

Sessione Plenaria
3 settembre 2015



CRISS
Centro di ricerca e servizio
sull'integrazione socio-sanitaria



FACOLTÀ DI ECONOMIA
"Giorgio Fuà"



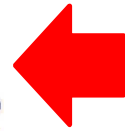
Technologies et santé : scénarios

LES TECHNOLOGIES ORGANISATIONNELLES DANS LA SANTÉ : QUELLE EFFICACITÉ ?

Professeur Francesco Di Stanislao
Università Politecnica delle Marche

un préliminaire ..

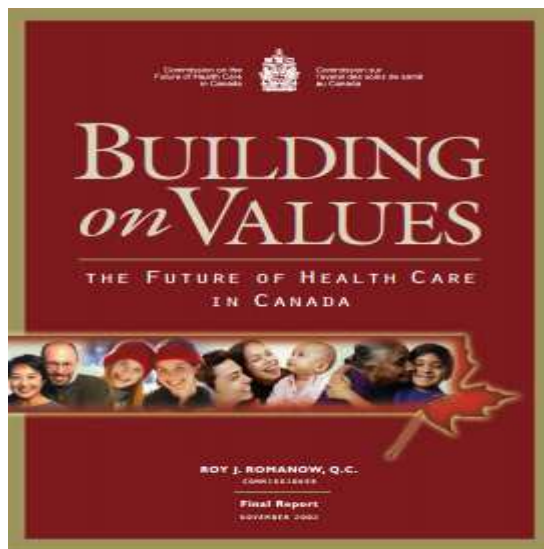
DURABILITÉ ÉCONOMIQUE



- ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE LA MALADIE
- **CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES**
- ÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE
- **ÉVOLUTION DES ATTENTES ET DE LA CULTURE DE L'UTILISATEUR**
- CHANGEMENTS CONSTANTS DE L'ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

DURABILITÉ

De : Enquête cognitive sur la durabilité du SSN (Service Sanitaire Italien) - Sénat de la République, 10 juin 2015



*Il n'y a aucun **standard** sur la quantité d'argent qu'un pays devrait dépenser pour la santé. Le choix reflète l'**histoire**, les **valeurs** et les **priorités** de chacun.*

*La **durabilité** du système **dépend** de nous.*

La **durabilité** du **droit à la santé** est avant tout un **problème culturel et politique.**

Une question **d'équité** et donc de **jugements de valeur**, avant même que de durabilité économique.

ÉQUITÉ - EFFICACITÉ - EFFICIENCE

...mais il faut de toute façon faire face au thème de la DURABILITÉ !

~~**COUPES LINÉAIRES ?**~~

~~**COUPE SERVICES/PRESTATIONS ?**~~

LUTTE CONTRE LES

GASPILLAGES !

Eliminating Waste in US Health Care

Donald M. Berwick, MD, MPP

Andrew D. Hackbarth, MPhil

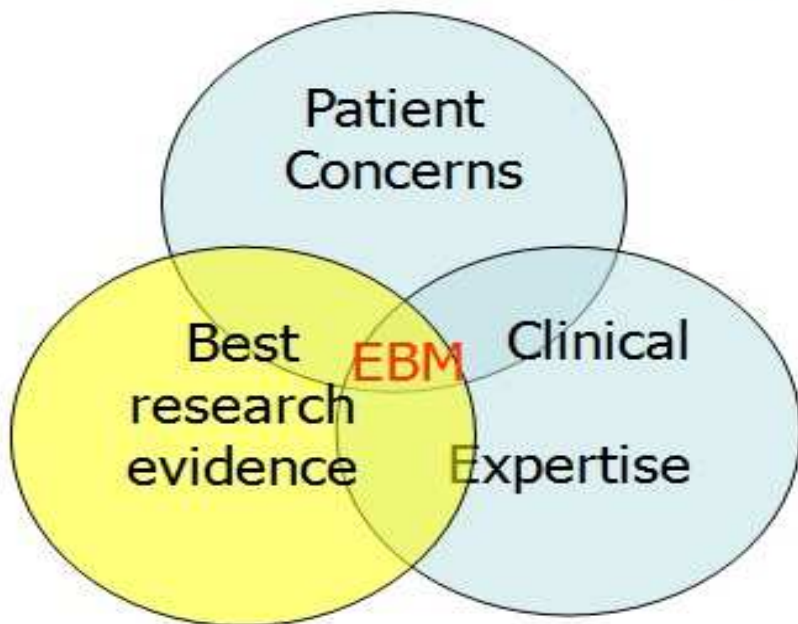
[Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care.](#)

[JAMA. 2012 Apr 11;307\(14\):1513-6. doi: 10.1001/jama.2012.362. Epub 2012 Mar 14.](#)

Évaluation des « gaspillages » dans le système de santé des États-Unis, 2011 : scénario avec une hypothèse minimum -> 21% des frais totaux (max 48%)

TYPOLOGIE "GASPILLAGES"	%
UTILISATION EXCESSIVE DES INTERVENTIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	28%
COMPLEXITÉ ADMINISTRATIF	19%
UTILISATION INSUFFISANTE DES INTEREVENTIONS SANITAIRES EFFICACES	18%
ASYMÉTRIE DES COÛTS D'ACHAT DES TECHNOLOGIE	15%
FRAUDE ET ABUS	15%
FRAGMENTATION ET INSUFFISANTE COORDINATION DE L'ASSISTANCE	4%
TOTAL	46%

EFFICACITÉ EN MÉDECINE



Archibald
Cochrane



David
Sackett

Chapman & Hall

Evidence-based Nursing

An introduction

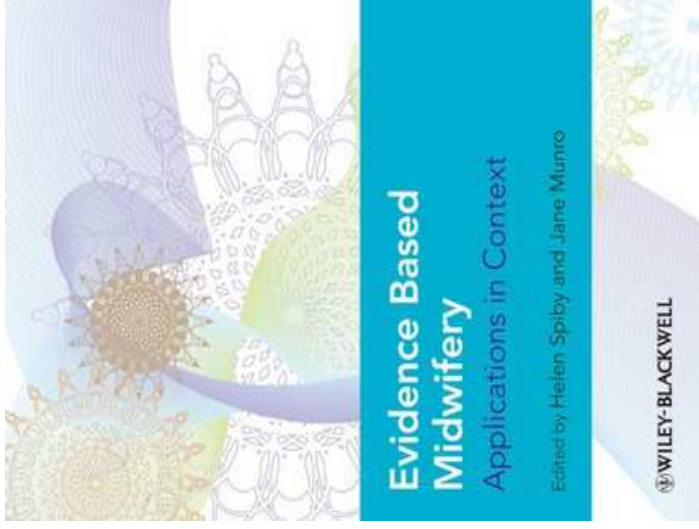
Edited by

Nicky Cullum

Donna Cliska

R. Brian Haynes

Susan Marks

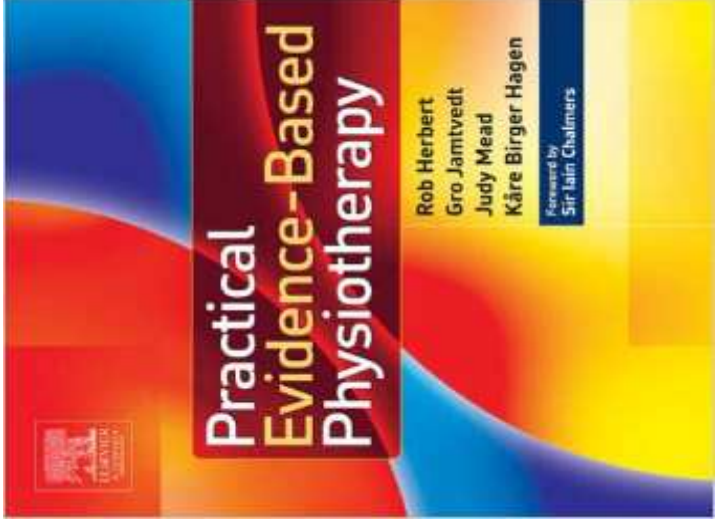


Evidence Based Midwifery

Applications in Context

Edited by Helen Spiby and Jane Munro

WILEY-BLACKWELL



Practical Evidence-Based Physiotherapy

Rob Herbert
Gro Jamtvedt
Judy Mead
Kåre Birger Hagen

Foreword by
Sir Iain Chalmers



Paul Ellis, Mark

Handbook of Evidence-Based Critical Care

Second Edition

Springer



Evidence-Based Imaging

L. Santiago-Medina
C. Coyle Blackmore
Roderick L. Applegate - Editors

Improving the Quality of Imaging in Patient Care

Second Edition

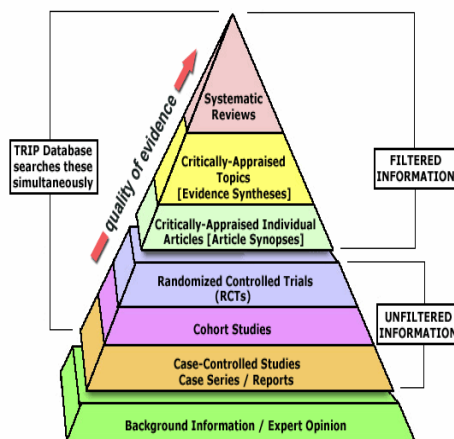
Springer



EVIDENCE-BASED PREVENTION

KATHARINE RICHARDS • MICHAEL WALDO
JONATHAN R. SCHWARTZ • ARTHUR M. MORSE

5



Méthodologies d'analyse preuve	N°
Decision Analysis	44
Meta-Analysis	1.136
Meta-Analysis of Individual Patient Data	3
Meta-Analysis of Observational Trials	4
Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	457
Meta-Analysis of Summarized Patient Data	2
Other	56
Review	1.054
Review of Published Meta-Analyses	7.504
Systematic Review	4.608
Systematic Review with Evidence Tables	7.016
TOTALE	21.884

(Méthodologies sur 48 spécialités médicaux - août 2015)

UNE STRATÉGIE DE CONTRASTE POSSIBLE À L'UTILISATION EXCESSIVE DES INTERVENTIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES



An initiative of the ABIM Foundation

About

Partners

Lists

Contact

Resources

About

Choosing Wisely® aims to promote conversations between physicians and patients by helping patients choose care that is:

- Supported by evidence
- Not duplicative of other tests or procedures already received
- Free from harm
- Truly necessary

70 sociétés scientifiques, auxquelles plus d'un million d'opérateurs sanitaires sont associés, sont partenaires de *Choosing Wisely*.

Five Things Physicians and Patients Should Question

1 Don't perform unproven diagnostic tests, such as immunoglobulin G (IgG) testing or an indiscriminate battery of immunoglobulin E (IgE) tests, in the evaluation of allergy.

Appropriate diagnosis and treatment of allergies requires specific IgE testing (either skin or blood tests) based on the patient's clinical history. The use of other tests or methods to diagnose allergies is unproven and can lead to inappropriate diagnosis and treatment. Appropriate diagnosis and treatment is both cost effective and essential for optimal patient care.

2 Don't order sinus computed tomography (CT) or indiscriminately prescribe antibiotics for uncomplicated acute rhinosinusitis.

Viral infections cause the majority of acute rhinosinusitis and only 0.5 percent to 2 percent progress to bacterial infections. Most acute rhinosinusitis resolves without treatment in two weeks. Uncomplicated acute rhinosinusitis is generally diagnosed clinically and does not require a sinus CT scan or other imaging. Antibiotics are not recommended for patients with uncomplicated acute rhinosinusitis who have mild illness and assurance of follow-up. If a decision is made to treat, amoxicillin should be first-line antibiotic treatment for most acute rhinosinusitis.

3 Don't routinely do diagnostic testing in patients with chronic urticaria.

In the overwhelming majority of patients with chronic urticaria, a definite etiology is not identified. Limited laboratory testing may be warranted to exclude underlying causes. Targeted laboratory testing based on clinical suspicion is appropriate. Routine extensive testing is neither cost effective nor associated with improved clinical outcomes. Skin or serum-specific IgE testing for inhalants or foods is not indicated, unless there is a clear history implicating an allergen as a provoking or perpetuating factor for urticaria.

4 Don't recommend replacement immunoglobulin therapy for recurrent infections unless impaired antibody responses to vaccines are demonstrated.

Immunoglobulin (gamma globulin) replacement is expensive and does not improve outcomes unless there is impairment of antigen-specific IgG antibody responses to vaccine immunizations or natural infections. Low levels of immunoglobulins (isotypes or subclasses), without impaired antigen-specific IgG antibody responses, do not indicate a need for immunoglobulin replacement therapy. Exceptions include IgG levels <50mg/dl and genetically defined/suspected disorders. Measurement of IgG subclasses is not routinely useful in determining the need for immunoglobulin therapy. Selective IgA deficiency is not an indication for administration of immunoglobulin.

5 Don't diagnose or manage asthma without spirometry.

Clinicians often rely solely upon symptoms when diagnosing and managing asthma, but these symptoms may be misleading and be from alternate causes. Therefore spirometry is essential to confirm the diagnosis in those patients who can perform this procedure. Recent guidelines highlight spirometry's value in stratifying disease severity and monitoring control. History and physical exam alone may over- or under-estimate asthma control. Beyond the increased costs of care, repercussions of misdiagnosing asthma include delaying a correct diagnosis and treatment.

Slow Medicine
la medicina sobria, rispettosa, giusta

Home Chi Siamo Fare di più Eventi Discorso di noi Area formative Iniziative Il libro Diventa Socio Contatti Cerca

Loggi

Ultimi Inserti: Fare di più non significa fare meglio

Il Progetto

Lo Sclerite e neofisi è stato - VILMOTTO

La campagna Segelano con OADR è avviata, con la diffusione del primo di una serie di 6 volantini a livello nazionale e quelli di rendere familiare e comprensibile - Continua.

Nome utente

Password

Ricordami

Password dimenticata?

Non ho le mie dimenticate?

Registrati

Choosing Wisely e il progetto italiano

Fare di più non significa fare meglio



LES « GASPILLAGES » DES TECHNOLOGIES ORGANISATIONNELLES ...



TPOLOGIE "GASPILLAGES"	%
UTILISATION EXCESSIVE DES INTERVENTIONS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	28%
COMPLEXITÉ ADMINISTRATIF	19%
UTILISATION INSUFFISANTE DES INTEREVENTIONS SANITAIRES EFFICACES	18%
ASYMÉTRIE DES COÛTS D'ACHAT DES TECHNOLOGIE	15%
FRAUDE ET ABUS	15%
FRAGMENTATION ET INSUFFISANTE COORDINATION DE L'ASSISTANCE	4%
TOTAL	37%



EFFICACITÉ DES TECHNOLOGIES ORGANISATIONNELLES

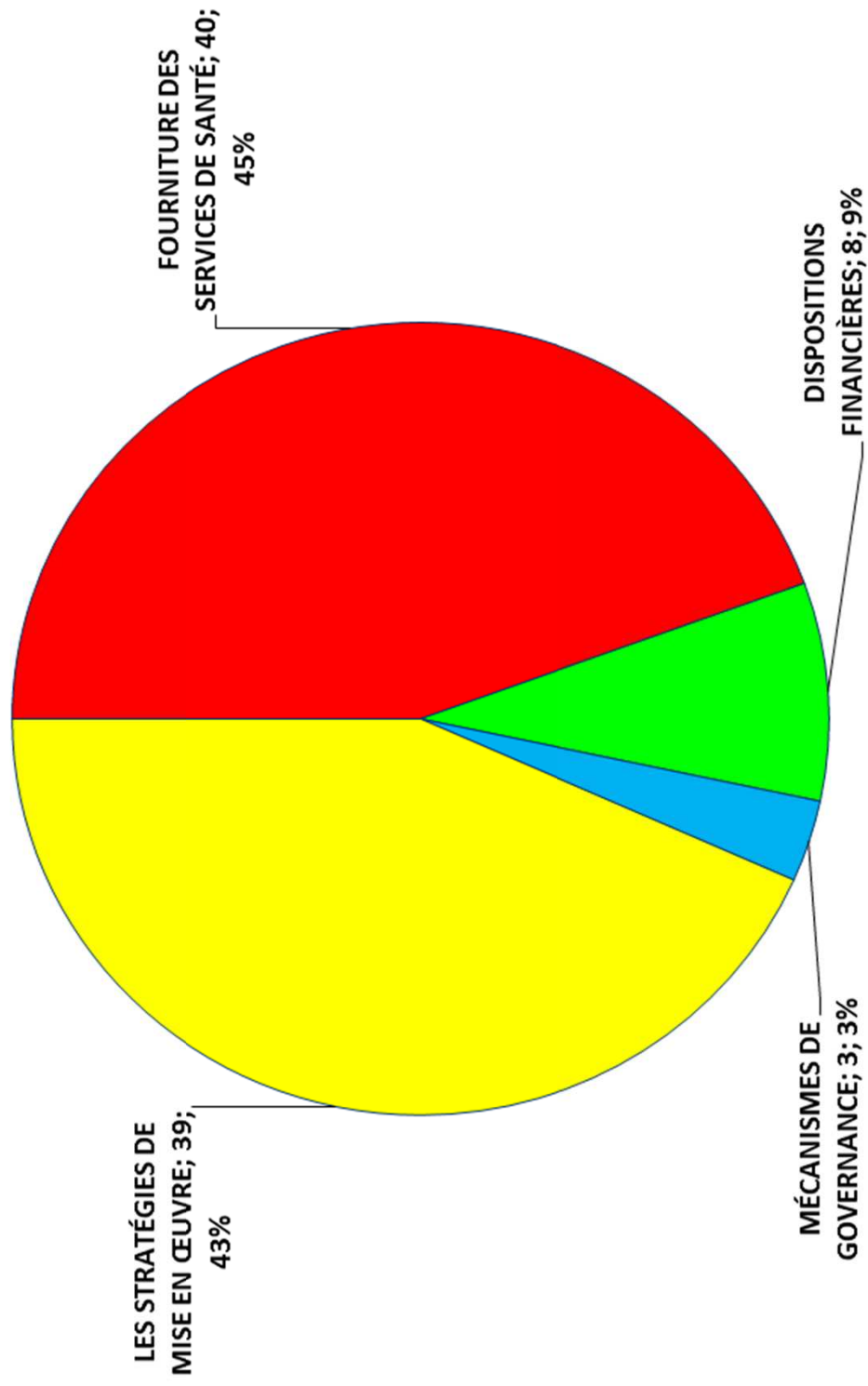
Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group

Nuffield Department of POPULATION HEALTH

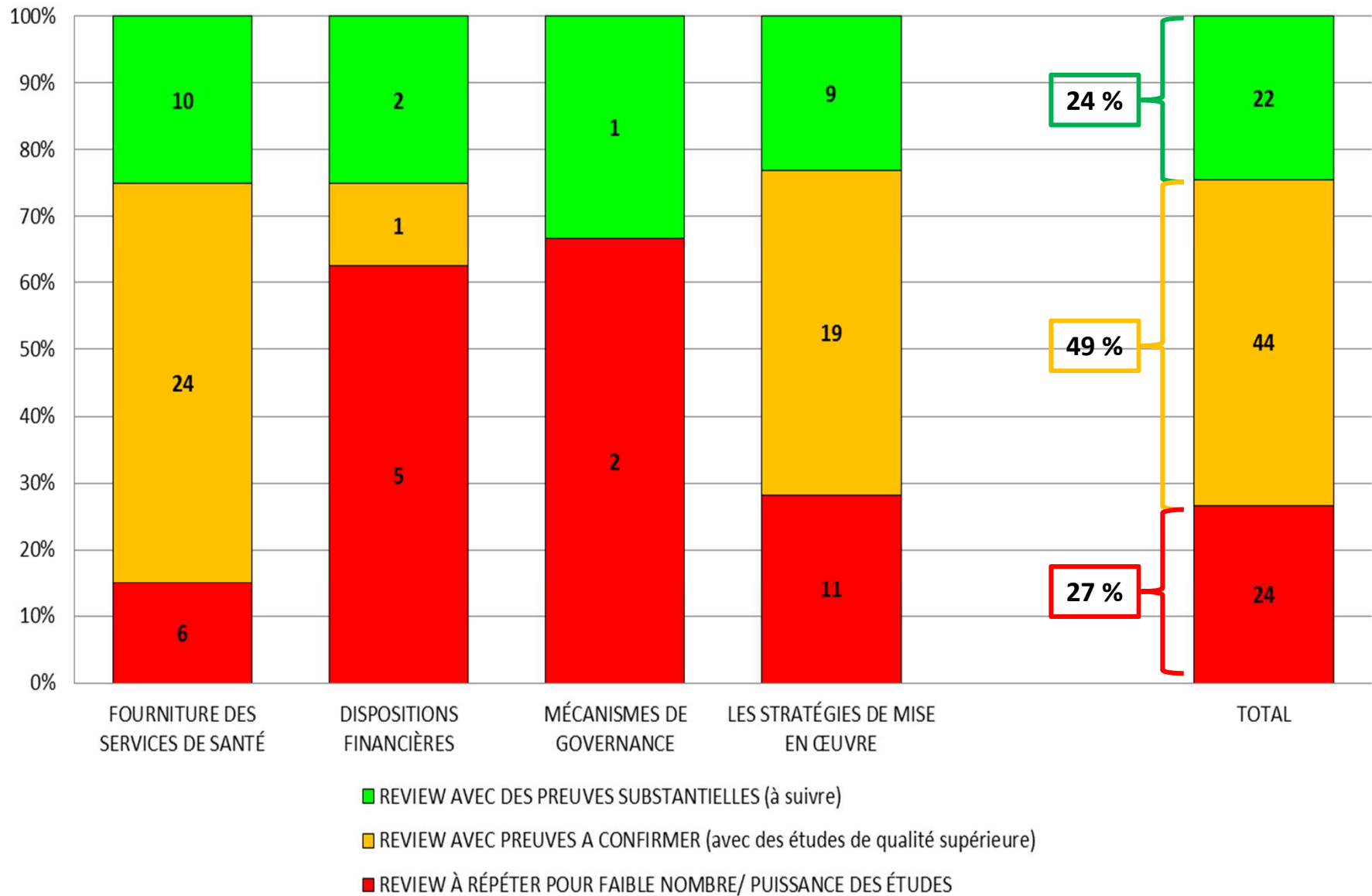


**THÈMES
des
REVIEW**

FOURNITURE DES SERVICES DE SANTÉ
<i>Coordination des soins</i>
<i>Technologies de l'information et des communications</i>
<i>Où les soins de santé sont dispensés</i>
<i>Qui fournit les soins de santé</i>
<i>Qui reçoit le soins de santé et quand</i>
DISPOSITIONS FINANCIÈRES
<i>Collecte de fonds</i>
<i>Systèmes d'assurance</i>
<i>Frais de service</i>
<i>Incitations économiques pour les professionnels</i>
MÉCANISMES DE GOVERNANCE
<i>Autorité et responsabilité pour les produits commerciaux</i>
<i>Autorité et responsabilité des politiques de santé</i>
<i>Autorité et responsabilité des soins de santé</i>
<i>Autorité et responsabilité pour les organisations</i>
LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE
<i>Interventions visant à les organismes de santé</i>
<i>Interventions ciblées aux utilisateurs de santé</i>
<i>Interventions visant aux professionnels de la santé</i>
<i>Interventions ciblées pour des types spécifiques de pratique, conditions ou setting des soins</i>



Review EPOC (juillet, 2015)



ÉVIDENCES CONSISTANTES (à suivre)

Sorties protégées de l'hôpital

Application des **parcours d'assistance**

Mémoires et rappels aux patients pour la couverture vaccinale

Évaluation gériatrique multidimensionnelle à l'hospitalisation

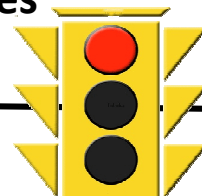
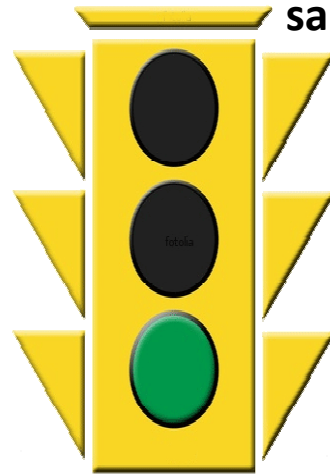
Interventions proactives pour la gestion ambulatoire du diabète sucré

Réduction des **prescriptions antibiotiques** dans l'hôpital

Soins domiciliaires pour les malades terminaux

Volontariat pour améliorer l'accès aux services maternelles et infantiles

Sorties précoces de l'hôpital



Amélioration des comportements professionnels

- **Bulletins de révisions systématiques** pour les politiques, les dirigeants, les opérateurs sanitaires

Amélioration des comportements professionnels :

- **mémoires informatisés**
- **formation continue**
- **visites informatives éducatives**

- **Audits cliniques**

seulement dans les situations de grande carence de collaboration interprofessionnelle

Réduction des frais pharmaceutiques:

- **Révision des prix des médicaments**
- **Réduction du remboursement des médicaments**

Bilans de santé périodique pour réduire la morbidité et la mortalité

ÉVIDENCES (NEGATIVES OU POSITIVES) À CONFIRMER *(exemples)*

Médecins remplacés par les infirmiers dans les soins primaires

Interventions pour réduire les temps d'attente

Rééducation des personnes âgées à domicile ou dans l'hôpital



Gestion des cas pas urgents par les médecins de médecine générale dans les services des urgences hospitaliers

Technologie « Smart Home » pour le support domiciliaire

Hospital de jour vs d'autres formes de soins pour les personnes âgées

SUJETS À APPROFONDIR

pour nombre o puissance insuffisants des études *(exemples)*

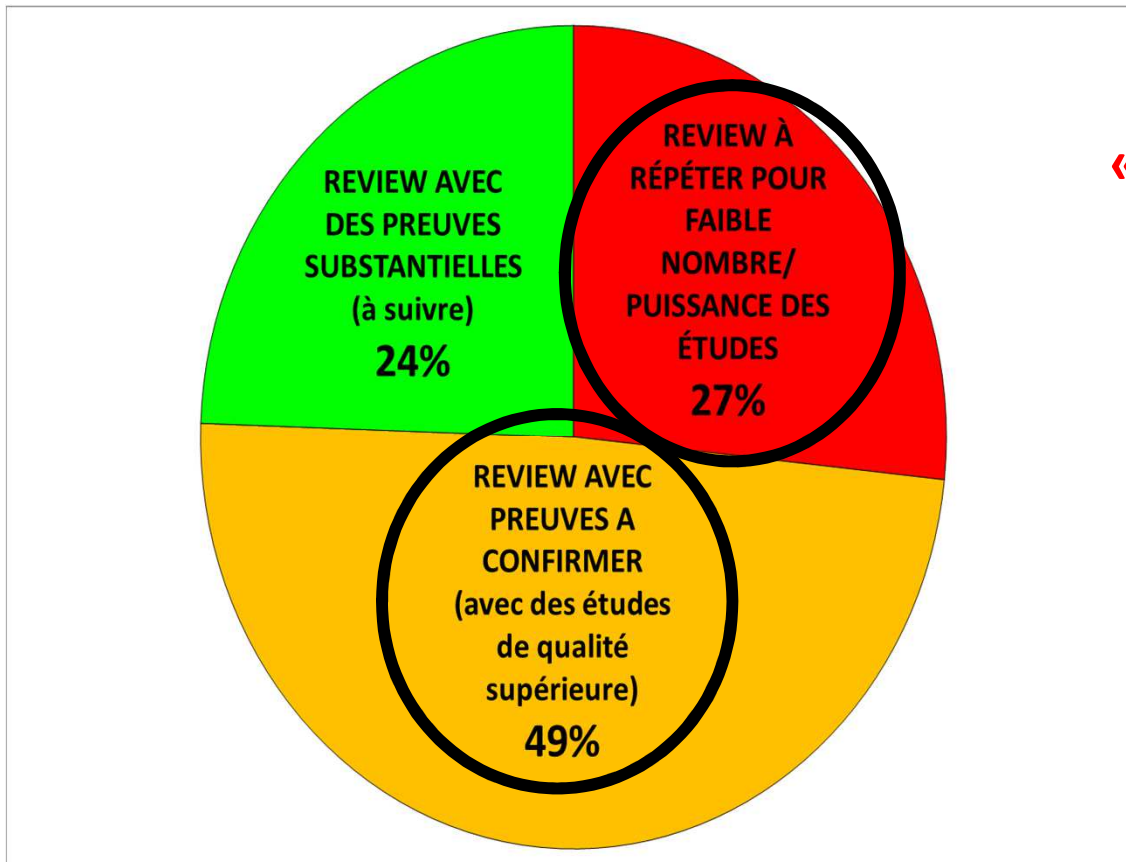
Contrôles extérieurs sur le respect des normes (accréditation, certification)

Publication des données sur les prestations sanitaires

Interventions dans la culture organisationnelle

Incitations financières aux opérateurs

Usage pratique par les professionnels des informations sanitaires acquises du WEB



Quelle voie pour réduire les « gaspillages » organisationnelles

1) Utilisez les éléments de preuve déjà disponibles

2) Développer la recherche/expérimentation dans les services de soins de santé

Difficultés des études dans le domaine organisationnel (p. ex.: RCT-cluster)

3) Fixer les innovations organisationnelles dans les normes seulement après l'expérimentation et/ou le monitoring

...modèles organisationnels avec peu des évidences d'impact

**Les "formes" d'association des SOINS PRIMAIRES
dans les CCT (depuis 2005) et dans les normes
régionaux**

Médecine en association

Médecine en groupe

Médecine en réseau

Équipes territoriales

**UTAP
Unités territoriales
d'assistance primaire**

**Cabinets pour la gestion des
codes blancs**

**Points de première intervention
(PPI)**

**Garnisons ambulatoires des
districts**

Assistance territoriale intégrée

Cabinets territoriaux intégrés

Noyaux de soins primaires

Unité de soins primaires

Groupes de soins primaires

Coopérative de services

Maison de santé

Hôpital de communauté

**Association fonctionnelle
territoriale**

**U.C.C.P.
Unités complexes
soins primaires**

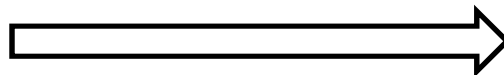
2015

...mais quelqu'un essaie

Quality and Outcomes Framework (QOF)

(Contrat GPs 2003)

Fee for Service



Pay for Performance



évidences...

Lancet. **2008** Aug 30;372(9640):728-36. Epub 2008 Aug 11.

Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. Doran T. et al.

INTERPRETATION:

Nos résultats suggèrent que les systèmes d'incitations financières ont le potentiel d'apporter une contribution substantielle à la réduction des inégalités dans la prestation des soins cliniques liés au zone de privation

J Health Serv Res Policy. **2010** Jul;15(3):178-84.

Impact of pay for performance on inequalities in health care:

SYSTEMATIC REVIEW. Alshamsan R. et al.


CONCLUSION:

Les inégalités en matière de gestion des maladies chroniques ont largement persisté après l'introduction de Quality and Outcome Framework. Payer pour des programmes de performance devrait être conçu pour réduire les inégalités ainsi que d'améliorer la qualité globale des soins.

Développer la recherche/expérimentation

4) MESURE-ACTION

**In God we trust
All others must
use data**



W.E. Deming



5) INTÉGRATION
GUIDE
DES INTERVENTIONS
ORGANISATIONNELLES

INTÉGRATION

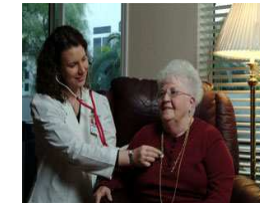
MULTIPROFESSIONNELLE



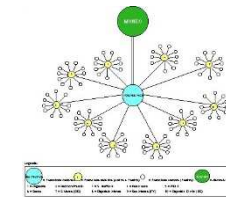
MULTIDISCIPLINAIRE



**MULTI-SETTING
OPÉRATIONNELS**



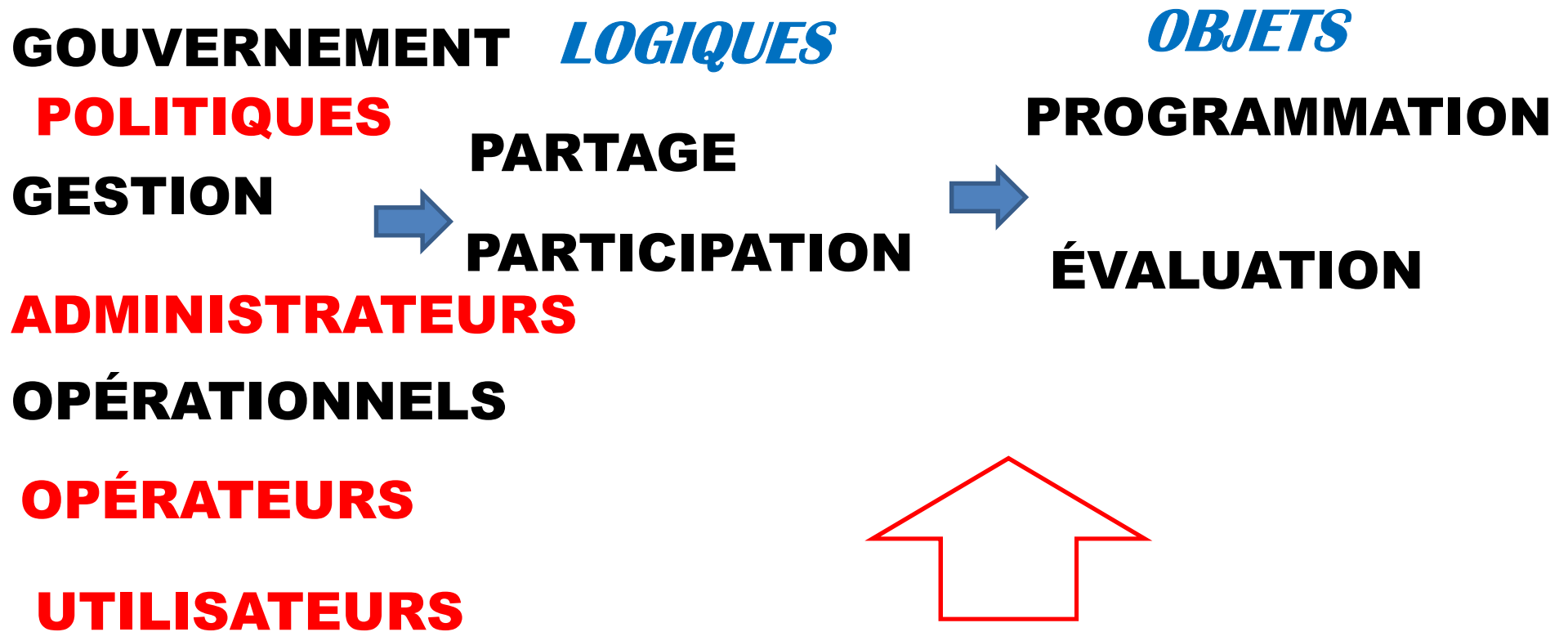
MULTINIVEAUX



MULTISECTORIELLE



INTÉGRATION entre les fonctions



INTÉGRATION entre perspectives

INTÉGRATION

THE LANCET

Volume 376 · Number 9734 · Pages 1-68 · July 3-9, 2010

www.thelancet.com



Editorial. Future plans for the NHS. Lancet 2014; 384:1549 .. *dismantle tribal boundaries between different sections of health and social care for a more integrated service.*

FIVE YEAR FORWARD VIEW - pag 6 . ..
breaking out of the artificial boundaries between hospitals and primary care, between health and social care, between generalists and specialists

Hôpital

Assistance sanitaire

Médecins spécialistes

Médecins

Opérateurs sanitaires

Sciences naturelles



Assistance territoriale

Assistance sociale

Médecins généralistes

**Autres opérateurs
sanitaires**

Dirigeants

Sciences humaines



« ...Vous êtes appelés à faire des ponts dans cette société où l'on l'habitude de faire des murs.

Construisez des ponts, s'il vous plaît! » (Rome, réunion Agesci 15 juin 2015)



Bulgarie vs Turquie



Hongrie vs Serbie

...commençons nous... dans notre travail quotidien...

MERCI DE VOTRE ATTENTION