

POAT SALUTE 2007 – 2013

LINEA DI ATTIVITA' TRASVERSALE 2

**Supportare la definizione e l'utilizzo di modelli e strumenti
per integrarla VIS nella programmazione**

LT2_SIC_01 Linee Guida VIS Regione Sicilia

REGIONE SICILIA

PRODOTTO DEFINITIVO



Preparazione e redazione del Testo a cura del Gruppo di Lavoro Regionale:

Coordinamento e Revisione a cura dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS):

Prof. Francesco Di Stanislao, Prof.ssa Roberta Siliquini, Dott.ssa Maria Rosaria Gualano, Dott.ssa Selene Fulvi, Dott.ssa Elisa Draghi, Dott. Fabrizio Bert.

Regione Siciliana Assessorato della Salute:

Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico

Avv. Ignazio Tozzo (Dir. Gen.), Dr. Salvatore Scondotto, Dott.ssa M.P. Ferro, Dott.ssa G. Dardanoni, F. Cusumano, R. Lo Brutto, P. Miceli, P. Ciranni, S. Milici, A. Cernigliaro, F.T. Cutrò, S. Pollina Addario, A. Marras, R. Piazza.

Dipartimento Pianificazione Strategica

Dott.ssa M.G. Furnari, A.M. Abbate, D. Pepe.

Università degli Studi di Palermo Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Prof. F. Vitale, Prof. A. Firenze, Dr. V. Restivo, Dr. R. Ascianto, Dr. Claudio Costantino, Dr. D. Farinella, Dr. I. Sinatra, Dr. L. Pantaleo.

ASP Caltanissetta

Dr. P. Gervaso,

ASP Catania

Dr. D. Pulvirenti, Dr. N. Cafarella

ASP Enna

Dr. S. Madonia, Dott.ssa A. Strazzanti

ASP Messina

Dr. C. Crisicelli, Dr. P. Quattone

ASP Palermo

Dr. V. Piricò, Dott.ssa R. Lo Giudice

ASP Trapani

Dr. R. Candura, G. Canzoneri

Consulta Regionale della Sanità– art 17 l.r. 14/4/2009 n. 5

Segr. Sig.ra T. Maltese

1. PREMESSA

<i>Cos'è la VIS</i>	04
<i>Storia ed evoluzione della VIS a livello internazionale e nazionale</i>	05
<i>Campi di applicazione</i>	07
<i>Integrazione con VAS e VIA</i>	08
<i>Riferimenti normativi</i>	11

2. INTRODUZIONE

<i>Rilevanza</i>	15
<i>Finalità VIS</i>	15
<i>Settori e ambiti di priorità in Sicilia</i>	15

3.METODOLOGIA

<i>Soggetti (committenti - titolari - strutture tecniche) da coinvolgere e responsabilità</i>	20
<i>Fonti dei dati</i>	21
<i>Struttura, fasi, metodi , strumenti della VIS</i>	22
<i>Screening</i>	22
<i>Scoping</i>	26
<i>Appraisal</i>	28
<i>Reporting</i>	32
<i>Monitoring</i>	33

4. RACCOMANDAZIONI CONCLUSIVE

<i>Proposte operative per l'applicazione della VIS in Regione Sicilia</i>	35
---------------------------------------------------------------------------------	----

5. BIBLIOGRAFIA	36
------------------------------	----

1. PREMESSA

1.1 Cos'è la VIS

La Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) è uno strumento che consente di organizzare le conoscenze sugli effetti che programmi, progetti e politiche hanno sulla salute della comunità, utilizzando conoscenze e tecniche derivanti dall'epidemiologia, dalla sociologia, dalla sanità pubblica e basandosi su un approccio intersettoriale e multidisciplinare. Lo scopo della VIS è l'accertamento a priori della compatibilità con la salute dei cittadini, della realizzazione di un nuovo progetto o delle scelte programmatiche definite dai soggetti istituzionali nei settori non strettamente sanitari (economia, istruzione, ambiente, trasporti, ecc.). Essa rappresenta un aiuto alla decisione per i responsabili politici e, al contempo, un mezzo per responsabilizzare gli attori implicati (stakeholders). La VIS tende così a realizzare nella pratica gli approcci della sostenibilità, della partecipazione attiva e della promozione della salute.

Gli obiettivi generali che la VIS si propone di perseguire sono:

- individuare i più significativi rischi e benefici prodotti in conseguenza della realizzazione della proposta oggetto di valutazione;
- descrivere le azioni che sono state progettate per proteggere e promuovere la salute delle comunità residenti coinvolte;
- lasciare una traccia nel background culturale affinché i decisori pongano sempre la salute entro la programmazione politica delineando le relazioni e i soggetti coinvolti nel processo decisionale-gestionale.

Il riferimento principale per la definizione della VIS è il documento di consenso elaborato nel 1999 a Goteborg dall'*European Centre for Health Policy* attraverso una consultazione di esperti che recita: "La Valutazione di Impatto sulla Salute è una combinazione di procedure, metodi e strumenti con i quali si possono stimare gli effetti potenziali sulla salute di una popolazione di una politica, piano o progetto e la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione". Più sinteticamente, la VIS è finalizzata a sostenere il processo decisionale nella scelta tra opzioni diverse prevedendo le conseguenze future delle differenti opzioni che possono essere realizzate.

Quando la VIS viene attuata essa tiene conto della partecipazione degli stakeholders, coinvolgendo le persone che sono interessate da una decisione o che ne subiscono gli effetti.

Il processo di VIS è costituito da metodi per la valutazione quantitativa e qualitativa degli impatti, basata su un insieme di evidenze raccolte (assessment) e da alcune fasi procedurali che contribuiscono alla VIS e ne determinano l'efficacia. Tale processo è volto a costituire un percorso integrato mediante procedure elaborate per effettuare valutazioni improntate al rispetto dei valori di fondo cui la sanità pubblica si ispira: democrazia, equità, sviluppo sostenibile ed uso etico delle prove scientifiche. Ne deriva un percorso basato su:

- la consultazione di tutti i soggetti potenzialmente coinvolti e la necessità di intraprendere un dialogo informato e consapevole;
- il coinvolgimento dei decisori e la richiesta di assunzione di responsabilità;
- l'esame delle alternative esistenti per massimizzare gli effetti positivi sulla salute e minimizzarne quelli negativi;
- la proposta di strumenti di monitoraggio nel corso del tempo degli effetti previsti.

L'iter della VIS deve essere realizzato in modo multidisciplinare, non solo in termini di approccio ai problemi ma anche e soprattutto per quanto riguarda l'operatività, basata sul coinvolgimento di una varietà di competenze (epidemiologiche, ambientali, tossicologiche, mediche, sociologiche, statistiche, di comunicazione e partecipazione) strettamente legate alla specifica situazione.

Nella pratica, dal punto di vista della strategia di implementazione, si possono distinguere tre diverse tipologie di VIS, tutte con la loro validità e la loro ragione d'essere sulla base delle specifiche esigenze: VIS prospettica, VIS concorrente, VIS retrospettiva.

Nella grande maggioranza dei casi quando si parla di VIS si intende la prospettica. È nella fase preliminare dell'intervento, infatti, che i principi che governano il percorso valutativo trovano la maggiore efficacia. Un tipico caso di applicazione della VIS concorrente, invece, è quando un intervento o una politica sono soggetti a revisione; in questa fase si può aggiungere lo strumento VIS alle altre metodologie valutative già applicate. Infine più raramente può effettuarsi una VIS retrospettiva nei casi in cui si debba determinare l'impatto di progetti già esistenti per i quali si osservano degli effetti, oppure come modelli di partenza per VIS prospettiche di interventi similari.

1.2 Storia ed evoluzione della VIS a livello internazionale e nazionale

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto a partire dalla fine degli anni '70 il forte peso dei determinanti ambientali sulla salute. Nel 1978, ad Alma-Ata, si tenne una conferenza internazionale dalla quale ebbe vita la Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria. Il primo comma della suddetta Dichiarazione afferma che il più alto livello di salute richiede la partecipazione di diversi settori sociali ed economici così come del settore sanitario. Trent'anni dopo in una valutazione della Dichiarazione di Alma Ata si vide che la collaborazione intersettoriale è stata largamente ignorata in vari settori includendo: educazione, agricoltura e programmi pubblici. Poiché la collaborazione intersettoriale non si presenta spontaneamente, devono essere introdotti alcuni strumenti appositamente strutturati. La collaborazione intersettoriale nella formulazione delle politiche è stata, a tal proposito, classificata da Stead in tre livelli: cooperazione politica (livello inferiore), coordinamento delle politiche (livello intermedio), integrazione delle politiche (livello superiore). Lo stesso Stead propose la VIS insieme ad un piano di sviluppo sostenibile e alla Valutazione Ambientale Strategica (VAS) tra gli strumenti di coordinamento delle politiche.

Il percorso di elaborazione della VIS inizia nel 1982 quando le considerazioni sulla necessità di una valutazione d'impatto vennero estese anche alla salute in seguito ad una risoluzione della World Health Assembly che ha introdotto le basi per lo sviluppo dell'Health Impact Assessment. In Europa è stata però introdotta in prima battuta la procedura di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) dalla Direttiva Comunitaria 85/337/CEE (Direttiva del Consiglio del 27 giugno 1985, "Valutazione dell'impatto ambientale di determinati progetti pubblici e privati") quale strumento fondamentale di politica ambientale. Solo in seguito nascerà un percorso specifico per la VIS, collocabile nell'articolo n.129 del Trattato di Maastricht del 1992, che istituisce la Comunità Europea, e nella sua evoluzione rappresentata dall'articolo n.152 del Trattato di Amsterdam, firmato nel 1997, il quale stabilisce che "Nella definizione e applicazione di tutte le politiche ed attività comunitarie deve essere garantito un alto livello di protezione della salute umana", nonché nella risoluzione del Consiglio europeo del giugno 1999, con la quale si richiama la necessità di definire procedure di monitoraggio dell'impatto delle politiche comunitarie nell'ambito della sanità pubblica. In seguito il Piano Sanitario Strategico Europeo 2001-2006 ha adottato formalmente la VIS come metodo per assicurare la promozione della tutela della salute, all'interno della programmazione strategica delle politiche comunitarie.

La VIS é oggi largamente utilizzata e sviluppata soprattutto in Europa, ma anche in Nord America, Australia, Nuova Zelanda e Thailandia. La cornice di riferimento ha portato ad individuare tre principali modelli operativi a livello internazionale, che si distinguono per metodi, fasi e caratteristiche tipiche. Il primo orientamento, inizialmente proposto da Scott-Samuel et al. è adottato come modello prevalente nei paesi anglosassoni (comunemente noto come modello Merseyside) e si basa su un'idea di salute di tipo

socioeconomico, predisponendo all'analisi dei determinanti di salute e alla ricostruzione dell'informazione che attiene in generale al benessere della comunità. In questo caso il modello di VIS si orienta in maniera decisa verso l'inclusione di tutti i possibili *stakeholder* per favorire un processo democratico e ottenere un potenziamento della comunità, che si può applicare sia a livello di politiche sia di progetti. Il secondo orientamento seguito dal modello di VIS si è sviluppato in Germania, strettamente legato al concetto biomedico di salute, e ricorre alla raccolta delle prove scientifiche di natura quantitativa predisposte per la valutazione di progetti sottoposti a Valutazione d'Impatto Ambientale (VIA). In questo approccio gli strumenti per la valutazione sono quelli della VIA e le tecniche sono quelle usate per la stima del rischio (risk assessment), con largo uso di modelli matematici. Il monitoraggio è in questo caso parte integrante del percorso al fine di confrontare le stime di rischio con i risultati delle azioni avviate. Il terzo orientamento, nato in seguito ad un'inchiesta sulle disuguaglianze di salute, divulgato come Acheson Report (1998), si è ampiamente diffuso nei Paesi del Regno Unito per la valutazione delle politiche. Esso è rivolto alla sanità nel suo complesso e non al solo stato di salute, e conseguentemente pone particolare enfasi sull'equità nella distribuzione degli effetti e dei servizi e più in generale sull'uguaglianza nel diritto alla salute. Il modello di VIS che ne consegue è di tipo partecipativo, cioè basato sul riconoscimento alla comunità di una propria capacità decisionale e responsabilità all'interno di tutto il percorso di VIS. Per questo obiettivo è data specifica attenzione allo sviluppo, all'avvio e al consolidamento di metodi e pratiche per il coinvolgimento delle comunità locali. Al centro di questo terzo orientamento è posta la consapevolezza che il fine di un percorso di VIS, in forza del suo carattere sistematico multidisciplinare, applicato in una prospettiva di equità sociale e condotto dal basso è quello di attribuire legittimità alle decisioni collettive.

Come avviene in alcuni paesi dell'Unione Europea (ad esempio in Inghilterra e Svezia), la VIS può essere una procedura "volontaria" e autonoma, che può in taluni casi affiancare la valutazione di impatto ambientale per indirizzare attenzione specifica agli effetti non intenzionali di progetti e politiche pubbliche sulla salute delle comunità. Questo tipo di utilizzo predispone la VIS ad essere inclusa nella VAS al fine di promuovere la salute anche nella programmazione delle politiche ambientali. Diversamente, nell'esperienza canadese e australiana la VIS è incorporata nella procedura di autorizzazione dei progetti sottoposti a VIA, con lo scopo di fissare riferimenti per gli aspetti sanitari là dove si riconoscono o si ipotizzano possibili impatti sull'ambiente. In questo ultimo caso la valenza della VIS è quella descritta nei termini più classici, poiché dipende dagli obiettivi posti dalla normativa in materia ambientale. La prerogativa attribuita dalla visione più moderna della VIS, cioè quella di essere strumento a sostegno della programmazione utilizzato a monte della realizzazione delle opere, è qui limitata dall'utilizzo effettivo della VIS all'interno del percorso di VIA. E' importante sottolineare che la resistenza nell'incorporare la VIS in altre forme di valutazione di impatto, risulta principalmente legata al timore di ridurre o modificare la sua natura originaria di strumento volto a focalizzare gli aspetti di salute rispetto a quelli ambientali e all'interno della salute concentrare l'attenzione sul sociale.

In Europa la responsabilità istituzionale nell'applicazione di VIS a livello delle politiche è assunta dai governi in Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord. In Svezia la VIS è un requisito per l'attuazione del Piano di Azione per la protezione ambientale e sanitaria nazionale, nei Paesi Bassi specifici strumenti operativi per la VIS sono ormai standardizzati e applicati a politiche intersettoriali nazionali. In Germania la VIS si è sviluppata come procedura nell'ambito della VIA ed è stata declinata soprattutto in relazione alla pianificazione di grandi progetti, come ad esempio l'Aeroporto Internazionale di Berlino Brandenburg. Esperienze di rilievo sono state effettuate in diversi altri Paesi, come in Lituania, Slovenia, Spagna, Irlanda del Nord, Ungheria, Finlandia, Polonia, Svizzera e anche in Italia.

In Italia non c'è attualmente una legislazione che preveda la VIS a livello nazionale, mentre a livello regionale esistono spazi diretti o indiretti di applicazione dello strumento. La Regione Toscana, ad esempio, ha inserito nella legge urbanistica regionale di riforma del sistema e delle procedure di pianificazione e valutazione delle trasformazioni territoriali (LR. N. 1 del 3 gennaio 2005) il concetto di valutazione degli effetti sulla salute umana e della cumulatività degli impatti, sia in riferimento alla

popolazione interessata dal piano in esame, sia all'ambiente ed al paesaggio che viene pianificato e trasformato.

La Regione Abruzzo con la Legge Regionale n. 2 del 10 marzo 2008, "Provvedimenti urgenti a tutela del territorio regionale" aveva previsto la valutazione del rischio sanitario determinato da fonti di inquinamento ambientale, e al comma 4 dell'art.1 la predisposizione di apposite linee guida, che sono state effettivamente redatte (Pagliani e Desiderio, 2008). L'articolo della legge regionale è stato poi modificato da una norma successiva sullo stesso tema, che rimuoveva però il riferimento alla valutazione del rischio sanitario (Legge Regionale n. 32 del 18 dicembre 2009).

L'ARPA Piemonte ha realizzato il progetto "test di un modello per valutare gli impatti su ambiente e salute per identificare aree a rischio", che coinvolge le ASL e le supporta nei pareri alle conferenze di servizi con un metodo di VIS. I progetti esaminati dall'ARPA Piemonte sono stati quelli riguardanti l'inceneritore della città di Torino e la linea elettrica ad alta potenza tra Domodossola e Borgomanero. Anche l'Arpa Puglia è coinvolta solo occasionalmente in processi di VIS, come nel caso della valutazione del rischio per le emissioni di benzo(a)pyrene, emesse dall'impianto industriale di Taranto. Nel Lazio il Dipartimento Epidemiologia SSR Lazio ha effettuato una VIS riguardante l'impatto delle politiche per la riduzione del traffico attuate a Roma tra 2001 e 2005 sulla qualità dell'aria e sulla salute pubblica. L'analisi, sviluppata nell'ambito del progetto Intarese, ha valutato i benefici di tali politiche in differenti gruppi di popolazione urbana. Infine in Emilia Romagna si è da poco conclusa una VIS sulla gestione dei rifiuti (Progetto Monitor). Questa ha cercato di organizzare un sistema di sorveglianza ambientale e di valutazione epidemiologica nelle aree circostanti gli impianti di incenerimento in Emilia-Romagna con lo scopo di approfondire le conoscenze sulle emissioni, analizzare ricadute e impatto delle emissioni sull'ambiente e sulla salute, maturare esperienze di valutazione di impatto sulla salute e migliorare la capacità di comunicazione e gestione dei conflitti ambientali.

1.3 Campi di applicazione

I possibili campi di applicazione della VIS sono deducibili già dal contenuto della risoluzione del Consiglio europeo del giugno 1999, con la quale si richiama la necessità di definire procedure di monitoraggio dell'impatto delle diverse politiche nell'ambito della sanità pubblica nonché da quanto affermato nello stesso anno dall'allora Ministro Italiano Rosy Bindi: *"tutte le attività che hanno un effetto sulla salute devono essere sottoposte a una valutazione d'impatto sanitario analoga a quella che si fa in campo ambientale"*.

Esperienze recenti mostrano come sempre più spesso vengano invocate misure precauzionali per evitare gli effetti sulla salute di numerosi potenziali fattori di rischio, tanto che l'approccio cautelativo (principio di cautela, o di precauzione) è entrato a far parte del quadro legislativo della UE. Prima di dare l'avvio ad un progetto, comunità locali e amministratori richiedono evidenze scientifiche "certe" per proteggere la salute da possibili fattori di rischio. Inoltre, le Pubbliche Amministrazioni che autorizzano o pianificano interventi sul territorio devono confrontarsi con la crescente sensibilizzazione delle popolazioni sui rischi per la salute pubblica.

La VIS può essere applicata a diverse tipologie di settori garantendo comunque una solida valutazione del potenziale impatto sulla salute e procurando informazioni preziose per formare e orientare l'autorità decisionale. La VIS può essere applicata a qualsiasi livello di governo e a qualsiasi tipo di progetto.

Sono stati prodotti modelli di VIS a tutti i livelli di governo: locale, regionale, nazionale e sovranazionale. La VIS trova tra i suoi principali campi di applicazione la valutazione degli impatti e l'analisi delle attività di proposte che riguardano numerosi settori tra i quali:

- trasporti
- pianificazione urbanistica

- ambiente
- sanità
- assistenza sociale
- finanza
- energia
- agricoltura
- industria
- istruzione
- turismo
- ambiti multisettoriali

Le attività inerenti ogni settore in questione possono spaziare dai progetti (ad esempio la costruzione di un centro commerciale, o di un'arteria stradale ad intenso traffico o una centrale termoelettrica) ai programmi (come un'opera di riqualificazione urbana o un programma di pubblica sicurezza), alle politiche (ad esempio strategie integrate dei trasporti, pianificazione territoriale, l'imposizione di una tassa sui combustibili, ...). In quanto strumento a sostegno della programmazione utilizzato a monte della realizzazione delle opere può essere utile nel caso di scelta di diverse collocazioni di impianti o strutture impattanti. Può fornire dati rilevanti per la scelta della localizzazione preferenziale e per indicare le mitigazioni che appaiono necessarie, assieme agli strumenti di monitoraggio per accompagnare l'opera da realizzare esaminando le caratteristiche di una tecnologia, di un'opera, di un impianto, realizzati in una specifica area e prendendo in esame le diverse opzioni tecnologiche disponibili e le diverse localizzazioni possibili.

Una funzione non meno importante potenzialmente svolta dalla VIS è quella di strumento per la valutazione della equità sociale. Esperienze a livello internazionale mostrano che un esplicito e sistematico ricorso al processo di VIS per qualunque progetto/proposta o azione politica, è necessario per assicurare le adeguate informazioni sui passi da compiere per garantire l'equità sociale dell'opera proposta. Quando una politica, un programma o un progetto sono implementati, gli effetti che hanno sulla salute generalmente non si distribuiscono in maniera paritaria fra i diversi sottogruppi della popolazione. C'è chi ne trae benefici chi svantaggi, o al limite chi subisce più svantaggi di altri. In letteratura esistono diverse interpretazioni su come una procedura di VIS possa contribuire ad evitare che si trasmettano queste disuguaglianze.

1.4 La VIS e le sue integrazioni con le altre procedure di valutazione d'impatto

Le diverse valutazioni d'impatto affondano le loro radici nei principi ispiratori del diritto ambientale europeo. In particolare, il **Principio della Prevenzione** e della **Precauzione** (entrambi art. 191 del Trattato di Lisbona) sono due dei principi più importanti alla base delle procedure di valutazione d'impatto. Il primo ha l'obiettivo di evitare i danni ambientali azzerando ogni rischio; vige dunque il dovere di predisporre tutte le misure dirette a evitare alterazioni ambientali: quando sono noti gli effetti nocivi di una tecnologia o di una sostanza occorre adottare tutte le misure per prevenire tali effetti sull'ambiente e sulla popolazione. L'azione di prevenzione comporta il controllo preventivo di tutti i progetti e delle iniziative che possono influenzare negativamente l'ambiente (da qui il concetto di VIA:

valutazione d'impatto ambientale). Il **Principio della Precauzione**, invece, è un approccio alla gestione dei rischi che si esercita in una situazione d'incertezza scientifica, che reclama un'esigenza d'intervento di fronte ad un rischio potenzialmente grave, senza attendere i risultati della ricerca scientifica. Quando si parla di precauzione, vanno distinti due momenti operativi diversi: da una parte abbiamo l'approccio precauzionale che fa parte della fase di analisi del rischio, e che quindi concerne l'approccio scientifico ai dati e deve essere improntato alla prudenza, dall'altra abbiamo il Principio di Precauzione vero e proprio che invece fa parte della fase definita di gestione del rischio, prettamente politica.

Storia ed evoluzione delle diverse valutazioni d'impatto: verso una valutazione d'impatto integrata

Il secondo Programma di Azione per l'ambiente (1977-1981): “introduzione della Valutazione d'Impatto ambientale”, comincia a porre l'attenzione sulla necessità di rafforzare la natura preventiva delle politiche ambientali, con una maggiore attenzione allo sfruttamento razionale e non dannoso del territorio, dell'ambiente e delle risorse naturali. In particolare, al capitolo 1 si fa riferimento a procedure di **Valutazione di Impatto Ambientale**, già sviluppate negli USA e in alcuni Stati membri, studiando possibili modalità di applicazioni di tali procedure di valutazione a livello comunitario. La VIA costituisce dunque una procedura tecnico-amministrativa volta alla formulazione di un giudizio di ammissibilità sugli effetti che una determinata azione avrà sull'ambiente globale inteso come l'insieme delle attività e delle risorse naturali. La VIA è un'autorizzazione preventiva da acquisire prima della autorizzazione finale alla realizzazione di ogni singolo progetto. Essa ha come obiettivo la “prevenzione” degli impatti ambientali, distinguendosi in ciò dagli approcci tradizionali (di “command and control”), che mirano, attraverso norme e controlli amministrativi, alla sola riduzione di elementi “inquinanti” del territorio e dell'ambiente. Essa si fonda su uno studio d'impatto ambientale (SIA) che individua, descrive e valuta gli effetti diretti e indiretti del progetto:

- sull'uomo, la fauna e la flora
- sul suolo, l'acqua, l'aria, il clima, il paesaggio
- sull'interazione tra tali fattori
- sui beni materiali e sul patrimonio culturale

Dalla esperienza della VIA sono maturati filoni di sviluppo sottesi ad una maggiore visione strategica finalizzata allo sviluppo sostenibile ed alla integrazione delle considerazioni ambientali nelle politiche settoriali. Nel sesto Programma di Azione per l'ambiente, varato dalla Commissione europea il 24.1.2001, è stata data grande enfasi all'approccio strategico articolato in cinque indirizzi prioritari (migliorare l'applicazione della legislazione vigente, integrare le tematiche ambientali nelle altre politiche, collaborare con il mercato, coinvolgere i cittadini modificandone il comportamento e tener conto dell'ambiente nelle decisioni in materia di assetto e gestione territoriale). Ne è emerso un indirizzo di “**Valutazione Ambientale Strategica**” (VAS) “ rivolta a garantire che le implicazioni ambientali dei progetti di infrastrutture e della pianificazione siano debitamente affrontate, contribuendo anche a garantire che le considerazioni di ordine ambientale siano meglio integrate nelle decisioni di pianificazione”. La Valutazione Ambientale Strategica e la Valutazione d'Impatto Ambientale si trovano in stretta correlazione tra loro, nascendo sostanzialmente la prima a completamento e integrazione della seconda. Con la VIA, infatti, si attiva una procedura volta a fornire l'autorizzazione di un determinato progetto; con la VAS si vuole aggregare il consenso attorno alle scelte effettuate relativamente al piano o al programma di cui il progetto può fare parte. Entrambe le procedure avviano un processo decisionale, ma mentre nella VIA il rapporto tra il soggetto proponente e il soggetto competente ad esprimere una valutazione è di tipo autorizzativo, nella VAS la relazione tra l'autorità che elabora il piano o programma e l'autorità con competenze ambientali è tendenzialmente di tipo consultivo. Le valutazioni di impatto che abbiamo finora esaminato privilegiano la valutazione degli impatti sull'ambiente. Nell'ultimo decennio si è infatti assistito ad una aumentata sensibilità delle comunità locali rispetto alle tematiche ambientali. Tale sensibilità non sempre si accompagna ad una chiara comprensione del rischio, né ad una strategia coerente con l'interesse collettivo. Nonostante questi limiti, è da tenere in debito conto l'esigenza che le

comunità esprimono di essere più partecipi delle scelte relative al proprio territorio, e la chiara richiesta che l'impatto sulla salute sia posto "al centro" delle scelte sull'ambiente. Non a caso, il primo aspetto che abbiamo visto essere tenuto in considerazione in uno studio d'impatto ambientale necessario per la VIA di un progetto, era proprio l'uomo, considerato nella sua totale indissolubilità dall'ambiente in cui esso vive. Tuttavia, i proponenti dei piani/progetti spesso non dispongono di informazioni su dati sanitari che consentano di effettuare adeguate valutazioni di impatto sulla salute. Di fatto, l'integrazione delle politiche sanitarie e ambientali rappresenta il reale obiettivo da perseguire, andando verso la programmazione di grandi scelte sulla base di un sistema integrato tra ambiente e salute. Già nei principi ispiratori della Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) è contenuta la premessa per la integrazione. Infatti la L.R. n. 79 della Regione Toscana, per esempio, "Norme per l'applicazione della valutazione di impatto ambientale" prevede che: "La Regione, nell'ambito della programmazione territoriale, socio-economica, ed ambientale rivolta al perseguimento di uno sviluppo sostenibile, garantisce che le decisioni amministrative relative ai progetti ed agli interventi... siano presi nel rispetto delle esigenze di salvaguardia e tutela: a) della salute umana, della conservazione delle risorse, nonché del miglioramento della qualità della vita...". Dunque passando da un approccio di valutazione ambientale ad un approccio valutativo integrato emerge, con maggiore evidenza, la necessità di inserire la valutazione sulla salute nella metodologia di valutazione a fini decisionali. Tale premessa tuttavia non sempre riesce ad essere applicata. La causa è da ricercare nel fatto che la tecnica della VIA si riferisce al singolo impianto od opera, mentre l'ottica epidemiologica tiene conto necessariamente dell'interazione dei fattori ai quali la popolazione residente è esposta; inoltre, la VIA si applica a progettazione avvenuta, mentre è a livello delle scelte di politica territoriale che può essere tenuto conto dell'impatto sulla salute. In questo contesto la **Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS)** si inserisce nel solco culturale e metodologico della VIA e dei suoi sviluppi. Questa scelta innovativa, che viene incontro alle esigenze dei cittadini, ha implicazioni complesse. Infatti, la valutazione di impatto sulla salute si avvale di conoscenze e tecniche epidemiologiche, e queste sono meno "certe" ed univoche rispetto a quelle utilizzate a livello ambientale. Necessariamente si pone il problema, nella interpretazione e socializzazione dei risultati, di sviluppare specificamente il processo di comunicazione e di condivisione da parte dei cittadini. Nel momento in cui si incorporano le ricadute sulla salute nelle valutazioni di impatto ambientale, proprio per la complessità e la delicatezza degli argomenti trattati, è necessario sviluppare una strategia di condivisione delle scelte e di crescita della "competenza" della popolazione. Il modello che si persegue è a carattere **egualitario**, (i soggetti interessati partecipano alla presa delle decisioni), contrapposto al modello **elitario** (le decisioni su materia tecnicamente complessa debbono restare nelle mani di chi è in grado di comprendere tale complessità), che non corrisponde più alla sensibilità civile e democratica della popolazione. Secondo tale modello, la valutazione di impatto sull'ambiente e sulla salute inizia alla fonte delle decisioni e si applica prima di tutto alle grandi scelte di indirizzo, e cioè a livello di governo regionale. Successivamente, la pianificazione operativa che ne discende può essere a sua volta oggetto di valutazione integrata, incorporando nelle VAS e nelle VIA gli aspetti legati alla salute delle popolazioni. Si possono individuare due livelli di integrazione degli strumenti di valutazione ambientale e sulla salute: il livello regionale ed il livello locale. Nella Regione Toscana, per esempio, a livello regionale sono coinvolti gli Assessorati all'Ambiente e del Diritto alla Salute, che con una attività inter-dipartimentale, lavorano alla definizione delle linee di indirizzo e di programmazione. Tale gruppo si avvale del contributo congiunto di ARS (l'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana) ed ARPAT per la valutazione preliminare di impatto sull'ambiente e sulla salute delle strategie individuate (Fase 1). A livello locale, nella fase attuativa degli indirizzi regionali, gli Enti preposti (Provincia, Comuni) si avvalgono dei tecnici di ARPAT e delle Aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione) per la valutazione integrata in fase di costruzione della pianificazione locale, e sulla base delle specifiche tecniche disponibili (Fase 2). Si tratterà quindi di attivare tutte le procedure necessarie per discutere le scelte strategiche rilevanti con implicazioni su ambiente e salute, coinvolgendo tutti i portatori di interessi e di responsabilità, sia a livello regionale sia a livello locale, ove gli Enti preposti, nella fase di avvio dei piani e progetti, individuano un percorso e modalità condivise di consultazione sulle scelte operative che coinvolgono, oltre alle rappresentanze istituzionali, anche le principali rappresentanze delle comunità locali. La VIS integrata nella valutazione ambientale di piani, programmi e progetti si propone quindi come realizzazione del principio di Sviluppo

Sostenibile. Una valutazione Integrata così concepita, con considerazioni concrete sulle possibili ripercussioni sulla salute umana determina:

- 1) Efficienza ed efficacia del processo di valutazione, e quindi una pianificazione e una gestione territoriale integrata;
- 2) Completezza di informazioni e visione complessiva del contesto;
- 3) Allargamento di informazione e partecipazione.

1.5 Riferimenti normativi della VIS

I principali fondamenti normativi della valutazione degli effetti sulla salute umana di programmi, piani, progetti sono:

- La Direttiva 85/337/CEE (successivamente modificata dalla Direttiva 97/11/CEE), 1985;
- Il Rapporto Brundtland, 1987;
- La Convenzione di Espoo, 1991;
- La Direttiva 96/61/CE, 1996;
- La Direttiva 2001/42/CE, 2001;
- Il Protocollo di Kiev, 2003;
- Direttiva 2003/35/CE, 2003.

In particolare, la salute viene introdotta chiaramente come componente fondamentale da valutare per l'implementazione di piani e programmi, e quindi per il miglioramento delle valutazioni ambientali strategiche (VAS) dalle seguenti norme:

- *Direttiva 85/337/CEE*

Concerne la valutazione dell'impatto ambientale di determinati progetti pubblici e privati.

- ribadisce l'importanza dell'azione preventiva piuttosto che della mitigazione del danno;
- stabilisce che l'autorizzazione di progetti pubblici e privati con possibile impatto rilevante va concessa solo previa valutazione delle probabili ripercussioni sull'ambiente;
- distingue tra classi di progetto a valutazioni obbligatorie e per le quali l'obbligo è a discrezione degli Stati membri;
- definisce le linee d'indirizzo che devono essere seguite e specificate dagli Stati membri.

- *Il Rapporto Brundtland*

Conosciuto anche come "Our Common Future", è un documento rilasciato nel 1987 dalla Commissione mondiale per l'ambiente e lo sviluppo. Prende il nome dal primo ministro norvegese Gro Harlem Brundtland, che per la prima volta introdusse il concetto di sviluppo sostenibile, con il quale si intende "far sì che esso soddisfi i bisogni dell'attuale generazione senza compromettere la capacità di quelle future di rispondere alle loro".

- *Direttiva 97/11/CE*

Modifica la Direttiva 85/337/CEE concernente la valutazione dell'impatto ambientale di determinati progetti pubblici e privati.

- introduce nuove categorie di progetti da sottoporre a VIA, sia obbligatoria che discrezionale;
- introduce esplicitamente lo screening;
- introduce lo scoping, ma solo su richiesta del committente o di uno stato membro e senza il coinvolgimento del pubblico.

- *Direttiva 2001/42/CE*

Concerne la valutazione degli effetti di determinati piani e programmi sull'ambiente (VAS), ed ha come finalità:

- individuare, descrivere e valutare gli effetti significativi che l'attuazione del piano o del programma potrebbe avere sull'ambiente, nonché le ragionevoli alternative;
- garantire un elevato livello di consultazione e partecipazione dei soggetti istituzionali.

- *Protocollo di Kiev*

Riconoscendo l'importanza di integrare le considerazioni ambientali e sanitarie nella preparazione e nell'adozione di piani e programmi e, ove appropriato, nella programmazione e nella legislazione, si pone l'obiettivo di un elevato livello di tutela dell'ambiente e della salute, mediante i seguenti provvedimenti:

- a) garantire che nella preparazione di piani e programmi si tenga conto pienamente delle considerazioni ambientali e sanitarie;
- b) contribuire alla considerazione delle questioni ambientali e sanitarie nell'elaborazione programmatica e legislativa;
- c) istituire procedure chiare, trasparenti ed efficaci per la valutazione ambientale strategica;
- d) prevedere la partecipazione del pubblico alla valutazione ambientale strategica;
- e) integrare in tal modo le questioni ambientali e sanitarie nelle misure e negli strumenti a favore dello sviluppo sostenibile.

Queste che abbiamo analizzato sono le basi normative su cui si fondano le procedure di valutazione d'impatto sia della salute che ambientale; sono la spina dorsale legislativa che si è formata dopo un percorso di diversi anni che ha visto il susseguirsi di continue modifiche. Volendo ora guardare più attentamente ai fondamenti normativi della valutazione d'impatto sulla salute, non possiamo non ricordare come il riferimento principale per la definizione della VIS sia il documento di consenso elaborato nel 1999 a Gothenburg dall'*European Centre for Health Policy* (ECHP) attraverso una consultazione di esperti convocati dal Centro Europeo per la Politica Sanitaria dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, che recita: "La Valutazione di Impatto sulla Salute è una combinazione di procedure, metodi e strumenti con i quali si possono stimare gli effetti potenziali sulla salute di una popolazione di una politica, piano o progetto e la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione". Il documento aiutava a dare una prima sistematizzazione ai molti stimoli provenienti da diverse istituzioni internazionali, non solo quelle che si occupano di valutazioni. Il percorso di elaborazione riguardo alla VIS iniziava in Europa nei primi anni novanta, centrato sul concetto che le proposte politiche non debbano generare impatti avversi sulla salute o ostacoli alla sua promozione. Le basi della VIS sono collocabili nell'articolo n.129 del Trattato di Maastricht del 1992, che istituisce la Comunità europea, e nella sua evoluzione rappresentata dall'articolo n.152 del Trattato di Amsterdam, firmato nel 1997, il quale stabilisce che "Nella definizione e applicazione di tutte le politiche ed attività

comunitarie deve essere garantito un alto livello di protezione della salute umana”, nonché nella risoluzione del Consiglio europeo del giugno 1999, con la quale si richiama la necessità di definire procedure di monitoraggio dell’impatto delle politiche comunitarie nell’ambito della sanità pubblica. In seguito il Piano Sanitario Strategico Europeo 2001-2006 adottava formalmente la VIS come metodo per assicurare la promozione della tutela della salute, all’interno della programmazione strategica delle politiche comunitarie. Già la Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), entrata in vigore alla fine degli anni ’80, aveva incluso, come visto prima, il riferimento agli effetti sanitari, ma l’assenza di una definizione procedurale e di standard di riferimento aveva prodotto valutazioni disomogenee e nella maggior parte dei casi conoscenze non approfondite e integrate. E’ proprio nel contesto della VIA che gli esperti dell’OMS si resero conto della necessità di proporre procedure autonome per integrare le valutazioni ambientali. Quando infatti a livello internazionale si discusse il Protocollo sulla Valutazione Ambientale Strategica (VAS) alla Convenzione sulla Valutazione di Impatto Ambientale in contesto transfrontaliero, nel 2003, l’OMS presentò un articolato lavoro di approfondimento e una documentazione che supportava il rafforzamento della valutazione sanitaria. Anche la Direttiva sulla VAS, entrata in vigore nel 2004 nell’Unione europea, menziona la salute tra i fattori da valutare, ma nonostante ciò la sua applicazione dimostra che gli impatti di salute non vengono considerati in modo adeguato.

- L’evoluzione della normativa in Italia

La procedura di VIA è stata introdotta dalla direttiva CEE 85/337 ed è stata recepita da parte dell’Italia nel 1988 che ha provveduto ad emanare due decreti (DPCM 10/08/1988 e DPCM 27/12/1988) ma non ha ancora emanato una legge quadro nazionale. Il compito di formulare una legislazione in materia è stato delegato alle Regioni: la normativa ha pertanto iniziato a diffondersi a livello regionale tra il 1988 e il 1992 quando alcune tra le Regioni e le Province a statuto autonomo si sono dotate di specifiche leggi quadro. Successivamente anche le Regioni a statuto ordinario hanno provveduto alla loro emanazione. Tuttavia fino al 1995 le uniche esperienze in merito erano quelle della Liguria (LR 22/1994), della Basilicata (LR 47/1994) e della Toscana (LR 68/1995). Nel corso degli anni seguenti quasi tutte le Regioni hanno emanato una legge specifica sulla VIA. Nessuna Regione ha invece, ad oggi, emanato specifiche leggi sulla VIS.

Nonostante la gran parte delle Regioni e delle Province Autonome che hanno legiferato in materia specifica di VIA lo abbiano fatto nell’arco dei primi tre/quattro anni dalla promulgazione del DPR 12 aprile 1996, a quasi tredici anni da questo non tutte le Regioni hanno emanato una legge specifica in materia anche se hanno recepito o applicato tale decreto (es. Sardegna). Le leggi regionali sono invece, come già detto, povere di contenuti relativi alla VIS propriamente detta, l’attenzione è infatti focalizzata sull’impatto e sulla sostenibilità ambientale e vi sono solo pochi cenni alla tutela della salute nell’ambito della progettazione e dell’implementazione di piani, programmi e politiche. Ciò nonostante alcune Regioni, come l’Abruzzo, il Molise e la Toscana, si sono maggiormente sensibilizzate al tema. In particolar modo l’Abruzzo che ha provveduto a stilare un protocollo di intesa fra l’Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) e l’Agenzia Regionale per la Tutela dell’Ambiente (ARTA) per la predisposizione di linee guida sul ruolo dell’epidemiologia nella VIS. In questo contesto, l’epidemiologia viene utilizzata come strumento per raccogliere informazioni a supporto delle decisioni in materia di salute pubblica tramite la revisione delle evidenze scientifiche e la stima dei rischi. Essa può inoltre fornire profili di salute delle Comunità locali del territorio di applicazione, sia precedentemente all’intervento che si vuole introdurre, sia in prospettiva di un monitoraggio e di una valutazione complessiva degli esiti di salute, soprattutto se integrata con una strategia di comunicazione, informazione e formazione rivolta a decisori, operatori, organizzazioni/associazioni e cittadini

- Piano Regionale della Salute (Regione Sicilia)

Il Piano della Salute 2011-2013 è stato predisposto con l’intento di realizzare un sistema di garanzie per la salute dei cittadini siciliani, in una più ampia visione di approccio programmatico e che ha fatto considerare le politiche sanitarie non disgiunte dagli interventi di politiche sociosanitarie. Ciò ha consentito, da un lato, una impostazione metodologica dell’intero documento nei richiami puntuali

all'integrazione socio-sanitaria e, dall'altro, ha rinforzato l'atto programmatico stesso per la contiguità che pone tra bisogni espressi e riferimento alla persona nella sua multicomplexità. Oggi la Sicilia è quindi dotata di uno strumento con il quale si delinea la promozione delle politiche regionali di salvaguardia della salute e del benessere dei cittadini concepite in una logica di collaborazione con altri soggetti istituzionali creando i necessari presupposti per l'individuazione di obiettivi di salute da parte dei competenti "Soggetti di responsabilità". In questa direzione sono già stati assunti provvedimenti regionali formali -p.e. (Decreto Presidenziale 546/GAB del 23 dicembre 2011 "Approvazione del protocollo d'intesa per l'attuazione del Sistema regionale integrato socio sanitario in Sicilia")- nonché è stato istituito il "Coordinamento tecnico interassessoriale per l'integrazione socio-sanitaria" previsto dallo stesso D.P.R., per realizzare gli interventi che si caratterizzano, appunto, come socio sanitari. Ancora, l'attuazione del Piano sanitario si sta realizzando attraverso la progettazione delle Aziende Sanitarie descritte nei PAA (piani Attuativi Aziendali) che prevedono, tra l'altro, una condivisione sia degli attori della Sanità per ciascun ambito provinciale, con particolare riguardo alle Aree Metropolitane di PA-CT-ME, che con il coinvolgimento dei Sindaci. Tali procedure sono state concepite con l'obiettivo di pervenire alla costruzione di un sistema che opera per offrire sempre più garanzie ai cittadini, ai pazienti, alla comunità, alle sue espressioni organizzate, inclusi gli operatori sanitari. Il concetto di "rendere conto" emerge in tutto il documento di Piano Sanitario Regionale ed è anche in questa direzione che la V.I.S. si inserisce introducendo elementi, sia culturali che di metodo, in grado di orientare prospetticamente le politiche decisorie verso una programmazione che tenga conto del continuo mutare del quadro dei bisogni/domanda di salute e dalle incessanti innovazioni tecnologiche prodotte dalla ricerca scientifica e, conseguentemente, dal progressivo e sempre più grave problema di sostenibilità economica dei sistemi sanitari, nonché del quadro più ampio caratterizzato dalla devolution.

2. INTRODUZIONE

2.1 Rilevanza della VIS

Sempre più frequentemente le pubbliche amministrazioni che si trovano a pianificare o ad autorizzare interventi sul territorio devono confrontarsi con la crescente sensibilizzazione delle popolazioni sui rischi per la salute pubblica. Tutto ciò porta ad avviare processi di conflitto che si manifestano con la costituzione di comitati spontanei ma anche con l'opposizione esplicita da parte di amministrazioni pubbliche locali (es. quartieri, comuni, province.).

La VIS potrebbe divenire dunque strumento valido in mano all'ente autorizzatore che sempre più di frequente sente la necessità di chiedere pareri sanitari a supporto di altre procedure di valutazione quali la VIA e la VAS.

La rilevanza della VIS sta nel condividere in pieno, attraverso le riflessioni attorno allo sviluppo sostenibile con l'affermazione della centralità della partecipazione con il coinvolgimento sul piano pratico dei portatori di interesse nei processi di valutazione e nelle fasi decisionali. Se infatti la salute è responsabilità di tutti e la collettività deve essere coinvolta nella pianificazione e nella gestione del proprio servizio sanitario è la VIS che può porsi come strumento tecnico a supporto della comunità che deve adeguatamente essere sostenuta anche e soprattutto nella crescita economica, nelle condizioni di perseguimento prioritario della salute nel senso olistico del termine.

La chiave della rilevanza della VIS è quella di fornire raccomandazioni formulate in base alle prove scientifiche basate non solo sulle migliori evidenze ma appropriate al contesto politico-decisionale.

2.2 Finalità della VIS

Tra le possibili finalità della Valutazione di Impatto sulla Salute, vanno considerate:

- L'incremento della conoscenza riguardo l'impatto potenziale di una politica sanitaria a livello internazionale, nazionale e locale;
- La possibilità di facilitare variazioni della politica sanitaria in esame al fine di ridurre gli effetti negativi e di aumentare quelli positivi;
- Il sostegno al processo decisionale nella scelta tra diverse opzioni;
- La valutazione di diversi programmi e politiche nella prospettiva della salute e del wellbeing;
- L'organizzazione di un dialogo intersettoriale;
- L'informazione degli stakeholders e della popolazione coinvolta;
- L'integrazione tra ricerca e politica.

2.3 Settori e ambiti di priorità in Sicilia

La metodologia VIS presenta, in Sicilia, diversi ambiti prioritari di intervento. Questo strumento può essere applicato per la valutazione di impatto di qualsiasi opera pubblica, infrastruttura, insediamento produttivo e non o di interventi di natura socio-sanitaria e di programmazione che possono avere influenze sullo stato di salute della popolazione residente.

Esistono tuttavia ambiti più specifici nei quali può essere raccomandata la VIS, riportiamo qui di seguito alcuni esempi:

1. Rischio Ambientale

In Sicilia i possibili effetti sulla salute possono essere determinati da esposizioni ambientali di origine industriale e/o naturale. Nello specifico, in Sicilia le aree per le quali sarebbe stata auspicabile un'azione di prevenzione e riduzione dell'impatto sulla salute della popolazione residente e nel territorio circostante sono quelle dichiarate dalla normativa nazionale e regionale "ad elevato rischio di crisi ambientale" e sono rappresentate dai comuni localizzati in prossimità dei poli industriali di Augusta-Priolo (SR), di Gela (CL) e di Milazzo (ME), caratterizzati dalla presenza di impianti petrolchimici e di raffinerie. Se si fosse utilizzata la VIS come strumento decisionale prima della messa in opera di progetti, si sarebbero evitate quelle problematiche, provocate da specifici determinanti della salute che, ad oggi, insistono in diverse aree del territorio siciliano.

La VIS sarebbe stata utile per far emergere tutte o almeno alcune delle problematiche poi effettivamente emerse sia in termini di danno che di rischio per la salute dei cittadini. In quanto strumento di valutazione, avrebbe descritto, in maniera esaustiva e comprensibile, il potenziale effetto di queste attività sulla salute permettendo di considerare l'utilità di eventuali progetti alternativi, avrebbe fornito dati rilevanti per la scelta della localizzazione preferenziale di un impianto realizzato esaminando le caratteristiche di una specifica area e prendendo in esame le diverse opzioni tecnologiche disponibili e le diverse localizzazioni possibili. In breve, avrebbe rappresentato un metodo per rilevare una serie di misure che tendessero a migliorare la qualità dell'intervento in tutti i suoi possibili aspetti. Inoltre, il processo di VIS, assicurando le adeguate informazioni tecniche, avrebbe fornito una valida assistenza nelle decisioni.

Pertanto la valutazione dell'impatto sanitario è auspicabile venga applicata in fase decisionale, prima della realizzazione di stabilimenti e/o insediamenti o nella fase di progettazione dei relativi interventi di controllo o bonifica per analizzare le ricadute in termini di salute e benessere della popolazione.

Nell'ambito del rischio ambientale, l'applicazione della VIS potrebbe avere un ruolo importante anche nella valutazione di siti contaminati da radiazioni ionizzanti.

In particolare, l'esposizione al gas radon e ai suoi prodotti di decadimento rappresenta un fattore di rischio accertato per il tumore polmonare.

E' noto come l'esposizione prolungata al radon nelle abitazioni aumenti in modo statisticamente significativo il rischio di tumore polmonare e che tale aumento è proporzionale al livello di esposizione. La VIS dovrà, dunque, privilegiare quei piani, progetti o politiche che favoriscono sistemi di sicurezza e misure di risanamento per i siti contaminati da radiazioni ionizzanti.

2. Rischio idrogeologico

La diffusa esistenza di situazioni di dissesto idrogeologico (frane e alluvioni) nel territorio regionale è un fatto acclarato. La Sicilia essendo collocata in una posizione geografica di transizione dal punto di vista climatico, è soggetta a perturbazioni provenienti dall'Europa atlantica, dall'Africa e dall'Europa balcanica che interagiscono in modo diverso in relazione alla situazione morfologica. Tale regime climatico interagisce con una costituzione geologica che comporta un assetto morfo-altimetrico molto vario e la presenza di terreni con una spiccata predisposizione al dissesto sia per litologia, sia per la vulnerabilità intrinseca legata alle vicende tettoniche che hanno interessato e interessano tutt'ora la Regione. Si comprende come sia opportuno applicare lo strumento VIS in vista di un progetto da realizzare in zone a rischio idro-geologico in relazione al potenziale innesco di fenomeni gravativi e alluvionali localizzati ed ancora, nel caso di scelte politiche che interessino tali aree per valutare il grado di esposizione dei principali beni (centri abitati, viabilità).

3. Gestione delle risorse idriche e dei reflui

La gestione delle risorse idriche, compresa quella delle acque reflue, affonda le sue radici legislative nel Testo Unico Ambientale; il D.Lgs 152/2006, con l'art. 73, infatti, prevede:

- 1) l'adeguamento dei sistemi di fognatura, collettamento e depurazione degli scarichi idrici, nell'ambito del servizio idrico integrato;
- 2) l'individuazione di misure per la prevenzione e la riduzione dell'inquinamento nelle zone vulnerabili e nelle aree sensibili;
- 3) l'individuazione di misure tese alla conservazione, al risparmio, al riutilizzo ed al riciclo delle risorse idriche.

E' soprattutto il terzo obiettivo che, se raggiunto, può contribuire in modo notevole ad una gestione ecosostenibile della risorsa idrica; un eventuale riuso delle acque reflue, infatti, può portare a:

- a) una riduzione sostanziale dell'inquinamento, tramite una diminuzione degli scarichi nei corpi idrici;
- b) una maggiore disponibilità di acqua per scopi potabili, utilizzando le acque rigenerate per gli altri scopi non potabili;
- c) un aumento di produttività, legato alla maggiore disponibilità di acqua per l'agricoltura e l'industria;

Una VIS andrebbe avviata nelle fasi di progettazione di interventi collegati alla gestione delle risorse idriche e dei reflui.

4. Rifiuti

Il possibile impatto sulla salute degli impianti e delle tecnologie del ciclo dei rifiuti è stato oggetto di diversi studi epidemiologici nell'ultimo ventennio: eccessi di rischio di tumore e malformazioni congenite in popolazioni residenti in prossimità di tali impianti sono stati riportati da alcuni autori, ma il nesso causale non è al momento accertato. L'evidenza, in un certo modo più forte per gli effetti riproduttivi che per le patologie tumorali, non è sufficiente a stabilire la causalità dell'associazione.

In Sicilia il numero delle discariche in esercizio a febbraio 2010 è pari a 14. Secondo questi dati i nuovi impianti e/o il potenziamento di impianti esistenti in corso di realizzazione/autorizzati/in corso di autorizzazione, alle cui procedure è stata richiesta la partecipazione di ARPA, ammontano a 12 nuovi volumi di abbancamento in adiacenza per la maggior parte a discariche esistenti, già sature o in esaurimento.

Altresì il numero ed i volumi delle discariche in corso di esecuzione, autorizzate e con richiesta di autorizzazione da soggetti pubblici e privati sono rispettivamente 3, 4 e 5.

Le priorità della VIS per quanto riguarda la gestione dei rifiuti saranno quelle di privilegiare i progetti sostenibili o che limitino l'esposizione della popolazione ai derivati dal ciclo di gestione dei rifiuti.

5. Infrastrutture per la produzione di energia e fonti rinnovabili

Lo sfruttamento delle fonti di energia fossile (carbone, gas, petrolio) ha causato il progressivo rilascio di carbonio fossile nell'atmosfera terrestre. Ciò ha causato un aumento della presenza di anidride carbonica (CO₂) nell'alta atmosfera ed un aumento del fenomeno dell'effetto serra. Oltre al problema dell'effetto serra, lo sfruttamento intensivo delle fonti fossili è la principale causa dell'inquinamento atmosferico del mondo contemporaneo con importanti effetti negativi sulla salute umana. Le centrali termoelettriche del territorio siciliano sono insorte indipendentemente da una valutazione di impatto sulla salute della popolazione, utile sarebbe l'applicazione di una VIS retrospettiva in grado di fornire modelli di partenza per VIS prospettive da effettuare per progetti simili futuri.

Le fonti di energia rinnovabile più diffuse in Sicilia sono rappresentate dall'eolico e dal fotovoltaico. Nonostante l'utilizzo delle fonti rinnovabili presenti molti vantaggi rispetto all'utilizzo delle fonti di energia fossile, la valutazione di impatto degli impianti eolici e fotovoltaici sulla salute andrebbe sempre condotta. Le fonti rinnovabili di energia, infatti, non sono scevre da possibili impatti negativi sulla salute, pensiamo all'inquinamento acustico degli aerogeneratori eolici e alla produzione e smaltimento dei pannelli solari e fotovoltaici.

6. Realizzazione di opere pubbliche nel settore della viabilità e dei trasporti

La domanda di trasporto nell'isola è costituita da due componenti fondamentali: quella interna e quella esterna, quest'ultima soddisfatta in gran parte dalla rete aeroportuale. La rete ferroviaria siciliana è attualmente inadeguata; per competere con il trasporto autostradale dovrebbe infatti vantare linee a doppio binario e consentire velocità massime dell'ordine di 250-300 km/h. Altresì la rete autostradale e delle vie di scorrimento è più estesa, pur con i suoi limiti, di quella ferroviaria, e quindi è più adatta a dare adeguata risposta alle esigenze di mobilità delle persone e delle merci. Nonostante ciò la rete autostradale andrebbe potenziata e messa in sicurezza e andrebbe garantito un miglioramento degli itinerari stradali statali e provinciali destinati a collegare i più popolosi centri abitati dell'Isola, considerato che proprio queste arterie sono tra i più frequenti scenari di incidenti stradali mortali nell'isola, insieme ai dissestati percorsi intracittadini. Secondo i più recenti dati, il 78,9% degli incidenti in Sicilia tra il 2010 e il 2011 è occorso tra i veicoli in marcia mentre il 7,1% ha riguardato l'investimento di pedoni da parte di veicoli isolati.

Una VIS andrebbe avviata nelle fasi di progettazione di interventi collegati alla realizzazione di opere pubbliche rilevanti nel settore della viabilità e dei trasporti.

7. Altri insediamenti produttivi e/o commerciali

La nascita in Sicilia di sempre più numerosi centri commerciali, impianti turistici ed altri insediamenti produttivi, rende opportuna l'applicazione di VIS prospettiche al fine di indirizzare i decisori verso scelte che abbiano il minore impatto sulla salute della popolazione residente.

Tali insediamenti spesso necessitano anche di rilevanti opere di urbanizzazione o di altre infrastrutture pubbliche che possono modificare in maniera evidente l'originario contesto.

8. Interventi socio-assistenziali a favore di popolazioni suscettibili

Lo strumento VIS risulta essere di notevole importanza ogni qualvolta si voglia applicare una politica a favore di popolazioni suscettibili da parte di enti locali o istituzioni interessate.

Il crescente tasso di invecchiamento della popolazione unitamente all'aumento delle patologie degenerative, oncologiche e croniche determinano un forte impatto in vari settori della nostra società con peculiare ricaduta sulla domanda di servizi sanitari riguardanti, in particolare, forme di lungo-assistenza, di solito, inclusive di bisogni di carattere sociosanitario di cui particolarmente l'anziano necessita, tenuto conto della perdita (totale o parziale) del livello di autonomia. In tale ambito, la VIS potrebbe assumere un ruolo importante in grado di guidare le scelte dei sistemi di assistenza ai cittadini e alle loro famiglie da parte dei decisori politici.

9. Altre applicazioni della VIS

L'applicazione della VIS è raccomandata anche per quelle politiche o progetti che possono avere ripercussioni sul livello socio-economico della popolazione ed in particolare su quelle fasce deboli che avendo un più basso stato economico sono esposte a maggiori fattori di rischio. La povertà può essere considerata come uno dei principali fattori legati ad un peggioramento dello stato di salute, essendo

associata ad una maggiore mortalità infantile, a più malattie, ad una crescente tendenza all'uso di sostanze (fumo, alcol, droga), ad una più elevata esposizione a fattori di rischio ambientali (abitativi, lavorativi, sociali). In Italia, diversi milioni di individui sono al disotto del reddito adatto ad assicurare condizioni di sufficienza. Questi soggetti sono esposti ad una maggiore mortalità, in diversi paesi europei, essa è fino a 5 volte più elevata nel 20% della popolazione più povera rispetto al 20% della popolazione più ricca. Le popolazioni aventi un più basso stato economico sono esposte a maggiori fattori di rischio ambientali e legati agli stili di vita. A condizioni socio economiche medio-basse corrispondono inoltre obesità, maggiori livelli di colesterolemia, scarsa attività fisica, tanto negli uomini che nelle donne. Molte di queste differenze sono legate direttamente al rapporto con il servizio sanitario e riguardano sia l'accesso alle prestazioni che al trattamento ricevuto.

La distribuzione dei vari determinanti socio-economici costituisce, quindi, il background di una regione e della popolazione che in essa insiste che è necessario valutare nell'implementazione di un piano, progetto o politica per non accentuare ancora di più il gap di salute esistente nella stessa popolazione.

La VIS dovrebbe esplorare i punti critici del progetto, al fine di intervenire modificando gli eventuali impatti negativi sullo stato socio-economico, dall'altro lato, metterà in risalto gli aspetti positivi della politica o progetto e il conseguente miglioramento dello stato di salute della popolazione.

3. METODOLOGIA

3.1 Soggetti (committenti - titolari - strutture tecniche) da coinvolgere e responsabilità

La VIS può essere proposta dalla committenza o dalle comunità/istituzioni locali chiamate ad incidere sul processo di valutazione o autorizzazione. La VIS viene commissionata all'organo del S.S.R. (ASP, Dipartimento di prevenzione, Distretto socio-sanitario).

Punto di partenza per la valutazione di impatto sulla salute di una proposta è l'individuazione dei decisori politici di riferimento per la proposta in oggetto e dei possibili portatori di interesse che devono essere contattati e coinvolti nel processo di VIS. A tale proposito si riporta un elenco non esaustivo a titolo d'esempio degli stakeholders potenzialmente interessati a livello istituzionale, tecnico e di comunità.

Tale elenco è stato predisposto sotto forma di griglia volta a valutare non solo l'eventuale necessità di coinvolgimento ma anche le modalità di coinvolgimento stesso, inteso come ruolo e funzione dello stakeholders stesso all'interno della VIS e le circostanze con le quali verrà contattato il portatore di interesse e raccolto il suo contributo.

Tab. 1 - Griglia degli stakeholders

LIVELLO ISTITUZIONALE	NECESSITA' DI COINVOLGIMENTO	MODALITA' DI COINVOLGIMENTO
Ministeri		
Assessorati Regionali		
Province		
Comuni		
LIVELLO TECNICO		
Protezione civile		
ARPA		
Ferrovie		
Anas		
Autorità Portuali		
Autorità Aeroportuali		
Dogane		
Osservatorio Epidemiologico		
ASP		
Ospedali		
Policlinici		
Università		
Istituto Superiore di Sanità		
Inail		
Forze dell'ordine		
LIVELLO DI POPOLAZIONE		
Associazioni dei consumatori		
Popolazione residente		
Associazioni di categoria/Sindacati		
Associazioni ambientali		
Associazioni di volontariato (laiche e religiose)		
ALTRO		

3.1.1 Tempi di realizzazione

È opportuno che la VIS venga attivata contestualmente all'avvio di processi di VAS e VIA oppure negli altri casi antecedentemente alla realizzazione del piano, progetto o politica.

3.2 Fonti dei Dati

I dati necessari al completamento del processo di VIS non sono esclusivi dell'area sanitaria ma interessano i più svariati settori in ambito sociale, demografico, ambientale, ...

A livello metodologico può essere utile, al fine di pianificare e velocizzare la raccolta dei dati predisporre un elenco delle fonti consultabili con relativo ufficio competente e il massimo livello di dettaglio del dato raggiungibile. A tale scopo segue un elenco non esaustivo delle principali fonti dei dati sanitari e non sanitari disponibili a livello Regionale.

Tab.2 - Fonti dei Dati

<i>SANITARI</i>		
NOME	UFFICIO COMPETENTE	LIVELLO DETTAGLIO
Mortalità	OER/ASP Dipartimento prevenzione	ASL/comune/sezione censimento
SDO	DPS/Area 4 Sistemi informativi	Istituto di cura/Comune
Farmaci	DPS/Area 4 Sistemi informativi	ASL/comune
Accessi in pronto soccorso	PP.SS. Istituti di ricovero	Istituto di cura
CEDAP	OER/ASP- Punti nascita	ASL/comune
Registro Malformazioni Congenite	OER/ASP-AO	ASL/comune
Registro Regionale dei Mesoteliomi	OER/ASP-AO	ASL/comune
Registro Siciliano Talassemia ed Emoglobinopatie (RESTE)	OER/ ASP-AO	ASL/comune
Registro Regionale AIDS	OER/ ASP-AO	ASL
Sistema sorveglianza HIV	OER/ ASP-AO	ASL
Indagini ad hoc (Survey periodiche)	OER/ASP Dipartimento prevenzione	ASL/comune
Sistemi di sorveglianza stili di vita (PASSI)	OER/ASP Dipartimento prevenzione	ASL
<i>NON SANITARI</i>		
NOME	UFFICIO COMPETENTE	LIVELLO DETTAGLIO
Rilevazione condizioni aria	ARPA	ASL/comune
Rilevazione condizioni acqua	ARPA	ASL/comune
Substrato geologico	ARPA	ASL/comune
Tasso di occupazione	ISTAT	Regione/provincia/comune
Microcredito	Banca	
PIL	EUROSTAT	Nazionale
Infortuni/Malattie professionali	INAIL	Regione/provincia/comune
Tempi di percorrenza autostradale	ANAS	Casello autostradale
Incidenti stradali	ANAS/Polizia Stradale	Regione/provincia/comune
Volume di passaggio	ANAS/Polizia Stradale	Casello autostradale
Vincoli di legge	Ass. Reg. Urbanistica/ Ass. Reg. Territorio e Ambiente	Provincia/comune
Disponibilità di energia		
Fonti di energia		

3.3 Struttura, fasi, metodi e strumenti della VIS

3.3.1. Screening

Il punto di partenza per ogni valutazione di impatto sulla salute (VIS) è la necessità di decidere quando quest'ultima è necessaria. Questa prima fase è comunemente nota come "Fase di Screening". La VIS inizia con questo processo di selezione - lo screening - in cui una proposta viene velocemente valutata per le possibilità di influenzare la salute della popolazione, e una decisione viene presa sul sottoporre oppure no tale proposta alla valutazione di impatto sulla salute. Una volta che è stato deciso che potrebbe essere utile condurre una VIS, diventa necessario definire l'entità e il significato della proposta, e le risorse disponibili per condurre la VIS. Alcuni di questi punti devono essere considerati anche in fase di screening per assicurare che le raccomandazioni a condurre la VIS siano realizzabili.

La VIS può essere effettuata secondo tre livelli di approfondimento: rapido, intermedio e comprensivo. In modo simile, anche lo screening della VIS possono essere condotti a vari livelli. Gli screening sistematici prevedono di sottoporre tutte le proposte e i progetti compresi in una data area geografica al processo di screening, ma tale processo può risultare molto dispendioso in termini di risorse umane ed economiche per il suo completamento. La fase di screening può prevedere la possibilità di incorporare metodi qualitativi, soprattutto attraverso il coinvolgimento precoce degli stakeholders.

Lo screening nella VIS è riconosciuto essere lo strumento in grado di decidere in modo sistematico se una VIS possa avere un'utilità e debba essere condotta e se sia il miglior modo per assicurare la salute e se i problemi legati alle disuguaglianze di salute vengano efficacemente affrontati con il processo di appraisal. Come risultato del processo di screening di una iniziativa o proposta meritevole di VIS, dovrebbe essere possibile: sviluppare un livello iniziale di conoscenze della proposta specifica e delle possibili alternative;

ottenere una panoramica iniziale dei possibili impatti significativi positivi e negativi sulla salute della popolazione; ottenere una panoramica iniziale dei possibili impatti positivi e negativi sulle disuguaglianze di salute esistenti o sulla salute di specifici gruppi o comunità; stabilire se è realizzabile una VIS o se è preferibile un altro approccio come una VAS o una VIA.

Per soddisfare le aspettative, una fase ideale di screening dovrebbe fornire la risposta alle seguenti domande:

- Chi sta proponendo il progetto o la politica (Identificazione del committente)?
- Qual è la tempistica prevista?
- In quale momento del livello decisionale si colloca la VIS?
- Qual è l'oggetto della proposta?
- C'è qualche altro progetto o politica che può influenzare o essere influenzata da quella in osservazione?
- L'impatto sulla salute è significativo?
- La VIS aggiunge valore al processo di decision-making?
- I dati e le conoscenze disponibili e le risorse a disposizione sono sufficienti per condurre una VIS?

Una VIS è da considerarsi appropriata quando valuta proposte non inerenti al settore sanitario ma possibili significativi impatti sulla salute che potrebbero non ancora essere stati considerati. L'appropriatezza di una procedura di VIS è anche fortemente correlata al momento del livello decisionale per la proposta in oggetto (deve essere precedente alla decisione finale), alla presenza di risorse adeguate per condurla e di dati disponibili, e al possibile uso delle informazioni che ne esitano da parte degli stakeholders. La procedura di VIS risulta invece inappropriata quando le informazioni che se ne possono ricavare sono vaghe e/o poco affidabili, non è supportata né durante la sua implementazione né in termini di risultati dai decision-makers e dagli stake-holders, e quando le decisioni sono state già prese.

Lo screening nella VIS può portare ad alcuni benefici:

- Un efficiente uso delle risorse: lo screening aiuta ad assicurare che le risorse (economiche, umane e di tempo organizzativo) vengano usate con massima efficacia, facendo sì che solo le proposte con maggiore rilevanza per la salute e le disuguaglianze di salute vengano sottoposte a VIS. Il processo di screening inoltre fornisce l'opportunità di avere delle basi per future valutazioni di impatto, iniziando ad indicare le probabili risorse richieste e identificando le aree di priorità sulle quali focalizzarsi.
- Un aiuto oggettivo per il processo di decision making: lo screening fornisce uno strumento per affrontare le scelte in ambito decisionale, attraverso checklist e griglie di lettura che consentono di identificare le problematiche-chiave, fornendo un quadro nel quale dovrebbero emergere le questioni prioritarie su cui applicare la VIS. L'oggettività dello strumento consente di creare ordine nei processi organizzativi di decision-making che potrebbero altrimenti essere influenzati da entusiasmi individuali o problemi minori e di migliorare la trasparenza e le responsabilità mostrando in che modo le decisioni vengono raggiunte.
- Un impegno fin dal principio: c'è la possibilità di coinvolgere gli stakeholders nello screening per la VIS. Questo può essere importante per assicurare che le decisioni riguardo a quali proposte sottoporre alla VIS vengano prese in modo chiaro e trasparente, assicurandosi il supporto degli stakeholders qualsiasi sia l'esito della VIS. Le prospettive e le conoscenze degli stakeholders potranno inoltre essere un beneficio per la VIS stessa. Il loro coinvolgimento in questa prima fase può aiutare a stabilire se vi sono specifici gruppi di interesse maggiormente predisposti a ricevere con benevolenza una valutazione di impatto e se è ipotizzabile invece una forte opposizione che potrebbe influenzare l'approccio alla VIS.
- Una migliore qualità della VIS: una fase di screening ben condotta può migliorare la qualità di ogni VIS, assicurando che gli aspetti-chiave della proposta siano stati accuratamente identificati e che un focus chiaro sia stato raggiunto. Questo è possibile grazie a una combinazione di metodiche che includono la valutazione delle migliori evidenze disponibili e il coinvolgimento degli stakeholders che contribuiscono con la loro esperienza teorica e pratica.
- Un cambiamento nella proposta: la fase di screening può di per sé stessa consentire di ottenere informazioni sufficienti a produrre raccomandazioni per modificare una proposta e in tal caso la VIS completa non sarebbe poi necessaria.

Perché la fase di screening abbia successo devono essere presi in considerazione alcuni fattori:

- Chiarezza dell'obiettivo e dei metodi da utilizzare;
- Identificazione del livello di approfondimento che si vuole raggiungere in fase di screening;
- Considerazione non solo della salute e dei suoi determinanti ma anche delle diseguaglianze di salute e dei possibili impatti sulle minoranze;
- Coinvolgimento degli stakeholders e dei decision makers;
- Considerazione delle risorse e del tempo a disposizione;
- Comprensione reale e piena dei problemi;
- Ricordo a consigli e consulenze da parte di esperti se necessario;
- Considerazione delle migliori evidenze disponibili e del profilo della comunità che verrà toccata dalla proposta in oggetto;
- Considerazione delle possibili alternative.

Seguirà la proposta di una checklist da utilizzare per realizzare in maniera ottimale, trasparente e riproducibile nello spazio e nel tempo la fase di screening della VIS.

Sezione 1: sfondo e contesto

Titolo della proposta sottoposta a screening	
Data dello screening	
Persone coinvolte nel processo di screening (Nome, titolo professionale ed organizzazione rappresentata)	
Stato di sviluppo della proposta	
Evidenzia brevemente l'importanza della proposta: <ul style="list-style-type: none">○ prospettiva economica/aziendale;○ prospettiva politica;○ prospettiva comunitaria.	
Che tipo di risorse sono disponibili per condurre una VIS? (Considerare sia quelle umane che finanziarie)	
I proponenti sono aperti alla possibilità di modificare la proposta?	

Sezione 2: gli impatti potenziali sui determinanti della salute

La prima colonna contiene una serie di determinanti che sono noti per influenzare lo stato di salute. Questi sono raggruppati in: condizioni sociali ed economiche, problemi strutturali e questioni individuali e familiari. Valutare la probabilità di impatto della proposta sul determinante della salute e registrarlo come:

- Poco negativo (quando è poco probabile che la proposta abbia qualche effetto negativo sul determinante), codice -1;
- Molto negativo (quando è molto probabile che la proposta abbia un effetto negativo sul determinante), codice -2;
- Nessun effetto (quando in maniera abbastanza certa si può affermare che la proposta non avrà effetti né positivi né negativi sul determinante in oggetto), codice 0.

- Poco positivo (quando è poco probabile che la proposta abbia qualche effetto positivo sul determinante) codice +1;
- Molto positivo (quando è molto probabile che la proposta abbia qualche effetto positivo sul determinante) codice +2;
- Non valutabile (quando in maniera abbastanza certa gli effetti della proposta in oggetto non sono esplicitabili), codice NV.

Per ogni determinante valutato elencare i gruppi più suscettibili ad essere interessati alla proposta. Nella sezione seguente sono riportati alcuni gruppi di popolazione che possono essere inseriti nell'apposita colonna della tabella sottostante (il seguente non è un elenco completo).

- Bambini (0-18 anni)
- Persone in età lavorativa
- Anziani
- Popolazione rurale
- Popolazione urbana
- Maschi
- Femmine
- Gruppi razziali ed etnici (in particolare gruppi di minoranza)
- Persone con credenze religiose particolari
- Persone con particolari opinioni politiche
- Disabili
- Malati cronici
- Senzatetto
- Disoccupati
- Persone economicamente svantaggiate
- Persone con altri a carico
- Altri

Inoltre risulta necessario in questa fase stabilire il punteggio superato il quale si procederà con le successive fasi della VIS oppure il numero minimo di determinanti con punteggio negativo, superato il quale sarà necessario proseguire con le successive fasi della VIS. Ad esempio se dovesse essere presente anche un solo determinante con valore -2, si procederà con i successivi passaggi della VIS; oppure si procederà allo stesso modo qualora fossero presenti almeno tre determinanti con valore -1.

Tab. 3 Griglia di Screening

Probabilità che la proposta avrà un impatto su questo determinante della salute	Impatto (-1=poco negativo, 0=nessun effetto, +1=poco positivo)	-2=molto NV=non +2=molto	Gruppi suscettibili
Condizioni sociali ed economiche che influenzano la salute			
Effetti della proposta sull'educazione			
Effetti della proposta sull'occupazione			
Effetti della proposta sulla criminalità			
Possibilità di accedere ad attività culturali o ad altri tipi di attività ricreative			
Possibilità di accedere ai servizi sanitari			
Possibilità di accedere ai servizi di assistenza sociale			
Possibilità di usufruire dei trasporti pubblici			
Altre condizioni economiche o sociali (elencare)			
Problematiche strutturali che influenzano la salute			
Opportunità di accedere alle abitazioni			
Opportunità di accedere agli spazi verdi			
Effetti della proposta sulla sicurezza stradale			
Possibilità di accedere ai mezzi di comunicazione (internet/telefono)			
Effetti della proposta sulle fonti di energia			
Effetti della proposta sulle infrastrutture per la gestione dei rifiuti			
Effetti della proposta sulla qualità dell'acqua			
Effetti della proposta sulla qualità dell'aria (indoor e outdoor)			
Effetti della proposta sulla qualità del suolo			
Effetti della proposta sul livello di rumore			
Altre questioni strutturali (elencare)			
Problematiche individuali e familiari che influenzano la salute			
Effetti della proposta sulla sopravvivenza			
Effetti della proposta sulla dieta			
Effetti della proposta sull'attività fisica			
Effetti della proposta sul consumo di sostanze (legali ed illegali)			
Effetti della proposta sulla natalità			
Effetti della proposta sui livelli di povertà			
Altre problematiche individuali e familiari (elencare)			

Per la compilazione della precedente tabella bisogna far riferimento a dati di letteratura scientifica esistenti. Nel caso in cui si trattasse di proposte o progetti talmente innovativi da non esistere evidenze scientifiche sull'argomento, si procederà comunque con le successive fasi della VIS.

Sezione 3: Risultato dello screening

Ultimato l'inserimento dei valori in corrispondenza dei rispettivi determinanti si stabilisce se proseguire o meno con le successive fasi della VIS in base al peso dei determinanti che riportano un valore negativo. Per quantificare ciò si procede moltiplicando il punteggio assegnato a ciascun determinante con il numero di gruppi suscettibili individuati per lo stesso determinante. Successivamente si procederà sommando i vari punteggi e rapportandoli al numero di determinanti considerati.

Si procederà con le successive fasi della VIS qualora il punteggio risultasse superare il valore soglia stabilito in precedenza oppure se il numero di determinanti con valore negativo dovesse superare il valore soglia per almeno una classe di punteggi.

Seguirà la proposta di una checklist da utilizzare per realizzare in maniera ottimale, trasparente e riproducibile nello spazio e nel tempo la fase di screening della VIS.

3.3.2 Scoping

La fase di Scoping ha l'obiettivo, una volta selezionata la proposta di interesse nella fase di screening, di identificare i problemi che dovrebbero essere affrontati nella Valutazione di Impatto sulla Salute e descrivere gli aspetti-chiave del quadro demografico e dello status di salute della popolazione, che serviranno da fondamenta per la valutazione di impatto. In questa fase si pianifica la valutazione di impatto sulla salute delineando e definendo gli impatti attesi, l'approccio metodologico, le sfide attese e le risorse necessarie a condurre l'analisi di impatto. Il processo di scoping dovrebbe produrre una "roadmap" - tabella di marcia - dettagliata per l'analisi che seguirà nella fase successiva della VIS. Questa roadmap deve essere costituita con l'aiuto delle informazioni ottenute dalla letteratura, da esperti locali nei settori rilevanti per la proposta in esame, dalle percezioni dei problemi che hanno la comunità, i policymakers e gli stakeholders. La roadmap includerà le procedure per l'acquisizione sistematica e la valutazione delle evidenze e determinerà se gli impatti studiati saranno quantitativi o qualitativi.

Per venire incontro a queste esigenze è fondamentale durante la fase di scoping porsi le seguenti domande:

- Perché stiamo conducendo una VIS?
- Chi sarà coinvolto nella conduzione della VIS?
- Chi verrà influenzato dalla decisione?
- In che modo la decisione impatterà sulla salute della popolazione?
- In che modo verranno valutati gli impatti sulla salute?

La risposta a queste domande è strettamente correlata alle sottofasi del processo di Scoping che, come individuate da letteratura, sono:

1) Stabilire le regole di base: le regole di base sono essenziali per assicurare che il processo prosegua senza intoppi. Se queste regole vengono esplicitate e chiarite all'inizio del programma, il processo sarà facilmente conducibile. In questa sottofase del processo vanno chiariti i ruoli degli stakeholders e dei partners, va determinato chi ha l'autorità e la responsabilità finale di decidere lo scopo della VIS, deve essere impostata una timeline e vanno stabilite le responsabilità nell'ambito della convocazione delle riunioni e per gli altri compiti di natura amministrativa.

2) Definire la politica o il progetto. In questa sottofase è necessario innanzitutto stabilire dei limiti geografici, temporali e di popolazione per la VIS ("Cosa va incluso e cosa escluso nella VIS? Quali sono i limiti in termini di tempo e spazio? Quando verrà fatta la valutazione e quanto tempo sarà necessario per effettuarla?"). Vanno altresì identificate le risorse necessarie per condurre la VIS ("I dati sono sufficienti per stimare quantitativamente i cambiamenti? L'informazione aggiunta dalle analisi quantitative è meritevole di risorse e tempo aggiuntivi? Ci sono le risorse economiche per assumere gli specialisti che condurranno le analisi specifiche?") e descritti i potenziali partners e le persone da coinvolgere nel processo della VIS. E' infatti importante identificare e coinvolgere i partners nel progetto. Nessuna VIS può avere successo senza la partecipazione e l'impegno di tutte le parti interessate. A questo proposito va ricordato che le partnerships informali sono importanti quanto quelle formali. Il gruppo di lavoro interno come minimo deve essere costituito dai pianificatori e dai professionisti competenti in ambito di sanità pubblica. E' altresì importante coinvolgere i leaders della comunità. In molti casi potrebbe essere consigliabile la composizione di un comitato consultivo di stakeholders e membri della comunità. Infine in questa fase deve essere pianificata la descrizione degli impatti attesi ("In generale quali impatti sulla salute ci si attende? Questi impatti saranno positivi o negativi? Qual è il grado di certezza con cui si verificheranno questi impatti? Saranno impatti minori o invece molto importanti per gravità e/o frequenza?").

3) Acquisire le informazioni di base. Quando si inizia ad acquisire le informazioni, si dovrà trovare un modo per: descrivere le caratteristiche della popolazione (Dimensioni, densità, distribuzione, età, sesso, natalità, minoranze etniche, status socio-economico); Identificare i gruppi a rischio (Comportamenti a

rischio per la salute; spazi fisici dove possono essere concentrati gruppi a rischio, come scuole, specifiche strade o quartieri e case di cura; Livelli di occupazione/disoccupazione); Descrivere lo status di salute della popolazione: Definire il contesto ambientale della popolazione target (Qualità dell'aria e dell'acqua, problemi legati ai trasporti se rilevanti). Le informazioni preliminari acquisite per il processo dovrebbero essere spese per stabilire l'evidenza inerente all'argomento della valutazione di impatto della proposta in oggetto. Le informazioni sono reperibili sulla letteratura Peer-reviewed, sulla letteratura "grigia", mediante la consultazione di informatori chiave o stakeholders che conoscendo il contesto locale sono in grado di fornire informazioni dettagliate e attraverso la consultazione di esperti in settori rilevanti che possono identificare gli outcomes correlati alla salute.

4) Specificare quali impatti saranno oggetto di valutazione. A tal proposito possono essere utilizzati dati qualitativi e dati quantitativi. In quest'ultimo caso è necessario raccogliere ed accedere a dati di elevata qualità. I risultati della VIS, in caso di utilizzo di dati quantitativi, sono spesso considerati più credibili. Tuttavia non è corretto considerare le VIS che si basano su dati quantitativi sempre più adeguate e di migliore qualità rispetto a quelle che si basano su dati qualitativi.

5) Creare un framework logico che riassume i nessi causali rilevanti. Una volta definito il background per l'analisi qualitativa e quantitativa, è arrivato il momento di sviluppare un framework. Il framework logico illustrerà in che modo i diversi componenti della politica o del progetto condurranno ad effetti sulla salute attraverso impatti proxy e outcomes intermedi. Il diagramma del framework mostrerà in che modo la politica, gli impatti e gli outcomes si correlano l'uno con l'altro attraverso una serie di frecce. Ci sono diversi modi per "approcciarsi" a un framework logico. Un primo modo è quello di determinare in che modo la politica o il progetto influenzerà gli outcomes correlati alla salute. Un secondo modo è quello di identificare in primo luogo gli outcomes di salute. In ogni caso si evidenzierà la relazione tra gli outcomes di salute e la politica/progetto in oggetto. Il modello del framework può essere più o meno complesso e spesso può essere utile prendere spunto da modelli già esistenti che possono essere adattati al proprio contesto. Anche per la fase di scoping così come per la fase di screening vengono inoltre utilizzare strumenti metodologici specifici come griglie e checklists che forniscono un metodo sistematico per identificare velocemente e valutare gli impatti sulla salute in termini della loro potenziale significatività, misurabilità e direzionalità.

6) Considerare i modelli di valutazione. Nella maggior parte dei casi si usa una combinazione di modelli che utilizzando dati quantitativi e dati qualitativi. Le VIS quantitative non devono essere considerate per forza superiori a quelle qualitative e in ogni caso il punto più importante resta l'impatto che la VIS avrà sulla decisione relativa a quella determinata proposta.

La fase di scoping potrà usufruire della medesima griglia della fase di screening facendo maggiore attenzione alla direzione degli impatti, all'intensità e alla frequenza degli stessi e ai gruppi di popolazione potenzialmente coinvolti.

3.3.3 Appraisal

E' la fase cardine (core tecnico) del processo di VIS, volta ad identificare la natura e valutare quantitativamente e qualitativamente la magnitudine e importanza dei rischi per la salute della popolazione più o meno direttamente esposta.

In questa fase è prevista:

- La caratterizzazione della natura e dell'importanza dei fattori benefici e dannosi;
- La definizione del numero approssimativo e le caratteristiche delle persone che saranno potenzialmente influenzate da tali fattori ;
- La definizione delle modalità con le quali si ipotizza che i fattori presi in considerazione esercitino tale influenza;

- La definizione delle opzioni di minimizzazione dei fattori negativi;
- La definizione delle opzioni di massimizzazione dei fattori positivi.

Per ogni impatto devono essere descritte le potenziali: magnitudine, severità, probabilità, latenza dall'implementazione della proposta, frequenza nella popolazione, durata e eventuali interazioni con altri impatti.

La fase di Appraisal si colloca immediatamente prima dell'esito della VIS. Dopo aver considerato le evidenze e le opinioni degli stakeholders, grazie alla valutazione (appraisal) si giungerà ad un'aumentata consapevolezza e comprensione degli impatti sulla salute e alla produzione di opzioni per massimizzare i benefici e ridurre/eliminare gli effetti dannosi sulla salute della proposta. La fase di Appraisal deve avere quali caratteristiche di base la multidisciplinarietà, l'intersettorialità, la partecipazione (coinvolgimento degli stakeholders e della comunità), l'utilizzo di più metodi di identificazione e di valutazione e l'utilizzo di evidenze qualitative e quantitative.

La fase di Appraisal può essere condotta secondo due approcci principali:

1) RAPID APPRAISAL

L'Appraisal di tipo rapido usa le informazioni e le evidenze già disponibili o facilmente accessibili. Può essere condotto con un approccio non partecipatorio (desktop appraisal : rapido e simile alla fase di screening ma l'obiettivo non è fare selezione) o partecipatorio (effettuato da diversi stakeholders con l'organizzazione che se ne occupa in genere in workshop di mezza giornata). La tempistica varia a seconda del tipo di approccio: in caso di approccio partecipatorio è in genere di 1-2 mesi, nel caso dell'approccio non partecipatorio può invece durare da qualche ora a qualche giorno. In ogni caso la sua durata non dovrà essere superiore ai due mesi. La partecipazione e consultazione degli stakeholders varia al variare del tipo di approccio che si decide di utilizzare. In caso di approccio non partecipatorio c'è scarsa consultazione, e tale tipo di tecnica può essere ad esempio utile per valutare routinariamente gli effetti di una proposta sulla salute negli stadi precoci della pianificazione. In caso di approccio partecipatorio invece vengono coinvolti gli stakeholders in un workshop di mezza giornata/una giornata intera, condotto da un organizzatore o assessore. La tempistica più lunga è spesso legata soprattutto ai tempi necessari per organizzare questo workshop. L'output dell'Appraisal di tipo Rapido è un report.

2) IN-DEPTH APPRAISAL

L'Appraisal di tipo Approfondito comporta la raccolta di nuovi dati. Potrebbe includere una survey dei residenti, una revisione completa della letteratura e degli studi sugli effetti sulla salute di proposte simili effettuate altrove. Prevede quindi la raccolta estesa di dati qualitativi e quantitativi che mostrino l'evidenza degli effetti sulla salute e dovrebbe preferibilmente essere condotto da una o più persone interne o esterne formate sulla VIS. Richiede solitamente molto tempo e un uso intensivo di risorse umane ed economiche. La tempistica infatti può variare a seconda del contenuto della proposta, ma in ogni caso non dovrà essere superiore ad un anno. L'approfondimento nella valutazione prevede la piena partecipazione degli stakeholders al punto che l'output di tale fase sarà un report esteso, sicuramente approvato ma spesso anche in parte con contributi scritti da parte degli stakeholders.

Molto importante all'interno di questa fase è la costituzione del profilo della comunità. E' necessario infatti raccogliere informazioni sul background e sulla popolazione che risiede nell'area geografica di interesse, compresi dettagli riguardo allo stato di salute mentale e fisico e alle strutture e condizioni sociali. I profili mostrano lo stato attuale di tutti questi fattori e forniscono una baseline per il monitoraggio futuro. Essi dovrebbero non solo descrivere la popolazione nel suo insieme ma anche (se possibile) gruppi di popolazione da seguire e monitorare per eventuali disuguaglianze di salute. Tra i dati da raccogliere in un profilo di salute della comunità rientrano la dimensione, la distribuzione per età e sesso, lo stato di salute, l'eventuale presenza di disuguaglianze con identificazione di gruppi vulnerabili, gli stili di vita, le condizioni di vita, le condizioni socioeconomiche, l'ambiente fisico, le infrastrutture fisiche e sociali e i servizi e le politiche di sanità pubblica esistenti (incluse qualità e accesso ai servizi). Infine, va ricordato che qualsiasi previsione (in massima parte quella sugli effetti indiretti) avrà margini di incertezza e di incompletezza per

- Variabilità intrinseca (es. della popolazione esposta)
- Variabilità campionaria (margine di errore delle stime dei parametri)
- Incertezza strutturale (modelli utilizzati, esposizione ad outcome considerati).

Tab. 4 Gruppi suscettibili d'interesse

Neonati e bambini	Persone LGBT
Ragazzi e giovani adulti	Persone con altri a carico
Persone in età lavorativa	Minoranze etniche
Anziani	Minoranze religiose
Popolazione rurale	Minoranze Politiche
Popolazione urbana	Disabili
Maschi/femmine	Malati cronici
Single/sposati	Senzatetto
Disoccupati	Persone economicamente svantaggiate
Altri	

Tab. 5 Determinanti e Indicatori di Salute

Condizioni sociali ed economiche che influenzano la salute	
Educazione	<ul style="list-style-type: none"> ○ n° interventi formativi /popolazione di interesse ○ rapporto n° educatori per bambina/bambino
Occupazione	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tasso di disoccupazione dell'area di interesse: (persone in cerca di lavoro/forza lavoro x100 dell'area di interesse) ○ Tasso di disoccupazione giovanile: persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni/forze di lavoro nella corrispondente classe di età
Criminalità	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tasso di criminalità: n° complessivo di denunce presentate e il totale della popolazione di riferimento ○ Quoziente specifico di criminalità minorile (delitti di minorenni denunciati su mille residenti di età compresa tra 10 e 17 anni) ○ Tasso di vittimizzazione: numero di persone oltre i 14 anni che hanno subito nel corso dell'anno di riferimento un determinato reato/totale della popolazione residente
Possibilità di accedere ad attività culturali o ad altri tipi di attività ricreative	<ul style="list-style-type: none"> ○ n° di strutture inerenti al settore /n° di abitanti dell'area di interesse ○ numero di tesserati/ abitanti
Possibilità di accedere ai servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> ○ n° strutture sanitarie (relative alle varie tipologie) /popolazione ○ recettività: disponibilità posti letto/1000 abitanti

	<ul style="list-style-type: none"> ○ tasso di ospedalizzazione: è il rapporto tra il numero di degenti e la popolazione media residente dell'anno per 1.000
Possibilità di accedere ai servizi di assistenza sociale	<ul style="list-style-type: none"> ○ numero di associazioni/abitanti ○ n° assistenti sociali/popolazione
Possibilità di usufruire dei trasporti pubblici	<ul style="list-style-type: none"> ○ n° vetture, relative ad ogni sistema modale di trasporto pubblico (autobus, tram, filobus e metropolitana), per popolazione residente ○ numero di posti offerti agli utenti dai mezzi di trasporto pubblico/popolazione
Altro	
Problematiche strutturali che influenzano la salute	
Opportunità di accedere alle abitazioni	<ul style="list-style-type: none"> ○ n° alloggi/km²
Opportunità di accedere agli spazi verdi	<ul style="list-style-type: none"> ○ spazio verde / spazio totale disponibile
Effetti della proposta sulla sicurezza stradale	<ul style="list-style-type: none"> ○ indice di lesività: rapporto tra il numero dei feriti e il numero degli incidenti con feriti (numero di feriti ogni 100 incidenti con feriti); ○ indice di mortalità: rapporto tra il numero di decessi a seguito di incidente e il numero di incidenti con feriti, (numero di decessi ogni 100 incidenti con feriti); ○ La densità chilometrica degli incidenti stradali (o dei morti o dei feriti) si calcola rapportando il numero di incidenti stradali (o morti o feriti) avvenuti in una determinata strada (o tratta di strada) e la sua estensione chilometrica: Incidenti (o morti o feriti) per Km = N° Incidenti (o morti o feriti)/ Km
Possibilità di accedere ai mezzi di comunicazione (internet/telefono)	<ul style="list-style-type: none"> ○ copertura reti di comunicazione (internet/telefono)/km²
Effetti della proposta sulle fonti di energia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consumo procapite di energia elettrica nel settore residenziale: quantità di energia consumata/popolazione ○ Consumo procapite di gas metano: quantità di gas metano/popolazione ○ Consumo procapite di energie rinnovabili: quantità di energie rinnovabili utilizzate/popolazione
Infrastrutture di gestione dei rifiuti	<ul style="list-style-type: none"> ○ n° ore di servizio/popolazione ○ n° operatori/km² ○ n° mezzi/km²
Effetti della proposta sulla qualità dell'acqua	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fare riferimento alle norme vigenti in merito alla specifica destinazione d'uso dell'acqua (potabile, irrigazione, balneazione, ecc.)
Effetti della proposta sulla qualità dell'aria (indoor e outdoor)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Valutazione degli inquinanti ambientali: ○ PM10 ○ Polveri fini ○ Ozono (O₃) ○ Ossidi di Azoto (NO_x) ○ Ossidi di carbonio (CO_x) ○ Ossidi di Zolfo (SO_x) ○ Misura della concentrazione di Radon per l'aria indoor
Effetti della proposta sulla qualità del suolo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Analisi dei monitoraggi dei parametri chimici, fisici e biologici
Effetti della proposta sul livello di rumore	<ul style="list-style-type: none"> ○ percentuale di territorio urbanizzato caratterizzato da specifici livelli di rumore ○ indice di criticità acustica (ica) dei territori urbanizzati (frazione del territorio)

	<p>assoggettato al limite diurno dei 65 dBa che supera tale limite)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ popolazione esposta a livelli di rumore compresi tra 55 e 65 dBa e superiori a 65dBa ○ percentuale di segnalazioni all'autorità competente rispetto al numero di esposti (per tipologia di sorgente). ○ richieste di intervento per disturbo da rumore distinte per fonte (discoteche, impianti di condizionamento, attività produttive, traffico, ecc.);
Altre questioni strutturali (elencare)	
Problematiche individuali e familiari che influenzano la salute	
Effetti della proposta sulla sopravvivenza	<ul style="list-style-type: none"> ○ Speranza di vita alla nascita: Tale indicatore è costruito retrospettivamente per ogni età o per ogni fascia di età, rapportando la somma totale degli anni di sopravvivenza di tutti i soggetti di quella età al numero totale di soggetti. ○ Tasso di mortalità = (numero di morti/ popolazione media) x 1000
Effetti della proposta sulla dieta	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevalenza sovrappeso e obesità = numero di soggetti residenti con BMI superiore a 25/numero di soggetti residenti ○ Consumo di frutta e verdura = numero di soggetti che consumano almeno 5 porzioni di frutta al giorno/ numero di soggetti residenti
Effetti della proposta sull'attività fisica	<ul style="list-style-type: none"> ○ Regolare svolgimento di attività fisica = numero di residenti che svolge 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni/ numero di residenti a metà anno. ○ Sedentarietà e compresenza di altre condizioni di rischio = numero di soggetti sedentari con altre condizioni di rischio (depressione, ipertensione, eccesso ponderale, fumatori)/ numero di sedentari
Effetti della proposta sul consumo di sostanze (legali ed illegali)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevalenza di fumatori = Numero di fumatori residenti/ numero di residenti a metà anno. ○ Tossicodipendenti = numero di soggetti afferenti ai SerT/ numero di residenti ○ BPCO = numero di casi di BPCO in residenti/ numero di residenti ○ K polmone = numero di casi di K polmone in residenti / numero di residenti
Effetti della proposta sulla natalità	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incidenza malformazioni = nati con malformazioni/nuovi nati ○ Tasso di mortalità infantile = (numero di bambini morti entro il primo anno di vita/ numero di bambini nati vivi) X 1000 ○ Parti cesarei = numero di parti cesarei/ totale parti
Effetti della proposta sui livelli di povertà	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reddito netto familiare = somma dei redditi (salari, stipendi, proventi professionali o imprenditoriali, pensioni, indennità, rendite, sussidi, ecc.) di ciascun componente la famiglia (avente almeno 16 anni compiuti) al netto di imposte e contributi sociali.
Altre problematiche individuali e familiari (elencare)	

3.3.4. Reporting

Terminata la valutazione portata avanti con la fase di Appraisal si entra nella penultima fase del processo di Valutazione di Impatto sulla Salute: la diffusione dei risultati. A tale fase viene attribuito il nome di "Reporting" e si pone l'obiettivo di descrivere la metodologia della VIS e i risultati ottenuti con la sua applicazione mediante la produzione di uno o più report.

Tali report devono contenere raccomandazioni chiare e comprensibili, derivate dalle analisi condotte in corso di VIS, devono rispondere alle esigenze dei destinatari includendo solo lo stretto necessario al fine di aumentare la numerosità dei potenziali destinatari. I risultati forniti saranno da supporto ai decisori politici che sono quindi i primi destinatari del report, pertanto il formato utilizzato per tali report dovrà innanzitutto essere adattato alle loro esigenze. Le raccomandazioni vanno formulate partendo dall'analisi della letteratura e di ciò che è già stato fatto con successo in altri contesti, determinando che cosa è realizzabile e possibilmente in caso di richiesta di modifiche alla proposta fornendo diverse opzioni che abbiano costi diversi e diversi livelli di impatto. In molti casi gli stakeholders saranno maggiormente attratti dalle soluzioni più economiche e ignoreranno quelle con costi più alti. Pare opportuno quindi inquadrare e dettagliare il report così che ciascuno conosca benefici e responsabilità di ogni raccomandazione e che sia indicato chi è responsabile delle singole azioni. Gli stakeholders stessi e la comunità potranno fornire soluzioni creative in risposta alle criticità della proposta in oggetto che la VIS ha evidenziato. In questa fase può essere utile, per incrementare la compliance alle raccomandazioni proposte dal report, fornire ipotesi agevolazioni fiscali e burocratiche ai decisori politici. E' fondamentale descrivere all'interno del report i quesiti di ricerca e gli obiettivi della VIS in modo da evitare irragionevoli aspettative nei destinatari. La descrizione della metodologia è anch'essa molto importante perché conferisce maggiore credibilità ai contenuti e ai risultati della VIS, soprattutto agli occhi della comunità accademica e scientifica. Infine le raccomandazioni devono essere presentate in modo da ridurre l'impatto "negativo" sui destinatari. Ad esempio, se i costi per ri-progettare un'autostrada che è spesso altamente congestionata sono più cari di quanto il destinatario vorrà sostenere, si può presentare la ri-progettazione suddividendola in stadi così che il carico finanziario non sembri enorme. Anche fornire diverse opzioni con costi differenti può essere utile. La tempistica delle raccomandazioni fornite dalla VIS, infine, è fondamentale per l'efficacia della loro implementazione e per la successiva fase di monitoraggio del processo.

Il primo passo nel produrre documenti sulla VIS efficaci è capire e comprendere chi sono e cosa pensano i destinatari. Non a caso si parla di destinatari perché possono essere più di uno. Gli stakeholders possono includere politici, programmatori, leader di comunità e altri soggetti e istituzioni. Ognuno di questi destinatari può avere un punto di vista differente e qualche volta contrastante su un determinato problema. E' importante riconoscere che molti stakeholders non sono neutrali. Bisogna quindi identificare le necessità e le posizioni dei destinatari e anticipare come potrebbero reagire alle informazioni sia nel caso esse siano supportive che contrastanti le posizioni dei destinatari. E' sempre meglio conoscere "amici e nemici" per rispondere in modo appropriato. Ecco che allora la diffusione dei risultati potrà avvantaggiarsi di un report dettagliato quando il destinatario sarà uno stakeholder con competenze tecniche, di una breve sintesi (es. report breve, fact-sheet) per il pubblico o i media, e ancora, quando richiesto, di un manoscritto per gli accademici.

Altre forme di "reporting" da prendere in considerazione sono:

- Report formale comprensivo del processo della VIS e dei risultati ottenuti
- Lettera di commenti su un piano o progetto
- Testimonianza ad un congresso pubblico
- Presentazioni agli stakeholders
- Divulgazione ai media
- Caricamento del report sul web per la diffusione a un pubblico vasto
- I risultati della VIS possono essere integrati a quelli della VIA (Valutazione di Impatto Ambientale).

3.3.5. Monitoring

L'ultima fase della Valutazione di Impatto sulla Salute è la cosiddetta fase di "Monitoring". Il monitoraggio può migliorare il processo della VIS mostrando quali cambiamenti possono essere fatti nelle future valutazioni di impatto e in che modo modificare le VIS in corso. Inoltre, il monitoraggio inteso anche come valutazione può fornire un feedback su successi e sfide, determinare l'accuratezza

delle “predizioni” fatte durante la fase di appraisal, e può essere da supporto per i professionisti nel comprendere se la VIS ha raggiunto gli standard che il gruppo di lavoro si era posto.

Affinchè il monitoraggio venga completato adeguatamente è auspicabile che il gruppo di lavoro che se ne occupa si trovi in prossimità dell’area geografica che subirà le ricadute del progetto sottoposto a VIS. Pare inoltre fondamentale il mantenimento di quelle caratteristiche di chiarezza e trasparenza che hanno fatto da cardine all’intero processo della VIS. I dati del monitoraggio andranno divulgati a tutti gli stakeholders interessati e ai decision-makers che svolgono un ruolo chiave e sono cruciali per il successo della VIS. In questa fase, così come nelle precedenti, va ricordato che la VIS è un processo “politico” e vi saranno pertanto sempre dei vincoli istituzionali che devono essere identificati e affrontati.

Il monitoraggio della Valutazione di Impatto sulla Salute prevede tre distinti tipi di valutazione:

- 1) La Valutazione di Processo: valuta il processo metodologico che ha portato al compimento della VIS.
- 2) La Valutazione di Impatto: valuta l’effetto che la VIS ha avuto sul processo di decision-making.
- 3) La Valutazione di Outcome: valuta se gli outcomes predetti dalla VIS sono risultati corretti.

La Valutazione di Processo si pone l’obiettivo di rispondere ad alcuni quesiti volti a valutare gli aspetti più propriamente metodologici della VIS. Tra questi è prevista una valutazione della conduzione della VIS che consideri la tempistica, l’area geografica e la popolazione considerate, l’uso delle risorse e i costi finanziari, le modalità di formulazione delle raccomandazioni e i criteri di attribuzione a queste di diversi livelli di priorità. Si raccolgono inoltre informazioni sulle modalità di divulgazione delle raccomandazioni ai decisori politici e ai committenti e indicazioni sulle criticità e i punti di forza riscontrati dal personale coinvolto nella Valutazione di Impatto sulla Salute.

La Valutazione di Impatto è in questa fase intesa come una descrizione dell’impatto che la Valutazione di Impatto sulla Salute effettuata ha avuto sul processo di decision-making o di policy-making. Si terranno in considerazione in questo aspetto del monitoraggio la capacità della VIS di fornire informazioni utili al decisore politico, di assicurare e supportare una partecipazione pubblica il più possibile inclusiva, di portare cambiamenti alla ideazione del progetto o della policy (siano essi quelli previsti da chi ha condotto la VIS o del tutto inaspettati), di avere come risultato nuove partnerships o coalizioni o di condurre a nuovi sforzi per analizzare e influenzare le politiche pubbliche sulla base delle ricadute sulla salute. Infine, si valuta in questa fase la capacità che la VIS ha avuto di portare a cambiamenti nel modo in cui le istituzioni inquadrano e affrontano i problemi di salute.

La valutazione degli outcomes specifica gli impatti sulla salute a lungo termine di un progetto. Per questo motivo richiede molto tempo prima di essere completata e può essere dispendiosa. E’ simile al disegno di studio pre/post in cui si vuole determinare se gli outcomes di salute di un progetto sono stati raggiunti. E’ opportuno inoltre ricordare che la policy o il progetto finale possono essere diversi da quelli raccomandati nella VIS, perciò le stime pensate in fase di VIS possono non essere del tutto valide. In questo momento del monitoraggio si valuterà se gli impatti sulla salute sono stati nella direzione prevista dalla VIS, se sono evidenziabili o sono stati evidenziati altri impatti che la VIS non ha previsto, e se gli impatti previsti dalla VIS erano basati su uno scenario diverso da ciò che poi è realmente accaduto e, in tal caso, in che modo questo influenza gli impatti sulla salute previsti rispetto a quelli reali che sono stati riscontrati.

Ulteriori considerazioni andranno fatte in base ai seguenti criteri di efficacia, efficienza ed equità:

- Criteri di Efficacia:

- In quale misura la richiesta di input è stata coerente con quella originariamente pianificata?
- In quale misura gli outputs pianificati per la VIS sono stati raggiunti?

- Criteri di Efficienza:

- Quanto tempo è stato impiegato per la VIS e da parte di chi?
- Quali sono stati i costi economici associati (salari, viaggi, spese, ecc..)?

- Criteri di Equità:

- Sono stati coinvolti i gruppi vulnerabili o i loro rappresentanti nella VIS?
- I dati routinari sui gruppi vulnerabili sono stati resi disponibili e accessibili?
- Gli impatti hanno identificato la differenza di distribuzione tra i diversi gruppi di popolazione e non solo l'impatto sui gruppi vulnerabili?
- Le raccomandazioni includono opzioni e azioni per affrontare eventuali differenze di distribuzione degli impatti?

Gli elementi essenziali di un piano di monitoraggio vanno descritti in un apposito documento che contenga al suo interno: gli obiettivi del monitoraggio; le risorse a disposizione per la conduzione e il completamento; l'identificazione di outcomes, impatti e indicatori da monitorare; il processo per la raccolta di informazioni significative al baseline e a lungo termine; la definizione dei ruoli per individui e organizzazioni; eventuali criteri o stimoli per l'azione se le raccomandazioni non vengono seguite; la definizione del processo di divulgazione della metodologia e dei risultati del monitoraggio; la definizione del processo per l'apprendimento, l'elaborazione e la risposta ai risultati del monitoraggio. Pare, inoltre, utile, inserire un impegno al monitoraggio per incoraggiare i policy-makers e i decisori a essere maggiormente consapevoli della "salute".

4. RACCOMANDAZIONI CONCLUSIVE

4.1 Proposte operative per l'applicazione della VIS in Regione Sicilia

Considerato che l'entrata in vigore delle linee guida regionali della Regione Sicilia sulla Valutazione di Impatto sulla Salute avranno una imponente ricaduta sui processi di decision-making e di policy-making, appare necessario fornire delle raccomandazioni e proposte operative per la loro applicazione.

E' raccomandata l'applicazione delle presenti linee guida ai processi di Valutazione di Impatto sulla Salute che verranno realizzate. La fase operativa di applicazione della VIS verrà anche utilizzata per definire gli standard procedurali per favorire lo sviluppo di metodologie e buone pratiche applicative. Durante questo processo sarà favorita l'interfaccia con tutti gli stakeholders del processo e attraverso i processi di reporting e di monitoring aumenterà la trasparenza sui processi decisionali dei progetti presentati a livello Regionale, Provinciale e Locale assicurando e coinvolgendo direttamente anche l'opinione pubblica, le associazioni dei cittadini e i mass media attraverso procedure di valutazione e sistemi di controllo standardizzati.

Almeno nella prima fase di start-up la VIS non sarà vincolante per lo sviluppo dei piani o dei progetti o per intervenire sulle politiche, ma contestualmente fornirà dei suggerimenti e delle indicazioni che potranno/dovranno essere presi in considerazione dai soggetti proponenti (Enti o Soggetti privati, società partecipate, etc...) per eventualmente riprogrammare e modificare il progetto.

Dopo la prima fase di start-up operativo, durante la quale verrà eseguito un monitoraggio accurato dell'attività svolta (effetti sulla salute, tempi, personale, costi,...), potranno essere valutate ulteriori modifiche delle raccomandazioni proposte.

5. BIBLIOGRAFIA

Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Sicilia. Annuario regionale dei dati ambientali. Anno 2010.

Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente Sicilia. Produzione e gestione dei rifiuti urbani in Sicilia. Rapporto 2010.

Bert F, Ceruti M, Colombo A, Lovato E, Bruno S, Costa G, Liguori G, Manzoli L, Siliquini R; Network Italiano HIA. The Italian legislation on Health Impact Assessment: the current national and regional regulatory framework. *Ann Ig.* 2010 Mar-Apr;22(2):147-55.

Berti G, Galassi C, Faustini A, Forastiere F; Gruppo EpiAir. Progetto EPIAIR promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Inquinamento Atmosferico e Salute: Sorveglianza Epidemiologica ed Interventi di Prevenzione. *Epidemiol Prev* 2009; 33 (6 Suppl. 1): 1-143

Bianchi F, Bianca S, Dardanoni G, Linzalone N, Pierini A. Congenital malformations in newborns residing in the municipality of Gela (Sicily, Italy). *Epidemiol Prev* 2006; 30: 19-26.

Bianchi F, Buiatti E. La valutazione d'impatto sulla salute (VIS). Osservatorio Epidemiologico Agenzia Sanità Toscana – CNR Pisa. Web: http://files.meetup.com/330164/bianchi_buiatti.pdf - http://www.rete.toscana.it/sett/pta/7a_conferenza_ambiente/documenti/bianchi_buiatti.pdf .

Bruno S, de Waure C, Specchia ML, Manzoli L, Liguori G, Siliquini R, Ricciardi W; Network Italiano Hia. Health impact assessment methods and practice: state of the art and necessary developments. *Ig Sanita Pubbl.* 2010 Sep-Oct;66(5):601-15.

C. M. Negri Sud - ASR Abruzzo - ARTA Abruzzo. Linee Guida per la Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) (L.r. 2/08). Ottobre 2008. Rapporto Web del CMNS su commissione ed autorizzazione dell'ASR Abruzzo: <http://www.negrisud.it/ambiente/VIS/vis.html>

Commissione delle Comunità Europee. Comunicazione al Parlamento Europeo al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni: Solidarietà in materia di salute, riduzione delle disuguaglianze sanitarie all'interno dell'UE. Bruxelles, 20 ottobre 2009. COM (2009) 567

Comitato delle Regioni. Parere in merito alla Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni – Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE. NAT- V-001. 84ma sessione plenaria 14 e 15 aprile 2010

Commissione d'indagine sull'esclusione sociale. Rapporto sulle politiche contro l'esclusione sociale. Giugno 2008

Comitato Economico e Sociale Europeo. Parere in merito alla Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni - Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE. SOC/351 Bruxelles, 29 aprile 2010

Commissione Europea. Comunicazione. Europa 2020: Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. COM(2010) 2020. Bruxelles 3 marzo 2010

Consiglio dell'Unione Europea (EPSCO). Parere sulla Comunicazione "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE. 9960/10. Bruxelles, 20 maggio 2010

Costa G. Un metodo per presidiare l'equità nell'appropriatezza e nella continuità dei percorsi assistenziali: raccomandazioni per l'*Equity Audit*. 2011. In: Ministero della Salute e Regione Valle d'Aosta. Ricerca finalizzata – Progetto ordinario. Anno 2007

Decreto Legislativo 2 febbraio 2001, n. 31, "Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano". GU n. 52 del 3 marzo 2001 – SO n. 41

Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152, "Norme in materia ambientale". GU n. 88 del 14 aprile 2006 – SO n. 96

Dipartimento Osservatorio Epidemiologico Assessorato per la Sanità della Regione Sicilia. Registro regionale siciliano dei mesoteliomi: anni 1998-2002.

European Topic Centre on Air and Climate Change. The state of the air quality in 2008. Technical paper 2010/1. The Netherlands: Bilthoven 2010

Fano V., Cernigliaro A., Scondotto S., Pollina Addario S., Caruso S., Mira A., Forestiere F., Perucci C. A. – Stato di salute della popolazione residente nelle aree ad elevato rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale della Sicilia –. Notiziario dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale – Regione Siciliana, Rapporti 2005 e 2008.

Gianfagna A, Oberti R. Fluoro-edenite from Biancavilla (Catania, Sicily, Italy): crystal chemistry of a new amphibole end-member. *Am Mineral*2001; 86: 1489-93.

Hanninen O, Knol A. European Perspectives on Environmental Burden of Disease (EBoDE). Estimates for nine stressors in six countries. Reports 1/2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b75f6999-e7c44550-a939-3bccb19e41c1>.

Australian Government. Department of Health and Ageing. Health Impact Assessment Guidelines. September 2001.

Institute of Public Health in Ireland. Health Impact Assessment Guidance for Ireland, 2009.

ISPRA. Annuario dei dati ambientali 2009 Progetto Aphekom – Improving Knowledge and Communication for Decision Making on Air Pollution and Health in Europe. http://www.aphekom.org/c/document_library/get_file?uuid=80d9dfde021d-4674-837e-7960830339cd&groupId=10347. Ultima consultazione: settembre 2011

Istat. Giornata Mondiale dell'Acqua – Le statistiche dell'ISTAT. 21 marzo 2011.

Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*2008; 372(9642): 917-927.

Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56: 171-204.

Marangoni F. La VIS nell'ambito della VAS:approccio integrato per il governo del territorio. Treviso, 9 Febbraio 2011.

URL:http://www.provincia.treviso.it/Engine/RAServeFile.php/f/Pubblicazioni/6909/2_VIS_VAS_09022011_Marangoni.pdf

Mastrantonio M, Altavista P, Binazzi A, Uccelli R. Indagine sullo studio di salute delle popolazioni residenti nell'area di Augusto-Priolo. Aggiornamento al quinquennio 1995-1999 dello studio di mortalità per causa.

[URL: http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_Epidemiologia/RapportoAreeARischio.pdf](http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_Epidemiologia/RapportoAreeARischio.pdf)

Mastrantonio M, Belli S, Binazzi A, Carboni M, Comba P, et al., 2002. La mortalità per tumore maligno della pleura nei comuni italiani (1988-1997). Rapporti ISTISAN 2002; 02/12.

Maurello M.T. VIS strumento di pianificazione territoriale. Arezzo, 30 Novembre 2011. URL: <http://www.retecittasane.it/news/Maurello.pdf>

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008. Determinanti socioeconomici. Roma, 2009

Muna IAA. Health Impact Assessment: An overview and examples. Sudanese Journal of Public Health: July 2007, 2(3): 140-5.

NHS Health Development Agency. Deciding if a health impact assessment is required (Screening for HIA), 2003. URL: <http://www.humanimpact.org/doc-lib/finish/12/13>

Ottaviani M, Lucentini L, Bonadonna L, Ferretti E. Valutazione e gestione del rischio nella filiera delle acque destinate al consumo umano: il Water Safety Plan nella revisione della Direttiva 98/83/CE. Not Istisan 2009; 22: 3-8

Parlamento Europeo. Risoluzione dell'8 marzo 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE [2010/2089(INI)]

Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2008, Sicilia.

Ramistella EM, Bellia M, Di Mare S, Rotiroti G, Duscio D. Inquinamento ambientale di origine industriale e mortalità per tumore. Revisione della situazione di Augusta e Priolo. Boll Acc Gioenia sci nat 1990; 23 (336): 437-462.

Risoluzione del Consiglio dell'8 giugno 1999 concernente la futura azione della Comunità nel settore della sanità pubblica. Gazzetta Ufficiale n. C 200 del 15/07/1999 p.1-2.

Santangelo G. Valutazione ambientale di piani, programmi e progetti: la VIA e la VAS. Venezia, 9 Aprile 2009. <http://www.iuav.it/Facolta/facolt--di/OSSERVATOR/approfondi/Documenti/Via-e-Vas---Santangelo.pdf>

Sebastiani G, Marinacci C, Demaria M, et al. Disuguaglianze sociali nella mortalità di un campione della popolazione italiana. Relazione al XXXIV Congresso AIE – Firenze 9 novembre 2010.

Stead D. Institutional aspects of integrating transport, environment and health policies. Transp Policy 2008; 15(3): 139-148.

Tamino G. Le diverse valutazioni di impatto (VIA; VAS; VIncA; VIS). <http://www.isde.it/Biblonline/relazioni/Le%20diverse%20valutazioni%20di%20impatto%20-%20VIA;%20VAS;%20VIncA;VIS.pdf>

Trattato sull'Unione europea, 92/C 191/01, Trattato di Amsterdam che modifica il trattato sull'Unione europea, i Trattati che istituiscono la Comunità europea e alcuni atti connessi, GU C 340 del 10/11/1997.

Tumino R et al. Relazione sullo stato di avanzamento della registrazione dei casi accertati di mesotelioma in Sicilia: 1998-2000. In: *O.E. Notiziario della Regione Sicilia* 2002.

World Health Organization. Guidelines for Drinking- water Quality. Third edition incorporating the first and second addenda. Volume 1 Recommendations 2008

World Health Organization. Health Impact Assessment Toolkit for Cities. Document 1 Vision to Action. 2005. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/101500/HIA_Toolkit_1.pdf

Martinez et alii. Variables independently associated with self-reported obesity in the european Union. *Public Health Nutrition*, 1999.

OMS. Comitato regionale per l'Europa, 51° sessione, Madrid 10-13 settembre 2001. Povertà e salute. Ufficio città sane, Comune di Padova, 2002

WHO The European Health Report 2002 www.euro.who.int/europeanhealthreport.

Comune di Bologna. Il profilo di salute della città di Bologna, in *Verso il Piano per la salute della Città di Bologna*. Quaderno n. 2, BologBibliografia

Linee guida per la predisposizione dei piani di protezione civile provinciali e comunali in tema di rischio idrogeologico - Regione Sicilia

Assessorato Regionale dell'Energia e dei Servizi di Pubblica Utilità - Dipartimento dell'Energia - Servizio II - Osservatorio Regionale e Ufficio Statistico per l'Energia 2012.



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Ministero
dello Sviluppo Economico



Il Ministro
per le Regioni e Territoriali



Ministero della Salute

Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale
Direzionale generale della programmazione sanitaria

REGIONE	CALABRIA – CAMPANIA – PUGLIA – SICILIA
LINEA DI ATTIVITA' TRASVERSALE:	Supportare le definizioni e l'utilizzo di modelli e strumenti per integrare la VIS nella programmazione.

LT2 – Gruppo VIS Gruppo di coordinamento Agenas		
Coordinatore	Francesco Di Stanislao	
	Roberta Siliquini	
	Maria Rosaria Gualano	
	Selene Fulvi	
	Elisa Draghi	
	Fabrizio Bert	 Dot. Fabrizio Bert



PON Governance
e Assistenza Tecnica
2007-2013

UNA PA PER LA CRESCITA

agenas.s. Progetto Operativo Assistenza Tecnica