



La valutazione di impatto sanitario è uno strumento democratico e complesso al servizio della sanità pubblica. Ma funziona?

«Una combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui è possibile valutare una politica, un programma o piano di sviluppo, circa i possibili effetti sulla salute pubblica e la distribuzione di questi effetti nella popolazione». Così recita la definizione di Gothenburg, una delle numerose definizioni della valutazione di impatto sanitario (VIS), prodotta da una consultazione di esperti riuniti dall'OMS.¹ Una definizione forse non del tutto esauriente, come vedremo, ma quasi universalmente utilizzata nel dibattito intorno alla VIS, nei testi e nella didattica. Ma da dove viene e che cos'è la VIS, veramente? Se non ci si limita a questioni terminologiche, risulta difficile identificare il momento della nascita della VIS: valutare l'impatto sulla salute di circostanze, azioni, agenti esterni è una delle aspirazioni tradizionali della sanità pubblica. In ogni modo la VIS, pur non proponendo concetti nuovi, viene identificata e così denominata negli anni Ottanta, per poi consolidarsi e raggiungere una massa critica in numerosi paesi negli anni Novanta. La VIS segue il solco tracciato dalla valutazione di impatto ambientale (VIA), uno strumento più spesso citato nelle cronache e noto anche ai non esperti.

VIS: gli obiettivi

La VIS, come dicevamo, riguarda gli effetti sanitari di politiche, programmi o piani di sviluppo. Molti di coloro che operano in sanità pubblica si misurano quotidianamente con interrogativi di questo tipo. Chi ha una provenienza culturale di tipo epidemiologico tende a ricondurre tali interrogativi alle evidenze disponibili circa gli effetti sanitari di fattori di rischio ed è conscio, nella maggior parte dei casi, dell'insufficienza pressoché sistematica di queste evidenze. E' chiara, a questa figura professionale, la necessità di ampliare l'area di interesse e di spostare l'attenzione dai fattori di rischio, dalle esposizioni, dagli agenti ambientali ai loro determinanti, alle «cause delle cause». In essenza questa è la VIS, e sono forse in molti coloro che praticano la VIS senza essere consapevoli di questa denominazione: l'interesse è su determinanti di salute più «a monte», sui quali si può operare favorendo la salute. Non inquinamento dell'aria dunque, ma politiche di trasporto urbano. Oppure, non tanto evidenze di effetti sanitari legati alla contaminazione da pesticidi, ma piuttosto implicazioni sanitarie di diverse politiche agricole. Un primo obiettivo della VIS è proprio quello di descrivere come decisioni reali di natura politica influenzino direttamente o indirettamente la salute delle persone interessate da tali decisioni.

L'obiettivo è ambizioso, in particolare considerando il fatto che si fa riferimento, il più delle volte, a una concezione am-

pla di salute, esemplificata dalla definizione OMS del 1948: «la salute non è solo assenza di malattia, ma anche un completo stato di benessere psicologico e sociale». Le limitazioni di ciò che sappiamo sui fattori di rischio e gli esiti concreti e misurabili utili a perseguire questo obiettivo sono tanto evidenti da risultare scoraggianti.

Per affrontare domande così complesse la VIS ricorre tipicamente a una miscela di strumenti e risorse (come vuole la definizione sopra citata), a uno sforzo multidisciplinare, ad approcci qualitativi e quantitativi e, punto cruciale, a un modello di lavoro partecipativo orientato alla consultazione ripetuta con i portatori di interesse (*stakeholder*). L'impronta è olistica, aspecifica, democratica. L'esperto fornisce l'accesso ai dati e alle evidenze scientifiche pubblicate in letteratura, mentre altre informazioni sono condivise attraverso la consultazione allargata.

La consultazione con i soggetti interessati aggiunge inevitabilmente ulteriore complessità, imponendo nuovi vincoli, fattori di rischio, disagi, preoccupazioni; ma quando effettuata in modo attento, è di grandissimo valore. In primo luogo consente di identificare meccanismi di salute, fattori di rischio ed effetti reali, gruppi vulnerabili o esposti a particolari rischi, e ad accedere a evidenze anche molto solide. Dà modo di utilizzare l'enorme massa di informazioni utili custodite dagli interessati, tramite le loro esperienze dirette, e dagli esperti che possono operare in un contesto di maggiore sensibilità e minore specificità di quanto non facciano, per esempio, in sede di comunicazione scientifica. In secondo luogo, e giungiamo così a un secondo obiettivo della VIS, si favorisce l'identificazione di politiche condivise, mediate dai diversi interessi, più facilmente gestibili e sostenibili; si contribuisce inoltre a una crescita democratica, fatto che non può che essere salutare.

Queste due componenti, ossia comprensione e caratterizzazione delle conseguenze di scelte politiche sulla salute, e identificazione di politiche ben accette agli interessati, sono comunque strumentali all'obiettivo fondamentale della VIS: influenzare il processo decisionale, in tutti i settori (con la possibile eccezione del settore sanitario) in modo da favorire la salute.

La VIS in azione

Da una quindicina d'anni a questa parte la VIS è stata utilizzata regolarmente in alcuni paesi, con svariate applicazioni. In Olanda, Svezia, Canada, Regno Unito, Nuova Zelanda e Taiwan, per esempio, sono stati affrontati i casi del trasporto, della pianificazione urbana, delle politiche abitative, della crea-

zione di insediamenti edilizi, della costruzione di siti industriali, inceneritori e discariche, degli aeroporti, delle dighe, delle infrastrutture, dei sistemi di tassazione energetica, delle politiche agricole e commerciali e molto altro. Opere di portata locale o regionale, politiche nazionali o anche sovranazionali (è in corso la VIS della politica occupazionale della UE) sono state e sono oggetto di queste valutazioni. Nei paesi sopra citati, la proposta di una politica o di un nuovo insediamento industriale viene passato *ex officio* al vaglio della VIS, così come nuove opere o infrastrutture sono soggette per legge alla VIA. Per la VIS non sussiste, in generale, un chiaro obbligo di legge, ma la pratica è del tutto consolidata in questi paesi. D'altra parte l'articolo 152 del Trattato di Amsterdam della UE sancisce che «un alto livello di protezione della salute sia assicurato nella definizione e implementazione di tutte le politiche e attività comunitarie», testo ripreso nella nuova travagliata Costituzione europea.

Come si descrive l'impatto sulla salute legato, per esempio, alla costruzione di una nuova pista di decollo in un aeroporto? L'abbondante letteratura pubblicata in merito presenta molte varianti di un approccio comune. *Screening, scoping, appraisal, reporting, monitoring* sono le fasi della VIS, ognuna descritta nel dettaglio in letteratura.² Una VIS si può condurre a vari livelli di dettaglio e completezza ma in generale, fino alla fase di *appraisal*, una parte del lavoro comporta la raccolta di dati, informazioni ed evidenze.

Ma la componente conoscitiva non è che un primo passo. Tipicamente, infatti, una VIS è motivata, ispirata e attivata dalla concreta domanda di natura politica: è opportuno costruire un nuovo inceneritore e se sì, dove e come? Quali aspetti della politica agricola comunitaria è opportuno modificare in un paese che entra nell'Unione europea?³ Quali sono le implicazioni sanitarie delle politiche proposte nel manifesto elettorale di un partito che si presenta alle elezioni (esempio di una VIS effettuata in Olanda)?

Usiamo il primo esempio: un nuovo inceneritore emette polveri, diossine, metalli pesanti; gli esperti facenti parte del *team* produrranno alcune stime di impatto sulla salute, quantificabili utilizzando le (poche) evidenze in materia. La VIA e la VAS (valutazione ambientale strategica) insegnano che occorre tener conto non solo delle emissioni proprie dell'impianto in questione, ma anche dell'impatto dei cantieri di costruzione, delle attività correlate all'esercizio (per esempio il trasporto dei rifiuti), del trattamento delle ceneri residue, delle opere di mitigazione, della futura dismissione. Già queste considerazioni non sono tipiche di un approccio epidemiologico a un inceneritore, nel senso che si cerca di non dimenticare le «esternalità» sanitarie: in altre parole, accanto all'impatto dovuto alle emissioni, si considerano gli impatti delle attività collaterali anche indiretti e ascrivibili a esposizioni provocate (per esempio legate al trasporto dei rifiuti).

Inoltre se la salute include anche elementi di salute percepita, benessere e qualità della vita, occorre anche occuparsi delle

ipersensibilità, del ricorso a farmaci, dello stress, degli odori, dei disturbi del sonno, della sofferenza legata al danno paesaggistico, tutti effetti difficilmente misurabili ma nondimeno reali per molti cittadini. La distribuzione di tali effetti, la presenza di gruppi vulnerabili o meno capaci di proteggersi, la cumolazione sinergica con altri fattori di rischio apre poi un altro capitolo di consultazione e di indagine; queste conseguenze sono a loro volta legate a effetti indiretti per esempio sull'occupazione, sul reddito e sulla sua distribuzione, sull'andamento del valore delle proprietà immobiliari dei residenti.

Promuovere la VIS?

Abbiamo introdotto così tre obiettivi fondanti: stimare gli impatti di determinanti «a monte», coinvolgere gli interessati, influenzare le decisioni. La definizione di Gothenburg dà una certa preponderanza al primo ma a ben guardare, nella pratica della VIS, la fase di stima e valutazione dell'impatto ha un peso minore degli altri obiettivi. Come spesso si dice, la VIS è un processo, non un prodotto. Sembra infatti prioritario, nelle applicazioni, garantire la trasparenza e democraticità delle operazioni e assicurarsi che la decisione finale tenga conto delle raccomandazioni della VIS.

Curiosamente, la comunità degli esperti in materia sembra essere poco propensa a rivedere le definizioni e a esplicitare la molteplicità dei suoi scopi, pur continuando in qualche modo a difendere un suo spazio politico e culturale. Nei congressi dell'International Association for Impact Assessment (www.iaia.org), per esempio, si discute sovente di quali siano i confini della VIS e non si esita a dichiarare alcune applicazioni estranee a essa. Una possibile ragione è il potenziale conflitto, o quanto meno la tensione, fra i suoi obiettivi: se l'analisi e la stima di impatto suggeriscono scelte non gradite agli *stakeholder*, qual è la decisione più appropriata? Che fare se le istanze di salute percepita non coincidono con le priorità di salute misurabili? Se una data linea di azione o di intervento è circondata da esteso consenso ma non è ottimale per la salute, è il caso di intervenire? Simili questioni non hanno risposte univoche, ovviamente. Alcuni sottolineano l'importanza di esplicitare i conflitti etici soggiacenti, per esempio fra modelli etici improntati al benessere collettivo e modelli legati a criteri distributivi;⁴ il dibattito intorno alla VIS sembra invece meno interessato.

Un'altra area in qualche modo vulnerabile alla critica è la questione della partecipazione degli *stakeholder*. Dare spazio a questo tipo di dialettica è difficile e laborioso; può anche essere fatto in modo demagogico o rituale e, in effetti, la retorica è sempre in agguato. Anche se motivato dalle migliori intenzioni, il coinvolgimento degli interessati può tradire il principale obiettivo, creando gruppi di consultazione che riproducono i rapporti di potere sui quali poggiano le disuguaglianze su cui si vuole intervenire. Alcuni *stakeholder* sono più influenti di altri, e di conseguenza più capaci di far valere i propri interessi; gruppi realmente emarginati e vulnerabili sono invaria-

bilmente più difficili da raggiungere, coinvolgere e comprendere. Considerando che nella VIS le operazioni di consultazione sono spesso condotte in modo dilettantistico e informale, la cautela è d'obbligo.

A ben guardare, comunque, la VIS sembra essere animata da un sano pragmatismo. Le decisioni di politica pubblica hanno spesso consistenti implicazioni sanitarie, e la domanda di informazioni a riguardo è crescente; l'idea è che le decisioni tengano conto di tali evidenze. Tuttavia, le effettive preferenze sociali dipendono da molti altri fattori (profitto, *comfort*, immediatezza dei benefici) spesso preponderanti. La VIS, si direbbe, riconosce questo stato di cose, sorvola le inevitabili contraddizioni, rimanda il chiarimento dei conflitti etici e concettuali, e propone la partecipazione del settore sanitario al tavolo politico, alla ricerca di decisioni complessivamente buone per la salute. Dopotutto se la mediazione produce compromessi e politiche imperfette, l'approccio utilitaristico, tecnocratico, oligarchico (tutti aggettivi intesi nella migliore accezione possibile) non offre un'alternativa molto attraente sul piano pratico.

Per l'epidemiologo o il *risk assessor* queste approssimazioni e queste scorciatoie sono difficili da accettare. Eppure, se queste stesse figure sono motivate di fondo dalla protezione e promozione della salute, e non dalla scienza per la scienza, dovranno riconoscere che i risultati raggiunti dalla VIS in molte circostanze sono di grande portata.

La VIS si dedica a ciò che bisognerebbe sapere e che occorre fare, piuttosto che a quello che è possibile sapere date le evidenze disponibili. Spesso chi sostiene che sia necessario utilizzare i risultati della ricerca nell'applicazione decisionale non riesce poi a colmare la grande distanza fra mondo accademico e politico, o si scontra con la forza preponderante di logiche non scientifiche. La VIS, nei suoi migliori esempi, è riuscita a coniugare i due mondi, a prevenire la tendenza scientifica a raffinare la stessa osservazione all'infinito, a impedire che l'agenda politica venisse paralizzata dall'incertezza scientifica. In pratica, ha ottenuto che il settore sanitario fosse coinvolto, fin dall'inizio, nella discussione politica intorno a scelte di altri settori; in tempi più recenti si parla persino di una *stewardship* del settore sanitario nei confronti dell'operato di un governo. Si tratta, evidentemente, di brillanti risultati.

Certo in un sistema dove la VIS fosse consolidata, rispettata e influente, la comunità scientifica dovrebbe ridefinire in qual-

che misura la propria funzione e persino la propria identità, e da questa consapevolezza forse nascono alcune delle resistenze che capita di rilevare. Ma in fin dei conti, chi può disapprovare sistemi decisionali che tengano in conto le esigenze di salute nella formulazione di politiche in tutti i settori, che ricorrano sistematicamente a un modello partecipativo, e che alimentino la collaborazione fra la sanità e altri settori della vita civile? La capacità della VIS di dare un contributo in tal senso è dimostrata, ma ci sono anche esempi meno felici.

Sembra dunque opportuno capire bene quali siano le condizioni del successo. A scorrere la lista dei paesi dove la VIS è fiorita e, passando in rassegna le applicazioni, sorge il sospetto che un ingrediente importante sia l'alta qualità del tessuto sociale e politico e dell'assetto istituzionale, aperto per lunga tradizione a modalità partecipative di gestione della cosa pubblica. A parte la questione pure importante delle energie, delle risorse e delle competenze necessarie (le VIS richiedono molto lavoro, molte persone, molti dati), occorre considerare che la metodologia flessibile, la dimensione qualitativa, l'area imprecisata della consultazione, tutta la labilità dei confini insomma si prestano ad applicazioni inutili o peggio dannose e manipolabili. Sono forse questi alcuni degli aspetti da considerare prima di decidere se la VIS, oltre un'ottima idea, sia anche un buon affare.

Marco Martuzzi

WHO, European Centre for Environment and Health, Roma

Corrispondenza: Marco Martuzzi, World Health Organization, European Centre for Environment and Health, via F. Crispi 10, 00187 Roma; tel. 06 4877520; fax 06 4877599; e-mail: mam@ecr.euro.who.int

Bibliografia

1. Lehto J, Ritsatakis A. *Health Impact Assessment as a tool for intersectoral health policy*. Discussion paper for a conference on «Health Impact Assessment: From Theory to Practice», Gothenburg, 28-31 October 1999.
2. Scott-Samuel A. Health impact assessment—theory into practice. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52 (11): 704-705.
3. Lock K et al. Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (6): 391-398.
4. Comba P, Martuzzi M, Botti C. The precautionary principle in decision making: the ethical values. In: Martuzzi M, Tickner JA (eds). *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004, pp. 85-92.