascun contesto territoriale. La cura, intesa in un'accezione ampia e multidimensionale, non si esaurisce nell'intervento clinico o nella mera erogazione di prestazioni sanitarie, ma assume la forma di un processo relazionale, radicato nei contesti sociali e culturali in cui si manifesta. Essa si configura come parte integrante di un modello che trascende la visione lineare e prestazionale dell'assistenza, orientandosi verso un approccio sistemico, centrato sull'integrazione tra professionisti, servizi e cittadini, e fondato su principi di partecipazione, corresponsabilità e prossimità. In tale prospettiva, la salute non viene più concepita esclusivamente come assenza di malattia, ma come risultato dinamico dell'interazione tra fattori individuali, ambientali e comunitari. Parallelamente, l'adozione di politiche ispirate alla logica della circolarità, intesa come riutilizzo di risorse, riduzione degli sprechi e valorizzazione dei saperi locali, può rappresentare una leva strategica per il rafforzamento della resilienza territoriale. Quest'ultima dimensione va intesa come la capacità collettiva e sistemica di una comunità di anticipare, assorbire, adattarsi e trasformarsi di fronte a shock di natura sanitaria, economica o ambientale. Tale resilienza, oltre a costituire una difesa contro l'imprevedibilità, rappresenta un motore di apprendimento collettivo, innovazione sociale e rafforzamento del tessuto comunitario. In questo scenario, la salute non può più essere considerata esclusivamente come assenza di malattia, ma si configura come il risultato dinamico di un equilibrio sostenibile tra benessere individuale, coesione sociale e qualità dell'ambiente.

Questa prospettiva implica un ripensamento strutturale delle politiche pubbliche, che devono superare le tradizionali compartimentazioni settoriali per adottare un approccio trasversale volto all'integrazione e alla relazione, capace di incidere sulle determinanti sociali, culturali e sostenibili della salute. In particolare, nelle aree periferiche o a elevata vulnerabilità, tale visione impone l'urgenza di modelli organizzativi inclusivi, adattabili e territorialmente radicati, che valorizzino le risorse locali e promuovano la partecipazione attiva delle comunità. Solo attraverso una governance sanitaria orientata alla sostenibilità, alla giustizia sociale e alla responsabilizzazione collettiva sarà possibile costruire sistemi resilienti, in grado non solo di resistere alle crisi, ma di trarne insegnamenti per progettare un futuro più equo, integrato e centrato sulla salute come bene comune. In questo senso, la resilienza diventa non solo un obiettivo, ma una chiave interpretativa e operativa per guidare la trasformazione dei sistemi sanitari e sociali nel lungo periodo.



## CAPITOLO IV

### **UN'INDAGINE EMPIRICA: LA PERFORMANCE DELLA RETE ONCOLOGICA CAMPANA (ROC) NELLE AREE PERIFERICHE**

**A CURA DI FRANCESCO SCHIAVONE, GIORGIA RIVIECCIO, VINCENZO VERDOLIVA,  
ANNA BASTONE, ANNA PIA DI IORIO, ANDREA PONE, LORENZO LATELLA**

#### **4.1. Progetto di ricerca “CARE–CAMP” (Cancer Care Performance Evaluation in Campania Peripheral areas)**

I dati epidemiologici forniti da AIOM (Associazione italiana di oncologia medica) e AIRTUM (Associazione italiana dei registri tumori), in Campania, evidenziano un'elevata incidenza annuale delle neoplasie maligne. Ciò si traduce in un profondo impatto sul tasso di mortalità, nonché sulla sopravvivenza, sulla qualità della vita dei pazienti e sulla prognosi a lungo termine.

Pertanto, l'analisi dell'offerta oncologica campana pone enfasi sulla necessità di realizzare un processo di coordinamento tra tutti gli attori coinvolti nell'ecosistema sanitario affinché si garantisca un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione, ottimizzando la qualità delle cure erogate.

Emergono, inoltre, una serie di problemi strutturali e di ritardi che impediscono di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di Salute. In particolare, si registrano:

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 ed elevato tasso di migrazione sanitaria;
3. Enorme frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

In risposta a tali criticità, è stata istituita nel 2016 la Rete Oncologica Campana (ROC) orientata «ad assicurare la multidisciplinarietà dell'atto di presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale, garantendo percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali capaci di continuità assistenziale e interventi adeguati e tempestivi, riducendo le liste d'attesa e secondo le corrette sequenzialità». La presenza di molteplici attori caratterizzati da bisogni eterogenei ha messo in luce la necessità di sviluppare un modello di misurazione delle performance della ROC al fine di garantire il giusto equilibrio tra qualità e contenimento dei costi. In questo ambito, si colloca anche il progetto di ricerca "Val.Pe.ROC" (Valutazione del percorso della Rete Oncologica Campana), sviluppato dal 2020 dal nostro laboratorio di ricerca VIMASS (Università degli Studi di Napoli Parthenope) in collaborazione con l'IRCCS Istituto Tumori Fondazione G. Pascale. Il modello Val.Pe.ROC offre una rappresentazione dell'andamento dell'erogazione dei servizi oncologici in Campania mediante la costruzione di un cruscotto multidimensionale di indicatori (KPIs).

Tuttavia, un aspetto ancora poco esplorato riguarda la misurazione delle performance nelle aree periferiche e scarsamente popolate, caratterizzate da limitata accessibilità ai servizi e da significative disparità nell'erogazione delle cure.

Pertanto, il progetto "CARE-CAMP" (*Cancer Care Performance Evaluation in Campania Peripheral areas*) nasce con lo scopo di proporre un modello teorico-operativo di valutazione delle performance della Rete Oncologica Campana (ROC) nelle succitate aree, intese come «quella parte maggioritaria del territorio italiano caratterizzata dalla significativa distanza dai centri di offerta di servizi essenziali», che costituiscono il 44,8% del totale nazionale (ISTAT, 2020) e nelle quali si registra, inoltre, un elevato tasso di migrazione sanitaria passiva.

Il presente progetto, dunque, attraverso un approccio multidimensionale basato sull'analisi di indicatori clinici ed economici, si propone di fornire un quadro dettagliato del funzionamento della ROC nelle province di Avellino e Benevento e nei distretti periferici di Salerno, evidenziando le criticità e le prospettive di miglioramento.

Inoltre, mediante l'integrazione di strumenti di misurazione come i PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*), sono state delineate

strategie *evidence-based* per l'ottimizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle cure oncologiche.

Il progetto, in particolare, mira a introdurre in Campania una versione adattata del pentagramma sviluppato dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, precedentemente sperimentato e validato nelle aree interne della Regione Toscana (Vainieri *et al.*, 2016; Nuti *et al.*, 2018). Tale modello si è dimostrato efficace nel valutare i servizi sanitari offerti ai pazienti oncologici in quelle specifiche aree, garantendo quindi la possibilità di una valutazione affidabile anche per la realtà campana.

Più nello specifico, in riferimento al percorso oncologico, gli indicatori individuati dal MeS sono legati a cinque fasi fondamentali: 1) Screening, 2) Diagnosi, 3) Trattamento, 4) Follow-up e 5) Fine Vita. Diverse attività di ricerca condotte dal laboratorio hanno evidenziato, inoltre, che nel percorso oncologico è fondamentale riconoscere l'importanza del coinvolgimento attivo del paziente e del suo punto di vista. In tale prospettiva, i pazienti sono considerati come stakeholder chiave nel settore sanitario, e si osserva dunque un crescente interesse a collaborare in partnership per valutare congiuntamente i servizi sanitari e generare valore aggiunto (De Rosis *et al.*, 2021).

Il laboratorio ha inoltre avviato la definizione, condivisione ed implementazione di un sistema di misurazione delle *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) per alcuni percorsi assistenziali di tipo chirurgico e di tipo medico (De Rosis *et al.*, 2021).

Sulla base di questa esperienza, la ricerca condotta in Campania ha avuto come obiettivo centrale lo sviluppo di uno studio pilota sui PREMs relativi all'intero percorso (anziché alla singola patologia) dei pazienti in carico nelle strutture sanitarie afferenti alla ROC, e per l'appunto situate in aree interne e poco popolate della Campania.

Più nel dettaglio, il progetto si è proposto di:

1. Revisionare e adattare il pentagramma per il monitoraggio della qualità dei servizi sanitari erogati e la gestione dei pazienti oncologici delle aree interne di una Regione del SSN;
2. Implementare il suddetto pentagramma per un'indagine sul campo nelle aree interne e poco popolate della Regione Campania;

3. Identificare una serie di linee guida e raccomandazioni per la gestione del paziente oncologico nelle aree analizzate.

Al fine di perseguire gli obiettivi del suddetto progetto, sono stati considerati tutti gli aspetti clinici, economici, di processo e manageriali delle strutture oncologiche di riferimento, raccogliendo dati primari e secondari anonimizzati su un campione di nuovi pazienti presi in carico dalle strutture selezionate su due annualità di rilevazione (giugno 2022 – maggio 2023; giugno 2023 – maggio 2024).

La raccolta dei dati ha garantito il rispetto delle normative in materia di privacy dei dati, i quali sono stati inseriti in piattaforma unicamente dal personale stesso delle strutture sanitarie coinvolte. Pertanto, sia in fase di raccolta sia in fase di analisi del dato, il Gruppo di lavoro ha avuto accesso soltanto ai dati aggregati.

I risultati del progetto hanno permesso di generare vari output preziosi ed innovativi:

1. Nuovi Dati: Raccolta di dati primari relativi ad una realtà industriale (servizi oncologici nelle aree interne e poco popolate della Regione Campania) mai investigata compiutamente fino ad oggi, e costruzione del relativo database.
2. Nuove Conoscenze: Linee guida, procedure e routine organizzative *evidence-based* per un'efficace gestione dei pazienti oncologici e delle risorse ospedaliere e territoriali nelle succitate aree.
3. Innovazione di Processo: Spunti per la riprogettazione del *patient journey*, anche mediante la misurazione dei PREMs, sperimentato dal paziente oncologico nelle stesse aree interne, sulla base dei nuovi dati e delle nuove conoscenze prodotte.
4. Innovazione di Prodotto: Realizzazione di un cruscotto multidimensionale quale innovazione incrementale del pentagramma del MES già noto in letteratura, potenzialmente applicabile in più contesti regionali simili a quello campano (es. altre Regioni meridionali) e digitalizzabile, per il monitoraggio della performance dei servizi e delle strutture oncologiche in quelle aree interne e poco popolate di una regione.

In definitiva, il cruscotto CARE–CAMP, frutto del riadattamento e della rimodulazione del pentagramma MeS, costituisce uno strumento concettuale ed operativo per supportare e potenziare, grazie ai risultati derivanti dall'applicazione dello stesso, il processo decisionale in ambito sanitario, sviluppato su tre livelli:

1. Clinico, nel caso in cui la decisione sarà di pertinenza di primari ospedalieri alla direzione di strutture ospedaliere o territoriali;
2. Aziendale, quando la decisione sarà di pertinenza di Direttori Generali o Direttori Sanitari;
3. Istituzionale, laddove la decisione sarà di pertinenza di policy–maker regionali o locali e di ulteriori attori operanti in altre istituzioni pubbliche o private.

Tra l'altro, la raccolta dei PREMs ha offerto la possibilità di valutare il livello di soddisfazione e coinvolgimento dei pazienti nel percorso di cura, contribuendo a migliorare la qualità complessiva dei servizi offerti.

Infatti, il cruscotto CARE–CAMP, a livello di Sistema Sanitario Regionale (SSR), 1) offre alle strutture coinvolte uno strumento efficace per misurare e rappresentare il livello e la soddisfazione del servizio sanitario erogato; 2) garantisce il pieno rispetto delle linee guida previste dai PDTA definiti centralmente dalla ROC; 3) accresce la “cultura della valutazione” e le competenze manageriali dei decisori sanitari regionali nell'analisi e nell'interpretazione dei dati di performance; 4) promuove l'individuazione e la diffusione di best practice all'interno del SSR; 5) contribuisce a uniformare l'erogazione dei servizi sanitari oncologici sul territorio campano.

Pertanto, i risultati ottenuti riescono a soddisfare una triplice esigenza del SSR campano: 1) valutare la percentuale di terapie di prossimità erogate sul territorio, 2) misurare la percentuale di pazienti oncologici che sceglie di fruire del servizio erogato dalle strutture localizzate nelle aree urbane e 3) valutare il tasso di migrazione sanitaria passiva.

Tuttavia, l'impatto del cruscotto di CARE–CAMP non è necessariamente limitato al SSR campano, in quanto la sua implementazione potrà essere facilmente replicabile anche in aree interne di altre Regioni

meridionali, contribuendo a mitigare alcune delle criticità che caratterizzano i servizi oncologici erogati in tali zone. Tra i motivi che rendono fattibile replicare il modello, si riscontrano senz'altro 1) il rigore del metodo scientifico con cui i KPI sono stati progettati e selezionati e 2) la costruzione di strumenti di rilevazione, di raccolta e analisi dei dati di facile utilizzo e a basso costo.

## 4.2. Metodologia

Al fine di cogliere la variazione delle performance economiche e cliniche delle strutture sanitarie localizzate nelle aree periferiche della Regione Campania è stato condotto uno studio longitudinale (Nilsson *et al.*, 2017). In particolare, l'analisi è stata sviluppata su cinque livelli principali:

1. Misurazione delle performance della ROC (strutture centrali e periferiche) su due annualità di rilevazione (giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024) al fine di evidenziare l'evoluzione temporale dei KPI, grazie all'esperienza maturata nell'ambito del progetto Val.Pe.ROC.
2. Misurazione della performance di tre principali strutture periferiche: l'obiettivo è quello di valutare il percorso dei pazienti presi in carico in strutture periferiche su due annualità di rilevazione (giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024) al fine di evidenziare l'evoluzione temporale dei KPI per le aree periferiche.
3. Analisi delle terapie di prossimità: 1) per le ASL di Benevento e ASL di Avellino l'analisi è basata su dati primari, ed è stato previsto un focus anche nell'analisi PNE; 2) per l'ASL di Salerno non è stato possibile raccogliere dati primari poiché non disponibili; pertanto, l'analisi è stata condotta esclusivamente tramite indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE).
4. Analisi dati PNE 2023 relativi alle strutture periferiche selezionate, al fine di integrare i KPI del pentagramma MeS costruito su database amministrativi.
5. Raccolta e analisi PREMs per i pazienti presi in carico da strutture localizzate in aree periferiche.

Inoltre, è stato utilizzato “Cognito Forms”, una piattaforma online per creare moduli personalizzati al fine di raccogliere dati in maniera semplice ed efficiente. Nello specifico, essa permette di:

1. Creare moduli di diverso tipo (testo, numeri, scelta multipla, date, ecc.) e personalizzarne l'aspetto e il layout.
2. Creare workflow automatici per processare i dati ricevuti, ad esempio inviando e-mail di conferma o aggiornando il database.
3. Accedere a funzionalità di sicurezza per proteggere dati sensibili, inclusi la crittografia e la conformità a regolamenti quali il GDPR.
4. Definire regole “logiche” per personalizzare la *user experience*, quali mostrare o nascondere specifici campi sulla base delle risposte fornite o eseguire calcoli automatici all'interno del modulo.

Nel nostro caso, sono stati sviluppati due principali strumenti per la raccolta dati: 1) un modulo di Data Collection, che ha reso possibile mappare il Percorso Diagnostico–Terapeutico Assistenziale del paziente; 2) un Questionario di Soddisfazione, utilizzato per raccogliere i PREMs; (3) un Questionario per i Manager GOM, finalizzato a valutare l'eterogeneità e il coinvolgimento di professionisti.

Al fine di sviluppare il progetto CARE–CAMP, sono state coinvolte tre principali strutture periferiche afferenti alla Rete Oncologica Campana: 1) A.O Moscati di Avellino, 2) A.O Rummo San Pio di Benevento e 3) Villa Julie di Avellino. Inoltre, sono stati selezionati sei Percorsi Diagnostici–Terapeutici–Assistenziali (PDTA): 1) colon, 2) polmone, 3) ovaio, 4) prostata, 5) vescica e 6) mammella.

Per quel che concerne, invece, i distretti di Salerno, corrispondenti a: Distretto sanitario 68, Giffoni Valle Piana; Distretto sanitario 69, Capaccio/Rocccaspide; Distretto sanitario 70, Vallo della Lucania/Agropoli; Distretto sanitario 71, Sapri; Distretto sanitario 72, Sala Consilina/Polla, è stata condotta esclusivamente un'analisi dei dati del Programma Nazionale Esiti (PNE), considerando una certa difficoltà nel reperirne altri.

La medesima analisi, per i dati 2023, è stata condotta anche per le strutture di Avellino e Benevento.

A tale proposito, uno degli scopi specifici della ricerca è stato quello di confrontare i dati ed i risultati relativi alle rilevazioni dei periodi giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024, innanzitutto per l'intera Regione Campania, e poi, nello specifico, per le aree interne menzionate. In tal modo, infatti, si è cercato di evidenziarne similitudini e differenze, e di tracciare una traiettoria evolutiva della performance in campo oncologico delle strutture di riferimento.

Dopo aver selezionato le strutture di riferimento, i dati sono stati raccolti attraverso:

- questionari costruiti ad hoc, somministrati ai responsabili dei GOM e ai case manager, nonché ai pazienti per valutarne il livello di soddisfazione;
- database aziendali;
- pubblicazioni scientifiche;
- rapporti di ricerca;
- osservazioni partecipanti.

Sono state, inoltre, utilizzate fonti primarie e secondarie, al fine di ottenere la triangolazione dei dati e fornire maggiore robustezza all'analisi (Yin, 1994). In particolare, per “triangolazione dei dati” si intende l'opportunità di integrare differenti “fonti di dati” (*data sources*) in uno stesso disegno di ricerca, al fine di descrivere una realtà in continuo cambiamento (Denzin, 2009). Nello specifico, i dati primari sono stati raccolti grazie al contributo dei responsabili GOM e dei case manager.

Attraverso i dati raccolti nelle cartelle cliniche, è stata compilata, per ogni paziente, una scheda anagrafica e una scheda di rilevazione, contenenti le variabili che definiscono: 1) la modalità della diagnosi, 2) il percorso in “rete” e 3) il consenso informato. Successivamente, i dati sono stati elaborati mediante tecniche di analisi statistiche descrittive e inferenziali, con lo scopo di analizzare i tempi di erogazione delle cure, nonché i costi derivanti dalle inefficienze (ritardo diagnostico e ripetizione) e dalla migrazione sanitaria passiva, utili a definire possibili scenari di costo e risparmio.

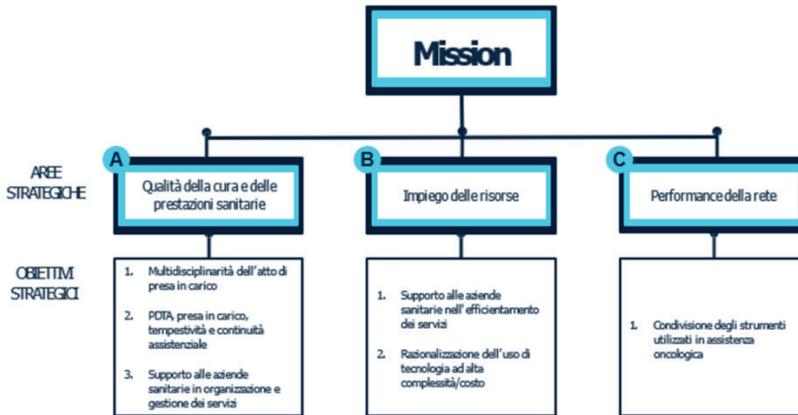
#### 4.2.1. *Albero delle Performance e sviluppo degli indicatori*

Al fine di adattare il pentagramma del MeS, come sopra menzionato, il progetto ha previsto la conduzione di focus group e la somministrazione di questionari ai case manager delle strutture sanitarie delle aree interne e ai responsabili dei GOM. Nello specifico, lo sviluppo del cruscotto di indicatori ha avuto inizio con la costruzione dell'albero delle performance della ROC, che è stato utilizzato per identificare innanzitutto la mission, le aree strategiche e gli obiettivi strategici.

In particolare, 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 e adeguatezza dei servizi sanitari, superando le disomogeneità territoriali e ottenendo la standardizzazione dei servizi;
  3. supportare le aziende sanitarie in organizzazione e gestione dei servizi.
- B. Impiego delle risorse, distinto 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.

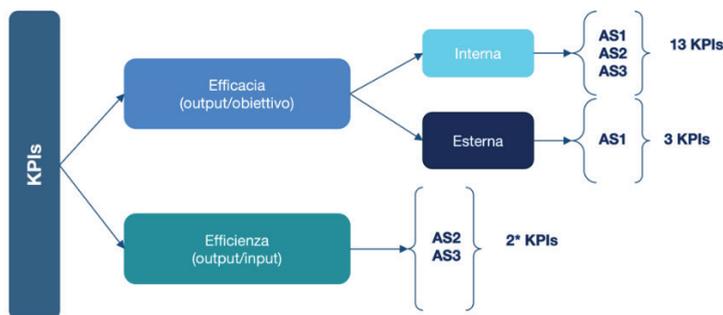
Attraverso un'attenta analisi della letteratura, sono stati elaborati i *Key Performance Indicators* (KPI), i cui risultati complessivi determineranno il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi strategici e, risalendo lungo l'albero delle performance, degli obiettivi complessivi della ROC.



**Figura 4.1.** Albero delle performance per la ROC. FONTE: Elaborazione propria.

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 4.2.** I Key Performance Indicators. FONTE: Elaborazione propria.

Al fine di analizzare gli aspetti organizzativi delle strutture periferiche della ROC, sono stati considerati quali indicatori la gestione qualitativa del processo, come l'accoglienza dei pazienti e i tempi di trattamento, la soddisfazione dei pazienti e le caratteristiche del Gruppo Operativo Multidisciplinare (GOM).

Inoltre, per garantire il principio della collaborazione multidisciplinare all'interno del GOM, è stato essenziale evitare la sovrapposizione delle competenze, un fattore misurato utilizzando un indice di eterogeneità orientato a valutare la distribuzione delle competenze professionali all'interno dell'*Extended team* del GOM.

Un altro elemento dell'analisi è stato incentrato sul grado di coinvolgimento dei professionisti di supporto (nutrizionisti, psico-oncologi, ecc.) nel percorso diagnostico e terapeutico del paziente, valutato su una scala Likert da 1 a 7. Per misurare le prestazioni delle suddette strutture, inoltre, è stata presa in considerazione la soddisfazione dei pazienti, utilizzando un indicatore basato su una scala Likert da 1 a 5. In particolare, sono stati valutati l'accessibilità della ROC, i tempi di attesa, la qualità dell'assistenza medica e le caratteristiche dei servizi complementari (ad esempio, l'attenzione del personale durante gli esami, il rispetto della privacy, ecc.).

Un aspetto importante dell'analisi si manifesta nell'efficienza annuale del carico di lavoro, misurata in relazione al numero di nuovi pazienti oncologici gestiti rispetto alle ore lavorate. Un altro indicatore cruciale valuta la tempestività dell'accoglienza e la continuità delle cure, analizzando la percentuale di pazienti presi in carico e trattati nei tempi previsti dai relativi PDTA per le varie fasi del percorso oncologico: tempo Pre-GOM, tempo GOM1 (dalla prima visita alla decisione terapeutica), tempo GOM2 (dalla decisione terapeutica all'atto terapeutico).

Per valutare la qualità del sistema sanitario regionale (SSR), sono stati elaborati indicatori per misurare, rispettivamente, la qualità del SSR, la qualità del GOM e la qualità della struttura ospedaliera.

L'analisi ha tenuto conto anche dell'adeguatezza degli esami diagnostici al fine di valutarne la corretta selezione per la stadiazione della malattia in base alla localizzazione del tumore. Un altro indicatore importante è il grado di "internalizzazione" degli esami diagnostici, ovvero la

misura in cui gli esami vengono eseguiti internamente alla struttura sanitaria durante la fase GOM.

Infine, il lavoro si è concentrato anche sul ruolo dei medici di base (MMG), e la percentuale di pazienti indirizzati alla ROC dagli stessi.

Gli indicatori economici, inoltre, hanno consentito di misurare l'impatto degli esami diagnostici ripetuti e l'impatto economico degli esami diagnostici inappropriati.

È stato, inoltre, costruito un indicatore composito di performance il cui livello è stato valutato secondo le linee guida del Sistema di misurazione e valutazione della performance (Scuola Normale Superiore, 2014).

**Tabella C.** I livelli di performance. Fonte: <https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione-valutazione/documento/118>.

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

#### 4.2.2. Il campionamento

La numerosità complessiva minima richiesta è stata calcolata utilizzando il seguente schema di campionamento casuale senza ripetizione (Di Napoli *et al.*, 2020):

$$n = \frac{z_{\alpha} * p * (1 - p) * N}{E^2 * (N - 1) + z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}$$

laddove N è la dimensione finita della popolazione;  $z_{\alpha}$  è il livello di misura di confidenza (1,96, corrispondente al quantile della densità normale standard con un intervallo di confidenza del 95%); p

rappresenta la prevalenza del fenomeno oggetto di studio (la misura cautelativa è pari a 0,5 per massimizzare n); ed E costituisce il margine di errore.

Nello specifico, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, sono stati rilevati, a livello regionale complessivo, 6795 nuovi pazienti oncologici per i 6 GOM e le 9 strutture ospedaliere coinvolte.

In particolare, è stata stimata una dimensione campionaria di 552 pazienti. Di questi, 284 pazienti sono stati contattati per interviste telefoniche, per raccogliere informazioni sociodemografiche e sui livelli di soddisfazione. Per le case di cura, invece, considerando il loro ingresso in Rete a settembre 2022, non è stata calcolata una dimensione campionaria specifica. È stato deciso di condurre uno studio pilota selezionando solo determinati GOM interaziendali con l'IRCCS Pascale e includendo tutti i pazienti presi in carico da questi GOM nel periodo di riferimento (che corrisponde, in questo caso, a settembre 2022 – ottobre 2023), analizzando un totale di 124 casi.

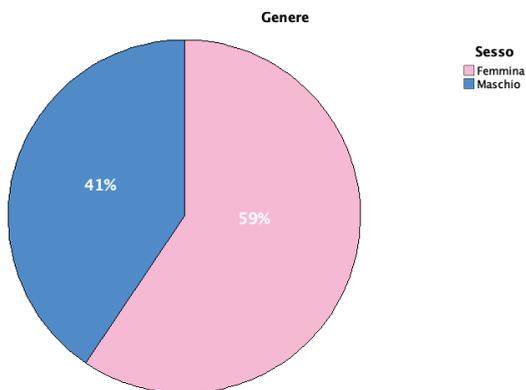
**Tabella D.** Campionamento giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

CENTRO	Ovaio	Polmone	Colon	Prostata	Vescica	Mammella	TOT
I.N.T. PASCALE	10	21	17	13	1	56	118
INT PASCALE- ASL NAPOLI 3 SUD*	0	0	0	4	22	0	26
A.O. MOSCATI	3	14	9	12	12	38	87
A.O.U. RUGGI	1	3	6	10	7	16	45
A.O.U. LUIGI VANVITELLI	1	19	11	9	9	10	59
A.O.U. FEDERICO II	2	0	9	8	4	16	39
A.O. DEI COLLI	0	52	8	5	7	12	84
OSPEDALE DEL MARE	0	5	6	2	1	11	25
A.O. S.ANNA S. SEBASTIANO	4	4	9	1	3	17	37
A.O. RUMMO SAN PIO	0	4	6	5	8	10	33
dimensione campionaria con intervallo al 95% e margine errore 4%	20	123	81	68	73	186	552

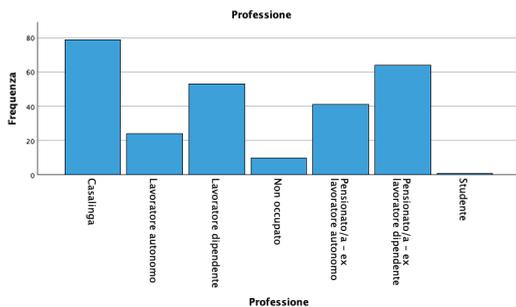
**Tabella E.** Popolazione case di cura (1° settembre 2022 – 31 maggio 2023). FONTE: Elaborazione propria.

CENTRO	OVAIO	COLON	PROSTATA	VESCICA	POLMONE	MAMMELLA	TOT
CLINICA MEDITERRANEA	6						6
SANATRIX	13						13
SANTA LUCIA		18					18
VILLA JULIE		36				51	87
TOTALE	19	54				51	124

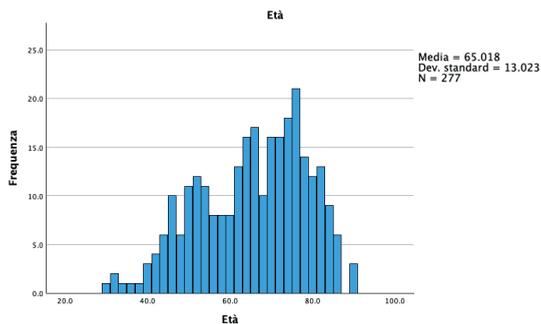
Il campione è composto per il 59% da donne, principalmente casalinghe, con un'età media di 65 anni. Il 34% del campione possiede la licenza media.



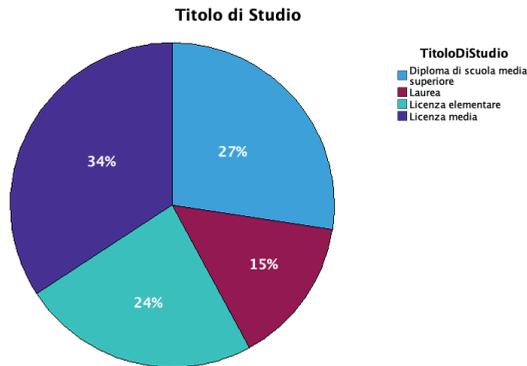
**Figura 4.3.** Genere. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.4.** Professione. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.5.** Età. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.6.** Titolo di studio. FONTE: Elaborazione propria.

Il periodo giugno 2023 – maggio 2024 si caratterizza, invece, per una popolazione pari a 10529 nuovi pazienti oncologici per i 6 GOM e le 10 strutture ospedaliere coinvolte.

Adottando una tecnica di campionamento casuale stratificato per GOM e strutture, è stata individuata una numerosità campionaria appropriata per l'indagine e pari a 502 pazienti.

**Tabella F.** Campionamento giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

CENTRO	Ovaio	Polmone	Colon	Prostata	Vescica	Mammella	TOT
I.N.T. PASCALE	9	14	11	13	1	45	93
INT PASCALE – ASL NAPOLI 3 SUD*	0	0	0	2	13	0	15
A.O. MOSCATI	2	14	6	9	7	29	67
A.O.U. RUGGI	0	4	5	7	7	11	35
A.O.U. LUIGI VANVITELLI	1	13	3	6	5	8	36
A.O.U. FEDERICO II	0	3	6	5	2	15	30
A.O. DEI COLLI	0	31	6	5	5	9	56
OSPEDALE DEL MARE	0	5	5	1	0	10	22
A.O. S.ANNA S. SEBASTIANO	2	10	13	1	4	28	59
A.O. RUMMO SAN PIO	0	2	4	3	4	6	19
S. MARIA DELLE GRAZIE	3	0	13	18	9	27	69
<b>dimensione campionaria con intervallo al 95% e margine errore 4%</b>	<b>18</b>	<b>96</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>57</b>	<b>188</b>	<b>502</b>

Così come nella rilevazione precedente, per le case di cura, non è stata calcolata una dimensione campionaria specifica. È stato deciso di condurre uno studio pilota selezionando solo determinati GOM interaziendali con l'IRCCS Pascale e includendo tutti i pazienti presi in carico da questi GOM nel periodo di riferimento (giugno 2023 – maggio 2024), analizzando un totale di 62 casi.

**Tabella G.** Popolazione case di cura (1° settembre 2022–31 maggio 2023). FONTE: Elaborazione propria.

CENTRO	Ovaio	Colon	Prostata	Vescica	Polmone	Mammella	Tot
CLINICA MEDITERRANEA	7						7
SANATRIX	6						6
SANTA LUCIA		9					9
VILLA JULIE		14				26	40
<b>TOTALE</b>	<b>13</b>	<b>23</b>				<b>26</b>	<b>62</b>

Ricapitolando, 502 nuovi pazienti sono stati estratti casualmente dai case-manager per GOM e struttura, secondo lo schema di campionamento precedentemente delineato; 250 pazienti sono stati contattati tramite interviste telefoniche per la raccolta di informazioni socio-demografiche e dei livelli di soddisfazione, escludendo dall'analisi coloro che hanno rifiutato di compilare il questionario e quelli risultati irreperibili dopo tre tentativi di contatto; infine, 62 presi in carico dalle 4 case di cura coinvolte e per i quali i case manager hanno raccolto le informazioni riferite alle cartelle cliniche tramite scheda ROC digitale da compilare.

Il campione, in questo caso, è composto dal 66% da donne, principalmente casalinghe e coniugate, con età media di poco superiore ai 65 anni. Inoltre, il 36.84% del campione possiede il diploma di scuola media superiore.

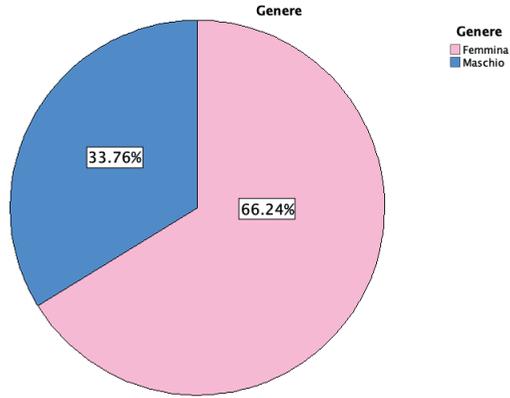


Figura 4.7. Genere. FONTE: Elaborazione propria.

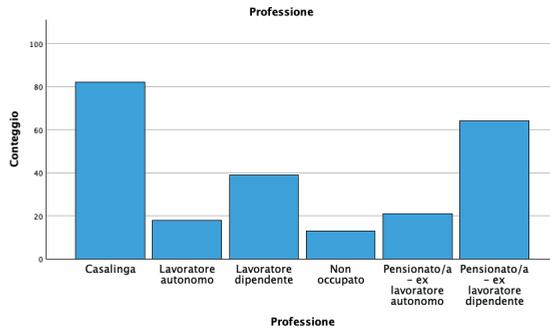


Figura 4.8. Professione. FONTE: Elaborazione propria.

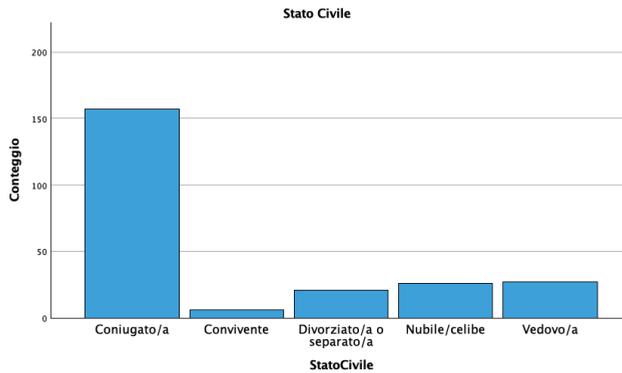


Figura 4.9. Stato civile. FONTE: Elaborazione propria.

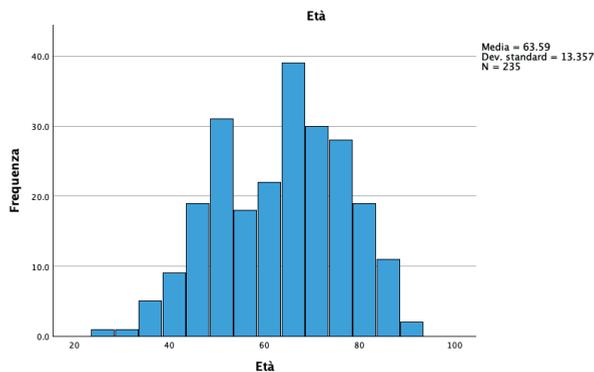


Figura 4.10. Età. FONTE: Elaborazione propria.

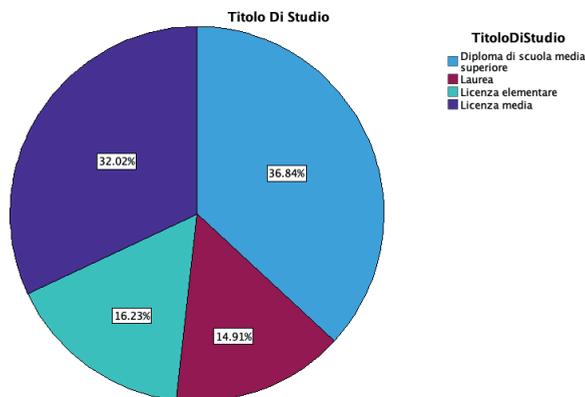


Figura 4.11. Titolo di studio. FONTE: Elaborazione propria.

Per le aree interne, invece, relativamente al periodo giugno 2022 – maggio 2023, disponendo di una popolazione pari a 1566 nuovi pazienti oncologici presi in carico dalle strutture selezionate nel periodo di riferimento, si è proceduto a stimare la dimensione campionaria. Adottando una tecnica di campionamento casuale (intervallo di confidenza al 95%, margine di errore 4%), stratificato per GOM e strutture, è stata individuata una numerosità campionaria appropriata per l'indagine pari a 208 pazienti, così distribuiti:

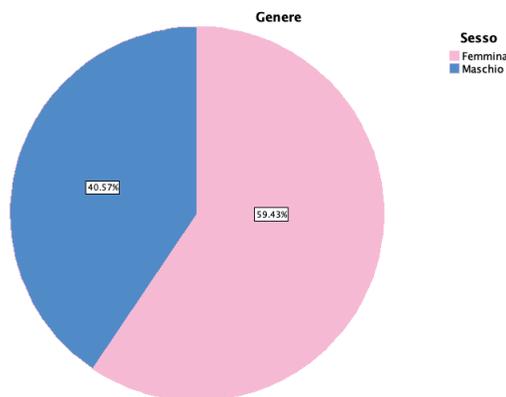
**Tabella H.** Rilevamento Giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

CENTRO	Ovaio	Polmone	Colon	Prostata	Vescica	Mammella	TOT
A.O. MOSCATI	3	14	9	12	12	38	88
A.O. RUMMO SAN PIO	0	4	6	5	8	10	33
VILLA JULIE	0	36	0	0	0	51	87
dimensione campionaria con intervallo al 95% e me 4%	3	54	15	17	20	99	208

È da notare come per la casa di cura accreditata Villa Julie non è stato eseguito un campionamento ma è stata considerata l'intera popolazione presa in carico nel periodo di riferimento. In particolare, solo per il GOM del colon e della mammella è stato possibile reperire i dati, poiché interaziendali con l'IRCCS Pascale.

Per la valutazione del grado di soddisfazione, sono stati invece esclusi coloro che hanno rifiutato di rispondere o che risultassero ir-reperibili dopo tre contatti, per un totale di 29 pazienti.

Il campione relativo al periodo giugno 2022 – maggio 2023 nelle aree interne è costituito da circa il 59% da donne, principalmente casalinghe e coniugate, di età media pari a 65 anni, con licenza media.



**Figura 4.12.** FONTE: Elaborazione propria.

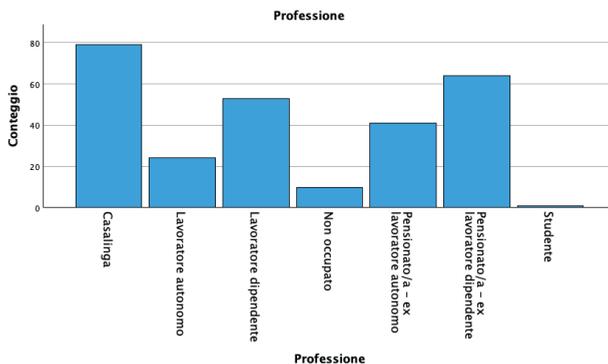


Figura 4.13. FONTE: Elaborazione propria.

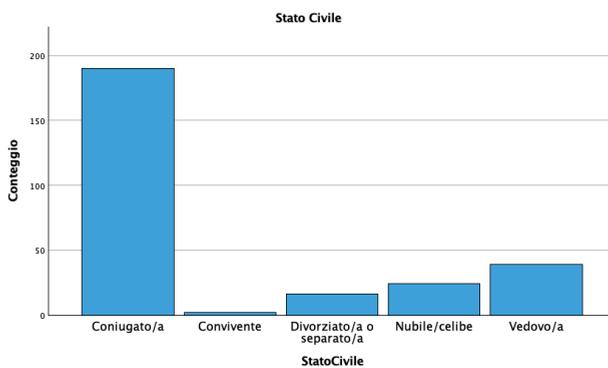


Figura 4.14. FONTE: Elaborazione propria.

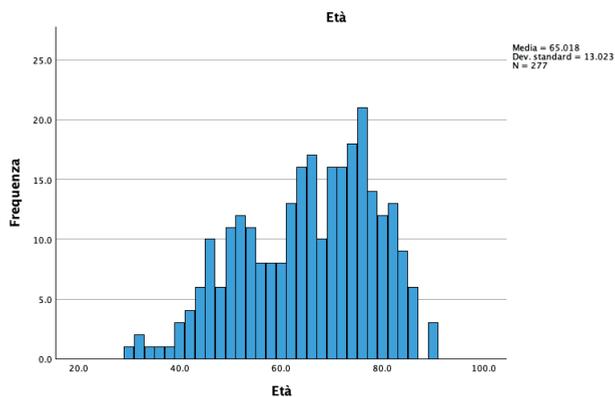
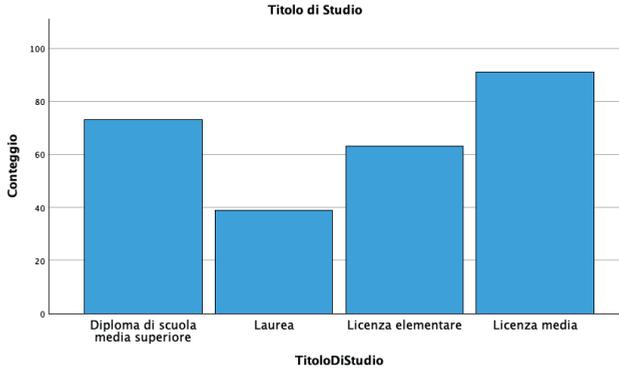


Figura 4.15. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.16.** FONTE: Elaborazione propria.

Viceversa, per quel che concerne il periodo giugno 2023 – maggio 2024, disponendo di una popolazione pari a 1646 nuovi pazienti oncologici presi in carico dalle strutture selezionate situate nelle aree interne, si è proceduto a stimare la dimensione campionaria. Adottando una tecnica di campionamento casuale (intervallo di confidenza al 95%, margine di errore 4%), stratificato per GOM e strutture, è stata individuata una numerosità campionaria appropriata per l'indagine pari a 126 pazienti:

**Tabella I.** Rilevamento giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

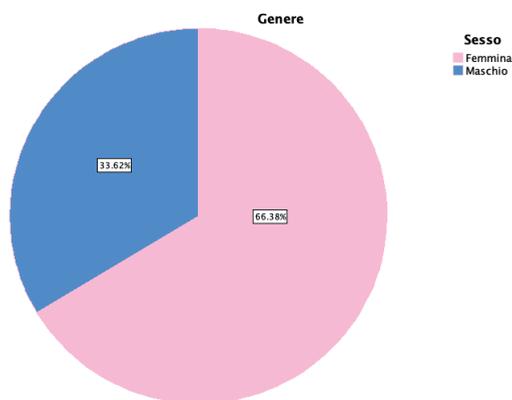
CENTRO	Ovalo	Polmone	Colon	Prostata	Vescica	Mammella	TOT
A.O. MOSCATI	2	14	6	9	7	29	67
A.O. RUMMO SAN PIO	0	2	4	3	4	6	19
VILLA JULIE	0	0	14	0	0	26	40
dimensione campionaria con intervallo al 95% e me 4%	2	18	25	16	14	66	126

Si noti che, anche in questo caso, per la casa di cura Villa Julie non è stato eseguito un campionamento ma è stata considerata l'intera popolazione presa in carico nel periodo di riferimento, e solo per il GOM del colon e della mammella, in quanto interaziendali con l'IRCCS Pascale e, pertanto, con dati reperibili.

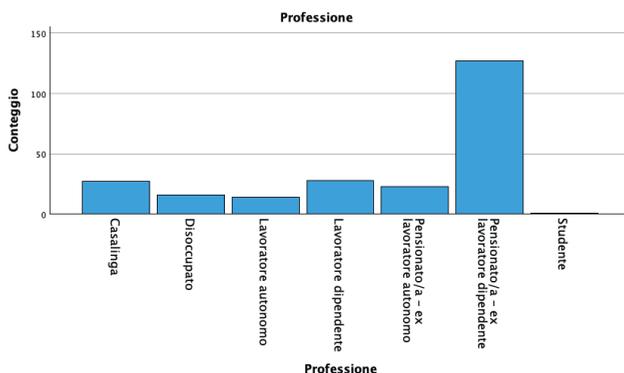
Per la valutazione della soddisfazione dei pazienti, sono stati esclusi coloro che hanno rifiutato di rispondere o che fossero irreperibili dopo

tre contatti. In particolare, sono stati individuati 232 pazienti totali, dei quali 51 hanno espresso la propria opinione tramite interviste telefoniche. La numerosità limitata, dunque, ha reso necessario integrare l'analisi attraverso ulteriori indagini via web; questa seconda raccolta ha consentito di ottenere 182 risposte.

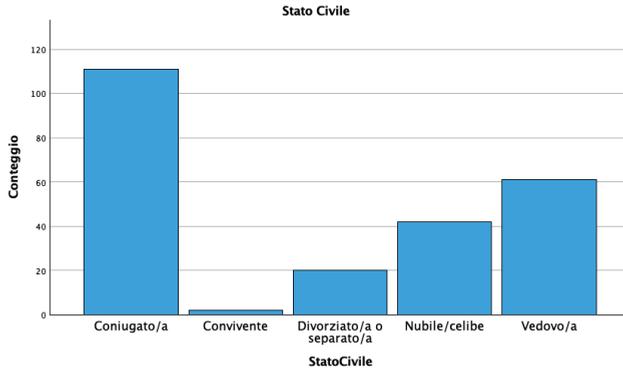
Il campione, nel caso specifico considerato, è composto per circa il 66% da donne, principalmente pensionate (ex lavoratrici dipendenti) e sposate, con un'età media di 68 anni. Inoltre, la maggioranza del campione possiede la licenza media e, immediatamente dopo, il diploma di maturità.



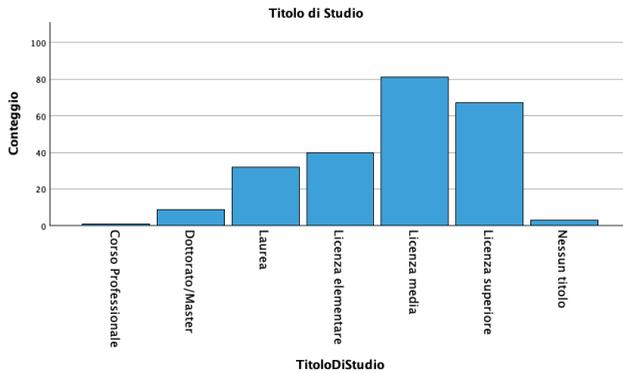
**Figura 4.17.** FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.18.** FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.19.** FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.20.** FONTE: Elaborazione propria.

### 4.3. I principali risultati

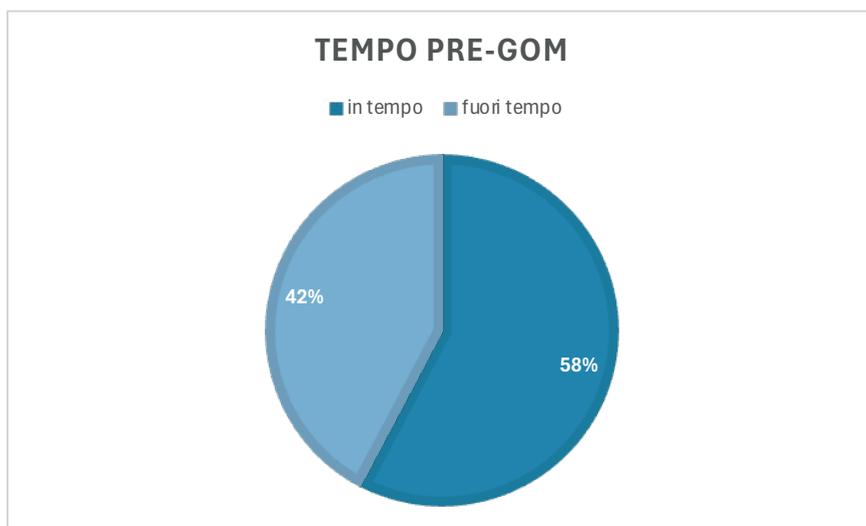
Si osservino adesso i risultati ottenuti. Essi sono valutati sulla base degli opportuni indicatori scelti; è da notare, tuttavia, che il modo con cui questi ultimi verranno elencati è semplicemente progressivo, senza fare riferimento ad alcun ordine prestabilito o tabella.

*1. Percentuale di pazienti nel tempo Pre-GOM prestabilito—Da prima diagnosi a prima 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.

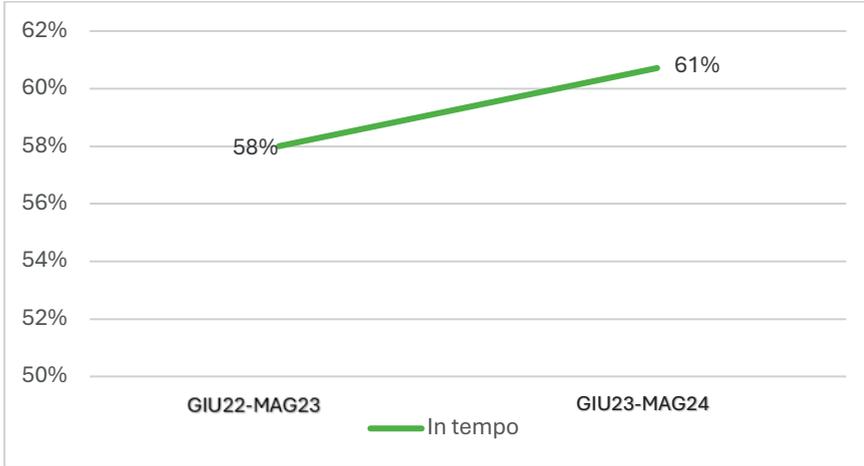
Difatti, tale arco temporale risulta essere particolarmente influente sul tasso di mortalità dei pazienti e per questa ragione, affinché il sistema sanitario regionale Pre-GOM sia caratterizzato da un elevato livello di qualità, è necessario che una percentuale di pazienti superiore all'80% sia sottoposto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

Relativamente alla Regione Campania, nel periodo di rilevazione giugno 2022 – maggio 2023, risulta che per il 58% di pazienti è stata prevista la prima visita GOM entro 60 giorni dalla diagnosi.



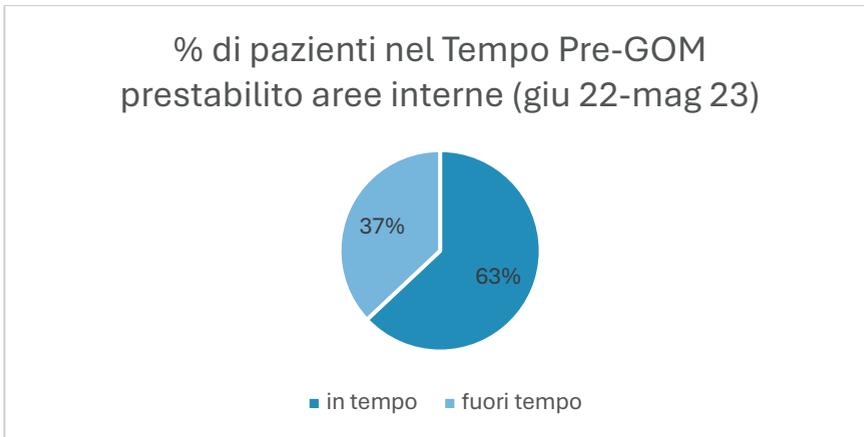
**Figura 4.21.** Tempo Pre-GOM Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023.  
FONTE: Elaborazione propria.

D'altro canto, per la stessa rilevazione nei mesi giugno 2023 – maggio 2024, si rileva una crescita rispetto alla situazione osservata nel periodo precedente, passando dal 58% al 61% di visite in tempo.



**Figura 4.22.** Tempo Pre-GOM Regione Campania giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

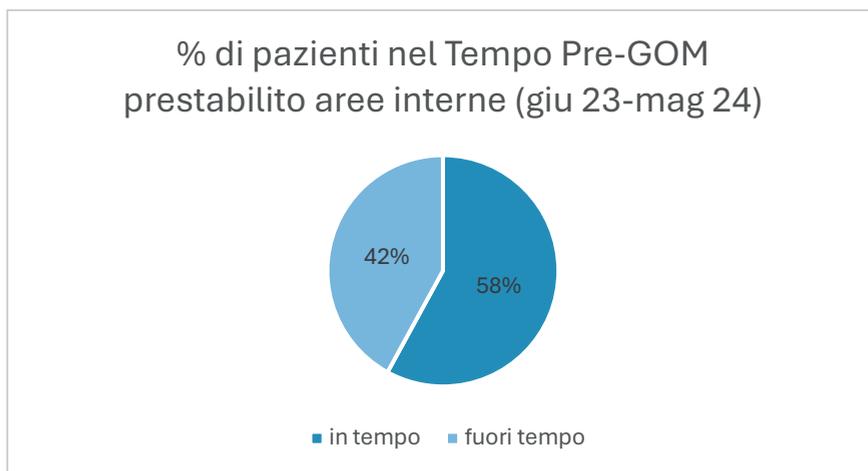
Viceversa, per le aree interne, si presenta questa situazione nel periodo giugno 2022 – maggio 2023:



**Figura 4.23.** Tempo Pre-GOM aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto nel periodo giugno 2022 – maggio 2023 indica che nelle aree interne il 63% dei pazienti è stata prevista la prima visita GOM entro 60 giorni dalla diagnosi.

Nel periodo giugno 2023 – maggio 2024, invece:



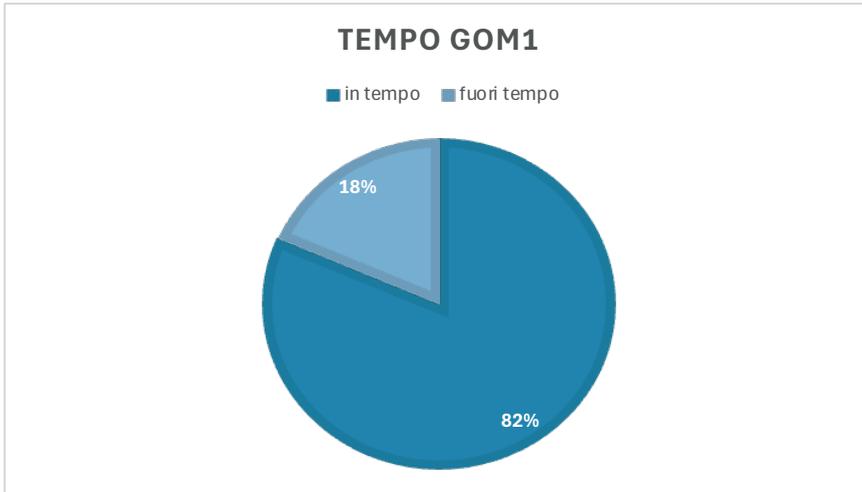
**Figura 4.24.** Tempo Pre-GOM aree interne giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Ne consegue che, per il 58% dei pazienti, è stata prevista la prima visita GOM entro 60 giorni dalla diagnosi.

## 2. Percentuale di pazienti nel tempo GOMI prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)

Questo indicatore misura la qualità del GOM sulla base della proporzione di pazienti per i quali sia stata presa 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%.

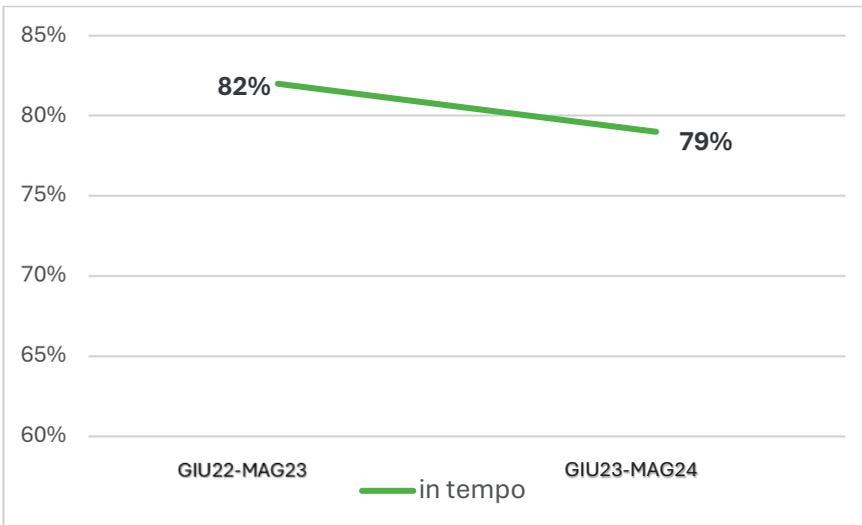
Per i pazienti oncologici della Campania, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, emerge:



**Figura 4.25.** Tempo GOM1 Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023.  
 FONTE: Elaborazione propria.

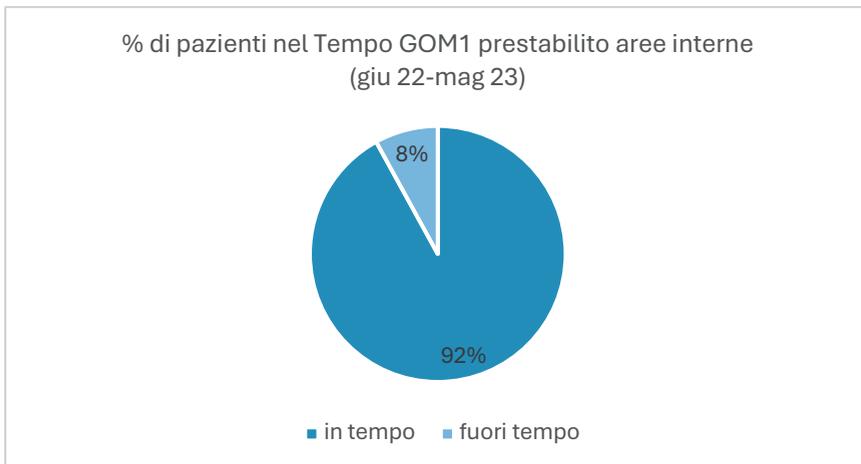
Il risultato mostra, dunque, che per l'82% di pazienti si è giunti ad una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita GOM.

Il periodo successivo, invece, registra una decrescita rispetto a quello precedente, passando dall'82 % al 79%.



**Figura 4.26.** Tempo GOM1 Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023.  
 FONTE: Elaborazione propria.

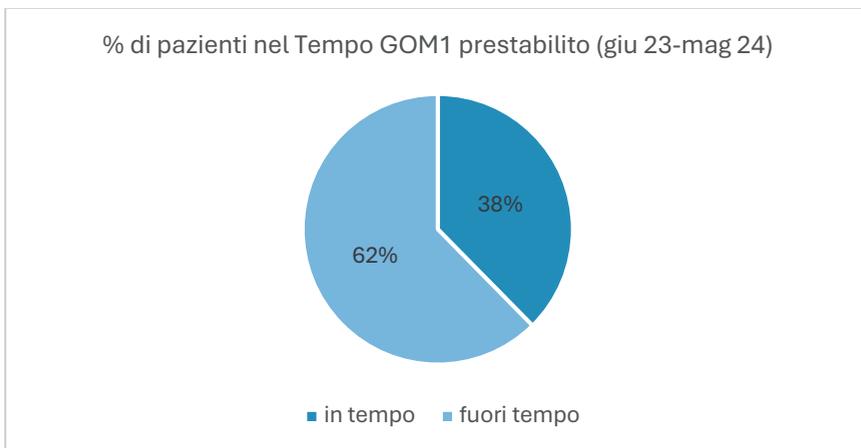
Le aree interne, invece, mostrano una situazione positiva nel periodo giugno 2022 – maggio 2023.



**Figura 4.27.** Tempo GOM1 aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Tale risultato indica che, nel periodo di rilevazione giugno 2022 – maggio 2023, per ben il 92% di pazienti si è giunti ad una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita GOM.

La situazione appare diversa nel periodo di rilevazione successivo.



**Figura 4.28.** Tempo GOM1 aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Difatti, solo per il 38% di pazienti si è giunti ad una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita GOM.

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

Infine, questo indicatore misura la percentuale di pazienti che hanno 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%.

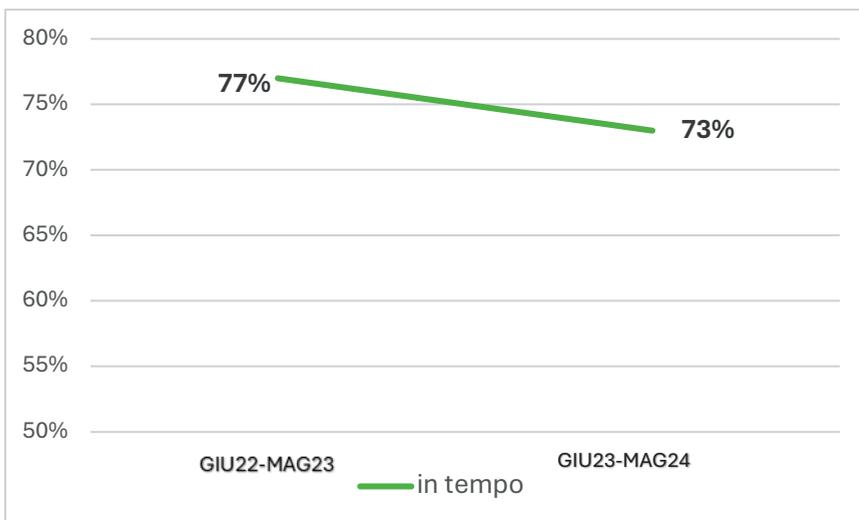
La Regione mostra, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023 un quadro al di sotto degli obiettivi.



**Figura 4.29.** Tempo GOM2 Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023.  
 FONTE: Elaborazione propria.

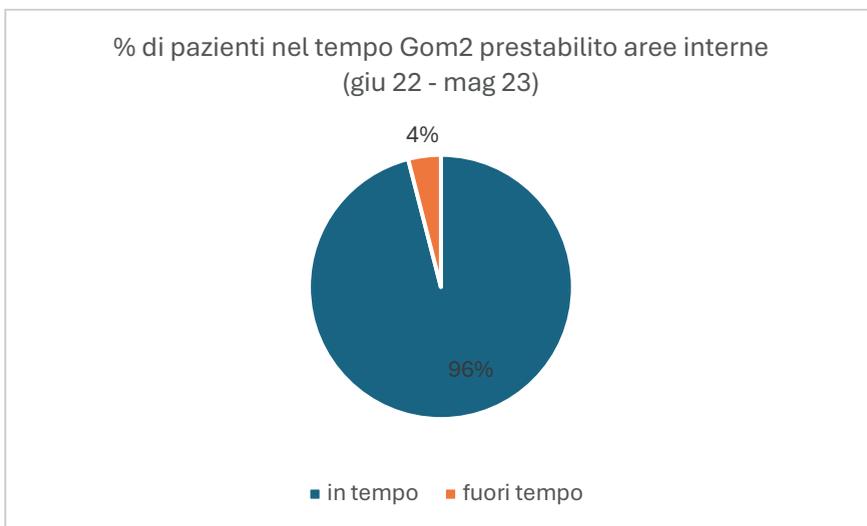
Infatti, i pazienti che ricevono l'atto terapeutico entro 21 giorni dalla decisione terapeutica sono il 77%.

La situazione peggiora nella rilevazione successiva, con la percentuale che si sposta dal 77 al 73%.



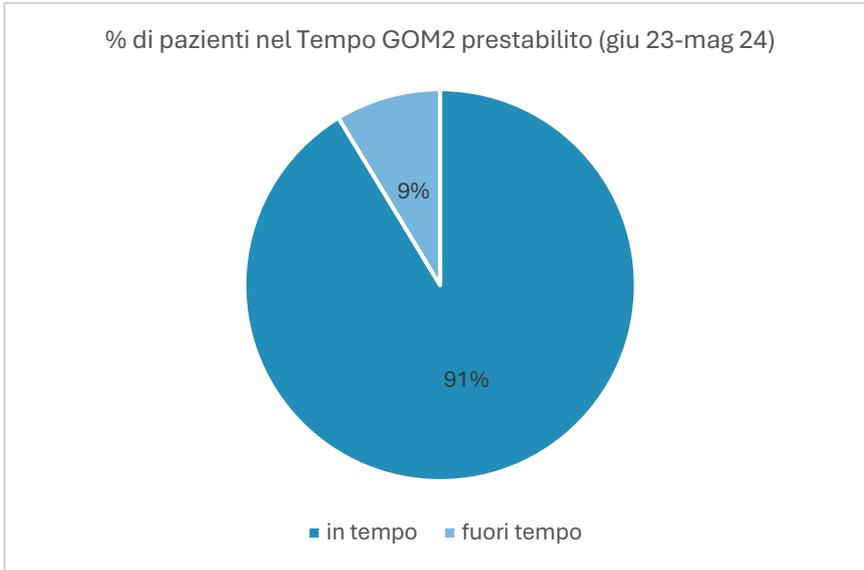
**Figura 4.30.** Tempo GOM2 Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Spostandoci nelle aree interne, per il primo periodo di rilevazione appare che il 96% di pazienti riceve l’atto terapeutico entro 21 giorni dalla decisione terapeutica.



**Figura 4.31.** Tempo GOM2 aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Il risultato scende nella successiva rilevazione:



**Figura 4.32.** Tempo GOM2 aree interne giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Infatti, nel periodo giugno 2023 – maggio 2024, risulta che a ricevere l'atto terapeutico entro 21 giorni dalla decisione terapeutica sia il 91% di pazienti.

#### 4. 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.

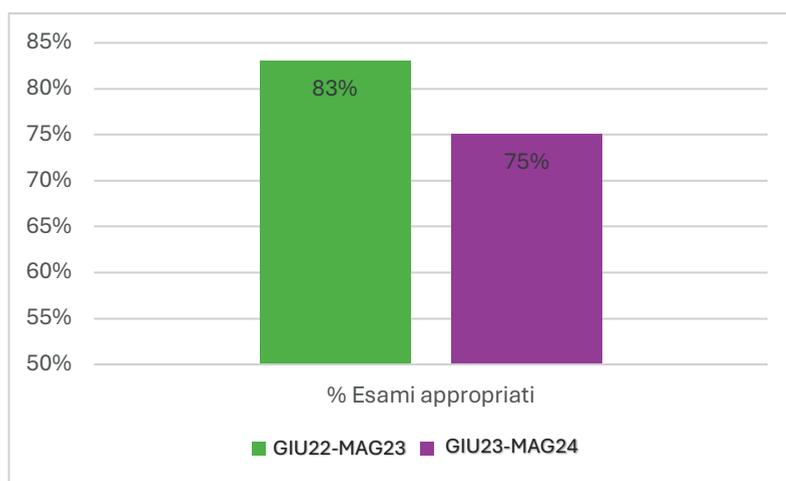
Pertanto, sono stati selezionati gli esami diagnostici ritenuti clinicamente appropriati per la stadiazione della specifica patologia, differenziandoli di conseguenza in base alla sede del tumore (colon, polmone, ovaio, mammella, vescica e prostata). Gli esami effettuati non presenti nella lista degli 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.

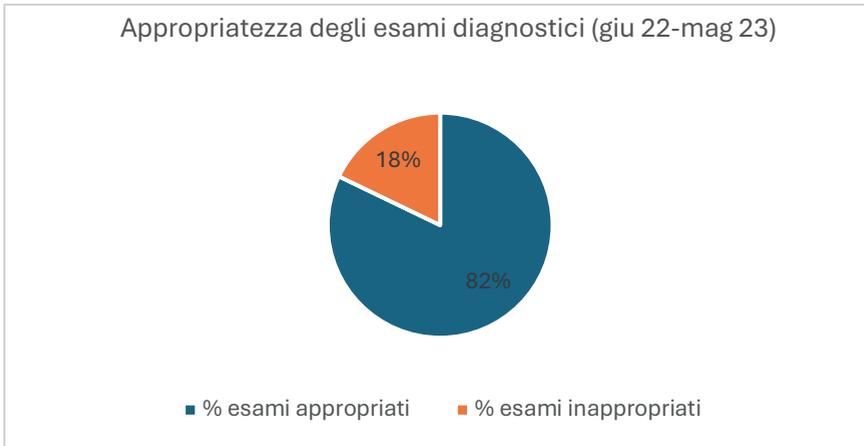
Affinché vi sia un elevato livello di appropriatezza degli esami diagnostici effettuati, tale indicatore deve raggiungere una soglia superiore al 90%.

Il confronto tra la rilevazione del periodo giugno 2022 – maggio 2023 e quella del periodo giugno 2023 – maggio 2024 per l’intera Regione campana evidenzia una decrescita nella percentuale di appropriatezza degli esami effettuati tra i due periodi, dall’83 al 75%.



**Figura 4.33.** Confronto appropriatezza degli esami diagnostici Regione Campania.  
FONTE: Elaborazione propria.

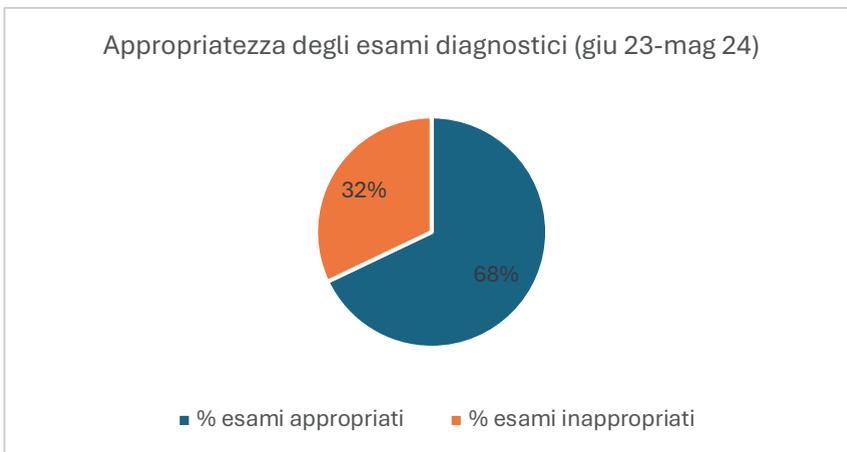
Per quel che concerne le aree interne, invece, si rileva:



**Figura 4.34.** Appropriatezza degli esami diagnostici aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo ottenuto nel periodo giugno 2022 – maggio 2023 evidenzia una percentuale di esami appropriati effettuati pari all'82%.

D'altra parte, nel periodo giugno 2023 – maggio 2024, invece, la percentuale di esami appropriati effettuati scende al 68%.

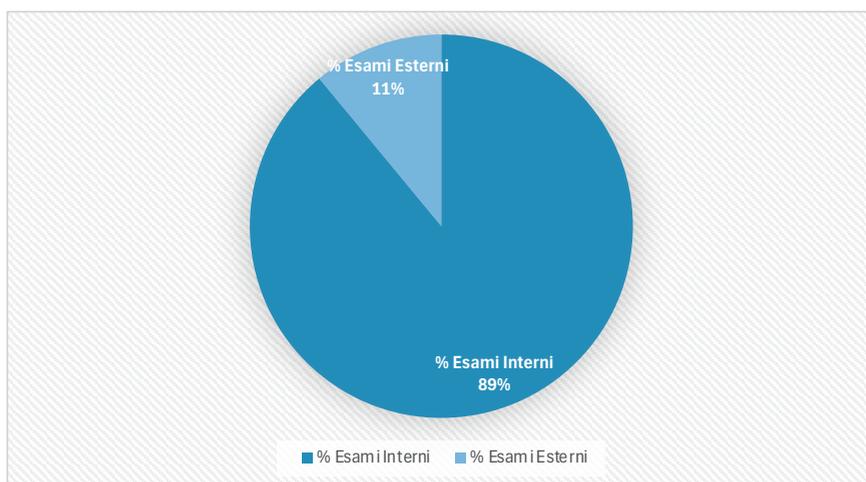


**Figura 4.35.** Appropriatezza degli esami diagnostici aree interne giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

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

L'indicatore considera la percentuale di esami diagnostici GOM (cioè eseguiti nell'intervallo temporale dalla prima visita GOM al primo atto terapeutico) effettuati in struttura GOM, escludendo pertanto tutti gli esami diagnostici effettuati in strutture esterne — pubbliche, convenzionate e private — sul totale degli esami diagnostici effettuati nella fase GOM.

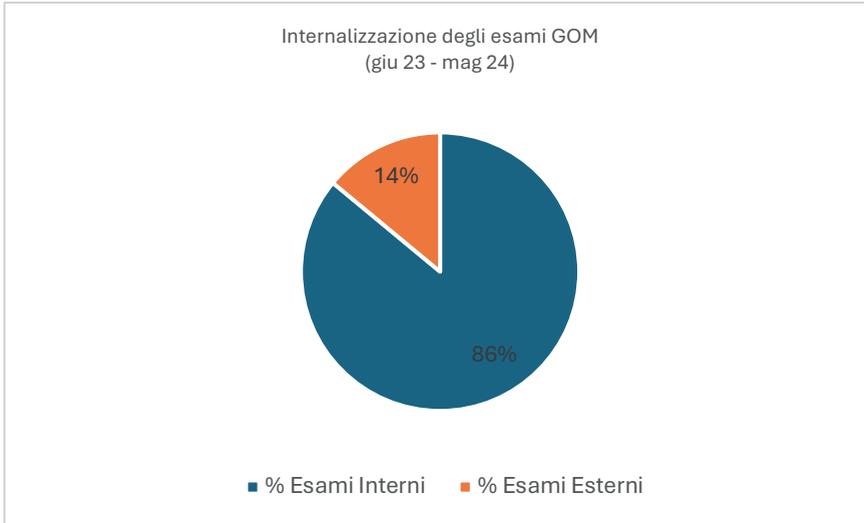
Affinché vi sia un livello ottimale di internalizzazione degli esami diagnostici GOM, è necessario che l'indicatore sia superiore al 70%. Per la Regione Campania, relativamente al periodo giugno 2022 – maggio 2023, si osserva:



**Figura 4.36.** Internalizzazione degli esami GOM Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

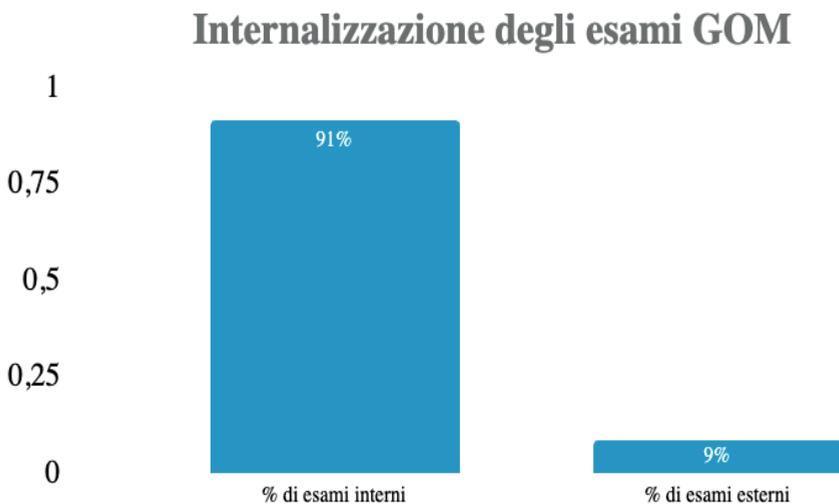
Vale a dire, un livello di internalizzazione degli esami pari all'89%.

Nel periodo successivo, invece, la percentuale di esami in GOM effettuati internamente è pari all'86%.



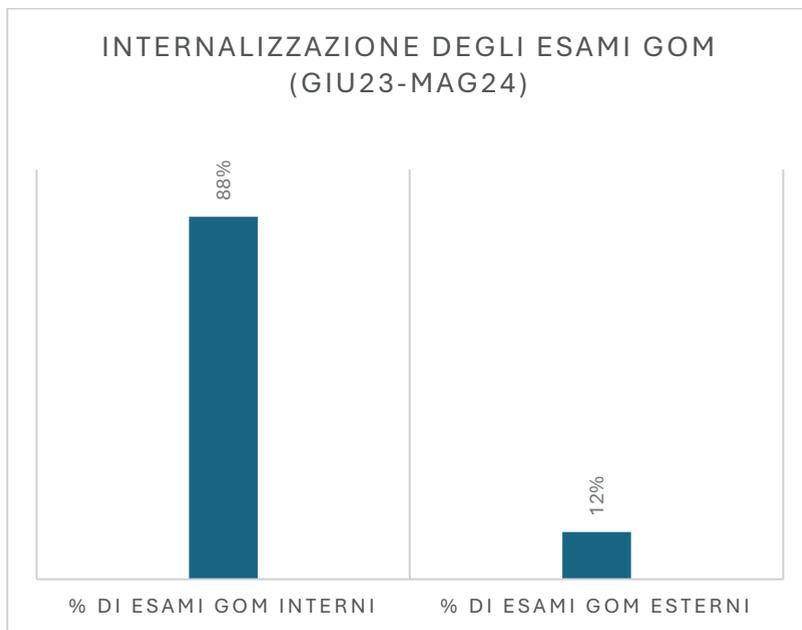
**Figura 4.37.** Internalizzazione degli esami GOM Regione Campania giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Le aree interne, invece, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, registrano un risultato complessivo che evidenzia un livello di internalizzazione degli esami pari al 91%.



**Figura 4.38.** Internalizzazione degli esami GOM aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Per il secondo periodo considerato, giugno 2023 – maggio 2024, il livello di internalizzazione degli esami è pari all'88%.

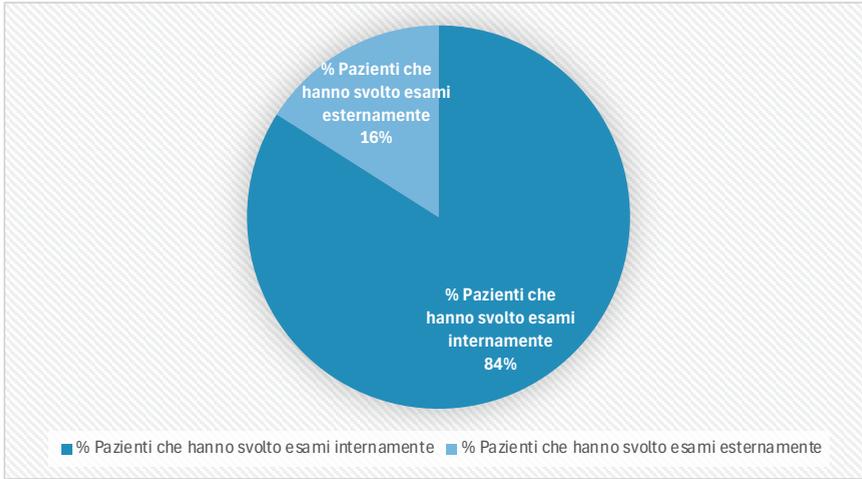


**Figura 4.39.** Internalizzazione degli esami GOM aree interne giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

*6. 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 valuta la capacità delle strutture ospedaliere di un GOM di poter effettuare, internamente, gli esami previsti per la diagnosi, 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%.

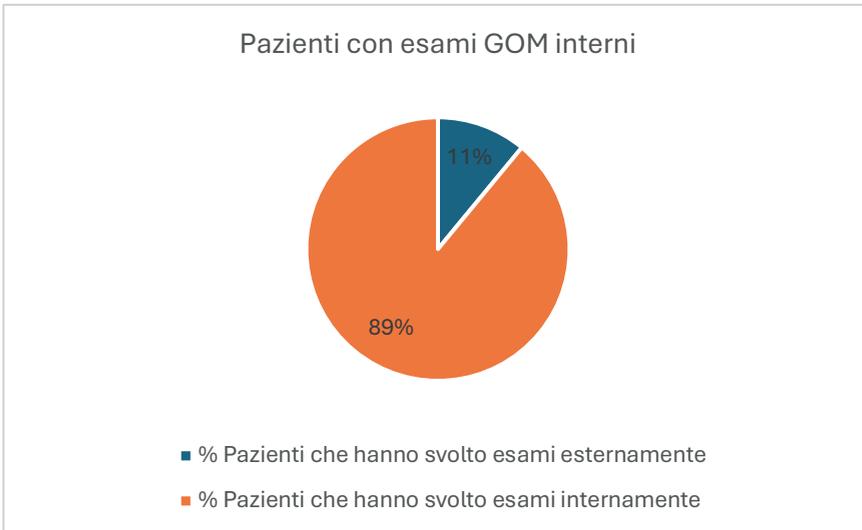
Per il periodo giugno 2022 – maggio 2023, relativamente alla Regione Campania, si evidenzia:



**Figura 4.40.** % Pazienti con esami interni a strutture ROC in fase GOM Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

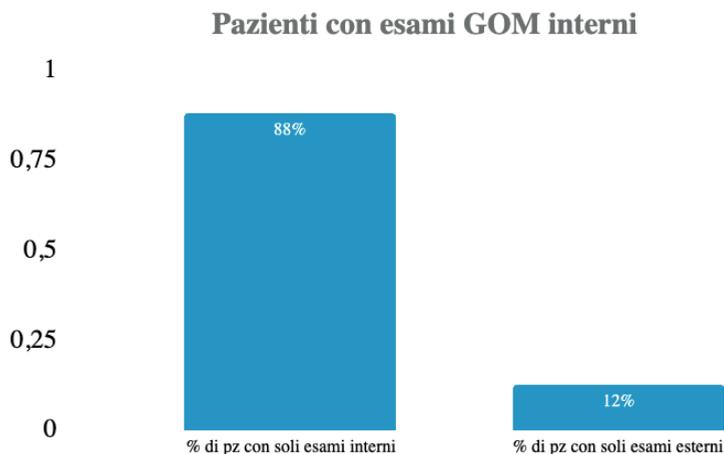
Ossia, il livello di pazienti con soli esami interni è pari all'84%.

Nella rilevazione del periodo successivo, invece, questa percentuale sale all'89%.



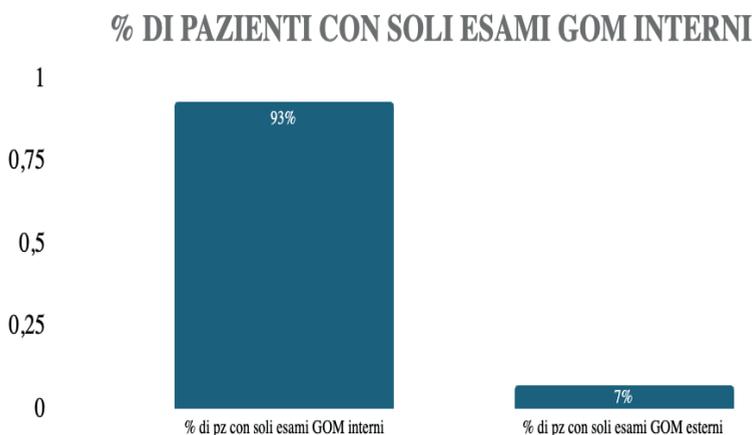
**Figura 4.41.** % Pazienti con esami interni a strutture ROC in fase GOM Regione Campania giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Per le aree interne, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, il risultato complessivo ottenuto evidenzia invece un livello di pazienti con soli esami interni pari all'88%.



**Figura 4.42.** % Pazienti con esami interni a strutture ROC in fase GOM aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Per quanto riguarda il secondo periodo, il risultato complessivo ottenuto nelle aree periferiche della Regione Campania evidenzia un livello di pazienti con soli esami interni pari al 93%.



**Figura 4.43.** % Pazienti con esami interni a strutture ROC in fase GOM aree interne giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

### 7. 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 possa seguire circa 150 pazienti all'anno, per un totale di 1500 ore.

Il risultato della rilevazione del periodo giugno 2022 – maggio 2023 attesta che ciascun Case Manager, in Campania, gestisce 288 pazienti all'anno, il che implica un sovraccarico del lavoro, dovendo gestire più pazienti rispetto al livello ideale.

Il numero sale a 340 per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, calcolato sull'intera popolazione della ROC; infatti, il valore di 143, ottenuto sui soli pazienti campionati, potrebbe “distorcere” la realtà, in quanto determinati Case Manager possono gestire anche altri GOM al di fuori di quelli coinvolti nello studio.

Nelle aree interne della Regione Campania lo scenario non migliora; infatti, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, ciascun Case Manager risulta gestire ben 417 pazienti oncologici all'anno. Il risultato, molto ampio, indica un certo sovraccarico del lavoro dei Case Manager.

Anche in questo caso, il valore è stato calcolato sull'intera popolazione del periodo di riferimento. Se avessimo considerato solo i pazienti del campione, con il rischio di compromettere la veridicità dell'analisi, il valore ottenuto sarebbe stato pari a 120.

Per quel che riguarda, invece, il periodo giugno 2023 – maggio 2024, è stato rilevato che ciascun Case Manager gestisca 432 pazienti oncologici all'anno (valore calcolato sull'intera popolazione delle strutture delle aree interne della ROC, mentre con riferimento al campione il valore è di 123).

Anche nel secondo periodo, così come nel primo, il risultato mostra dunque un forte sovraccarico del lavoro.

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

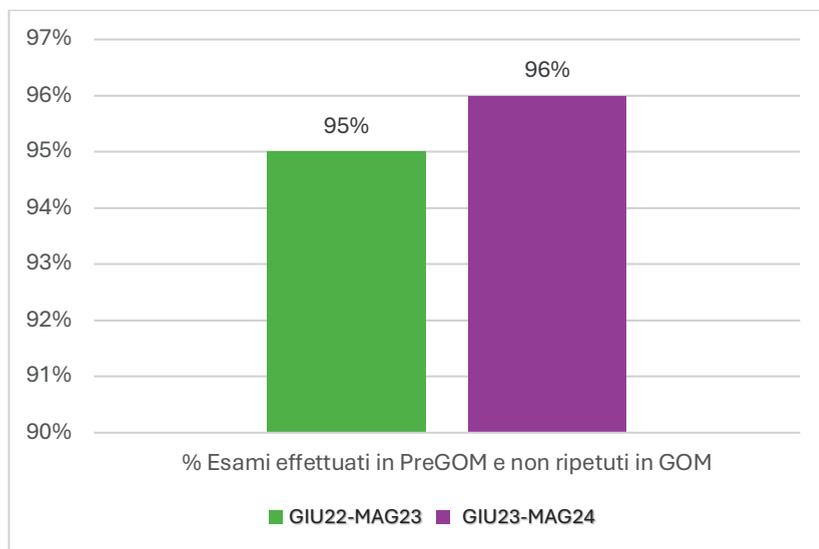
L'indicatore misura la percentuale di esami diagnostici effettuati una sola volta in Pre-GOM e non ripetuti in GOM, sul totale degli esami diagnostici.

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.

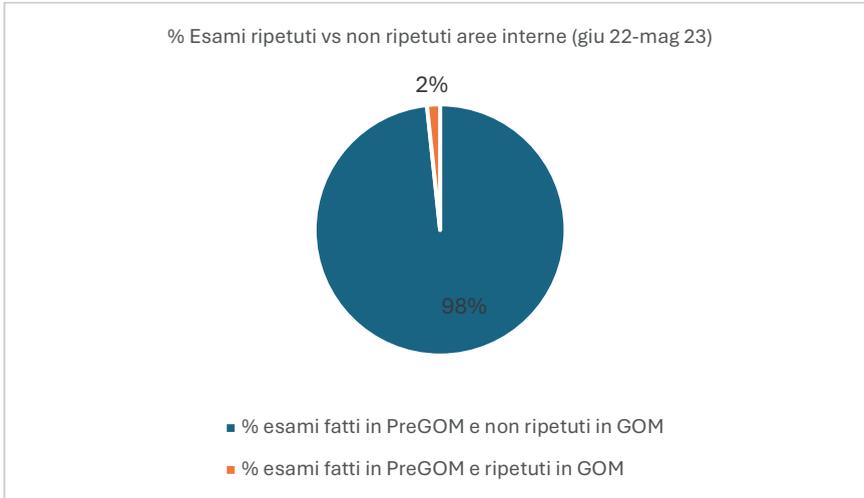
Affinché si il SSR sia caratterizzato da un elevato livello di qualità, è necessario che l'indicatore presenti un valore superiore al 90%.

Per la Regione Campania, confrontando il periodo giugno 2022 – maggio 2023 e quello giugno 2023 – maggio 2024, si osservano valori pari al 95% e 96%, totalmente in linea con la soglia prestabilita. Il SSR risulta, quindi caratterizzato da un elevato livello di qualità.



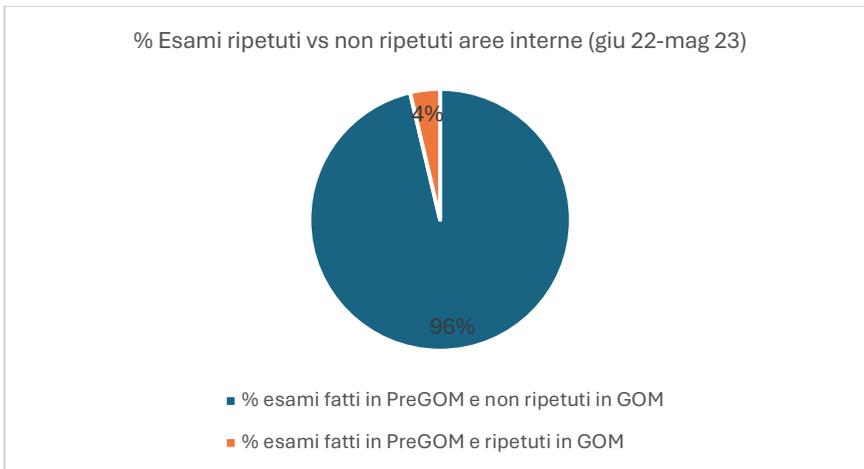
**Figura 4.44.** % Esami non ripetuti Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Si considerino adesso le aree interne.



**Figura 4.45.** % Esami ripetuti vs non ripetuti aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Il risultato complessivo calcolato nel periodo giugno 2022 – maggio 2023 evidenzia un valore pari al 98%, totalmente in linea con la soglia prestabilita.



**Figura 4.46.** % Esami ripetuti vs non ripetuti aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Nel periodo giugno 2023 – maggio 2024, invece, si registra un valore pari al 96%, anch'esso perfettamente in linea con la soglia prestabilita.

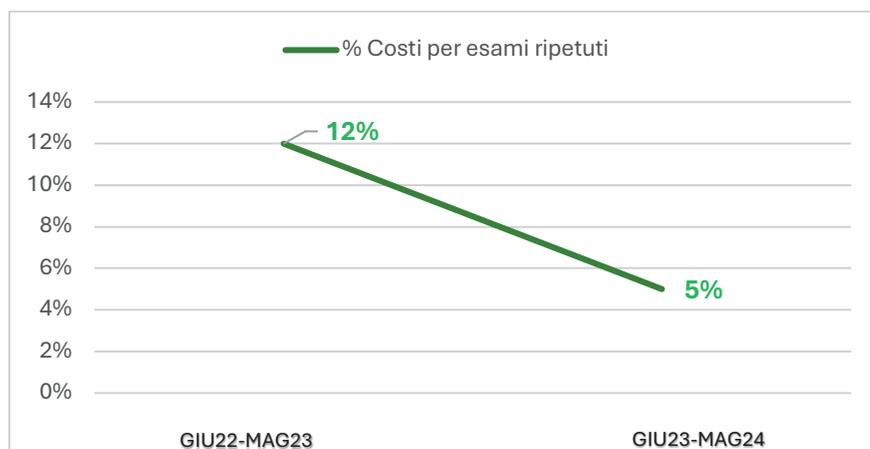
#### 9. Percentuale costi per esami diagnostici eseguiti Pre-GOM e ripetuti in GOM

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.

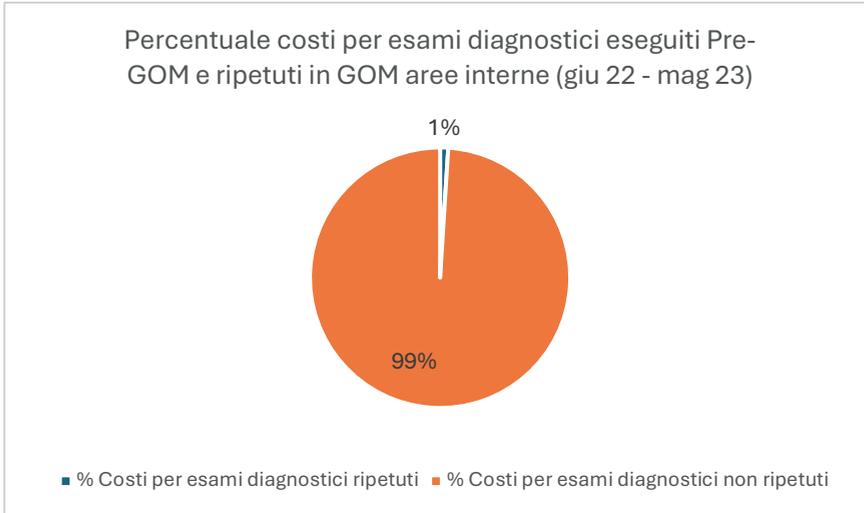
Affinché vi sia un basso impatto economico della ripetizione degli esami diagnostici in ROC, è necessario che il valore assunto da tale indicatore sia inferiore al 10%.

Il risultato complessivo ottenuto in ROC tra il periodo giugno 2022 – maggio 2023 e quello giugno 2023 – maggio 2024 evidenzia un decremento nella percentuale, dal 12% al 5%.



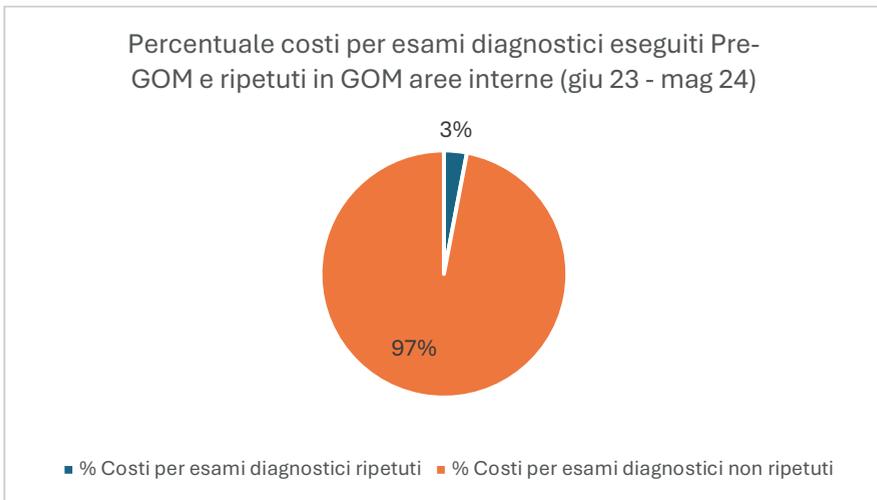
**Figura 4.47.** % Costi per esami ripetuti Regione Campania giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Le aree interne, di converso, mostrano i seguenti risultati:



**Figura 4.48.** % Costi per esami ripetuti aree interne giugno 2022 – maggio 2023.  
 FONTE: Elaborazione propria.

Considerando che solo l'1% degli esami viene ripetuto, il risultato è più che soddisfacente nel primo periodo di rilevazione.



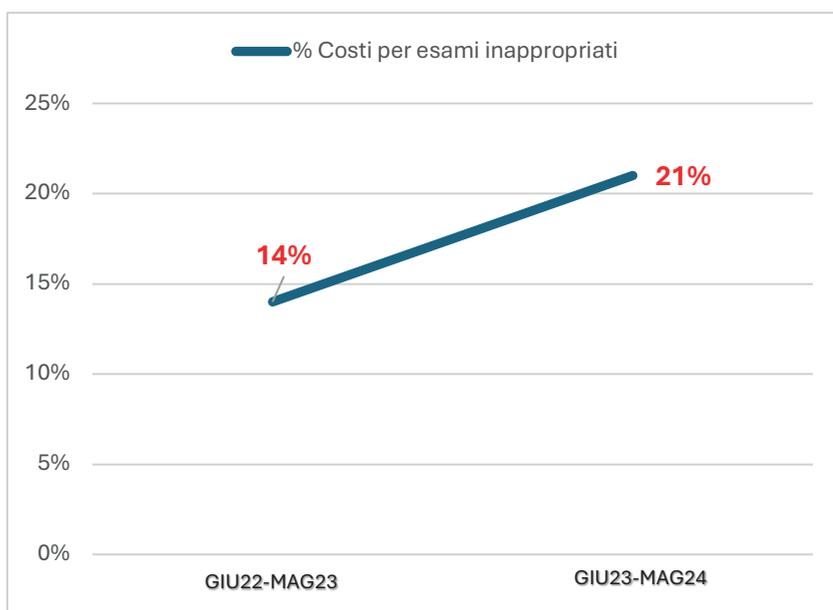
**Figura 4.49.** % Costi per esami ripetuti aree interne giugno 2023 – maggio 2024.  
 FONTE: Elaborazione propria.

La percentuale sale al 3% nel secondo periodo rilevato.

### 10. Costi per esami diagnostici inappropriati

L'indicatore misura l'impatto economico generato dagli esami inappropriati in ROC; affinché vi sia un basso impatto, è necessario che il valore assunto da tale indicatore sia inferiore al 30%.

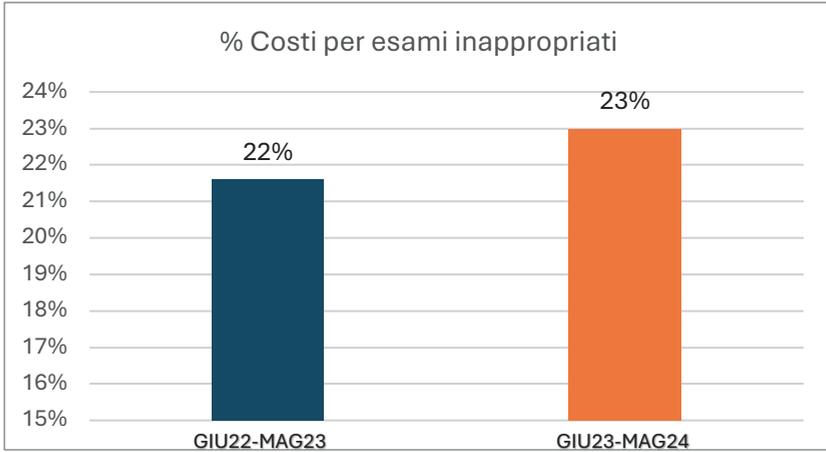
Il confronto tra il primo ed il secondo periodo di rilevazione evidenzia, nelle strutture della Campania, un incremento nei costi per gli esami diagnostici inappropriati.



**Figura 4.50.** % Costi per esami inappropriati Campania giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Si è passati, infatti, dal 14% del periodo giugno 2022 – maggio 2023 al 21% del periodo giugno 2023 – maggio 2024.

Anche nelle aree interne l'impatto economico degli esami diagnostici inappropriati ha subito un incremento, passando dal 22% del primo periodo al 23% del secondo.

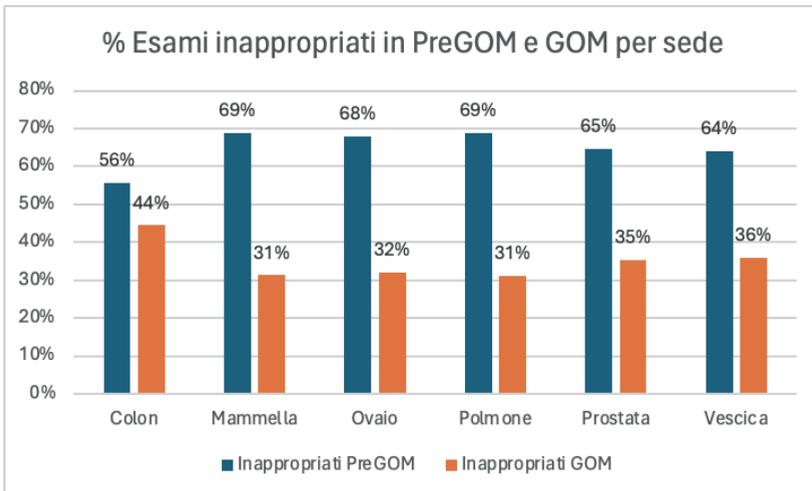


**Figura 4.51.** % Costi per esami inappropriati aree interne giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

#### 1.1. Percentuale di esami inappropriati in PreGOM e GOM per sede

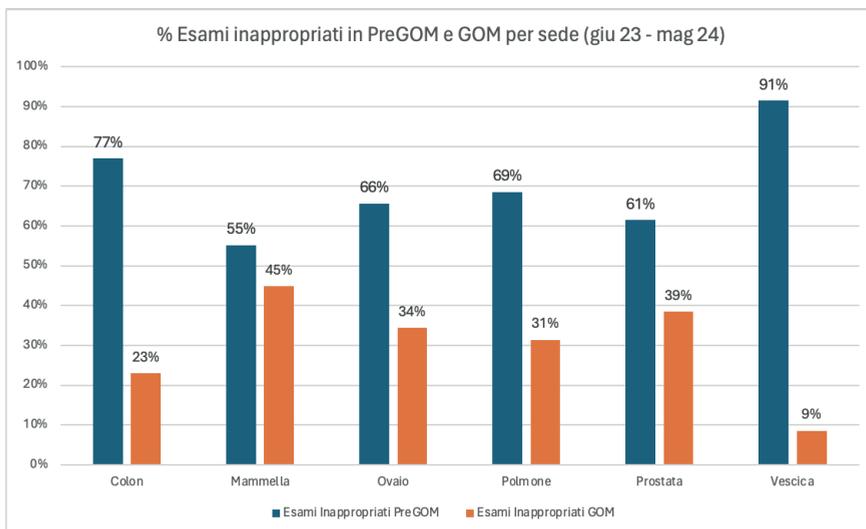
L'indicatore misura la percentuale di esami inappropriati in Pre-GOM e GOM sul totale degli esami inappropriati per sede.

Per il periodo giugno 2022 – maggio 2023, come si evince dal grafico, l'incidenza di inapproprietezza si verifica in fase Pre-GOM per tutte le sedi della patologia.



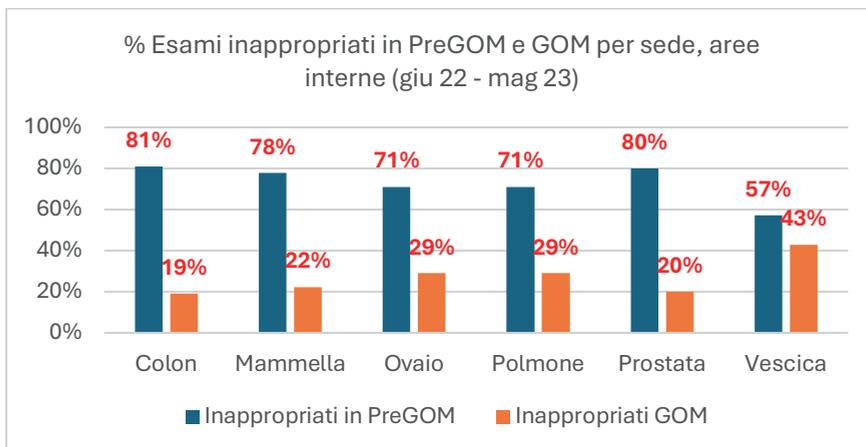
**Figura 4.52.** FONTE: Elaborazione propria.

Anche nel periodo giugno 2023 – maggio 2024, come si evince dal grafico, l'incidenza di inappropriata si verifica in fase Pre-GOM per tutte le sedi della patologia, maggiormente per la sede della vescica.



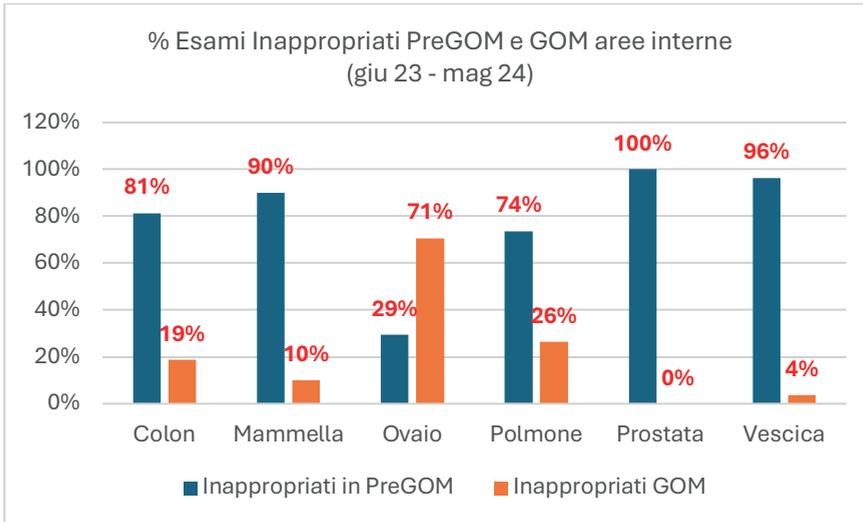
**Figura 4.53.** % Esami inappropriati Pre-GOM e GOM giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Le aree interne, a loro volta, si caratterizzano come segue:



**Figura 4.54.** % Esami inappropriati Pre-GOM e GOM aree interne giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Si noti che, con riferimento al periodo giugno 2022 – maggio 2023, gli esami alla vescica hanno, rispetto agli altri, un'incidenza d'inappropriatezza più bassa nella fase Pre-GOM. Nel periodo successivo, d'altra parte, la percentuale di esami inappropriati in GOM si abbassa notevolmente per tutte le sedi, tranne che per l'ovaio.



**Figura 4.55.** % Esami inappropriati Pre-GOM e GOM aree interne giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

### 12. La Performance della ROC: focus esami interni e ripetuti

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):

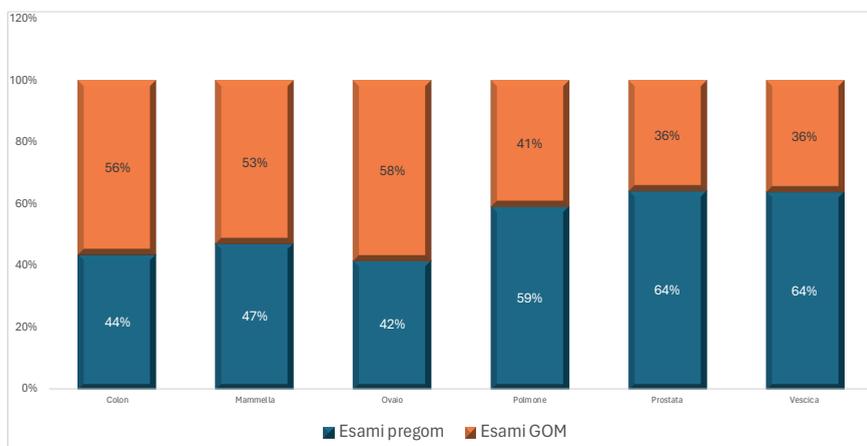
- Fase Pre-GOM: da primo sintomo/diagnosi/primo esame a prima visita GOM.
- Fase GOM: da prima visita GOM a primo atto terapeutico.

In particolare, le inefficienze sono determinate da:

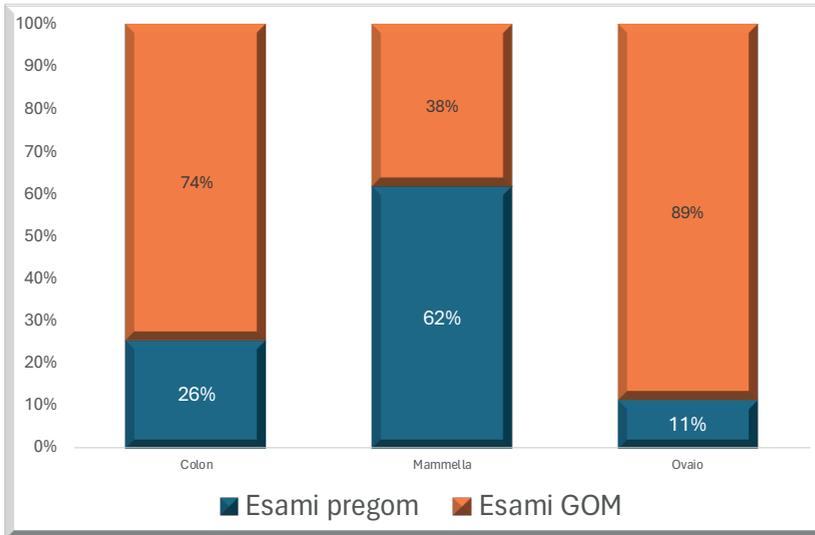
- Esami diagnostici, effettuati in strutture pubbliche e private accreditate, considerati «inappropriati», in quanto non aderenti a ciascun PDTA, non specifici dunque per la diagnosi oncologica, e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche (ripetuti nella stessa fase diagnostica).
- Esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e private accreditate durante la fase Pre-GOM e ripetuti nella fase GOM.

Si intende verificare la percentuale di esami Pre-GOM e GOM per tipologia di struttura e sede.

Dai dati relativi al periodo giugno 2022 – maggio 2023 in Campania, emerge che nelle strutture pubbliche vengono effettuati più esami GOM per le neoplasie della mammella, del colon e dell'ovaio. D'altro canto, la percentuale di esami Pre-GOM è più alta per prostata, vescica e polmone. Nelle strutture private accreditate, invece, la mammella presenta una percentuale di esami Pre-GOM più elevata.

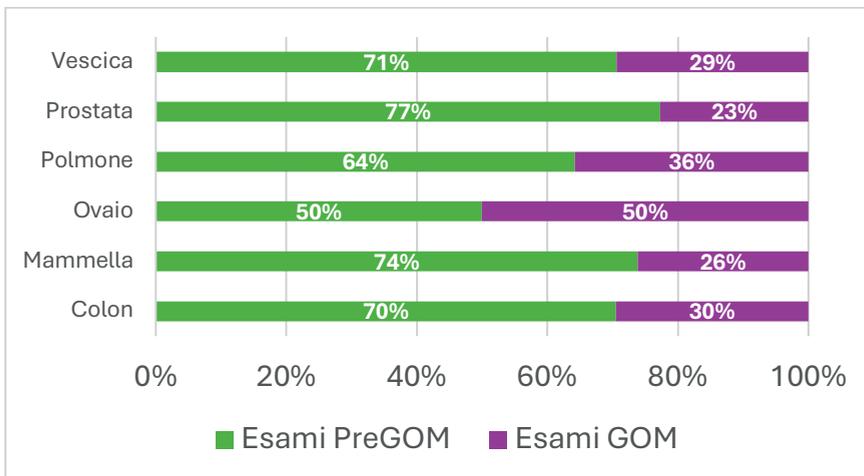


**Figura 4.56.** Esami Pre-GOM e GOM in strutture pubbliche giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

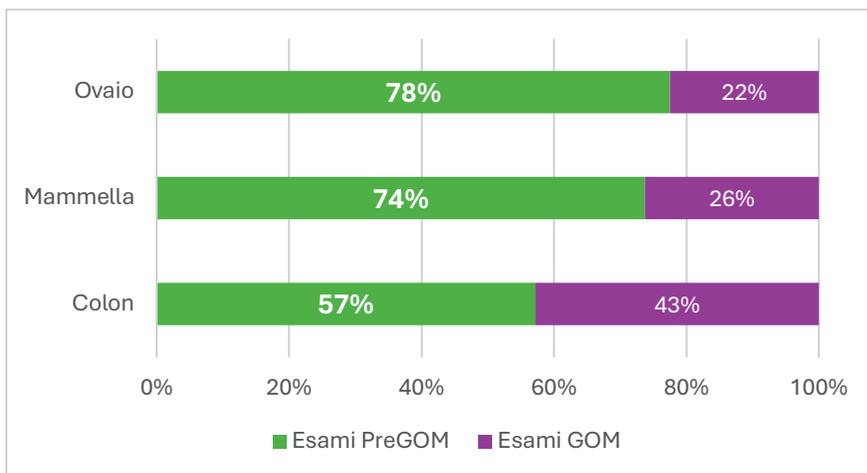


**Figura 4.57.** Esami Pre-GOM e GOM in strutture private accreditate giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Il periodo giugno 2023 – maggio 2024 mostra che, nelle strutture pubbliche della Campania, vengono effettuati più esami GOM per la neoplasia dell'ovaio. Nelle strutture private accreditate, invece, ovaio e mammella presentano percentuali di esami Pre-GOM più elevate.



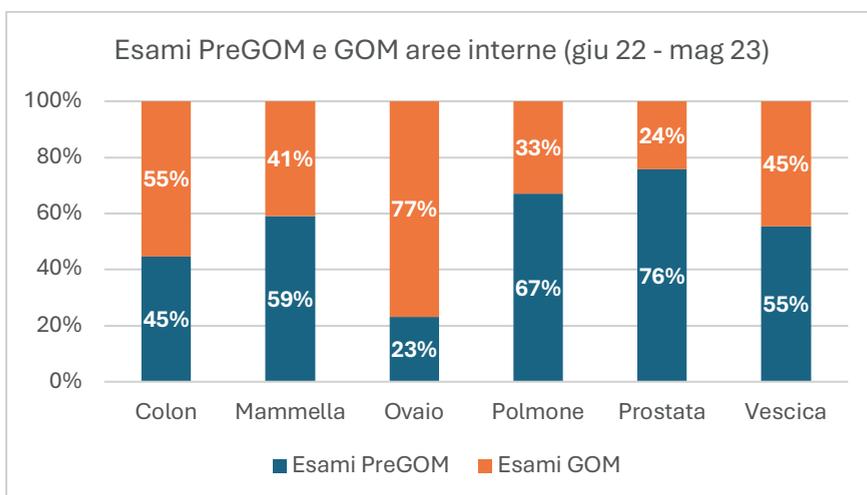
**Figura 4.58.** Esami Pre-GOM e GOM in strutture pubbliche giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.59.** Esami Pre-GOM e GOM in strutture private accreditate giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

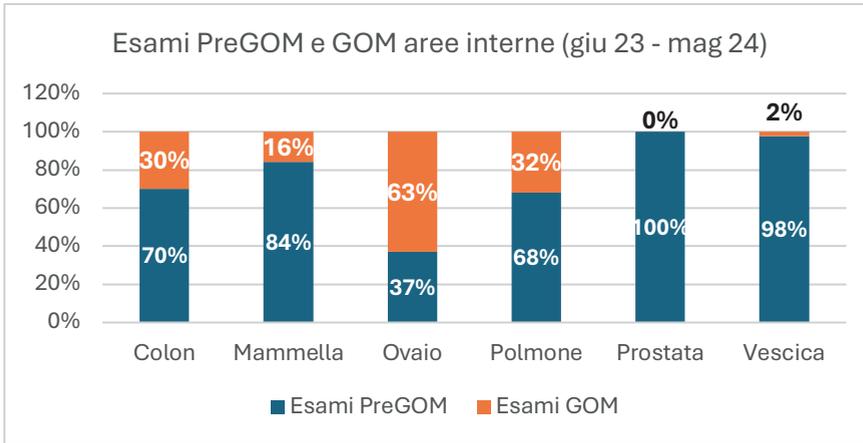
Per quel che concerne le aree interne, dai dati del periodo giugno 2022 – maggio 2023 emerge che vengono effettuati più esami GOM per le neoplasie dell’ovaio, del colon e della vescica.

D’altro canto, la percentuale di esami Pre-GOM è più alta per prostata, polmone e mammella.



**Figura 4.60.** FONTE: Elaborazione propria.

Per il periodo di giugno 2023 – maggio 2024, al contrario, è stato osservato che gli esami GOM più effettuati sono per le neoplasie dell'ovaio, del polmone e del colon; la percentuale di esami Pre-GOM è, invece, più alta per prostata, vescica e mammella.



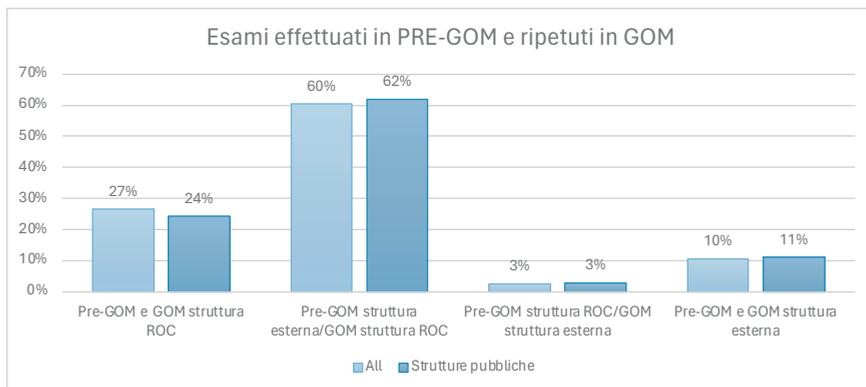
**Figura 4.61.** FONTE: Elaborazione propria.

### 13. Ripetizione degli esami Pre-GOM durante la fase GOM per struttura

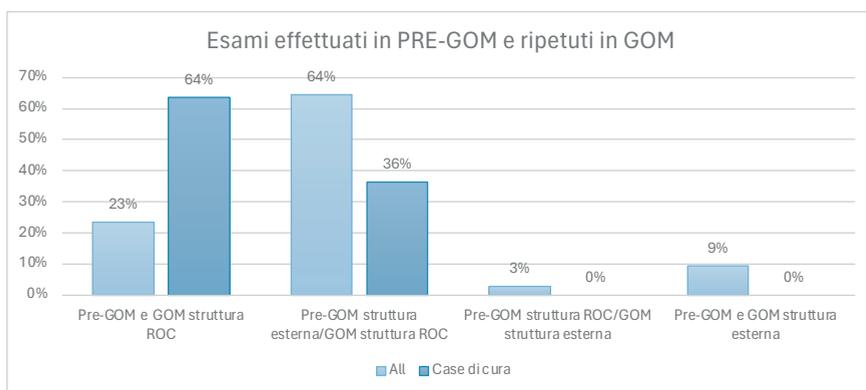
Come menzionato in precedenza, una delle principali fonti di inefficienza nel percorso diagnostico ROC è la ripetizione degli esami Pre-GOM durante la fase GOM.

Si intende adesso, pertanto, verificare la percentuale di ripetizione degli esami in base alla tipologia di struttura in cui il paziente viene preso in carico.

Le figure seguenti mostrano che la percentuale di esami ripetuti nelle strutture pubbliche, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, è elevata quando gli esami Pre-GOM sono stati effettuati in una struttura esterna, ma vengono poi ripetuti in una struttura ROC. Al contrario, nelle strutture private accreditate, la percentuale di ripetizione è più alta quando gli esami Pre-GOM sono stati eseguiti in una struttura ROC e ripetuti successivamente nella stessa struttura ROC.



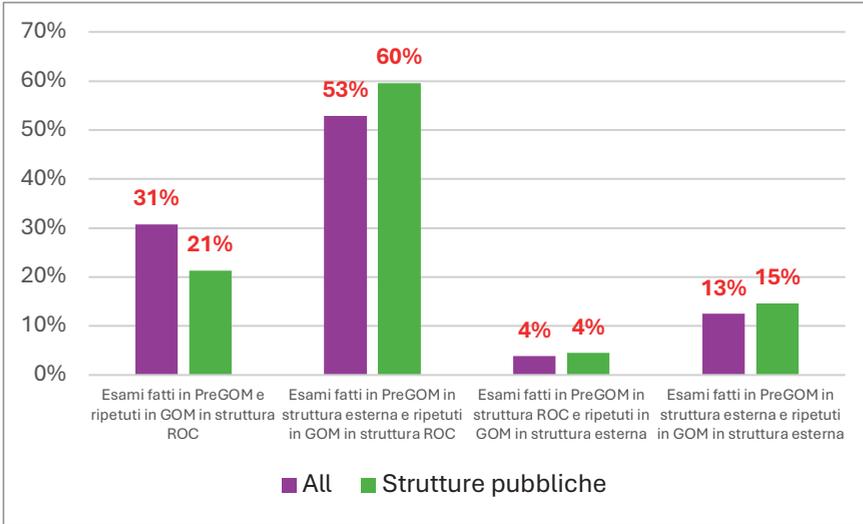
**Figura 4.62.** % Esami Pre-GOM ripetuti in GOM strutture pubbliche giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.63.** % Esami Pre-GOM ripetuti in GOM strutture private accreditate giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

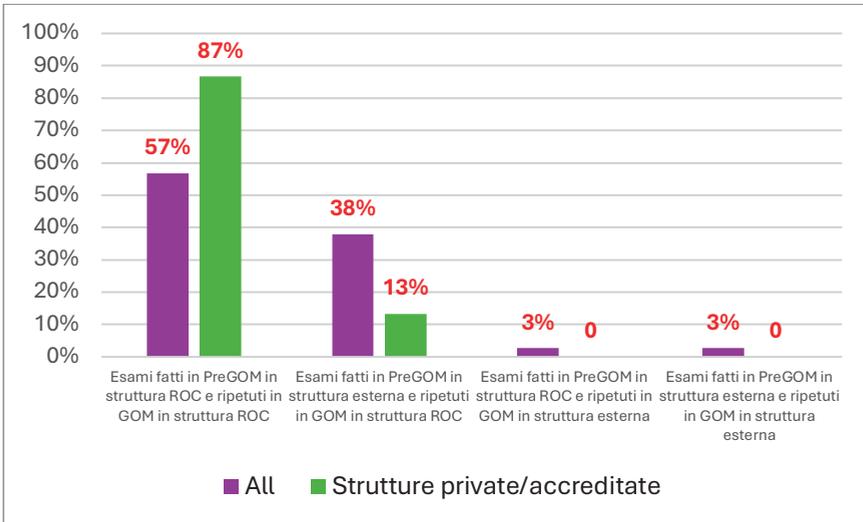
All\*: Colon, Mammella, Ovaio

La successiva rilevazione mostra che nelle strutture pubbliche la maggiore percentuale di esami si ripete in strutture interne alla ROC quando in Pre-GOM essi sono stati eseguiti presso una struttura esterna.



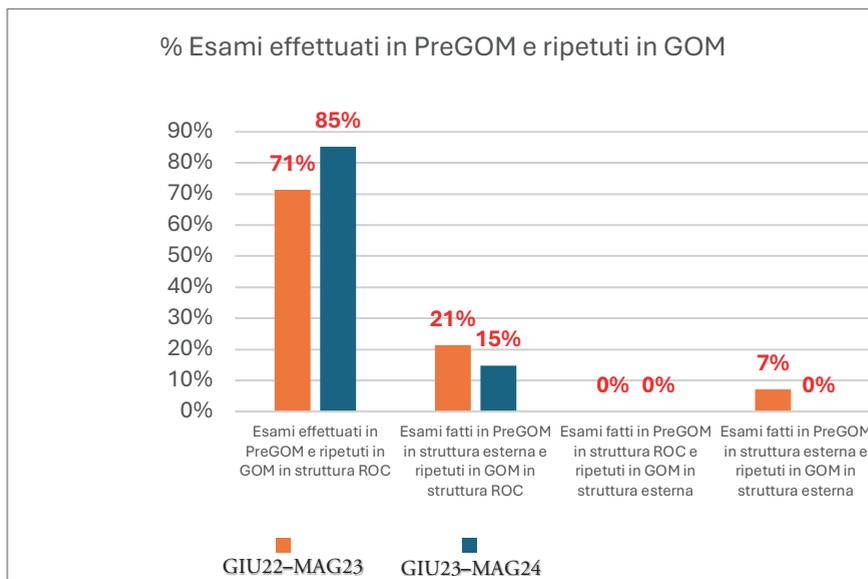
**Figura 4.64.** % Esami Pre-GOM ripetuti in GOM strutture pubbliche giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Nelle strutture private accreditate, invece, gli esami vengono ripetuti maggiormente in strutture interne alla ROC quando vengono effettuati in Pre-GOM in struttura ROC.



**Figura 4.65.** % Esami Pre-GOM ripetuti in GOM strutture private accreditate giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

Le aree interne, invece, presentano una percentuale elevata di esami effettuati in Pre-GOM e ripetuti in GOM in una struttura della ROC, per entrambi i periodi. Al contrario, non si verificano ripetizioni quando gli esami sono eseguiti in Pre-GOM in una struttura ROC e poi ripetuti in GOM in una struttura esterna.



**Figura 4.66.** % Esami Pre-GOM ripetuti in GOM aree interne giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024. FONTE: Elaborazione propria.

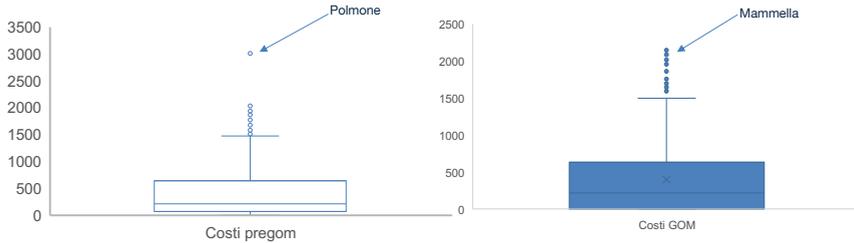
L'analisi dei costi: i costi derivanti da inefficienze nel percorso diagnostico ROC sono dovuti ai costi per esami effettuati in strutture pubbliche e private accreditate definiti "inappropriati", in quanto non aderenti a quanto previsto per ciascun PDTA, non specifici dunque per la diagnosi oncologica, e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche, nonché ai costi per esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e private accreditate durante la fase Pre-GOM e ripetuti nella fase GOM o ripetuti più di una volta nella stessa fase diagnostica.

Il costo degli esami diagnostici è stato individuato in base al Tariffario Regionale delle prestazioni.

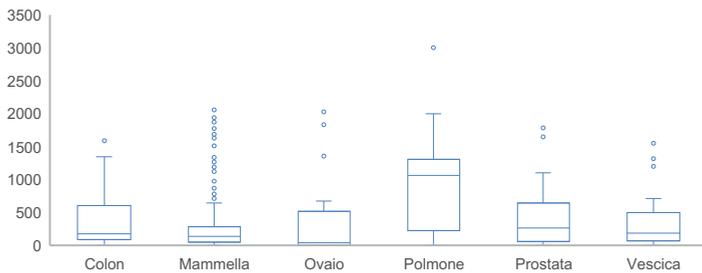
#### 14. Costi nel percorso diagnostico in ROC (fase Pre-GOM e GOM)

Partendo dal primo periodo di rilevazione, e considerando l'intera Regione Campania, i costi per esami diagnostici nella fase Pre-GOM ammontano in media a 435€ per paziente. I costi per esami diagnostici nella fase GOM, invece, ammontano in media a 403€ per paziente. Complessivamente, la fase Pre-GOM rappresenta il 53% dei costi totali del percorso in ROC.

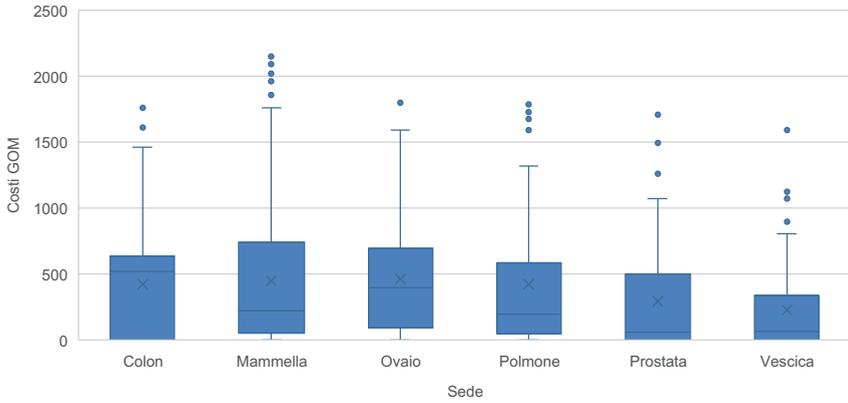
Si intende verificare l'esistenza di differenze significative nella media a seconda della sede del tumore (colon, ovaio, polmone, prostata, vescica e mammella). Nella fase Pre-GOM tali differenze emergono per sede della patologia ( $F=24.049$ ,  $p<0.001$ ), attestando che la sede stessa ha un impatto sui costi. Difatti, emerge che per il polmone i costi sono più alti. Anche nella fase GOM risultano esserci differenze significative per sede della patologia ( $F=3.21$ ,  $p=0.007$ ). Difatti, per la mammella i costi sono più alti.



**Figura 4.67.** Costi Pre-GOM e GOM. FONTE: Elaborazione propria.



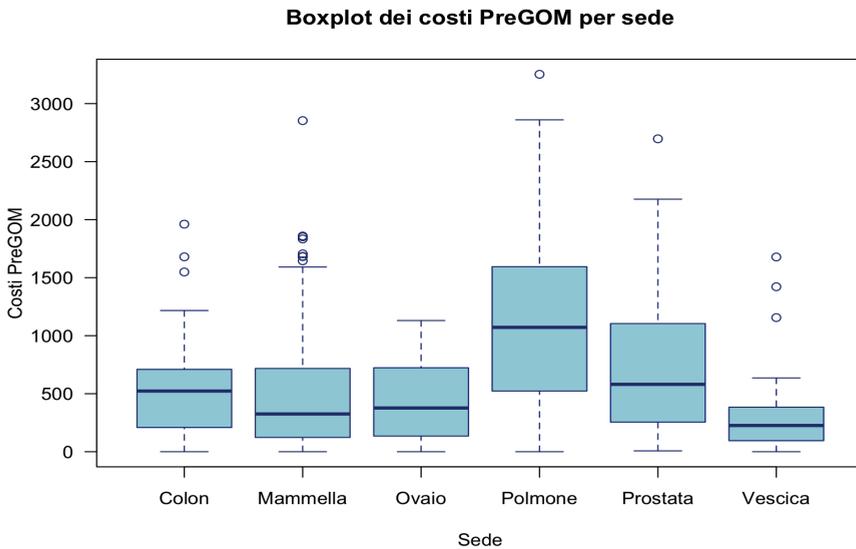
**Figura 4.68.** Costi Pre-GOM per sede. FONTE: Elaborazione propria.



**Figura 4.69.** FONTE: Elaborazione propria.

Per il secondo periodo di rilevazione, i costi Pre-GOM ammontano a €607,00 in media per paziente, mentre quelli GOM a 314 €.

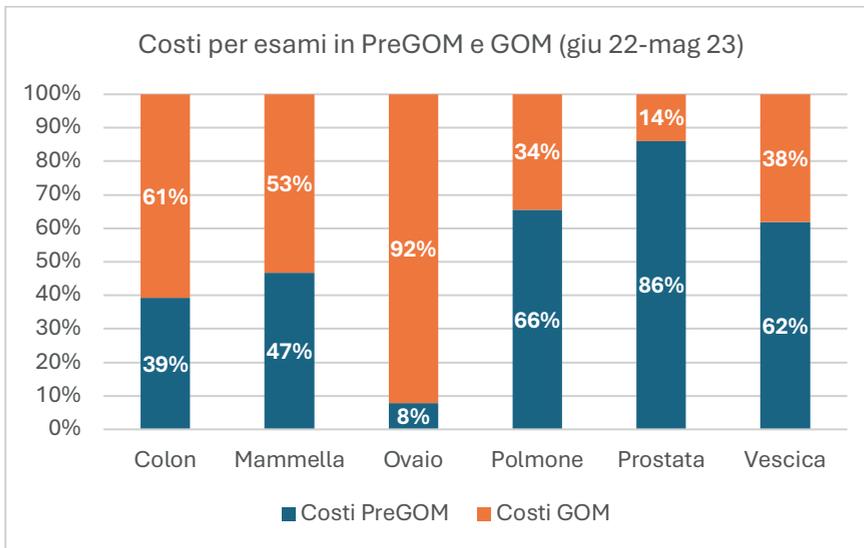
Anche in questo caso emergono in media differenze significative per sede riguardo i costi in fase Pre-GOM ( $F = 20.43$ ;  $p\text{-value} < 2e-16$ ).



**Figura 4.70.** FONTE: Elaborazione propria.

Nelle aree interne, invece, i costi per esami diagnostici nella fase Pre-GOM ammontano in media a 340,11€ per paziente nel periodo di rilevazione giugno 2022 – maggio 2023.

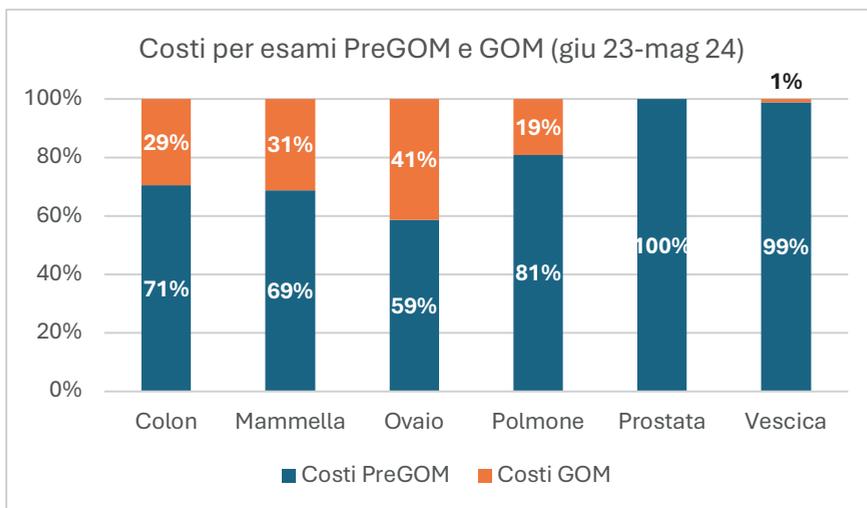
Emergono differenze significative nella media dei costi, a seconda della sede del tumore (colon, ovaio, polmone, prostata, vescica e mammella). Nello specifico, nel caso del primo periodo, è solo nella fase Pre-GOM che emergono tali differenze significative per sede della patologia ( $F=3.062$ ,  $p=0.011$ ), attestando che la sede ha effettivamente un impatto sui costi. Infatti, ciò che risulta è che i costi siano più alti per la sede del polmone, circa 686,50€, rispetto a quelli delle altre.



**Figura 4.71.** FONTE: Elaborazione propria.

Per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, i costi per esami diagnostici nella fase Pre-GOM ammontano in media a 729,30€ per paziente.

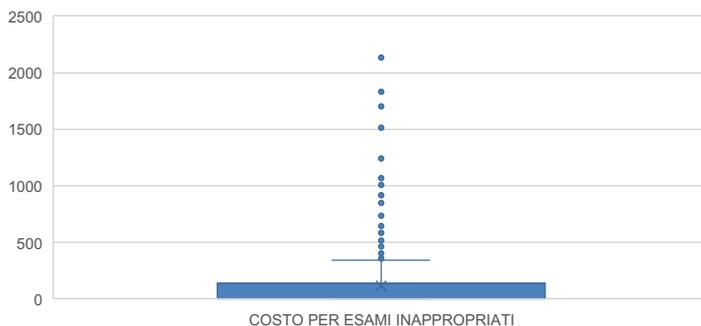
Anche in questo caso, è solo nella fase Pre-GOM che emergono differenze significative nella media dei costi per sede della patologia ( $F=6.057$ ,  $p=0.001$ ), attestando dunque che la sede ha un impatto sui costi. Infatti, è stato osservato che la sede del Polmone presenta costi, pari a 1056€, più elevati rispetto ad altre sedi.



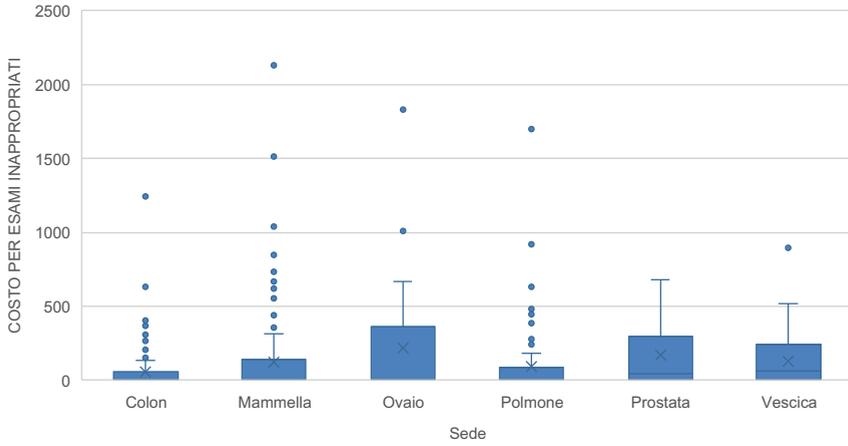
**Figura 4.72.** FONTE: Elaborazione propria.

#### 15. Costi per esami inappropriati per sede della patologia

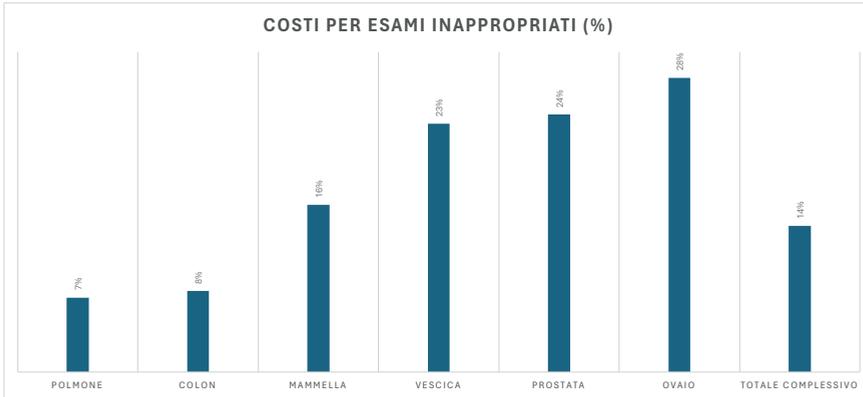
In particolare, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, i costi per esami inappropriati sono in media 115€ per paziente e rappresentano circa il 14% dei costi totali. Inoltre, il box plot in basso evidenzia che a seconda della sede tumorale emergono differenze significative ( $F=4.466$ ,  $p<0.001$ ). La figura attesta che i costi per esami inappropriati per la sede dell'ovaio rappresentano circa il 28% dei costi totali, evidenziando una significativa incidenza dell'inappropriatezza degli esami per sede tumorale sui costi totali.



**Figura 4.73.** Costi per esami inappropriati. FONTE: Elaborazione propria.

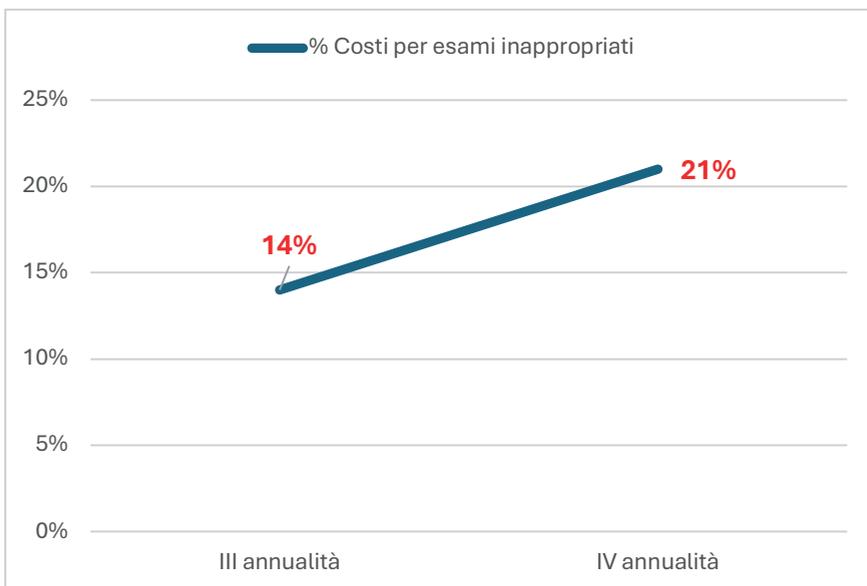


**Figura 4.74.** Costi per esami inappropriati per sede. FONTE: Elaborazione propria.



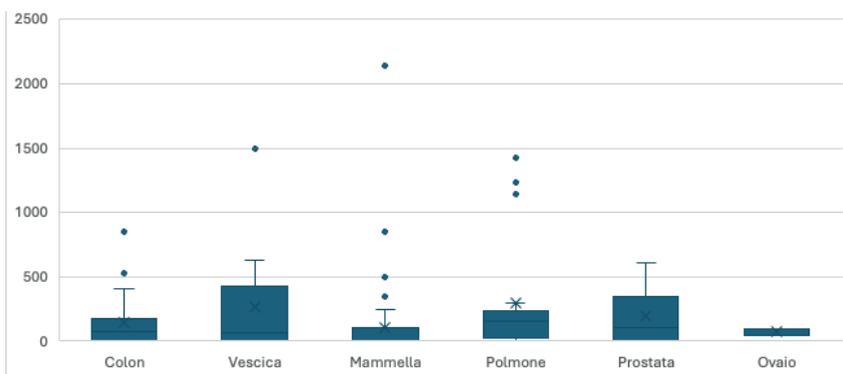
**Figura 4.75.** Costi per esami inappropriati per sede della patologia (%) su costi totali. FONTE: Elaborazione propria.

D'altro lato, per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, i costi per esami inappropriati rappresentano il 21% dei costi totali.



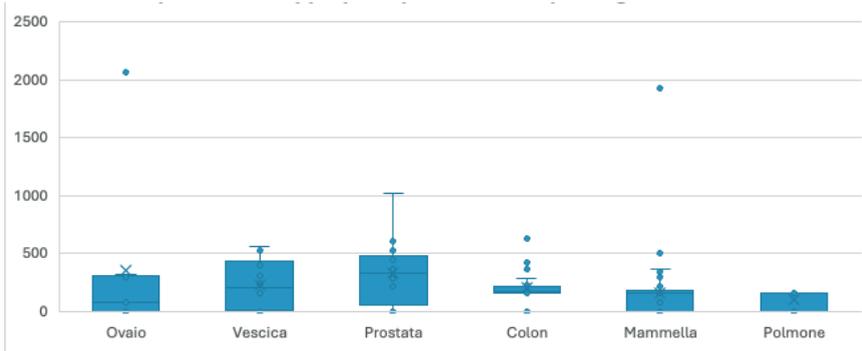
**Figura 4.76.** FONTE: Elaborazione propria.

Invece, per le aree interne, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023 si evidenzia che, a seconda della sede tumorale, emergono differenze significative ( $F=7.16$ ,  $p=3.53e-06$ ), attestando che la sede ha effettivamente un impatto sui costi relativi ad esami inappropriati. Infatti, la sede del polmone presenta costi legati ad esami inappropriati più elevati rispetto ad altre sedi (ossia, circa 298 €).



**Figura 4.77.** Costo per esami inappropriati per sede della patologia (giu 22–mag 23). FONTE: Elaborazione propria.

Anche per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, inoltre, emergono differenze significative in media per sede della patologia ( $F=3.613$ ,  $p=0.00451$ ), attestando che la sede ha un impatto sui costi relativi ad esami inappropriati. Infatti, la sede della Prostata presenta costi per esami inappropriati più elevati rispetto alle altre (circa 412 €).

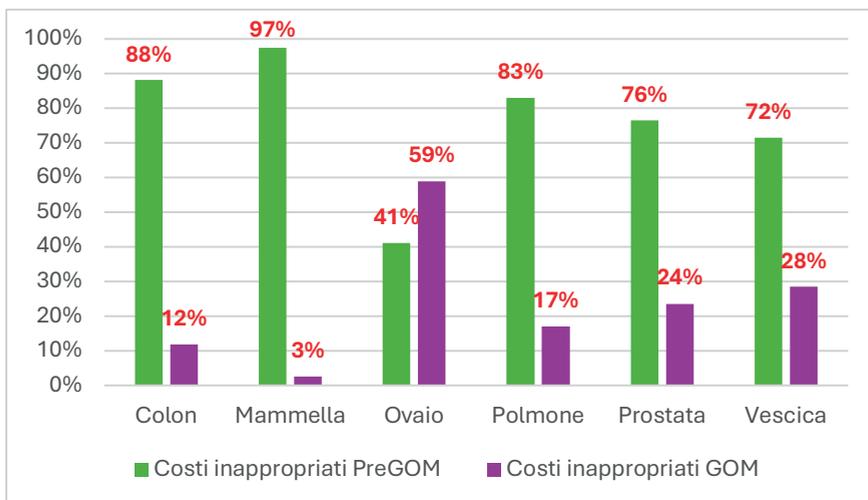


**Figura 4.78.** Costo per esami inappropriati per sede della patologia (giu 23–mag 24).  
 FONTE: Elaborazione propria.

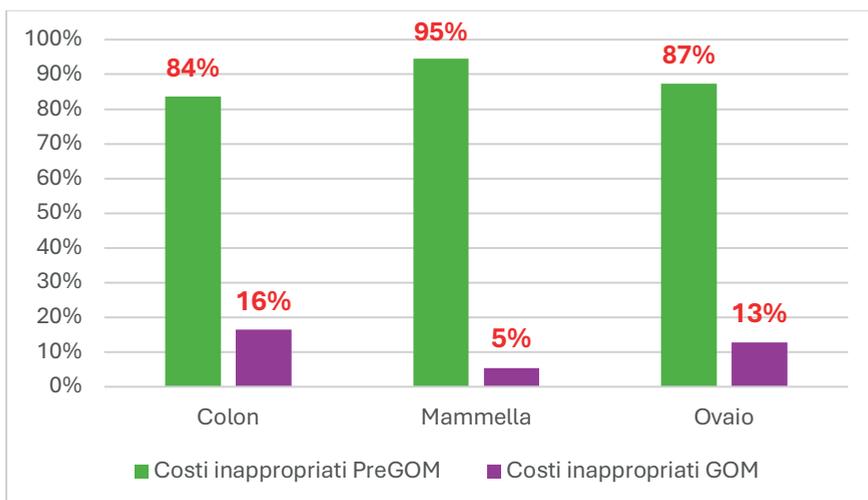
#### 16. Costo per esami inappropriati in PreGOM e GOM

L'indicatore fornisce informazioni sulla percentuale dei costi per esami inappropriati, sia in Pre-GOM che in GOM, sul costo totale degli esami inappropriati.

Per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, in tutta la Regione, si rileva la seguente situazione; la mammella, dunque, risulta avere i costi maggiori per esami inappropriati in fase Pre-GOM ma quelli più bassi per la fase GOM, sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate.

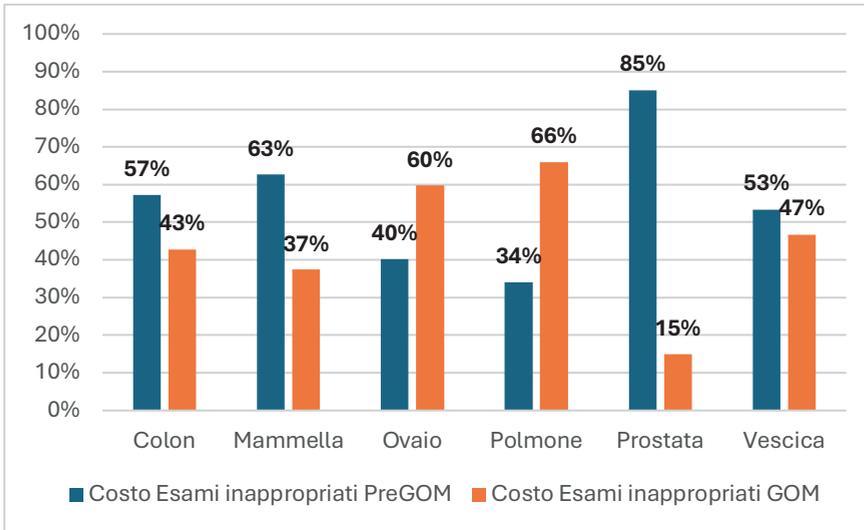


**Figura 4.79.** % Costi inappropriati in PreGOM e GOM, strutture pubbliche. FONTE: Elaborazione propria.



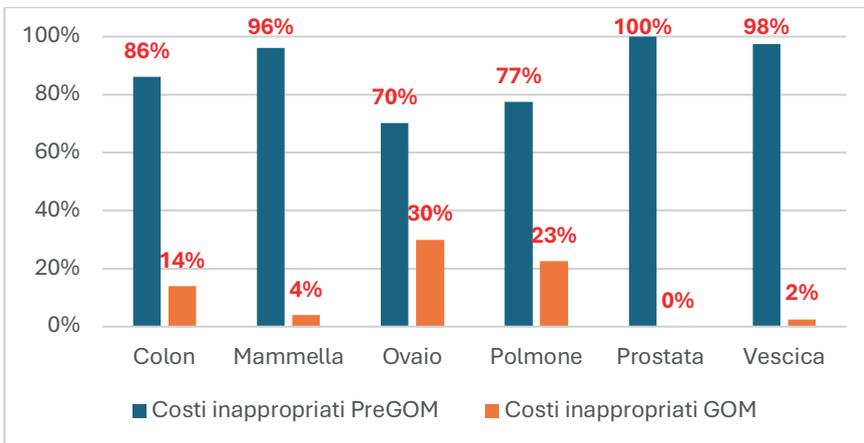
**Figura 4.80.** % Costi inappropriati in PreGOM e GOM, strutture private accreditate. FONTE: Elaborazione propria.

Relativamente alle aree interne, invece, per il periodo giugno 2022 – maggio 2023 la prostata presenta la percentuale più alta di costi per esami inappropriati in Pre-GOM.



**Figura 4.81.** % Costi per esami inappropriati PreGOM e GOM su costo totale degli inappropriati aree interne (giu 22–mag 23). FONTE: Elaborazione propria.

D'altro canto, per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, sia la sede della prostata, che quella della mammella e della vescica presentano, rispettivamente, i più alti costi per esami inappropriati in fase Pre-GOM ed i più bassi per la fase GOM.



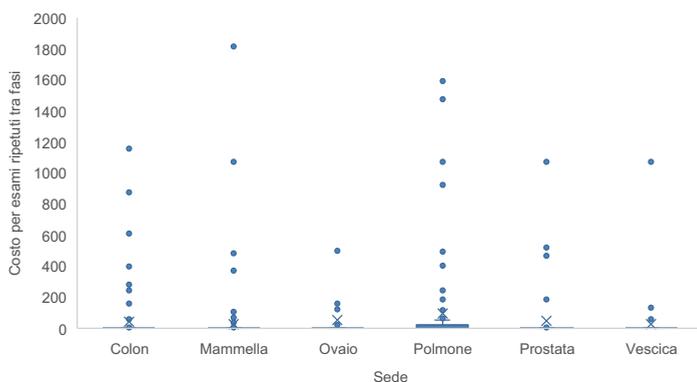
**Figura 4.82.** % Costi per esami inappropriati PreGOM e GOM su costo totale degli inappropriati aree interne (giu 23–mag 24). FONTE: Elaborazione propria.

## 17. Costi per esami ripetuti per sede della patologia

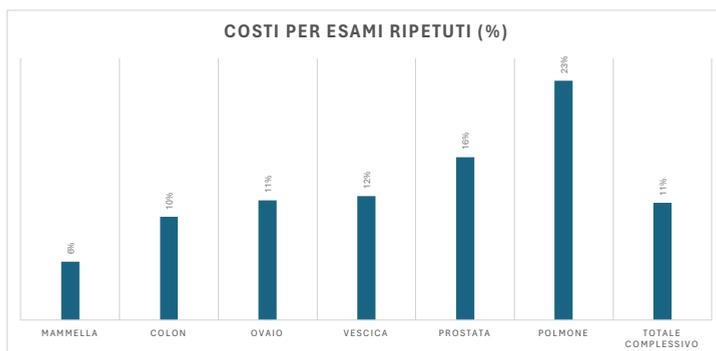
In questa sezione, invece, lo scopo è valutare i costi per esami ripetuti per sede della patologia e verificare l'esistenza di differenze significative nella media dei costi stessi, tra fase Pre-GOM e GOM, a seconda della sede del tumore (colon, ovaio, polmone, prostata, vescica e mammella).

Per il primo periodo di rilevazione, con riferimento alla totalità delle strutture campane, i costi per esami Pre-GOM ripetuti in GOM sono in media 45€ per paziente e rappresentano circa l'11% dei costi GOM.

Inoltre, emergono differenze significative per sede della patologia ( $F=2.576$ ,  $p=0.026$ ), evidenziando una significativa incidenza della sede tumorale sui costi.

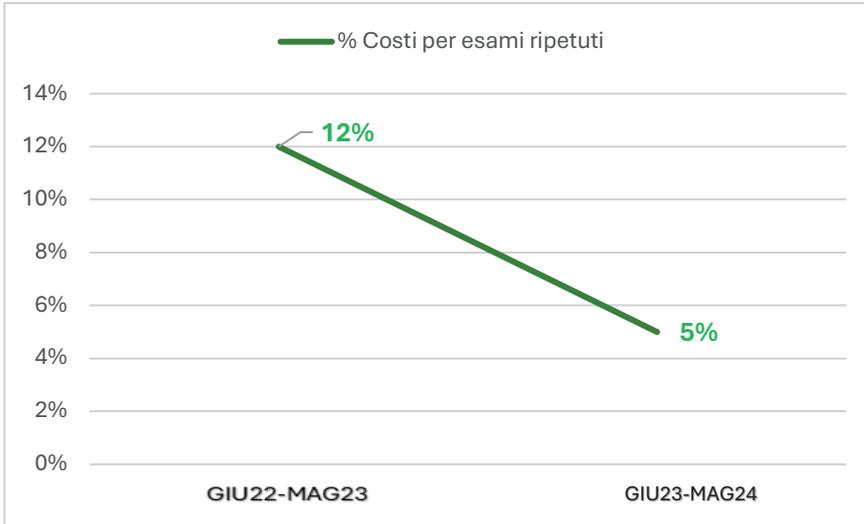


**Figura 4.83.** Costi per esami ripetuti per sede della patologia. FONTE: Elaborazione propria.



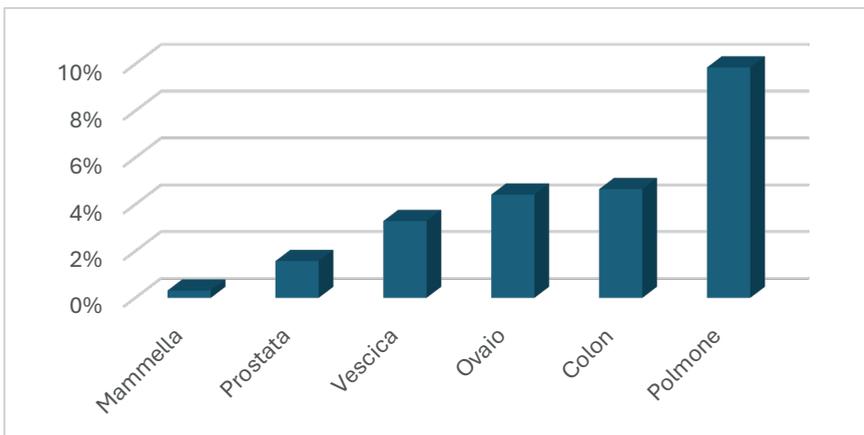
**Figura 4.84.** Costi per esami ripetuti per sede della patologia (%) costi GOM. FONTE: Elaborazione propria.

Nel passaggio dal primo al secondo periodo di rilevazione, si osserva una riduzione dei costi per esami ripetuti.



**Figura 4.85.** FONTE: Elaborazione propria.

Inoltre, anche nel secondo periodo emergono in media differenze significative ( $F=9.151$ ,  $p\text{-value} < 2.32e-08$ ) per sede della patologia; infatti, i costi ripetuti tra Pre-GOM e GOM per la sede del Polmone ammontano a €109.



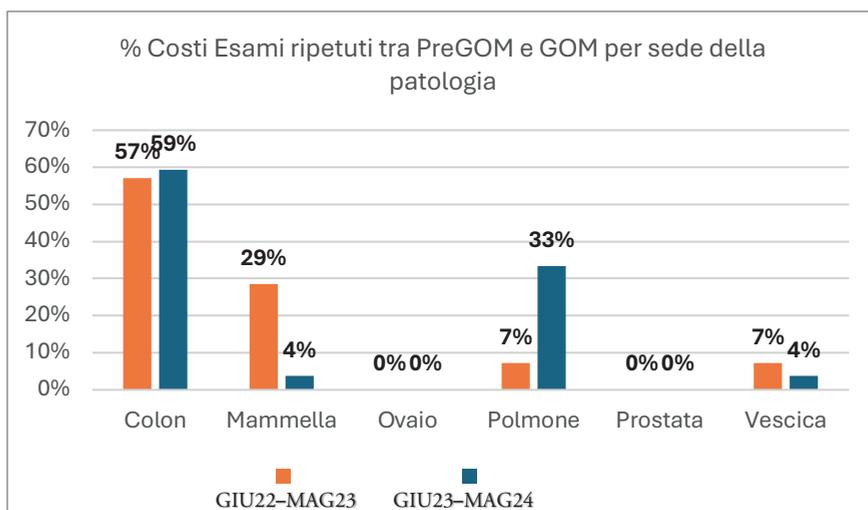
**Figura 4.86.** FONTE: Elaborazione propria.

Per le aree interne, nella rilevazione del periodo giugno 2022 – maggio 2023, le sedi del colon e della mammella risultano presentare i costi per esami ripetuti più elevati.

Nel successivo periodo di rilevazione (giugno 2023 – maggio 2024), emergono differenze significative nei costi per esami ripetuti, a seconda della sede della patologia ( $F=4.786$ ,  $p<0.00052$ ), evidenziando ancora una forte incidenza della sede tumorale.

In particolare, in questo caso, le sedi del Colon e del Polmone presentano i costi per esami ripetuti più elevati rispetto alle altre.

Inoltre, i due periodi di riferimento (giugno 2022 – maggio 2023 e giugno 2023 – maggio 2024) presentano percentuali simili relativamente all'incidenza delle sedi di colon, ovaio, prostata e vescica sui costi per gli esami ripetuti. D'altro canto, la sede della mammella ha un impatto sui costi per esami ripetuti molto più elevato nel primo periodo che nel secondo periodo, mentre la sede del polmone presenta una maggiore incidenza nel secondo.



**Figura 4.87.** FONTE: Elaborazione propria.

#### 18. Percentuale di pazienti con valutazione multidisciplinare in prossimità

Uno degli obiettivi della ROC è quello di garantire ai pazienti l'erogazione delle cure in prossimità. Pertanto, è stato osservato che il 54% dei

pazienti ha ricevuto, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023, una valutazione multidisciplinare in prossimità. Invece, la percentuale relativa al periodo giugno 2023 – maggio 2024 è del 52%.

### 19. *Indicatore composito di performance*

Nel complesso, la misurazione di ciascun indicatore ha consentito di ottenere, per ciascun periodo, un indicatore composito di performance (min = 0; max = 10), calcolando la media ponderata dei punteggi  $X_i$  relativi a ciascun indicatore effettivo, opportunamente normalizzati entro i relativi intervalli di riferimento.

Per il periodo giugno 2022 – maggio 2023, considerando la Regione Campania nel suo complesso:

$$\sum_{i=1}^n X_i P_i = 8,57$$

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

- Indicatore composito della Area strategica I (Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie): 4.67
- Indicatore composito della Area Strategica II (Impiego delle risorse): 3.40
- Indicatore composito per l'Area Strategica III (Performance della rete): 0.50

Viceversa, per il periodo giugno 2023 – maggio 2024, considerando l'intera Regione:

$$\sum_{i=1}^n X_i P_i = 9,56$$

Le aree interne, invece, relativamente a giugno 2022 – maggio 2023, presentano:

$$\sum_{i=1}^n X_i P_i = 9,74$$

Invece, per il periodo giugno 2023 – maggio 2024:

$$\sum_{i=1}^n X_i P_i = 10$$

Da questi risultati, la ROC si conferma un eccellente modello organizzativo, con una valutazione molto positiva.

#### 4.3.1. *Patient–Reported Experience Measures (PREMs)*

Negli ultimi anni, si è registrato un miglioramento importante nell'assistenza oncologica in molte Regioni, anche in quelle storicamente meno performanti, quali la Campania stessa. Sicuramente, tra i fattori che hanno contribuito a questo risultato, si riscontrano la riorganizzazione secondo il modello a rete e l'ottimizzazione del percorso del paziente. Nonostante ciò, persistono ugualmente disparità regionali significative, in grado di impattare sul tasso di sopravvivenza e alimentare la mobilità passiva, con il flusso di pazienti dalle regioni del Sud a quelle del Nord, in cerca di servizi assistenziali migliori e più soddisfacenti.

Alla luce di ciò, le Patient–Reported Experience Measures (PREMs) descritte nel terzo capitolo permettono di valutare gli aspetti principali, sulla base di indicatori essenziali, i quali misurano l'efficacia dei servizi sanitari ed evidenziano le aree che necessitano interventi.

In particolare, i questionari condotti in Campania e a livello nazionale mostrano progressi significativi, ma anche alcune criticità persistenti, soprattutto in termini di accessibilità e tempestività delle cure.

I pazienti oncologici, infatti, considerano la fase prima della diagnosi formale, quando i primi sintomi o test preliminari sollevano dubbi, come una delle più delicate dell'intero percorso di cura; essi sperimentano, proprio in questo momento, alti livelli di incertezza e stress, principalmente legati ai lunghi tempi di attesa prima della conferma diagnostica. Nello specifico, le aree interne della Campania sono particolarmente affette da questo problema, scatenando ansia e frustrazione per i pazienti. Infatti, i ritardi nel processo di diagnosi impattano il benessere psico–fisico del paziente, in quanto l'assenza di risposte tempestive alimenta una preoccupazione costante. Inoltre, i pazienti lamentano spesso, soprattutto in questa fase, una comunicazione inefficace

con i medici; molte persone, infatti, riferiscono di aver ricevuto risposte incomplete o poco chiare, il che rafforza il senso di vulnerabilità che, naturalmente, essi già sperimentano.

Ne risulta, dunque, che la comunicazione medico-paziente sia un'area cruciale di intervento. Tra i miglioramenti suggeriti, si riscontrano senz'altro l'uso di un linguaggio più semplice ed accessibile e soprattutto la riduzione dei tempi di attesa per i test diagnostici, attraverso un efficientamento delle operazioni e dell'accessibilità dei servizi.

La fase successiva, ovvero quella della presa in carico, risulta altrettanto critica, in quanto costituisce l'inizio del vero e proprio trattamento, con l'avvio del percorso diagnostico-terapeutico e la definizione di un piano di cura personalizzato. È stato riscontrato, in questo caso, un grado di soddisfazione variabile, a seconda della regione di residenza e dell'efficienza delle reti oncologiche locali. Al contempo, un aspetto molto apprezzato dai pazienti è il coinvolgimento attivo nelle decisioni cliniche, attraverso un approccio partecipativo che consenta di intervenire nelle scelte relative al proprio trattamento.

La fase della diagnosi, poi, è generalmente vissuta con un'intensa ansia e preoccupazione; anche in questo caso, fondamentale è l'approccio empatico del personale sanitario e la sensibilità nella comunicazione, a volte apparentemente fredda o distante. Ovviamente, anche la chiarezza nelle spiegazioni è fondamentale nel consentire ai pazienti di affrontare il percorso in modo più consapevole, anche nel generale processo di elaborazione ed accettazione della malattia.

La fase della cura, invece, poiché coinvolge sia aspetti fisici che psicologici, è particolarmente delicata per i pazienti oncologici; chiaramente, la qualità delle cure è uno degli aspetti più apprezzati, ed i pazienti nelle aree interne riscontrano una difficoltà maggiore nell'accesso a determinati trattamenti avanzati, come la radioterapia. Tra l'altro, uno degli aspetti più critici riguarda il supporto psicologico, spesso insufficiente nelle aree rurali ma fondamentale nel gestire il pesante carico emotivo.

Infine, la fase del follow-up, se eseguita in maniera regolare e ben pianificata, comporta una maggiore soddisfazione; viceversa, l'assenza di un follow-up tempestivo può innescare un senso di abbandono nell'animo del paziente.

Nonostante la rete oncologica abbia apportato dei progressi in termini di continuità delle cure, molti pazienti, soprattutto quelli residenti in aree periferiche, devono ancora affrontare difficoltà logistiche, con lunghi e faticosi spostamenti per le visite ed i trattamenti. Sebbene, infatti, siano stati introdotti strumenti di telemedicina, come il teleconsulto, questi sono ancora poco utilizzati nelle aree interne, per mancanza di infrastrutture adeguate, competenze digitali limitate e carenza di copertura internet.

Nel complesso appare evidente che, molto spesso, l'onere della costruzione del percorso di cura sia a carico esclusivo del paziente o dei suoi familiari. Mancano, in altre parole, modelli di presa in carico che possano definire le tappe di un processo diagnostico e di successiva cura e gestione della patologia. Lo stesso percorso di cura, tra l'altro, dipende da una serie di fattori concomitanti piuttosto che far parte di un processo personalizzato di gestione della patologia, con conseguenti differenze, anche profonde, nell'esperienza individuale dei pazienti campani.

Per tale motivo, rafforzare la rete di servizi locali, per una gestione ed un'assistenza semplice ed efficace, rappresenta una delle priorità per migliorare la complessiva esperienza del paziente.

Più nel dettaglio, per il periodo giugno 2022 – maggio 2023, relativamente alle aree interne, i questionari somministrati ai pazienti hanno mostrato preoccupazioni che riguardano principalmente queste tematiche, con questa frequenza:

**Tabella J.** Rilevamento giugno 2022 – maggio 2023. FONTE: Elaborazione propria.

Parola	Frequenza
tempi	15
attesa	15
esami	7
struttura	7
empatia	7
personale	7
organizzazione	7
visite	6
lunghi	4
terapie	4
supporto	3

Questa analisi, dunque, rafforza ulteriormente l'idea che i problemi di “attesa” e “tempi” siano centrali; inoltre, la struttura, l'organizzazione e il personale giocano un ruolo cruciale nell'erogazione della terapia e nel benessere del paziente. Tra l'altro, il bisogno di empatia e supporto (anche psicologico) evidenziano una richiesta di attenzioni continuative.



**Figura 4.88.** Word cloud dei PREMs giugno 2022 – maggio 2023 aree interne. FONTE: Elaborazione propria.

Anche per il secondo periodo di rilevazione (giugno 2023 – maggio 2024), nelle aree interne, le criticità sono sostanzialmente legate ai medesimi aspetti. Tra le parole più usate nei PREMs, infatti, si trovano:

**Tabella K.** Parole più usate. FONTE: Elaborazione propria.

Parola	Frequenza
supporto	2
psicologico	2
esami	2
attesa	2
comunicazione	1
personale	1
medico	1
lunga	1
velocità	1
tempi	1
lunghe	1
organizzazione	1
attenzione	1
dettagli	1
chiarezza	1
gentilezza	1

Esse pongono ancora l'accento sulla necessità di un maggiore supporto emotivo e psicologico, su una comunicazione più attenta caratterizzata da gentilezza e chiarezza espositiva, un'organizzazione più curata e tempi di attesa più brevi.



**Figura 4.89.** Word cloud dei PREMs giugno 2023 – maggio 2024 aree interne.  
 FONTE: Elaborazione propria.

#### 4.3.2. *Terapie di prossimità: un focus sui Distretti*

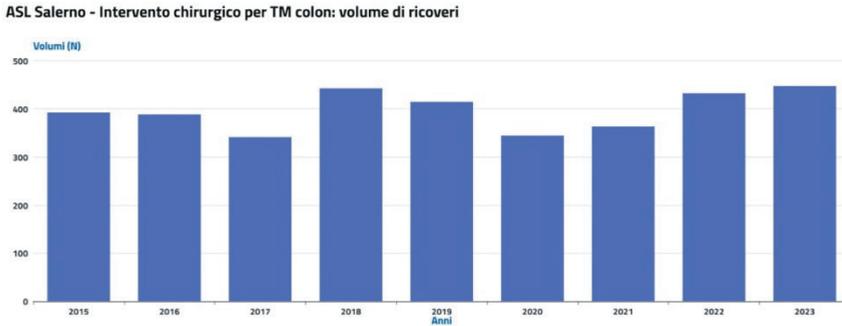
Come accennato in precedenza, in virtù della difficoltà di reperimento dei dati, i Distretti sanitari di Salerno sono stati oggetto esclusivamente di un'analisi basata su dati secondari, scaricati dal portale del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Nello specifico, i Distretti corrispondono a:

- Giffoni Valle Piana;
- Capaccio/Rocccadaspide;
- Vallo della Lucania/Agropoli;
- Sapri;
- Sala Consilina/Polla.

Risulta pertanto opportuno osservare i risultati elaborati, filtrando innanzitutto per Area di Residenza–ASL di Salerno.

*1. Indicatore di struttura: volume di ricoveri per area di residenza TM colon*



**Figura 4.90.** FONTE: PNE.

Come mostrato in figura, si registra un incremento nel volume di ricoveri per l'intervento chirurgico associato al tumore del colon; in particolare, dai 432 casi del 2022 ai 447 del 2023.

Per il 2023, i residenti campani afferenti all'ASL di Salerno che si sono ricoverati in Campania sono 386, mentre 61 hanno optato per un'altra Regione. Dei 386, 156 pazienti hanno deciso di rivolgersi a strutture al di fuori del salernitano.

Viceversa, gli altri 230 si sono recati presso strutture situate a Salerno e provincia.

Con riferimento agli specifici distretti individuati e ai soli residenti in Campania, sono stati registrati:

- 40 ricoveri presso la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis, nel distretto di Vallo della Lucania, corrispondenti al 17% del totale a Salerno;
- 23 ricoveri presso il Presidio Ospedaliero Luigi Curto, nel distretto di Polla, equivalenti al 10% del totale a Salerno.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri

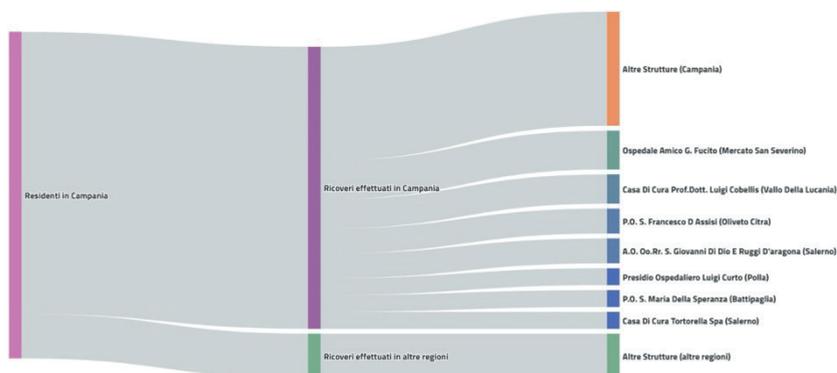


Figura 4.91. FONTE: PNE.

Si osservino adesso, sempre per l'ASL di Salerno, i dati relativi alla *mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno del colon (TM colon)*, un indicatore di esito.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni

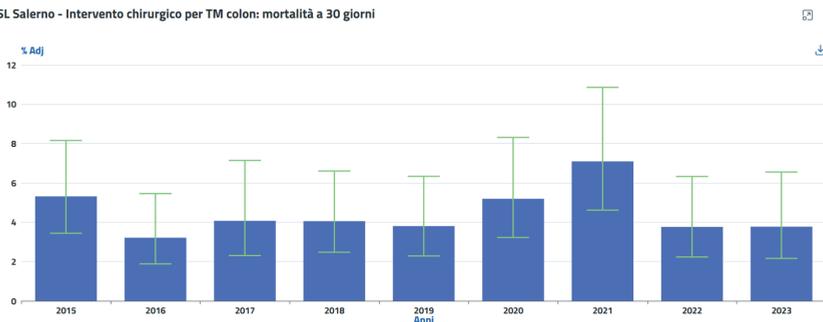


Figura 4.92. FONTE: PNE.

L'asse delle Y indica la percentuale corretta di mortalità a 30 giorni, ossia con i dati adeguati ai fattori di rischio (età, comorbidità, ecc.). Nel 2023 essa è stata pari a 3,77%.

In particolare, il valore più basso è stato registrato nel 2016, mentre quello più alto nel 2021; dopo tale picco, la mortalità sembra ridursi nuovamente nel 2022 e 2023.

Il numero di interventi chirurgici per tumore al colon considerati per questo indicatore, nella struttura riportata, è di 68.

Viceversa, per il Presidio Ospedaliero Luigi Curto, nel distretto di Polla, il numero considerato per l'indicatore è pari a 40.

2. *Indicatore di struttura: volume di ricoveri per area di residenza TM mammella*

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri

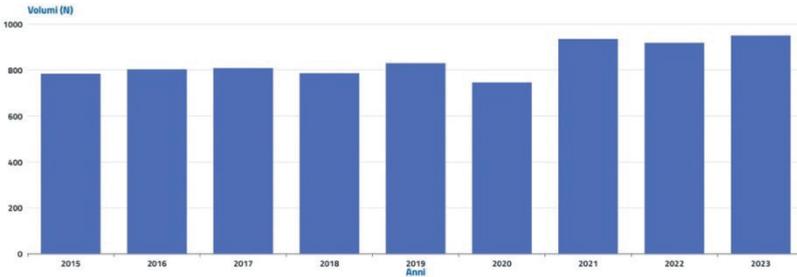


Figura 4.93. FONTE: PNE.

Nel caso del tumore alla mammella, il volume di ricoveri è molto elevato: nel 2023, ad esempio, esso ha toccato quota 949, contro i 917 del 2022.

Dei 949 ricoveri, in particolare, 833 pazienti dell'ASL di Salerno sono stati poi effettivamente ricoverati in Regione, dei quali 668 in strutture salernitane. Nello specifico dei distretti considerati, si osservano:

- 76 ricoveri presso la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis, nel distretto di Vallo della Lucania, ossia l'11% del totale su Salerno.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri

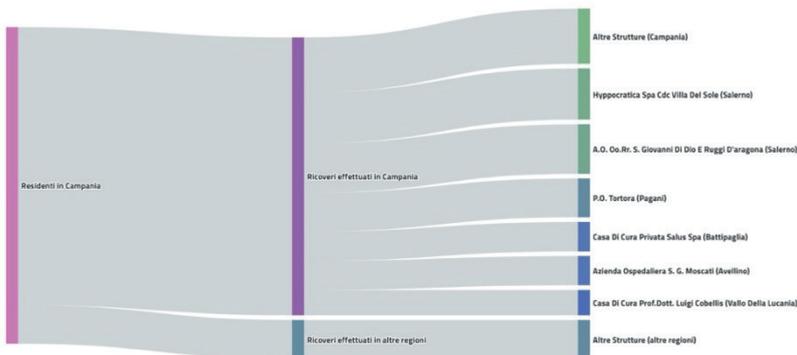


Figura 4.94. FONTE: PNE.

Come indicatore di processo si osservi, in questo caso e per l'ASL di Salerno, la *proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni dall'intervento chirurgico conservativo*:

ASL Salerno - Proporzioe di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

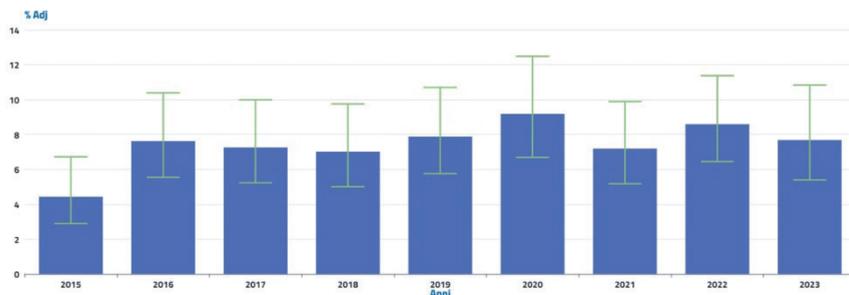


Figura 4.95. FONTE: PNE.

La percentuale corretta di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni nel 2023 è pari a 7.68%, inferiore rispetto all'8.59% del 2022.

In particolare, su 522 casi esaminati per questo indicatore, 465 corrispondono a ricoveri in Campania, dei quali 54 presso la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis, nel distretto di Vallo della Lucania.

### 3. Indicatore di struttura: volume di ricoveri per area di residenza TM prostata

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri

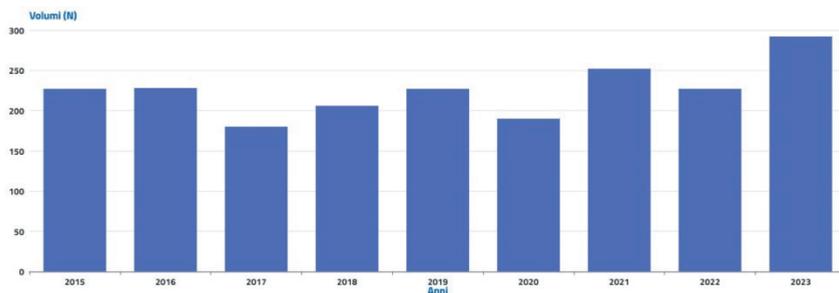


Figura 4.96. FONTE: PNE.

Per quel che concerne il tumore alla prostata, il volume di ricoveri presso l'ASL di Salerno è decisamente cresciuto nel 2023, rispetto agli altri anni, raggiungendo i 292 casi.

Tra questi, è interessante notare che oltre la metà dei residenti in Campania (147) sia stata ricoverata fuori Regione; dei restanti 145, invece, 42 ricoveri sono stati registrati in altre strutture della Campania, e pertanto vanno esclusi dal calcolo. Dei 103 restanti, si segnalano:

- 35 ricoveri per la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis, nel distretto di Vallo della Lucania, vale a dire il 34%.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri

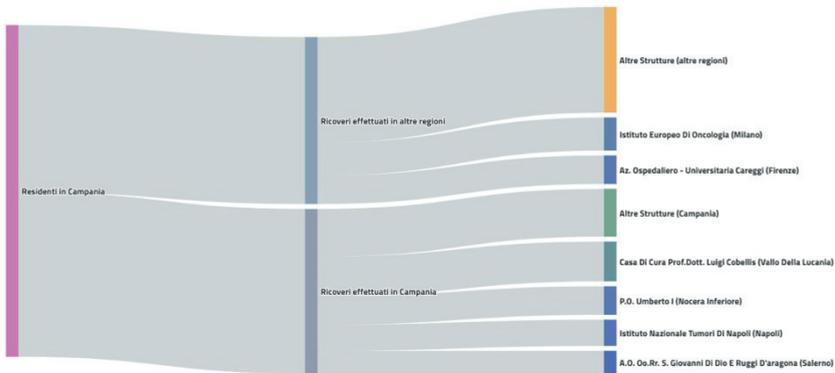


Figura 4.97. FONTE: PNE.

In questo caso, si osservi come indicatore di processo per l'ASL di Salerno la *proporzione di riammissioni a 30 giorni*. Come osservato, per il 2023 la percentuale di riammissioni si è abbassata, attestandosi ad un valore di circa 0.80%.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni

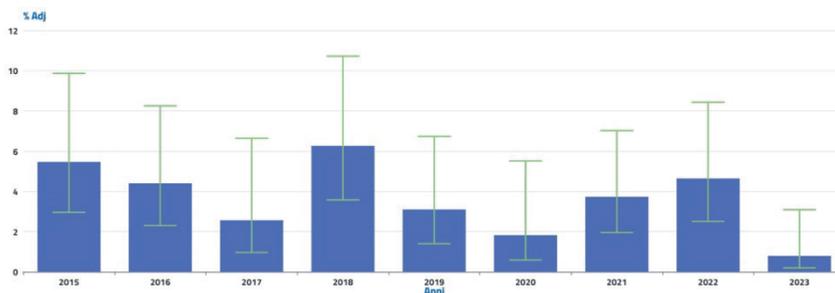


Figura 4.98. FONTE: PNE.

Nello specifico, dei 249 casi esaminati (dei quali 125 ricoveri effettuati in Campania), quelli presso la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Colbellis sono 33.

#### 4. Indicatore di struttura: volume di ricoveri per area di residenza TM vescica

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri

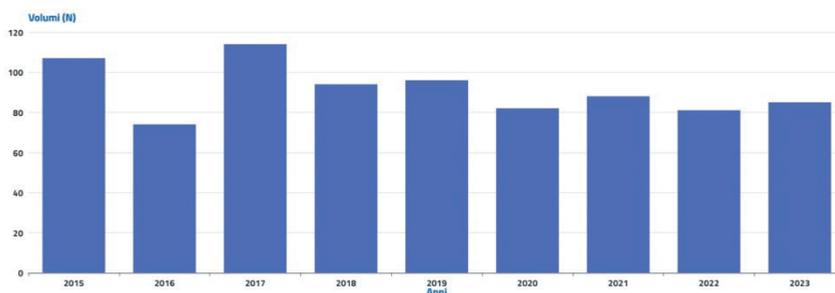


Figura 4.99. FONTE: PNE.

Il volume di ricoveri per tumore alla vescica presso l'ASL di Salerno è, invece, leggermente aumentato nel 2023 (85 casi contro gli 82 del 2022), ma comunque più basso del picco raggiunto nel 2017 (114).

Di questi 85, i ricoveri effettuati in Campania sono 57; escludendo i 6 di Napoli ed i 13 di altre strutture campane, ne risulta che 38 siano stati effettuati a Salerno. Tra questi:

- 12 presso la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis di Vallo della Lucania, cioè il 32%;
- 5 presso il P.O. Vallo della Lucania, ossia il 13%.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri

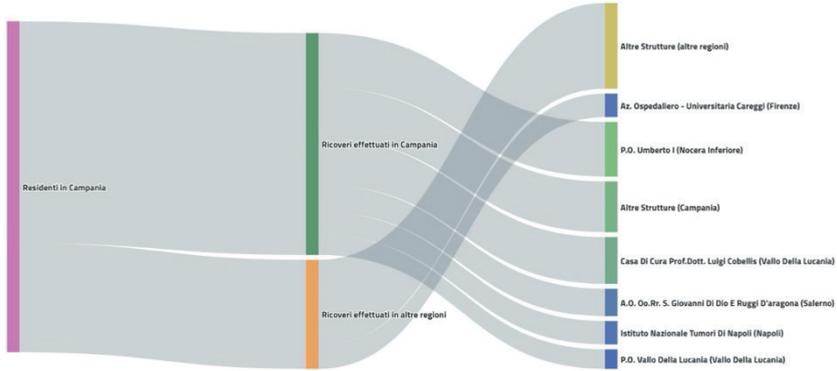


Figura 4.100. FONTE: PNE.

Non si dispone, purtroppo, di sufficienti dati per un'analisi degli indicatori di processo o di esito.

5. *Indicatore di struttura: volume di ricoveri per area di residenza TM polmone*

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri

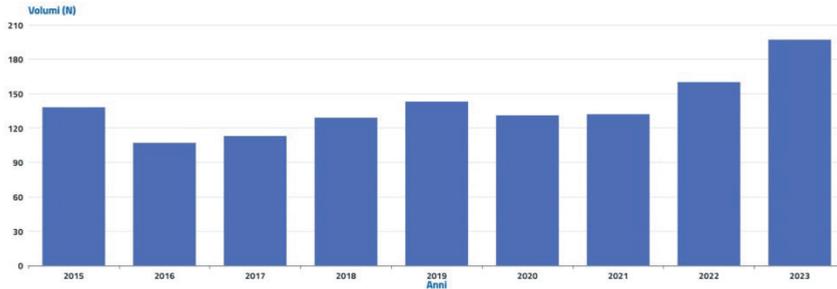


Figura 4.101. FONTE: PNE.

Il 2023, come visibile dal diagramma, registra un aumento nel volume di ricoveri per l'ASL di Salerno, con 197 casi. Tra questi, 133 sono stati i ricoveri effettuati in Regione ma, stando ai dati, nessuno in strutture del Salernitano.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri

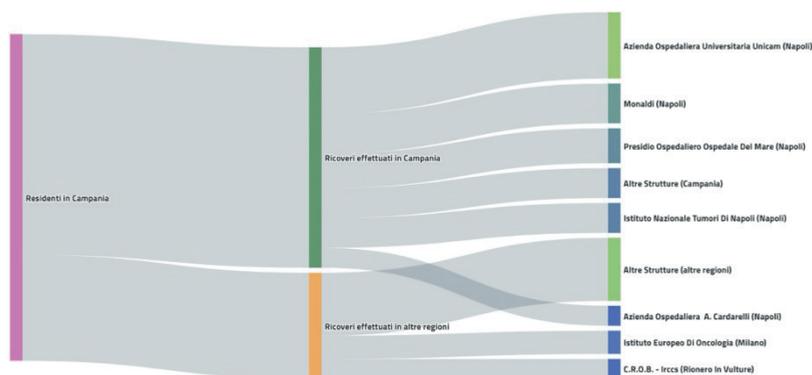


Figura 4.102. FONTE: PNE.

Si dispone, tuttavia, dell'indicatore di esito *Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 90 giorni*, che mostra questo specifico scenario:

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 90 giorni

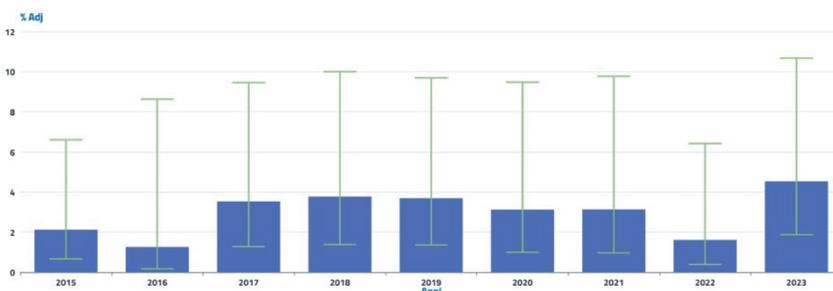


Figura 4.103. FONTE: PNE.

Si osserva, dunque, che per il 2023 la percentuale di mortalità a 90 giorni sia aumentata fino al valore del 4.53%, sui 367 casi esaminati.

## 6. Indicatore di struttura: volume di ricoveri per area di residenza TM ovaio

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri

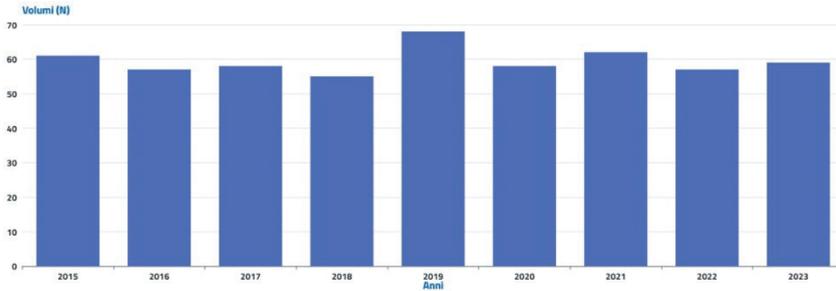


Figura 4.104. FONTE: PNE.

Allo stesso tempo, la situazione relativa al tumore all'ovaio si è mantenuta, in termini di volume di ricoveri, piuttosto stabile negli ultimi anni. Si osserva infatti un numero di ricoveri pari a 59, con riferimento all'ASL di Salerno, nel 2023, rispetto ai 57 del 2022. Più nel dettaglio, i ricoveri effettuati in Campania sono stati 37, dei quali solo 9 a Salerno e provincia. Infatti, si rilevano:

- 3 ricoveri presso la Casa di Cura Prof. Dott. Luigi Cobellis di Vallo della Lucania, che corrispondono al 33% del totale sul salernitano.

ASL Salerno - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri

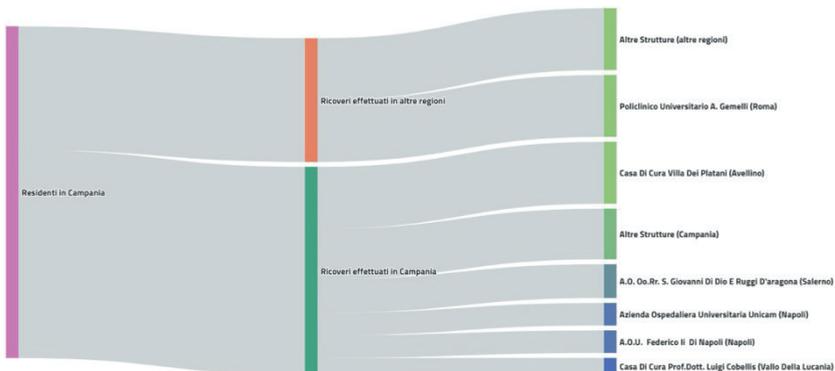
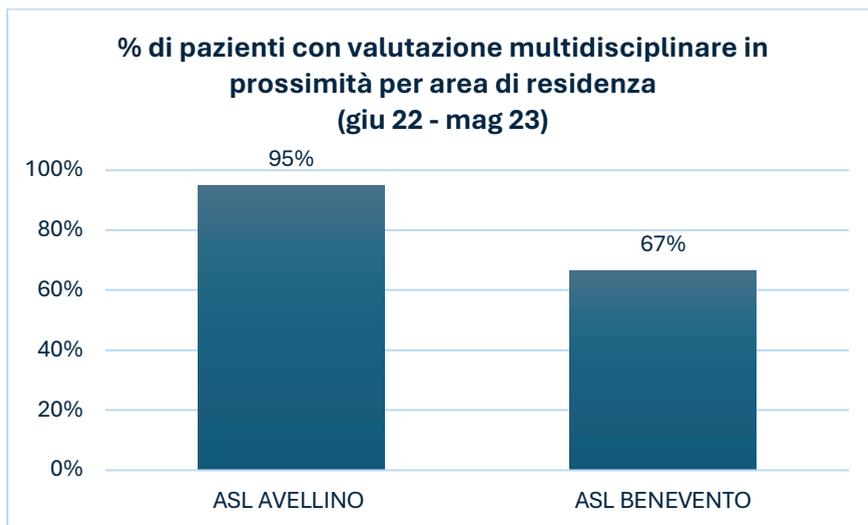


Figura 4.105. FONTE: PNE.

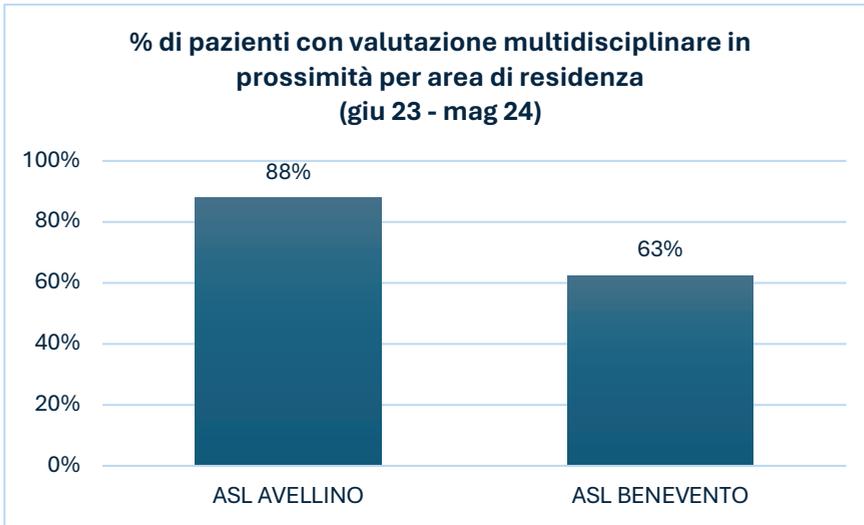
Anche in questo caso, tuttavia, non è disponibile un indicatore di processo o di esito, per insufficienza di dati.

Spostandoci su Avellino e Benevento, per il periodo giugno 2022 – maggio 2023, è stato osservato che il 95% di pazienti che risiede ad Avellino riceve una valutazione multidisciplinare proprio ad Avellino; invece, il 67% di pazienti che risiede a Benevento riceve la valutazione lì.



**Figura 4.106.** FONTE: Elaborazione propria.

Per il periodo successivo, ovvero sia giugno 2023 – maggio 2024, le percentuali scendono rispettivamente all'88% per Avellino e al 63% per Benevento.



**Figura 4.107.** FONTE: Elaborazione propria.

Nel complesso, per le aree interne (Avellino, Benevento e distretti di Salerno), la percentuale di pazienti che riceve una valutazione multidisciplinare in prossimità, nel periodo giugno 2022 – maggio 2023 è pari al 56%.

Per il periodo successivo, tale percentuale è del 55%.

È da notare, infine, che la percentuale è calcolata come il totale di pazienti residenti ad Avellino o Benevento e che riceve la valutazione multidisciplinare in prossimità, sul totale di pazienti ivi residente.

Inoltre, come anticipato nella sezione relativa alla metodologia, è stato deciso di integrare la medesima analisi PNE anche alle aree di Avellino e Benevento.

Si ricorda, inoltre, che il filtro applicato per area di residenza mostra, per ciascuna ASL di riferimento, il numero di pazienti ad essa afferenti che riportano la patologia. Gli stessi pazienti possono poi essere stati ricoverati sul territorio, o alternativamente in altre strutture, dislocate in Regione o nel resto d'Italia.

Dunque, osserviamo la situazione di Avellino.

Relativamente al tumore al colon, si registra che:

- 164 pazienti afferenti all'ASL di Avellino sono stati ricoverati nel 2023, rispetto ai 157 del 2022
- di questi ultimi, 139 sono stati ricoverati in Campania
- 67 ad Avellino
- di cui 51 all'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati (Avellino) e 16 alla Casa Di Cura Villa Maria (Mirabella Eclano).

Inoltre, la percentuale corretta di mortalità a 30 giorni risulta essere uguale al 5.93% su 290 osservazioni, ed è in rialzo rispetto all'anno precedente.

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri

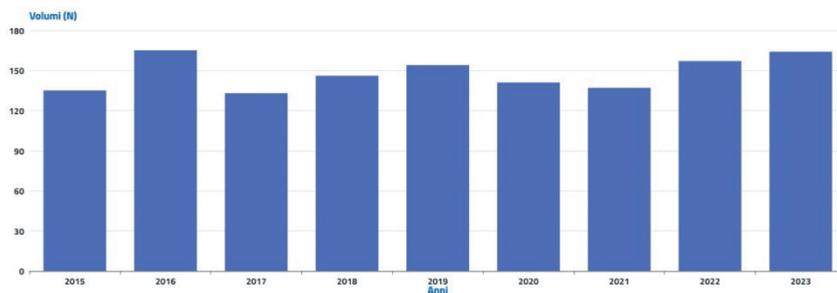


Figura 4.108. FONTE: Elaborazione propria.

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni

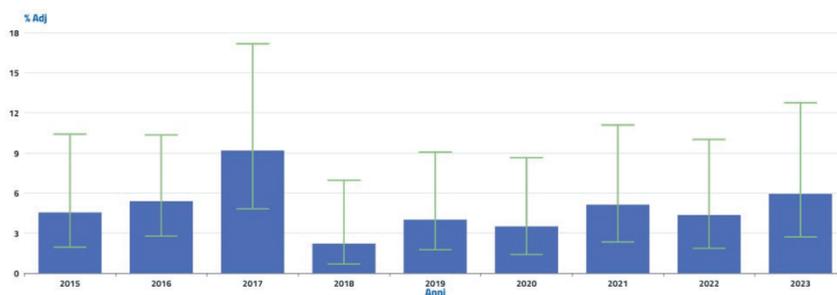


Figura 4.109. FONTE: Elaborazione propria.

Per quanto riguarda il tumore alla mammella, invece:

- il volume di ricoveri è stato pari a 343 nel 2023, rispetto ai 297 del 2022

- 292 sono stati i ricoveri in Campania
- dei quali 242 presso l'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati (Avellino)
- 54 in altre strutture campane
- 47 fuori Regione.

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri

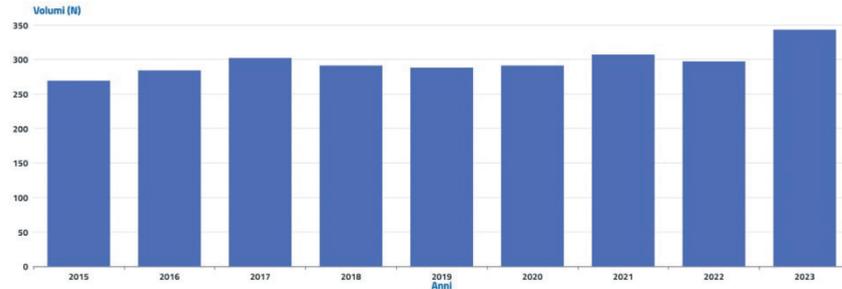


Figura 4.110. FONTE: PNE.

Inoltre, la proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni dall'intervento chirurgico conservativo su 189 casi è pari al 6.47%, in evidente calo rispetto al 2022.

ASL Avellino - Proporzioe di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

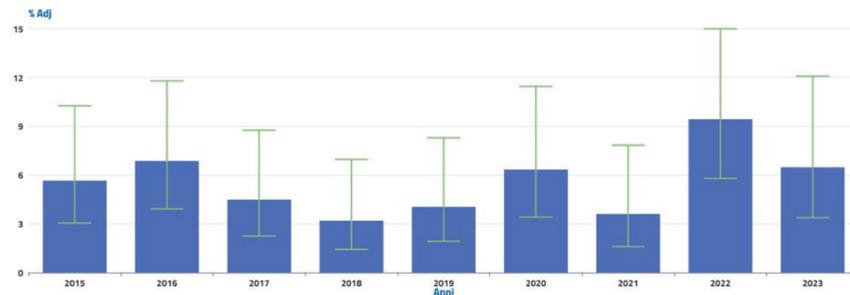


Figura 4.111. FONTE: PNE.

Per la prostata, invece, si registrano:

- 105 ricoveri nel 2023 (rispetto ai 106 del 2022)
- soli 56 ricoverati in Campania
- dei quali 13 al Moscati e 8 alla Casa Di Cura S. Rita (Atripalda, AV).

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri

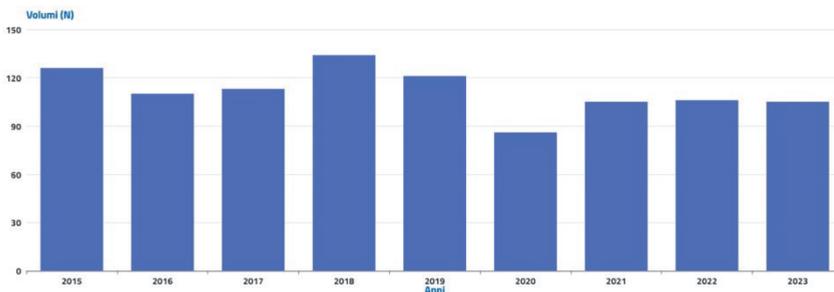


Figura 4.112. FONTE: PNE.

Le riammissioni a 30 giorni (indicatore di processo), sono in aumento nel 2023, con una percentuale corretta pari al 4,53% su 90 osservazioni.

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni

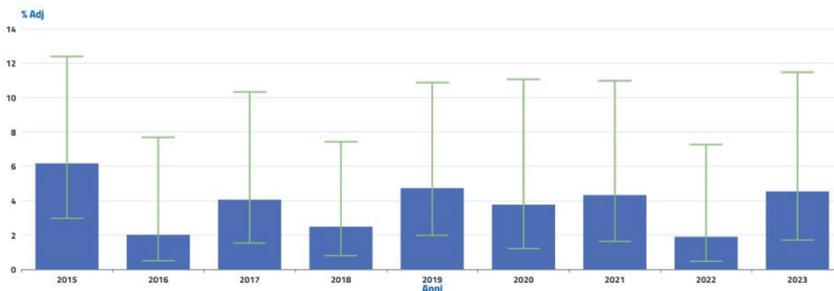


Figura 4.113. FONTE: PNE.

Il tumore alla vescica, invece, presenta i seguenti numeri:

- 39 ricoveri totali
- 23 effettuati in Campania
- 11 al Moscati di Avellino

Non si dispone di un indicatore di esito e/o processo.

Per quel che concerne il tumore al polmone, sono stati osservati:

- 78 ricoveri nel 2023 rispetto ai 66 del 2022
- di questi, 61 effettuati in Regione

- 33 al Moscati
- 4 al Plesso A. Landolfi Solofra (Solofra, AV).

Inoltre, su 141 osservazioni, è stata registrata una mortalità a 90 giorni, nel 2022, pari al 3.78%.

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 90 giorni

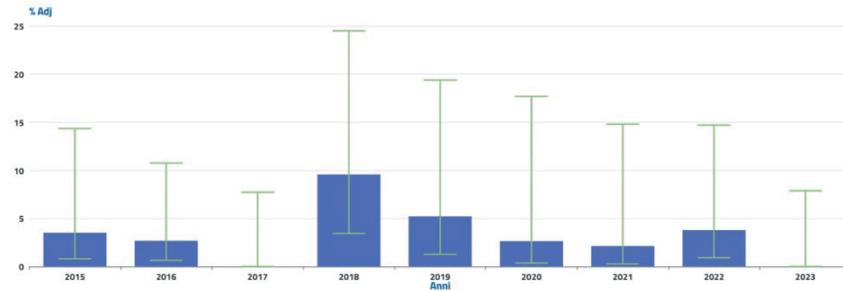


Figura 4.114. FONTE: PNE.

Infine, per il tumore all'ovaio:

- 23 ricoveri nel 2023 rispetto ai 34 del 2022
- 15 ricoveri in Campania
- dei quali 11 presso la Casa Di Cura Villa Dei Platani (Avellino).

ASL Avellino - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri

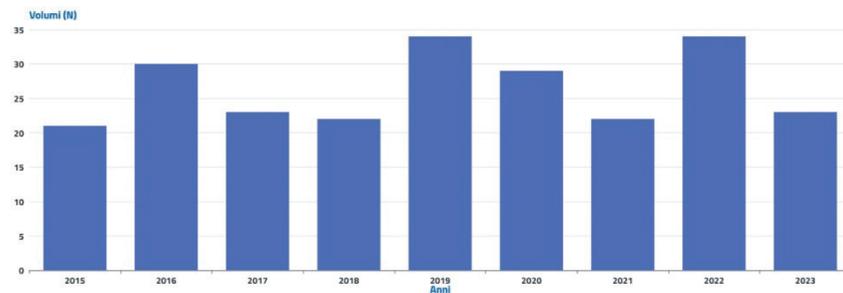


Figura 4.115. FONTE: PNE.

Non si riscontrano, invece, dati su indicatori di processo e/o esito.

Osservando la situazione di Benevento, invece, con riferimento al tumore del colon si registra:

- 159 ricoveri di pazienti beneventani nel 2023 rispetto ai 126 del 2022
- 127 ricoveri in Campania
- dei quali 46 al Presidio Ospedaliero Rummo (Benevento) e 29 all’Ospedale Sacro Cuore di Gesù “Fatebenefratelli”

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri

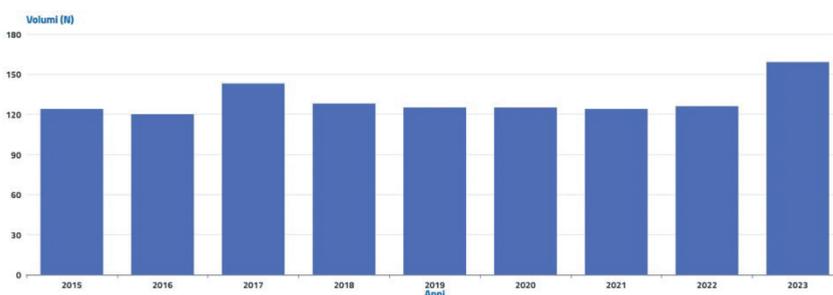


Figura 4.116. FONTE: PNE.

Inoltre, su 256 osservazioni, si osserva un tasso di mortalità a 30 giorni pari al 10.30%, in aumento rispetto al 7.85% del 2022.

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni

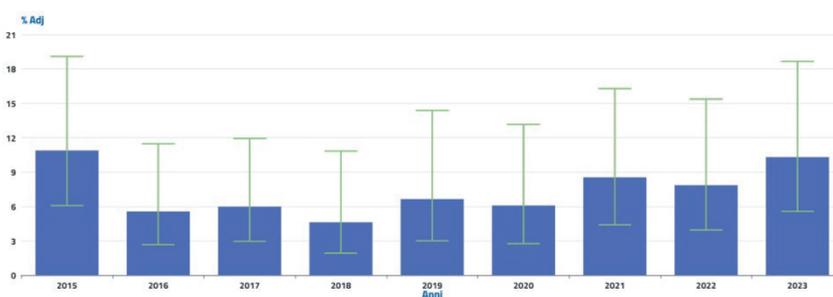


Figura 4.117. FONTE: PNE.

Spostandoci all’analisi del tumore alla mammella, si osserva:

- 218 ricoveri nel 2023, in riduzione rispetto ai 247 del 2022

- 189 ricoveri in Campania
- 71 al Presidio Ospedaliero Rummo (Benevento)

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri

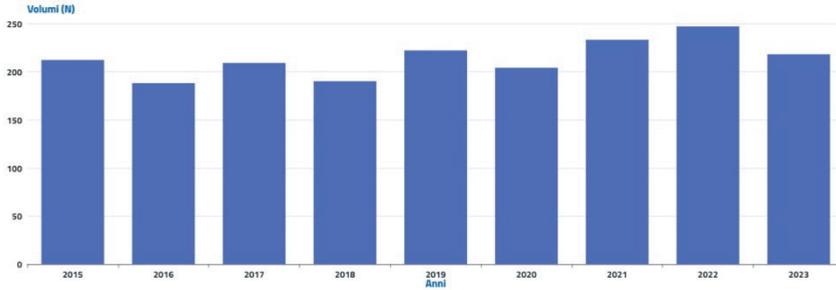


Figura 4.118. FONTE: PNE.

Tra l'altro, la proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni dall'intervento chirurgico è pari al 7.40 % (su 139 casi) nel 2023, in aumento rispetto al 4.99% del 2022.

ASL Benevento - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

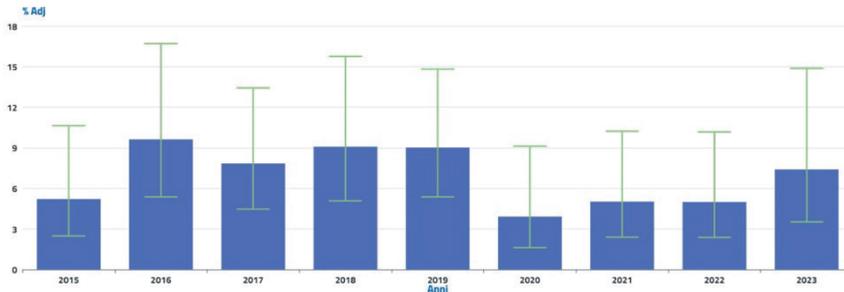
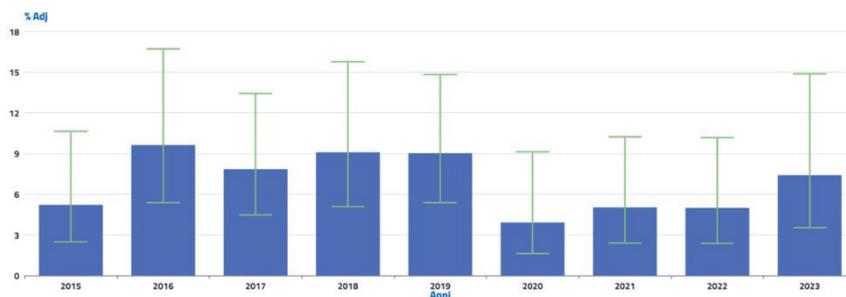


Figura 4.119. FONTE: PNE.

Il tumore alla prostata, d'altro canto, presenta i seguenti numeri:

- 71 ricoveri nel 2023 (rispetto ai 54 del 2022)
- 35 effettuati in Campania
- 19 al Presidio Ospedaliero Rummo (Benevento)

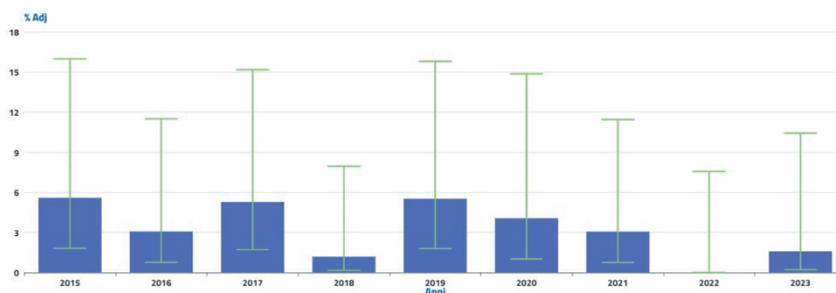
**ASL Benevento - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella**



**Figura 4.120.** FONTE: PNE.

Tra l'altro, su 62 casi osservati, le riammissioni a 30 giorni sono state pari all'1,59% nel 2023.

**ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni**



**Figura 4.121.** FONTE: PNE.

Per la vescica, invece:

- 24 ricoveri nel 2023 (21 nel 2022)
- 13 effettuati in Campania
- dei quali 9 al Presidio Ospedaliero Rummo e 2 all'Ospedale Sacro Cuore di Gesù "Fatebenefratelli" (entrambi a Benevento)

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri

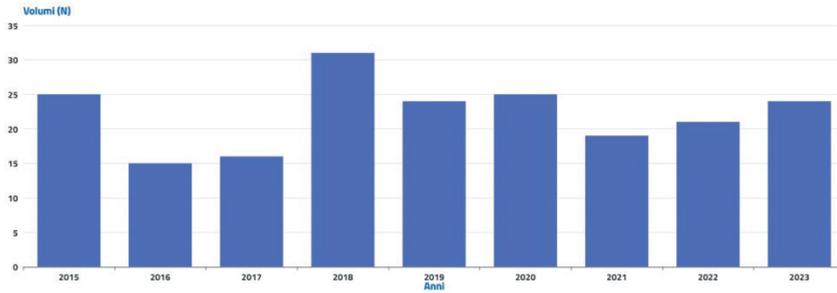


Figura 4.122. FONTE: PNE.

Non sono disponibili altri indicatori.  
Per il tumore al polmone, i dati riportano:

- 46 ricoveri nel 2023
- dei quali 30 effettuati in Campania
- nessuno a Benevento

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri

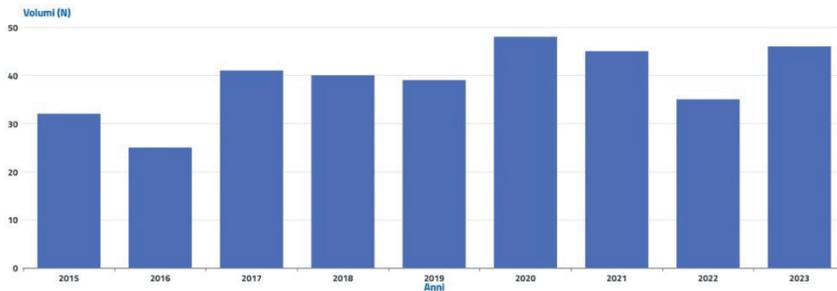


Figura 4.123. FONTE: PNE.

Inoltre, su 84 casi, la mortalità a 90 giorni dall'intervento chirurgico è del 4,35% nel 2023, in diminuzione rispetto al 2022.

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 90 giorni

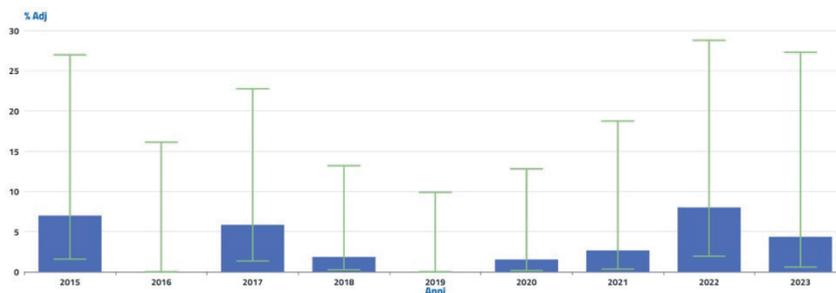


Figura 4.124. FONTE: PNE.

Infine, per il tumore all'ovaio:

- 16 ricoveri totali
- 11 effettuati in Campania
- dei quali 7 all'Ospedale Sacro Cuore di Gesù "Fatebenefratelli" e 1 al Presidio Ospedaliero Rummo (entrambi a Benevento)

ASL Benevento - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri

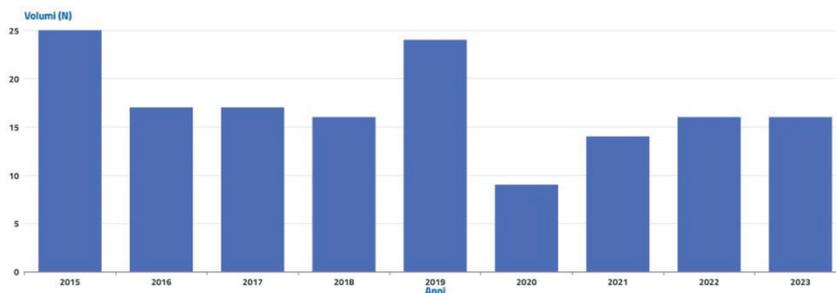


Figura 4.125. FONTE: PNE.

Non è stato possibile reperire altri indicatori.

#### 4.3.3. I risultati dell'analisi PNE per struttura

La seconda tipologia di analisi dal PNE consiste, invece, nel filtrare per struttura i dati secondari rilevati sui distretti di Salerno, al fine di valutare la performance ospedaliera.

In questo caso sono state individuate cinque strutture ospedaliere:

- Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis (Vallo della Lucania)
- Ospedale Di Roccadaspide (Roccadaspide)
- P.O. Vallo della Lucania (Vallo della Lucania)
- Presidio Ospedaliero Immacolata (Sapri).
- Presidio Ospedaliero Luigi Curto (Polla)

*1. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM colon, volume di ricoveri*

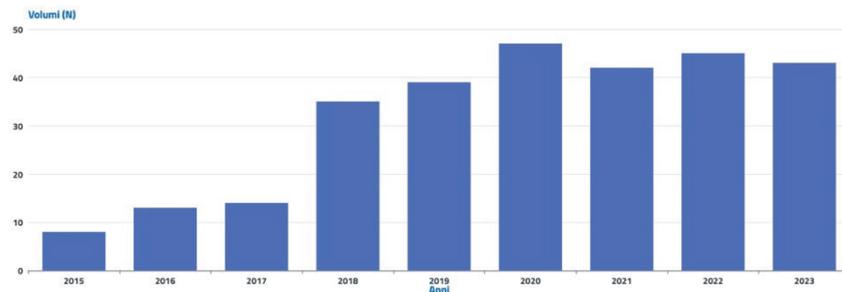
Con riferimento al tumore al colon, si è valutato l'indicatore menzionato, che ha rilevato, per ciascuna struttura, il seguente numero di casi nel 2023, in ordine decrescente:

**Tabella L.** Intervento chirurgico per TM colon, volume di ricoveri. FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis	SALERNO	2023	43
Presidio Ospedaliero Luigi Curto	SALERNO	2023	27
P.O. Vallo Della Lucania	SALERNO	2023	6
Presidio Ospedaliero Immacolata	SALERNO	2023	5
Ospedale Di Roccadaspide	SALERNO	2023	1

In particolare, osservando il trend nel corso degli anni, si rileva, per la Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis, una leggera diminuzione dei casi nel 2023 rispetto al 2022 ma, al contempo, un aumento significativo rispetto agli anni 2015–2017.

**Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.126.** FONTE: PNE.

Osservando invece la treemap, la chirurgia oncologica, per questa struttura, costituisce il 15% circa dell'intero volume di attività.

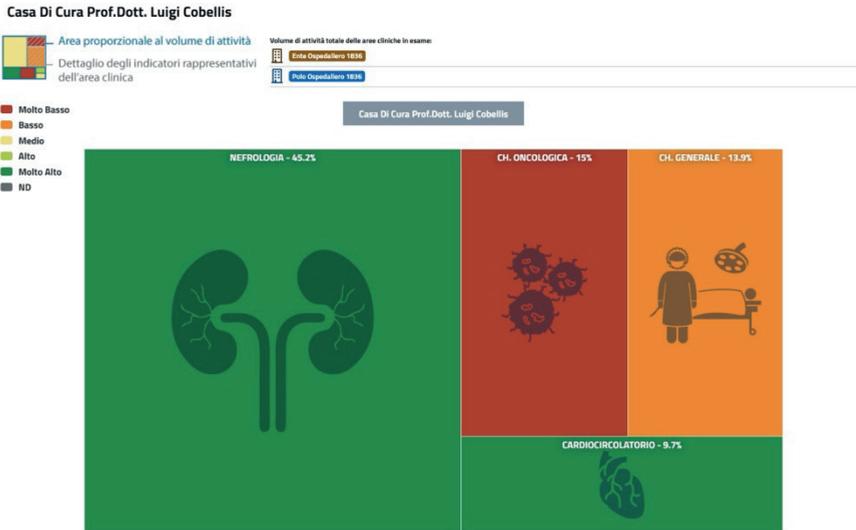


Figura 4.127. FONTE: PNE.

Per il Presidio Ospedaliero Luigi Curto, invece, il volume di ricoveri è aumentato di 6 unità nel 2023 (27) rispetto al 2022.

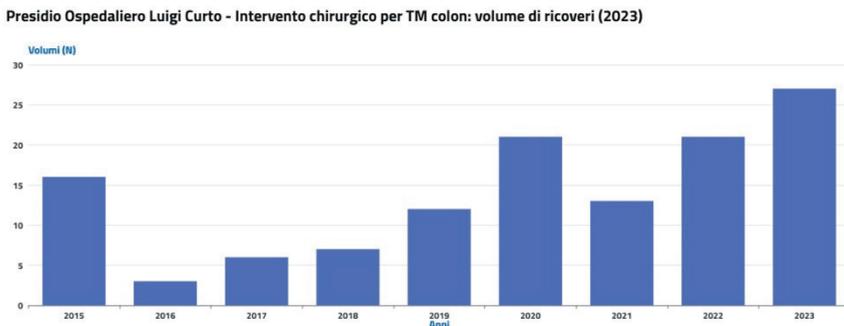


Figura 4.128. FONTE: PNE.

Invece, la chirurgia oncologica in questo caso copre il 2.7% delle attività.

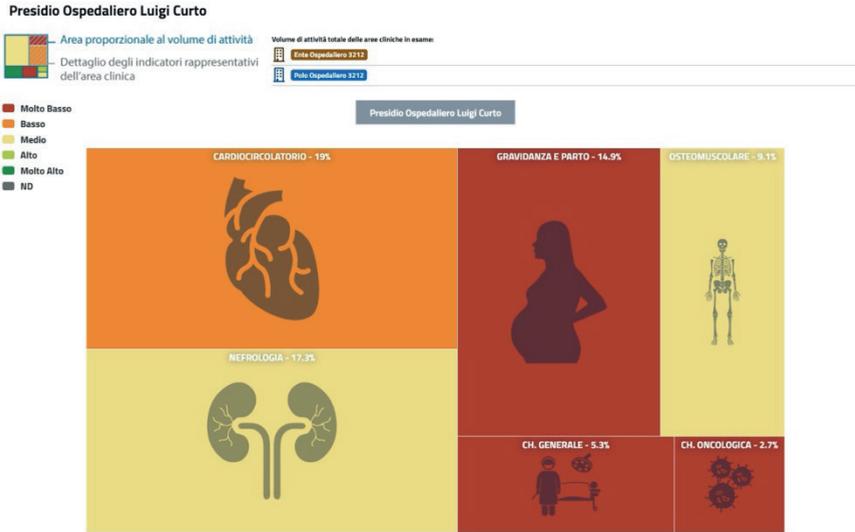


Figura 4.129. FONTE: PNE.

Il P.O. Vallo Della Lucania registra, invece, un numero più che dimezzato dal 2022(13) al 2023 (6).

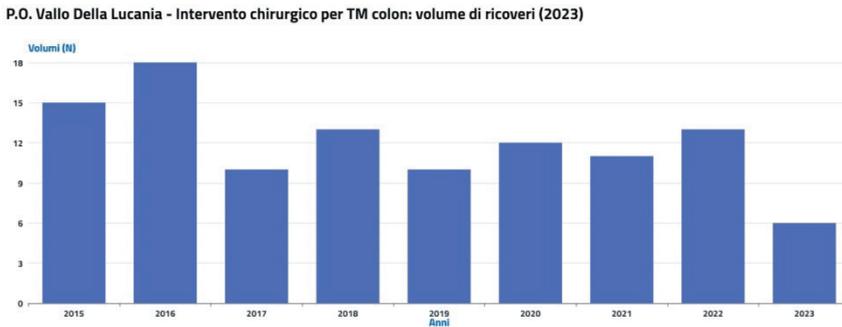


Figura 4.130. FONTE: PNE.

Inoltre, la chirurgia oncologica in questo caso è un'attività marginale rispetto alle altre.

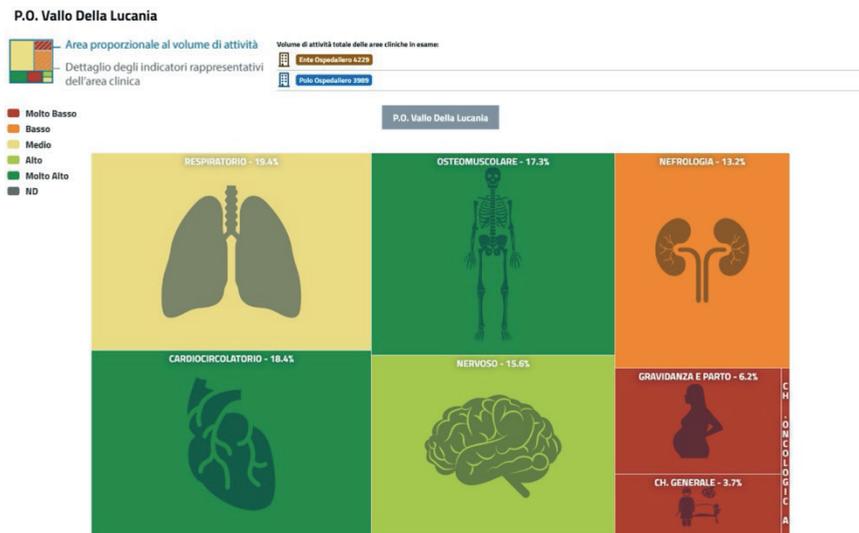


Figura 4.131. FONTE: PNE.

Anche il Presidio Ospedaliero Immacolata, inoltre, vede una leggera diminuzione (da 7 a 5) nel numero di ricoveri dal 2022 al 2023.

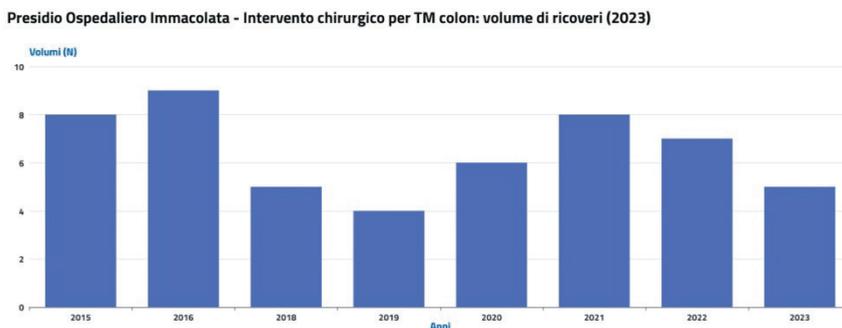


Figura 4.132. FONTE: PNE.

La stessa osservazione precedente può essere fatta anche qui, con la chirurgia oncologica che rappresenta l'1.5% del volume di attività.

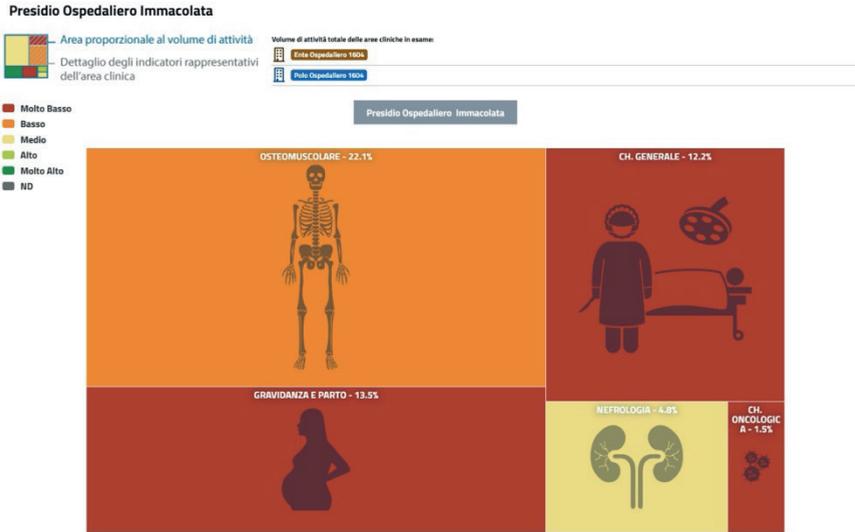


Figura 4.133. FONTE: PNE.

Infine, anche l'Ospedale di Roccadaspide registra una riduzione nel 2023, ma il numero rilevato è molto esiguo.

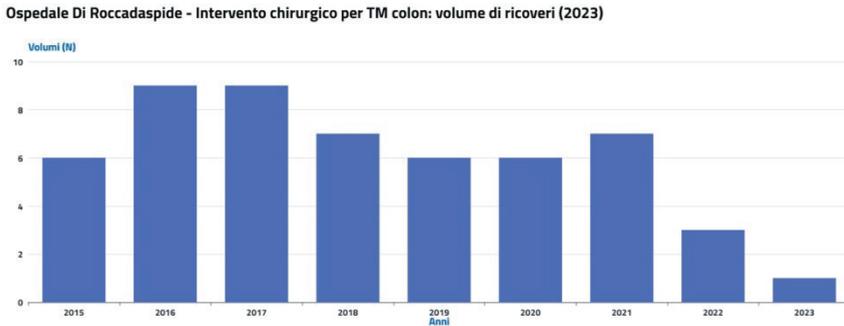


Figura 4.134. FONTE: PNE.

Difatti, la chirurgia oncologica non rientra tra le attività principali.

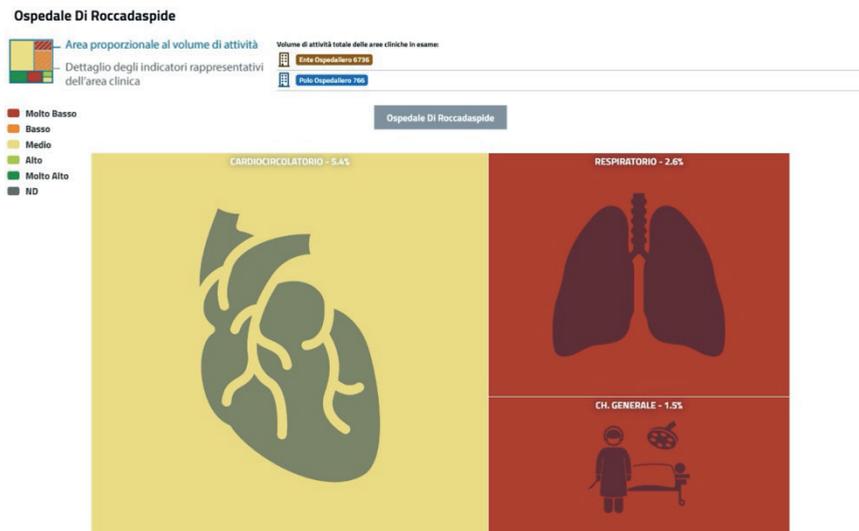


Figura 4.135. FONTE: PNE.

Tra le strutture appena elencate, è disponibile, per la sola Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis di Vallo della Lucania, l'indicatore di esito: Intervento chirurgico per TM colon, mortalità a 30 giorni.

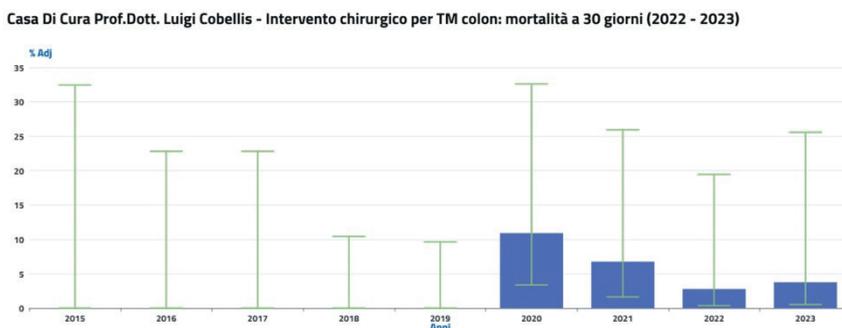


Figura 4.136. FONTE: PNE.

Come riportato in figura, la percentuale corretta di mortalità a 30 giorni per il tumore al colon della struttura indicata è di 3.77%, in aumento rispetto al 2022 ma minore del 2021 e soprattutto del 2020.

2. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM mammella, volume di ricoveri*

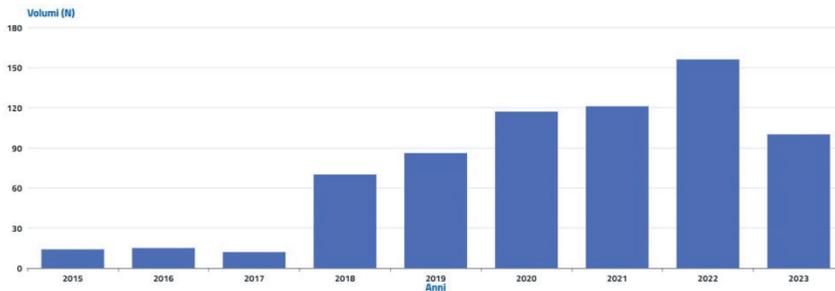
Per il tumore alla mammella, invece, si rileva, per ciascuna struttura, il seguente numero di casi nel 2023, in ordine decrescente:

**Tabella M.** Intervento chirurgico per TM mammella, volume di ricoveri. FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis	SALERNO	2023	100
P.O. Vallo Della Lucania	SALERNO	2023	10
Presidio Ospedaliero Luigi Curto	SALERNO	2023	6
Presidio Ospedaliero Immacolata	SALERNO	2023	3
Ospedale Di Roccadaspide	SALERNO	2023	2

In particolare, osservando il trend nel corso degli anni, si rileva per la Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis una diminuzione dei ricoveri nel 2023 (100) rispetto al 2022 (156) ma anche al 2020 e 2021.

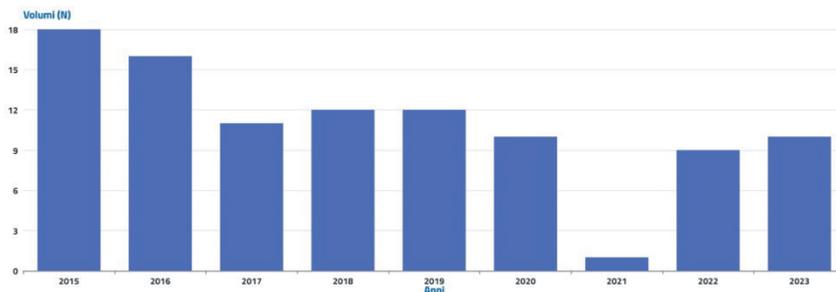
Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)



**Figura 4.137.** FONTE: PNE.

Per il P.O. Vallo Della Lucania, invece, il numero è in leggero aumento (10 contro i 9 del 2022).

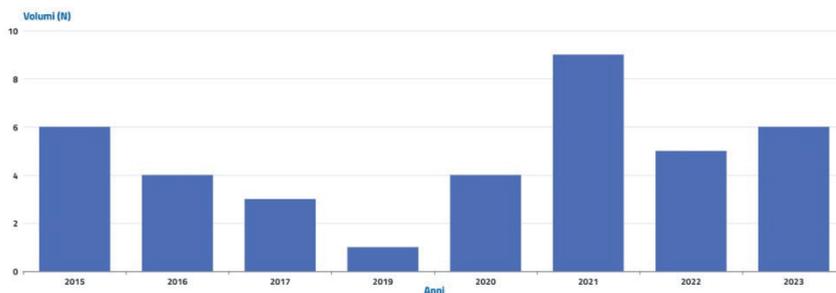
**P.O. Vallo Della Lucania - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.138.** FONTE: PNE.

Procedendo con il Presidio Ospedaliero Luigi Curto, si evidenzia un leggero aumento (da 5 a 6) tra il 2022 e il 2023.

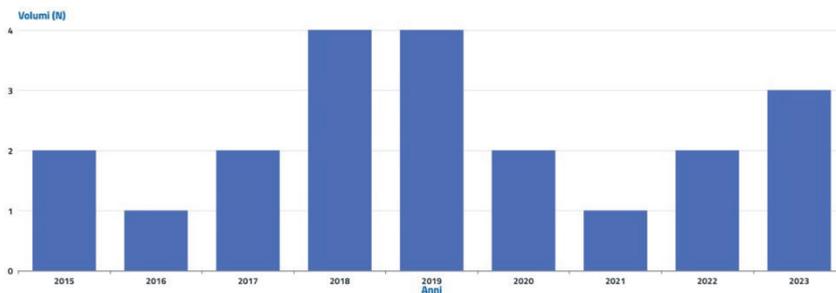
**Presidio Ospedaliero Luigi Curto - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.139.** FONTE: PNE.

Lo stesso, inoltre, accade con il Presidio Ospedaliero Immacolata (da 2 a 3):

**Presidio Ospedaliero Immacolata - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.140.** FONTE: PNE.

Infine, per l'Ospedale di Roccaspide, si registra una diminuzione del volume di ricoveri tra il 2022 e il 2023, da 4 a 2.

Ospedale Di Roccaspide - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

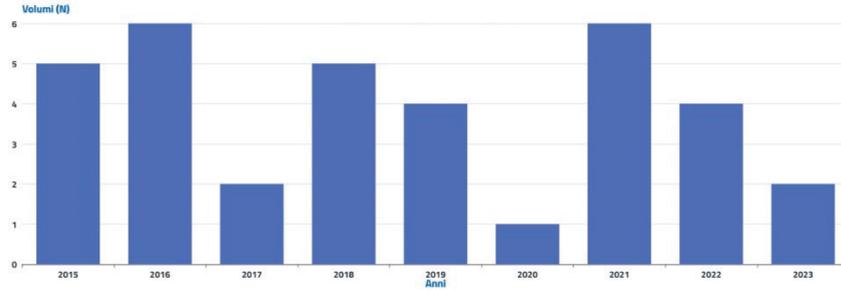


Figura 4.141. FONTE: PNE.

Per la treemap si rimanda a quanto evidenziato nella disamina del tumore al colon.

Invece, per gli indicatori di processo, si segnala quello relativo alla *Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo* (per tumore maligno della mammella).

Si dispone, in questo caso, dei soli dati della Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis, che mostra una percentuale pari a 7.51 nel 2023, pressoché dimezzata rispetto al 14.87% del 2022.

Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (2023)

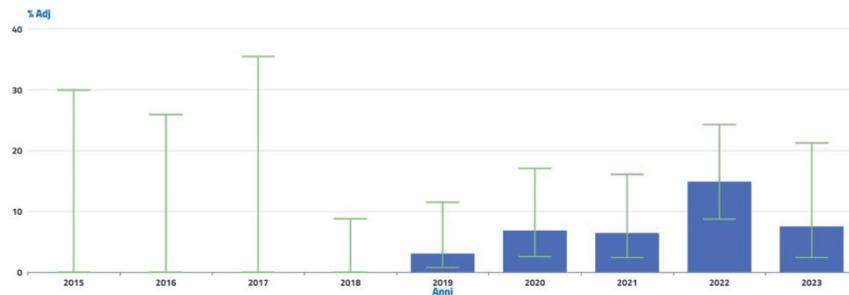


Figura 4.142. FONTE: PNE.

### 3. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM prostata, volume di ricoveri

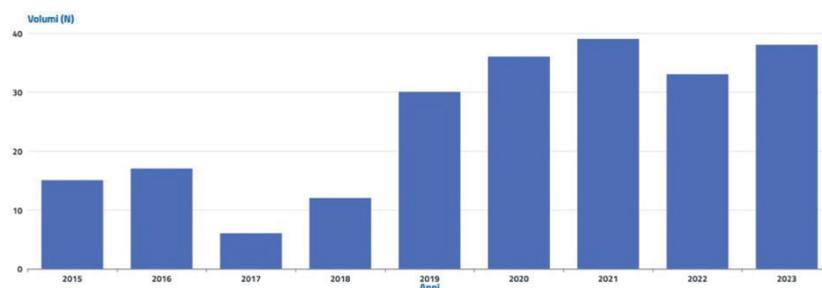
Si registrano, in ordine decrescente, i seguenti casi per struttura:

**Tabella N.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis	SALERNO	2023	38
P.O. Vallo Della Lucania	SALERNO	2023	11

In particolare, per il 2023, la Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis ha visto 38 ricoveri, in aumento rispetto ai 33 del 2022.

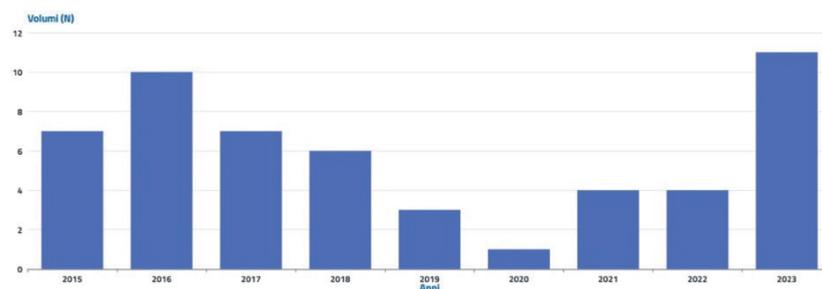
**Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.143.** FONTE: PNE.

Anche il P.O. Vallo della Lucania, inoltre, ha sperimentato un certo aumento, dai 4 casi del 2022 agli 11 del 2023.

**P.O. Vallo Della Lucania - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.144.** FONTE: PNE.

Non si dispone, tuttavia, di dati relativi ad indicatori di processo e/o esito.

#### 4. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM vescica, volume di ricoveri

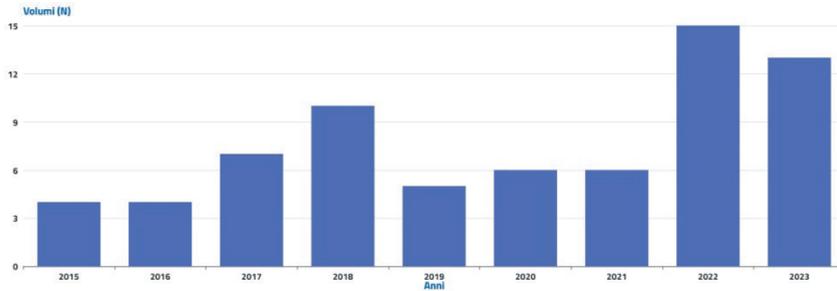
Per il tumore alla vescica, il portale PNE riporta i dati delle seguenti strutture:

**Tabella O.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis	SALERNO	2023	13
P.O. Vallo Della Lucania	SALERNO	2023	5

In particolare, per la prima, si è passati dai 15 ricoveri del 2022 ai 13 del 2023, entrambi maggiori degli anni precedenti.

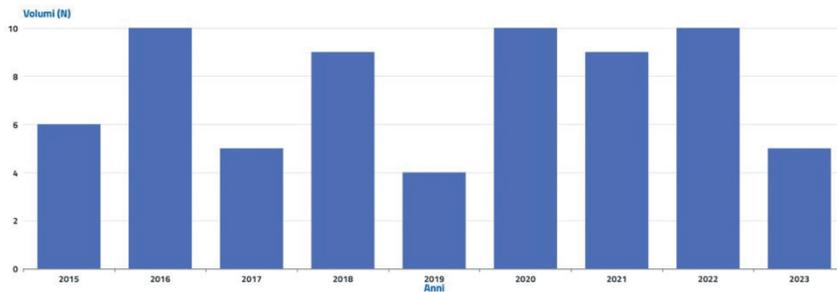
**Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.145.** FONTE: PNE.

Per la seconda, invece, la situazione è la seguente, con una diminuzione da 10 (2022) a 5(2023):

**P.O. Vallo Della Lucania - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.146.** FONTE: PNE.

5. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM polmone, volume di ricoveri*

Per il tumore al polmone, il relativo indicatore riporta per la sola Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis un valore che è sceso da 10 (2022) a 7 (2023).

Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri (2023)

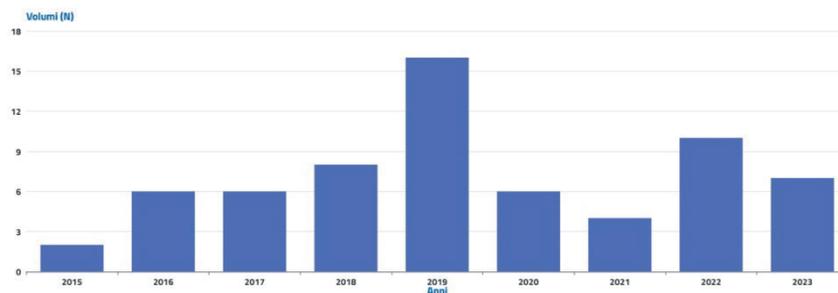


Figura 4.147. FONTE: PNE.

Non si dispone, tuttavia, di un indicatore di processo e/o esito.

6. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM ovaio, volume di ricoveri*

Infine, per il tumore all'ovaio, si riporta la rilevazione dell'indicatore, che mostra 3 casi per la struttura Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis ed 1 per il Presidio Ospedaliero Immacolata.

Tabella P. FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis	SALERNO	2023	3
Presidio Ospedaliero Immacolata	SALERNO	2023	1

In particolare, si registra per la prima una riduzione da 5 (2022) a 3 (2023), ma i valori rimangono ugualmente più alti degli altri anni precedenti.

Casa Di Cura Prof.Dott. Luigi Cobellis - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri (2023)

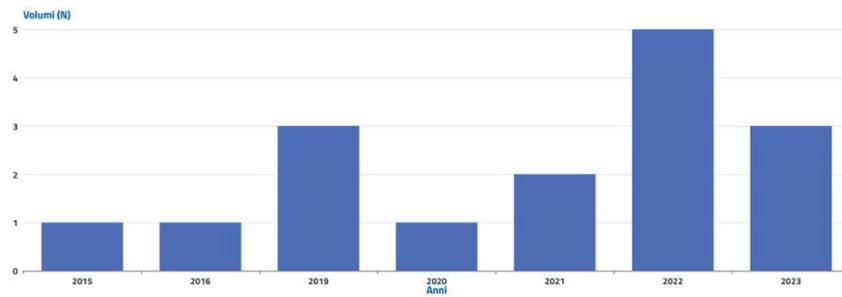


Figura 4.148. FONTE: PNE.

Neanche in questo caso, tuttavia, si hanno a disposizione dati relativi ad indicatori di processo o di esito.

Si consideri, adesso, il medesimo filtro per struttura, applicato però alla provincia di Avellino.

#### 7. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM colon, volume di ricoveri

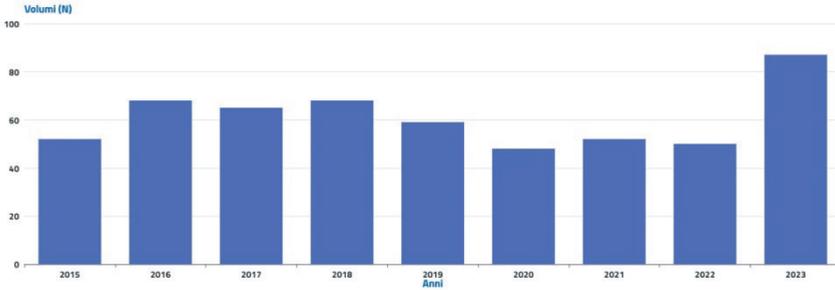
Per il tumore al colon, sono stati rilevati i dati relativi alle seguenti strutture:

Tabella Q. FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	AVELLINO	2023	87
Casa Di Cura Villa Dei Platani	AVELLINO	2023	37
Casa Di Cura Villa Maria (1)	AVELLINO	2023	18
Plesso A.Landolfi Solofra	AVELLINO	2023	10
Casa Di Cura S.Rita	AVELLINO	2023	10
Ospedale S.Angelo Dei Lombardi	AVELLINO	2023	7
Ospedale Ariano Irpino	AVELLINO	2023	5
Casa Di Cura Villa Maria (2)	AVELLINO	2023	2
Pineta Grande Spa-Cdic Villa Esther	AVELLINO	2023	1

Nel dettaglio, l’Azienda Ospedaliera S.G. Moscati ha registrato un aumento significativo dei casi, passando dai 50 del 2022 agli 87 del 2023.

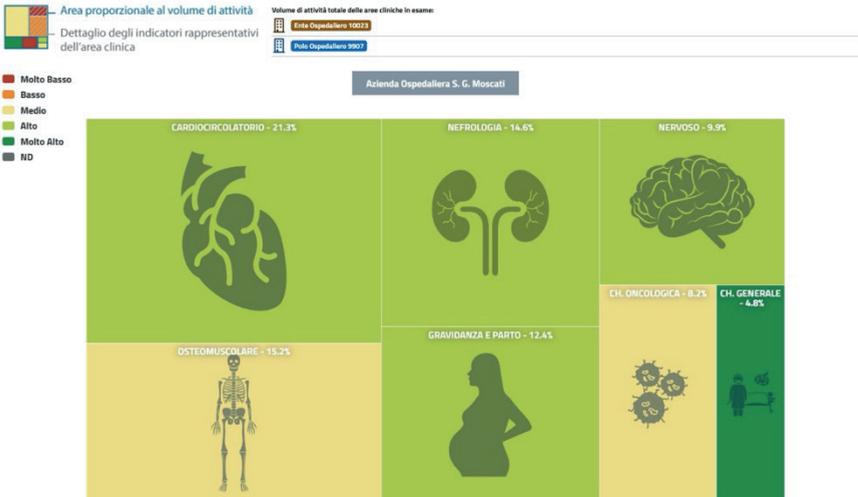
**Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.149.** FONTE: PNE.

Per la medesima struttura, la chirurgia oncologica rappresenta una porzione importante (8.2 %) del complessivo volume di attività.

**Azienda Ospedaliera S. G. Moscati**



**Figura 4.150.** FONTE: PNE.

Anche per la Casa Di Cura Villa Dei Platani si segnala un aumento nel volume di ricoveri nel 2023 (dai 34 del 2022 a 37), ma ancora più importante se rapportato ai precedenti anni.

Casa Di Cura Villa Dei Platani - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

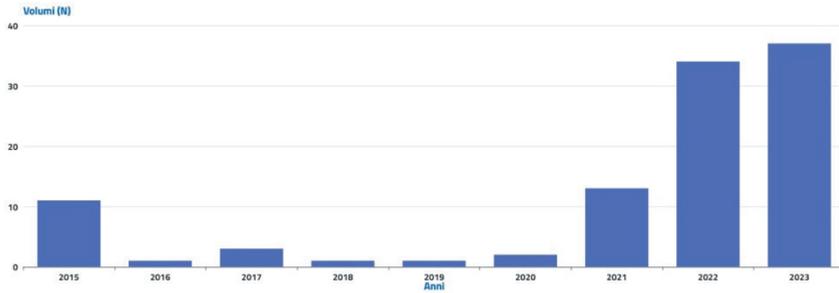


Figura 4.151. FONTE: PNE.

In questo caso, la treemap mostra un volume di attività per la chirurgia oncologica più modesto (3.9%).

Casa Di Cura Villa Dei Platani

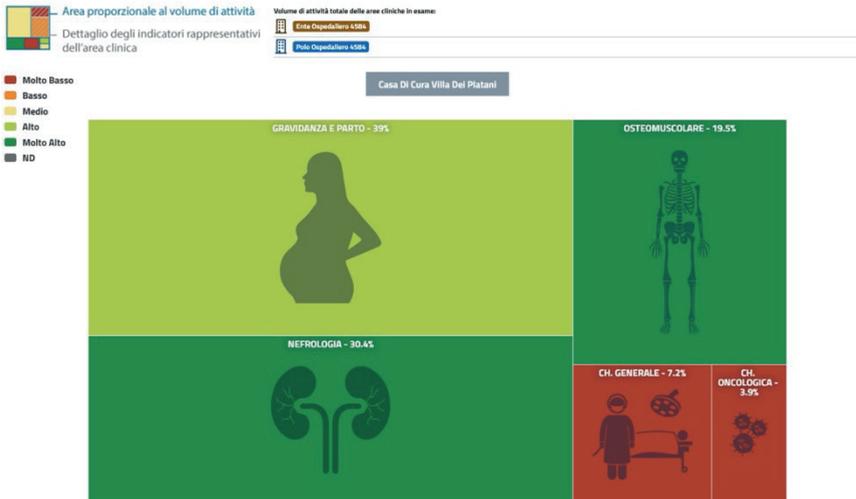


Figura 4.152. FONTE: PNE.

L'aumento dei casi di ricovero si riscontra anche per la Casa di Cura Villa Maria, con 18 casi nel 2023 rispetto ai 16 del 2022.

Casa Di Cura Villa Maria - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

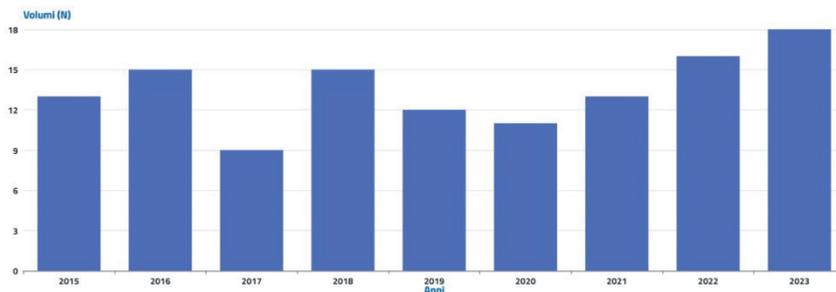


Figura 4.153. FONTE: PNE.

Inoltre, l’area della chirurgia oncologica costruisce l’8.4% del volume di attività totale della struttura, pur essendo, in generale, un volume ridotto (rispetto, ad esempio, ad altre strutture; difatti, il colore rosso della legenda indica un “peso” molto basso).

Casa Di Cura Villa Maria

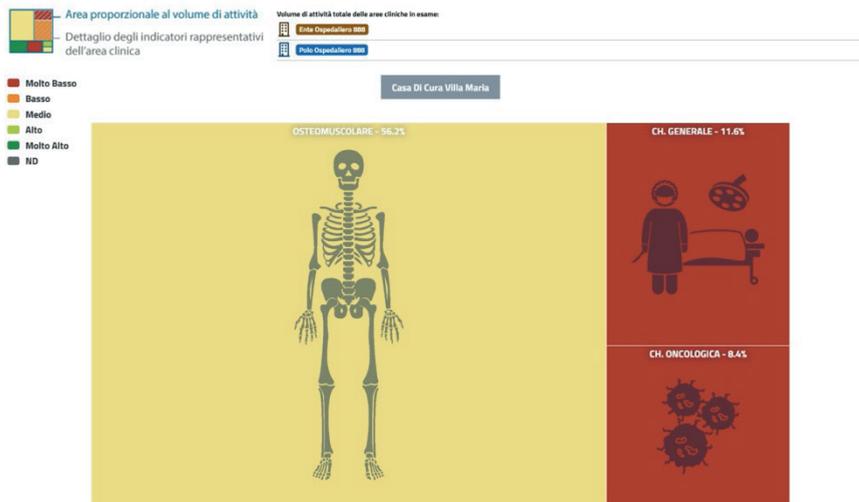


Figura 4.154. FONTE: PNE.

La situazione, invece, cambia per il Plesso A. Landolfi Solofra, con un volume di ricoveri pari a 10 nel 2023 rispetto ai 27 del 2022.

Plesso A.Landolfi Solofra - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

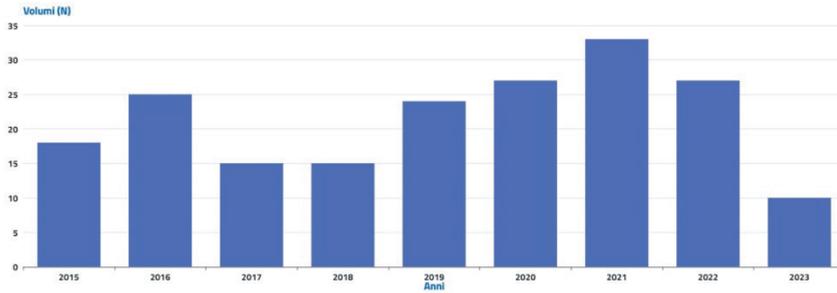


Figura 4.155. FONTE: PNE.

La chirurgia oncologica, tuttavia, ha un volume di attività molto basso. Pertanto, il numero ridotto di ricoveri non è da associare esclusivamente ad una riduzione dei casi tumorali, in quanto potrebbe essere legato a delle specificità della struttura, che la rendono meno adatta, rispetto ad altre, ad accogliere pazienti in tali condizioni.

Plesso A.Landolfi Solofra



Figura 4.156. FONTE: PNE.

La stessa situazione si riscontra nella Casa Di Cura S. Rita, con 10 ricoveri nel 2023 contro i 23 del 2022.

Casa Di Cura S.Rita - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

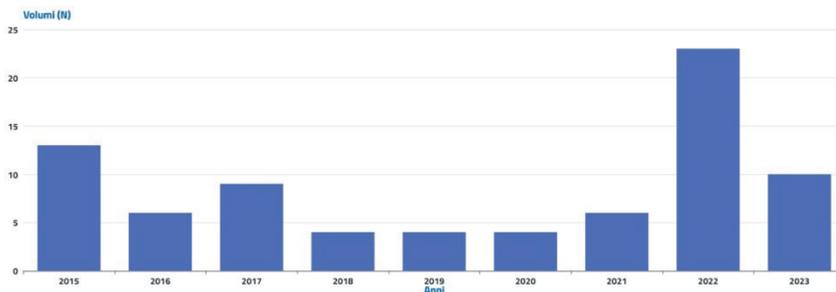


Figura 4.157. FONTE: PNE.

Il volume di attività della chirurgia oncologica risulta essere molto basso (0.6%).

Casa Di Cura S.Rita

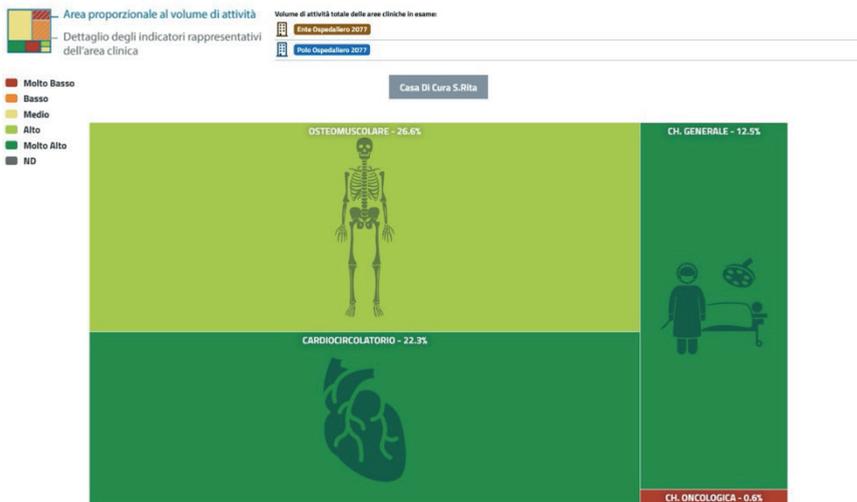


Figura 4.158. FONTE: PNE.

L'Ospedale S. Angelo Dei Lombardi mostra 7 casi nel 2023, rispetto al singolo caso del 2022.

Ospedale S. Angelo Dei Lombardi - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

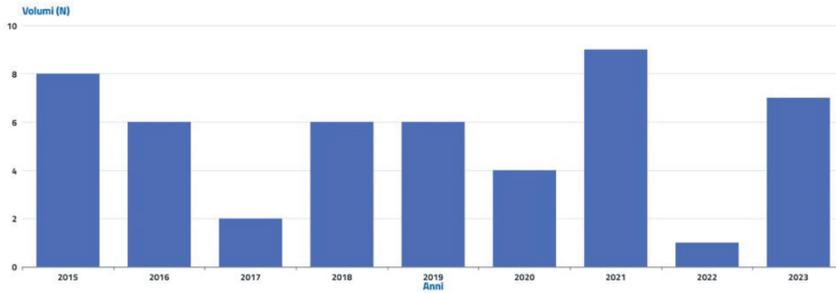


Figura 4.159. FONTE: PNE.

Anche in questo caso, il volume di attività relativa ha una percentuale decisamente bassa (0.6 %).

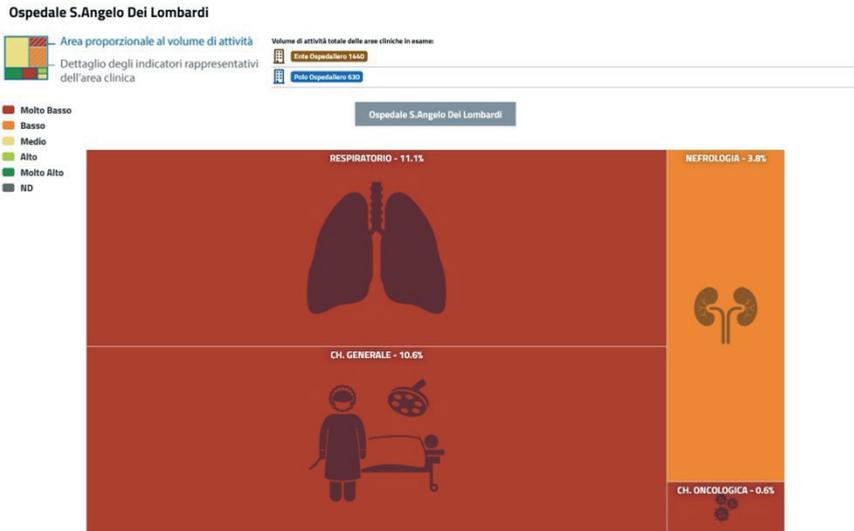


Figura 4.160. FONTE: PNE.

L'Ospedale Ariano Irpino, d'altro canto, dimezza i ricoveri, da 10 (2022) a 5 (2023).

Ospedale Ariano Irpino - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

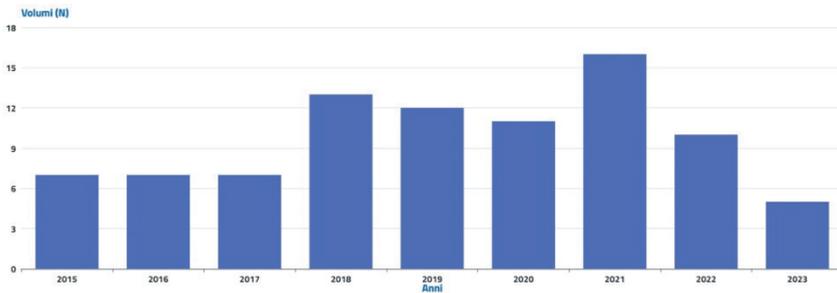


Figura 4.161. FONTE: PNE.

Il volume di attività della chirurgia oncologica è, tuttavia, estremamente basso.

Ospedale Ariano Irpino

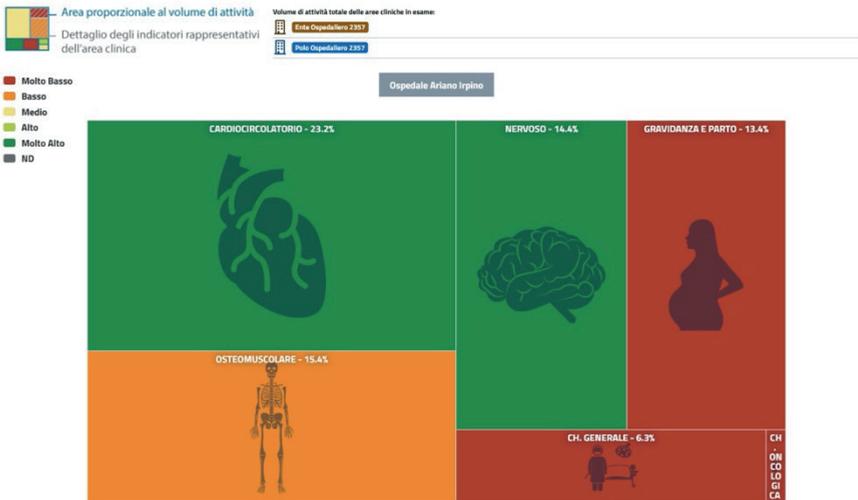


Figura 4.162. FONTE: PNE.

Infine, anche la struttura Pineta Grande Spa–Cdic Villa Esther mostra un numero di ricoveri basso (1 nel 2023) e soprattutto un'incidenza fortemente limitata della chirurgia oncologica sul volume complessivo di attività.

Pineta Grande Spa - Cdic Villa Esther - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

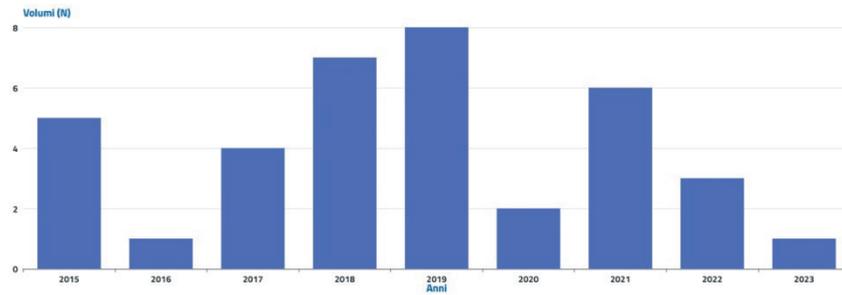


Figura 4.163. FONTE: PNE.

Pineta Grande Spa - Cdic Villa Esther

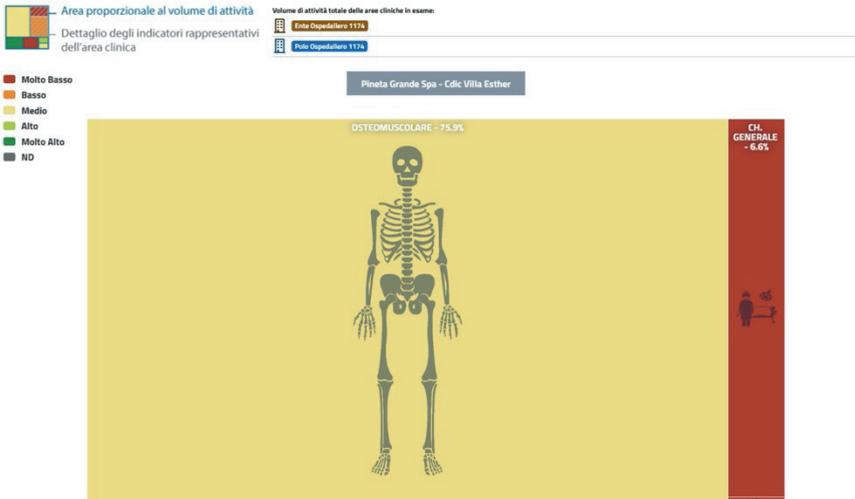
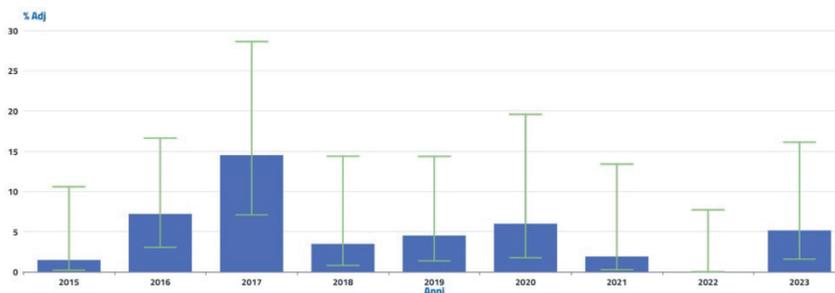
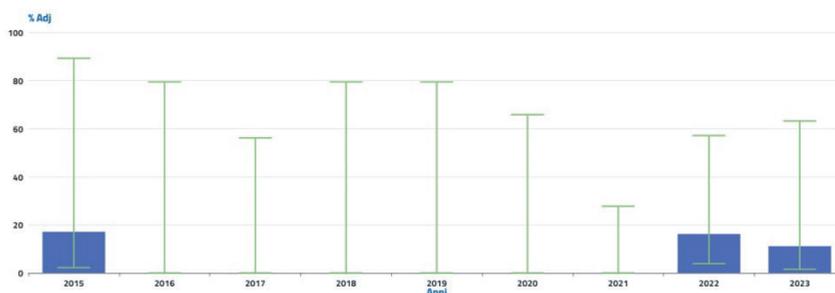


Figura 4.164. FONTE: PNE.

L'indicatore di esito *Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni*, evidenzia una percentuale corretta di mortalità a 30 giorni del 5.14% su 120 osservazioni per l'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati e dell'11.12% per la Casa Di Cura Villa dei Platani su 66 osservazioni.

**Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (2022 - 2023)****Figura 4.165.** FONTE: PNE.**Casa Di Cura Villa Dei Platani - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (2022 - 2023)****Figura 4.166.** FONTE: PNE.

### 8. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM mammella, volume di ricoveri

Per il tumore alla mammella, sono stati rilevati i dati relativi alle seguenti strutture:

**Tabella R.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	AVELLINO	2023	478
Casa Di Cura Villa Dei Platani	AVELLINO	2023	91
Casa Di Cura Villa Maria (1)	AVELLINO	2023	47
Casa Di Cura Villa Maria (2)	AVELLINO	2023	4
Casa Di Cura S.Rita	AVELLINO	2023	1

L'Azienda Ospedaliera S. G. Moscati registra il più alto numero di casi: 478 nel 2023 contro i 451 del 2022.

Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

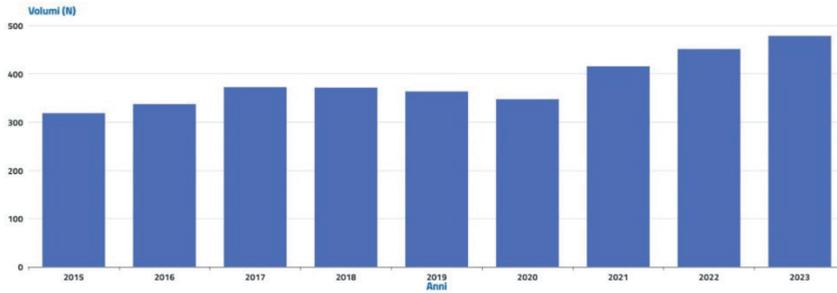


Figura 4.167. FONTE: PNE.

Per la Casa Di Cura Villa Dei Platani, si nota un incremento dei casi, da 82 (2022) a 91 (2023).

Casa Di Cura Villa Dei Platani - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

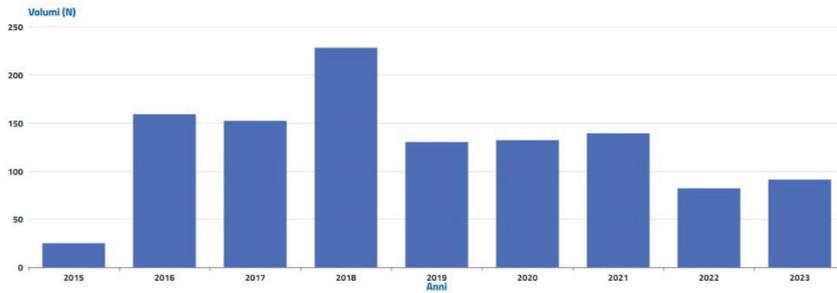


Figura 4.168. FONTE: PNE.

Inoltre, per la Casa Di Cura Villa Maria (1), i ricoveri nel 2023 sono stati 43, contro i 16 del 2022.

Casa Di Cura Villa Maria - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

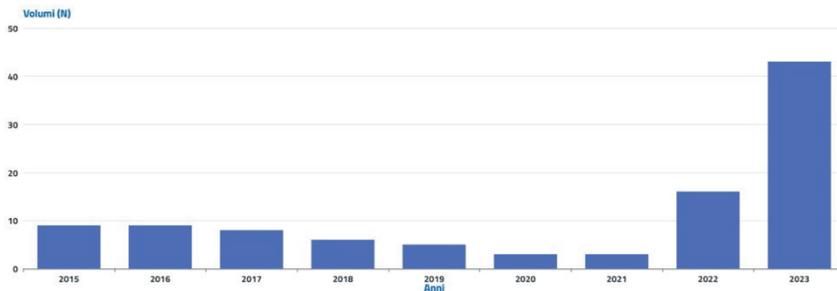


Figura 4.169. FONTE: PNE.

In aggiunta, per la Casa Di Cura Villa Maria (2), i ricoveri registrati nel 2023 sono solo 4, rispetto ai 14 del 2022.

Casa Di Cura Villa Maria - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

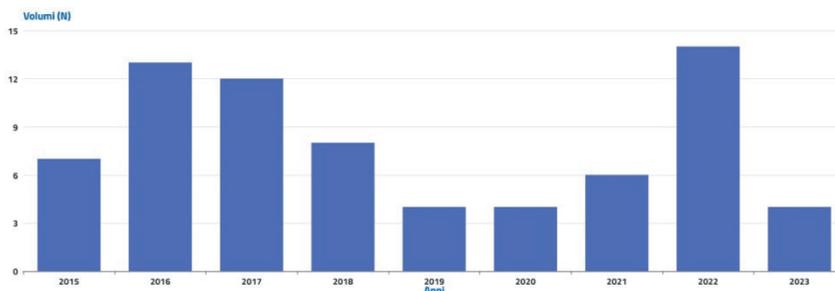


Figura 4.170. FONTE: PNE.

Infine, la Casa Di Cura S. Rita ha, nel 2023, un solo ricovero, rispetto ai 2 del 2022.

Casa Di Cura S.Rita - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

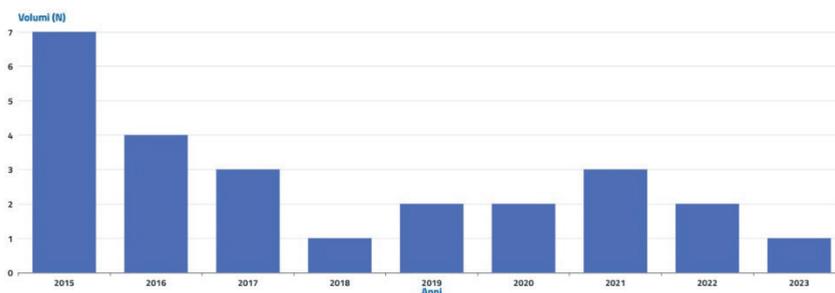
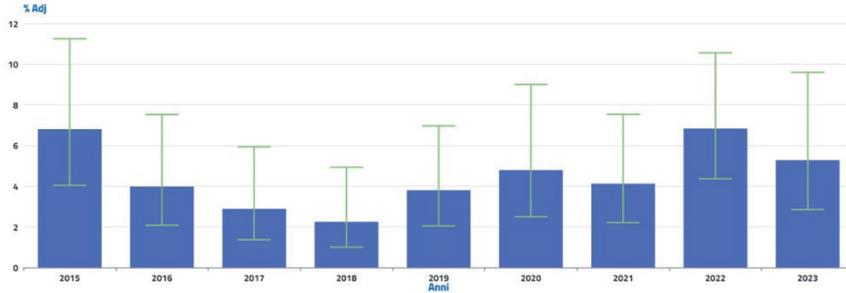


Figura 4.171. FONTE: PNE.

Inoltre, l'indicatore *Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella*, mostra che la percentuale:

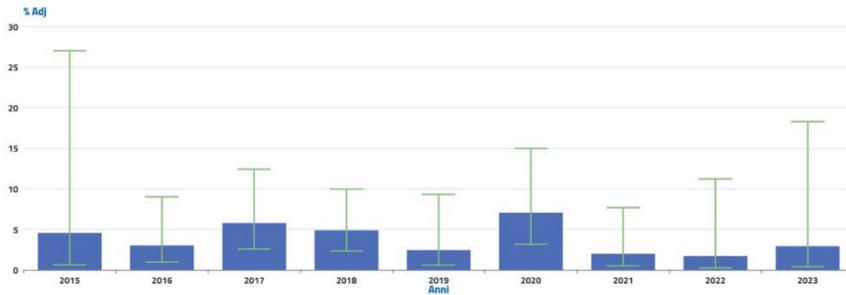
- per l'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati, nel 2023 è pari al 5.28% (268 casi) rispetto al 6.83% del 2022;
- per la Casa Di Cura Villa dei Platani (48 casi) è pari al 2.92% nel 2023 e 1.71% nel 2022;
- per la Casa Di Cura Villa Maria, essa risulta essere il 42.65% (25 casi) nel 2022.

**Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (2023)**



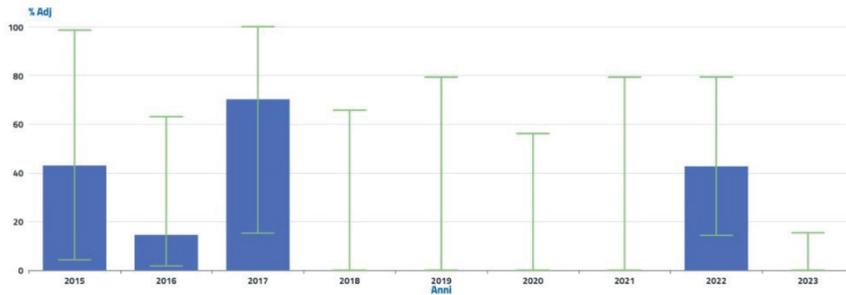
**Figura 4.172.** FONTE: PNE.

**Casa Di Cura Villa Dei Platani - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (2023)**



**Figura 4.173.** FONTE: PNE.

**Casa Di Cura Villa Maria - Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (2023)**



**Figura 4.174.** FONTE: PNE.

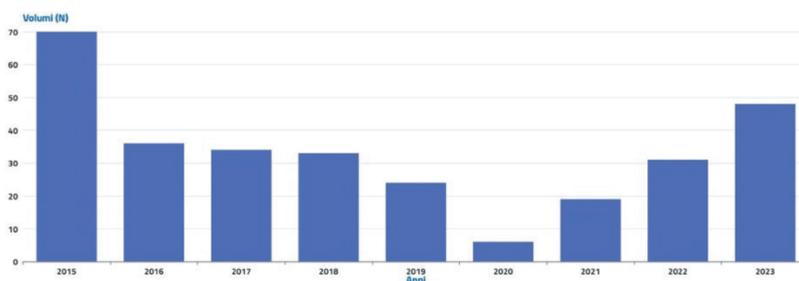
9. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM prostata, volume di ricoveri*

**Tabella S.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	AVELLINO	2023	48
Casa Di Cura S.Rita	AVELLINO	2023	18
Casa Di Cura Villa Dei Platani	AVELLINO	2023	6
Casa Di Cura Villa Maria	AVELLINO	2023	2
Ospedale Ariano Irpino	AVELLINO	2023	1

L'Azienda Ospedaliera S. G. Moscati ha registrato un numero di ricoveri pari a 48 nel 2023 rispetto ai 31 del 2022, in aumento rispetto alle precedenti annate.

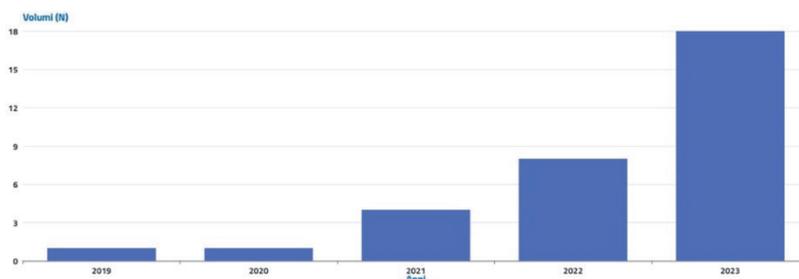
**Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.175.** FONTE: PNE.

Anche per la Casa Di Cura S.Rita i ricoveri sono in generale aumento: nel 2023, infatti, essi sono stati 18, rispetto agli 8 del 2022.

**Casa Di Cura S.Rita - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.176.** FONTE: PNE.

La Casa Di Cura Villa Dei Platani vede il numero di ricoveri leggermente ridotto nel 2023 (6) rispetto al 2022 (7); una situazione identica al 2018, 2019 e 2020.

Casa Di Cura Villa Dei Platani - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)

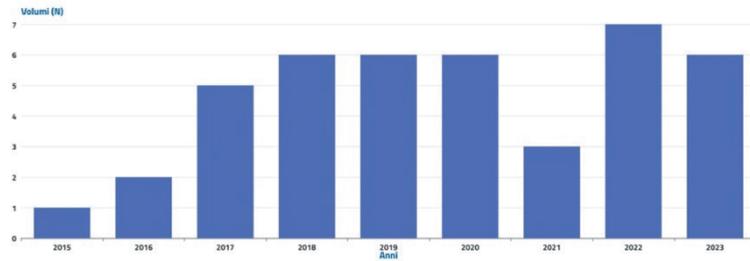


Figura 4.177. FONTE: PNE.

In netta diminuzione i ricoveri della Casa Di Cura Villa Maria: da 10 (2021) a 2 (2023), rispetto al picco di 25 del 2015.

Casa Di Cura Villa Maria - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)

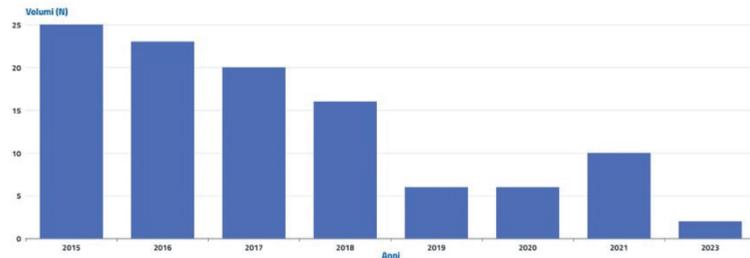


Figura 4.178. FONTE: PNE.

Solo un ricovero nel 2023, invece, per l'Ospedale Ariano Irpino, contro i 2 del 2021 e i 3 del 2017–2018.

Ospedale Ariano Irpino - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)

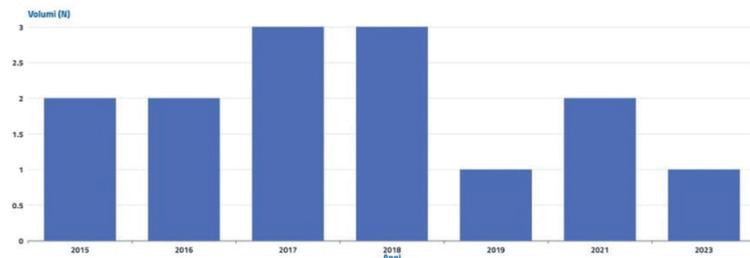


Figura 4.179. FONTE: PNE.

Non sono disponibili, in questo caso, indicatori di processo e/o esito.

*10. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM vescica, volume di ricoveri*

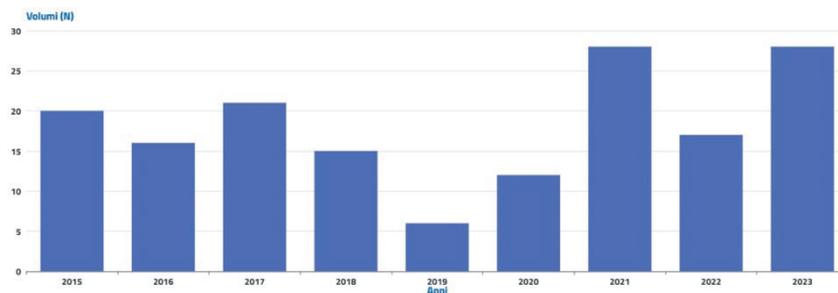
Per il tumore alla vescica, è stata rilevata la seguente situazione:

**Tabella T.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	AVELLINO	2023	28

In particolare, si registrano 28 ricoveri nel 2023 rispetto ai 17 del 2022.

**Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.180.** FONTE: PNE.

Non sono presenti, invece, indicatori di processo e/o esito.

*11. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM polmone, volume di ricoveri*

Con riferimento a questo indicatore, sono state individuate le seguenti strutture:

**Tabella U.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	AVELLINO	2023	62
Plesso A.Landolfi Solofra	AVELLINO	2023	9

Per il primo, sono stati registrati ben 62 ricoveri nel 2023:

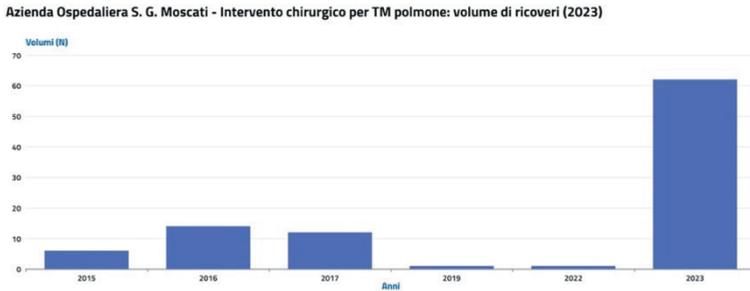


Figura 4.181. FONTE: PNE.

Per il secondo, invece, solo 9 (2023) rispetto a 36 (2022).

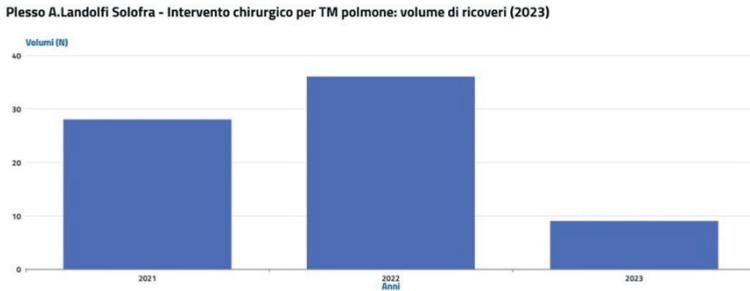


Figura 4.182. FONTE: PNE.

Infine, guardando all'indicatore di esito *Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni*, per il Plesso A. Landolfi Solofra si riscontra una percentuale corretta di mortalità a 30 giorni pari al 4.04 %, nel 2022, su 64 osservazioni.

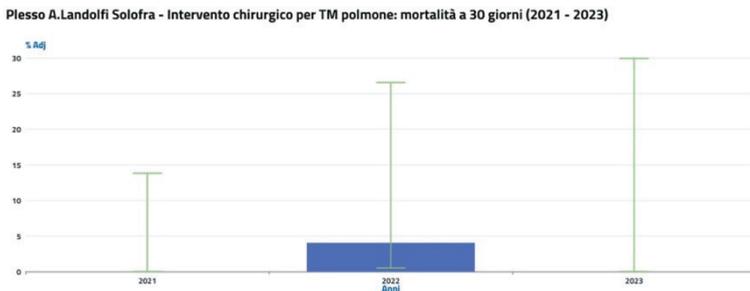


Figura 4.183. FONTE: PNE.

### 12. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM ovaio, volume di ricoveri

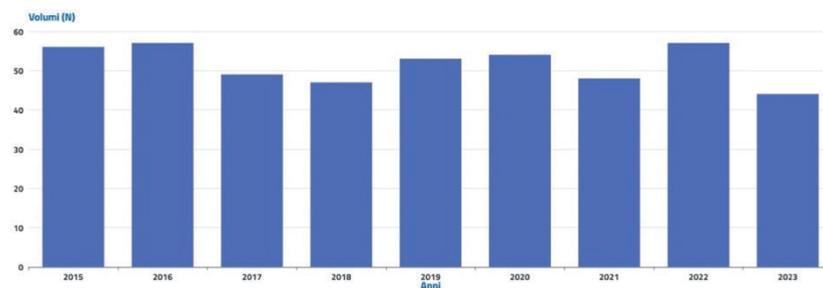
Con riferimento al tumore dell'ovaio, emergono i seguenti dati:

**Tabella V.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Casa Di Cura Villa Dei Platani	AVELLINO	2023	44
Casa Di Cura S.Rita	AVELLINO	2023	3
Azienda Ospedaliera S. G. Moscati	AVELLINO	2023	1

La Casa Di Cura Villa Dei Platani registra 44 ricoveri nel 2023 rispetto ai 57 del 2022; in generale, però, osservando le altre annate, il trend sembra essere stabile.

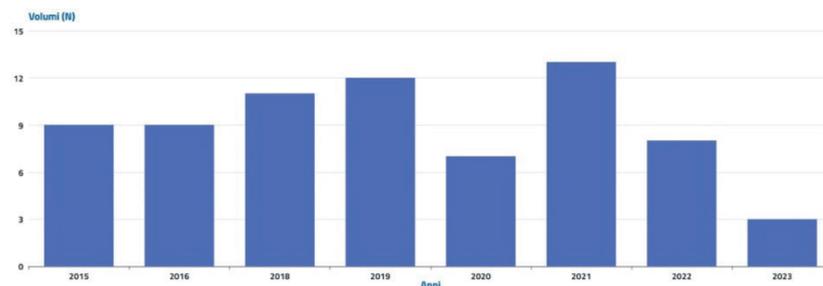
**Casa Di Cura Villa Dei Platani - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.184.** FONTE: PNE.

La Casa Di Cura S. Rita ha sperimentato, rispetto a tutti gli altri anni, una riduzione dei ricoveri, con soli 3 nel 2023.

**Casa Di Cura S.Rita - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.185.** FONTE: PNE.

Infine, l'Azienda Ospedaliera S.G. Moscati registra 1 solo ricovero nel 2023, rispetto ai 10 del 2022.

Azienda Ospedaliera S. G. Moscati - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri (2023)

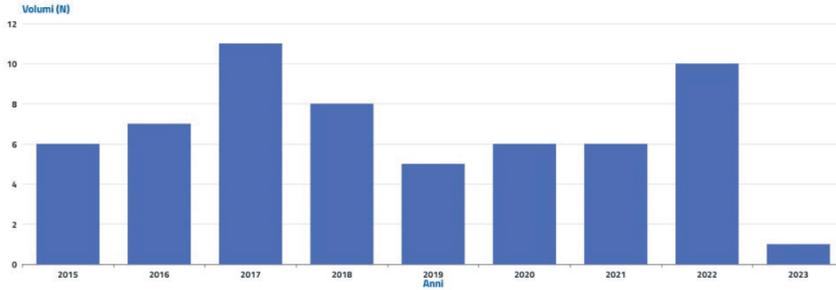


Figura 4.186. FONTE: PNE.

Non sono invece disponibili indicatori di processo e/o esito.

Si considerino adesso le strutture di Benevento.

*13. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM colon, volume di ricoveri*

Sono stati individuati, per il tumore al colon, i dati relativi alle seguenti strutture:

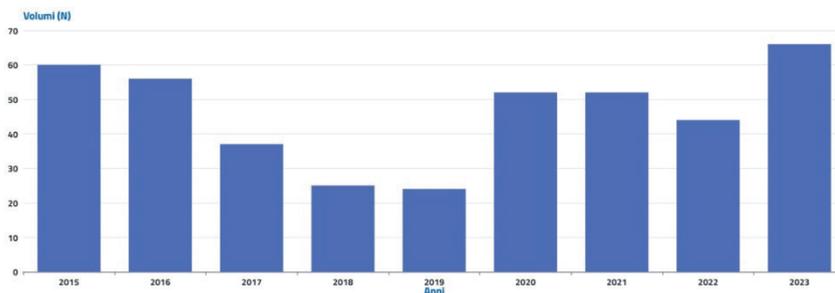
Tabella Y. FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Presidio Ospedaliero Rummo	BENEVENTO	2023	66
Osp.Sacro Cuore Di Gesù Fatebenefratelli	BENEVENTO	2023	35
Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl	BENEVENTO	2023	11

Il Presidio Ospedaliero Rummo ha registrato 66 ricoveri nel 2023, in netto aumento rispetto ai 44 del 2022 e, in generale, alle annate precedenti.

## 2I4 Valutazione delle Performance nelle Reti Oncologiche

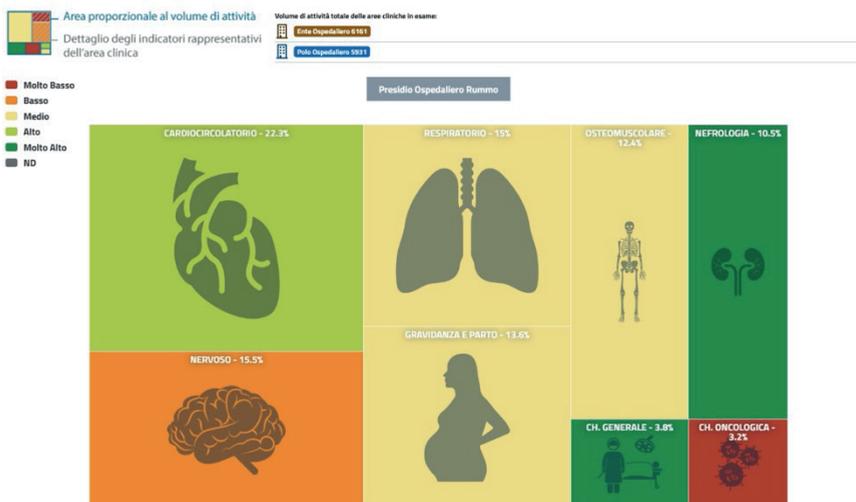
**Presidio Ospedaliero Rummo - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.187.** FONTE: PNE.

La chirurgia oncologica costituisce il 3.2% del volume complessivo di attività dell’Ospedale.

**Presidio Ospedaliero Rummo**



**Figura 4.188.** FONTE: PNE.

L’Ospedale Sacro Cuore Di Gesù “Fatebenefratelli” ha registrato 35 ricoveri nel 2023 contro i 39 del 2022.

Osp.Sacro Cuore Di Gesu' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

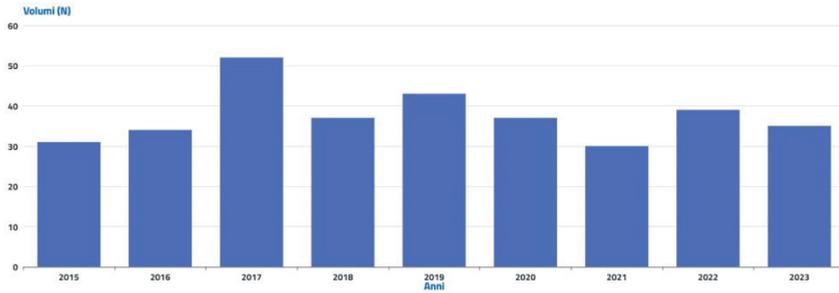


Figura 4.189. FONTE: PNE.

La chirurgia oncologica rappresenta, in questo caso, un'attività dal volume basso.

Osp.Sacro Cuore Di Gesu' Fatebenefratelli



Figura 4.190. FONTE: PNE.

Osservando, infine, la Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl, i ricoveri del 2023 sono stati 11, rispetto ai 5 di ciascuno dei due anni precedenti.

Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl - Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri (2023)

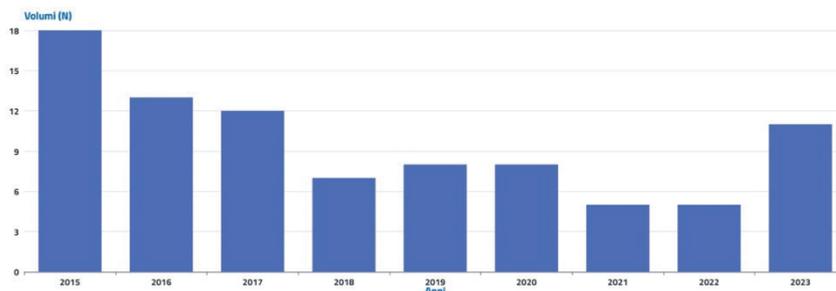


Figura 4.191. FONTE: PNE.

La chirurgia oncologica, nonostante rappresenti una fetta importante delle attività della struttura, ha un volume di attività molto basso, rapportato ad altre strutture.

Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl

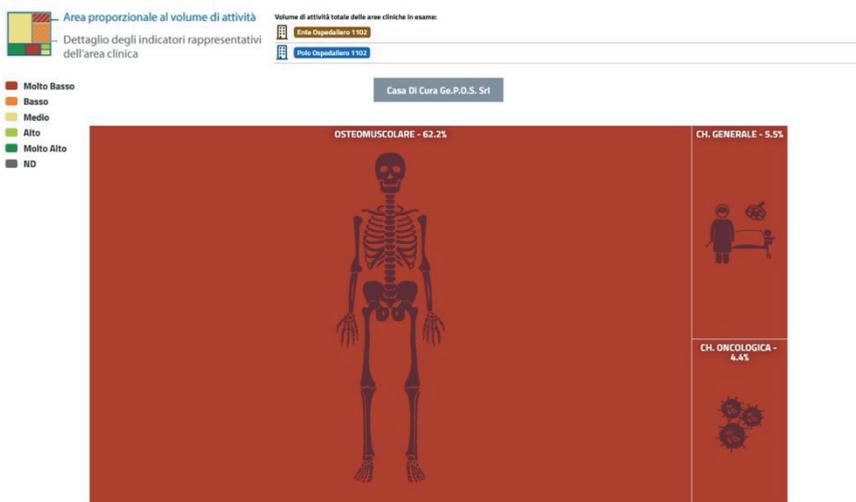


Figura 4.192. FONTE: PNE.

L'indicatore di esito *Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni* mostra una percentuale di mortalità a 30 giorni pari a:

- 24.33% (2023) su 96 osservazioni al Presidio Ospedaliero Rummo, rispetto al 13.46% del 2022

- 8.32% (2023) su 66 casi osservati all'Ospedale Sacro Cuore Di Gesù "Fatebenefratelli", rispetto al 3.27 del 2022

Presidio Ospedaliero Rummo - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (2022 - 2023)

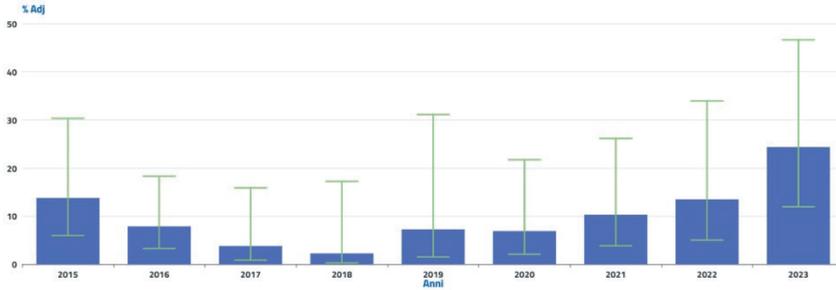


Figura 4.193. FONTE: PNE.

Osp.Sacro Cuore Di Gesù' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (2022 - 2023)

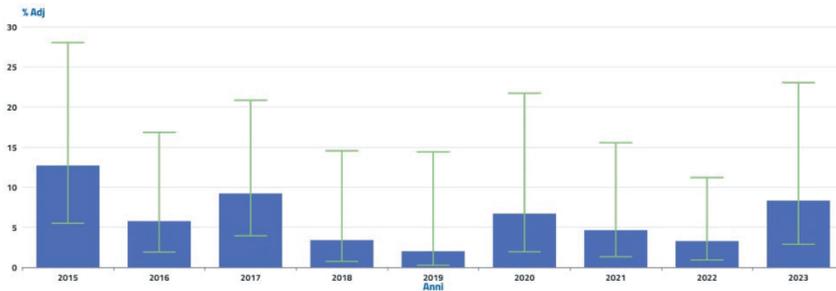


Figura 4.194. FONTE: PNE.

14. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM mammella, volume di ricoveri*

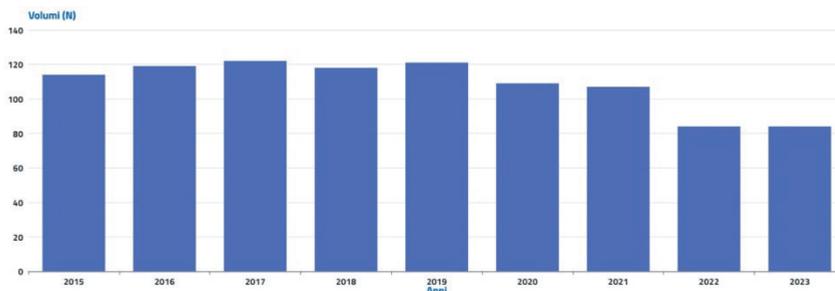
Il numero di ricoveri per il tumore alla mammella, secondo i dati del PNE relativi alle strutture di Benevento, è il seguente:

Tabella X. FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Presidio Ospedaliero Rummo	BENEVENTO	2023	84
Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl	BENEVENTO	2023	14
Osp.Sacro Cuore Di Gesù Fatebenefratelli	BENEVENTO	2023	4

Nello specifico, il Presidio Ospedaliero Rummo, nel 2023, ha gestito 84 ricoveri, identico numero del 2022 e in riduzione rispetto agli altri anni.

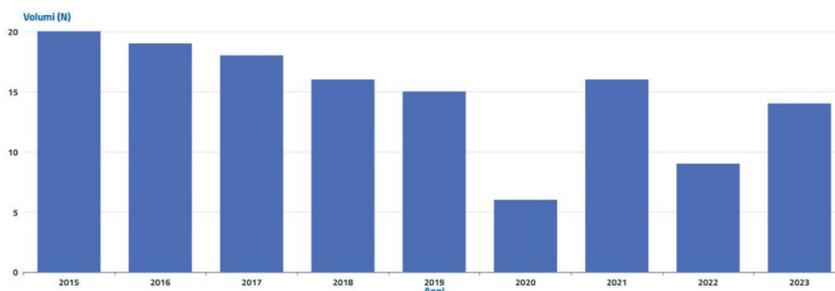
**Presidio Ospedaliero Rummo - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.195.** FONTE: PNE.

D’altro lato, la Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl ne ha gestiti 14 nel 2023, rispetto ai 9 del 2022.

**Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.196.** FONTE: PNE.

Infine, l’Ospedale Sacro Cuore Di Gesù “Fatebenefratelli” 4 nel 2023 rispetto ai 3 del 2022.

Osp.Sacro Cuore Di Gesu' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri (2023)

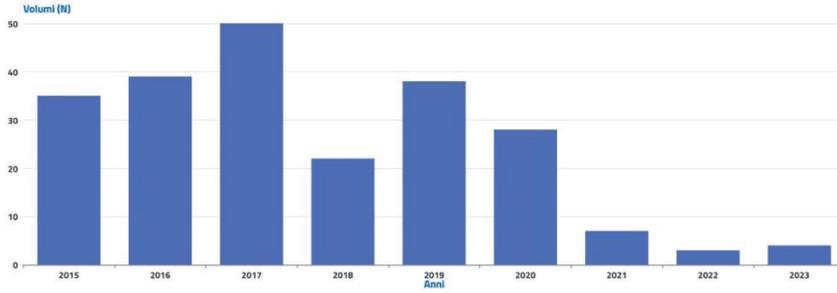


Figura 4.197. FONTE: PNE.

Osservando l'indicatore di processo *Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella*, si riscontra una percentuale pari a:

- 15.82% nel 2023 su 48 osservazioni per il Presidio Ospedaliero Rummo

Presidio Ospedaliero Rummo - Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (2023)

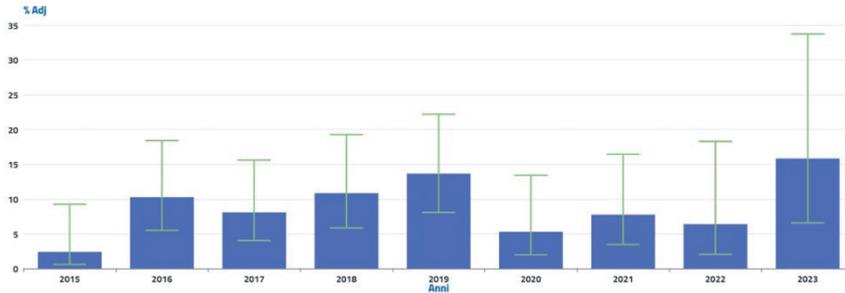


Figura 4.198. FONTE: PNE.

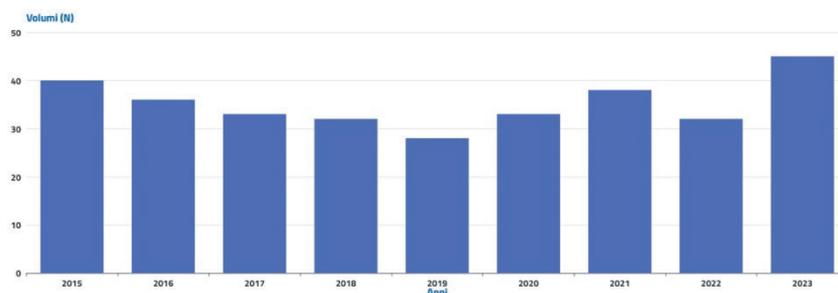
15. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM prostata, volume di ricoveri*

Si rilevano, con riferimento all'indicatore, i seguenti dati:

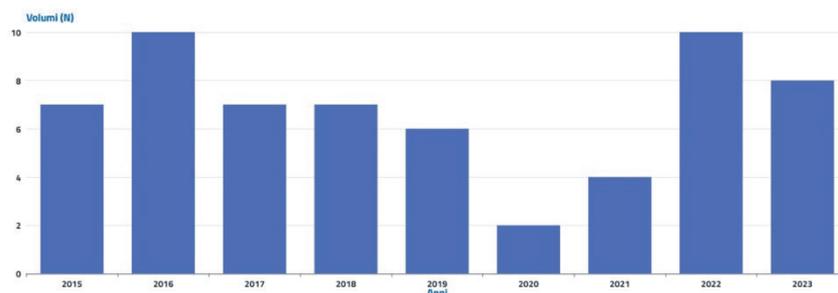
**Tabella W.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Presidio Ospedaliero Rummo	BENEVENTO	2023	45
Osp.Sacro Cuore Di Gesù Fatebenefratelli	BENEVENTO	2023	8
Casa Di Cura Nuova Clinica S.Rita	BENEVENTO	2023	3
Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl	BENEVENTO	2023	1

Il Presidio Ospedaliero Rummo, ancora una volta, registra numeri importanti: 45 ricoveri nel 2023 rispetto ai 32 del 2022.

**Presidio Ospedaliero Rummo - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)****Figura 4.199.** FONTE: PNE.

Invece, l'Ospedale Sacro Cuore Di Gesù "Fatebenefratelli" ha gestito 8 ricoveri nel 2023, rispetto ai 10 del 2022, in entrambi i casi in aumento rispetto al passato.

**Osp.Sacro Cuore Di Gesù' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)****Figura 4.200.** FONTE: PNE.

La Casa Di Cura Nuova Clinica S. Rita sta sperimentando una graduale riduzione dei ricoveri:

Casa Di Cura Nuova Clinica S.Rita - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)

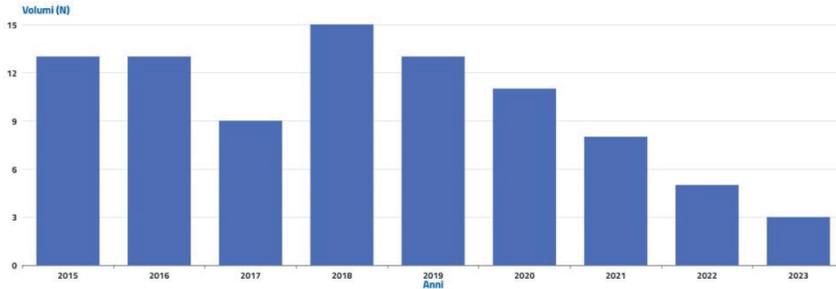


Figura 4.201. FONTE: PNE.

Inoltre, relativamente a questa struttura, il volume di attività della chirurgia oncologica è molto basso rispetto al totale.

Infine, la Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl ha 1 solo ricovero sia nel 2023 che nel 2022.

Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl - Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri (2023)

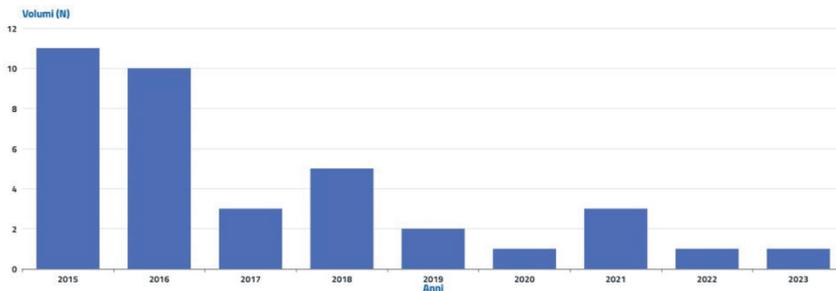


Figura 4.202. FONTE: PNE.

Non sono disponibili indicatori di processo e/o esito.

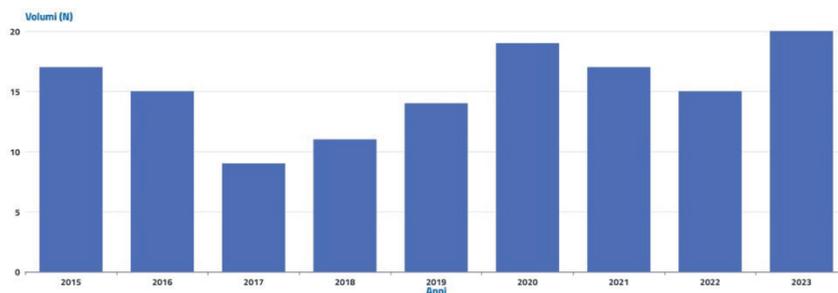
*16. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM vescica, volume di ricoveri*

Si rilevano, a tal proposito, i seguenti dati:

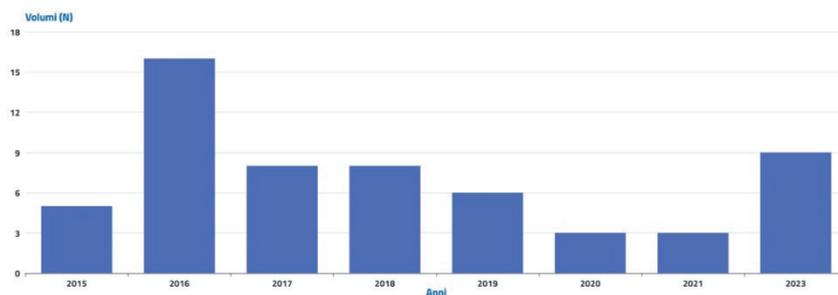
**Tabella Z.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Presidio Ospedaliero Rummo	BENEVENTO	2023	20
Osp.Sacro Cuore Di Gesù Fatebenefratelli	BENEVENTO	2023	9

Al Presidio Ospedaliero Rummo i ricoveri hanno raggiunto il picco massimo dal 2015, nel 2023.

**Presidio Ospedaliero Rummo - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri (2023)****Figura 4.203.** FONTE: PNE.

Nella seconda struttura, i ricoveri del 2023 sono stati 9, in aumento rispetto ai 3 del 2022.

**Osp.Sacro Cuore Di Gesù' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri (2023)****Figura 4.204.** FONTE: PNE.

Non è stato possibile, invece, reperire indicatori di processo e/o esito.

17. *Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM polmone, volume di ricoveri*

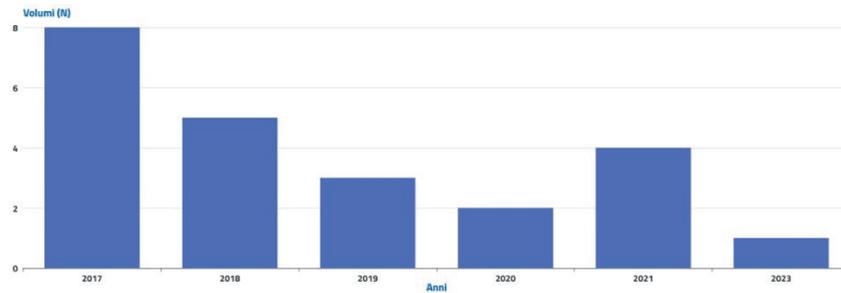
A tal proposito, si rilevano solo i seguenti dati:

**Tabella Z1.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Osp.Sacro Cuore Di Gesù Fatebenefratelli	BENEVENTO	2023	1
Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl	BENEVENTO	2023	1

I ricoveri per l'Ospedale Sacro Cuore Di Gesù "Fatebenefratelli" sono diminuiti, passando dai 4 del 2021 al singolo del 2023.

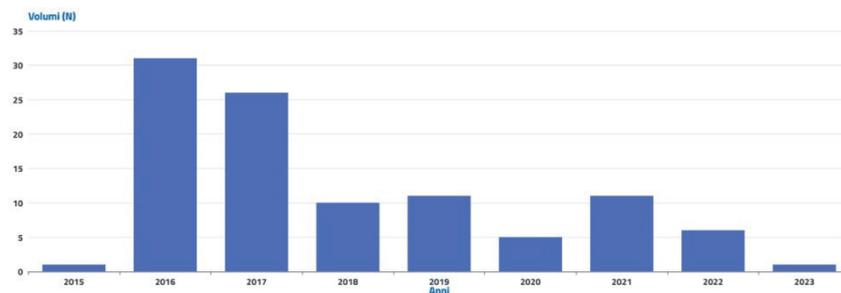
Osp.Sacro Cuore Di Gesù' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri (2023)



**Figura 4.205.** FONTE: PNE.

Lo stesso vale per la Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl, con 6 ricoveri nel 2022 rispetto all'1 del 2023.

Casa Di Cura Ge.P.O.S. Srl - Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri (2023)



**Figura 4.206.** FONTE: PNE.

Non sono disponibili dati per gli indicatori di processo e/o esito.

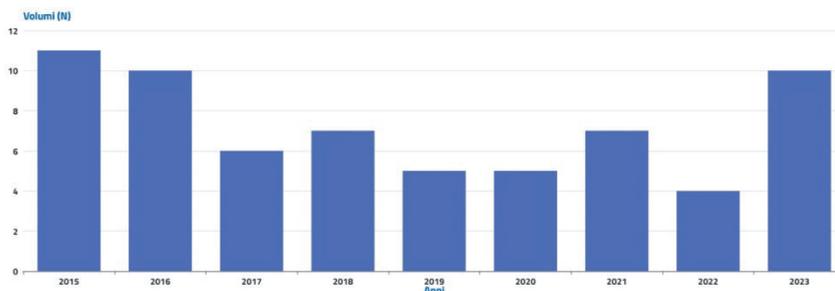
18. Indicatore di struttura: Intervento chirurgico per TM ovaio, volume di ricoveri

**Tabella Z2.** FONTE: Elaborazione propria.

Struttura	Provincia	Anno	N
Osp.Sacro Cuore Di Gesù Fatebenefratelli	BENEVENTO	2023	10
Presidio Ospedaliero Rummo	BENEVENTO	2023	1
Casa Di Cura San Francesco	BENEVENTO	2023	1

Presso l'Ospedale Sacro Cuore Di Gesù "Fatebenefratelli" i ricoveri nel 2023 sono stati 10, in aumento rispetto agli anni precedenti e a pari merito con quelli del 2016.

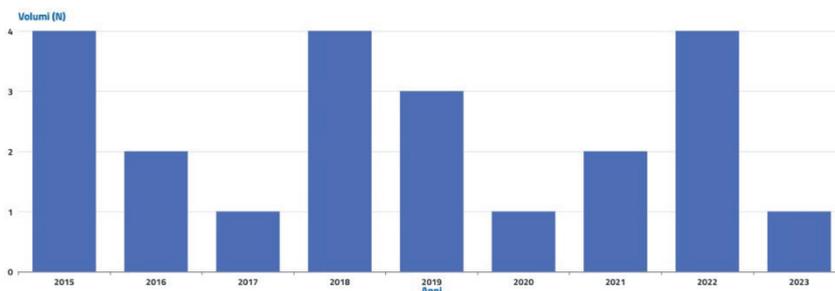
**Osp.Sacro Cuore Di Gesù' Fatebenefratelli - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.207.** FONTE: PNE.

Il Presidio Ospedaliero Rummo, invece, ne riporta 1 per il 2023 rispetto ai 4 del 2022.

**Presidio Ospedaliero Rummo - Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri (2023)**



**Figura 4.208.** FONTE: PNE.

Infine, per la Casa Di Cura San Francesco, gli unici dati a disposizione riguardano il 2023 e il 2017; in entrambi i casi, c'è stato un solo ricovero.

Chiaramente, l'incidenza dell'area chirurgia oncologica è ad un livello decisamente basso.

Non è stato possibile reperire dati relativi ad un indicatore di processo e/o esito.



## CAPITOLO V

### **RIFLESSIONI E MODELLI PER IL MANAGEMENT, L'INNOVAZIONE E LA RIPROGETTAZIONE DEL MODELLO A RETE NELLE AREE PERIFERICHE**

**A CURA DI MICHELE SIMONI, GIORGIA RIVIECCIO,  
BELINDA LAURA DEL GAUDIO, ANNALUCE MANDIELLO, ANNA PIA DI IORIO**

La Rete Oncologica della Regione Campania (ROC), come si evince dai risultati emersi dall'analisi empirica descritta nel capitolo 4, ha dimostrato negli ultimi anni un notevole miglioramento nella sua performance complessiva, a conferma dell'adeguatezza e dell'efficienza del sistema; tuttavia, sono ancora molteplici le aree sulle quali dover intervenire per un miglioramento ulteriore.

Sicuramente, il tempo Pre-GOM ha registrato significativi progressi, anche se non ha ancora raggiunto l'obiettivo prefissato, e ridurre ulteriormente questo tempo è cruciale per garantire una rapida presa in carico nonché il contenimento dei costi derivanti da eventuali ritardi diagnostici.

Difatti, nel percorso diagnostico ROC, la fase Pre-GOM registra un numero maggiore di esami rispetto alla fase GOM, contribuendo ad un'inefficienza economica che ha rappresentato nel periodo di compreso tra giugno 2022 – maggio 2023 il 19% degli oneri totali, arrivando al 28% nel periodo giugno 2023 – maggio 2024.

Inoltre, la percentuale di costi per esami inappropriati è aumentata, passando dal 14% al 21% tra le due annualità di rilevazione; tuttavia, è stata ridotta la percentuale di costi per esami ripetuti, dal 12% al 5%.

È da notare, inoltre, che una delle cause dell'incremento degli esami ripetuti, e di conseguenza dei costi complessivi, è proprio il ritardo diagnostico. È auspicabile, pertanto, una riduzione del tempo Pre-GOM e una maggiore internalizzazione dei relativi esami, al fine di ridurre la ripetizione in GOM; in questo modo, infatti, sarà possibile limitare i

costi che nel secondo periodo di rilevazione hanno rappresentato ben il 66% del totale nel percorso.

L'inappropriatezza economica è, in generale, influenzata significativamente da fattori organizzativi, clinici e socio-demografici, come la durata della fase Pre-GOM, la modalità diagnostica, il genere, l'età e la distanza geografica, nonché la sede della patologia. Risulta necessario, dunque, agire sui tempi chiave e sui profili a rischio, per poterne ridurre i costi, senza compromettere la qualità dell'assistenza.

Considerata tale situazione, l'adozione di pratiche di Screening e Diagnosi precoce può essere uno strumento efficace per ridurre il tempo Pre-GOM e, di conseguenza, minimizzare le ripetizioni degli esami diagnostici; servirà, dunque, migliorare la condivisione delle informazioni diagnostiche ed effettuare un controllo ex ante sull'appropriatezza.

Anche nelle aree interne, la fase Pre-GOM presenta le maggiori criticità, in termini di tempi, ripetizioni di esami diagnostici e, dunque, costi. A questo si aggiunge un altro aspetto cruciale, ossia che il 45% (giugno 2023 – maggio 2024) dei pazienti afferenti alle ASL di aree interne non riceve valutazioni multidisciplinari in prossimità (ossia, nella medesima area interna). Inoltre, come si evince dai dati del PNE, la portata ridotta del volume di attività della chirurgia oncologica in alcuni distretti delle aree interne contribuisce a ridurre il numero di ricoveri effettuati nelle relative strutture; la conseguenza è che alcuni cittadini residenti nelle aree interne tendono a spostarsi, per ricevere trattamenti più rapidi o qualitativamente superiori, in zone più centrali della Regione, o nel resto d'Italia. Il fenomeno della migrazione sanitaria passiva, pertanto, per quanto notevolmente ridotto grazie all'intervento della ROC, resta ancora da monitorare attentamente.

Tra l'altro, sebbene la ROC prometta già una forte integrazione territoriale, si rende necessario creare un ecosistema digitale sanitario perfettamente connesso al territorio; questo sistema, nello specifico, dovrebbe essere in grado di autovalutarsi e promuovere cure personalizzate e di prossimità, migliorando l'efficienza e l'efficacia complessiva della ROC.

Da un punto di vista organizzativo, invece, il ruolo dei Case Manager continua ad essere fondamentale, con un numero di pazienti gestiti ben al di sopra delle aspettative delle istituzioni e, al contempo, del

livello ideale. Appare necessario, pertanto, ridurre il loro sovraccarico di lavoro, allocando maggiori risorse e favorendo nuove assunzioni.

Inoltre, le strategie di coinvolgimento per i Medici di Medicina Generale (MMG), seppur ancora limitate, si sono rivelate preziose per il sistema della ROC, consentendo una presa in carico e una gestione del paziente più efficaci ed efficienti.

Dall'analisi dei PREMs, invece, emerge un'ottima soddisfazione che lascia intendere una relazione medico-paziente forte, sia per il primo che per il secondo periodo di rilevazione. Tuttavia, oltre alla necessaria empatia, è opportuno garantire trasparenza e chiarezza nelle spiegazioni al paziente, così da limitarne lo stress emotivo. Proprio in relazione a quest'ultimo aspetto, inoltre, sarebbe opportuno supportare il paziente, fragile e provato, con un percorso psicologico ad hoc. Il monitoraggio continuo della *patient experience* appare dunque fondamentale per migliorare le performance della ROC e, quindi, la qualità della vita dei pazienti.

Nonostante le criticità, il modello della ROC, nel suo insieme, si rivela essere la soluzione organizzativa migliore per la gestione efficiente dei pazienti oncologici, anche e soprattutto per le aree interne della Campania, spesso in ritardo in termini di infrastrutture e servizi. Infatti, l'indicatore composito di performance (min = 0, max = 10), misura di sintesi di tutti gli indicatori considerati nello studio, restituisce valori molto alti, prossimi o uguali al massimo, sia sull'intera Regione che nelle aree interne, e persino in crescita tra il primo ed il secondo periodo di rilevazione.

Inoltre, è stato scelto di utilizzare anche lo strumento dell'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), in grado di fornire una panoramica descrittiva del contesto e rappresentare un valido supporto strategico. Esso consente, infatti, di sintetizzare ed interpretare in modo integrato i risultati provenienti da fonti eterogenee, quali dati clinici, organizzativi, esperienziali e qualitativi che, in effetti, sono stati raccolti per le strutture oncologiche della regione Campania.

Pertanto, l'analisi SWOT ha permesso di generare una valutazione strutturata dei principali punti di forza, debolezza, opportunità e minacce (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) associati alla possibile scalabilità, su scala nazionale, di un modello innovativo di

misurazione delle performance oncologiche, con un focus specifico sulle aree interne della Regione Campania.

In particolare, l'obiettivo dell'analisi è stato quello di comprendere in modo approfondito quali potessero essere le principali criticità e potenzialità effettivamente riscontrate in questo approccio valutativo, nell'ottica di estensione del modello.

Il metodo adottato per identificare gli elementi necessari all'analisi è stato quello di un'indagine sul campo, realizzata attraverso la somministrazione di questionari strutturati; tale rilevazione è stata condotta in occasione del Convegno Scientifico Val.Pe.ROC. (Valutazione del Percorso della Rete Oncologica Campana), tenutosi il 26 giugno 2025 presso l'Istituto Nazionale Tumori "Fondazione Pascale" di Napoli.

Il convegno, infatti, ha rappresentato un'importante occasione di confronto multidisciplinare, attraverso il coinvolgimento di numerosi esperti del settore sanitario, tra cui medici-oncologi, case manager, infermieri, ricercatori e Medici di Medicina Generale (MMG).

Nel dettaglio, sono stati raccolti e analizzati un totale di 30 questionari, distribuiti su un campione eterogeneo proveniente dalla Campania, che include le seguenti figure professionali:

- 8 Medici–Oncologi, operanti nelle aree interne della Regione Campania;
- 10 Infermieri, attivi nell'ambito dei PDTA oncologici;
- 7 Case Manager, con ruolo di coordinamento e gestione dei PDTA;
- 5 MMG, coinvolti nella fase territoriale del percorso di cura.

I dati ottenuti hanno permesso di delineare i punti di forza e criticità, ponendo le basi per un'analisi prospettica circa l'implementazione del modello su scala nazionale. Inoltre, l'eterogeneità del campione ha consentito di ottenere una visione ampia e multidimensionale del sistema sanitario oncologico regionale.

Di seguito sono riportate le domande formulate per la somministrazione del questionario:

**Tabella Z3.** Protocollo Questionario. FONTE: Elaborazione propria.

<b>Domanda</b>	<b>Tipo risposta</b>	<b>Opzioni di risposta</b>
1. Quali aspetti ritiene più efficaci nell'attuale organizzazione dei servizi oncologici nella sua area?	Multipla (selezione multipla)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinamento tra MMG e centri oncologici</li> <li>- Tempestività nella presa in carico dei pazienti</li> <li>- Qualità del personale sanitario</li> <li>- Sistema strutturato di monitoraggio che supporta la valutazione continua dell'efficacia dei PDTA</li> <li>- Comunicazione con i pazienti e familiari</li> </ul>
2. Quali ritiene le principali criticità riscontrate nella sua area?	Multipla (selezione multipla)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distanza e difficoltà di accesso alle strutture</li> <li>- Carenza di personale sanitario specializzato</li> <li>- Tempi di attesa elevati per visite o esami</li> <li>- Mancanza di continuità assistenziale</li> <li>- Scarsa integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri</li> </ul>
3. Come valuta l'accessibilità ai servizi oncologici nella sua area?	Scala Likert	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ottima</li> <li>- Buona</li> <li>- Sufficiente</li> <li>- Scarsa</li> <li>- Molto scarsa</li> </ul>
4. Quali elementi potrebbero migliorare l'assistenza oncologica nei territori dell'area interna?	Multipla (selezione multipla)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziamento della telemedicina</li> <li>- Aumento del personale dedicato</li> <li>- Sviluppo di reti territoriali integrate</li> <li>- Investimenti in tecnologie diagnostiche avanzate</li> <li>- Formazione continua per il personale sanitario</li> </ul>
5. Quali rischi o minacce ritiene più rilevanti per il futuro dei servizi oncologici nella sua area di appartenenza?	Multipla (selezione multipla)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riduzione dei finanziamenti pubblici</li> <li>- Ulteriore spopolamento dei territori</li> <li>- Difficoltà nel reclutamento di personale</li> <li>- Discontinuità politica e gestionale</li> <li>- Aumento della domanda non supportato da risorse</li> </ul>
6. In che misura ritiene che le strutture oncologiche della sua area siano in grado di garantire una presa in carico efficace del paziente?	Scala Likert	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ottima</li> <li>- Buona</li> <li>- Sufficiente</li> <li>- Scarsa</li> <li>- Molto scarsa</li> </ul>
7. Ha suggerimenti o commenti da aggiungere?	Risposta aperta	Campo di risposta libero

**Tabella Z4.** SWOT ANALYSIS. FONTE: Elaborazione propria.

STRENGTHS	WEAKNESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tempestività nella presa in carico dei pazienti</li> <li>– Coordinamento tra MMG e centri oncologici</li> <li>– Presenza di un sistema strutturato di monitoraggio che supporta la valutazione continua dell'efficacia dei PDTA</li> <li>– Qualità e competenza del personale sanitario</li> <li>– Buona comunicazione con i pazienti e familiari</li> <li>– Adeguata accessibilità ai servizi oncologici</li> <li>– Presa in carico efficace del paziente all'interno del percorso assistenziale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tempi di attesa elevati per visite, esami, trattamenti</li> <li>– Mancanza di continuità assistenziale</li> <li>– Difficoltà logistiche per l'accesso alle strutture</li> <li>– Carenza di personale sanitario</li> <li>– Scarsa integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri</li> <li>– Limitata disponibilità delle agende GOM per le prenotazioni</li> <li>– Tempi lunghi tra segnalazione e accesso al GOM</li> <li>– Mancanza di investimenti in tecnologie diagnostiche avanzate</li> <li>– Necessità di potenziare la formazione del personale sanitario</li> <li>– Telemedicina ancora poco sviluppata e integrata</li> <li>– Scarso coordinamento tra professionisti sanitari</li> </ul>
OPPORTUNITIES	THREATS
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Migliorare la definizione e la standardizzazione dei percorsi di ciascun GOM</li> <li>– Aumentare l'adesione agli screening oncologici</li> <li>– Adottare i sistemi regionali di misurazione e benchmarking per il confronto delle performance</li> <li>– Focalizzarsi sul supporto istituzionale verso le aree interne</li> <li>– Rafforzare e valorizzare il ruolo dei MMG nel percorso assistenziale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Riduzione dei finanziamenti pubblici disponibili</li> <li>– Crescita della domanda di servizi oncologici non accompagnata da un incremento proporzionale delle risorse</li> <li>– Instabilità politica e gestionale che può ostacolare la continuità</li> <li>– Spopolamento progressivo delle aree interne, con riduzione della domanda e maggiore isolamento dei servizi</li> </ul>

Sono stati pertanto individuati i punti di forza e di debolezza delle strutture ospedaliere delle aree interne, nonché le opportunità ed i rischi esterni sui quali poter fare leva nel contesto in cui si opera.

Ciascun quadrante della tabella SWOT è stato costruito sulla base delle risposte ottenute e organizzate in base all'ordine di frequenza con cui ogni elemento è stato menzionato, evidenziando così i temi ai quali

dedicare maggior attenzione. Pertanto, le voci elencate per prime rappresentano le priorità maggiormente segnalate dalle persone coinvolte.

Tra gli aspetti valorizzati, nella sezione *Strengths* (Punti di Forza), emergono la tempestività nella presa in carico dei pazienti, un buon coordinamento tra MMG e strutture oncologiche, e la presenza di un sistema strutturato di monitoraggio, che consente una valutazione continua dell'efficacia dei PDTA. Questi aspetti, dunque, rappresentano un'ottima capacità organizzativa nel fornire un accesso rapido alle cure e una gestione efficace dell'intero percorso diagnostico-terapeutico assistenziale. Altri aspetti positivamente segnalati includono la qualità del personale sanitario, la comunicazione efficace che intercorre tra pazienti/famiglie/personale, nonché un'adeguata accessibilità ai servizi in alcune aree. Tali aspetti, quindi, rappresentano dei capisaldi sui quali insistere per mantenere il vantaggio competitivo.

I punti di debolezza evidenziano, invece, aspetti interni al sistema. Questi riguardano principalmente i lunghi tempi di attesa per esami diagnostici/approfondimenti/visite, la carenza di personale sanitario in proporzione alla domanda di assistenza oncologica e la scarsa integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. Emergono anche difficoltà logistiche di accesso alle strutture e ritardi nell'accesso al Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) dopo la segnalazione del paziente.

Inoltre, alcuni punti di debolezza riportati evidenziano la necessità di acquisire investimenti per assicurare tecnologie diagnostiche avanzate, la necessità di potenziare la formazione continua del personale sanitario e quella di assicurare maggior integrazione e coordinamento tra i diversi operatori sanitari che partecipano attivamente al percorso di cura, includendo un maggior utilizzo della telemedicina (es. maggiori riunioni GOM virtuali).

Nel quadro delle opportunità, gli intervistati hanno spesso menzionato l'importanza di definire in modo più chiaro i percorsi di ciascun GOM, al fine di migliorare l'organizzazione e l'efficacia del percorso assistenziale. Inoltre, ulteriore aspetto da segnalare è l'aumento dell'adesione agli screening oncologici, che rappresenta un'importante opportunità per garantire una diagnosi precoce e migliorare gli esiti clinici e la qualità della vita dei pazienti. Di rilievo è senz'altro l'adozione di sistemi regionali di misurazione e monitoraggio delle performance, che

consentono di confrontare le best practices tra strutture (benchmarking intra-regionale) e di individuare tempestivamente le criticità e promuovere l'equità territoriale.

Inoltre, un supporto da parte delle istituzioni, sotto forma di finanziamenti, incentivi al personale, telemedicina e consulti a distanza, permetterebbe di abbattere il divario tra aree centrali e periferiche.

Infine, come emerso dall'analisi, il ruolo dei MMG è spesso marginale nel percorso, pur essendo, dai nostri indicatori, molto importante. Pertanto, rafforzare e valorizzare il loro ruolo migliorerebbe il coordinamento e la qualità dell'assistenza, promuovendo una più efficace integrazione tra ospedale e territorio.

Infine, il quadrante delle minacce raccoglie fattori esterni che, se non gestiti in modo opportuno, potrebbero compromettere l'intero sistema di assistenza oncologico, in particolare nelle aree interne.

Il primo aspetto da evidenziare riguarda la possibile riduzione di finanziamenti pubblici, il quale rappresenta un rischio concreto per la capacità di investimento in risorse umane e tecnologiche.

A ciò si aggiunge la crescita della domanda di servizi oncologici, non bilanciata da un numero consono di risorse. In aggiunta, l'instabilità politica e gestionale può influenzare negativamente la continuità dei programmi di miglioramento, e lo spopolamento delle aree periferiche può esacerbare le disuguaglianze territoriali.

In definitiva, l'analisi SWOT condotta restituisce una fotografia complessa, ma ricca di spunti per l'evoluzione del sistema oncologico regionale, il cui obiettivo è soddisfare in modo eterogeneo i bisogni dei cittadini.

Gli elementi positivi che emergono testimoniano l'esistenza di competenze e asset organizzativi consolidati; tuttavia, permangono criticità significative su cui è necessario intervenire, in particolare relative ai tempi di attesa, alla carenza di personale, alla scarsa integrazione tra servizi e all'accesso disomogeneo alle strutture. Questi aspetti, se non affrontati in modo sistemico, rischiano di compromettere in modo duraturo l'equità e l'efficacia dell'assistenza oncologica, soprattutto nelle aree interne.

Le opportunità identificate offrono margini concreti di miglioramento, a partire da una più chiara definizione dei percorsi GOM, un

maggior utilizzo della telemedicina, il potenziamento dei programmi di screening e l'adozione di sistemi di benchmarking. Tuttavia, tali opportunità devono essere attentamente bilanciate rispetto alle minacce esterne identificate.

L'analisi condotta fornisce, dunque, spunti di riflessione e suggerimenti concreti per i policy makers del settore di riferimento. In particolare, sarebbe opportuno che i policy maker attuassero strategie volte a rafforzare il ruolo dei MMG nel percorso oncologico, attraverso strumenti formativi, un riconoscimento istituzionale adeguato e una piena integrazione nei GOM, al fine di promuovere una reale medicina territoriale e di fornire supporto continuo al personale sanitario, specialmente nelle aree più svantaggiate.

Inoltre, è fondamentale destinare maggiori investimenti in tecnologie diagnostiche avanzate e in digitalizzazione, per consentire agli stakeholder una maggiore fruizione dei servizi digitali. In questo contesto, l'intensificazione delle riunioni virtuali dei GOM rappresenta uno strumento utile per superare problemi legati alla mobilità.

In più, altro elemento di interesse è la promozione della standardizzazione dei modelli operativi, in modo da garantire uniformità nell'accesso e nella qualità dei servizi su tutto il territorio regionale. Parallelamente, è necessario sostenere economicamente le aree svantaggiate con finanziamenti mirati, volti a colmare il gap infrastrutturale e organizzativo, evitando che le aree territoriali con bassa densità abitativa non diventino un limite di invincibile all'equità sanitaria.

Anche dal punto di vista delle Regioni, i risultati evidenziati offrono indicazioni interessanti di best practices, potenzialmente in grado di stimolare un miglioramento esteso su scala nazionale, attraverso strategie più coerenti con i principi di equità, efficacia e sostenibilità.

In definitiva, l'implementazione dei modelli a rete, frutto di una visione strategica lungimirante, si è tradotta nell'ottimizzazione complessiva della qualità del servizio erogato. Ciò è evidente non solo nei centri urbani, dove è più immediata la possibilità di raggiungere strutture di eccellenza, ma anche nelle aree interne. Difatti, grazie all'organizzazione reticolare, i pazienti presi in carico da strutture localizzate nelle suddette aree stanno accedendo pian piano a percorsi di cura più strutturati, coordinati e appropriati.

In particolare, il modello a rete consente di superare gli aspetti di frammentarietà del sistema socio-sanitario, così da garantire una gestione coordinata nel tempo e nello spazio per tutti i pazienti. Pertanto, le aree periferiche diventano spazio attivo di salute, dove si previene, si educa, si monitora e si cura, con un uso intelligente delle risorse e una maggiore personalizzazione degli eventi. Nonostante le potenzialità e i vantaggi offerti dal suddetto modello, la sua gestione dipende da rigide linee guida, da modelli di governance multi-livello e investimenti mirati in formazione. Infatti, la rete non è un modello organizzativo improvvisato, ma un concentrato di esperienza e unidirezionalità degli obiettivi. Pertanto, la diffusione di tale modello anche nelle aree periferiche garantisce equità di accesso alle cure nonché un elevato livello di qualità dei servizi offerti. Ciò implica un cambio di un paradigma in grado di trasformare il concetto di salute e il rapporto tra istituzioni e cittadini.

Sulla base di tali premesse, il Sistema Sanitario Nazionale si pone in una fase transitoria in cui la necessità di adattarsi a scenari socio-demografici in continua evoluzione impone un profondo ripensamento delle logiche organizzative e gestionali. Infatti, il modello organizzativo reticolare è non più un'opzione teorica o un'innovazione sperimentale, ma si configura di giorno in giorno come uno strumento per le governance sanitarie, affinché siano promossi cambiamenti rapidi, efficaci e sostenibili. Questo approccio consente di superare la storica verticalizzazione dei servizi e di orientarsi verso una struttura orizzontale e dinamica, in grado di adattarsi in tempo reale ai bisogni emergenti ed ai cambiamenti del contesto. Pertanto, la rete diventa una leva per una sanità più moderna, vicina, resiliente e sostenibile. Esso consente di affrontare in modo integrato e multidimensionale le trasformazioni in atto, ponendo le basi per un Sistema Sanitario rinnovato, capace di coniugare equità di accesso, efficienza operative e qualità dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale.

Dall'implementazione del modello a rete derivano una serie di benefici, tra i quali si riscontrano l'incremento della qualità assistenziale, la maggiore equità di accesso alle cure, la razionalizzazione delle risorse e la promozione di percorsi di cura integrati. Questi non sono stati il frutto di una trasformazione disorganica, bensì il risultato di una

strategia sapientemente orchestrata e fondata su principi manageriali solidi, tra cui l'uso sistematico di indicatori di performance (*Key Performance Indicators*) e un monitoraggio continuo e strutturato da parte della governance sanitaria. Pertanto, lo sviluppo di un adeguato sistema di monitoraggio e di valutazione delle prestazioni sanitarie è frutto di una vera e propria trasformazione organizzativa e culturale orientata all'equità, alla qualità e alla centralità del paziente. La costituzione di vari indicatori, dunque, e la loro costante revisione, hanno favorito l'instaurarsi di prassi gestionali fondate sull'autovalutazione, in cui ogni attore dell'ecosistema sanitario ha potuto offrire il proprio contributo in un quadro più ampio e sistemico. In tale contesto, si è affermata una visione in cui il controllo direzionale non si limita a una funzione di controllo formale, ma diviene leva trasformativa per orientare i comportamenti organizzativi, stimolare la collaborazione interprofessionale e favorire l'innovazione nei processi, coinvolgendo tutti gli attori coinvolti nell'erogazione delle cure. Grazie all'attivo coinvolgimento degli attori del sistema sanitario, dunque, è stato promosso un clima favorevole alla responsabilizzazione e alla motivazione professionale, generando benessere organizzativo, coesione e senso di appartenenza. L'impiego rigoroso dei KPI, coniugato, quindi, a un monitoraggio intelligente e ad una forma di governance aperta e distribuita, si è dimostrato non solo una tecnica di controllo, ma una filosofia gestionale avanzata, che pone al centro la qualità della cura, la centralità del paziente e il valore generato per la comunità. Un tale approccio organizzativo, se mantenuto e consolidato come sta accadendo in oncologia, costituisce una base solida per affrontare le future sfide della sanità, in particolare in quei territori periferici dove la rete non è solo un modello organizzativo, ma una condizione imprescindibile di equità, giustizia e coesione sociale.



## APPENDICE

### 1. KPI per la Regione Campania

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo primo periodo	Effettivo secondo periodo	Efficacia primo periodo	Efficacia secondo periodo
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	>0,5	0,05	0,93	0,93	0,86	0,86
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc.)	1-7 Likert	>4	0,025	3	4	-0,27	-0,02
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	58%	61%	-0,28	-0,25
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	>90%	0,05	82%	79%	-0,10	-0,13
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	>90%	0,025	77%	73%	-0,15	-0,20
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	>90%	0,05	83%	75%	-0,09	-0,17
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	1%	0,4%	0,80	0,18

A3.1	Patient satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	>3	0,0017	4,11	4,30	0,33	0,39
A3.2	Patient satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	>3	0,0017	4,34	4,56	0,40	0,47
A3.3	Patient satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	>3	0,0017	4,38	4,53	0,41	0,46
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	>70%	0,05	89%	86%	0,26	0,21
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	84%	89%	0,18	0,26
B1.3	Efficienza del lavoro	0-max*	150	0,1	288*	340	0,52	-1,27
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in Pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,05	95%	96%	0,05	0,06
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti Pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	0-100%	<10%	0,05	12%	5%	-0,33	0,44
B2.3	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	<30%	0,1	14%	21%	0,52	0,28
C1.1	% di MMG campani con credenziali di accesso alla Piattaforma ROC	0-100%	>10%	0,1	16%	44%	0,47	3,04
C1.2	% di MMG con credenziali di accesso alla Piattaforma ROC che hanno inviato almeno un paziente alla ROC	0-100%	>5%	0,1	34%	59%	5,68	10,59

## 2. KPI per aree interne

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Aree interne primo periodo	Aree interne secondo periodo	Efficacia aree interne primo periodo	Efficacia aree interne secondo periodo
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	>0,5	0,05	0,86	1	0,72	1,00
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc.)	1-7 Likert	>4	0,025	4	6	-0,02	0,46
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	63%	58%	-0,22	-0,28
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	>90%	0,05	92%	38%	0,01	-0,58
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	>90%	0,05	96%	91%	0,06	0,00
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	>90%	0,05	82%	68%	-0,10	-0,25
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	2%	0%	0,59	1,00
A3.1	Patient satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	>3	0,017	4,20	3,77	0,35	0,22
A3.2	Patient satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	>3	0,017	4,38	3,85	0,41	0,24
A3.3	Patient satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	>3	0,017	4,39	3,77	0,42	0,22

<b>B1.1</b>	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internazionalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	>70%	0,1	91%	88%	0,30	0,24
<b>B1.2</b>	% Pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internazionalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	>70%	0,1	88%	93%	0,24	0,31
<b>B1.3</b>	Efficienza del lavoro	0-max*	150	0,1	417	432	0,20	0,17
<b>B2.1</b>	% Esami diagnostici effettuati in Pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,1	98%	96%	0,08	0,06
<b>B2.2</b>	% Costi per esami diagnostici eseguiti Pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	0-100%	<10%	0,1	1%	3%	-0,11	0,67
<b>B2.3</b>	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	<30%	0,1	22%	23%	0,24	0,21

Si osservi che in questo caso non sono stati calcolati i due indicatori **CI.1** e **CI.2** in quanto “generalisti”, per i quali non è dunque possibile filtrare l’informazione per aree interne. Pertanto, sono stati rivisti leggermente i pesi degli indicatori. In particolare, sono stati incrementati i pesi degli indicatori **B1.1**, **B1.2**, **B2.1**, **B2.2** poiché ritenuti più rilevanti nel calcolo della performance complessiva.

## BIBLIOGRAFIA

- ADDICOTT R., MCGIVERN G., FERLIE E., *Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks*, in «Public Money and Management», 26, 2, 2006, pp. 87–94.
- AGENAS A., *Sesta Indagine Nazionale sullo Stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali*, 2024.
- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, *Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) e Patient-Reported Experience Measures (PREMs): Stato dell'arte e prospettive future*, 2022.
- BITITCI U.S., CARRIE A.S., MCDEVITT L., *Integrated performance measurement systems: A development guide*, in «International Journal of Operations & Production Management», 20, 5, 2000, pp. 522–534.
- BITITCI U.S., TURNER T., BEGEMANN C., *Dynamics of performance measurement systems*, in «International Journal of Operations & Production Management», 20, 6, 2000, pp. 692–704.
- BISHOP M., SWARTHOUT M., *Population health management: Review of concepts and definitions*, in «American Journal of Health-System Pharmacy», 74(18), 2017, pp. 1405–1411.
- BLACK N., *Patient reported outcome measures could help transform healthcare*, in «BMJ», 346, 2013.
- BERTETTO O., *Il ruolo strategico delle reti nel S.S.N.*, Milano 2016.
- BERTONE S. et al., *Network governance forms in healthcare: empirical evidence from two Italian cancer networks*, in «BMC Health Services Research», 2020.
- BEARD J.R., OFFICER A., DE CARVALHO I.A., SADANA R., POT A.M., MICHEL J.P., LLOYD-SHERLOCK P., EPPING-JORDAN J.E., PEETERS G.M.E.E.G., MAHANANI W.R., THIYAGARAJAN J.A., CHATTERJI S., *The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing*, in «The Lancet», 2008, pp. 2145–2154.

- BERWICK D., NOLAN T., WHITTINGTON J., *The Triple Aim: Care, cost, and quality*, in «Health Affairs», 27, 2008, pp. 759–769.
- BEVAN G., HOOD C., *What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system*, in «Public Administration», 84, 3, 2008, pp. 517–538.
- BISELLI D., *AGENAS e la valutazione della performance delle aziende sanitarie*, in «InnLives», 2024.
- HAN B.-C., *Psychopolitik: Neoliberalismus und die neuen Machttechniken*, Fischer, Frankfurt 2014; trad. it. BUONGIORNO F., *Psicopolitica*, Nottetempo, Roma 2016.
- BOURNE M., KENNERLEY M., FRANCO M., *Managing through measures*, in «Management Accounting», 78, 7, 2000, pp. 22–25.
- BRAMBILLA C. et al., *Appropriatezza nei percorsi oncologici integrati: esiti del progetto EPICA*, in «Epidemiologia e Prevenzione», 44, 6–7, 2020, pp. 401–408.
- CASTELS M., *The Information Age: Economy, Society and Culture (Vol. I–III)*, Blackwell Publishers, Malden–Oxford 1996–1998.
- CASTELS M., *The Rise of Network Society*, in «The Information Age: Economy, Society, and Culture», Vol. I, Blackwell Publishers, Malden–Oxford 1996, p. 480.
- CASTELS M., *Informationalism, Networks, and the Network Society: A Theoretical Blueprint*, Blackwell, Oxford 2004.
- CELLA D. et al., *The Patient–Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Progress of an NIH Roadmap Cooperative Group*, in «Medical Care», 2007.
- CENTRO PER LA RICERCA ECONOMICA APPLICATA IN SANITÀ, *Le performance regionali dei sistemi sanitari*, Istituto per la Competitività (I–Com), 2023.
- CHUN J., BAFFORD A.C., *History and background of quality measurement*, in «Clinics in Colon and Rectal Surgery», 27, 1, 2014, pp. 5–9.
- COOPER L., NUNDY S., MATE K., *The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity*, in «JAMA», 327, 2022, pp. 521–522.
- COULTER A., LOCOCK L., ZIEBLAND S., CALABRESE J., *Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care*, in «BMJ», 348, 2019.
- CUCCURULLO C., PENNAROLA G., *Strategia e performance nelle aziende ospedaliere. Analisi, pianificazione e performance*, EGEA, Milano 2017.

- DE BOER D., DELNOIJ D., RADEMAKERS J., *The importance of patient-centered care for various patient groups*, in «Patient Education and Counseling», 90, 3, 2013, pp. 405–410.
- DE ROSIS S., PENNUCCI F., LUNGU D.A. *et al.*, *A continuous PREMs and PROMs Observatory for elective hip and knee arthroplasty: study protocol*, in «BMJ Open», 11, 2021, e049826.
- DEANDREA S. *et al.*, *Italian guidelines for age range and test interval in breast cancer screening programmes: GRADE-ADOLOPMENT of the European guidelines*, in «Radiologia Medica», 129, 12, 2024, pp. 1778–1789.
- DESOMER A. *et al.*, *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*, in «Health Services Research», KCE, Brussels 2018.
- DEERBERG-WITTRAM J., LUDTKE L., *Diabeter: Value-Based Healthcare Delivery in Diabetes*, Boston Consulting Group, Boston (MA) 2016.
- DI NAPOLI A., FRANCESCO F., *Determinazione della numerosità campionaria*, in «Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi», 32, 1, 2020, pp. 26–29.
- DIXON J.R., NANNI A.J. JR., VOLLMANN T.E., *The New Performance Challenge (Measuring Operations for World-Class Competition)*, Irwin, Homewood (IL) 1990.
- DONABEDIAN A., *Evaluating the quality of medical care*, in «The Milbank Memorial Fund Quarterly», 44, 1966, pp. 166–206.
- DONABEDIAN A., *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, in «Annals of the New York Academy of Sciences», vol. 353, 1980, pp. 1–17.
- DONABEDIAN A., *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, New York 2003, pp. 1–25.
- EPSTEIN A.M., *Performance reports on quality—prototypes, problems, and prospects*, in «New England Journal of Medicine», 333 (1995), pp. 57–61.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Health system performance assessment: A framework for policy analysis*, WHO, Copenhagen 2022, pp. 1–360.
- EXPERT PANEL, *Defining Value in Health Care: A Consensus Statement*, 2019, pp. 1–20.
- EMERSON K., NABATCHI T., BALOGH S., *An integrative framework for collaborative governance*, in «Journal of Public Administration Research and Theory», 22, 1, 2011, pp. 1–29.
- FANIA L. *et al.*, *Integrated care pathways and the hub-and-spoke model for the management of non-melanoma skin cancer: A proposal of the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI)*, in «Dermatology Reports», 13, 2, 2021.

- FERNÁNDEZ-SALIDO M., ALHAMBRA-BORRÁS T., CASANOVA G., GARCÉS-FERRER J., *Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review*, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», 21, 2024, Articolo 134.
- FERLAY J. *et al.*, *Global Cancer Observatory: Cancer Today*, International Agency for Research on Cancer, Lyon 2020.
- U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA), *Guidance for Industry: Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims*, FDA, Washington D.C. 2009, pp. 1–43.
- FERRÈ F., VAINIERI M., GIACOMELLI G., NUTI S., *Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference*, in «Health Care Management Review», 44, 4, 2019, pp. 306–317.
- HWANG J., CHRISTENSEN C.M., *Disruptive innovation in health care delivery: a framework for business-model innovation*, in «Health Affairs», 27, 5, 2008, pp. 1329–1335.
- IOM, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academies Press, Washington DC 2001.
- INAMDAR N., KAPLAN R.S., BOWER M., *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations*, in «Journal of Healthcare Management», 47, 3, 2002, pp. 179–195.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard Business Review Press, Boston (MA) 2004.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business Review Press, Boston (MA) 1997.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., *The balanced scorecard: measures that drive performance*, in «Harvard Business Review», 83, 7, 2005, p. 172.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., *Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I*, in «Accounting Horizons», 15, 2001, pp. 87–104.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P., *The Balanced Scorecard—Measures That Drive Performance*, in «Harvard Business Review», 70, 1992, pp. 71–79.
- KINDIG D., STODDART G., *What is Population Health?*, in «American Journal of Public Health», 93, 2003, pp. 380–383.
- LAWRIE G., COBBOLD I., *Third generation Balanced Scorecard: evolution of an effective strategic control tool*, in «International Journal of Productivity and Performance Management», 53, 2004, pp. 611–623.
- LOHR K.N., *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, in «Journal of Quality Assurance», 13, 1, 1990, pp. 10–13.

- MALLERET V., BOURGUIGNON A., NORREKLIT H., *The American Balanced Scorecard versus the French Tableau de Bord: The Ideological Dimension*, in «Management Accounting Research», 15, 2, 2004, pp. 107–134.
- MELE R., TRIASSI M., *Management e gestione delle aziende sanitarie*, CEDAM, Padova 2008.
- MCINTYRE D., ROGERS L., HEIER E.J., *Overview, history, and objectives of performance measurement*, in «Health Care Financing Review», 22, 3, 2001, pp. 7–21.
- MOORAJ S., OYÓN D., HOSTETTLER D., *The Balanced Scorecard: A Necessary Good or an Unnecessary Evil?*, in «European Management Journal», 17, 5, 1999, pp. 481–491.
- MOORE M., KHAGRAM S., *On Creating Public Value: What Business Might Learn from Government about Strategic Management*, Harvard University, Cambridge (MA) 2006.
- NILSSON K., BÅÅTHE F., ANDERSSON A.E. *et al.*, *Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study*, in «BMC Health Services Research», 17, 2017, p. 169.
- NUTI S., NOTO G., VOLA F., VAINIERI M., *Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare*, in «Management Decision», 56, 10, 2018, pp. 2252–2272.
- NUTI S., VOLA F., BONINI A., VAINIERI M., *Making governance work in the health care sector: Evidence from a “natural experiment” in Italy*, in «Health Economics, Policy and Law», 11, 1, 2016, pp. 17–38.
- NUTI S., VAINIERI M., VOLA F., *Priorities and targets: supporting target-setting in healthcare*, in «Public Money & Management», 37, 4, 2017, pp. 277–284.
- PENCARELLI T., *Performance competitiva*, in DI BERNARDO B., GANDOLFI V., TUNISINI A. (a cura di), *Economia e management delle imprese*, Hoepli, Milano 2009.
- PERRINI F., TENCATI A., *Sustainability and stakeholder management: the need for new corporate performance evaluation and reporting systems*, in «Business Strategy and the Environment», 15, 5, 2006, pp. 296–308.
- PORTER M.E., TEISBERG E.O., *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston 2006, pp. 1–256.
- PORTER M.E., *What is Value in Health Care?*, in «New England Journal of Medicine», 363, 2010, pp. 2477–2481.
- PORTER M.E., KAPLAN R.S., FRIGO M.L., *Managing healthcare costs and value*, in «Strategic Finance», 98, 7, 2017, pp. 24–32.

- PORTER M.E., LEE T.H., *The strategy that will fix health care*, in «Harvard Business Review», 91, 10, 2013, pp. 50–70.
- PURBEY S., MUKHERJEE K., BHAR C., *Performance measurement system for healthcare processes*, in «International Journal of Productivity and Performance Management», 56, 3, 2007, pp. 241–251.
- SALVATORE F.P., FANELLI S., DONELLI C.C., MILONE M., *Value-based health-care principles in health-care organizations*, in «International Journal of Organizational Analysis», 29, 6, 2021, pp. 1443–1454.
- SILBERBERG M., MARTINEZ-BIANCHI V., LYN M.J., *What is Population Health?*, in «Primary Care», 46, 2019, pp. 475–484.
- STIEFEL M., NOLAN K., *A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost*, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge (MA) 2012.
- STROME T.L., LIEFER A., *Healthcare analytics for quality and performance improvement*, Wiley, Hoboken (NJ) 2013.
- TSENG E.K., HICKS L.K., *Value Based Care and Patient-Centered Care: Divergent or Complementary?*, in «Current Hematologic Malignancy Reports», 11, 4, 2016, pp. 303–310.
- VAINIERI M., GALLO M., MONTAGANO G., NUTI S., *Per migliorare la performance quanto conta l'integrazione tra gli strumenti di governance regionali e aziendali? Alcune evidenze dalla Regione Basilicata*, in «Mecosan», 98, 2016.
- VAINIERI M., NUTI S., *Performance Measurement Features of the Italian Regional Healthcare Systems: Differences and Similarities*, InTech, 2011.
- VETTORI A., VANNOZZI D., *La valutazione delle performance individuali nelle aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- WILKINSON R.G., MARMOT E., *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*, World Health Organization, Copenhagen 1998, pp. 1–32.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Constitution of the World Health Organization*, adopted in New York on July 22, 1946, in force since April 7, 1948, WHO, Geneva 1948.







