

Choosing Wisely International Round Table

Zurich

October 2, 2018



CHOOSING WISELY next priorities

- implementazione
- validazione

CHOOSING WISELY CLINICAL DECISION SUPPORT ADHERENCE AND ASSOCIATED INPATIENTS OUTCOMES

Heekin AM, et al. Am J Manag Care 2018;24:361-6

Cedar-Sinai Health System, LA, CA, USA

2013-2016

26.426 ricoveri (1.591 aderenti, 24.835 non-aderenti)

RIDUZIONE STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DI:

- **COSTO RICOVERO** (7.3%)
- **DURATA DEGENZA** (6.3%)
- **RIAMMISSIONI A 30 gg** (odd ratio 0.87)
- **COMPLICAZIONI INTRARICOVERO** (odd ratio 0.77)

OUTCOMES
VALUE MEDICINE = -----
COSTS

Porter ME. *What is value in health care.* N Engl J Med 2010;363:2477-81)

What is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D., M.B.A.
N Engl J Med 2010;363:2477-80

Standardizing Patient Outcomes Measurement

Michael E. Porter, Ph.D., M.B.A., Stefan Larsson, M.D., Ph.D., and Thomas H. Lee, M.D.
N Engl J Med 2016;374:504-6

- ..“**value**” defined as the outcome achieved relative to the costs
 - ..we have allowed “**quality**” to be defined as compliance with evidence-based practice guidelines rather than as improvement in outcomes
- ..led overwhelmingly by **specialty societies**....but what generally matters to patients are outcomes that encompass the whole cycle of care
- ..left out **functional status**, even though improving functional status is why patients seek care
- ..not to devise new outcome measurements but to **agree** on which well validated ones, including patient reported measurements, everyone should use

What is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D., M.B.A.

N Engl J Med 2010;363:2477-80

Standardizing Patient Outcomes Measurement

Michael E. Porter, Ph.D., M.B.A., Stefan Larsson, M.D., Ph.D., and Thomas H. Lee, M.D.

N Engl J Med 2016;374:504-6

- ...since value depends on **results, not inputs**, value in health care is measured by the outcomes achieved, not to the volume of services delivered,...nor by the process of care used

- To **reduce cost**, the best approach is often to spend more on some services to reduce the need for others.
- ..current **reimbursement** practises are misaligned with value.
- The concept of quality, as adherence to evidence-based guidelines, has itself become a source of confusion...as attempting to control behaviour without measuring results will **limit progress** to incremental improvement.

International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)

www.ichom.org/

- Organizzazione non-profit fondata nel 2012, basata a Cambridge MA (USA)
- Consorzio di 3 istituti (Institute for Strategy and Competitiveness, The Boston Consulting Group, Karolinska Istituteten)
- MISSION:

definire, per le più rilevanti condizioni mediche (“disease burden” secondo l'OMS), misure standard di outcome clinico, e favorirne la adozione su scala mondiale

IPOTESI DI 6 PROGETTI SU IMPLEMENTAZIONE E VALUTAZIONE DI RISULTATO DELLE RACCOMANDAZIONI DI CW-Italy

- 1. Sincope**
- 2. Esami pre-operatori**
- 3. Embolia polmonare**
- 4. PEG per nutrizione enterale**
- 5. Benzodiazepine e cadute nei grandi anziani**
- 6. Inibitori di pompa protonica negli ospedalizzati**

- **Setting ospedaliero**
- **Dati facilmente ottenibili dai flussi amministrativi correnti**
- **Coinvolgimento attivo delle DS**
- **Protocollo uniforme:**
 - raccolta dati relativi ad un periodo storico di controllo
 - intervento formativo sul personale sanitario (i.e., presentazione applicativo CW-Italy)
 - raccolta dati relativi ad un periodo di studio, omologo al controllo per durata e caratteristiche stagionali (presupposto organico stabilizzato)
- **Omessa analisi della dimensione campionaria e dei costi**

| OGGETTO | SINCOPE |
|--|---|
| RAZIONALE | Eccesso di esami strumentali per la diagnostica all'ingresso in ospedale B16, B21, B22, C5, H35 |
| SETTING | Pronto Soccorso (PS), DS |
| SELEZIONE | Tutti gli ammessi al PS per sincope nei periodi indice |
| SORGENTE DATI | Flussi amministrativi, f/u telefonico. |
| DATI PER SINGOLO CASO (CONTROLLO E POST-INTERVENTO, oltre ai dati anagrafici) | Richieste dal PS: TCC, ED-TSA, Holter, EEG, visite specialistiche. Ospedalizzazione immediata e a 3 mesi (f/u telefonico). Mortalità a 3 mesi (f/u telefonico). |
| OUTCOME | Ospedalizzazione immediata o differita. Mortalità a 3 mesi |
| RISULTATI ATTESI | Riduzione numero esami. Riduzione ospedalizzazioni. Mortalità invariata. |

| OGGETTO | ESAMI PRE-OPERATORI |
|--|---|
| RAZIONALE | Eccesso di esami pre-operatori per chirurgia elettiva B5, D1, D2 |
| SETTING | Ambulatorio pre-ospedalizzazione chirurgica (anestesisti), DS |
| SELEZIONE | Tutti gli ammessi per chirurgia elettiva nei periodi indice |
| SORGENTE DATI | Flussi amministrativi. |
| DATI PER SINGOLO CASO (CONTROLLO E POST-INTERVENTO, oltre ai dati anagrafici) | Classe ASA. Richieste di esami (laboratorio, strumentali, visite). Complicanze operatorie e post-operatorie. Durata della degenza (DH e RO). |
| OUTCOME | Complicanze intraospedaliere (secondo ASA). Durata degenza (secondo tipo di chirurgia). |
| RISULTATI ATTESI | Riduzione numero esami. Incidenza di complicanze e durata degenza invariate. |

| OGGETTO | EMBOLIA POLMONARE |
|---|---|
| RAZIONALE | Sovradiagnosi di embolia polmonare (EP) basata su angio-TC B1 |
| SETTING | Pronto Soccorso (PS), DS |
| SELEZIONE | Tutti gli ammessi al PS con sospetto di EP (dispnea acuta e altro) nei periodi indice |
| SORGENTE DATI | Flussi amministrativi. |
| DATI PER SINGOLO CASO (CONTROLLO E POST-INTERVENTO, oltre ai dati anagrafici) | Richieste di angio-TC. Ospedalizzazione per sospetta/conclamata EP. Diagnosi confermata di EP alla dimissione. Ri-ospedalizzazione a 3 mesi. |
| OUTCOME | Ospedalizzazione immediata. Ospedalizzazione a 3 mesi per lo stesso motivo. Decesso a 3 mesi. |
| RISULTATI ATTESI | Riduzione numero angio-TC. Ospedalizzazioni, diagnosi confermate di EP, mortalità invariate. |

| OGGETTO | PEG PER NUTRIZIONE ENTERALE |
|---|--|
| RAZIONALE | Sovrautilizzo della PEG G1, G2 |
| SETTING | Reparti medici e geriatrici, DS |
| SELEZIONE | Tutti i sottoposti a PEG nei periodi indice |
| SORGENTE DATI | Flussi amministrativi. |
| DATI PER SINGOLO CASO (CONTROLLO E POST-INTERVENTO, oltre ai dati anagrafici) | Diagnosi (con particolare riguardo alla demenza). Indicatori di invalidità (Barthel, PS o analoghi). Durata degenza. Decesso intraospedaliero e a 3 mesi. |
| OUTCOME | Durata degenza. Mortalità. |
| RISULTATI ATTESI | Riduzione numero PEG. Durata degenza e mortalità invariate. |

| OGGETTO | BENZODIAZEPINE (BZD) E CADUTE NEI GRANDI ANZIANI |
|---|--|
| RAZIONALE | Sovrautilizzo di BZD come possibile causa di cadute negli ospedalizzati grandi anziani F16,F27,H10 |
| SETTING | Reparti medici e geriatrici, DS |
| SELEZIONE | Tutti gli ospedalizzati >80 aa. sottoposti a BZD nei periodi indice |
| SORGENTE DATI | Flussi amministrativi. |
| DATI PER SINGOLO CASO (CONTROLLO E POST-INTERVENTO, oltre ai dati anagrafici) | Diagnosi (con particolare riguardo alla demenza). Indicatori di invalidità (Barthel, PS o analoghi). Durata degenza. Caduta registrata. Uso dei mezzi di contenzione. DDD delle BZD per reparto nei periodi indice. |
| OUTCOME | Incidenza cadute. |
| RISULTATI ATTESI | Riduzione DDD delle BZD. Riduzione cadute. |

| OGGETTO | INIBITORI DI POMPA PROTONICA (PPI) NEGLI OSPEDALIZZATI |
|--|---|
| RAZIONALE | Sovrautilizzo di PPI nei ricoveri ordinari in ospedale F12, F13, F14, F16 |
| SETTING | Tutti i reparti, escluse le Terapie Intensive |
| SELEZIONE | Tutti gli ospedalizzati con nuova prescrizione di PPI nei periodi indice (implica ricerca analitica) |
| SORGENTE DATI | Flussi amministrativi. |
| DATI PER SINGOLO CASO (CONTROLLO E POST-INTERVENTO, oltre ai dati anagrafici) | DDD dei PPI per reparto nei periodi indice. Emorragie GI intra-ospedaliere. Nuovo ricovero per emorragia GI a 3 mesi. EGDS intraricovero nei periodi indice. |
| OUTCOME | Emorragie GI. |
| RISULTATI ATTESI | Riduzione DDD dei PPI. Emorragie GI invariate. |

*“...non si migliora ciò che non
si misura...”*

A. Donabedian