Politiche multisettoriali e valutazioni d'impatto sulla salute

Kurt Frei e Antoine Casabianca, UPVS

Il progetto "Valutazione preventiva d'Impatto sulla Salute (VIS) delle politiche pubbliche della Repubblica e Cantone Ticino", in corso dal gennaio 2005, persegue l'integrazione di una procedura che permetta di valutare (*ex ante*) l'impatto potenziale sulla salute dei cittadini delle nuove leggi o di altre importanti decisioni che concernono settori significativi dell'attività dello Stato [1].

Si tratta di un compito completamente nuovo, deciso dal Consiglio di Stato (CdS) su proposta del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) e affidato in forma sperimentale alla Commissione interdipartimentale di Valutazione d'impatto sulla salute (Commissione VIS). Quest'ultima, composta da un membro per ciascun dipartimento[1], è incaricata di sovrintendere alla fase sperimentale e stendere un rapporto di fattibilità. La guida del progetto è affidata alla Sezione sanitaria del Dipartimento della sanità e della socialità, alla quale è stata attribuita la presidenza della Commissione VIS.

In sostanza il compito della Commissione VIS consiste in:

1) definire una procedura basata sull'uso della VIS per l'analisi sistematica *ex ante* delle politiche cantonali, che non ostacoli il processo decisionale dell'Amministrazione cantonale (AC);
2) dare valore aggiunto alle decisioni dell'AC, nel senso che tramite la suddetta procedura e lo strumento delle VIS si possano evitare o quantomeno minimizzare i potenziali effetti negativi sulla salute generabili da una qualsiasi decisione, sia essa una legge, un progetto o una politica (che indicheremo, d'ora in poi, con il termine di provvedimento).

Punto di partenza per l'analisi d'impatto sanitario delle politiche pubbliche è una prima procedura di cui verificare efficacia ed efficienza (v. fig. A). Vedremo, tuttavia, che essa non si è rivelata completamente compatibile con il *modus operandi* dei dipartimenti e dei loro funzionari, rendendo necessaria una sua evoluzione verso un nuovo modello che dovrà essere discusso dal Consiglio di Stato (CdS).

Genesi e sviluppo del progetto

In Ticino, come nei paesi dove è stata implementata, la VIS a livello di politiche pubbliche è stata introdotta a seguito della conferma della teoria dei determinanti socioeconomici della salute, della costatazione degli effetti da essa denunciati e del calcolo

A Le sei principali fasi della VIS

1. *selezione* ("screening"): definizione della rilevanza del provvedimento in termini di potenziali impatti sulla salute;
2. *delimitazione* ("scoping"): delimitazione dell'ampiezza della VIS in funzione delle criticità evidenziate, del contesto e della disponibilità di risorse;
3. *valutazione*: identificazione e misurazione dei potenziali impatti sulla salute e loro distribuzione (equità);
4. *raccomandazioni*: fase di rapporto con sintesi e priorità delle raccomandazioni o delle misure volte a evitare o mitigare gli impatti negativi e/o ad amplificare quelli positivi;
5. *negoziazione*: fase volta a decidere sull'adozione di misure aggiuntive o di correttivi al progetto originario;
6. *monitoraggio*: verifica dei risultati dell'implementazione con o senza correttivi.

Fonte: L. Taylor, C. Blair-Stevens, *Introducing health impact assessment HIA: Informing the decision-making process*, Health Development Agency, 2002. Traduzione e adattamento in proprio.

[1] Come da Ris. CdS No 106 del 10.01.2006, fanno parte della Commissione VIS:
- Antoine Casabianca, Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, DSS
- Bruno Costantini, Divisione dell'economia, DFE
- Denys Gianora, Scuola specializzata superiore di tecnica dell'abbigliamento e della moda di Lugano, DECS
- Catherine Hutter, Ufficio di vigilanza sulle tutele, DI
- Vinicio Malfanti, Servizi generali, DT

foto Ti-Press / Francesca Agosta

dei costi correlati. Questa teoria spiega le differenze di salute tra gruppi di popolazione con le discriminazioni inavvertitamente generate dalle politiche pubbliche; queste sono quindi all'origine di un problema nel controllo dell'evoluzione della salute pubblica e di parte delle esternalità che per questa via si scaricano sul sistema sanitario. Tra gli esempi più evidenti, i danni alla salute e i costi causati dall'inquinamento atmosferico[2] e dalla precarietà del lavoro, entrambi oggetto di ormai numerosi studi e regolamentazione pubblica (si veda, ad es., la recente normativa UE sulla protezione dei consumatori e il *Secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute 2008-2013* all'art. 2[3]). A ciò si sono poi aggiunte le strategie d'intervento dell'OMS (ad es. i programmi *Healthy Cities Network* e *Investment for Health*) coordinate e condotte con gli organismi sovranazionali (UE) e con gli stati nazionali a livello regionale e locale. Si comprende così come la pressione ad integrare le preoccupazioni degli esperti di salute pubblica nelle politiche pubbliche non sanitarie abbia portato anche in Ticino, come in altri Paesi, all'emergere della VIS quale strumento operativo.

D'altra parte, anche l'annoso problema dei costi del sistema sanitario elvetico ha portato l'attenzione della politica sui temi sanitari in generale e alimentato il dibattito su rimedi e cause, soprattutto tra gli specialisti. Probabilmente anche la percezione dell'opinione pubblica ha pesato su questo esito. La popolazione, di norma, non coglie la relazione tra politiche pubbliche e salute, né consapevolmente né nel modo corretto; anzi spesso sembra ignorare la nota relazione esistente per es. tra reddito e benessere [3]. Eppure essa mostra di associare chiaramente il benessere a una serie di fattori non strettamente connessi con i servizi sanitari o le cure mediche, come per es. l'alimentazione, il movimento o l'ambiente, consumando prodotti bio o fitness e opponendosi sempre più apertamente a tutte le politiche che minacciano l'ambiente (si pensi al principio NIMBY - *Not In My Back Yard*, non nel cortile di casa mia) o l'occupazione, e dimostrando con ciò di avere una percezione del problema mediata e, appunto, inconsapevole se non talvolta contraddittoria. Questo suggerisce che il problema della salute, declinato secondo problematiche ambientali, di consumo o dell'occupazione, è certamente d'attualità.

Comunque sia, l'entrata della VIS nell'agenda cantonale è avvenuta per la prima volta con la sua citazione nel programma di legislatura 1999-2003, e ribadita in quello del 2004-2007 con la scheda No 9 dell'obiettivo No 8 del Rapporto al Gran Consiglio sulle linee direttive e sul piano finanziario 2004-2007[4].

La messa in opera

La messa in opera del progetto di valutazione dell'impatto sanitario delle politiche pubbliche del Cantone è stata preceduta dalla nomina dei rappresentanti dipartimentali nella Commissione VIS. Avviata la fase operativa, le attività della Commissione VIS si sono organizzate intorno alla definizione dei principi operativi (selezione delle politiche da valutare) e allo sviluppo di strumenti *ad hoc* per l'identificazione e la catalogazione dei provvedimenti da sottoporre a VIS. In questa fase sono state messe a disposizione di tutti gli attori interessati la documentazione sulla VIS e la formazione indispensabile all'avvio dei lavori, formazione che si è concentrata sui concetti di sostenibilità, sul concetto di salute come esito di interazioni multisettoriali e sul concetto di valutazione quale opportunità di introdurre qualità e ottimizzazione nelle decisioni. Le competenze richieste per collaborare alla procedura di valutazione delle politiche cantonali, infatti, non erano disponibili, essendo oltretutto fondate sulla specifica competenza in salute pubblica.

In questo modo tutti i membri della Commissione VIS hanno acquisito delle competenze e delle capacità di cerniera tra settori diversi che hanno rinforzato una cultura dell'interdipartimentalismo abitualmente poco sviluppata. Un risultato importante, considerata la mancanza di una cultura comune della valutazione (tipicamente vissuta piuttosto come sanzione un po' in tutte le amministrazioni pubbliche) e del concetto di salute [4]. Occorre porre in evidenza, infine, che nell'implementazione del progetto si è insistito sulla definizione comune, all'interno della Commissione VIS, delle regole del gioco (criteri di selezione delle politiche da valutare *in*

[2] Si veda l'articolo di K. Frei e K. Schuhmacher pubblicato in questo stesso dossier.

[3] Azioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2: 2.1.1. Promuovere iniziative volte ad aumentare il numero di anni di vita in buona salute e a promuovere l'invecchiamento attivo; sostenere provvedimenti volti a favorire e ad analizzare l'impatto della salute sulla produttività e sulla partecipazione al mercato del lavoro per contribuire al conseguimento degli obiettivi di Lisbona; sostenere misure intese a studiare l'impatto di altre politiche sulla salute.

[4] Per maggiori informazioni sul progetto si consulti il sito dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria sotto la rubrica "Progetti di promozione della salute", oppure il sito www.impactsante.ch sotto la rubrica "EIS en Suisse".

primis) e sullo sviluppo endogeno degli strumenti di lavoro, ritenendo che ciò fosse pregiudiziale per stabilire la fiducia, l'adeguato spirito di collaborazione e di confronto aperto ma anche per non trasmettere una certa volontà di "imperialismo della salute" sui settori non sanitari che è totalmente estranea alle intenzioni del progetto.

In questo contesto è sorta ed è tuttora in corso la riflessione circa la possibilità di integrare la VIS in strumenti di analisi già esistenti come la Valutazione d'impatto ambientale (VIA), la Valutazione d'impatto strategico (VISt) o quella sempre più richiesta a livello nazionale di sostenibilità, sia per sfruttare le sinergie disponibili sia per ridurre al minimo l'impatto interno di una nuova procedura. In sostanza, nel corso di questa prima fase ha potuto emergere una sensibilità crescente verso la VIS e verso la necessità di integrare orizzontalmente tutte le politiche pubbliche al fine di migliorare le sinergie e la coerenza delle politiche pubbliche.

Gli strumenti

La VIS non è una scienza e dal punto di vista metodologico non è codificata in modo univoco. Essa fa capo ad una quantità di strumenti e di metodi mutuati da altre scienze (v. il riquadro); l'esecuzione di un intero processo VIS può dunque articolarsi in sequenze abbastanza varie. Ciononostante è comunemente riconosciuto che essa preveda tipicamente sei fasi di analisi, come rappresentato nella figura A.

Se dunque la VIS in se stessa è già uno strumento di valutazione, anche la procedura decisa dal CdS lo è in quanto dispositivo che rende possibile l'esecuzione di VIS su provvedimenti che hanno un possibile impatto sanitario (v. fig. B). Attraverso quest'ultima, infatti, si gestiscono le diverse fasi della VIS viste in figura A, secondo le esigenze di coordinamento e consultazione poste dal contesto dell'Amministrazione ticinese.

La Valutazione d'impatto sulla salute

"Una combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui giudicare una politica, un programma o un progetto secondo i suoi effetti potenziali sulla salute di una popolazione e secondo la distribuzione di questi effetti in questa popolazione" [2]. In sintesi, una stima degli effetti di una specifica azione sulla salute di una determinata popolazione.

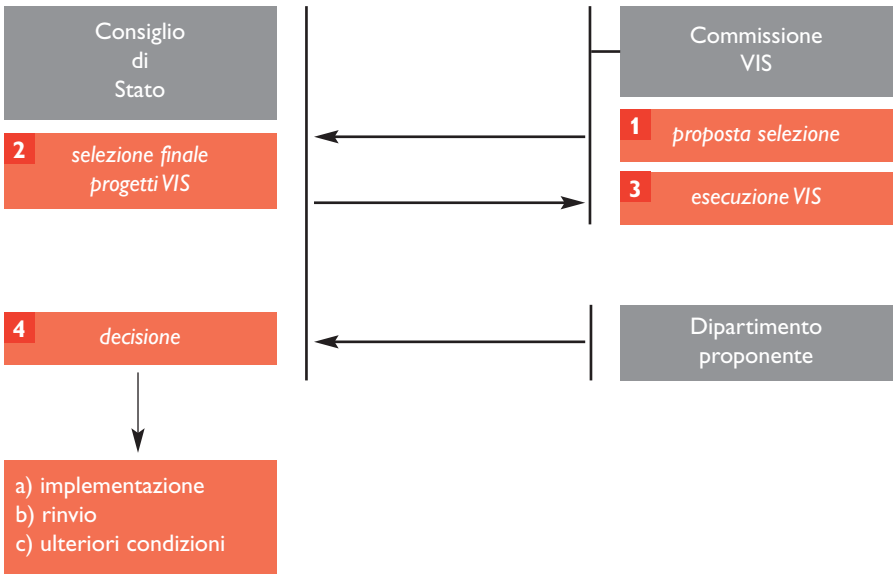
L'obiettivo principale della VIS è la minimizzazione dei rischi e la massimizzazione dei benefici per la salute attraverso l'individuazione di misure correttive. Un obiettivo secondario, nondimeno considerevole, è il miglioramento qualitativo delle decisioni prese e l'ottimizzazione delle risorse investite tramite la riduzione delle spese riparatorie e la valorizzazione dei fattori che favoriscono la salute.

La capacità predittiva della VIS dipende da un modello causale che assume che un certo provvedimento impatti, modificandoli, un certo numero di determinanti della salute e che questo fatto, a sua volta, modifichi i risultati di salute. Essa usa sia informazioni quantitative, tipicamente dati epidemiologici, sia qualitative, impiegando dati e modelli derivati dalle scienze sociali. Ammettere unicamente le prime, in nome di una quantificabilità o oggettività equivoche, finirebbe tuttavia per trascurare molti determinanti che hanno un ruolo chiave nelle variazioni dello stato di salute - soprattutto quelli di tipo economico e sociale - e ne limiterebbe drasticamente il campo d'applicazione. Lo scopo della VIS, si noti, non è di offrire certezze, ché il giudizio e la scelta restano comunque delle necessità, bensì di ridurre le incertezze e di rendere informate le valutazioni dei *decision-maker*.

Concretamente, l'output principale di ogni VIS è un rapporto contenente delle raccomandazioni all'indirizzo dell'ente responsabile per il provvedimento valutato.

Secondo lo schema della figura B, che rappresenta la versione della procedura indicata dal CdS per la sperimentazione, è previsto che quest'ultimo indichi un numero limitato di progetti da valutare sulla base delle proposte segnalate dalla Commissione VIS. L'esecuzione sarebbe poi demandata al dipartimento proponente il provvedimento, che resta indipendente e responsabile, con l'accompagnamento della Commissione VIS in

B Procedura di consultazione VIS iniziale



Fonte: UPVS, 2008

«La popolazione, di norma, non coglie la relazione tra politiche pubbliche e salute, né consapevolmente né nel modo corretto; anzi.»

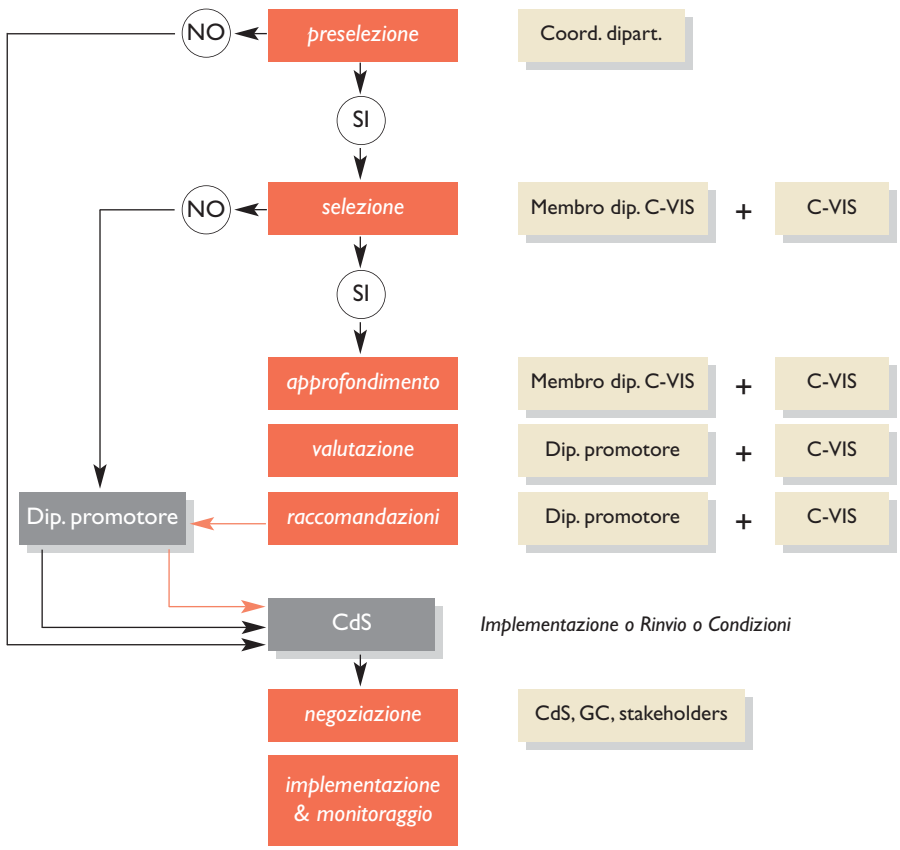
qualità di ente tecnico di supervisione. Sarà infatti il dipartimento stesso a sottoporre al CdS il provvedimento nella sua forma finale, quindi eventualmente modificato in funzione degli esiti e delle raccomandazioni risultanti dal rapporto VIS, e sarà il CdS che dovrà poi permetterne l'implementazione o rinviarlo come ancora inadeguato o ancora imporre specifiche condizioni per la sua implementazione, come ad esempio ulteriori misure correttive o di accompagnamento.

Come si può notare, la formulazione ancora abbastanza imprecisa di questa procedura la rende piuttosto flessibile consentendo un margine di manovra relativamente ampio ai dipartimenti. Essa non definisce tuttavia come la Commissione VIS possa accedere alle informazioni sui provvedimenti in gestazione all'interno dei dipartimenti. Sarebbe infatti importante cogliere questi progetti ben prima della fase di implementazione per poterli, se del caso, correggere. Lo strumento che qui servirebbe sarebbe il cosiddetto *tableau de bord* per la gestione sistematica e centralizzata dei progetti previsto dal progetto "Gestione progetti" di Amministrazione2000, considerato quale strumento di controllo unificato, che tuttavia fino ad oggi sembra essere in uso solo presso il DT, la Sezione della logistica e la Sezione del lavoro. In mancanza di ciò, per la selezione occorre fare capo a chi conosce il contenuto del flusso di decisioni (progetti, provvedimenti etc.) che scorre come una sorta di fiume dentro i dipartimenti e che sfocia, a seconda dei casi, in un oggetto sottoposto per decisione al CdS: in buona sostanza, il coordinatore di dipartimento (o eventualmente i membri dello staff di direzione). Questa nuova figura è quindi entrata nella procedura di valutazione dei provvedimenti cantonali, modificando lo schema originario e introducendo *de facto* la fase di preselezione.

D'altra parte, che il dipartimento resti responsabile delle sorti del provvedimento che intende proporre è essenziale affinché la VIS non sia percepita come una usurpazione di competenza e rappresenta anche uno stimolo a mantenere l'iniziativa. È così accaduto che alcuni dipartimenti abbiano avviato una VIS su un provvedimento senza attendere l'indicazione del CdS. Un fatto positivo che modifica, ancora una volta, lo schema originario. Così mentre nella procedura originaria il CdS ha il controllo sui provvedimenti da valutare e mantiene un ruolo centrale lungo tutto l'iter, nella ipotetica nuova procedura che si sta delineando esso ha il ruolo di controllo finale ma lascia ai dipartimenti quello di protagonista; è quanto illustra la figura C, dove a sinistra sono rappresentati i flussi, al centro le fasi e a destra gli attori principali. Questo tipo di iniziativa riflette molto chiaramente la volontà dei dipartimenti di mantenere il controllo sul proprio operato e di cogliere l'opportunità di migliorare una decisione.

Per l'esecuzione delle VIS sono però necessari anche altri strumenti. In particolare non potendosi appesantire ulteriormente il carico di lavoro dei funzionari con nuove procedure interne, che oltretutto rallenterebbero il flusso esecutivo dei progetti, questi strumenti devono essere quanto più possibile agili e facili da usare. Per supporta-

C Ipotetica nuova procedura VIS



Legenda delle abbreviazioni:
CdS: Consiglio di Stato; **Dip. promotore**: dipartimento responsabile del provvedimento in analisi; **Coord. dipart.**: il singolo coordinatore dipartimentale (membro del Gruppo di Coordinamento Interdipartimentale ristretto, GCIr); **C-VIS**: la Commissione VIS (collegio); **Membro dip. C-VIS**: il rappresentante di ciascun dipartimento nella Commissione VIS; **GC**: Gran Consiglio

Fonte: UPVS, 2008

D Estratto della griglia di preselezione

Nome ufficiale del progetto o eventuale nome breve	
Linee Direttive *No. obiettivo e scheda*	
Responsabile del progetto, sezione/ufficio	

a) Quale priorità ha questo provvedimento per il Dipartimento?

Alta ☐ Media ☐ Bassa ☐

b) Qual è lo stato di avanzamento di questo provvedimento?

Avanzato ☐ Intermedio ☐ Precoce ☐

Opportunità di eseguire una VIS		
In questo momento, a sua conoscenza:	***A favore* VIS**	***Contro* la VIS**
Il provvedimento è negoziabile, cioè è suscettibile di essere modificato o integrato da misure a favore della salute?	Sì	No
Il Dipartimento, a causa di limiti esterni (tempo, risorse, priorità di terzi, altro), è nell'impossibilità di spostare i termini per una decisione?	No	Sì
Le chance di modificare la decisione del Dipartimento sul provvedimento sono limitate?	No	Sì

Fonte: UPVS, 2008

re le fasi di preselezione, selezione e delimitazione - quelle maggiormente connotate da ripetitività e sistematicità, essendo quelle attraverso le quali si avviano alla valutazione vera e propria solo i provvedimenti che richiedono di essere emendati - si è quindi optato per delle griglie di valutazione standardizzate, una sorta di *check-list* con cui filtrare i provvedimenti.

Vediamo dunque brevemente questi strumenti. Il primo è il formulario descrittivo di progetto, che serve per sintetizzare in poche pagine le caratteristiche chiave del progetto considerato (durata, attori, costo, conflitti etc.), quindi per raccoglierne i dati qualitativi e quantitativi essenziali. Oltre a servire il processo di VIS, esso potrebbe soddisfare anche le raccomandazioni della Cancelleria dello Stato del 05.12.05 con cui è stato richiesto di presentare una nota in forma sintetica che evidenzi obiettivi, aspetti essenziali e proposte di oggetti sottoposti al Consiglio di Stato con trattanda all'ordine del giorno e relativo incarto, nell'intento di agevolarne l'esame e la discussione[5]. Nel formulario, infatti, tra altre informazioni qualitative è richiesto di indicare anche quale sia la dimensione economico-finanziaria del progetto e quali siano gli indicatori per il monitoraggio.

Il secondo strumento è la griglia di preselezione, con la quale deve essere stabilito dal punto di vista delle opportunità politico-strategiche se il provvedimento in oggetto può essere candidato alla VIS (v. fig. D). Talvolta, infatti, alcuni provvedimenti non sono nelle condizioni di essere modificati, perché questo, ad esempio, rallenterebbe l'iter di approvazione o perché altre ragioni economiche o strategiche di ordine superiore lo impediscono. Peraltro sarebbe inefficiente avviare un processo di valutazione, con costi e possibili ritardi annessi, destinato ad essere ben presto bloccato. In questo caso, con solo una decina di brevi domande lo strumento formalizza la scelta del dipartimento e lo aiuta ad evitare che aspetti sanitari importanti restino disattesi - un'ipotesi realistica in assenza di una radicata cultura interdisciplinare e intersettoriale (v. fig. D). Porre sistematicamente delle domande sulla natura dei possibili esiti sanitari, anche in assenza di competenze specifiche, e mettere le risposte in relazione ad altri possibili priorità concorrenti non basta ad evitare rischi importanti, ma ha il vantaggio di mettere in discussione ipotesi predeterminate che potrebbero dimostrarsi poco felici, quando magari avrebbero potuto essere meglio gestite investendo poco tempo. Ma con questo strumento siamo ancora nel campo dell'apprezzamento puramente qualitativo.

Il terzo strumento, la griglia di selezione, dispone di maggiore oggettività, per quanto si resti nella sfera delle stime eseguite in fase di pre-valutazione. In questo ambito l'esperienza e la competenza, o alternativamente l'accompagnamento di un gruppo multisettoriale e interdisciplinare, possono rivelarsi fondamentali. Questa griglia sostanzialmente è una *check-list* di 11 domande generiche, a cui rispondere con un sì o un no, e attraverso cui verificare se altrettante categorie di determi-

[5] Messaggio e-mail a tutti i funzionari dirigenti dal Cancelliere dello Stato in data 05.12.05, punto 1.

foto Ti-Press / Samuel Golay

E Griglia di selezione, parte di domanda 2

2. Il provvedimento potrebbe aumentare, anche indirettamente, la diffusione o l'incidenza di problemi di salute fisica o mentale?	SI	NO
Eventi e problemi sanitari critici (selezionare solo quelli pertinenti):		
Salute fisica:		
☐ Incidenti e ferite		
☐ Malattie trasmissibili, incluse le malattie infettive di origine alimentare		
☐ Malattie non trasmissibili (es. malattie cardiovascolari, diabete)		
☐ Particolari condizioni di salute (es. ipertensione, obesità, insufficienza ponderale alla nascita)		
☐ Cattiva salute dentale		
Salute mentale		
☐ Bassa autostima e scarsa fiducia in se stessi		

Fonte: UPVS, 2008

nanti diretti o indiretti della salute risultino impattati dal provvedimento. Ad ogni categoria corrisponde poi un set di determinanti più dettagliati in modo da evidenziare con relativa precisione in quali aree il provvedimento potrebbe avere effetti che devono essere meglio gestiti.

In particolare, la domanda numero 1 indaga il provvedimento per evitare che possa risultare pregiudizievole per gruppi di popolazione già svantaggiati o a rischio di marginalizzazione (bambini, anziani, disoccupati, etnie di minoranza etc.). La domanda numero 2 (v. fig. E) tende a verificare la possibilità che vi possano essere effetti diretti sulla salute fisica o psichica di uno o più gruppi di popolazione. Le domande restanti indagano il rischio di impatto sulle altre categorie di determinanti della salute già richiamate nell'articolo introduttivo di questo "tema": determinanti comportamentali (induzione a fumo, alcol, farmaci etc.), determinanti sociali (minaccia per la coesione del nucleo familiare, per la funzione genitoriale educativa della scuola, per la sicurezza etc.), determinanti ambientali (qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo, degli alimenti, delle abitazioni etc.), determinanti economici (distribuzione della ricchezza, occupazione, accesso alla proprietà) e determinanti societali (livello di democrazia, accesso ai processi decisionali, rispetto delle diversità etc.). La figura F, come la E, è un'immagine tratta dalla *check-list* di selezione qui non rappresentabile integralmente (un centinaio di *item*, 10 pagine).

Si noti che essendo ogni criterio posto a pari livello degli altri, le risposte non risultano pesate in alcun modo, cosicché anche una sola risposta positiva su di un solo *item* innescherà la fase seguente della delimitazione. Sarà proprio in questa sede che sarà possibile decidere se la natura delle conseguenze previste richiedano una vera e propria VIS o una sua variante ridotta.

A questo scopo la fase di delimitazione (o approfondimento) utilizza una griglia di ricapitolazione (v. fig. G), nella quale è possibile precisare ulteriori caratteristiche del provvedimento: in funzione della gravità, della latenza (effetto immediato o ritardato nel tempo), della probabilità, dell'intensità e della quantificabilità degli effetti preconizzati, nonché della disponibilità di competenze, tempo, finanze e dati, sarà possibile stabilire secondo quali modalità procedere alla vera e propria valutazione del provvedimento.

F Griglia di selezione, domanda 7

7. Questo provvedimento in qualche modo potrebbe ostacolare l'integrazione sociale degli individui o dei gruppi interessati?	SI	NO
Principali fattori d'integrazione sociale (selezionare solo quelli pertinenti):		
☐ Rapporti sociali (considera il numero e la frequenza di contatti in varie reti, ad esempio comunità, scuola, lavoro, ecc.)		
☐ Supporto sociale (considera supporti pratici ed emotivi)		
☐ Rapporti di buon vicinato		
☐ Partecipazione nella comunità		
☐ Appartenenza a gruppi della comunità (associazioni, ONG, partiti politici etc.)		
☐ Reputazione della comunità/area		
☐ Partecipazione nella gestione pubblica		
☐ Discriminazione/Timore di discriminazione (secondo età, sesso, orientamento sessuale, razza, religione e disabilità)		

Fonte: UPVS, 2008

	Area geografica	Popolazione impattata (o gruppo)	Effetto Descrizione dell'effetto	Misura/azione che provoca l'impatto	Determinanti	Impatto previsto **Natura**: positivo, negativo **Misura**: ++, +, 0, -, – **Quantificabilità**: (Q) qualitativo (S) stimabile (C) calcolabile		Probabilità d'impatto (rischio) (S) sicuro (P) probabile (I) ipotetico			Termine d'impatto (bT) breve (mT) medio (lT) lungo		
						positivo	negativo	S	P	I	bT	mT	lT
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													

Fonte: UPVS, 2008

Conclusioni

La sperimentazione della VIS nel progetto descritto in questo articolo è giunta, lavorando su alcuni provvedimenti test, fino alla fase della delimitazione appena evocata. Non sono pertanto ancora disponibili elementi concreti che ne permettano una valutazione complessiva. Alcune considerazioni, frutto di quest'esperienza parziale, sono comunque già possibili.

La valutazione di questo progetto deve certamente focalizzarsi sul rapporto tra obiettivi, mezzi e bisogni, e quindi, mettendo in relazione piani diversi di verifica, metterne anche in discussione la pertinenza, la coerenza oltre che l'efficienza e l'efficacia. D'altra parte la valutazione dell'efficacia del progetto passa necessariamente anche attraverso la valutazione dell'efficacia della VIS stessa in quanto strumento predittivo. È noto, tuttavia, che questa operazione risulta estremamente difficoltosa [5] poiché verificare i danni che si sono evitati significa indagare un oggetto di ricerca sfuggente: in questi casi l'efficacia può essere più facilmente dedotta dalla qualità del processo eseguito che non dai risultati conseguiti. Per questo è estremamente importante sorvegliare la corretta applicazione dei principi cardine della VIS nel corso della sua esecuzione, tenuto anche conto che essa non si fonda su una metodologia consolidata ma sulla capacità di combinare da caso a caso metodi e procedure multidisciplinari.

Date queste premesse, la valutazione dovrà quindi riconoscere ampio spazio anche ai risultati politici o strategici conseguiti [6]. Si tratta, in definitiva, di apprezzare quanto la misura abbia contribuito a produrre risultati ed effetti che, pur essendo forse secondari, sono comunque funzionali al conseguimento di quelli principali. Così ad esempio, al di là di quelli che sono i suoi obiettivi specifici, nel Cantone Ticino la VIS fino ad ora ha dimostrato a livello pratico di essere un buon catalizzatore dell'approccio intersettoriale. La sua messa in opera, con tutte le strategie e le attività che ha dispiegato, con tutte le risorse e gli attori che ha interessato, ha contribuito a gettare ponti culturali e collaborativi tra i dipartimenti. Nuove collaborazioni, forse ancora instabili ma comunque reali, hanno preso vita e operano nel comune interesse della protezione dell'ambiente e della salute: si veda a questo proposito la creazione del Gruppo operativo salute ambiente (GOSA). Anche la capacità di coinvolgere altri attori nel progetto di riforma è nel frattempo cresciuta e resterà disponibile per future occasioni, sedimentando quindi anche un processo di apprendimento strategico ed organizzativo. Risultati interessanti che travalicano il progetto stesso, per un'Amministrazione cantonale che ha bisogno di superare gli steccati del settorialismo e del dipartimentalismo. ■

Bibliografia

[1] Frei, Kurt; Casabianca, Antoine (2004), *Health Impact Assessment of Ticino's public policy*, Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung. Disponibile anche online: http://www.hpm.org/survey/ch/a4/1

[2] WHO European Centre for Health Policy (1999), *Health impact assessment: main concepts and suggested approach: Gothenburg consensus paper*, Brussel, WHO Regional Office for Europe. Disponibile anche online : http://www.euro.who.int/document/e78418.pdf

[3] Tomada, Agelo; Quaglia, Jacqeline (2002), *Sondaggio 2000 Salute e determinanti: rapporto sullo stato di salute della popolazione residente in Ticino e sull'influsso reale e percepito dei determinanti eco-socio-economici*, Bellinzona, Sezione sanitaria.

[4] Cantoreggi, Nicola et al. (2007), *HIA in Switzerland: considerations concerning the experience of the Cantons of Geneva, Jura and Ticino*, in "Italian Journal of Public Health", 4 (n. 3), 169-175. Disponibile anche ondine: http://www.ti.ch/DSS/DSP/SezS/pdf/IJPH_2007_KF_AC_HIA.pdf

[5] Taylor, L; Gowman, N; Quigley, R. (2003), *Evaluating health impact assessment*, London, Health Development Agency. Disponibile anche online: http://iaia.org/non_members/pubs_ref_material/Evaluating%20HIA%20pdf.pdf

[6] Wismar, Matthias (2004), *The effectiveness of health impact assessment*, in "Eurohealth"; 10 (n. 3–4), 41–43. Disponibile anche online: http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth10_3-4.pdf