

SUPSI

Costi della salute

Prof. Dr. Luca Crivelli

Direttore DEASS,
Condirettore accademico SSPH+
Membro del comitato direttivo dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

16 OTTOBRE 2025



Indice della presentazione

1 I termini della questione

2 Costi della salute versus distribuzione degli oneri di finanziamento: breve excursus

3 Le cause della crescita dei costi della salute

4 Possibili soluzioni

Barometro Elettorale SRG SSR

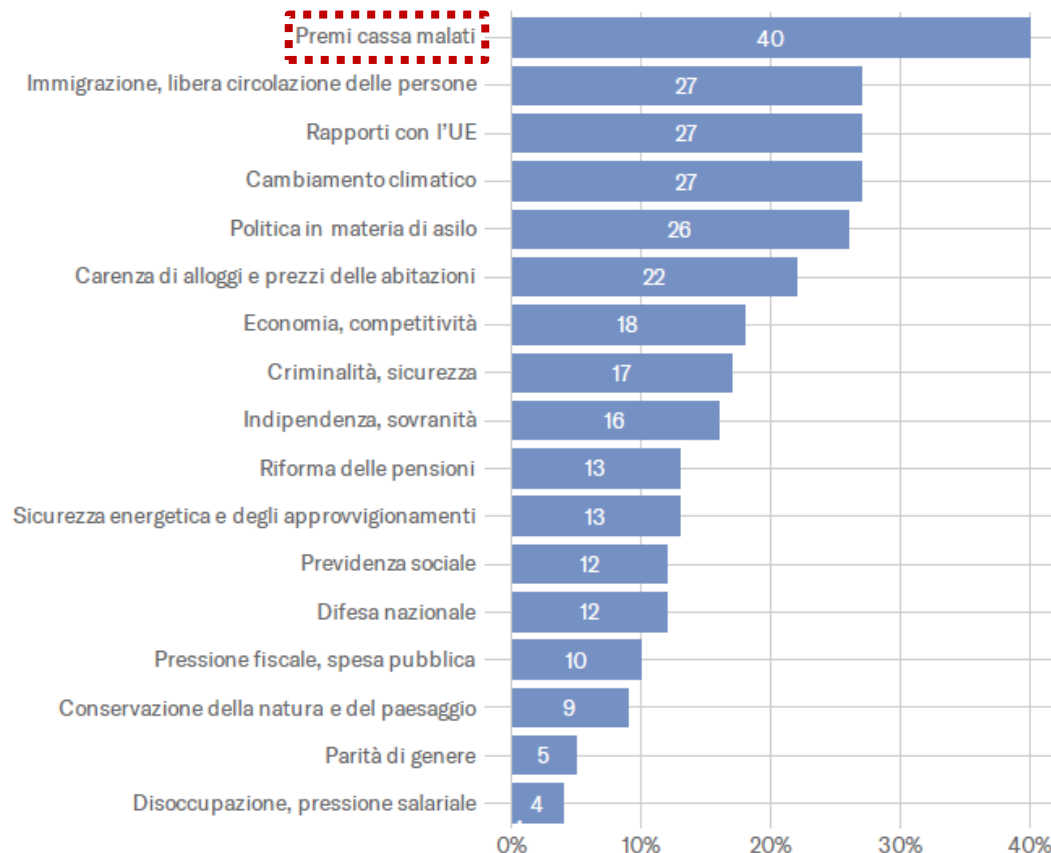
Rapporto

Ottobre 2025

SOTGMO

Sfide politiche (fig. 6)

«Quali ritiene essere le sfide politiche attualmente più importanti nel nostro Paese?» (Massimo 3 risposte)



Rilevazione dei dati tra il 25 agosto e l'11 settembre 2025.

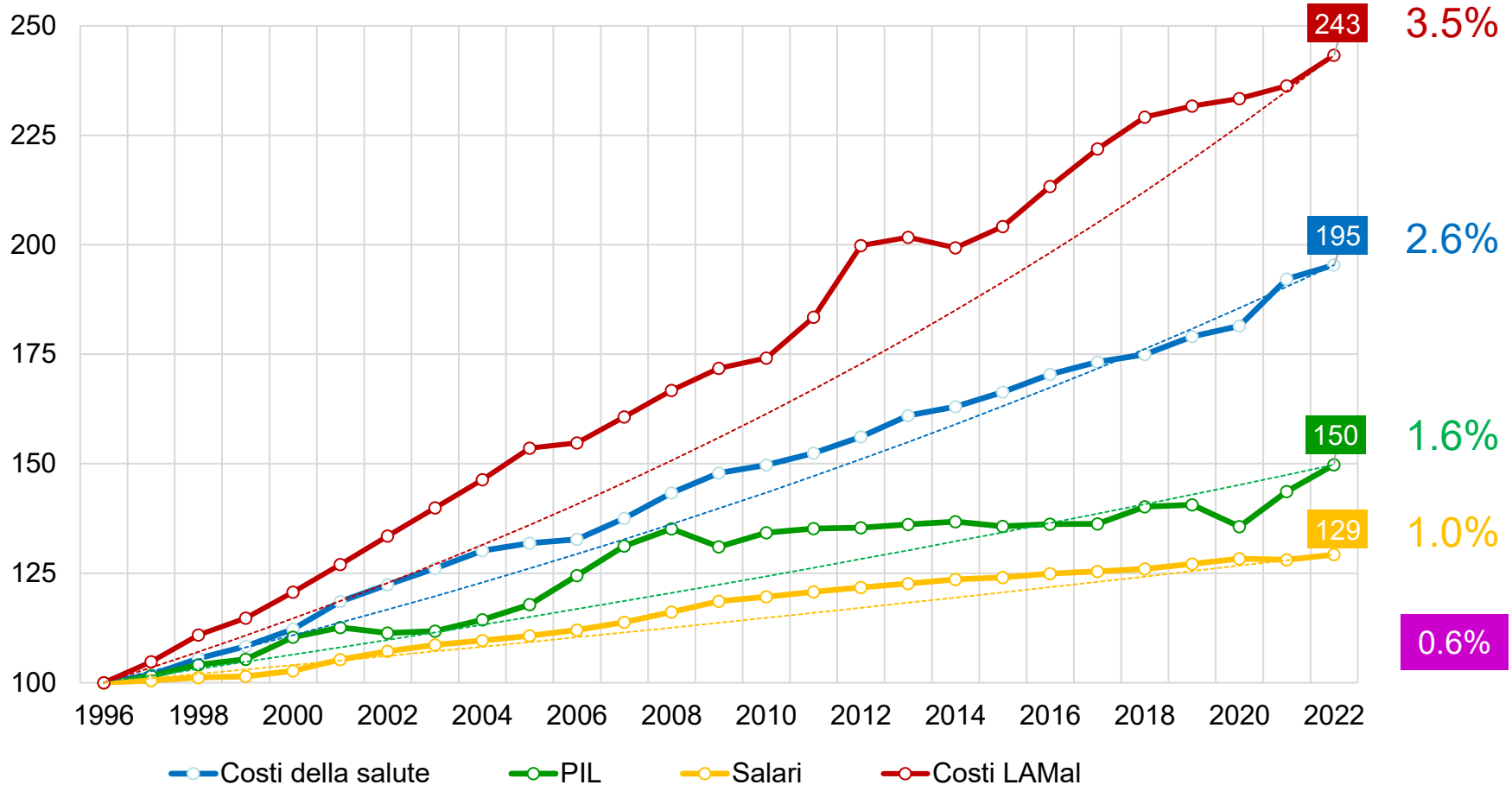
Campione: 32'147 persone aventi diritto di voto:

Svizzera tedesca: 26'076,

Svizzera francese: 5'302,

Svizzera italiana: 769.

PIL, salari e costi sanitari pro capite: Evoluzione nell'ultimo quarto di secolo



Una situazione in continuità con il passato: evoluzione 1960-1990

Sostenibilità finanziaria	PIL, costi della salute per assicurato, salari e inflazione (1960=100)								
	Prodotto interno lordo nominale	100	148	210	318	386	500	651	6.4%
	Costi della salute per assicurato	100	151	294	601	835	1197	1676	9.9%
	Salari (remunerazione oraria media)	100	144	201	345	401	505	614	6.2%
	Indice dei prezzi al consumo	100	117	139	201	225	277	314	3.9%

Fonte: Crivelli (1993)

Performance CH in declino negli ultimi 10 anni

Exhibit 2. Health Care System Performance Rankings

2017

VI

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	2	9	10	8	3	4	4	6	6	1	11
Care Process +	2	6	9	8	4	3	10	11	7	1	5
Access +	4	10	9	2	1	7	5	6	8	3	11
Administrative Efficiency +	1	6	11	6	9	2	4	5	8	3	10
Equity +	7	9	10	6	2	8	5	3	4	1	11
Health Care Outcomes +	1	9	5	8	6	7	3	2	4	10	11

EXHIBIT ES-1. OVERALL RANKING

2014

II

COUNTRY RANKINGS

Top 2*

Middle

Bottom 2*

OVERALL RANKING (2013)

Quality Care

Effective Care

Safe Care

Coordinated Care

Patient-Centered Care

Access

Cost-Related Problem

Timeliness of Care

Efficiency

Equity

Healthy Lives

Health Care Costs 2011**

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Care Costs 2011**	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Health Care System Performance Rankings 2021

IX

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	3	10	8	5	2	6	1	7	9	4	11
Access to Care	8	9	7	3	1	5	2	6	10	4	11
Care Process	6	4	10	9	3	1	8	11	7	5	2
Administrative Efficiency	2	7	6	9	8	3	1	5	10	4	11
Equity	1	10	7	2	5	9	8	6	3	4	11
Health Care Outcomes	1	10	6	7	4	8	2	5	3	9	11

Data: Commonwealth Fund analysis.

Health Care System Performance Rankings 2024

VIII

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	1	7	5	9	2	4	6	8	3	10
Access to Care	9	7	6	3	1	5	4	8	2	10
Care Process	5	4	7	9	3	1	10	6	8	2
Administrative Efficiency	2	5	4	8	6	3	7	10	1	9
Equity	1	7	6	2	3	8	—	4	5	9
Health Outcomes	1	4	5	9	7	3	6	2	8	10

Note: SWE overall ranking calculation does not include Equity domain. See "How We Conducted This Study" for more detail.

Data: Commonwealth Fund analysis.



Reflecting Poorly

Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries

Indice della presentazione

1	I termini della questione
2	Costi della salute versus distribuzione degli oneri di finanziamento: breve excursus
3	Le cause della crescita dei costi della salute
4	Possibili soluzioni

Costi LAMal: una spesa fortemente concentrata

Courbes de Lorenz des coûts

Source : OFSP données individuelles anonymisées EFIND

Vue : année de traitement, état au 30.04 de l'année suivante, pour le(s) filtre(s) sélectionné(s)

Part des assurés sans coûts

17,0%

Part des coûts totaux imputable aux 1% / 5%
d'assurés les plus chers

18,6% / 48%

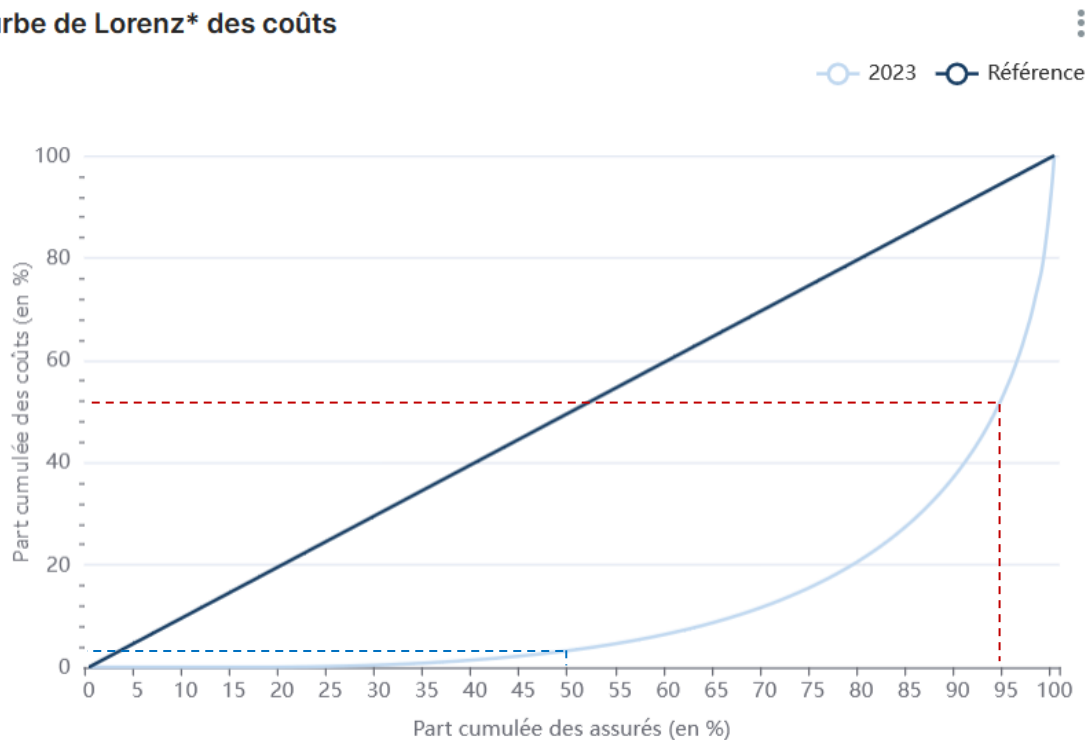
Bottom 50%:

3.6%

Indice di Gini**

0,7604

Courbe de Lorenz* des coûts



Equilibrio tra due solidarietà

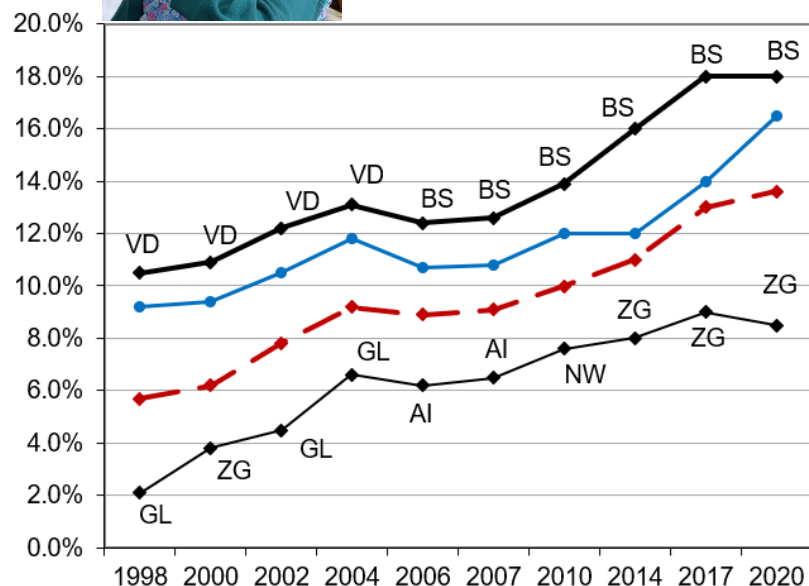


- ❖ Attraverso **l'obbligo assicurativo** e il **premio di comunità** la LAMal richiede alla popolazione una **solidarietà tra rischi** (sani vs malati, giovani vs anziani).
- ❖ La solidarietà tra rischi è un traguardo di civiltà, ma risulterebbe insostenibile se non ci fosse allo stesso tempo anche una **solidarietà tra classi sociali** (tra redditi alti e redditi bassi).

Evoluzione dei premi netti in % del reddito disponibile (incidenza)



$$\frac{P - S}{R - oS - T}$$



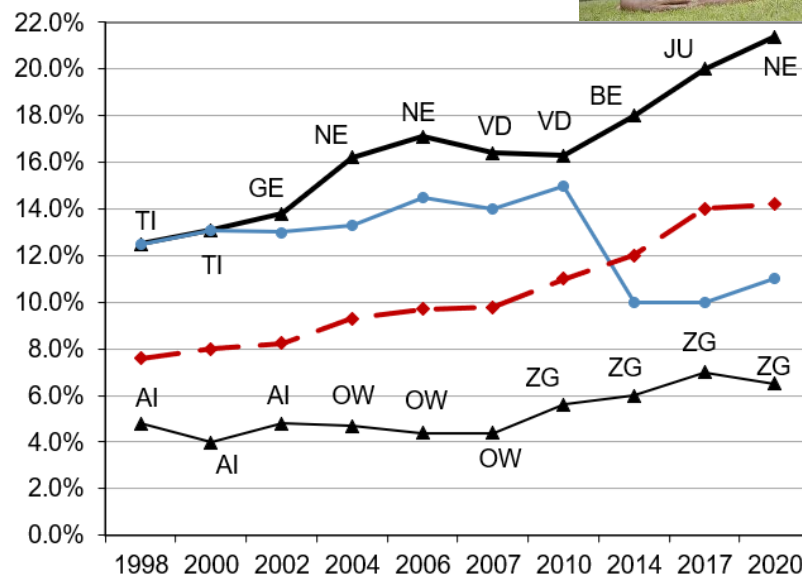
◆ Max ● TICINO - - CH-Average ▲ Min

Pensionata

(Reddito lordo: CHF 45'000)

* Prima del 2006: CHF 30'000

Fonte: Varie edizioni del "Monitoring der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen"



▲ Max ● TICINO - - CH-Average ▲ Min

Famiglia con due figli

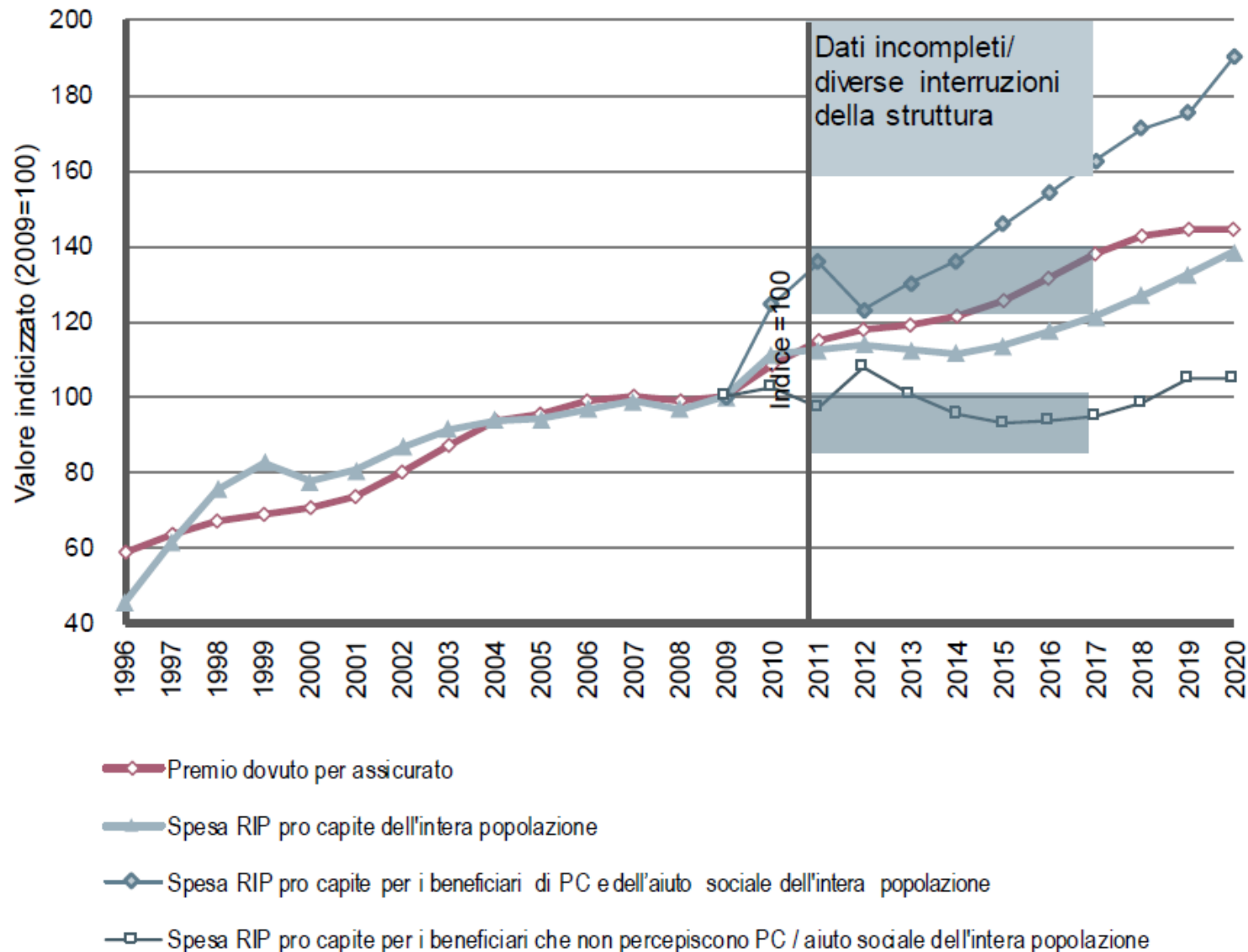
(Reddito lordo: CHF 70'000)

* Prima del 2006: patrimonio netto di CHF 100'000

Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6.11.1991 (p.194)

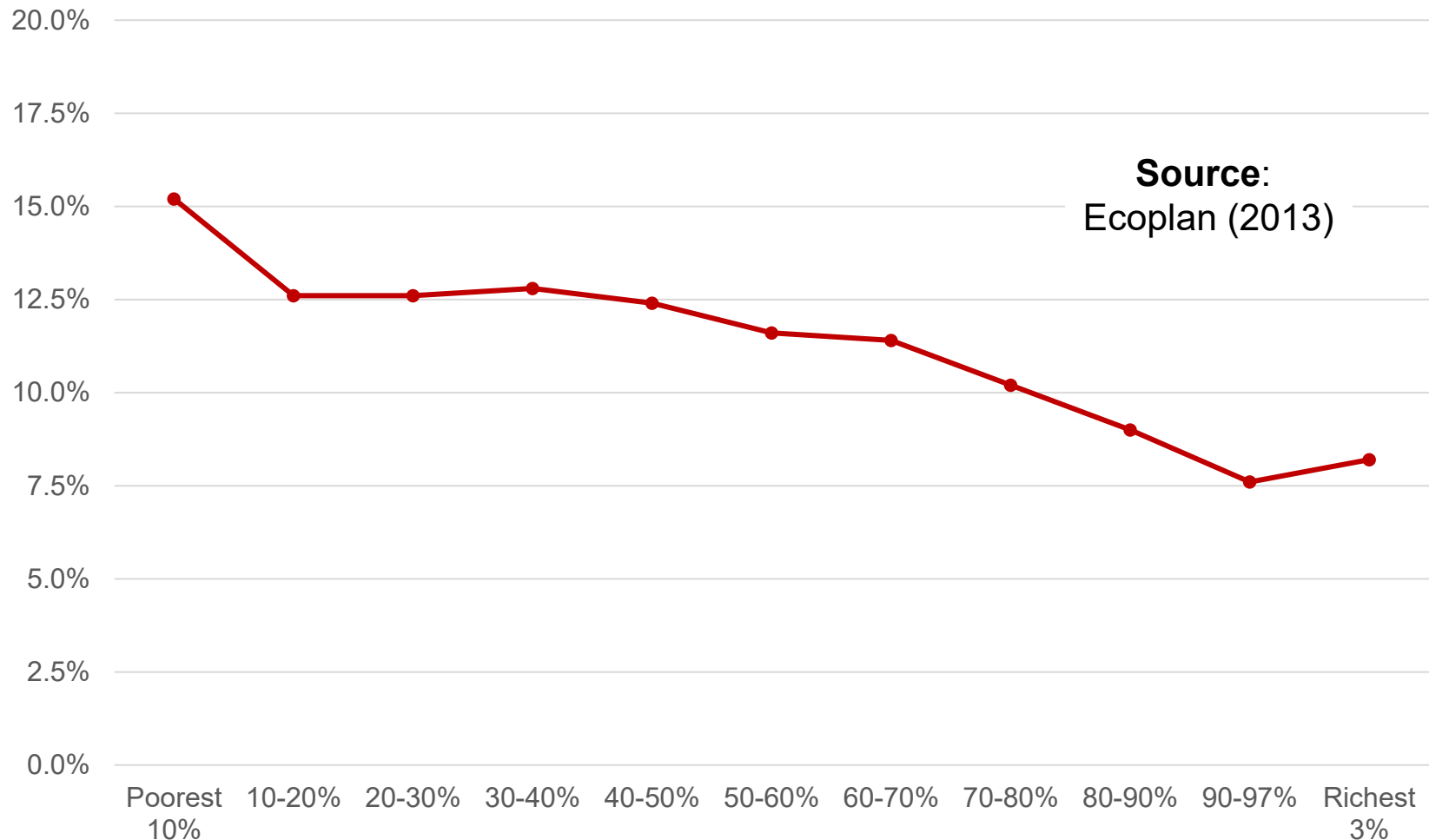
«Nessuna economia domestica dovrebbe consacrare più dell'8 per cento del suo reddito imponibile al pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure mediche»

Evoluzione dei premi e dei sussidi LaMal indicizzati



Fonte:
Ecoplan 2022

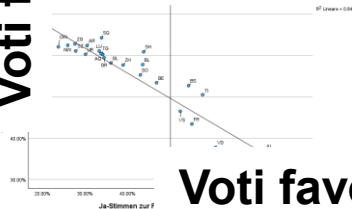
Incidenza di imposte*, premi (al netto dei sussidi) e out-of-pocket sul reddito nel 2010



* quota parte dedicata al finanziamento della salute

Il Röstigraben della democrazia diretta

FINANZIAMENTO MONISTA
Voti favorevoli all'introduzione di EFAS



Voti favorevoli all'iniziativa per premi meno onerosi
(10 per cento)



Indice della presentazione

1	I termini della questione
2	Costi della salute versus distribuzione degli oneri di finanziamento: breve excursus
3	Le cause della crescita dei costi della salute
4	Possibili soluzioni

Chi sono in Svizzera i principali responsabili dell'aumento dei costi della salute?

Join at menti.com | use code 3811 6925

Mentimeter



Sondaggio



Le 5 determinanti principali della crescita dei costi in sanità

1. **Sindrome di Baumol** (evoluzione della produttività in un settore labour-intensive)



Why
Computers
Get Cheaper
and Health
Care Doesn't

THE COST DIS

William

with contributions by
MONTE MALACH, ARIEL PABLOS-MÉNDEZ,
and LILIAN GOMORY WU

American Economic Review

MACROECONOMICS OF UNBALANCED GROWTH: THE ANATOMY OF URBAN CRISIS*

By WILLIAM J. BAUMOL

There are some economic forces so powerful that they constantly break through all barriers erected for their suppression. Such, for example, are the forces of supply and demand which have resisted alike medieval efforts to abolish usury and contemporary attempts to control prices. In this paper I discuss what I believe to be another such mechanism which has colored the past and seems likely to stamp its character on the future. It helps us to understand the prospective roles of a wide variety of economic services: municipal government, education, the per-

I will argue that inherent in the technological structure of each of these activities are forces working almost unavoidably for progressive and cumulative increases in the real costs incurred in supplying them. As a consequence, efforts to offset these cost increases, while they may succeed temporarily, in the long run are merely palliatives which can have no significant effect on the underlying trends.

...that are provided by macroeconomic analysis at the level of the model. These models have succeeded in explaining the structure of practical problems and in offering guidance for policy to a degree that has so far eluded the more painstaking modes of economic analysis. This article hopes to fol-

5 determinanti principali della crescita dei costi in sanità

1. **Sindrome di Baumol** (evoluzione della produttività in un settore labour-intensive)



2. **La salute è un bene superiore** (elasticità rispetto al reddito superiore a 1)

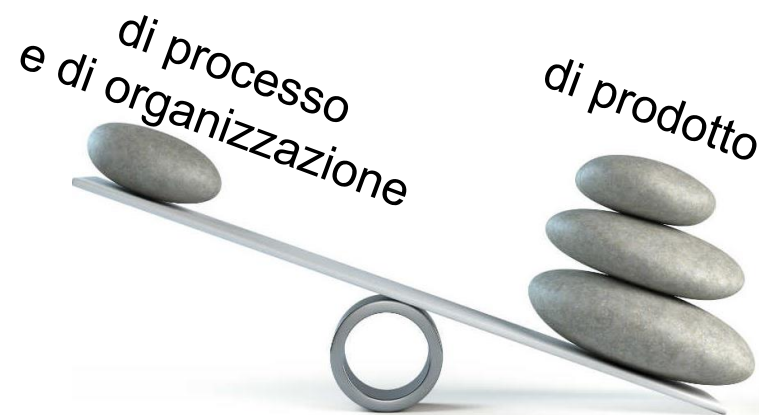


La piramide dei bisogni Maslow (1954)

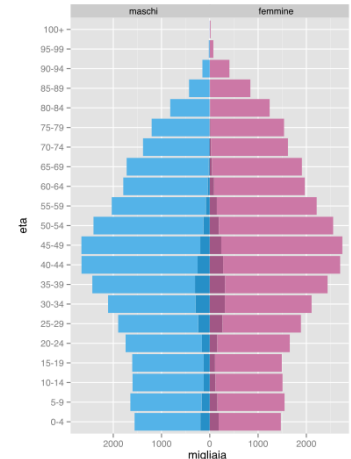
5 determinanti principali della crescita dei costi in sanità (continua)

SUPSI

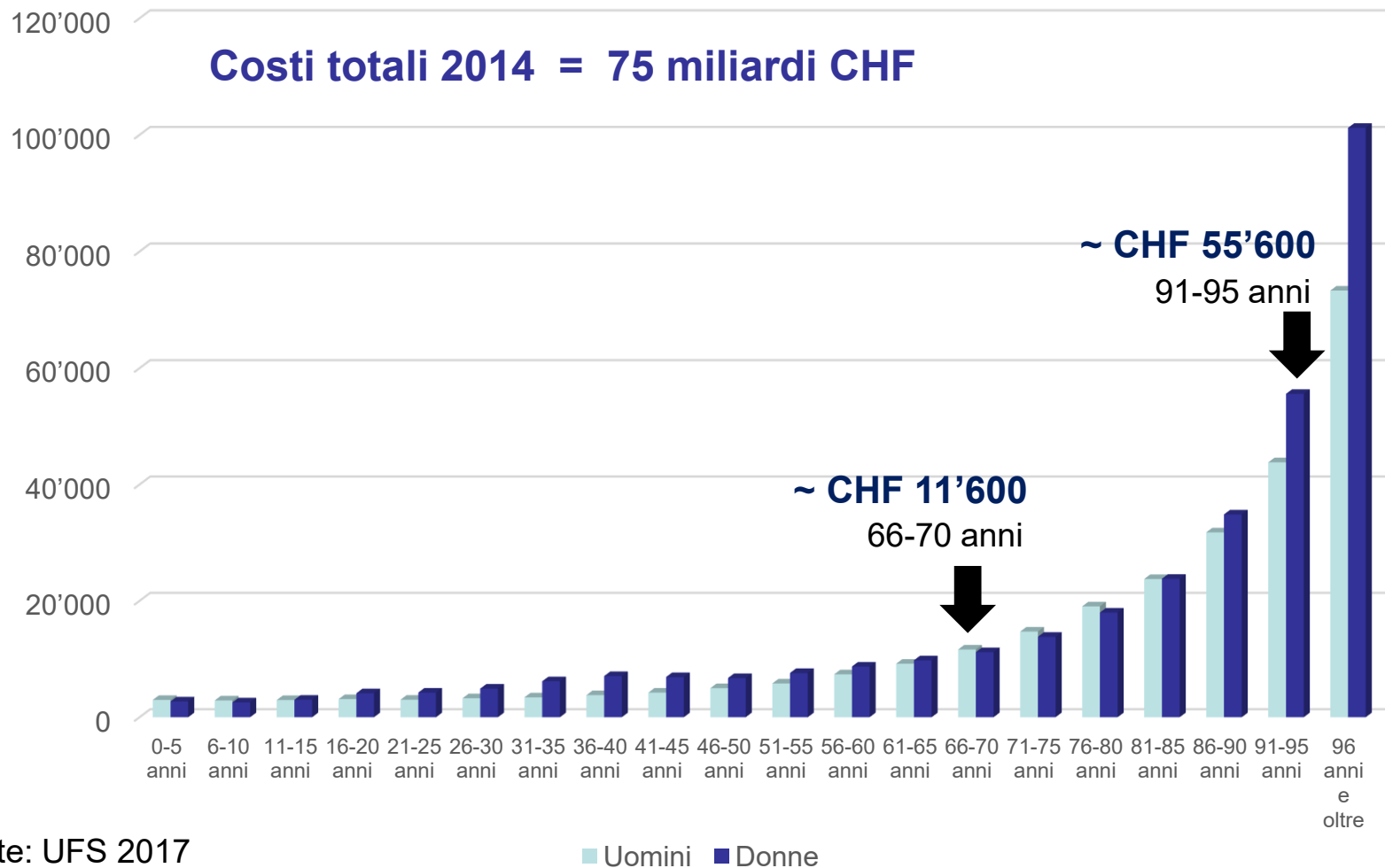
3. Dinamica dell'innovazione sbilanciata



4. Cambiamenti nella piramide demografica e nella prossimità alla morte



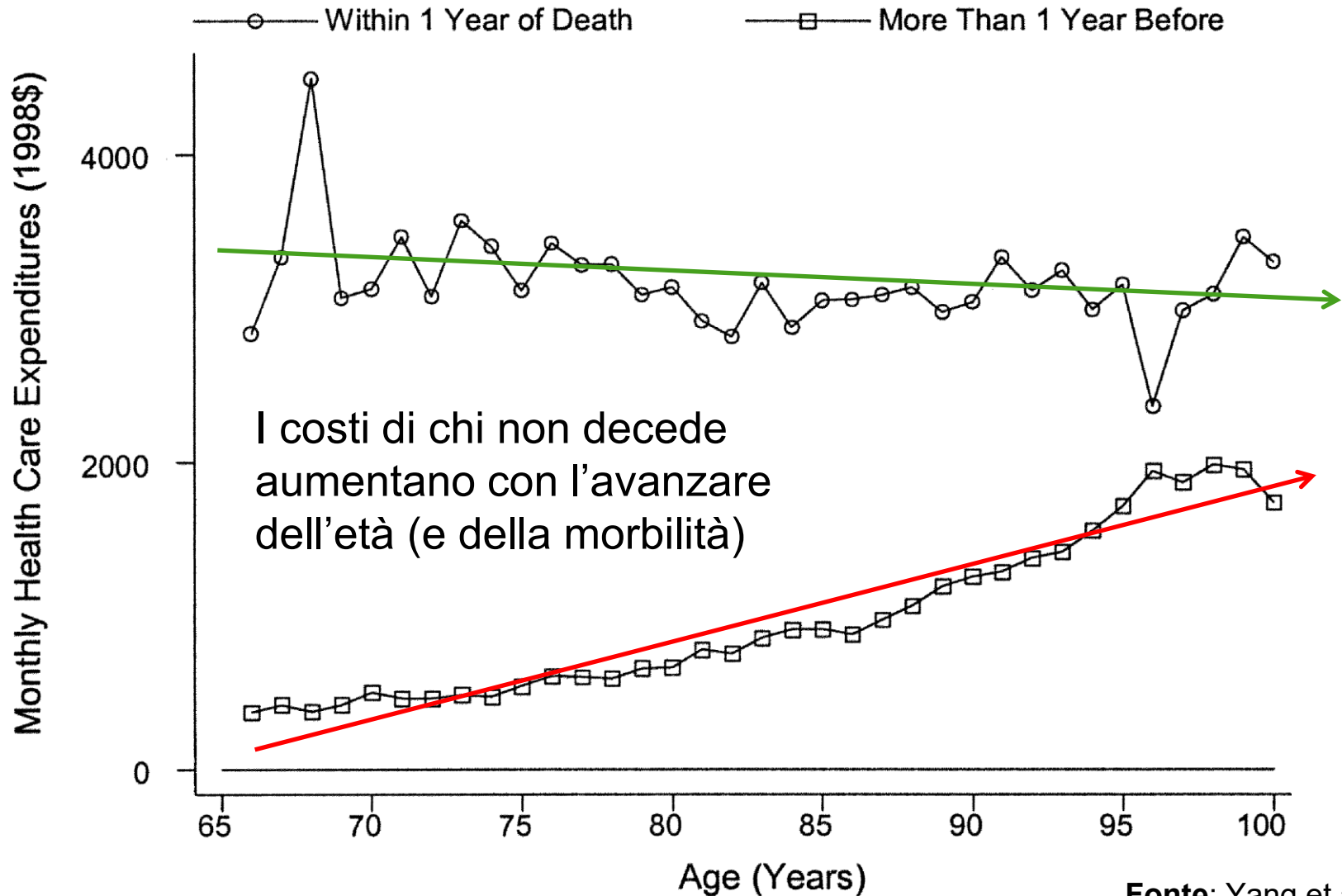
Costi della salute pro capite (totali) per genere e classe di età (2014)



Costi in funzione della prossimità del decesso

- ✦ Negli ultimi 12 mesi della propria vita i costi della salute su base annua si moltiplicano di un fattore k in confronto a chi, a parità di età, sopravvive:
 - $k = 7,5$ in Francia (CNAMTS 2004)
 - $k = 7$ negli USA (Lubitz, Riley 1993)
 - $k = 13,5$ in Olanda (x 7 se infarto; x 19 se cancro) (Polder et al. 2006)
 - $k = 8$ in Ontario (Tanuseputro et al. 2015)

Costi legati all'accresciuta morbidità



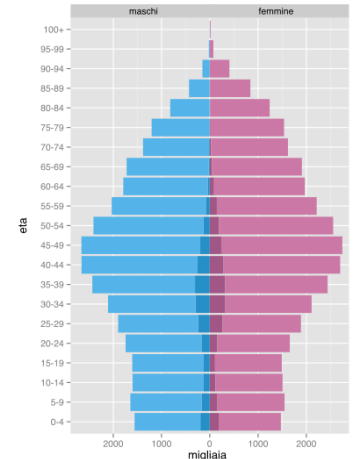
5 determinanti principali della crescita dei costi in sanità (continua)

3. Dinamica dell'innovazione sbilanciata



4. Cambiamenti nella piramide demografica e nella prossimità alla morte

5. Fattori relativi all'organizzazione del sistema sanitario (modalità di rimborso, gatekeeping, controllo dell'offerta)



Alcune patologie tipiche della sanità elvetica

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Federalismo (strutture troppo piccole, doppiopioni) | ➡ | Fusioni ospedaliere, pianif. sovracantonale |
| 2. Frammentazione dell'offerta | ➡ | Cure integrate interprofessionalità |
| 3. Modalità di pagamento «inflazionistiche» (TARMED), che permettono continui aumenti delle quantità di singole prestazioni | ➡ | «Bundled payments» |
| 4. Prezzi (dei farmaci) più elevati rispetto agli Stati limitrofi | ➡ | Regolamentazione più efficace |
| 5. Sovraconsumo di cure | ➡ | Choosing Wisely, cambio di cultura |

APPLIED ECONOMICS, 2018
VOL. 50, NO. 12, 1746–1760
<https://doi.org/10.1080/00036846.2017.1374538>



Population ageing in healthcare – a minor issue? Evidence from Switzerland

Carsten Colombier

Economic Analysis and Policy Advice, Federal Finance Administration, Bern, Switzerland; FiFo - Institute for Public Economics, University of Cologne, Cologne, Germany

ABSTRACT

Our study shows that population ageing is a relevant determinant of healthcare expenditure (HCE). This conclusion supports the popular, but recently strongly contested, view that the coming population ageing will threaten the fiscal sustainability of health systems. We contribute to this debate, first by estimating the determinants of Swiss HCE with outlier-robust dynamic regressions, and second, by projecting Swiss HCE based on the estimates produced and new population scenarios. Medical advances and GDP per capita also play a decisive role. Governments can mitigate HCE growth by improving the health status of the population and by stimulating cost-effective and productive medical advances.

KEYWORDS

Healthcare expenditure; population ageing; fiscal sustainability; medical advances; robust MM estimator; long-term projections

JEL CLASSIFICATION

H51; I18; C22

1. Introduction

Healthcare expenditure (HCE) has outpaced GDP growth over decades in OECD countries. In Switzerland, for example, the ratio of HCE to GDP increased from 4.8% to 10.9% between 1960 and 2013. This means that Switzerland has one of the most expensive healthcare systems worldwide. A

Newhouse, and Freeland 2009; Breyer, Costa-i-Font, and Felder 2011). For example, evidence provided by Smith et al. (2009, 1281) based on a US household panel suggests that the contribution of technological advances accounts for 27–48% of the growth rate of deflated HCE per capita. Some health economists even maintain that population ageing is a ‘red herring’ (e.g. Zweifel, Felder, and Meiers 1999;

Fattori responsabili dei costi della salute in Svizzera tra il 1970 e il 2012

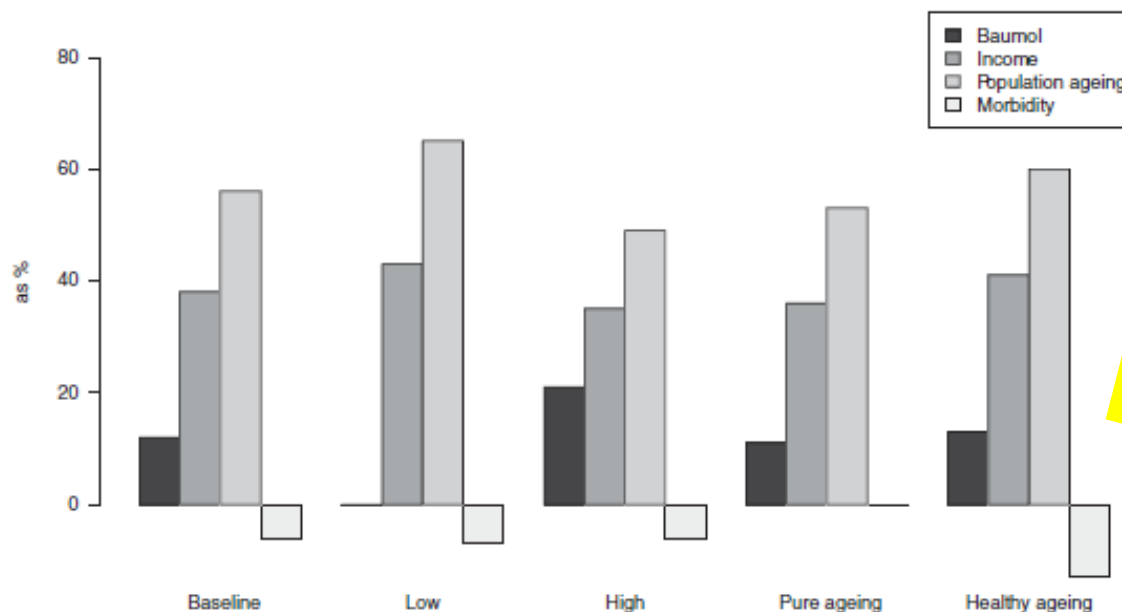
Table 2. Cost drivers of real healthcare expenditure per capita from 1970 to 2012.

Dependent variable	Real healthcare expenditure per capita				
Real GDP per capita	0.57*** (0.09)	0.71*** (0.06)	1.10*** (0.02)	1.03*** (0.08)	0.76*** (0.10)
Old-age dependency ratio of the 65 years old and over	0.27 (0.48)	0.50*** (0.15)	1.67*** (0.10)	1.65*** (0.17)	1.15*** (0.23)
Baumol variable ^a	0.62*** (0.17)	0.35** (0.16)	0.63*** (0.23)	0.62*** (0.19)	0.14 (0.20)
Density of physicians	0.46** (0.21)	0.45*** (0.08)		0.14 (0.10)	0.50*** (0.12)
Trend	0.17*** (0.05)				
R&D healthcare USA		0.34*** (0.07)			
Mortality rate men ^b			-1.30*** (0.21)	-1.35*** (0.16)	0.06 (0.17)
Lead 1					-0.39*** (0.14)
Lead 2					0.01 (0.18)
Lead 3					-0.49*** (0.15)

Le variabili rilevanti sono quelle fin qui discusse:

- ❖ il PIL pro capite,
- ❖ l'invecchiamento della popolazione (% di over 65 sulla popolazione e tasso di mortalità),
- ❖ l'effetto Baumol (quota dei salari sul PIL),
- ❖ il progresso tecnologico (spese R&D in ambito medico, trend temporale),
- ❖ la densità di medici.

Impatto dei vari fattori sui costi della salute 2013-2045 (proiezioni, senza LTC)



+4.1%
del PIL

Invecchiamento
spiega tra il 50%
e il 60% della
crescita

Figure 2. Percentage contributions of cost drivers to inflation-adjusted rise in HCE without LTC from 2013 to 2045 in different scenarios (in %).


- ❖ Scomposizione dei costi per gruppi d'età e servizi (eliminato il LTC, spiegato nella misura del 75% dall'invecchiamento) e cinque scenari di evoluzione demografica e della morbidità.

RESEARCH

Open Access



What drives health care spending in Switzerland? Findings from a decomposition by disease, health service, sex, and age

Michael Stucki^{1,2*} , Xavier Schärer¹, Maria Trottmann³, Stefan Scholz-Odermatt⁴ and Simon Wieser¹

Abstract

Background High and increasing spending dominates the public discussion on healthcare in Switzerland. However, the drivers of the spending increase are poorly understood. This study decomposes health care spending by diseases and other perspectives and estimates the contribution of single cost drivers to overall healthcare spending growth in Switzerland between 2012 and 2017.

Methods We decompose total healthcare spending according to National Health Accounts by 48 major diseases, injuries, and other conditions, 20 health services, 21 age groups, and sex of patients. This decomposition is based on micro-data from a multitude of data sources such as the hospital inpatient registry, health and accident insurance claims data, and population surveys. We identify the contribution of four main drivers of spending: population growth, change in population structure (age/sex distribution), changes in disease prevalence, and changes in spending per prevalent patient.

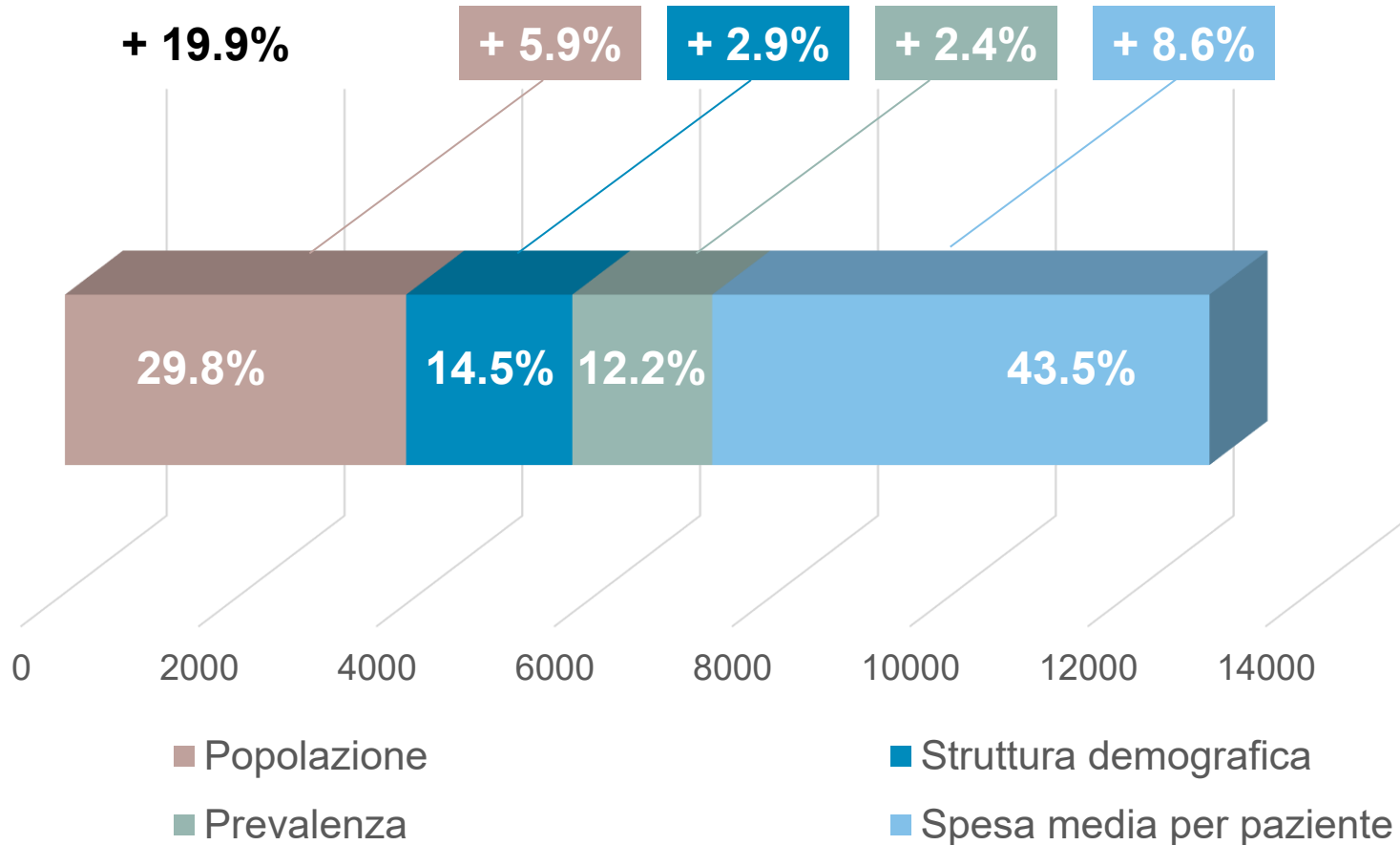
I costi delle varie patologie nel tempo

Table 3 Spending by major disease groups (GBD level 2), percentage change 2012–2017 and spending shares by year

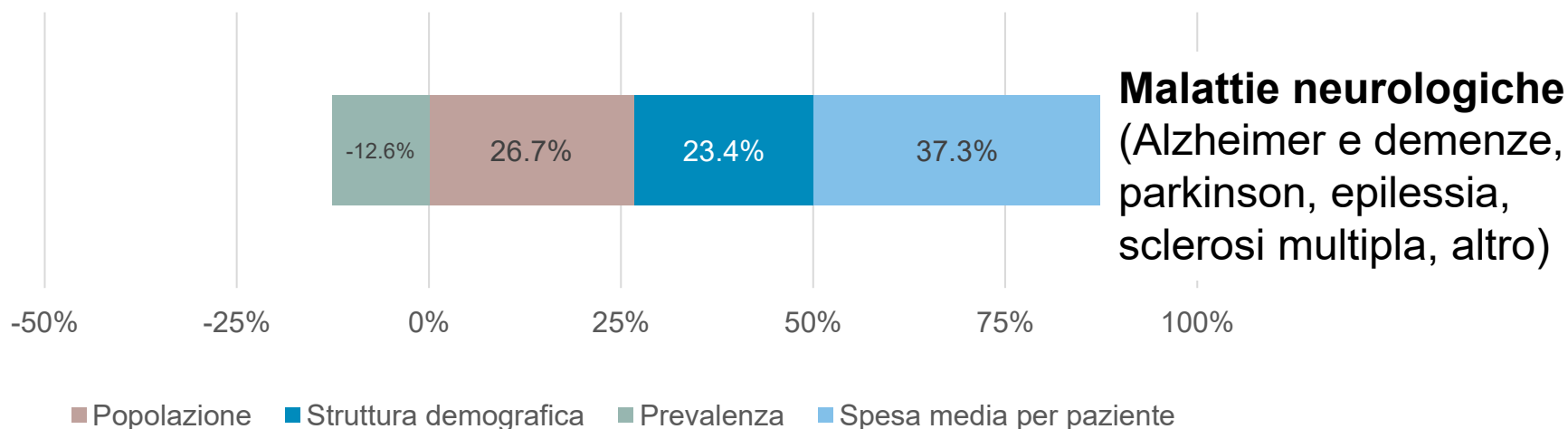
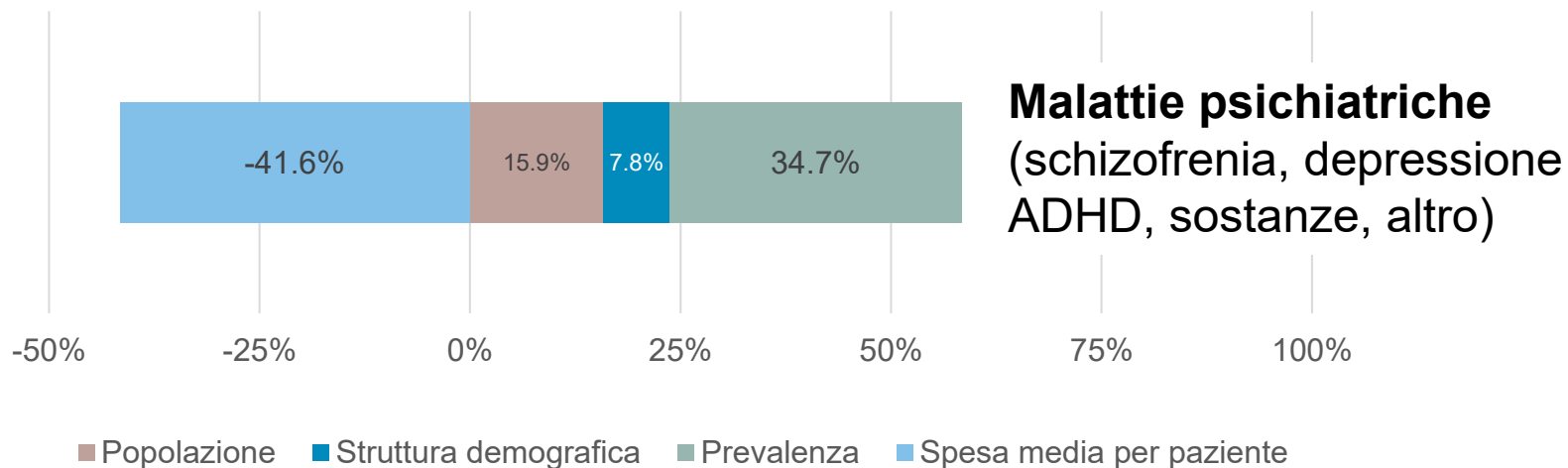
Disease group (GBD level 2)	Spending in m CHF		Change 2012–2017		Spending shares (%)	
	2012	2017	m CHF	%	2012	2017
Mental disorders	10,734	11,371	636	5.9	16.1	14.3
Musculoskeletal disorders	8497	11,007	2511	29.5	12.8	13.8
Neurological disorders	6240	6753	512	8.2	9.4	8.5
Injuries	5883	6681	798	13.6	8.8	8.4
Cardiovascular diseases	5240	6094	855	16.3	7.9	7.7
Other NCDs	4718	5303	585	12.4	7.1	6.7
Neoplasms	3685	5157	1472	39.9	5.5	6.5
Oral disorders	4414	4772	358	8.1	6.6	6.0
Communicable diseases	3005	3838	834	27.7	4.5	4.8
Sense organ diseases	2508	3607	1099	43.8	3.8	4.5
Digestive diseases	2710	3546	836	30.8	4.1	4.4
Well care	2278	2837	559	24.5	3.4	3.6
Prevention	1700	1937	237	14.0	2.6	2.4
Skin and subcutaneous diseases	1279	1717	438	34.2	1.9	2.2
Diabetes and kidney diseases	1120	1659	540	48.2	1.7	2.1
Nutritional deficiencies	790	1311	522	66.0	1.2	1.6
Chronic respiratory diseases	1047	1205	158	15.1	1.6	1.5
Maternal and neonatal disorders	665	847	182	27.4	1.0	1.1
Total health care spending	66,513	79,642	13,129	19.7	100.0	100.0

La decomposizione della crescita 2012-2017

$$spending = \sum_{d=1}^{48} \sum_{a=1}^{42} population * \frac{population_a}{population} * \frac{prevalent_{a,d}}{population_a} * \frac{spending_{a,d}}{prevalent_{a,d}}$$



Scomposizione dell'aumento di spesa tra 4 determinanti (continua)



Indice della presentazione

1	I termini della questione
2	Costi della salute versus distribuzione degli oneri di finanziamento: breve excursus
3	Le cause della crescita dei costi della salute
4	Possibili soluzioni

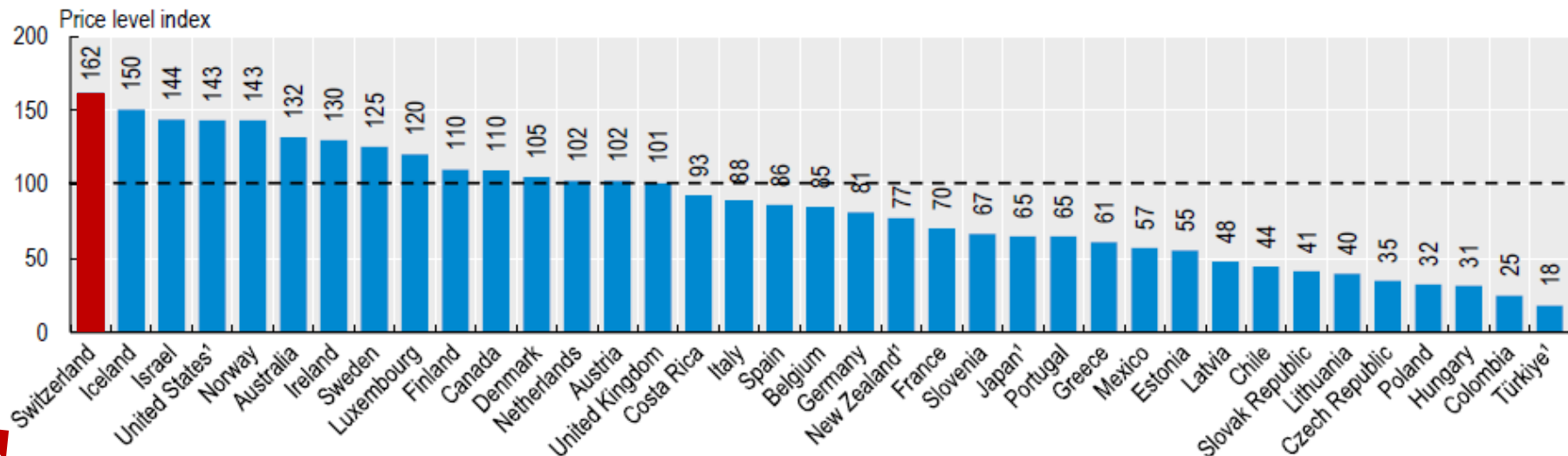
Prezzi e quantità

$$S = P \times Q$$

1. Ogni spesa (anche la spesa LAMal) è la risultante di due componenti: **prezzi** e **quantità** (entrambe queste componenti dipendono a loro volta dalla **qualità del servizio offerto** e dalla **produttività**).
2. Dietro una spesa elevata si può dunque nascondere un problema di prezzi (eccessivi) o di quantità (eccessive) o di entrambe le componenti.

La Svizzera ha un problema di prezzi

Figure 7.7. Price levels in the healthcare sector, 2021, OECD average = 100



1. For hospitals, PPPs are estimated predominantly by using salaries of medical and non-medical staff (input method).

Source: OECD Secretariat estimates, 2023.

1. Diminuire la spesa agendo sui prezzi

❖ I **prezzi** variano ad esempio in seguito all'**innovazione tecnologica**:

- Attraverso l'**innovazione di prodotto**, **aumenta** la qualità del bene/servizio che consumiamo ed il suo prezzo (esempio: nuovo farmaco più efficace e più costoso)



1. Diminuire la spesa agendo sui prezzi (continua)

❖ I prezzi variano ad esempio in seguito all'innovazione tecnologica:

- Attraverso l'innovazione di **prodotto**, aumenta la qualità del bene/servizio che consumiamo ed il suo prezzo (esempio: nuovo farmaco più efficace e più costoso)
- Attraverso l'innovazione di **processo**, **si riduce** il costo di produzione grazie ad aumenti di **produttività** (esempio: nuove tecniche che permettono all'oftalmologo di operare la cataratta nella metà del tempo)



2. Agire sulle quantità (appropriatezza)

(24)heures

**Caroline
Zuercher**

ABO+
27.10.2019

Les Suisses gaspillent 16 milliards en soins inutiles

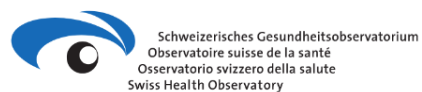
Selon des études étrangères, quelque 20% des actes médicaux pris en charge ne sont pas indispensables.



Dans la lutte pour maîtriser les coûts de la santé, un chiffre revient régulièrement: quelque 20% des soins ne seraient pas utiles ou, pour prendre un terme préféré par les experts, «sans valeur ajoutée».

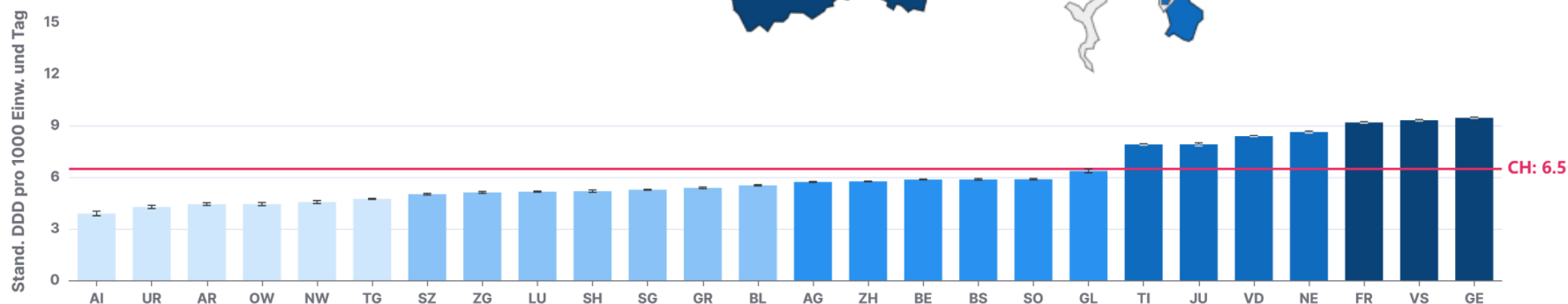
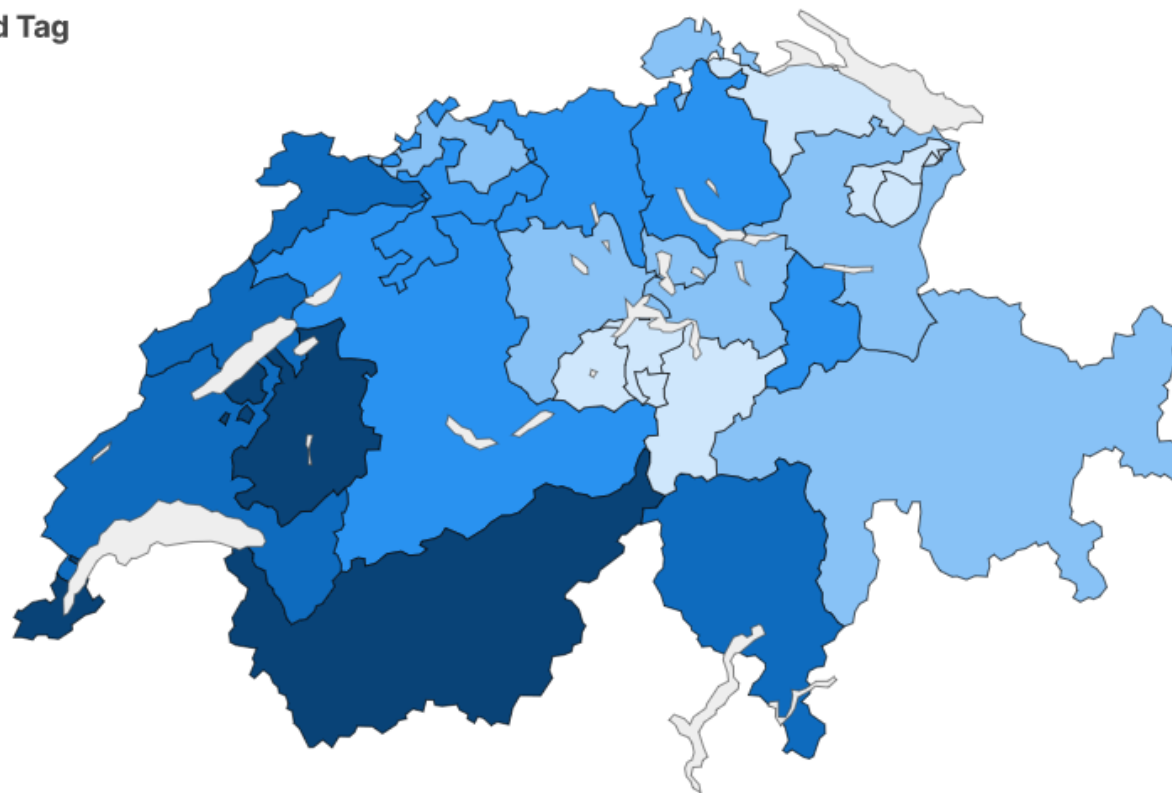
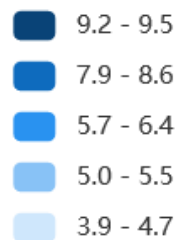
«Cette proportion est une estimation basée, notamment, sur des études effectuées aux États-Unis (environ 25%), en Australie (20%) et dans les soins aigus aux Pays-Bas (20%), précise Nicolas Rodondi, directeur de l'Institut de médecine de famille à Berne. Ces chiffres n'existent pas pour la Suisse, mais je doute que les résultats seraient très différents.» Dans notre pays, les coûts annuels de la santé s'élèvent à quelque 82 milliards de francs (en 2017). On peut donc estimer que 16 milliards sont gaspillés.

Antibiotika

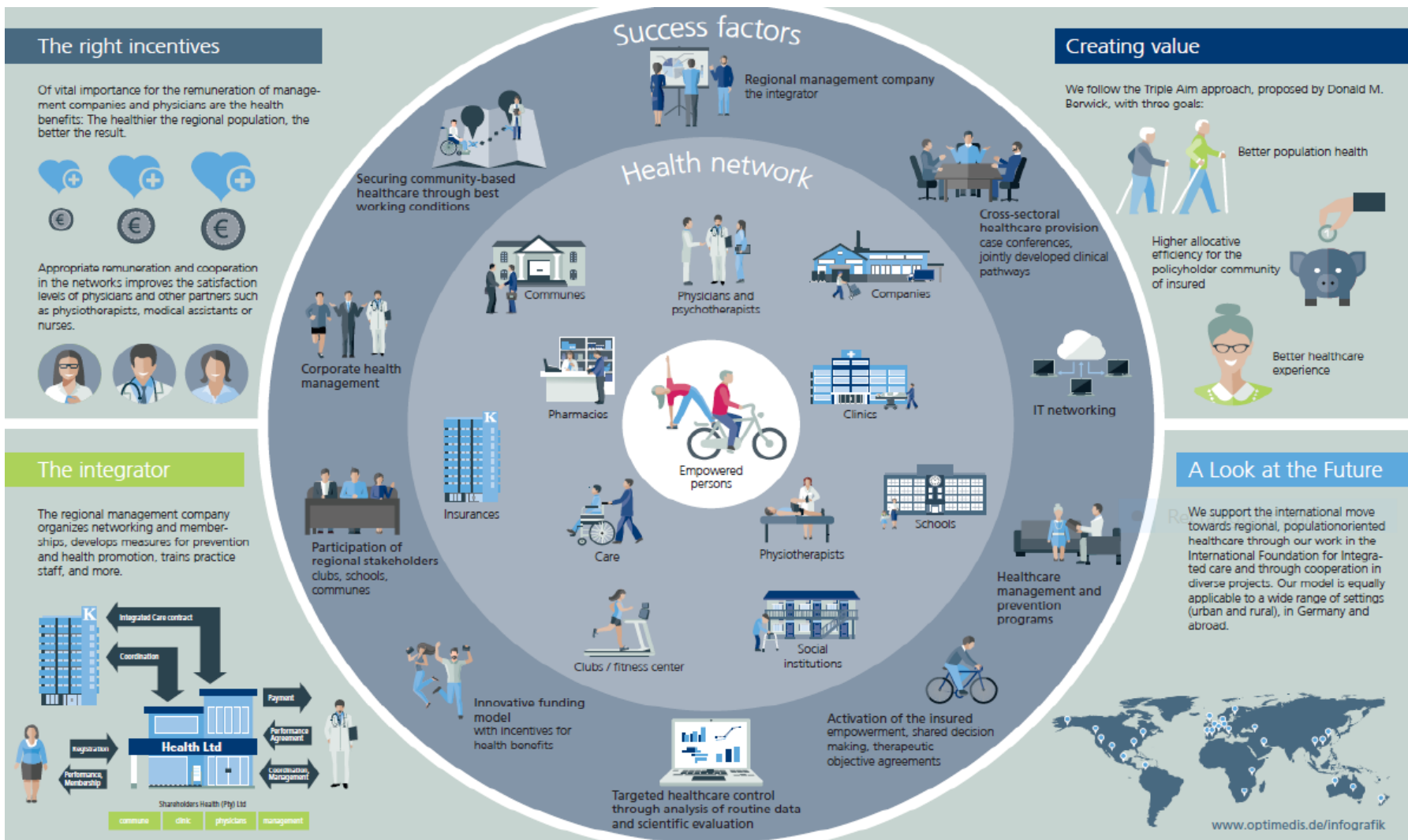


2021

Stand. DDD pro 1000 Einw. und Tag



3. Promuovere l'integrazione delle cure e schemi di pagamento più intelligenti



RESEARCH AND THEORY

Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland

Carola A. Huber*, Oliver Reich*, Mathias Früh* and Thomas Rosemann†

Background: There is an ongoing discussion on the further promotion of integrated care models in many healthcare systems. Only a few data, which examine the effect of integrated care models on medical expenditures and quality of care in chronically ill patients, exist.

Aims: To investigate the effect of integrated care models on disease-related hospitalisations as a quality indicator and healthcare costs in patients with either diabetes, cardiovascular diseases or respiratory illnesses.

Caratteristiche dello studio

- ❖ Focus sui tre tipologie di **pazienti cronici**: diabetici, persone con problemi cardiovascolari, persone con malattie respiratorie.
- ❖ Indicatore di **qualità** della presa in carico: probabilità di un ricovero ospedaliero associato alla propria malattia cronica.
- ❖ Design dello studio: **studio di coorte retrospettivo**
- ❖ Confronto tra due gruppi comparabili (mediante la tecnica del **propensity score matching**) assicurati presso una rete di cure integrate versus assicurati con il sistema standard.
- ❖ Oltre 100'000 pazienti: 12'526 diabetici, 71'778 affetti da malattie cardiovascolari, 17'498 con problemi respiratori.

Risultati dello studio

- ❖ Per due delle tre tipologie di pazienti (diabetici e persone con problemi cardiovascolari) il fatto di far parte di una rete di cure integrate è associato ad una minor probabilità di ospedalizzazione nell'anno successivo (quale indicatore di miglior qualità della presa in carico)

Characteristic	Hospitalisation (2013)					
	Diabetes		Cardiovascular diseases		Respiratory illnesses	
	Odds ratio	95% confidence interval	Odds ratio	95% confidence interval	Odds ratio	95% confidence interval
Health insurance status						
Care model						
Standard care model	1.00		1.00		1.00	
Integrated care model	0.87**	0.79–0.95	0.92***	0.88–0.96	0.95	0.84–1.07
	-13%		-8%			

Risultati dello studio (continua)

- ❖ Per tutte e tre le tipologie di pazienti il fatto di essere seguiti da una rete di cure integrate determina una riduzione dei costi sanitari nell'anno successivo di circa il 10%.

Characteristic	Healthcare costs (2013)					
	Diabetes		Cardiovascular diseases		Respiratory illnesses	
	Estimate CHF	95% confidence interval	Estimate CHF	95% confidence interval	Estimate CHF	95% confidence interval
Care model						
Standard care model	Ref.		Ref.		Ref.	
Integrated care model	-777.8***	-1040.8 to -516.5	-441.3***	-527.3 to -355.6	-217.9***	-340.2 to -96.6
	-780.-		-440.-		-220.-	

4. Value-based care



IHME

Measuring what matters

News &

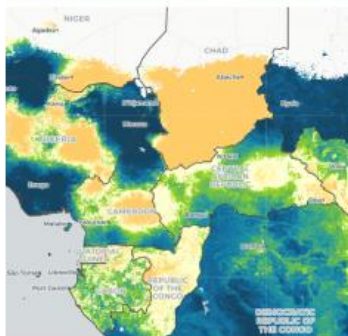
Get

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) is an independent population health research center at UW Medicine, part of the University of Washington, that provides rigorous and comparable measurement of the world's most important health problems and evaluates the strategies used to address them. IHME makes this information freely available so that policymakers have the evidence they need to make informed decisions about how to allocate resources to best improve population health.

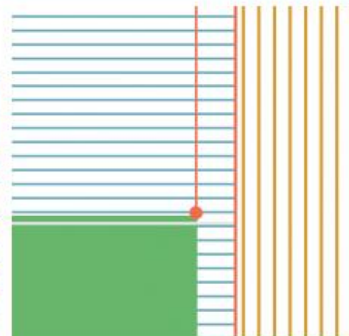


G20 leaders: Universal health coverage should top your agenda

Photo by Number 10, Toronto, 2010.



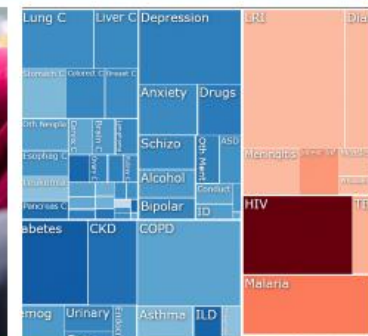
Exclusive Breastfeeding Visualization



Acting on Data



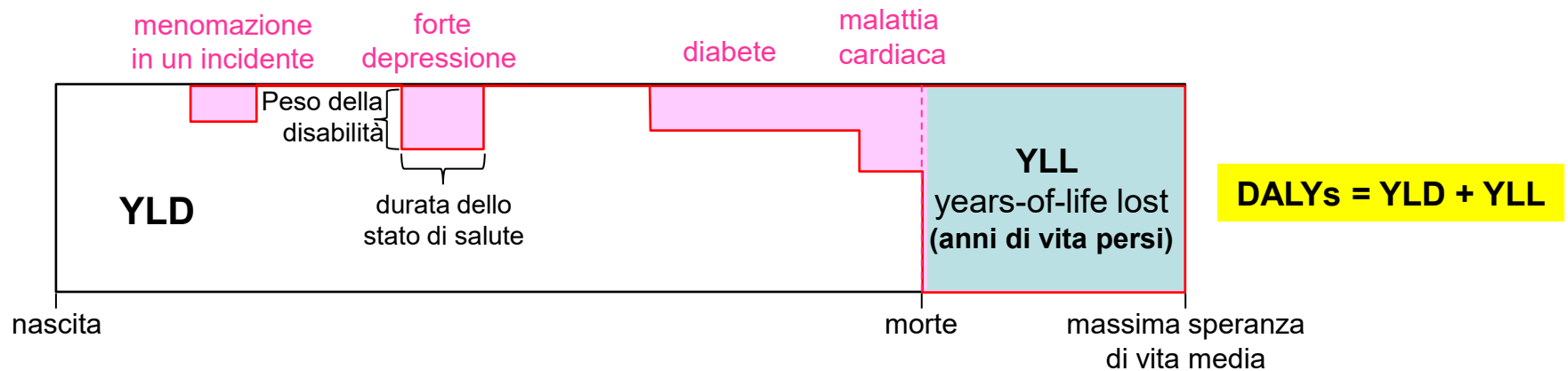
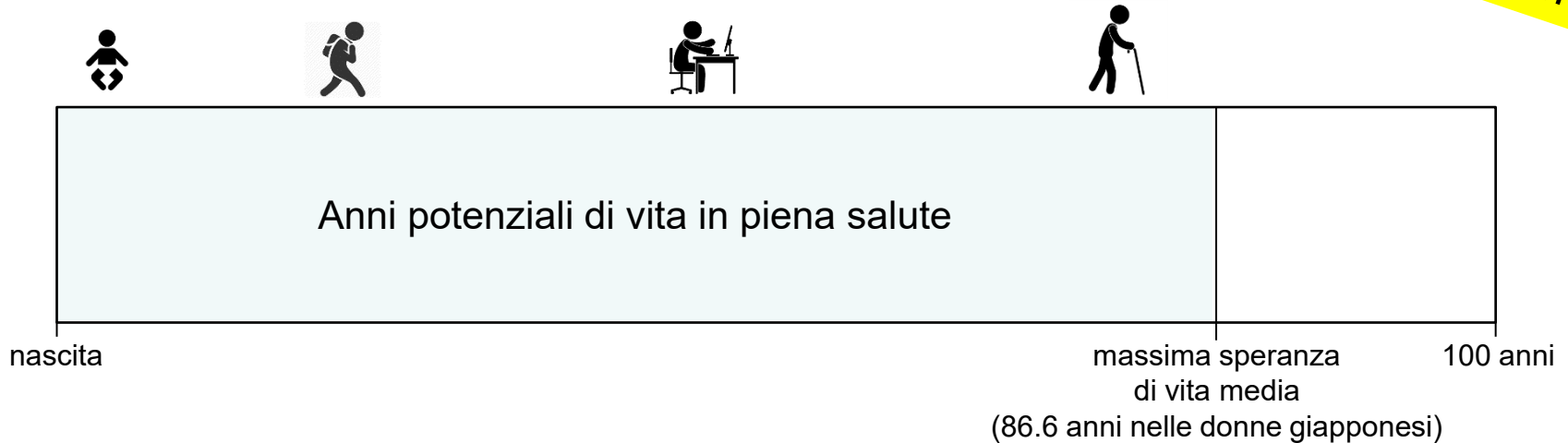
Global Burden of Disease



GBD Compare data viz

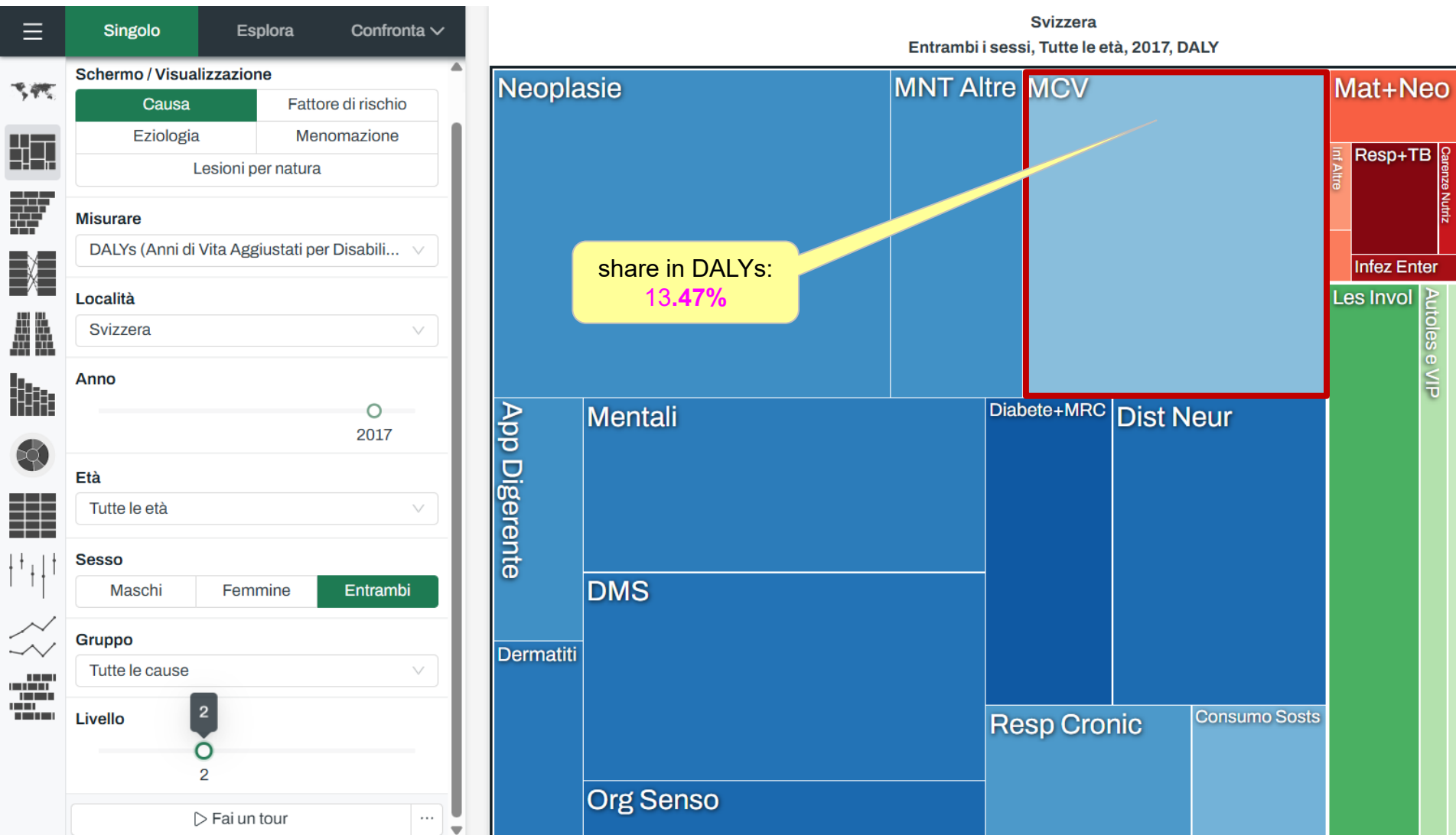
Monitorare la creazione di valore

Disability-adjusted
life-years (DALYs)

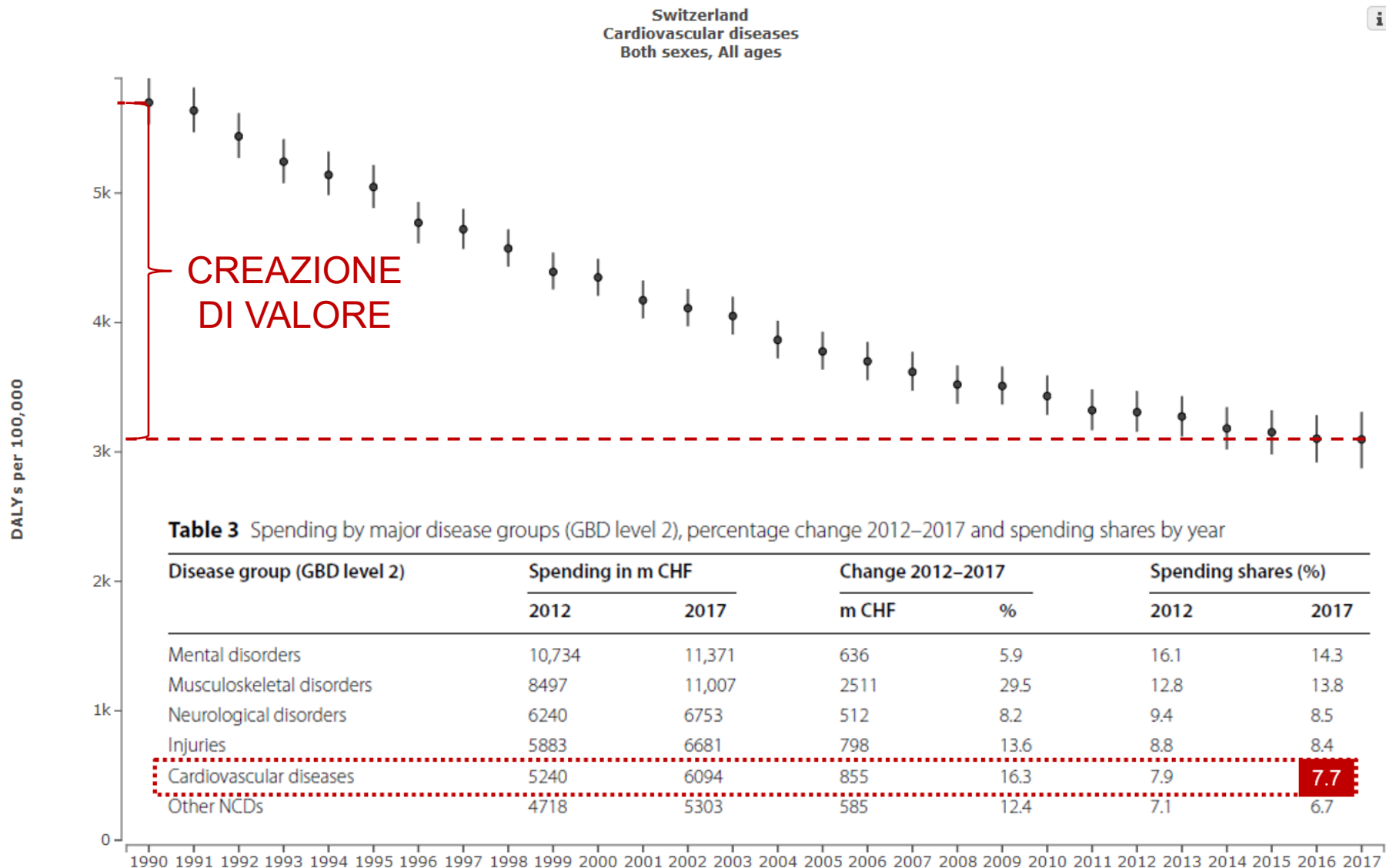


YLD years lived with disability = \sum disability weights \times duration of health states
(anni vissuti con disabilità)

Ruolo delle malattie cardiovascolari nel computo dei DALYs



Evoluzione nel tempo (1990-2017)



5. La digitalizzazione

Annals of Internal Medicine

ACADEMIA AND THE PROFESSION

Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts

Nathalie Wenger, MD; Marie Méan, MD; Julien Castioni, MD; Pedro Marques-Vidal, MD, PhD; Gérard Waeber, MD; and Antoine Garnier, MD, MBA

Background: Little current data describe the time internal medicine residents spend on patient care versus using computers.

Objective: To describe the allocation of internal medicine resident time during day and evening hospital shifts.

Design: Time and motion study.

Setting: Internal medicine department, Lausanne University Hospital, Switzerland, May to July 2015.

Participants: 36 internal medicine residents in their 29 months of postgraduate training.

Measurements: Trained observers recorded the residents' activities using a tablet-based application. Twenty-two activities were categorized as directly related to patients, indirectly related to patients, communication, academic, nonmedical tasks, and transition. In addition, the presence of a patient or colleague and use of a computer or telephone during each activity was recorded.

Durata media dei turni diurni: 11.6 ore

- Attività direttamente legate al paziente:

28% del tempo di lavoro

- Attività indirettamente legate al paziente:

52.4% del tempo di lavoro

- Tempo speso con il paziente: **1.7 ore**

- Tempo speso davanti al PC: **5.2 ore**

- Tempo speso con il PC e il paziente: **13 minuti**

of 696.7 hours. Day shifts were scheduled from 07:00 to 19:00 hours. During the study, residents accounted for 1.7 hours with patients and 5.2 hours with computers. Activities related to patients accounted for 28% of the total time, and activities related to computers accounted for 52.4% of the total time.

from 1 institution.

internal medicine residents. Activities related to patients accounted for 28% of the total time, and activities related to computers accounted for 52.4% of the total time.

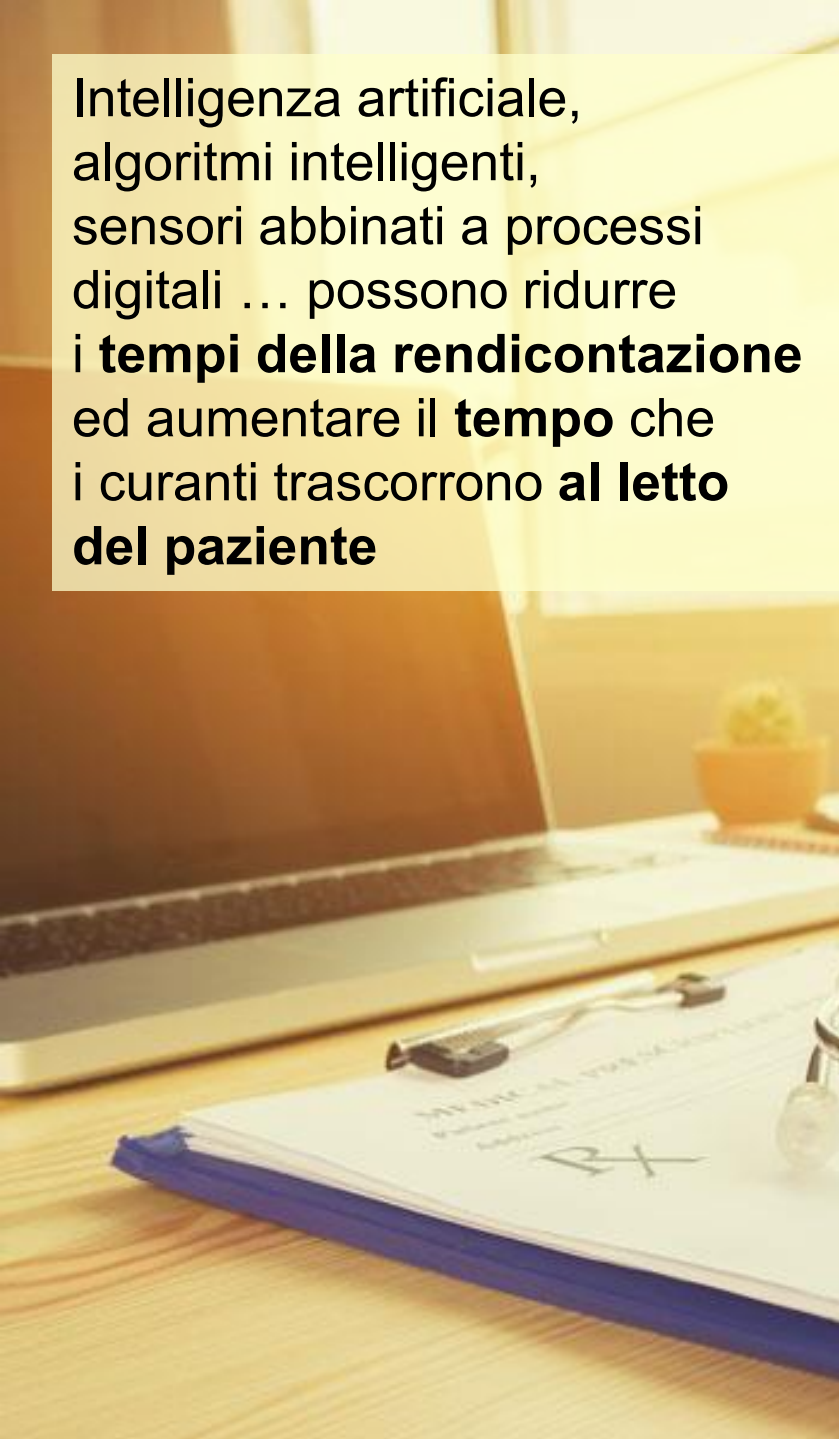
Primary Funding Source: Information Technology Department and Department of Internal Medicine of Lausanne University Hospital.

Ann Intern Med. doi:10.7326/M16-2238

For author affiliations, see end of text.

This article was published at www.annals.org on 31 January 2017.

www.annals.org



Intelligenza artificiale,
algoritmi intelligenti,
sensori abbinati a processi
digitali ... possono ridurre
i **tempi della rendicontazione**
ed aumentare il **tempo** che
i curanti trascorrono **al letto**
del paziente

A white card reader is shown with an Italian ID card (Tessera Sanitaria) inserted. The card displays the text "REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA", "Dati sanitari regionali", and "REDAZIONE DEI SERVIZI SANITARI". A red banner at the top right of the image contains the text "AUMENTO DI PRODUTTIVITÀ".



Quali delle soluzioni illustrate vi sembra la più promettente?

Join at menti.com | use code 3811 6925

Mentimeter



Sondaggio

