

SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

Obiettivi e metodi



Responsabile scientifico

Giuseppe Costa

SC DU Epidemiologia ASL T03. Regione Piemonte

Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Torino

Comitato d'iniziativa

Alberto Martini

Facoltà di Scienze Politiche -.Università del Piemonte Orientale.

Nicola Negri

Dipartimento Scienze Sociali - Facoltà di Scienze Politiche - Torino

Franco Corsico

Politecnico di Torino

Istituto Superiore sui Sistemi Territoriali per l'Innovazione - Torino

Roberto Leombruni

Dipartimento di Economia Cognetti de Martiis - Facoltà di Scienze Politiche – Torino

Fondazione Carlo Alberto

Elena Coffano

DORS ASL T03 - Regione Piemonte

Gruppo operativo centrale

Elena Gelormino

SC DU Epidemiologia ASL T03. Regione Piemonte

Roberto Salerno

SC DU Epidemiologia ASL T03. Regione Piemonte

Gina D'Apa

SC DU Epidemiologia ASL T03. Regione Piemonte

Silvia Cordero

Associazione Torino Internazionale

I gruppi operativi di settore e i loro consulenti sono citati nei singoli rapporti cui hanno contribuito.

Indice

Introduzione	4
Metodi	8
Prospettive future.....	13
Bibliografia.....	14

Introduzione

Cos'è il progetto Salute in Tutte le Politiche (STP)

E' ormai patrimonio consolidato della comunità scientifica che si occupa di promozione della salute il fatto che la salute degli individui dipenda solo in parte dall'offerta di servizi sanitari per la cura delle malattie. Sin dalla dichiarazione di Alma Ata sulle cure primarie (1978) e dalla Carta di Ottawa (1986) per la promozione della salute, si riconobbe il ruolo che il contesto sociale, economico e politico ha sulla salute delle persone.

In questo senso spingeva uno dei principali obiettivi dell'OMS Regione Europea *Health 21: Health for All in the 21st century* (WHO Europe 1999), dove è enfatizzato il compito che la strategia ha di confrontarsi con i determinanti sociali della salute e, quindi, di dare priorità alle politiche e agli interventi che sono in grado di ridurre le differenze sociali nella salute che ancora affliggono le popolazioni europee.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2006 attiva il programma "Guadagnare salute", attento agli stili di vita salubri e alle condizioni che ne facilitano l'adozione (OMS Comitato Regionale per l'Europa. Copenaghen 2006 -EUR/RC56/8; EUR/RC56/Conf.Doc./3 30 giugno 2006), che è recepito quasi immediatamente dal governo italiano (Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari. DPCM 4/5/2007) con un programma che si propone di ampliare l'orizzonte della strategia "Guadagnare Salute" dal modo con cui le politiche possono facilitare l'adozione di stili di vita più sani a tutti i meccanismi con cui le politiche non sanitarie esercitano un effetto sulla salute e sulle disuguaglianze nella salute.

L'Unione Europea, durante la presidenza finlandese del 2006, ha elaborato i concetti e metodi della strategia "*Health in All Policies*" [Stahl 2006]. Il Ministero della Salute ha ospitato in Italia una conferenza intergovernativa congiunta EU-WHO dedicata al tema "*Health in All Policies: achievements and challenges*" [Health Ministerial Delegation EU Member States. Declaration on "Health in All Policies". Rome 18 December 2007].

La strategia Salute in tutte le Politiche è ritenuta capace di promuovere la salute della popolazione generale e di contrastare le disuguaglianze sociali nella salute: dopo la Comunicazione della Commissione dedicata ai temi dell'equità "*Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*" (Brussels, 20.10.2009 COM(2009) 567 final), a maggio del 2010, il Comitato Economico e Sociale Europeo (SOC 351) ha chiesto alla Commissione stessa che i principi di contrasto delle disuguaglianze di salute siano messi a fondamento della Strategia EU 2020 e che siano realizzati con un approccio come quello di Salute in Tutte le Politiche, ampio e coordinato fra settori decisionali diversi.

Per orientare le politiche alla salute e all'equità nella salute bisogna prima di tutto conoscere quale sia la loro influenza su entrambe. Purtroppo, questo tipo di conoscenza è ancora limitata e dispersa fra i diversi saperi.

Gli esperti sanno che gli stili di vita adottati, la qualità degli ambienti di vita e di lavoro, la disponibilità economica, la coesione sociale delle comunità e l'offerta di servizi pubblici di buona qualità hanno un'influenza marcata sulla salute e sulla sua distribuzione nella popolazione, ma questa consapevolezza stenta a diffondersi fra i coloro che definiscono le politiche e gli interventi. Il progetto si propone appunto di colmare in parte queste lacune conoscitive di decisori e professionisti della promozione della salute, e i rapporti qui presentati sono un risultato diretto di questo percorso.

Considerate le premesse e visti i due anni di tempo e le limitate risorse disponibili, il progetto ha esaminato in questa fase l'impatto sulla salute delle politiche del lavoro, della mobilità, del reddito, le politiche urbanistiche e quelle che modificano gli stili di vita, e per ognuno tema ha elaborato un rapporto analitico e documenti di comunicazione per trasferire ai professionisti e ai decisori le conoscenze necessarie per ricalibrare le politiche tenendo conto anche del ruolo che esse possono giocare sulla salute dei cittadini.

Ogni rapporto descrive le conoscenze disponibili sulle relazioni che esistono fra a) i bisogni da cui nascono le politiche; b) le conseguenze che bisogni e risposte comportano sull'ambiente circostante e sulle condizioni e stili di vita delle comunità e delle persone; e c) i verosimili effetti che tali conseguenze producono sulla salute individuale e collettiva.

I rapporti raccolgono studi pubblicati in letteratura, il parere di esperti accademici di settore, e il parere degli esperti che quotidianamente operano negli ambiti decisionali prescelti. Anche se ogni rapporto contiene una breve rassegna degli studi disponibili che hanno valutato l'efficacia di specifici interventi e politiche di correzione, bisogna ricordare e sottolineare come queste informazioni non siano sufficienti a fornire vere e proprie raccomandazioni di comportamento al decisore.

Quali sono gli obiettivi del progetto

Obiettivo principale è l'organizzazione delle conoscenze e delle esperienze nei settori esaminati in modo tale da renderle utili per il decisore.

Quale schema logico sostiene il progetto

Il progetto ha individuato uno schema logico con cui mettere ordine nella sequenza di eventi/stati che descrive i nessi causali tra politiche e salute (si veda fig. 2). Per far ciò si è ispirato ad uno schema concettuale proprio dell'epidemiologia sociale [Diderichsen 2001] che ha il merito di cercare di inserire nella storia naturale di ogni problema di salute (dal fattore di rischio alla malattia) le relazioni causali con cui i determinanti sociali influenzano la salute identificandone i

meccanismi di azione (che sono altrettanti punti di ingresso delle politiche che possono modificare questa storia).

Naturalmente imbrigliare la complessità del reale in questo tipo di schemi logici comporta a volte semplificazioni eccessive nella definizione dei confini di una politica o nella misurazione degli effetti di fenomeni che hanno molteplici obiettivi e innumerevoli esternalità di cui non è sempre possibile tener conto¹.

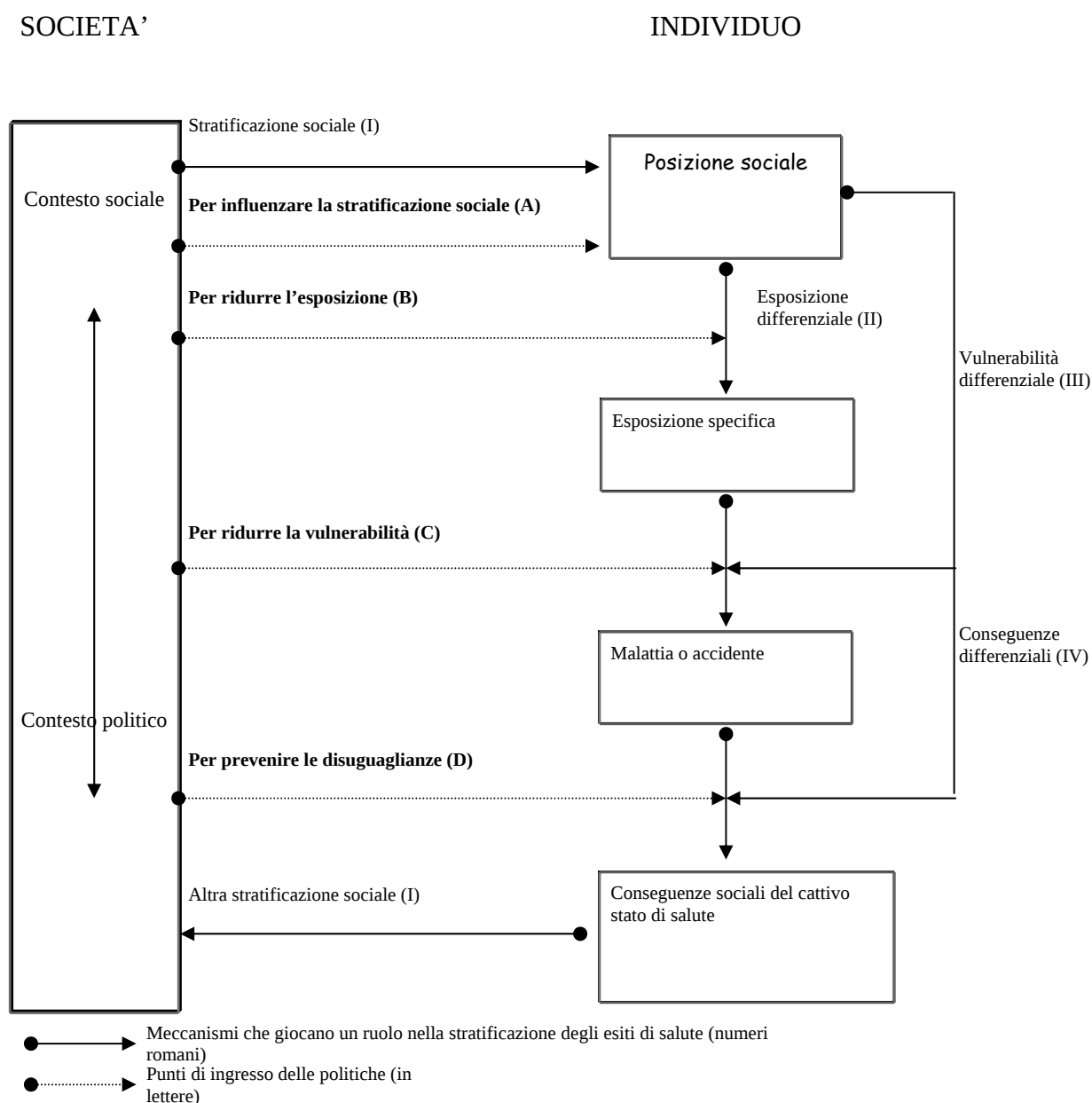


Fig. 1 schema concettuale per la genesi delle disuguaglianze di salute e i punti d'ingresso degli interventi [Diderichsen F 2001]

¹ Sul concetto di “politica pubblica” ci sono notevoli divergenze tra gli studiosi (cfr. tra gli altri Bobbio 1996; Capano e Giuliani 2005; Regonini 2001; Wildavsky 1992). Nella nostra accezione noi intendiamo per “politica pubblica” l’equivalente anglosassone di *policy*, che, è l’insieme delle attività formali (leggi, regolamenti, ecc.) e non formali (pressioni, campagne d’opinione ecc.) prodotte da attori pubblici e privati finalizzati ad affrontare un problema di rilevanza pubblica”. Nei nostri rapporti analizzeremo gli effetti di alcuni interventi inerenti il campo di *policy* considerato

Lo schema di Diderichsen sottolinea come l'ambiente sociale nel quale vivono gli individui influenza la loro posizione sociale, creando e distribuendo risorse materiali, di *status* e di aiuto in modo differente tra i diversi strati sociali (livello I nel diagramma sopra esposto). L'appartenenza ad uno strato sociale a sua volta influenza la probabilità di esposizione a fattori di rischio specifici per la salute (livello II), il grado di vulnerabilità all'effetto del fattore di rischio sull'insorgenza del problema di salute (livello III) e il grado di vulnerabilità della persona malata all'effetto della malattia sulla promozione sociale (livello IV). Lo schema, dunque, individua quattro potenziali punti d'ingresso per politiche ed interventi di contrasto, che sono:

- A. le azioni, di competenza di politiche non sanitarie, per ridurre gli effetti che la stratificazione sociale può avere sulle capacità di valorizzare le opportunità di salute e controllare le risorse;
- B. le azioni per ridurre le esposizioni dannose ai fattori di rischio ambientali, comportamentali, psicosociali, lavorativi, che sono di competenza sia delle politiche sanitarie sia di quelle non sanitarie;
- C. le azioni per ridurre la vulnerabilità, sia attraverso interventi in grado di prevenire le complicanze di un problema di salute manifesto, e di competenza strettamente sanitaria, sia tramite interventi in grado di ridurre gli effetti sfavorevoli dei fattori di rischio, che sono competenza sia del mondo sanitario (ad esempio la medicina di iniziativa, la sorveglianza sanitaria) sia delle politiche non sanitarie;
- D. le azioni per ridurre gli effetti sociali della malattia (tra cui la mobilità lavorativa e sociale), rientranti nel dominio delle politiche sociali.

Questo schema logico è stato utilizzato come guida per studiare i nessi tra politiche e salute in altri ambiti, sostituendo ai determinanti sociali i determinanti specifici di ogni ambito (si veda il paragrafo "per l'identificazione delle sequenze causali").

Le caratteristiche del gruppo di lavoro

Il progetto è nato attorno ad un gruppo di esperti di matrice accademica che ha suggerito sia l'impostazione dei lavori (comitato d'iniziativa) sia il *panel* di esperti di settore che sarebbe stato utile coinvolgere. Ogni argomento è stato poi sviluppato da un gruppo di esperti accademici competenti per settore che si è avvalso di esperti di campo il cui parere è stato giudicato un utile contributo per la contestualizzazione delle evidenze scientifiche e per colmare le frequenti lacune della ricerca in alcuni settori. Il lavoro di elaborazione dei rapporti è stato coordinato dal gruppo operativo centrale che si è occupato anche dello sviluppo degli aspetti politologici² e epidemiologici.

² Per attività politologica qui si intendono essenzialmente l'attività di "definizione del problema", del ciclo di vita dell'intervento e degli aspetti controversi legati alla valutazione delle *policies*.

Metodi

Gli aspetti metodologici rappresentano forse la sfida più interessante di questo progetto. La complessità dei soggetti da analizzare e classificare è tale da richiedere conoscenze diverse ma capaci di reciproca comprensione. Per questo scopo è stato necessario portare gli esperti delle diverse discipline a chiarire preliminarmente e condividere il significato dei singoli concetti in gioco, la classificazione degli elementi che li compongono, all'interno dello schema logico adottato. Questo ha permesso di costruire un linguaggio comune che è stato utilizzato per la ricerca bibliografica e per la sistematizzazione delle conoscenze degli esperti.

Per l'identificazione delle sequenze causali (*pathways*)

Ispirandoci alla concettualizzazione dell'epidemiologia sociale, in ogni rapporto sono state individuate alcune sequenze che rappresentano gli effetti che, a partire da un bisogno umano, si susseguono fino a determinare uno stato di salute particolare.

L'identificazione delle sequenze causali, o *pathways*, è stata un processo incrementale promosso dall'elaborazione cognitiva all'interno del gruppo operativo.

La fig. 2 rappresenta l'impostazione logica del progetto e dei rapporti.

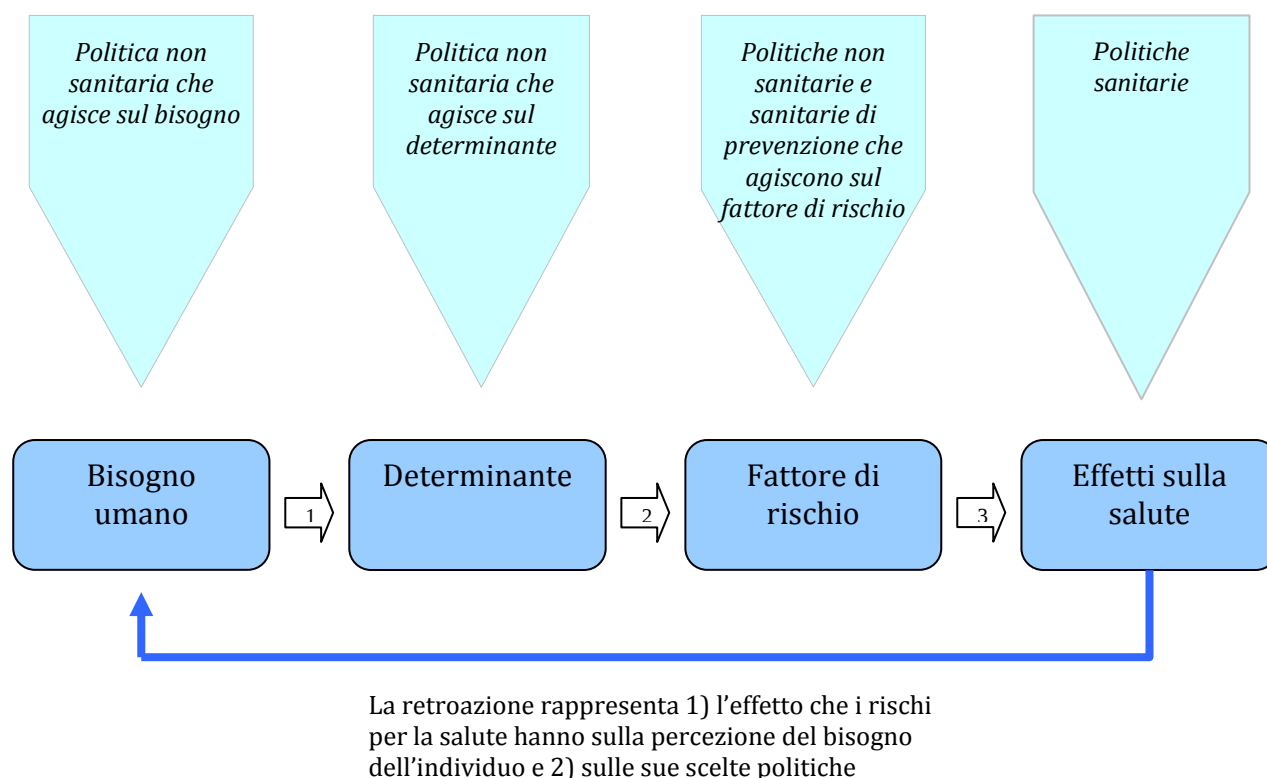


Fig. 2. L'impostazione concettuale di Salute in Tutte le Politiche.

S'intende per bisogno quello stimolo dell'essere umano che lo induce al progresso e all'innovazione per il miglioramento delle condizioni di vita proprie o della propria famiglia/comunità interagendo con il mondo esterno. Secondo Gough e Doyal [1991] ogni persona ha interesse nell'evitare ciò che può ostacolare il raggiungimento della propria idea di bene, indipendentemente da ciò in cui essa consista. Questo tentativo della persona richiede la capacità di partecipare al proprio ambiente sociale. Più specificatamente, ogni individuo necessita di salute fisica e autonomia personale (quest'ultima intesa come la capacità di fare scelte informate su cosa fare e come farlo: per questo la persona deve avere salute mentale, abilità cognitive e possibilità di partecipare alle attività sociali e al *decision making*), che rappresentano i due bisogni fondamentali dell'uomo, secondo questi autori. Essi sono soddisfatti passando attraverso undici categorie di bisogni intermedi (adeguata disponibilità di cibo e acqua potabile, un'abitazione adeguata, un ambiente di lavoro sicuro, etc.). Come si vede, il progetto Salute in Tutte le Politiche fa partire la propria analisi, nei suoi rapporti tematici, proprio da singoli bisogni intermedi.

E' chiaro che la soddisfazione di un bisogno ha in sé i propri aspetti positivi, ma in questa sede l'interesse di STP consiste nell'evidenziare tutti i lati negativi legati alla mancata soddisfazione del bisogno che incidono sulla salute degli individui alla stregua di "effetti collaterali".

A causa della spinta a migliorare la propria condizione, la persona si muove dal bisogno all'adozione di elementi che rappresentano i "determinanti". S'intende per determinante di salute quell'elemento, originato dall'intervento umano in risposta ad un bisogno, che modifica il mondo esterno apportando benefici o danni e generando elementi che si comportano come fattori di rischio per la salute umana.

S'intende per fattore di rischio un aspetto del comportamento, un'esposizione ambientale o altra caratteristica acquisita o congenita associata ad una condizione di salute mediante legame causale [Last 2001].

Si intende per effetti sulla salute i potenziali danni che i fattori di rischio possono arrecare all'uomo. La misura di questi effetti è oggi oggetto di dibattito metodologico: in questo documento saranno soprattutto utilizzate le tradizionali misure di morbidità, disabilità e mortalità. In alcuni settori potrebbe essere possibile l'applicazione delle misure sintetiche di impatto (di cui la più promettente ad oggi il *Disability-Adjusted Life Year*) che permettono confronti di costo/beneficio fra interventi che agiscono su esiti di salute anche molto diversi, scelte rendendo più informati i processi decisionali [Lopez et al. 2006].

Infine, si intende per politica pubblica l'equivalente anglosassone di *policy*, che, è l'insieme delle attività formali (leggi, regolamenti, ecc.) e non formali (pressioni, campagne d'opinione ecc.) prodotte da attori pubblici e privati finalizzati ad affrontare un problema di rilevanza pubblica.

Le politiche e gli interventi che possono essere messi in atto per migliorare la situazione possono intercettare tutti i livelli di questo flusso, modificando la domanda o l'offerta, riducendo l'esposizione o curando le malattie.

Dopo aver definito le più significative sequenze causali sono stati documentali i “nessi” tra gli elementi della catena, concentrando l’attenzione sui nessi determinante-fattore di rischio e fattore di rischio-esito di salute.

Il nesso bisogno-determinante (vedi fig. 1 ) non è stato trattato nello specifico ma è stato affrontato in modo più generale nel capitolo relativo al bisogno di muoversi (si veda il paragrafo “Struttura generale dei rapporti”): questo perché è stata ritenuta meno rilevante ai fini del progetto, che intende valutare l’effetto delle politiche pubbliche non sanitarie sulla salute dei cittadini e non compiere uno studio sulle conseguenze dell’esigenza di muoversi sullo sviluppo della società.

Pur analizzando solo le connessioni rappresentate, il documento potrebbe risultare di non facile lettura, oltre che per via delle inevitabili limitazioni degli autori, proprio per la complessità del mondo reale.

Ogni rapporto ha quindi raccolto in un’unica immagine le diverse sequenze causali identificate, sintetizzate in una mappa concettuale per ciascun argomento. Essa rappresenta il quadro d’insieme di tutte le sequenze identificate con il nostro lavoro. E’ cioè una sorta di guida stradale per trovare il percorso per comprendere i meccanismi di azione di fenomeni tanto complessi e concatenati. Le mappe concettuali utilizzate durante l’elaborazione dei rapporti e nella loro presentazione sono elaborate con il Software Cmap Tools. Knowledge modeling kit. Version 4.18 IHMC US.

La serie di sequenze causali con cui sono rappresentati i fenomeni non ha la pretesa di essere esaustiva: lettori diversi potrebbero proporre chiavi di lettura della realtà differenti. Ciò significa che i determinanti prescelti avrebbero potuto essere diversi o diversamente combinati, partendo da ottiche diverse, risolvendo alcune sovrapposizioni di effetto ma creandone altre. E’ sembrato agli autori che quelle scelte si prestassero meglio di altre chiavi di lettura all’individuazione di politiche efficaci e questo è stato il criterio di scelta, accettando le sovrapposizioni inevitabili fra fattori di rischio e, dunque, effetti sulla salute.

Per la classificazione delle politiche, dei determinanti e dei fattori di rischio

La classificazione dei determinanti di ogni rapporto è stata condotta identificando quelli già condivisi dalla comunità scientifica internazionale e che potessero rappresentare l’oggetto di interventi di decisori politici e amministrativi e da questi fossero riconosciuti con una certa facilità.

I fattori di rischio, cioè le esposizioni che derivano dall’azione dei determinanti mobilitati per la soddisfazione del bisogno, rappresentano un patrimonio sufficientemente consolidato e condiviso all’interno della comunità scientifica sanitaria. Un ricco patrimonio epidemiologico evidenzia i nessi causali fra esposizione a questi fattori di rischio ed effetti sulla salute e ne misura l’intensità di associazione, permettendo di stimarne l’impatto.

Le politiche non sono state sottoposte ad una vera e propria classificazione, se non quella per ambito di applicazione (lavoro, reddito, scuola...) e per livello di competenza (sovranaZIONALE,

nazionale, regionale, locale), perché la molteplicità dei loro effetti avrebbe reso difficile l'identificazione di tutte le intersezioni con ogni determinante.

Per la ricerca e la valutazione delle conoscenze pubblicate

Gran parte delle descrizioni riportate in questo documento derivano dalla letteratura scientifica pubblicata o da rapporti di istituzioni italiane o europee rese disponibili in rete. Il criterio di ricerca principale consiste nell'utilizzo gerarchico delle cosiddette prove di efficacia (con un termine mutuato dalla *Evidence Based Medicine*, un approccio medico di utilizzo critico dei frutti della ricerca scientifica nella pratica clinica). Questo significa che, ogni qualvolta sia stato possibile, è stata utilizzata la cosiddetta letteratura secondaria, cioè sintesi (qualitative o quantitative) di prove scientifiche derivanti da singoli studi. Tali revisioni sono state reperite consultando i database di letteratura secondaria preparati dalla collaborazione internazionale Cochrane, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* e sul *Database of Abstracts of Reviews of Effects* (DARE).

Per i temi per i quali non sono disponibili prove di efficacia già sintetizzate, la ricerca si è svolta su archivi internazionali di letteratura biomedica, ed in particolare: MEDLINE, database della *National Library of Medicine (US)*, che rappresenta la controparte elettronica dell'*Index Medicus*, EMBASE, database di *Excerpta Medica* e PsycINFO, database dell'*American Psychological Association*. Inoltre, alcuni degli studi indicati in bibliografia sono stati reperiti utilizzando il motore di ricerca *google scholar* (<http://scholar.google.it/>). Sono stati considerati anche i lavori di *Health Evidence* (<http://health-evidence.ca/>) ed *NHS Evidence* (<http://www.evidence.nhs.uk/>). La letteratura economica è stata ricercata mediante *Econlit*.

La priorità nella selezione degli studi ha rispettato il seguente ordine:

- revisioni sistematiche
- studi primari con disegno sperimentale o quasi sperimentale (pre-post con gruppo di controllo, serie temporali interrotte)
- rapporti istituzionali (es. documenti di HIA su casi specifici)
- studi primari osservazionali.

La valutazione della qualità degli studi si è dimostrata ardua come in tutti i settori di ricerca non clinici. Non essendo possibile la randomizzazione negli studi di valutazione, sono stati accettati in prima istanza come validi gli studi che avessero un gruppo di intervento ed uno di controllo o le serie storiche interrotte con un congruo numero di misurazioni. In pratica, però, dato l'esiguo numero di studi disponibili che rispondessero a queste condizioni, non sono stati esclusi lavori pubblicati che rispondessero al quesito di ricerca specifico, riservandosi, però, di segnalare al lettore i limiti del disegno di studio rilevati.

Le esperienze di *Health Impact Assessment*, che mirano a prevedere l'effetto di una politica su specifici determinanti o direttamente sulla salute, sono state esaminate, pur consapevoli dei limiti

intrinseci del metodo qualitativo/previsionale e di quelli legati a contesti sociali, politici ed economici anche piuttosto diversi. Non si è potuto utilizzare il *Comparative Risk Assessment*, auspicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [Kjellstrom et al. 2003] a integrazione dell'HIA, a causa delle scarsissime applicazioni pratiche che si trovano in letteratura.

E' necessario chiarire che la revisione di letteratura si è limitata agli studi e alle revisioni principali, dando priorità a contesti simili a quello italiano o ad autori italiani. Non si tratta di una revisione sistematica né esaustiva di tutte le conoscenze, soprattutto a causa dell'ampiezza dei campi di indagine previsti dal progetto STP.

La struttura generale dei rapporti

Ogni rapporto è dedicato ad un bisogno umano intermedio (secondo la definizione di cui al paragrafo "Per l'identificazione delle sequenze causali").

Dopo un primo capitolo introduttivo di inquadramento del problema, delle peculiarità metodologiche e dell'attenzione che quel tema si è meritato nei lavori delle istituzioni sovranazionali e nazionali, è presentata una rassegna dello stato di bisogno in cui versano il nostro Paese e l'Unione Europea (es. per il rapporto Lavoro sono raccolti in questa sede i dati di occupazione e di tipologie lavorative disponibili); di seguito sono descritte le singole sequenze causali che si è giudicato si dipartano da quel bisogno umano nelle loro componenti "determinante → fattore di rischio". Infine il capitolo dedicato agli effetti sulla salute raccoglie le informazioni epidemiologiche sul legame causale che intercorre fra "fattore di rischio → salute".

A ogni sequenza è associato un paragrafo dedicato agli interventi attuati in quel settore, sottoposti a valutazione d'efficacia e pubblicati nella letteratura scientifica. Ogni rapporto include anche una rassegna delle politiche attuate in quel settore e non sottoposte a una vera e propria valutazione d'impatto.

Il rapporto contiene due strumenti sintetici:

1. la mappa concettuale, che raccoglie in un'unica immagine tutte le sequenze descritte in quel rapporto
2. la griglia sinottica, allegata, che permette di incrociare ogni determinante e fattore di rischio con le politiche passate in rassegna nel testo. La rassegna delle politiche e degli interventi può essere ampliata dal lettore sulla base delle proprie conoscenze e necessità di analisi, utilizzando la sinossi come uno strumento operativo di lettura di realtà non esaminate nei rapporti (es. politiche di livello locale)

Prospettive future

Questo progetto ha rappresentato innanzitutto un'occasione di apprendimento per quanti vi hanno partecipato: lo sforzo di integrazione multidisciplinare compiuto e ancora in corso, pur presentando notevoli difficoltà, è stato ed è del tutto innovativo; la vastità degli argomenti da trattare ha indotto qualche esitazione iniziale, ma ha dato luogo a quello che può essere considerato un "progetto aperto", in continua evoluzione, così come in evoluzione sono le conoscenze e le esperienze che si è tentato di raccontare e ordinare; l'indagine della realtà nelle sue molteplici sfaccettature si è confrontata con la carenza di studi e ricerca di buona qualità, ma ci si è ben presto resi conto che l'impostazione dei rapporti non è solo un modo logico di classificare le conoscenze già disponibili ma anche un metodo razionale di ordinare e chiarire i quesiti di ricerca per la valutazione di azioni più mirate e vicine alla decisione politica contestuale.

Dati i limiti incontrati e le opportunità da cogliere, si può dire che, in futuro, l'approccio attento ai risvolti che ogni politica o intervento può avere sulla salute umana potrebbe:

- ampliare i temi trattati sulla base della classificazione dei bisogni intermedi di Gough e Doyal [1991]
- rappresentare la base concettuale di ricerche empiriche per la valutazione d'impatto sulla salute (*Health Impact Assessment*)
- approfondire gli aspetti economici legati ai temi trattati: in particolare cercare di chiarire, da un lato, i costi imposti alla società dai determinanti e dai fattori di rischio nei loro effetti sulla salute umana e sull'ambiente, dall'altro la costo – efficacia degli interventi e le politiche proponibili
- riprendere i temi trattati e approfondirli sostituendo l'ultimo elemento della sequenza causale rappresentata in fig. 2 ("effetti sulla salute" intendendo la salute della popolazione in generale) con un'attenzione rivolta alla distribuzione della salute fra gruppi sociali diversi e spostando i riflettori sulle politiche e sugli interventi di contrasto delle disuguaglianze sociali nella salute.

Insomma, la strada da fare è ancora molta. Si spera così di aver contribuito a gettare le basi per un'attenzione alla salute di tutti anche in momenti decisionali apparentemente molto lontani da questa. E si rimane aperti a ogni stimolo di miglioramento, nella speranza che le distanze fra chi studia la realtà e chi ha il potere di cambiarla si accorcino nel tempo.

Bibliografia

Bobbio L., *La democrazia non abita a Gordio*, Franco Angeli, Milano 1996.

Capano G., Giuliani M. (a cura di), *Dizionario di politiche pubbliche*, Carocci, Roma 2005.

Diderichsen F., Evans T. Whitehead M. "The social Basis of Disparities in Health" in Evans T., Whitehead M., Diderichsen F. Bhuya a (a cura di) *Challenging Inequities in Health – from ethics to action*, Oxford University Press, New York 2001.

Gough I., Doyal L.. *A theory of human need*, The Guilford Press, 1991.

Kjellstrom T., van Kerkhoff L., Bammer G ., et al. Comparative assessment of transport risks – how it can contribute to health impact assessment of transport policies" in *Bulletin of the World Health Organization*; 81: 451-7, 2003.

Last J.M., *A dictionary of epidemiology*, Fourth Edition, IEA 2001.

Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M, Jameson D.T., Murray C.J., "Global burden of disease and risk factors, 2001", *Lancet* 367, pp. 1747-57.

Regonini G., *Capire le politiche pubbliche*, Il Mulino, Bologna 2001.

Stahl T, Wismar M, Ollila e, et al. Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health. European Observatory on Health Systems and Policies 2006

Wildavsky A., *Speaking Truth to Power: the Art and the Craft of Policy Analysis*, Little Brown e co., Boston 1992.