



RETE ONCOLOGICA CAMPANA

Progetto “Val.Pe.ROC”

La Valutazione del Percorso della Rete Oncologica Campana

Risultati Preliminari

Versione del 16-12-20

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

s.pignata@istitutotumori.na.it

francesco.schiavone@uniparthenope.it



RETE ONCOLOGICA
CAMPANA

1. Premesse Generali

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti nel volume “I numeri del cancro in Italia”, prodotto con cadenza annuale della collaborazione tra AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica – ed AIRTUM – Associazione Italiana dei Registri Tumori -, si stima una elevata incidenza annuale di neoplasie maligne. Riferendosi all’anno 2019, la stima dell’incidenza è di 666/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di 606/100.000 nuovi casi stimati in Italia e di 503/100.000 per il sesso femminile, rispetto al valore nazionale di 513/100.000 nuovi casi.

Il tasso di mortalità in Campania rilevato dall’Istat si discosta dal valore nazionale 337/100.000 per gli uomini e 194/100.000 per le donne, attestandosi in Campania su 366/100.000 per i primi e 197/100.000 per le seconde. La maggiore mortalità si osserva per la maggior parte delle neoplasie, a parità di stadio.

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

L’analisi dell’offerta oncologica nella Regione Campania, che è conseguita alla disponibilità dei dati di maggiore mortalità oncologica nella Regione, mette in luce una serie di problemi strutturali e di ritardi che ancora oggi non consente di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di Salute che di garantire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione. Ciò si riflette nel deficit di sopravvivenza rispetto al dato medio nazionale su cui pesano:

1. Bassa *compliance* agli screening per tumori di cervice, mammella e solo recente avvio per tumori del colon-retto;
2. Difficoltà d’accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura per le fasce più deboli ed a rischio della popolazione e elevato tasso di migrazione sanitaria
3. Enorme frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Si evince come sia oggi quanto mai fondamentale attuare azioni specifiche volte a riorganizzare e razionalizzare l’offerta al fine di garantire una più efficiente ed efficace gestione della domanda anche non espressa, oltre ad un’ottimale allocazione delle risorse economiche disponibili. Finalità, quelle sopra descritte, che trovano risposta nella creazione di una Rete Oncologica a livello regionale, come dimostrano esperienze di altre regioni italiane, quali, a titolo esemplificativo Toscana, Veneto e Piemonte-Valle d’Aosta.

2. La Rete Oncologica

Sulla base di queste considerazioni La Regione Campania ha deciso di istituire l’infrastruttura Rete Oncologica Campania, risultato delle attività di Network dei Centri deputati per i propri ambiti di competenza ad intervenire nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro (**DELIBERA 98 del 20.9.2016**) e di introdurre l’obiettivo rete oncologica nella linea sei degli obiettivi di piano del 2017. Di seguito la relazione sugli obiettivi perseguiti come definito dal decreto 48



Gli organi costitutivi della Rete sono i seguenti:

Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico

Centri Oncologici di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS);

Centri per le cure di I livello.

Hospice e reparti/ambulatori di Terapia del Dolore

La gestione integrata della domanda oncologica avviene attraverso l'operatività dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) patologia-specifici che seguono quanto prescritto nei singoli PDTA decretati in Regione nel marzo 2020 (Decreto 50 e 51 del 5 marzo 2020) e di seguito elencati

23 PDTA di patologia,

Colon, retto, mammella, cervice, ovaio, stomaco, pancreas, testicolo, vescica, prostata, rene, polmone, melanoma, melanoma corioide: Riedizione 2020 (DD 50 del 5/3/2020) dei PDTA approvati DCA 89 5 Novembre 2018

Epatocarcinoma, sistema nervoso centrale, NET, Tumori testa collo, endometrio, sarcomi: Riedizione 2020 (DD 50 del 5/3/2020) dei PDTA approvati DCA 19 5 Marzo 2018

Colangiocarcinoma, Tiroide, Tumori cutanei non melanoma: Prima edizione 2020 DD 51 del 5.3.2020

2 PDTA di percorso

Nutrizione, Tumori ereditari Riedizione 2020 (DD 50 del 5/3/2020) dei PDTA approvati con DCA 89 5 Novembre 2018

3 Documenti tecnici

Consensus emesi, refertazione patologica standard, radioterapia standard:

Riedizione 2020 (DD 50 del 5/3/2020) dei documenti approvati con DCA 19 5 Marzo 2018 e DCA 89 5 Novembre 2018

Al fine di regolare e gestire i flussi della rete oncologica campana (ROC) secondo quanto previsto nei PDTA, si è proceduto allo sviluppo di una piattaforma web secondo il modello operativo del Comprehensive Cancer Center Network (CCCN). Tale piattaforma tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio ed a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. In tal modo, la piattaforma si occupa della gestione delle patologie neoplastiche, garantendo a tutti i Centri che vi faranno parte per i loro ambiti di competenza di contribuire alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino, ed in grado di rispondere al bisogno di Salute, assicurando una gestione multidisciplinare integrata, aderente alle linee guida e best practice, secondo i principi di appropriatezza ed equità di

accesso alle cure. La piattaforma garantisce anche la continuità di cura con un rapido invio delle richieste per i servizi domiciliari territoriali.

Ad oggi circa 10000 pazienti sono stati discussi nei GOM e sono registrati nella piattaforma. Per circa 800 pazienti è stato attivato un percorso di continuità territoriale sul territorio.

Come indicato precedentemente, il tavolo tecnico della Rete Oncologica Campania ha elaborato indicatori di struttura e di processo atti al monitoraggio delle attività della Rete e delle sue strutture/procedure/operatori sanitari. Il Progetto Val.Pe.ROC è partito da tali indicatori nella costruzione dei KPI di natura clinica successivamente mostrati nel report. Di seguito si offre, a titolo esemplificativo, la tabella degli indicatori per tumore al colon-retto.

Indicatori di struttura				
Indicatore	Attività valutata	Cut-off	Oggetto di valutazione	Fonte
Numero di pazienti operati in laparoscopia per tumore del colon/totale dei pazienti	Trattamento chirurgico	>50%	Qualità della cura	SDO
Numero di interventi chirurgici per tumore del colon/anno	Trattamento chirurgico	>50 casi	Qualità della cura	SDO
Numero di interventi chirurgici per tumore del retto/anno	Trattamento chirurgico	>30 casi	Qualità della cura	SDO



RETE ONCOLOGICA
CAMPANA

Indicatori di processo				
Indicatore	Fase del PDTA	Cut-off	Oggetto di valutazione	Fonte
Numero di pazienti con tumore del retto trattati con terapia approccio neoadiuvante/Numero di pazienti con tumore del retto localmente avanzato	Trattamento neoadiuvante tumore del retto	>90 %	Appropriatezza strategia	Piattaforma ROC, Database di struttura
Numero di pazienti con tumore del retto stadiati con RMN retto/Numero di pazienti con tumore del retto	Stadiazione tumore del retto	>90%	Appropriatezza stadiazione	Piattaforma ROC, Database di struttura
Numero di pazienti con tumore del colon stadiati con TAC con mdc/Numero di pazienti con tumore del colon	Stadiazione tumore del colon	>90%	Appropriatezza stadiazione	Piattaforma ROC, Database di struttura
Numero di pazienti con tumore del colon-retto con dosaggio preoperatorio del CEA/Numero di pazienti totali operati per tumori del colon-retto	Stadiazione tumore del colon-retto	>90%	Appropriatezza stadiazione	Piattaforma ROC, Database di struttura
Numero di pazienti trattati con terapia adiuvante entro 8 settimane dalla chirurgia/Numero di pazienti candidati a terapia adiuvante	Trattamento adiuvante del tumore del colon	>75%	Appropriatezza strategia	Piattaforma ROC, Database di struttura
Numero di pazienti con tempo intercorso tra resezione endoscopica/chirurgica e refertazione anatomopatologica ≤ 15gg lavorativi	Diagnosi patologica	> 90%	Accesso alle cure	Piattaforma ROC, Database di struttura
Numero di pazienti con tempo intercorso tra diagnosi e completamento esami di stadiazione <30 giorni	Stadiazione	> 90%	Accesso alle cure	Piattaforma ROC, flussi regionali da implementare (anagrafica assistiti, ricetta dematerializzata)
Numero di soggetti valutati/Numero di soggetti con indicazione a valutazione multidisciplinare	Presenza in carico	>90%	Appropriatezza strategia	Piattaforma ROC, Database di struttura

3. Il progetto VALPEROC: Modello di controllo e piano indicatori

Con decreto regionale del Novembre 2018 è stato approvato il piano indicatori della ROC per le prime 6 patologie oncologiche coperte da PDTA. Nel mese di febbraio 2020, la struttura di coordinamento della ROC, in collaborazione con il DISAQ, Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi, della Università degli Studi di Napoli Parthenope, ha iniziato il progetto Val.Pe.ROC, progetto pilota per la valutazione delle performance cliniche ed economiche della Rete, focalizzando l'osservazione, dunque, su differenti dimensioni della performance e 3 aziende ospedaliere:

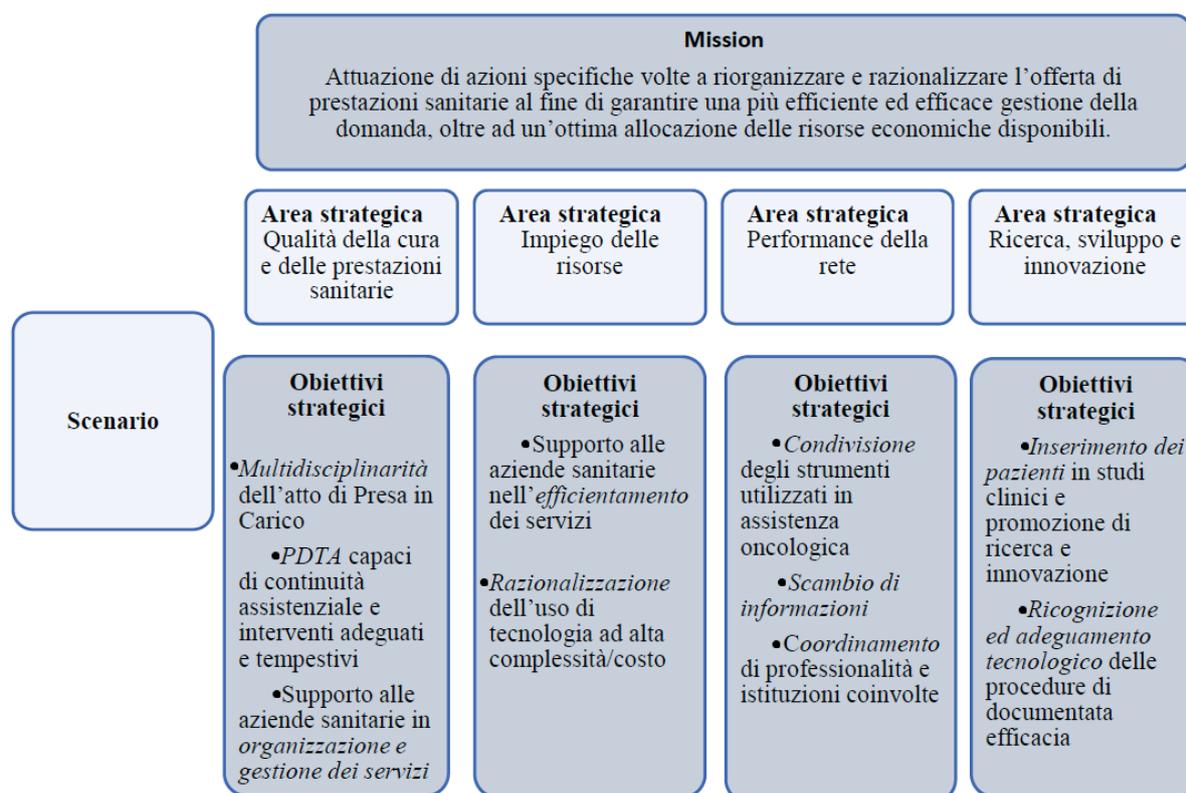
- Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G. Pascale", di Napoli;
- Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati, di Avellino;
- Ospedali Riuniti San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, di Salerno.

Nel mese di Ottobre 2020, nonostante il rallentamento causato dal COVID, si è portata a termine la prima fase di rilevazione determinando, sulla base di quanto osservato, l'impatto che l'applicazione del modello a rete ha generato sui processi assistenziali erogati, individuando eventuali criticità e aree di miglioramento, evidenziate dai risultati degli indicatori in seguito proposti.

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

Sono state individuate 4 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, attuando PDTA che rispettino i requisiti di continuità, tempestività ed adeguatezza dei servizi sanitari; 2) superare le disomogeneità territoriali, ottenendo inoltre la standardizzazione dei servizi, e ridurre disagi logistici e di orientamento del paziente, abbattendo dispersione e migrazione sanitaria; 3) supportare le aziende sanitarie in organizzazione e gestione dei servizi.
- B. Impiego delle risorse, distinta in: 1) supporto alle aziende sanitarie nell'efficientamento dei servizi in oncologia, mirando dunque all'abbattimento delle inefficienze e ad una migliore allocazione delle risorse; 2) razionalizzazione dell'uso di tecnologia ad alta complessità/costo attraverso specifici protocolli di ricerca.
- C. Performance della rete, composta da: 1) definizione di un livello di condivisione degli strumenti utilizzati dalle diverse figure professionali che operano nell'ambito dell'assistenza oncologica; 2) facilitazione dello scambio di informazioni tra i soggetti che si occupano delle patologie in questione; 3) coordinamento delle professionalità e delle istituzioni coinvolte nel processo di integrazione dei servizi sanitari.
- D. Ricerca, sviluppo e innovazione, costituita da: 1) inserimento dei pazienti in studi clinici e promozione di ricerca e innovazione in ambito oncologico; 2) ricognizione e adeguamento tecnologico delle procedure di documentata efficacia.



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

4. Metodologia dello studio

Sono stati selezionati dalla Piattaforma ROC (<https://roc.istitutotumori.na.it/>) tre patologie oncologiche: polmone, colon e ovaio, presso l'IRCCS Pascale di Napoli, l'AO SG Moscati di Avellino e l'AOU Ruggi d'Aragona di Salerno. I pazienti selezionati sono stati 20 per ogni GOM di patologia e per ciascuna struttura, inseriti da Gennaio 2020. I responsabili GOM insieme ai case manager e supportati dai dati raccolti nelle cartelle cliniche, hanno compilato per ogni paziente una scheda anagrafica e una scheda di rilevazione contenente le variabili che definiscono la modalità della diagnosi e il percorso GOM e infine il consenso informato. I tempi definiti nello studio ed analizzati sono stati i seguenti:

Tempo PRE-GOM: dalla comparsa del sintomo/causa accidentale/screening alla I Visita GOM;

Tempo GOM1: dalla I Visita GOM alla decisione terapeutica;

Tempo alla decisione (PRE-GOM + GOM1): dalla comparsa del sintomo/causa accidentale/screening alla decisione terapeutica;

Tempo GOM2: dalla decisione terapeutica all'atto terapeutico;

Tempo Totale: dalla comparsa del sintomo/causa accidentale/screening alla decisione terapeutica.

La soddisfazione del paziente è stata valutata attraverso la scheda di soddisfazione con un follow up telefonico. I dati raccolti sono stati caricati in Google Moduli.

Sono state calcolate le medie (\pm deviazione standard) dei tempi, la categorizzazione del tempo PRE-GOM è stata ≤ 1 mese; 1-2 mesi; >2 mesi e quella del Tempo Totale ≤ 1 mese; 1-2 mesi; 2-3 mesi e >3 mesi; questi tempi sono stati associati con alcune variabili sociodemografiche (età ed istruzione), utilizzando il test del Chi-Quadrato.

Tali tempi definiscono rispettivamente la qualità dell'intero sistema sanitario regionale, pre-GOM, del GOM e dell'ospedale che rientrano negli obiettivi strategici dell'area strategica A, cioè della qualità della cura e delle prestazioni sanitarie.

Per misurare la performance della ROC sono stati individuati altri indicatori dell'area strategica A, riferiti all'appropriatezza e alla patient satisfaction.

L'efficienza generale del sistema sanitario regionale e della ROC sono state misurate da indicatori legati ai costi per la ripetizione degli esami e all'esecuzione di esami in strutture interne, ovvero le strutture ospedaliere del GOM. Tali indicatori afferiscono all'area strategica B, relativa all'impiego delle risorse.

In tabella 1, sono presentati i primi indicatori individuati dalla metodologia di indagine di questa prima fase di ricerca.

Tabella 1. Risultati preliminari: I primi indicatori

N.	Indicatore	Modalità di misurazione
A2.1	% Pazienti nel tempo pre-GOM prestabilito (qualità del sistema sanitario regionale pre-GOM)	$\frac{\text{Pazienti con attesa} \leq 60 \text{ giorni}}{\text{Totale Pazienti}} \times 100$
A2.2	% Pazienti nel tempo GOM1 prestabilito (qualità del GOM)	$\frac{\text{Pazienti con attesa} \leq 28 \text{ giorni}}{\text{Totale Pazienti}} \times 100$
A2.3	% Pazienti nel tempo GOM2 prestabilito (qualità dell'ospedale)	$\frac{\text{Pazienti con attesa} \leq 21 \text{ giorni}}{\text{Totale Pazienti}} \times 100$
A2.4	% Esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	$\frac{\text{Esami appropriati}}{\text{Totale Esami}} \times 100$
A3.1	Patient satisfaction	Soddisfazione del paziente su scala Likert (1 – 5)
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM	$\frac{\text{Esami GOM effettuati internamente}}{\text{Totale Esami diagnostici GOM}} \times 100$



RETE ONCOLOGICA
CAMPANA

	(misura livello di "internalizzazione" GOM e Ospedale)	
B1.2	% Pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura livello di "internalizzazione" GOM e Ospedale)	$\frac{\text{Pazienti GOM con esami diagnostici eseguiti internamente}}{\text{Pazienti GOM}} \times 100$
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	$\frac{\text{Esami diagnostici al netto delle ripetizioni}}{\text{Esami totali}} \times 100$
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	$\frac{\text{Costi per esami diagnostici ripetuti}}{\text{Costi per esami diagnostici totali}} \times 100$

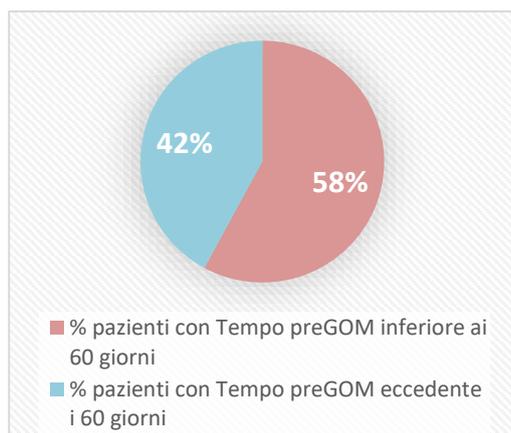
5. A2.1 - Percentuale di pazienti nel tempo pre-GOM prestabilito, da sintomo o riscontro occasionale a visita GOM (qualità del sistema sanitario regionale pre-GOM)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti che ha ottenuto l'accesso alla prima visita del Gruppo Oncologico Multidisciplinare entro 60 giorni dalla prima diagnosi della patologia, avvenuta per manifestazione dei sintomi, riscontro occasionale o screening.

La data della prima diagnosi è stata indicata dai Case Manager nelle schede di rilevazione compilate e, in assenza dell'informazione, è stata recuperata tramite questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente a pazienti o caregiver. Nei casi in cui non sia stato comunque possibile recuperare l'informazione, i pazienti per i quali si sia manifestata tale impossibilità non sono stati considerati nel calcolo dell'indicatore.

La data della prima visita GOM è sempre presente all'interno delle schede di rilevazione compilate dai Case Manager.

Viene proposto sia il dato complessivo, sia il dato relativo alle singole patologie oggetto di studio.



Per Patologie:

- Colon: 65,7% pazienti con Tempo preGOM inferiore ai 60 giorni
- Polmone: 57,1% pazienti con Tempo preGOM inferiore ai 60 giorni
- Ovaio: 48,1% pazienti con Tempo preGOM inferiore ai 60 giorni

Dalla Tabella 2 è possibile osservare ulteriori dettagli:

Tabella 2. Distribuzione di frequenza del Tempo pre-GOM

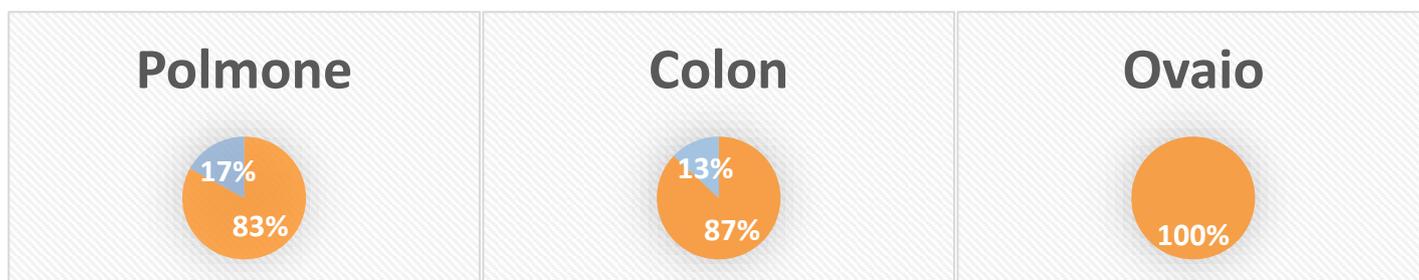
TEMPO pre-GOM	N	%
≤ 1 MESE	32	38,6%
1-2 MESI	16	19,3%
>2 MESI	35	42,2%
TOTALE	83	100%
missing	6	

6. A2.2 – Percentuale di pazienti nel tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti per i quali il Gruppo Oncologico Multidisciplinare ha preso una decisione terapeutica entro 28 giorni dalla prima visita multidisciplinare.

Entrambe le date, data di prima visita GOM e data di riunione GOM con decisione terapeutica, sono sempre presenti all'interno delle schede di rilevazione compilate dai Case Manager. In alcuni casi le due date coincidono in quanto le informazioni disponibili nella prima visita sono state sufficienti affinché il Gruppo Oncologico Multidisciplinare prendesse una decisione terapeutica.

Viene proposto sia il dato complessivo, sia il dato relativo alle singole patologie oggetto di studio.



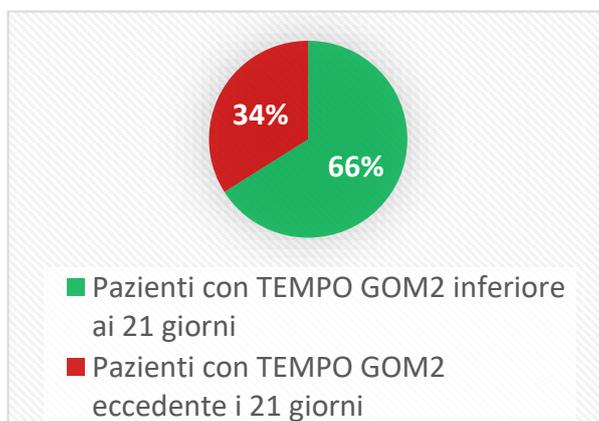
7. A2.3 – Percentuale di pazienti nel tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti che hanno ricevuto il primo atto terapeutico entro 21 giorni dalla decisione terapeutica del Gruppo Oncologico Multidisciplinare.

Entrambe le date, data di riunione GOM con decisione terapeutica e data del primo atto terapeutico, sono generalmente indicate nelle schede di rilevazione compilate dai Case Manager.

Non è stato sempre possibile recuperare la data dell'atto terapeutico. Di conseguenza, i pazienti per i quali si sia manifestata tale impossibilità non sono stati considerati nel calcolo dell'indicatore.

Viene proposto sia il dato complessivo, sia il dato relativo alle singole patologie oggetto di studio.



8. A2.4.1 Percentuale esami previsti dal PDTA in pre-GOM (misura dell'appropriatezza percorso diagnostico sistema sanitario regionale)

L'indicatore misura la percentuale di esami diagnostici appropriati effettuati nella fase pre-GOM (l'intervallo temporale precedente alla prima visita GOM) sul totale degli esami diagnostici effettuati sempre nella fase pre-GOM.

Sono stati dunque selezionati gli esami diagnostici ritenuti clinicamente appropriati per la stadiazione della specifica patologia, differenziando di conseguenza gli esami diagnostici appropriati in base alla sede del tumore (colon, polmone, ovaio). Gli esami effettuati non presenti nella lista degli esami diagnostici selezionati sono stati considerati inappropriati.

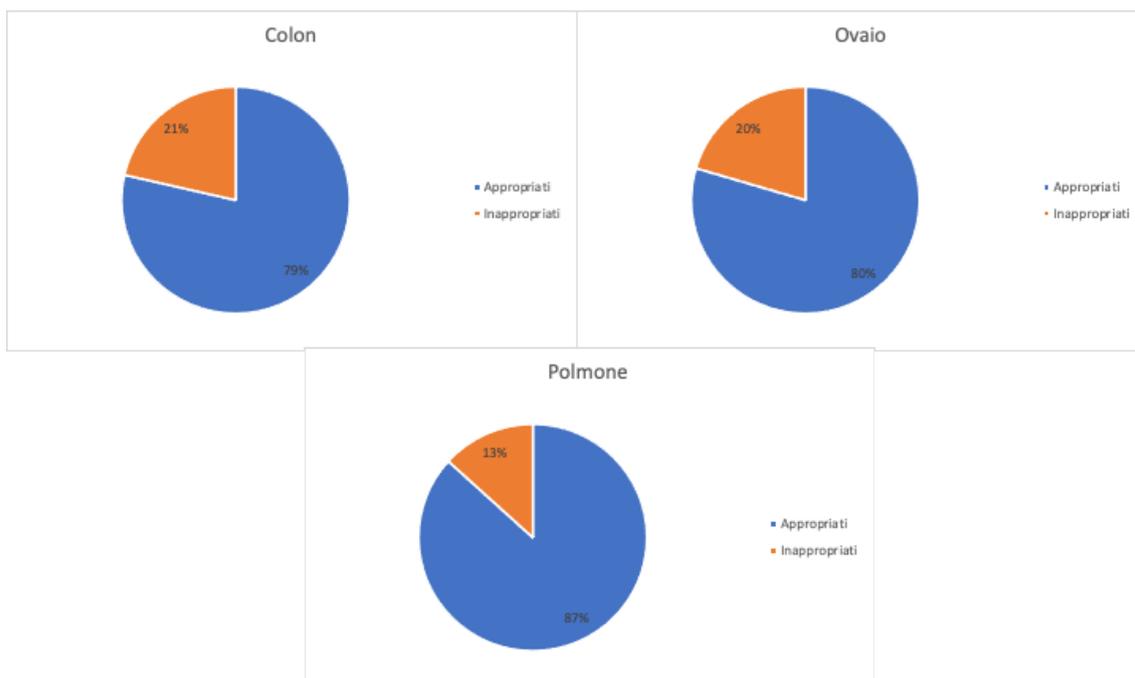
Inoltre, sono stati computati esclusivamente gli esami diagnostici a carico del Servizio Sanitario Regionale, cioè effettuati in strutture pubbliche o convenzionate.

Le informazioni su esami e tipologia di struttura in cui sono stati effettuati sono reperite dalle schede di rilevazione compilate dai Case Manager e, in assenza di sufficienti informazioni, combinate con gli esami diagnostici comunicati da paziente o caregiver attraverso questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente.

Viene proposto sia il dato complessivo, sia il dato relativo alle singole patologie oggetto di studio.

L'indicatore **A.2.4.1** è successivamente combinato con l'indicatore **A2.4.2** per l'elaborazione dell'indicatore sintetico **A2.4**.

pre-GOM	Colon	Ovaio	Polmone	Totale
Appropriati	165	105	72	342
Inappropriati	45	27	11	83
Totale	210	132	83	425



9. A2.4.2 Percentuale esami previsti dal PDTA in GOM (misura dell'appropriatezza del GOM e dell'ospedale)

L'indicatore misura la percentuale di esami diagnostici appropriati effettuati nella fase GOM (l'intervallo temporale dalla prima visita GOM al primo atto terapeutico) sul totale degli esami diagnostici effettuati nella fase GOM.

Sono stati dunque selezionati gli esami diagnostici ritenuti clinicamente appropriati per la stadiazione della specifica patologia, differenziando di conseguenza gli esami diagnostici appropriati in base alla sede del tumore (colon, polmone, ovaio). Gli esami effettuati non presenti nella lista degli esami diagnostici selezionati sono stati considerati inappropriati.

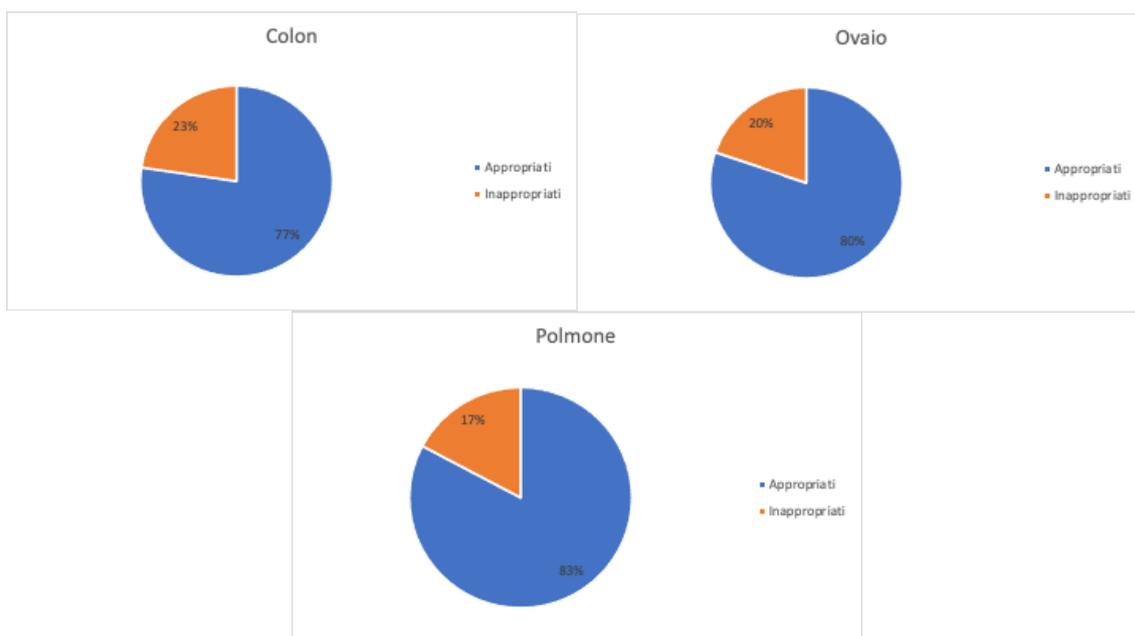
Inoltre, sono stati computati esclusivamente gli esami diagnostici a carico del Servizio Sanitario Regionale, in quanto effettuati in strutture pubbliche o convenzionate.

Le informazioni su esami e tipologia di struttura in cui sono stati effettuati sono reperite dalle schede di rilevazione compilate dai Case Manager.

Viene proposto sia il dato complessivo, sia il dato relativo alle singole patologie oggetto di studio.

L'indicatore **A2.4.2** è successivamente combinato con l'indicatore **A2.4.1** per l'elaborazione dell'indicatore sintetico **A2.4**.

GOM	Colon	Ovaio	Polmone	Totale
Appropriati	126	77	24	227
Inappropriati	37	19	5	61
Totale	163	96	29	288



10. A3.1 Patient satisfaction

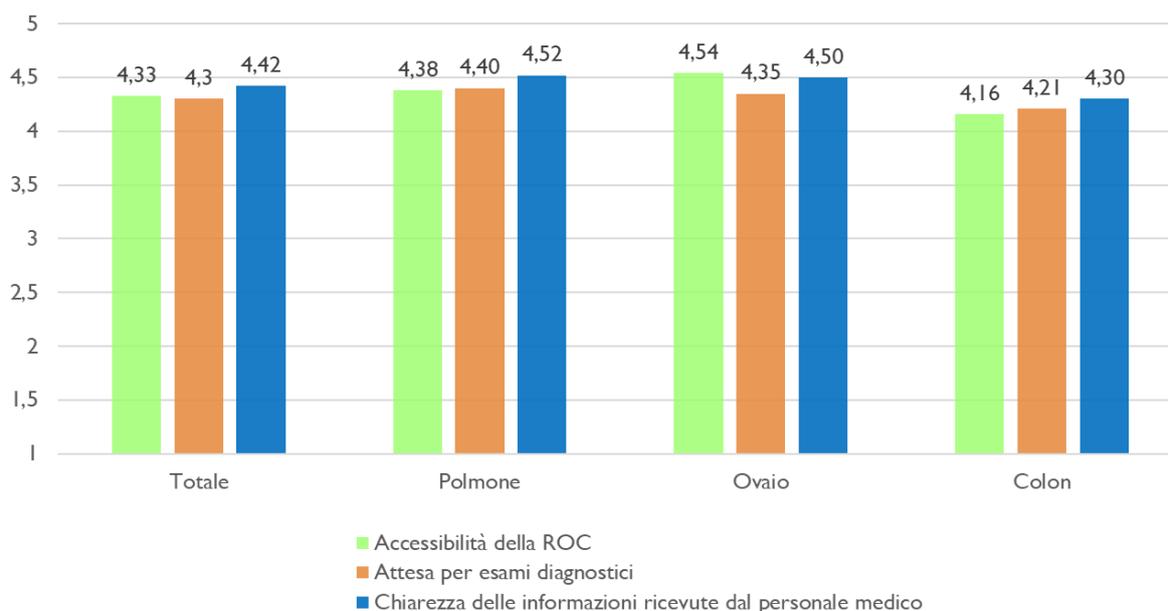
L'indicatore misura la soddisfazione media dei pazienti per il percorso di diagnostica sostenuto all'interno della struttura del Gruppo Oncologico Multidisciplinare.

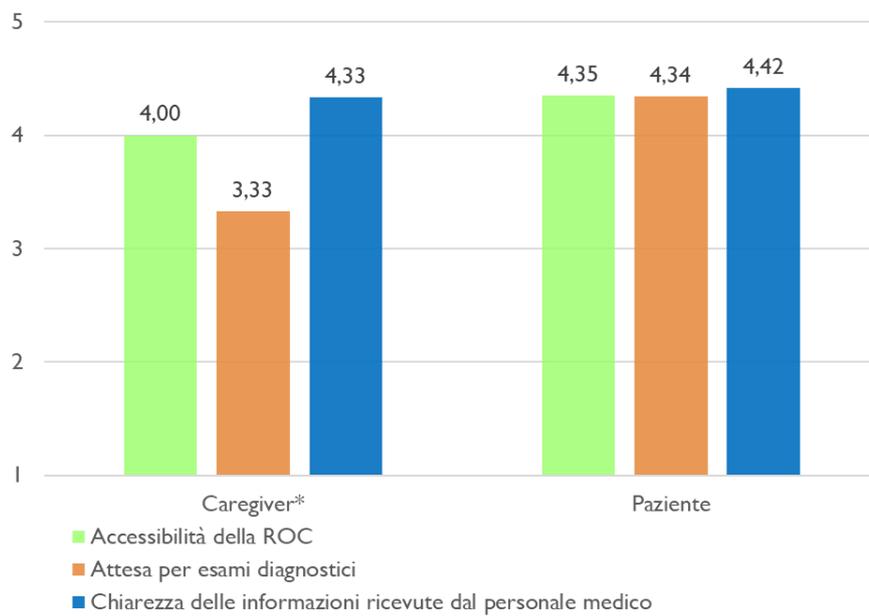
Il dato sulla soddisfazione del paziente è stato ricavato dal questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente a pazienti o caregiver, i quali hanno espresso una valutazione su scala Likert da 1 (per niente soddisfatto) a 5 (molto soddisfatto) per i seguenti elementi:

- Accessibilità della ROC (facilità con cui il paziente ha avuto accesso alla ROC)
- Attesa per esami diagnostici
- Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute dal personale medico

Si è proceduto dunque al calcolo delle medie per i singoli elementi, escludendo dalla computazione i pazienti/caregiver che hanno preferito astenersi dall'esprimere una valutazione. Infine, allo scopo di identificare un unico valore per l'indicatore in oggetto, è stata effettuata una media ponderata in base alla numerosità di ciascun collettivo delle valutazioni fornite. Le mediane dei punteggi riflettono lo stesso andamento delle medie, distinguendo per patologia. Sono più elevate e pari a 5 per tutte e tre le patologie e gli item. L'attesa mostra una leggera flessione nel punteggio (4) per l'ovaio.

Nei grafici a barre seguenti viene proposto il dato complessivo, per patologia e la differenza nelle valutazioni nei casi in cui sia stato intervistato il caregiver a causa di decesso del paziente. La distinzione per paziente/caregiver in generale non è stata riportata in quanto le differenze di punteggio non sono rilevanti.





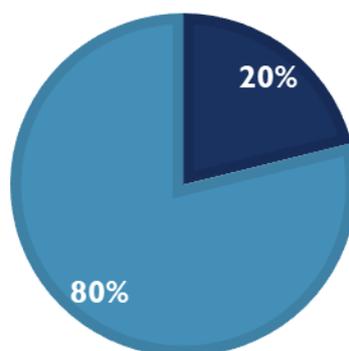
*In caso di decesso del paziente

11. B1.1 Percentuale esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura livello di “internalizzazione” di GOM e Ospedale)

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

Le informazioni su esami e tipologia di struttura in cui sono stati effettuati sono reperite dalle schede di rilevazione compilate dai Case Manager e, in assenza di sufficienti informazioni, combinate con gli esami diagnostici comunicati da paziente o caregiver attraverso questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente.

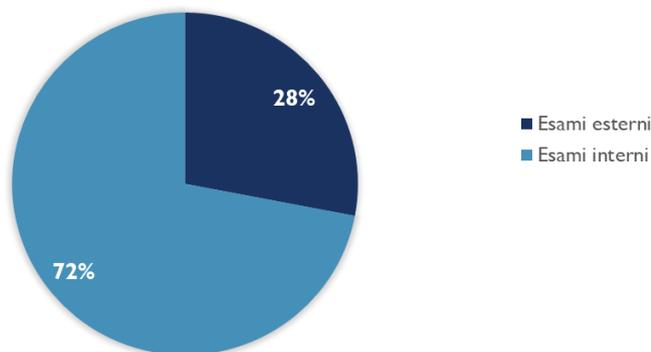
■ Esami esterni ■ Esami interni



12. B1.2 Percentuale pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura livello di “internalizzazione” di GOM e Ospedale)

L'indicatore misura la percentuale di pazienti che nella fase GOM hanno sostenuto tutti gli esami in strutture ospedaliere del proprio Gruppo Oncologico Multidisciplinare sul totale dei pazienti oggetto di studio. La figura rappresenta anche la percentuale di pazienti che hanno sostenuto almeno un esame diagnostico all'esterno della struttura GOM– in struttura pubblica, privata o convenzionata – sul totale dei pazienti oggetto di studio.

Le informazioni su esami e tipologia di struttura in cui sono stati effettuati sono reperite dalle schede di rilevazione compilate dai Case Manager e, in assenza di sufficienti informazioni, combinate con gli esami diagnostici comunicati da paziente o caregiver attraverso questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente.

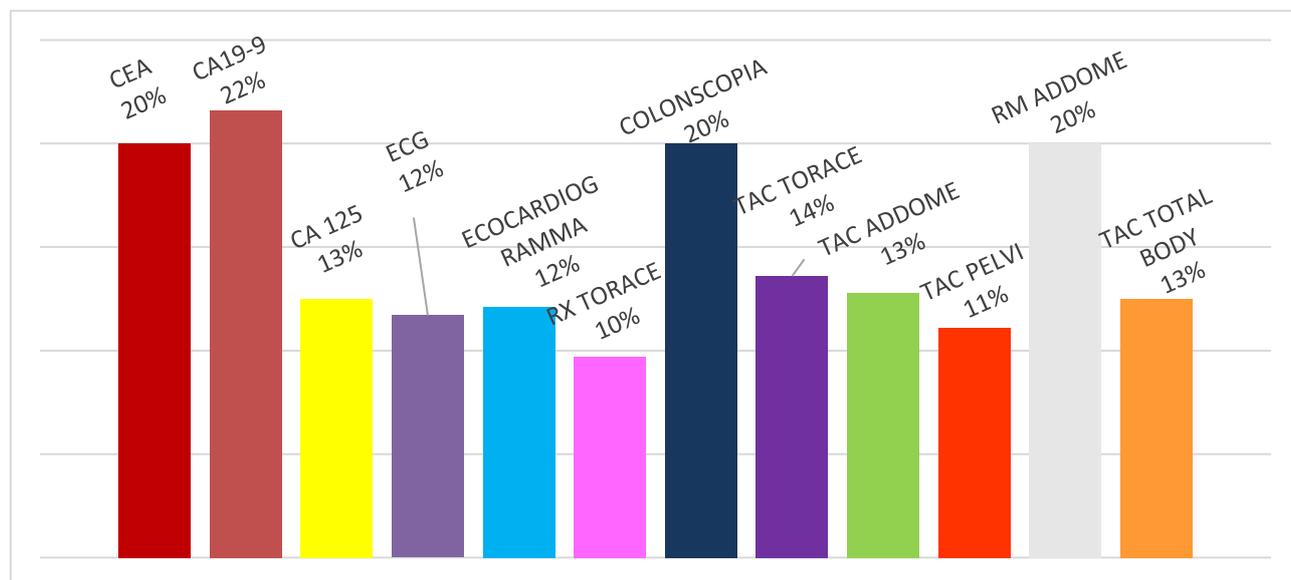


13. B2.1 Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)

L'indicatore misura la percentuale di esami diagnostici effettuati una sola volta 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.

Le informazioni su esami e tipologia di struttura in cui sono stati effettuati sono reperite dalle schede di rilevazione compilate dai Case Manager e, in assenza di sufficienti informazioni, combinate con gli esami diagnostici comunicati da paziente o caregiver attraverso questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente.



14. B2.2 Percentuale costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM

La tabella seguente mostra il totale dei costi sostenuti nelle fasi pre-GOM e GOM, la percentuale di costi per gli esami diagnostici effettuati più di una volta, in strutture pubbliche o convenzionate, sul totale dei costi per gli esami diagnostici al netto degli esami ripetuti.

Le informazioni su esami e tipologia di struttura in cui sono stati effettuati sono reperite dalle schede di rilevazione compilate dai Case Manager e, in assenza di sufficienti informazioni, combinate con gli esami diagnostici comunicati da paziente o caregiver attraverso questionario di soddisfazione somministrato telefonicamente.

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

Viene proposto il dato complessivo più il costo medio per paziente per esami diagnostici ripetuti.

Fase	Costo esami diagnostici	Costo esami diagnostici/paziente	Costo esami ripetuti	Costo esami ripetuti/paziente
pre-GOM	48.257,74 €	542,22 €		
GOM	27.871,12 €	313,16 €		
Totali	76.128,86 €	855,38 €	€ 6.544,77 (9% del costo totale in assenza di ripetizioni)	73,54 €

Applicando tale costo medio per paziente ai 6846 pazienti oncologici (Aiom-Airtum I numeri del cancro in Italia 2019) per le **tre patologie esaminate**, il costo per esami ripetuti viene stimato in € 503.455.

L'intervallo² plausibile di costi per esami ripetuti in ROC è € 2.088 a € 10.438.

² Intervallo di confidenza al 95% costruito sulla percentuale di esami ripetuti sui costi totali al netto delle ripetizioni (9%).

15. Indice composito di performance della ROC

Codice	Indicatore	Obiettivo	Effettivo	Peso (da 0 a 1)
A2.1	% Pazienti nel tempo pre-GOM prestabilito (misura qualità del sistema sanitario regionale pre-GOM)	< 2 mesi >80%	58%	0.2
A2.2	% Pazienti nel tempo GOM1 prestabilito (misura qualità del GOM)	< 28 giorni >90 %	90%*	0.1
A2.3	% Pazienti nel tempo GOM2 (misura qualità dell'ospedale)	< 21 giorni >90%	66%	0.1
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	>90%	80%	0.1
A3.1	Patient satisfaction	Media punteggi complessiva superiore a 3	4,35	0.1
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	>70%	80%	0.1
B1.2	% Pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	>70%	72%	0.1
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	>90 %	90%*	0.1
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	< 10%	9,4%	0.1

* L'indicatore in oggetto supera la soglia prevista, considerando i decimali.

Per ogni indicatore è stata fornita dal Referente della ROC una valutazione in merito alla soglia ottimale da raggiungere e un peso, ovvero un valore in base al quale lo specifico indicatore sarà più o meno incidente nel calcolo del seguente indice composito di performance della ROC:

$$\sum_{i=1}^n X_i P_i = 7,7$$

Si tratta dunque di una media ponderata dei punteggi normalizzati calcolata in base ai pesi forniti dal Referente della Rete Oncologica.

Con X_i si intende il punteggio normalizzato di ciascun indicatore in base al minimo e al massimo dell'intervallo riferito a ciascuna scala di valutazione. È stato considerato il complemento a 100 per l'indicatore B2.2, il cui punteggio riflette significato opposto rispetto agli altri nella composizione dell'indice di performance.



Siccome sono stati presi in considerazione alcuni indicatori correlati tra loro (B1.1 e B1.2; B2.1 e B2.2), nel calcolo dell'indice composito di performance, il peso complessivo per ciascuna di queste coppie di indicatori è pari a 0.2.

16. Next steps

- Da Novembre 2020 ha avuto inizio la successiva fase di inserimento dei pazienti all'interno dei database del progetto ValPeROC che avrà conclusione al termine del mese di Marzo.
- Durante la seconda fase, il progetto estenderà la propria osservazione alla fase diagnostica del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del tumore alla prostata.
- L'osservazione sarà inoltre estesa ad ulteriore due strutture ospedaliere, ovvero le A.O.U. Vanvitelli e Federico II.
- Nella seconda fase saranno aggiunte nuove fonti informative con le quali sarà possibile accedere a ulteriori informazioni utili all'analisi.
- Il cruscotto di indicatori verrà progressivamente incrementato al fine di garantire una misurazione sempre più completa e adatta all'assistenza oncologica basata sul modello a rete.
- Nel mese di Aprile, al termine della rilevazione, si procederà a una successiva fase di analisi degli indicatori.