



En route vers plus de valeur et d'équité

30 novembre 2018

Luca Gabutti

University of Southern Switzerland, USI

Department of Internal Medicine, EOC

Smarter medicine; Choosing Wisely Switzerland

Choosing Wisely International



CHOOSING WISELY OR ...





Choosing Wisely (2012), vise à amener médecins et patients à réfléchir de manière critique à la valeur (bénéfice/risque) des tests et procédures médicaux courants

<https://knowledgeplus.nejm.org/blog/choosing-wisely-in-the-daily-practice-of-family-medicine/>

Éviter les soins qui produisent peu ou pas de valeur...



(bénéfices)

$$\text{Value} = \frac{\text{Outcomes}}{\text{Cost}}$$

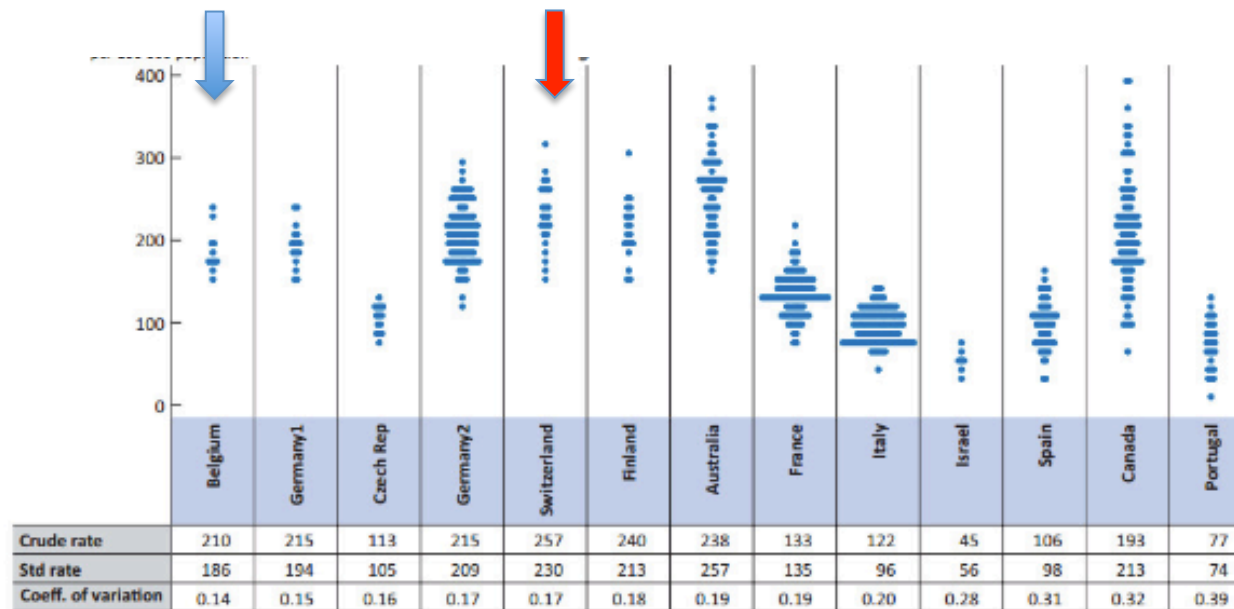


(coûts globaux/désavantages/risques)



The
COMMONWEALTH
FUND

Le premier pas vers l'analyse de la prévalence du “Low-Value Care”: Se pencher sur la variabilité dans la pratique médicale; la prothèse du genou



Note: Each dot represents a territorial unit. Rates are standardised using OECD's population over 15 years. Countries are ordered from the lowest to highest coefficient of variation within countries. Data for Portugal and Spain only include public hospitals. For Spain, the rates are reported based on the province where the hospital is located. Germany 1 and 2 refers respectively to Länder and Spatial Planning Regions.

Source: Authors' estimates based on data submitted by countries for the OECD project.

Rates of knee replacements vary **more than four-fold between** countries. They vary **two to three-fold within** countries, and **more than five-fold in Canada, Portugal and Spain.**

Organisation for Economic Cooperation and Development 2011

L'introduction d'aides à la décision ont été associés à des taux d'opérations inférieurs...

Questions to Consider

- How much pain am I in?
- What does the pain prevent me from doing?
- How well do nonsurgical treatments manage the pain?
- What am I willing to do to manage nonsurgically?

04:35 / 07:33

Chapter List Length: 54:00

- 5. When Should I Have Surgery?
- 6. Surgery on One Knee or Both?
- 7. Making Your Decision

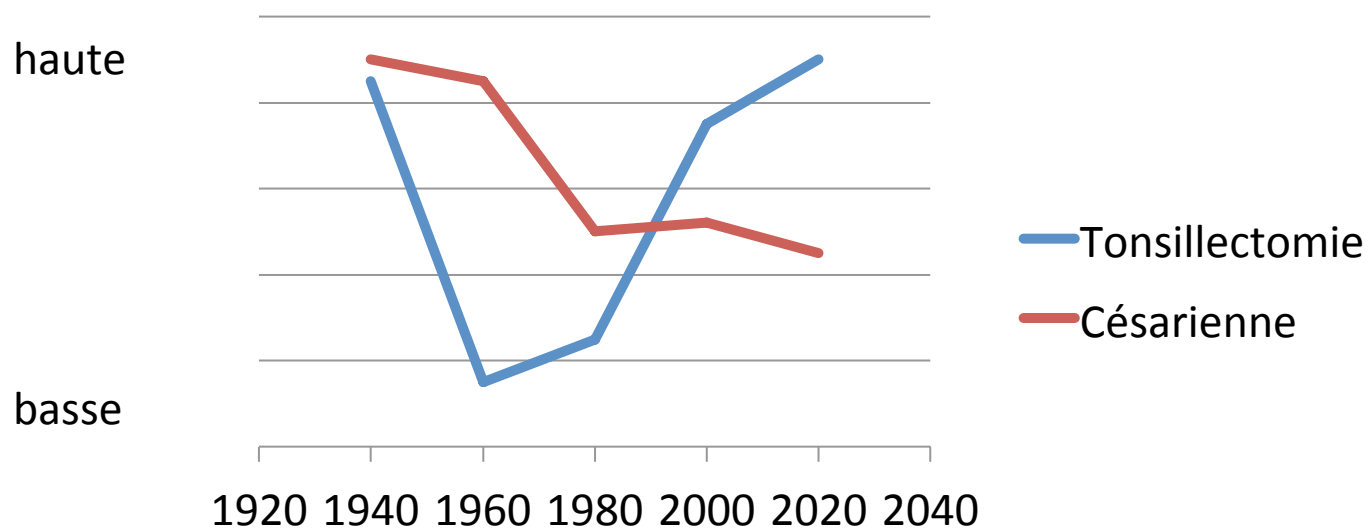
Related Links

[Download Booklet \(PDF\)](#)

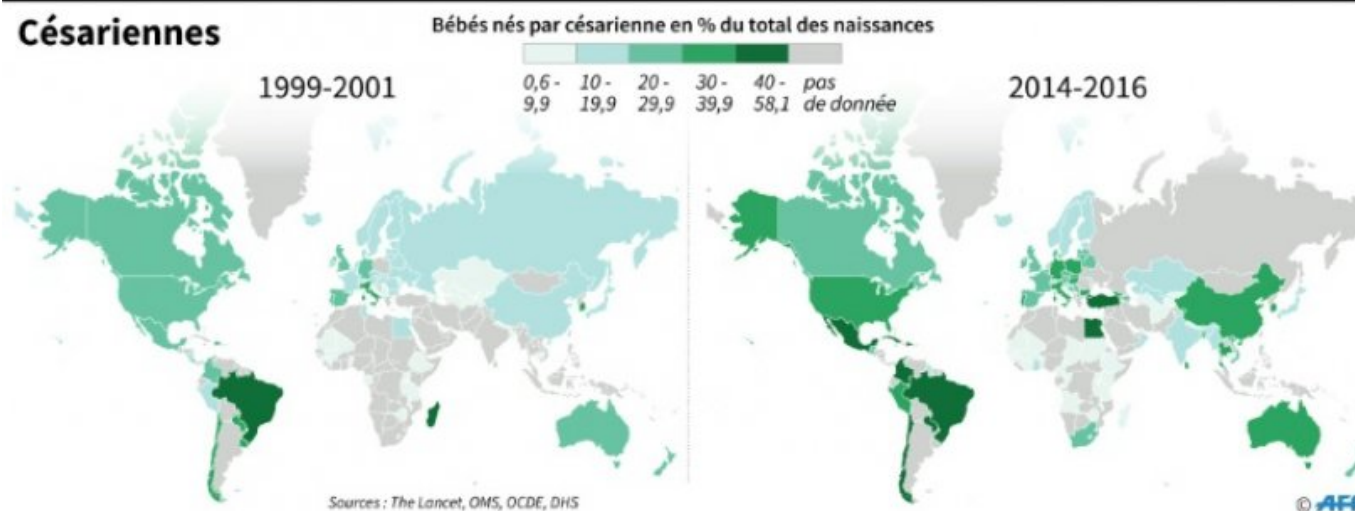
Parameter	Relative rate	
	Hip surgery	Knee surgery
COHORT		
Control	— ^a	— ^a
Intervention	0.74 ^{kkkk}	0.62 ^{kkkk}

Arterburn, *HEALTH AFFAIRS* 31, 9 (2012): 2094–2104

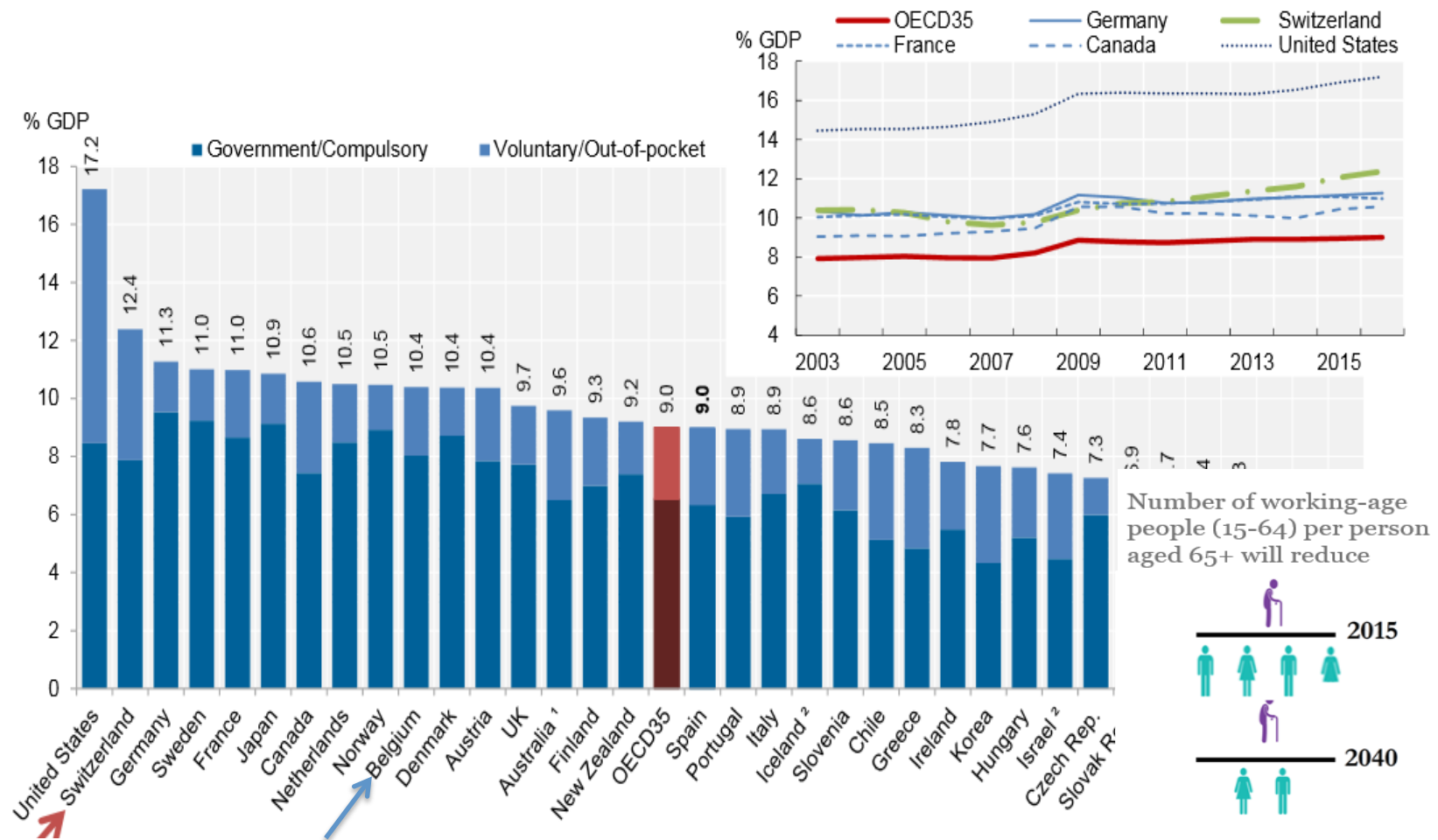
Pourcentage (indicatif) d'interventions à haute valeur ajoutée



Césariennes

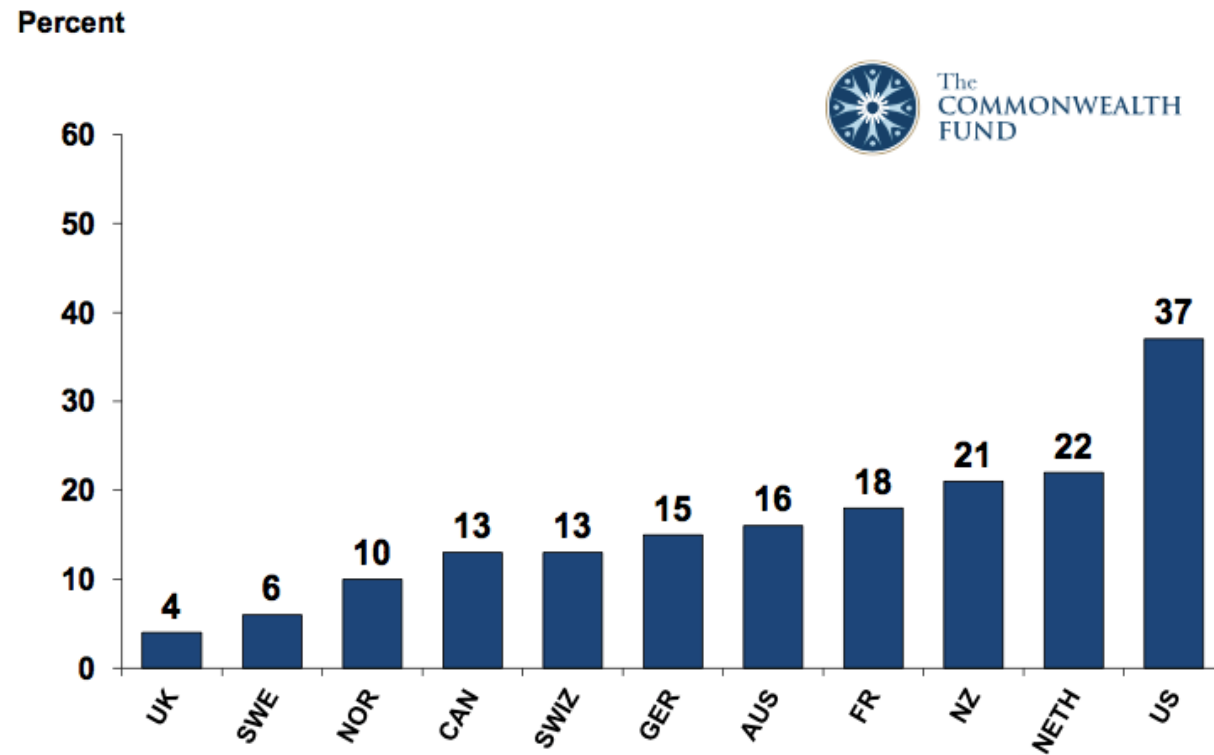


La croissance des dépenses de santé ne pose pas nécessairement de problèmes si les avantages dépassent les coûts et si les citoyens sont disposés et capables de payer



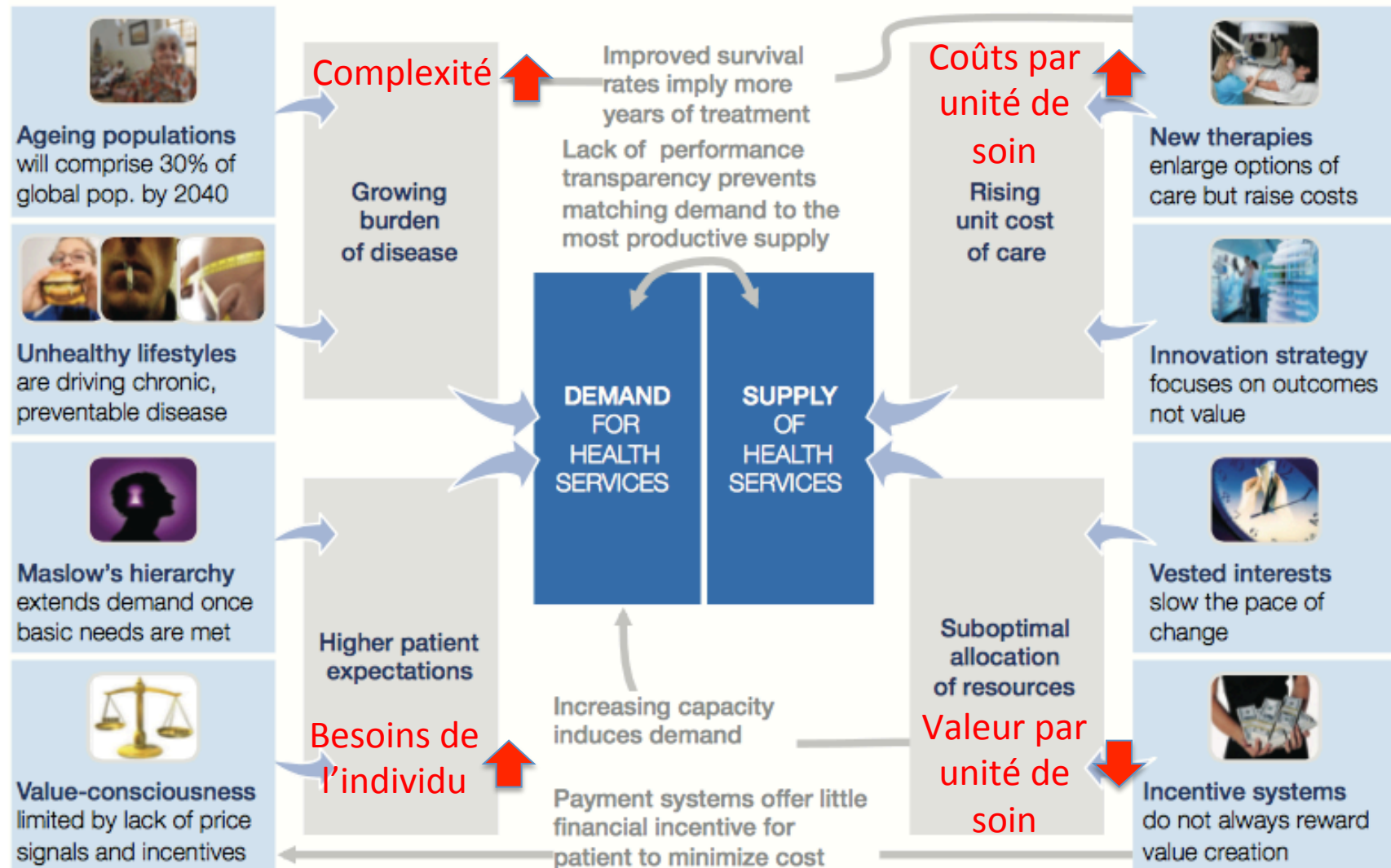
Organisation for Economic cooperation and development; health care statistics 2017

Mais les coûts peuvent représenter une barrière pour accéder au traitement médicaux ...



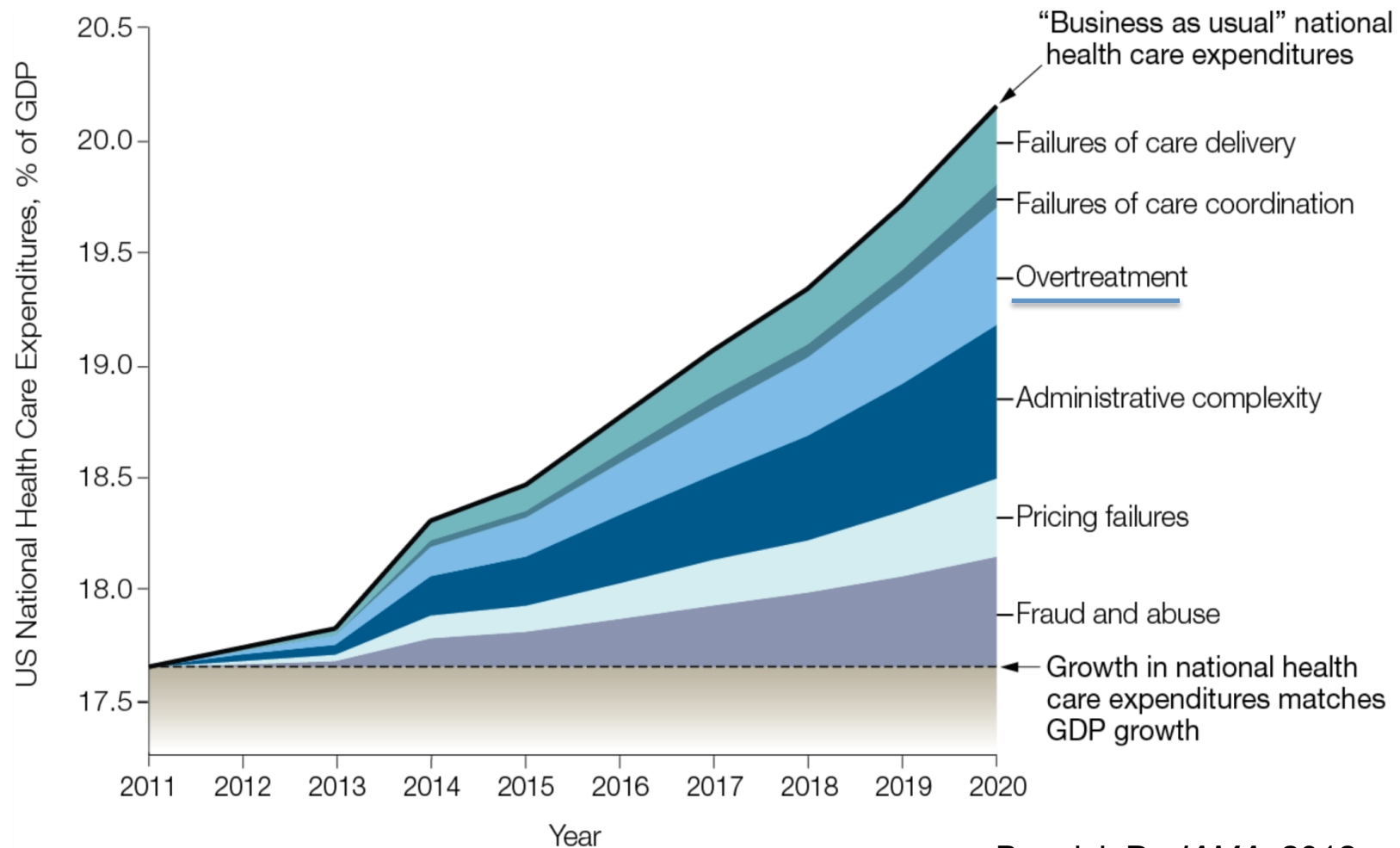
2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in 11 Countries

Demande et offre des services de santé; la spirale et le paradoxe de la croissance



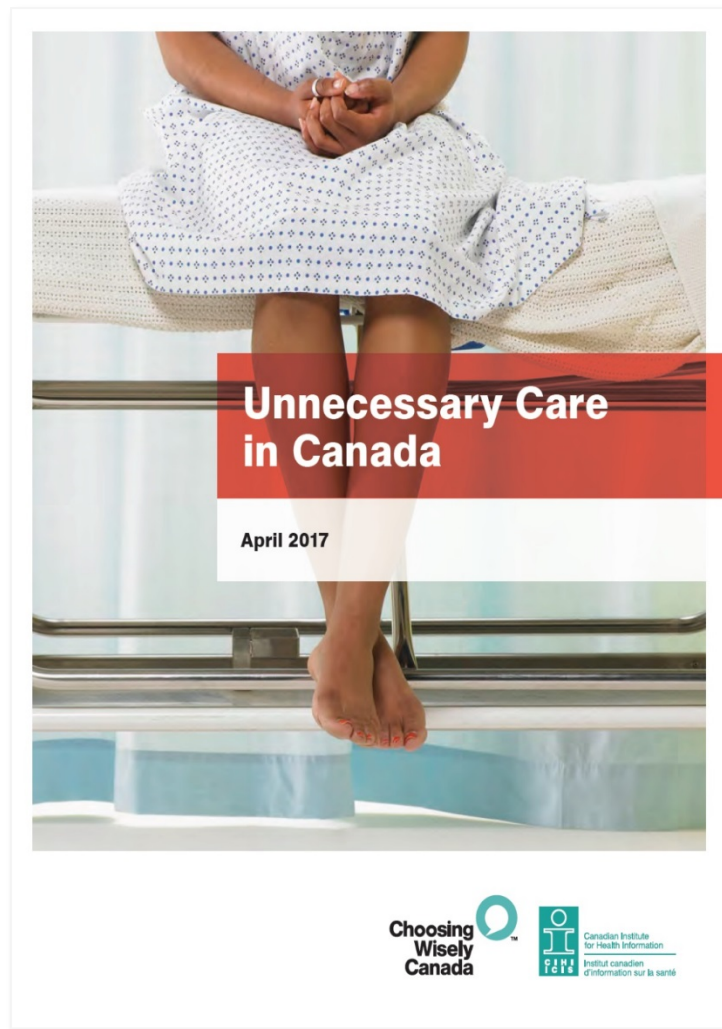
World Economic Forum; McKinsey & Company

D'accord si les dépenses sont raisonnables, mais ... aux États-Unis le 20% de l'augmentation annuelle des dépenses pourraient être due au surtraitement...



Berwick D. *JAMA*. 2012.

Dans une enquête au Canada... 30% des tests et des traitements étaient considérés inutiles...



The report found that up to 30% of the tests, treatments and procedures associated with the 8 selected CWC recommendations are potentially unnecessary.

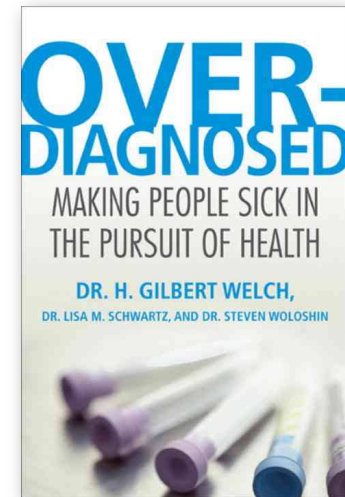


Wendy Levinson, *Choosing Wisely* Symposium 2017 Lugano

Surtraitement et surdiagnostic, définition:

Surtraitement: traitement
produisant peu de valeur ou
inutile

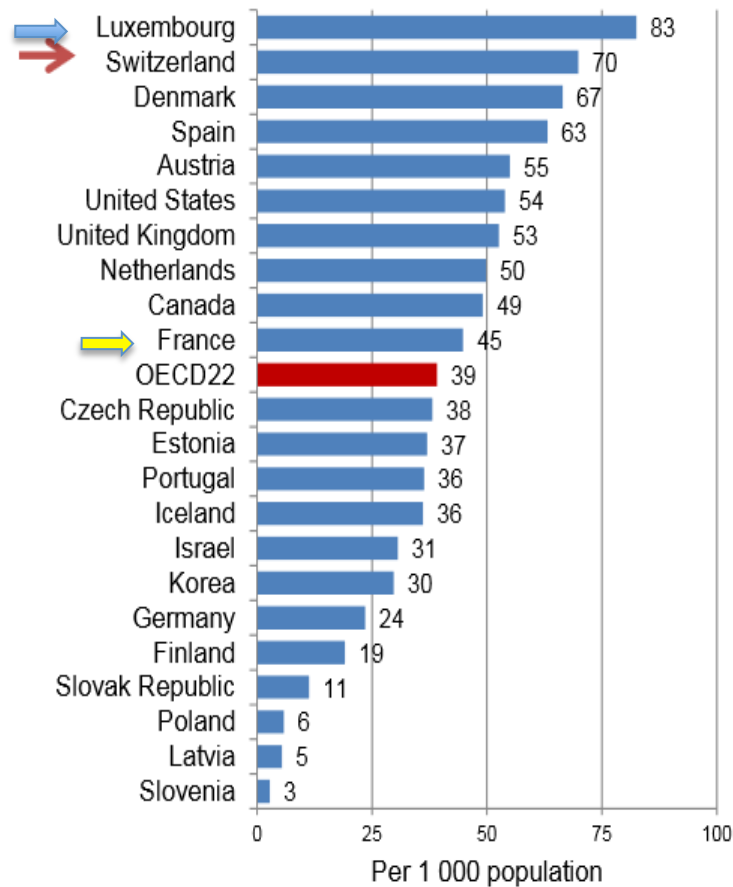
Surdiagnostique: diagnostique d'une
"maladie", qui au cours de la vie ne vas
jamais causer de symptômes



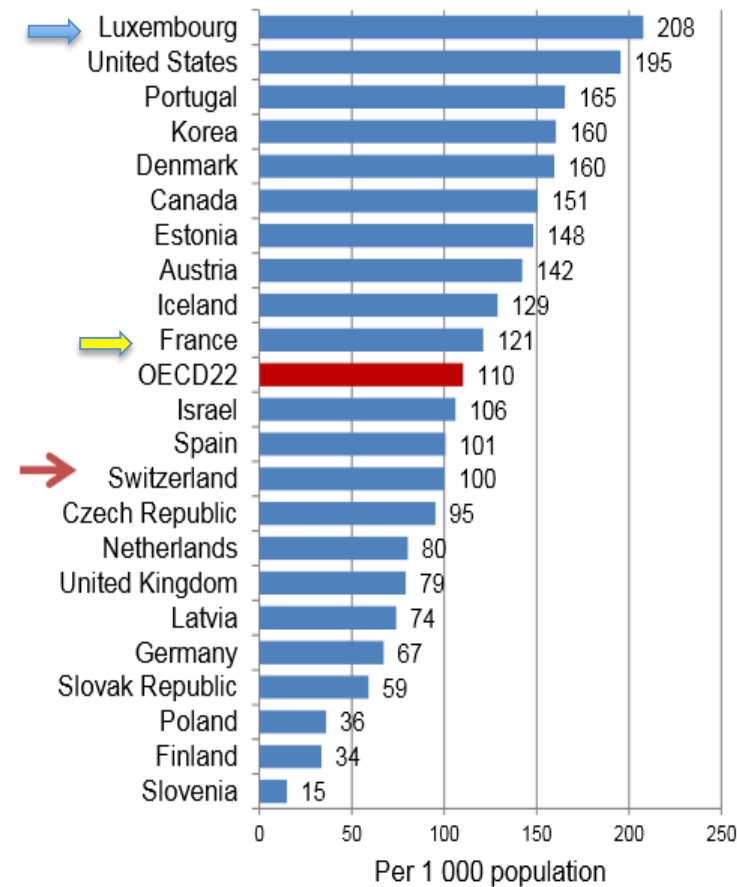
G. Welch, H. Gilbert; Black, William C. (2010-05-05). "Overdiagnosis in cancer". *Journal of the National Cancer Institute*. **102** (9): 605–613. [ISSN 1460-2105](#). [PMID 20413742](#). [doi:10.1093/jnci/djq099](#).

Le surdiagnostic est étroitement lié à la consommation d'examen diagnostiques...

MRI exams in hospital, 2015

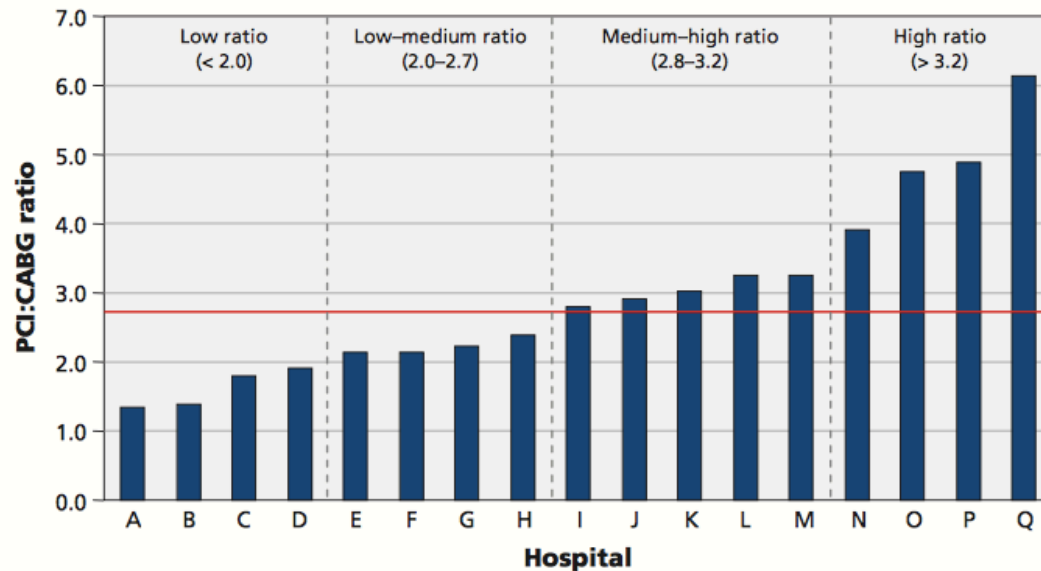


CT exams in hospital, 2015



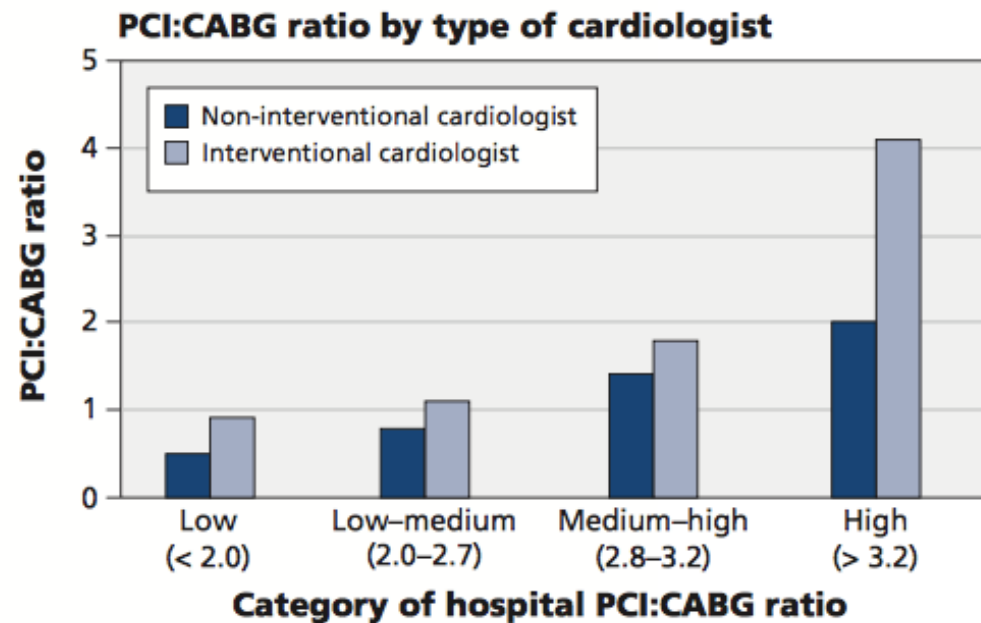
Source: OECD Health Statistics 2017

Variabilité dans les pratiques de révascularisation coronaires au Canada; notre responsabilité personnelle...

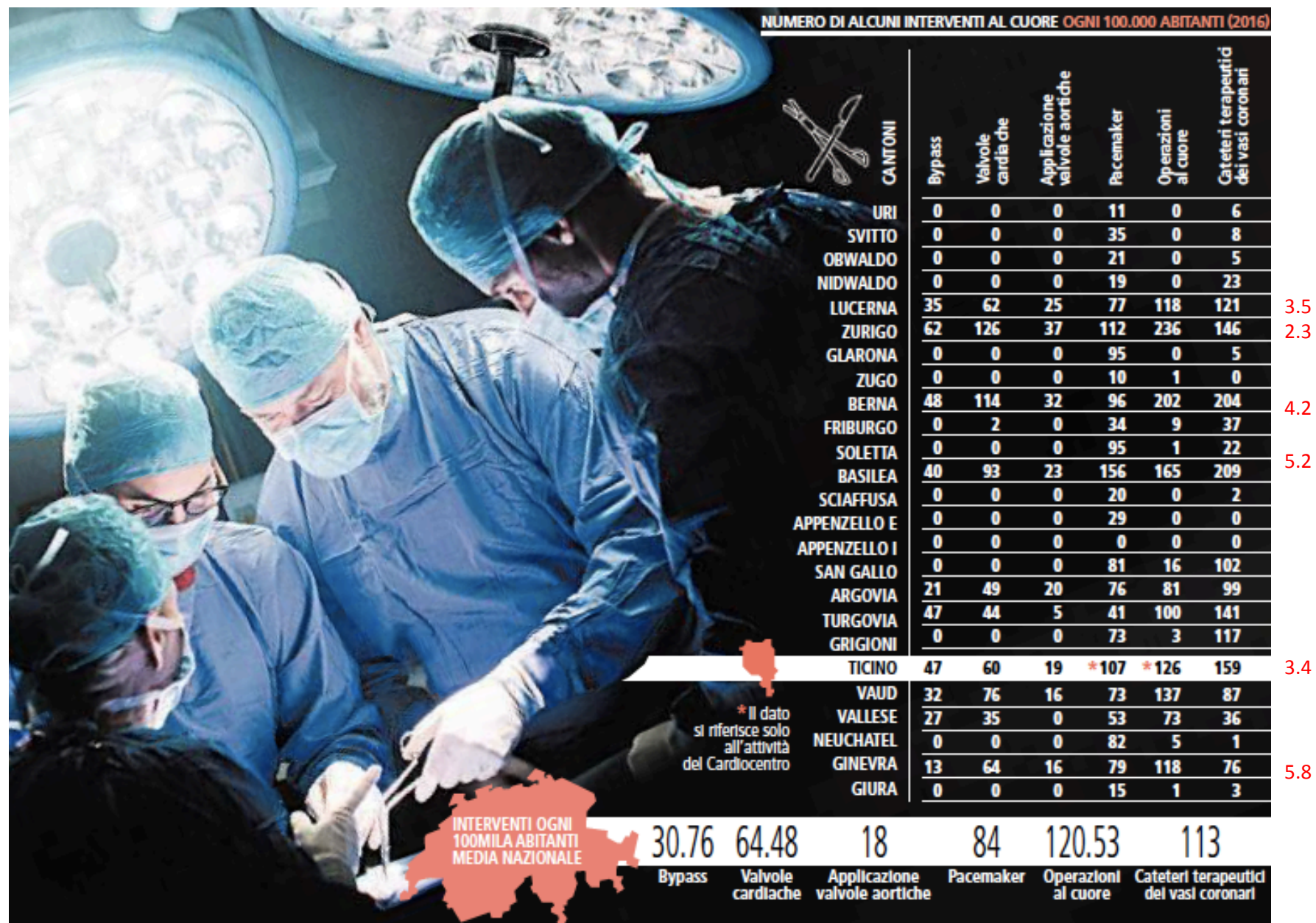


“The physician performing the diagnostic catheterization and the treating hospital were strong independent predictors of the mode of revascularization...”

CMAJ, February 7, 2012, 184(2)



Variabilità dans la révascularisation conoraire en Suisse



Mais pourquoi avons-nous la tendance à quitter le domaine du raisonnable?



A. *“Plus, c’est mieux”*

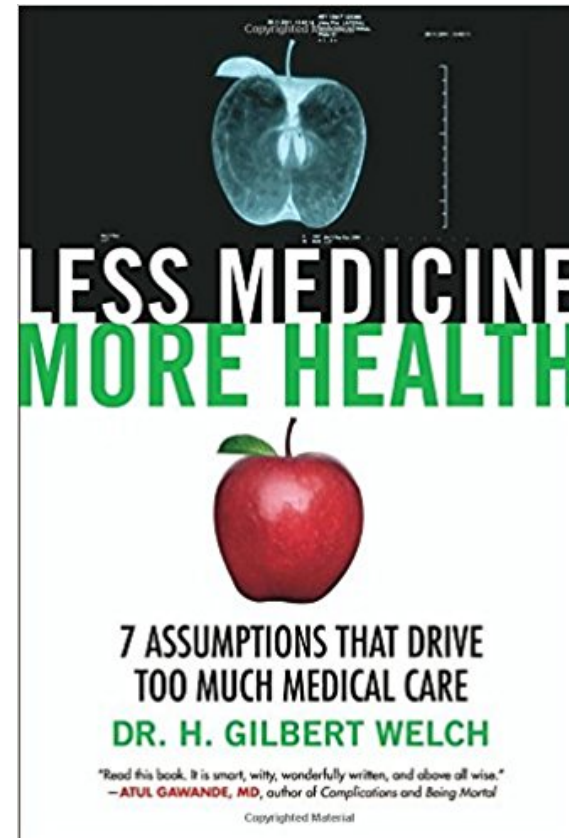
Tous **les risques** peuvent être réduits...

C’est mieux de résoudre les problèmes le plus vite possible...

Obtenir **le plus d’informations possible** va aider...

Agir c’est mieux qu’attendre...

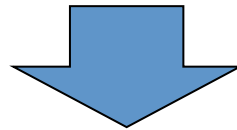
Il faut faire **tout le possible** pour éviter la **mort...**



B. “Moins est dangereux”

Chaque mauvais résultat „**est la faute des médecins**”
et pourrait terminer avec une dispute juridique

Si on manque quelque chose, on risque „**réputation et argent,**”



La médecine est devenue défensive



Backer's Hospital Review. **Top Reasons Physicians Practice Defensive Medicine**
Written by Molly Gamble ([Twitter](#) | [Google+](#)) | December 05, 2012

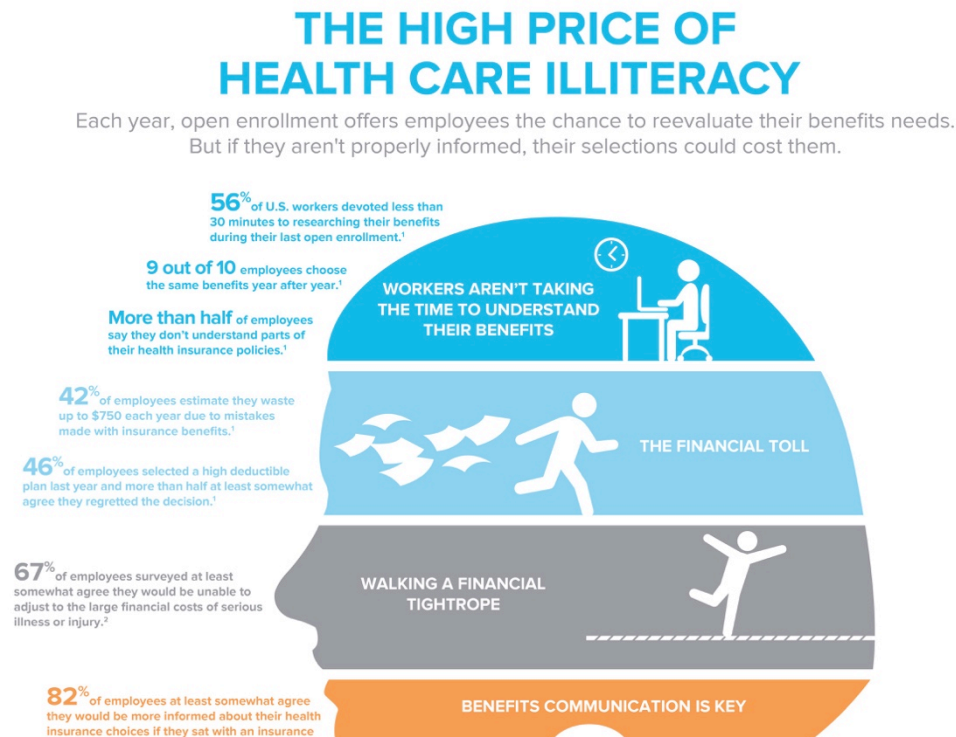
C. “Le nouveau est fascinant”



D. “La prévalence de l’analphabétisme médical est haute”

Les patients **surévaluent** les risques pour la santé et l’efficacité des soins médicaux

Les médecins **sous-évaluent** les risque des traitements et surévaluent leur efficacité

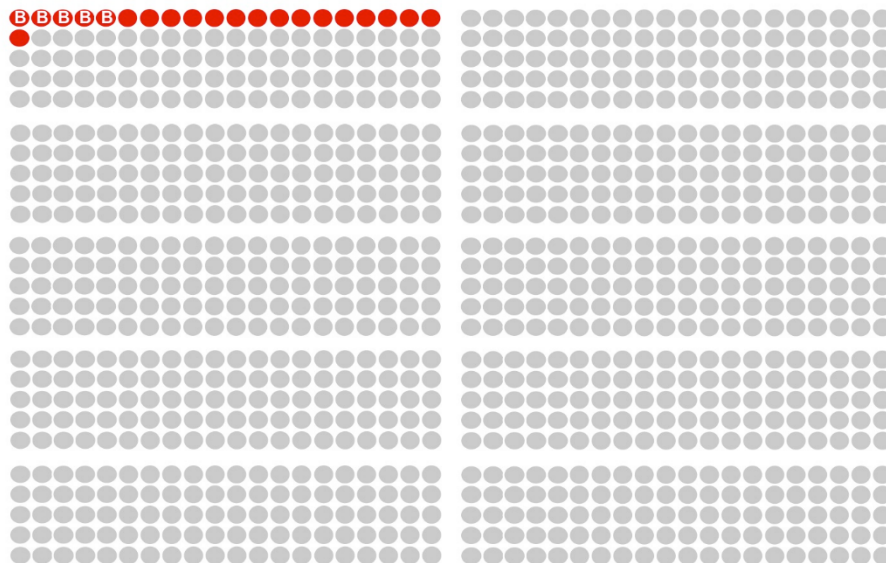


Breast Cancer Early Detection

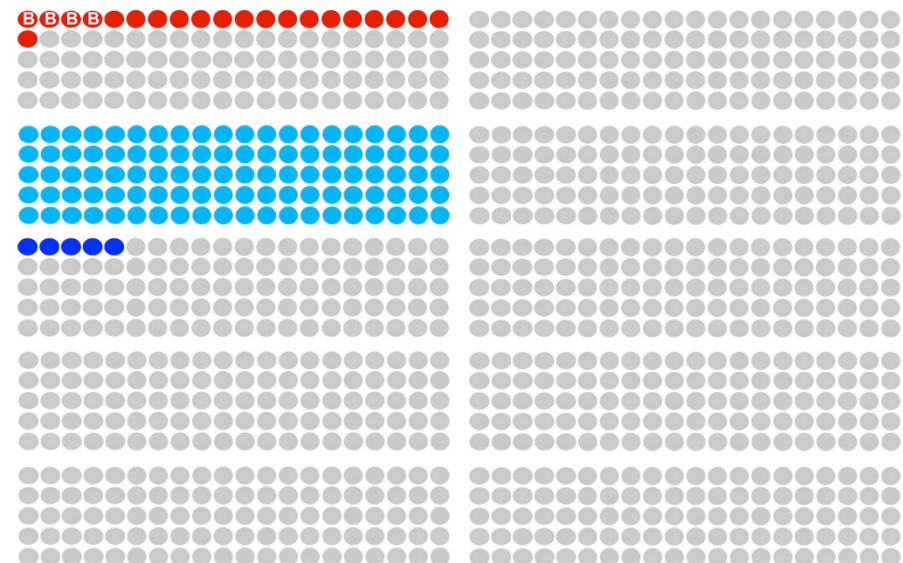
by mammography screening

Numbers for women aged 50 years or older who participated in screening for 10 years or more

1000 women without screening:



1000 women with screening:



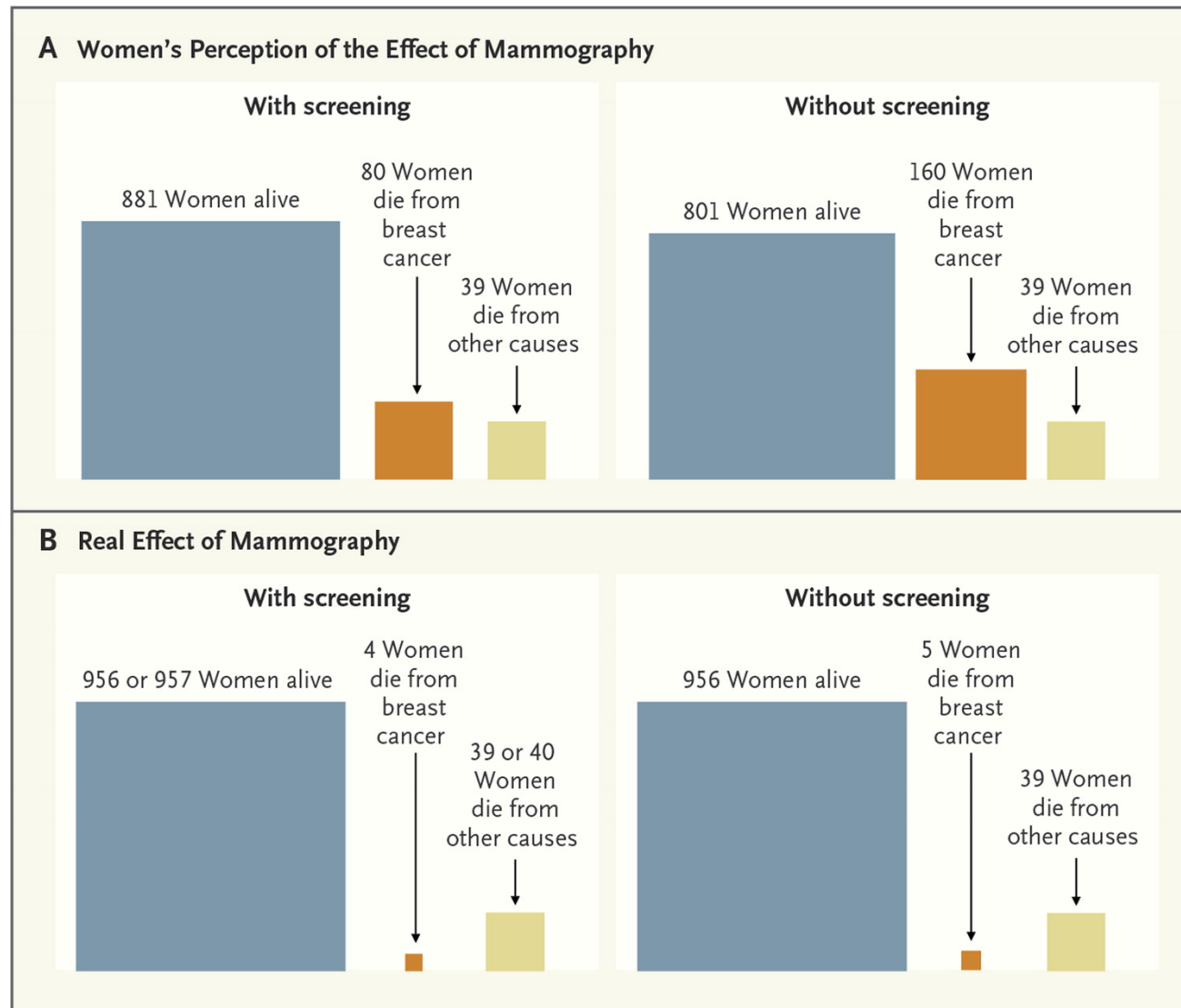
● Women who died from breast cancer:	5	4
● Women who died from all types of cancer:	21	21
● Women who learned after a biopsy that their diagnosis was a false-positive:	—	100
● Women who were diagnosed and treated for breast cancer unnecessarily:	—	5
● Remaining women:	979	874

Source:

Gøtzsche, PC, Jørgensen, KJ (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): CD001877
Numbers in the facts box are rounded. Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age.
www.harding-center.mpg.de

McDowell et al. 2016

Différence entre la perception des femmes américaines sur les avantages de la mammographie et les effets réels



E. “La communication médecin-patient est parfois inefficace”



30%

des patients ont déclaré qu'un médecin avait recommandé un examen / traitement qu'ils ne jugeaient pas nécessaire.

27%

A fait l'examen sans discuter avec le médecin

50%

A demandé au médecin pourquoi le test / traitement était nécessaire

23%

A ignoré le conseil du médecin

Wendy Levinson, Choosing Wisely Symposium 2017 Lugano

F. Les *préjugés et conflits d'intérêts* sont souvent en première ligne

- **Malentendu** thérapeutique
 - Incompréhension
- **Erreur de jugement** thérapeutique
 - Surestimation des avantages et sous-estimation des risques
- **Optimisme thérapeutique**
 - Laissez-vous guider par l'espoir d'un meilleur résultat (comme prévu par des preuves)
- **Optimisme irréaliste**
 - Laissez-vous guider par l'attente d'un meilleur résultat
- **Conflits d'intérêts**



Dunn L. B. "Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments".
American Journal of Psychiatry 2006 **163** (8): 1323–34.

Les piliers de la Campagne Choosing Wisely et le long chemin du “faire” au “ne pas faire”



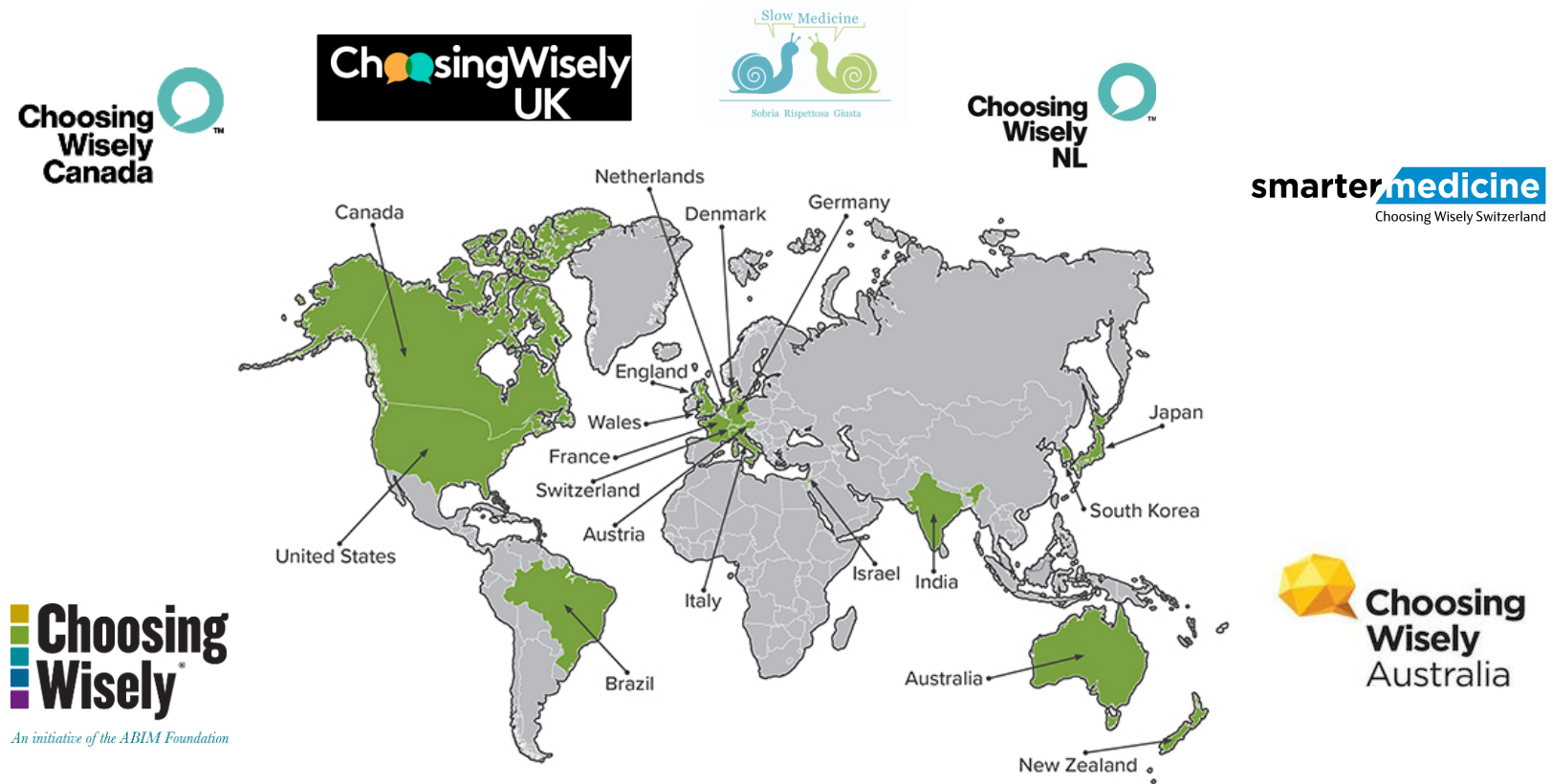
Les piliers de la Campagne Choosing Wisely et le long chemin du “faire” au “ne pas faire”



“Not to do“ listes; une nouvelle approche dans un "to do,, monde (principalement basé sur les guidelines des sociétés médicales)



Active Choosing Wisely Campaigns:



Source: www.choosingwisely.org

La liste de la médecine interne générale Suisse pour les patients hospitalisés



1. **Pas de prises de sang ou de rayons X à intervalles réguliers**
2. **Pas de cathéter vésical pour l'incontinence**
3. **Aucune transfusion de plus que la quantité minimale requise**
4. **Ne pas laisser les personnes âgées au lit**
5. **Pas de benzodiazépines, d'autres tranquillisants ou hypnotiques pour l'insomnie**



<http://www.smartermedicine.ch>

La Suisse italienne; les 5 secteurs choisis

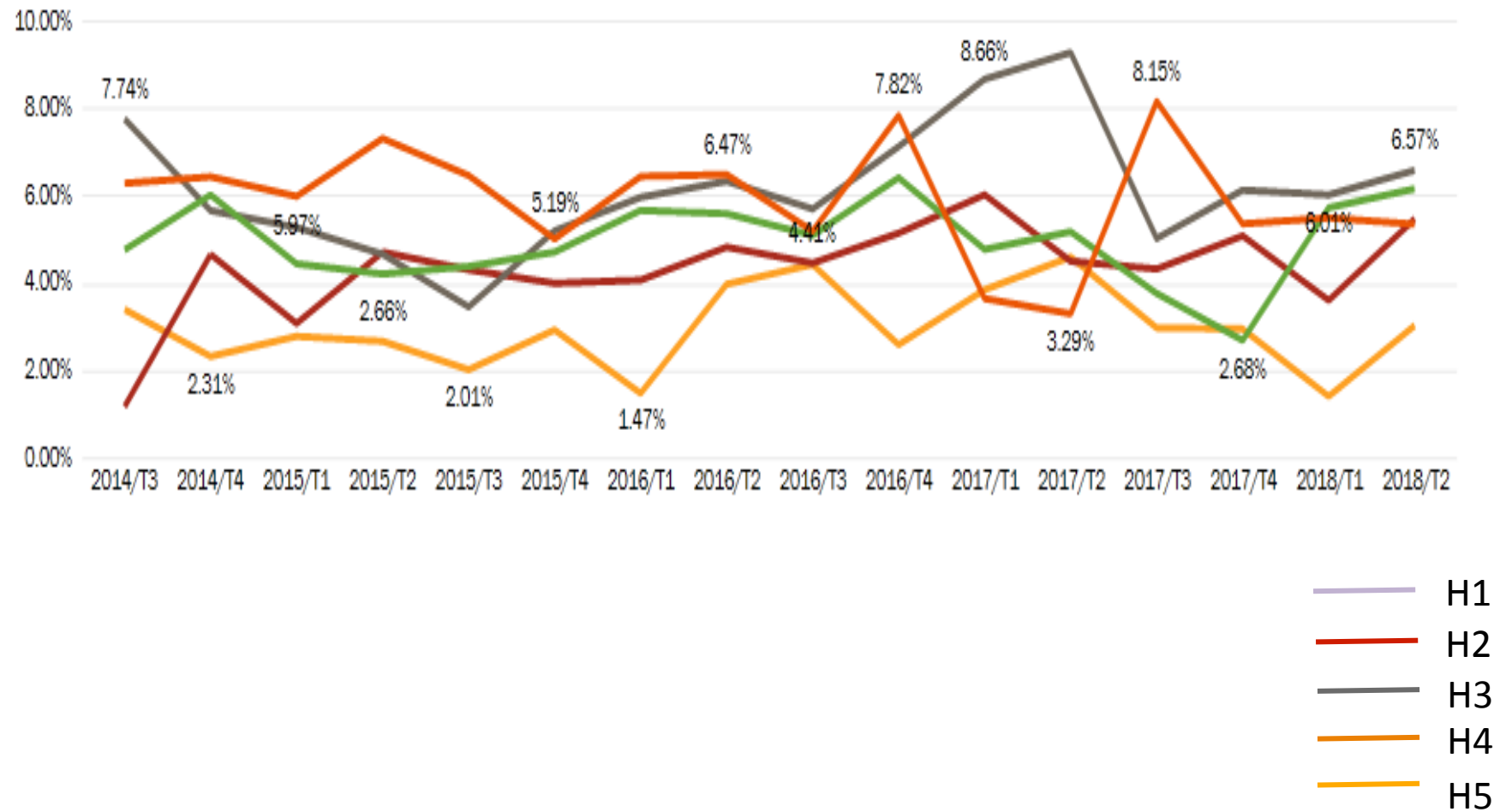
1. **Benzodiazépines, nouvelles prescriptions au niveau hospitalier**
2. **Bloqueurs de pompes à protons, nouvelles prescriptions au niveau hospitalier**
3. **Prises de sang et examens de laboratoire**
4. **Prescription d'antibiotiques**
5. **CTs et radioprotection**



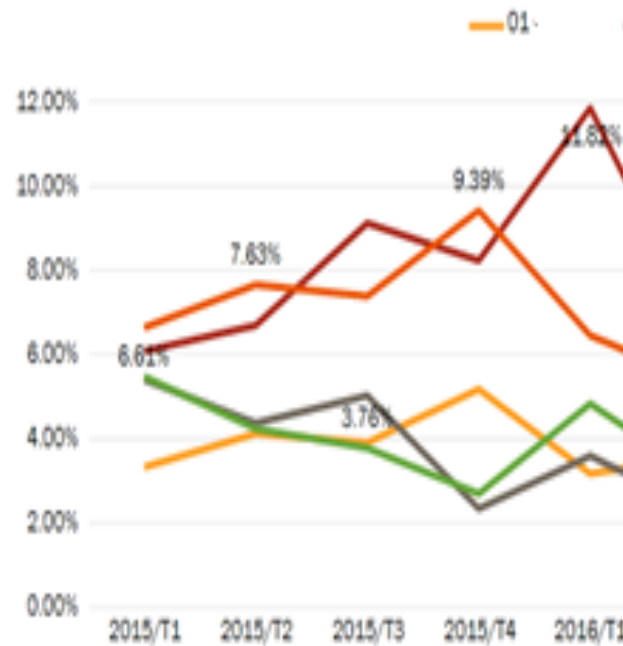
Le réseau des 5 hôpitaux publics tessinois



Variability in Opioid Prescriptions



Variability in Benzodiazepine Prescriptions

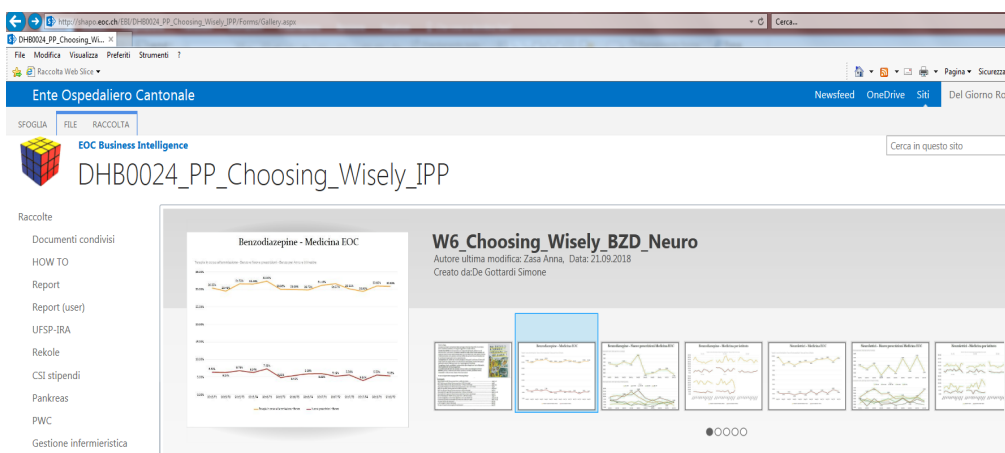


H1
H2
H3
H4
H5

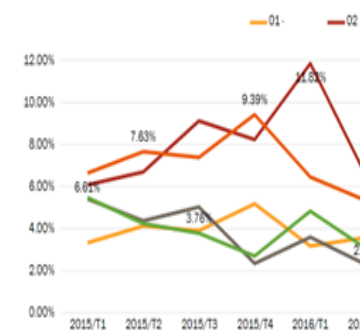
Le tool “Reporting Wisley”

Système de monitoring continu basé sur le Web capable de collecter et d’analyser les prescriptions de médicaments et d’examen de laboratoire

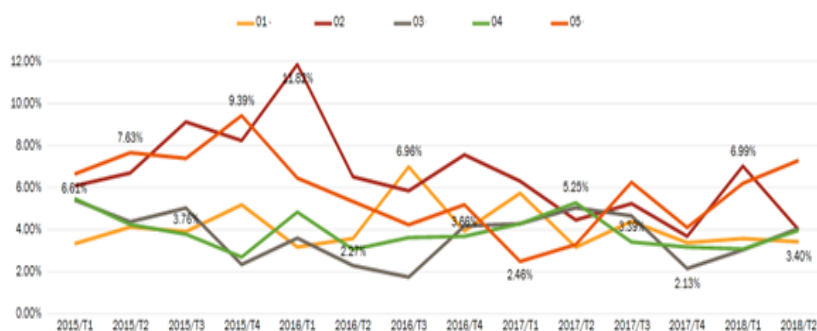
Collection des données



Benchmarking



Changement



Intervention

PPI-SIDE EFFECTS: RARE BUT SIGNIFICANT!!

Short-term therapy (1)

- > community-acquired pneumonia
- > enteric infections, particularly from *C. difficile* and *Campylobacter*

Long-term therapy (>1 year):

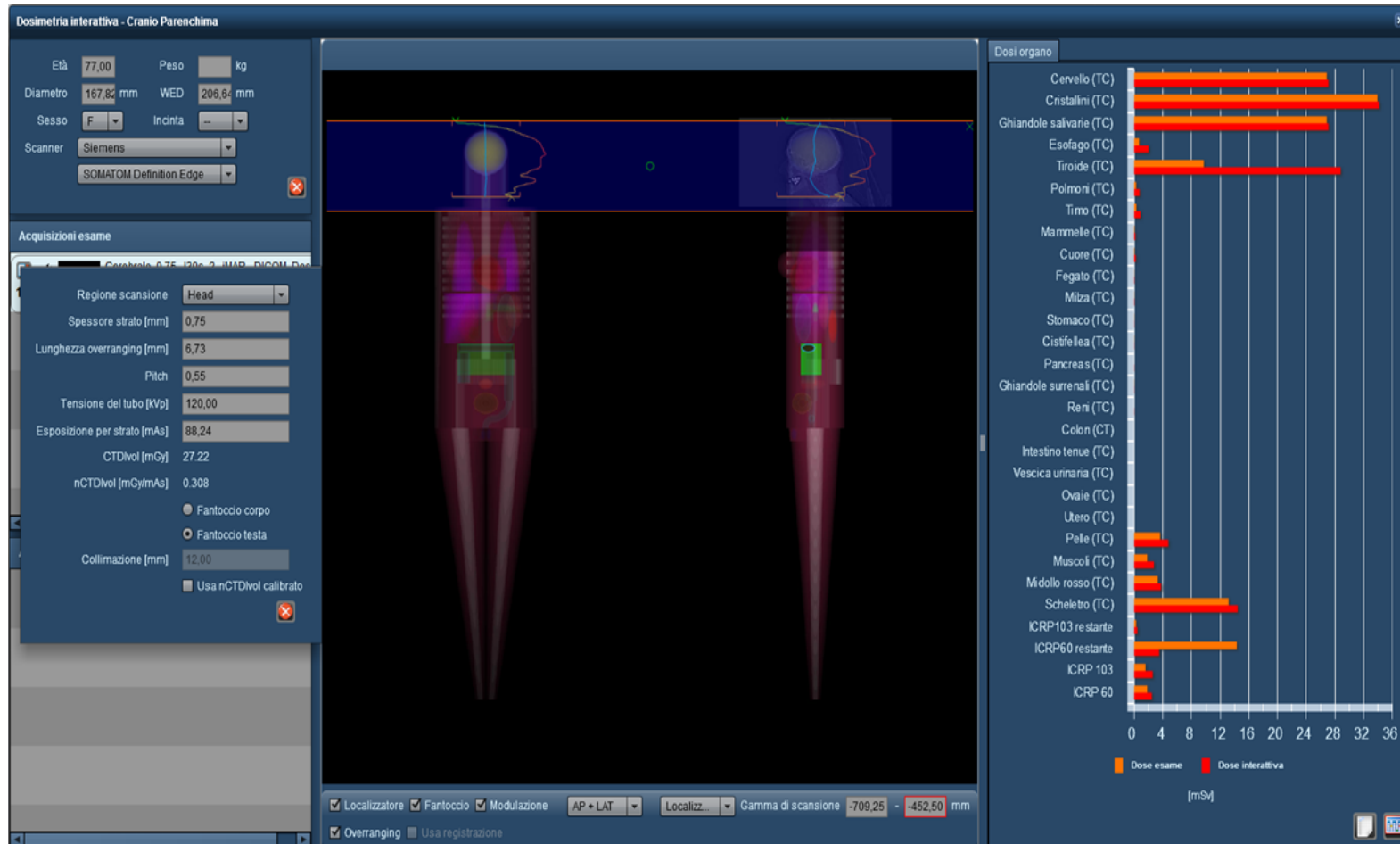
- > osteoporosis and bone fractures
- > hypomagnesemia
- > reduced vitamin B12 absorption
- > interstitial nephritis, deteriorating kidney function
- > increased risk of dementia (limited data)
- > atrophic gastritis

Bibliography:

- www.swissmedinfo.ch; Pantozol monograph (version 05.2016)
- Recommandations internes ICHV-département de médecine (Hôpital Régional de St. Gallen, version 2009)
- Guidelines d'utilisation des IPP: Pharmacie Interjurassienne, version 2012-2014
- JAMA Internal Medicine 2016; 176(2):172-174
- JAMA Neurology 2016; 13(4):440-441
- Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit, UpToDate (05.2016)
- IPP chez l'adulte: comment les prescrire sans sur-prescrire? CHUV, 12.2015
- NSAIDs (including aspirin): Primary prevention of gastrointestinal toxicity, UpToDate, 01.2016



Patient “dosimetric history”, actual dose, dose distribution (per organ) and benchmarking at the network level, using a commercial software



Lenght of the abdominal CT Scans in 4 Hospitals of the Network 2015-2018

LUNGHEZZA SCAN

lunghezza scan	CHIR			
	H3	H4	H1	H2
2015	43.9	47.6	46.3	52.4
2017	42.6	46.7	45.3	50.0
2018	44.0	45.0	41.4	48.7
% 2015-2018	0.2	-5.4	-10.7	-7.0

lunghezza scan	MED			
	H3	H4	H1	H2
2015	42.4	45.5	42.4	52.5
2017	42.1	47.4	44.7	54.6
2018	40.3	45.6	42.0	48.4
% 2015-2018	-5.1	0.2	-1.0	-7.8

NOTE:

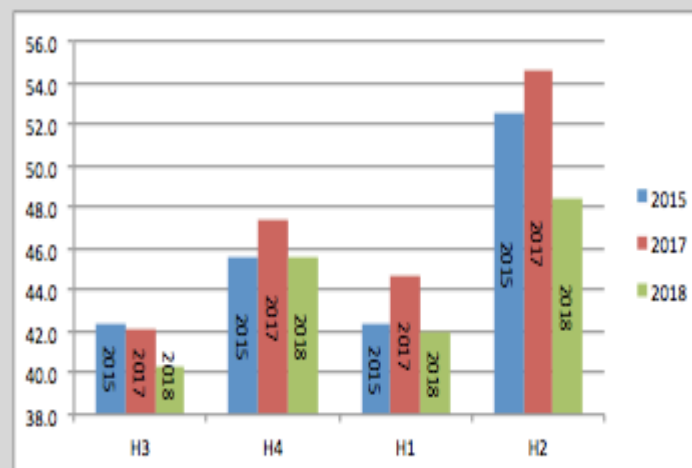
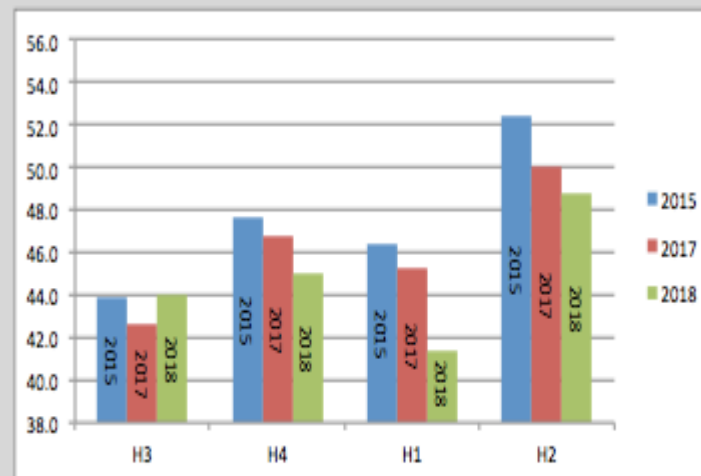
1. ipotesi: distribuzione gaussiana → errore = 1 St.Dev
2. dato riguardante la prima serie
3. ipotesi: indipendente da tecnologia → A + B + C + D
4. centri anonimizzati
5. Utilizzati i valori medi

quesito:

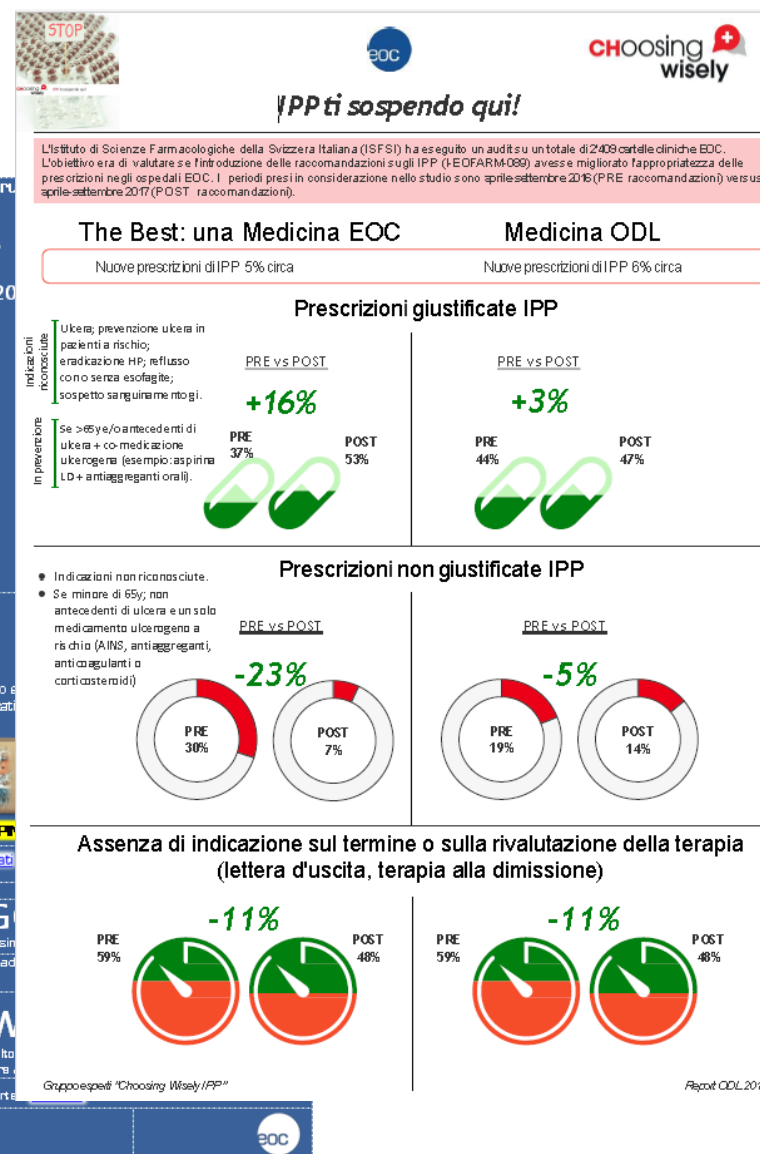
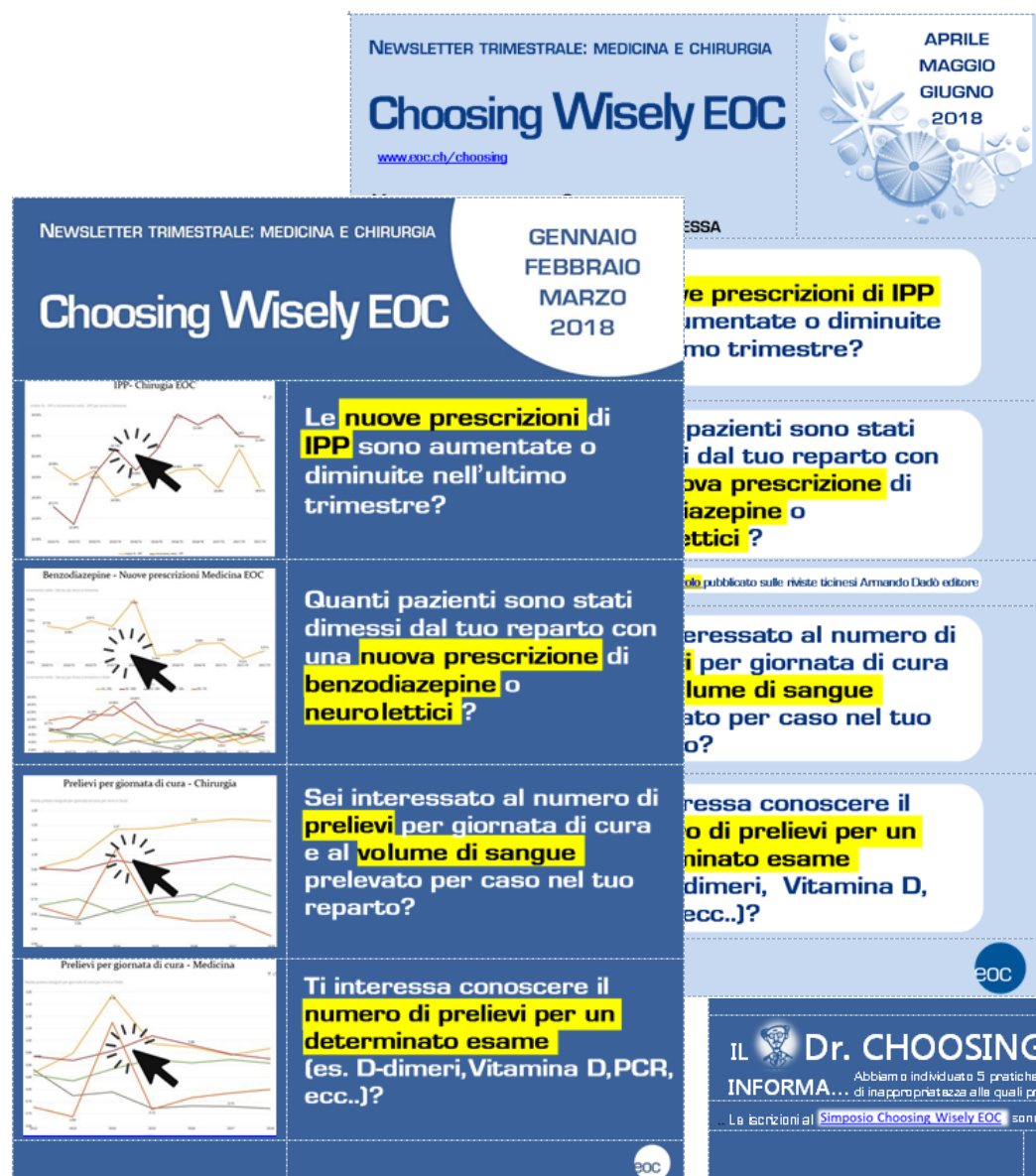
Variazioni della lunghezza di scan nel periodo 2015-2018?

conclusioni:

Lunghezza scan in diminuzione per 3 centri su 4



Les Newsletters et les analyses détaillées



Rencontres d'experts et préparation de guidelines



Benzodiazepine (BZD)

Informazioni per una corretta prescrizione [in ambito ospedaliero](#)

Campagna di sensibilizzazione volta a ridurre il sovrautilizzo di benzodiazepine



Data di emissione: 15.09.2017
Data di revisione: 15.12.2017

Redatto da: ISFSI
Approvato da: Gruppo esperti EOC "Choosing Wisely - Benzodiazepine"

Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana
Servizio centrale di farmacia



I-EOFARM-089/A

Raccomandazioni sull'utilizzo degli inibitori della pompa protonica (IPP)

IPP giustificato		
Indicazioni riconosciute	Terapia acuta:	Terapia cronica:
	Ulcera gastrica, ulcera duodenale	Esofagite da reflusso
	Prevenzione ulcere gastroduodenali indotte da co-medicaione ulcerogena in pazienti ad alto rischio	Riflusso gastro-esofageo (trattamento e prevenzione)
	Eradicazione da Helicobacter pylori	Sindrome di Zollinger-Ellison
	OPPURE IPP IN PREVENZIONE SE :	
<u>almeno 1 fattore di rischio</u>	+	<u>Co-medicaione ulcerogena</u>
> 65 anni		AINS o Aspirina-LD + altri antiaggreganti orali
Antecedenti di ulcera		AINS o Aspirina-LD + anticoagulanti orali
		AINS o Aspirina-LD + corticosteroidi
		AINS + Aspirina-LD
		Antiaggreganti orali + corticosteroidi
		Anticoagulanti orali + corticosteroidi
		Antiaggreganti orali + anticoagulanti orali
OPPURE		
- Sospetto sanguinamento gastrointestinale superiore		
- Profilassi ulcera da stress (SOLO cure intense)		

AINS=anti-infiammatori non steroidei; Aspirina-LD = aspirina "low dose" (100-300mg)
*Gli anticoagulanti non hanno di per sé effetti ulcerogeni

IPP non giustificato	
Assenza di fattori di rischio, ovvero:	+ 1 solo medicamento ulcerogeno
< 65 anni	AINS o Aspirina-LD
Nessun antecedente di ulcera	Antiaggreganti o anticoagulanti orali*
	Corticosteroidi

VI SONO SVARIATE ALTRE SITUAZIONI IN CUI NON È CHIARO SE VI SIA BENEFICIO O MENO NEL PRESCRIVERE UN IPP IN PREVENZIONE!

Per esempio:
- se il paziente non ha fattori di rischio e viene somministrata una co-medicaione ulcerogena
OPPURE
- se il paziente ha almeno un fattore di rischio ed un solo farmaco ulcerogeno



- > SPECIFICA LA DURATA DELLA TERAPIA CON IPP
- > RIVALUTA REGOLARMENTE SE È PRESENTE L'INDICAZIONE PER CONTINUARE LA TERAPIA CON IPP



Vitamina D: non per tutti in(D)ispensabile

Campagna di sensibilizzazione volta a migliorare l'utilizzo dei test diagnostici e l'indicazione alla terapia sostitutiva con vitamina D



Data di emissione: 15.09.2017
Data di revisione: 15.12.2017

Redatto da: Vprim Med e OS Gar OBV
Approvato da: Gruppo esperti EOC "Choosing Wisely - Laboratorio" e DR MED SC ISFSI

Page web et images de sensibilisation



Informations pour les patients



Per le cure farmacologiche

L'informazione diffusa dai mass media riguardo ai farmaci dovrebbe evitare qualsiasi tono «miracolistico» e non trascurare effetti collaterali e controindicazioni. Siccome gran parte dell'informazione che arriva ai medici proviene dall'industria farmaceutica, è opportuno chiedere spiegazioni al proprio medico se cambia un trattamento farmaceutico da anni in commercio (per cui esistono maggiori prove di efficacia e i cui effetti collaterali sono stati maggiormente studiati) e con il quale «ci si trovava bene», per un farmaco appena immesso sul mercato: potrebbe aver ricevuto la visita di un rappresentante dell'industria farmaceutica.

- 1 A che cosa serve questo farmaco e come funziona? Qual è il nome del principio attivo?**
- 2 Quali effetti collaterali può provocare questo farmaco? Quali sono le controindicazioni?**
- 3 Esistono alternative non farmacologiche o farmaci che provocano minori effetti collaterali per curare questo disturbo?**

Conoscere il principio di funzionamento di un farmaco può essere utile per chiarire alcuni aspetti della propria malattia e per convincersi dell'efficacia.

Ogni prodotto farmaceutico ha effetti collaterali più o meno pericolosi per la salute (basta dare un'occhiata al foglietto illustrativo per rendersene conto), eppure questi aspetti raramente vengono sottolineati.

Le strategie di marketing delle case farmaceutiche spingono verso la «medicalizzazione farmacologica» di situazioni che non sono patologiche o lo sono in modo controverso. È bene che i consumatori conservino un sano scetticismo quando leggono un articolo su un farmaco e in particolare se questo descrive una nuova «sindrome» e la sua miracolosa cura appena scoperta.

Domande da porre

Per prestazioni diagnostiche e screening

- 1 Quale malattia si può diagnosticare con il test che mi propone?**
- 2 Qual è la precisione del test? In particolare, qual è la probabilità di avere risultati falsi positivi o falsi negativi?**
- 3 L'esame è scientificamente provato?**
- 4 Qual è l'incidenza della malattia nella popolazione?**
- 5 La malattia che intende diagnosticare potrà poi essere guarita o curata?**
- 6 Esistono altri effetti negativi o non desiderati?**

Perché questa domanda?

Negli ultimi anni si è assistito a una sempre maggiore promozione di screening e prestazioni diagnostiche: il messaggio che viene trasmesso ai consumatori e potenziali pazienti è che quanto prima si arriva a diagnosticare una malattia, tanto più efficace sarà la possibilità di curarla e più sicura sarà dunque la guarigione. Ma diagnosi precoce non è di per sé sinonimo di guarigione.

Oltre alla costante promozione della medicina predittiva (che studia la probabilità di sviluppare una patologia nel corso della vita), la tendenza degli ultimi anni è di trasformare condizioni di vita «normali» in «patologiche»: i sani, una volta convinti di essere ammalati, diventano così nuovi potenziali clienti. Prima di sottoporsi ad analisi, è importante capire che cosa si sta cercando: una malattia «vera» o una «non-malattia».

È convinzione comune che i risultati dei test diagnostici siano infallibili. In realtà alcuni sono caratterizzati da un'ottima precisione, mentre altri hanno elevate probabilità di fornire un esito positivo quando invece non si è affetti dalla malattia (un «falso positivo») o, al contrario, un tranquillizzante esito negativo (un «falso negativo»), quando in realtà si è già ammalati.

Un esame è scientificamente provato quando sono stati condotti studi regolarmente aggiornati che ne provino l'efficacia diagnostica e valutino gli effetti collaterali: ciò che fino all'anno prima era ritenuto di efficacia dimostrata può risultare, in seguito a una nuova sperimentazione, meno efficace o addirittura inutile o viceversa.

L'incidenza di una malattia è il numero di persone colpite ogni 100'000 abitanti in un anno. Questo dato è importante per capire se si tratta di una malattia rara o comune.

Qualche volta non si ha alcuna riduzione della mortalità a seguito dell'esame. In questo caso la diagnosi comporta solo un peggioramento della qualità della vita senza alcuna speranza di cura.

La maggior parte delle informazioni fornite ai consumatori enfatizza i benefici degli screening e non menziona i rischi, gli eventi indesiderati, le incertezze e le controversie di tipo scientifico.

Per le cure chirurgiche

- 1 Perché questo intervento chirurgico è necessario?**

Molte delle considerazioni fatte in merito agli screening possono essere estese anche al caso degli interventi chirurgici cosiddetti elettivi (cioè quelli non praticati d'urgenza). Nel caso in cui si prospetti l'eventualità di un intervento chirurgico è opportuno richiedere un «secondo parere» in modo da acquisire un supplemento di informazione e poter dare un consenso più informato.

- 2 Esistono trattamenti alternativi? Quali sono i rischi e i benefici in rapporto all'operazione proposta?**

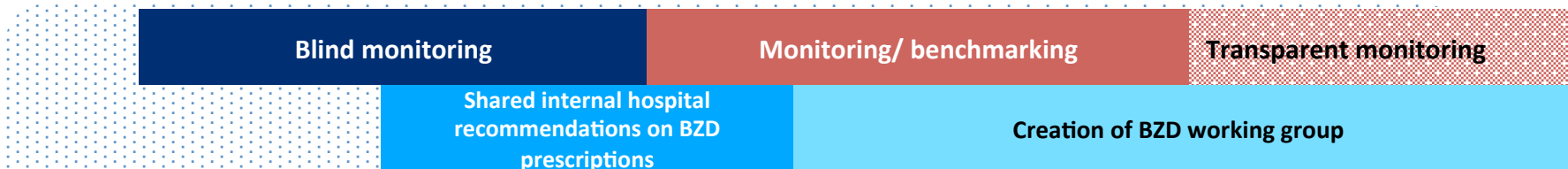
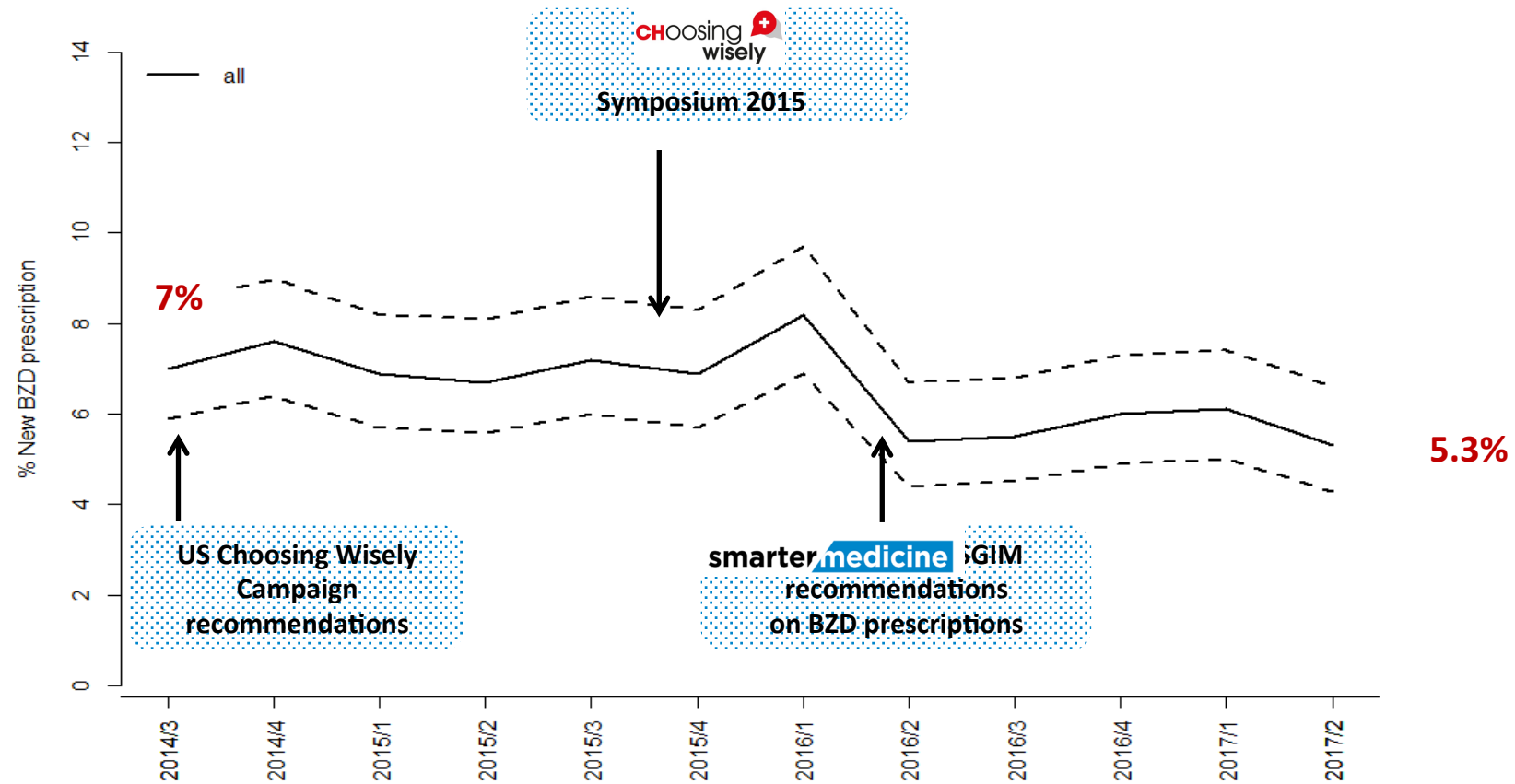
La diagnosi, la cura e la pratica utilizzata per risolvere o gestire un problema possono variare in funzione del medico consultato. Da qui l'importanza di un secondo parere, che non nasce dalla sfiducia nelle capacità dello specialista che si ha di fronte ma dall'incertezza intrinseca della medicina. Di ogni alternativa prospettata è importante comprendere i benefici e i rischi associati: questo aspetto è fondamentale per poter dare un consenso davvero informato.

- 3 Al mio posto lei si sottoporrebbe al medesimo trattamento? Lo proporrebbe ai suoi familiari?**

Da uno studio sul ricorso alle pratiche sanitarie dei medici e dei loro familiari è emerso che esistono notevoli differenze rispetto al resto della popolazione; questo sta a dimostrare che quando si ha accesso a un'informazione più critica e aggiornata il ricorso a molte pratiche cliniche discusse diminuisce notevolmente.

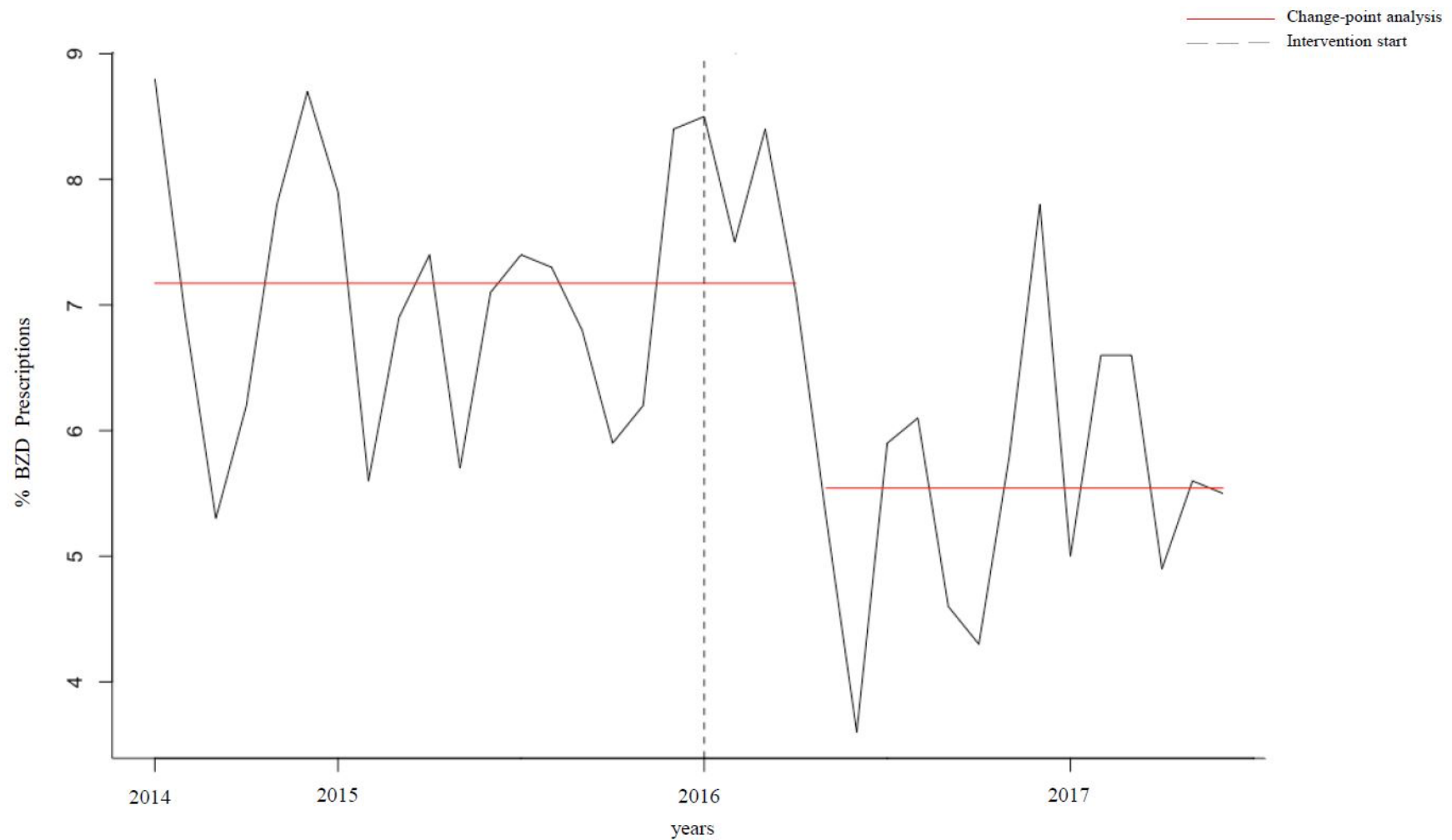
Nouvelle prescription de BZD 2014-2017

Médecine interne

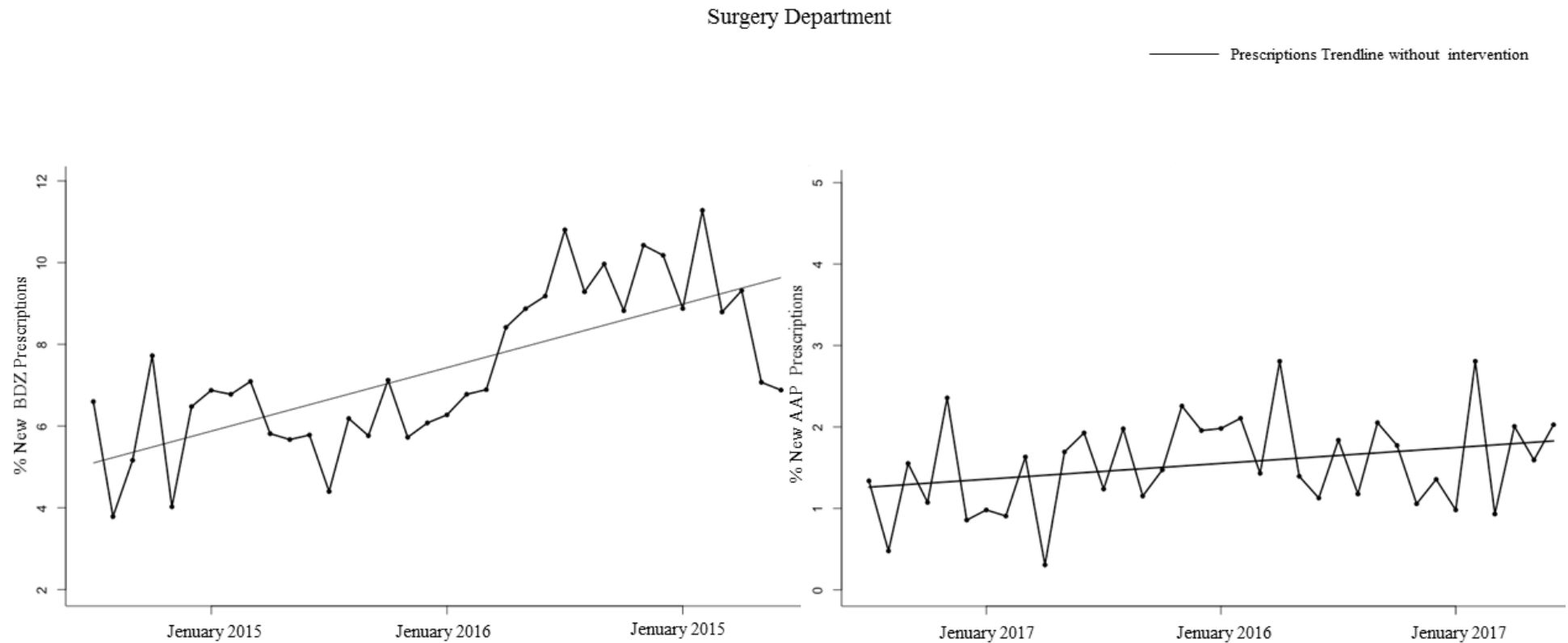


Postgraduate Medicine, September 7, 2018

Analyse du point de changement des nouvelles prescriptions BZD. Taux mensuel des nouvelles prescriptions BZD (ligne noire pleine). Les lignes rouges indiquent le résultat de l'analyse du point de changement, indiquant que la modification de la nouvelle ordonnance BZD a eu lieu en mars 2016.



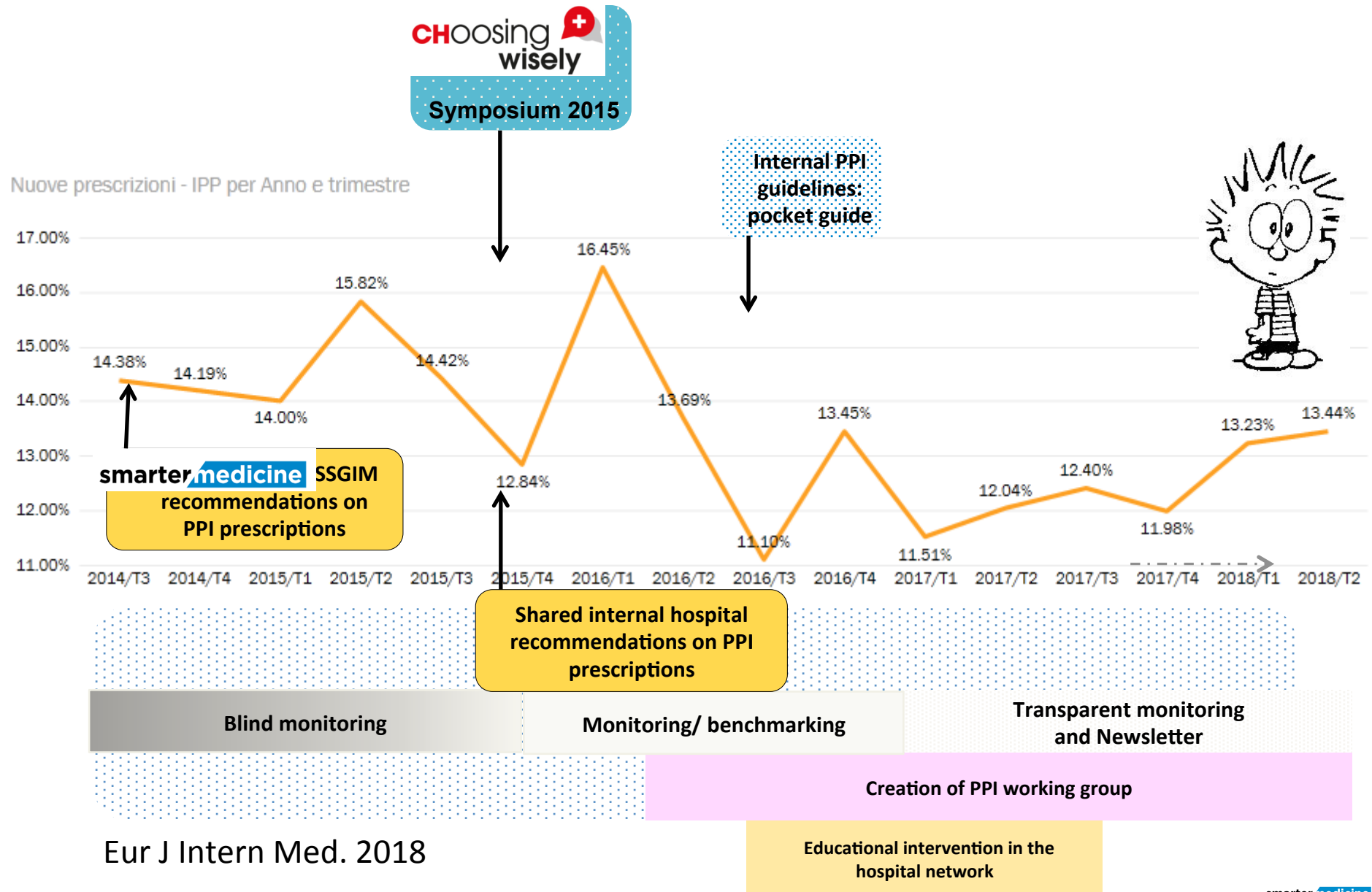
Pendant ce temps dans les services de chirurgie...



Interrupted time series analysis of new BZD and AAP prescriptions in the Surgery Department. Monthly rate of new BZD (A) and AAP (B) prescriptions during the whole study period (*solid black lines with dots*). *Continuous black lines* indicate the prescription trend line without intervention.

New PPI prescriptions 2014-2017

Internal Medicine Department

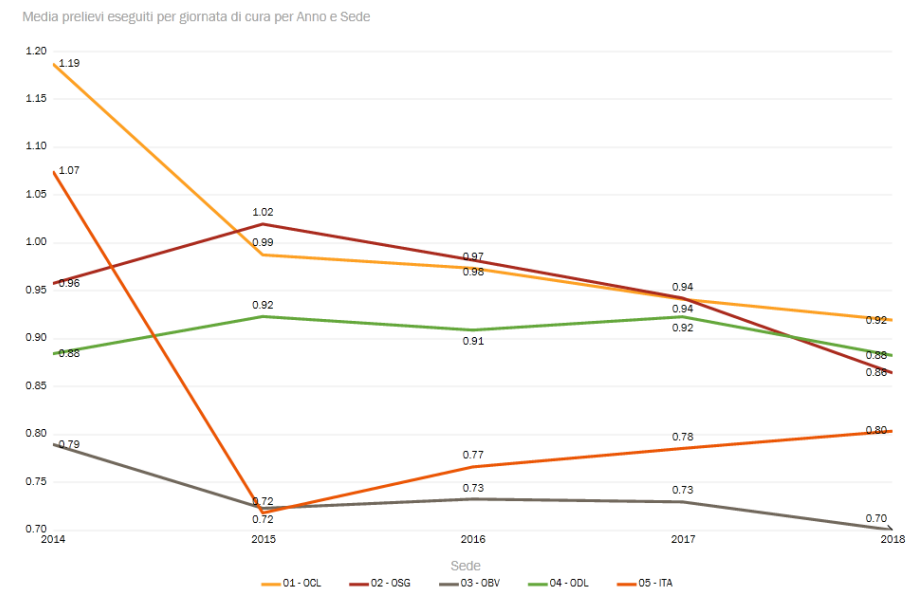
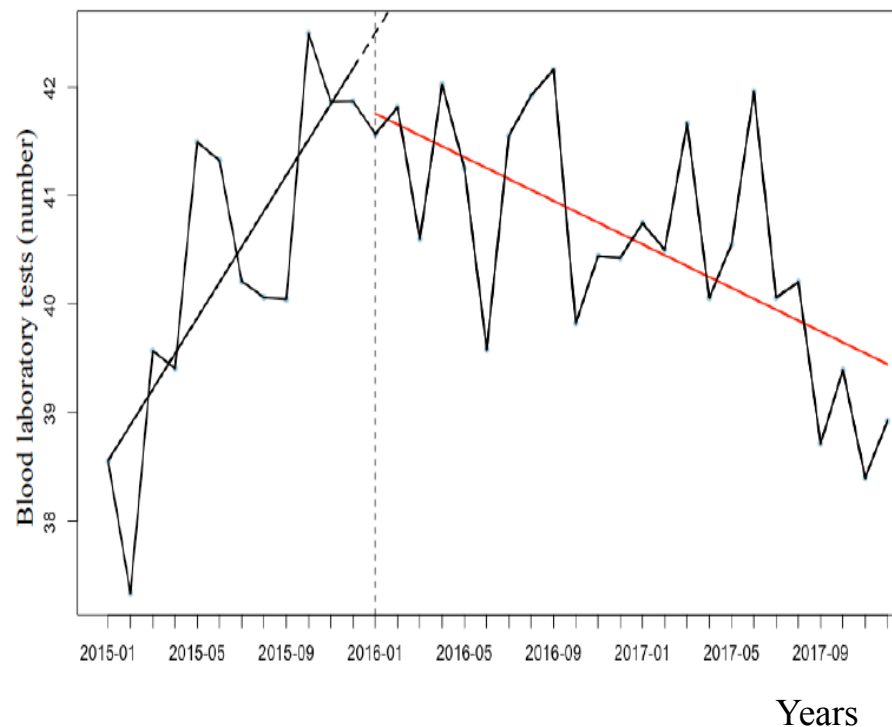


A multi-level strategy for a long lasting reduction in unnecessary laboratory testing: a multicenter before and after study in a teaching hospital network

Yannick Erard^{1§}, Rosaria Del Giorno^{1§}, Anna Zasa^{1,2}, Simone De Gottardi³, Roberto Della Bruna⁴, Franco Keller⁴, Luca Clivio³, Angela Greco², Olivier Giannini⁵, Luca Gabutti^{1,6 *}

5 hospitals, 33'309 Patients, 3 Year Follow-up

ITS of the number of laboratory test per patient before and after the intervention



Take home messages (I)

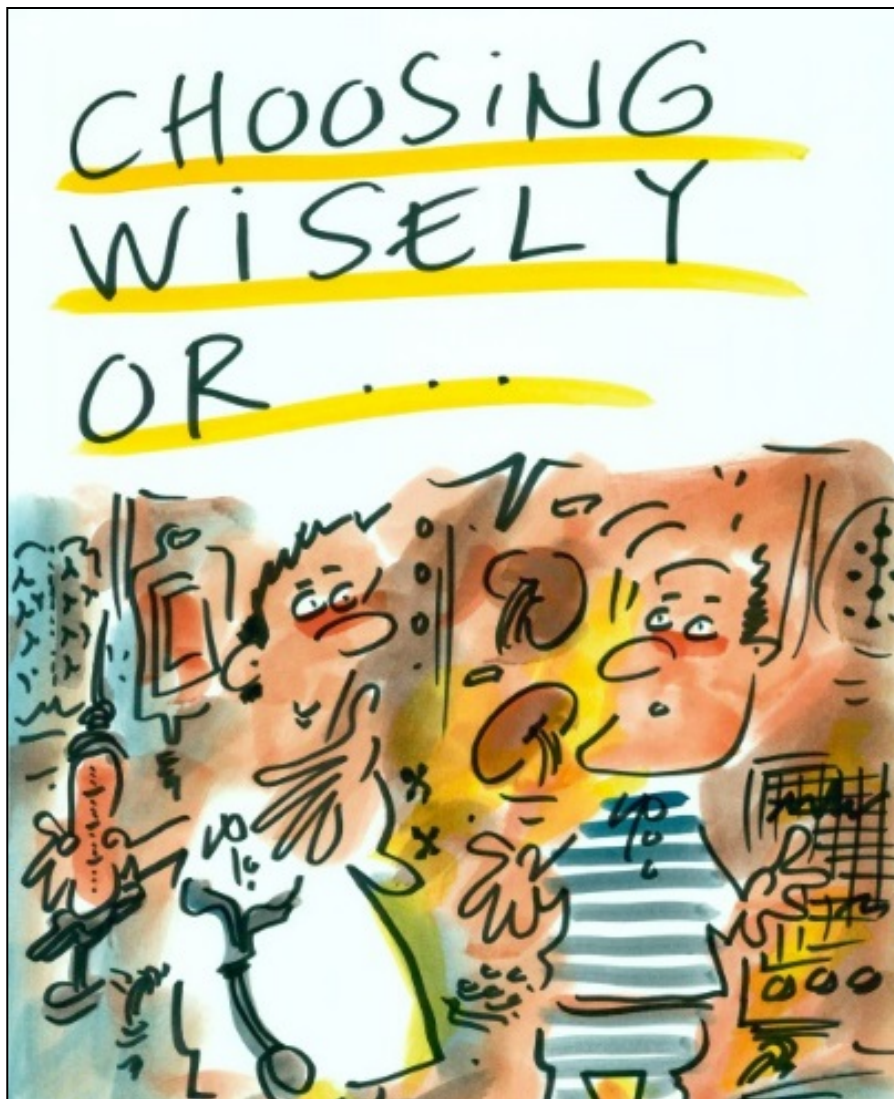


Les 8 pas de la connaissance à l'action

Take home messages (II)

Les instruments:

- **Monitoring, transparence et benchmarking**
- **Guidelines** pour le “faire” et le “ne pas faire”
- Eduquer/alphabétiser (**empowerment**)
- S’engager de façon **interprofessionnelle et avec les patient**



Merci
beaucoup!

Università
della
Svizzera
italiana

Facoltà
di scienze
biomediche

smartermedicine

Choosing Wisely Switzerland