

con il patrocinio di:



Rete Oncologica Campana

Progetto «Val.Pe.ROC»

Risultati della IV Annualità



CONVEGNO “VAL.PE.ROC”

La **Valutazione** del **Percorso della ROC**

I risultati della quarta annualità del
Progetto ValPeROC

La Rete Oncologica Campana

Sandro Pignata

Responsabile Scientifico Rete Oncologica Campana (R.O.C)

Istituto Nazionale Tumori di Napoli

Obiettivi della Rete Oncologica Campana

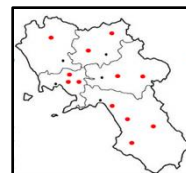
- Tempestività: combattere il «ritardo diagnostico»
- Disparità nell'accesso ai servizi e liste attesa
- Appropriatezza attraverso la multidisciplinarietà
- Integrazione ospedale-territorio per gestire l'intero percorso di cura (setting assistenziali corretti)
- Gestire le innovazioni

L'esperienza della Rete Oncologica Campana (R.O.C)

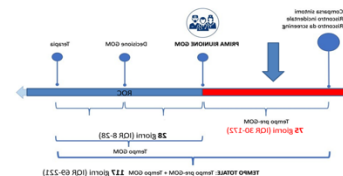
Istituita con il decreto
n°98 del 20/09/2016
Network
CORP/CORPUS/ASL



La piattaforma web
modulare della ROC



Le case di cura
accreditate nella ROC



I progetti della ROC

2016

2017

2018

2018

2019

2019

2021

2022

2023

2024

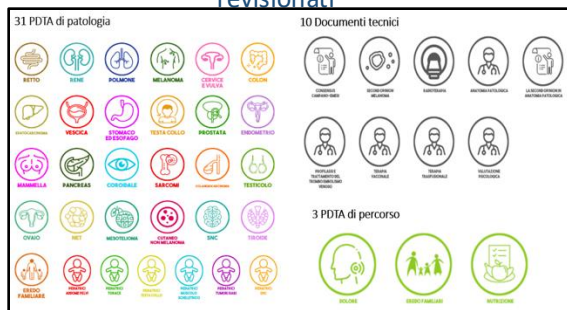
I primi PDTA
Unici a livello
regionale
revisionati

GOM
interaziendali
con le ASL

I Medici di
medicina generale
nella ROC

I servizi e i nuovi
moduli della
piattaforma ROC

ROC
e prevenzione



I servizi della piattaforma ROC

- Richiesta continuità territoriale
- Cardioncologia (CardioROC)
- Test oncogenomici
- Trial clinico
- Test NGS Colangiocarcinoma
- Campania Pancreas
- Eredo Familiare



Pubblico e privato accreditato insieme nella ROC



CORPUS

ISTITUTO TUMORI NAPOLI (Napoli)
A.O.U. LUIGI VANVITELLI (Napoli)
A.O.U. FEDERICO II (Napoli)
A.O.U. RUGGI D'ARAGONA (Salerno)

CORP

A.O. CARDARELLI (Napoli)
A.O. DEI COLLI (Napoli)
OSPEDALE DEL MARE (Napoli)
A.O. MOSCATI (Avellino)
A.O. RUMMO SAN PIO (Benevento)
A.O. S. ANNA S. SEBASTIANO (Caserta)
OSPEDALE SANTA MARIA DELLE GRAZIE (Pozzuoli)

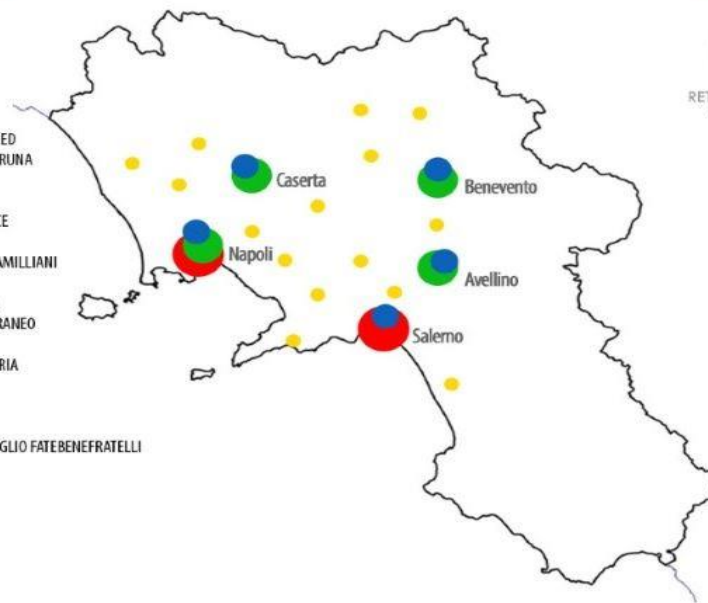
ASL

ASL NAPOLI 3 SUD
ASL NAPOLI 2 NORD
ASL NAPOLI 1 CENTRO
ASL CASERTA
ASL AVELLINO
ASL BENEVENTO
ASL SALERNO

CASE DI CURA ACCREDITATE

VILLA ESTHER
CASA DI CURA SANTA RITA
GEPOS
CASA DI CURA PADRE PIO
CASA DI CURA SAN MICHELE
CLINICA ATHENA
CLINICA SANT'ANNA
PINETA GRANDE HOSPITAL
VILLA DEL SOLE
CASA DI CURA COBELLIS
VILLA FIORITA CAPUA
VILLA BETANIA
CASA DI CURA ANDREA GRIMALDI
CASA DI CURA MALZONI / VILLA DEI PLATANI
CASA DI CURA NOSTRA SIGNORA DI LOURDES
CASA DI CURA OSPEDALE INTERNAZIONALE
CASA DI CURA SANTA LUCIA
CLINICA MEDITERRANEA
CLINICA SANATRIX
FATEBENEFRAELLI BENEVENTO
VILLA DEI FIORI- MUGNANO
VILLA FIORITA
CASA DI CURA IOS SRL

CLINICA TRUSSO - CARDIOMED
CLINICA SANTA MARIA LA BRUNA
CLINICA SANTA PATRIZIA
CLINICA VESUVIO
CLINICA VILLA DELLE QUERCE
VILLA DEI FIORI ACERRA
PO S. MARIA DELLA PIETA CAMILLIANI
CASA DI CURA SALUS
CASA DI CURA TORTORELLA
ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO
VILLA DEL SOLE
CASA DI CURA MARIA ROSARIA
LA MADONNINA
VILLA JULIE
VILLA MAJONE
OSPEDALE DEL BUON CONSIGLIO FATEBENEFRAELLI



Digitalizzazione della Rete Oncologica Campana

- Multidisciplinarietà (i GOM)
- Il percorso definito
- Integrazione ospedale-territorio
- Gestire le innovazioni

Obiettivi della Rete Oncologica Campana

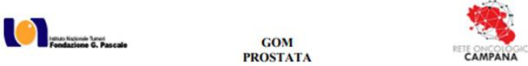
- Multidisciplinarietà (i GOM)
- Il percorso definito
- Integrazione ospedale-territorio
- Gestire le innovazioni

		GOM PROSTATA	
COORDINATORE: Dott.ssa Sabrina Rossetti			
ACCOGLIENZA (presa in carico)	Case Manager	G. Iovane, G. Canciello, R. Nace	
CORE TEAM	UOC Oncologia Medica Uro - Ginecologica	S. Rossetti	
	UOC Urologia Oncologica	S. Perdonà	
	UOC Radioterapia	P. Muto	
TEAM ASSISTENZIALE DI RICERCA CLINICA	Ambulatorio	Personale	
	Day Hospital	Infermieristico	
	Ricovero ordinario		
	UOC Oncologia Medica Uro - Ginecologica	S. Pignata, C. Pisano, R. Tamburo, S.C. Cecere, M. Di Napoli, J.Ventriglia, A. Passarelli, L. Lobianco	
	UOC Urologia Oncologica	G. Grimaldi, G. Quarto, L. Castaldo, R. Muscarello, A. Izzo, D. Franzese, F. Passaro, G. Spina, R. Contieri	
	UOC Radioterapia	R. Di Franco, V. Borzillo, P. Muto	
	UOC Anatomia Patologica e Citopatologica	F. Fenece, G. Ferrara	
	UOC Radiodiagnostica	A. Petrillo, S.V. Setola, D. Pupo I. Simonetti,	
	UOC Medicina Nucleare e Terapia Metabolica	S. Latoria, F. Di Gennaro M. Raddi	
	UOC Radiologia Interventistica	F. Fiore, L. Tarotto, S. Stilo	
	UOSD Psiconcologia Clinica	D. Barberio, Abate V.	
	UOS Terapie del Dolore e Cure Palliative	A. Cuomo, D. Nocerino	
	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	C. Civiletti, P. Andreozzi	
	UOSD Dietologia e Nutrizione Artificiale	V. Turrà, T. Di Lauro, L. Abbadessa	
	UOC Farmacia Ospedaliera	P. Maiolino, M. Aurilio	
	UOC Medicina di Laboratorio	E. Cavalcanti	
	UOSD Medicina Trasfusionale	R. Azzaro	
	Endocrinologo	E. Di Rella	
	UOC Medicina Riabilitativa	M. Pinto	
	UOC Sperimentazione Cliniche	C. Schettino, F. Perrone	
	UOC Cardiologia	N. Maurea, A. Mauriello	
	UOSD Accessi Venosi e Gestione Day Surgery / UOC Anestesia e Rianimazione Ascalesi	P. Aprea / PICC Team	
	UOC farmacologia Sperimentale Oncologica	E. Di Gennaro, A. Leone, F. Iannelli	
	UOC Biologia Cellulare e Bioterapie	A. De Luca, C. Roma	
	UOC Bersagli Molecolari del Microambiente	S. Scala	
TEAM di Formazione Innovazione e QUALITÀ	UOC Monitoraggio scientifico e Quality Assurance della Ricerca	G. De Feo, G. Palmieri	
	Direzione Sanitaria di Presidio	S. D'Auria	
	Formazione	Direzione Scientifica	
	Incarico di funzione Organizzativa Supporto al CORPUS	A. Scuto	

La multidisciplinarietà della Rete Oncologica Campana

Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)

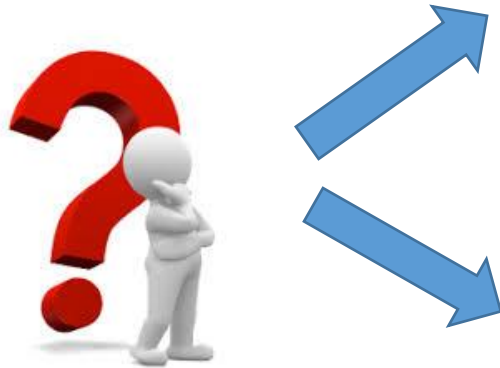
- In ciascun Ospedale della Rete
- Fra diversi Ospedali della Rete
- Fra Ospedali, ASL, case di cura accreditate della Rete
- Riunioni settimanali
- Ogni nuovo paziente

		GOM PROSTATA
COORDINATORE: Dott.ssa Sabrina Rossetti		
ACCOGLIENZA (presa in carico)	Case Manager	G. Iovane, G. Canciello, R. Nace
CORE TEAM	UOC Oncologia Medica Uro - Ginecologica	S. Rossetti
	UOC Urologia Oncologica	S. Perdonà
	UOC Radioterapia	P. Muto
TEAM ASSISTENZIALE DI RICERCA CLINICA	Ambulatorio	Personale
	Day Hospital	Infermieristico
	Ricovero ordinario	
	UOC Oncologia Medica Uro - Ginecologica	S. Pignatta, C. Pisano, R. Tamburo, S.C. Cecere, M. Di Napoli, J.Ventriglia, A. Passarelli, L. Lobianco
	UOC Urologia Oncologica	G. Grimaldi, G. Quarto, L. Castaldo, R. Muscarello, A. Izzo, D. Franzese, F. Passaro, G. Spina, R. Contieri
	UOC Radioterapia	R. Di Franco, V. Borzillo, P. Muto
	UOC Anatomia Patologica e Citopatologica	F. Fenece, G. Ferrara
	UOC Radiodiagnostica	A. Pettillo, S.V. Setola, D. Pupo I. Simonetti,
	UOC Medicina Nucleare e Terapia Metabolica	S. Lastoria, F. Di Gennaro M. Raddi
	UOC Radiologia Interventistica	F. Fiore, L. Tarotto, S. Stilo
	UOSD Psiconcologia Clinica	D. Barberio, Abate V.
	UOS Terapia del Dolore e Cure Palliative	A. Cuomo, D. Nocerino
	UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	C. Civiletti, P. Andreozzi
	UOSD Dietologia e Nutrizione Artificiale	V. Turrà, T. Di Lauro, L. Abbadesse
	UOC Farmacia Ospedaliera	P. Maiolino, M. Aurilio
	UOC Medicina di Laboratorio	E. Cavalcanti
	UOSD Medicina Trasfusionale	R. Azzaro
	Endocrinologo	E. Di Rella
	UOC Medicina Riabilitativa	M. Pinto
	UOC Sperimentazione Cliniche	C. Schettino, F. Perrone
	UOC Cardiologia	N. Maurea, A. Mauriello
	UOSD Accessi Venosi e Gestione Day Surgery / UOC Anestesia e Rianimazione Ascalesi	P. Aprea / PICC Team
	UOC farmacologia Sperimentale Oncologica	E. Di Gennaro, A. Leone, F. Iannelli
	UOC Biologia Cellulare e Bioterapie	A. De Luca, C. Roma
	UOC Bersagli Molecolari del Microambiente	S. Scala
TEAM di Formazione Innovazione e QUALITÀ	UOC Monitoraggio scientifico e Quality	G. De Feo, G. Palmieri
	Assicurazione della Ricerca	
	Direzione Sanitaria di Presidio	S. D'Auria
	Formazione	Direzione Scientifica
	Incarico di funzione Organizzativa Supporto al CORPUS	A. Scuto

Obiettivi della Rete Oncologica Campana

- Multidisciplinarietà (i GOM)
- **Il percorso definito**
- Integrazione ospedale-territorio
- Gestire le innovazioni

Il paziente oncologico di nuova diagnosi al bivio



La via delle prenotazioni «non governate» tramite CUP e le liste di attesa...

Una strada tracciata digitalmente e ordinata secondo le esigenze

I percorsi: PDTA e i Documenti tecnici del 2024

31 PDTA di patologia



10 Documenti tecnici



3 PDTA di percorso



www.reteoncologiacampana.it

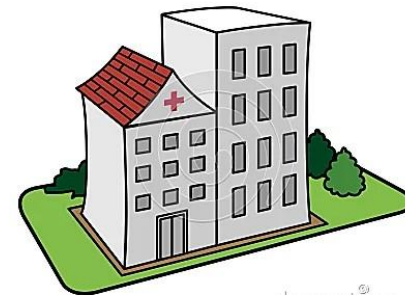
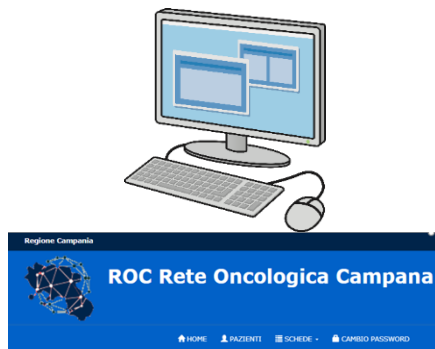
Il paziente oncologico al centro del sistema integrato di cura



Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)

- GOM dedicati negli Ospedali della Rete
- Connessioni con le altre strutture
- Setting appropriato di cura

Un tool digitale che guida il paziente



La digitalizzazione del percorso per connettere territorio e GOM

Regione Campania

Salve D'ERRICO DAVIDE  



ROC Rete Oncologica Campana

 HOME  PAZIENTI  SCHEDE -  CAMBIO PASSWORD

Dashboard


In attesa 9


In carico 3664


Servizi Inseriti 46


Servizi Richiesti 29

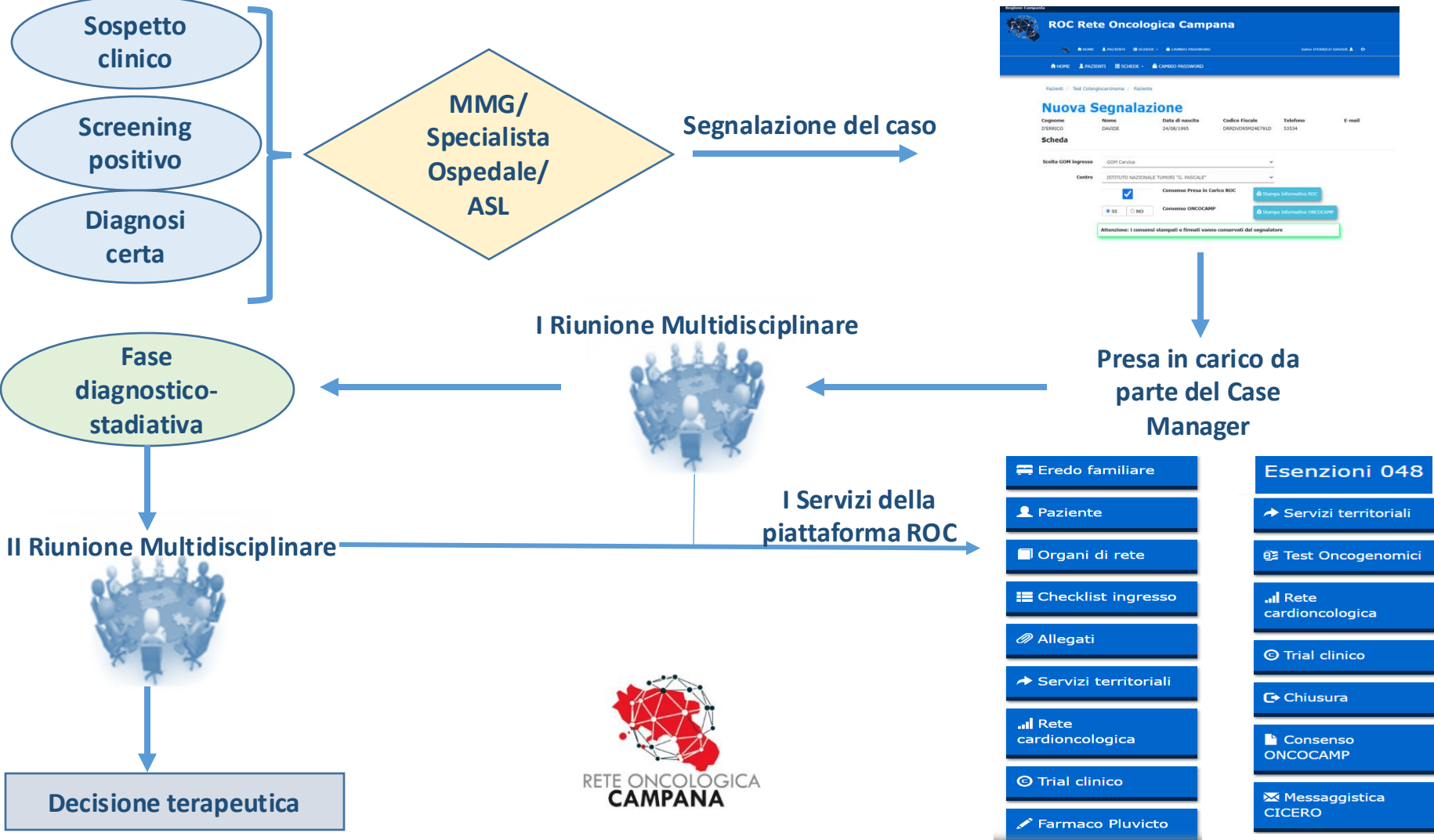

Servizi Accettati 1493


Trasferito 33


Chiuse 4117


Rete Cardioncologica chiusa 6


Trial Clinico chiuso 6



Obiettivi della Rete Oncologica Campana

- Multidisciplinarietà (i GOM)
- Il percorso definito
- Integrazione ospedale-territorio
- Monitoraggio

Integrazione GOM ospedalieri - distretti ASL

Regione Campania

ROC Rete Oncologica Campana

HOME PAZIENTI SCHEDE CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE

Pazienti / Schede / Paziente

Paziente

[Crea Nuova Scheda](#) [Richiedi 20/01/2008 In carico](#) [Servizi](#)

Nome Cognome Sesso

Data Nascita Localita' Nascita Provincia Nascita

Codice Fiscale Data Decesso

Localita' Provincia CAP

Indirizzo

ASL

Email

MMG Cognome MMG Nome MMG codice fiscale

MMG Telefono E-mail

ID tessera sanitaria Data scadenza tessera

Distretto

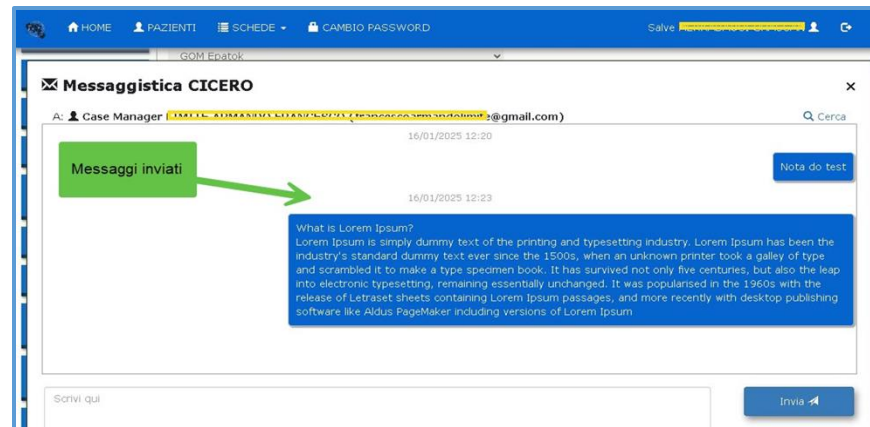
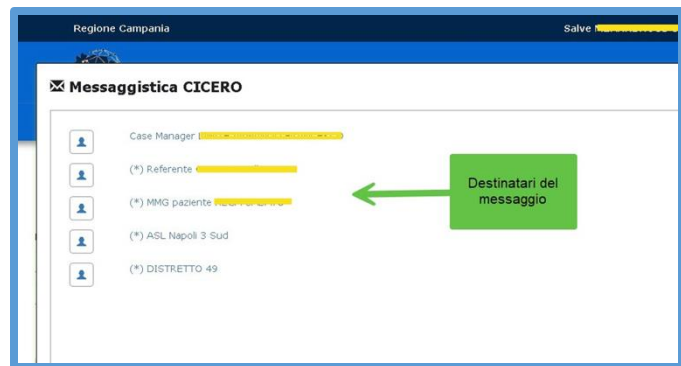
Telefono

Salva

ATTIVITA' ASSISTENZIALI RICHIESTE	
Nutrizione artificiale	☐
Ossigenoterapia	☐
Gestione accessi venosi già posizionati	Nessuno
Gestione Stomie	☐
Gestione incontinenza	Nessuno
Gestione catetere vescicale	☐
Gestione drenaggi	☐
Gestione lesione da pressione	☐
Medicazioni	☐
Terapia Trasfusionale	☐
Letto articolato	☐
Ventilazione meccanica a lungo termine	☐
Materasso antidecubito	☐
Deambulatore	☐
Cought Assist	☐
Comunicatore	☐

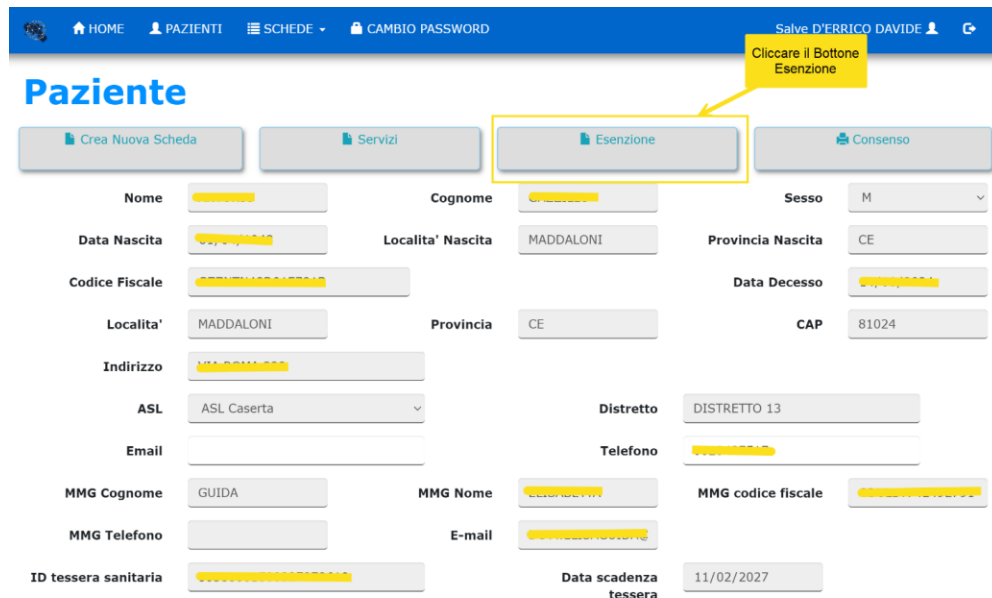
Gestione	
terapia del dolore	☐
Sedazione palliativa	☐
Necessità di riabilitazione	☐
Assistenza infermieristica	☐
Assistenza oncologica domiciliare	☐
Supporto Psicologo	☐
Interventi Spirituali	☐
Necessità attivazioni Servizi sociali	☐
Hospice	☐

CICERO: la comunicazione tra MMG, GOM, ASL



Esenzione 048

Nella piattaforma ROC è stata introdotta una nuova funzionalità per semplificare il processo di richiesta dell'esenzione 048 dedicata alle persone affette da patologie oncologiche. Può essere richiesta da centri e dai MMG; quest'ultimi possono anche per patologie non ROC esempio tumori ematologici.



Salve D'ERRICO DAVIDE

Paziente

Crea Nuova Scheda Servizi **Esenzione** Consenso

Nome [REDACTED] Cognome [REDACTED] Sesso M

Data Nascita [REDACTED] Localita' Nascita MADDALONI Provincia Nascita CE

Codice Fiscale [REDACTED] Data Decesso [REDACTED]

Localita' MADDALONI Provincia CE CAP 81024

Indirizzo [REDACTED]

ASL ASL Caserta Distretto DISTRETTO 13

Email [REDACTED] Telefono [REDACTED]

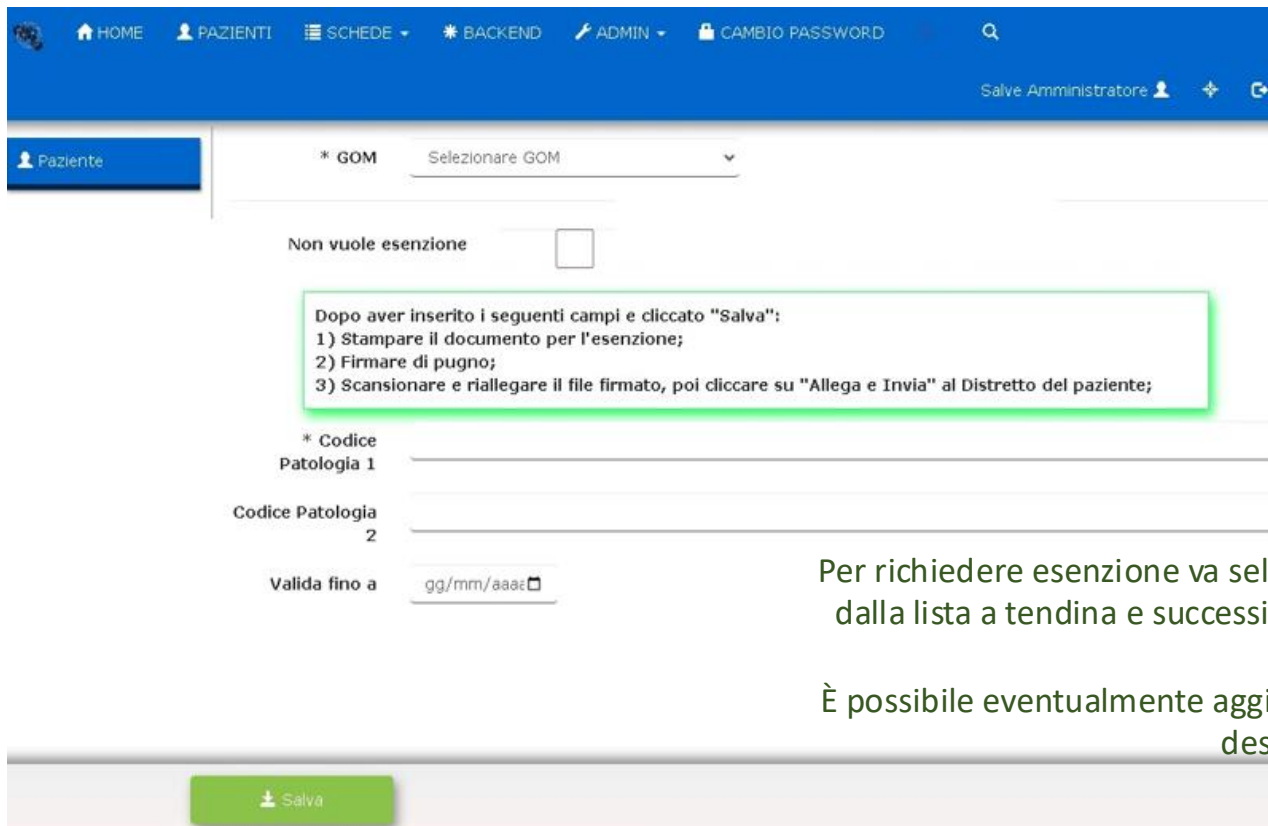
MMG Cognome GUIDA MMG Nome [REDACTED] MMG codice fiscale [REDACTED]

MMG Telefono [REDACTED] E-mail [REDACTED]

ID tessera sanitaria [REDACTED] Data scadenza tessera 11/02/2027

Clickare il Bottone Esenzione

Esenzione 048



HOME PAZIENTI SCHEDE BACKEND ADMIN CAMBIO PASSWORD

Salve Amministratore

Paziente

* GOM Selezionare GOM

Non vuole esenzione ☐

Dopo aver inserito i seguenti campi e cliccato "Salva":
1) Stampare il documento per l'esenzione;
2) Firmare di pugno;
3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

* Codice Patologia 1

Codice Patologia 2

Valida fino a gg/mm/aaaa

Salva

Per richiedere esenzione va selezionato obbligatoriamente il GOM dalla lista a tendina e successivamente il codice patologia ICD-9.

È possibile eventualmente aggiungere una seconda patologia solo descrittiva.

Esenzione 048

HOME
PAZIENTI
SCHEDE
CAMBIO PASSWORD

Pazienti / Paziente / Esenzione

Esenzione 048

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	

Paziente

* GOM
GOM Vesdica

1) Stampare "Esenzione da Firmare";
2) Firmare di pugno;
3) Scansionare e riallegare il file firmato, poi cliccare su "Allega e Invia" al Distretto del paziente;

1
Stampa Esenzione da Firmare

Invia file

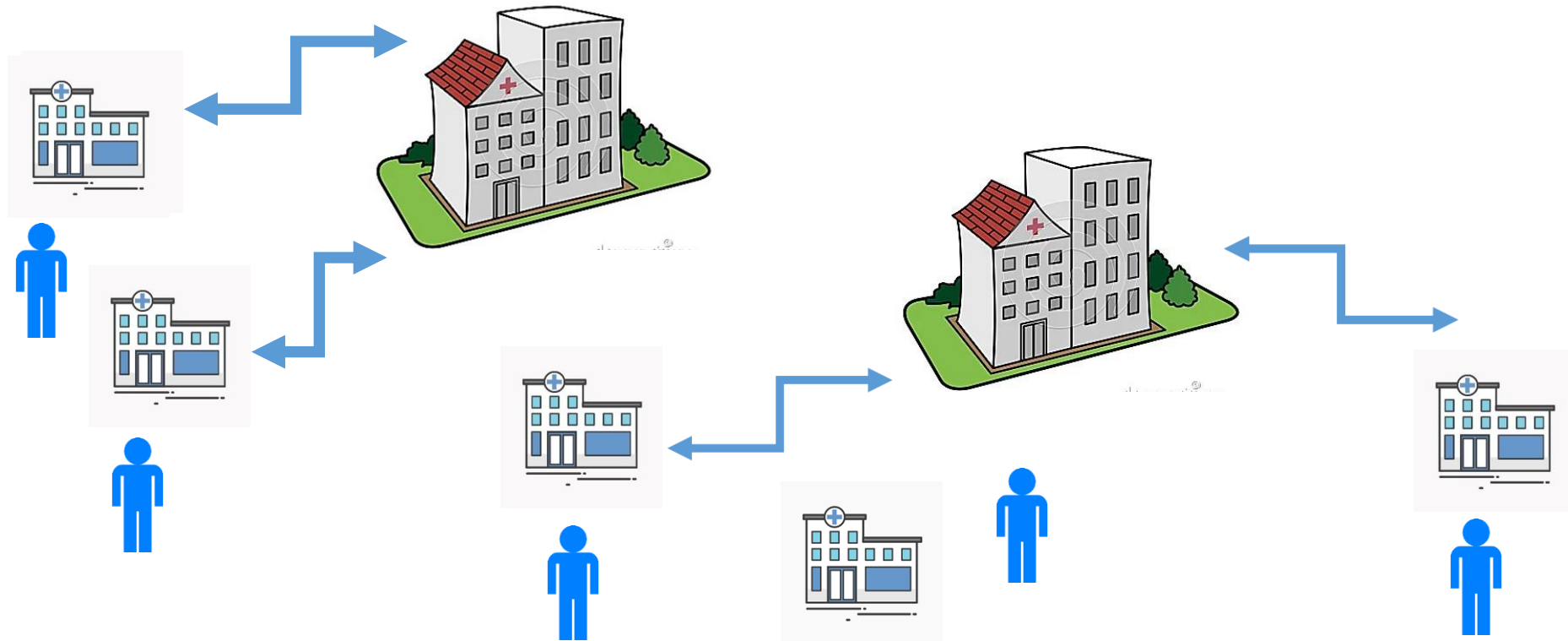
* Allegato Firmato
Scegli file Nessun file selezionato

2
Allega il file Firmato

3
Allega e Invia

Dopo salvata la richiesta viene visualizzato il seguente bottone che stampa il modello di esenzione

Accesso casuale alle innovazioni o cure di qualità «in Rete»



Le innovazioni gestite «digitalmente» nella ROC

- Test oncogenomici mammella
- Test NGS
- Tumori ereditari
- Terapia con radioligandi
- Trial clinico
-

 HOME  PAZIENTI  SCHEDE  CAMBIO PASSWORD Salve D'ERRICO DAVIDE 

Schede / Scheda

In carico

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico

 Eredo familiare

 Paziente

 Organi di rete

 Checklist ingresso

 Allegati

 Servizi territoriali

 Rete cardioncologica

 Trial clinico

 Chiusura

 Stampa

Data segnalazione17/01/2024

 Salva

Scelta GOM ingresso

GOM Prostata



Case Manager



Centro segnalatore

I.N.T. PASCALE



Centro destinazione

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI "G. PASCALE">



Dettaglio

-  Paziente
-  Organi di rete
-  Checklist ingresso
-  Allegati
-  Servizi territoriali
-  Servizio di Monitoraggio Domiciliare
-  Rete cardioncologica
-  Trial clinico
-  Farmaco Pluvicto
-  Chiusura
-  Consenso ONCOCAMP
-  Messaggistica

Scelta GOM ingresso

GOM Prostata

 Sandro Pignata

 3497000727

 s.pignata@istitutotumori.na.it

Case Manager

 IOVANE GELSOMINA

 3470617222

 g.iovane@istitutotumori.na.it

Centro segnalatore

I.N.T. PASCALE

 IOVANE GELSOMINA

 3470617222

 g.iovane@istitutotumori.na.it

Centro destinazione

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI "G. PASCALE"

 Sandro Pignata

 0815903000

 s.plgnata@istitutotumori.na.it

Dettaglio

06/02/2024 In Attesa

 IOVANE GELSOMINA

 34706172

 g.iovane@istitutotumori.na.it

06/02/2024 Presa in Carico

 IOVANE GELSOMINA

 34706172

 g.iovane@istitutotumori.na.it

Richiesta di Pluvicto: flusso piattaforma ROC

- Specialista ASL
- Specialista CORP/CORPUS

Case Manager

Medico di medicina generale

Segnalazione tramite
piattaforma ROC

Presa in carico da parte del
GOM entro 7 giorni

Indicazione a
PLUVICTO

Invio richiesta
tramite ROC a
uno dei seguenti
GOM postata

Centro di
destinazione

I.N.T. PASCALE
I.N.T. PASCALE
A.O.U. FEDERICO II
A.O. MOSCATI
A.O. DEI COLLI
A.O. CARDARELLI

Presa in carico da parte
del **GOM** Prostata di
destinazione e
discussione GOM

Indicazione non
confermata

Paziente
rimesso in
rete

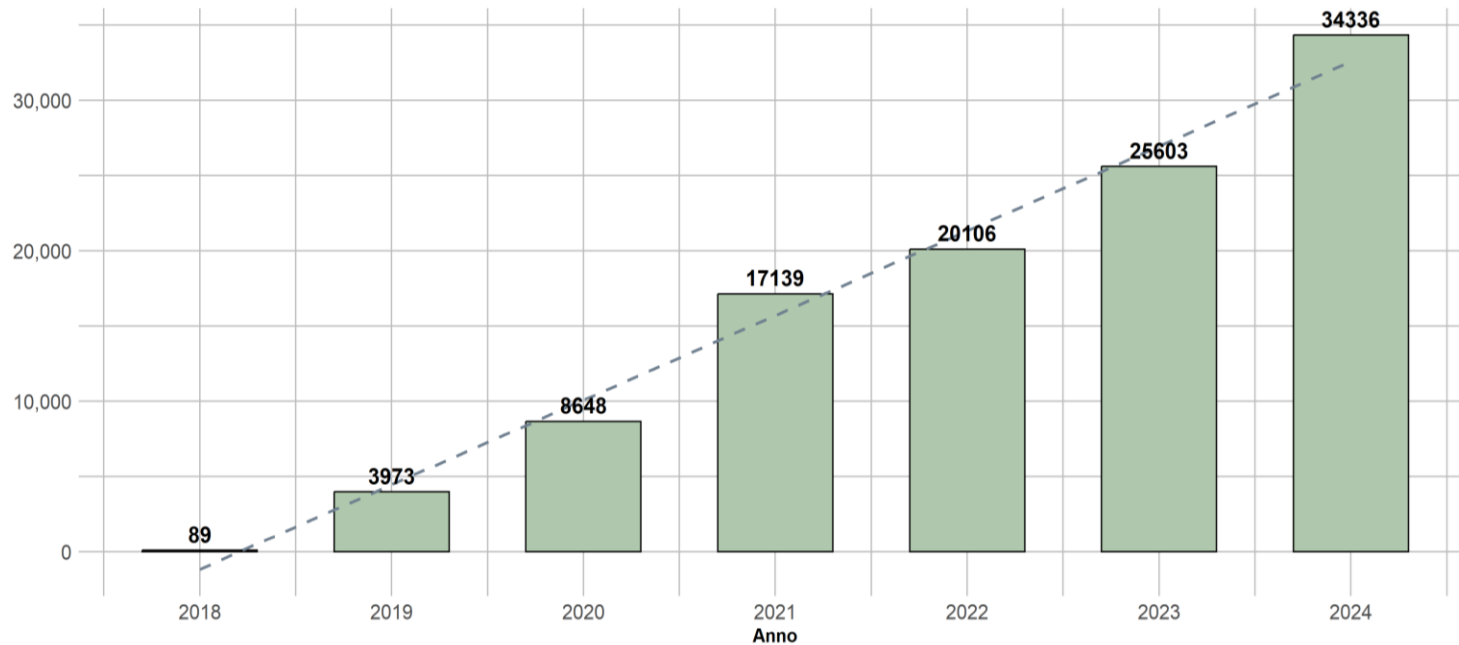
Indicazione
confermata

Paziente
preso in
carico dalla
Medicina
Nucleare per
inizio
trattamento
in rete

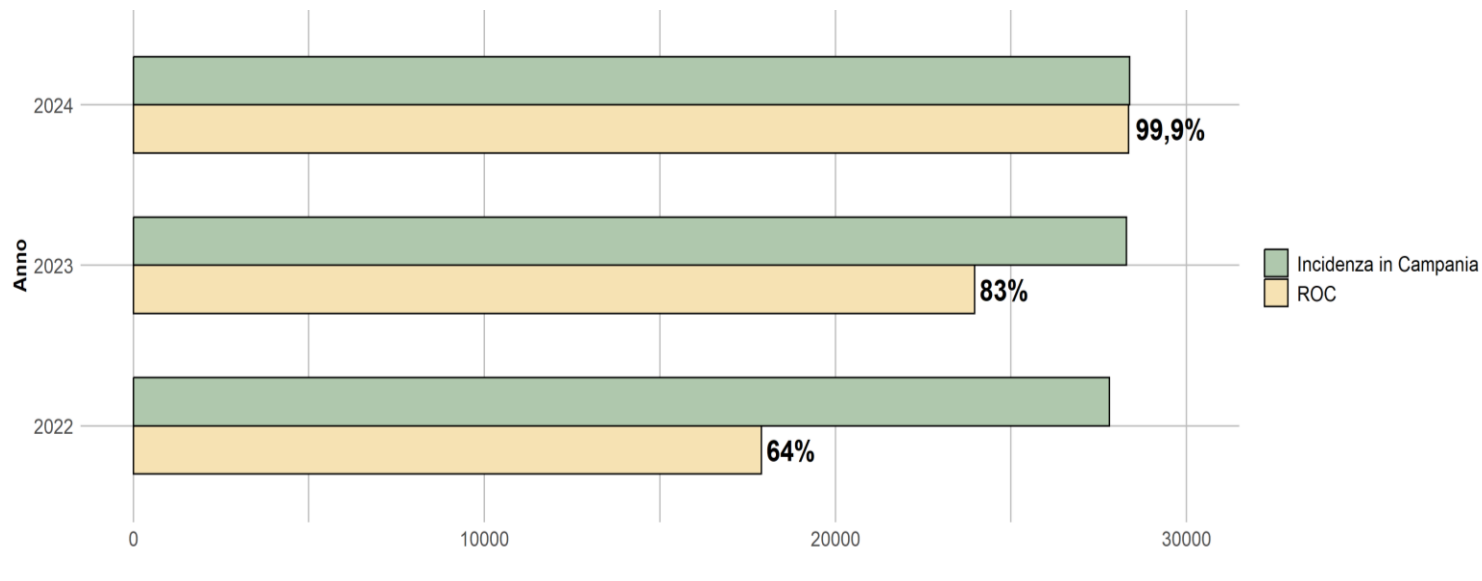
I numeri della ROC

- **2.500** nuovi pazienti segnalati al mese discussi nei GOM e registrati dalla piattaforma
- **32.000** pazienti registrati nel 2024, **120.000** da quando siamo partiti
- **1.400** Medici di Medicina Generale ROC
- **1.000** pazienti anno inviati direttamente dalla Medicina Generale ai GOM
- **15 %** dei pazienti inviati dai GOM in continuità territoriale
- **95%** dei test oncogenomici assegnati alla Campania utilizzati con 30 % delle donne che hanno risparmiato la chemioterapia

Numero totale di pazienti inseriti in piattaforma negli anni

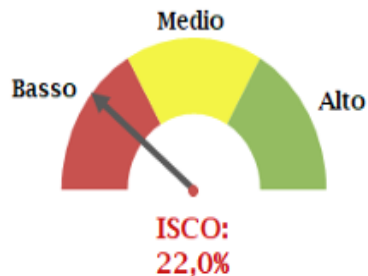


Capacità di presa in carico della ROC rispetto all'incidenza regionale dei tumori (2022-2024)

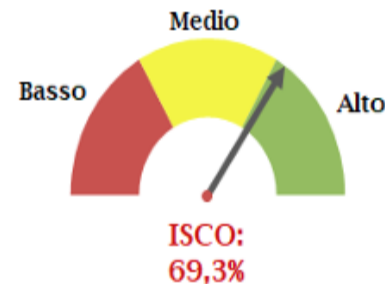


Indagini Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali: ISCO ROC negli anni

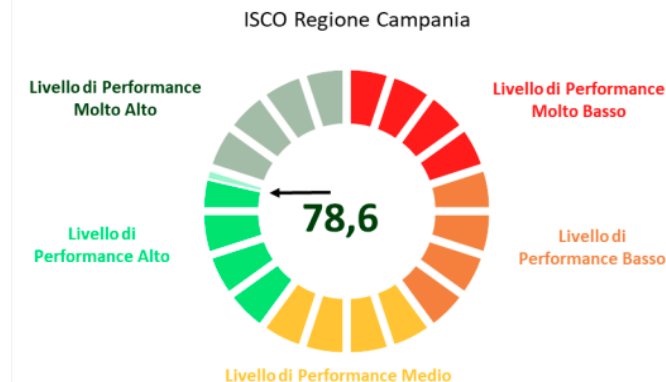
2019



2020



2022



2023

Sesta Indagine Nazionale

sullo stato di attuazione delle
Reti Oncologiche Regionali

Sintesi Rapporto 2024

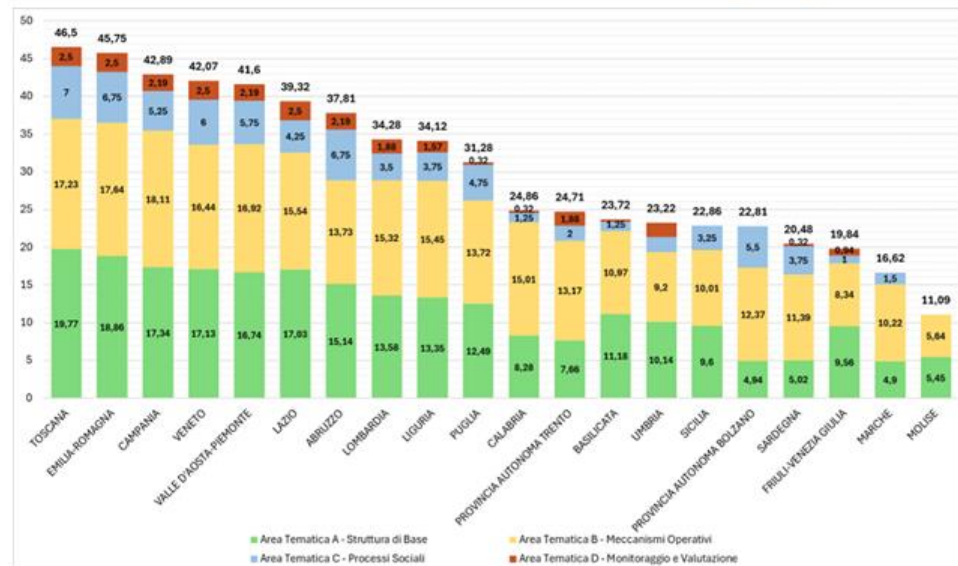
Dati 2023

27/05/2025



Questionario di monitoraggio delle Reti Oncologiche Regionali (R.O.R.)

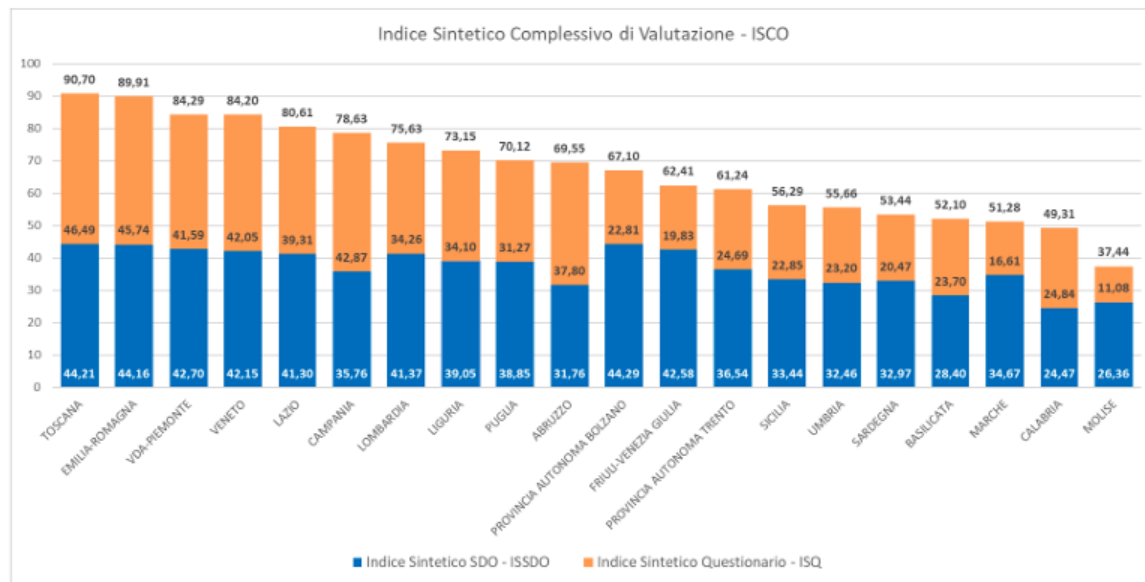
Indice Sintetico Questionario (ISQ)



Nel grafico è rappresentato l'Indice Sintetico del Questionario, evidenziando il contributo di ciascuna macro area. Il punteggio complessivo varia da 0 a 50.

Questionario e indicatori determinano il calcolo dell'Indice Sintetico Complessivo di valutazione (ISCO)

Indice Sintetico Complessivo di Valutazione (ISCO) 2023



La Rete Oncologica Campana



Coordinamento

- Attilio Bianchi
- Maurizio Di Mauro

Struttura di Coordinamento

- Elisabetta Coppola
- Davide D'Errico

Direzione Generale per la tutela della Salute e il Coordinamento del SSR

- Anna Maria Ferriero
- Ugo Trama

Referenti ROC CORP/CORPUS

- Fortunato Ciardiello
- Roberto Bianco
- Stefano Pepe
- Bruno Daniele
- Michele Orditura
- Gaetano Facchini
- Nando Riccardi
- Vincenzo Montesarchio
- Cesare Gridelli
- Antonio Grimaldi

Referenti ROC delle 7 ASL

- Tiziana Spinoso
- Filomena Sibilio
- Gino Leo
- Bruno Marra
- Giuseppe Di Lorenzo
- Elena Fossi
- Tania Losanno



I KPI della ROC

Prof. Francesco Schiavone
francesco.schiavone@uniparthenope.it

Professore Ordinario in Economia e Gestione delle Imprese
Università degli Studi di Napoli Parthenope



DISAQ

VIMASS lab

VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI



«Val.Pe.ROC»

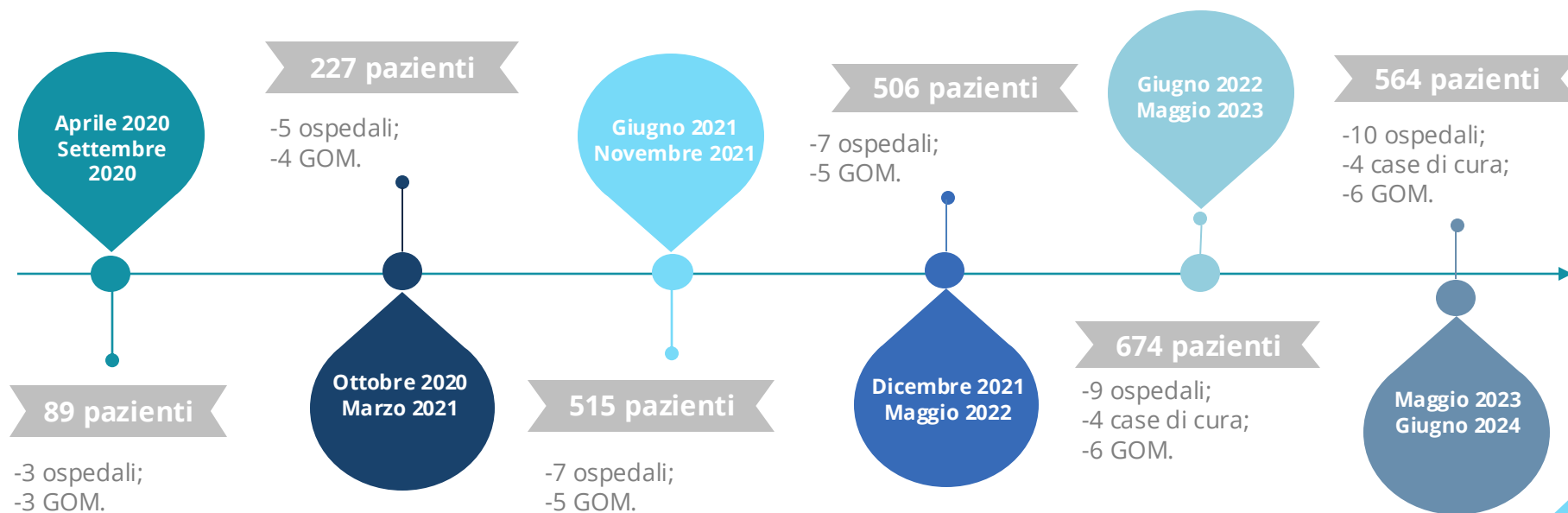
La Valutazione del Percorso della Rete Oncologica Campana

Obiettivo del Progetto: analizzare gli aspetti organizzativi ed economici presenti nel modello della ROC attraverso la costruzione di un modello di valutazione da applicare dinamicamente ogni anno.

Gruppo di lavoro:

- ◆ SC Epidemiologia e Biostatistica INT Pascale: coordinamento, raccolta e analisi dei dati - formulazione e implementazione modelli per il ritardo diagnostico;
- ◆ Staff Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) ovaio, polmone, colon, prostata, vescica e mammella delle strutture coinvolte;
- ◆ DISAQ @ Università degli Studi di Napoli Parthenope: progettazione, analisi indicatori di performance, formulazione e implementazione modelli economici.

Evoluzione del progetto Val.Pe.ROC



Disegno del Progetto Val.Pe.ROC

IV annualità



- ◆ I responsabili GOM e i case manager, dopo aver consultato le singole cartelle cliniche, hanno compilato per ogni paziente una scheda di rilevazione, contenente le variabili che definiscono la modalità della diagnosi e il percorso GOM erogato al paziente.

10 Ospedali coinvolti:

- ◆ Istituto Nazionale Tumori «Fondazione G. Pascale»
- ◆ Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giuseppe Moscati
- ◆ Ospedali Riuniti San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
- ◆ Azienda Ospedaliera Universitaria "Luigi Vanvitelli"
- ◆ Azienda Ospedaliera Universitaria - Federico II
- ◆ Azienda Ospedaliera – Ospedale dei Colli
- ◆ Ospedale del Mare
- ◆ A.O. Rummo San Pio
- ◆ A.O. S. Anna S. Sebastiano
- ◆ S. Maria delle Grazie

4 Case di cura coinvolte:

- ◆ Clinica Mediterranea
- ◆ Sanatrix
- ◆ Villa Julie
- ◆ Santa Lucia

6 GOM:

- ◆ Ovaio
- ◆ Polmone
- ◆ Colon
- ◆ Prostata
- ◆ Vescica
- ◆ Mammella

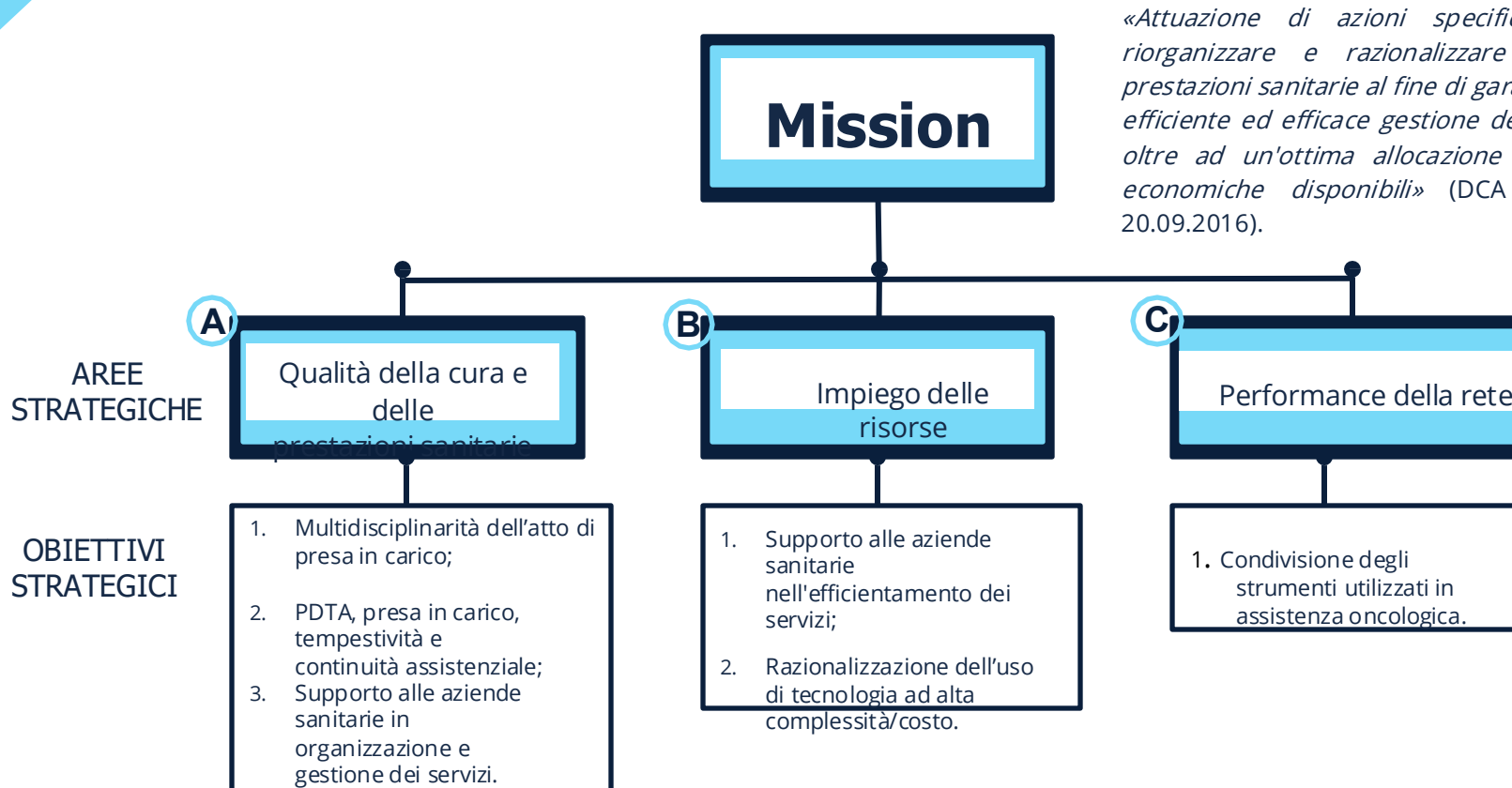


Fonti Informative

- ◆ Scheda di Rilevazione ROC (Cartella clinica) compilata dai case-manager
- ◆ Patient Survey tramite interviste telefoniche
- ◆ Questionario per Responsabili GOM
- ◆ Database Aziendali
- ◆ Pubblicazioni scientifiche e Rapporti di ricerca



Albero della performance



Indice



- ◆ Disegno del campionamento della IV annualità
- ◆ Una panoramica sui Key Performance Indicators (KPIs)
- ◆ Livelli di performance
- ◆ Analisi delle performance della IV annualità
- ◆ Conclusioni & Takeaways

Disegno del campionamento

IV annualità



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

Disponendo di una popolazione pari a **10529** nuovi pazienti oncologici nella IV (Giugno 2023-Maggio 2024) annualità per i 6 GOM e le 10 strutture ospedaliere coinvolte, si è proceduto a stimare la dimensione campionaria.

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

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

N= 10529 (numerosità della popolazione);

z= 1.96 (quantile della normale standardizzata corrispondente al livello di confidenza $(1-\alpha) = 0.95$);

p= 0.50 (criterio prudenziale per assicurare la maggiore dimensione possibile del campione, a parità delle altre condizioni);

E= 0.04 (errore ammesso per la stima derivante dal campione).

Disegno del campionamento IV annualità



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
dimensione campionaria con intervallo al 95% e margine errore 4%	18	96	73	70	57	188	502

Disegno del campionamento IV annualità



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 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.

CENTRO	OVAIO	COLON	PROSTATA	VESCICA	POLMONE	MAMMELLA	TOT
CLINICA MEDITERRANEA	7						7
SANATRIX	6						6
SANTA LUCIA		9					9
VILLA JULIE		14				26	40
TOTALE	13	23				26	62

Disegno del campionamento IV annualità



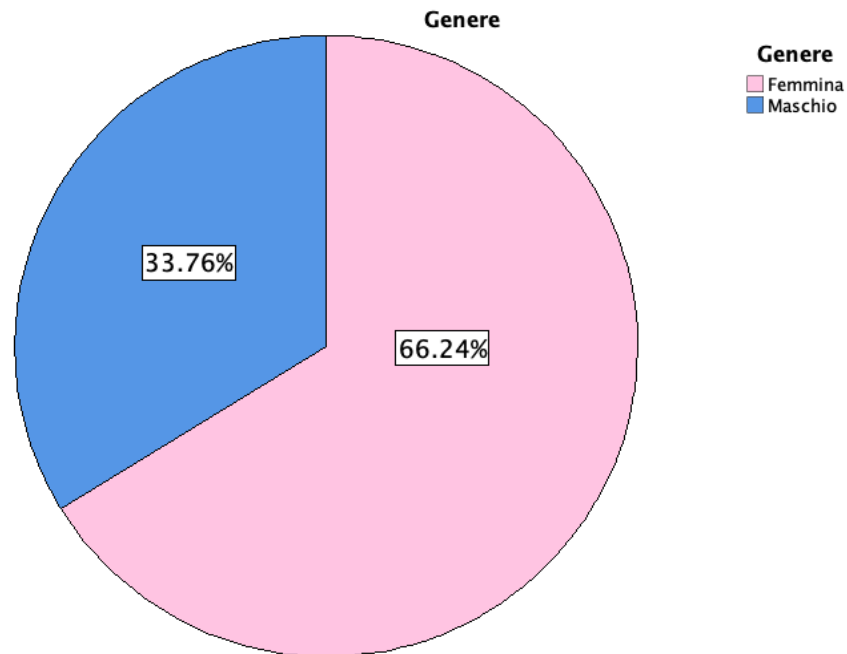
- ◆ **Popolazione:** 10529 pazienti inseriti in piattaforma per i GOM e le strutture oggetto d'esame nel periodo di riferimento giugno 2023– maggio 2024.
- ◆ **Campioni e fonti informative:**
 - 502 nuovi pazienti estratti casualmente dai case-manager per GOM e struttura secondo lo schema di campionamento fornito e raccolta delle informazioni riferite alle cartelle cliniche tramite scheda ROC digitale compilata dai case-manager.
 - 250* pazienti contattati tramite interviste telefoniche e raccolta delle informazioni socio-demografiche e sui livelli di soddisfazione tramite scheda di rilevazione digitale;
 - 62 presi in carico dalle 4 case di cura coinvolte per i quali i case manager hanno raccolto le informazioni riferite alle cartelle cliniche tramite scheda ROC digitale compilata dai case-manager.

*sono stati esclusi dall'analisi i pazienti che hanno rifiutato di compilare il questionario e quelli risultati irreperibili dopo tre tentativi di contatto.

Disegno del campionamento IV annualità



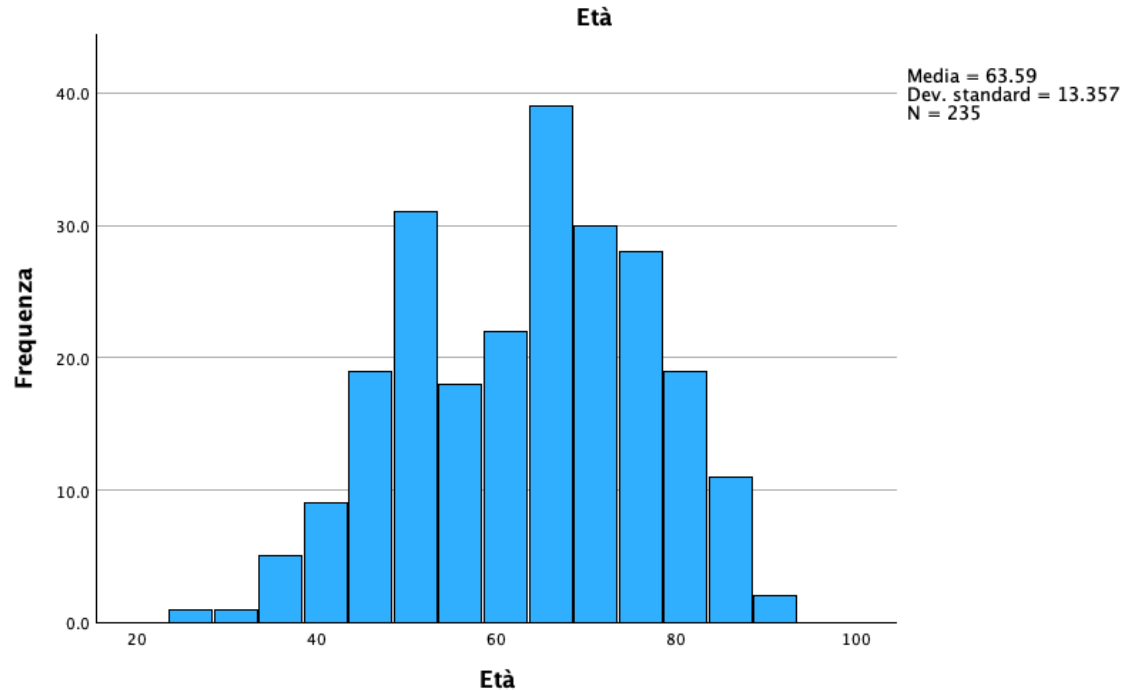
Genere



Disegno del campionamento

IV annualità

Età

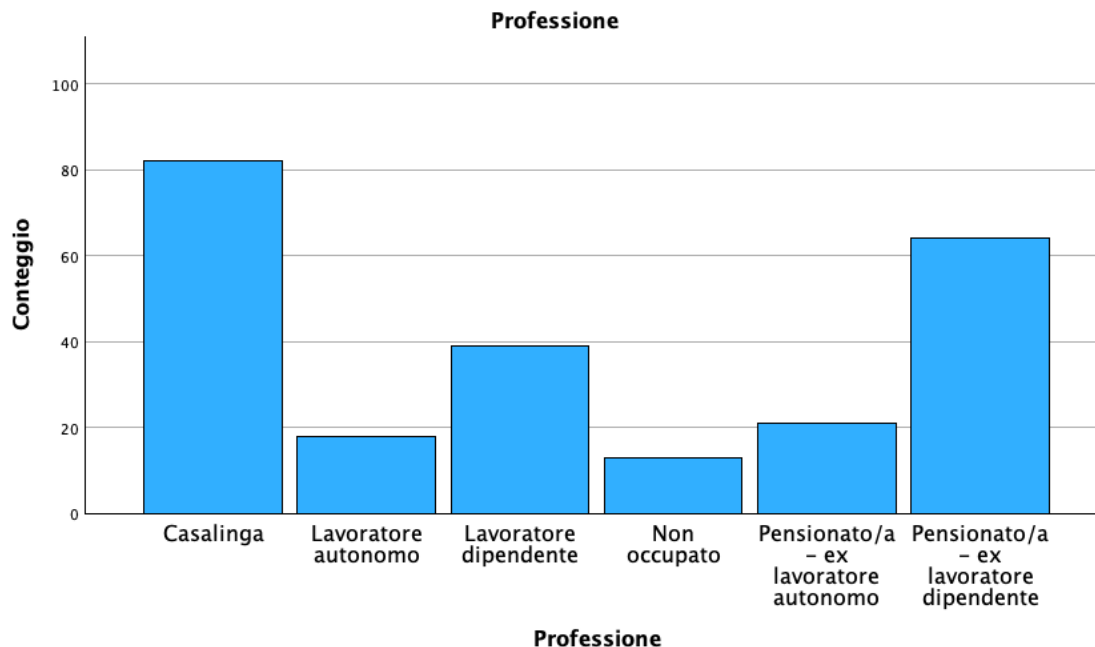




Disegno del campionamento

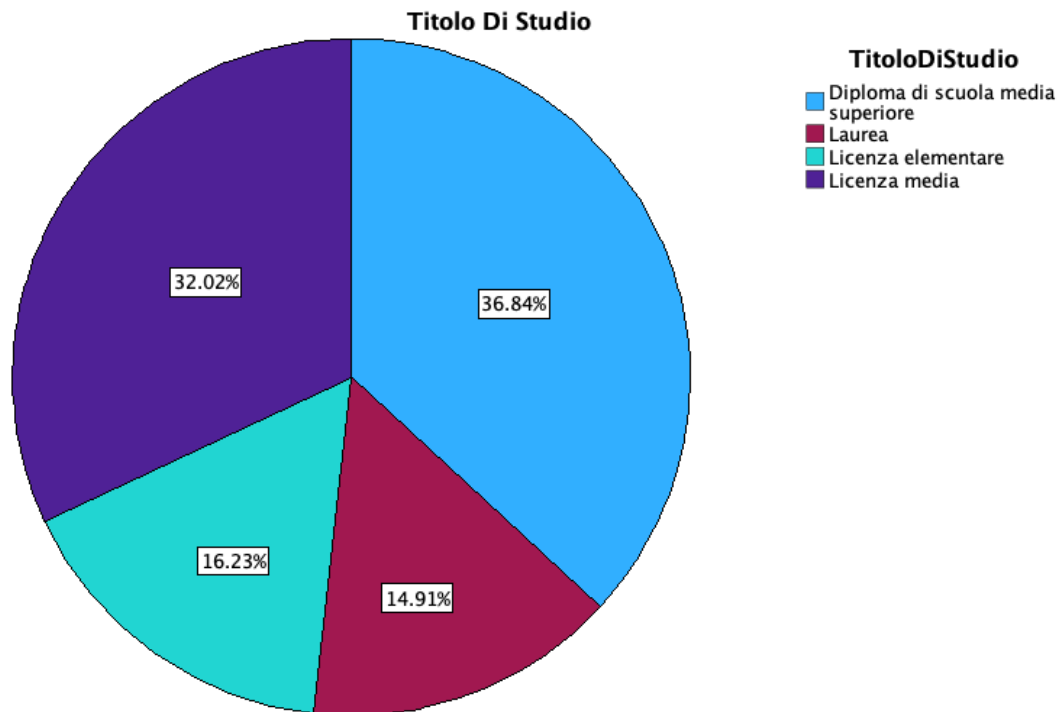
IV annualità

Professione



Disegno del campionamento IV annualità

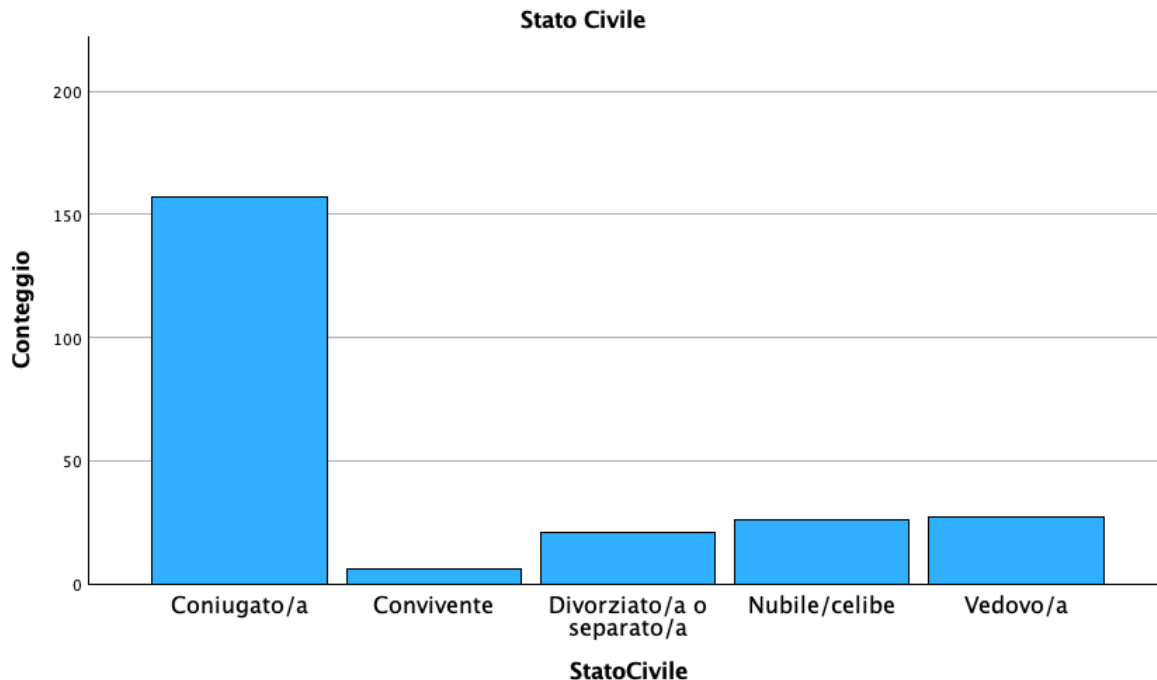
Titolo di Studio



Disegno del campionamento

IV annualità

Stato Civile



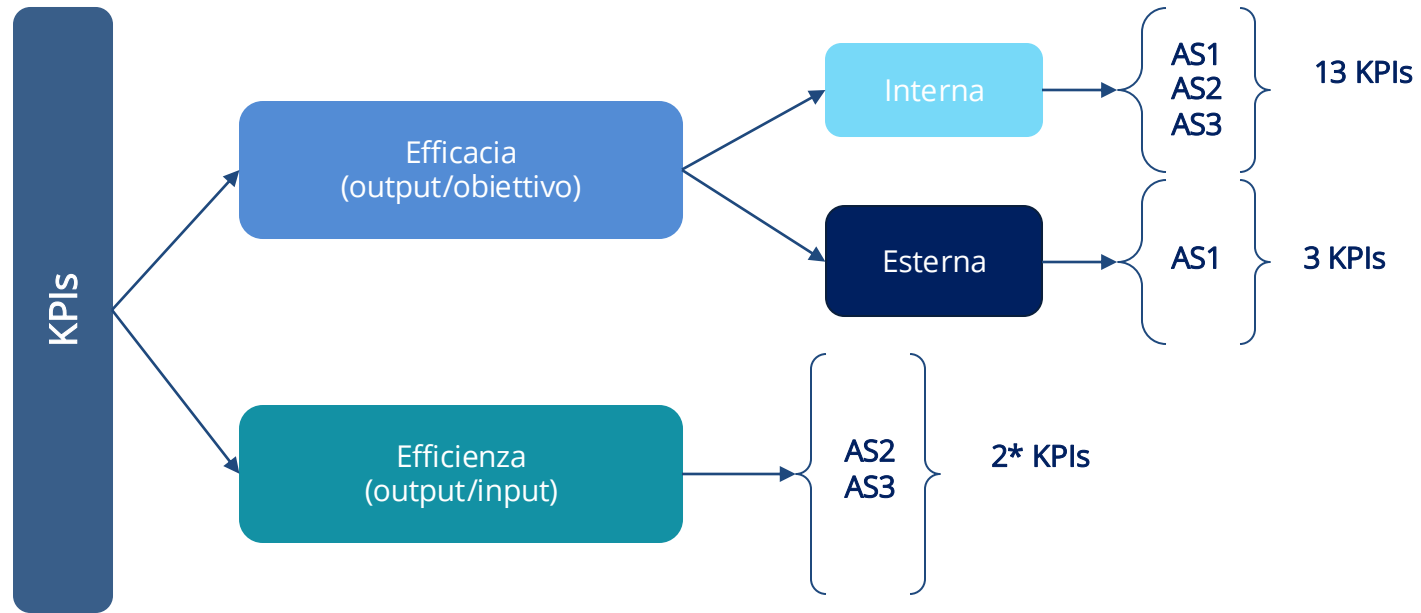


La Performance della IV annualità

- 18 Indicatori suddivisi in 3 aree strategiche.
- Indicatori elaborati 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/>).
- Per ogni area strategica è stato elaborato un **indicatore di performance complessivo** (*compreso tra 0-10*).
- Per ogni indicatore è stata fornita dal Referente della ROC una valutazione in merito alla **soglia ottimale** da raggiungere e un **peso**.



Una Panoramica sui nostri KPI



* Per tali indicatori è stata calcolata anche l'efficacia interna.

Livelli di Performance



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

Fonte: Sistema di misurazione e valutazione della performance, Scuola Normale Superiore (2014).
<https://performance.gov.it/performance/sistemi-misurazione-valutazione/documento/118>



Performance IV annualità

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV annualità	Efficacia
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	> 0,5	0,05	0,93	0,86
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...)	1-7 Likert	> 4	0,025	4	-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	61%	-0,25
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	> 90%	0,05	79%	-0,13
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	> 90%	0,025	73%	-0,20



Performance IV annualità

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV annualità	Efficacia
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	> 90%	0,05	75%	-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	0,4%	0,18
A3.1	Patient satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4,30	0,39
A3.2	Patient satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4,56	0,47
A3.3	Patient satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	> 3	0,0017	4,53	0,46

Indicatore composito di performance AS1: 4,96

Performance IV annualità

Area strategica II: Impiego delle risorse



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV annualità	Efficacia
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	> 70%	0,05	86%	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	89%	0,26
B1.3	Efficienza del lavoro annuale	0-max*	150	0,1	340*	-1,27

*valore calcolato su popolazione ROC
Popolazione ValPerOC: 143 pz per case manager nel periodo di riferimento

Performance IV annualità

Area strategica II: Impiego delle risorse



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV annualità	Efficacia
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,05	96%	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	5%	0,44
B2.3	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	< 30%	0,1	21%	0,28

Indicatore composito di performance AS2: 3,57

Performance Performance IV annualità

Area strategica III: Performance della rete



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV annualità	Efficacia
C1.1	% di MMG campani con credenziali di accesso alla Piattaforma ROC	0-100%	> 10%	0,1	44%	3,04
C1.2	% dei MMG con credenziali di accesso alla Piattaforma ROC che hanno mandato almeno un paziente alla ROC	0-100%	> 5%	0,1	59%	10,59

Indicatore composito di performance per AS3: 1,03

Indice composito di performance della ROC (0=min, 10=max)



L'indicatore composito è stato costruito calcolando la media ponderata dei punteggi X_i relativi a ciascun indicatore effettivo, opportunamente normalizzati entro i relativi intervalli di riferimento.

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

$N = 18$ (numerosità indicatori effettivi)

P_i = Peso attribuito a ciascun indicatore per il calcolo dell'indice composito

***8,57** per il semestre giugno 2022– maggio 2023

Conclusioni & Takeaways



- ◆ La ROC si conferma una **eccellente** modello organizzativo, con una valutazione molto migliore rispetto terza rilevazione.
- ◆ Il tempo «**pre-gom**» in miglioramento anche se lontano dall'obiettivo.
- ◆ Il carico di **lavoro** dei **Case Manager** è **aumentato** rispetto allo scorso anno. Urge un intervento del SSR per diminuire il «sovraccarico».
- ◆ **Pazienti** ancora estremamente **soddisfatti**.
- ◆ **MMG** sempre più integrati nella ROC.
- ◆ **Next steps:** Consolidamento della ricerca coinvolgendo nel futuro prossimo ulteriori case di cura accreditate; Ampliamento dei PDTA e delle strutture pubbliche.

Grazie per l'attenzione!

Prof. Francesco Schiavone
francesco.schiavone@uniparthenope.it

Si ringrazia per il contributo non condizionante



VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI

I trend della ROC

Dott.ssa Anna Bastone
anna.bastone001@studenti.uniparthenope.it

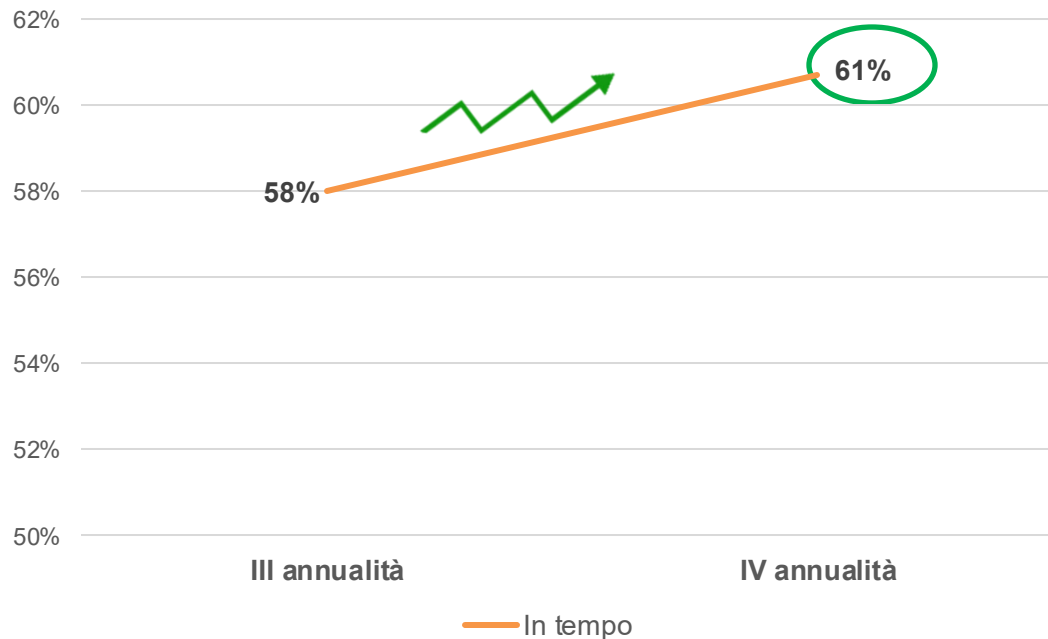
Assegnista di Ricerca in Economia e Gestione delle Imprese
Università degli Studi di Napoli Parthenope

% di Pazienti con Tempo PreGOM prestabilito

III annualità vs IV annualità



In crescita rispetto
alla III annualità

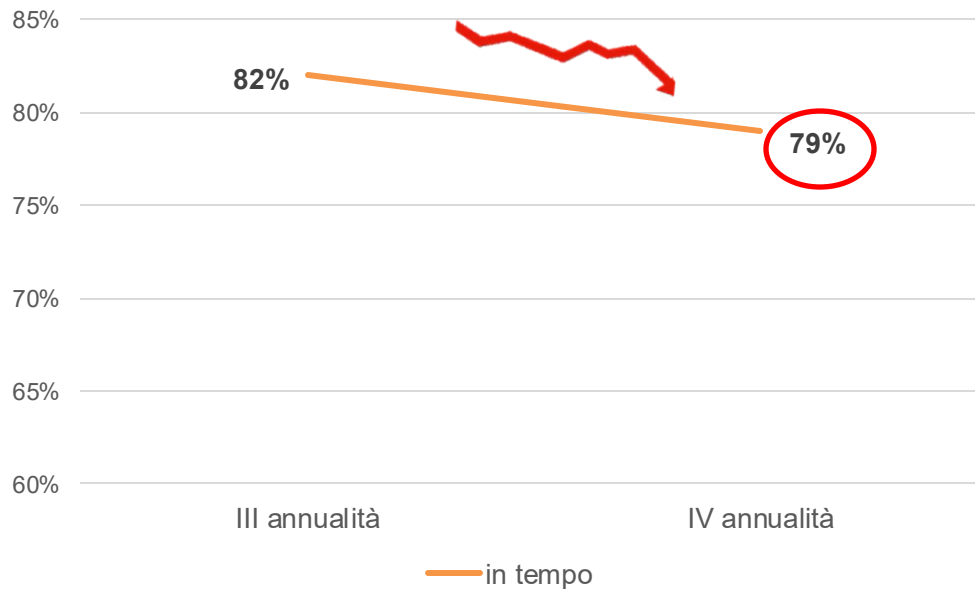


% di Pazienti con Tempo GOM1 prestabilito

III annualità vs IV annualità



**In decrescita
rispetto alla III
annualità**

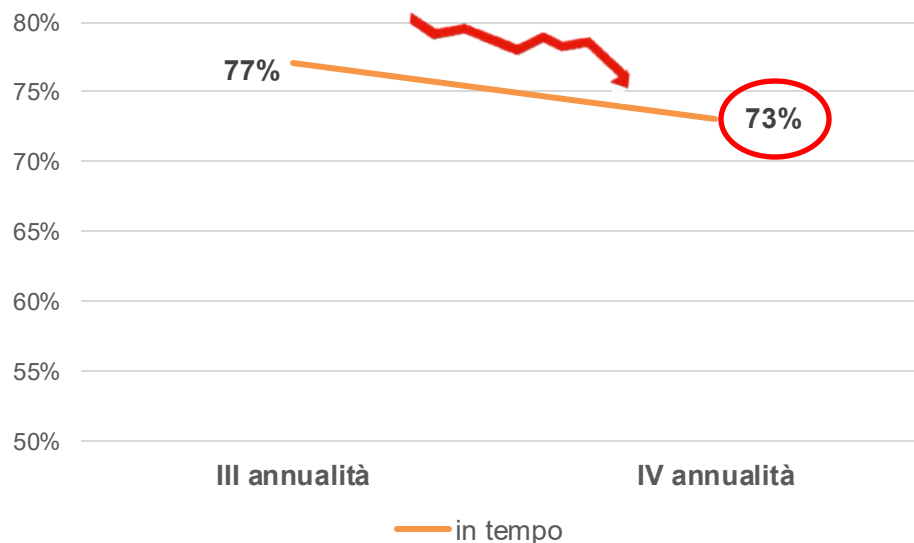


% di Pazienti con Tempo GOM2 prestabilito

III annualità vs IV annualità



**In decrescita
rispetto alla III
annualità**



Il ruolo degli MMG & il carico di lavoro dei Case Manager

III annualità vs IV annualità



Efficienza del lavoro



288

340



% MMG con credenziali

16%



44%



% Pz inviati da MMG

34%



59%

Patient Satisfaction

III annualità vs IV annualità



- Accessibilità e tempi di attesa della ROC: **4,30**
- Qualità dell'assistenza medica: **4,56**
- Caratteristiche complementari del servizio: **4,53**

Patient Satisfaction

Commenti



Caregiver



Pazienti



Enfasi su **empatia** e **gentilezza** dei professionisti e del personale infermieristico.

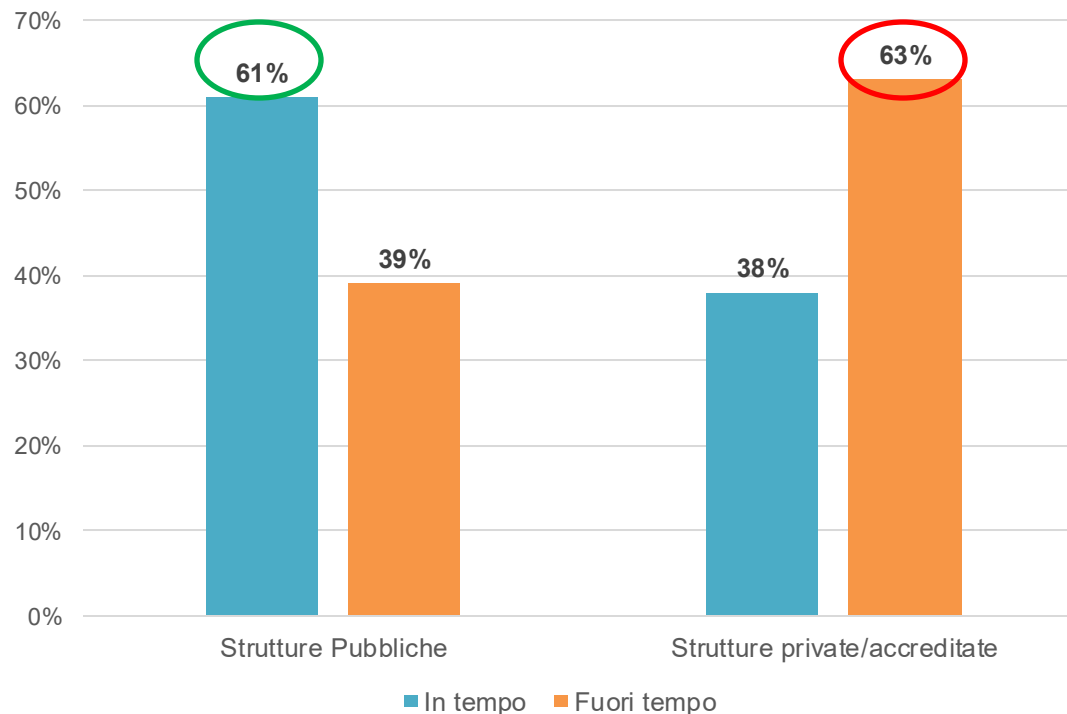
Pazienti.



69

% di Pazienti con Tempo PreGOM prestabilito

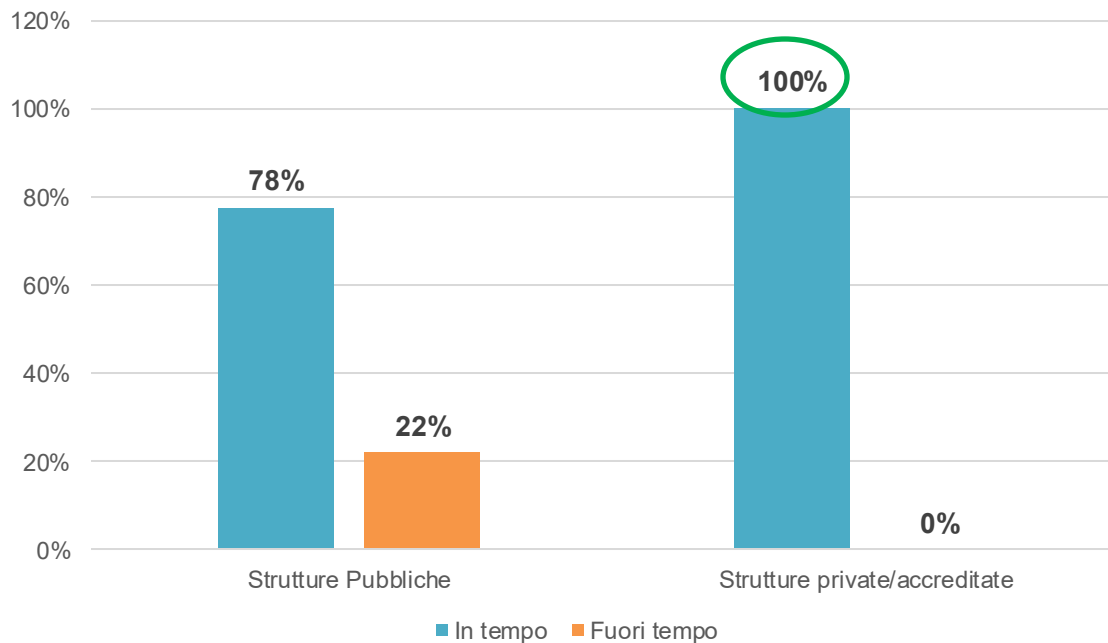
Pubblico vs Privato/Accreditato



*Strutture private accreditate: Ovaio, Colon e Mammella

% di Pazienti con Tempo GOM1 prestabilito

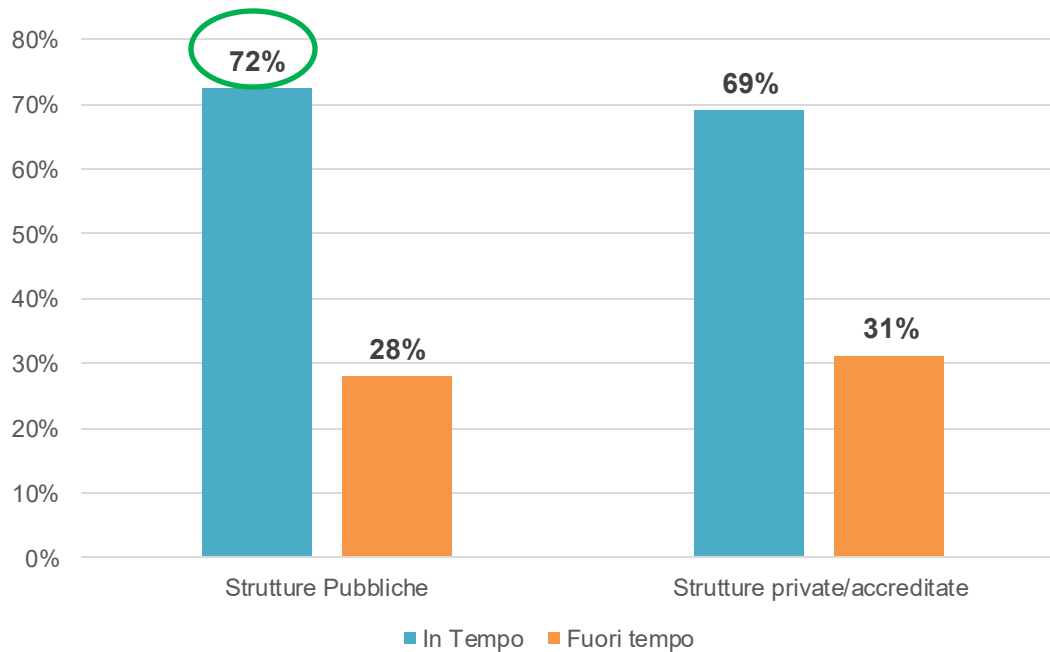
Pubblico vs Privato/Accreditato



*Strutture private accreditate: Ovaio, Colon e Mammella

% di Pazienti con Tempo GOM2 prestabilito

Pubblico vs Privato/Accreditato



*Strutture private accreditate: Ovaio, Colon e Mammella

Performance ROC

Il percorso diagnostico in ROC 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.

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.

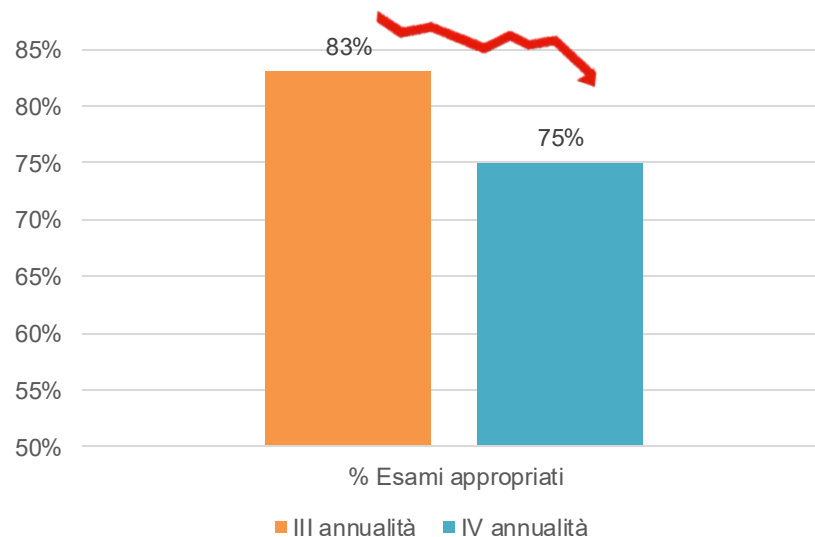
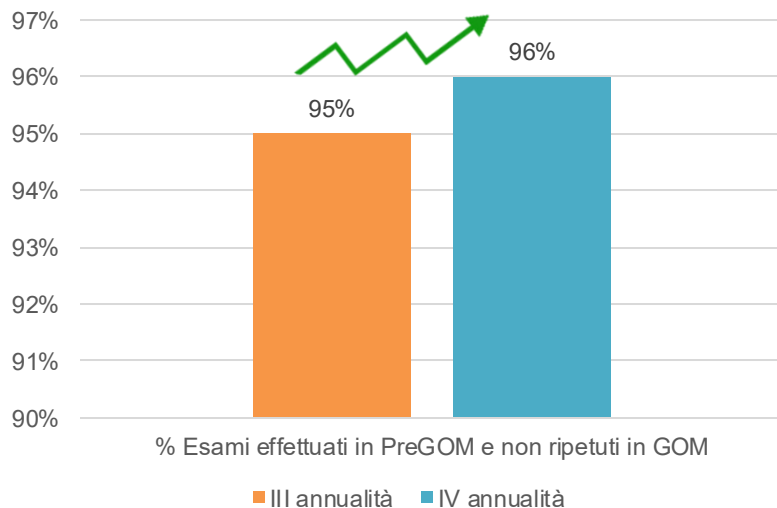
Inefficienze del percorso diagnostico in ROC

LE INEFFICIENZE nel percorso diagnostico ROC sono determinate da:

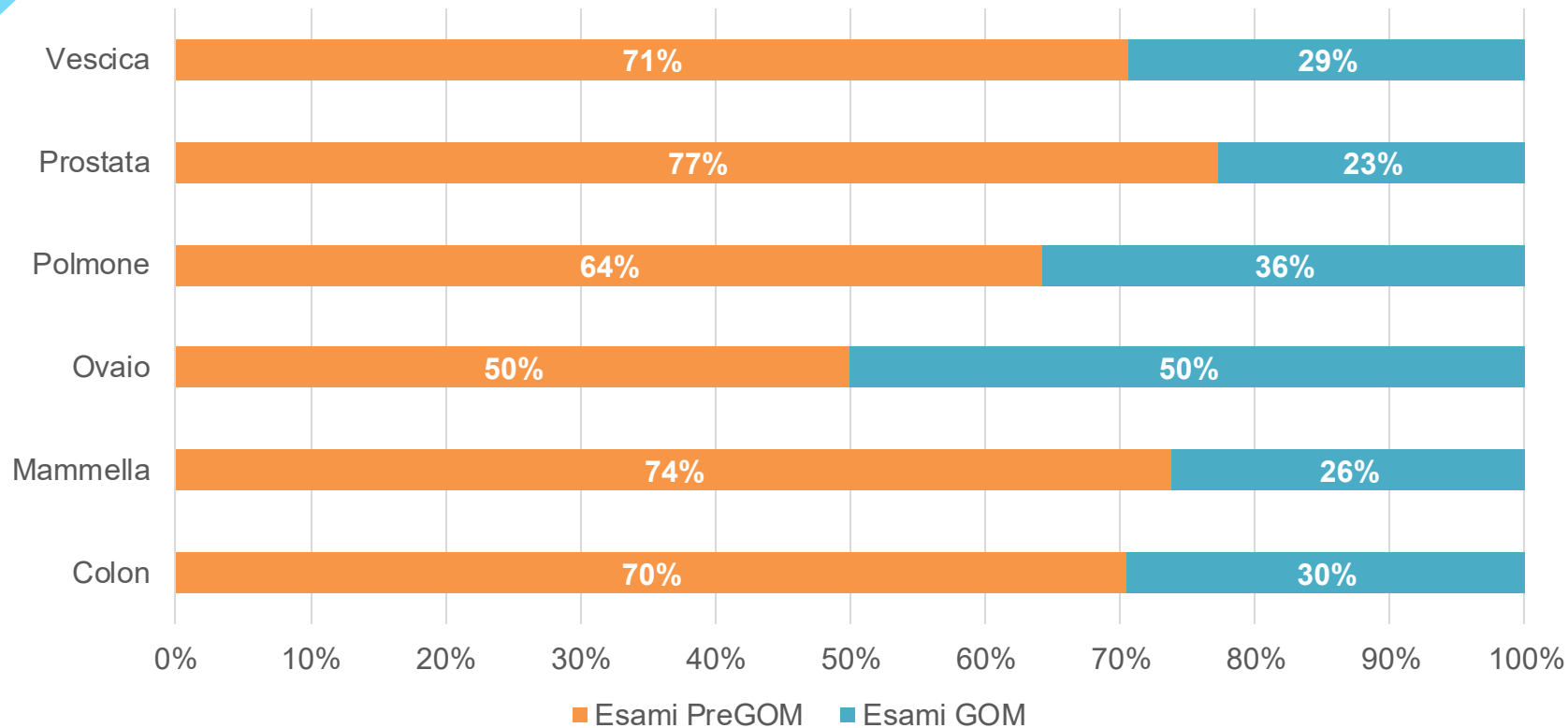
- ❖ Esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e private accreditate definiti «**inappropriati**», in quanto non aderenti a ciascun PDTA, non specifici dunque per la diagnosi oncologica, e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche (ripetuti nella stessa fase diagnostica).
- ❖ Esami diagnostici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

Inappropriatezza e Ripetizione

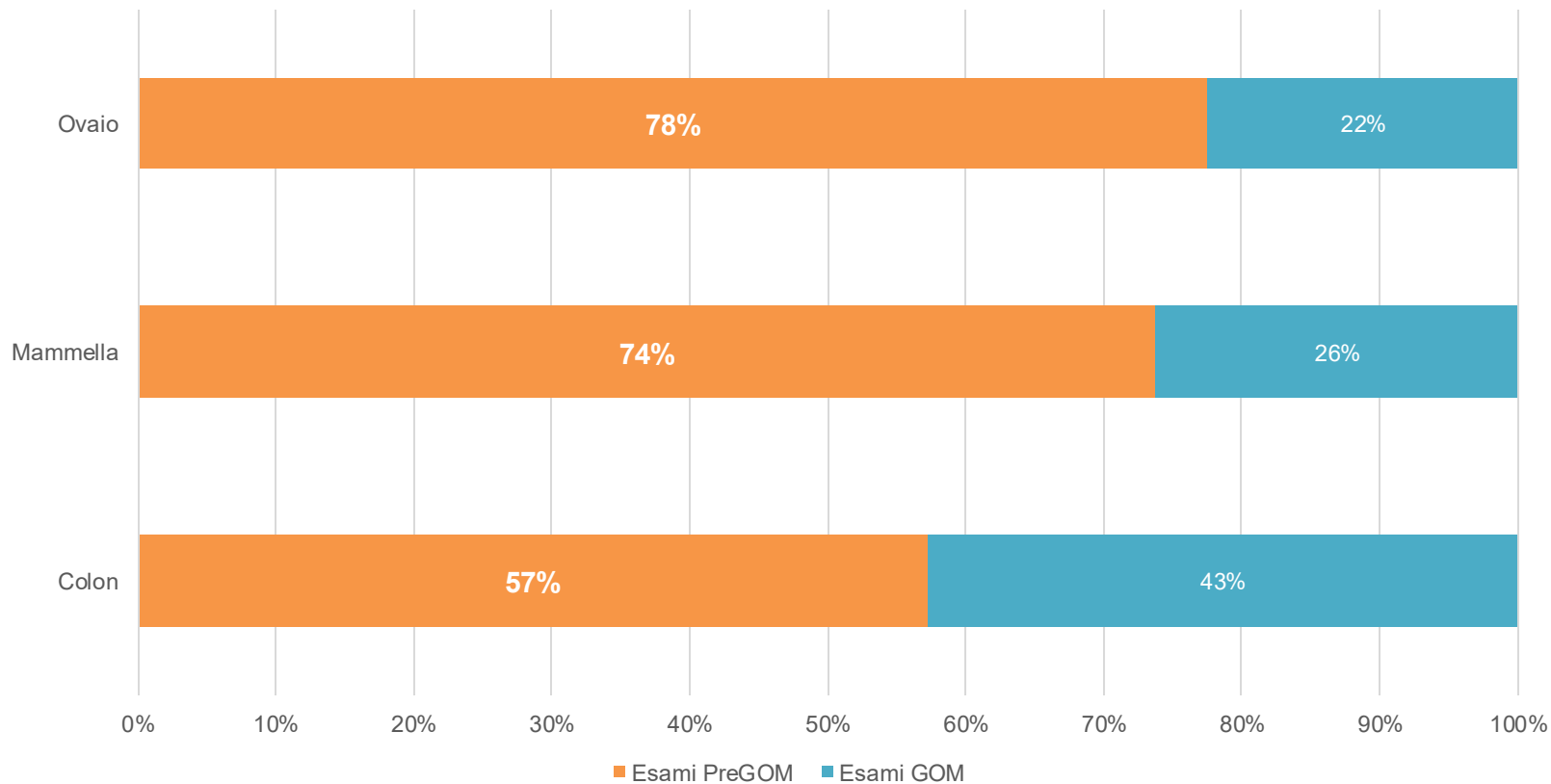
III annualità vs IV annualità



Esami PreGOM e GOM in **strutture pubbliche**



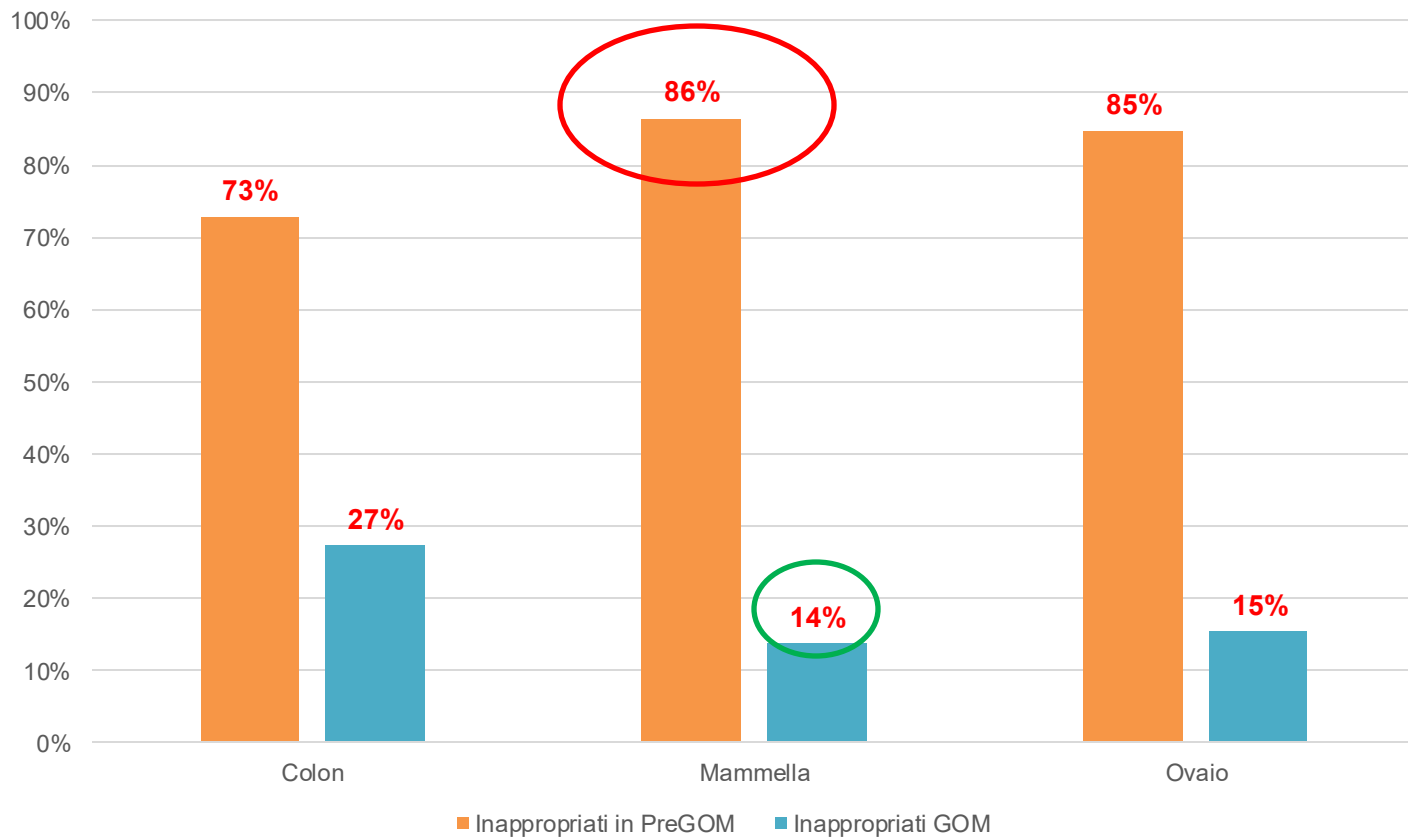
Esami PreGOM e GOM in **strutture private/accreditate**



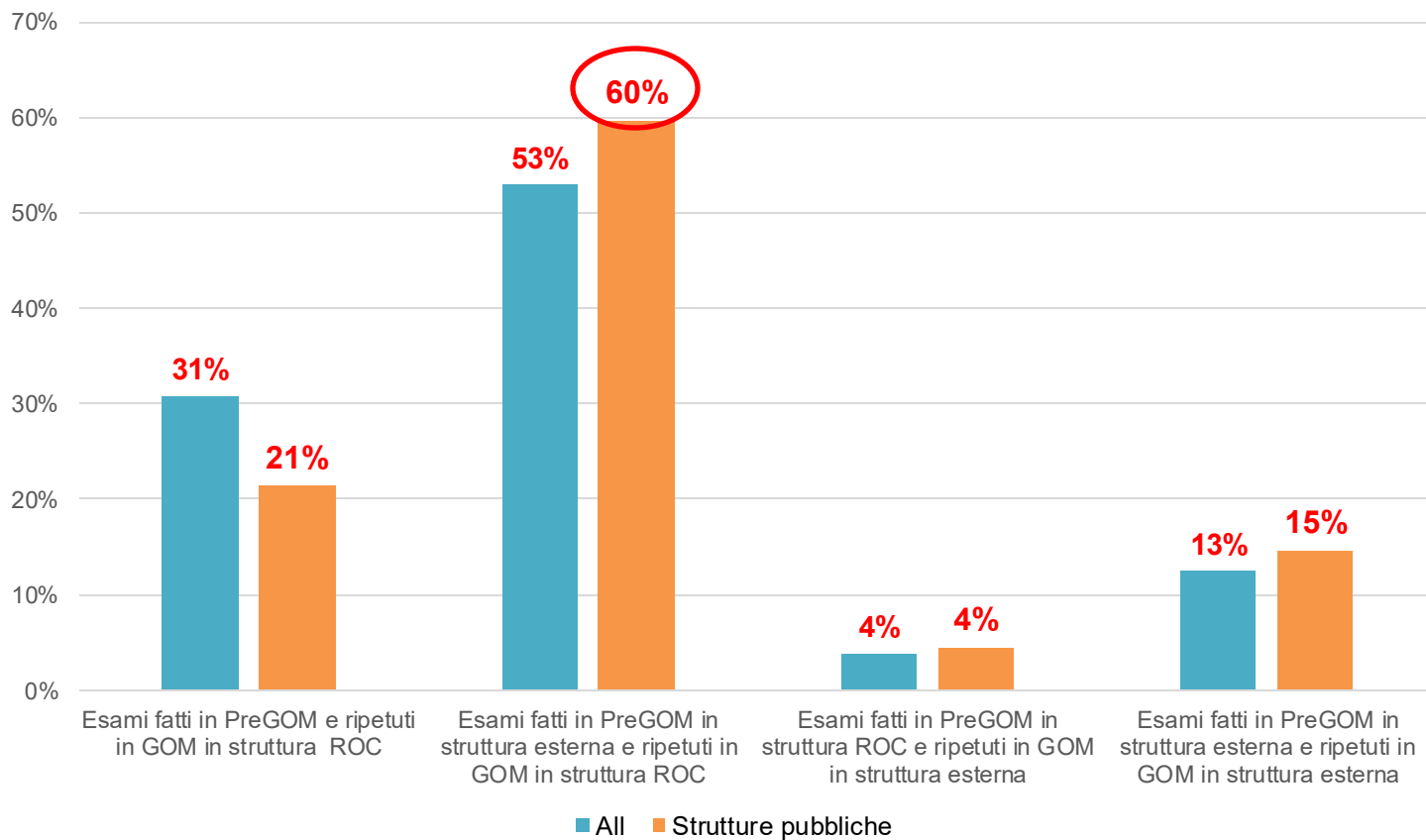
% Esami **Inappropriati** in PreGOM e GOM - **strutture pubbliche**



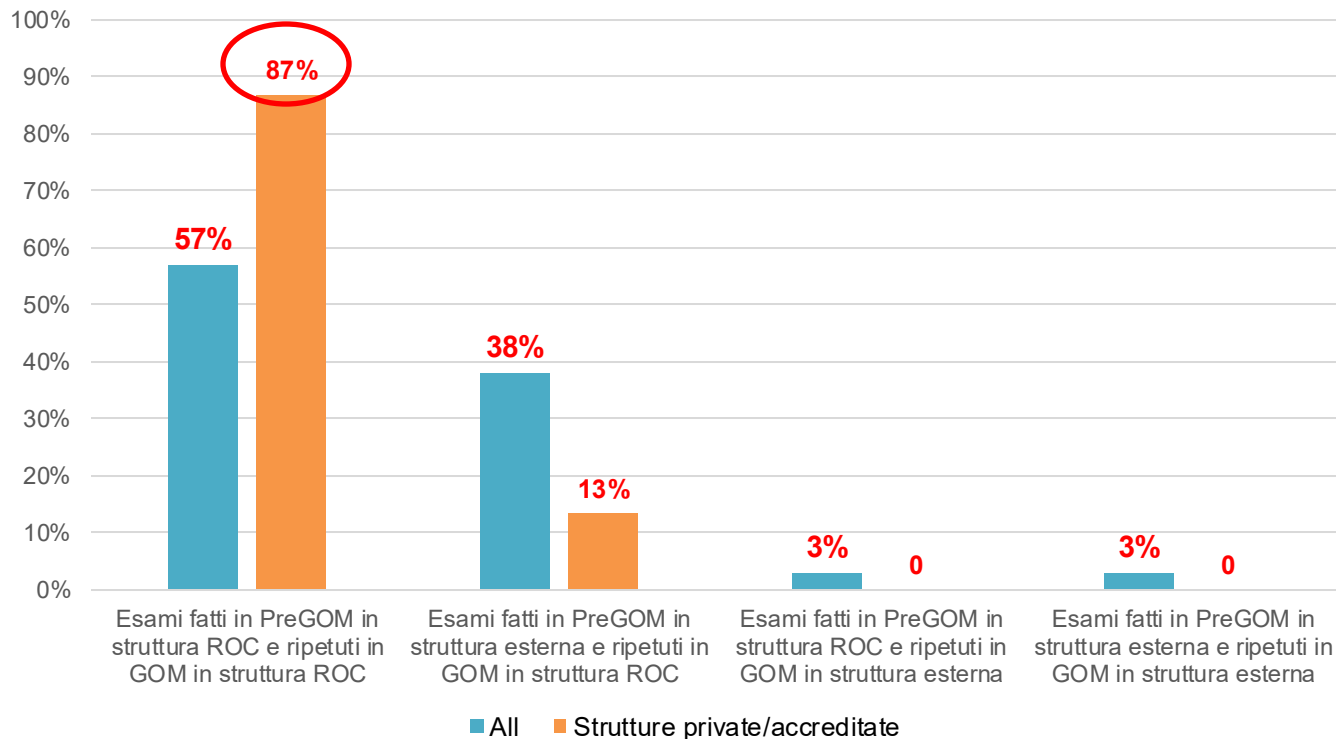
% Esami **Inappropriati** in PreGOM e GOM - **strutture private/accreditate**



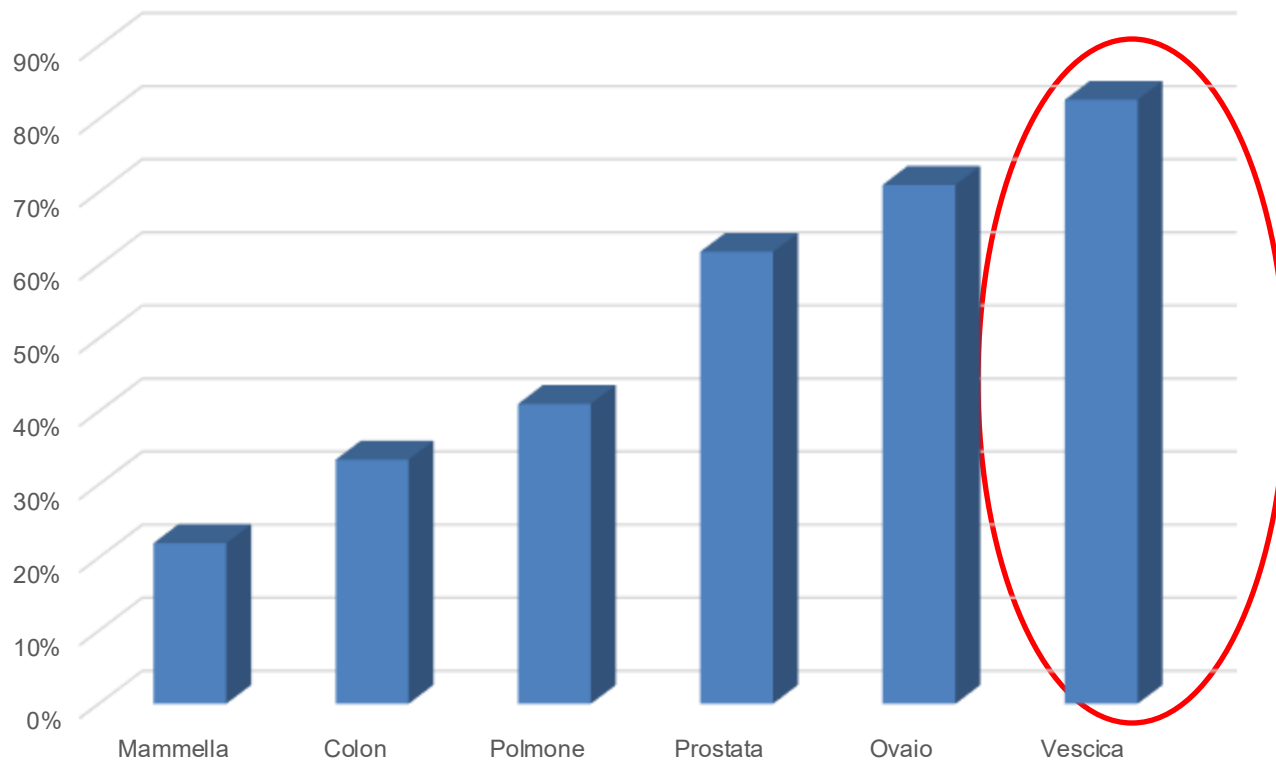
% Esami effettuati in PreGOM e ripetuti in GOM - strutture pubbliche



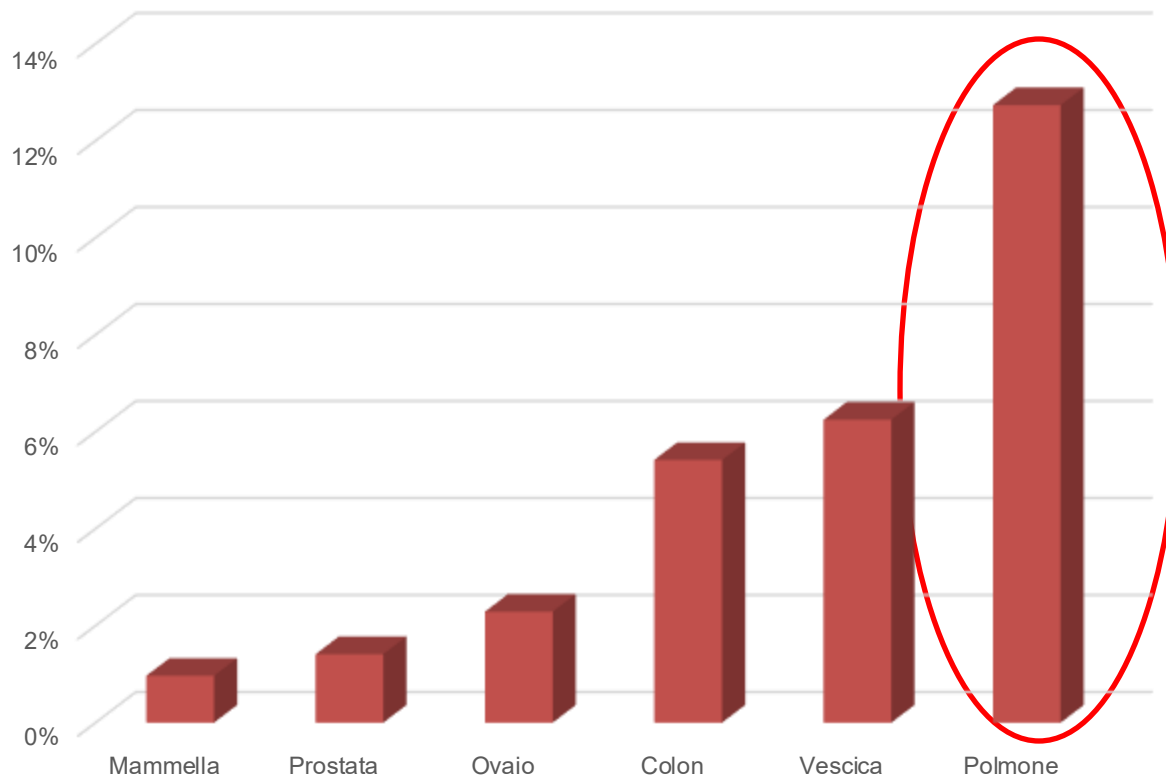
% Esami effettuati in PreGOM e **ripetuti** in GOM - **strutture private accreditate**



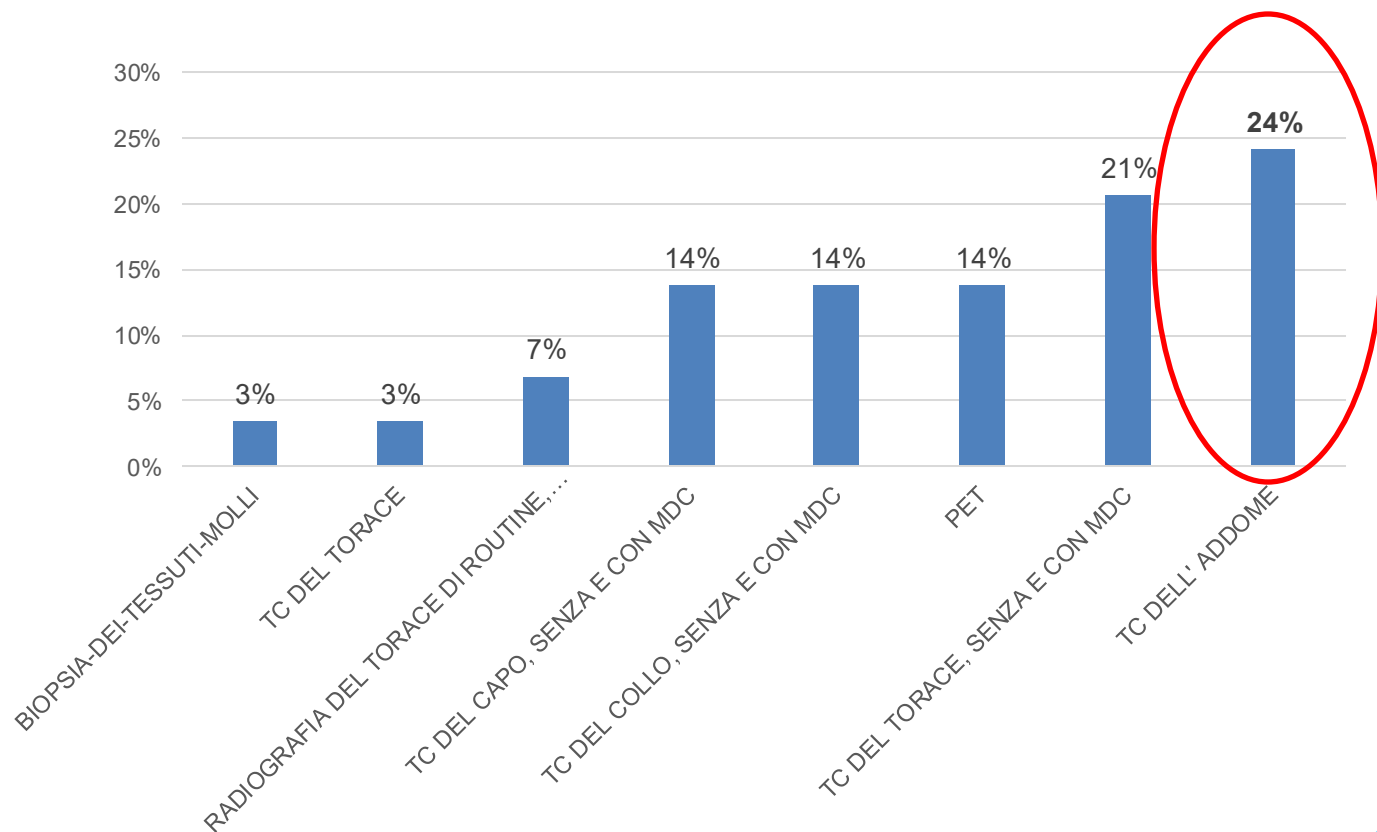
% Esami **inappropriati** per sede



% Esami effettuati in PreGOM e **ripetuti** in GOM per **sede**



Tipologia di esami effettuati in PreGOM e **ripetuti** in GOM – **Polmone**



Takeaways



- ◆ Il tempo «**Pre-GOM**» in miglioramento, ma la contrazione delle fasi successive suggerisce la necessità di un riequilibrio tra fasi per evitare «colli di bottiglia».
- ◆ La **soddisfazione** evidenzia una relazione medico-paziente forte, ma il sistema nel suo insieme sembra ancora non centrato sui bisogni informativi e di trasparenza.
- ◆ **MMG e Case Manager** snodi critici.
- ◆ La questione dell'inappropriatezza diagnostica e della ripetizione restano criticità importanti.
- ◆ Internalizzare di più gli esami Pre-GOM al fine di ridurre la ripetizione in GOM.
- ◆ Serve un **miglioramento della condivisione delle informazioni diagnostiche**, ma anche un **controllo ex ante sull'appropriatezza**.

Grazie per l'attenzione!

Dott.ssa Anna Bastone
anna.bastone001@studenti.uniparthenope.it

Un ringraziamento speciale alla Prof.ssa **Giorgia Riviaccio**, Dott.ssa **Anna Pia Di Iorio**, Dott.ssa **Annaluce Mandiello**, Dott.ssa **Giuseppina Marotta**.

Si ringrazia per il contributo non condizionante



VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI

con il patrocinio di:



Previsione dell'Inappropriatezza Diagnostica mediante le Reti Neurali

Dott.ssa Anna Pia Di Iorio e Prof.ssa Giorgia Riveccio

annapia.diiorio001@studenti.uniparthenope.it

giorgia.riveccio@uniparthenope.it





Performance economica della ROC

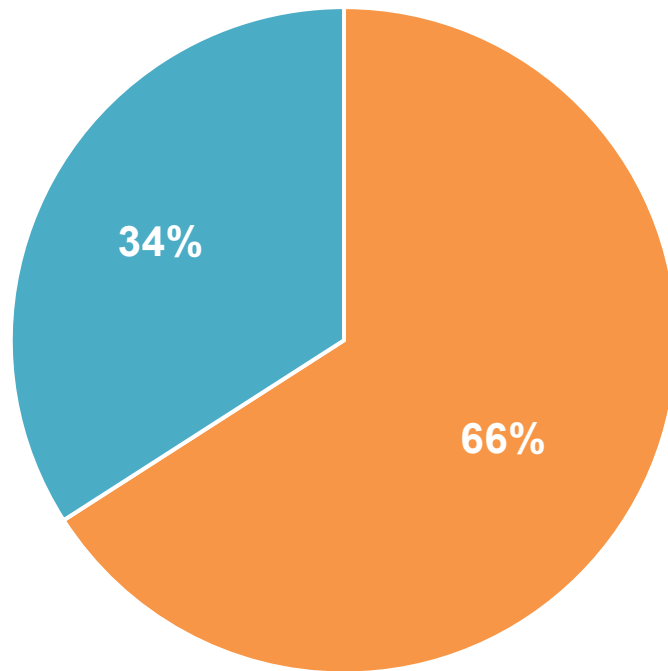
La **performance economica** della ROC è influenzata dall'andamento dei costi totali del percorso diagnostico.

I **COSTI TOTALI** del percorso diagnostico in ROC comprendono tutti i costi per 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.

% Costi nel percorso diagnostico ROC

In media per paziente
i costi PreGOM
ammontano a **€607,00**

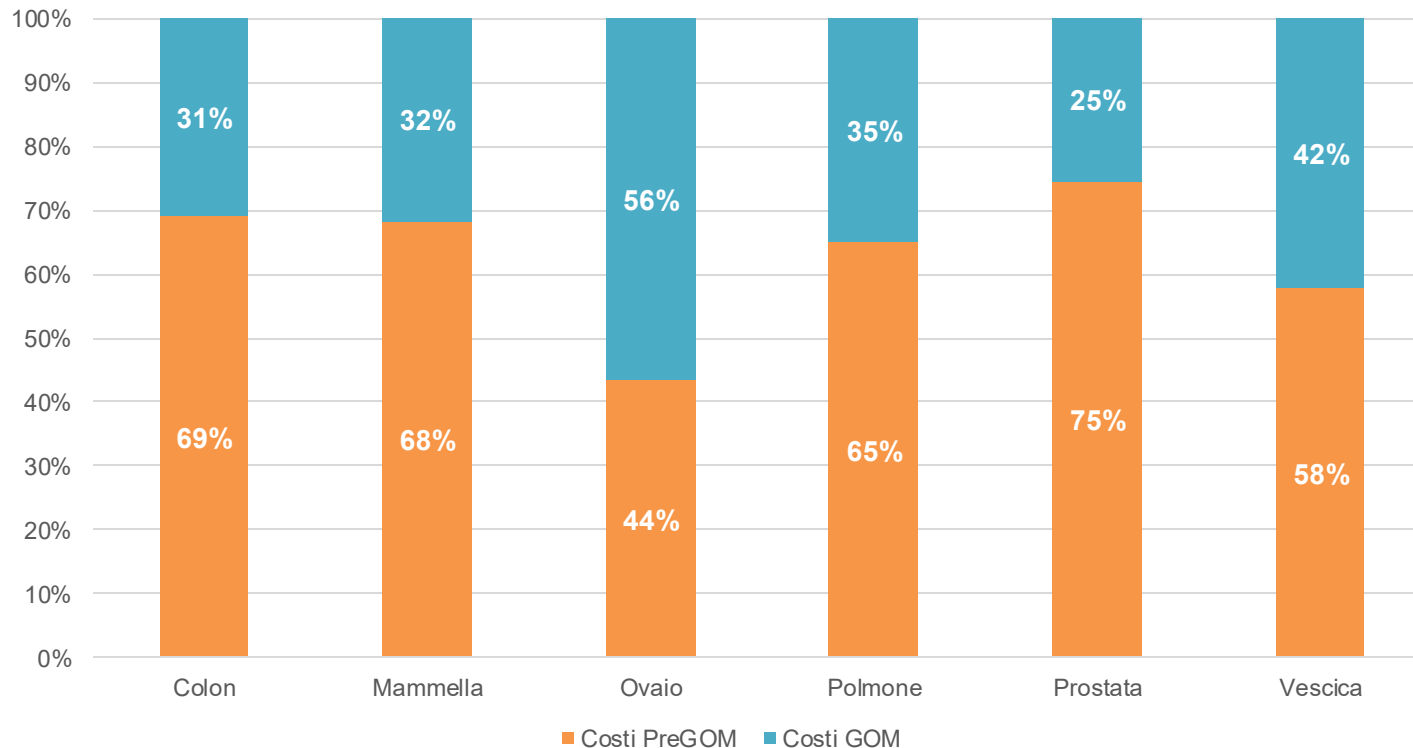


In media per paziente
i costi GOM
ammontano a **€314,00**

■ Costi PreGOM

■ Costi GOM

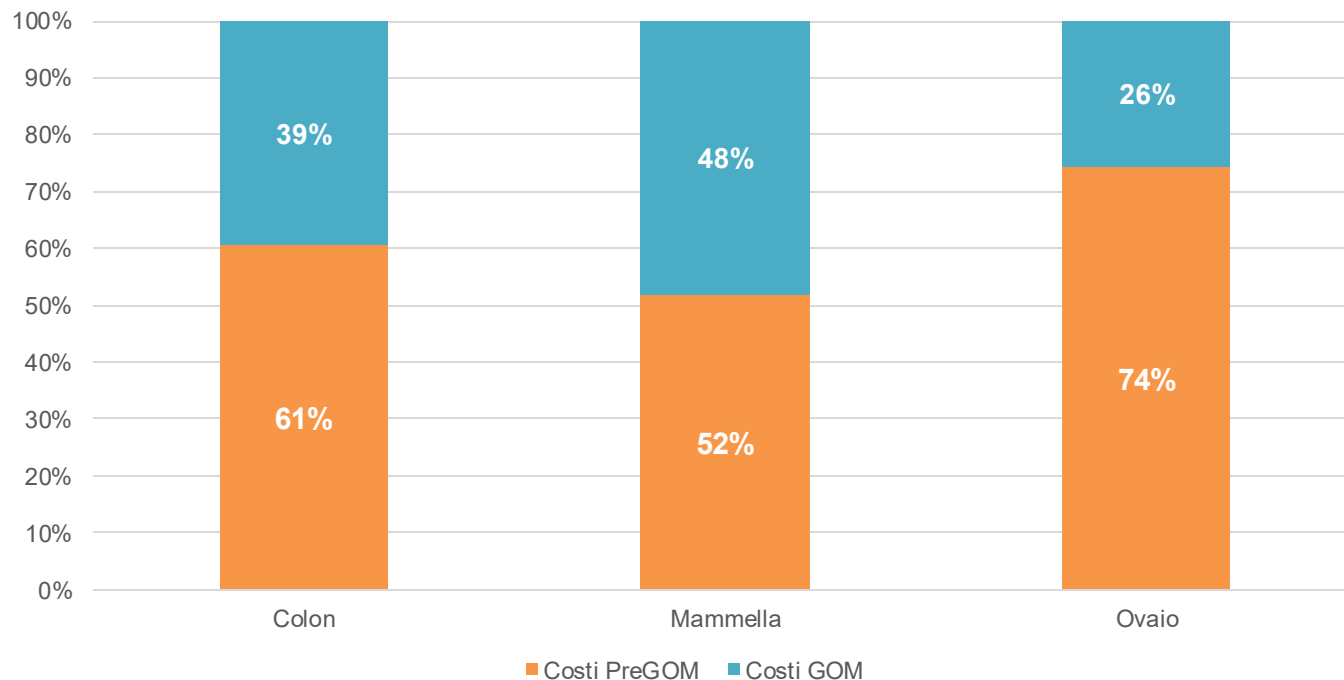
% Costi per esami PreGOM e GOM in **strutture pubbliche**



In media, i costi PreGOM per paziente nelle strutture pubbliche ammontano a **€612**

In media, i costi GOM per paziente nelle strutture pubbliche ammontano a **€304**

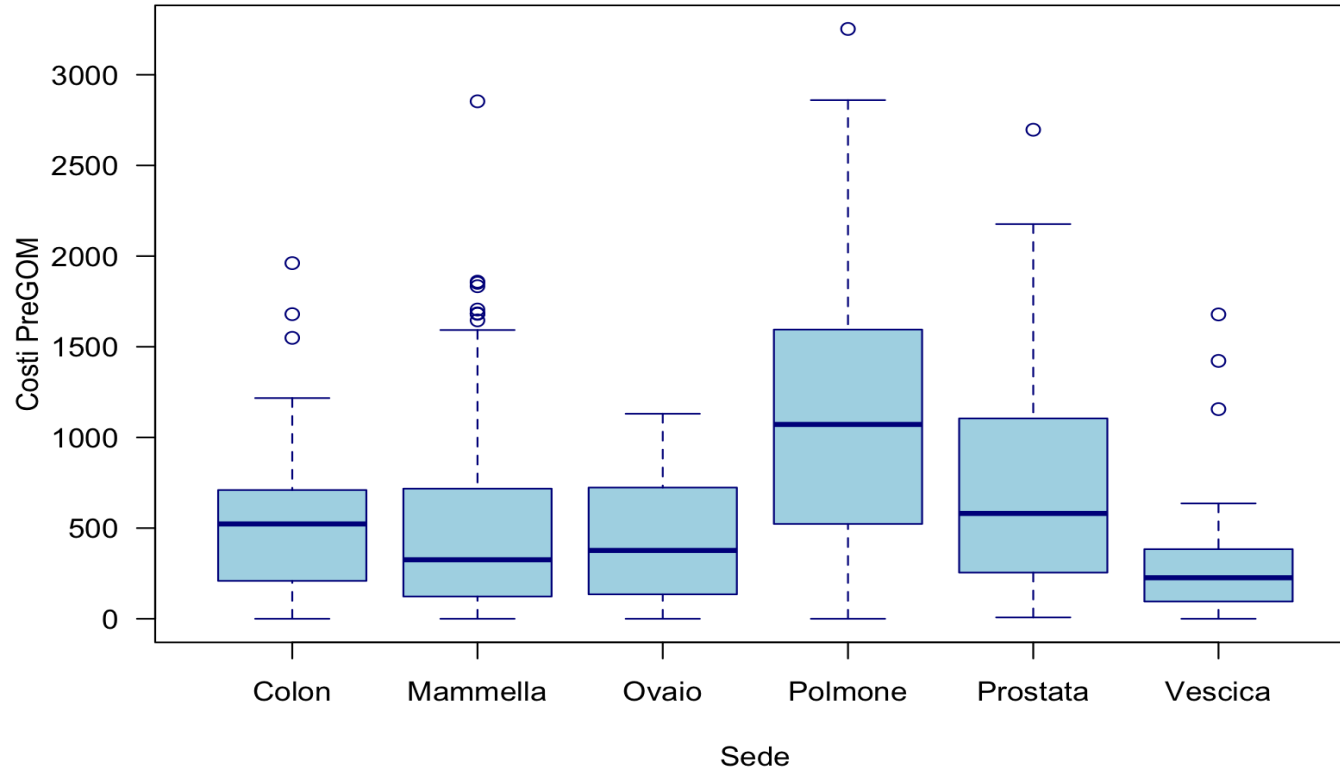
% Costi per esami PreGOM e GOM in strutture private/accreditate



In media, i costi PreGOM per paziente nelle strutture private/accreditate ammontano a **€562**

In media, i costi GOM per paziente nelle strutture private/accreditate ammontano a **€395**

Boxplot dei costi PreGOM per sede



Emergono in media **differenze significative** ($F=20.43$, $p\text{-value} < 2e-16$)



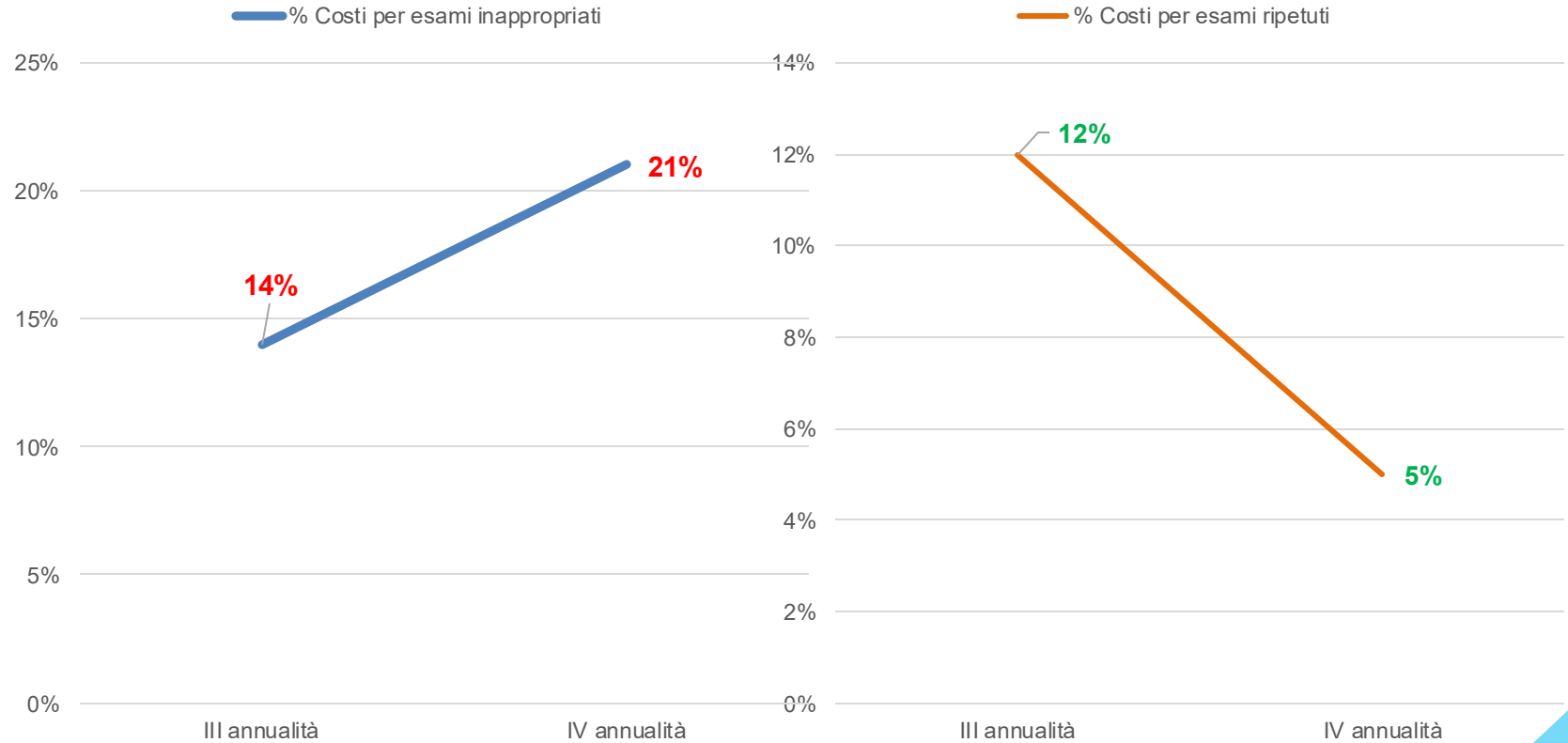
Costi derivanti da inefficienze del percorso diagnostico in ROC

COSTI DERIVANTI DA INEFFICIENZE nel percorso diagnostico ROC (C.I.) =

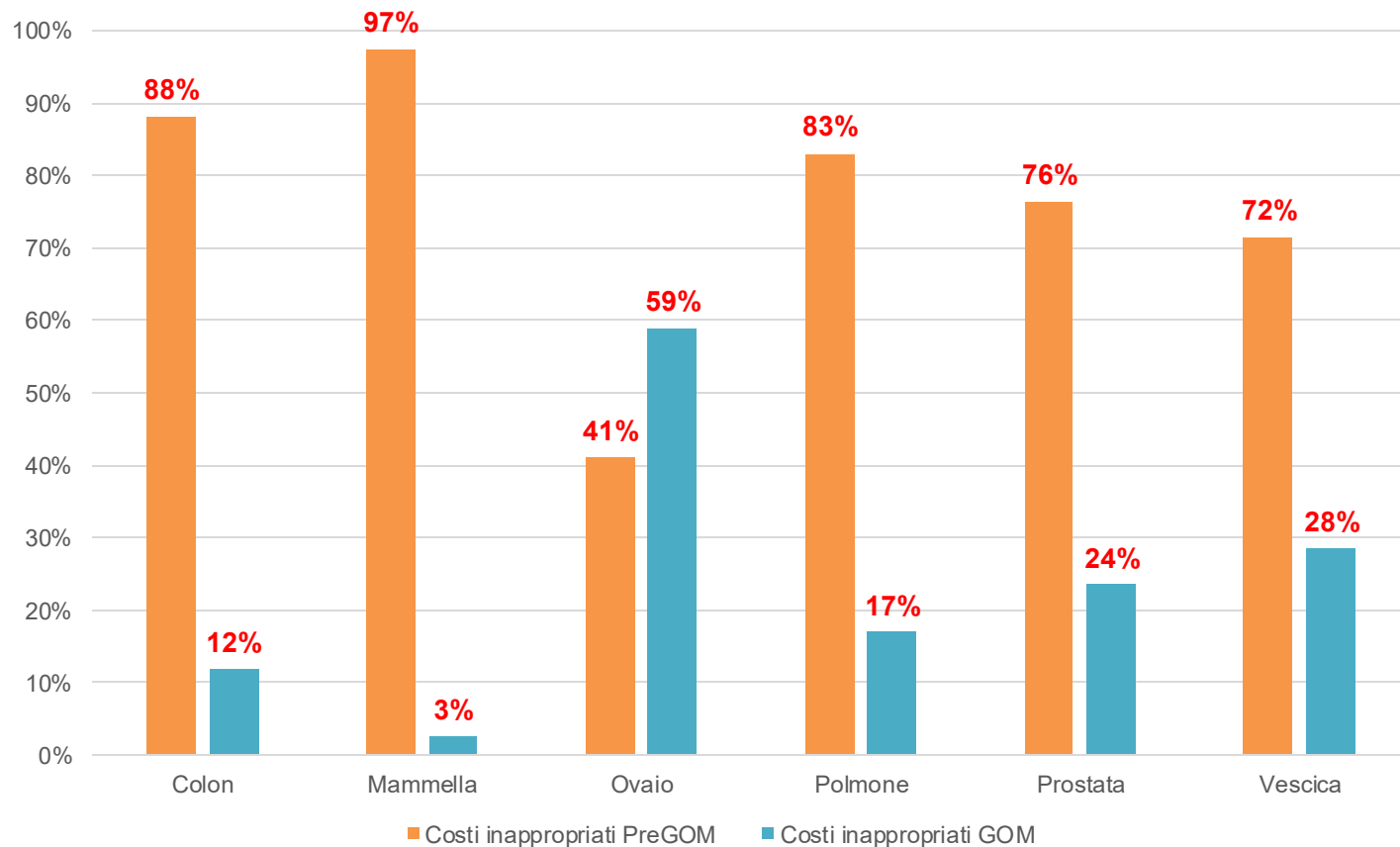
- ❖ Costi per esami effettuati in strutture pubbliche e private accreditate definiti **«inappropriati»**, in quanto non aderenti a quanto previsto per ciascun PDTA, non specifici dunque per la diagnosi oncologica, e non rispondenti alle reali esigenze diagnostiche.
- ❖ Costi per esami diagnostici effettuati in strutture pubbliche e private accreditate durante la fase Pre-GOM e **ripetuti** nella fase GOM o ripetuti nella stessa fase diagnostica.

Costi per Inappropriatezza e Ripetizione

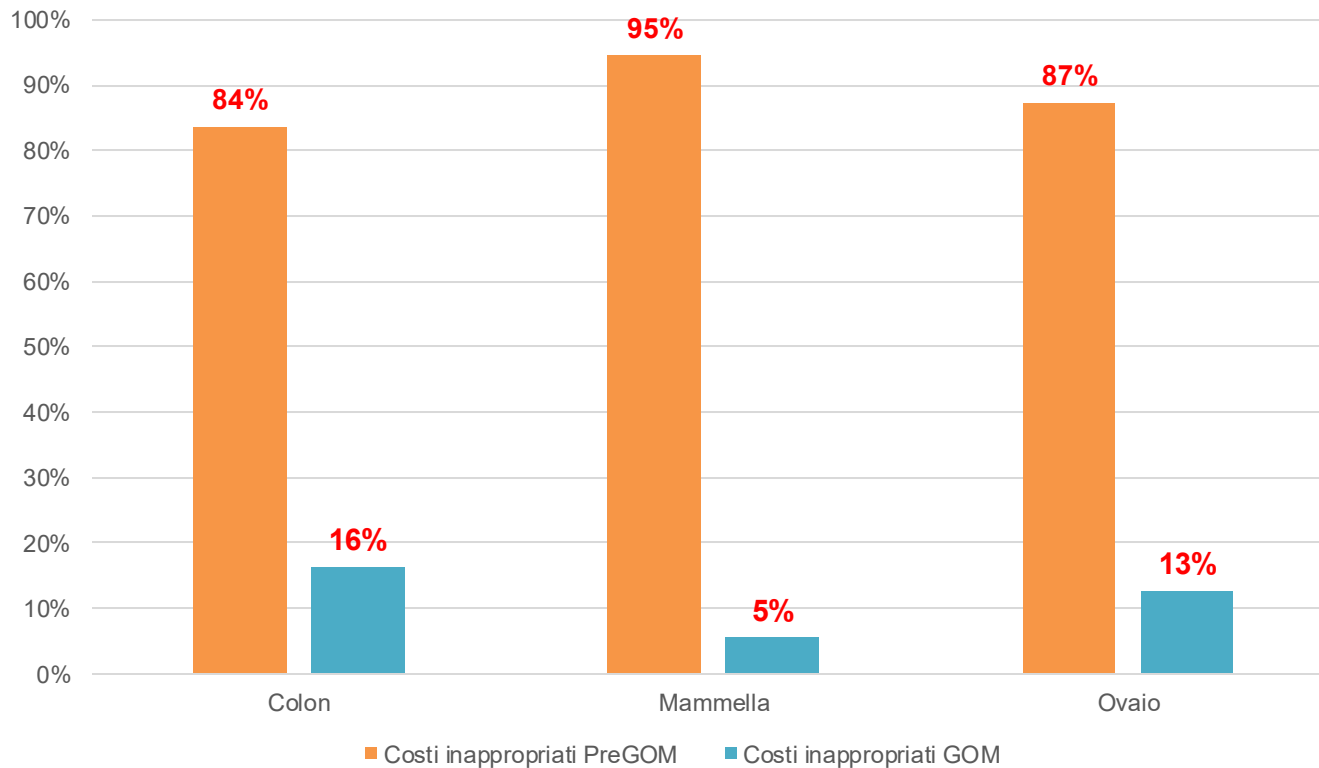
III annualità vs IV annualità



% Costi **inappropriati** in PreGOM e GOM - strutture pubbliche

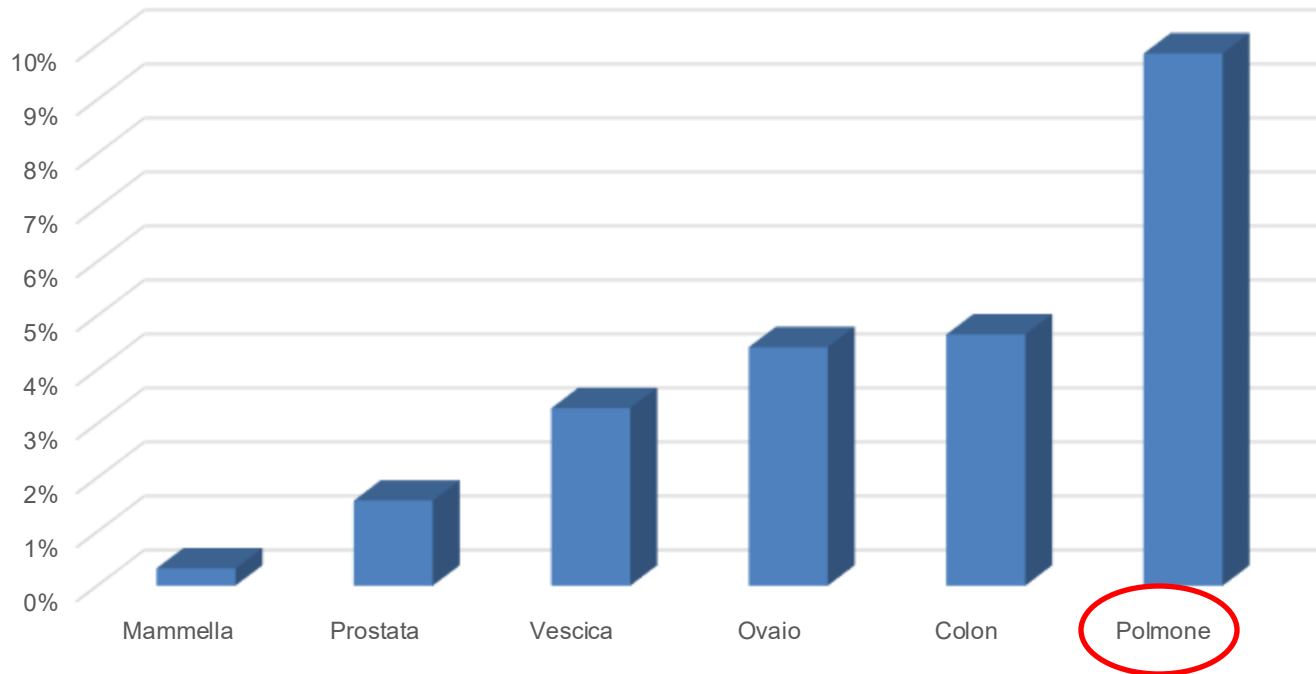


% Costi per esami **inappropriati** in fase PreGOM e GOM - strutture private/accreditate



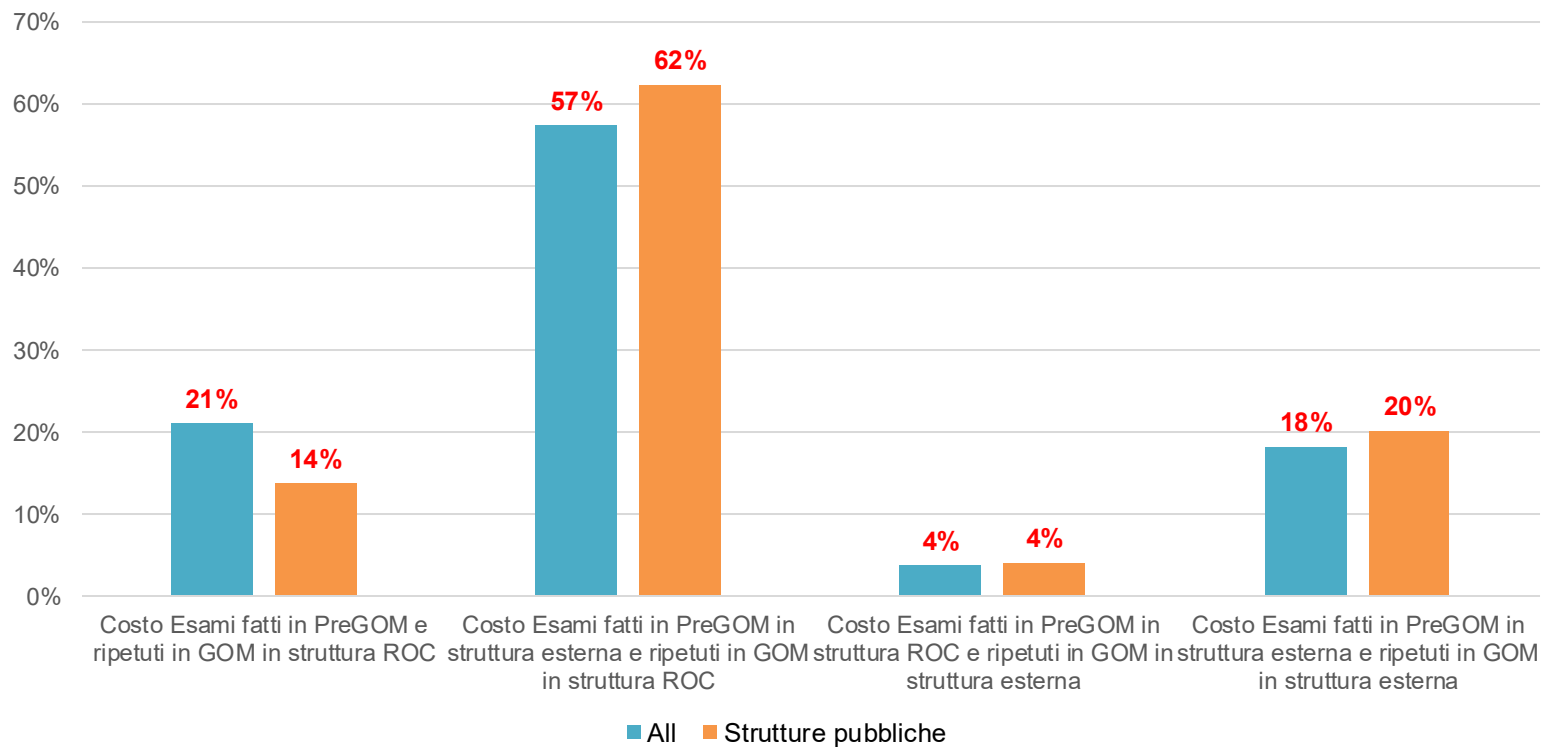
Incidenza dei costi per esami **ripetuti** sul costo totale PreGOM

In media, i costi ripetuti tra PreGOM e GOM per la sede del Polmone ammontano a **€109**

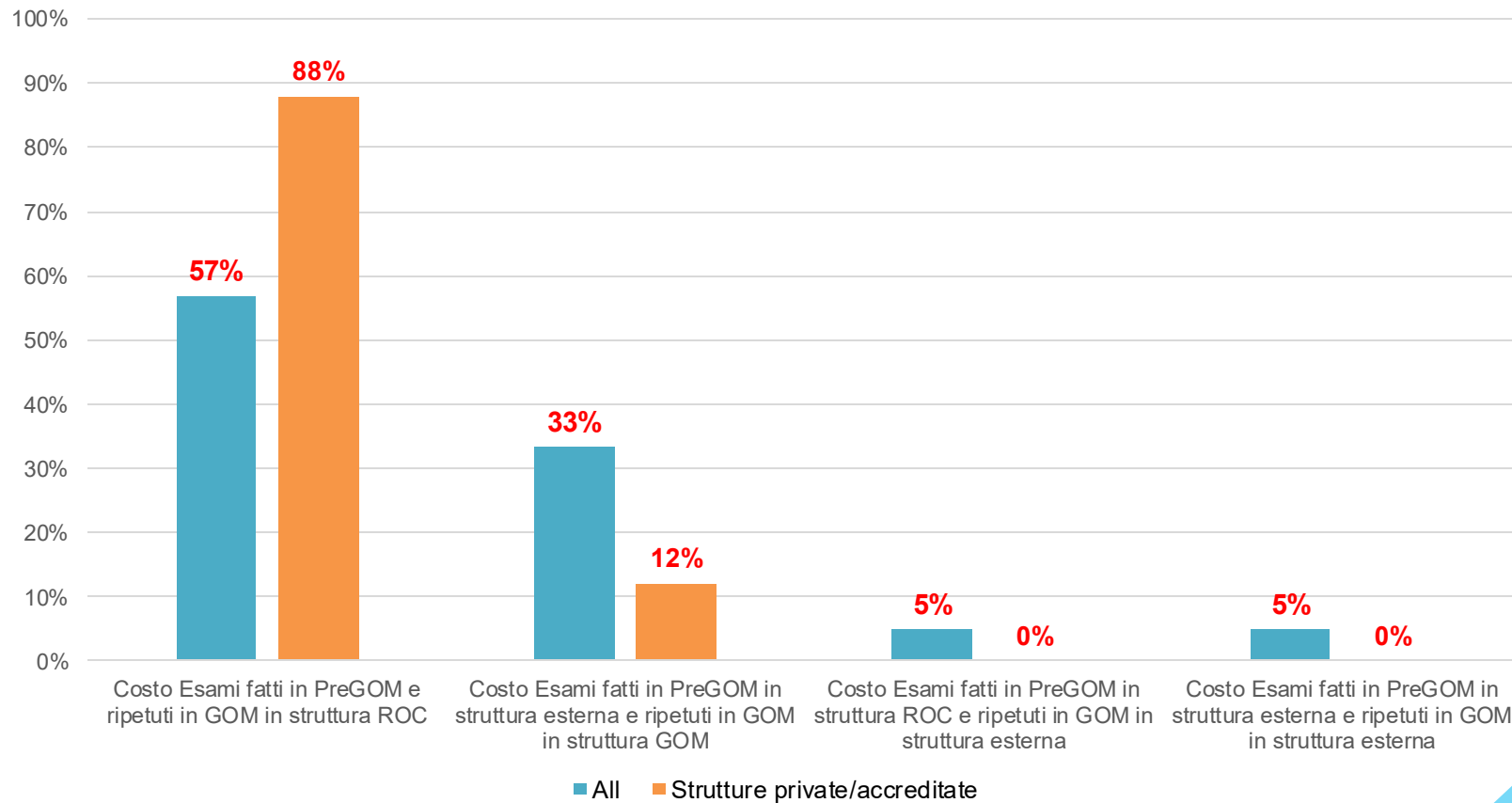


Emergono in media **differenze significative** ($F=9.151$, $p\text{-value} < 2.32e-08$)

% Costi per esami **ripetuti** tra PreGOM e GOM - strutture pubbliche

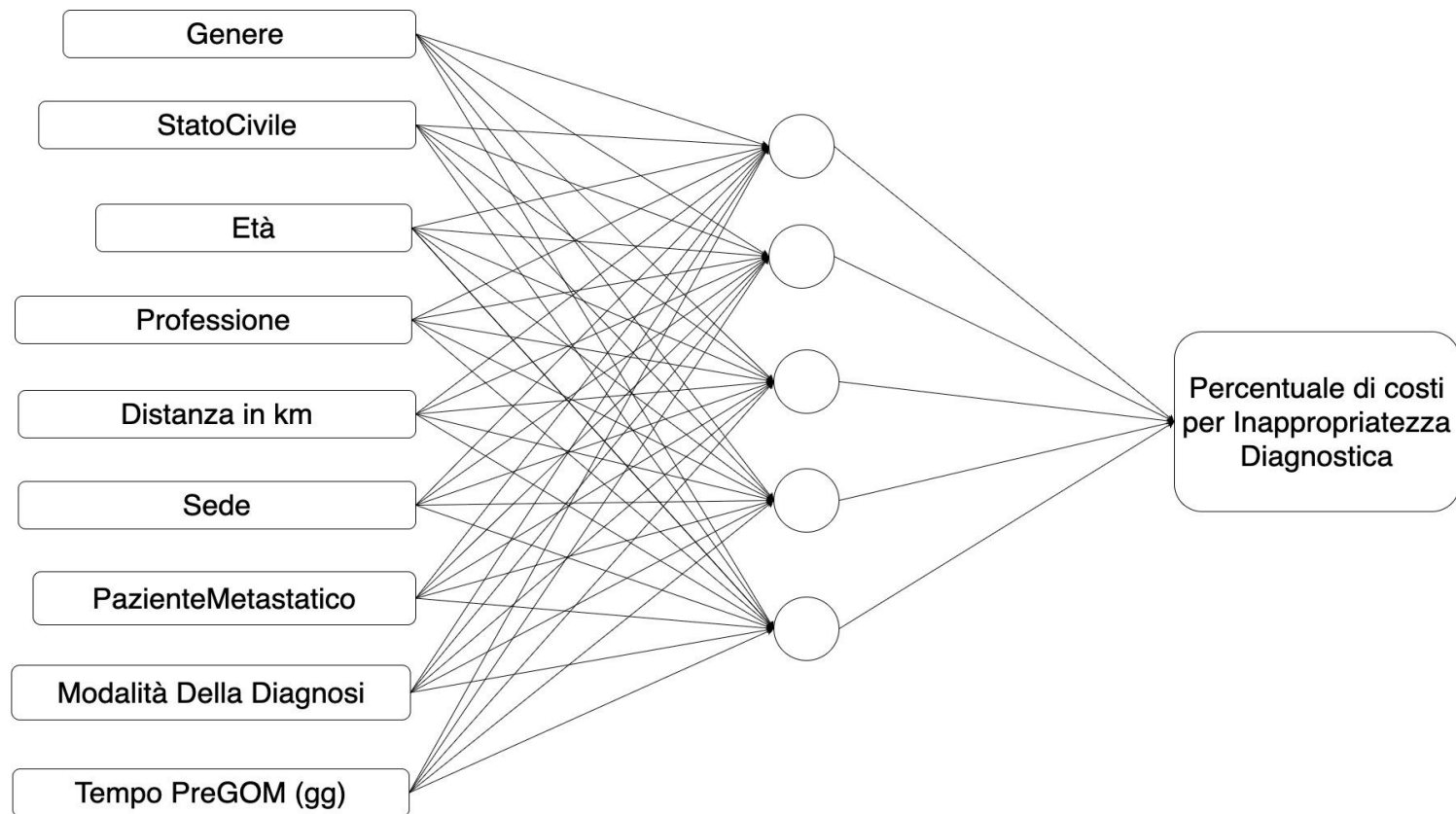


% Costi per esami **ripetuti** tra PreGOM e GOM - strutture private/accreditate

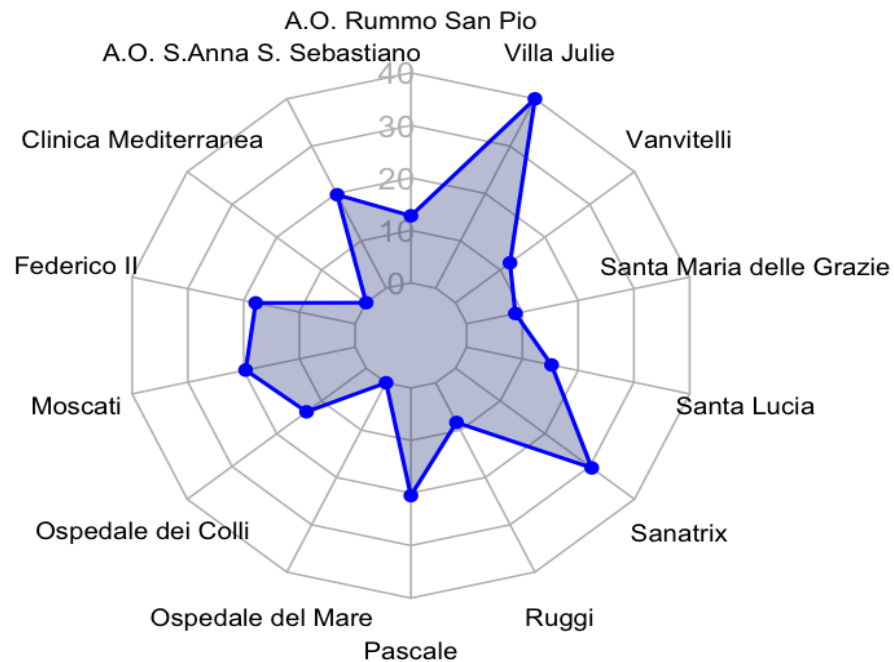


**Rete Neurale *Multi Layer Perceptron*
per la previsione economica dell'Inappropriatezza
Diagnostica**

Multi Layer Perceptron

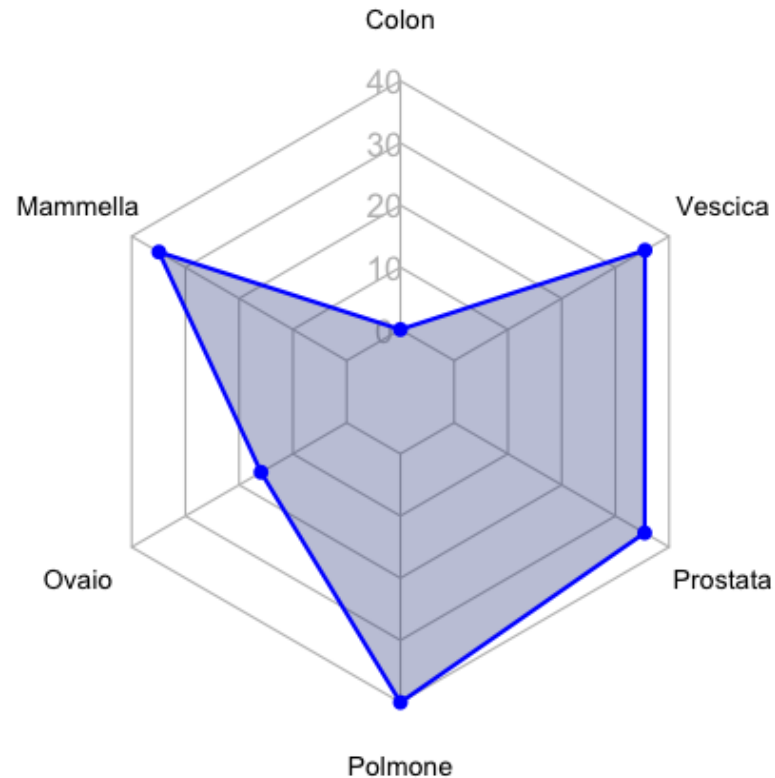


Distanza in km tra residenza e centro di presa in carico

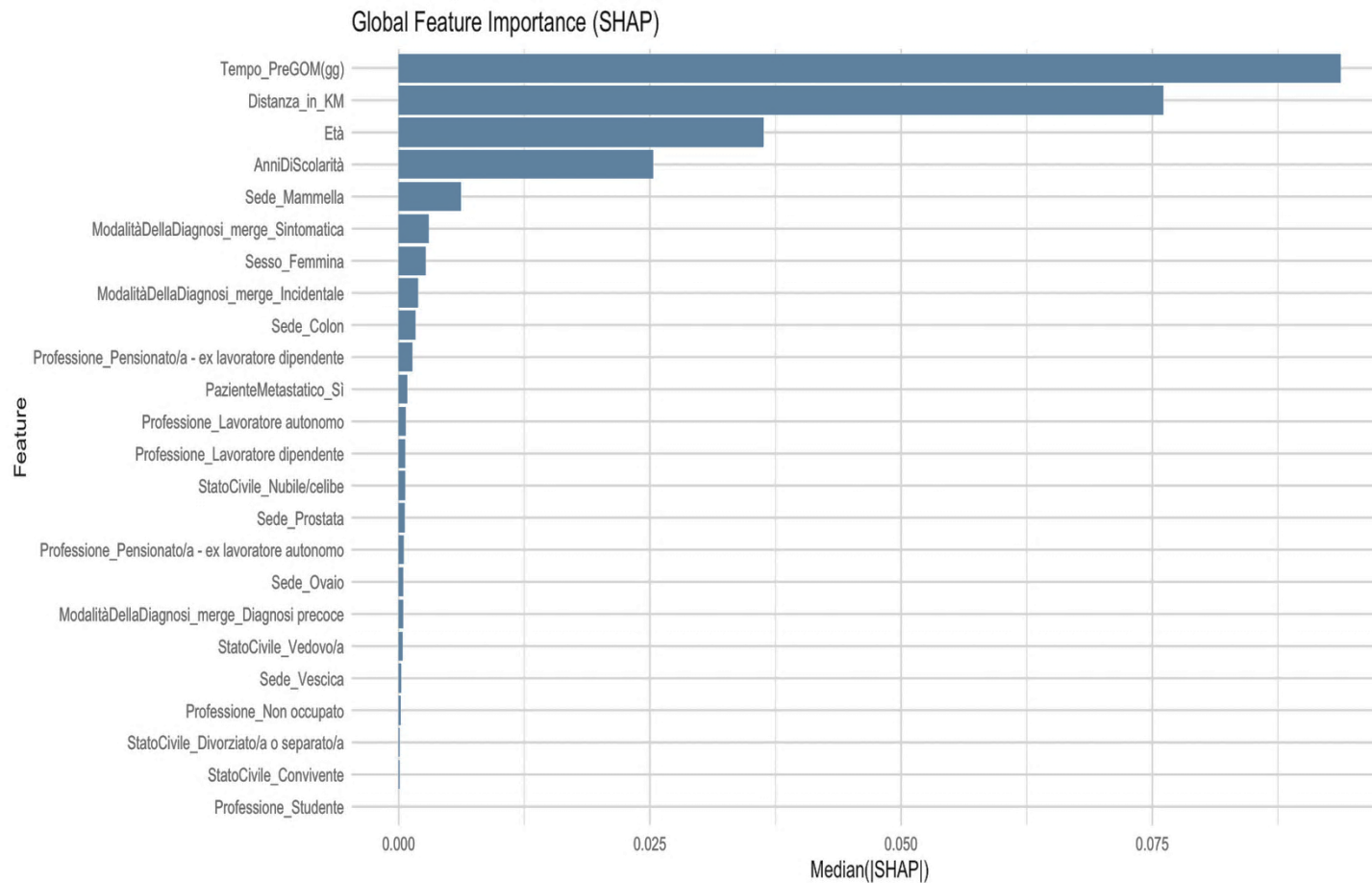


% Pz con valutazione multidisciplinare in prossimità: 52%

Distanza in km tra residenza e centro di presa in carico – sede della patologia

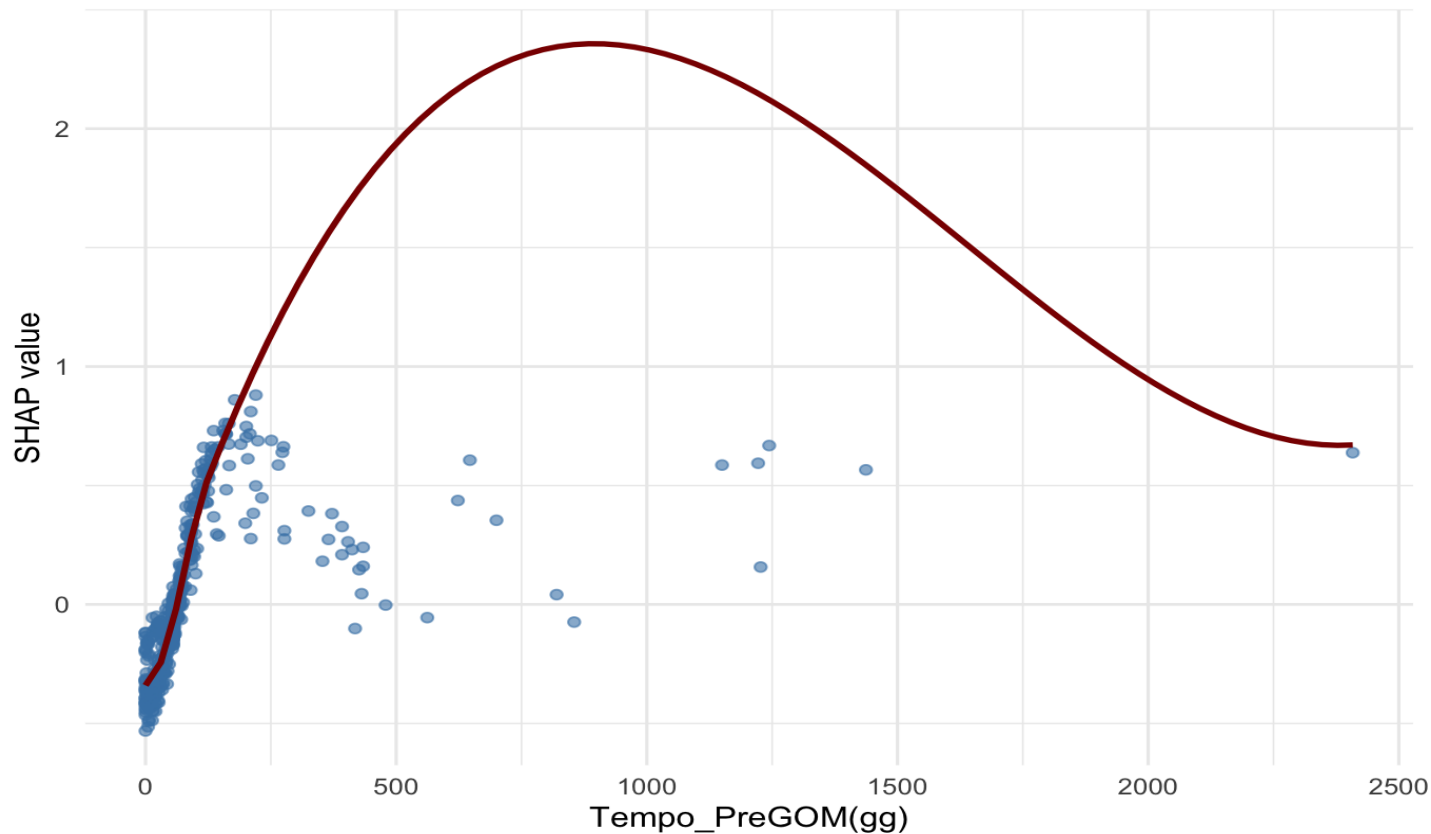


1) Risultati – SHAP values



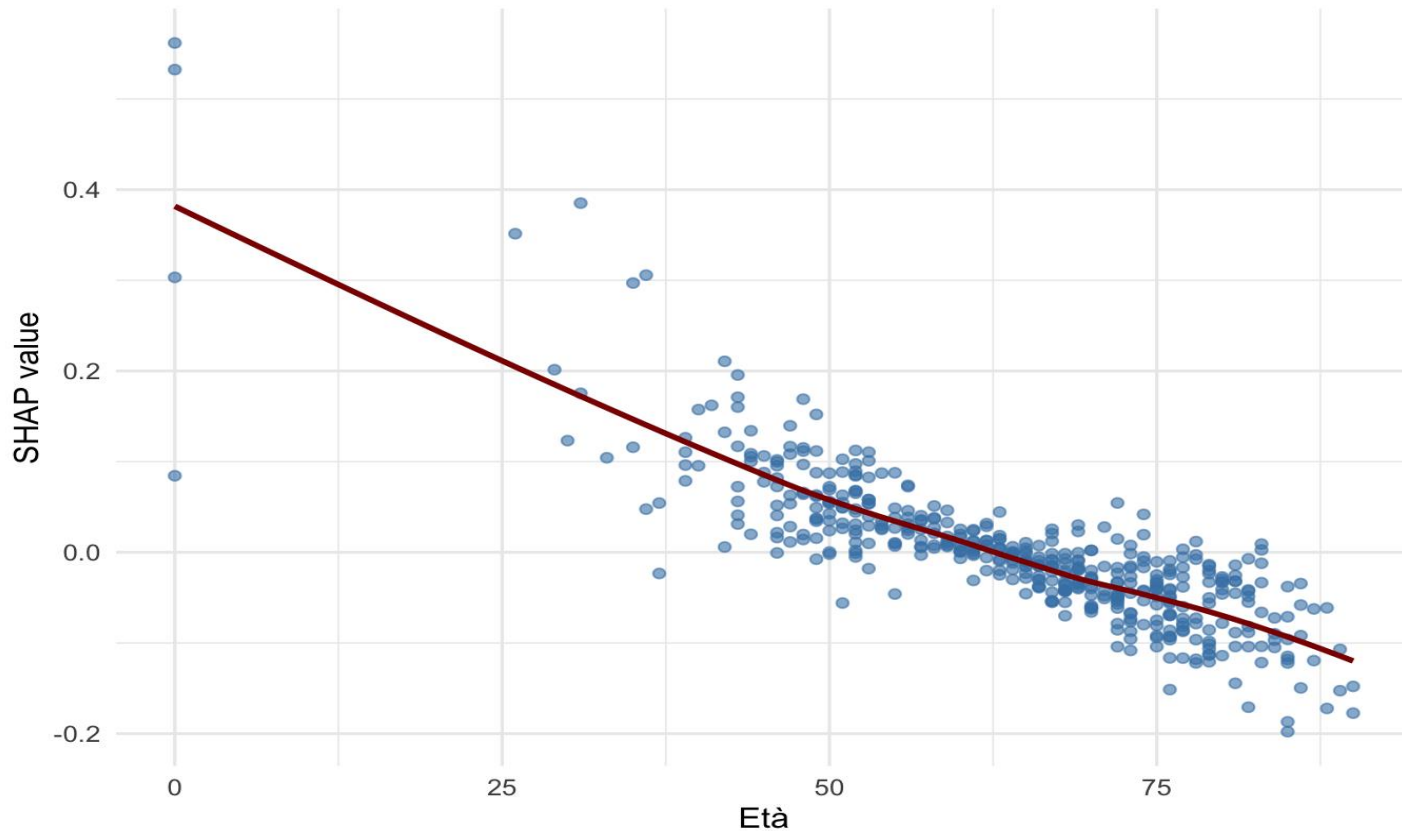
2) Risultati – SHAP dependence plot

SHAP Dependence Plot: Tempo_PreGOM(gg)



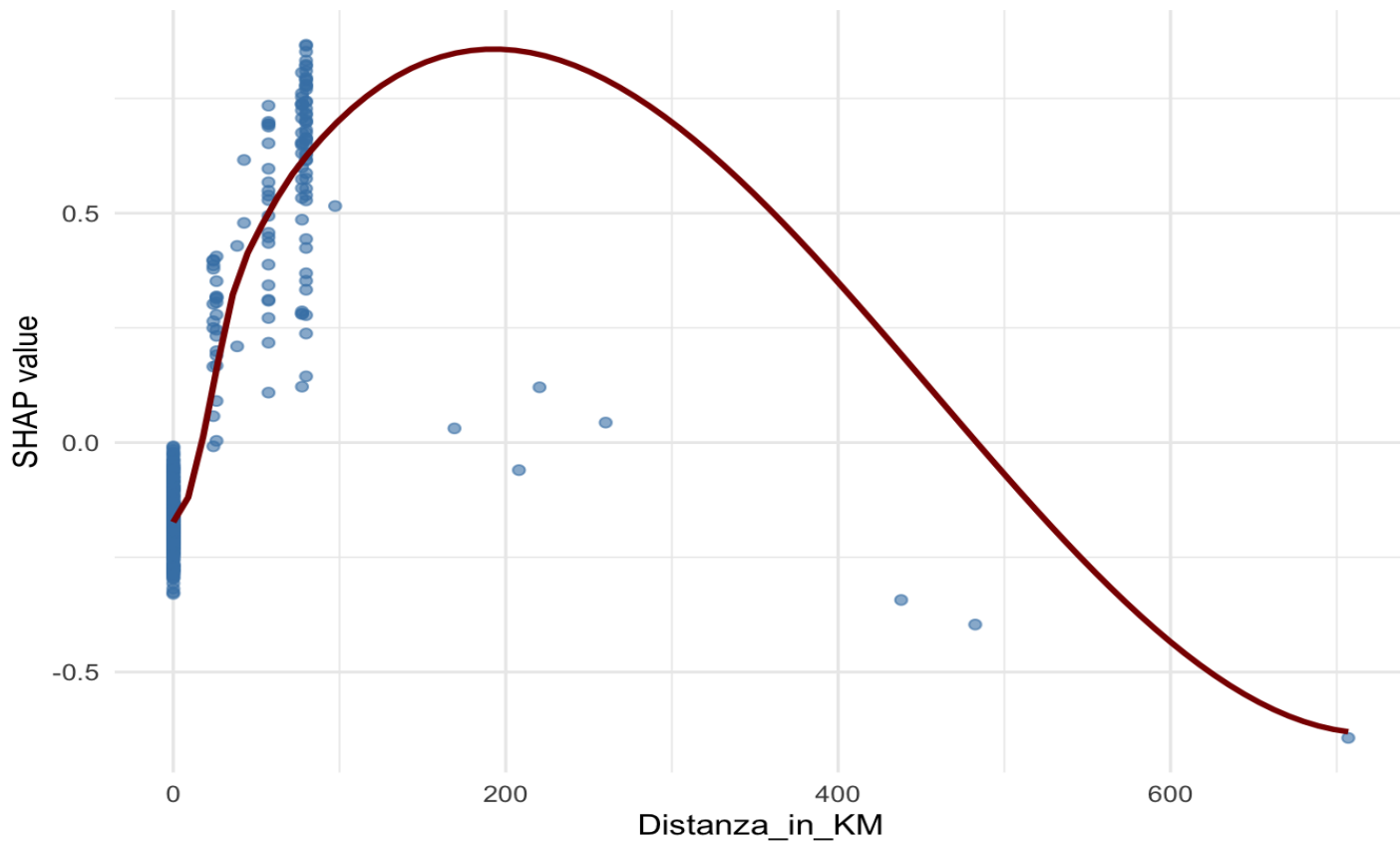
3) Risultati – SHAP dependence plot

SHAP Dependence Plot: Età

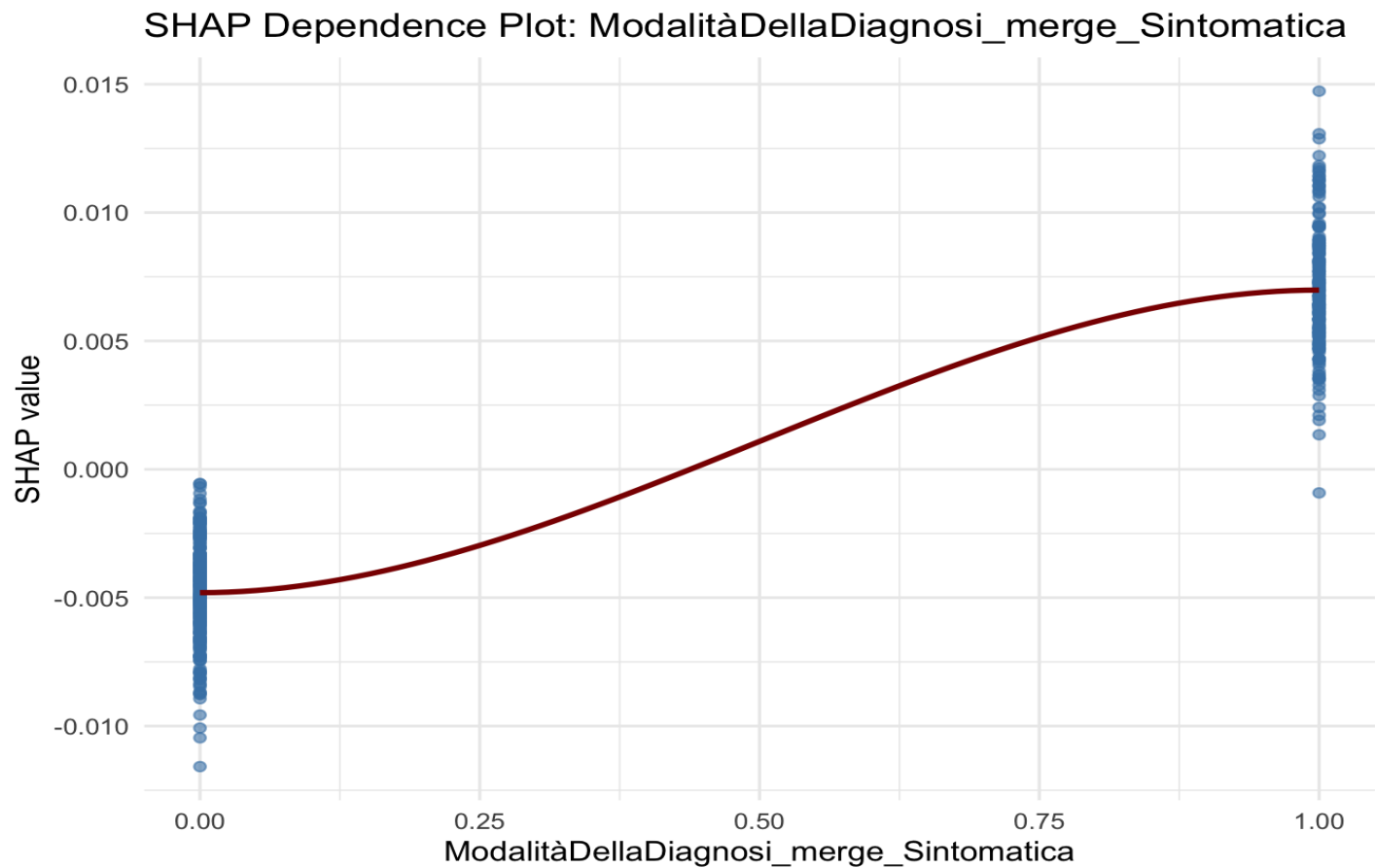


4) Risultati – SHAP dependence plot

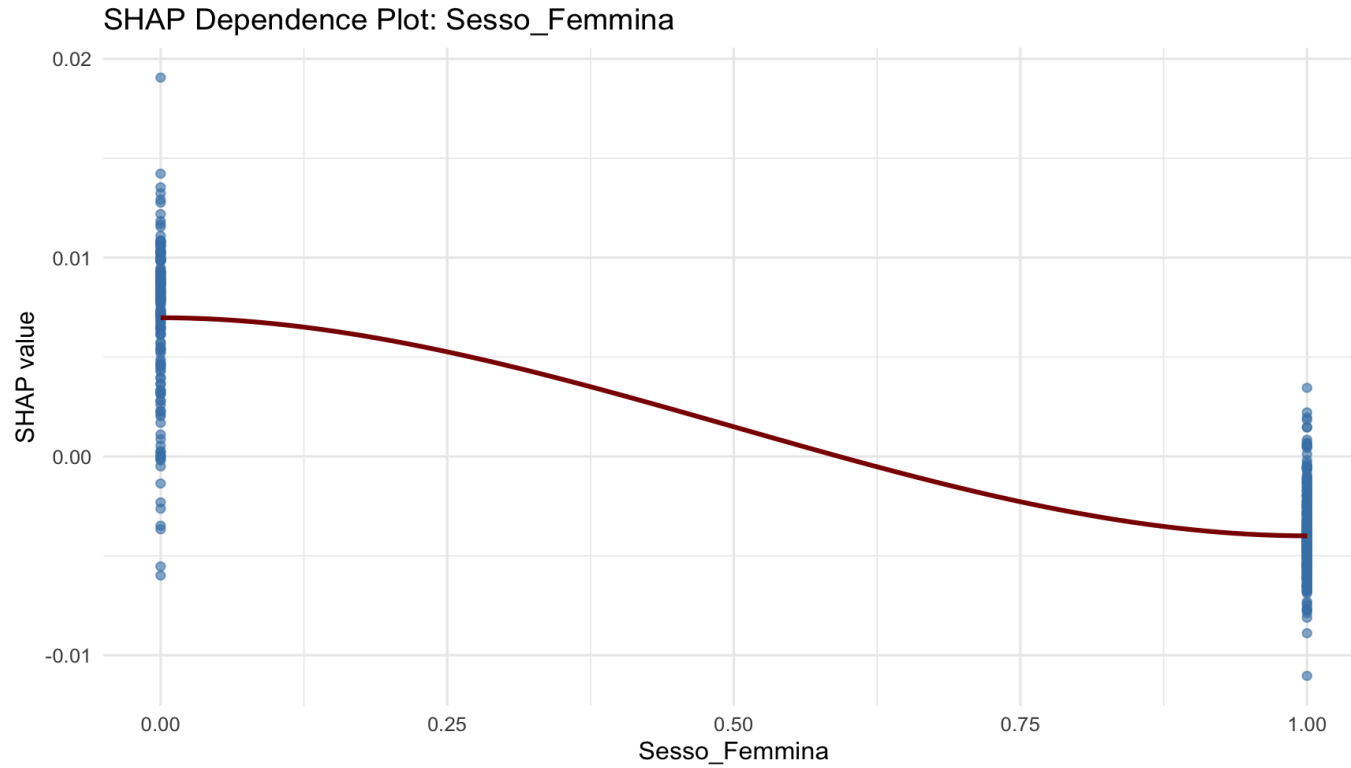
SHAP Dependence Plot: Distanza_in_KM



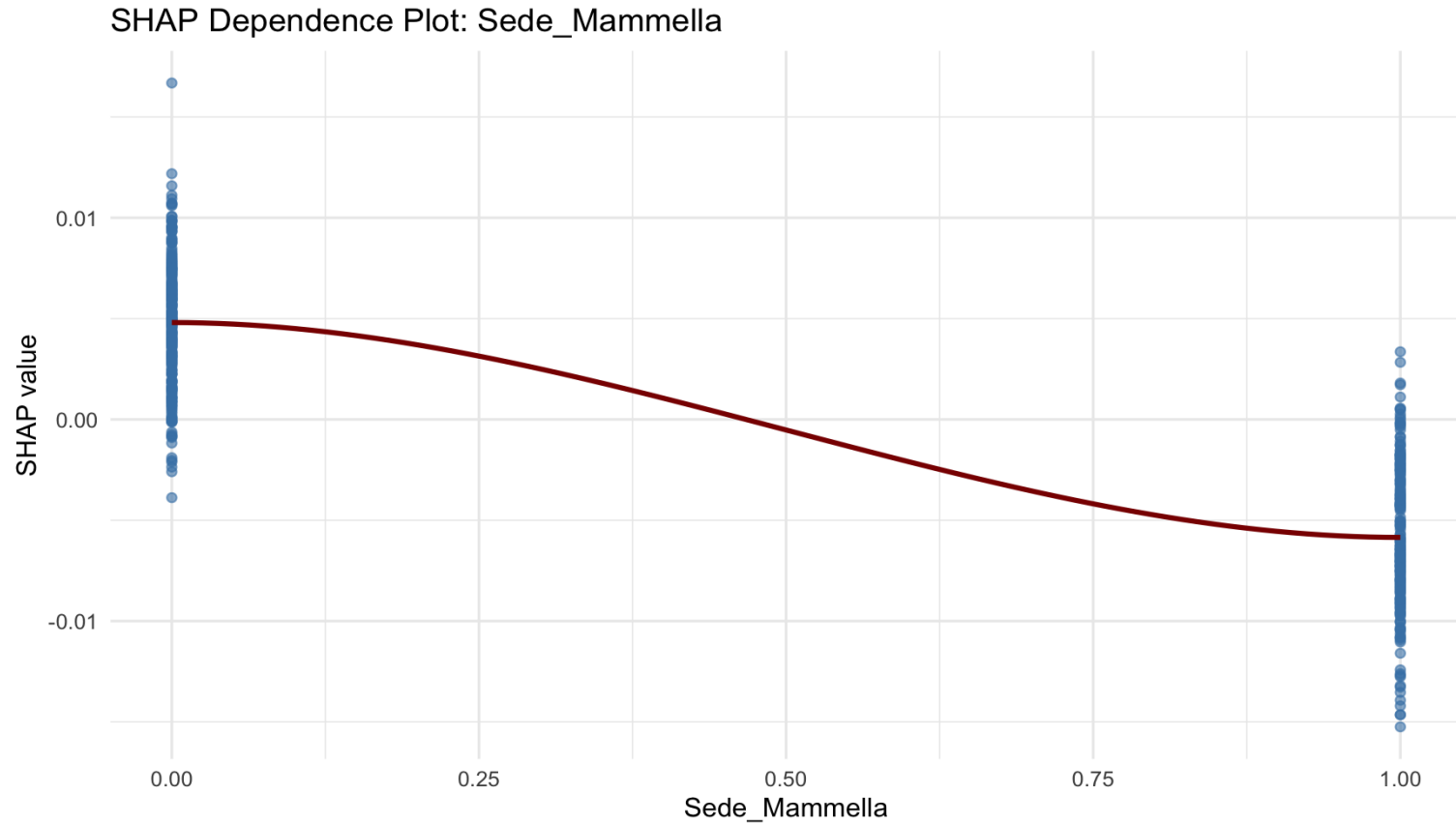
5) Risultati – SHAP dependence plot



6) Risultati – SHAP dependence plot



7) Risultati – SHAP dependence plot



Conclusioni e Riflessioni

- ❖ Nel percorso diagnostico ROC, la fase Pre-GOM registra un numero maggiore di esami rispetto alla fase GOM, contribuendo a un'**inefficienza economica che rappresenta il 28% dei costi totali**, in aumento rispetto alla scorsa rilevazione (19%)
- ❖ I **pazienti con neoplasia polmonare** registrano un'incidenza più alta di **esami ripetuti** e relativi costi.
- ❖ **Fattori organizzativi, clinici e socio-demografici** — come la durata della fase Pre-GOM, la modalità diagnostica, il genere, l'età e la distanza geografica, sede della patologia — influenzano significativamente l'**inappropriatezza economica**.

Agendo sui tempi chiave e sui profili a rischio, è possibile ridurre i costi degli esami inappropriati senza compromettere la qualità dell'assistenza.

Grazie per l'attenzione!

Dott.ssa Anna Pia Di Iorio
annapia.diiorio001@studenti.uniparthenop
e.it

Un ringraziamento speciale alla dott.ssa **Anna Bastone**,
dott.ssa **Annaluce Mandiello** e dott.ssa **Giuseppina Marotta**

Si ringrazia per il contributo non condizionante



VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI

L'attivazione della Continuità Territoriale nella Rete Oncologica Campana

*Convegno scientifico Val.Pe.ROC
Napoli 26/06/2025*

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

L'impatto del cancro sulla speranza di vita in UE

- L'invecchiamento della popolazione e il miglioramento dei tassi di sopravvivenza determineranno un incremento dell'incidenza del cancro in Italia, con un conseguente aumento sia del numero di pazienti oncologici sia dei sopravvissuti.
- Secondo le proiezioni del modello OCSE, nel periodo 2023-2050 l'impatto del cancro sulla mortalità in Italia comporterà una riduzione della speranza di vita di circa due anni, sostanzialmente in linea con la media prevista per l'UE.

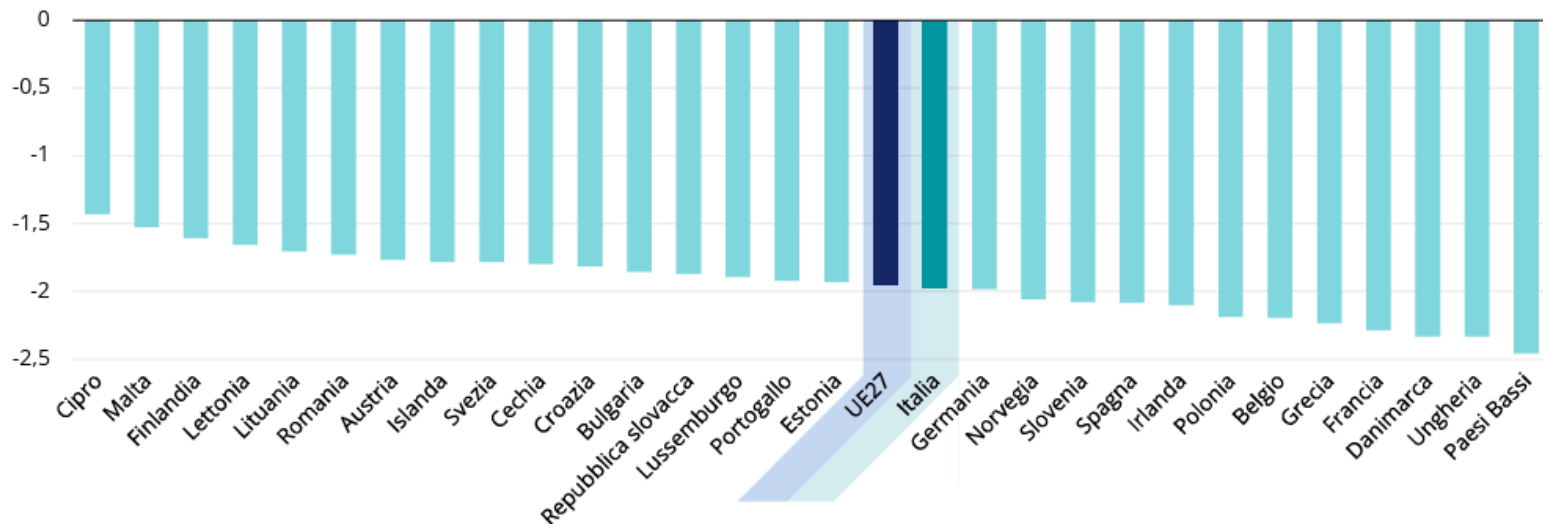
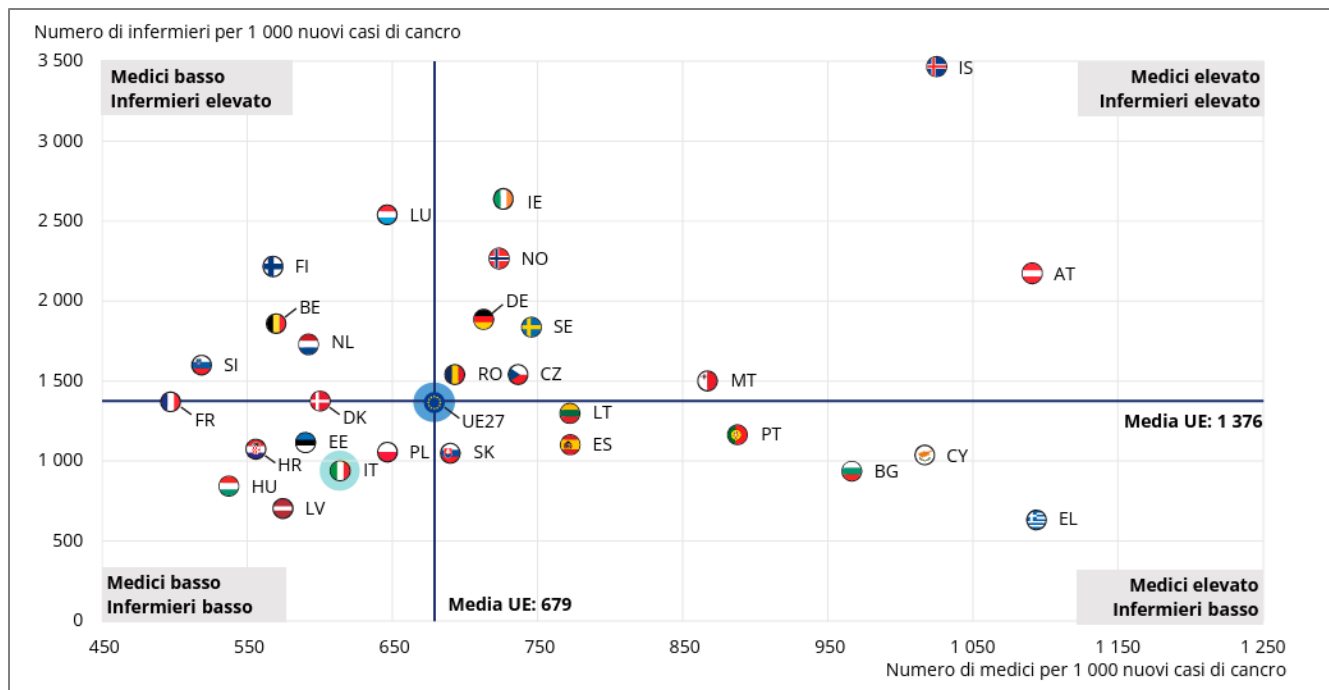


Figura 1. Riduzione prevista degli anni di speranza di vita a causa del cancro (media 2023-2050)

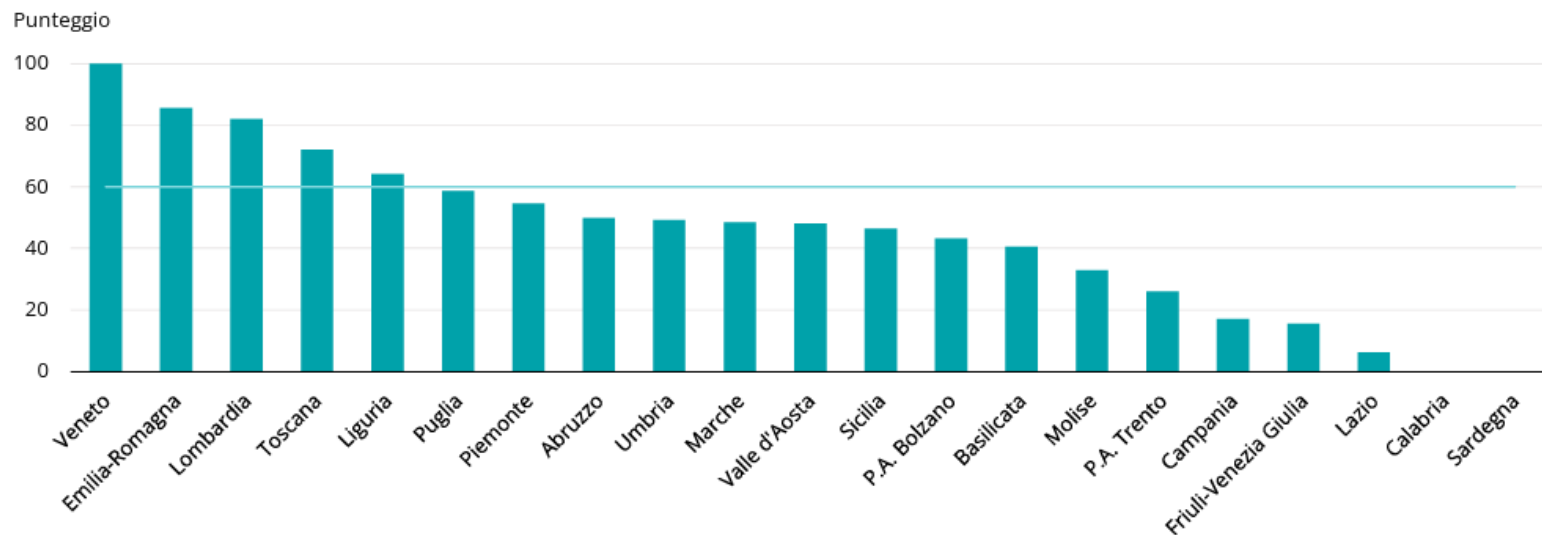
Disponibilità operatori sanitari in UE

- Un'adeguata disponibilità di operatori sanitari è un fattore determinante per l'accesso alle cure oncologiche.
- Nel 2021, rispetto all'incidenza del cancro, la densità di medici in Italia era del 9% inferiore alla media UE, mentre la sua densità di infermieri era del 31% inferiore



Potenziamento dell'assistenza

- L'accesso alle cure palliative rimane insufficiente nella maggior parte delle regioni. In Italia, le cure palliative sono inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e pertanto erogate gratuitamente.
- Soltanto 5 regioni sono riuscite a fornire servizi relativi a cure palliative ad almeno il 35% dei loro pazienti oncologici deceduti nel 2021.



Nota: la linea indica la soglia per prestazioni soddisfacenti e rappresenta il 35% di tutti i decessi legati al cancro che hanno ricevuto assistenza dalla RRCP.

Qualità di vita nei pazienti oncologici

- Uno degli obiettivi principali dei sistemi sanitari consiste nel fornire servizi volti ad affrontare gli impatti fisici, psicologici e socioeconomici spesso debilitanti del cancro sui pazienti e sui loro caregiver.
- In considerazione dell'evoluzione di diverse patologie oncologiche verso condizioni croniche, l'Italia ha sviluppato vari strumenti sanitari e previdenziali per migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti al cancro.

I modelli organizzativi delle Reti Oncologiche in Italia

I modelli organizzativi per l'erogazione delle cure oncologiche variano anche tra le regioni: circa la metà utilizza un modello “hub-and-spoke” (una struttura hub centrale specializzata collegata a spoke ambulatoriali locali), mentre le restanti hanno implementato un modello di **rete integrata di assistenza oncologica completa**.

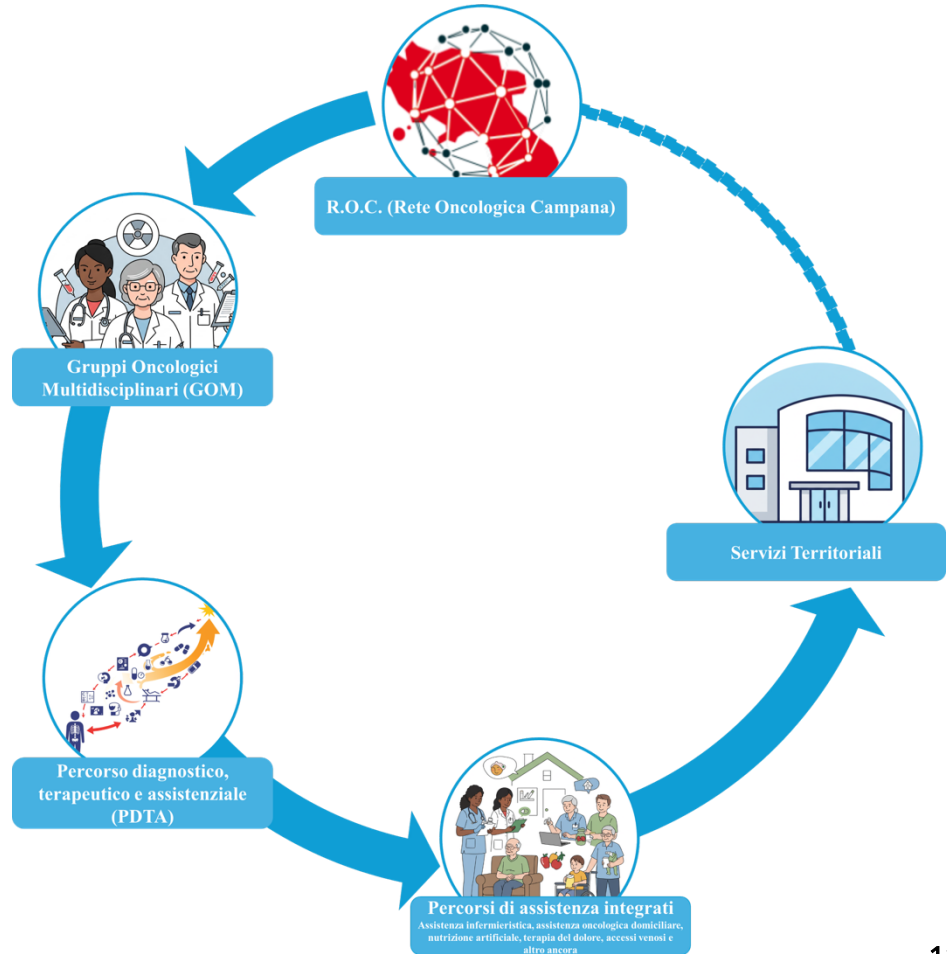


Figura 2. Distribuzione delle tipologie di ROR in Italia

Fonte: Rapporto AGENAS 2021

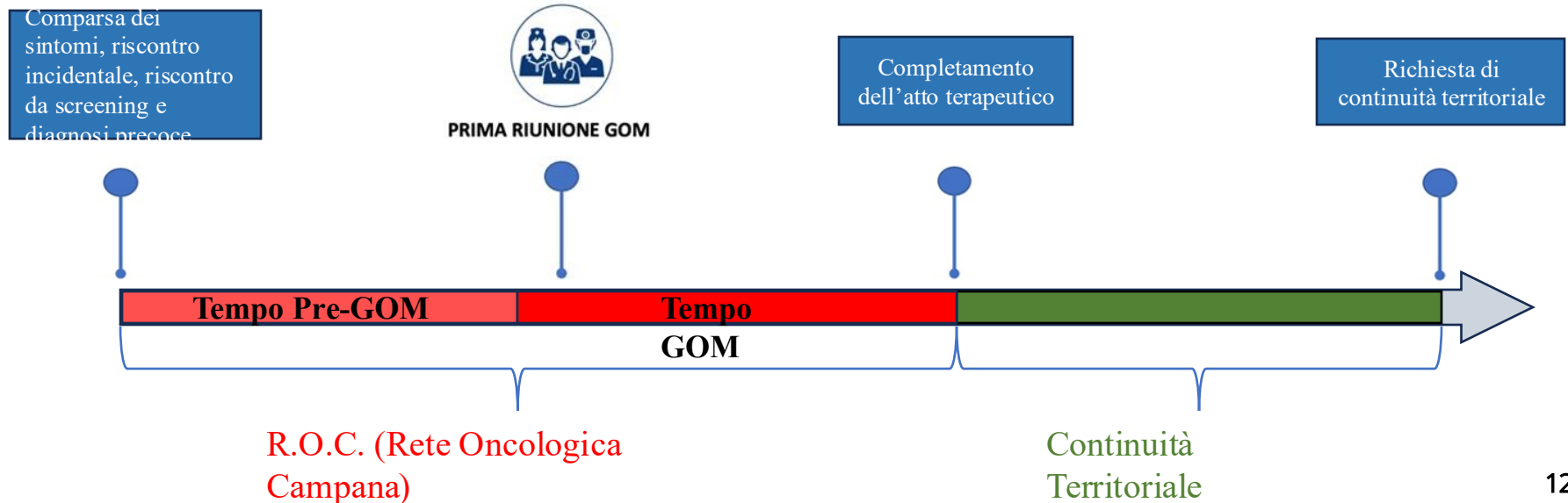
Progetto Continuità Territoriale «C.T.»

- La continuità territoriale tra ospedale e domicilio è fondamentale per evitare frammentazioni, migliorare la qualità della vita e sostenere pazienti e famiglie lungo tutto il percorso di cura.
- L'obiettivo del progetto è quello di valutare le richieste di Continuità Territoriale per i pazienti presi in carico dalla ROC al territorio, per conoscere i bisogni individuali necessari, integrando le cure dall'ospedale al territorio.



Materiali & Metodi

- Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2022 e il 31 gennaio 2025, sono stati registrati 9.111 pazienti con richiesta di Continuità Territoriale;
- 1,945 (21%) sono stati inclusi nell'analisi appartenenti a specifici Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM);
- I pazienti sono stati suddivisi in tre categorie, in base al tempo di attivazione della richiesta.

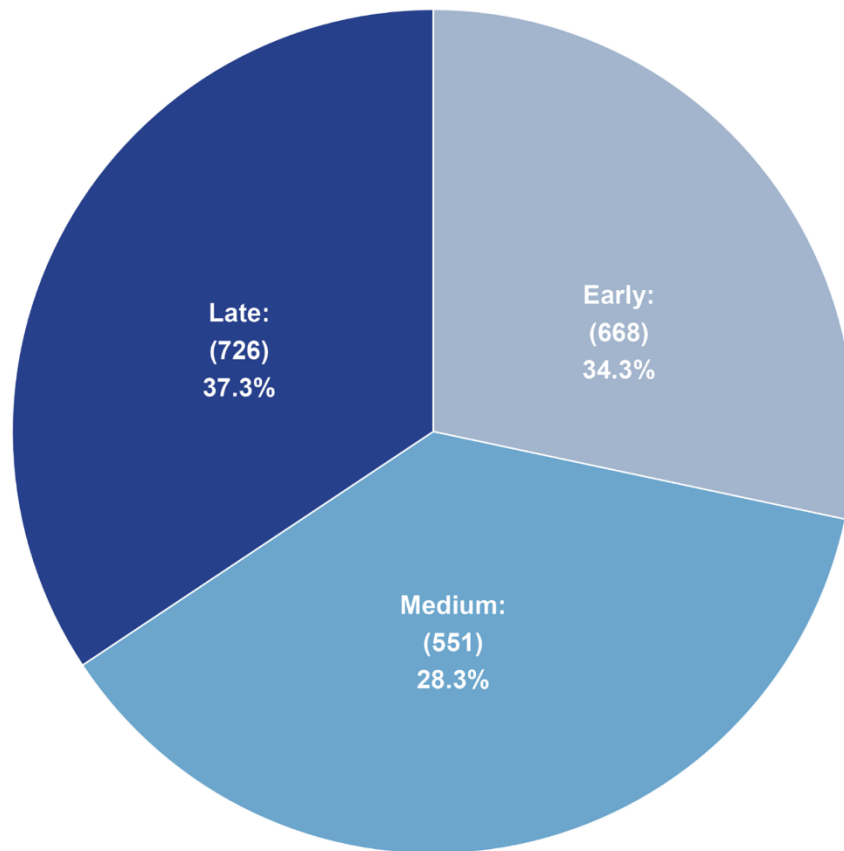


Tempi di attivazione della richiesta di Continuità Territoriale

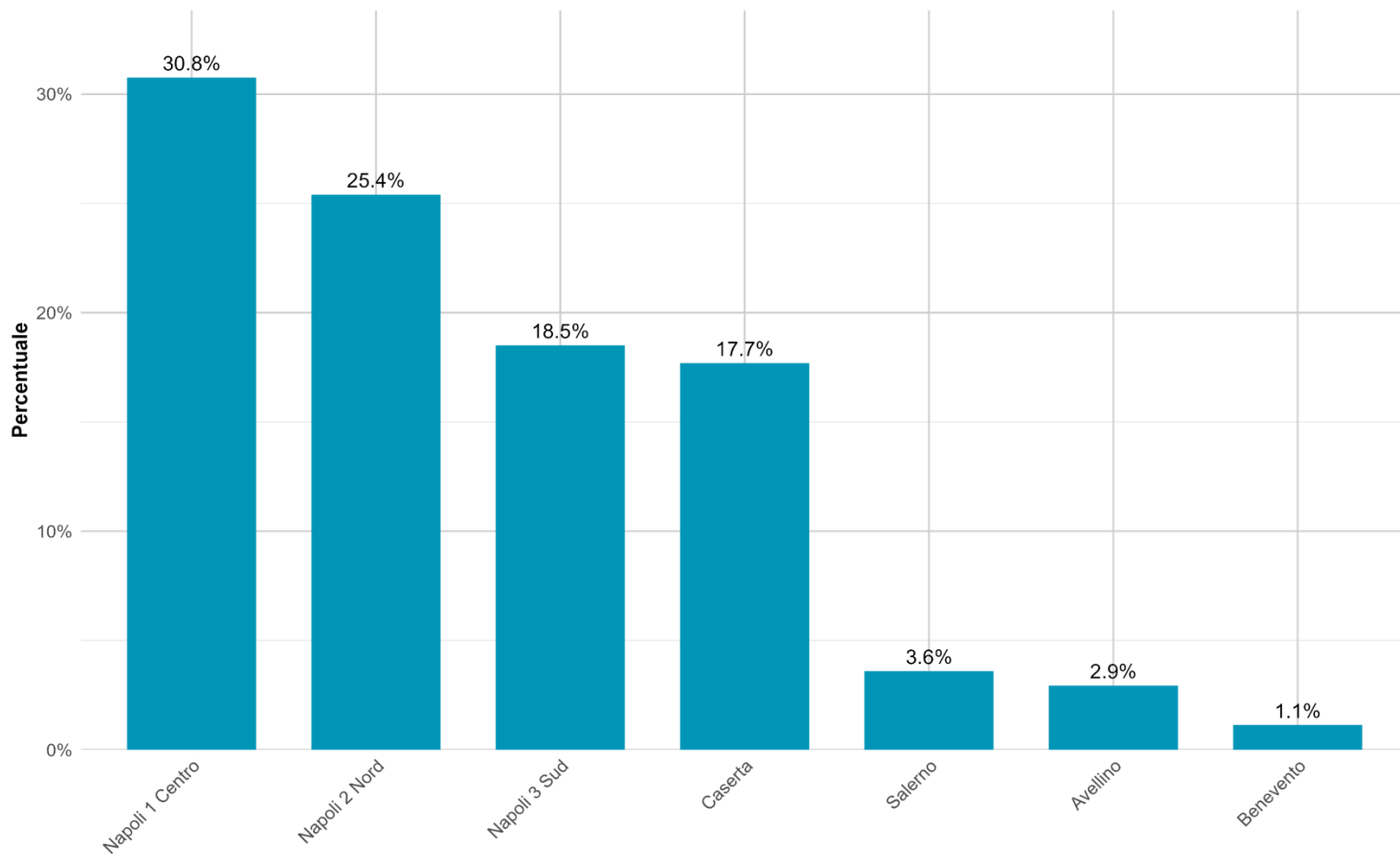
Distribuzione dei pazienti (n = 1945) per tempo di attivazione della richiesta di continuità territoriale

I pazienti sono stati suddivisi in base al momento della richiesta di C.T.:

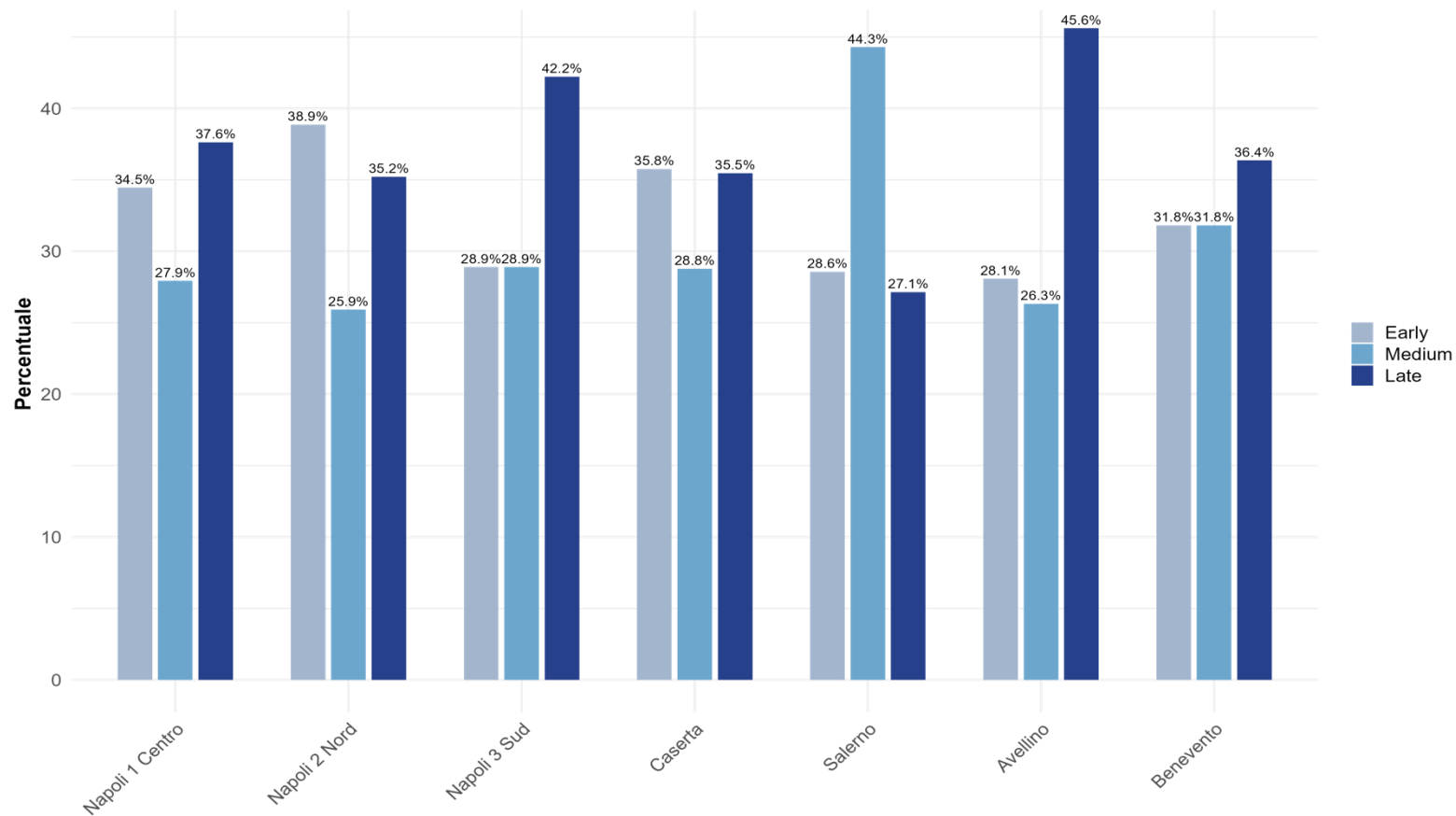
- Early (≤ 1 mese)
- Medium (≤ 6 mesi)
- Late (> 6 mesi)



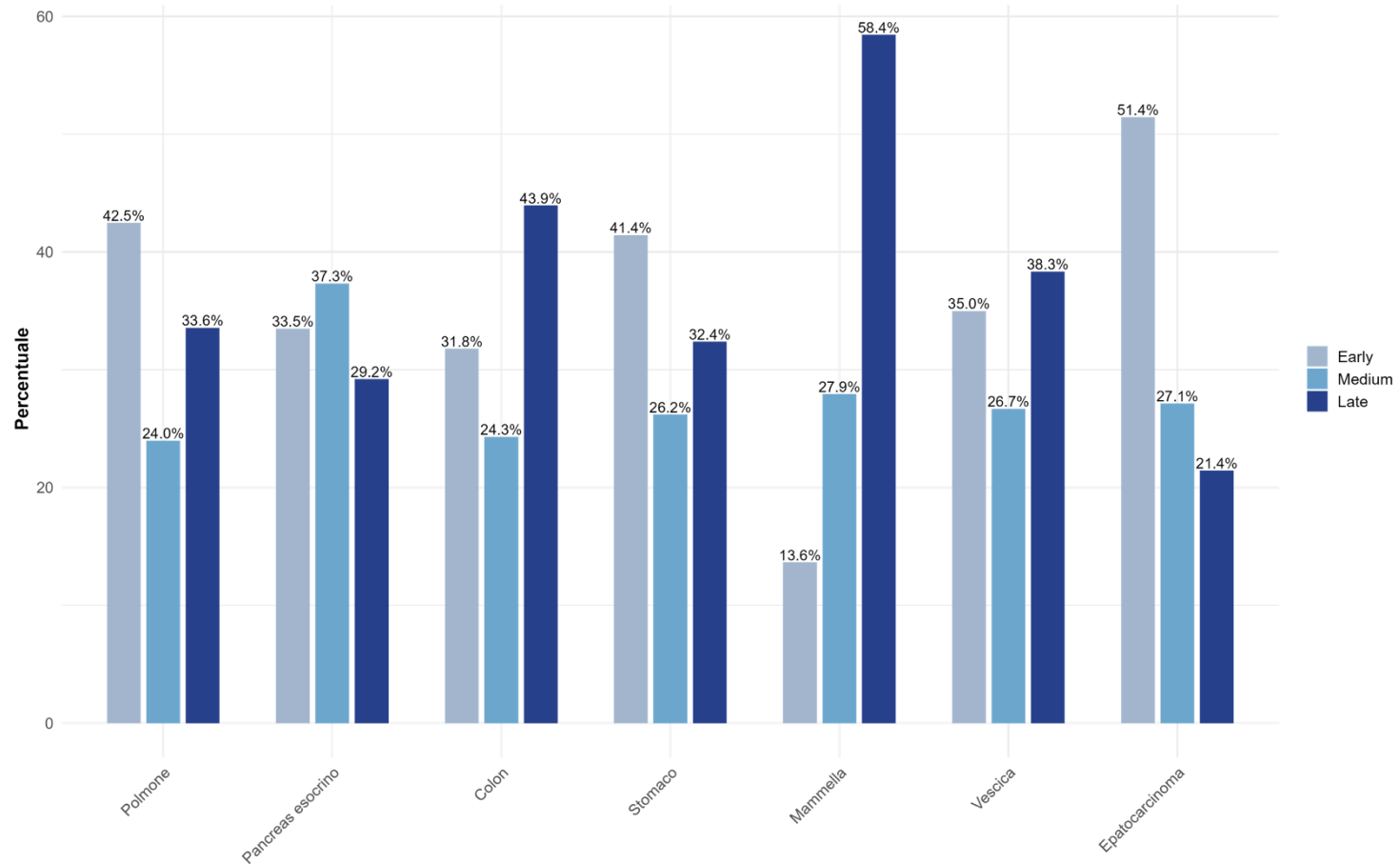
Richieste di Continuità Territoriale per Azienda Sanitaria Locale (N=1945)



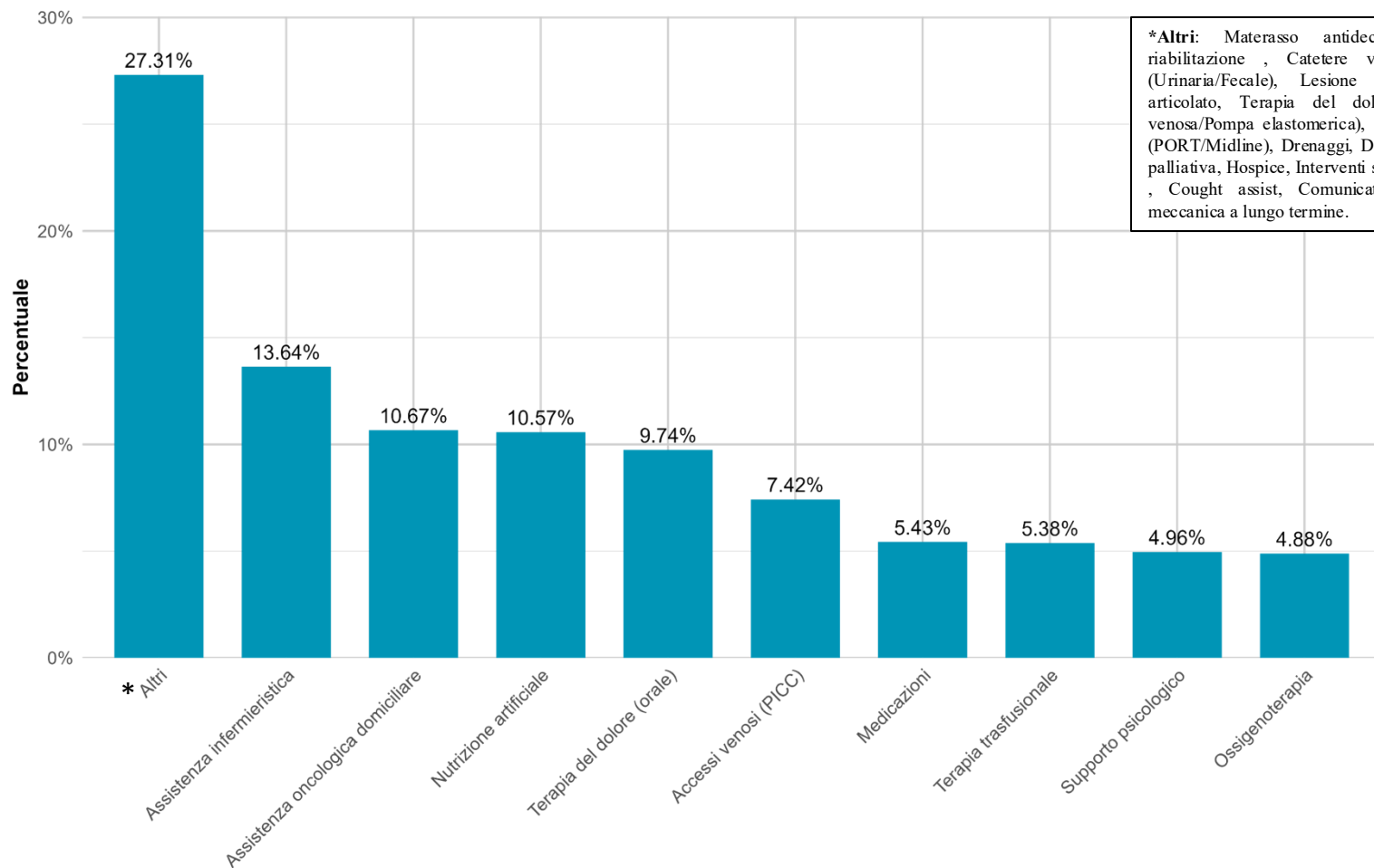
Tempo di attivazione Continuità Territoriale per ASL (N=1945)



Tempo di attivazione Continuità Territoriale per GOM (N=1945)

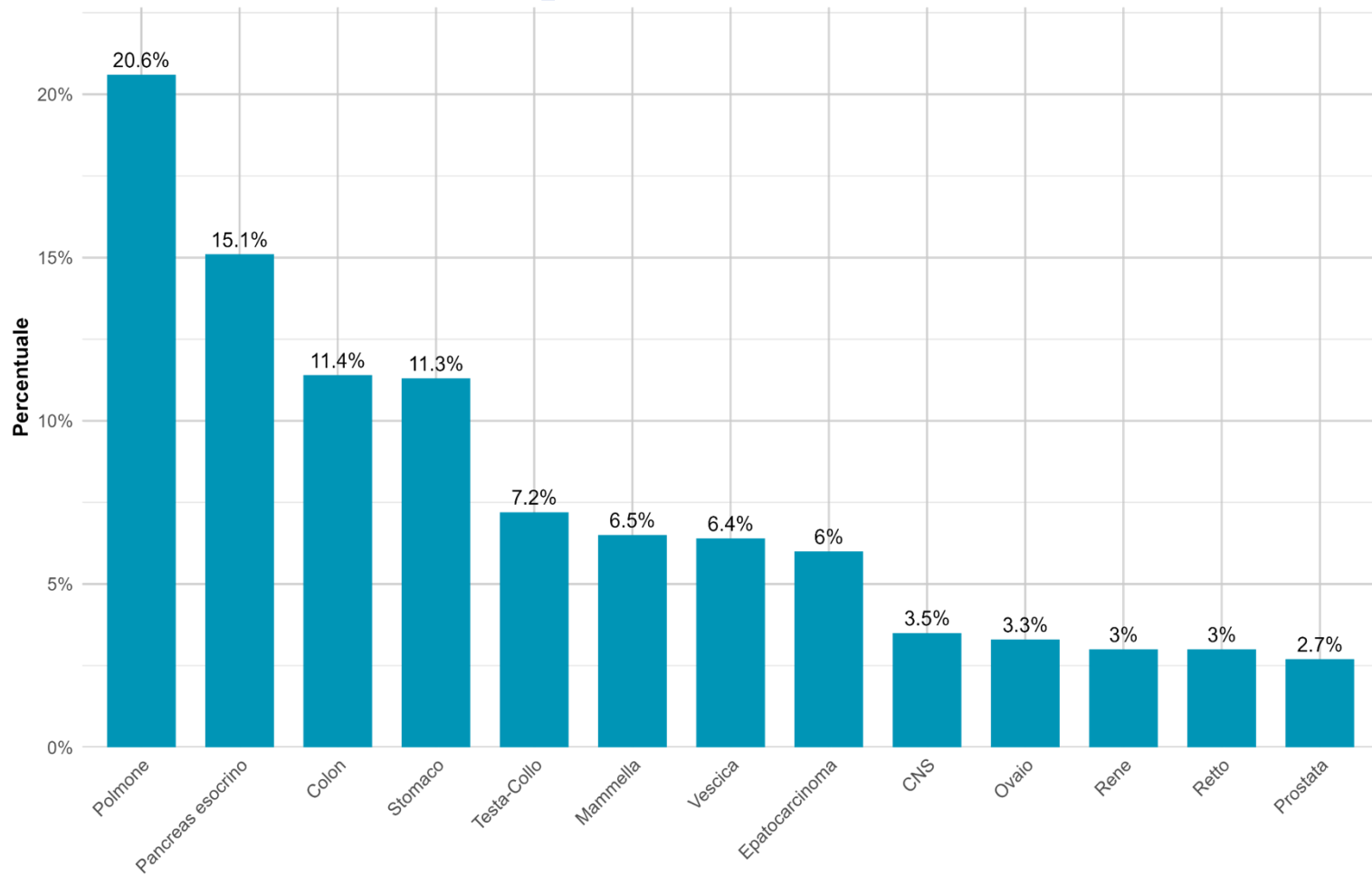


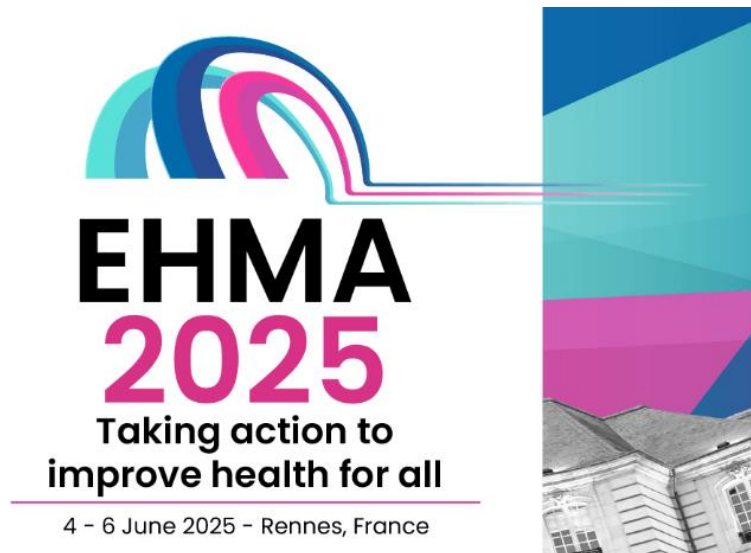
Servizi richiesti (totale servizi N= 12499)



***Altri:** Materasso antidecubito, Necessità di riabilitazione , Catetere vescicale, Incontinenza (Uninaria/Fecale), Lesione da pressione, Letto articolato, Terapia del dolore (Cerotto/Infusione venosa/Pompa elastomerica), Stomie, Accessi venosi (PORT/Midline), Drenaggi, Deambulatore, Sedazione palliativa, Hospice, Interventi spirituali, Servizi sociali , Cought assist, Comunicatore e Ventilazione meccanica a lungo termine.

Servizi richiesti per GOM (totale servizi N= 12499)





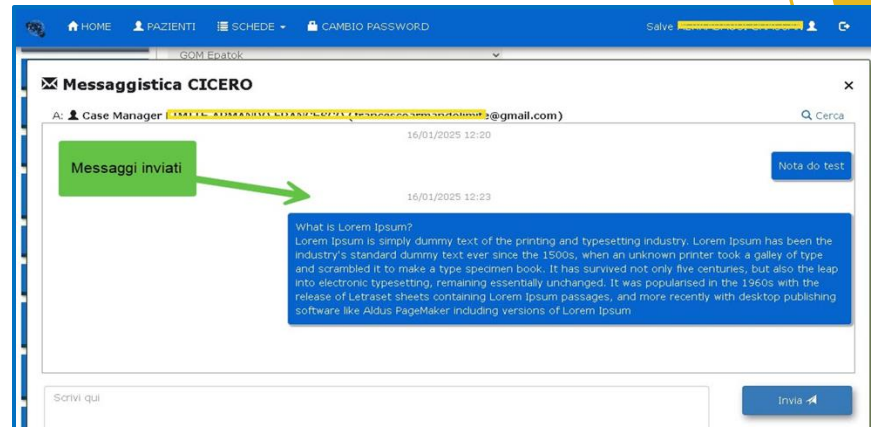
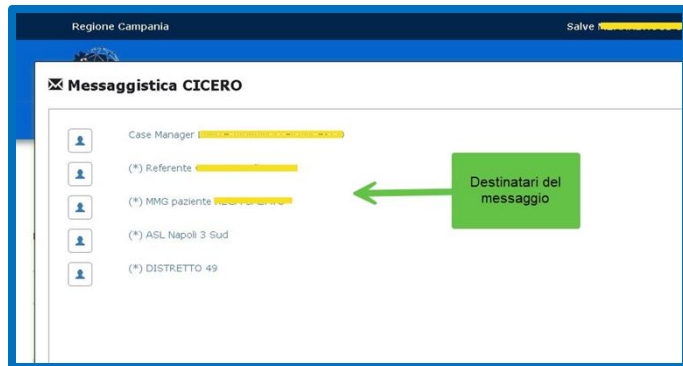
Assessment of Integrated Care Pathways in the Campania Oncology Network

Anna Crispo¹, Francesco Di Carlo¹, Assunta Luongo¹, Giorgia Riveccio², Elisabetta Coppola³, Davide D'Errico³, Maria Grimaldi¹, Anna Bastone², Egidio Celentano¹, Francesco Schiavone², Antonio Maddalena⁴, Tiziana Spinosa⁴, Filomena Sibilio⁵, Giovanna Longobardi⁶, Elena Fossi⁷, Bruno Atorino⁸, Mariano Malanga⁹, Bruno Marra¹⁰, Rodolfo Cangiano¹⁰, Rocco Saviano¹¹, Maurizio Di Mauro¹² and Sandro Pignata³

....dal territorio alla ROC



CICERO: la comunicazione tra MMG, GOM, ASL



Conclusioni

- I risultati rafforzano il valore di un approccio integrato e centrato sul paziente. La continuità assistenziale non riguarda solo l'organizzazione, ma soprattutto la capacità di riconoscere e rispondere in modo adeguato e tempestivo ai bisogni dei pazienti che cambiano nel tempo.
- La tempistica delle richieste di continuità territoriale varia a seconda del profilo del paziente e ha un impatto diverso nei diversi GOM. L'obiettivo futuro deve essere quello di personalizzare ulteriormente i percorsi domiciliari, sulla base del profilo clinico e delle preferenze individuali, per garantire un'assistenza efficace e compassionevole.
- Il potenziamento dell'assistenza domiciliare si rende necessario attraverso il coordinamento tra le Reti Oncologiche Regionali e servizi di cure palliative per garantirne l'attivazione precoce e migliorare l'accessibilità dei servizi domiciliari (Ministero della Salute, 2023a)

Grazie

*Team SC Epidemiologia e Biostatistica:
Francesco Pio Maria Di Carlo, Paola Rocco, Assunta Luongo,
Maria Grimaldi, Flavia Nocerino ed Egidio Celentano.*

CONVEGNO “VAL.PE.ROC”

La Valutazione del Percorso della ROC

I risultati della quarta annualità del
Progetto ValPeROC

GIOVEDÌ 26 GIUGNO



DISAQ

VIMASS lab



RETE ONCOLOGICA
CAMPANA



ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale

**La performance dell'epatocarcinoma in Campania:
I risultati del progetto “EHCCE CARE”**

Bruno Daniele
UOC Oncologia
Ospedale del Mare
Napoli

Epidemiologia dell'HCC

- Circa 10.000 nuovi casi/anno di HCC in Italia
- 1.383 nuovi casi/anno di HCC in Campania (stima 2022)*

PDTA HCC

- Ottimizzazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- Definire, organizzare e rendere operativi i tempi del PDTA



Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
per l'epatocarcinoma

Edizione 2024



EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in Campania REgion

- Università Parthenope – VIMASS Lab
- IRCCS Fondazione G. Pascale
- Ospedale del Mare – ASL Napoli 1 Centro
- Coordinamento Registro Tumori della Regione Campania



Con il contributo di SO.RE.SA S.p.A.
Con il contributo non condizionato di Roche S.p.A.

EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

- Valutazione multidimensionale del PDTA HCC in ambito ROC
 - 1) Creazione di un cruscotto composto da 12 KPI per la misurazione della performance del PDTA dell'epatocarcinoma relativamente ai pazienti gestiti nell'ambito della ROC e registrati sulla piattaforma dedicata;
 - 2) Mappatura dettagliata dell'andamento del flusso di gestione del paziente con epatocarcinoma;
 - 3) Individuazione e suggerimento di nuove possibili procedure e routine organizzative nell'ambito della gestione del PDTA analizzato.
- Stime complessive dei pazienti con HCC trattati al di fuori della ROC

EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

N.	Nome Indicatore
1	Coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...) (Extended TEAM)
2	Percentuale di Pazienti HCC nel tempo Pre-GOM prestabilito - Da 1° diagnosi a 1° visita GOM (misura qualità del sistema sanitario regionale Pre-GOM)
3	Percentuale di Pazienti HCC nel tempo GOM1 prestabilito - Da 1° visita GOM a decisione terapeutica (misura qualità del GOM)
4	Percentuale di Pazienti HCC nel tempo GOM2 - Da decisione terapeutica ad atto terapeutico (misura qualità della struttura)
5	Tempo medio/mediano complessivo di attraversamento dell'intero Patient Journey (da prima diagnosi ad atto terapeutico)
6	Percentuale di Pazienti HCC trattati dal GOM rispetto alla totalità della popolazione ROC (pazienti trattati per HCC vs trattati per altre neoplasie in GOM)
7	Patient survey - Accessibilità e tempi di attesa della ROC
8	Patient survey - Qualità dell'assistenza medica
9	Patient survey - Caratteristiche complementari del servizio
10	Percentuale di Pazienti HCC inviati in Piattaforma ROC dagli MMG rispetto alla popolazione ROC
11	Percentuale di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attivata rispetto alla popolazione ROC
12	Percentuale di Pazienti HCC con cure palliative/Hospice rispetto alla popolazione ROC

EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

- Analisi dei dati selezionati dalle seguenti fonti:
 - 1) Piattaforma ROC
 - ✓ Visite specialistiche ed esami eseguiti nel percorso GOM
 - 2) Database del Registro Tumori dell'ASL Napoli 3 Sud
 - 3) Questionari di soddisfazione
 - ✓ Accessibilità e tempi di attesa della ROC
 - ✓ Qualità percepita dell'assistenza medica e infermieristica
 - ✓ Caratteristiche complementari del Servizio
 - 4) Piattaforma Regionale Sinfonia
 - 5) Fonti terze (es.: rapporti di ricerca)

EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

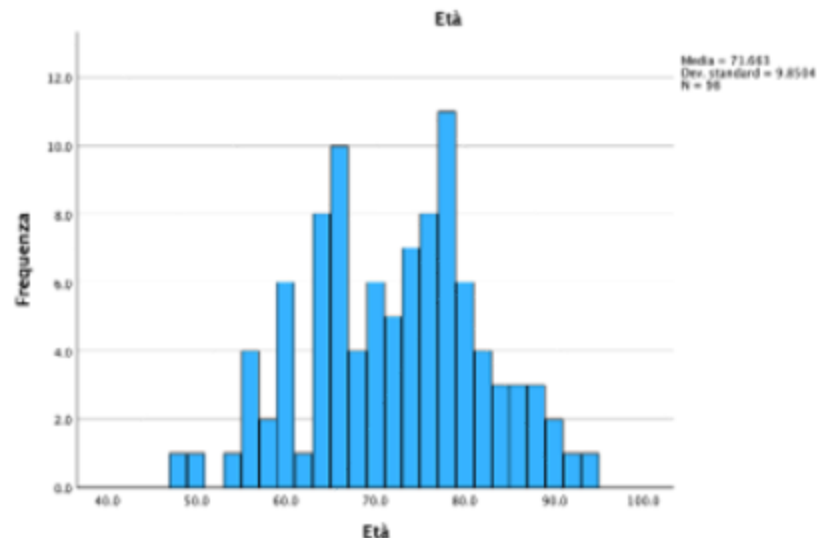
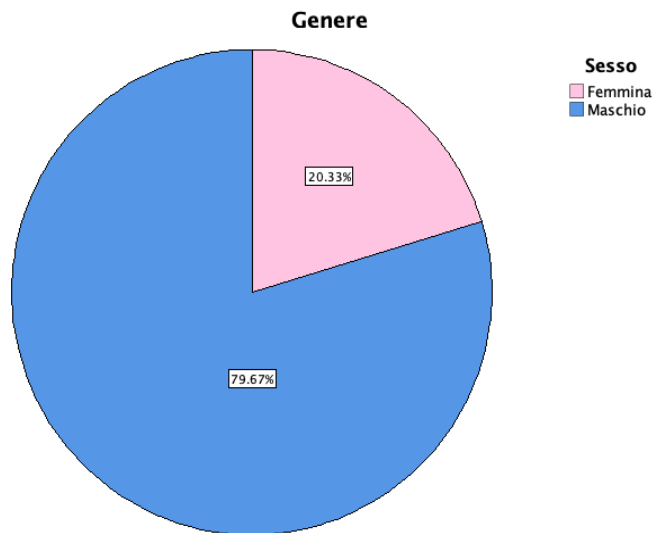
- Periodo di Riferimento: 1 luglio 2021-31 dicembre 2022
- Diagnosi eseguite: 2021 e 2022
- 567 pazienti totali con HCC registrati in ROC

Struttura	Dimensione campionaria
A.O. U. FEDERICO II	42
A.O. U. LUIGI VANVITELLI	138
I.N.T. PASCALE	27
CARDARELLI	58
OSPEDALE DEL MARE	24
TOTALE	290

- 214 pazienti inseriti nel campione per rispetto dei criteri prestabiliti

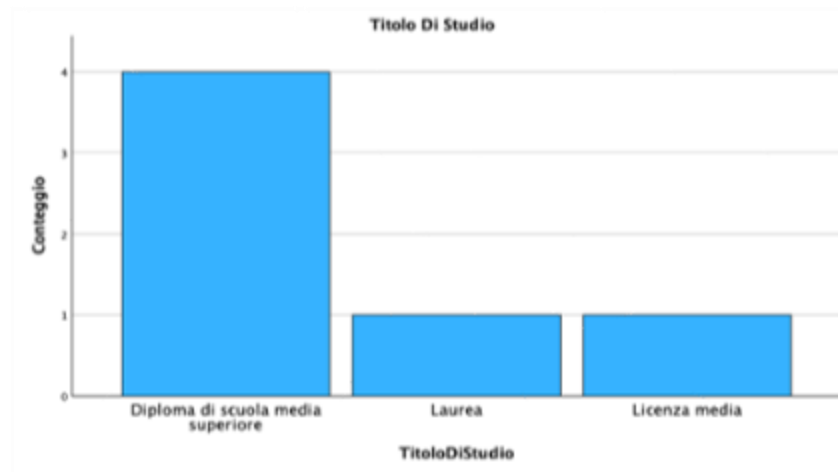
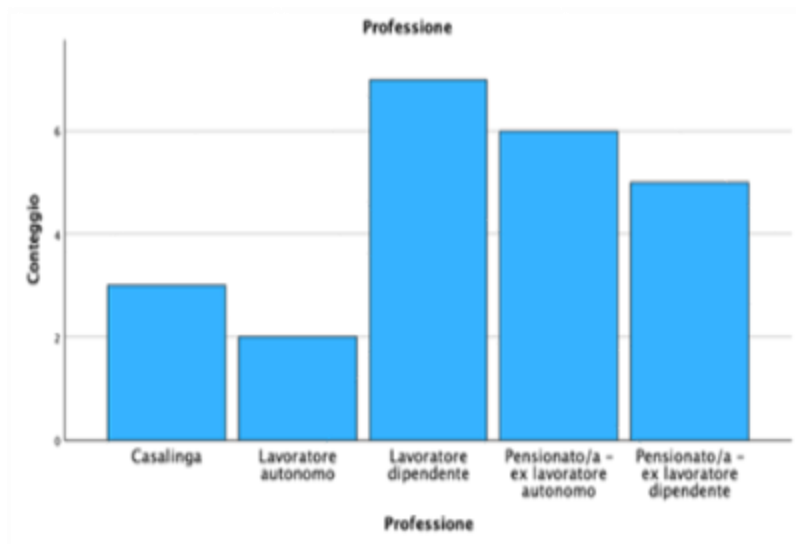
EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in Campania REgion



EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in Campania REgion



EHCCE CA.RE

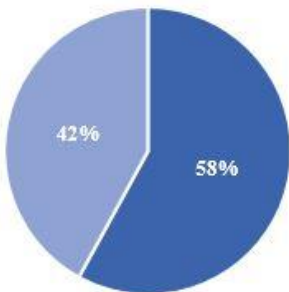
Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

N.	Nome Indicatore	Range	Benchmark	Risultato
1	Coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc.) (Extended TEAM)	1-7	>4	6
2	% di Pazienti HCC nel tempo Pre-GOM prestabilito - Da 1° diagnosi a 1° visita GOM (misura qualità del sistema sanitario regionale Pre-GOM) (criterio di definizione prima diagnosi: sintomatologia/prima evidenza, diagnosi in corso di sorveglianza (ecografia), prima evidenza incidentale (PS)).	0-100	>80	58%
3	% di Pazienti HCC nel tempo GOM1 prestabilito - Da 1° visita GOM a decisione terapeutica (misura qualità del GOM)	0-100	>90	97%
4	% di Pazienti HCC nel tempo GOM2 - Da decisione terapeutica ad atto terapeutico (misura qualità della struttura)	0-100	>90	64%
5	Tempo medio/mediano complessivo di attraversamento dell'intero Patient Journey (da 1° diagnosi ad atto terapeutico)	ND	ND	Media:118gg Mediana: 75gg
6	% di Pazienti HCC trattati dal GOM rispetto alla totalità della popolazione ROC (pazienti trattati per HCC vs trattati per altre neoplasie in GOM)	0-100	ND	4%
7	Patient survey - Accessibilità e tempi di attesa della ROC	1-5	>3	3.6
8	Patient survey - Qualità dell'assistenza medica	1-5	>3	3.6
9	Patient survey - Caratteristiche complementari del servizio	1-5	>3	3.7
10	% di Pazienti HCC inviati in Piattaforma ROC dagli MMG rispetto alla popolazione ROC	0-100	>5	1%
11	% di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attivate rispetto alla popolazione ROC	0-100	ND	16%
12	% di Pazienti HCC con cure palliative/Hospice rispetto alla popolazione ROC	0-100	ND	1%

EHCCE CA.RE

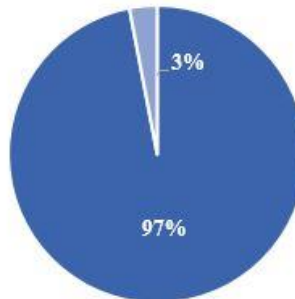
Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

% di pazienti HCC nel Tempo Pre-Gom prestabilito



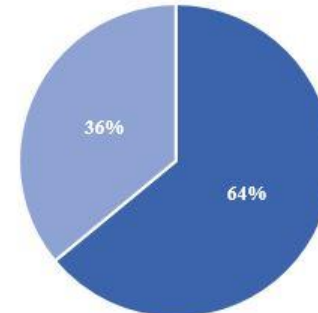
■ IN TEMPO ■ FUORI TEMPO

% di pazienti HCC nel Tempo GOM1 prestabilito



■ IN TEMPO ■ FUORI TEMPO

% di pazienti HCC nel Tempo GOM2 prestabilito



■ IN TEMPO ■ FUORI TEMPO

EHCCE CA.RE

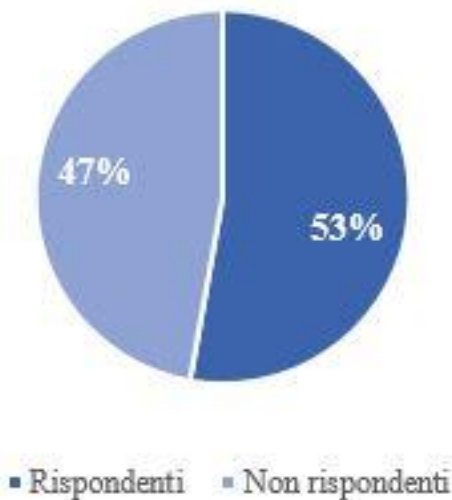
Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

N.	Nome Indicatore	Range	Benchmark	Risultato
1	Coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...) (Extended TEAM)	1-7	>4	6
2	% di Pazienti HCC nel tempo Pre-GOM prestabilito - Da 1° diagnosi a 1° visita GOM (misura qualità del sistema sanitario regionale Pre-GOM) (criterio di definizione prima diagnosi: sintomatologia/prima evidenza, diagnosi in corso di sorveglianza (ecografia), prima evidenza incidentale (PS)).	0-100	>80	58%
3	% di Pazienti HCC nel tempo GOM1 prestabilito - Da 1° visita GOM a decisione terapeutica (misura qualità del GOM)	0-100	>90	97%
4	% di Pazienti HCC nel tempo GOM2 - Da decisione terapeutica ad atto terapeutico (misura qualità della struttura)	0-100	>90	64%
5	Tempo medio/mediano complessivo di attraversamento dell'intero Patient Journey (da 1° diagnosi ad atto terapeutico)	ND	ND	Media:118gg Mediana: 75gg
6	% di Pazienti HCC trattati dal GOM rispetto alla totalità della popolazione ROC (pazienti trattati per HCC vs trattati per altre neoplasie in GOM)	0-100	ND	4%
7	Patient survey - Accessibilità e tempi di attesa della ROC	1-5	>3	3.6
8	Patient survey - Qualità dell'assistenza medica	1-5	>3	3.6
9	Patient survey - Caratteristiche complementari del servizio	1-5	>3	3.7
10	% di Pazienti HCC inviati in Piattaforma ROC dagli MMG rispetto alla popolazione ROC	0-100	>5	1%
11	% di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attivate rispetto alla popolazione ROC	0-100	ND	16%
12	% di Pazienti HCC con cure palliative/Hospice rispetto alla popolazione ROC	0-100	ND	1%

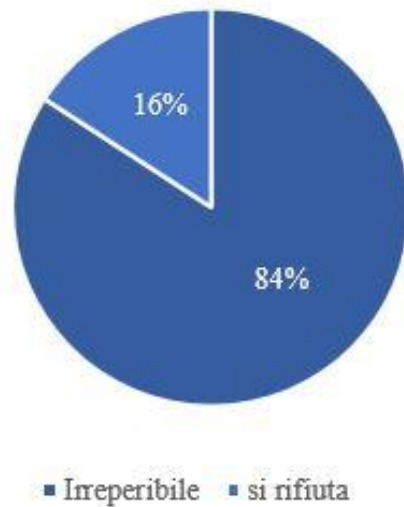
EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in Campania REgion

Quota di pazienti rispondenti al questionario



Motivi di mancata risposta



EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

N.	Nome Indicatore	Range	Benchmark	Risultato
1	Coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...) (Extended TEAM)	1-7	>4	6
2	% di Pazienti HCC nel tempo Pre-GOM prestabilito - Da 1° diagnosi a 1° visita GOM (misura qualità del sistema sanitario regionale Pre-GOM) (criterio di definizione prima diagnosi: sintomatologia/prima evidenza, diagnosi in corso di sorveglianza (ecografia), prima evidenza incidentale (PS)).	0-100	>80	58%
3	% di Pazienti HCC nel tempo GOM1 prestabilito - Da 1° visita GOM a decisione terapeutica (misura qualità del GOM)	0-100	>90	97%
4	% di Pazienti HCC nel tempo GOM2 - Da decisione terapeutica ad atto terapeutico (misura qualità della struttura)	0-100	>90	64%
5	Tempo medio/mediano complessivo di attraversamento dell'intero Patient Journey (da 1° diagnosi ad atto terapeutico)	ND	ND	Media:118gg Mediana: 75gg
6	% di Pazienti HCC trattati dal GOM rispetto alla totalità della popolazione ROC (pazienti trattati per HCC vs trattati per altre neoplasie in GOM)	0-100	ND	4%
7	Patient survey - Accessibilità e tempi di attesa della ROC	1-5	>3	3.6
8	Patient survey - Qualità dell'assistenza medica	1-5	>3	3.6
9	Patient survey - Caratteristiche complementari del servizio	1-5	>3	3.7
10	% di Pazienti HCC inviati in Piattaforma ROC dagli MMG rispetto alla popolazione ROC	0-100	>5	1%
11	% di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attivate rispetto alla popolazione ROC	0-100	ND	16%
12	% di Pazienti HCC con cure palliative/Hospice rispetto alla popolazione ROC	0-100	ND	1%

EHCCE CA.RE

Evaluation of HCC Evidence in CAmpania REgion

	2021	2022	Variazione %
N. Procedure per HCC in regime di ricovero	7856	7254	-7,7
Costo/paziente farmaci file F	2.796 €	4194 €	+50
Costo complessivo farmaci in file F	3.573.069 €	5.142.242 €	+44

Determina:

Art. 1

Classificazione ai fini della rimborsabilità

La nuova indicazione terapeutica del medicinale TECENTRIQ (atezolizumab):

«Carcinoma epatocellulare

"Tecentriq", in associazione con bevacizumab, e' indicato per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma epatocellulare (HCC) avanzato o non resecabile non sottoposti a precedente terapia sistemica»

e' rimborsata come segue.

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

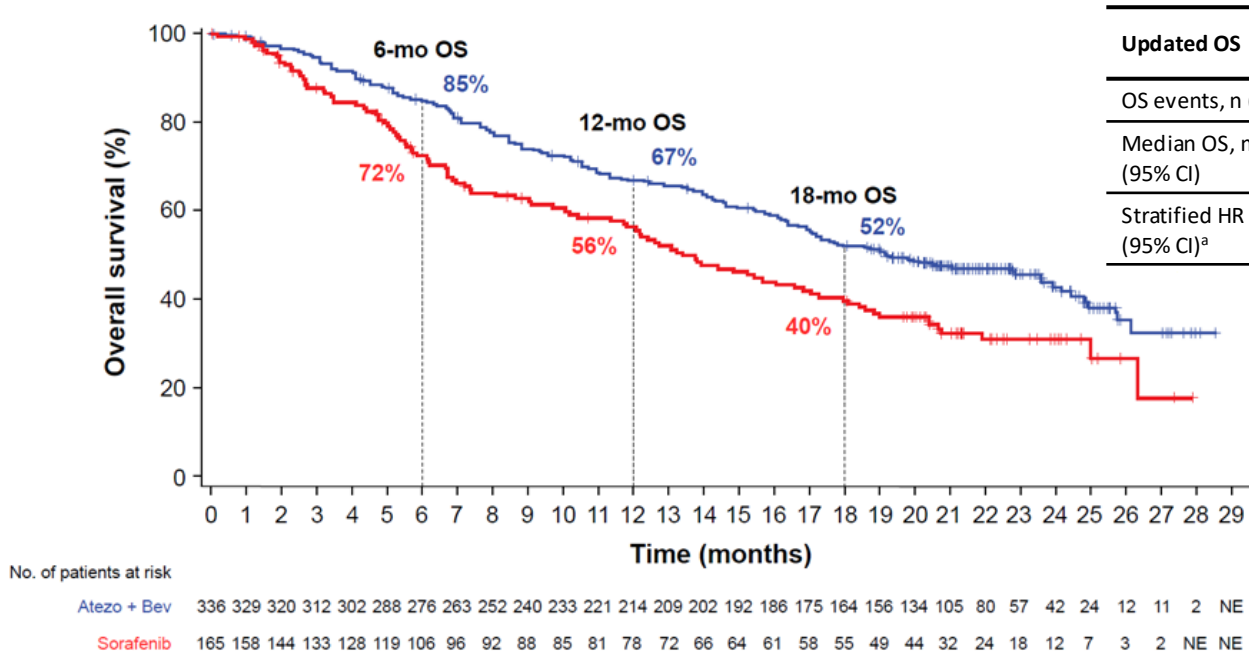
DETERMINA 16 maggio 2022

Regime di rimborsabilità e prezzo, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche, del medicinale per uso umano «Tecentriq». (Determina n. 379/2022). (22A03165)

(GU n.126 del 31-5-2022)

IMBRAVE 150 - Updated OS

cut-off 31 Aug 2020

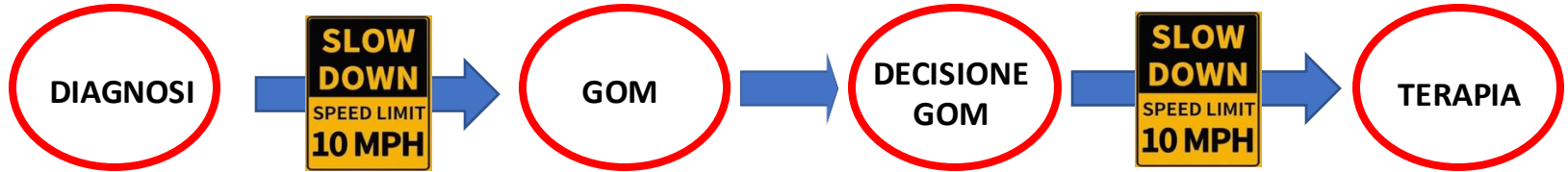


Clinical cutoff: August 31, 2020; median follow-up: 15.6 mo.

^a Stratification factors included in the Cox model are geographic region (Asia excluding Japan vs Rest of World), AFP level (< 400 ng/mL vs ≥ 400 ng/mL) at baseline and MVI and/or EHS (Yes vs No) per interactive voice/web response system (IxRS). ^b P value for descriptive purposes only.

Conclusioni

- **Migliorare il tempo complessivo del Patient journey**
 - Ridurre il tempo pre-GOM
 - Ridurre il tempo dalla decisione al trattamento



- **Migliorare la continuità assistenziale**
- **Potenziare il coinvolgimento dei MMG**

CONVEGNO “VAL.PE.ROC”

La Valutazione del Percorso della ROC

I risultati della quarta annualità del
Progetto ValPeROC

**Deprivazione economica e
stranieri nella
Rete Oncologica Campana**

Elisabetta Coppola | Ricercatore Sanitario, Istituto
Nazionale Tumori IRCCS “Fondazione G. Pascale”

ONCOCAMP

- Studio osservazionale retrospettivo-prospettico finalizzato a raccogliere dati dalla piattaforma ROC e a monitorare la performance della Rete Oncologica Campana



ROC Rete Oncologica Campana

[HOME](#)[PAZIENTI](#)[SCHEDE](#) ▾[CAMBIO PASSWORD](#)[Pazienti](#) / [Paziente](#)

Paziente

[Crea Nuova Scheda](#)[Servizi](#)

Nome

Data Nascita

Codice Fiscale

Localita'

Indirizzo

ASL

Email

MMG Cognome

Cognome

Localita' Nascita

Provincia

CIT

▼

MMG Nome

 Salva



ROC Rete Oncologica Campana

[HOME](#)[PAZIENTI](#)[SCHEDE](#) ▾[CAMBIO PASSWORD](#)[Pazienti](#) / [Paziente](#)

Nuova Segnalazione

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice Fiscale

Telefono

E-mail

Scheda

Scelta GOM ingresso

Sospetto ▾

Centro

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI "G. PASCALE" ▾



Consenso Presa in Carico ROC

[Stampa Informativa ROC](#)☒ SI☐ NO

Consenso ONCOCAMP

[Stampa Informativa ONCOCAMP](#)

Attenzione: i consensi stampati e firmati vanno conservati dal segnalatore

**Se il paziente è già stato segnalato: fase di presa in carico,
chiusura..(fase retrospettiva di ONCOCAMP)**

[Paziente](#)[Organi di rete](#)[Checklist ingresso](#)[Allegati](#)[Servizi territoriali](#)[Rete
cardioncologica](#)[Trial clinico](#)[Checklist uscita](#)[Chiusura](#)[Consenso
ONCOCAMP](#)[Stampa](#)Data
segnalazione

25/02/2025

Salva

Scelta GOM ingresso

GOM Colon

Case Manager**Centro segnalatore**

I.N.T. PASCALE

Centro destinazione

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI "G. PASCALE"

Sandro Pignata

0815903000

s.pignata@istitutotumori.na.it

Dettaglio**25/02/2025 In Attesa****25/02/2025 Presa in Carico**



Consenso ONCOCAMP

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Telefono	E-mail
N. Scheda	Data segnalazione	Stato	Distretto	Medico di base	Telefono medico
2025100888	25/02/2025	In carico			

[Paziente](#)[Organi di rete](#)[Checklist ingresso](#)[Allegati](#)[Servizi territoriali](#)[Checklist uscita](#)[Chiusura](#)[Stampa](#)

Data

gg/mm/aaa:

☐ SI☒ NO

Consenso ONCOCAMP

Emendamento

- **Modifica del Protocollo di studio**

1. Arruolare nello studio tutti i pazienti compresi quelle non più raggiungibili e quelle decedute (secondo la nuova normativa del Garante della Privacy)

2. Nuovi endpoint (raccolta e analisi di dati nutrizionali (BMI, SC, bioimpedenziometria..)

- **Nuova informativa privacy**

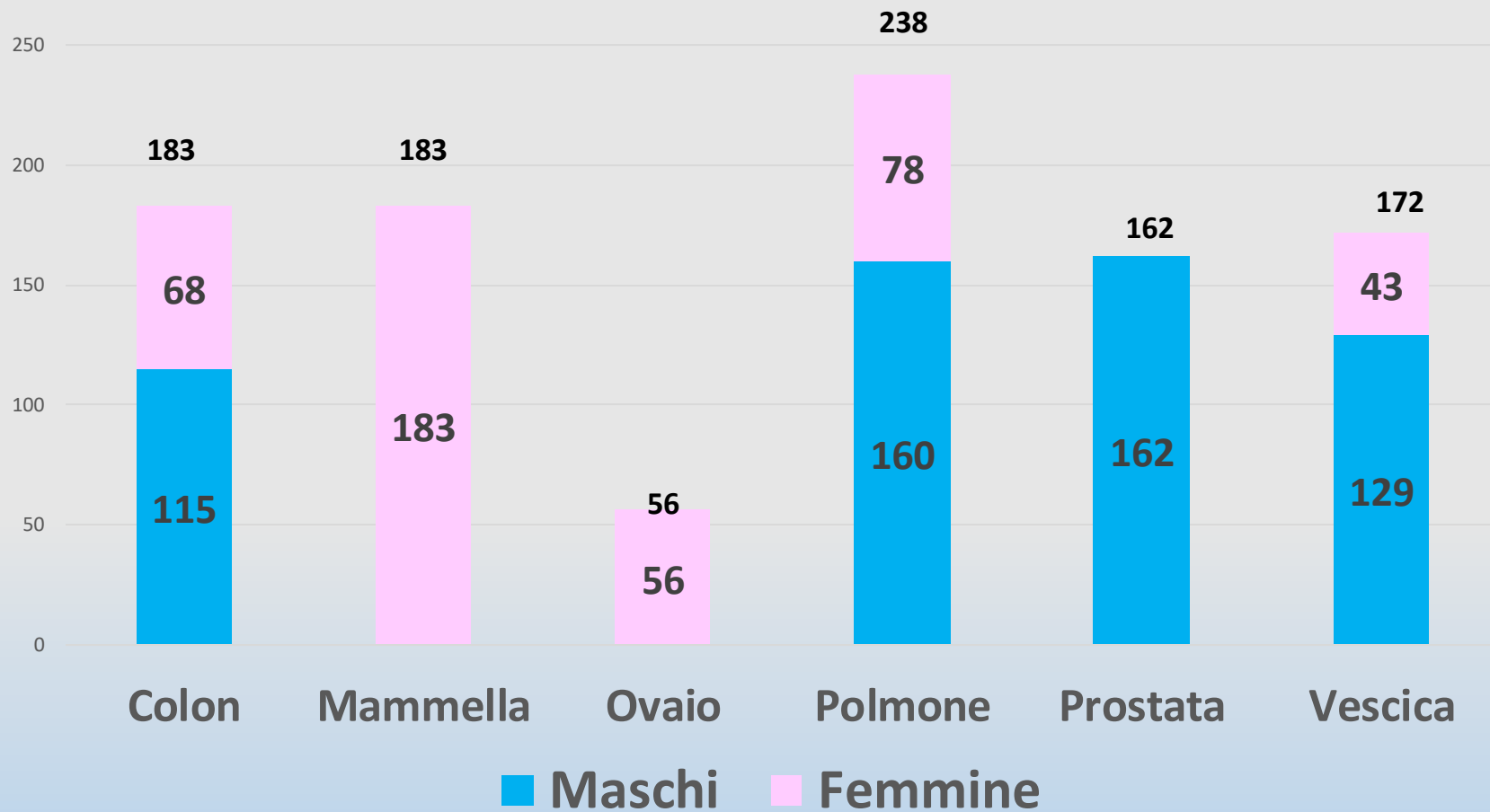
- **Aggiornamento Steering Committee**

Socioeconomic Disparities in Cancer Care: Time to Referral and Survival Outcomes in the Campania Oncological Network

Background & Objectives

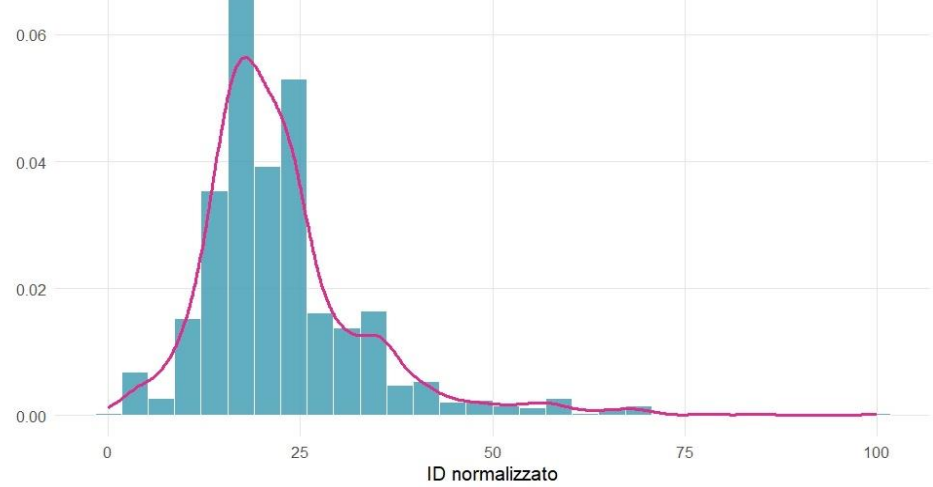
- **Problema:** le disparità socioeconomiche influenzano gli outcome dei pazienti oncologici.
- **Obiettivo:** Valutare l'associazione tra:
 - Livello di deprivazione / differenze socio-economiche e tempo pre-GOM
 - Livello di deprivazione e sopravvivenza globale (OS)
- **Ipotesi:** Maggiore deprivazione → peggiori outcome.

994 pazienti dalla 4 (436) e 5 (558) rilevazione ValPeROC

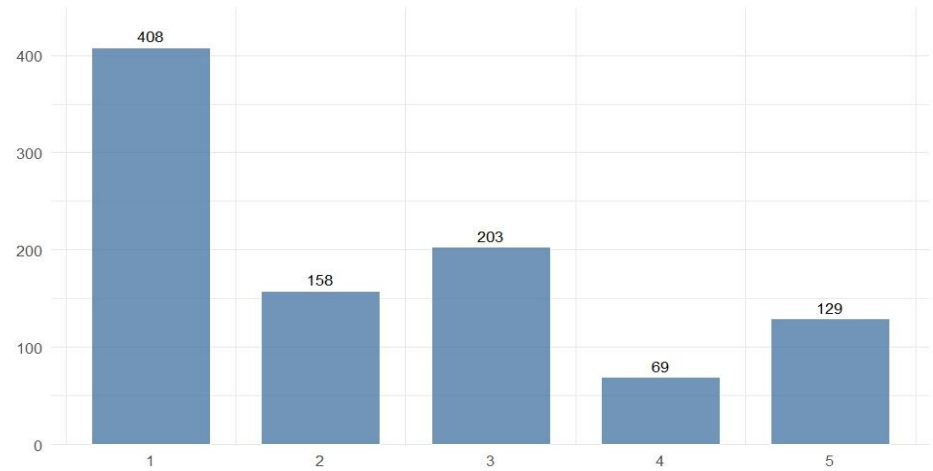


	Colon (N=183)	Mammella (N=183)	Ovaio (N=56)	Polmone (N=238)	Prostata (N=162)	Vescica (N=172)	p-value
Età Mean (SD)	69.0 (10.9)	<u>59.7 (13.3)</u>	<u>59.4 (13.1)</u>	68.6 (10.2)	71.9 (7.76)	70.4 (10.2)	<0,005
Tempo pre-GOM Mean (SD)	114 (155)	93.0 (194)	104 (142)	110 (291)	<u>156 (223)</u>	<u>144 (185)</u>	<0,005

Distribuzione dell'indice di Caranci normalizzato



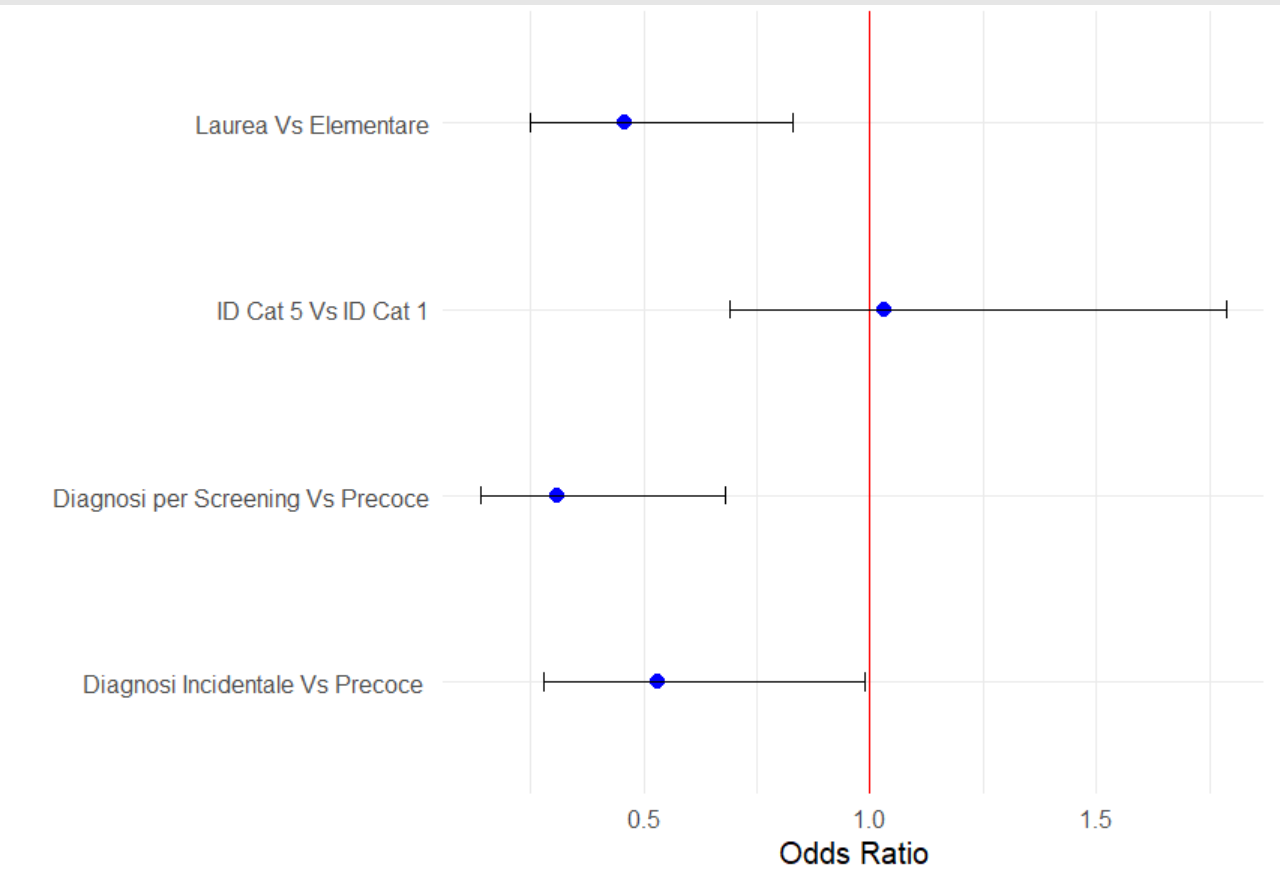
Distribuzione delle 5 categorie dell'Indice di deprivazione di Caranci
Classificazione da 1 (Basso) a 5 (Alto)



Concetto multidimensionale della deprivazione sociale e materiale

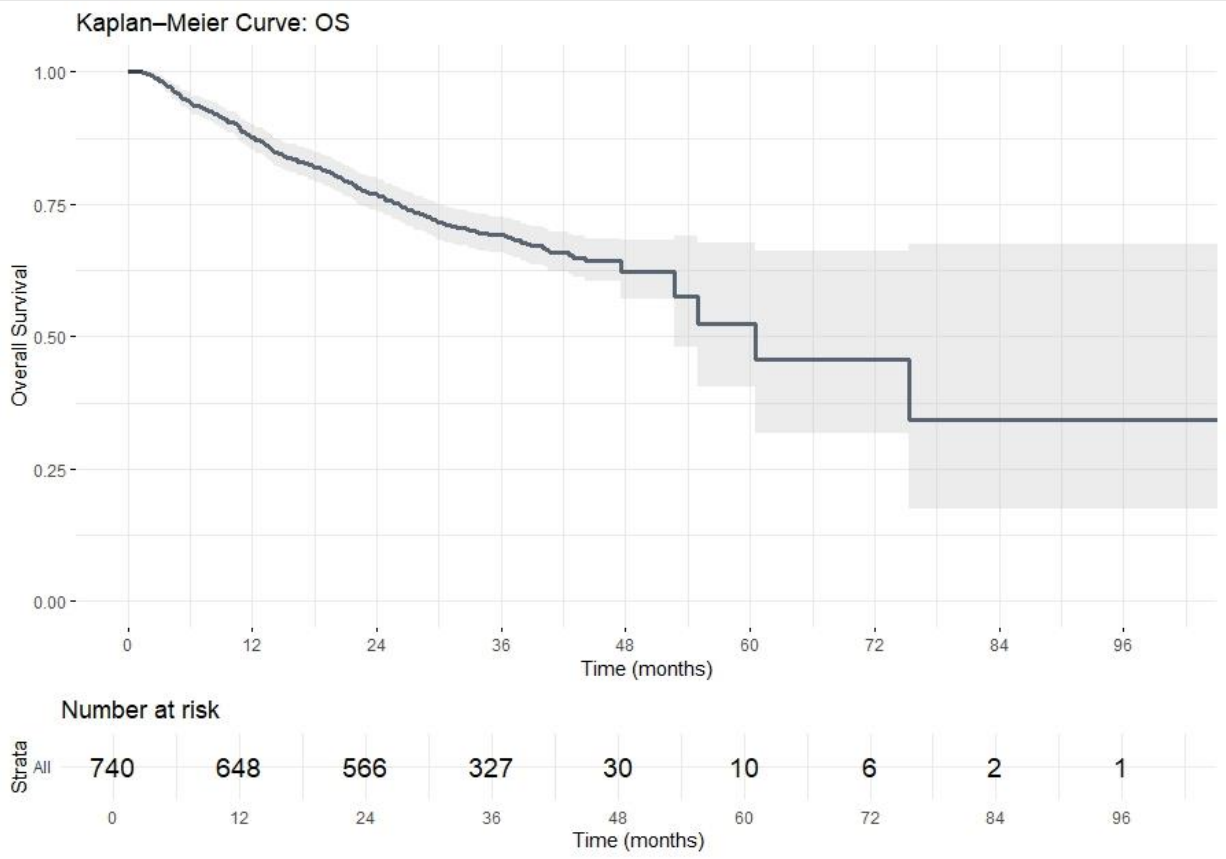
- 1) Basso livello di istruzione
- 2) Disoccupazione
- 3) Mancato possesso dell’abitazione
- 4) Famiglia monogenitoriale
- 5) Densità abitativa

Determinanti del tempo pre GOM al modello di regressione multivariato

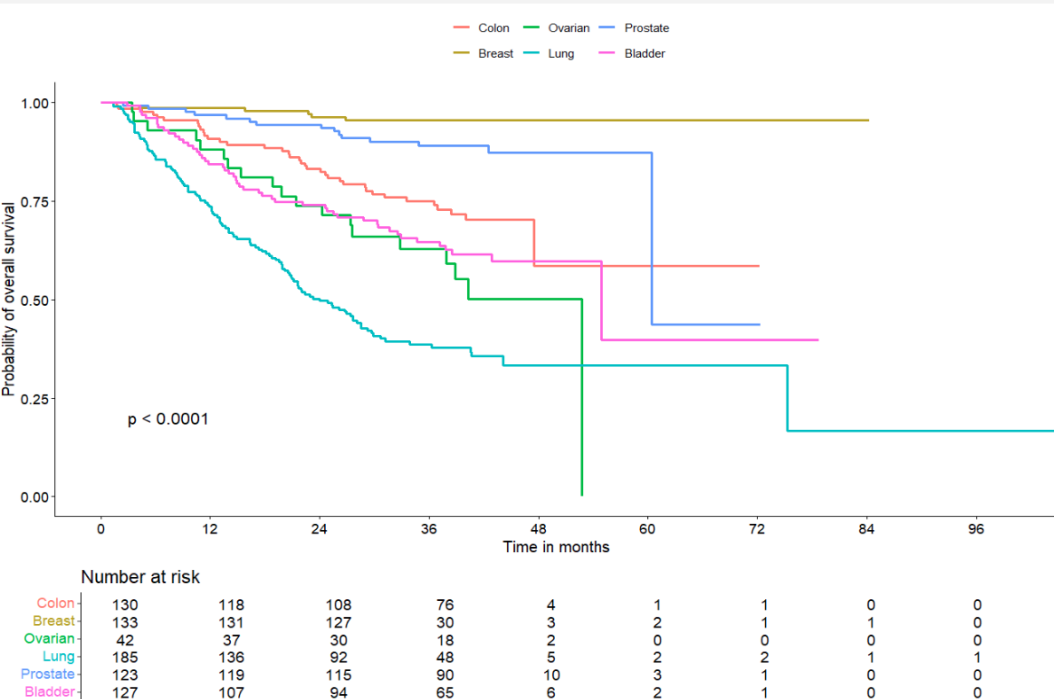


L'analisi multivariata non ha mostrato una relazione significativa tra ID cat e il tempo pre-GOM, ma lo **screening** (OR: 0,31, $p = 0,003$), diagnosi **incidentale** (OR: 0,53, $p = 0,048$) e un livello di **istruzione più elevato** (OR: 0,46, $p = 0,009$) sono risultati associati a tempi pre-GOM più brevi.

Overall survival → tempo dalla diagnosi al decesso del paziente per ogni causa



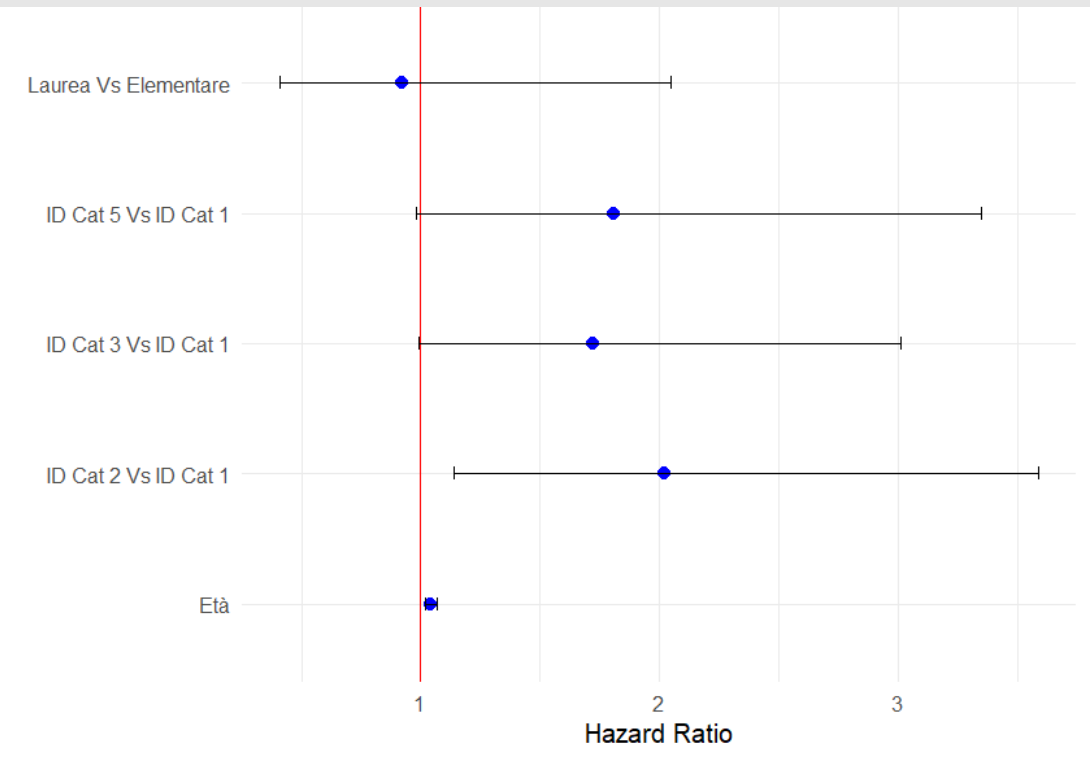
740 pazienti
242 eventi
Mediana di OS up 60,5 mesi
Mediana di FU 39,5 mesi



Overall Survival by cancer

	HR	p.value
Type of Cancer (ref=Colon cancer)		
Breast Cancer	0,22	<0,001
Ovarian cancer	2,64	<0,001
Lung cancer	3,20	<0,001
Prostate cancer	0,39	<0,001
Bladder cancer	1,38	0,140
Age	1,04	<0,001

Fattori di rischio per la mortalità



Il modello di Cox aggiustato ha rivelato che i pazienti appartenenti al quintile di **deprivazione più alto** avevano un **rischio di mortalità significativamente più elevato** rispetto a quelli della categoria 1, con **l'età** che emergeva come altro fattore significativo per la sopravvivenza.

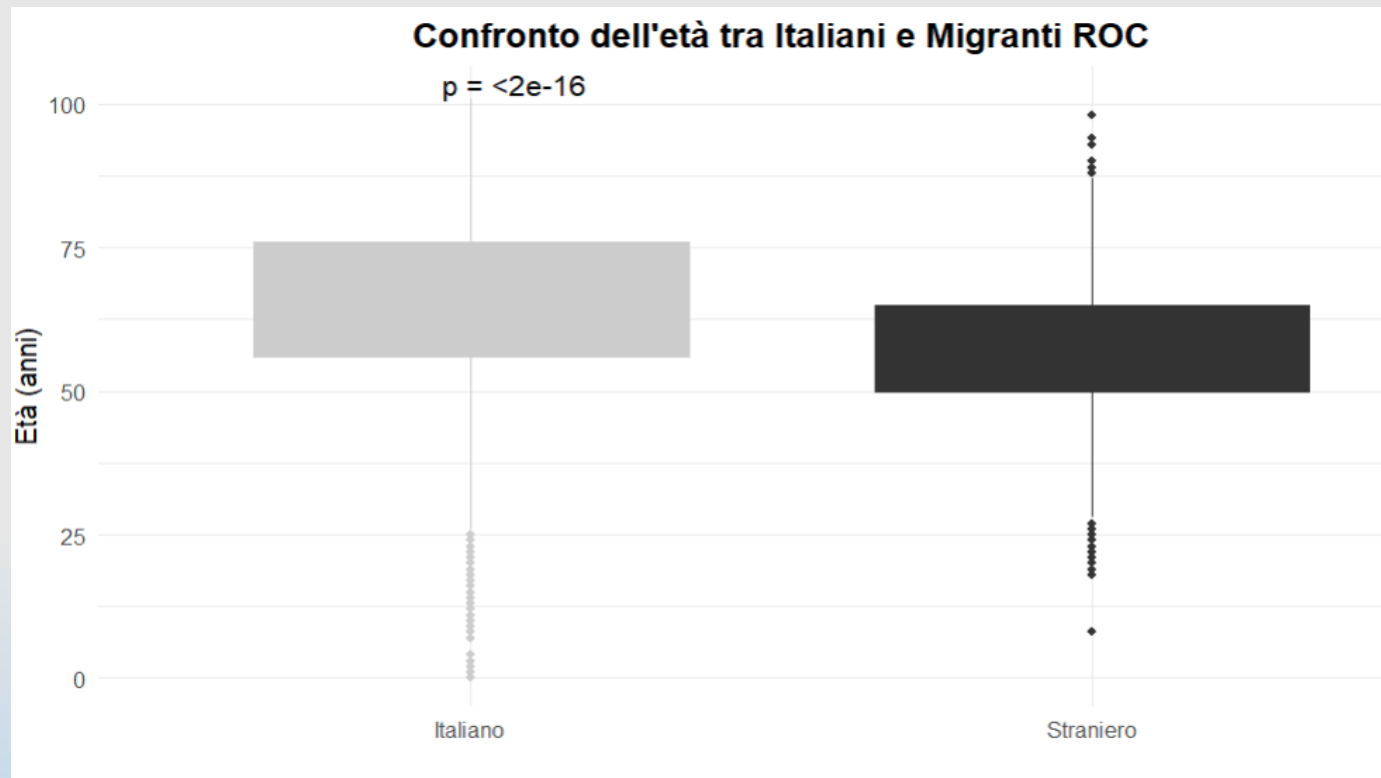
Conclusioni

L'accesso tempestivo può dipendere da come si arriva alla diagnosi (screening/casualità) e dall'istruzione, ma la sopravvivenza è penalizzata dalla deprivazione

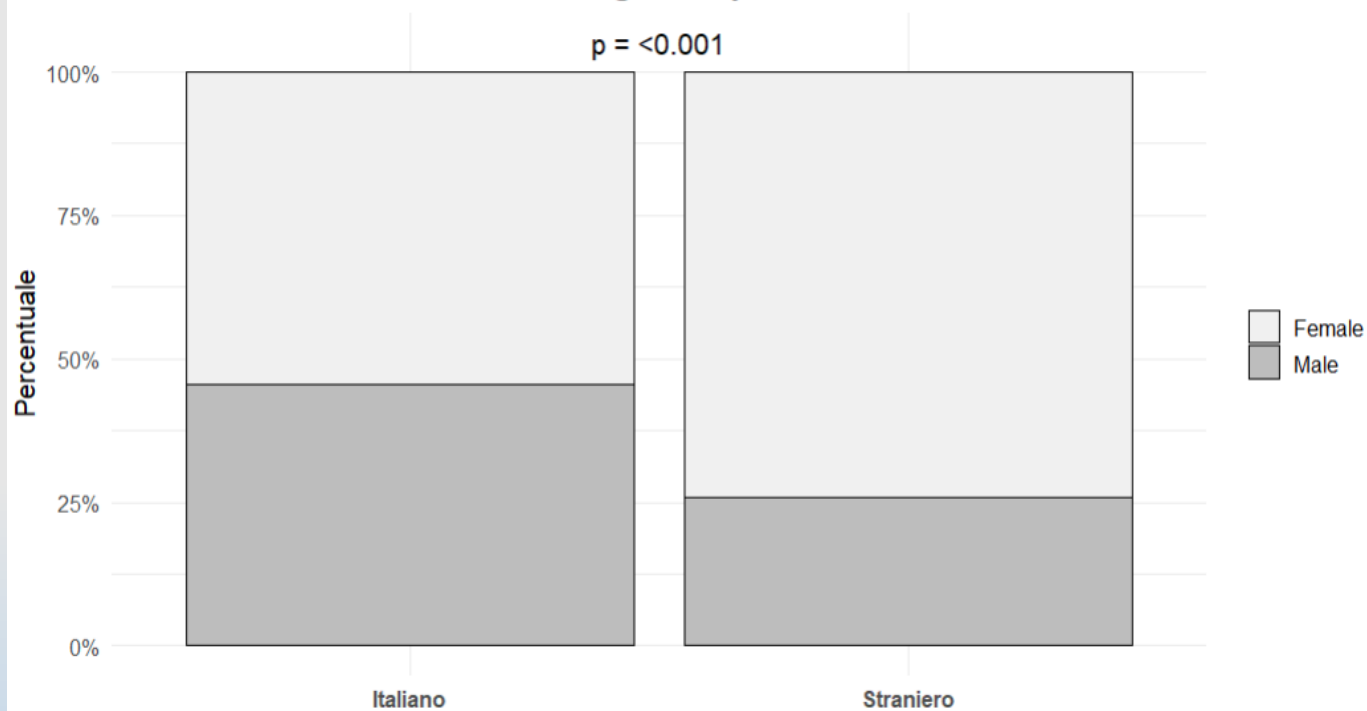
Cancer Patterns Among Migrant Populations in the Campania Oncology Network

Methods

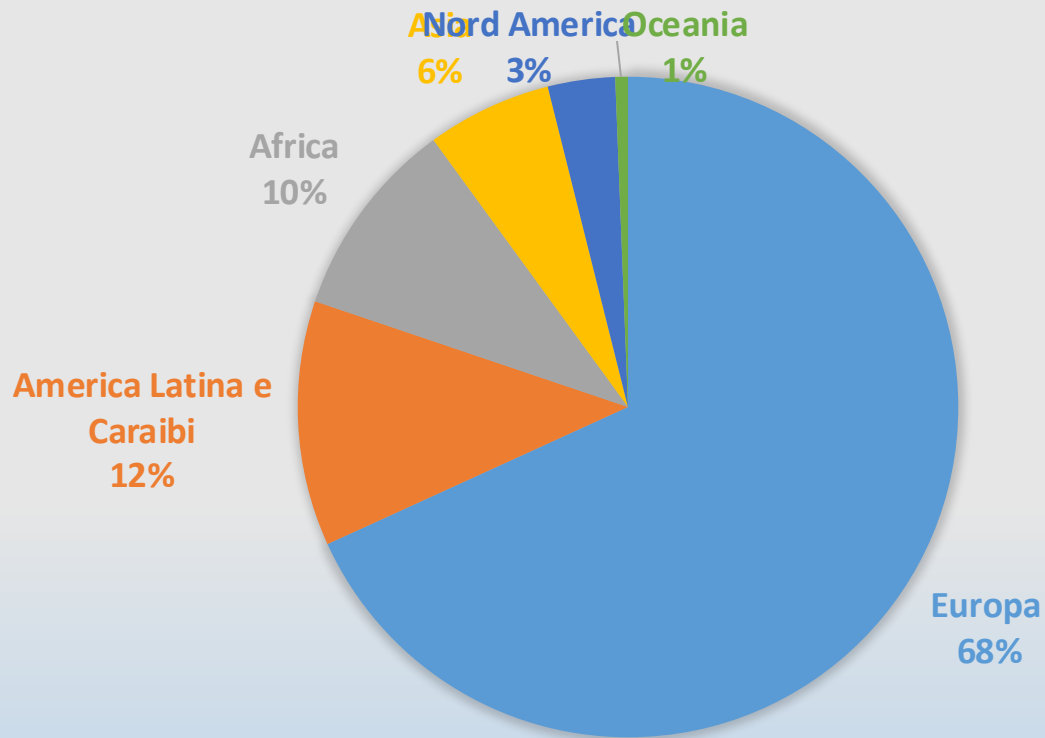
- **Dati:** Piattaforma ROC (N=**78.156**; 2022–2025).
- **Migranti:** **2.584** (3.3%).
- **Analisi:** Modelli di regressione multivariata (cancer type vs. others).



Distribuzione di genere per nazionalità



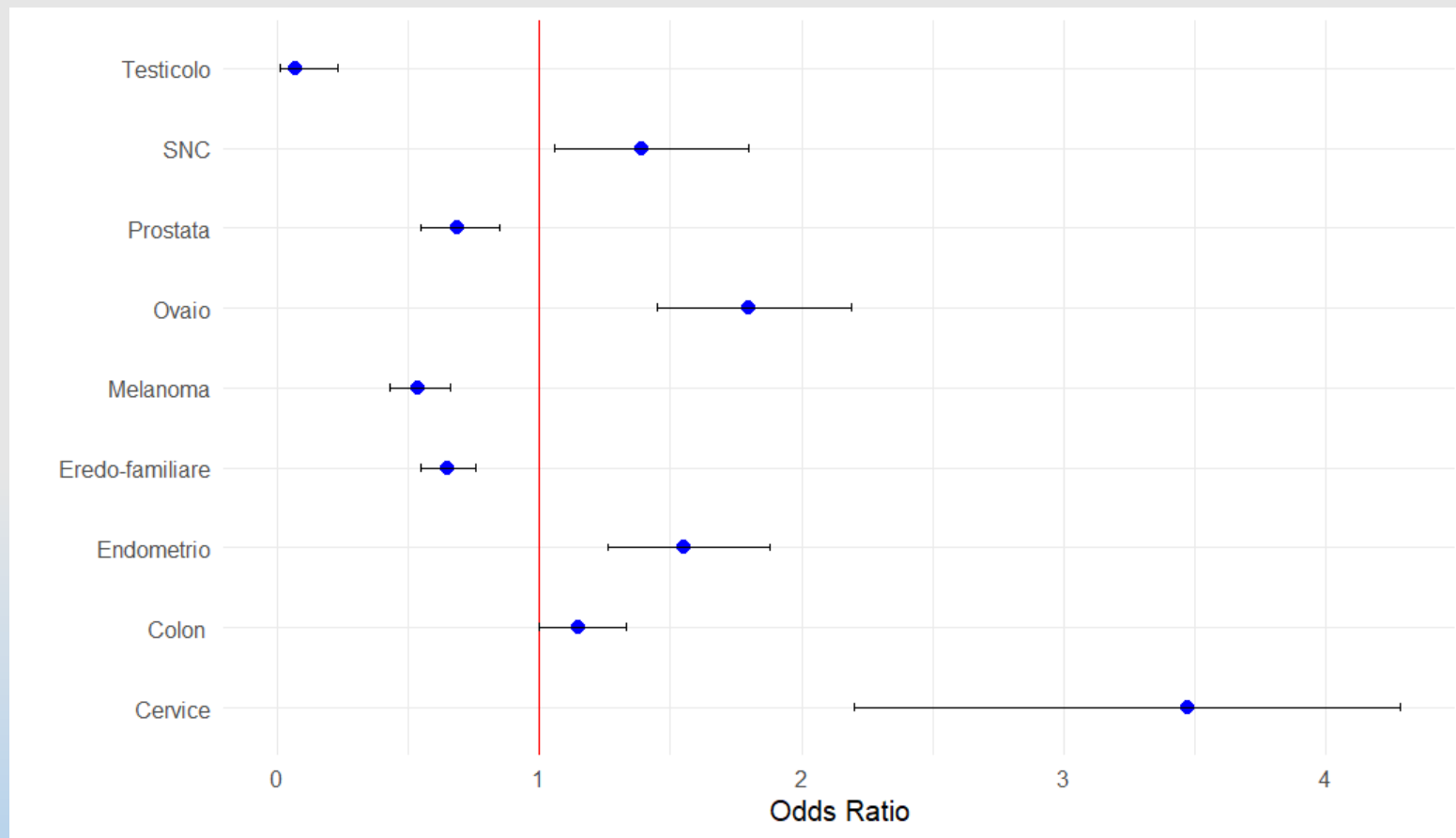
Paese di Origine dei migranti nella ROC



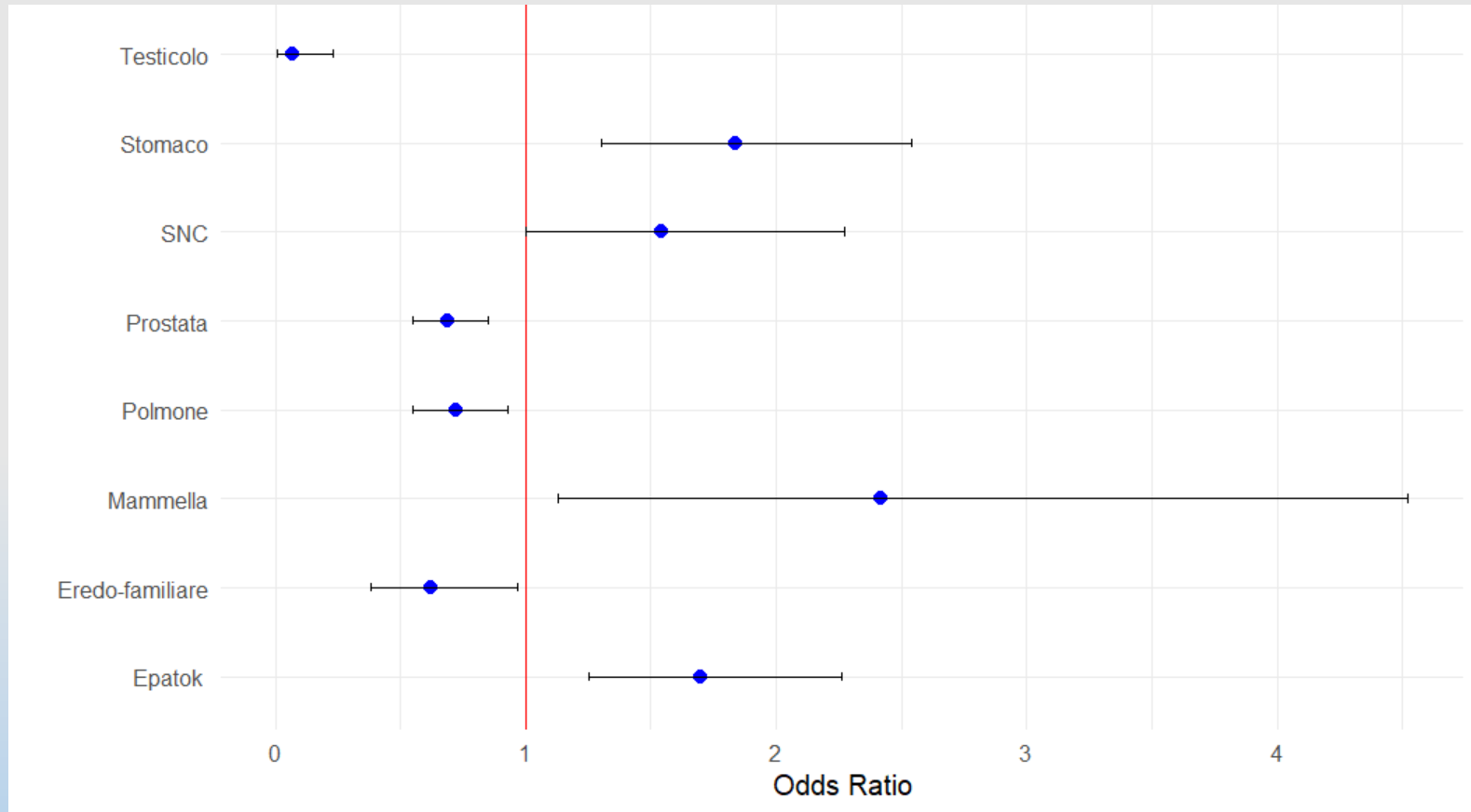
Sono stati utilizzati **modelli di regressione logistica multivariata** per stimare gli **odds ratio (OR)** e gli **intervalli di confidenza al 95% (IC 95%)** relativi alla diagnosi di un **tipo specifico di tumore** (rispetto a tutti gli altri), confrontando i migranti con i residenti italiani. Un valore di **$p < 0,05$** è stato considerato **statisticamente significativo**

GOM Vescica
GOM Carcinoma dello Stomaco
GOM Cervice
GOM Colangiocarcinoma
GOM Colon
GOM Cutanei non Melanoma
GOM Endometrio
GOM Epatok
GOM Eredo Familiare
GOM Mammella
GOM Melanoma Cutaneo e delle Mucose
GOM NET
GOM Ovaio
GOM Pancreas esocrino
GOM Rene
GOM Retto
GOM SNC
GOM Sarcomi
GOM Testa-Collo
GOM Testicolo
GOM Tiroide
GOM Tumore del Polmone
GOM Tumore della Prostata
GOM Vulva

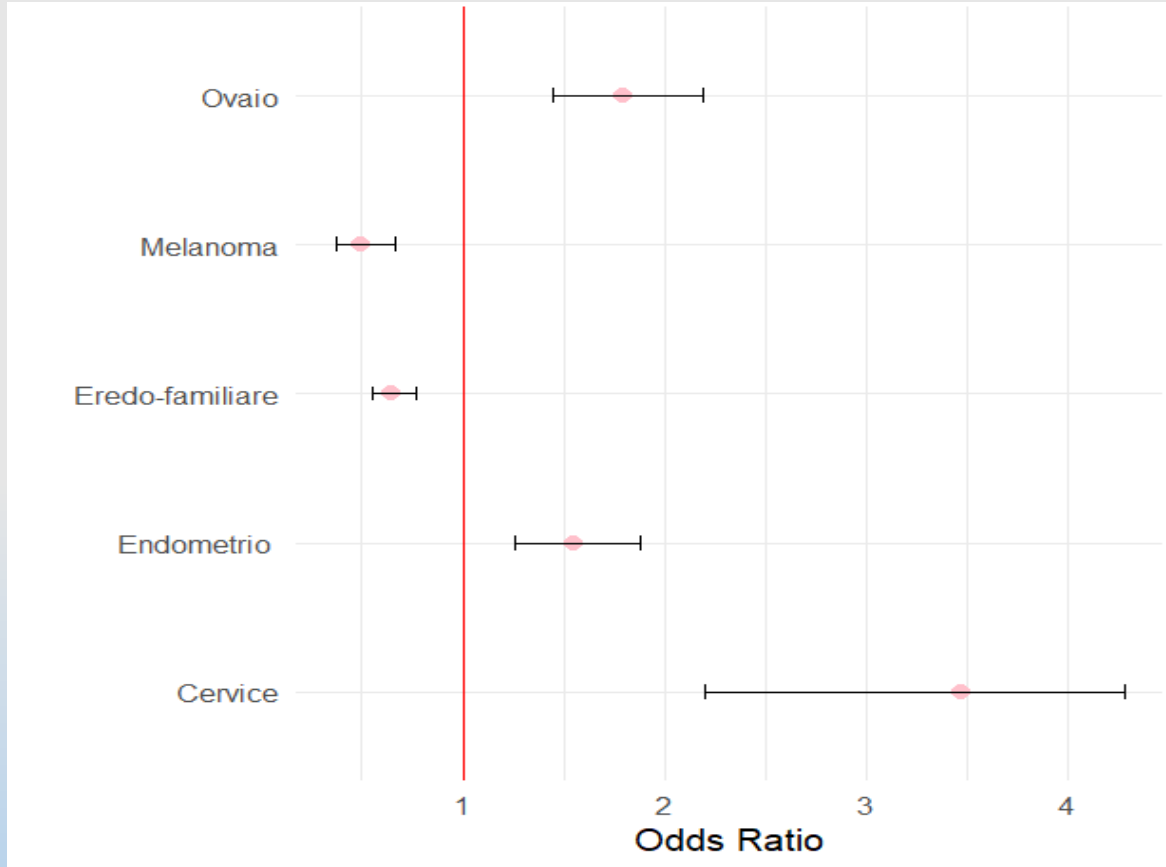
Odds Ratio (OR) per tipologia tumorale nella popolazione migrante vs residenti italiani



Odds Ratio (OR) per tipologia tumorale nella popolazione migrante vs residenti italiani – Popolazione maschile



Odds Ratio (OR) per tipologia tumorale nella popolazione migrante vs residenti italiani – Popolazione femminile



Conclusioni

Donne migranti

Aumento del rischio di tumori **ginecologici**

+247% carcinoma cervicale (OR 3.47, IC 2.20-4.28)

+80% cancro ovarico (OR 1.80, IC 1.45-2.19)

+55% cancro endometriale (OR 1.55, IC 1.26-2.88)

Minore accesso a:

Screening cervicale (Pap test/HPV test)

Vaccinazione anti-HPV

Visite ginecologiche regolari

Uomini migranti

Aumento del rischio di

+84% cancro **gastrico** (OR 1.84, IC 1.30-2.54)

+70% **epatocarcinoma** (OR 1.70, IC 1.25-2.26)

+142% cancro al seno maschile (OR 2.42, IC 1.13-4.52)

Fattori ambientali:

Infezioni (H. pylori, HBV/HCV)

Dieta/abitudini diverse dal paese d'origine

Esposizioni lavorative