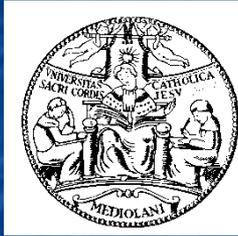




An independent scientific and professional
voice for public health in Europe



Salute, ricerca e sanità pubblica in Europa

Walter Ricciardi

Direttore Dipartimento Sanità Pubblica

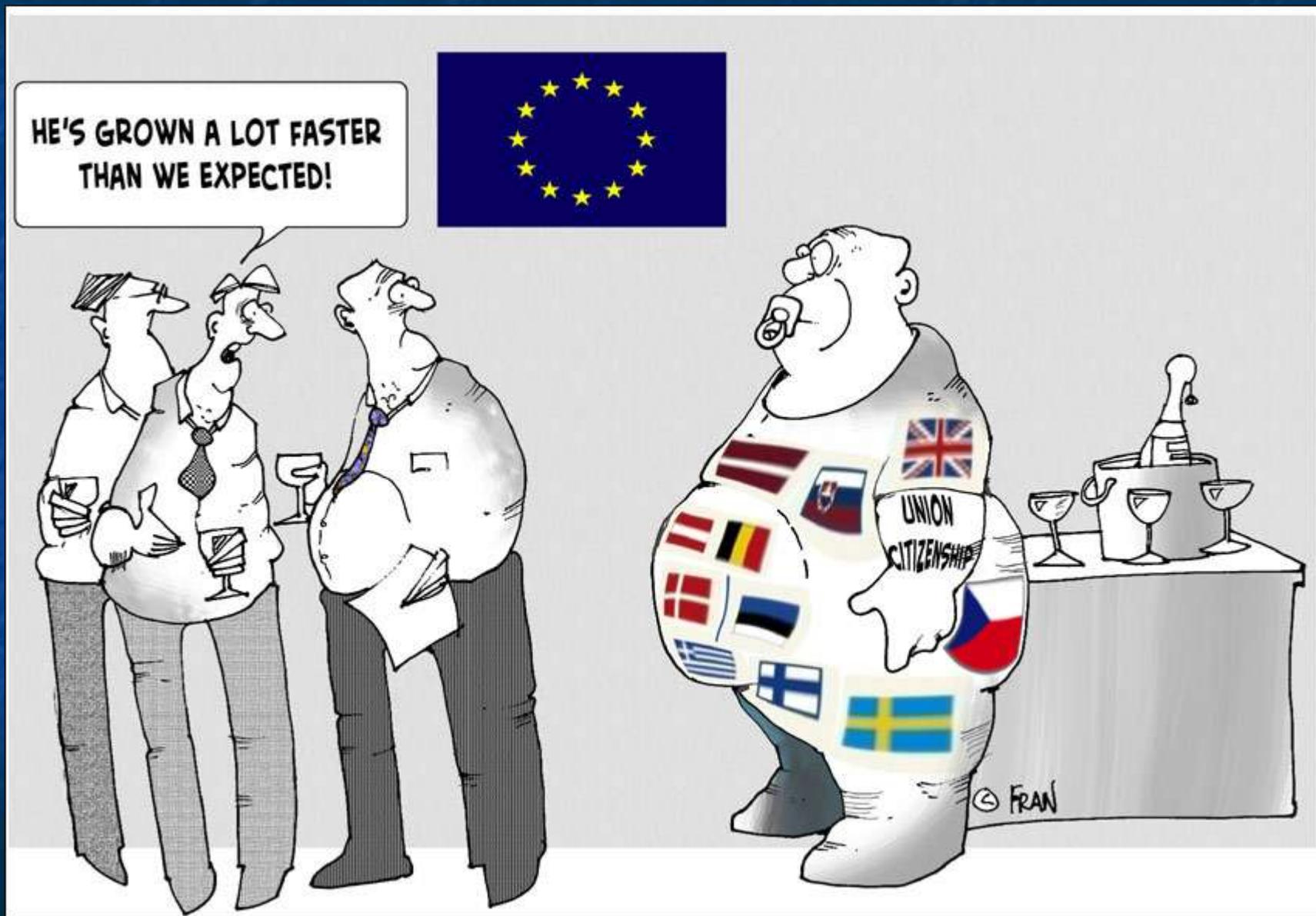
Policlinico A. Gemelli

Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Presidente European Public Health Association

- Quale Europa?
- La rivoluzione e la crisi
- Le politiche europee
- La Sanità Pubblica del prossimo futuro:
 - La riduzione delle disuguaglianze
 - La prevenzione
 - La governance
- Riflessioni sull'Europa e sul nostro Paese
- Qualche proposta

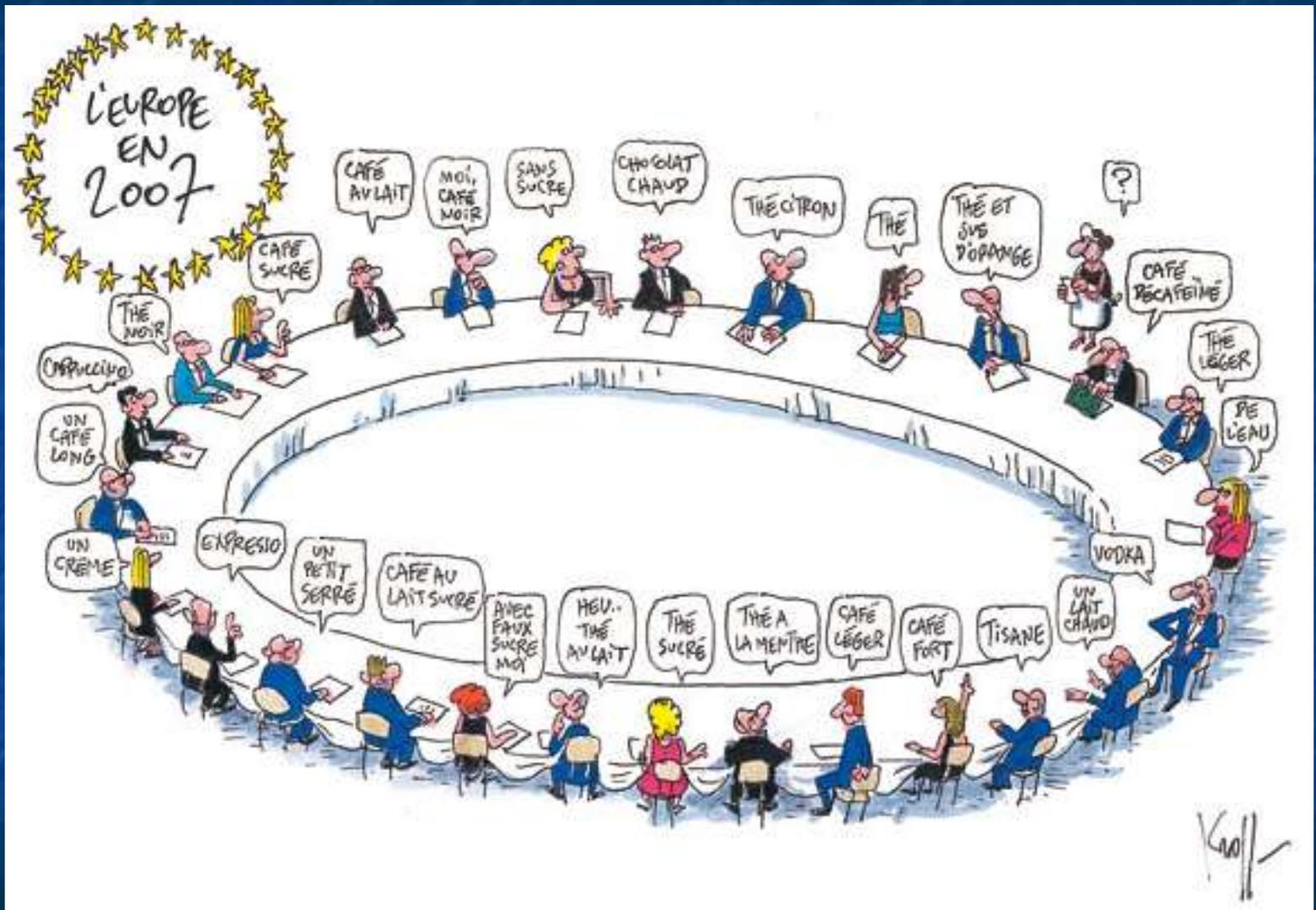
E' cresciuta più rapidamente del previsto!



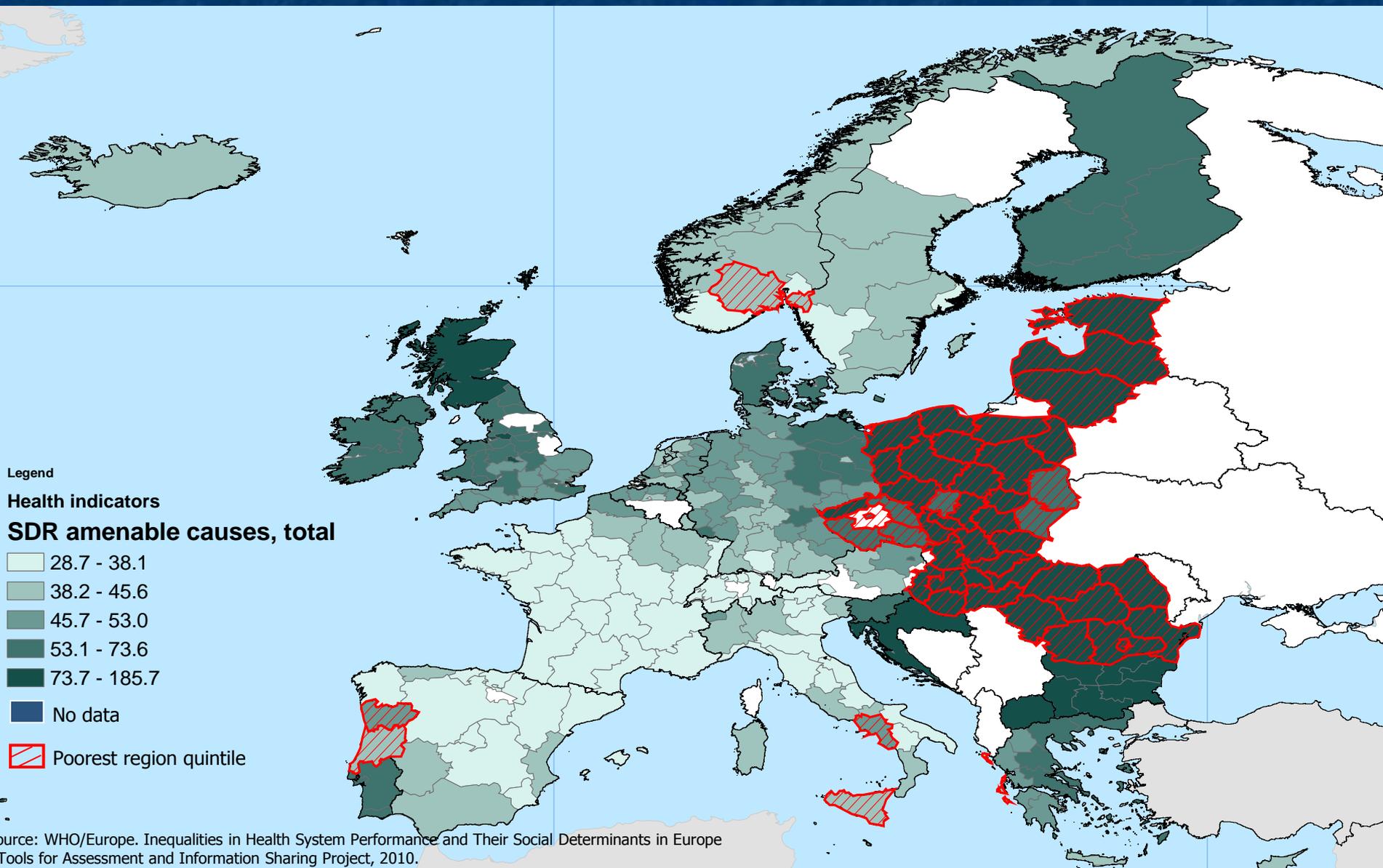
L'UE nel 1957

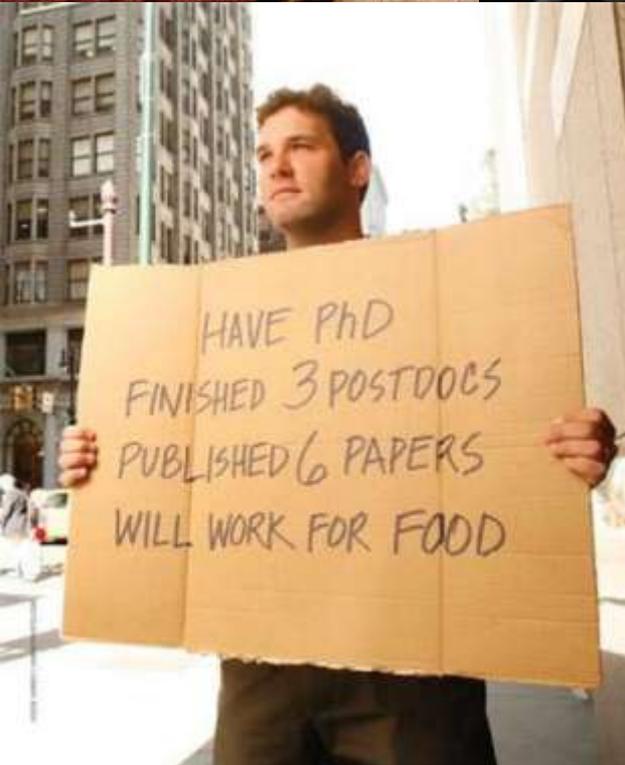


L'UE nel 2007



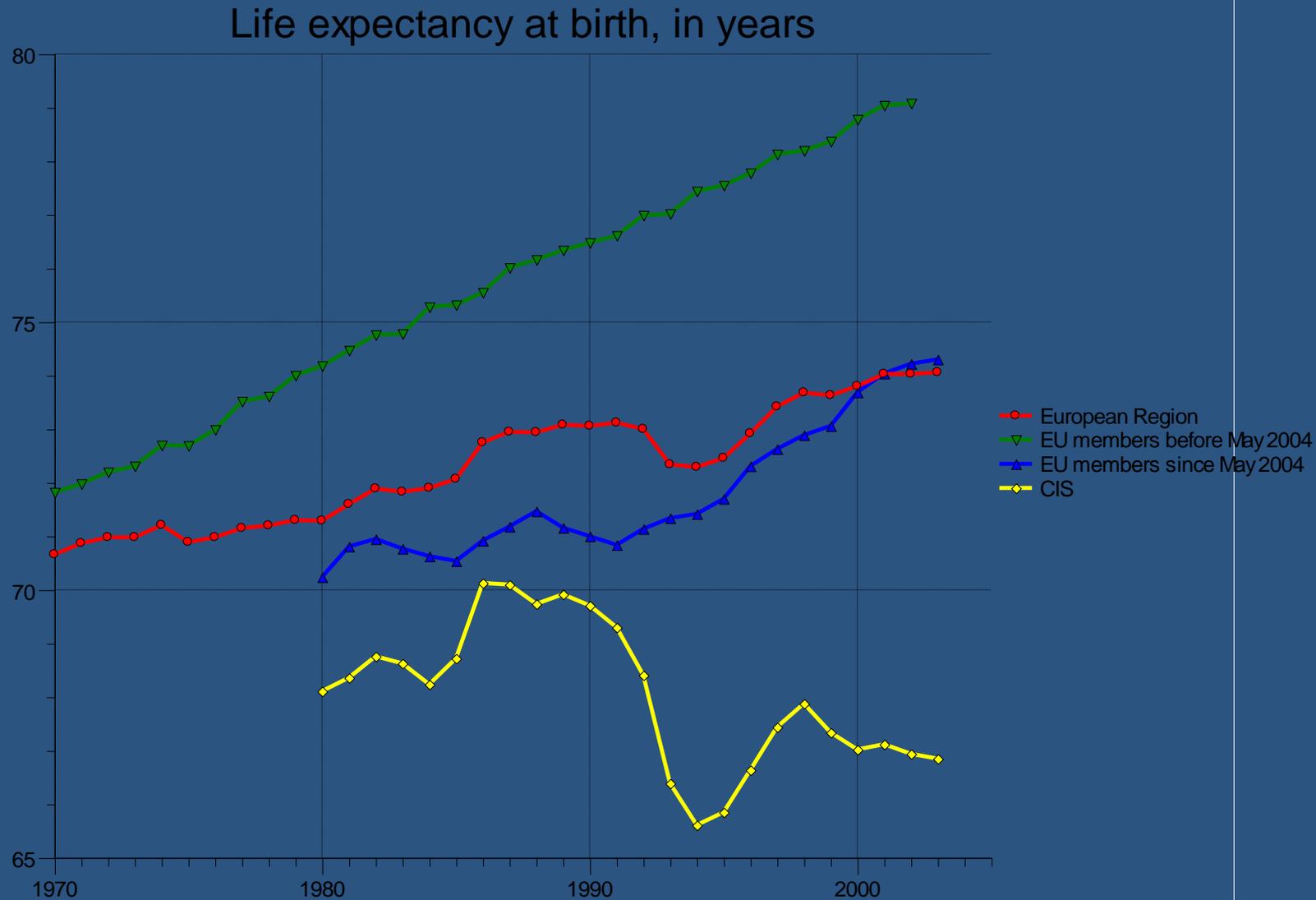
Diseguaglianze sanitarie nell'Unione Europea e nei paesi vicini: mortalità evitabile tra il 2005 e il 2007



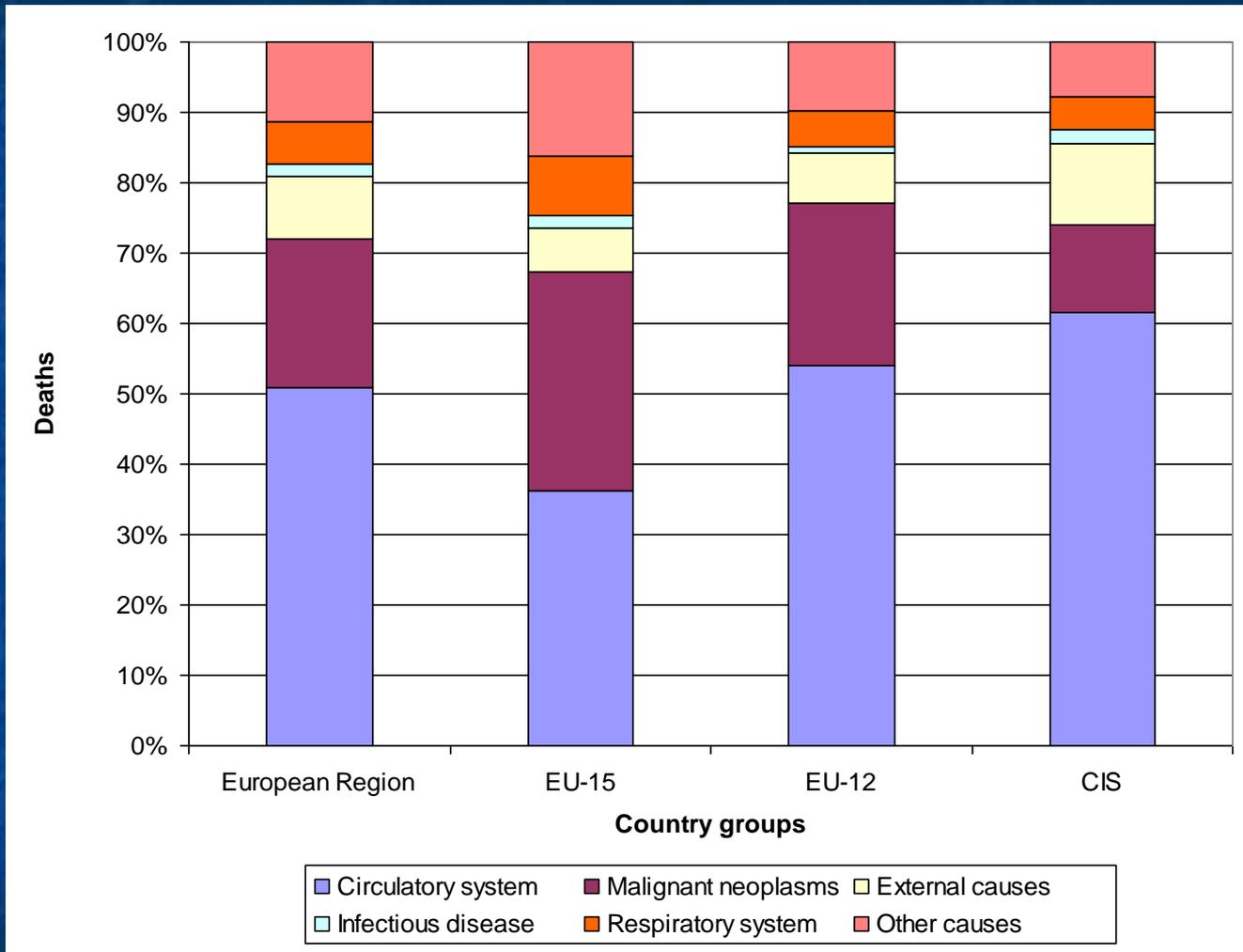


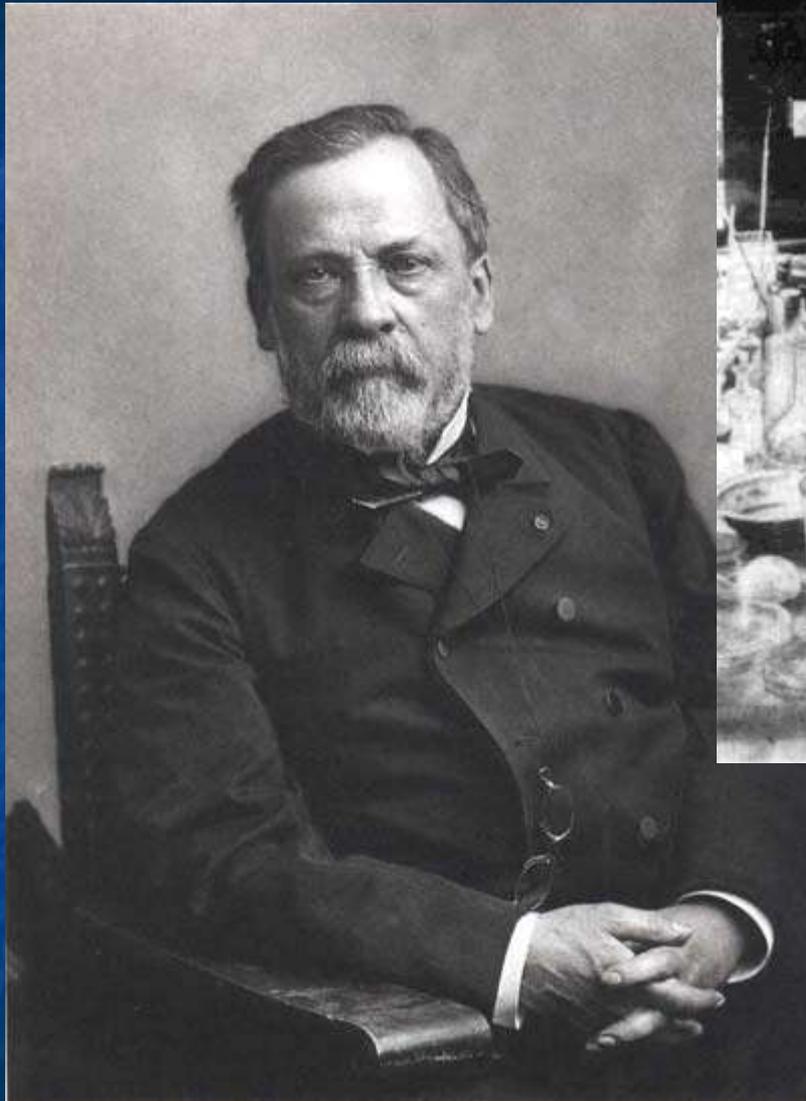
OMS Europa: 53 Paesi

Le diseguaglianze di salute



Mortalità proporzionale per macrocategorie di cause di morte in Europa, per raggruppamenti di Paesi, 2008.

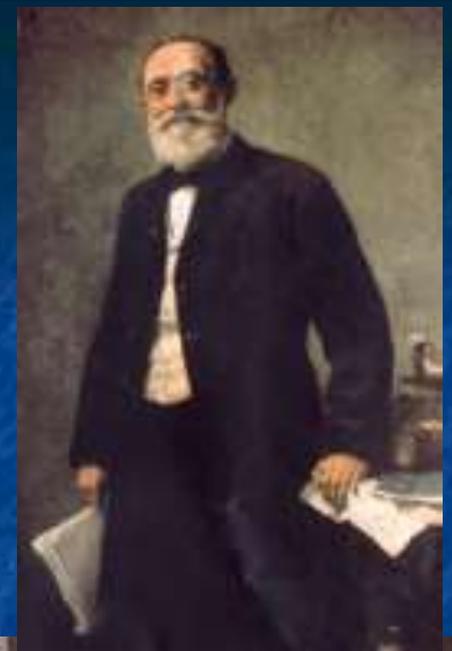




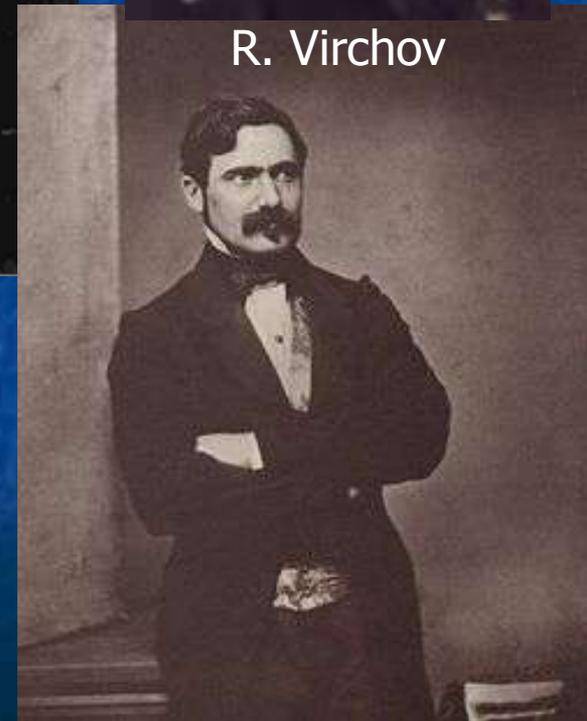
L. Pasteur



R. Koch



R. Virchow



M. Von Pettenkofer



**LONDON SCHOOL OF HYGIENE
AND TROPICAL MEDICINE**

Informational sign on a stand to the right of the entrance.

Gli ultimi 30 anni sono stati protagonisti di un incredibile progresso scientifico

- RM e TAC
- Statine
- Antibiotici
- Innesto di bypass nell'arteria coronarica e stents
- Protesi articolare di anca e ginocchio
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Trial randomizzati controllati
- Revisione sistematica (Cochrane)

...ma non abbiamo ancora risolto 5 principali problemi

- SICUREZZA – errori
- QUALITA' – pratica clinica inferiore agli standard ed esperienza insoddisfacente dei pazienti
- INCAPACITA' DI MASSIMIZZARE IL VALORE
 - Sprechi
 - Adozione di interventi di basso valore ed insuccesso nell'attuare in pratica le nuove evidenze
- DISEGUAGLIANZE
- FALLIMENTO NEL PREVENIRE IL PREVENIBILE

e nuove, ulteriori sfide si stanno delineando:

- Crescita delle aspettative
- Aumento dei bisogni
- Cambiamento climatico con connessi problemi di salute ed emergenze sanitarie

Impegni internazionali

- World Development Report 1993
- MDGs (2000) & MDG Synthesis Report (2010)
- EU HIAP(2007), Council Conclusion on Health Inequalities (2009) & Parliament Resolution on Reducing Health Inequalities (2011)
- WHO Alma Ata(1978); HFA (1970's); Ottawa Charter (1986); H21(1999); Commission on Macro Economics & Health (2001); CSDH (2008)& WHA Resolution on SDH (2009);
- Children, Environment & Health Action Plan (2004)
- European Action Plan on Obesity (2007>
- EU Council Conclusion (2008) & Integrated European Platform for Roma Inclusion (2009>): EU Framework on National Strategies for Roma Integration 2011 and Decade for Roma Inclusion health action plans 9Equal access to services and resources)



Diminuzione delle risorse in sanità per la prima volta dalla Seconda Guerra Mondiale



Fatti

- Portogallo, 2010: budget tagliato del 12.3%
- Irlanda, 2010: budget tagliato del 6.6%
- Grecia, 2011: budget tagliato del 20%
- Francia, 2011: budget tagliato del 6%
- Austria, 2010-2013: budget tagliato del 8%
- Spagna, 2012: budget tagliato del 10%
- Ungheria, 2011: budget tagliato del 12%
- Italia, 2012-2015: budget tagliato del 12%

Verso la System Medicine



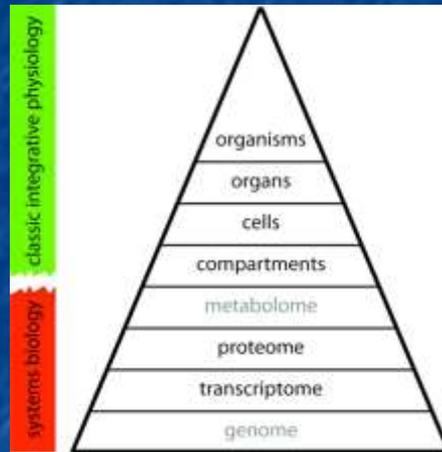
Genomica/Trascrittomica



Proteomica



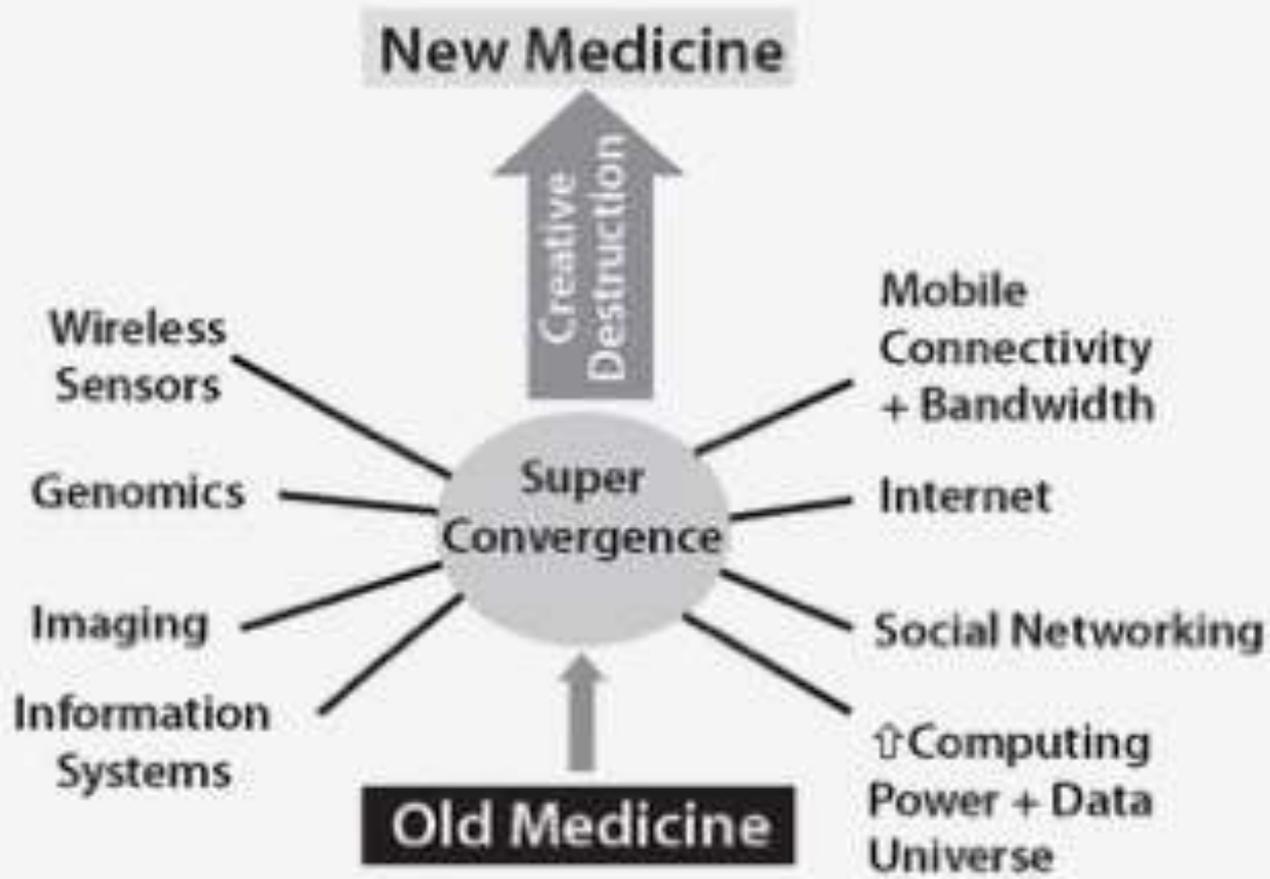
Metabolomic



Sensing



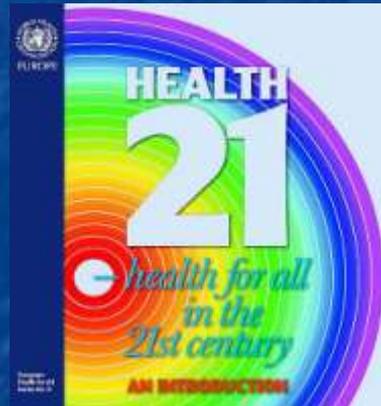
Social Network



Panorama in cambiamento per l'Europa un nuovo mondo, nuove sfide e nuove opportunità

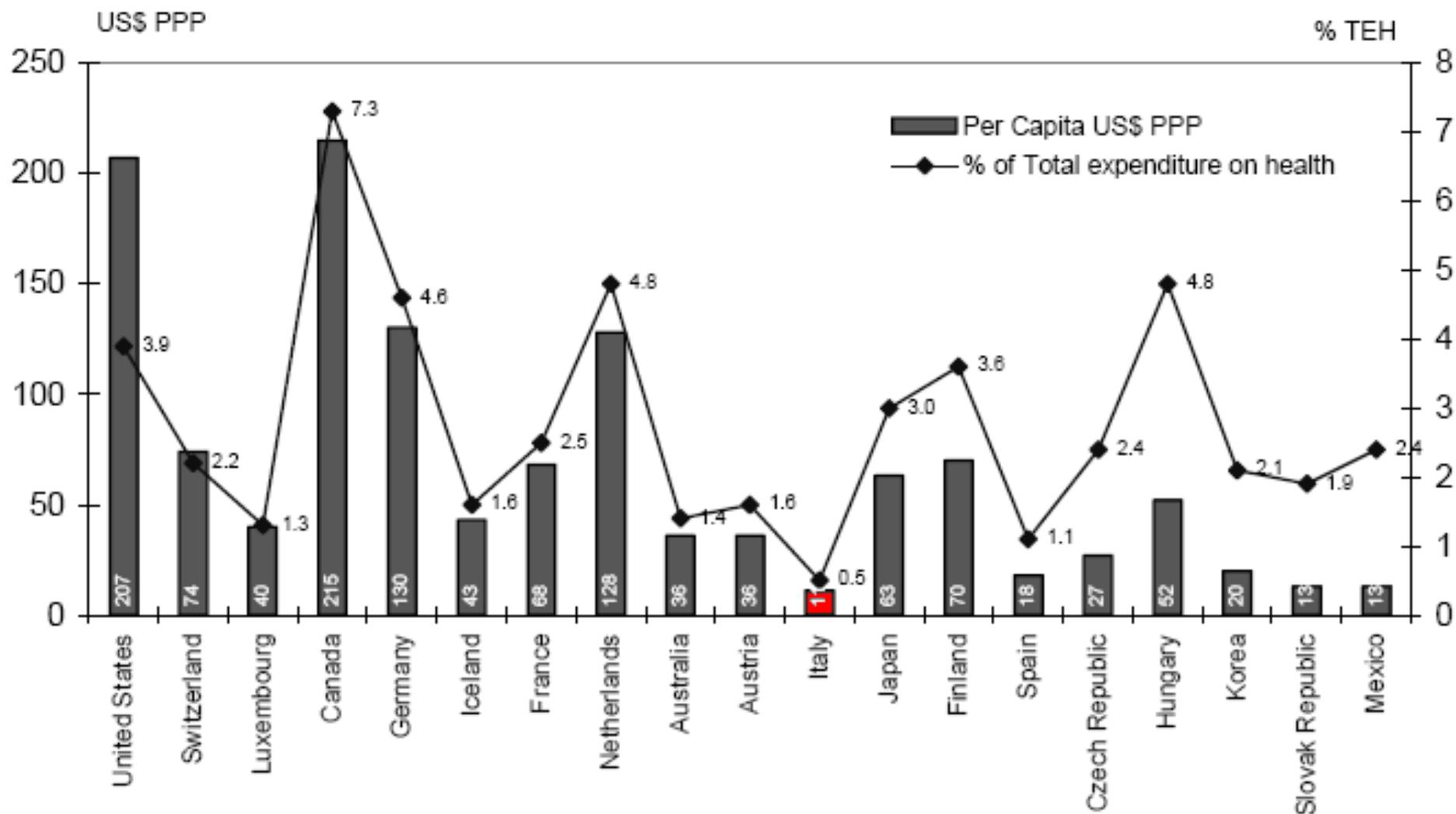
- Cambiamenti demografici
- Malattie Croniche
- Commercio globalizzato e comunicazioni
- Crisi e pandemie globali, cambiamenti climatici e finanziari
- Programmi di sicurezza e sviluppo connessi alla salute
- Crescita delle diseguaglianze sanitarie
- Nuove tecnologie di comunicazione
- Nuovi e rafforzati partner sanitari
- Maggiori risorse, anche se non uniformemente distribuite
- Maggiore ricettività degli obiettivi della salute e dei valori
- Più attivismo nella comunità di sanità pubblica - ONG, associazioni professionali, business

L'Europa ha una grande tradizione di lavoro in Sanità Pubblica.
E' stata la prima e per molti anni l'unica Regione dell'OMS a
creare una propria politica sanitaria, dal 1980.
Ha avviato e sperimentato nuovi concetti e ha accumulato una
vasta esperienza di lavoro in molti settori



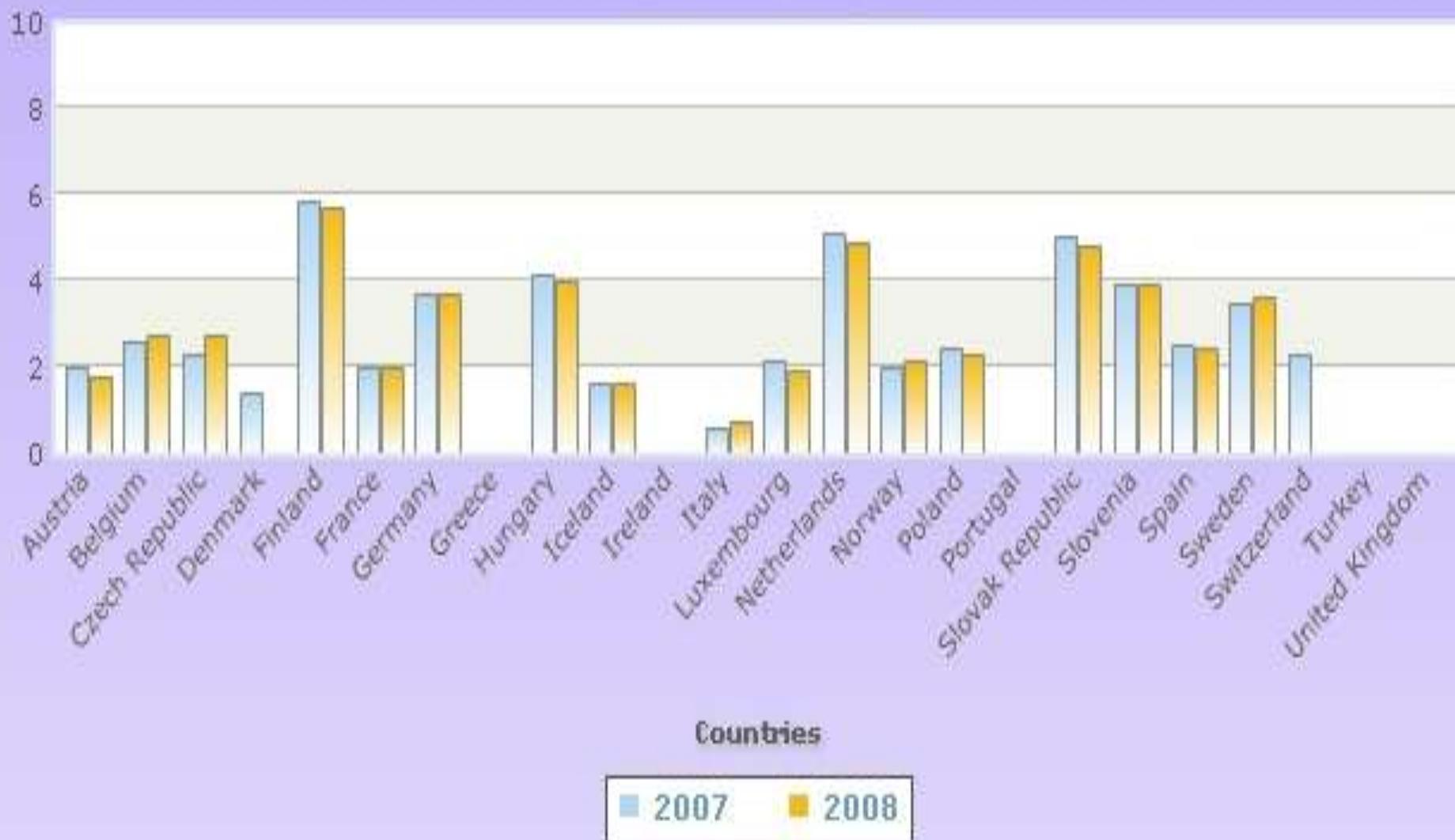
Le risorse per la Sanità Pubblica

Chart 6: Expenditure on prevention and public health per capita and as a percentage of total health expenditure, 2002



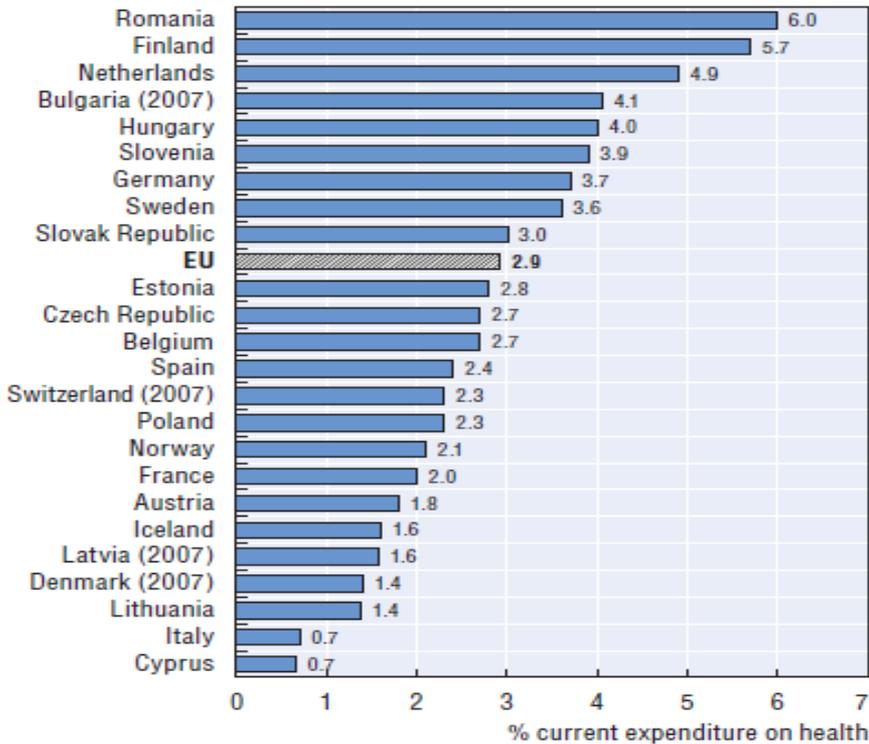
Tot.exp. prev.,pub.health, % total current expenditure on health, TCEH

OECD Health Data 2010



Le risorse per la Sanità Pubblica

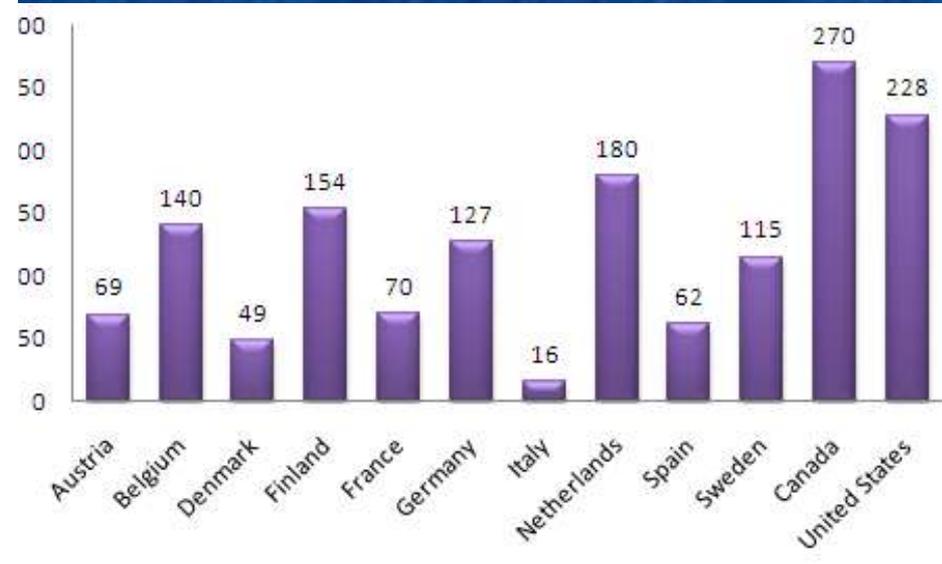
4.3.3. Expenditure on organised public health and prevention programmes, 2008



Source: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.



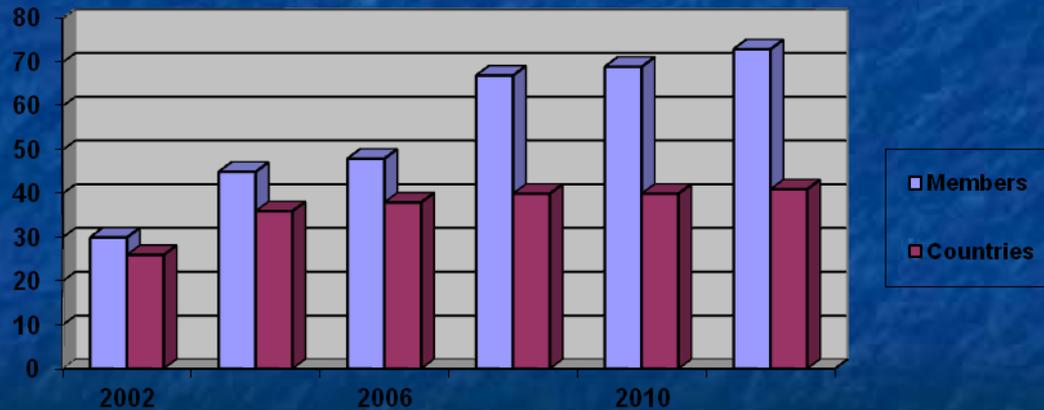
Spesa pro capite (US\$ PPP) per le attività di Prevenzione e la Sanità Pubblica, 2007



OECD HEALTH DATA 2009, June 09

EUROPEAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

- 73 membri da 41 paesi



Il futuro è qualcosa che stiamo creando

Piano Operativo 2010 -2014

Obiettivo 1: Ascoltare e imparare

Obiettivo 2: Sostegno e formazione

Obiettivo 3: Coordinare e combinare

**Obiettivo 4: Raggiungere e costruire una voce
comune**

Obiettivo 5: Consolidare e sviluppare

Obiettivo 6: Restare finanziariamente in salute

Quattro pilastri

- Ricerca
- Policy
- Pratica
- Formazione

Due obiettivi strategici

- Creazione delle conoscenze
- Rafforzamento delle competenze e delle capacità



ZSUZSANNA JAKAB

DIRETTORE GENERALE
ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'
REGIONE EUROPEA

SEGRETARIO DI STATO
MINISTRO DELLA SALUTE UNGHERIA

FOUNDING DIRECTOR ECDC

Cosa ci dice la letteratura Internazionale su dove abbiamo bisogno di investire...?

Sviluppo della valutazione dei Rischi e delle Sinergie

Diagnosi Settoriale e condivisa delle Politiche e dei Piani di Sviluppo

Analisi degli Interessi e delle Risorse

Identificare/ incentivi di prova

Dialogo e Revisione della Letteratura

Salute e Analisi dei Trend

Quali sono i grandi problemi

Quali sono i percorsi

Cosa sta succedendo di buono? Cosa va male?

Costruire una visione comune sui grandi problemi attraverso il dialogo basato su dati di indagini condotte su famiglie, censimenti, casi studio, etc.

Costruzione di un quadro comune e di una visione condivisa sulle opzioni strategiche/attuazione

Indagine congiunta di evidenze ed opzioni multidisciplinari

Impatto e Valutazione delle risorse

Valutare/Capacità di costruzione

Opzioni di Realizzazione

STRUTTURE

**COMPETENZE /
CAPACITA'**

INTELLIGENCE

STRUMENTI

COMUNICAZIONE

Revisione dell'attuazione ed adattamento

Incentivi allineati

Concordare un approccio

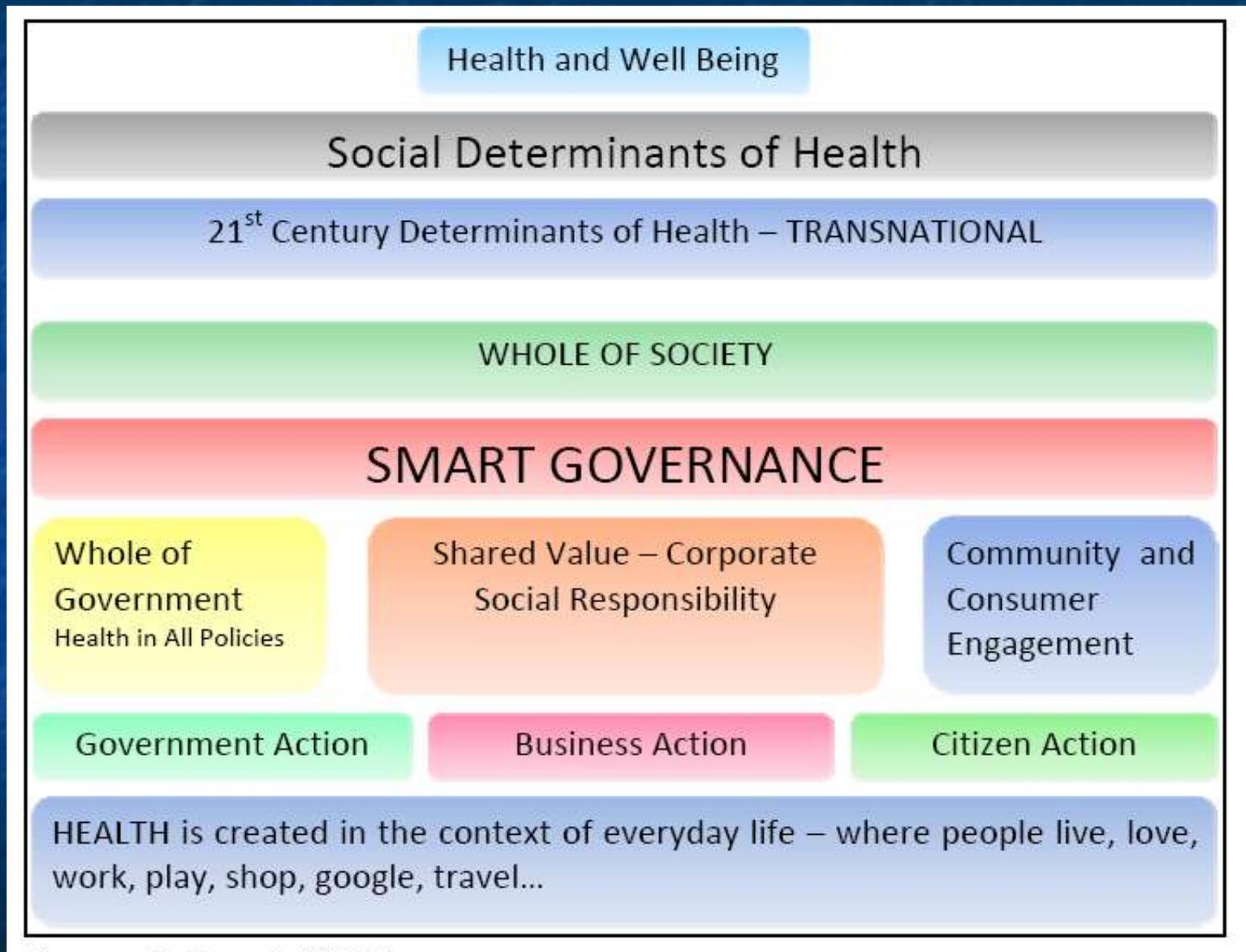
comune di decision making/ responsabilità

Target comuni e ruoli chiari

Revisione condivisa/ meccanismi di adattamento per problem solving e risoluzione dei conflitti

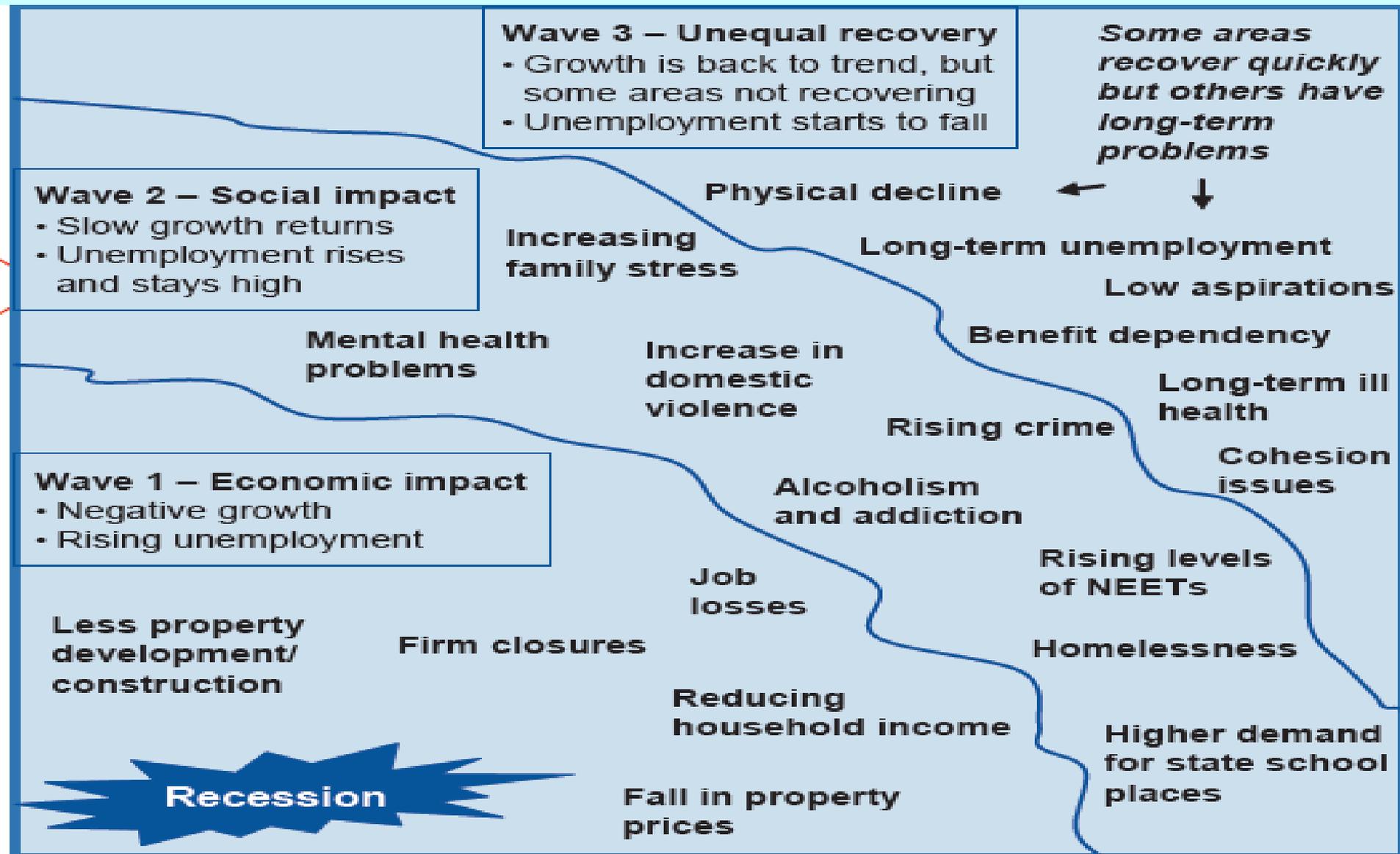
- **Governance e management**
- **Economia della prevenzione**
- **Riduzione delle disuguaglianze**

La Governance nella salute nel XXI Secolo

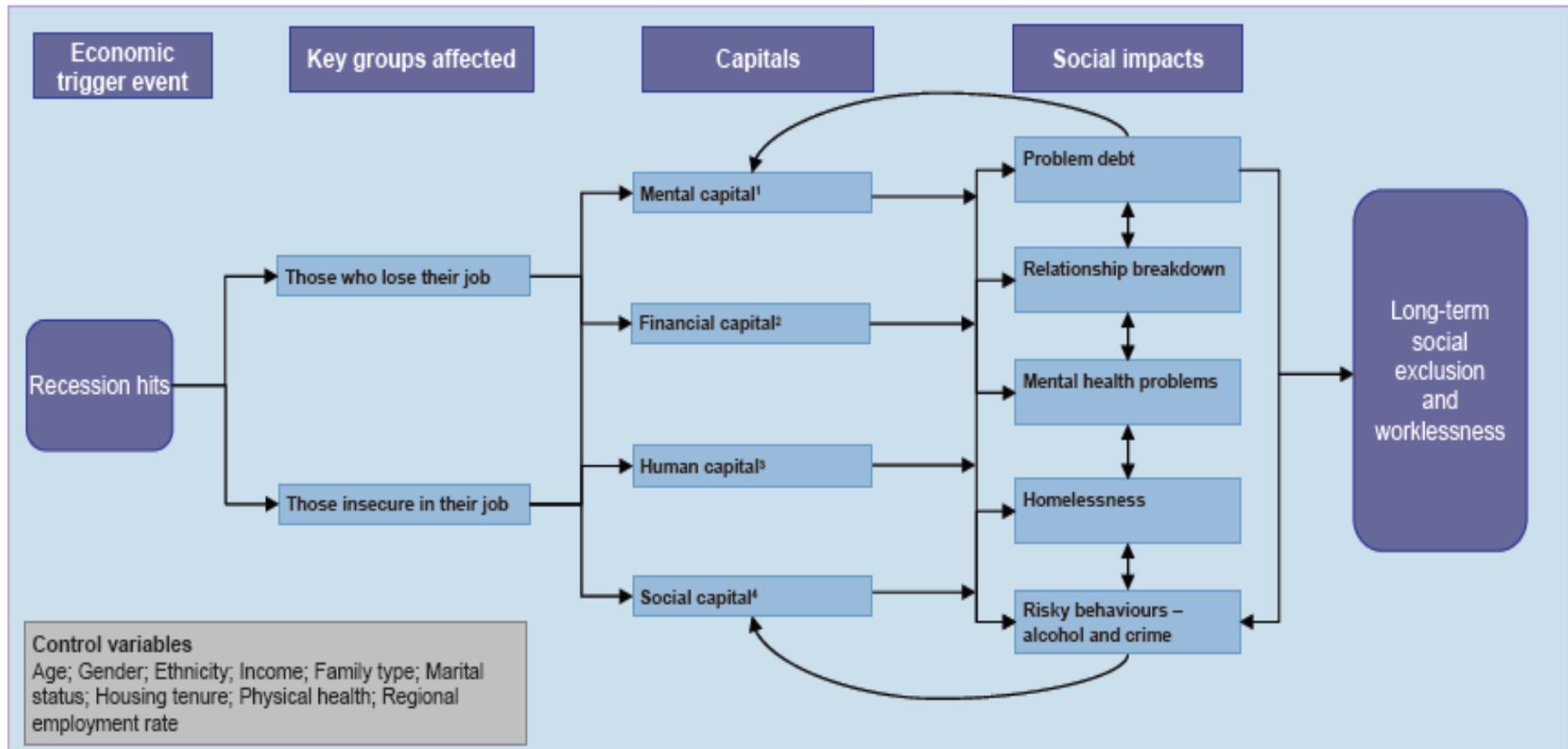


ESEMPIO: Scenario – esplorare il possibile impatto delle grandi problematiche

Le conseguenze sociali della crisi finanziaria



Modellizzare la distribuzione degli impatti probabili sulla popolazione e possibili punti di accesso per l'azione



1. Mental capital refers to the emotional resources and resilience that people can draw on to protect them in times of adversity. 2. Financial capital is the financial savings and capability that people have to draw on in times of adversity. 3. Human capital is the education and workplace skills that people possess. 4. Social capital is the network of family and friends that individuals can rely on to help them out.

Impatti Economici

- Malattie cardiovascolari €168 miliardi all'anno in EU25; 60% del costo sui sistemi sanitari (Leal 2006)
- Danni derivanti dall'Alcol € 125 miliardi all'anno (costi sostanziali di perdita del lavoro, violenza e criminalità)
- Depressione e disturbi d'ansia €136 miliardi in EEA (McDaid 2008)
- Malattie connesse all'Obesità (tra cui il diabete e CVD- oltre l'1% del PIL (Sassi, 2010). Fino al 4,5% della spesa sanitaria
- Cancro - 6,5% di tutta la spesa sanitaria (2006 Stark)
- Incidenti stradali - tra il 1,5% e il 2% del PIL nei paesi a reddito medio e alto

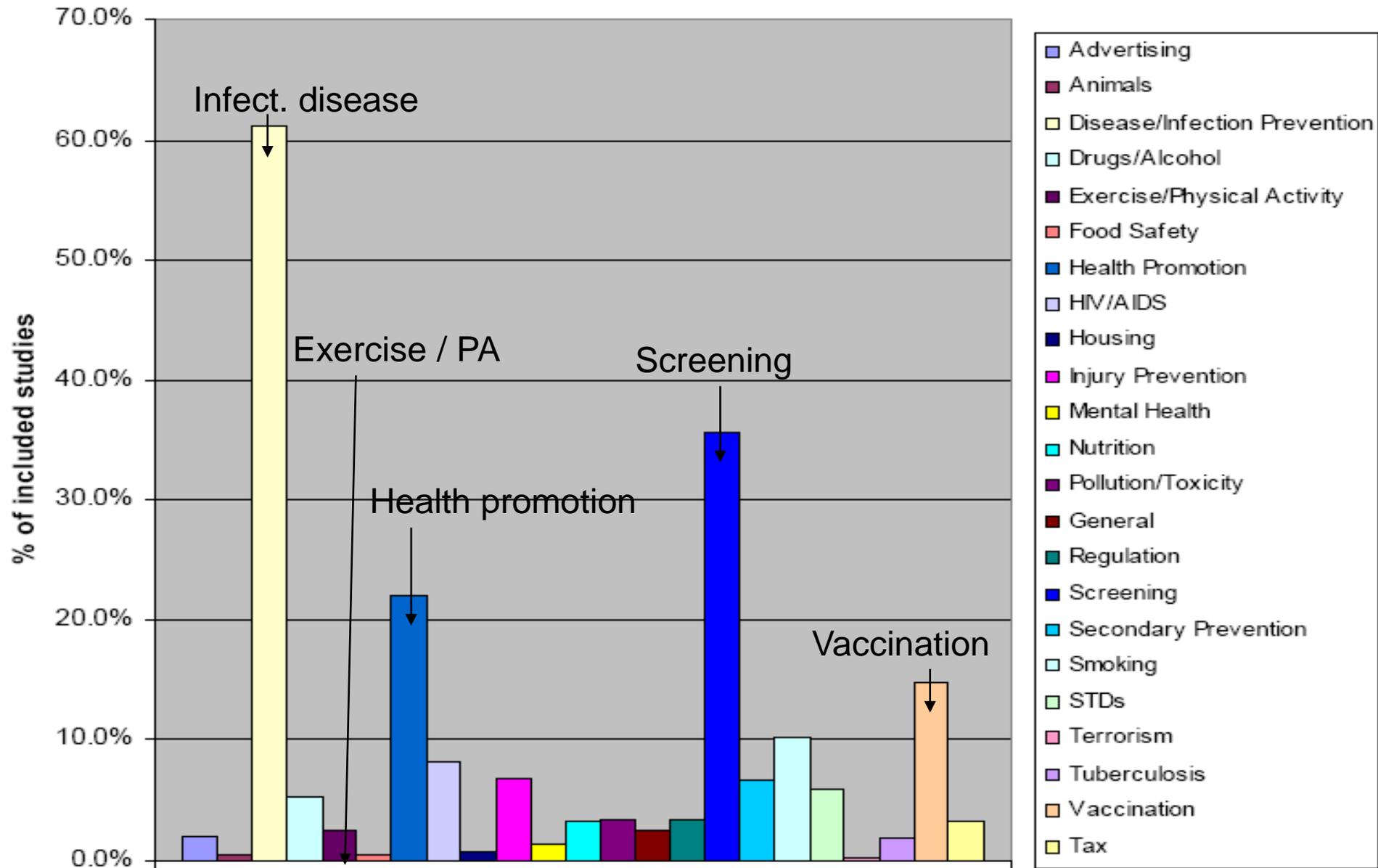
I costi sociali delle malattie prevenibili (UK)

Behaviour/ Illness	Alcohol misuse	Smoking	Obesity	CVD	Mental Illness
Cost to individuals and households (less benefits)	£22.6b (£1.6b)	£18.9b (£1 b)	£4.7b	£12.6b	£15.6b (£10.2b)
Cost to public health / care services Less null hypothesis	£3.2b (£0.4b)	£2.7b (£0.3b)	£1.5b (£0.2b)	£1.7b (£0.2b)	£9.1b (£1b)
Costs to other public services (Less taxes)	£5.0b (£2.9b)	£1.1b (£9.1b)	£0.1b	NA	£10.2b
Costs to employers	£7.3b	£2.0b	£1.5b	£2.2b	£4.2b
Human values	£21.9b	£25.9b	£11.4b	£40.8b	£25.0b
Total Economic Cost	£33.2b	£14.3b	£7.6b	£16.3 b	£27.9b
Total Societal Cost	£55.1b	£40.2b	£19.0b	£57.1b	£52.9b
QALYs	507,000	529,000	233,000	829,000	1,085,000
Cost per QALY	£65,000	£27,000	£33,000	£20,000	£26,000
Economic	£109,000	£77,000	£82,000	£69,000	£49,000
Societal					

I potenziali vantaggi economici di prevenzione dei problemi di salute in Germania

Fattore di rischio	Decessi attribuibili (2002)	Riduzione del 25% del benefit economico <u>pro capite</u>
Tabacco	61548	€ 950,-
Ipertensione	39780	€ 594,-
Colesterolo alto	29124	€ 428,-
Alto IMC	25556	€ 374,-
Alcool	16845	€ 243,-
Inattività fisica	13749	€ 198,-
Basso consumo di frutta e verdura	10603	€ 152,-

Azioni produttive



HEALTH-2020

approvato dai 53 Stati membri
a settembre



Rafforzare le strutture e i servizi di Sanità Pubblica

RC 2011: Framework for Action



RC 2012: European Action Plan

- EPHO 1.: Sorveglianza della salute della popolazione e del benessere
- EPHO 2.: Monitoraggio e risposta a rischi per la salute e le emergenze
- EPHO 3.: Tutela della salute incluso l'ambiente, la sicurezza sul lavoro, dei cibi, etc.
- EPHO 4.: Promozione della salute comprese le azioni per affrontare determinanti sociali e disuguaglianze sanitarie
- EPHO 5.: Prevenzione delle malattie, compresa la diagnosi precoce delle malattie
- EPHO 6.: Assicurare la governance per salute e benessere
- EPHO 7.: Assicurare un sufficiente e competente personale sanitario per la sanità pubblica
- EPHO 8.: Assicurare strutture organizzative sostenibili e finanziamenti
- EPHO 9.: Difesa, comunicazione e mobilitazione sociale per la salute
- EPHO 10.: Avanzamento della ricerca in sanità pubblica per supportare le politiche sanitarie

Gruppo di "Essential Public Health Operations" (EPHOs) – per fornire servizi di Public Health

VISION: Salute Sostenibile e Benessere

CORE EPHOs

ENABLER EPHOs

INTELLIGENCE

EPHO 1 + 2

Sorveglianza

Monitoraggio

Supportare programmi e valutazione della salute

Erogazione del Servizio

Promozione della Salute

EPHO 4

EPHO 3

EPHO 5

Protezione della Salute

Prevenzione delle Malattie

Governance

EPHO 6

PH Workforce

EPHO 7

Funding

EPHO 8

Comunicazione

EPHO 9

Ricerca

EPHO 10



“le diseguaglianze crescenti che stiamo accumulando per i nostri figli e per i nostri nipoti sono semplicemente sbagliate, e sono largamente prevenibili con le conoscenze che abbiamo, se decidiamo veramente di usarle.

Non abbiamo alcun diritto di usare le risorse attuali in modo così esorbitante da mettere in pericolo le basi fondamentali della salute e della giustizia per la gente di oggi o di domani.

Noi dobbiamo usare la nostra voce ed influenza per assicurare che, con la nostra vigilanza, saremo in grado di lasciare un'eredità di cui essere orgogliosi.”

David Pencheon, Sir Muir Gray (2010)

2nd edition Oxford Handbook of Public Health Practice

Fully revised and updated for the third edition, the *Oxford Handbook of Public Health Practice* remains the first resort for all those working in this broad field. Structured to assist with practical tasks and translating evidence into policy, this handbook provides concise summaries and includes real-world issues from across the globe, which literally provides a world of experience at your fingertips.

Easy-to-use, concise and practical, it is structured into seven parts that focus on the vital areas of assessment, data and information, direct action, policy, health-care systems, personal effectiveness and organisational development. Reflecting recent advances, the most promising developments in

prim
The
and
of

W
V
to



BOOK OF
Practice

Guest
Ricciardi
Kawachi
Lang

THE ESSENTIAL GUIDE FOR
PUBLIC HEALTH



HAN

PUBLIC HEALTH PRACTICE

Charles Guest | Walter Ricciardi | Ichiro Kawachi
Iain Lang

and chronic disease prevention, community and government action, environmental health, vulnerable populations, and more.

THIRD EDITION
3
THIRD EDITION

Provides a p
health prac

Emphasises
and latest a

Presents worldwide experience at your fingertips

The global guide for continuing professional development

ISBN 978-0-19-958630-1



OXFORD
UNIVERSITY PRESS

www.oup.com

OXFORD

THIRD EDITION
3
THIRD EDITION



4 Proposte per la nostra Sanità Pubblica

- Non ostinarsi a modificare la struttura, ma il modo di lavorare e di pensare.
- Focalizzarsi sui problemi dei cittadini e sui sistemi in grado di risolverli.
- Mettere la persona (sia il cittadino che l'operatore) al centro.
- Gestire la conoscenza ed il talento con la stessa attenzione con cui si gestiscono i soldi.

“Government is not a
solution to our problem,
government is
the problem.”

-Ronald Reagan



Daniel Hannan MEP on the NHS

“A 60 year
mistake”





ED SANITAT PUBLICA I D QUALITAT

una tragedia greca

Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy

Greece has been affected more by the financial turmoil beginning in 2007 than any other European country. 15 years of consecutive growth in the Greek economy have reversed. In adults, unemployment has risen from 6.6% in May, 2008, to 16.6% in May, 2011 (youth unemployment rose from 18.6% to 40.1%),¹ as debt grew between 2007 and 2010 from 105.4% to 142.8% of gross domestic product (GDP; €239.4 billion to €328.6 billion) compared with the average change in the EU-15 (the 15 countries that were EU members before May 1, 2004) from 66.2% to 85.1% of GDP in this same period (€6.0 trillion to €7.8 trillion).² Greece's options were limited, since its Government ruled out leaving the Euro, precluding them from one of the most common solutions in such circumstances: devaluation. To finance its debts, Greece had to borrow €110 billion from the International Monetary Fund and Eurozone partners, under strict conditions that included drastic curtailing of government spending. Whereas other countries in Europe (eg, France, Germany) now show signs of economic recovery, the crisis continues to evolve in Greece; industrial production fell by 8% in 2010.³

Richard Horton⁴ has asked whether anyone is looking at the effect of the economic crisis on health and health care in Greece, in light of the adverse health effects of previous recessions.⁵ Here, we describe changes in health and health care in Greece on the basis of our analysis of data from the EU Statistics on Income and Living Conditions,⁶ which provide comparable cross-sectional and longitudinal information on social and economic characteristics and living conditions throughout the EU.

In Greece, representative samples of 12 346 and 15 045 respondents

were recruited in 2007 and 2009, respectively, by use of consistent methods, of which a total of 26 489 had complete sociodemographic data (see webappendix p 1 for more details). We also drew on reports from medical research institutes, health prefectures, and non-governmental organisations (NGOs). These reports include epidemiological indicators, data on hospital admissions, and reports on mental health problems and the status of vulnerable groups.

Compared with 2007—ie, before the crisis—2009 saw a significant increase in people reporting that they did not go to a doctor or dentist despite feeling that it was necessary (odds ratio 1.15, 95% CI 1.02–1.30 for doctors' visits; 1.14, 1.01–1.28 for dentists' visits [figure, webappendix p 2–3]), after correcting for differences in survey respondents including age, sex, marital status, educational attainment, and urban or rural residence. The main reasons for not seeking medical care did not seem significantly linked to an inability to afford care (0.87, 0.74–1.02), but to long waiting times (1.83, 1.26–2.64), travel distance to care (2.50, 1.35–4.63), waiting to feel better (1.93, 1.26–2.96), and other reasons not captured by the survey (1.54, 1.05–2.27; webappendix p 4).

Since Greece's universal public health-care system entitles citizens and those with social insurance to visit general practitioners (GPs) free of charge and to attend outpatient clinics of hospitals for €0–5, these noted reductions in access probably reflect supply-side problems: there were about 40% cuts in hospital budgets,⁷ understaffing, reported occasional shortages of medical supplies, and bribes given to medical staff to jump queues in overstretched hospitals.⁸

Although people were less likely to visit GPs and outpatient facilities, there was a rise in admissions to public hospitals of 24% in 2010 compared with 2009,¹ and of 8% in the first half of 2011 compared with the same period of 2010.⁹ Major private health providers,

although comprising a smaller proportion of care delivery than public providers, were also hit by pressure on personal budgets and registered losses after the onset of the crisis. A 2010 study reported a 25–30% decline in admissions to private hospitals.¹¹

There are signs that health outcomes have worsened, especially in vulnerable groups. We noted a significant rise in the prevalence of people reporting that their health was "bad" or "very bad" (1.14, 1.02–1.28; figure). Suicides rose by 17% in 2009 from 2007 and unofficial 2010 data quoted in parliament mention a 25% rise compared with 2009.¹² The Minister of Health reported a 40% rise in the first half of 2011 compared with the same period in 2010.¹³ The national suicide helpline reported that 25% of callers faced financial difficulties in 2010¹⁴ and reports in the media indicate that the inability to repay high levels of personal debt might be a key factor in the increase in suicides.¹⁵ Violence has also risen, and homicide and theft rates nearly doubled between 2007 and 2009.^{16–18} The number of people able to obtain sickness benefits declined (0.61, 0.38–0.98) between 2007 and 2009,

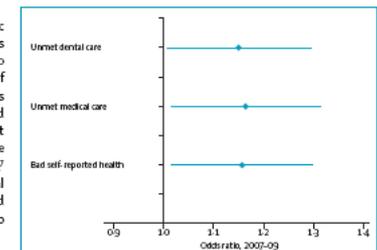


Figure: Changes in self-reported health and access to health care linked to financial crisis between 2007 and 2009, adjusted estimates. 95% CIs presented. X-axis on log scale. Data are from the Greece EU Survey on Income and Living Conditions, 2007 and 2009 survey waves. Models correct for potentially confounding differences of survey respondents, including age, a dummy for age older than 65 years, sex, marital status, the degree of urbanisation (from 1 to 5), and educational attainment; similar patterns found when including measures of household income. See webappendix p 3 for more details.



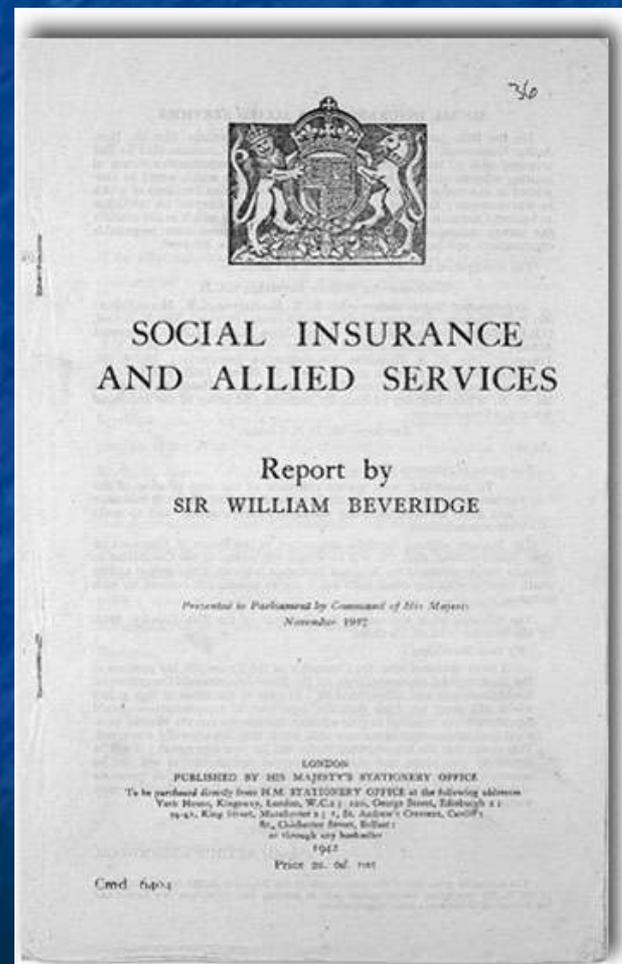
Published Online
October 10, 2011
DOI:10.1016/S0140-6736(11)61556-0

See Online for webappendix



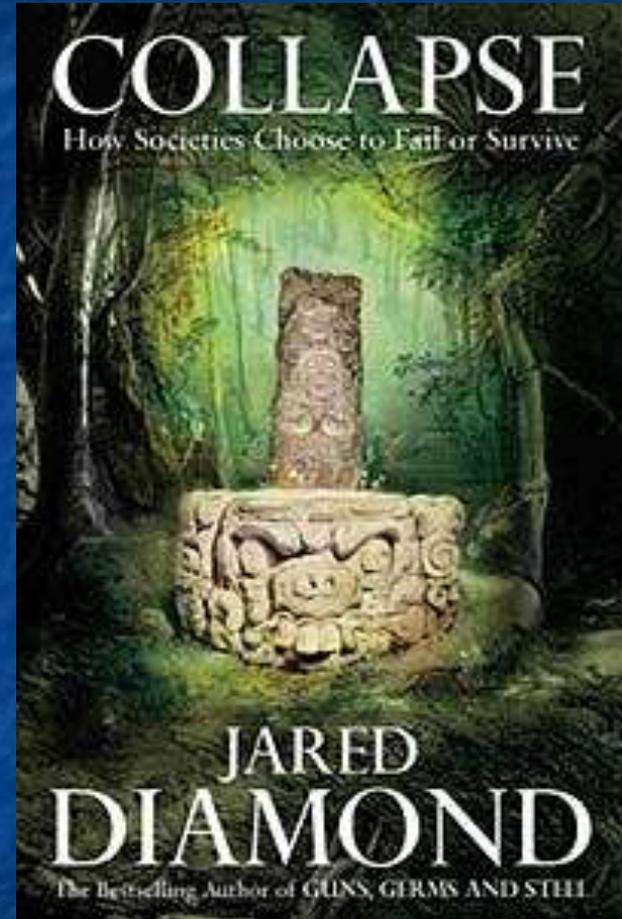
Il modello sociale Europeo

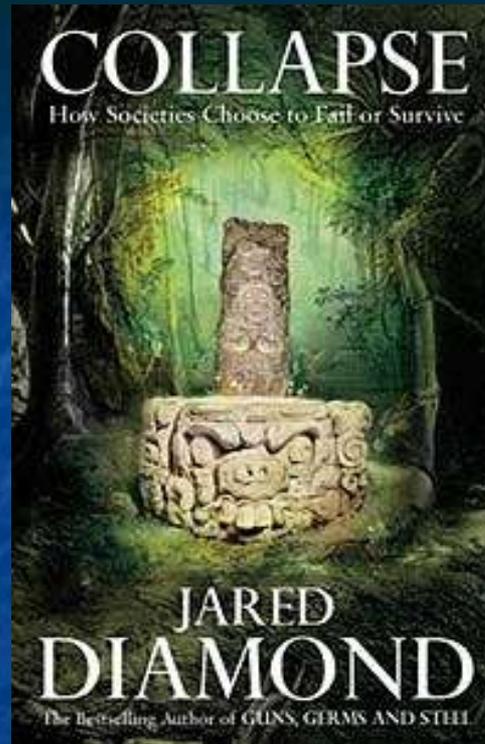
- Un sistema di trasferimenti
 - dal ricco al povero
 - dal giovane al vecchio
 - dall'occupato al disoccupato
 - dal sano al malato



Ci troviamo in un momento critico

- finora, lo stato sociale europeo, e con essa la copertura sanitaria universale, ha resistito a shock e ad attacchi
- Ma questa volta le forze contrarie sono più forti che mai
- sopravviverà?





Non è necessario cambiare.
La sopravvivenza non è obbligatoria

W.E. Deming

Grazie per l'attenzione