

con il patrocinio di:



Rete Oncologica Campana

Progetto «Val.Pe.ROC»

*Risultati della V Rilevazione
III Annualità*



L'evoluzione della ROC

Sandro Pignata
&
Attilio M Bianchi

Istituto Nazionale Tumori di Napoli
Coordinamento
Rete Oncologica Campana

LA RETE ONCOLOGICA CAMPANA NEGLI ANNI



Istituita con il decreto
n°98 del 20/09/2016

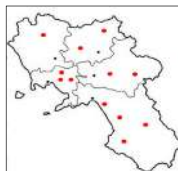
Network
CORP/CORPUS/ASL



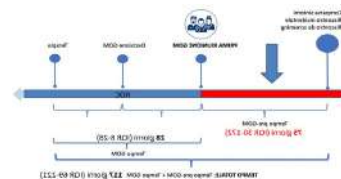
GOM aziendali



La piattaforma web
modulare della ROC



Le case di cura
accreditate nella ROC



I progetti della ROC

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

I servizi della piattaforma ROC

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

ROC
e prevenzione





I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive

I Cinque livelli di revisione dei PDTA della ROC



I LIVELLO: Primi estensori

- Componenti di varie specialità dai vari ospedali della regione

II LIVELLO: Referenti di Rete

- I referenti di rete delle 11 AO e ASL condividono con tutti gli specialisti interni

III LIVELLO: Medicina Generale

- Revisione dei PDTA dai MMG

IV LIVELLO: Società scientifiche

- Revisione dei referenti regionali di AIOM, CIPOMO

V LIVELLO: Associazione pazienti

- Revisione delle Associazioni pazienti: FAVO

I PDTA e i Documenti tecnici del 2023

31 PDTA di patologia



10 Documenti tecnici



3 PDTA di percorso



www.reteoncologiacampana.it



Nuovi 2024

PDTA

Timomi

Documenti tecnici

Tumori Oligometastatici

Tossicità immuno correlate

Salute dell'osso

Terapia con radioligandi



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive



GOM e visite Multidisciplinari

Oltre **660** GOM

2400 nuovi pazienti/mese discussi in
multidisciplinare (**70%**)

320 pazienti/mese nel privato accreditato in
GOM interaziendali con CORP/CORPUS

15 % dei pazienti inviati in ASL per continuità
(ADI, palliative etc)

Il monitoraggio dello stato di utilizzo della piattaforma al 09 Maggio 2024



	N° MMG	N° GOM	N° GOM INTER.	N° TOT. GOM	N° pazienti inviati dagli MMG	N° Pazienti inviati al Territorio	Nuovi pazienti inseriti	N° pazienti Case di cura accreditate
09 MAGGIO 2024	1082	214	447	661	+89 Tot 756	+600 Tot. 13.073	+4877 Tot. 85.939	+640 Tot 6399
09 MARZO 2024	1003	214	446	659	+86 Tot 667	+510 Tot. 12.473	+5422 Tot 81.062	+758 Tot 5759
09 GENNAIO 2024	947	214	446	659	+114 Tot 581	+513 Tot. 11.963	+4519 Tot 75.640	+700 Tot. 5001
09 NOVEMBRE 2023	882	213	446	659	+75 Tot 467	+615 Tot. 11.450	+ 4420 Tot 71.121	+742 Tot. 4301
09 SETTEMBRE 2023	682	213	444	657	+42 Tot 392	+504 Tot 10.835	+3170 Tot 66.701	+686 Tot. 3560
09 LUGLIO 2023	650	213	444	657	+67 Tot 350	+492 Tot 10.331	4504 Tot 63.530	+714 Tot. 2874
09 MAGGIO 2023	598	213	444	657	+62 Tot 283	+502 Tot 9839	+4171 Tot 59.026	+884 Tot 2160



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

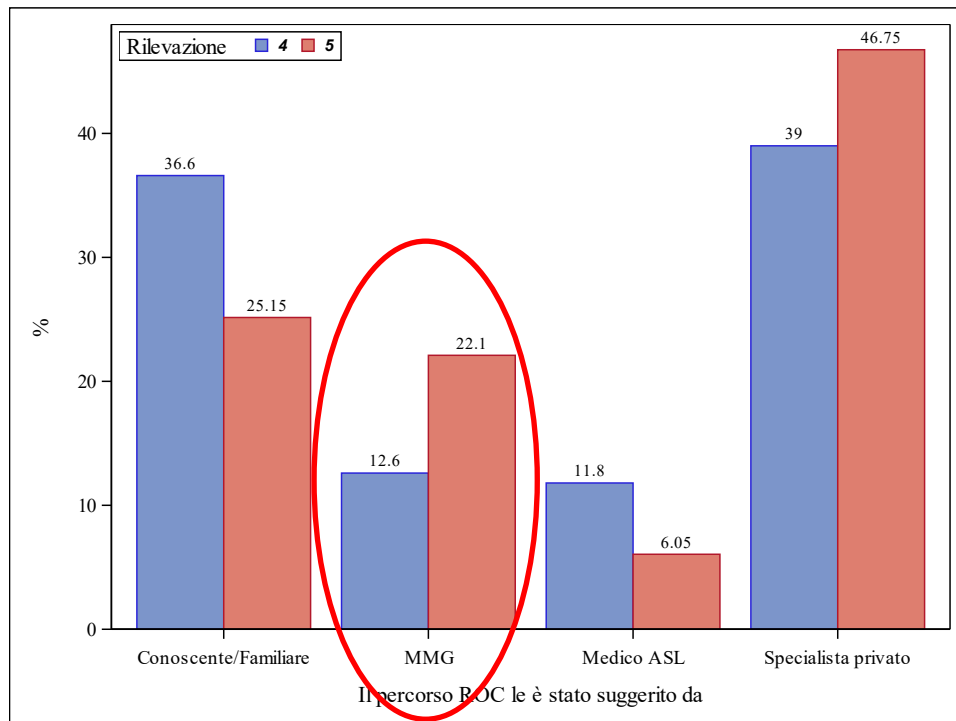
La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive

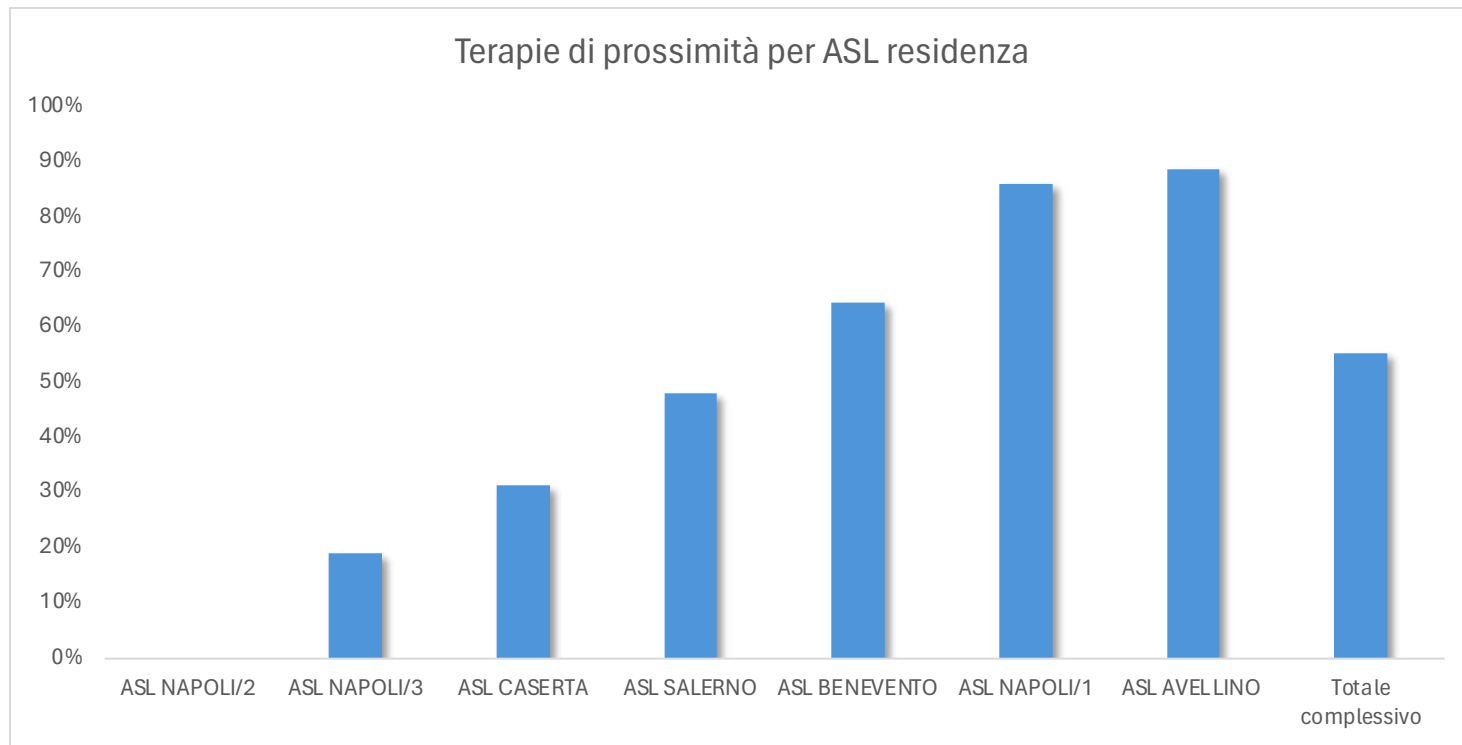


Da chi è stato suggerito il percorso in ROC



Nel confronto con la rilevazione IV si osserva un **aumento** di circa il **9.5%** del numero di MMG che hanno consigliato il percorso ROC

Dove si curano i pazienti ROC?





La medicina generale

1113 MMG con credenziali ROC (30% dei MMG della Regione)

20 nuovi pazienti settimana inviati ai GOM regionali e presi in carico in 7 giorni

8 incontri con MMG in ASL (*Megeroc*)

La medicina generale



ASL di Afferenza MMG	N° MMG in ROC	Popolazione Campana 2023
<i>ASL Avellino</i>	27	379342
<i>ASL Benevento</i>	83	252669
<i>ASL Caserta</i>	155	865579
<i>ASL Napoli 1 Centro</i>	253	865808
<i>ASL Napoli 2 Nord</i>	150	999920
<i>ASL Napoli 3 Sud</i>	206	991833
<i>ASL Salerno</i>	239	1015574
Totale	1113	5370725

CORSO ECM

Progetto MEGE-ROC:
interazione e integrazione
tra **M**edicina **G**enerale
e **R**ete **O**ncologica **C**ampana
per la presa in carico precoce
del paziente oncologico

10 Maggio 2024 | Paestum
Hotel Ariston Paestum
Via Laura, 13 - Capaccio-Paestum (SA)

Con il patrocinio di:



Inquadra qui
e scarica la guida
alla piattaforma R.O.C.



CORSO ECM

Progetto MEGE-ROC:
interazione e integrazione
tra **M**edicina **G**enerale
e **R**ete **O**ncologica **C**ampana
per la presa in carico precoce
del paziente oncologico

19 Aprile 2024 | Napoli
Sala Leonardo Bianchi ASL Napoli I centro
Colonna Capodichino 330 Napoli

Con il patrocinio di:



Inquadra qui
e scarica la guida
alla piattaforma R.O.C.



CORSO ECM

Progetto MEGE-ROC:
interazione e integrazione
tra **M**edicina **G**enerale
e **R**ete **O**ncologica **C**ampana
per la presa in carico precoce
del paziente oncologico

5 Aprile 2024 | Nola
Holiday Inn Nola - Napoli Vulcano Buono
Località Basciolungone, Nola (No)

Con il patrocinio di:



Inquadra qui
e scarica la guida
alla piattaforma R.O.C.



CORSO ECM

Progetto MEGE-ROC:
interazione e integrazione
tra **M**edicina **G**enerale
e **R**ete **O**ncologica **C**ampana
per la presa in carico precoce
del paziente oncologico

29 Settembre 2023 | Torre del Greco
Via Marconi, 66
Sala De Guevara - Presidio Bottazzi

Con il patrocinio di:



CORSO ECM

Progetto MEGE-ROC:
interazione e integrazione
tra **M**edicina **G**enerale
e **R**ete **O**ncologica **C**ampana
per la presa in carico precoce
del paziente oncologico

22 Settembre 2023 | Caserta
Via Brancaccio, 10 - Sala Conferenze
dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri di Caserta

Con il patrocinio di:



CORSO ECM

Progetto MEGE-ROC:
interazione e integrazione
tra **M**edicina **G**enerale
e **R**ete **O**ncologica **C**ampana
per la presa in carico precoce
del paziente oncologico

19 Ottobre 2023 | Salerno
Via Santi Martiri Salernitani, 31
Ordine dei Medici e degli Odontoiatri
della provincia di Salerno

Con il patrocinio di:



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive



Innovazione

1094 test genomici mammella con accesso a tutta la regione e 30 % chemioterapie evitate
Oltre **2000** consulenze genetiche anno per tumori ereditari in 6 GOM ereditari
Gestione test colangiocarcinoma



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive

Mobilità passiva



	2022	2018
Lombardia	5.511.000	7.617.042
Lazio	7.660.189	7.810.929
Toscana	2.273.000	2.903.925
Puglia	1.844.157	2.374.733
Veneto	3.067.000	4.408.596
Molise	3.034.508	2.616.381
Emilia Romagna	1.590.532	1.216.973
Piemonte	559.000	701.883
Altro	1.562.808	4.045.000
Spesa	27.102.094	32.600.479
Ricoveri	3300	4051

-20%

Lotta alla frammentazione: Interventi per TM della mammella anno 2022



	Casi	Totale strutture
Casi attesi in Campania	4062	
Interventi sui casi residenti in Campania	4425	
Casi operati in CAMPANIA	4031 (di cui 76 non residenti)	62
In strutture abilitate nella ROC	3882	45
- nel target DGRC 272/2022 ≥ 120	3096 (79.8%)	14
In strutture non abilitate nella ROC	149	18
In strutture fuori regione	470	

Lotta alla frammentazione: Interventi per TM del polmone anno 2022



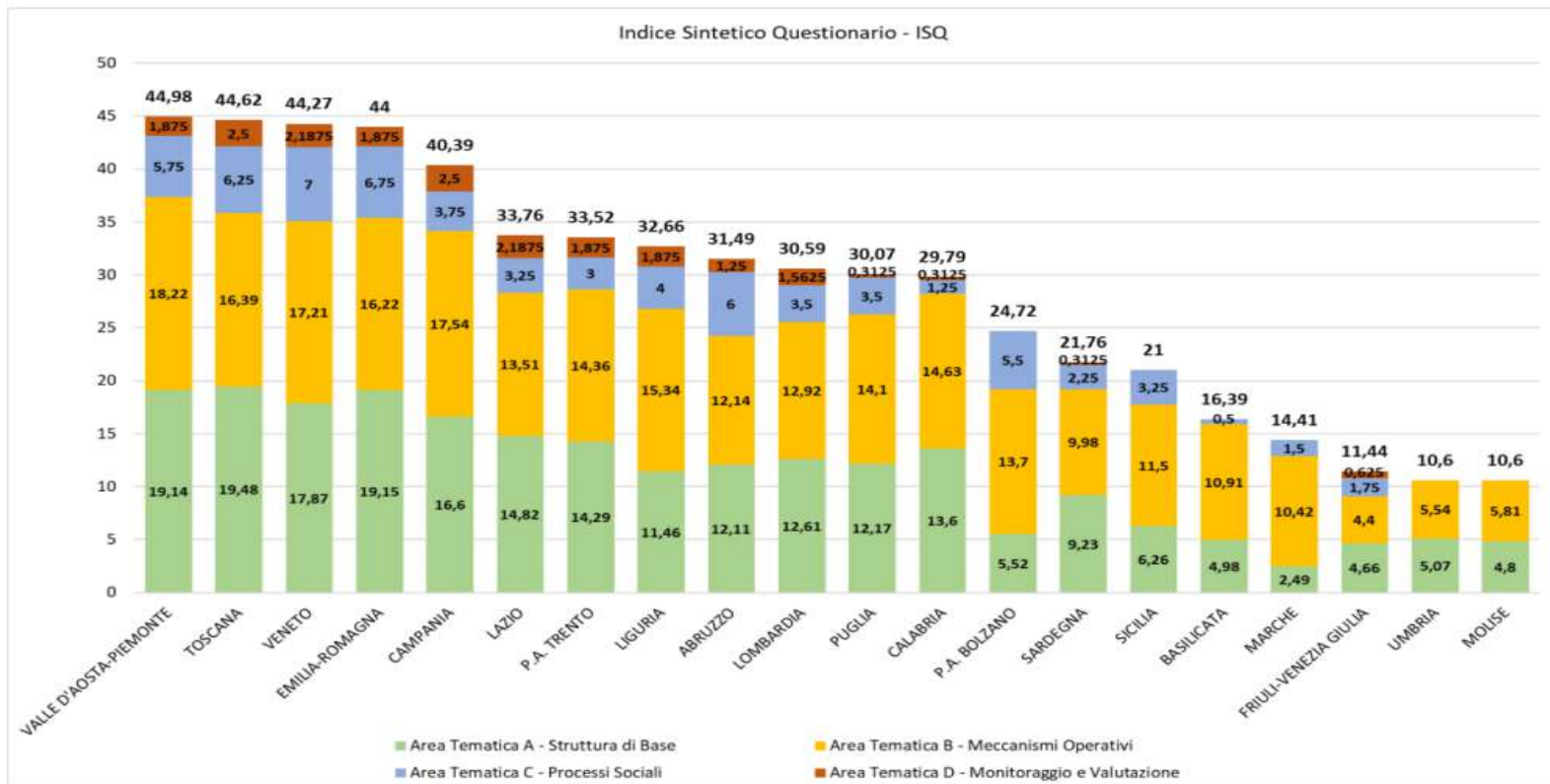
	Casi	Totale strutture
Casi attesi in Campania	4148	
Interventi sui residenti in Campania	990	
Casi operati in CAMPANIA	795 (di cui 32 non residenti)	13
In strutture abilitate nella ROC	756	11
- nel target DGRC 272/2022 ≥ 80	630 (83,3%)	4
In strutture non abilitate nella ROC	39	3
In strutture fuori regione	227	



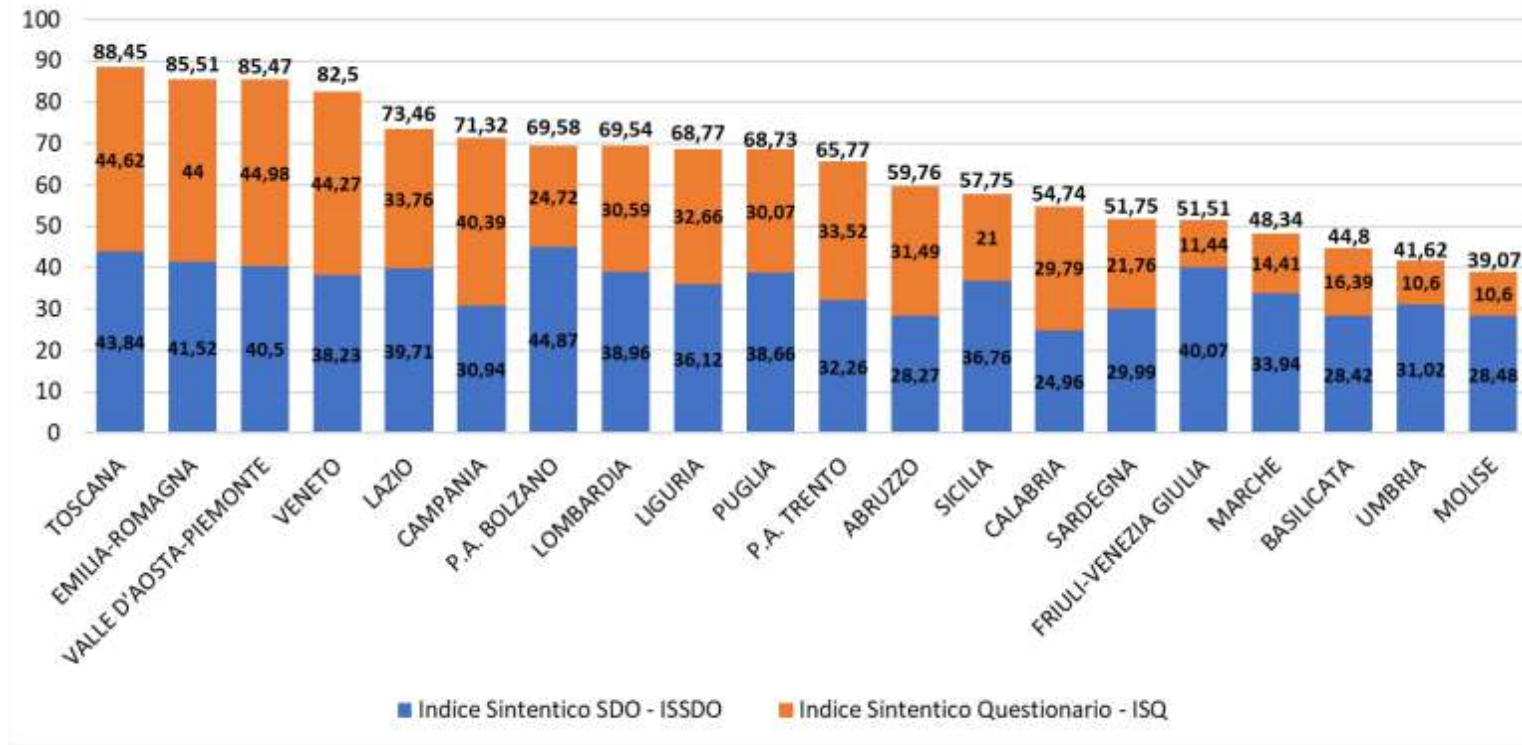
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**Quinta Indagine Nazionale sullo stato di
attuazione delle Reti Oncologiche Regionali
Rapporto 2023
13/12/2023**

Monitoraggio Agenas– Indice Sintetico Questionario (ISQ)



Indice sintetico complessivo di valutazione - ISCO



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

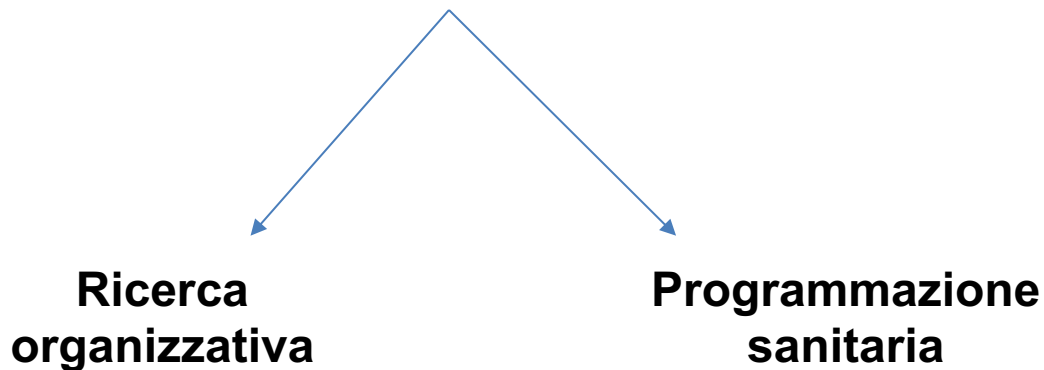
Le prospettive

L'importanza della ricerca nelle Reti Oncologiche



Le Reti Oncologiche rappresentano una opportunità importante per la ricerca

Valutazioni *real life* delle strategie terapeutiche



Lo studio ONCOCAMP



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

Lo studio è stato **approvato da tutti i CE territoriali**

Tutti i centri coinvolti hanno **stipulato e firmato una convenzione** con il promotore

Programmata in data **11/06/2024** la prima riunione dello Steering Committee



I numeri ROC



PDTA

GOM e visite Multidisciplinari

La Medicina Generale

L'innovazione

La mobilità passiva

La ricerca nella ROC

Le prospettive



Le prospettive

Il nostro modello adottato da 3 regioni con la nostra piattaforma (**Sicilia, Basilicata, Lazio**)

Percorso GOM nel CUP regionale

Un nuovo modulo della piattaforma (**CICERO**) connette GOM, MMG e distretti ASL per la piena attuazione del DM 71 (modulo in attivazione presso l'ASL di Caserta)

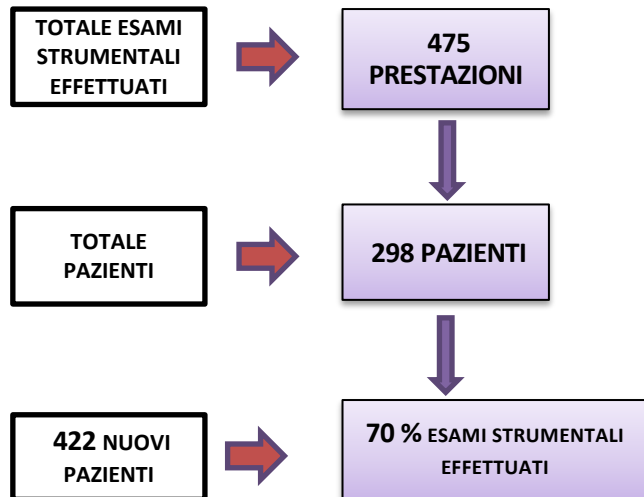
Prevenzione e One Health: screening, nutrizione, attività fisica

PERCORSO GOM- INT PASCALE



NUOVE SCHEDE GOM APRILE 2024

GOM	CASI DISCUSSI MARZO 2024
Melanoma Cutaneo-Mucose	48
Tumore Cervice	6
Tumore Mammella	55
Carcinoma Ovaio	14
Pancreas esocrino	6
Tumore Polmone	12
Tumore Prostata	22
Tumore Rene	9
Carcinoma Stomaco	10
Tumore Testicolo	3
Tumore Vescica	18
Tumore Endometrio	11
Tumore Sarcomi	16
Tumore Epatok	7
Tumore Testa-Collo	24
Tumore NET	6
Tumore SNC	0
Tumore Cutaneo- non melanoma	19
Tumore Eredo-familiari	66
Tumore Colon	15
Tumore Retto	22
Colangiocarcinoma	9
Tiroide	24
Mesotelioma	0
Melanoma Coroidale	0
Vulva	0
TOTALE	422



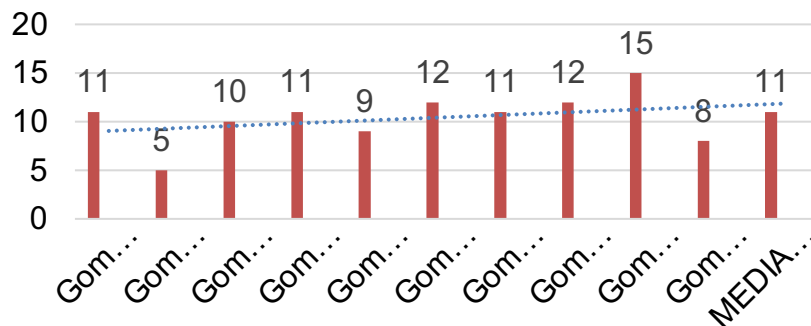


MEDIA TOTALE TEMPI DI ATTESA

GOM H	MEDIA ATTESA SINGOLO GOM
TIROIDE	5 GG
TESTA COLLO	10 GG
MAMMELLA	11 GG
SARCOMA	17 GG
MELANOMA	11 GG
GINECOLOGIA	12 GG
UROLOGIA	11 GG
POLMONE	15 GG
COLON RETTO	9 GG
STOMACO	12 GG
COLANGIOK	8 GG

MEDIA TOTALE TEMPI ATTESA	11 GG
----------------------------------	--------------

MEDIA ATTESA SINGOLA E TOTALE





PERCORSO DIAGNOSTICO GOM -CUP REGIONALE

Si auspica che nel CUP regionale saranno presenti posti per la diagnostica riservati ai pazienti entrati nel percorso dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM).

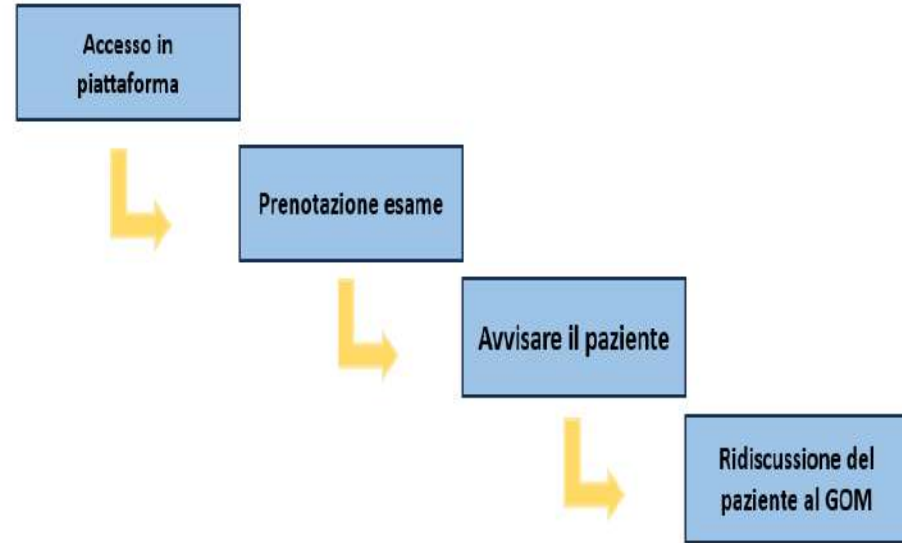
Le agende si chiameranno “PERCORSO GOM”





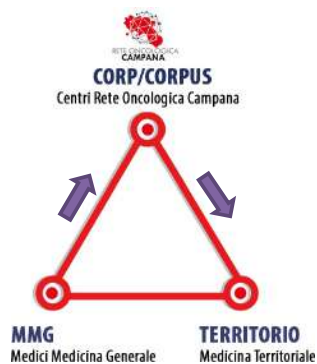
Modalità operative

1. Il **Case Manager** accede alla piattaforma CUP utilizzando **credenziali** fornite
2. **Ricerca del paziente** tramite Codice Fiscale
3. Il Case Manager procede alla **prenotazione** dell'es: diagnostico allegando **l'impegnativa medica**. *(Se non è possibile rispettare i tempi indicati dal PDTA presso la propria struttura Case Manager verifica la disponibilità e prenota l'esame presso struttura sanitaria più vicina al domicilio del paziente)*
4. Il Case Manager riceve una conferma della prenotazione contenente i **dettagli dell'appuntamento**, l'ubicazione della struttura e le istruzioni per il paziente
5. Il Case Manager **monitora** lo stato della prenotazione: il paziente viene sottoposto all'esame nella data concordata
6. Il case manager **recupera** il referto dell'esame e aggiorna la scheda GOM per la successiva discussione multidisciplinare

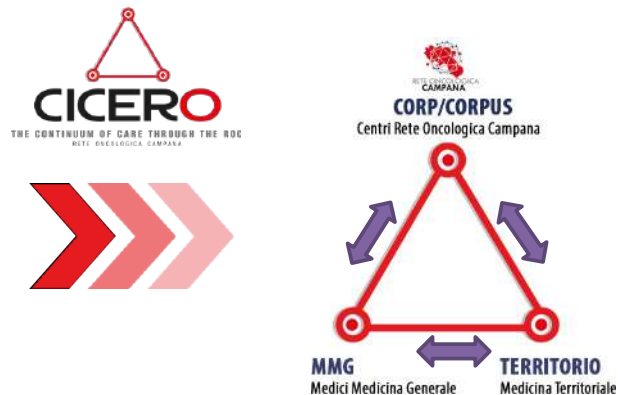




La ROC oggi



La ROC domani





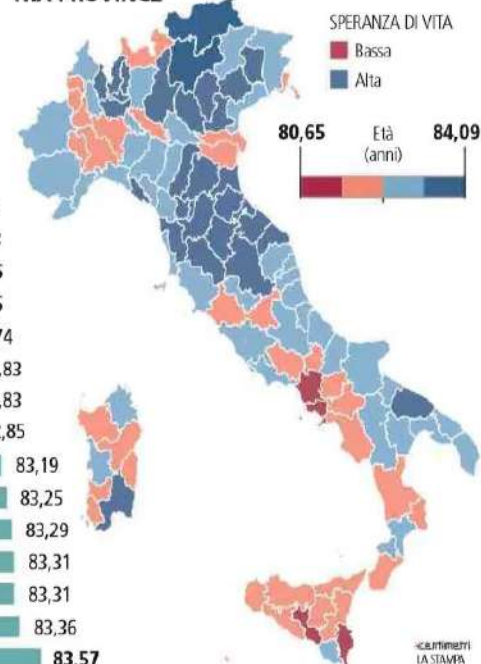
Basta organizzare meglio il percorso dei pazienti oncologici per ridurre la mortalità???



LA SPERANZA DI VITA NELLE REGIONI ITALIANE (dati 2016)



CONFRONTO TRA PROVINCE



L'impatto dell'obesit  in Italia

1 Generale:



ADULTI (18+):
Sono oltre 22 milioni le persone in eccesso di peso, ovvero circa il 46% della popolazione di cui:
- quasi 18 milioni in sovrappeso (35,5%)
- oltre 5 milioni (10,5%) in condizione di obesit 

BAMBINI/ADOLESCENTI (6-17 anni):
Sono circa 1 milione e 700 mila in eccesso di peso, ovvero il 24,2% della popolazione.*

2 Differenze di genere

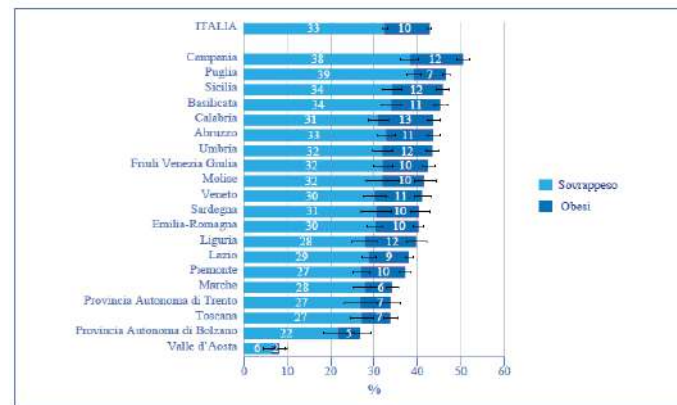
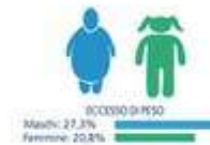
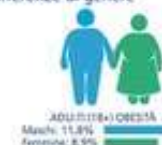


Figura 2 - Sovrappeso e obesit  fra gli adulti di 18-69 anni per Regione di residenza. Prevalenze medie annue standardizzate per et  e relativi intervalli di confidenza al 95%. PASSI 2020-2021

ROC: COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE



Sito Web della
Rete Oncologica Campana
www.reteoncologicacampana.it

NutriDesk attività di divulgazione sulla
prevenzione rivolto ai pazienti, familiari e
caregivers nei centri della ROC

Prevenzione in pillole: video informativi nelle
stazioni della metropolitana di Napoli





**Grazie a tutti coloro che
permettono al progetto
ValPeROC di proseguire**

Istituto Nazionale Tumori «Fondazione G. Pascale»

Università Parthenope

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giuseppe Moscati

Ospedale 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

Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano

Azienda Ospedaliera San Pio

Clinica mediterranea

Sanatrix

Santa Lucia

Villa Julie

Il gruppo ValPeROC



Centro	Referente Aziendale	Case Manager
INT Pascale	Sandro Pignata	Francesco Auriemma Giuseppina Canciello Gelsomina Iovane Rossella Noce Rosaria Grimaldi Lucia Formisano Simona Damiano Amalia Illiano Giovanna Migliore
AO San Giuseppe Moscati	Cesare Gridelli	Antonio Aquino Valeria Gaeta Claudia Bonito Stefania Landi
AO Sant'Anna e San Sebastiano	Michele Orditura	Marisa Vitale Maria Cappabianca
AO San Pio	Antonio M. Grimaldi	Giuseppina Celella Giovanni Tommaselli
Ruggi d'Aragona	Stefano Pepe	Marilena Rescigno Maria Pia Rambaldo Angelina Napolentano Serena D'Andria
AOU "Luigi Vanvitelli"	Fortunato Ciardiello	Maria Mirto Vincenzo Famiglietti Lucia Esposito Giorgio Esposito
AOU Federico II	Sabino De Placido Roberto Bianco	Vitanantonio De Leo Genni Paradiso
AO– Ospedale dei Colli	Vincenzo Montesarchio	Mariarosa Palomba Aniello Avellino Silvia Bianco Ivana Caperice
Ospedale del Mare	Bruno Daniele	Anna Perna Enrico D'Auria Giovanni Neri
Clinica mediterranea	Antonio Nocerino	Angelo Maione
Sanatrix	Maurizio De Palma Ciro Perone	Maria Chiara Lanza Assunta Vivienzo Carmela Iapicca
Santa Lucia	Gennaro Limite	Isabella Buonauro
Villa Julie	Giuseppe Molinaro Luca Covotta	Maria Rosaria Acierno Aurelia Di Nardo
Informatici ROC	Rocco Saviano Domenico Daniele Pasquale Vitale	



Laboratorio di Ricerca VIMASS

Valore, Innovazione, Management, Accesso nei Sistemi Sanitari



Obiettivi:

- ◆ Creare valore per il territorio e per i suoi stakeholder
- ◆ Produrre conoscenza e formare nuove risorse umane in management sanitario
- ◆ Costruire un ecosistema knowledge-centered

Alcuni Temi Di Ricerca:

- ◆ Valutazione delle Performance e Pianificazione Strategica
- ◆ Project Management
- ◆ Sanità Digitale
- ◆ Modelli di Business e Creazione di Valore
- ◆ Stakeholder Management & Accesso
- ◆ Analisi settoriali (es. Progetto «Radioterapia Oncologica in Campania»)
- ◆ Assistenza e continuità territoriale (es. Progetto «MASTER»)
- ◆ Knowledge management e Referral (es. Progetto «LINK»)
- ◆ Valutazione di Indicatori e Referral (es. Progetto «PJCar-T»)



«Val.Pe.ROC»

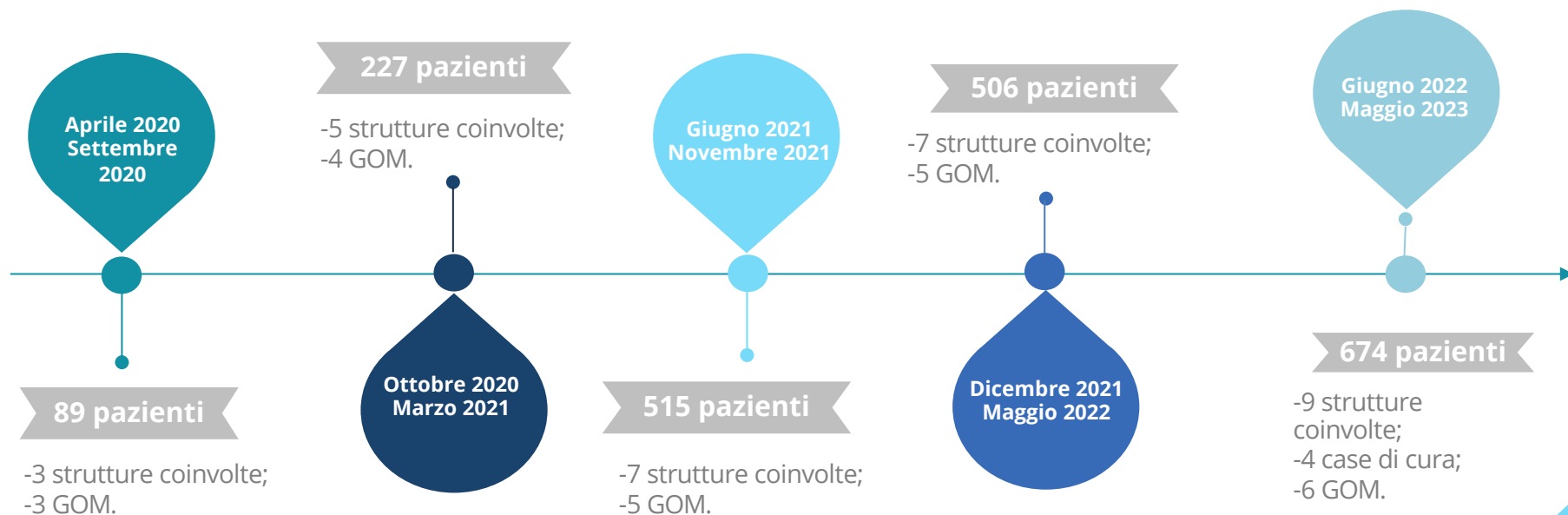
La Valutazione del Percorso della Rete Oncologica Campana

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 V Rilevazione



- ◆ 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.

9 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**

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

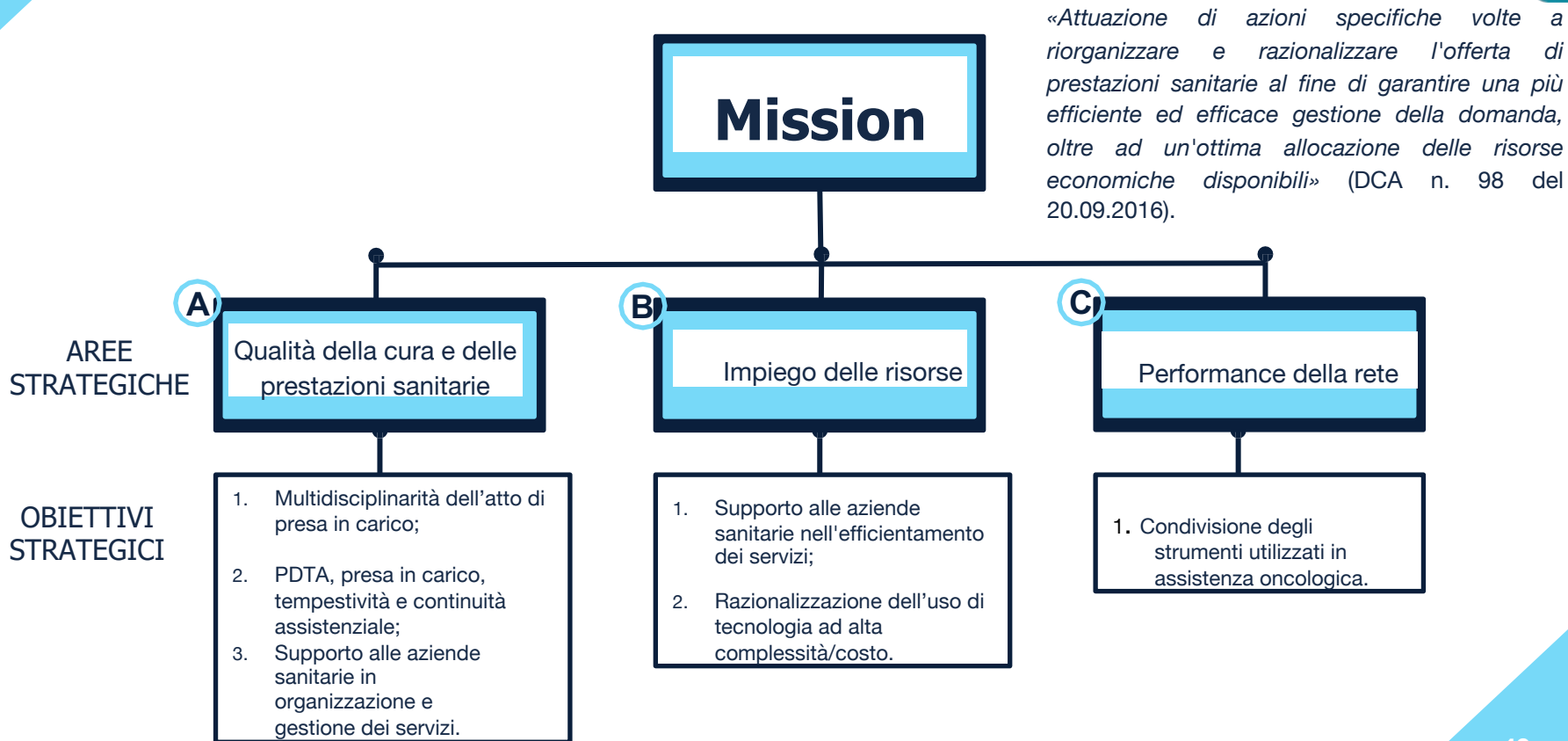
I KPI della ROC

Prof. Francesco Schiavone
francesco.schiavone@uniparthenope.it

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



Albero della performance



Indice



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

Disegno del campionamento V Rilevazione



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 **6795** nuovi pazienti oncologici nella V (Giugno 2022-Maggio 2023) rilevazione annuale per i 6 GOM e le 9 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 **552** pazienti:

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

N= 6795 (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 V Rilevazione



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

Disegno del campionamento V Rilevazione



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 (settembre 2022 - ottobre 2023)*, analizzando un totale di **124** casi.

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

*il diverso intervallo temporale è giustificato dall'ingresso in *Rete* delle case di cura a settembre 2022.

Disegno del campionamento V Rilevazione



- ◆ **Popolazione:** 6795 pazienti inseriti in piattaforma per i GOM e le strutture oggetto d'esame nel periodo di riferimento giugno 2022– maggio 2023.

- ◆ **Campioni e fonti informative:**
 - **552** 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.

 - **284** pazienti contattati tramite interviste telefoniche e raccolta delle informazioni socio-demografiche e sui livelli di soddisfazione tramite scheda di rilevazione digitale;

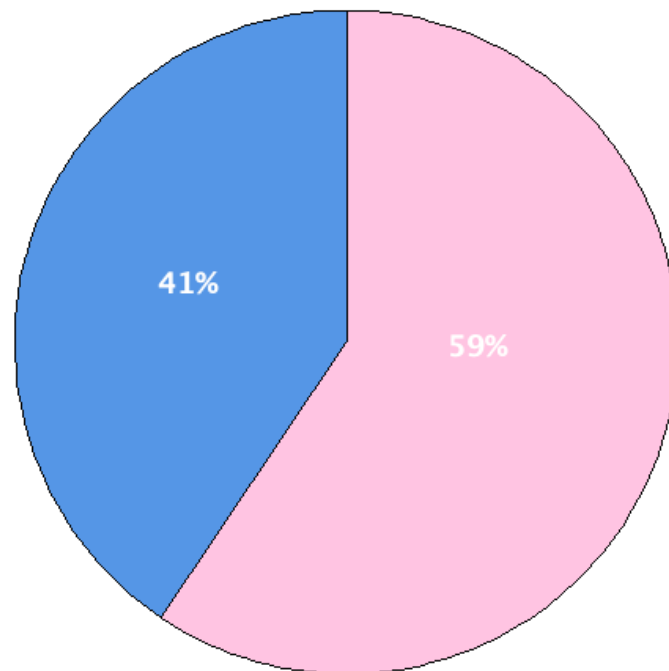
 - **124** presi in carico dalle 4 case di cura coinvolte per i quali i case manager hanno raccolto le informazioni riferite alle cartelle cliniche tramite scheda ROC digitale compilata dai case-manager.

Disegno del campionamento V Rilevazione



Genere

Genere



Sesso

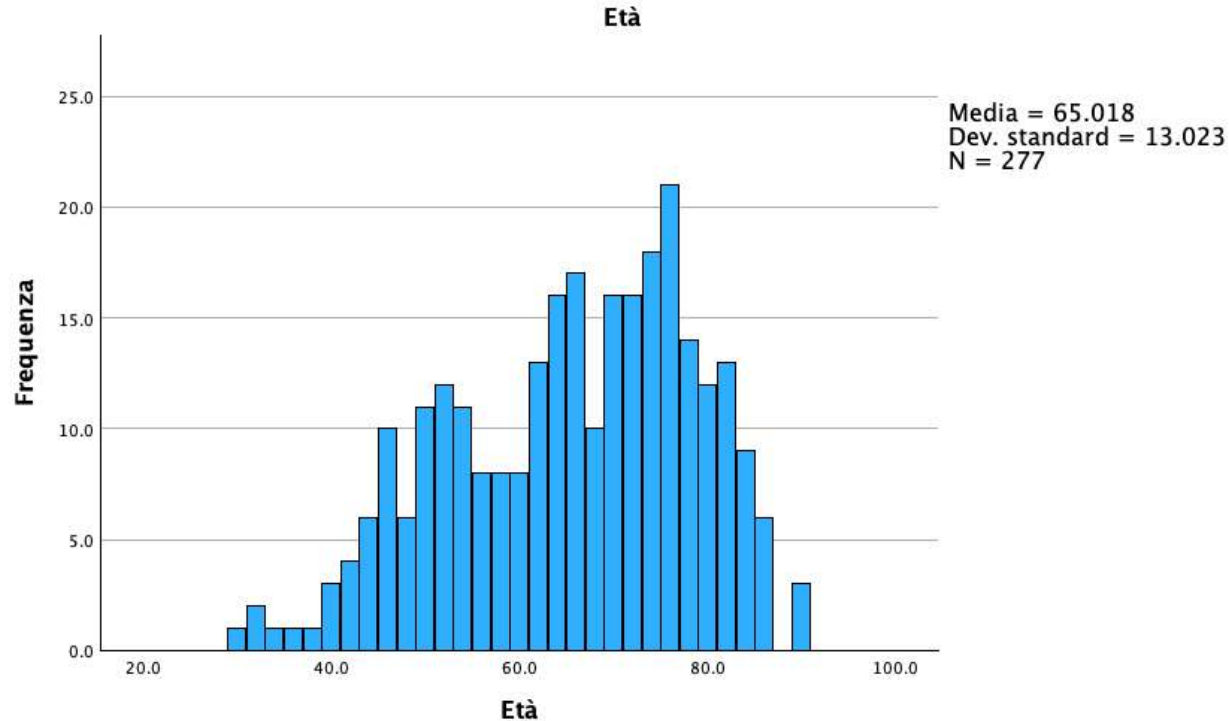
Femmina

Maschio

Disegno del campionamento V Rilevazione



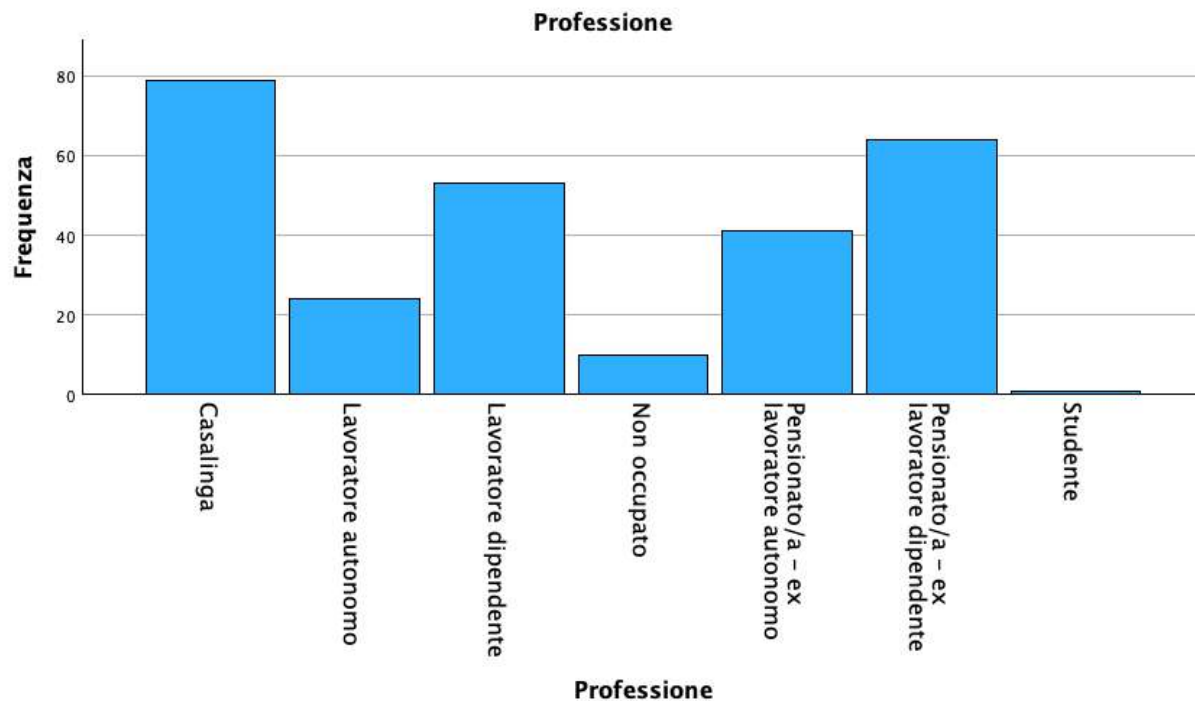
Età





Disegno del campionamento V Rilevazione

Professione

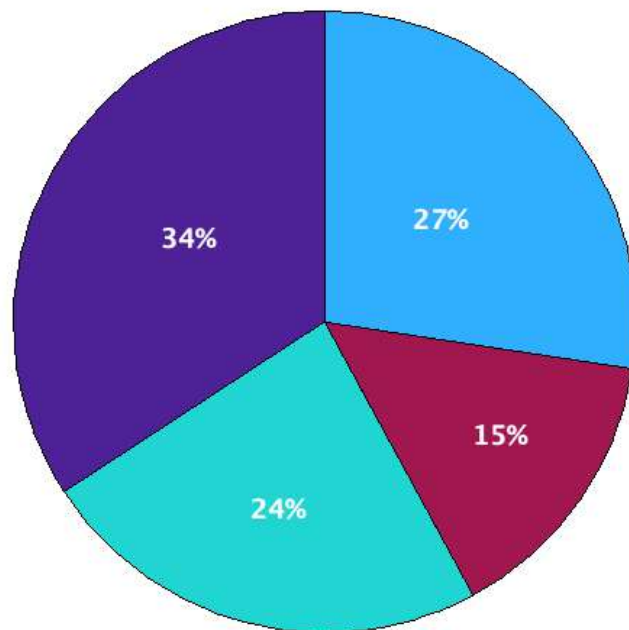


Disegno del campionamento V Rilevazione



Titolo di Studio

Titolo di Studio



TitoloDiStudio

- Diploma di scuola media superiore
- Laurea
- Licenza elementare
- Licenza media

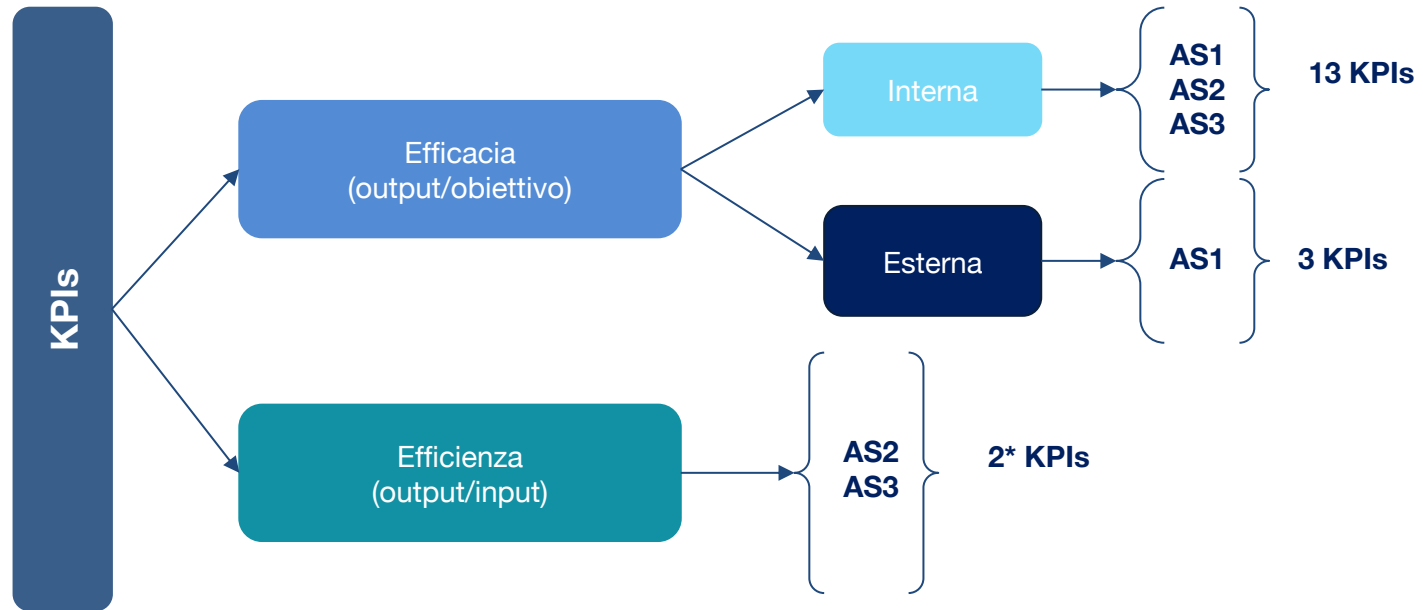


La Performance della V Rilevazione

- **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>

Confronto IV e V Rilevazione (GOM e strutture equivalenti)

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV rilevazione	Effettivo V rilevazione	Scostamento (Δ)
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	> 0,5	0,05	0,60	1	0,40
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...)	1-7 Likert	> 4	0,025	4	4	0
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	36%	51%	0,15
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	> 90%	0,05	74%	72%	-0,02
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	> 90%	0,025	78%	79%	0,01

Confronto IV e V Rilevazione (GOM e strutture equivalenti)

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV rilevazione	Effettivo V rilevazione	Scostamento (Δ)
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	> 90%	0,05	95%	77%	-0,18
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%	1%	0,01
A3.1	Patient satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	3,90	4	0,10
A3.2	Patient satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4	4	0
A3.3	Patient satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	> 3	0,0017	4	4	0

Confronto IV e V Rilevazione (GOM e strutture equivalenti)

Area strategica II: Impiego delle risorse



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo IV rilevazione	Effettivo V rilevazione	Scostamento (Δ)
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	> 70%	0,05	45%	89%	0,44
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	75%	83%	0,08
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,05	98%	93%	-0,05
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	0-100%	< 10%	0,05	4%	20%	0,16
B2.3	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	< 30%	0,1	14%	15%	0,01

Performance V Rilevazione: Focus strutture pubbliche

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	> 0,5	0,05	0,95
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...)	1-7 Likert	> 4	0,025	3
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	56%
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	> 90%	0,05	80%
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	> 90%	0,025	75%

Performance V Rilevazione: Focus strutture pubbliche

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	> 90%	0,05	81%
A2.5	% di pazienti che per propria volontà sceglie di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso altra struttura esterna alla ROC	0-100%	<5%	0,025	1%
A3.1	Patient satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4
A3.2	Patient satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4
A3.3	Patient satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	> 3	0,0017	4

Performance V Rilevazione: Focus strutture pubbliche

Area strategica II: Impiego delle risorse



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione
B1.1	% Esami in percorso diagnostico GOM effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	> 70%	0,05	89%
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	83%
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,05	95%
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	0-100%	< 10%	0,05	14%
B2.3	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	< 30%	0,1	15%



Performance V Rilevazione

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione	Efficacia
A1.1	Eterogeneità delle professioni nell'Extended TEAM dei GOM	0-1	> 0,5	0,05	0,93	0,86
A1.2	Grado di coinvolgimento nel GOM di figure di supporto (psico-oncologia, nutrizione ecc...)	1-7 Likert	> 4	0,025	3	-0,27
A2.1	% Pazienti visitati nel Tempo pre-GOM prestabilito, da sintomo o riscontro occasionale a visita GOM (qualità del sistema sanitario regionale pre-GOM)	0-100%	> 80%	0,1	58%	-0,28
A2.2	% Pazienti valutati nel Tempo GOM1 prestabilito, da visita a decisione terapeutica (qualità del GOM)	0-100%	> 90%	0,05	82%	-0,10
A2.3	% Pazienti trattati nel Tempo GOM2 prestabilito, da decisione terapeutica a trattamento (qualità dell'ospedale)	0-100%	> 90%	0,025	77%	-0,15



Performance V Rilevazione

Area strategica I: Qualità della cura e delle prestazioni sanitarie

Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione	Efficacia
A2.4	% esami previsti dal PDTA (misura dell'appropriatezza)	0-100%	> 90%	0,05	83%	-0,09
A2.5	% di pazienti che per propria volontà sceglie di ricevere la somministrazione dell'atto terapeutico presso altra struttura esterna alla ROC	0-100%	<5%	0,025	1%	0,80
A3.1	Patient satisfaction: <i>Accessibilità e tempi di attesa della ROC</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4,11	0,33
A3.2	Patient satisfaction: <i>Qualità dell'assistenza medica</i>	1-5 Likert	> 3	0,0017	4,34	0,40
A3.3	Patient satisfaction: <i>Caratteristiche complementari del servizio</i> (calcolata su 290 pazienti)	1-5 Likert	> 3	0,0017	4,38	0,41

Indicatore composito di performance AS1: 4,67

Performance V Rilevazione

Area strategica II: Impiego delle risorse



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione	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	89%	0,26
B1.2	% Pazienti in percorso GOM con esami diagnostici effettuati internamente nella struttura ospedaliera del GOM (misura internalizzazione GOM e Ospedale)	0-100%	> 70%	0,05	84%	0,18
B1.3	Efficienza del lavoro	0-max*	150	0,1	288*	0,52

*valore calcolato su popolazione ROC
Popolazione ValPeROC: 114 pz per case manager nel periodo di riferimento

Performance V Rilevazione

Area strategica II: Impiego delle risorse



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione	Efficacia
B2.1	% Esami diagnostici effettuati in pre-GOM e non ripetuti in GOM (misura qualità sistema sanitario regionale)	0-100%	> 90%	0,05	95%	0,05
B2.2	% Costi per esami diagnostici eseguiti pre-GOM in struttura pubblica o convenzionata e ripetuti in GOM	0-100%	< 10%	0,05	12%	-0,33
B2.3	% costi per esami diagnostici inappropriati	0-100%	< 30%	0,1	14%	0,52

Indicatore composito di performance AS2: 3,40

Performance V Rilevazione

Area strategica III: Performance della rete



Codice	Indicatore	Metrica	Obiettivo	Peso	Effettivo V rilevazione	Efficacia
C1.1	% di MMG campani con credenziali di accesso alla Piattaforma ROC	0-100%	> 10%	0,1	16%	0,47
C1.2	% pazienti inviati in Piattaforma ROC dai MMG	0-100%	> 5%	0,1	34%	5,68

Indicatore composito di performance per AS3: 0,50



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.

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

$N = 18$ (numerosità indicatori effettivi)

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

Conclusioni & Takeaways



- ◆ La ROC conferma la sua **adeguatezza** ottenendo una performance complessiva **molto buona**, migliorata rispetto alla precedente rilevazione.
- ◆ Il tempo «**pre-gom**» in miglioramento anche se lontano dall'obiettivo.
- ◆ I **Case Manager** dimostrano ancora di essere il cuore pulsante della ROC: tanto lavoro e dedizione, più di quanto atteso dalle Istituzioni; necessità di diminuire il «sovraccarico» con più risorse.
- ◆ **Pazienti ancora soddisfatti**...e ospedali extra-regionali non rimborsati!
- ◆ **MMG** sempre più integrati nella ROC. Spazio per nuove strategie di coinvolgimento?
- ◆ **Next steps:** nuovo albero delle performance in funzione della nuova Delibera Regionale sulla Governance ROC (Marzo '23); Nuovi KPI; Consolidamento della ricerca sulle case di cura accreditate.

Grazie per l'attenzione!

Prof. Francesco Schiavone
francesco.schiavone@uniparthenope.it

Si ringrazia per il contributo non condizionato



VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI

La tossicità finanziaria nella ROC

Francesco Perrone

Istituto Nazionale Tumori di Napoli

Presidente AIOM



Disclosure of conflicts of interest (2021-2023)

- ◆ Advisory activities:
- ◆ Eli Lilly, Astrazeneca, Boehringer Ingelheim, Pfizer, Glaxo, Bristol, Menarini, Roche.
- ◆ Institutional financial interests, for financial support to research activities:
- ◆ Bayer, Sutro Biopharmaceuticals, Exelisis, MSD, Incyte Corporation, Boehringer-Ingelheim, Aileron Therapeutics, K-Group Beta, Janssen Cilag, Roche, Kartos Therapeutics, HiFiBiO, Gilead Sciences, AstraZeneca, Byondis B.V, Relay Therapeutics
- ◆ President of AIOM

Agenda



- ◆ Che cosa è la tossicità finanziaria
- ◆ Lo strumento di misura PROFFIT
- ◆ I dati della ROC



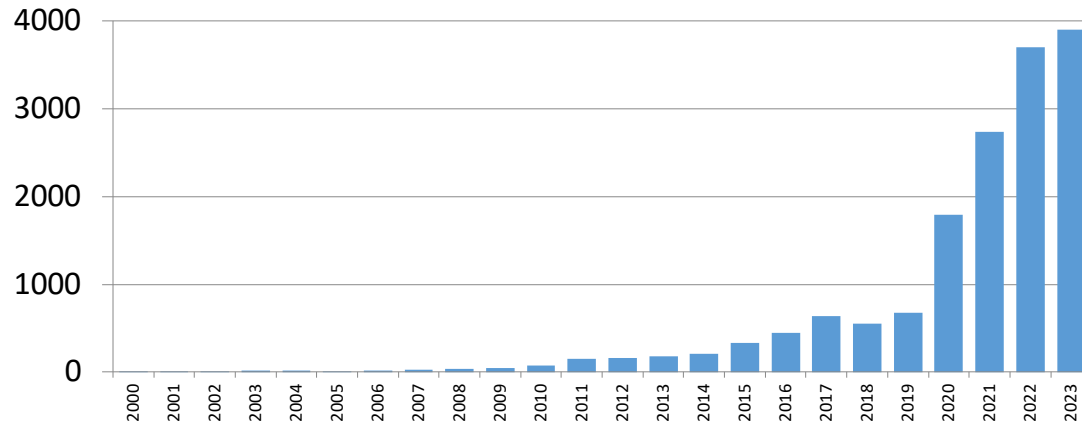
National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information



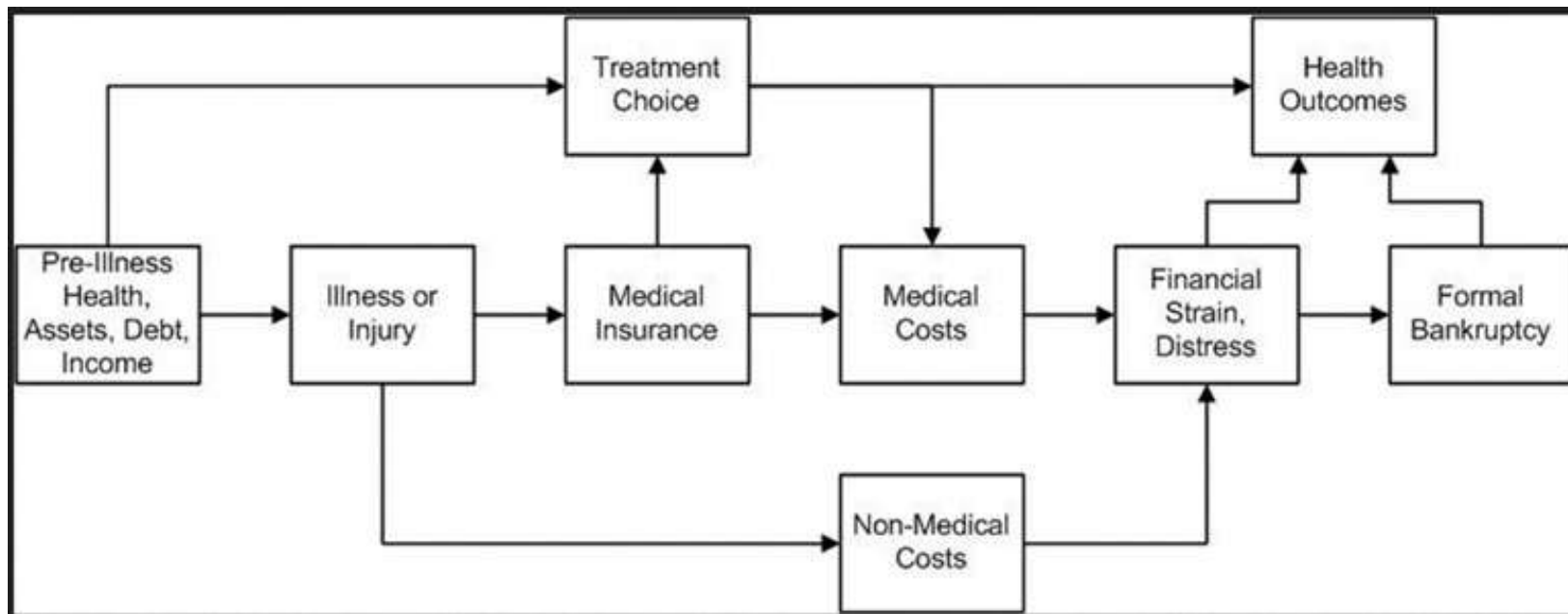
((financial toxicity) OR (financial hardship)) AND (cancer)



[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)



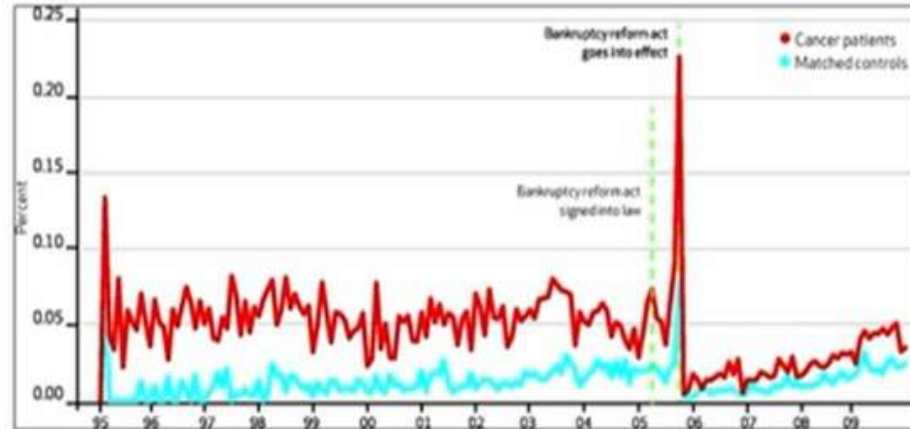
II PDQ – physician data query





Cancer and Bankruptcy

- Linked SEER and bankruptcy data in Washington State, 1995 - 2009
- Cancer patients 2.65X more likely to file for bankruptcy



Ramsey et al. Health Aff 2013

SLIDES ARE THE PROPERTY OF THE AUTHOR. PERMISSION REQUIRED FOR REUSE.

PRESENTED AT

ASCO Annual Meeting



PROFFIT
PATIENT
REPORTED
OUTCOME FOR
FIGHTING
FINANCIAL
TOXICITY
OF CANCER



Financial Insolvency as a Risk Factor for Early Mortality Among Patients With Cancer

Scott D. Ramsey, Aasthaa Bansal, Catherine R. Fedorenko, David K. Blough, Karen A. Overstreet,
 Veena Shankaran, and Polly Newcomb

Table 3. Bankruptcy Impact on All-Cause Mortality in the Propensity Score Matched Sample

Cancer Type	No. at Risk	No. of Deaths	HR	95% CI	P
Overall	17,021	2,026	1.79	1.64 to 1.96	< .001
Breast	3,788	280	1.48	1.15 to 1.91	.003
Lung	958	350	1.55	1.22 to 1.98	< .001
Melanoma	1,197	51	1.50	0.83 to 2.72	.179
Thyroid	952	23	1.71	0.69 to 4.27	.249
Prostate	2,365	214	2.07	1.56 to 2.74	< .001
Leukemia/lymphoma	1,792	254	1.22	0.93 to 1.61	.146
Uterine	739	42	1.09	0.55 to 2.16	.795
Colorectal	1,430	217	2.47	1.85 to 3.31	< .001
Other	3,800	595	1.49	1.25 to 1.78	< .001

Abbreviation: HR, hazard ratio.





Hazard ratio of death

US: 1.79



Chiaramente, il
costo dei farmaci
anticancro gioca un
ruolo importante
negli Stati Uniti

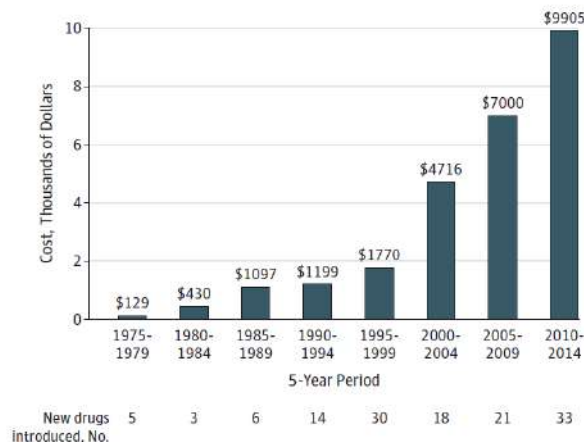


EDITORIAL

Perspectives on Cost and Value in Cancer Care

Leonard B. Saltz, MD

Figure. Cancer Drugs Hit Market at Ever-Higher Prices



JAMA Oncology Published online October 22, 2015



Ma, in Italia...



- ◆ Grazie al SSN nessuno paga per i farmaci anticancro
- ◆ Quindi non dovremmo avere problemi...
- ◆ In ogni caso, stimolati dalla letteratura, siamo andati a vedere...



User Beware: We Need More Science
and Less Art When Measuring
Financial Toxicity in Oncology

*Jonas A. de Souza, Bonnie Yap, Mark J. Ratain,
and Christopher Daugherty*
The University of Chicago, Chicago, IL

Although not referenced by Khera,¹ we would like to point out that there are instruments that have been described for use in measuring financial burden in cancer care. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire,⁶ a prominent health-related quality-of-life instrument developed in 1993, has long included one item that attempts to qualitatively assess the financial impact of disease on a patient's quality of life ("Has your physical condition or medical treatment caused you financial difficulties?"). Similarly, the Financial Well-





The association of financial difficulties with clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy[†]

F. Perrone^{1*}, C. Jommi², M. Di Maio^{1,†}, A. Gimigliano¹, C. Gridelli³, S. Pignata⁴, F. Ciardiello⁵, F. Nuzzo⁶, A. de Matteis⁶, L. Del Mastro⁷, J. Bryce¹, G. Daniele¹, A. Morabito⁸, M. C. Piccirillo¹, G. Rocco⁹, L. Guizzaro^{10,11} & C. Gallo¹¹

EORTC C30 - domanda #28

Durante gli ultimi sette giorni, le Sue condizioni fisiche o il Suo trattamento medico Le hanno causato difficoltà finanziarie?

No	Un po'	Parecchio	Moltissimo
1	2	3	4



Trial	Published in, year	Type of tumor	Setting	# pts
1. BREAST-10	BMC cancer, 2011	Breast	Advanced	126
2. CAPPA-2	Lung Cancer, 2013	NSCLC	Advanced, PS2	37
3. DISTAL	Br J Cancer, 2004	NSCLC	Advanced, 2 nd line	192
4. DISTAL-2	Lung ca		2 nd line	73
5. EDD	Br J Ca		ced	16
6. ELDA	Ann Or		≥65 yrs	251
7. ELVIS	J Natl C		≥70 yrs	149
8. GECO	Lancet		ced	358
9. GEMVIN-2	Br J Ca		ced	129
10. GEMVIN-3	J Clin C		ced	342
11. G-STEP	J Thor		ded	62
12. MILES-1	J Natl C		≥70 yrs	594
13. MILES-2	J Clin Oncol, 2007	NSCLC	Advanced, ≥70 yrs	193
14. MITO-2	J Clin Oncol, 2011	Ovary	Advanced	617
15. TAXw	Ann Oncol, 2005	Breast	Advanced, ≥65 yrs	38
16. TORCH	J Clin Oncol, 2012	NSCLC	Advanced	493

3670



Financial burden at baseline

During the last week has your physical condition or medical treatment caused any difficulties?





The association of financial difficulties with clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy[†]

Annals of Oncology 27: 2224–2229, 2016

Table 1. Distribution of patients according to baseline characteristics and baseline financial burden			
	Total N = 3670	During the last week, has your physical condition or medical treatment caused you financial difficulties?	P
Age			
≤65		<65: 33%	<0.001
>65			
Gender			
Males		Female: 32%	<0.001
Females			
Region			
North		Centre-South: 30%	<0.001
Centre			
South/islands			



The association of financial difficulties with clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy[†]

QOL

EORTC
items
29-30

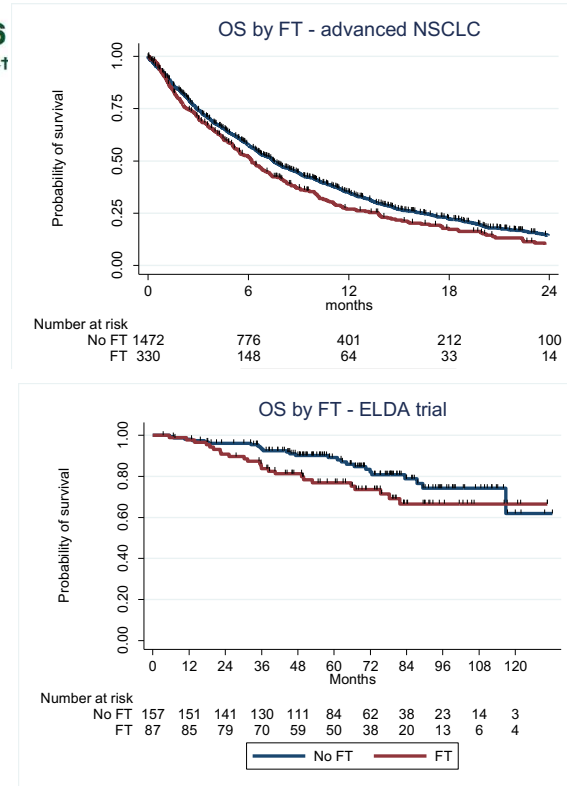
26% of 3670 patients with financial problems **at baseline**

OR of **worse HRQOL** response
1.35 (95%CI 1.08-1.70) P=0.009

OS

22.5% of patients develop financial toxicity **during treatment**

HR of **death**
1.20 (95%CI 1.05-1.37) P=0.007





Hazard ratio of death

US: **1.79**

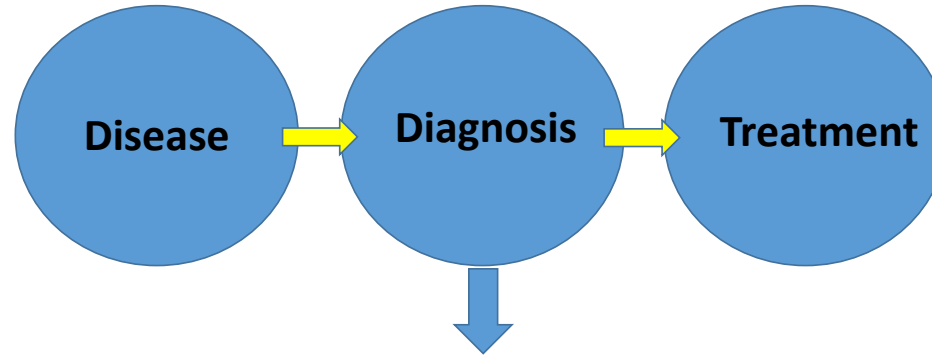
IT: **1.20**

Il valore del SSN...

Agenda



- ◆ Che cosa è la tossicità finanziaria
- ◆ **Lo strumento di misura PROFFIT**
- ◆ I dati della ROC



The Development of a Financial Toxicity Patient-Reported Outcome in Cancer

The COST Measure

Jonas A. de Souza, MD¹; Bonnie J. Yap, MS¹; Fay J. Hlubocky, MA, PhD¹; Kristen Wroblewski, MS²; Mark J. Ratain, MD¹;
David Cella, PhD³; and Christopher K. Daugherty, MD¹

Cancer 2014;120:3245-53. © 2014 American Cancer Society.

Inspired by a slide of Dr. Yousuf Zafar





COST (COmprehensive Score for financial Toxicity)

Patient –Reported Outcome Measure

Not at all A little bit Some-what Quite a bit Very much

1	I know that I have enough money in savings, retirement, or assets to cover the costs of my treatment.	0	1	2	3	4
2	My out-of-pocket medical expenses are more than I thought they would be.	0	1	2	3	4
3	I worry about the financial problems I will have in the future as a result of my illness or treatment.	0	1	2	3	4
4	I feel I have no choice about the amount of money I spend on care.	0	1	2	3	4
5	I am frustrated that I cannot work or contribute as much as I usually do.	0	1	2	3	4
6	I am satisfied with my current financial situation.	0	1	2	3	4
7	I am able to meet my monthly expenses.	0	1	2	3	4
8	I feel financially stressed.	0	1	2	3	4
9	I am concerned about keeping my job and income, including work at home.	0	1	2	3	4
10	My cancer or treatment has reduced my satisfaction with my present financial situation.	0	1	2	3	4
11	I feel in control of my financial situation.	0	1	2	3	4

Cancer 2014;120:3245-53. © 2014 American Cancer Society.



Financial Hardships Experienced by Cancer Survivors: A Systematic Review

Cheryl K. Altice, Matthew P. Banegas, Reginald D. Tucker-Seeley,
K. Robin Yabroff

JNCI J Natl Cancer Inst (2017) 109(2): djw205

doi: 10.1093/jnci/djw205

First published online October 20, 2016

Review



Journal List > BMJ Open > v.9(9); 2019 > PMC6738930

BMJ Open

- ▶ Visit this article
- ▶ Submit a manuscript
- ▶ Receive email alerts
- ▶ Contact us

BMJ

[BMJ Open](#). 2019; 9(9): e031485.

PMCID: PMC6738930

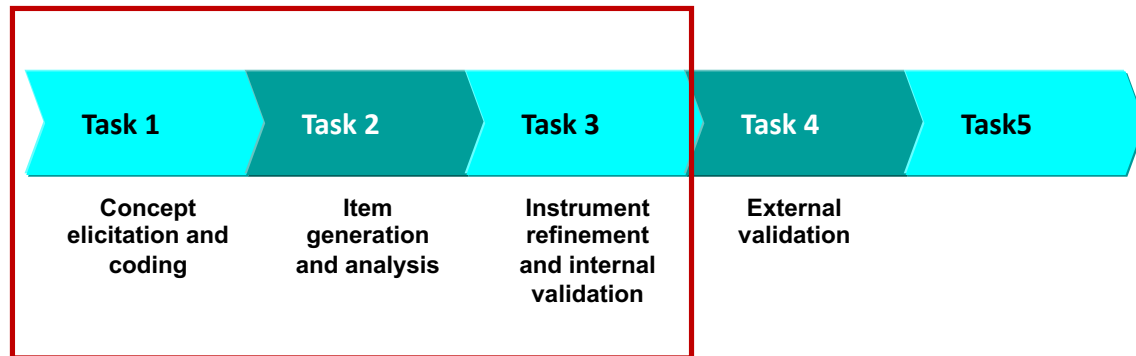
Published online 2019 Sep 9. doi: [10.1136/bmjopen-2019-031485](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031485)

PMID: [31501130](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31501130/)

Development and validation of a patient-reported outcome tool to assess cancer-related financial toxicity in Italy: a protocol

[Silvia Riva](#),^{1,2} [Jane Bryce](#),^{3,4,5} [Francesco De Lorenzo](#),^{6,7} [Laura Del Campo](#),⁸ [Massimo Di Maio](#),⁹ [Fabio Efficace](#),¹⁰ [Luciano Frontini](#),¹¹ [Diana Giannarelli](#),¹² [Lara Gitto](#),¹³ [Elisabetta Iannelli](#),⁸ [Claudio Jommi](#),¹⁴ [Vincenzo Montesarchio](#),¹⁵ [Francesca Tracò](#),⁶ [Concetta Maria Vaccaro](#),¹⁶ [Ciro Gallo](#),¹⁷ and [Francesco Perrone](#)^{✉3}

▶ Author information ▶ Article notes ▶ Copyright and License information [Disclaimer](#)



Supportive Care in Cancer
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05840-z>

Received: 20 June 2020 / Accepted: 16 October 2020
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2020

ORIGINAL ARTICLE

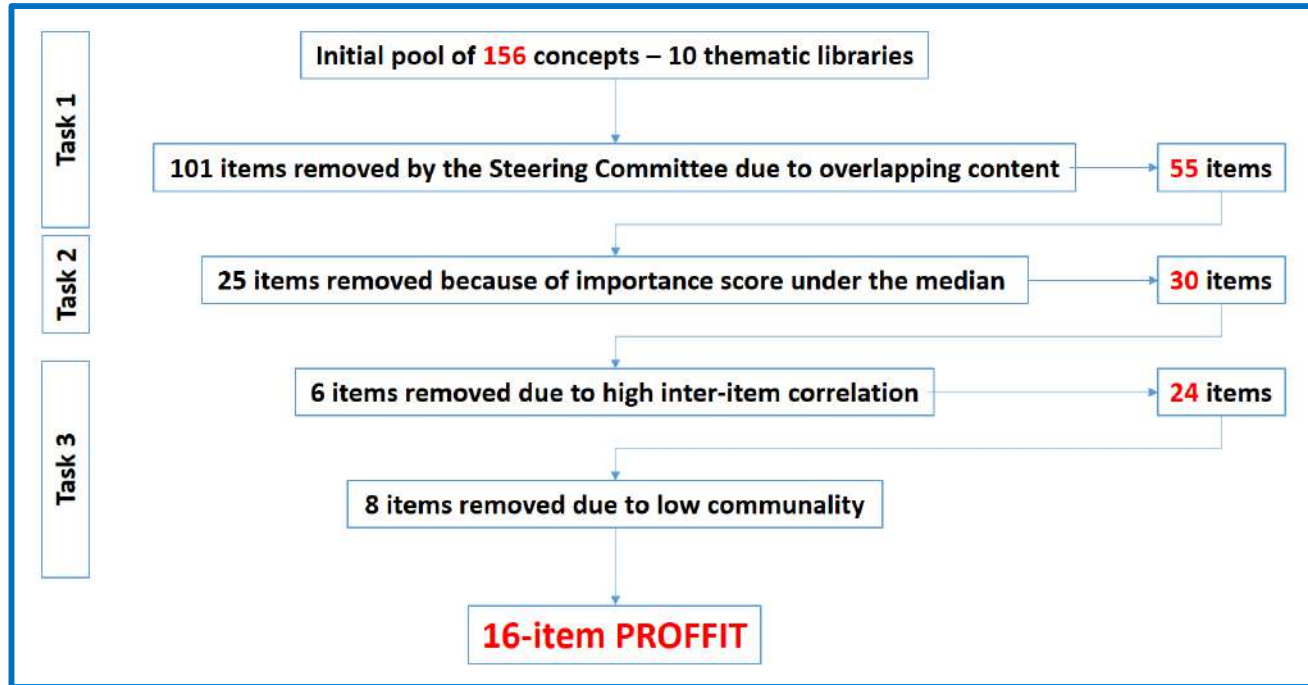


A qualitative analysis and development of a conceptual model assessing financial toxicity in cancer patients accessing the universal healthcare system

Silvia Riva^{1,2} • Fabio Efficace³ • Massimo Di Maio⁴ • Jane Bryce^{5,6,7} • Laura Del Campo⁸ • Francesco De Lorenzo^{9,10} • Luciano Frontini¹¹ • Diana Giannarelli¹² • Lara Gitto¹³ • Elisabetta Iannelli⁸ • Claudio Jommi¹⁴ • Vincenzo Montesarchio¹⁵ • Francesca Tracò⁸ • Concetta Maria Vaccaro¹⁶ • Laura Arenare⁵ • Giuliana Canzanella⁵ • Anna Gimigliano⁵ • Fiorella Romano⁵ • Alfonso Savio⁵ • Lucia Sparavigna⁵ • Maria Carmela Piccirillo⁵ • Lorenzo Guizzaro¹⁷ • Ciro Gallo¹⁷ • Francesco Perrone⁵ 



PROFFIT - summary





Open access

Original research

BMJ Open Cross-sectional study to develop and describe psychometric characteristics of a patient-reported instrument (PROFFIT) for measuring financial toxicity of cancer within a public healthcare system

Silvia Riva,^{1,2} Laura Arenare,³ Massimo Di Maio,⁴ Fabio Efficace,⁵ Vincenzo Montesarchio,⁶ Luciano Frontini,⁷ Diana Giannarelli,⁸ Jane Bryce,^{3,9,10} Laura Del Campo,¹¹ Francesco De Lorenzo,^{12,13} Elisabetta Iannelli,¹¹ Francesca Tracò,¹² Lara Gitto,¹⁴ Claudio Jommi,¹⁵ Concetta Maria Vaccaro,¹⁶ Daniela Barberio,¹⁷ Saverio Cinieri,¹⁸ Camillo Porta,^{12,22} Lucia Del Mastro,^{21,22} Vittorina Zagonel,²³ Alessio Aligi Cogoni,²⁴ Roberto Bordonaro,²⁵ Anna Gimigliano,³ Maria Carmela Piccirillo,³ Lorenzo Guizzaro,²⁵ Ciro Gallo,²⁵ Francesco Perrone,²



DESIGNERS

VALERIA LEPORE
PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

CONCEPT

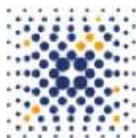
DESIGN PLUS LA VISUALIZZAZIONE SCIENTIFICA

PROFESSA

CARLA LANGELLA

BMJ

Riva S, et al. *BMJ Open* 2021;11:e049128. doi:10.1136/bmjopen-2021-049128



Codice paziente	Iniziali paziente	Data ____/____/____
-----------------	-------------------	---------------------

Gentile Signora/Signore, per ognuna delle seguenti affermazioni, Le chiediamo di segnare la risposta che meglio descrive la Sua esperienza.

	Per niente d'accordo (1)	Un po' d'accordo (2)	Abbastanza d'accordo (3)	Moltissimo d'accordo (4)
1 Sono in grado di sostenere le mie spese mensili senza difficoltà (ad esempio per affitto, elettricità, telefono...)	☐	☐	☐	☐
2 La mia malattia ha ridotto le mie disponibilità economiche	☐	☐	☐	☐
3 Sono preoccupata/o dei problemi economici che potrei avere in futuro a causa della mia malattia	☐	☐	☐	☐
4 La mia condizione economica incide sulle mie possibilità di curarmi	☐	☐	☐	☐
5 Ho ridotto le spese per attività ricreative come vacanze, ristoranti o spettacoli per affrontare le spese della mia malattia	☐	☐	☐	☐
6 Ho ridotto le spese per acquisti essenziali (ad esempio il cibo) per affrontare le spese per la mia malattia	☐	☐	☐	☐
7 Sono preoccupata/o di non riuscire a lavorare a causa della mia malattia	☐	☐	☐	☐
8 Il Servizio Sanitario Nazionale copre tutti i costi sanitari associati alla mia malattia	☐	☐	☐	☐
9 Ho sostenuto spese per una o più visite private per la mia malattia	☐	☐	☐	☐
10 Ho sostenuto spese per farmaci supplementari o integratori per la mia malattia	☐	☐	☐	☐
11 Devo sostenere spese per cure integrative a mio carico (es. fisioterapia, psicoterapia, cure odontoiatriche)	☐	☐	☐	☐
12 Il centro di cura è lontano dalla mia abitazione	☐	☐	☐	☐
13 Ho dovuto sostenere rilevanti costi di trasporto per curarmi	☐	☐	☐	☐
14 Il personale sanitario (cioè medici, infermieri, etc.) ha agevolato il percorso di cura	☐	☐	☐	☐
15 Il personale ospedaliero amministrativo (cioè ufficio prenotazioni, segreterie, etc.) ha agevolato il percorso di cura	☐	☐	☐	☐
16 C'è stata comunicazione tra i medici e le strutture sanitarie che mi seguono	☐	☐	☐	☐



Effect

Causes

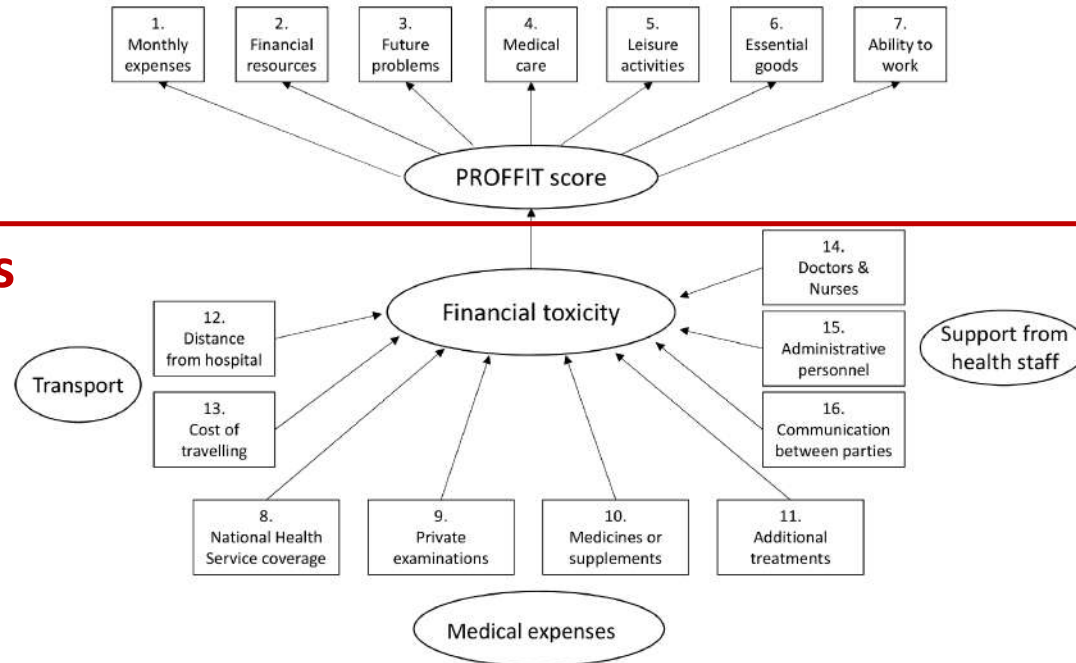


Figure 1 Postulated causal structure for PROFFIT tool. PROFFIT, Patient-Reported Outcome for Fighting Financial Toxicity.



**Financial Hardships Experienced by Cancer Survivors:
A Systematic Review**

Cheryl K. Altice, Matthew P. Banegas, Reginald D. Tucker-Seeley,
K. Robin Yabroff

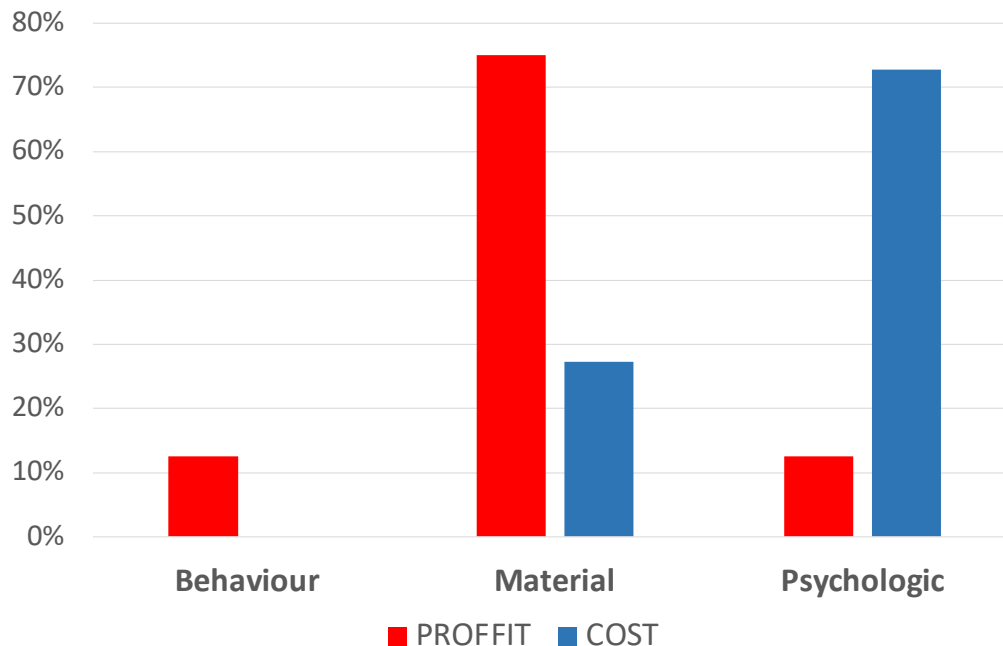
JNCI J Natl Cancer Inst (2017) 109(2): djw205

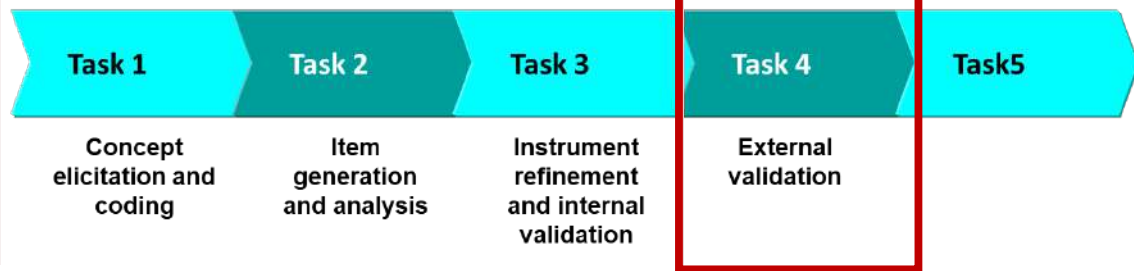
doi: 10.1093/jnci/djw205

First published online October 20, 2016

Review

**Proportion of different macro-categories in the final
PROFFIT tool compared to the US COST questionnaire**





ORIGINAL RESEARCH

Confirmatory validation analysis of the PROFFIT questionnaire to assess financial toxicity in cancer patients

L. Arenare¹, C. Porta^{2,3}, D. Barberio⁴, S. Terzolo⁵, V. Zagone⁶, S. Pisconti⁷, L. Del Mastro^{8,9}, C. Pinto¹⁰, D. Bilancia¹¹, S. Cinieri¹², M. Rizzo³, G. Migliaccio⁴, V. Montesarchio¹³, L. Del Campo¹⁴, F. De Lorenzo^{14,15}, E. Iannelli^{14,16}, F. Tracì¹⁶, L. Gitto¹⁷, M. C. Vaccaro¹⁸, L. Frontini¹⁹, D. Giannarelli²⁰, J. Bryce²¹, M. C. Piccirillo¹, C. Jommi²², F. Efficace²³, S. Riva²⁴, M. Di Maio⁵, C. Gallo²⁵ & F. Perrone^{1*}

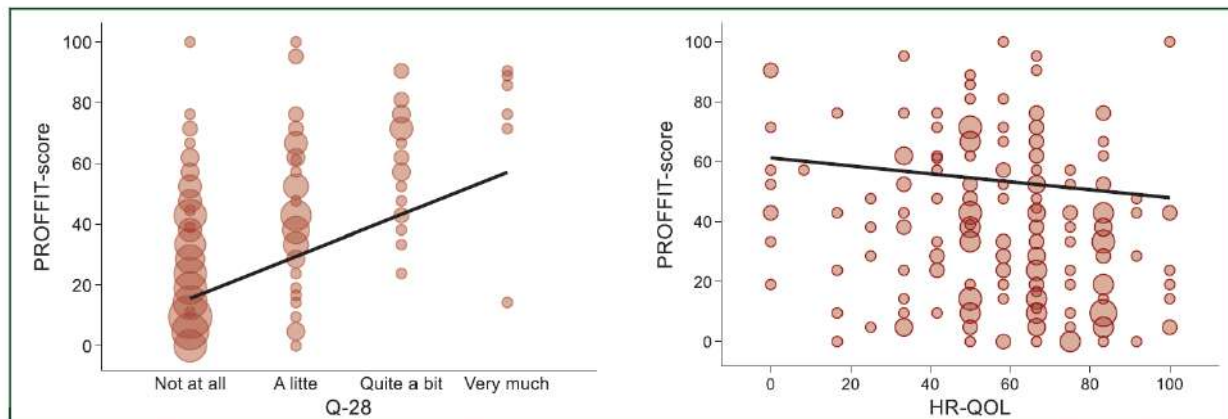
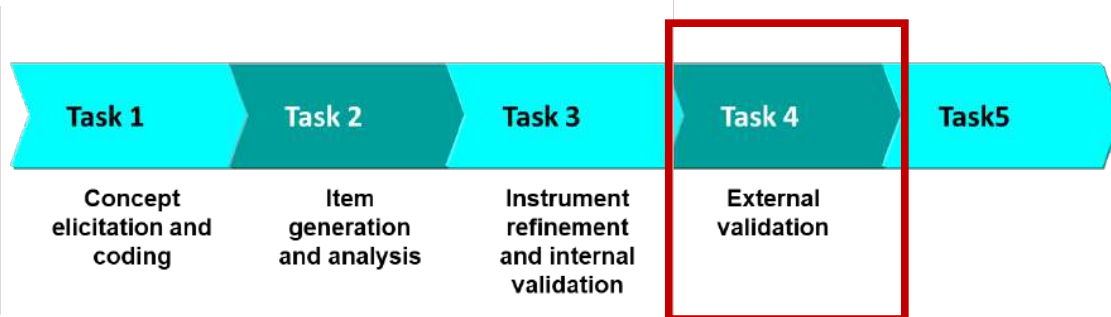


Figure 1. Correlation between PROFIT-score and financial difficulties (Q-28, question 28 of the EORTC-QLQ-C30, on the left) and HR-QOL (questions 29/30 of the EORTC-QLQ-C30, on the right). Bubble size is proportional to frequency. Solid line represents regression lines.

Agenda



- ◆ Che cosa è la tossicità finanziaria
- ◆ Lo strumento di misura PROFFIT
- ◆ **I dati della ROC**

Grazie a Giorgia Riveccio e al team VALPEROC



ROC dall'inizio: >82.000 pazienti

2023 – 6 GOM:

ovaio, mammella, polmone,
colon, prostata e vescica:

6795 pazienti

Campione selezionato VALPEROC:

674 pazienti

550 strutture pubbliche

124 strutture private convenzionate

Rispondenti:

284 pazienti

PROFFIT score misurato:

265 pazienti



	N (%)	Mean PROFFIT score (SD)	P
Overall	265 (100)	42.4 (24.9)	
Sex at birth			0.003
Female	162 (61%)	45.9 (26.0)	
Male	103 (39%)	36.9 (22.2)	
Age			<0.001
<65	119 (45%)	51.6 (24.9)	
=>65	146 (55%)	34.9 (22.4)	
Primary tumor			0.0096
Ovary	20 (8%)	48.5 (29.5)	
Breast	101 (38%)	47.9 (26.0)	
Bladder	24 (9%)	41.7 (20.0)	
Lung	40 (15%)	41.6 (24.6)	
Prostate	29 (11%)	37.9 (21.3)	
Colo-rectum	51 (19%)	32.6 (22.4)	
Working status			<0.001
Flexible work: Freelancer/craftsman	23 (9%)	49.5 (25.1)	
Employed	52 (20%)	47.2 (24.3)	
Unemployed	10 (4%)	66.9 (20.9)	
Housewife	77 (29%)	46.9 (25.2)	
Retired	100 (38%)	32.1 (21.7)	
Respondent			0.099
Patient	172 (65%)	44.2 (24.6)	
Caregiver	92 (35%)	38.9 (25.4)	

	Mean PROFFIT score (SD)
Overall	42.4 (24.9)
Sex at birth	
Female	45.9 (26.0)
Male	36.9 (22.2)
Age	
<65	51.6 (24.9)
=>65	34.9 (22.4)

Riva S, et al. *BMJ Open* 2021;11:e049128. doi:10.1136/bmjopen-2021-049128

	Median	(IQR)	P (Mann-Whitney)
All patients	38.1	(23.8-57.1)	
Region of the hospital			0.005
North	28.6	(14.3-47.6)	
Center	33.3	(23.8-61.9)	
South	42.9	(23.8-57.1)	
Islands	52.4	(33.3-57.1)	
Gender			0.932
Female	38.1	(23.8-57.1)	
Male	33.3	(23.8-52.4)	
Age category			0.005
<=65	42.9	(23.8-57.1)	
>65	26.2	(14.3-47.6)	

Annals of Research in Oncology
Vol. 2(2), 94-104, 2022

Ospedale Mauriziano, Torino

	N	FINANCIAL TOXICITY SCORE		
		MEAN (SD)	MEDIAN (IQR)	
ALL PATIENTS	167	29.28 (21.78)	23.81 (14.29-47.62)	
Sex				0.52
Male	57	27.90 (21.92)	23.81 (9.52-42.86)	
Female	110	30.00 (21.77)	23.81 (14.29-47.62)	
Age				0.002
Younger than 70 years	79	34.54 (22.33)	14.29-47.62	
Older than 70 years	88	24.57 (20.27)	19.05 (9.52-36.90)	

Table 2. PROFFIT-score by selected baseline characteristics. NA, not applicable

	n	PROFFIT-score Mean (SD)	P
ESMO OPEN SCIENCE FOR OPTIMAL CANCER CARE			
Sex at birth			0.08
Female	116	39.4 (25.7)	
Male	105	33.4 (23.7)	
Age, years			0.10
<65	106	39.4 (24.5)	
≥65	115	33.9 (25.1)	
Macro-region where the patient lives			<0.001
North West	44	24.5 (19.9)	
North East	48	34.0 (24.8)	
South	129	42.7 (25.0)	



Prospettive future



Journal of Cancer Policy 38 (2023) 100440



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Cancer Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jcpo



Cross-cultural adaptation of the PROFFIT Instrument to measure financial toxicity in people living with cancer within a UK population

Alkesh Patel^a, Francesco Perrone^b, Darren M. Ashcroft^c, Nicola Flaum^d, Natalie Cook^e,
Silvia Riva^{f,*}





SPECIAL ARTICLE

ESMO expert consensus statements on the screening and management of financial toxicity in patients with cancer

P. M. Carrera^{1,2*}, G. Curigliano^{3,4}, D. Santini⁵, L. Sharp⁶, R. J. Chan⁷, M. Pisu⁸, F. Perrone⁹, S. Karjalainen¹⁰, G. Numico¹¹, N. Cherny¹², E. Winkler¹³, M. L. Amador¹⁴, M. Fitch¹⁵, M. Lawler¹⁶, F. Meunier¹⁷, N. Khera¹⁸, G. Pentheroudakis¹⁹, D. Trapani^{3,4} & C. I. Ripamonti²⁰

Table 1. Selection of instruments specifically developed to measure financial toxicity of cancer

Abbreviation of the instrument	Author, year, reference	Country of origin	Original language	Translations	Target population	No. of items
COST	de Souza et al., 2014 ⁷⁵ de Souza et al., 2017 ¹²	USA	English	14 available (Chinese—simplified, Chinese—traditional, English, French, German, Greek, Hindi, Indonesian, Italian, Korean, Malay, Marathi, Portuguese, Spanish)	Patients with cancer (various types)	12
PROFIT	Riva et al., 2021 ^{76,77}	Italy	Italian	English (ongoing linguistic validation and cross-cultural adaptation)	Patients with cancer (various types)	16
SFDQ	Dar et al., 2022 ⁷⁸	India	Indian	English	Patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer	14

COST, Comprehensive Score for financial Toxicity; PROFIT, Patient-Reported Outcome for Fighting Financial Toxicity; SFDQ, Subjective Financial Distress Questionnaire.





SPECIAL ARTICLE

ESMO expert consensus statements on the screening and management of financial toxicity in patients with cancer

P. M. Carrera^{1,2*}, G. Curigliano^{3,4}, D. Santini⁵, L. Sharp⁶, R. J. Chan⁷, M. Pisu⁸, F. Perrone⁹, S. Karjalainen¹⁰, G. Numico¹¹, N. Cherny¹², E. Winkler¹³, M. L. Amador¹⁴, M. Fitch¹⁵, M. Lawler¹⁶, F. Meunier¹⁷, N. Khera¹⁸, G. Pentheroudakis¹⁹, D. Trapani^{3,4} & C. I. Ripamonti²⁰

Risk factors for FT	FT during continuous treatment
FT at diagnosis	FT at end of life
FT during initial treatment	FT among survivors

Progetti futuri (già avviati...)



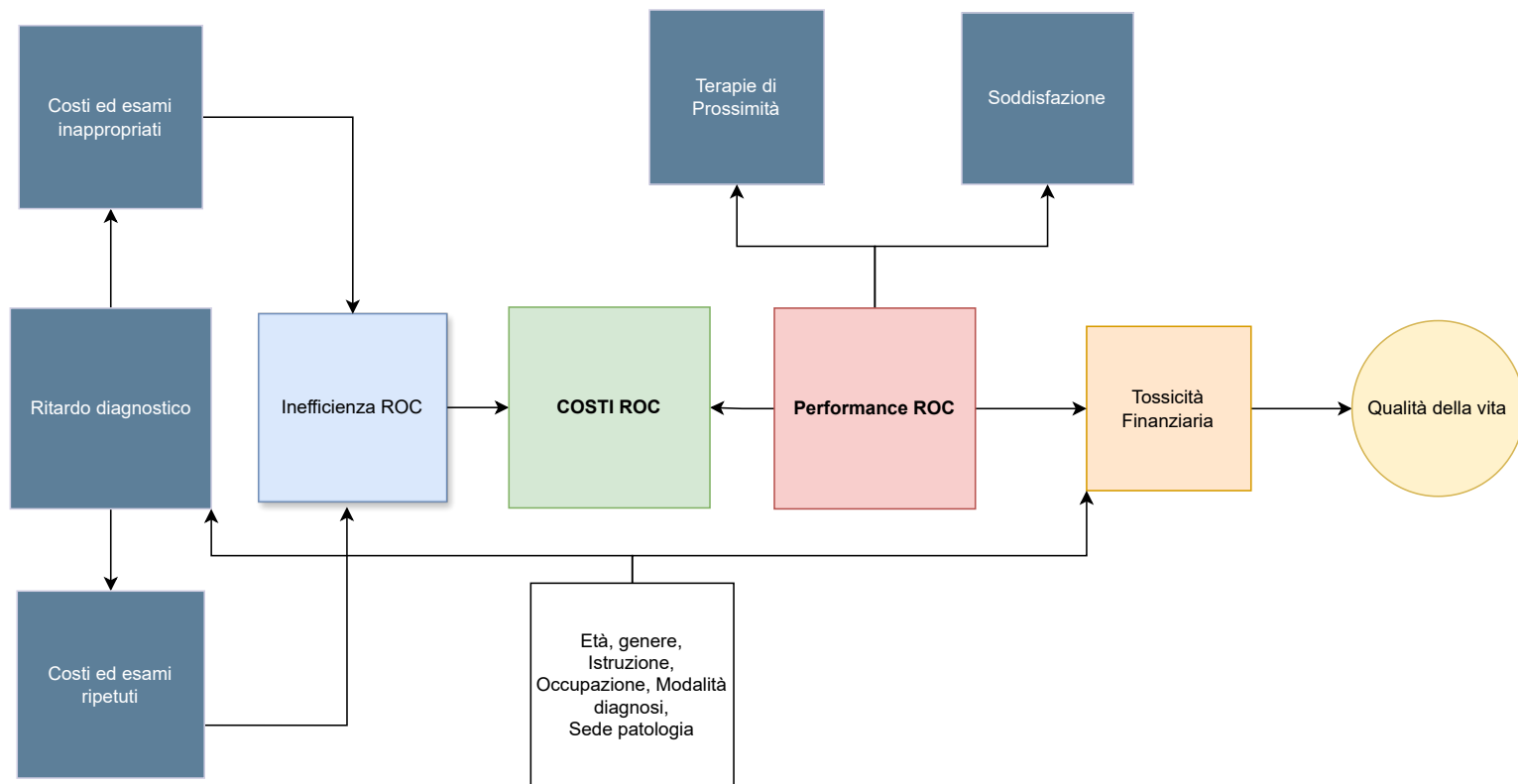
- ◆ Rete Oncologica Campana
- ◆ MITO45 - Ovarian cancer con il gruppo MITO
- ◆ Radioterapia con AIRO
- ◆ VOICE – Early breast cancer con il gruppo GIM
- ◆ Neoplasie ematologiche con il GIMEMA
- ◆ Sarcomi con lo IOV
- ◆ Terapia digitale...?



Analisi dei costi V rilevazione

Prof.ssa Giorgia Riveccio
giorgia.riveccio@uniparthenope.it

Professore Associato in Statistica Economica
Università degli Studi di Napoli Parthenope





Performance ROC

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

Il percorso diagnostico in ROC 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.

Inefficienze del percorso diagnostico in ROC

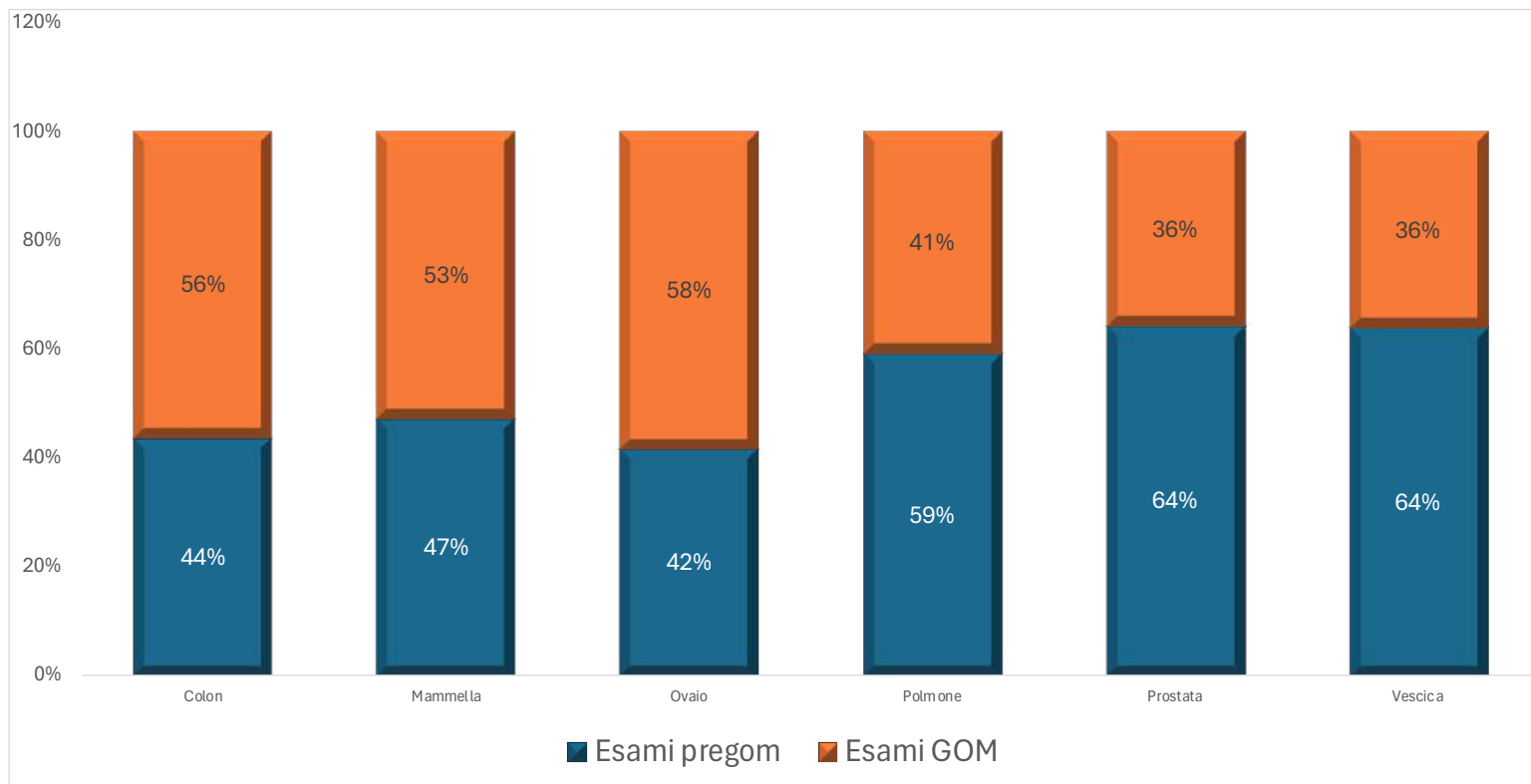


LE INEFFICIENZE nel percorso diagnostico ROC (C.I.) sono determinate da:

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

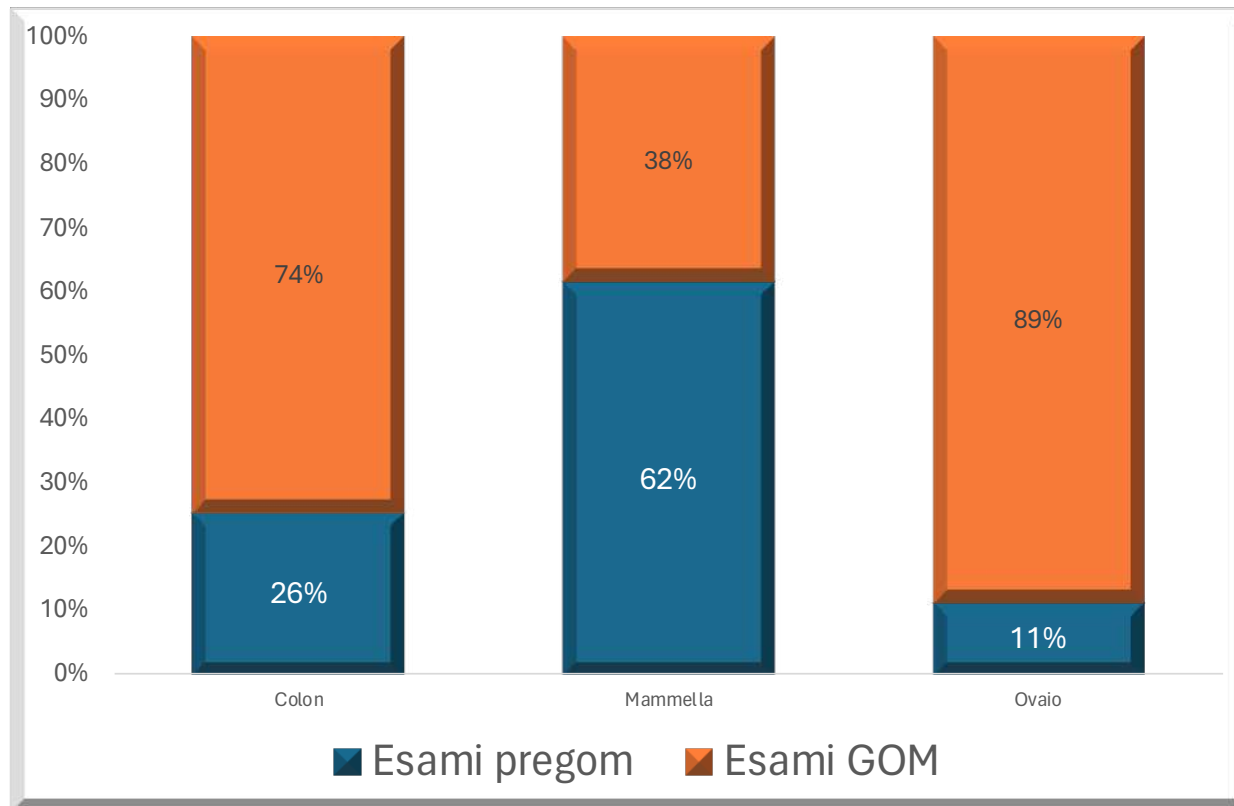


Esami PREGOM e GOM in strutture pubbliche

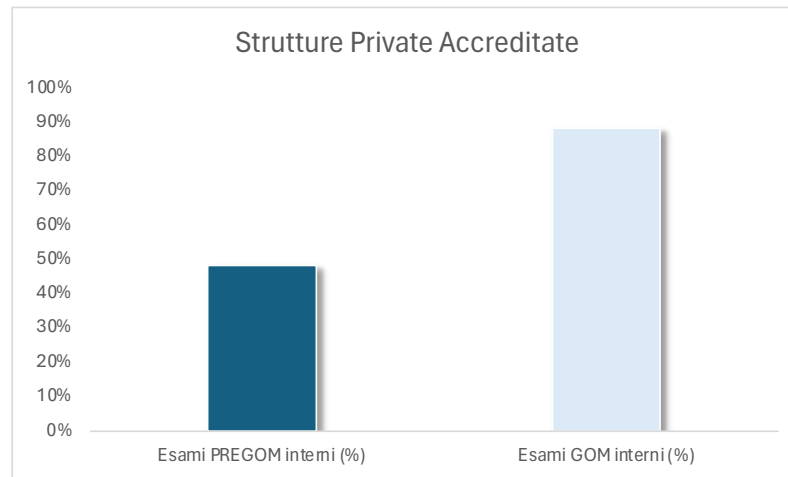
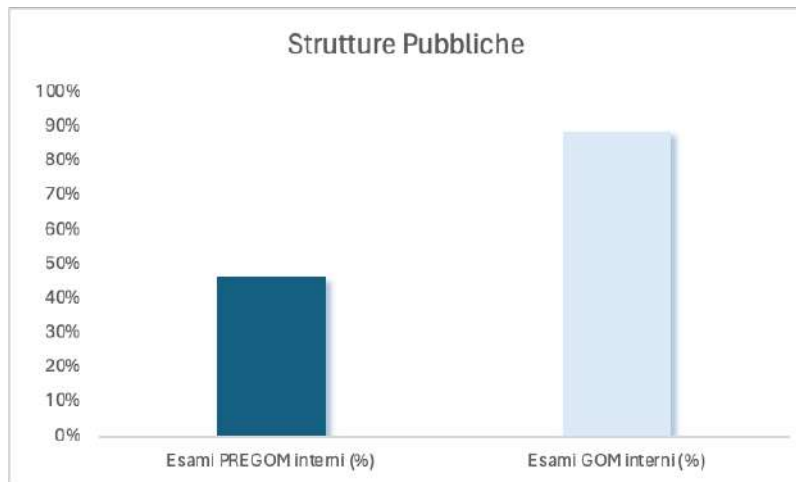




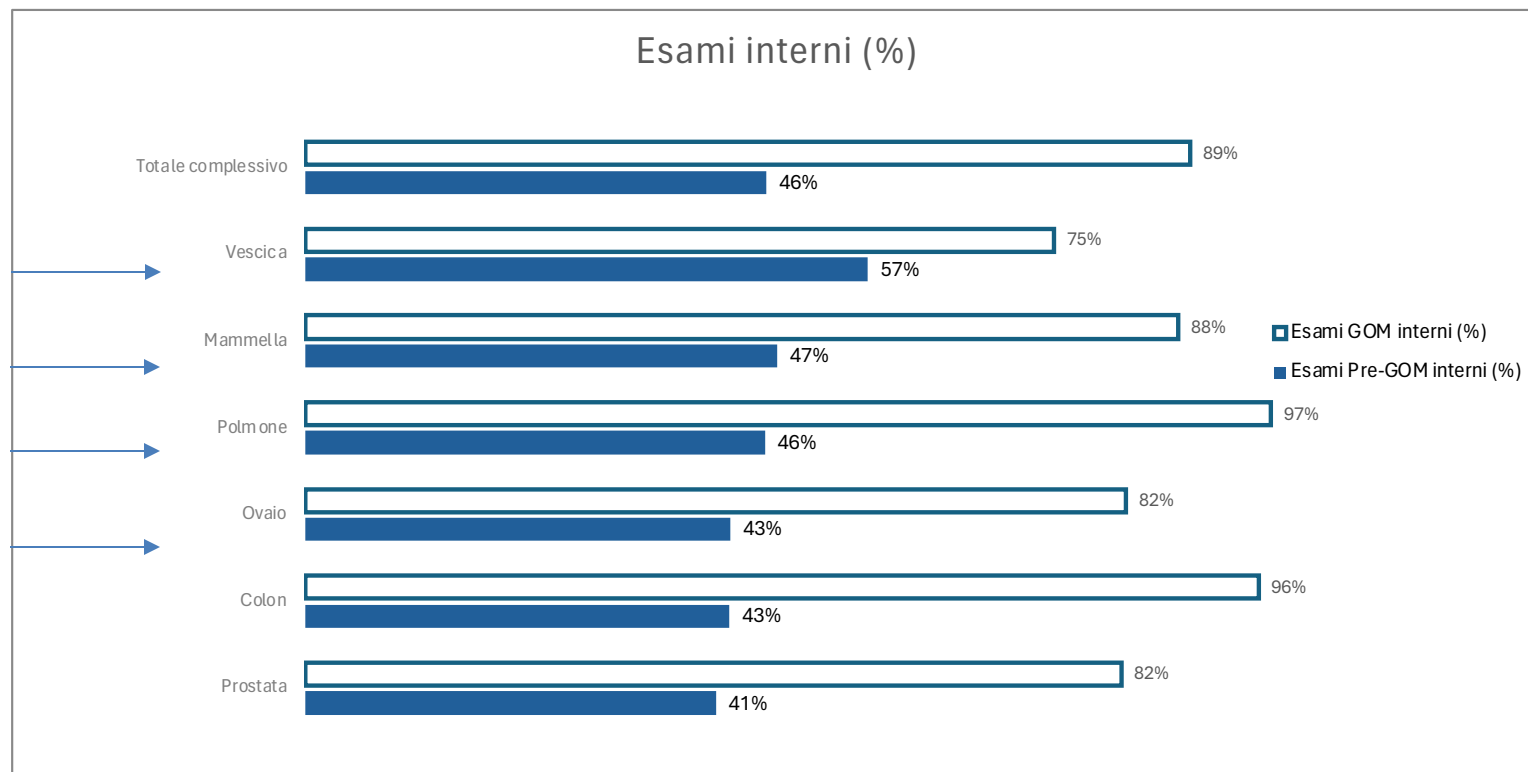
Esami PREGOM e GOM in strutture private accreditate



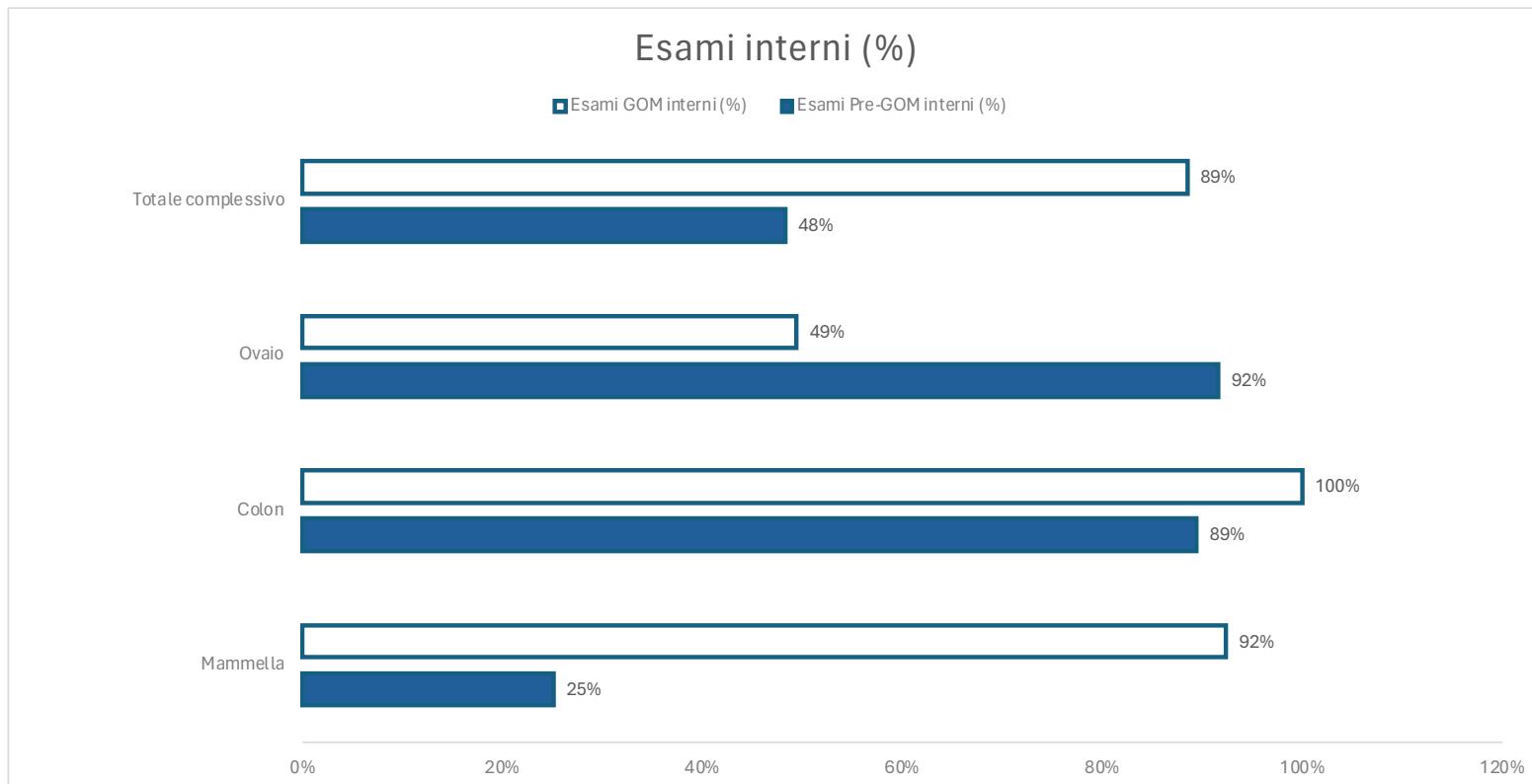
Esami PREGOM e GOM in struttura ROC (%)



Esami eseguiti internamente in Strutture Pubbliche ROC

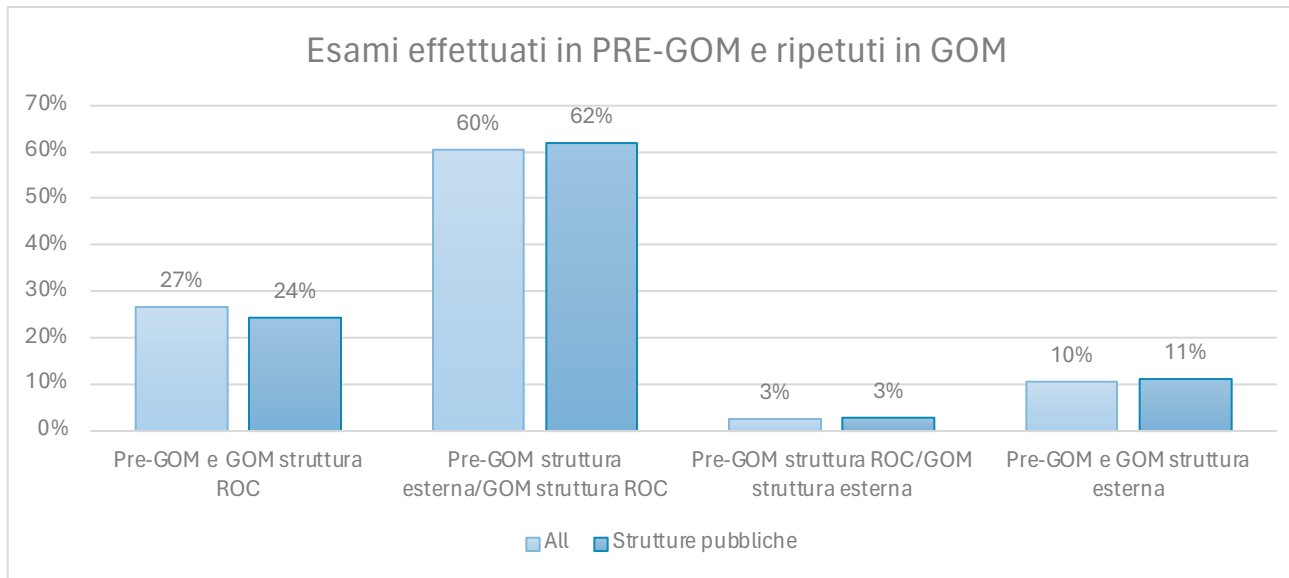


Esami eseguiti internamente in Strutture Private accreditate ROC



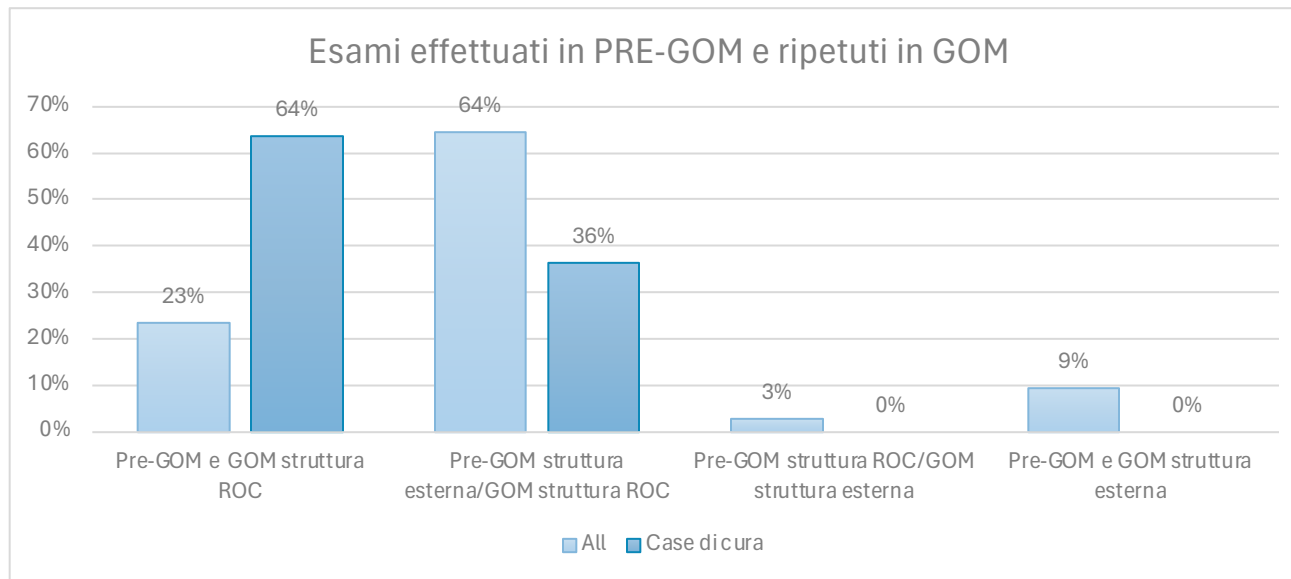


Esami PRE-GOM ripetuti in GOM (%) - strutture pubbliche





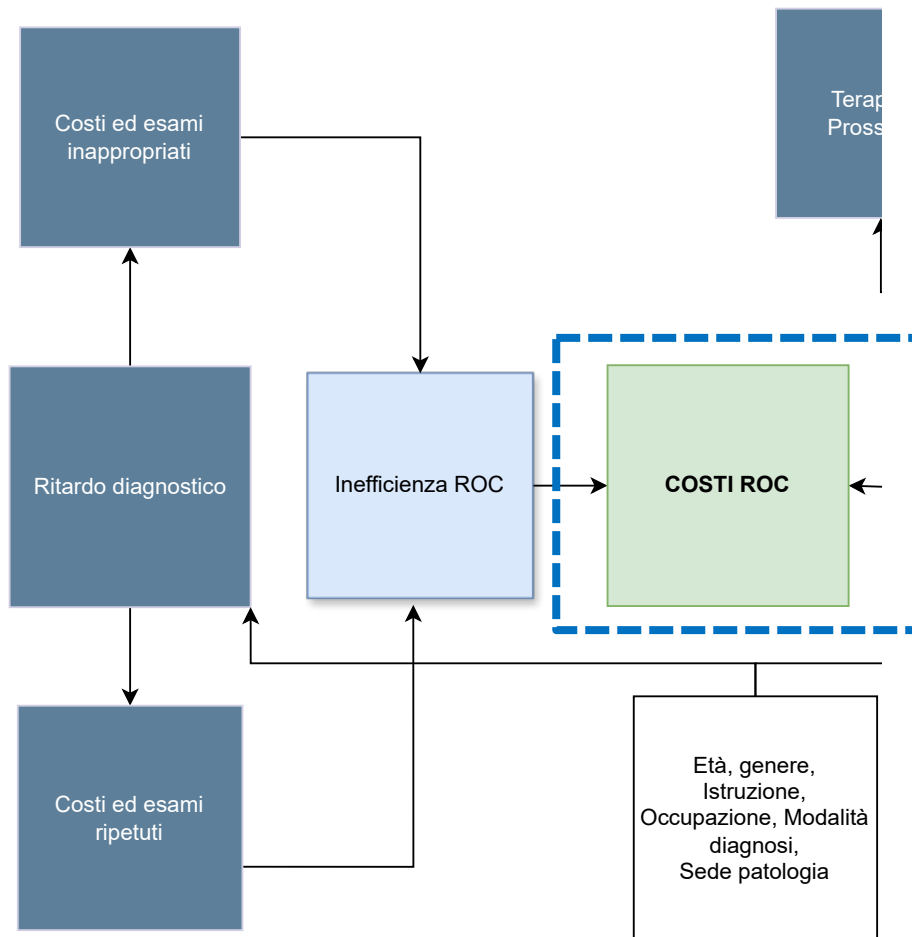
Esami PRE-GOM ripetuti in GOM (%) - strutture private accreditate



*All= Colon, ovaio e mammella



Analisi dei COSTI

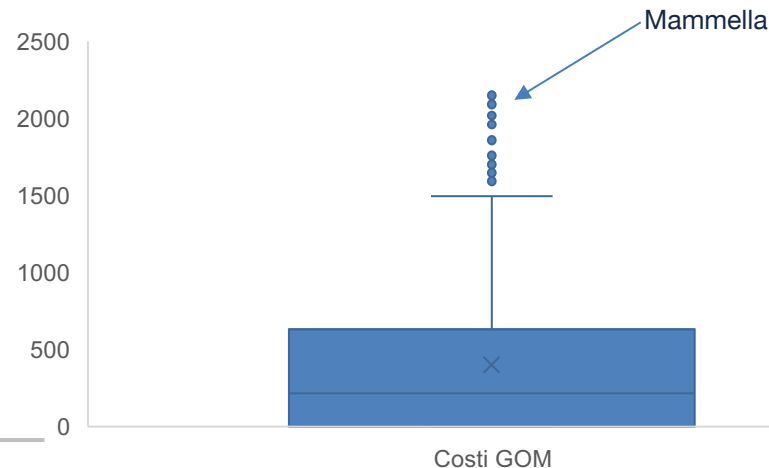
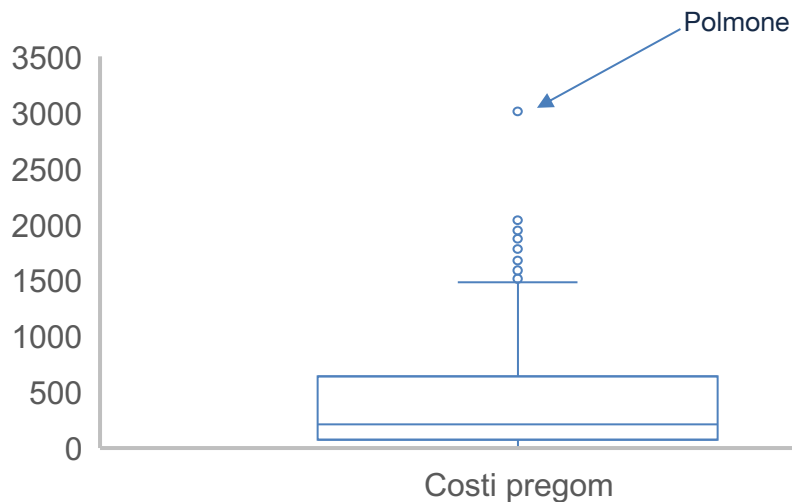




Costi nel percorso diagnostico in ROC

Costi PRE-GOM medi=435€ _CI 95% [396€-476€]

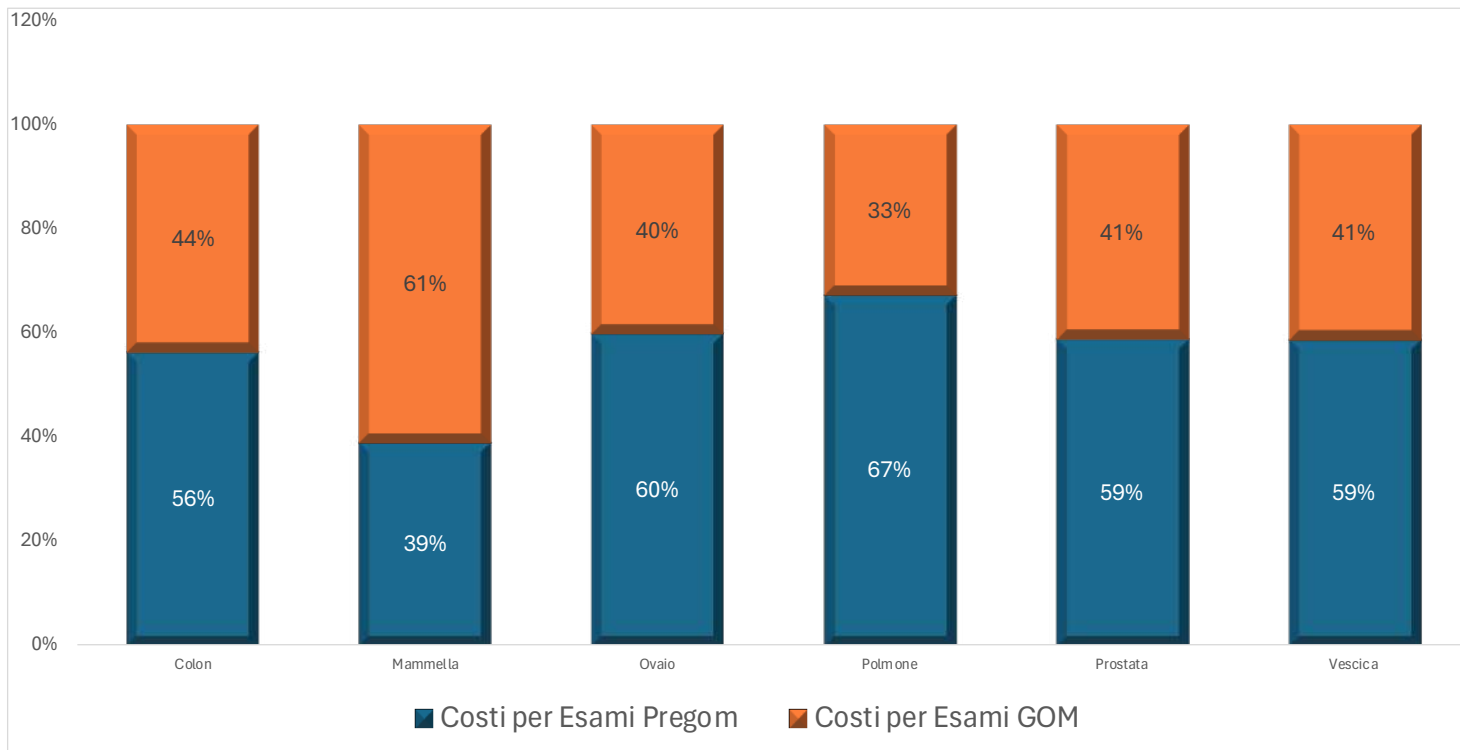
Costi GOM medi=403€ _CI 95% [366€-438€]



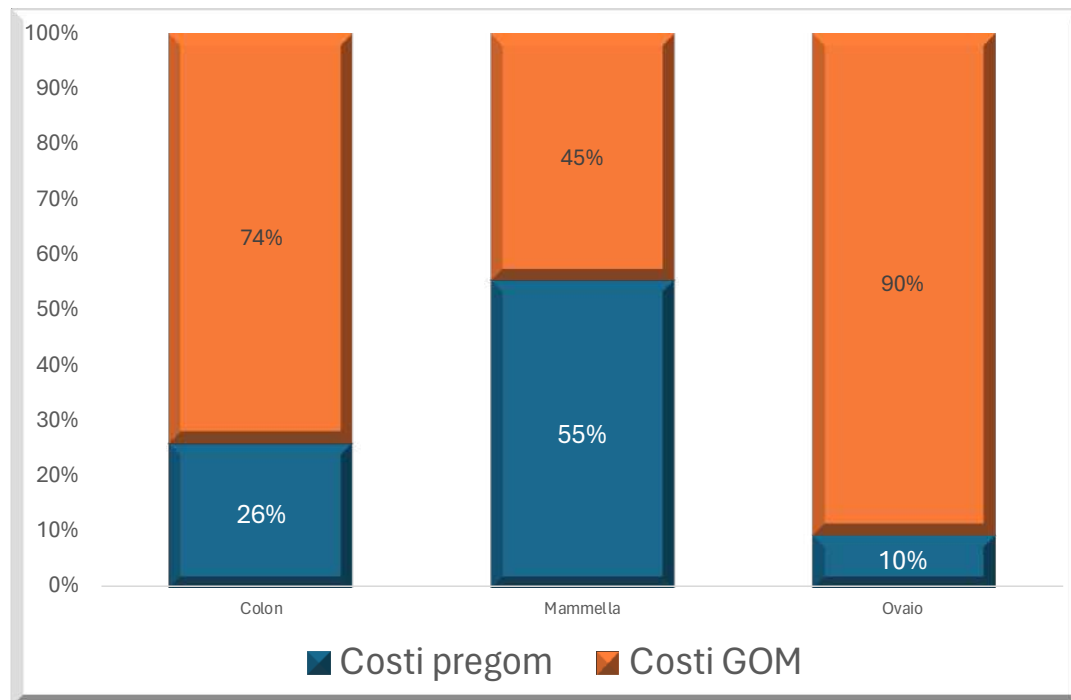
Costi PRE-GOM rappresentano il 53% dei costi totali

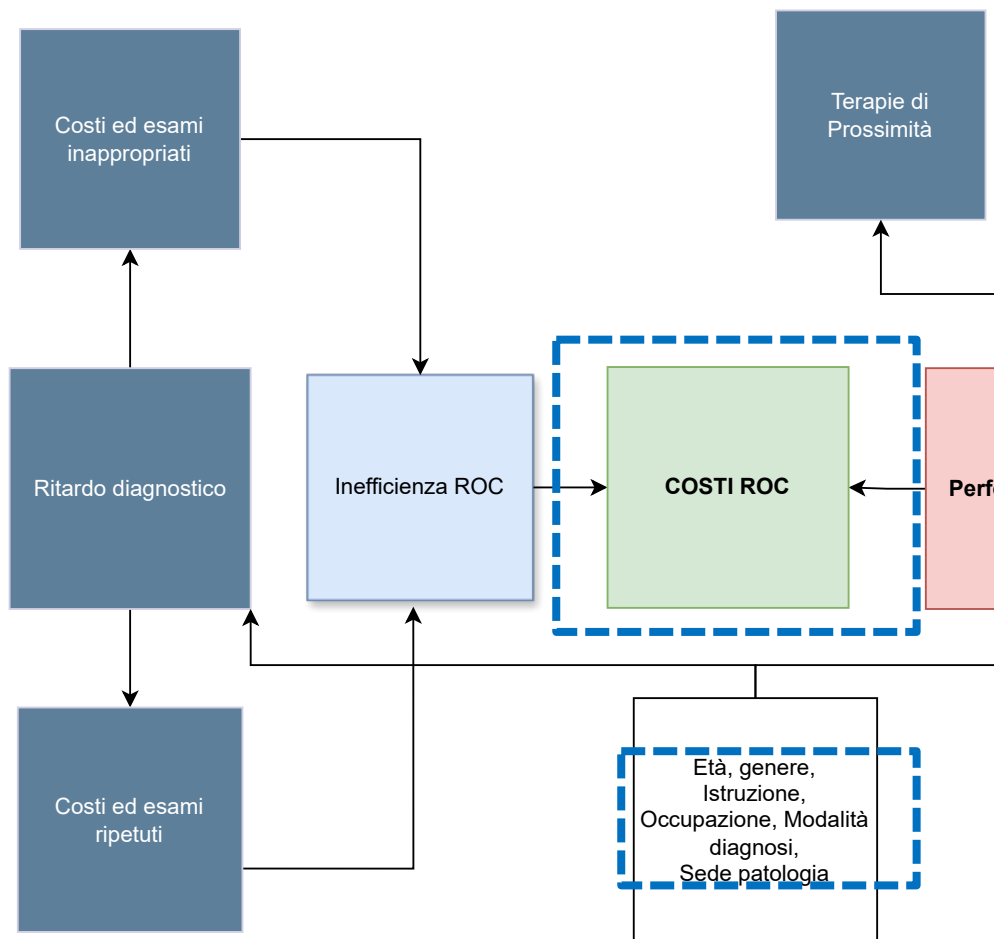


Costi per esami PRE-GOM e GOM in strutture pubbliche

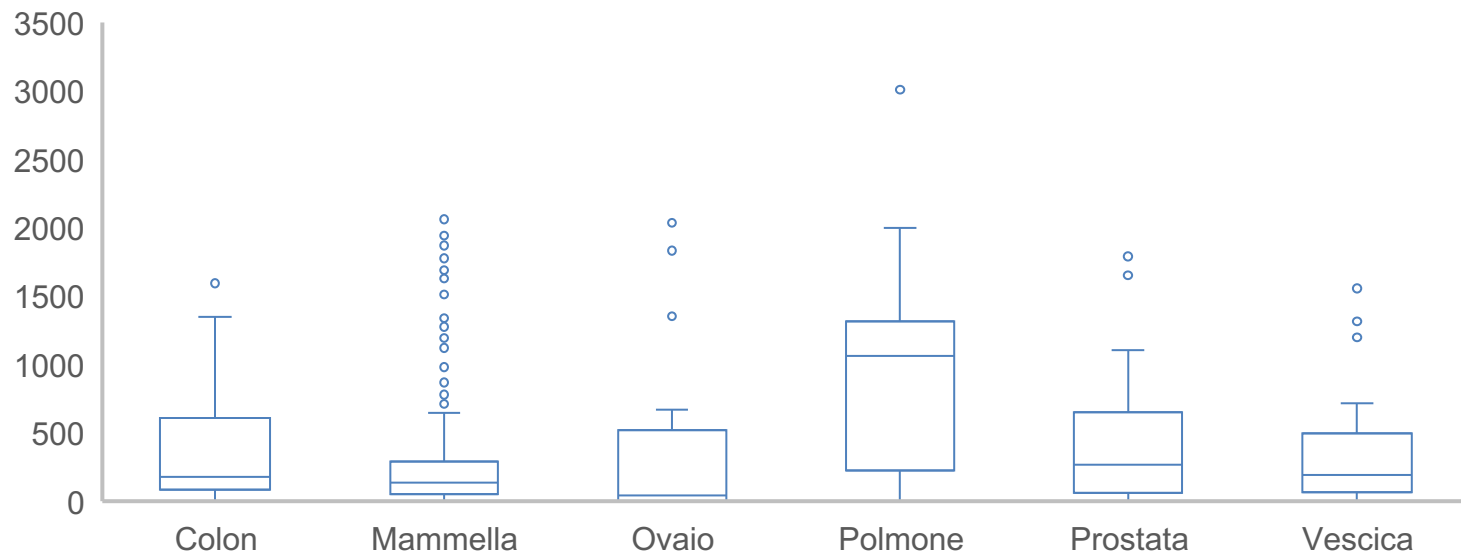


Costi per esami PRE-GOM e GOM in strutture private accreditate





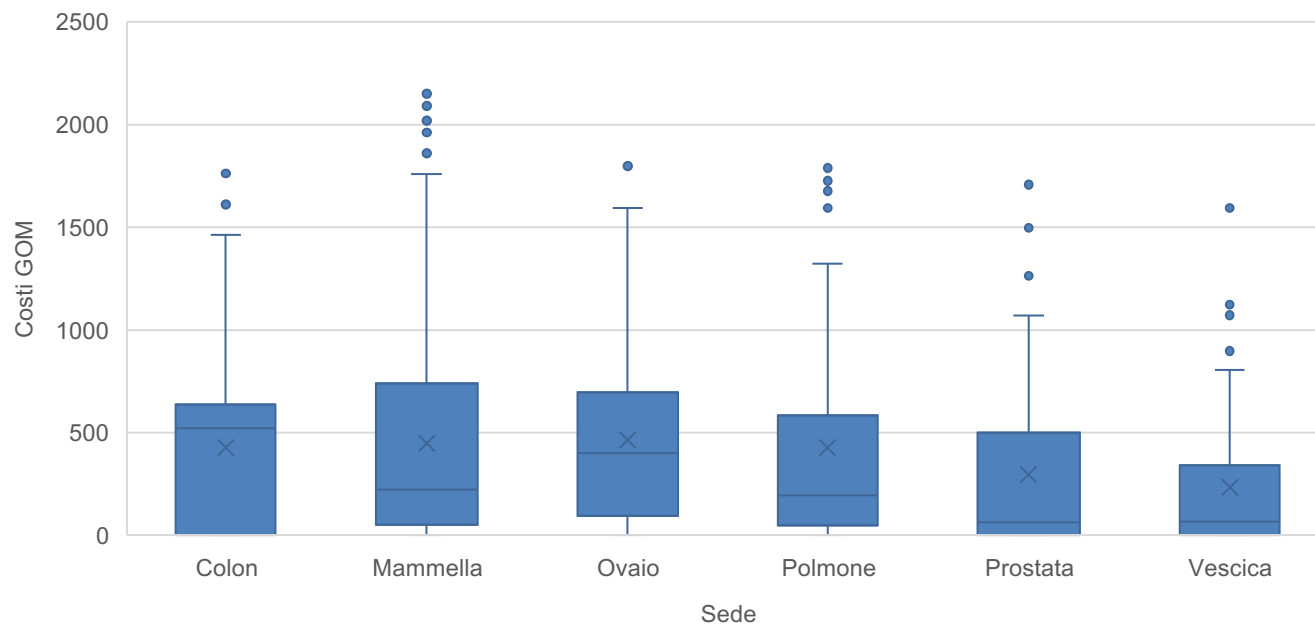
Costi pre-GOM nel percorso diagnostico in ROC per sede



Emergono differenze significative per sede della patologia ($F=24.049$, $p<0.001$)



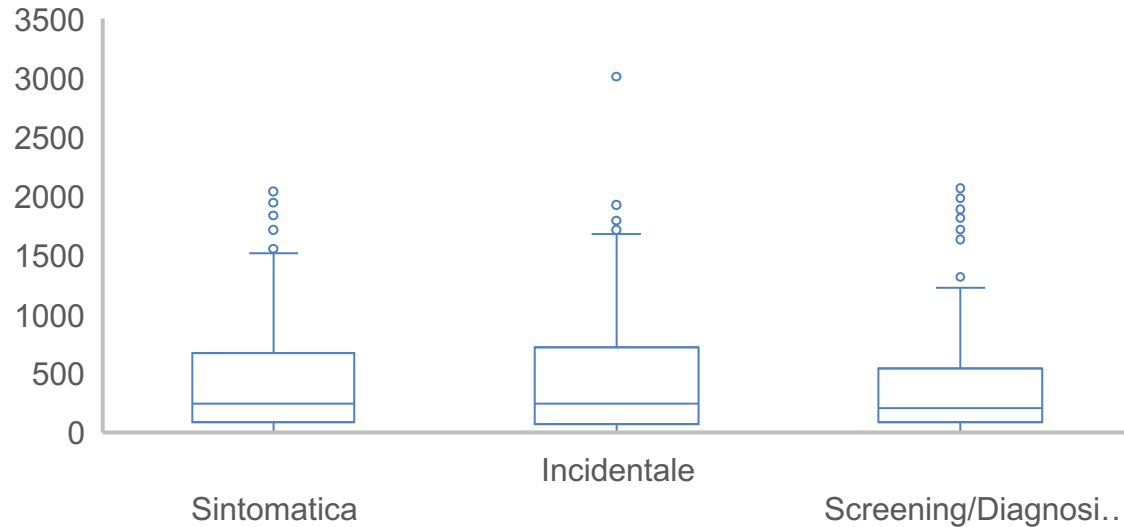
Costi GOM nel percorso diagnostico in ROC per sede



Emergono differenze significative per sede della patologia ($F=3.21$, $p=0.007$)



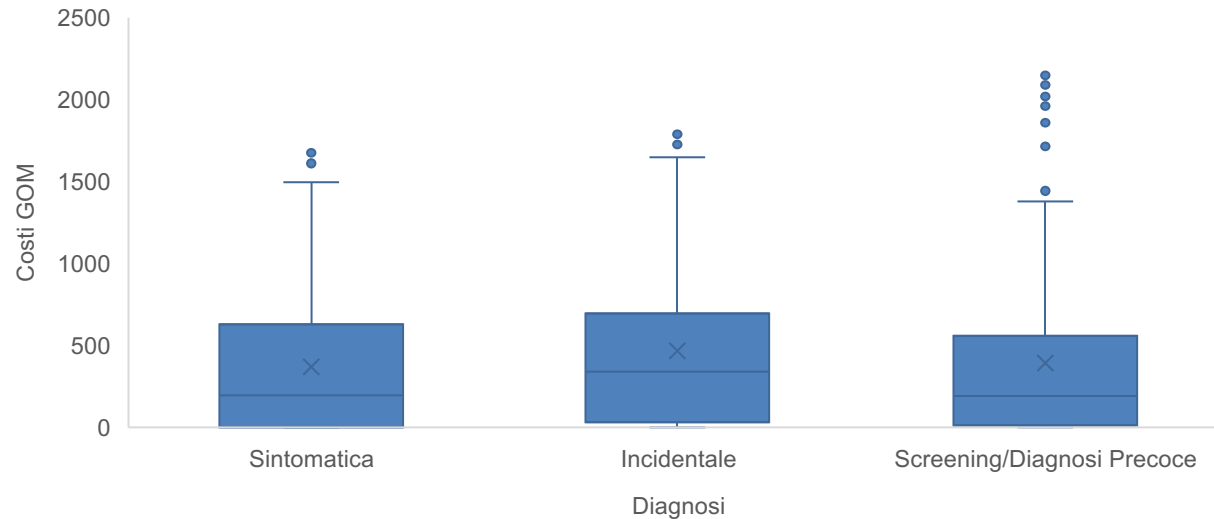
Costi PRE-GOM per modalità di diagnosi



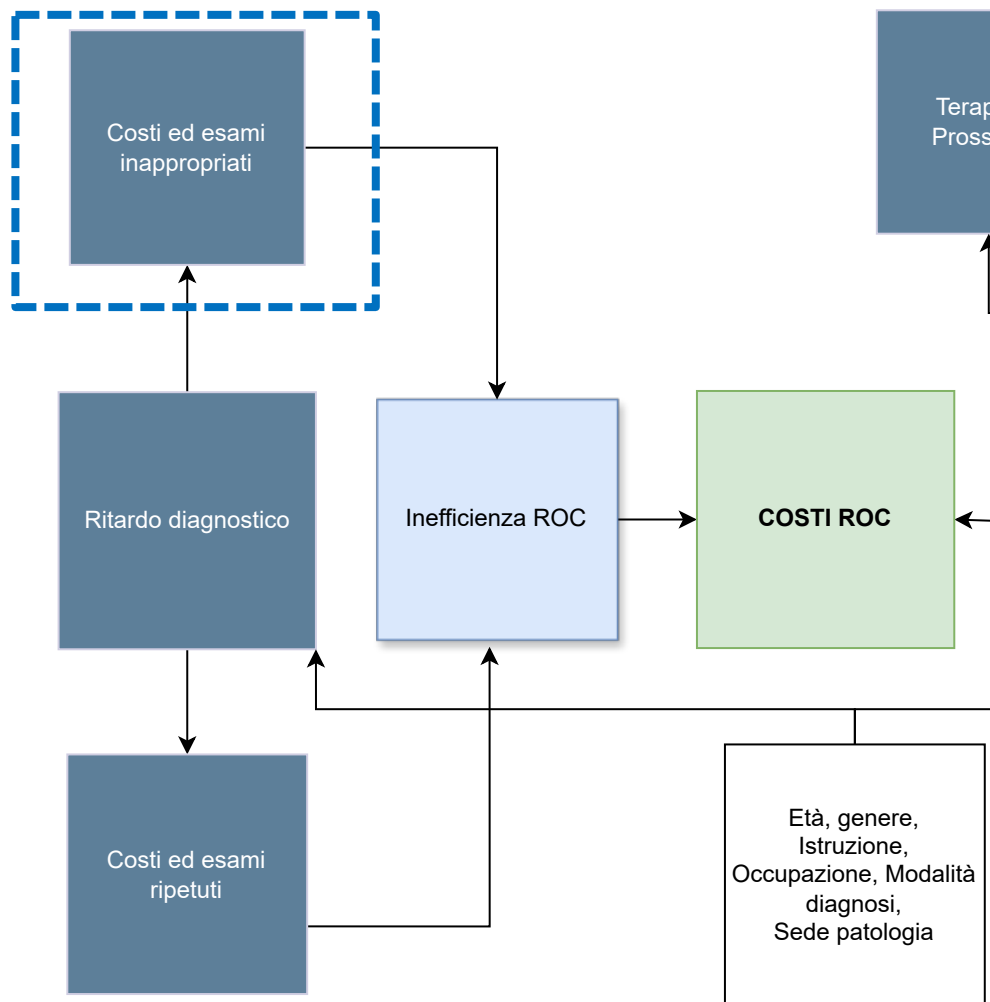
Non emergono differenze in media significative per modalità di diagnosi ($F=0.967$, $p=0.381$)



Costi GOM per modalità di diagnosi



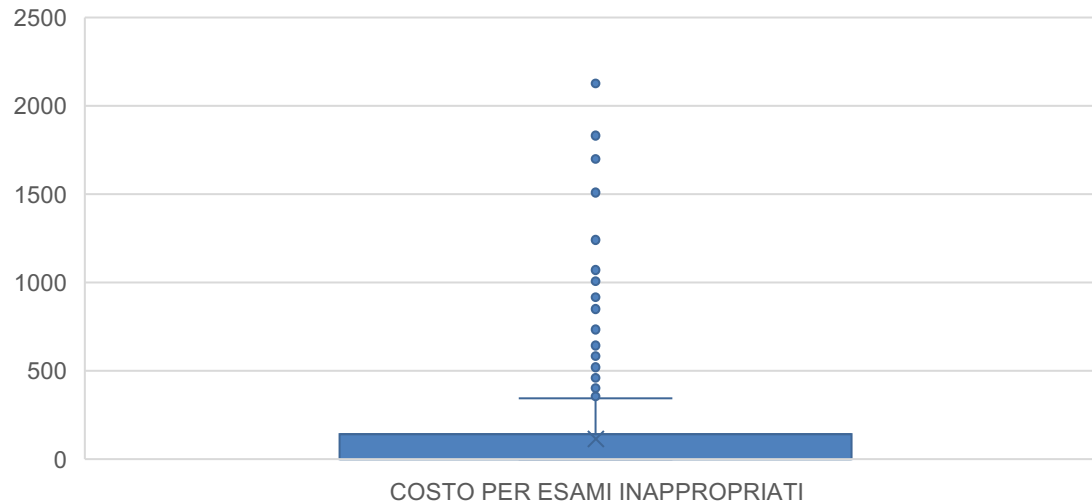
Non emergono differenze in media significative per modalità di diagnosi ($F=1.832$, $p=0.161$)



Costi per esami **inappropriati** per sede della patologia

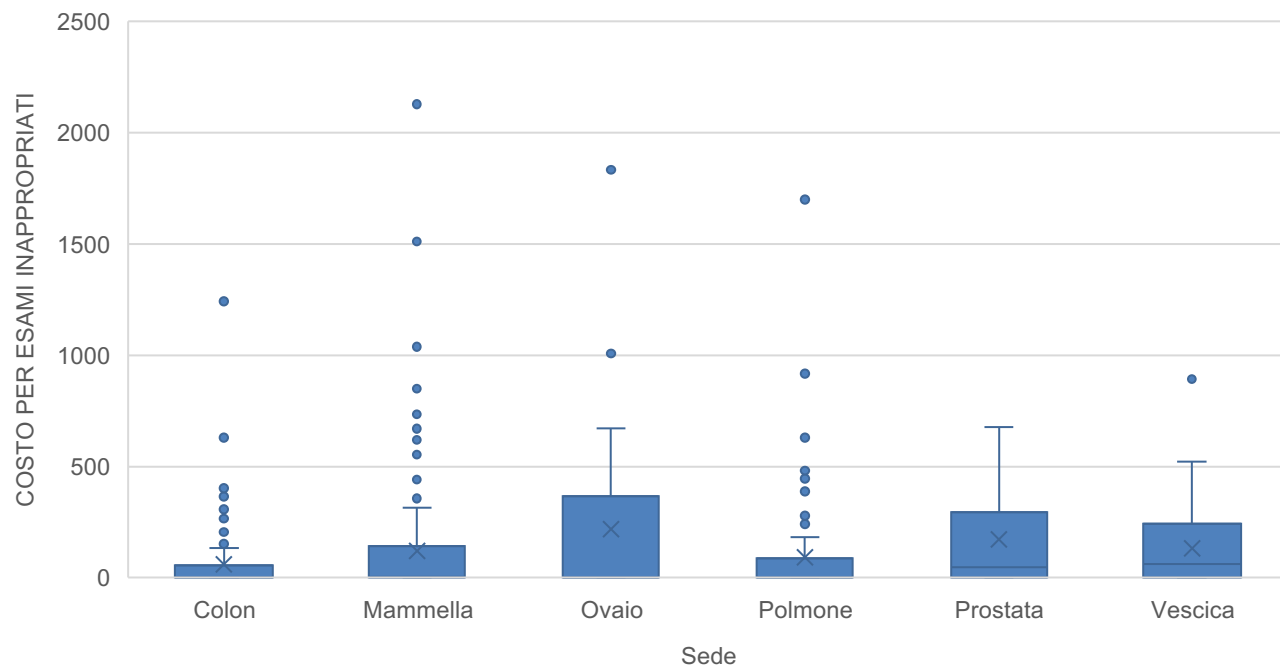


Costi inappropriati medi = 115€ per paziente _ C.I. 95% [97€-132€]
Rappresentano il 14% dei Costi totali



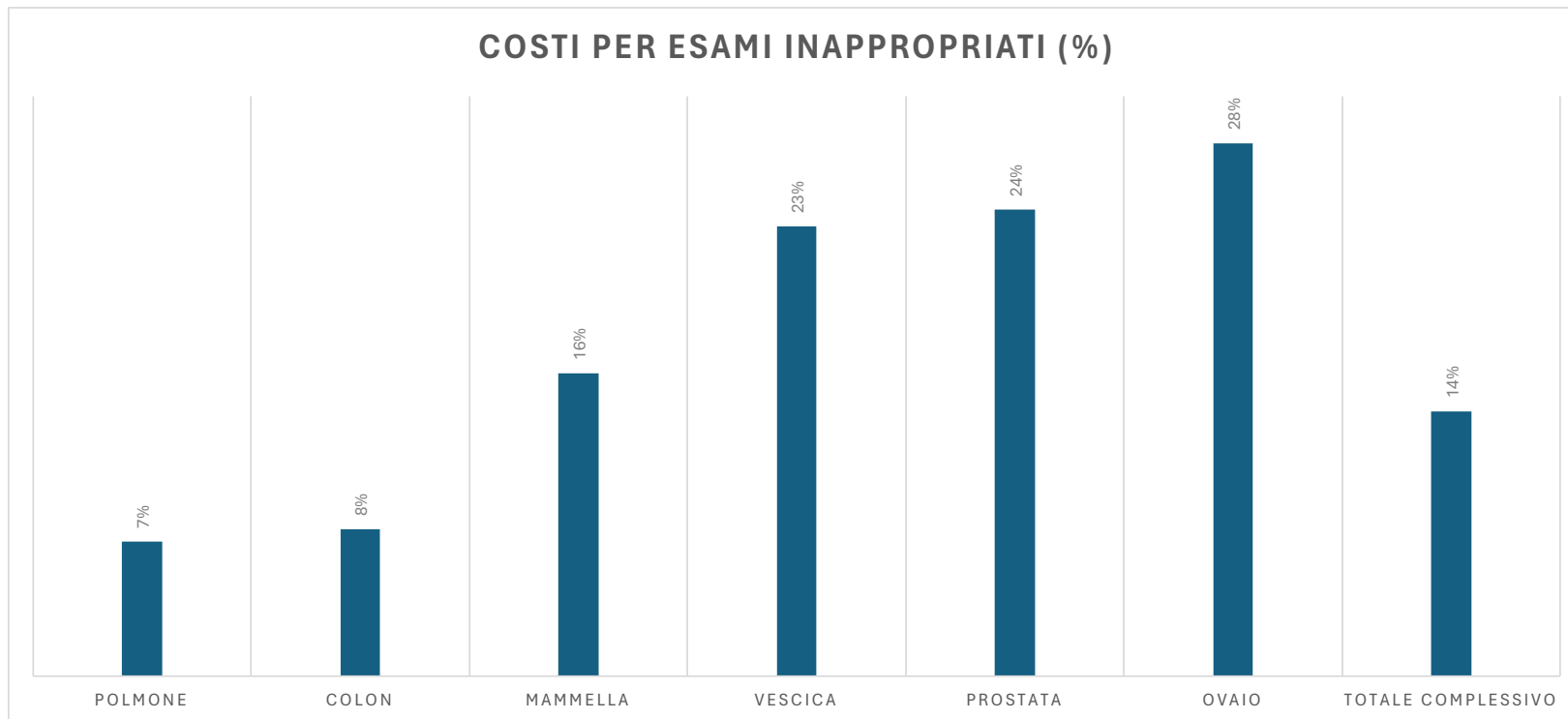


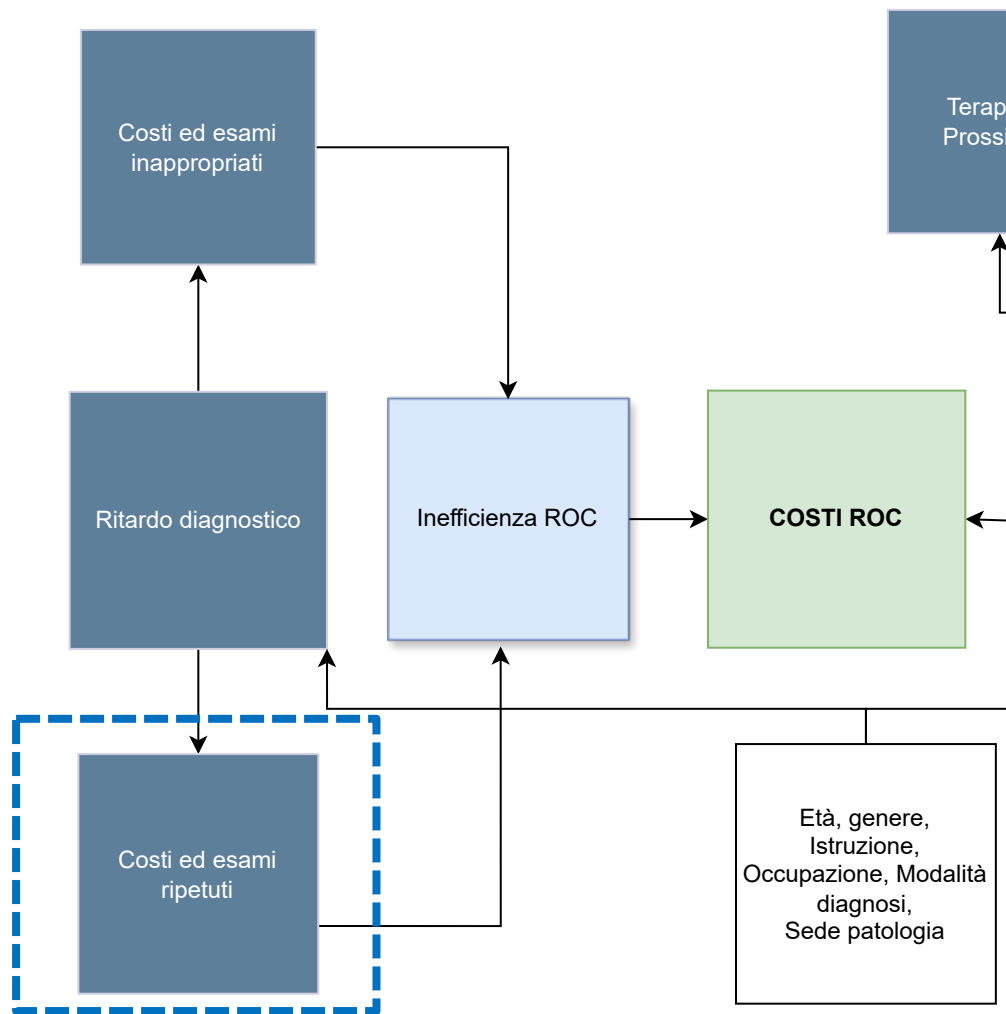
Costi per esami **inappropriati** per sede della patologia



Emergono differenze significative per sede della patologia ($F=4.466$, $p<0.001$)

Costi per esami **inappropriati** per sede della patologia (%) su costi totali



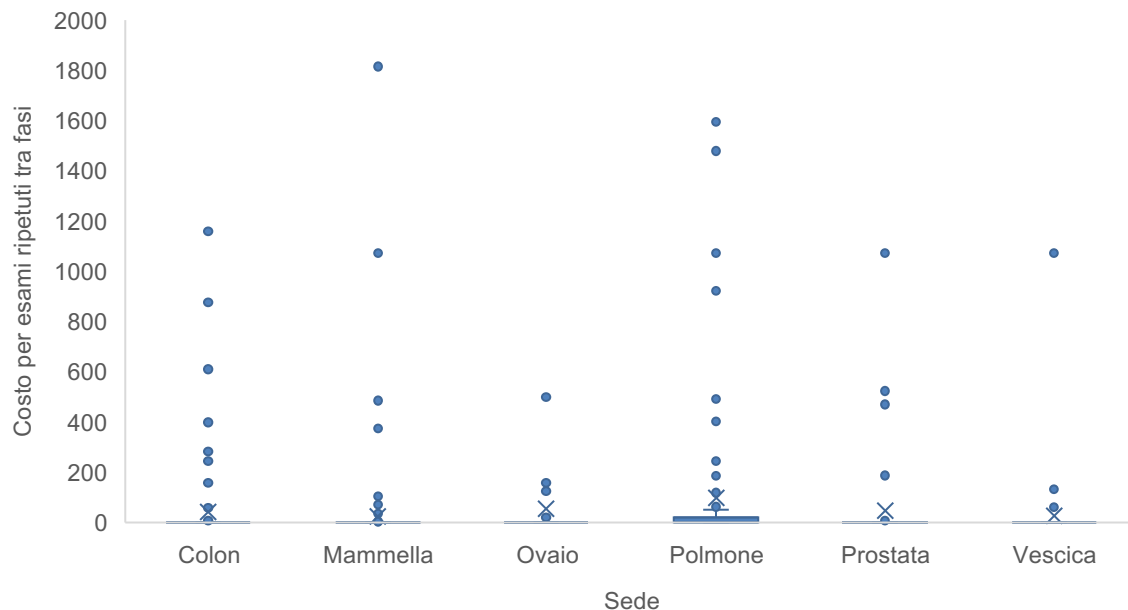


Costi per esami **ripetuti** per sede della patologia



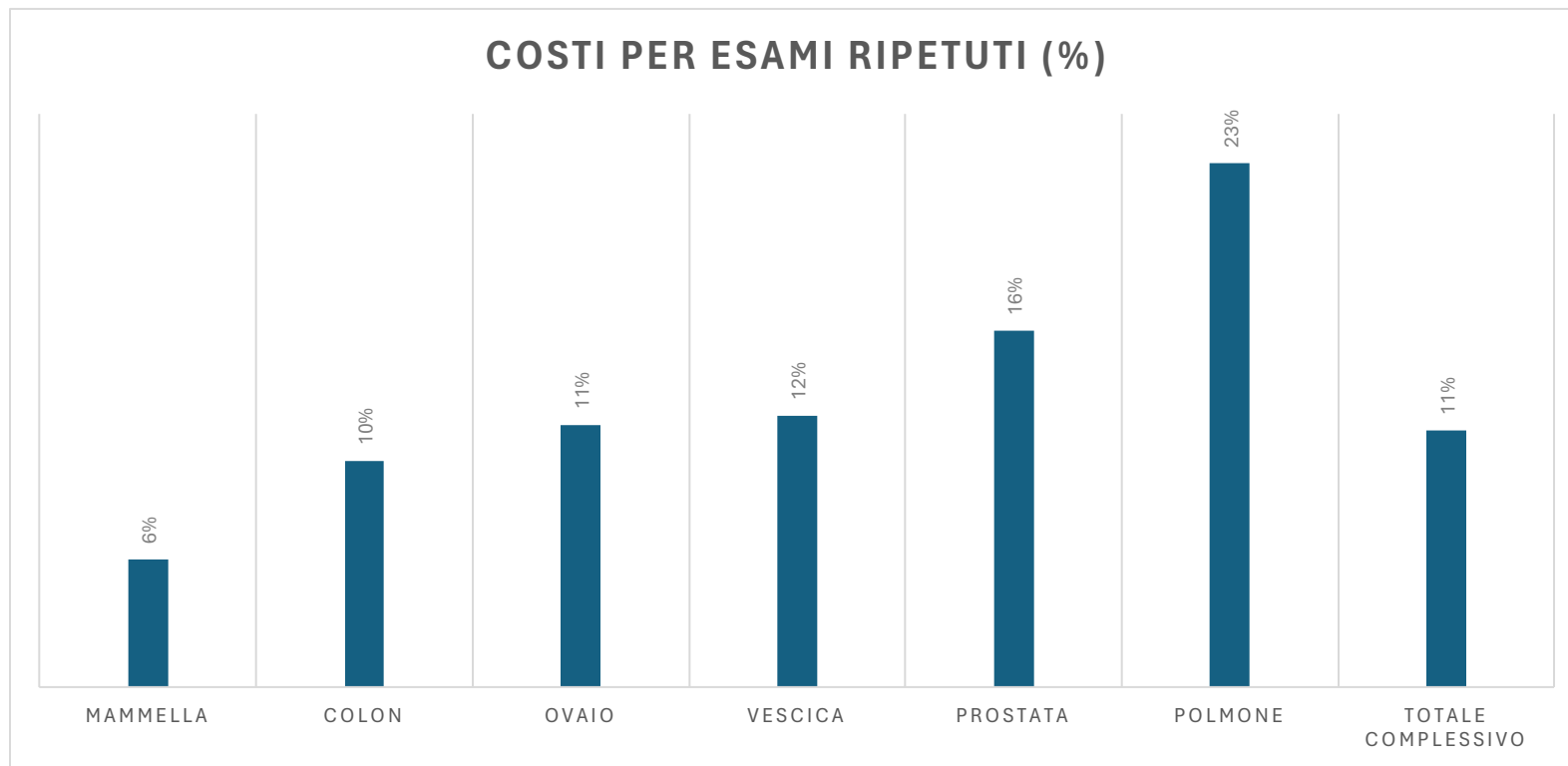
I **costi per esami PRE-GOM ripetuti in GOM** sono in media=45€ per paziente _ C.I. 95% [30€-59€]

Rappresentano l'11% dei costi GOM



Emergono differenze significative per sede della patologia ($F=2.576$, $p=0.026$)

Costi per esami **ripetuti** per sede della patologia (%) costi GOM





Conclusioni & Riflessioni

- ◆ I costi dovuti ad inefficienza nel percorso diagnostico ROC costituiscono il 19% degli oneri della ROC.
- ◆ Il ritardo diagnostico incide sull'incremento medio degli esami e, dunque, sui costi degli esami ripetuti. Si auspica una riduzione del tempo pre-GOM per il contenimento dei costi per esami effettuati nella fase diagnostica PRE-GOM, che costituiscono ancora (seppur in diminuzione) la maggior parte dei costi totali a carico del SSR (53%).
- ◆ Lo Screening/Diagnosi precoce può essere adottato come strumento di riduzione del tempo PRE-GOM e, di conseguenza, delle ripetizioni degli esami diagnostici dopo l'ingresso in ROC.
- ◆ Il monitoraggio della patient experience quale leva per migliorare le performance e quindi la qualità della vita del paziente.
- ◆ Il supporto e il rafforzamento del NETWORK attraverso il coinvolgimento di più risorse, la creazione di un ecosistema digitale sanitario più connesso al territorio, in grado di autovalutarsi e promuovere cure il più possibile personalizzate e di prossimità.

Grazie per l'attenzione!

Grazie al team del VIMASS per il supporto alla raccolta dati e alle elaborazioni dei risultati:
dott.ssa Anna Bastone e Anna Pia di Iorio

Si ringrazia per il contributo non condizionato



VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI

I Tempi della ROC

Dott.ssa Anna Crispo, Dirigente Statistico

SC Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Nazionale dei Tumori - IRCCS - Fondazione G. Pascale
WHO - Consultant

TEMPI DI RILEVAZIONE



* 1 settembre 2022 al 31 ottobre 2023 per le case di cura accreditate

RECLUTAMENTO «V FASE»



	COLON	MAMMELLA	OVAIO	POLMONE	PROSTATA	VESCICA	TOTALE
A.O. Rummo San Pio	6	10	0	4	5	8	33
A.O. S. Anna S. Sebastiano	9	17	4	4	1	3	38
Federico II	5	16	2	0	9	4	36
Moscati	9	38	3	14	12	12	88
Ospedale dei Colli	8	12	0	52	5	7	84
Ospedale del Mare	6	11	0	5	2	1	25
Pascale	17	58	10	21	17	23	146
Vanvitelli	11	10	1	19	9	9	59
Ruggi	6	16	1	3	10	7	43
Clinica Mediterranea	0	0	6	0	0	0	6
Sanatrix	0	0	12	0	0	0	12
Santa Lucia	18	0	0	0	0	0	18
Villa Julie	35	51	0	0	0	0	86
Totale	130	239	39	122	70	74	674



GOM PER TIPOLOGIA DI PAZIENTE

GOM	RECIDIVA >12 MESI	RECIDIVA <12 MESI	PRIMA DIAGNOSI DI TUMORE	TOTALE
COLON	0	0	130	130
MAMMELLA	3	4	232	239
OVAIO	1	1	37	39
POLMONE	8	1	113	122
PROSTATA	5	3	62	70
VESCICA	3	4	67	74
TOTALE	20*	13*	641	674

*n=33 esclusi

Perché il tempo è così importante?



- I peso del cancro continua a crescere a livello globale, esercitando tensione finanziaria sugli individui, sulle famiglie, sulle comunità e sui sistemi sanitari.
- Il Sistema Sanitario di molti paesi è ancora poco preparato a gestire questo onere e un gran numero di malati di cancro in tutto il mondo non ha accesso a servizi tempestivi e di alta qualità diagnosi o trattamento. La conseguenza sono morti che potrebbero essere evitate.

Le soluzioni esistono

- Il cancro, se identificato precocemente, ha maggiori probabilità di rispondere a un trattamento efficace, con conseguente maggiore probabilità di sopravvivenza, meno morbidità e meno costi .
- Il miglioramento del sistema sanitario riguarda: l'alfabetizzazione sanitaria, l'accesso alle cure primarie, la capacità diagnostica, forti meccanismi di riferimento, coordinamento e accesso tempestivo al trattamento.

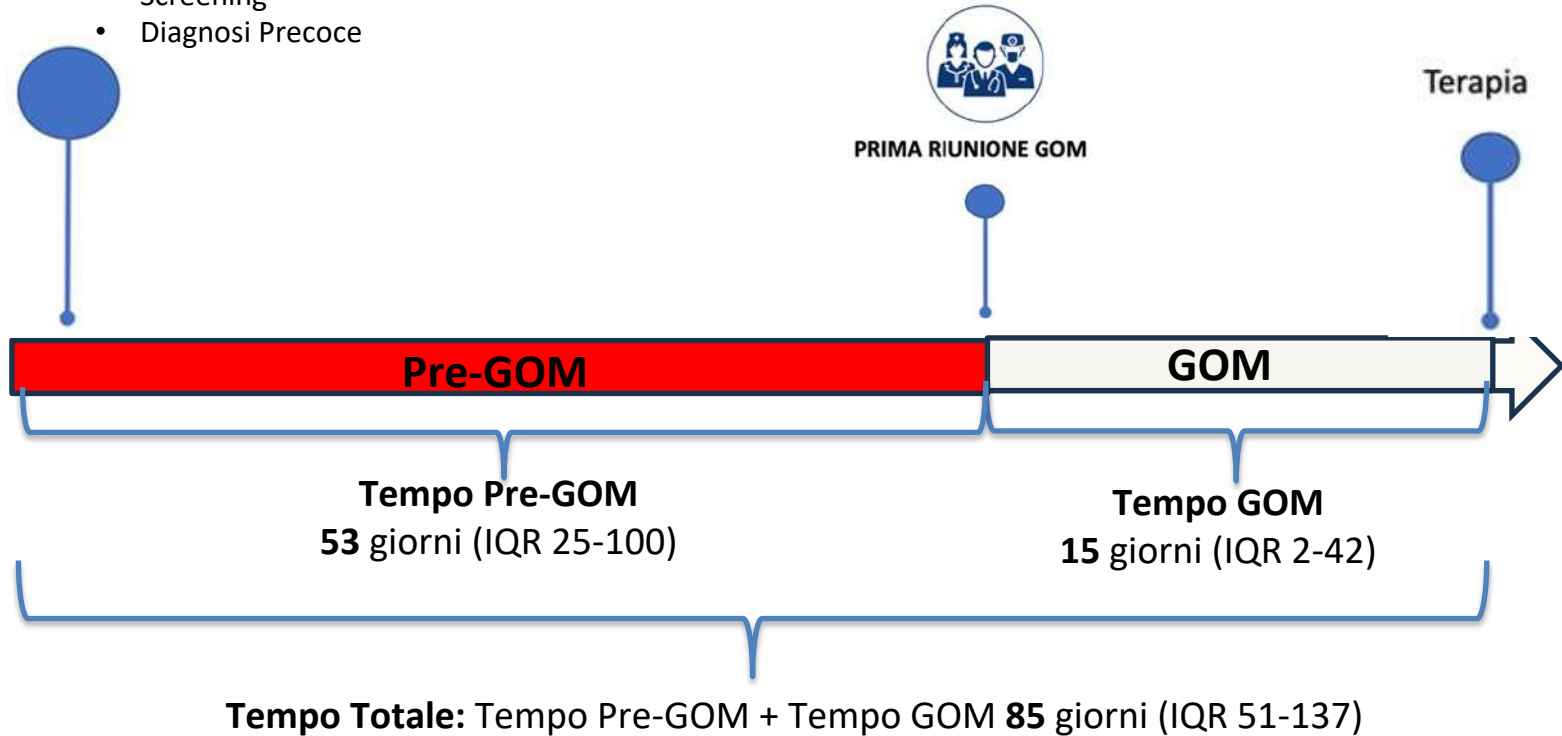
Una cura efficace del cancro richiede che questi servizi siano accessibili, ben coordinati e forniti senza ritardi. Ecco perché **la ROC** è uno strumento fondamentale per accedere precocemente ad un percorso organizzato per affrontare in maniera sistematica gli ostacoli che impediscono una diagnosi tempestiva del cancro e una cura di alta qualità. **Solo identificando investimenti strategici adeguati nel controllo del cancro possiamo raggiungere questo obiettivo.**

TEMPI della ROC*

V Rilevazione N = 641

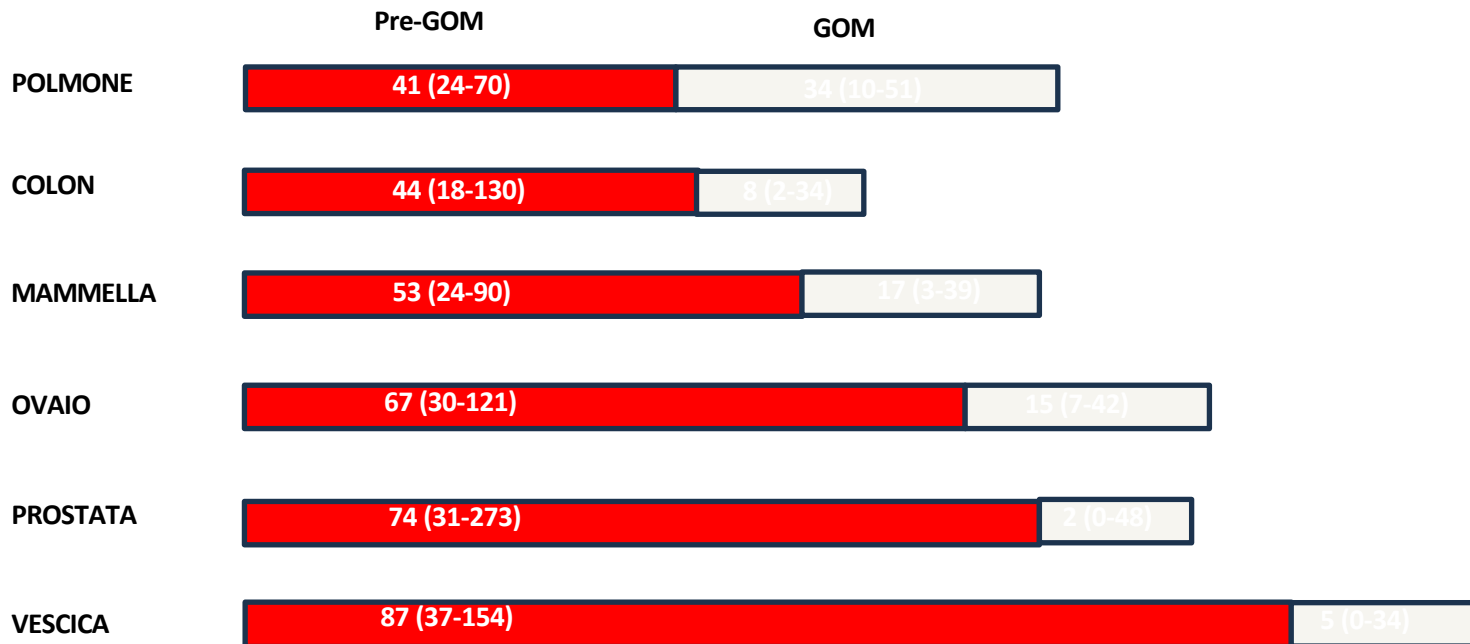


- Modalità Sintomatica
- Riscontro incidentale
- Screening
- Diagnosi Precoce



TEMPI PRE-GOM E GOM IN GIORNI PER SEDE

MEDIANA (IQR)



TEMPI MEDIANI Pre-GOM E GOM

Case di Cura e Strutture Pubbliche



Tempo Mediano e IQR *



Pre-GOM	CASE DI CURA			GOM	CASE DI CURA		
	OR	(95% CI)	p-value		OR	(95% CI)	p-value
Esami Eseguiti in strutture esterne al GOM	3.24	(2.07-5.06)	<0.0001	Esami Eseguiti in strutture esterne al GOM	1.96	(0.95-4.06)	0.0697

*Sedi considerate: colon, mammella, ovaio

ValPeRoc V Fase- Tempo Pre-GOM

ANALISI UNIVARIATA



	TEMPO PRE-GOM			p-value*
	< 1 mese	Da 1 a 2 mesi	>2 mesi	
SEDE				0.0039*
COLON	28 (37.84%)	15 (20.27%)	31 (41.89%)	
MAMMELLA	46 (31.08%)	45 (30.41%)	57 (38.51%)	
OVAIO	6 (25.00%)	5 (20.83%)	13 (54.17%)	
POLMONE	25 (40.32%)	19 (30.65%)	18 (29.03%)	
PROSTATA	8 (23.53%)	3 (8.82%)	23 (67.65%)	
VESCICA	6 (18.75%)	5 (15.63%)	21 (65.63%)	
SESSO				0.0014*
FEMMINA	38 (29.46%)	35 (27.13%)	56 (43.41%)	
MASCHIO	9 (12.16%)	14 (18.92%)	51 (68.92%)	
CLASSE DI ETA'				0.0506
< 51	15 (39.47%)	8 (21.05%)	15 (39.47%)	
51-65	14 (23.33%)	17 (28.33%)	29 (48.33%)	
66-75	12 (22.64%)	9 (16.98%)	32 (60.38%)	
>75	5 (10.42%)	13 (27.08%)	30 (62.50%)	

	TEMPO PRE-GOM			p-value*
	< 1 mese	Da 1 a 2 mesi	>2 mesi	
ANNI DI SCOLARITA'				0.6584
≤8	19 (19.00%)	26 (26.00%)	55 (55.00%)	
9-13	15 (25.42%)	14 (23.73%)	30 (50.85%)	
>13	9 (32.14%)	6 (21.43%)	13 (46.43%)	
OCCUPAZIONE				0.2730
NON OCCUPATO	20 (29.85%)	19 (28.36%)	28 (41.79%)	
OCCUPATO	18 (26.87%)	17 (25.37%)	32 (47.76%)	
PENSIONATO	17 (45.95%)	6 (16.22%)	14 (37.84%)	
MODALITA' DIAGNOSTICA				<0.0001*
DIAGNOSI PRECOCE	32 (54.24%)	9 (15.25%)	18 (30.51%)	
INCIDENTALE/ OCCASIONALE	27 (33.75%)	15 (18.75%)	38 (47.50%)	
SCREENING	39 (33.91%)	35 (30.43%)	41 (35.65%)	
SINTOMATICA	20 (16.81%)	33 (27.73%)	66 (55.46%)	

*TEST DEL χ^2

ValPeRoc V Fase- Tempo GOM

ANALISI UNIVARIATA



	TEMPO GOM			p-value*
	< 1 settimana	Da 1 a 3 settimane	> 3 settimane	
SEDE				<0.0001*
COLON	43 (43.43%)	25 (25.25%)	31 (31.31%)	
MAMMELLA	53 (30.64%)	43 (24.86%)	77 (44.51%)	
OVAIO	6 (20.00%)	13 (43.33%)	11 (36.67%)	
POLMONE	19 (20.21%)	13 (13.83%)	62 (65.96%)	
PROSTATA	21 (51.22%)	4 (9.76%)	16 (39.02%)	
VESCICA	23 (50.00%)	3 (6.52%)	20 (43.48%)	
SESSO				0.0478*
MASCHIO	23 (36.51%)	8 (12.70%)	32 (50.79%)	
FEMMINA	32 (25.20%)	35 (27.56%)	60 (47.24%)	
CLASSE DI ETÀ'				0.0322*
< 51	2 (6.25%)	11 (34.38%)	19 (59.38%)	
51-65	23 (37.10%)	14 (22.58%)	25 (40.32%)	
66-75	17 (35.42%)	10 (20.83%)	21 (43.75%)	
>75	13 (29.55%)	6 (13.64%)	25 (56.82%)	

	TEMPO GOM			p-value*
	< 1 settimana	Da 1 a 3 settimane	> 3 settimane	
ANNI DI SCOLARITA'				0.7723
≤8	31 (30.69%)	19 (18.81%)	51 (50.50%)	
9-13	13 (27.08%)	13 (27.08%)	22 (45.83%)	
>13	8 (30.77%)	7 (26.92%)	11 (42.31%)	
OCCUPAZIONE				0.0307*
NON OCCUPATO	14 (19.44%)	17 (23.61%)	41 (56.94%)	
OCCUPATO	20 (32.26%)	18 (29.03%)	24 (38.71%)	
PENSIONATO	17 (45.95%)	6 (16.22%)	14 (37.84%)	

*TEST DEL χ^2

ValPeRoc V - Tempo Pre-GOM

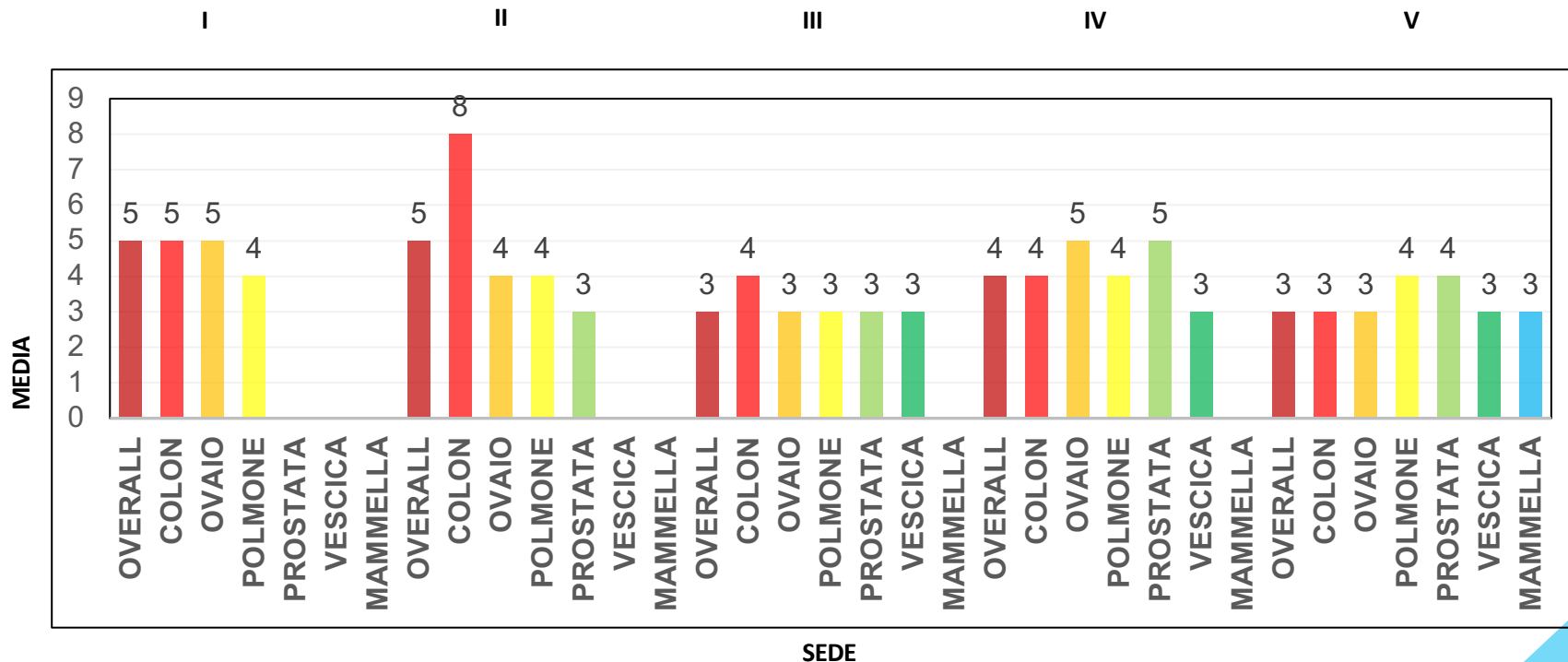
ANALISI MULTIVARIATA



		OR (> 2 MESI)	(95% CI)	p-value
SEDE				0.0438*
	POLMONE	Ref. Cat.		
	OVAIO	2.12	(0.42-4.51)	
	COLON	2.17	(0.72-6.54)	
	PROSTATA	13.53	(2.22-82.6)	
	VESCICA	6.53	(1.42-30.0)	
	MAMMELLA	1.38	(0.72-6.54)	
MODALITA' DIAGNOSTICA				0.0314*
	SCREENING	Ref. Cat.		
	DIAGNOSI PRECOCE	1.30	(0.15-11.4)	
	INCIDENTALE/OCCASIONALE	1.40	(0.58-3.40)	
	SINTOMATICA	3.20	(1.42-7.24)	

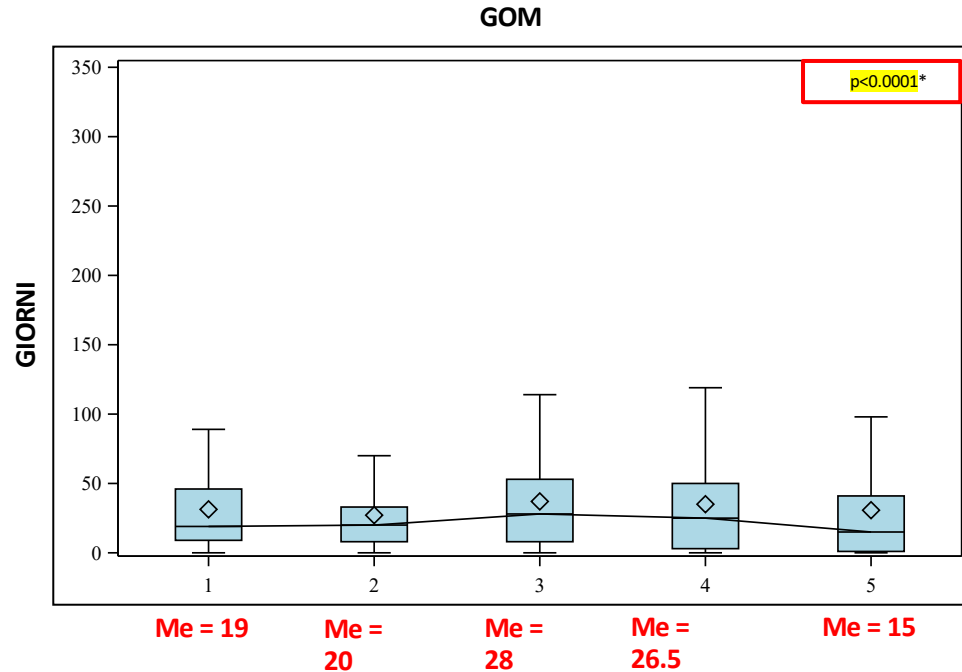
*Modello logistico multivariato aggiustato per classe di età e sesso significatività al 5%

NUMERO MEDIO DI ESAMI ESEGUITI NEL PREGOM per FASI





TEMPO GOM: CONFRONTO delle Fasi VALPEROC

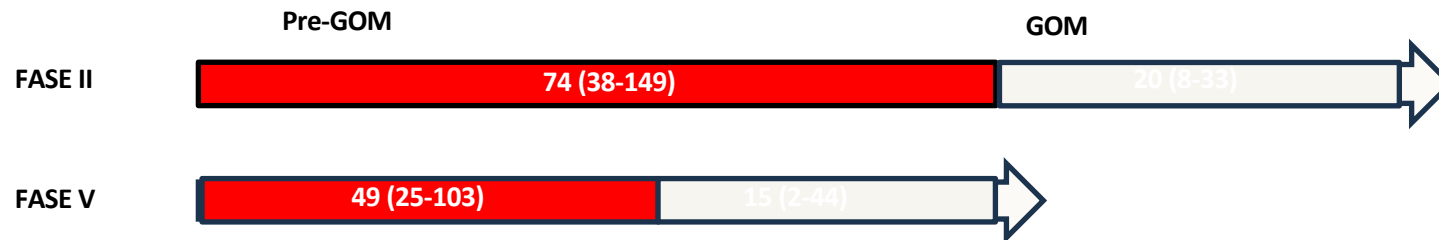


The establishment of the Campania Oncology Network positively influences cancer diagnostic and therapeutic times: the Valutazione Percorso Rete Oncologica Campana (Val.Pe.ROC) project.

Obiettivo → Riportare il trend dei tempi diagnostici e terapeutici nelle diverse fasi del progetto.

N° di soggetti → **1571** Pre-GOM **1600** GOM.

Sedi incluse nell'analisi → Colon, Polmone, Prostata e Ovaio, perché comuni a tutte le fasi.



Il tempo Pre-GOM mediano overall diminuisce in modo significativo da 74 giorni (fase II) a 49 (fase V), **p=0.0168**.

TEMPI PRE-GOM MEDIANI PER SEDE TUMORALE



II

SEDE	MEDIANA (IQR)
Polmone	48.00 (22-96)
Colon	59.00 (31-129)
Ovaio	67.50 (32-116)
Prostata	111.00 (57-336)

III

SEDE	MEDIANA (IQR)
Polmone	27.00 (3-75)
Colon	40.50 (20-100)
Ovaio	80.00 (26-174)
Prostata	83.00 (3-249)

IV

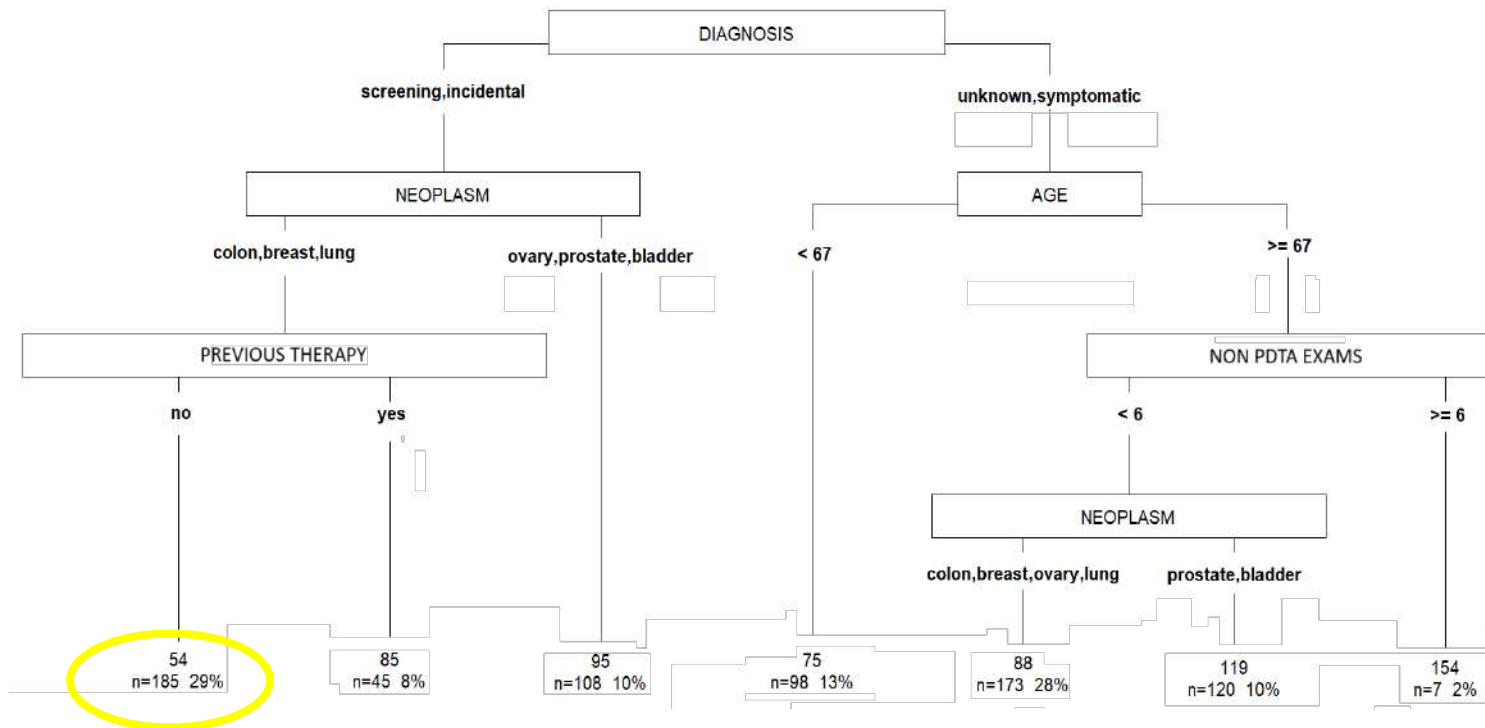
SEDE	MEDIANA (IQR)
Ovaio	67.00 (28-154)
Colon	71.00 (17-134)
Polmone	81.00 (38-139)
Prostata	102.00 (56-149)

V

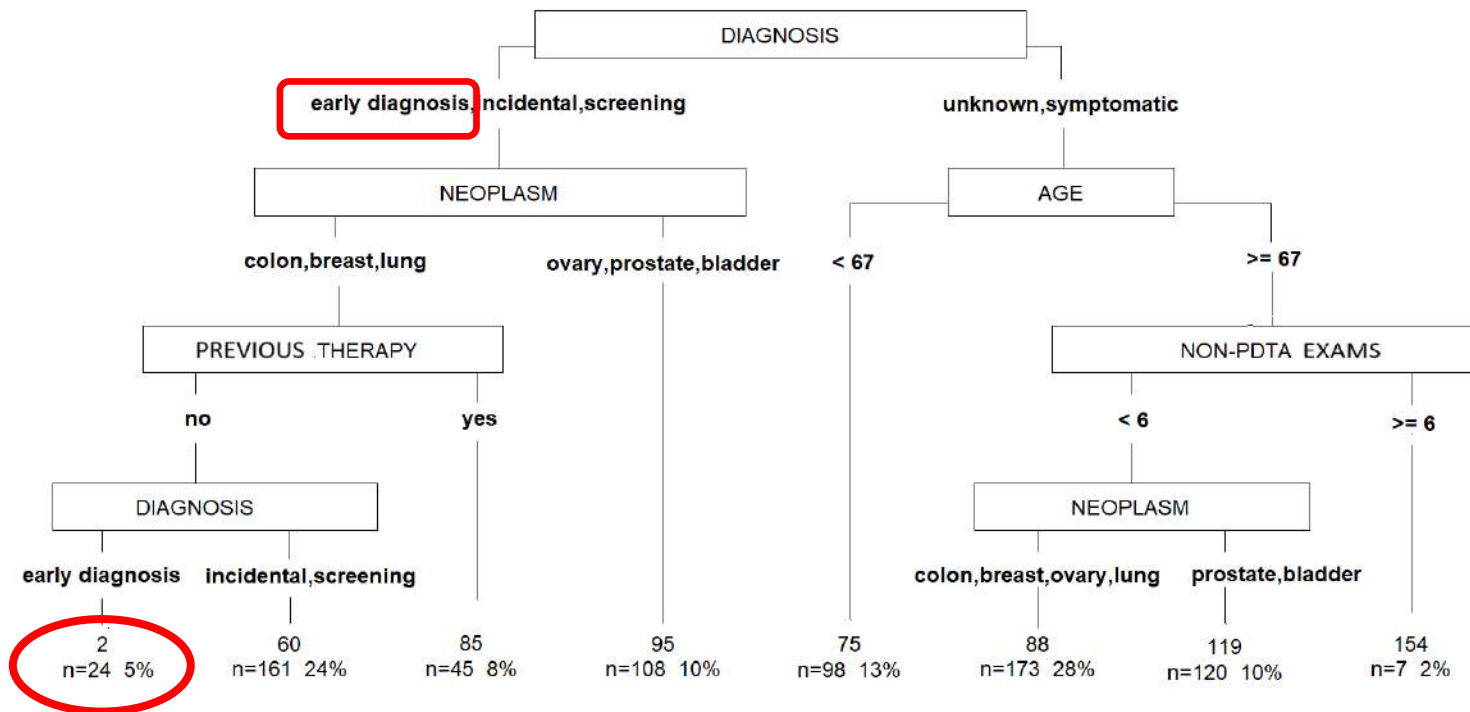
SEDE	MEDIANA (IQR)
Polmone	41.00 (24-70)
Colon	44.00 (18-130)
Ovaio	67.00 (27-113)
Prostata	74.00 (31-273)

Seppur la **Prostata** si confermi essere la sede tumorale con i tempi Pre-GOM più alti in tutte le fasi, essa è la sede con la più alta diminuzione, il **33.33%**, dei tempi Pre-GOM.

Albero delle Decisioni: il Pattern del Tempo Pre-GOM VALPEROC Tutte le Fasi



Albero delle Decisioni 2: il Pattern del Tempo Pre-GOM VALPEROC Tutte le Fasi





Take home messages:

1. **Miglioramento del Tempo Pre-GOM**
2. **Maggiore coinvolgimento dei MMG**
3. **Differenze dei percorsi tra Case di Cura e Strutture Ospedaliere per esami eseguiti in strutture esterne**
4. **Rendere fruibili dati sanitari**



CONCLUSIONE

- Negli anni l'istituzione della **ROC** per la gestione dei pazienti oncologici ha permesso di **diminuire** in modo significativo i tempi diagnostici (**tempi Pre-GOM**).
- Vi sono alcuni fattori di rischio che sembrano influenzare sia i **tempi Pre-GOM** che i **tempi GOM**.
- I risultati ottenuti sottolineano come la realizzazione di un **network regionale** ha influenzato positivamente importanti **fattori prognostici** per i tumori, come i tempi diagnostici e terapeutici.

"Val.Pe.ROC: PDTA, case manager e la raccolta dati sul territorio campano"

L'impatto della deprivazione socio-economica sui tempi pre-GOM e GOM

Elisabetta Coppola

II annualità – Primo Semestre del progetto ValPeROC



7 Ospedali

- 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

5 Gruppi Oncologici Multidisciplinari

- Ovaio
- Polmone
- Colon
- Prostata
- Vescica

Campione

- **515** pazienti estratti mediante campionamento probabilistico casuale semplice
- **368** pazienti di cui si possedevano informazioni sociodemografiche;
- **310** pazienti su cui è stato possibile elaborare le statistiche (tempo Pre-GOM).

Risultati

- Adeguatezza delle performance
- Tempo *pre-GOM* «tallone d'Achille» ma in miglioramento



I tempi *pre-GOM* e i tempi *GOM* possono essere anche spiegati da condizioni di deprivazione socio-economica differenti?

Le variabili socio-economiche derivate dal questionario di soddisfazione dei pazienti/care-givers



	<u>Professione</u>	
	n	%
Casalinga	63	19%
Lavoratore	75	23%
Non occupato	20	6%
Pensionato	173	52%
Tot	331	
	<u>Stato civile</u>	
	n	%
Coniugato/a	252	75%
Divorziato/a	21	6%
Nubile/celibe	27	8%
Vedovo/a	34	10%
Tot	334	
	<u>Titolo di studio</u>	
	n	%
Elementare	81	25%
Scuola Secondaria di I grado	122	37%
Scuola Secondaria di II grado	92	28%
Università	35	11%
Tot	330	
	<u>Anni di scolarità</u>	
Mediana (IQR)	8 (8-13)	

Indice di deprivazione socio-economica di Caranci

Una misura multidimensionale dello svantaggio (economico e sociale)



Censimento generale della popolazione e delle abitazioni del 2011.

→ variabili di frequenza, a livello di sezione di censimento
(numero sezioni= **371.447**, n. medio abitanti= 162; ds=233)

METODI per l'Indice di Deprivazione nazionale 2001

Gli **indicatori** selezionati:

- x_1 : % di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare (mancato raggiungimento obbligo scolastico)
- x_2 : % di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione
- x_3 : % di abitazioni occupate in affitto
- x_4 : % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi
- x_5 : densità abitativa (numero di occupanti per 100 m² nelle abitazioni)

L'indice

- è una variabile continua e rappresenta lo scarto rispetto alla media nazionale di caratteristiche di deprivazione:

$$ID = \sum_{i=1}^5 \bar{z}_i \quad \bar{z}_i = \frac{x_i - \mu_{x_i}}{s_{x_i}}$$

- **quintili di popolazione** per tutta l'Italia (l'etichetta "molto ricco" identifica così il 20% di popolazione con i valori dell'indice più bassi)

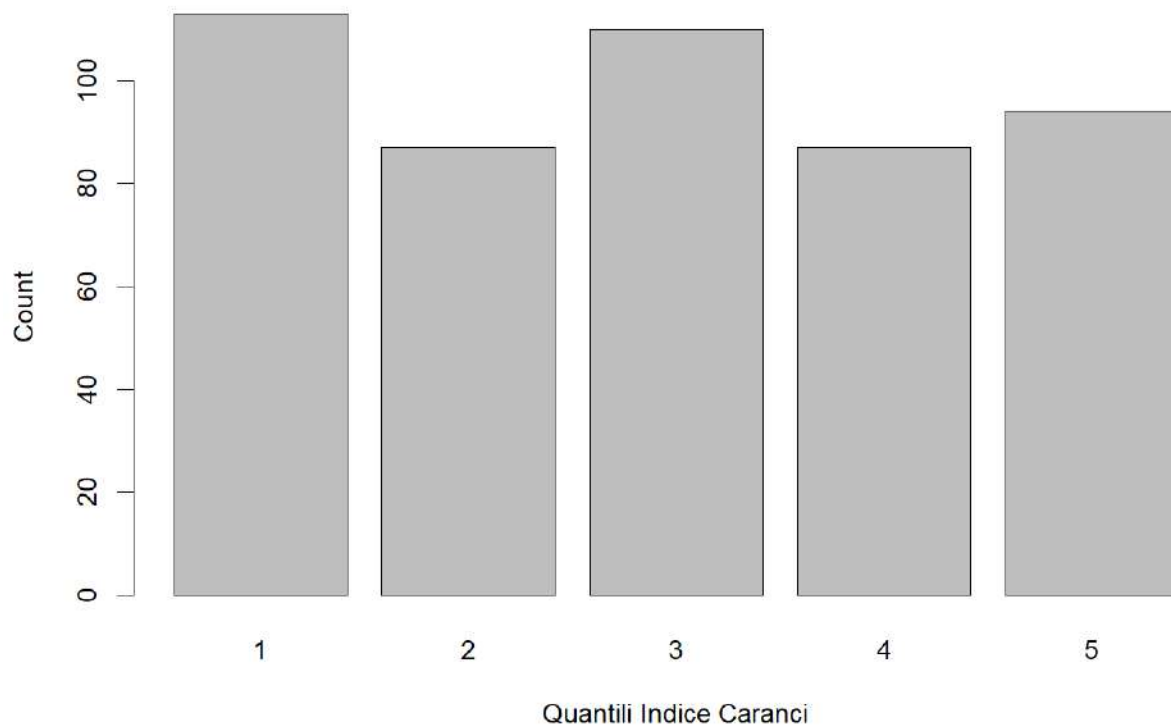
Indice di Caranci del campione ValPeROC



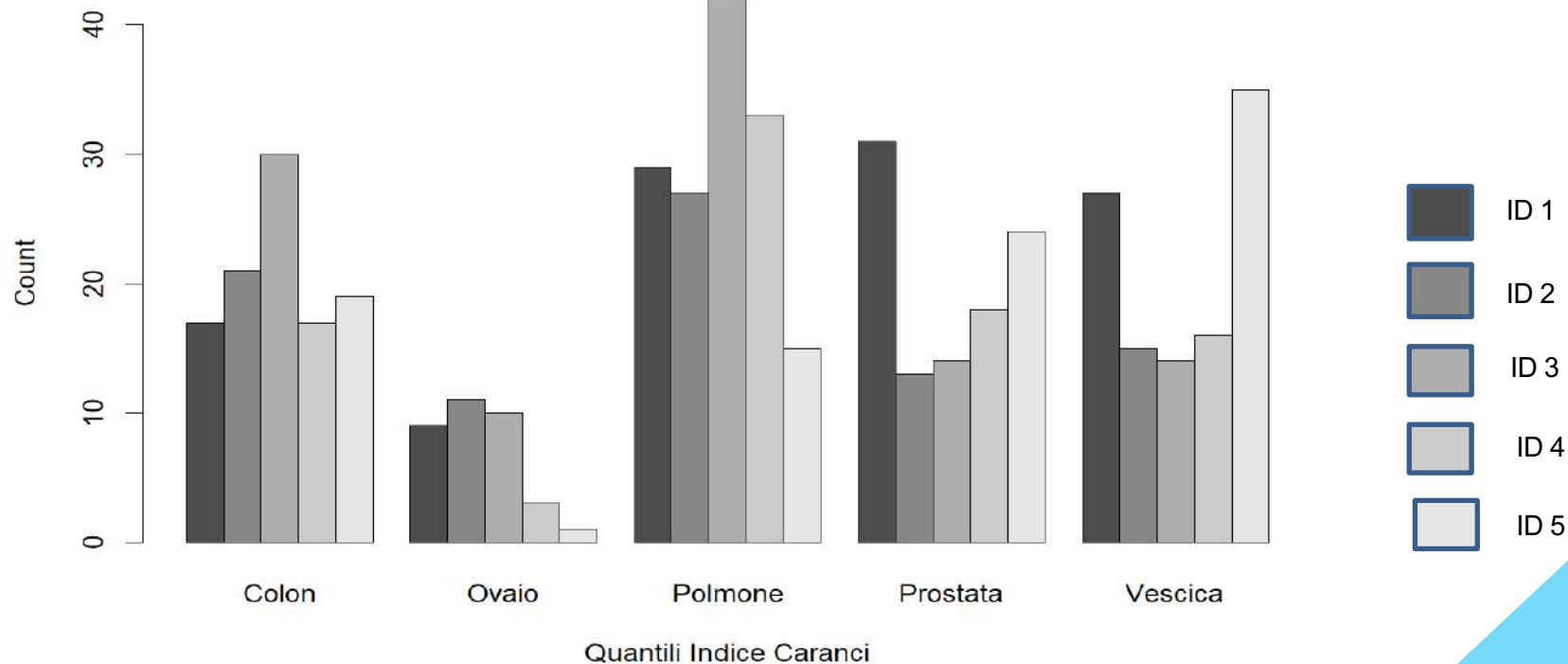
- Estrazione dalla piattaforma ROC dell'indirizzo di residenza dei pazienti della II annualità – I semestre del progetto ValPeROC
- Geolocalizzazione dei pazienti inclusi rispetto a ciascuna sezione di censimento
- Assegnazione dell'indice di privazione specifico

	N	Mediana	IQR	p (ANOVA)
COLON	114	49,4	36.8-61.5	0.03
<u>OVAIO</u>	<u>39</u>	<u>38.1</u>	<u>29.6-43.7</u>	
POLMONE	147	43.8	34.1-57.8	
PROSTATA	101	42.2	28.1-62.7	
VESCICA	108	47.5	28.9-67.0	
Tutte le sedi	509	44.3	30.9-61.6	

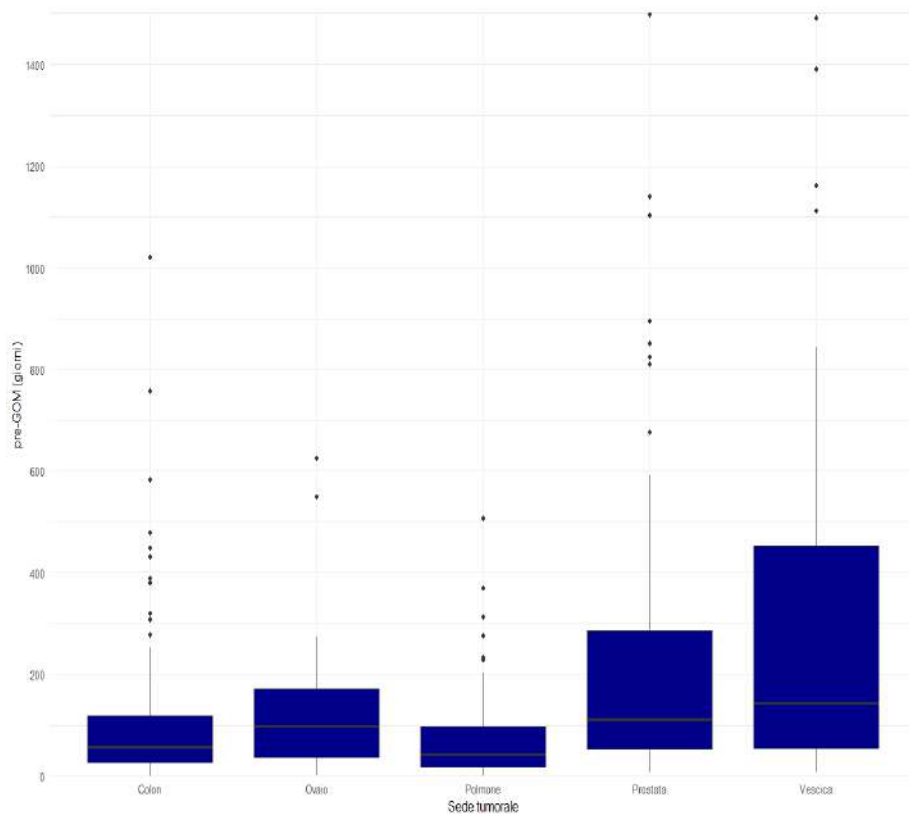
Categorizzazione dell' indice di Caranci in quintili OVERALL (tutti i GOM)



Categorizzazione dell' indice di Caranci in quintili per GOM



Tempo pre-GOM



Pre-GOM (giorni)	
Median (Q1, Q3)	
Colon	56.5 (26.2, 120.0)
Ovaio	97.0 (37.5, 172.0)
Polmone	42.0 (18.5, 97.0)
<u>Vescica</u>	<u>144.0 (56.0, 453.0)</u>
<u>Prostata</u>	<u>111.0 (53.8, 286.0)</u>

Modello di regressione univariata: relazione tra l'indice di deprivazione (quintile) e i tempi pre-GOM Overall (Tutti I GOM)



Tempo pre-GOM		
	β	<i>p-value</i>
Indice di Caranci (Quintili)		
1	-3,5	0.9
2	-88.0	0.02
3	-86.2	0.02
4	-85.5	0,02
5	Ref	

All'aumentare delle condizioni di deprivazione socio-economica aumentano i tempi pre GOM

Risultato confermato per il **GOM Colon** e **GOM Prostata**

Nessuna relazione significativa è stata riscontrata nel GOM Vescica → tempi pre GOM indipendenti dalle condizioni di deprivazione socioeconomiche (impatto di **altri fattori**, es. liste di attesa per intervento chirurgico)

Modello di regressione univariata: relazione fra le variabili socio-economiche e i tempi pre-GOM



Overall (Tutti I GOM)

Tempo pre-GOM		
	β	<i>p-value</i>
Professione		
Casalinga	40.6	0.3
Non occupato/a	143.2	0.02
Pensionato/a	37.2	0.2
Lavoratore	Ref	

I pazienti disoccupati avevano tempi pre GOM maggiori di 143,2 giorni in media rispetto ai lavoratori

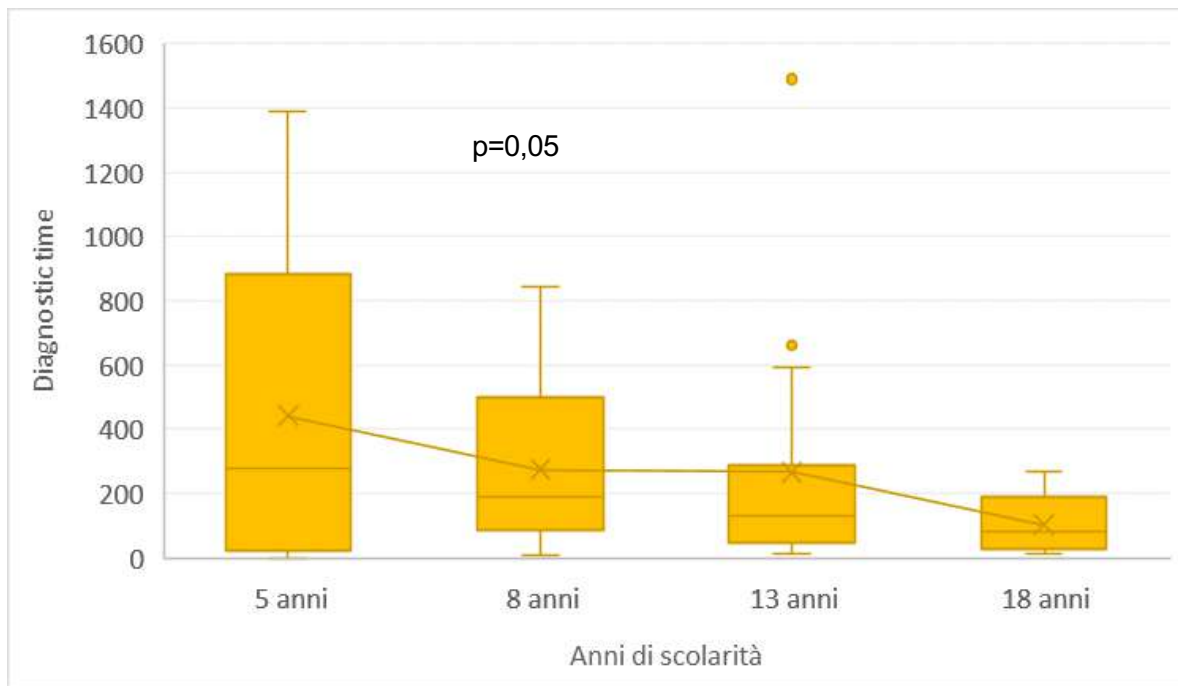
Risultato confermato per il **GOM Vescica** e **GOM Prostatà**

Modello di regressione univariata: relazione fra le variabili socio-economiche e i tempi pre-GOM

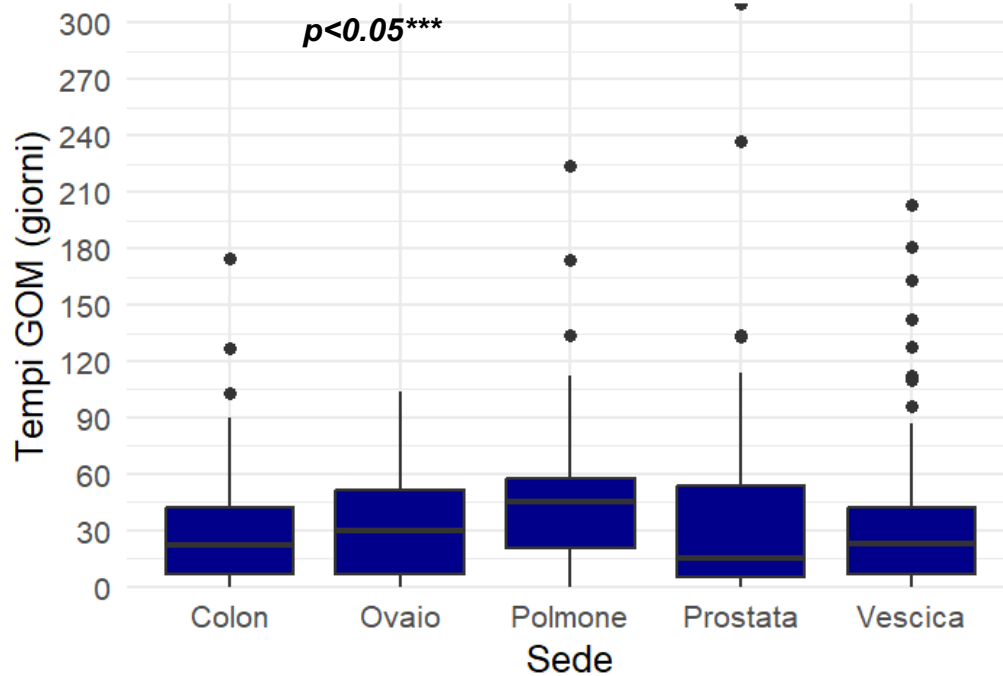


GOM Vescica

Relazione tra tempi pre-GOM e anni di scolarità



Tempi GOM



	Pre-GOM (giorni) Median (Q1, Q3)
Colon	22.0 (7.0, 42.0)
Ovaio	30.0 (6.5, 51.5)
Polmone	45.0 (21.0, 58.0)
Vescica	15.0 (5.0, 54.0)
Prostata	23.0 (7.0, 42.0)



**L'indice di deprivazione di Caranci non è un
predittore dei tempi GOM OVERALL (tutti i GOM)**

Modello di regressione univariata: relazione tra l'indice di deprivazione (quintile) e i tempi GOM GOM Polmone



Tempo pre-GOM		
	β	<i>p-value</i>
Indice di Caranci (Quintili)		
1	-17.1	0.09
2	-18.7	0.07
3	-18.8	0.05
4	-25.5	0.01
5	Ref	
Stato civile		
Nubile/celibe	30.7	0.008
Vedovo/a	-11.4	0.31
Divorziato/a	-20.0	0.15
Coniugato/a	Ref	

All'aumentare delle condizioni di deprivazione socio-economica aumentano anche i tempi GOM polmone

I pazienti disoccupati avevano tempi GOM Polmone maggiori di 30.7 giorni in media rispetto ai lavoratori

Conclusioni



- **L'indice di deprivazione socio-economico di Caranci è un predittore dei tempi pre-GOM**
- **La disoccupazione e un basso livello di educazione sono determinanti di tempi pre-GOM maggiori**
- **I tempi GOM sembrano «risentire meno» delle condizioni socio-economiche**
- **L'indice di deprivazione socio-economico di Caranci e uno stato civile di nubile/celibe determinano tempi GOM maggiori nei pazienti del GOM Polmone**

Val.Pe.ROC: PDTA, case manager e la raccolta dati sul territorio campano

CASE MANAGER DELLA R.O.C

Davide D'Errico



Chi è il professionista?

Il case manager è un **PROFESSIONISTA** che coordina un percorso predefinito di un caso o più casi clinici a lui affidati

RUOLO DEL Case Manager : creare un rapporto diretto e continuato fra professionisti e il paziente, rapporto che non può essere legato soltanto all'erogazione di una specifica prestazione.

CASO O CASI AFFIDATI : il CM costituisce un vero e proprio punto di riferimento per i pazienti affidati, per qualsiasi problematica.

COORDINA IL PERCORSO STABILITO → **PDTA**



Qual è il suo ruolo?

- Accoglienza
- Valutazione dei bisogni
- Presa in carico del paziente
- Ricerca e raccolta dati
- Continuità assistenziale
- Supporto per il paziente e per la famiglia
- Evitare che il paziente si senta solo e lontano dai servizi sanitari
- Utilizzo della **piattaforma ROC** per la gestione del paziente e attivazione dei servizi tra cui l'assistenza domiciliare



Valutare il carico di lavoro dei case manager della Rete Oncologica Campana





Cosa dice il DCA n. 98 del 2016...

Il DCA 98/2016 stabilisce che «nel GOM dovrà essere individuata la figura del Case Manager, rappresentata da un Infermiere con specifiche competenze formative che accompagna il percorso individuale di cura divenendo riferimento e facilitatore della continuità del percorso stesso, occupandosi del coordinamento organizzativo del percorso assistenziale. Il Case Manager è anche la figura di collegamento per la integrazione con le cure territoriali.»

Sono quindi definite figura e compiti ma nulla è detto circa l'organico di Case Manager da associare alle attività della Rete Oncologica.

Dimensionamento dell'organico dei Case manager



Si è provveduto, con il Tavolo Tecnico della ROC, ad una **valutazione ponderata tra attività e stime di tempi associati** elaborando valori medi di impegno portati alla fine a sintesi come ore lavoro per singolo paziente preso in carico nei GOM.

Si giunti alla **conclusione** che per ogni nuovo paziente arruolato, per tutte la attività e per tutto il percorso assistenziale sono necessari mediamente **10 ore lavoro dell'infermiere Case Manager per paziente.**

Poiché il **Tempo Lavoro Anno dell'infermiere è previsto in 1500 ore** ne deriva che **ogni Case Manager può seguire circa 150 pazienti/anno.**

N° Case Manager CORP/CORPUS/ASL presenti in ROC

CORP/CORPUS	Marzo 2022	Aprile 2023	Giugno 2024
A.O. Cardarelli	6	7	7
A.O. Dei Colli	7	7	4
A.O. Moscati	3	5 (2 per solo inserimento pz in piattaforma)	5 (2 per solo inserimento pz in piattaforma)
A.O. Rummo San Pio	2	2	2
A.O. S. Anna S. Sebastiano	2	3	2
A.O.U. Luigi Vanvitelli	5	5	5
A.O.U. Ruggi	12	12	12
I.N.T. Pascale	22	27	23
Ospedale del Mare	5	5	5
A.O.U. Federico II	22	11	4
Ospedale Santa Maria Delle Grazie	N.D.	N.D.	5
ASL Avellino	1	1	1
ASL Benevento	0	9	9
ASL Caserta	7	5	5
ASL Napoli 1 Centro	0	0	0
ASL Napoli 2 Nord	4	0	0
ASL Napoli 3 Sud	9	13	7
ASL Salerno	13	15	19
Totale	98	113	115



CONCLUSIONI

Il case manager ha un **ruolo fondamentale** per le attività dei GOM

Nella maggior parte dei centri **non è garantito il rapporto di 1 case manager ogni 150 pazienti/annui**

Bisogna reclutare **personale dedicato** a questa attività

Inserimento solo di **nuovi case manager con profilo professionale d'infermiere**
(ideale con master di 1 livello in case management)

Migliorando la qualità lavorativa dei case manager, si migliora anche la qualità dell'assistenza ai pazienti oncologici.

con il patrocinio di:



Rete Oncologica Campana

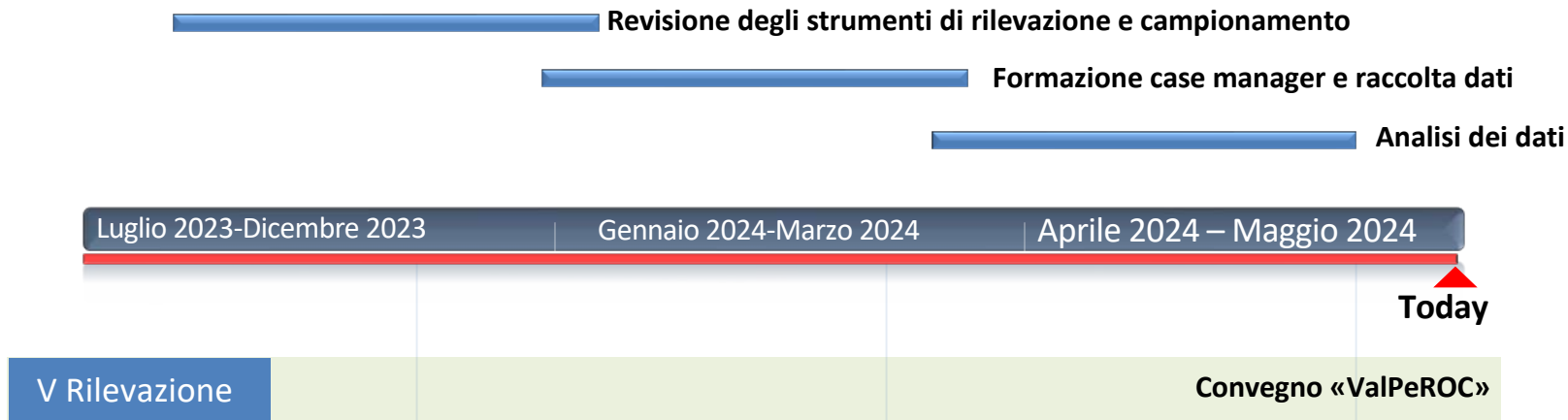
La Raccolta dati nel Progetto «Val.Pe.ROC»: Un focus sulla soddisfazione

Dott.ssa Anna Bastone

anna.bastone001@studenti.uniparthenope.it



Research step



Fonti Informative



SCHEDA DI RILEVAZIONE RETE ONCOLOGICA

- 1 Scheda ROC 2 Diagnosi 3 Segnalazione 4 Precedente ricovero o atto terapeutico 5 1^a Visita GOM
6 Esami diagnostici pre-GOM 7 Esami diagnostici GOM
8 Ultima riunione GOM con decisione primo atto terapeutico 9 Atto terapeutico 10 Data del decesso

Centro *

Sede *

Gom Interaziendale

☐ Sì ☒ No

Autore della compilazione *

Codice ROC *

2022

Comune di residenza del paziente *

Tipologia di paziente *

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

- 1 Informazioni anagrafiche 2 Soddisfazione 3 Diagnosi
4 Esami diagnostici e Precedente ricovero/atto terapeutico 5 Tossicità finanziaria 6 Commenti & Suggerimenti

Intervistato

Sesso

☐ Maschio

☐ Femmina

Età

Nazionalità

Professione

Stato civile

Titolo di studio

Anni di scolarità

Avanti >

Questionario per Responsabili GOM

Centro *

Sede *

Da quanti professionisti è composto l'Extended TEAM del suo GOM? *

- +

Indicare il numero di professionisti che compongono l'Extended TEAM, incluso anche i componenti del Core TEAM

Selezioni le professionalità impiegate nell'Extended TEAM del suo GOM *

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Oncologo medico | ☐ Medico esperto nella gestione della terapia del dolore | ☐ Anatomopatologo/ Citopatologo | ☐ Medico Nucleare |
| ☐ Chirurgo | ☐ Radioterapista | ☐ Farmacista responsabile di servizio U.M.A./C.A./U.F.A. | ☐ Fisiatra |
| ☐ Ginecologo | ☐ Genetista/Biologo-Molecolare/Bieterologo | ☐ Radiologo | ☐ Nutrizionista |
| ☐ Infermiere | ☐ Medico di laboratorio | ☐ Radiologo interventista | ☐ Psico-oncologo |
| ☐ Anestesista/Rianimatore | | | ☐ Altro |

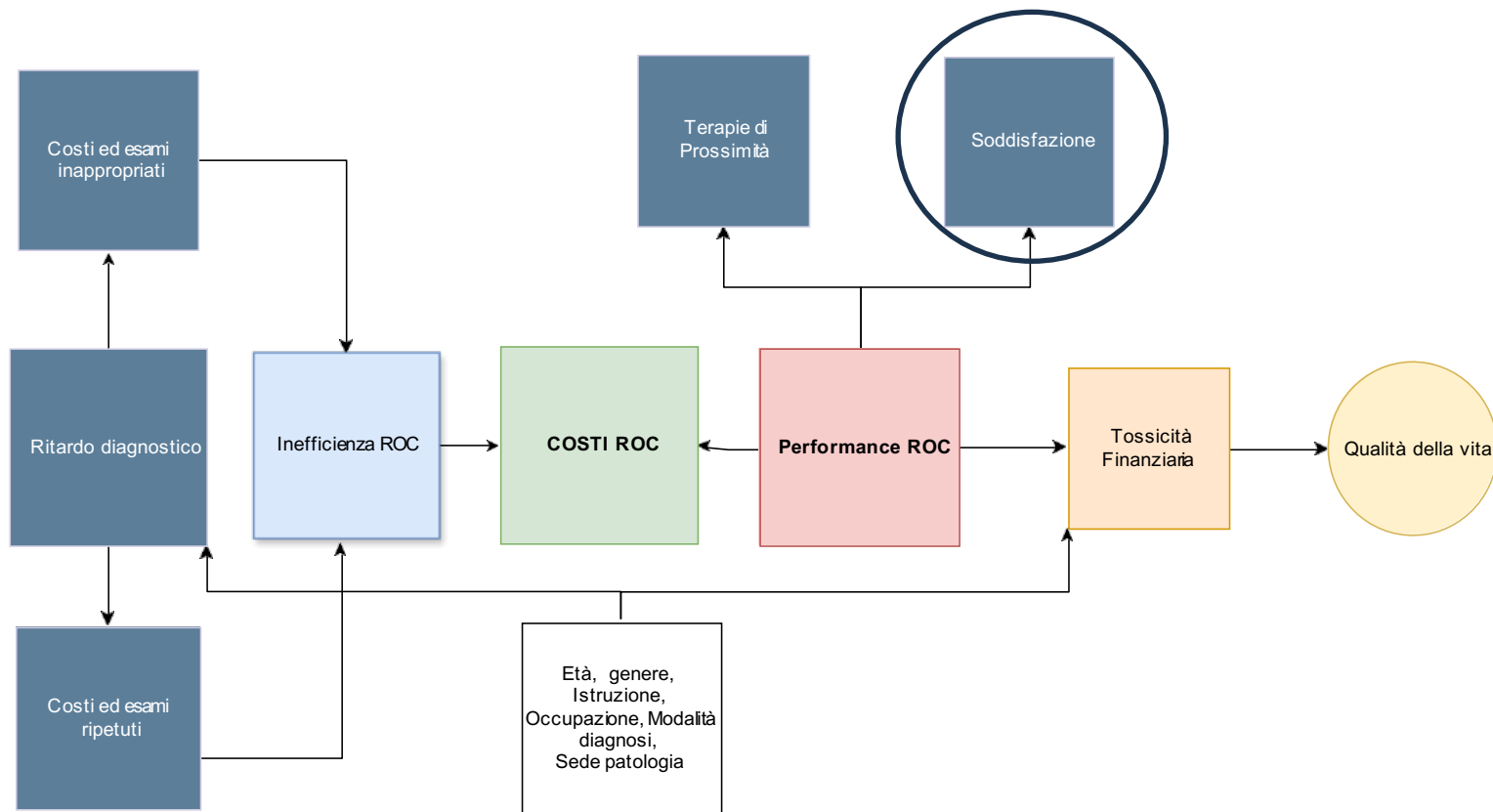
Selezionare le professionalità dei soggetti che compongono l'Extended TEAM, incluso anche le professionalità del Core TEAM

Nel periodo di riferimento (giugno 2022- maggio 2023).

◆ Database Aziendali

◆ Pubblicazioni scientifiche e Rapporti di ricerca

Framework concettuale



Patient Satisfaction



- ◆ Questionario di soddisfazione erogato attraverso interviste telefoniche.
- ◆ Tre item principali: (1) ***Accessibilità e tempi di attesa***, (2) ***Qualità dell'assistenza medica*** e (3) ***Caratteristiche complementari del servizio***.
- ◆ Scala Likert **1-5**.



Analisi dei commenti e dei suggerimenti dei Pazienti/Caregiver in ROC

Domande aperte inserite nella scheda ROC della IV rilevazione

Commenti



Commentare gli aspetti positivi della sua esperienza in ROC

Suggerimenti



Inserire suggerimenti per migliorare il servizio

< Indietro

Invia

Patient Satisfaction

Commenti positivi



Patient Satisfaction

Criticità



Patient Satisfaction

Suggerimenti





Patient Satisfaction

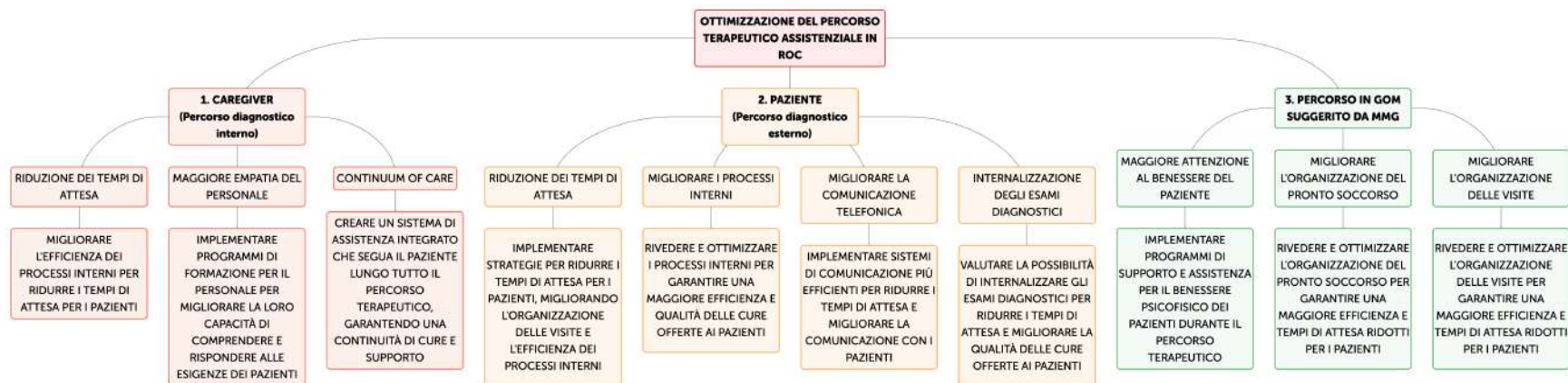
Commenti & Suggerimenti per profilo

Analisi dei commenti e suggerimenti filtrando per profilo:

- ◆ Paziente vs caregiver
- ◆ Genere
- ◆ Titolo di studio
- ◆ Metastatico sì vs metastatico no
- ◆ Esami interni vs esami esterni
- ◆ Prossimità sì vs prossimità no
- ◆ Percorso in GOM suggerito da: MMG, conoscente/familiare, specialista privato

Patient Satisfaction

Takeaways



Conclusioni



Il miglioramento si fonda sull' **efficientamento dell'organizzazione** e sulla **centralità del paziente**:

- ◆ **Efficientamento organizzativo**: miglioramento dei processi interni quale strumento di abbattimento dei tempi di attesa e incremento del livello di qualità delle cure (comunicazione, gestione pronto soccorso, organizzazione orari visite terapeutiche etc.)
- ◆ **Centralità del paziente**: continuum of care per supportare paziente e caregiver nel percorso «domiciliare», attività di formazione per lo sviluppo dell'empatia a supporto del benessere del paziente.

Grazie per l'attenzione!

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

Si ringrazia per il contributo non condizionato



NOVARTIS



Bristol Myers Squibb™

AstraZeneca



DISAQ

VIMASS lab

VALORE, INNOVAZIONE,
MANAGEMENT E ACCESSO
NEI SISTEMI SANITARI