

CeSDirSan

CENTRO INTERDISCIPLINARE DI STUDI SUL DIRITTO SANITARIO

I REPORT DEL CeSDirSan

ONE HEALTH:
LA TUTELA DELLA SALUTE
OLTRE I CONFINI NAZIONALI
E DISCIPLINARI

PER UN APPROCCIO OLISTICO
ALLA SALUTE UMANA,
ANIMALE E AMBIENTALE

a cura di

Flaminia Aperio Bella

coordinato da

Alessandra Coiante

editoriale scientifica

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato scientifico

Beniamino Caravita di Toritto †

Rosario Ferrara

Marcella Gola

Vittorio Manes

Andrea Nicolussi

Alessandra Pioggia

Maria Alessandra Sandulli

Comitato di redazione

Alessandra Coiante

Nicola Posteraro

Veronica Sordi

ONE HEALTH:
LA TUTELA DELLA SALUTE OLTRE
I CONFINI NAZIONALI
E DISCIPLINARI

PER UN APPROCCIO OLISTICO
ALLA SALUTE UMANA, ANIMALE E AMBIENTALE

Atti del Convegno del 26 aprile 2022

a cura di
FLAMINIA APERIO BELLA

coordinato da
ALESSANDRA COIANTE

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2022 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39
Palazzo Marigliano
80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-5976-433-1

INDICE

<i>Prefazione</i> di Flaminia Aperio Bella	7
FLAMINIA APERIO BELLA <i>Una lezione conclusiva che vuole essere un punto di partenza</i>	9
Le relazioni	
MARIA ALESSANDRA SANDULLI <i>Introduzione: riflessioni sull'approccio One Health alla luce delle recenti modifiche al dettato costituzionale</i>	21
ELISA SCOTTI <i>One Health: per un'integrazione tra salute umana e ambientale</i>	45
MICAELA LOTTINI <i>Tutela della salute umana e tutela della salute animale: riflessioni</i>	65
CARLA COLLICELLI <i>One Health: salute e sanità alla luce della pandemia</i>	71

MASSIMO MONTEDURO

Le sfide metodologiche per la ricerca giuridica sull'approccio One Health: due casi concreti. il progetto FISR 2020 e la proposta del CIDCE di una convenzione internazionale sulle pandemie

99

Gli interventi

BENEDETTA CELATI

L'intervento pubblico in materia di salute alla luce dell'emergenza pandemica

125

CLARA NAPOLITANO

One Health nella normativa. Mito o realtà? Il caso dell'integrazione tra valutazioni sanitarie e ambientali

137

PREFAZIONE

Il Volume raccoglie le relazioni e gli interventi resi nell'ambito del Convegno "One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari", tenutosi a chiusura dell'omonimo corso il 26 aprile 2022, presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi Roma Tre.

L'intento di riprodurre nel modo più fedele possibile l'andamento del Convegno si riflette sull'ordine dei contributi e sul registro stilistico impiegato in ciascuno di essi.

* * *

Sin dalla sua istituzione nell'estate 2020, il Centro Interdisciplinare di Studi di Diritto Sanitario (CeSDirSan) diretto dalla professoressa Maria Alessandra Sandulli ha promosso e attuato, in varie forme, lo studio e la ricerca scientifica in materia di tutela della salute e di diritto sanitario, improntando ogni propria iniziativa (dallo svolgimento di ricerche all'organizzazione di incontri e convegni, dalla pubblicazione di scritti scientifici alla produzione di contributi divulgativi) alla condivisione "del" sapere e al confronto "tra" saperi, in linea con lo spirito interdisciplinare che ne ha guidato la fondazione.

Avere avuto la fortuna di partecipare da vicino ai lavori del Centro (in qualità di Socio fondatore e nel ruolo di componente dei coordinatori del Comitato di ricerca) ha indubbiamente contribuito ad allargare le vedute di chi scrive anche oltre i confini tradizionali della materia del diritto sanitario, incidendo sulla scelta di promuovere molte delle iniziative intraprese negli ultimi anni, compresa l'introduzione dell'attività "*One Health*: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari" nell'offerta formativa del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università Roma Tre per l'a.a. 2021/2022.

Desidero dunque ringraziare il Centro e i qualificati esperti che lo compongono non solo per aver patrocinato il Convegno del 26 aprile e per aver accolto i relativi atti nell'ambito della Collana che ci ospita, ma più in generale per le collaborazioni e le sinergie di questi anni. Un ringraziamento particolare va alla professoressa Maria Alessandra Sandulli, nella sua doppia veste di Direttrice del Centro e di instancabile fonte di stimoli e insegnamenti.

Roma li 10 ottobre 2022

Flaminia Aperio Bella

UNA LEZIONE CONCLUSIVA
CHE VUOLE ESSERE
UN PUNTO DI PARTENZA

*Flaminia Aperio Bella**

L'incontro di oggi ambisce a chiudere, consentitemi di dire "in bellezza" vista la caratura dei nostri ospiti, il corso dedicato alla tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari, in una parola, all'approccio *One Health*.

L'esigenza di inserire questa nuova attività nell'offerta formativa del Dipartimento è stata duplice: in primo luogo, il fatto che l'insegnamento tradizionale del diritto sanitario (come anche la manualistica "classica") trascuri sovente la dimensione sovranazionale della tutela della salute ha imposto di affrontare compiutamente tale aspetto, divenuto ormai fondamentale (O. Aginam, J. Hanefeld, G. Barcellona). Non solo, infatti, viviamo in un mondo interconnesso in cui, anche sul piano della salute, nessuno è al sicuro se non lo siamo tutti, ma, benché il godimento delle prestazioni che realizzano la tutela della salute resti legato alla dimensione territoriale (A. Pioggia, R. Ferrara), la *governance* globale della sanità orienta in modo pre-

* Ricercatore a t.d. di tipo B di Diritto amministrativo, Università degli Studi Roma Tre

ponderante le scelte di ogni nazione. In un quadro in cui le istituzioni europee e internazionali in ambito sanitario vanno assumendo un ruolo centrale (come la tragica esperienza pandemica continua potentemente a dimostrare) è parso doveroso offrire agli studenti uno spaccato di questa realtà.

D'altro canto, l'istituzione del nuovo corso ha risposto all'esigenza di mettere in luce l'interdipendenza tra salute umana, animale e ambientale, anch'essa tornata alla ribalta a causa della pandemia. La crisi sanitaria planetaria divampata all'inizio del 2020 rappresenta, come largamente riconosciuto nella comunità scientifica (IPBES), solo l'ultima eclatante riprova del fatto che il forte aumento della popolazione umana, la distruzione degli habitat naturali e la crescente interazione tra umani e animali in assenza di barriere di biodiversità capaci di contenere i salti di specie delle malattie animali, rappresenti la maggiore causa dell'insorgenza di nuove pandemie.

La consapevolezza che il concetto di salute debba essere affrontato in modo olistico, senza poter separare la salute umana da quella animale e ambientale è peraltro stata rafforzata da un'esperienza personale: ho infatti avuto il privilegio (insieme ad alcuni dei relatori che interverranno oggi: Massimo Monteduro, Elisa Scotti e Benedetta Celati) di essere coinvolta in un gruppo di lavoro internazionale costituito per la predisposizione di una proposta di trattato internazionale per la lotta alle pandemie. Il valore aggiunto del prodotto di questo sforzo corale (oggi liberamente consultabile *on-line*) risiede proprio nella sua impostazione: i principi e le regole atte a prevenire e conte-

nere le emergenze epidemiche di portata globale sono state predisposte muovendo da una visione olistica del concetto di salute, che si fa carico dell'interdipendenza tra salute umana, animale e ambientale.

Se questo è l'antefatto che spiega le ragioni dell'istituzione del corso che oggi concludiamo, non sorprenderà che il baricentro attorno al quale hanno ruotato gli incontri e gli scambi avuti con gli studenti in questi ultimi mesi sia stato proprio l'approccio scientifico interdisciplinare denominato “*One Health*”, consacrato a partire dall'enunciazione dei *Manhattan Principles* su *One World, One Health* del 2004 in seno alla conferenza indetta dalla Wildlife Conservation Society. In quell'occasione, esperti provenienti da tutto il mondo e da vari settori scientifici hanno coniato dodici principi fondamentali al fine di sollecitare i governanti a mettere in campo una strategia innovativa e concreta per affrontare la miriade di sfide alla salute poste dal nostro mondo globalizzato. Il termine “*One Health*” descrive un approccio, cooperativo, intersettoriale e coordinato che si è andato affinando negli anni proprio per rispondere ai devastanti e massivi cambiamenti cui è soggetto il pianeta per effetto dell'intervento umano (R.M. Atlas - S. Maloy). Non a caso, il catalogo dei principi di Manhattan è stato aggiornato all'esito della conferenza “*One Planet, One Health, One Future*” tenutasi a Berlino nel 2019 su iniziativa congiunta della Wildlife Conservation Society e della Divisione Clima e Ambiente del Governo federale tedesco. Ne è emerso un riconoscimento ancor più netto del fatto che le ricorrenti emergenze di sanità pubblica (di cui, come detto, il Covid-19 è solo

l'ultimo tragico esempio), di perdita della biodiversità e i cambiamenti climatici impongono un cambio di passo, richiedendo che la salute umana non sia più protetta in modo separato e isolato dalla salute degli animali e del pianeta.

Ora che il corso volge al termine mi pare di poter dire, auspicando che gli studenti condividano questa impressione, che il percorso svolto insieme ci ha consentito di comprendere meglio questo importante concetto, oggi molto “di moda” (direi forse abusato), ma che, tuttavia, si dimostra scarsamente applicato nella pratica, faticando a evolvere dallo stadio di mero proclama a vero e proprio “approccio” o “strategia”.

Prendere le mosse dai principali antecedenti storici e concettuali in cui l'evocato concetto affonda le sue radici, come fatto nelle prime lezioni del corso, ha consentito di comprendere l'esatta portata del “*One Health*”, le relative potenzialità e i suoi limiti. Mi preme notare che l'itinerario ricostruttivo prescelto, pur muovendo da due versanti diversi (quello della dimensione sovranazionale della tutela della salute e quello della interazione tra strumenti di tutela della salute umana, animale e ambientale) è significativamente finito, in apice, con il convergere, a dimostrazione della attitudine del tema in analisi ad espandersi oltre i confini nazionali e disciplinari.

Il corso si è aperto, dunque, con la disamina delle prime istituzioni internazionali in materia di salute: sorte dall'urgenza di fronteggiare le minacce transnazionali come morbi epidemici (sovente di origine animale), si sono andate focalizzando sugli effetti

della globalizzazione sulla circolazione di beni, uomini, animali e delle malattie che essi portano con loro (J. Tobin).

Un ulteriore importante tassello per la comprensione delle prime forme di interazione tra salute umana e ambiente è costituito dagli studi sulla c.d. salute ambientale o “Environmental Health”, sviluppatasi in modo particolarmente intenso nella seconda metà del '900 per studiare gli effetti patologici diretti e indiretti su salute e benessere umani derivanti da prodotti nocivi, agenti biologici e ambientali (H. Frumkin). Nel solco di questo filone di studi è stato progressivamente acquisito che la salute dipende solo in parte dalla disponibilità di servizi sanitari per la prevenzione e la cura delle malattie, essendo in larga misura legata al contesto economico, sociale e politico nel quale si vive. Le riflessioni sul carattere ormai conclamatamente composito del concetto di salute, e l'analisi dei molteplici fattori o “determinanti” da cui dipende hanno consentito di completare il quadro. Specifico approfondimento è stato dedicato, poi, alle fasi di convergenza e allontanamento tra la ricerca medica e veterinaria: settori scientifici progressivamente distinti, che, proprio negli ultimi anni, hanno visto tornare in auge moti di alleanza e strategie condivise di cura e prevenzione sinergica della salute umana e animale (J. Zinsstag et al.).

Tutti questi passaggi ricostruttivi hanno consentito di affrontare *cognita causa* l'analisi del dato normativo nazionale, europeo e internazionale e di comprenderlo al meglio.

Anche sul versante giuridico, infatti, specifiche

evoluzioni istituzionali e affermazioni sempre più decise delle Carte dei diritti (si pensi, da ultimo, alla riforma degli artt. 9 e 41 della Costituzione italiana) hanno progressivamente dato corpo all'esigenza di affrontare in modo olistico la salute umana, animale e ambientale.

L'ultima parte del corso si è concentrata, pertanto, sulle manifestazioni sul piano giuridico dell'approccio *One Health*, sugli obiettivi raggiunti e su quelli ancora da raggiungere.

In questa fase, particolare attenzione è stata evidentemente riservata alla forma di cooperazione che, a partire dal 2010, ha visto protagoniste tre organizzazioni internazionali: l'OMS (organizzazione mondiale della sanità), l'OIE (l'Organizzazione mondiale per la sanità animale) e la FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura), più di recente affiancate dall'UNEP (il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente) in rappresentanza dell'ambiente. L'istituzionalizzazione della descritta sinergia (c.d. Alleanza Tripartita, poi evoluta nella c.d. "Tripartite +"), pur non aggiungendo nulla sul piano degli approdi concettuali, è la dimostrazione plastica della necessità di abbattere le barriere tra organizzazioni (e tra saperi) per concretizzare l'approccio *One Health*.

Così brevemente ripercorse le tappe salienti del percorso che ci ha condotti fin qui, non ci resta che concentrarci sull'incontro di oggi: la lezione odierna mira idealmente a guardare al futuro del *One Health*, sicché più che una tappa conclusiva vorrebbe essere un punto di partenza per le riflessioni sul tema.

Che il concetto che ci occupa rivesta un ruolo centrale, meritando di essere indagato sul piano giuridico, è dimostrato dal fatto che, forte anche della spinta dell'emergenza pandemica, la locuzione figura ormai in tutti i documenti strategici della materia. Per citare solo i più recenti: la Dichiarazione di Roma che ha fatto seguito al Global Health Summit tenutosi a maggio 2021 proprio nella Capitale, il PNRR, il Regolamento UE 2021/522 istitutivo del «programma UE per la salute» EU4Health per il periodo 2021-2027 e molti altri.

È un concetto destinato a rimanere invocato solo sulla carta o riuscirà ad essere attuato divenendo una vera e propria strategia?

Ci aiuteranno a rispondere a questi e ad altri interrogativi gli illustri relatori del convegno di oggi.

In primis la parola andrà alla professoressa Sandulli che nella sua introduzione focalizzerà l'attenzione sulle recenti riforme del dettato costituzionale per verificare se esse aprano la strada a una nuova epoca per la tutela integrata della salute degli abitanti della terra e del pianeta che ci ospita.

Dopo questo importante inquadramento, le relazioni di Elisa Scotti e di Micaela Lottini, nella loro qualità di esperte, rispettivamente, di diritto ambientale e di diritti degli animali, ci accompagneranno nel vivo della questione, consentendoci di approfondire i temi della salute ambientale e della salute animale nelle loro interazioni con la salute *mana*.

Nella continua tensione fra aspetti teorici ed esigenze della pratica, le successive due relazioni: della prof.ssa Carla Collicelli e del prof. Massimo Monte-

duro ci consentiranno di guardare a come l'approccio *One Health* si realizzi (o non si realizzi) nelle esperienze concrete.

Da ultimo, grazie agli interventi di Benedetta Celati e di Clara Napolitano osserveremo la questione sotto due ulteriori punti di vista: la strategia *One Health* può aprire la strada a nuove forme di intervento pubblico con specifico riferimento all'innovazione in ambito medico e farmaceutico? Questa sarà la domanda di ricerca cui risponderà Benedetta, nella sua qualità di studiosa di diritto pubblico dell'economia. Ancora: l'approccio *One Health* è davvero applicato sul piano normativo? A questo interrogativo risponderà Clara Napolitano sulla scorta delle ricerche che ha condotto nell'ambito del progetto FISR capitanato da Massimo Monteduro nell'ambito dell'integrazione tra valutazioni sanitarie e ambientali.

Riferimenti bibliografici

- Aginam O., *Global Health Governance. International Law and public health in a divided world*, Toronto, 2005
- Atlas R.M., Maloy S. (eds.), *One Health: People, Animals, and the Environment*, American Society for Microbiology, Washington DC, 2014
- Barcellona G., *Global Health Law lineamenti di diritto sanitario internazionale e sistemi comparati*, Rimini, 2020
- Ferrara R., *L'ordinamento della sanità*, in F.G. Scoca, F.A. Roversi Monaco, G. Morbidelli (diretto da), *Sistema del diritto amministrativo italiano*, Torino, 2020
- Frumkin H. (ed.), *Environmental Health. From global to local*, Hoboken, New Jersey, 2016
- Hanefeld J. (eds.), *Globalization and Health*, Londra, 2014
- IPBES (2020), *Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services*. P. Daszak et alii, IPBES secretariat, Bonn, Germany, DOI:10.5281/zenodo.4147317
- Luciani M., *Il diritto alla salute. Una prospettiva di diritto comparato*. Italia, Studio EPRS | Servizio Ricerca del Parlamento europeo, Bruxelles, 2022, DOI:10.2861/020085
- Pioggia A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020
- Salvatore V., *Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato. Unione europea*, Studio EPRS | Servizio Ricerca del Parlamento europeo, Bruxelles, 2021, DOI:10.2861/27164
- Tobin J., *The Right to Health in International Law*, Oxford, 2011
- Zinsstag J. et al. (eds.), *One health, une seule santé: Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*, Nouvelle édition, Versailles, 2020

LE RELAZIONI

INTRODUZIONE: RIFLESSIONI
SULL'APPROCCIO *ONE HEALTH*
ALLA LUCE DELLE RECENTI MODIFICHE
AL DETTATO COSTITUZIONALE

*Maria Alessandra Sandulli**

1. Nella sua introduzione, Flaminia Aperio Bella ci ha illustrato il significato e l'importanza dell'approccio *One Health*.

La definizione *One Health*, coniata nel 2004 nella conferenza indetta dalla *Wild Conservation Society (Manhattan principles)*, è stata fino ad oggi applicata principalmente alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti, alle epidemie zoonotiche e all'antibiotico-resistenza. Nel corso degli anni l'importanza di tale approccio, adottato nel 2008 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno standard per l'elaborazione delle sue politiche, è andata peraltro sempre più nettamente emergendo anche con riferimento all'inquinamento delle risorse naturali e alla distruzione della biodiversità, alla progettazione urbana e alla pianificazione territoriale, delle attività produttive e dei trasporti, e alla messa a frutto delle potenzialità

* Professore ordinario di Diritto amministrativo, Università degli Studi Roma Tre.

tecnologiche e informatiche per salvaguardare l'integrità del pianeta.

Nel discorso di T.A. Ghebreyesus, DG dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), alla 73a Assemblea mondiale della Sanità del 18 maggio 2020, si rimarca significativamente che *«Qualsiasi tentativo di rendere il nostro mondo più sicuro è destinato a fallire a meno che non si affrontino l'interfaccia critica tra persone e agenti patogeni e la minaccia esistenziale del cambiamento climatico, che sta rendendo la nostra Terra meno abitabile»*.

Da qui l'importanza di intervenire innanzitutto sul cambiamento climatico, che incide gravemente sulla vita di tutte le specie vegetali e animali.

Ricordo, in particolare, l'Accordo di Parigi del 2015 sui cambiamenti climatici. Si tratta di un risultato equilibrato con un piano d'azione per limitare il riscaldamento globale "ben al di sotto" dei 2°C e, successivamente, seguito dalla Conferenza di Marrakech del 2016 e dalla Conferenza di Katowice (Polonia) del 2018 sulle modalità di attuazione di tale Accordo.

La pandemia ha poi posto il mondo intero di fronte alla necessità di prendere seriamente in considerazione gli appelli lanciati nel recente passato rispetto alla copertura sanitaria universale, all'equità di accesso ai servizi sanitari, al rapporto tra salute umana e benessere ambientale e animale e alla prevenzione primaria.

Nella consapevolezza che le ultime crisi sanitarie hanno avuto nella relazione uomo-animale-ambiente, una delle risposte chiave alla pandemia è stata individuata, anche nell'ambito delle tre priorità della Presi-

denza italiana G 20 – *People, Planet, Prosperity* – nel rafforzamento dell’approccio *One Health*, che racchiude in un concetto olistico salute umana, animale e ambientale come determinanti della nostra salute e del nostro benessere, tenendo conto in maniera integrata dei rischi connessi ai fattori di origine ambientale ed antropica e dei rischi globali delle pandemie.

L’approccio *One Health* è presente anche nell’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, il cui preambolo pone l’accento sulla dimensione trasversale della salute: anche in assenza di un riferimento esplicito a *One Health*, la salute umana viene infatti sistematicamente connessa ad un ambiente sano e sicuro e alla salute animale. Esso ritorna anche nel PNRR, che prende atto delle connessioni in essere tra la salute umana, animale e ambientale anche se, come è stato rimarcato, gli sforzi per una programmazione integrata sono limitati sia in senso finanziario, sia in termini di spazio nel testo e i rimandi cross-settoriali sono affidati all’interprete lettore e in diverse occasioni risultano chiari solo a fronte di un confronto con un documento-cornice come è, appunto, l’Agenda 2030. Fra i 17 Obiettivi (*Sustainable Development Goals*, o SDGs) in cui è articolata l’Agenda, si registra, ad esempio, una convergenza con il PNRR nel Goal 3 (Salute e Benessere) per quanto riguarda la ricerca, mentre nel target 9.1 (SDG 9, Imprese, Innovazione, Infrastrutture) e nel target 11.b (SDG 11, Città Sostenibili) l’Agenda tratta i servizi di prossimità e le disparità territoriali. Il legame tra ambiente e salute è al centro di diversi Goal: 6 (Acqua Pulita e Servizi Igienico-Sanitari), 12 (Consumo e

Produzione Responsabili), 13 (Lotta al Cambiamento Climatico), 14 (Vita sott'Acqua) e 15 (Vita sulla Terra). Spiccano poi i richiami fatti in alcuni target, come il target 1.5 (SDG 1, Lotta alla Povertà) che sottolinea l'impatto dell'ambiente (eventi climatici estremi e catastrofi naturali) sulla sicurezza alimentare e sulla salute. Dai target del Goal 11 (Città Sostenibili) emerge il ruolo delle città nel benessere umano: dai servizi di base accessibili a tutti (11.1) alla sicurezza stradale (11.5) e al verde urbano (11.7), che ha forti ricadute in termini di riduzione dell'inquinamento e per quanto riguarda la salute psicologica dei cittadini.

Il confronto con l'Agenda 2030 consente dunque di leggere in un'ottica di *One Health* anche il Piano, confermando la crescente importanza dell'esigenza di una tutela della salute trasversale.

2. In questa chiave dobbiamo leggere anche le recenti modifiche al dettato costituzionale “in materia di tutela dell'ambiente” e il loro rapporto con il modello di tutela della salute umana accolto nel nostro ordinamento.

Sembra preliminarmente utile offrire un dato fattuale.

L'Italia è uno dei Paesi con la più alta aspettativa di vita al mondo. Sommando i dati della popolazione maschile e di quella femminile, infatti, essa si colloca al sesto posto della classifica mondiale e in Europa è preceduta soltanto dalla Svizzera: 81.9 anni l'aspettativa per i maschi e 86 anni l'aspettativa per le femmine. La vita media, dunque, è assai più alta di quella mondiale.

Se, come sancito dall'OMS sin dal 1946, la salute

non è solo l'assenza di malattie, ma un completo stato di "benessere psico-fisico", e se è vero che il "benessere" di un Paese non coincide con la sua "ricchezza" o con il suo PIL (Prodotto Interno Lordo), possiamo affermare che l'Italia è uno dei Paesi con il più alto tasso di benessere al mondo.

Questo è merito anche del suo sistema sanitario, ma forse anche della particolare ricchezza paesaggistica, storica, artistica e culturale, bellezza la cui tutela, come quella della salute, ha un profondo radicamento nella Costituzione.

Quella italiana è tra le prime Costituzioni nelle quali il diritto alla salute sia stato riconosciuto ed è certamente una di quelle che al diritto alla salute offre le garanzie più rigorose.

La Costituzione, all'art. 32, stabilisce che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"* (comma 1) e che *"Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"* (comma 2).

Si tratta di previsioni dense di significato, che hanno generato un ampio dibattito dottrinale e una ricca giurisprudenza.

L'attuazione del disegno costituzionale della tutela della salute come garanzia universale, nel senso che tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, possono goderne, si è realizzata con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito dalla l. 23 dicembre 1978, n. 833.

È un modello assai moderno di assistenza sanitaria, finanziato soprattutto dalla fiscalità generale, che – come dimostrano i dati statistici – costituisce una vera e propria eccellenza italiana nel mondo.

Il modello, però, non si è affermato con facilità (lo dimostra il fatto che ci è voluto un trentennio per l’attuazione del dettato costituzionale o, come felicemente detto, per il suo “disgelo”) e, ad oggi, è lontano dall’essere perfetto, essendo peraltro profondamente inciso da riforme degli ultimi decenni.

Sul versante delle tappe che hanno portato al riconoscimento del diritto alla salute nell’ordinamento giuridico italiano, senza poterle evidentemente ripercorrere compiutamente in questa sede, basti in sintesi affermare che, sin dalla prima legislazione in materia sanitaria del novello Stato unitario (l. 20 marzo 1865, n. 2248, all. C.) trapela un’idea di salute (mantenuta in larga parte della legislazione intervenuta in materia per quasi un secolo) completamente diversa da quella sugellata dal dettato costituzionale.

La salute era considerata come una condizione strettamente personale e della sua cura l’amministrazione sanitaria non si occupava se non nell’ottica di polizia sanitaria. La sanità pubblica interveniva solo in rari casi (attraverso interventi nel settore della profilassi delle malattie infettive e per l’assistenza ai bisognosi) e l’ottica era sempre, comunque, quella della sanità pubblica come questione di ordine pubblico. Non a caso, fino al ’45, data di costituzione dell’Altro commissariato per l’igiene e la sanità pubblica e, soprattutto, fino all’istituzione del Ministero della Sanità nel ’58, ogni competenza in materia era devoluta

al Ministero dell'interno e alle sue diramazioni organizzative territoriali.

Il modello di salute abbracciato dalla Costituzione è completamente diverso.

È significativo, anzitutto, che quello alla salute sia stato qualificato esplicitamente diritto “fondamentale”. Nessun altro diritto costituzionale si vede attribuita questa qualifica.

Come acutamente osservato da Massimo Luciani in un recente studio nell'ambito di una ricerca europea sul diritto alla salute in diversi Stati e organizzazioni internazionali, questo, però, non significa che il diritto alla salute sia gerarchicamente sovraordinato a tutti gli altri.

Come ha affermato la sent. Corte cost., n. 83 del 2013, nessun diritto costituzionale è “tiranno” nei confronti degli altri (così il diritto alla salute da cui si è fatto derivare in via giurisprudenziale quello alla salubrità dell'ambiente, non può considerarsi sempre e comunque prevalente rispetto ad altri valori costituzionali, altrettanto primari, nella specie il diritto dovere al lavoro garantito dal mantenimento del ciclo produttivo dell'impresa Ilva). Analogamente la Consulta ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di una normativa regionale che imponeva agli investitori nel settore della produzione di energia rinnovabile un'ulteriore autorizzazione regionale rispetto alla VIA, per violazione dell'articolo 41 Cost. nella parte in cui garantisce la libera iniziativa economica dei privati.

Nondimeno, la qualifica di diritto fondamentale ha pur sempre un pregnante contenuto precettivo, nel senso che il suo riconoscimento, per un verso, esplici-

ta l'appartenenza della salute al novero di quei diritti inviolabili dei quali parla genericamente l'art. 2 Cost.; per l'altro, ne indica una sorta di priorità (non assiologica, ma solo) logica, nel senso che la privazione della salute ostacola il pieno godimento anche degli altri diritti costituzionali (M. Luciani).

Del diritto alla salute sono titolari tutti i soggetti dell'ordinamento italiano (cittadini e stranieri; maggiorenni e minorenni, etc.).

Ciò è vero nonostante il dettato costituzionale sia selettivo nell'individuare i soggetti cui devono essere assicurate "cure gratuite" (i.e. gli indigenti).

Come osservato da Guido Corso *"L'approccio dei padri costituenti è un approccio selettivo, non universalistico. Nel 1947 l'Italia è un paese povero, stremato dalla guerra, che non può permettersi il welfare per tutti, il welfare che pochi anni prima Lord Beveridge aveva proposto. Le risorse sono poche e vanno destinate ai più bisognosi"*.

Il modello universalistico si realizzerà, con i suoi temperamenti, solo con la già citata l. 833/78 che, all'art. 1, co. 3 afferma che *"Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"*.

Si tratta di una legge che ha costituito una pietra miliare nell'evoluzione della disciplina relativa alla tutela della salute, anche se è stata profondamente mo-

dificata dalle riforme degli anni '90 anche e proprio al fine di rendere maggiormente “sostenibile” sul piano economico il modello universalistico.

Tornando al dettato costituzionale, la salute, ai sensi dell'art. 32, comma 1, oltre che diritto individuale è anche interesse della collettività e questo pone una serie di delicati problemi di rapporto tra diritto dei singoli e diritto della collettività.

Del resto, che la salute sia anche “interesse della collettività” è previsione scontata alla luce di quanto detto sinora. È normale, infatti, che un ordinamento abbia interesse all'esistenza di buone condizioni sanitarie della popolazione (anzi, come visto, questo è stato, per lunghi anni, l'unico profilo di interesse nella legislazione in materia).

Un esempio classico è quello, particolarmente attuale, della vaccinazione, che viene imposta con legge per evitare epidemie che pregiudicherebbero l'interesse della collettività.

L'argomento delle vaccinazioni “anti COVID” è stato, come noto, al centro, nell'ultimo anno, di acceso dibattito dottrinario e giurisprudenziale, che ha recentemente determinato la rimessione alla Corte costituzionale della questione di l.c. dell'obbligo vaccinale degli operatori sanitari (CGARS ord. 22 3 22 n. 351), per possibile contrasto con vari articoli della Costituzione, tra cui, evidentemente, anche gli artt. 3, 4 e 32, co. 2, sotto il profilo del limite invalicabile del “rispetto della persona umana”.

Si ricorda, in proposito, che, con riguardo ai docenti, la giurisprudenza amministrativa aveva affermato che il “diritto” a non vaccinarsi non ha valenza

assoluta né può essere inteso come intangibile, dal momento che deve essere razionalmente correlato e temperato con gli altri fondamentali interessi pubblici, quale quello attinente alla salute pubblica a circoscrivere l'estendersi della pandemia e a quello di assicurare il regolare svolgimento dell'essenziale servizio pubblico della scuola in presenza (tra le prime pronunce in tal senso si ricorda TAR Lazio, Roma, sez. II, decreto 2 settembre 2021, n. 4531)

Mentre, per quanto attiene agli operatori sanitari, aveva affermato che rispetto a “*dubbi individuali o di gruppi di cittadini sulla base di ragioni mai scientificamente provate*” deve prevalere il diritto fondamentale alla salute della collettività che assume una connotazione ancor più peculiare “*allorché il rifiuto di vaccinazione sia opposto da chi, come il personale sanitario, sia – per legge e ancor prima per il cd. “giuramento di Ippocrate”- tenuto in ogni modo ad adoperarsi per curare i malati, e giammai per creare o aggravare il pericolo di contagio del paziente con cui nell’esercizio della attività professionale entri in diretto contatto*” (Cons. Stato, sez. III, decreto 12 dicembre 2021, n. 6401).

I giudici hanno in particolare ritenuto che “*soltanto la massiva vaccinazione anche ed anzitutto di coloro che entrano per servizio ordinariamente in contatto con altri cittadini, specie in situazione di vulnerabilità, rappresenta una delle misure indispensabili per ridurre, anche nei giorni correnti, la (...) moltiplicazione dei contagi, dei ricoveri, delle vittime e di potenzialmente assai pericolose nuove varianti (...)*” (Cons. Stato, sez. III, n. 6401/2021).

Oltre alle frizioni tra la dimensione individuale e

collettiva del diritto alla salute, tale fondamentale diritto conosce delle frizioni anche al suo interno.

Benché quello alla salute sia un vero e proprio diritto soggettivo, addirittura “fondamentale”, esso è sovente definito come “condizionato”, anzi, doppiamente condizionato.

Su un primo versante il diritto alla salute è condizionato sul piano organizzativo, in quanto la sua effettiva tutela (come quella di tutti i diritti sociali, categoria a cui il diritto alla salute è tradizionalmente scritto) richiede l’intermediazione di un’organizzazione per essere realizzata. L’affermazione del diritto alla salute rimarrebbe una mera declamazione se “la Repubblica” non mettesse a disposizione strutture e mezzi per l’erogazione delle prestazioni sanitarie.

Ne discende logicamente un secondo condizionamento: il diritto alla salute è condizionato sul piano finanziario, in quanto esso, come tutti i diritti costituzionali, è tutelato compatibilmente con le disponibilità finanziarie.

Va precisato che tale bilanciamento è “ineguale”, nel senso che le esigenze finanziarie prevalgono solo quando è dimostrata l’impossibilità del soddisfacimento del diritto alla salute senza la compromissione di altri diritti o interessi di rango costituzionale.

In ogni caso, come ha precisato la Corte costituzionale, *“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [in quel caso si trattava del diritto allo studio] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali”*, perché *“è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non*

l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (Corte cost., sent. n. 275 del 2016).

L'ultimo report ISTAT sul "BES" (*"Benessere equo e sostenibile in Italia"*, del 2021) è assai critico sull'andamento della spesa sanitaria italiana dell'ultimo decennio: *"Per effetto dei tagli continui lungo tutto il decennio, il nostro sistema sanitario è arrivato a disporre di meno posti letto, di medici di età mediamente più elevata, per il blocco del turnover, con l'effetto complessivo di una maggiore disuguaglianza nell'accesso alle cure"*.

Si tratta di criticità che l'emergenza pandemica non ha mancato di esacerbare e che, inevitabilmente, il grave conflitto bellico in atto continuerà ad aggravare, aggiungendo peraltro alla crisi economica quella umana, psicologica e sociale.

Sappiamo per di più che, a causa della riduzione delle forniture energetiche dalla Russia e dall'Ucraina, l'intera Europa sarà costretta a rivedere le sue politiche di tutela ambientale. Mentre si vanno costantemente aggravando le conseguenze del mutamento climatico.

3. In questo quadro si inserisce la recente riforma costituzionale in materia di salute e di ambiente.

Come noto, l'8 febbraio scorso, solo due settimane prima dell'attacco all'Ucraina, si è giunti all'approvazione definitiva della proposta di riforma costituzionale A.C. 3156-B recante: *"Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente"*.

Ricordiamo che l'ambiente non era menzionato

nel testo originario della Cost. ma vi era stato inserito dalla giurisprudenza costituzionale attraverso il combinato tra il principio di ragionevolezza e la richiamata clausola del limite dell'utilità sociale ed era stato poi incluso, nell'art 117, co. 2, lett. s), come modificato dalla riforma del 2001, con l'affidamento in via esclusiva allo stato del compito di tutelare "l'ambiente l'ecosistema e i beni culturali".

All'esito della riforma gli artt. 9 e 41 Cost. risultano così riformulati:

Art. 9

La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica

Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione.

TUTELA L'AMBIENTE, LA BIODIVERSITÀ E GLI ECOSISTEMI, ANCHE NELL'INTERESSE DELLE FUTURE GENERAZIONI.

LA LEGGE DELLO STATO DISCIPLINA I MODI E LE FORME DI TUTELA DEGLI ANIMALI.

Art. 41

L'iniziativa economica privata è libera.

Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana, ALLA SALUTE E ALL'AMBIENTE.

La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali E AMBIENTALI.

Sotto il profilo letterale, possiamo rilevare che:

1) la tutela dell'ambiente viene introdotta nel quadro costituzionale allo stesso livello di quella equiparata del paesaggio e del patrimonio storico ed artistico della nazione;

2) alla tutela dell'ambiente è affiancata, in un'unica formula, quella della biodiversità e degli ecosistemi;

3) queste tre nuove tutele sono qualificate dal richiamo (anche) all'interesse delle future generazioni;

4) sono aggiunti nuovi limiti alla libertà dell'iniziativa economica privata, che non solo non deve recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana, ma (ora) neanche alla salute e all'ambiente;

5) in più, per l'attività economica pubblica e privata, si aggiunge che la legge deve indirizzarla e coordinarla a fini non solo sociali, ma anche ambientali;

6) contestualmente si sancisce anche la tutela degli animali senza, però, attribuirle diretta rilevanza costituzionale, ma rinviandone l'attuazione alla legge ordinaria.

Contro la novella si sono levate diverse voci critiche, cui si sono contrapposti i sostenitori della riforma. Un primo ordine di critiche ha riguardato l'inutilità della riforma in quanto, per merito della giurisprudenza costituzionale, la tutela dell'ambiente era, di fatto, già esistente in Costituzione. A tale argomento è stato replicato che ritenere di attribuire all'interpretazione costituzionale della Corte un effetto di sbarramento nei confronti del legislatore costituzionale non sarebbe sostenibile. Altre voci critiche hanno fatto valere, più in generale, la "intangibilità" dei "principi fondamentali" della Costituzione, che la riforma per la prima volta tocca, cui è stato opposto

che non è precluso in alcun testo normativo che i principi fondamentali non possano essere adeguati ai mutamenti del tempo. Un terzo ordine di voci critiche ha sostenuto la dannosità della riforma rispetto a precisi controvalori.

Tra i controvalori opposti alla riforma, tacciata di fare dell'ambiente e della natura non più delle *res*, ma dei valori primari costituzionalmente protetti, è stato opposto il "valore supremo" della "centralità dell'uomo" consacrato dalla Costituzione.

Se ne è fatto discendere che *"Fermo il dovere di tutti noi di proteggere l'ambiente, la tutela della natura deve tuttavia sempre pensarsi nel rispetto primo degli esseri umani; e l'ambiente non può trasformarsi in uno strumento da utilizzare per limitare o negare oltre misura i diritti, ne' può costituire una ragione (se non, in taluni casi, un pretesto) per punire e/o cancellare le libertà della persona; e deve così rimanere integro il principio secondo il quale la tutela dell'ambiente si dà perché è interesse dell'uomo vivere in un ambiente salubre, non altro"* (G. Scarselli).

È noto, infatti, che la tutela costituzionale dell'ambiente era stata affermata dalla Corte costituzionale leggendo congiuntamente l'art. 9 (tutela del paesaggio), rispetto al quale la Corte accoglieva *"l'interpretazione data da Predieri del paesaggio come l'«ambiente naturale modificato dall'uomo"* (Corte cost. n. 94 del 1985 e n. 151 del 1986)» e l'art. 32 (diritto alla salute) *"il quale ha permesso, dapprima alla Cassazione civile, poi alla stessa Corte costituzionale di affermare il diritto all'ambiente salubre (Cass. S.U. 6.10.1979, n. 5172; Corte cost. n. 167 del 1987)"*.

Un diverso angolo prospettico è stato assunto dagli AA. che hanno criticato la modifica dell'art. 9 Cost. (allora solo proposta e tacciata di essere una riforma "proclama"), specialmente alla luce dei rischi per "la tenuta della tutela del paesaggio italiano", *sub specie* ravvisando il punto di contrasto tra tutela del paesaggio e tutela dell'ambiente nella "declinazione industrialista" di quest'ultima (G. Severini, P. Carpentieri).

Al di là di tali argomenti, ai fini dell'incontro odierno, preme evidenziare che, anche nell'ambito di tale critica, la superfluità della riforma è appuntata sul fatto che il fondamento costituzionale della tutela dell'ambiente fosse già ravvisabile negli artt. 9 e 32 Cost., fondamento peraltro rafforzato dall'art. 117, secondo comma, lett. s), come introdotto dalla l. cost. 3/2001, che, come noto, nell'assegnare alla competenza legislativa esclusiva dello Stato la "*tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali*", recepiva a sua volta la copiosa giurisprudenza costituzionale, che, appunto, aveva affermato che la tutela dell'ambiente era già implicitamente presente nella Costituzione.

Vale la pena ripercorrere, a questo punto, alcune pronunce costituzionali in materia di ambiente.

Basta ricordare, a questo proposito, che già nel 1987 (sent. n. 210) la Corte si sforzava "*di dare un riconoscimento specifico alla salvaguardia dell'ambiente come diritto fondamentale della persona ed interesse fondamentale della collettività e di creare istituti giuridici per la sua protezione*"; modellandola, quindi, sul diritto alla salute e concludendo che "*trattasi di valori che in sostanza la Costituzione prevede e garantisce*

(artt. 9 e 32 Cost.), alla stregua dei quali, le norme di previsione abbisognano di una sempre più moderna interpretazione”; conclusione ribadita dopo la riforma del 2001, tra le altre, con la sentenza n. 536/2002, secondo cui “già prima della riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione, la protezione dell’ambiente aveva assunto una propria autonoma consistenza ... configurandosi l’ambiente come bene unitario, che può risultare compromesso anche da interventi minori e che va pertanto salvaguardato nella sua interezza. La natura di valore trasversale, idoneo ad incidere anche su materie di competenza di altri enti nella forma degli standards minimi di tutela, già ricavabile dagli artt. 9 e 32 della Costituzione, trova ora conferma nella previsione contenuta nella lettera s) del secondo comma dell’art. 117 della Costituzione, che affida allo Stato il compito di garantire la tutela dell’ambiente e dell’ecosistema”. La stessa Consulta ha ricordato, infine, più di recente (sentenza n. 126 del 2016), che “è noto che, sebbene il testo originario della Costituzione non contenesse l’espressione ambiente, né disposizioni finalizzate a proteggere l’ecosistema, questa Corte con numerose sentenze aveva riconosciuto (sentenza n. 247 del 1974) la preminente rilevanza accordata nella Costituzione alla salvaguardia della salute dell’uomo (art. 32) e alla protezione dell’ambiente in cui questi vive (art. 9, secondo comma), quali valori costituzionali primari (sentenza n. 210 del 1987)”.

Altri Autori hanno rintracciato proprio dalla nozione unitaria di ambiente abbracciata dalla giurisprudenza costituzionale una risposta alle critiche mosse dai detrattori della riforma.

Per la Corte, infatti, occorre far capo ad “*una concezione unitaria del bene ambientale comprensiva di tutte le risorse naturali e culturali. Esso comprende la conservazione, la razionale gestione e il miglioramento delle condizioni naturali (aria, acque, suolo e territorio in tutte le sue componenti), la esistenza e la preservazione dei patrimoni genetici terrestri e marini, di tutte le specie animali e vegetali che in esso vivono allo stato naturale ed in definitiva la persona umana in tutte le sue estrinsecazioni*” (sentenza n. 210 del 1987). Più in particolare, quindi, “*l’ambiente è protetto come elemento determinativo della qualità della vita. La sua protezione non persegue astratte finalità naturalistiche o estetizzanti, ma esprime l’esigenza di un habitat naturale nel quale l’uomo vive ed agisce e che è necessario alla collettività e, per essa, ai cittadini, secondo valori largamente sentiti; è imposta anzitutto da precetti costituzionali (artt. 9 e 32 della Costituzione) per cui essa assurge a valore primario ed assoluto*” (sentenza n. 641 del 1987). E peraltro, “*come si evince anche dalla Dichiarazione di Stoccolma del 1972, la biosfera viene presa in considerazione non solo per le sue varie componenti, ma anche per le interazioni fra queste ultime, i loro equilibri, la loro qualità, la circolazione dei loro elementi, e così via. Occorre, in altri termini, guardare all’ambiente come “sistema”, considerato cioè nel suo aspetto dinamico, quale realmente è, e non soltanto da un punto di vista statico ed astratto*” (sentenza n. 378 del 2007), tenendo conto che nella tutela dell’ambiente esiste “*un contenuto allo stesso tempo oggettivo, in quanto riferito ad un bene, l’ambiente* (sentenze n. 367 e n. 378 del 2007; n. 12 del 2009), e finalistico, per-

ché tende alla migliore conservazione del bene stesso (vedi sentenze n. 104 del 2008; n. 10, n. 30 e n. 220 del 2009)” (sentenza n. 225 del 2009). In sostanza, in questa prospettiva, prima della riforma del 2022, la Corte costituzionale aveva riconosciuto l’ambiente come nozione unitaria, inclusiva di tutti i “contro” valori agitati dai detrattori della riforma. Per fugare ogni dubbio sul carattere “antropocentrico” della riforma è stato osservato, peraltro, che *“aver elencato insieme la tutela dell’ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi, accomunandole tutte attraverso il richiamo (anche) all’interesse delle future generazioni fornisce dell’ambiente un quadro complessivo di ampio respiro sociale e politico che racchiude in sé sia l’elemento naturalistico (con particolare riferimento alla biodiversità ed agli ecosistemi) sia tutti gli altri elementi che, direttamente o indirettamente, sia oggi sia per il futuro, possono incidere sulla vita e sulla qualità della vita dell’uomo”* (G. Amendola).

4. È possibile, a questo punto, tentare di svolgere qualche considerazione conclusiva sull’approccio *One Health* alla luce del dettato costituzionale riformato.

È stato osservato che *“la natura della disposizione introdotta nell’art. 9 Cost. è quella di una norma di principio, sicché essa non dà vita a un diritto soggettivo, né fonda dirette legittimazioni processuali. Ed è per questo che l’art. 9 Cost, tra l’altro, è la sua naturale sedes materiae. Come tutte le norme di principio, essa è aperta alle concretizzazioni legislative. E ovviamente dalla necessità di concretizzazione, propria di tutti i principi, nascono i problemi applicativi”* (R. Bifulco).

Quanto alle implicazioni della novella è stato evidenziato che *“tutte le decisioni pianificatorie, oltre a dover essere conformi al principio dello Stato di diritto, non dovranno tradursi in una lesione del bene ambientale. Si realizza così un profondo arricchimento, ma anche un’ulteriore complicazione, della tecnica del bilanciamento”* (R. Bifulco).

Proprio l’esigenza di bilanciamento va però tenuta sempre presente, perché, se nessun diritto può essere tiranno, anche l’esigenza di tutela dell’ambiente deve essere adeguatamente contemperata con le altre esigenze primarie.

Così, ad esempio, le problematiche ambientali legate all’incremento della popolazione in alcuni Paesi non possono costituire un valido motivo per ostacolare la procreazione assistita.

E, ancora, le misure di salvaguardia dell’ambiente dovranno tenere conto anche delle esigenze di tutela del nostro inestimabile patrimonio culturale, che, a sua volta, contribuisce al benessere psicologico di chi ha la possibilità di ammirarlo.

È stato in proposito autorevolmente affermato che *“in questa formalizzata tutela de “l’ambiente e la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell’interesse delle future generazioni”, si può implicare finanche il più ingannevole greenwashing industriale solo che si vesta appunto di quel comodo e generoso abito. Del resto oggi finanche il carbone per taluni è verde, come è verde l’operazione industriale della sostituzione con l’auto elettrica del parco auto circolante, come verdi sono le distese di centinaia di ettari di pannelli fotovoltaici messi nei campi agricoli, o i parchi eolici che, in nome di quella*

religione dell'eolico che in Francia sta facendo insorgere molti per le devastazioni che reca, stanno cambiando il volto dei paesaggi appenninici finora sopravvissuti alla cementificazione. E così si viene direttamente al conflitto tra questa tutela dell'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi e la tutela del paesaggio, consacrata dall'articolo 9, secondo comma della Costituzione. Il punto reale è che davvero troppo è in sé a criticamente qualificabile come verde, anche operazioni pianificati essenzialmente per lucrare i generosi incentivi pubblici” (G. Severini, P. Carpentieri).

Si contesta del resto la possibilità di combattere riscaldamento globale con il sacrificio del nostro paesaggio “*visto che l'Europa contribuisce al riscaldamento con meno di 1/10 delle emissioni globali mentre l'Amazzonia continua a essere bruciata, il PIL della Cina continuerà a crescere con ritmi a due cifre all'anno con effetti evidentemente globali da emissioni di carbonio che dovranno raggiungere il picco tra il 2025 e il 2030, e l'India semplicemente sembra ignorare il problema*” (G. Severini, P. Carpentieri). E si denuncia che per il paesaggio italiano la transizione ecologica si tradurrà in un costo elevatissimo, insensato, con effetti per di più pressoché irrilevanti. Si rileva, infatti, che la produzione di energie pulite non deve comportare lo stravolgimento del volto dei nostri territori (occorre non generare gravi danni collaterali locali, certi e immediati, in una guerra globale dagli esiti futuri e assai complessi) e con gravi difficoltà di partenza, come indica l'indirizzo del contenimento del *climate change* insito in mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici: i primi due dei sei gli obiettivi ambientali

del fondamentale regolamento Ue del 2020 sulla tassonomia della finanza sostenibile.

Analogo ragionamento vale per il riformato articolo 41 Cost.: il riferimento alla salute è l'evidente effetto dei conflitti sorti con la pandemia. L'interesse alla salute collettiva ne esce sicuramente rafforzato: la sua tutela non ha più bisogno di passare per l'intermediazione dell'utilità sociale.

Ma, ancora una volta, si evidenzia che esso non può essere subordinato alla tutela dell'ambiente. Il problema emerge in tutta la sua complessità con riferimento alle esigenze di contenimento dei consumi energetici – che, peraltro, si imporrà nel prossimo autunno anche per ragioni economiche – e che può creare gravi pregiudizi agli anziani e ai fragili più sensibili al freddo e, in termini più generali, interferire con terapie che richiedono grande utilizzo di energia.

Fermo il dovere di tutti noi di proteggere l'ambiente, in conclusione, la tutela della natura non può che essere bilanciata con il rispetto degli esseri umani.

Riferimenti bibliografici

- Amendola G., *L'inserimento dell'ambiente in Costituzione non è né inutile né pericoloso*, in *Giustizainsieme.it*, 25 febbraio 2022
- Bifulco R., *Prmissime riflessioni intorno alla l. cost. 1/2022 in materia di tutela dell'ambiente*, in *Federalismi.it*, 6 aprile 2022.
- Collicelli C., *L'approccio One Health per una salute eco-sistemica integrata*, in *Quotidiano sanità.it*, ottobre 2020.
- Corso G., *La salute: profili costituzionali*, inedito.
- Luciani M., *Il diritto alla salute. Una prospettiva di diritto comparato*, Bruxelles, 2022, DOI:10.2861/020085.
- Scarselli G., *I nuovi artt. 9 e 41 Cost.: centralità dell'uomo e limiti di revisione costituzionale*, in *Giustizainsieme* 10 marzo 2022.
- Severini G., Carpentieri P., *Sull'inutile, anzi dannosa modifica dell'articolo 9 della Costituzione*, *Giustizainsieme.it*, settembre 2021.

ONE HEALTH.
PER UN'INTEGRAZIONE
TRA SALUTE UMANA E AMBIENTALE

*Elisa Scotti**

1. *Salute umana e ambiente nell'emersione della strategia One Health*

Da tempo gli studiosi hanno messo in connessione l'aumentata diffusione di alcune patologie con la crisi ecologica e i cambiamenti climatici (M.A. Tigre).

La recente pandemia da Covid-19, virus di derivazione animale trasmesso all'uomo, ha tragicamente mostrato all'opinione pubblica mondiale il nesso tra ambiente e salute e le gravi conseguenze dell'averlo trascurato. Stando alle tesi più accreditate, il salto di specie, comune al Covid-19 come alle altre zoonosi degli ultimi decenni (l'encefalopatia spongiforme bovina, c.d. "morbo della mucca pazza"; la salmonellosi; l'influenza aviaria; l'influenza suina; l'ebola; l'HIV; la SARS), è favorito da una situazione strutturale che stiamo vivendo: l'inarrestabile perdita della biodiversità e delle sue barriere che proteggono gli animali

* Professore ordinario di Diritto amministrativo, Università di Macerata – Coordinatore della Commissione Tecnica PNRR-PNIEC, Ministero della Transizione Ecologica.

dagli agenti patogeni e che si frappongono tra specie diverse derivante dal cambiamento climatico e dagli impatti delle attività umane.

Viviamo in un'epoca battezzata come Antropocene (P. Crutzen) ad evidenziare l'enorme pressione esercitata dall'uomo sulla natura che, secondo numerosi esperti, sta generando la sesta estinzione di massa, con riduzione drastica di specie di piante, animali e microrganismi in tutto il mondo, e con il connesso rischio di collasso degli ecosistemi naturali.

Sicché, si prevede, la prossima pandemia è *qui e ora* e la nostra era è altresì qualificata come era pandemica (N. Robinson).

Il rapporto tra ambiente e salute non esaurisce nella problematica di zoonosi e pandemie. Gli eventi meteorologici estremi collegati al cambiamento climatico, come alluvioni e uragani, oltre ad attentare in sé alla vita umana, aumentano il rischio di malattie. Secondo le stime dell'OMS, tra il 2030 e il 2050 il riscaldamento globale causerà circa 250.000 morti in più l'anno per malnutrizione, malaria, diarrea e stress termico. Gli inquinamenti aumentano il rischio di molte altre patologie cardiovascolari, respiratorie e tumorali. L'enorme perdita delle specie selvatiche e l'ampia somministrazione di antibiotici negli allevamenti intensivi, determina un'allarmante diffusione di superbatteri resistenti agli antibiotici per uso umano a causa della resistenza sviluppata nell'organismo ospite (OMS, 2012).

In risposta a tale situazione di reciproche interferenze tra attività antropiche, degradi ecosistemici e diffusione di malattie, la comunità scientifica ha av-

viato un percorso che pone in relazione salute umana, animale e ambientale, quali diverse dimensioni di un concetto unitario di salute.

Il primo steccato ad essere stato superato è stato quello tra medicina umana e veterinaria, con l'elaborazione, già verso la metà del XIX secolo, dello stesso concetto di zoonosi, per mano del celebre patologo tedesco Rudolf Virchow e, verso la metà del XX secolo, dell'idea di *una sola medicina* (*One Medicine*) ad opera del veterinario statunitense Calvin Schwabe, conosciuto oggi come il *padre della moderna epidemiologia*.

Tuttavia nessun riferimento esplicito v'è nella costituzione dell'OMS del 1946 che pur prevedeva una visione globale della salute: «*la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità*».

L'attenzione crescente ai temi ambientali nel corso degli anni Settanta e Ottanta ha poi spinto a superare l'aspetto meramente medico proprio del concetto di *One Medicine*, e ad intraprendere un percorso verso approcci più generali, inclusivi della salute ambientale.

Si giunge per tale via al riconoscimento che la salute umana e animale sono in stretta interdipendenza con lo stato dell'ambiente, da cui l'esigenza di un approccio integrato tra le tre dimensioni della salute.

Per la prima volta, nel 1986, la Carta di Ottawa dell'OMS per la promozione della salute sottolinea la necessità di un ecosistema stabile come base per una buona salute.

Si sviluppano così una molteplicità di concetti,

quali *EcoHealth*, *Planetary Health*, *Global Health*, *AgriHealth*, *One Welfare* ed anche *One Health*, che puntano ad una strategia integrata sulla salute e sull'ambiente (T. Assmuth et al.). In questo quadro, anche gli approcci olistici delle medicine tradizionali e indigene sono rivalutati (H. Keune).

Tra essi, nell'ambito dei *drivers* delle politiche pubbliche, si afferma il concetto di *One Health* come quadro strategico prevalente (pur senza negare la rilevanza degli altri, tra cui, in particolare l'*EcoHealth*). Sicché *One Health* oggi costituisce una delle principali direttrici di evoluzione delle politiche pubbliche globali, europee e nazionali che pongono in connessione salute e ambiente.

Dopo alcuni tentativi e parziali recepimenti, si ha, di tale strategia, una prima compiuta elaborazione nei dodici *Principi di Manhattan* elaborati nel 2004 a seguito della conferenza "*One World, One Health*" organizzata dalla *Wildlife Conservation Society* alla Rockefeller University di New York.

Aprire tali principi proprio il riconoscimento «*dello stretto legame tra salute umana e animale, sia degli animali domestici che selvatici, e la minaccia che le malattie rappresentano per le persone, le loro riserve alimentari e le economie, nonché l'importanza della biodiversità per mantenere gli ambienti sani e gli ecosistemi funzionanti di cui abbiamo bisogno*».

L'allarme globale suscitato in quegli anni dalle epidemie di influenza H5N1, porta nuovamente alla ribalta la matrice ambientale e spinge così verso una più seria considerazione dell'approccio *One Health*.

Il percorso è segnato da ben note iniziative essen-

zialmente di livello globale: nel 2008 l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) insieme con il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), il Coordinamento del Sistema delle Nazioni Unite per l'Influenza e la Banca Mondiale hanno recepito e sviluppato i *Principi di Manhattan* ponendo l'approccio *One Health* alla salute globale alla base del quadro di riferimento intitolato «*Contribuire a un mondo, una salute – Quadro strategico per la riduzione dei rischi di malattie infettive all'interfaccia animali-uomo-ecosistemi*»; nel 2010, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), l'Organizzazione mondiale per la salute animale (OIE) e l'OMS hanno firmato un accordo tripartito sull'approccio “*One Health*” e hanno illustrato in una nota concettuale la loro collaborazione nella prevenzione e nel controllo dei rischi per la salute legati all'interazione uomo-animale-ecosistema; nel 2015 la revisione dello stato delle conoscenze sulla biodiversità e la salute dell'OMS della Convenzione sulla biodiversità ha proposto *One Health* come quadro di riferimento di strategie integrate; nel 2018, con la firma di un memorandum d'intesa OMS, OIE e FAO hanno inteso rafforzare la loro azione congiunta nell'affrontare le minacce alla salute derivanti dalle interazioni dell'uomo con la natura e gli animali; nel 2019, le tre organizzazioni hanno pubblicato la guida: «*Taking a multisectoral, One Health approach: a tripartite guide to addressing zoonotic diseases in Countries*» (FAO, OIE, OMS), per assistere i

Paesi nell'utilizzo dell'approccio “*One Health*” nella prevenzione, preparazione, individuazione e gestione delle minacce zoonotiche.

Parallelamente, nel 2017, la terza sessione dell'Assemblea delle Nazioni Unite per l'Ambiente, ha confermato gli stretti legami tra ambiente e salute e ha ribadito l'importanza di affrontarli insieme nell'attuazione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (UNEA, 2017).

Nel 2021, a seguito dello scoppio della pandemia, la FAO, l'OIE, l'OMS e il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP) hanno istituito il gruppo di esperti di alto livello “*One Health*” per raccogliere e diffondere dati scientifici sulle interazioni tra l'ambiente e la salute umana e animale al fine di affrontare meglio le future crisi sanitarie.

Da ultimo, il 1 dicembre 2021 in senso all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) i 194 paesi membri hanno concordato di avviare il processo di elaborazione e negoziazione di una convenzione, di un accordo o di un altro strumento internazionale ai sensi della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità al fine di rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie. Tale revisione mira anche a introdurre la strategia *One Health*.

2. *Ambiente e salute umana tra antropocentrismo ed ecocentrismo*

Il concetto di *One Health*, vale a dire l'idea di una sola salute inclusiva della dimensione umana,

animale e ambientale, si lega all'obiettivo di una strategia globale, complessa, ottimizzata ed interdisciplinare.

Emerge in questa prospettiva una direttiva di metodo che ad ogni livello promuove un approccio integrato e unificante che mobilita molteplici settori, pubblici e privati, discipline e comunità a vari livelli della società: ricerca scientifica, politiche pubbliche internazionali, nazionali e locali, decisioni amministrative, investimenti e finanza sostenibili. E richiede un'integrazione reciproca dei settori coinvolti, rompendo gli steccati tradizionali.

Tale interrelazione induce ad interrogarci sui rapporti tra le diverse dimensioni della salute e sul come bilanciare valori e interessi confliggenti ed espressi nei tre diversi pilastri umano, animale e ambientale, legati a settori che sono generalmente percepiti, anche sul piano istituzionale, come portatori di fini e quadri valoriali diversi.

L'interrogativo, che si riscontra in alcuni studi dedicati alla strategia *One Health*, si giustifica a fronte di una diffusa tendenza a sostenere un cambio di paradigma delle politiche ambientali e del relativo diritto che le esprime in relazione proprio al rapporto uomo-natura.

Si tratta del passaggio dall'antropocentrismo all'ecocentrismo, come nuovo baricentro del diritto ambientale della crisi ecologica, causata, nelle visioni di molti, dall'aver pensato e agito in funzione dell'uomo, senza tenere conto dei bisogni degli animali e dell'ambiente, e dei diritti delle minoranze, tra cui, in particolare, le popolazioni indigene.

È noto che la centralità della persona umana ha caratterizzato l'ambientalismo di matrice occidentale e ha costituito l'approccio prevalente nel percorso globale conducendo, sulla scorta di un malinteso sviluppo sostenibile, a edificare un diritto ambientale debole, non in grado di svolgere la sua funzione di freno rispetto all'insostenibile sfruttamento delle risorse naturali e agli inquinamenti.

Riscontriamo, come noto, tale connotazione personalista sin dalle prime dichiarazioni internazionali sull'ambiente, che muovono proprio da questa prospettiva: l'ambiente è al centro della cooperazione internazionale per il mantenimento di condizioni di pace e giustizia tra i popoli, in quanto presupposto per una vita umana sana e dignitosa della presente e delle future generazioni. La dichiarazione di Stoccolma, secondo una linea sempre confermata nelle successive dichiarazioni ONU sull'ambiente, si apre con il *«diritto fondamentale a ... adeguate condizioni di vita, in un ambiente di qualità tale da permettere una vita di dignità e benessere, e ha la solenne responsabilità di proteggere e migliorare l'ambiente per le generazioni presenti e future»*.

Fa riscontro a questo approccio il versante dei diritti umani fondamentali. Dopo l'iniziale silenzio dei principali statuti globali sui diritti umani (dalla Carta delle Nazioni Unite (1945) e la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948) ai patti gemelli sui diritti umani (1966), dagli anni 70 dello scorso secolo ha preso l'avvio, negli Stati Uniti d'America un percorso teso al riconoscimento del diritto a un ambiente sano.

Questo percorso, che costituisce un tassello dello

sviluppo del costituzionalismo ambientale, si è avuto a livello internazionale, regionale e nazionale.

Nell'ottobre 2021, il Consiglio dei diritti umani ha ufficialmente riconosciuto l'accesso a un ambiente sano come un diritto umano fondamentale.

Stando a quanto di recente riferito dal relatore speciale sul diritto a un ambiente sicuro, pulito, sano e sostenibile (nominato dal Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite) a livello nazionale *«in totale, più dell'80% degli Stati membri delle Nazioni Unite (156 su 193) riconosce legalmente il diritto a un ambiente sicuro, pulito, sano e sostenibile»* espressamente attraverso l'incorporazione costituzionale o implicitamente attraverso l'interpretazione giudiziaria di altri diritti, compresi quelli alla vita, alla dignità e alla salute.

Questo secondo percorso è quello seguito dalla nostra giurisprudenza che, sin dalla fine degli anni settanta, muovendo dalla centralità della persona umana e dal diritto alla vita e alla salute di cui all'art. 32 Cost. ha derivato il diritto all'ambiente salubre. Si tratta di orientamenti ben noti che, in assenza di espresse previsioni, hanno consentito di radicare sul piano costituzionale il nesso tra tutela della salute e ambiente (Cass., S.U., n. 5172/1979) e di ricavare sia il diritto soggettivo della persona sia l'interesse della collettività ad un ambiente salubre.

La connotazione antropocentrica e ancillare rispetto allo sviluppo economico del nostro diritto ambientale si è peraltro mantenuta pur dopo l'edificazione di un diritto ambientale fondato non sul riconoscimento di diritti soggettivi ma su un interesse pubblico oggettivo e diffuso, oggi riconosciuto negli

artt. 9 e 41 della Costituzione, riformati con legge costituzionale n.1 del 2022.

In effetti solo l'idea di una finalizzazione del mondo fisico, con tutto il complesso della biosfera, al servizio dell'uomo ha potuto giustificare sul piano etico e politico, strategie ineffettive di tutela dell'ambiente, di fatto viste come potenziali limiti al diritto allo sviluppo e come barriere all'uso delle risorse naturali.

Non è un caso che l'affermazione di un diritto allo sviluppo sia coeva alla dichiarazione di Stoccolma, che ha segnato l'avvio del moderno diritto ambientale.

Ne è derivato, secondo una metrica ben conosciuta, un sistema giuridico articolato concettualmente sul principio di sviluppo sostenibile, espressione di un ambientalismo debole che ha legittimato un impatto aggressivo nei confronti delle risorse ambientali, giungendo a un livello di degrado disfunzionale non solo rispetto ai diritti della persona umana e agli interessi del mercato ma anche, secondo la nota teoria dei limiti planetari, alla stessa sopravvivenza della specie.

Le reazioni sono molteplici e tutte tendono a voler superare l'intrinseca debolezza della tutela ambientale e la visione antropocentrica che ne costituisce il substrato.

Una via è la riaffermazione del valore assoluto della vita umana nella sua dimensione individuale e sociale, attentata dalla crisi ecosistemica, nel quadro di un nuovo umanesimo che muova dal rifiuto del tradizionale antropocentrismo e dal riconoscimento dell'essere umano come parte di un sistema complesso e adattativo. In questa cornice si abbandona l'idea di un potere di illimitato asservimento della natura

alla soddisfazione dei bisogni dell'uomo e si propone un nuovo design del diritto ambientale che incorpori al suo interno le risultanze delle scienze ecologiche. Si tratterebbe di definire un ecodiritto depoliticizzato, fatto di principi e regole, riflesso delle risultanze della ricerca scientifica che definisce oggi azioni e strategie dovute e aree di indisponibilità e limiti assoluti, insuperabili, in ambiti, sempre più ampi, individuati come ad elevato rischio di danno ambientale grave e irreversibile se non addirittura, di catastrofe ambientale e di annientamento della specie umana.

In tale direzione, la reazione allo scempio delle risorse naturali prosegue sino l'odierno rifiuto della matrice non solo antropocentrica ma anche umanistica; tale approccio, nelle sue tendenze più radicali, conduce alla cosiddetta marginalizzazione antropologica e allo sviluppo di un'etica dell'ambiente ancorata alla cd. ecologia profonda, che, secondo una visione olistica, ricolloca pariteticamente l'uomo nel contesto ecosistemico e ne afferma la necessaria sottomissione ai cicli della natura, giungendo a disconoscere ogni legittimità d'azione dell'umano oltre i limiti della pura animalità.

Si giunge così alla contrapposizione tra visioni antropocentriche e tecnocentriche e quelle ecocentriche, che muovono dalla condanna dell'approccio umanocentrico (e mercatocentrico) e dei disvalori che questo ha storicamente recato e giunge a stigmatizzare, sia l'approccio basato sui diritti umani fondamentali, sia la proiezione verso le generazioni future, anch'essa reputata figlia dell'antropocentrismo, sia *«la stupida devozione del mondo occidentale per il politicamente*

corretto, i diritti umani e la sacralità della vita umana» (A. Peratoner) e ad auspicare scenari di riduzione demografica.

Si giunge nella prospettiva ecocentrica a dare voce alla natura e a riconoscerle diritti legali: è questa la nuova frontiera del diritto ambientale, a cui sempre più comunità e amministrazioni locali tendono per tutelare i propri territori.

Sono noti e in aumento i casi di riconoscimento dello status di «persona giuridica» agli ecosistemi, di cui si ricorderanno qui alcuni dei principali. Il riferimento è innanzitutto all'Equador, primo Stato a riconoscere, nel 2008, il diritto costituzionale della «*natura o Pacha Mama, dove si riproduce e si realizza la vita, (...) al mantenimento e alla rigenerazione dei suoi cicli vitali, strutture, funzioni e processi evolutivi*». E poi alla Bolivia che con l. n. 71 del 2010 ha riconosciuto alle risorse naturali un diritto alla rigenerazione, alla vita ed alla diversità. La Nuova Zelanda ha accordato al fiume Whanganui e al Monte Taranaki (sacri al popolo Maori) lo status di «persona giuridica» (Whanganui River Claims Settlement Act 2017). Il trend è anche giurisprudenziale. Ad esempio, in India, i fiumi Gange e Yamuna sono stati definiti come «*entità viventi con lo statuto di persone morali*» (High Court of Uttarakhand at Nainital, 20 marzo 2017, caso *Mohd. Salim v. State of Uttarakhand & others*). Nel 2017, la Corte Costituzionale della Colombia (sentenza T-622/16) ha riconosciuto il bacino del fiume Atrato come «soggetto di diritto» e ha imposto allo Stato di proteggere l'habitat naturale, sciogliere le attività minerarie inquinanti, bonificare il territorio

e indennizzare le comunità etniche indigene dei danni provocati dallo sfruttamento non sostenibile dell'area.

3. One Health *tra ecocentrismo e antropocentrismo*

Non è questa la sede per approfondire l'analisi delle prospettive di evoluzione del diritto ambientale verso un ecodiritto né per interrogarci sulla sua matrice ecocentrica o antropocentrica.

Qui si vuole solo riflettere sulla portata di queste concezioni nella dialettica interna alla nozione di *One Health*, per tornare all'interrogativo iniziale su quale sia l'interrelazione tra salute umana e ambientale e il parametro del bilanciamento tra valori non sempre convergenti.

Tali interrelazioni non sono infatti definite in modo statico, ancorché la ragione stessa del concetto di *One Health* sia l'innestarsi delle sfide di salute pubblica in un mondo in continua evoluzione in relazione ai degradi ambientali, alla perdita di biodiversità e al connesso intensificarsi del rischio sanitario.

In tale dialettica è chiaro che la salute ambientale dovrebbe costituire, secondo la narrativa dominante, il presupposto, in quanto contenitore e preconditione di ogni altra salute umana e animale. La prospettiva declamata è dunque basata sulla visione dei sistemi naturali e delle popolazioni umane e animali come fundamentalmente interconnessi su un pianeta condiviso e sul rigetto delle visioni riduzioniste, che vedono la natura come mero strumento per la soddisfazione degli interessi umani. Ad essa sembrerebbe in ogni

caso aliena anche la deriva ecocentrica e, ancor più, quella della marginalizzazione antropologica.

Si registra tuttavia un ampio tasso di ambiguità nella strategia.

L'ambiguità deriva innanzitutto dal pluralismo metodologico e valoriale che *One Health* incorpora nella sua intersettorialità, con prospettive etiche ed epistemologiche differenti, proprie delle diverse aree coinvolte, che determinano una dinamica talvolta confliggente tra i diversi interessi implicati nei casi concreti e inducono a sollevare dubbi sulla stessa opportunità di una strategia unificante che rischia di appiattare saperi e specificità delle diverse discipline.

Emergono così dilemmi e contraddizioni.

Ci si domanda ad esempio: è la biodiversità rilevante solo come barriera, solo per l'effetto di diluizione rispetto ai patogeni? E si osservano paradossi quali i casi in cui il danneggiamento della biodiversità conduca ad una protezione della salute umana da rischi generati dall'ambiente naturale (caso pesticidi).

In questo scenario è chiaro che considerare quale tipo di natura è in gioco (semplice meccanismo di protezione o complesso sistema adattivo di interazioni fisiche e sensibili tra varie forme di vita, compreso l'uomo) e dunque quale tipo di relazione tra gli interessi (se gerarchica o paritetica) ha profonde conseguenze sia per le risposte di politica sanitaria sia per definire i principi e il sistema giuridico della strategia *One Health*, ad oggi in costruzione.

Al riguardo si osserva uno iato tra affermazioni di principio e pratica del concetto. Sebbene infatti la prospettiva della complessità sistemica e adattativa

costituisca la chiave declamata del rapporto uomo-natura nel concetto di *One Health*, soprattutto nell'attuazione della strategia emergono ritorni al consueto antropocentrismo fondato sulla supremazia dell'uomo sull'ambiente e gli animali (A. Kamenshchikova et al.).

Molteplici studi evidenziano la natura ambigua dell'approccio *One Health* (S. Hinchliffe e S. Craddock), e appuntano tale ambiguità sia nel modo in cui la strategia è stata concettualizzata sia per come è stata attuata nelle politiche sanitarie internazionali ove, si rileva, emergono impostazioni legate all'idea del suprematismo umano e a persistenti concezioni riduzioniste dell'ambiente (A. Kamenshchikova et al.; H. Keune) che conducono a concepire la natura come uno strumento per la protezione della salute umana. Data la centralità di quest'ultima il settore animale e quello ambientale sono considerati come rischi o benefici per il benessere dell'uomo e ad essi viene assegnata la responsabilità del problema sanitario e della sua risoluzione (H. Keune)

Tali studi si fondano sull'esame di documenti del *One Health* generali e relativi al campo in cui la strategia è stata più applicata, cioè la resistenza antimicrobica; i quali mostrano come il collegamento e la reciproca incorporazione delle diverse metodiche per la salute umana, animale e ambientale non sia paritetica ma gerarchica, con la salute umana al vertice della strategia.

Se, come sopra evidenziato, *One Health* può ritenersi costituire, sul piano concettuale, il risultato dei progressi scientifici ed etici concernenti i sistemi e le

specie naturali, la persistente matrice antropocentrica sembra limitare le potenzialità effettive della strategia, che potrebbe determinare quel cambio di paradigma che la gravità della crisi ecosistemica sembra oggi imporre.

Si richiede pertanto, da più parti, di mutare l'approccio metodologico adeguandolo alle tendenze del nostro tempo e di rendere così la strategia *One Health* vettore non tanto di ecocentrismo né di post-umanesimo quanto di un nuovo umanesimo non antropocentrico che cali l'umano, con la sua peculiarità e il suo bagaglio di valori, nella complessità ecosistemica oltre una signoria irrispettosa e aggressiva nei confronti delle risorse ambientali e animali.

Secondo questa linea *One Health* potrebbe dunque porsi come fondamento per la costruzione di sistemi legali e di governance fondati sul riconoscimento delle interconnessioni uomo-natura, superando strategie sanitarie di dominio della natura e del mondo animale, che si riflette ad es. in abbattimenti di animali per scongiurare anche solo il minimo rischio di patologie per l'uomo.

Come si è visto, infatti, *One Health* è stata concepita proprio come una strategia di collaborazione che permette alle competenze di diversi settori e di diverse organizzazioni di completarsi a vicenda senza privilegiare l'una rispetto all'altra.

Le relazioni tra i settori dovrebbero essere così di integrazione reciproca e di coordinamento privo di gerarchie predefinite; occorrerebbe sviluppare un'etica comune e uno statuto giuridico comune, fondato sulla contaminazione delle basi giuridiche, sull'inte-

grazione dei principi tra cui quelli ambientali di derivazione ecologica (resilienza e non regressione) e quelli legati al valore della persona umana (tra cui la dignità e il rispetto dei diritti fondamentali). Tali principi, coerentemente con il quadro valoriale, dovrebbero costituire le fondamenta della strategia.

L'applicazione trasversale dei paradigmi della sostenibilità dovrebbe poi condurre all'inclusione, nella strategia *One Health*, di tutta la filiera della patogenesi, muovendo dalla considerazione integrata dei contesti su cui si innestano le crisi ecologico-sanitarie.

Emerge così un ulteriore livello della strategia, definito *Structural One Health* (R.G. Wallace et al.) che ha riguardo ai sistemi socio-ecologici per indagare le cause strutturali, politiche ed economiche fondamentali delle questioni sanitarie – umane, animali e ambientali – (H. Keune). Ciò in quanto la salute compromessa e la ridotta resilienza a tutte le scale sono spesso il risultato di comportamenti cumulativi e di concatenazioni di cause.

Emergono così, secondo una circolarità tra salute e ambiente, anche negli studi dedicati al *One Health* i concetti di decrescita, crescita verde, Stato stazionario e simili. E si sottolinea, anche a questo riguardo, il superiore aumento dei costi rispetto ai benefici, anche in termini sanitari, laddove la crescita economica si collochi oltre un certo punto (H.E. Daly).

Si constata che l'attuale contesto socio-ecologico e in particolare il diritto ambientale non sembrano in grado di fornire gli strumenti adeguati per ricondurre l'economia alla sostenibilità e si chiede un cambio di passo del diritto ambientale, soprattutto per ciò che

concerne la tutela degli habitat, della biodiversità e la lotta contro la desertificazione.

Il futuro mostrerà se le persone sono disposte a ripensare l'attuale antropocentrismo e il concetto di prosperità guidato da un continuo aumento della crescita economica, optando per una tutela più forte dell'ambiente in chiave di nuovo umanesimo, come qui si auspica, o di post-umanesimo e di ecocentrismo.

In questo quadro, la strategia necessita ancora di trovare una propria fisionomia e le ambiguità riflettono il più generale dibattito concernente il rapporto uomo-natura. La sfida non è facile e la scelta è di carattere politico.

È per questo fondamentale che il principio di diversità sia esteso ai processi istituzionali, attraverso metodi inclusivi e partecipativi che riflettano la complessità della strategia *One Health*, delle politiche coinvolte e della loro interrelazione e che garantiscano la rappresentanza di tutte le componenti della società, incluse le minoranze e le popolazioni indigene, e, attraverso l'associazionismo, anche dell'ambiente e degli animali.

Solo una governance inclusiva può aiutare a sfruttare le potenzialità della strategia *One Health* e a promuovere il dialogo e le soluzioni per la salute intergenerazionale (H. Keune).

Per questo, sul piano procedimentale, il principio di partecipazione su scala ampia, sviluppato nel diritto ambientale dovrebbe divenire un metodo generale delle strategie *One Health*, ad oggi mancante.

Riferimenti bibliografici

- Assmuth T. et al., *Integrative concepts and practices of health in transdisciplinary social ecology*, in *Socio-Ecological Practice Research* 2, 2019, 71–90
- Craddock S., Hinchliffe S., *One world, one health? Social science engagements with the one health agenda*, in *Social Science & Medicine*, 2015, Vol. 129, 1-4
- Daly H.E., *The illth of nations and the fecklessness of policy: An ecological economist's perspective*, in *Post-Autistic Economics Review* 30, 2003, 1–23
- Hinchliffe S., *More than one world, more than one health: Re-configuring interspecies health*, *Social Science and Medicine*, 129, 2015, 28-35
- Kamenshchikova A. et al., *Anthropocentric framings of One Health: an analysis of international antimicrobial resistance policy documents*, in *Critical Public Health*, 2019
- Keune H. et al., *One Health and Biodiversity* in Visseren-Hamakers I.J., and Kok M.T.J. (eds), *Transforming Biodiversity Governance*, 2022
- Peratoner A., *Quale antropocentrismo? Ripensare la persona umana in relazione all'ambiente*, in *La differenza umana*, in *Riduzionismo e antiumanesimo – Antropologica*, 2009, 39-53
- Robinson N., *The next pandemic is here*, in *The environmental forum*, 2020, 30-35
- Tigre M.A. et al., *Environmental Protection and Human Rights in the Pandemic*, in *Legal policy and pandemics*, 2021, 317-374
- Wallace R.G. et al., *The dawn of Structural One Health: A new science tracking disease emergence along circuits of capital*, in *Social Science & Medicine*, 2014, 1

TUTELA DELLA SALUTE UMANA
E TUTELA DELLA SALUTE ANIMALE:
RIFLESSIONI

*Micaela Lottini**

Il tema della salute umana in rapporto alla salute degli animali si inserisce in una questione più vasta, quella del rapporto tra i vari interessi e diritti di cui sono portatori gli esseri umani e l'interesse al 'benessere animale'.

Il concetto di 'benessere animale' è un concetto complesso che, peraltro, travalica il mondo del diritto; lo stesso viene elaborato, per la prima volta, nel 1965 quando il Governo inglese, a seguito della pubblicazione del libro *Animal machines* dell'attivista Ruth Harrison, in cui erano descritte le pratiche di allevamento intensivo di bestiame e pollame, decide di affidare ad una commissione appositamente costituita e presieduta dallo zoologo Roger Brambell, il compito di valutare il benessere degli animali da allevamento. Questa commissione elabora un report noto come *The Brambell report* (1965) che elenca le cinque libertà necessarie a garantire il benessere animale: «libertà dalla fame, dalla sete e dalla cattiva nutrizione; libertà

* Professore associato di Diritto amministrativo, Università di degli Studi Roma Tre.

di avere un ambiente fisico adeguato, comprendente ricoveri e una zona di riposo confortevole; libertà da malattie, ferite e traumi, attraverso la prevenzione o la rapida diagnosi e la pronta terapia; libertà di manifestare le caratteristiche comportamentali specifiche, fornendo spazio sufficiente, locali appropriati e la compagnia di altri soggetti della stessa specie; libertà dal timore, assicurando condizioni che evitino sofferenza mentale». Il documento è riferito agli animali da reddito, ma contiene principi applicabili a tutti gli animali detenuti dall'uomo.

Evidentemente, nell'ambito del concetto di benessere animale è ricompreso quella della 'salute animale', come peraltro viene chiarito dall'Avvocato Generale Slynn, nelle sue Conclusioni presentate il 4 marzo 1982, in una causa riguardante l'interpretazione della deroga alla libera circolazione delle merci relativa alla vita e alla salute degli animali, prevista da quello che è oggi l'art. 36 TFUE. Infatti, secondo l'Avvocato Generale anche se salute e benessere sono due concetti diversi ed il secondo può comprendere cose irrilevanti per il primo, «vi è chiaramente una zona in cui essi coincidono o sono interdipendenti».

Fatte queste premesse, nell'ambito del presente scritto, il concetto di benessere animale è utilizzato ad indicare, appunto, una situazione in cui l'animale viene mantenuto in salute, rispettando le sue caratteristiche etologiche e ovviamente non viene sottoposto a maltrattamenti e crudeltà.

La questione del benessere animale è ormai di grande momento, come testimonia la recente modifica dell'art. 9 della Costituzione (avvenuta con leg-

ge costituzionale n. 1 dell'11 febbraio 2022), riforma che, in primis, attribuisce alla Repubblica il compito di tutelare l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi (anche nell'interesse delle future generazioni).

Secondariamente, prevede che la legge dello Stato disciplini (debba disciplinare) i modi e le forme di tutela degli animali.

Già ad una prima lettura del testo, appaiono evidenti alcuni limiti della formulazione; viene, infatti, evitato di definire gli animali come 'esseri senzienti'; inoltre, si distingue, da una parte, la tutela dell'ambiente e della biodiversità e, dall'altra, la tutela degli animali, in relazione alla quale si prevede una riserva di legge statale, con una formula alquanto ambigua.

Questo approccio sembrerebbe sminuire il senso dell'inserimento della tutela degli animali nel testo costituzionale; ciò nonostante, a parere di chi scrive, la riforma del 2022 rappresenta un indubbio e fondamentale passo in avanti, che ci pone in linea con le esperienze di altri Paesi dell'Unione europea (e non solo), nonché con il diritto eurounitario.

Innanzitutto, non deve dimenticarsi che la tutela degli animali viene menzionata nell'ambito dei Principi fondamentali della nostra Costituzione e, quindi, viene individuata come valore fondante giuridico ed etico del nostro vivere civile.

Inoltre, il nuovo articolo 9, operando la suddetta distinzione concettuale tra la tutela degli animali e quella dell'ambiente/biodiversità si pone perfettamente in linea con il testo dell'art. 13 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea; quest'articolo impone a Stati membri ed Unione di tenere piena-

mente conto, nell'ambito delle rispettive competenze, del benessere animale, animale qualificato come essere 'senziente'; l'animale, quindi, deve essere tutelato nella sua individualità come soggetto titolare di specifici interessi e non può, quindi, essere considerato una 'cosa'.

In altre parole, la tutela dell'animale viene concepita come una tutela diretta, ossia non legata al soddisfacimento di interessi umani, come può essere quello rappresentato dalla questione ecologista, che in realtà è un interesse degli esseri umani stessi, perché va ad influenzare le loro condizioni di vita.

È evidente, quindi, che con l'inserimento degli animali in Costituzione viene effettuato un enorme salto teorico, poiché viene garantita tutela costituzionale a dei 'soggetti senzienti non-umani' e viene previsto che la tutela sia un 'dovere' della Repubblica, nell'ambito però di un contesto giuridicamente (e non solo) problematico, in cui gli animali sono considerati, seppure in via indiretta come 'cose' (Codice civile) ovvero 'merci', dato che possono essere oggetto di transazioni commerciali e possono avere un valore economico (Commissione c. Repubblica italiana).

È interessante notare, nell'ambito di questo contesto, che la Corte di giustizia chiamata a fornire un'interpretazione dell'art. 13 TFUE e a pronunciarsi sul valore del benessere animale, chiarisce che lo stesso è un interesse o meglio un valore che deve essere considerato e non può essere sacrificato, in linea di principio, ad ogni interesse umano (economico o di altro tipo); la ponderazione tra i vari interessi deve avvenire sulla base del principio di proporzionalità.

Anche nel nostro ordinamento questa tendenza ha ormai da tempo cominciato a farsi strada nella giurisprudenza del giudice amministrativo. Recentemente ci sono state alcune celebri pronunce, sugli orsi del trentino tenuti in captivazione permanente dopo presunti attacchi e sulle sperimentazioni cliniche.

Venendo più nello specifico al tema della salute dell'animale e della relativa tutela che, come abbiamo detto, è uno degli elementi del benessere animale, questa è evidentemente un concetto circolare, nel senso che se l'animale è gestito in maniera tale da rispettarne le caratteristiche etologiche, è ben alimentato, non è maltrattato, ciò si ripercuote sulla sua salute ed evidentemente in ultima analisi sulla salute umana (non solo per gli animali destinati all'alimentazione, come ci ha drammaticamente dimostrato l'epidemia di covid-19) .

Salute umana, che può, invece, entrare direttamente in conflitto con la salute dell'animale, come emerge nel settore delle sperimentazioni cliniche, oggi oggetto di una normativa europea e nazionale, sperimentazioni consentite seppure sottoposte a numerose condizioni.

Si rilevi, però, che il benessere animale e la relativa salute sono oggetto di contemperamento con la salute umana nell'ambito di questa normativa dove, di fatto, la salute umana sembra prevalere, con riguardo, invece, al settore cosmetico, la normativa europea vieta in toto le sperimentazioni, proponendo quindi un diverso contemperamento di interessi.

Quindi, le norme che tutelano il benessere animale e la relativa salute partono da una particolare

prospettiva che è quella del singolo animale; in alcuni casi, la tutela della salute animale va in parallelo con la tutela della salute umana, in altri casi le stesse possono entrare in conflitto.

La funzione del diritto e dei relativi interpreti è quella di ponderare questi interessi e conflitti, nell'ambito di un contesto in cui il benessere degli animali e la relativa tutela sono ormai entrati a fare parte del sentire collettivo ed hanno assunto una enorme importanza nel dibattito giuridico e culturale europeo (e non solo).

Questo viene efficacemente testimoniato dalle Conclusioni dell'Avvocato Generale della Corte di giustizia UE, Nils Wahl, presentate il 21 gennaio 2016, nella causa Masterrind.

L'Avvocato Generale, chiamato a presentare un parere sulla normativa europea relativa alla protezione degli animali durante il trasporto, inizia con un inusuale commento che dà il senso della nuova sensibilità che oggi è avvertita sull'argomento: «secondo un detto popolare, ufficiosamente attribuito al Mahatma Gandhi, la grandezza di una nazione e il suo progresso morale si possono giudicare in base al modo in cui essa tratta i suoi animali. Se ciò è vero, il caso in esame merita una particolare attenzione».

ONE HEALTH: SALUTE E SANITÀ ALLA LUCE DELLA PANDEMIA

Carla Collicelli

1. *Una sanità storicamente di buon livello*

Volendo formulare un sintetico giudizio sullo stato dell'arte del sistema della salute italiano, fondato sul Servizio Sanitario Nazionale varato nel 1978 nel suo intreccio con le funzioni ed i contributi provenienti dalla società civile e dal mondo del privato sociale, va detto che tutte le analisi registrano un livello di performance più che dignitoso, anche rispetto ai dati internazionali di confronto con gli altri paesi dell'Europa. E ciò appare particolarmente evidente rispetto al rapporto costi-benefici (le risorse impiegate ed i risultati raggiunti), alla qualità clinica e ai livelli di efficacia finale assicurati. L'elevata speranza di vita, il buon controllo della maggior parte delle patologie – e soprattutto di quelle acute e trasmissibili – e l'universalismo del sistema di offerta, fanno sì che la sanità italiana e le sue articolazioni regionali siano considerate a livello internazionale tra quelle che me-

* Sociologa del welfare e della salute, Associate Researcher presso Cnr-Cid Ethics e ASviS Senior expert per le relazioni istituzionali e referente per il Goal 3.

glio rispondono alle esigenze di una società complessa come quella attuale.

Al tempo stesso si segnalano da tempo diverse criticità, tipiche dei paesi avanzati, che riguardano in modo particolare la sostenibilità economica e sociale a lungo termine, resa difficile dalla presenza crescente di anziani e disabili e dal peso delle disuguaglianze territoriali e sociali in termini di qualità ed appropriatezza delle cure; il finanziamento pubblico che si colloca sotto la media europea, e che incide pesantemente sull'offerta ospedaliera e sulle dimensioni e la copertura degli organici del personale, specie infermieristico; il peso della spesa privata out of pocket a carico dei cittadini per tutti quei servizi e quelle prestazioni che non vengono erogati dal servizio pubblico nei tempi necessari o che implicano una elevata compartecipazione alla spesa.

In conseguenza di un simile stato dell'arte, il sistema è sottoposto a varie sollecitazioni di tipo trasformativo e problematico, sia rispetto alla gestione strategica del sistema, che rispetto al perseguimento degli obiettivi e dei processi di miglioramento dell'offerta di servizi, e molti e variegati sono stati nel tempo e sono tuttora gli sforzi compiuti. Tra questo una particolare importanza è stata attribuita alla esigenza di temperare l'efficienza tecnica con le finalità di promozione della salute e del benessere secondo i principi ed i driver di natura socio-culturale che ruotano attorno al concetto di *One Health* e di *Planetary Health*. Ed anche negli approcci sistemici allo sviluppo ed al benessere delle nazioni, dibattuti a livello internazionale, è sempre più frequente l'attenzione per il benes-

sere olistico, inteso come salute fisica e mentale, come criterio di valutazione di tutte le politiche, da quelle che si occupano del lavoro, a quelle che riguardano l'organizzazione sociale e l'urbanistica, a quelle sociali e di coesione. Le posizioni strategiche più avanzate tendono di conseguenza a coniugare sviluppo economico e sociale con benessere psico-fisico, secondo un paradigma di progressiva integrazione sistemica tra diverse sfere della vita.

La salute, come “completo stato di benessere fisico e psichico” per tutti è d'altra parte da molti anni obiettivo prioritario mondiale, come recitano i documenti ufficiali dell'Onu, dell'Oms, dell'Unicef e delle altre Agenzie internazionali che si occupano di sviluppo e cooperazione, e l'Agenda ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile, varata nel 2015 e sottoscritta da quasi tutti i paesi del mondo, comprende, tra i suoi 17 obiettivi principali, il raggiungimento di condizioni di salute e benessere avanzate ed uguali per tutti, in un'ottica di integrazione sistemica con gli altri obiettivi.

Ne consegue che l'area della salute e della sanità risulti sempre più alla ricerca di un equilibrio tra ambiti diversi ed anche tra elementi diversi di cui tenere conto, in parte contrastanti ed in parte cooperanti tra loro, su cui incide, non ultima, anche la cultura collettiva, ivi compreso il dissidio socio-antropologico tra propensione allo sviluppo di soluzioni sempre più tecnologicamente avanzate per il contrasto delle malattie, con ciò che ne consegue in termini di dipendenza dalla scienza e dalla tecnologia e di attenzione per i processi di cura complessi e sempre più specialistici, e spinta ad un recupero della attenzione nei confron-

ti della situazione di contesto in termini ambientali e sociali.

Rispetto alla allocazione delle risorse, sia quella di tipo macro, che avviene a livello di gestione generale del sistema e delle sue strutture, sia quella micro, a livello delle decisioni quotidiane rispetto alla utilizzazione dei diversi mezzi, strumenti, farmaci, percorsi terapeutici, pesano quindi i condizionamenti di numerosi fattori, in parte non presenti quando il sistema è stato inizialmente impostato, e che rendono la definizione delle linee strategiche da abbracciare particolarmente complessa: dai bisogni di salute e benessere in tutta la loro interezza, alla qualità degli ambienti di vita e di lavoro, al ruolo della formazione e dell'istruzione, alla partecipazione civica, ed altro ancora.

2. *One Health e salute in tutte le politiche*

La crescente attenzione per gli equilibri eco-sistemici e ambientali e per le interconnessioni tra salute ed altri ambiti della realtà è diventata, a seguito di quanto detto, un elemento di particolare rilevanza nel dibattito pubblico come nelle riflessioni strategiche e scientifiche, ed è uno degli elementi fondamentali su cui insiste l'ASviS (Alleanza Italiana Sviluppo Sostenibile), con il suo Rapporto annuale sulla attuazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile, giunto alla quinta edizione, con le iniziative legate al Festival annuale dello Sviluppo Sostenibile (che nella sua edizione 2021 ha visto più di 700 eventi promossi da ASviS e dagli aderenti in tutta Italia), e con le analisi statistiche

e normative relative alle Leggi di Bilancio, ed ora del PNRR.

Va ricordato che è dal 1972 che la questione della sostenibilità ambientale e sociale è stata posta all'attenzione mondiale, da quando cioè il Club di Roma ha prodotto il noto Rapporto sui limiti dello sviluppo, con il quale si prevedeva che lo sviluppo materiale e umano avrebbe prodotto un arretramento del benessere ed un peggioramento delle condizioni di vita sul pianeta. È stato necessario aspettare il 2015, però, perché 193 paesi del mondo sottoscrivessero una Agenda di impegni per lo sviluppo sostenibile. Ed è su questa base che nasce il 3 febbraio 2016 in Italia ASviS, la Alleanza per lo Sviluppo Sostenibile, che conta oggi più di 300 aderenti, tutti appartenenti al mondo del no profit e dell'associazionismo, e più di 200 associati (mondo imprenditoriale e istituzioni pubbliche), e che persegue l'obiettivo di promuovere in Italia il raggiungimento dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDGs) dell'Agenda Onu 2030, i quali affrontano in maniera integrata temi che vanno dalla lotta alla povertà ed alla fame, alla promozione della pace, alla parità di genere, alla tutela dell'ambiente, all'occupazione, allo sviluppo urbano, alla cooperazione internazionale, all'innovazione, all'educazione, ed alla salute e benessere.

Tra gli attori che hanno aderito ad ASviS vanno segnalati in modo particolare la "Rete delle università per lo sviluppo sostenibile" (RUS), e la Rete dei Comuni per la sostenibilità, e tra i progetti più importanti messi in campo da ASviS vanno ricordati quelli di formazione *e-learning* in ambito scolastico e

universitario (in collaborazione con il Miur), il Patto di Milano per la collaborazione con il mondo delle imprese, la partecipazione alla produzione di una Strategia nazionale dello Sviluppo sostenibile presso il Ministero della Transizione Ecologica e la proposta di modifica della Costituzione (arrivata a compimento nel mese di febbraio 2022 con l'integrazione in senso ambientalistico ed eco-sistemico degli articoli 9 e 41 della Costituzione).

A seguito di questo ultimo intervento, la nostra Costituzione prevede oggi: la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni, accanto alle tutele già presenti (paesaggio e patrimonio storico e artistico) nell'articolo 9; e la salvaguardia della salute e dell'ambiente, accanto a sicurezza, libertà e dignità umana, per quanto riguarda l'iniziativa economica privata, all'articolo 41. Altri importanti elementi di cui tenere conto rispetto all'azione di ASviS per quanto riguarda il tema del benessere sono l'ottenuto inserimento degli indicatori di benessere equo e sostenibile per la misurazione dell'impatto delle politiche nell'ambito dei Documenti di Programmazione Economica nazionale, l'insediamento di una Cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio per il monitoraggio del benessere equo e sostenibile, ed il monitoraggio annuale da parte dell'Istat degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES).

Per quanto riguarda in particolare l'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu 2030 (Salute e benessere per tutti), non erano mancati negli anni precedenti al 2015 studi e pubblicazioni provenienti dagli ambiti biologico,

biomedico e biosociale, che segnalavano con dovizia di dati i rischi insiti in uno stravolgimento degli equilibri naturali all'interno del pianeta e l'importanza delle interconnessioni tra ambiente naturale, specie animali e specie umana. Ma è solo nel 2015 che si comincia a prendere veramente coscienza della serietà della questione e che si apre in maniera ampia e diffusa il dibattito sul cosiddetto Antropocene, termine poco conosciuto benché coniato nel secolo scorso in ambito biologico e chimico, e che oggi ci appare in tutta la sua pregnanza come denominazione di un assetto planetario che vede la specie umana predominante rispetto al resto delle forme di vita secondo un modello di sfruttamento e prevaricazione. All'interno di questo filone si collocano riflessioni fortemente innovative relative al settore della sanità e della salute, nell'ambito delle quali esperti di diverse aree disciplinari pongono l'accento sul fatto che anche per la salute umana, e non solo per il futuro del pianeta, sia di fondamentale importanza la salvaguardia degli equilibri tra uomo, natura ed altre specie animali.

Un esempio tra i più autorevoli è quello del volume "La Tempesta Perfetta", pubblicato nel 2015 da un gruppo di ricercatori guidato da Walter Ricciardi, un contributo estremamente incisivo nell'indicare una serie di sfide urgenti: invecchiamento, cronicità, disabilità, risorse scarse, disuguaglianze, mancanza di coordinamento e di visione strategica nazionale, inefficienza gestionale, stili di vita inadeguati. E lo fa richiamando contributi precedenti importanti, come quelli di Censis, Ceis e Cergas-Bocconi.

Ed è possibile citare anche il lavoro promosso ne-

gli ultimi anni dal Ministero della Salute sulle disuguaglianze, in collaborazione ad Agenas (Agenzia dei servizi sanitari regionali), Aifa (Agenzia del farmaco), ISS (Istituto Superiore di Sanità) e INMP (Istituto Nazionale di Medicina della Povertà), che ha mostrato con dati inequivocabili la crescita delle disuguaglianze nelle condizioni di vita e nell'accesso alle cure in Italia (circa 10 anni di speranza di vita in meno nelle aree più povere del sud rispetto alle aree più ricche del nord). E quanto prodotto da CREA-Sanità e da Fondazione Gimbe, che lanciano ogni anno ormai da tempo messaggi chiari sui rischi del de-finanziamento del Servizio Sanitario.

Ma va riconosciuto che anche gli autorevoli contributi citati non avevano annoverato tra i maggiori rischi e tra le sfide più urgenti quella delle pandemie di origine virale. Un monito in questo senso era venuto, forte e chiaro ma poco ascoltato, da alcuni contributi di carattere scientifico. Primo fra tutti quello lanciato sul tema dei rischi per la specie umana dell'ipersfruttamento del pianeta ed in particolare delle sue risorse naturali, dal libretto pubblicato da Ilaria Capua nel 2019, e intitolato "Salute circolare", con il quale si riepiloga la storia del rapporto tra medicina ed ambiente nei secoli. È difficile immaginare un ragionamento più esplicito e comprensibile a tutti sul fatto che l'ambiente non è qualcosa di esterno a noi ma "in realtà ci siamo immersi, fa parte di noi", e che quindi se trattiamo così male "il nostro mega sacco amniotico", se avveleniamo, invadiamo e consideriamo come nostra proprietà esclusiva l'ambiente, non dobbiamo meravigliarci se poi la nostra sopravvivenza viene messa in pericolo.

Accanto al contributo di Ilaria Capua, altri contributi di fonte scientifica – e ugualmente poco ascoltati –, si sono sviluppati nell’ambito di discipline diverse, tutti volti a far capire che la salute è un processo sistemico che include il benessere della natura e del mondo animale. Il riferimento va ad esempio agli studi sociologici condotti dal Censis negli anni 80, nell’ambito dei quali veniva proposto il già citato concetto di “sistema psico-socio-ambientale” per definire la realtà evolutiva e integrata della salute umana. Il riferimento va anche ad alcuni esperti di etica ambientale e urbana, come Corrado Poli (“Politica e natura” 2017), che indicavano il problema ambientale come un problema politico di importanza bioetica fondamentale. Ed anche filosofi e sociologi teorici particolarmente attenti avevano più volte richiamato l’attenzione, alla fine del secolo scorso e a inizio di quello attuale, sui rischi per la specie umana della distruzione dell’ambiente fisico, naturale ed animale. Certamente lo ha fatto e continua a farlo Serge Latouche, economista e filosofo fondatore del Movimento anti-utilitarista nelle scienze sociali (Mauss) e sostenitore del principio della decrescita come approccio anti-economicistico allo sviluppo. Ma lo stesso Jean Baudrillard, filosofo e sociologo tra i più importanti degli ultimi decenni, scriveva nel lontano 1992, nel suo “L’illusione della fine”, che “il peggio non è che siamo sommersi dai rifiuti della concentrazione industriale e urbana bensì che noi stessi siamo trasformati in residuati”. A Baudrillard era chiaro già allora che “la specie umana, mirando all’immortalità virtuale (tecnica) (...) stava perdendo la sua particolare immunità”.

3. Il Gruppo di lavoro ASviS dedicato all'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu 2030

Attorno a questi temi si è sviluppato, a partire dal 2016, l'impegno in ASviS di un Gruppo di lavoro dedicato all'Obiettivo 3, volto a portare avanti un monitoraggio costante della situazione italiana ed una attenta analisi dei relativi dati di riferimento, pubblicati ogni anno all'interno del Rapporto annuale ASviS. Le analisi condotte e pubblicate in questo contesto da ASviS confermano quanto detto in apertura, e cioè che la situazione della salute si presenta in Italia in maniera abbastanza positiva per il raggiungimento di molti degli obiettivi di dettaglio (target) dell'Obiettivo 3. Al tempo stesso il Rapporto di ASviS segnala sin dalle sue prime edizioni il permanere delle criticità già citate all'inizio di questo contributo, con una particolare sottolineatura rispetto alla necessità di integrare maggiormente servizi sanitari e sociali, di sviluppare, sia quantitativamente che qualitativamente, la cosiddetta sanità del territorio – preventiva, curativa e riabilitativa –, e di tenere conto della interazione sistemica tra diverse forme di vita del pianeta e del valore della biodiversità.

Rispetto a questo contesto, ASviS ha sottolineato la necessità di attuare una maggiore collaborazione multi-settoriale, visto che il Goal 3 è correlato con molti altri obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 che rientrano nel quadro complessivo del benessere, come quelli legati all'istruzione ed educazione, alla tutela delle realtà più disagiate ed al rispetto delle differenze di genere, all'alimentazione, alla ricerca scientifica.

Le interconnessioni e la considerazione per cui i progressi di salute e benessere potranno essere raggiunti solo se si otterranno progressi in tutti gli settori connessi, sono alla base del concetto stesso di sostenibilità, che si declina, secondo l'approccio Onu e ASviS, come strategia di sviluppo armonico e rispettoso degli equilibri tra sfera naturale, sociale e istituzionale, delle compatibilità globali e delle esigenze delle generazioni future.

Secondo importante concetto alla base della strategia proposta da ASviS sulla base dell'impostazione dell'Agenda Onu 2030, e correlato a quello di sostenibilità, è quello di circolarità, inteso come criterio di massima valorizzazione del capitale umano, sociale e materiale del pianeta, evitando gli sprechi e producendo equilibri virtuosi tra i fattori. Sono quindi elementi che acquisiscono peso rilevante in un approccio di sostenibilità circolare per la salute molte tematiche di intreccio tra diversi livelli e settori di intervento nell'ambito delle politiche pubbliche, come ad esempio il tema dei trasporti e dell'incidentalità stradale, l'inquinamento, gli stili di vita, di alimentazione e di consumo, le problematiche del clima e degli eventi naturali catastrofici, la questione dell'etica pubblica e della corruzione, gli sprechi di risorse, l'organizzazione delle città e del lavoro.

Nel 2019 il Gruppo di Lavoro del Goal 3 ha prodotto e proposto un Decalogo per la promozione dell'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU 2030, che sottolinea, nell'accezione della Carta di Ottawa e dell'integrazione delle componenti ambientali e sociali quali pilastri fondamentali del benessere, l'importanza della

promozione delle salute in tutte le politiche, la lotta alle disuguaglianze, la necessità di far crescere la ricerca e la prevenzione, la valorizzazione del privato sociale, l'integrazione territoriale di funzioni e servizi, la lotta alle sovrapposizioni e duplicazioni e lo sviluppo di progetti sperimentali di partnership pubblico-privato.

Il Decalogo recita in sintesi i seguenti obiettivi, indicando anche (tra parentesi) quella che a nostro avviso è la responsabilità principale per ciascuno dei punti:

1. Attuare il principio "Salute in tutte le politiche" inserendo nella programmazione economica e politica precisi obiettivi, e in particolare riduzione dell'inquinamento, degli incidenti stradali e lavorativi, dello stress lavorativo, del traffico di autoveicoli privati, e controllando i risultati (Presidenza del Consiglio).

2. Definire precisi obiettivi di attuazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) non ancora raggiunti e misurarne il raggiungimento con indicatori, in particolare per l'accesso alle prestazioni, specie innovative, ivi compresi i farmaci di nuova generazione, il sostegno a disabilità e non autosufficienza, ADI, vaccini, screening, continuità assistenziale, medicina di iniziativa e presa in carico (Ministero della Salute).

3. Intensificare l'impegno in prevenzione, e misurare gli avanzamenti in particolare per stili di vita (alimentazione, fumo, alcol, moto fisico) e eventi naturali catastrofici (ISS).

4. Intensificare gli sforzi per la medicina della povertà ed il supporto preventivo e sanitario ai poveri, agli stranieri in difficoltà, agli anziani soli, ai carcerati,

agli stranieri in difficoltà, e misurare i relativi avanzamenti, affidando all'Inmp il monitoraggio (INMP).

5. Combattere gli sprechi e ridurre l'abuso di farmaci e prestazioni inappropriate, in particolare antibiotici, medicina estetica e omeopatia; introdurre criteri stringenti di appropriatezza per le strutture pubbliche e la medicina di base, e misurare i risultati con specifici indicatori (ISS).

6. Intensificare la corretta informazione ed educazione sanitaria e combattere le fake-news attraverso la scuola, le strutture sportive, la comunicazione di massa (Presidenza del Consiglio).

7. Rendere equilibrata e qualitativamente omogenea l'offerta sanitaria in tutte le aree del paese, incoraggiare le reti cliniche di qualità e misurare gli avanzamenti con specifici indicatori (Conferenza delle Regioni).

8. Incrementare gli investimenti e lo sviluppo della ricerca biomedica, delle scienze per la vita e della sanità digitale, e misurare gli incrementi con indicatori (MIUR).

9. Concordare un Piano nazionale per la assistenza socio-sanitaria territoriale, la presa in carico delle persone e famiglie in difficoltà, la lotta alla solitudine ed alla depressione, lo sviluppo di forme comunitarie di supporto territoriale alle fragilità, la migliore organizzazione della vita urbana (ANCI).

10. Valorizzare il ruolo del privato sociale per la salute e la sanità, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e promuovendo l'integrazione delle funzioni e dei servizi, e concordare alcuni principi comuni di riferimento da applicare in maniera autonoma nei territori (ASL e Comuni).

Un paese a sviluppo avanzato, per il quale le criticità più importanti in ambito sanitario riguardano le disuguaglianze, la prevenzione in senso olistico, l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio, la cura a lungo termine per i cronici e disabili, la lotta agli sprechi e lo sviluppo di una cultura della salute diffusa e consapevole, deve secondo ASviS concentrare gli sforzi sui punti indicati dal Decalogo. Volendo riepilogare il quadro delle responsabilità il gioco, già indicate sinteticamente nel Decalogo, ASviS indicava negli organi di Governo nazionale specifiche responsabilità rispetto al punto 1 (in particolare riduzione dell'inquinamento, degli incidenti stradali e lavorativi, dello stress lavorativo, del traffico di autoveicoli privati), ed al punto 6 (educazione ed informazione sanitaria per il largo pubblico ed in particolare lotta alle fake-news ed interventi nella scuola, nello sport e nella comunicazione di massa). Il Ministero della Salute viene chiamato in causa in particolare per quanto riguarda il punto 2 (piena attuazione dei LEA e in particolare equità nell'accesso alle prestazioni, sostegno a disabilità e non autosufficienza, assistenza domiciliare, vaccini e screening, continuità assistenziale, medicina di iniziativa e presa in carico). All'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si chiede di impegnarsi per il punto 3 del Decalogo dedicato alla prevenzione (in particolare per la promozione di corretti e salutari stili di vita e per le misure di carattere preventivo nei confronti degli eventi naturali catastrofici), nonché per il punto 5 relativo agli sprechi ed abusi (in particolare per quanto riguarda farmaci e prestazioni inappropriate, medicina esteti-

ca e omeopatia e criteri di appropriatezza per le strutture pubbliche e la medicina di base). La Conferenza delle Regioni dovrebbe occuparsi in via preminente del riequilibrio dell'offerta sanitaria sul territorio nazionale, incoraggiando l'attività delle reti cliniche di qualità e misurando gli avanzamenti con specifici indicatori, come previsto dal punto 7 del Decalogo. ASL e Comuni vengono chiamati in causa in particolare per il punto 9, che riguarda la promozione di un Piano condiviso per la assistenza socio-sanitaria territoriale, la presa in carico delle persone e famiglie in difficoltà, la lotta alla solitudine ed alla depressione, lo sviluppo di forme comunitarie di supporto territoriale alle fragilità e la migliore organizzazione della vita urbana. I Comuni vengono richiamati anche per la valorizzazione del ruolo del privato sociale, di cui al punto 10, evitando duplicazioni e sovrapposizioni, promuovendo l'integrazione delle funzioni e dei servizi e concordando sperimentazioni territoriali avanzate di collaborazione pubblico-privato. L'Istituto Nazionale di Medicina della Povertà e dell'Immigrazione (INMP) viene richiamato con il punto 4 del Decalogo ad intensificare gli sforzi per i soggetti più fragili ed il supporto preventivo e sanitario ai poveri, agli stranieri in difficoltà, agli anziani soli, ai carcerati. Il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR) ricorre al punto 8 del Decalogo, dove si pone l'obiettivo dell'incremento degli investimenti in ricerca biomedica, nelle scienze per la vita e nella sanità digitale.

In termini di concreti suggerimenti, nell'ambito della Maratona per il Patto della Salute, promosso nel

luglio 2019 dal Ministero della Salute, ASviS ha proposto 5 azioni:

- A. La istituzione di un Audit di equità, come strumento avanzato di monitoraggio dei livelli di equità nella salute e nella sanità ai diversi livelli territoriali ed istituzionali, e nelle loro interrelazioni con gli altri determinanti sociali di benessere e salute (sfociata nella istituzione del gruppo di lavoro per l'*Italian Equity Status Report* e più recentemente nel Programma Nazionale per l'equità nella salute 2021-2027);
- B. Un coordinamento interministeriale ed intersettoriale a livello locale sul tema "Salute in tutte le politiche", con messa a fuoco dei fattori della salute e del benessere e di quelli che viceversa inducono malessere e patologie negli altri ambiti di vita e relative politiche (attuato dapprima attraverso la istituzione della Cabina di regia "Benessere Italia" presso la Presidenza del Consiglio, ed ora con la proposta di un Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici, lanciata dal Governo il 22 maggio 2022);
- C. La individuazione delle buone pratiche esistenti in tema di equità e di "salute in tutte le politiche" e la promozione di progetti di loro diffusione (cui ha fatto seguito nel 2022 il già citato Programma Nazionale per l'Equità o PN-Equità, finanziato con fondi FSE e Fesr);
- D. Il monitoraggio della produzione normativa, ed in particolare delle Leggi di Bilancio, rispetto all'obiettivo della salute equa e sostenibile (attuata da ASviS ogni anno, dal 2021 anche rispetto al PNRR);

- E. La promozione di forme di gemellaggio tra regioni e territori per la diffusione delle esperienze e del know how positivo.

4. *L'impatto della pandemia e il PNRR*

Un particolare impatto di disvelamento e di presa di coscienza delle implicazioni globali e circolari in ambito sanitario si è determinato con lo scoppio della pandemia da Covid 19 nel 2020, che ha posto l'umanità di fronte al fatto che il “doppio carico di malattia” (*double burden of disease*), e cioè la crescita delle patologie croniche accanto a quelle acute – considerata nel periodo più recente la maggiore sfida per i sistemi sanitari –, è in realtà oggi insufficiente a delineare gli scenari futuri, in quanto il carico di malattia si presenta ormai come triplo o quadruplo, per l'aggiunta della recrudescenza delle patologie da virus – di cui Covid-19 è l'esempio vivo e attuale –, e per la sovrapposizione tra patologie infettive e patologie croniche, alla base della maggior parte dei decessi da coronavirus, in particolare tra gli anziani ed i malati cronici, ma anche in altre fasce di età e di poli-morbilità.

La pandemia ci ha costretto inoltre a riflettere in maniera nuova sull'organizzazione sanitaria, ed in particolare sullo spazio assegnato alla medicina preventiva ed alla medicina del territorio. Come hanno scritto i medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo il 21 marzo 2020, in epoca di pandemia si è rivelata cruciale la funzione della medicina di comunità, in quanto accanto alle patologie croniche ed alle di-

sabilità, le epidemie di tipo infettivo provocano vere crisi umanitarie, e richiedono un approccio di popolazione e di territorio.

Ancora, l'impatto della pandemia da Covid-19, con il suo lungo decorso, è stato dirompente per i livelli di salute, con un arretramento della speranza di vita alla nascita, passata dagli 83,2 anni medi del 2019 agli 82,3 del 2020; la riduzione dei posti letto in degenza ordinaria per acuti rispetto alla popolazione, calata del 13,5%; il peggioramento degli stili di vita, in particolare per il consumo eccedentario di alcol, che sale dal 15,8% al 16,8%, ed il fumo di tabacco, che sale dal 18,7% al 18,9%, ambedue dopo un lungo periodo di trend discendente. Tanto che flette verso il basso, con il 2020, la curva statistica dell'indice composito italiano relativo al perseguimento dell'obiettivo 3 dell'Agenda dell'Onu al 2030, pubblicato da ASviS nel suo rapporto annuale 2021.

Grazie all'impatto di una potente campagna vaccinale, iniziata il 27 dicembre 2020, e della disponibilità in tempi record di vaccini efficaci, la letalità (il rapporto tra morti e malati), molto alta a inizio pandemia, è passata dal 15% (1 paziente su 7) nella prima ondata, al 3% tra ottobre e novembre 2020. A inizio 2022 la letalità si è attestata sul valore dell'1%. In particolare è significativamente diminuita la mortalità nella fascia di età più colpita dalla malattia in forma grave, vale a dire tra gli anziani ed in particolare tra gli over 80, per i quali a fine 2021 è stata raggiunta una copertura vaccinale relativa al ciclo primario del 95%. E si stima che, grazie ai vaccini, tra il 27 dicembre 2020 e 31 gennaio 2022 si siano risparmiati 8 milioni di casi,

oltre 500.000 ospedalizzazioni, oltre 55.000 ricoveri in terapia intensiva e circa 150.000 decessi.

Due ulteriori aspetti in particolare si segnalano rispetto agli effetti della pandemia sul sistema della sanità italiana e sulle sue performance. Il primo attiene alle conseguenze subite a livello di altre patologie rispetto al Covid, in quanto numerosi dati segnalano il forte aumento delle patologie psichiatriche e del disagio psicologico, specie tra gli adolescenti, ed un peggioramento dal punto di vista della prevenzione e della tempestività ed appropriatezza delle cure per molte patologie importanti, a seguito dell'intasamento delle strutture ospedaliere e del blocco delle prestazioni ordinarie richieste da pazienti non Covid.

Un secondo aspetto riguarda la spesa, in quanto, secondo i calcoli di Altens, due anni di pandemia hanno determinato una spesa aggiuntiva in Italia di 19 miliardi di euro, di cui 11,5 miliardi per l'incremento della spesa regionale, 4,3 miliardi per l'acquisto di dispositivi, farmaci specifici e software, e 3,2 miliardi per i vaccini. Importante è stato anche l'impegno rivolto all'aumento dei posti letto in terapia intensiva, pari al 78% tra 2020 e 2022.

In generale il sistema ha mostrato una notevole capacità di risposta rispetto all'emergenza, la popolazione ha reagito in maniera responsabile alle disposizioni ed alla campagna vaccinale, e particolarmente encomiabili sono stati e sono tuttora l'impegno e la dedizione del personale sanitario, specie ospedaliero e infermieristico.

Ma la pandemia ha messo nuovamente a nudo le lacune ed inadempienze del Servizio Sanitario Nazio-

nale italiano, più volte segnalate, in particolare per quanto riguarda i posti-letto per abitante, rivelatisi insufficienti, la copertura degli organici, specie infermieristici, la medicina e sanità territoriali ed extra-ospedaliere, l'integrazione socio-sanitaria, la diffusione della telemedicina, le differenze di performance tra regioni e territori.

Il che ha dato vita ad un dibattito e ad una azione istituzionale, in Europa ed in Italia, più vivaci che in passato, volti ad affrontare con una prospettiva ed un impegno davvero inediti le lacune e criticità del sistema della salute, a cominciare dal Piano *Next Generation EU* (NG EU), lanciato dalla Commissione Europea a gennaio 2020, per approdare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia, approvato nella sua forma definitiva a luglio 2021.

Rispetto allo stato di avanzamento del PNRR, ad oggi si può dire che l'azione di attuazione del Piano per la sua parte dedicata alla sanità ed al sociale si presenta come decisamente significativa, in particolare per le componenti del piano che hanno a che fare con salute e benessere, e cioè quella relativa alle reti di prossimità (strutture intermedie e telemedicina, ed in particolare Case di Comunità e Ospedali di Comunità e rafforzamento dell'assistenza domiciliare e dell'integrazione socio-sanitaria); e quella relativa a innovazione, ricerca e digitalizzazione.

5. *Spunti innovativi di riflessione*

Più in generale si può dire che la pandemia ha svi-

luppato un dibattito innovativo e prodotto una serie di spunti innovativi di riflessione per quanto riguarda il governo della salute, che è possibile riassumere nelle seguenti proposizioni.

1. La salute va promossa e sostenuta attraverso una politica del benessere, della qualità della vita, della coesione comunitaria integrata, che si basi sui principi della “Salute in tutte le politiche” – casa, città, scuola, lavoro, ambiente, clima – e di *One Health*. Di particolare interesse a questo proposito risulta il già citato recente schema di decreto del Ministro della Salute (ai sensi dell’articolo 27, comma 5 del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36) “di individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)”, inviato il 17 maggio 2022 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie, alle Regioni, con l’intento di istituire Sistemi regionali (SRPS) basati sull’approccio “*One Health* nella sua evoluzione *Planetary Health*”.

2. Gli obiettivi lanciati dalla Missione 6 del PNRR (Case e Ospedali di Comunità, altre Unità di cure palliative, centrali operative, Consultori, Assistenza domiciliare, Dipartimenti di prevenzione), ed in generale la revisione delle politiche per la salute su una base di *One Health*, hanno bisogno di personale qualificato in numero sufficiente. Secondo il MEF l’effetto del PNRR sull’occupazione sarà positivo nella misura del 3,2% e secondo il progetto Re-Start del gruppo Adecco si avrà un aumento di occupate donne pari a 38.000 unità e di giovani pari a 4.000. Ma i

calcoli relativamente alle carenze degli organici ospedalieri ed al fabbisogno di personale infermieristico per le nuove strutture da creare indicano cifre ben più alte. Per non parlare della necessaria formazione per i nuovi assunti, specie quelli da inserire nel nuovo assetto.

3. La complessità del sistema di governance della sanità italiana fa temere che la corretta realizzazione del PNRR sia messa in difficoltà da vari fattori: un troppo debole coordinamento tra diverse Missioni all'interno del PNRR, e soprattutto tra progetti e azioni del PNRR ed altri Piani e Programmi, e di riflesso tra fondi e stanziamenti straordinari e fondi ordinari; una attuazione squilibrata degli obiettivi e delle Missioni tra Regioni e territori; la difficoltà della attuazione di un monitoraggio e di una valutazione di impatto delle azioni intraprese, come peraltro richiesto da NGEU; gli intoppi burocratico-amministrativi che potrebbero frapporti alla attuazione delle misure e degli stanziamenti.

4. L'urgenza degli investimenti previsti non deve far passare in seconda linea la questione di un riordino strategico complessivo del settore, in particolare per quanto riguarda la sanità territoriale, la medicina di base ed il ruolo dei Medici di medicina generale, ed il coordinamento con i referenti del no profit e della sanità privata.

Il problema principale che si pone a questo proposito è quello di riuscire a guardare al futuro con lungimiranza e di confrontarsi tra discipline diverse e relativi studi e risultati, dando vita ad uno sforzo di rinnovato coordinamento tra modernità, mercato e

principi etici, indispensabile per mantenere, sviluppare o reinventare ex novo, forme più avanzate di convivenza collettiva. Ben venga dunque una seria discussione sulla sostenibilità del sistema salute, purché la si intenda come sostenibilità a tutto tondo ed a lungo termine, ed in primis sul piano della qualità della vita e dei costi sociali ed economici per le famiglie, e non solo come sostenibilità finanziaria del presente, in altre parole come *One Health*.

Nonostante simili richiami, le strategie politiche mondiali, nazionali e locali per lo sviluppo continuano ad essere centrate prevalentemente su obiettivi riduttivi, fortemente condizionati dalle esigenze di equilibrio finanziario e di produttività di tipo quantitativo, e con debole considerazione delle altre dimensioni del benessere: sistemi sanitari, benessere psichico, equilibrio tra vita privata e vita lavorativa, cooperazione e solidarietà, appartenenza sociale e comunitaria, fiducia.

La strategia che va sotto il nome di *green washing*, ovvero l'introduzione nel sistema produttivo e urbano di alcuni interventi di mitigazione dell'inquinamento e della distruzione ambientale, non è sufficiente, secondo questa linea di pensiero, a promuovere una sostenibilità effettiva e globale dello sviluppo umano, che va presa in più attenta considerazione per quanto riguarda l'inquinamento, la distruzione dei territori naturali, la progettazione urbana, il sistema produttivo e dei trasporti, e non ultimo la messa a frutto delle potenzialità tecnologiche e in particolare informatiche per la salute e il benessere. In questo senso va inteso il concetto di circolarità della vita sul pianeta in tutte le

sue forme, che non può essere considerato solo un elegante modello di riflessione, ma deve essere utilizzato per studiare ed applicare strategie ed interventi che siano davvero circolari in un'ottica di salvaguardia di capitale umano, sociale e materiale insieme, evitando gli sprechi e producendo equilibri virtuosi.

Il tema delle connessioni è in questo contesto quindi di fondamentale importanza, e lo sta diventando sempre più non solo in considerazione delle diverse anime del sistema di welfare e degli apparati di salvaguardia della salute, ma anche rispetto alla separazione tra culture, discipline, ideologie e territori, che mette a dura prova l'intero sviluppo globale. Mentre occorre puntare sulla connessione tra governi e paesi per la creazione di una piattaforma comune di valori condivisi come punto di riferimento per le decisioni da prendere, in Italia (tra Regioni), in Europa (tra paesi) e nel mondo (tra continenti ed aree geopolitiche). E le connessioni vanno ricercate anche nella collaborazione necessaria tra le tre anime principali della società contemporanea (statualità, socialità e mercato), e nel superamento delle contrapposizioni tra settore pubblico e settore privato, tra vita privata e vita lavorativa, e tra primo, secondo e terzo settore economico, come nel rapporto tra discipline scientifiche e relativi ambiti applicativi.

Abbracciare l'approccio *One Health* e della Salute in tutte le politiche, significa avere gli strumenti e le risorse per riqualificare le strutture e le strumentazioni della scuola, dell'università e della ricerca, migliorare la sicurezza dei lavoratori e degli impianti produttivi, promuovere la qualità degli spazi di vita nelle città e

nei territori extra-urbani, promuovere l'agricoltura sostenibile e di prossimità, salvaguardare la qualità degli alimenti e delle produzioni alimentari, sviluppare la medicina del territorio, la telemedicina e le tecnologie sanitarie complesse, migliorare l'efficienza del sistema sanitario, rafforzare l'educazione sanitaria, la promozione degli stili di vita salutari e la sorveglianza sanitaria in ambito scolastico.

Riferimenti bibliografici

- ASviS, *L'Italia e gli obiettivi di sviluppo sostenibile*, edizioni varie, 2016-2021
- ASviS, *Salute e non solo sanità*, Position Paper del Gruppo di Lavoro sul Goal 3, 2020
- Baudrillard J., *L'illusione della fine*, Anabasi, 1993
- Capua I., *Salute circolare*, Egea, 2019
- Collicelli C. (a cura di), *La domanda di salute in Italia*, FrancoAngeli, 1989
- Collicelli C., *Benessere e tutela, Vincoli economici, derive culturali e nodi politici*, FrancoAngeli, 1998
- Collicelli C. (a cura di), *La domanda di salute negli anni '90, Comportamenti e valori dei pazienti italiani*, FrancoAngeli, 1998
- Collicelli C., *Salute come processo sociale, Transizione sanitaria e ricerca sociologica*, FrancoAngeli, 2011
- Collicelli C. (a cura di), *L'innovazione in sanità*, L'Arco di Giano, n. 101, 2019
- Ciordani C., *Prevenzione: spesa, stili di vita, vaccinazioni e screening. Il posizionamento dell'Italia in Europa*, in 14° Rapporto Sanità, Misunderstandings, (a cura di F. Spandonaro, D. d'Angela, C. Giordani, B. Poliste), C.R.E.A – Sanità, 2018
- Meadows D.H. et alii, *The limits of Growth*, trad. it. *I limiti dello Sviluppo*, Mondadori, 1972
- Nacoti M. ed altri, *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, 2020
- Poli C., *Politica e natura*, Proget edizioni, 2017
- Porter M., Olmsted Teisberg E., *Redefining Health Care, Creating Value-based Competition on results*, Harvard Business School Press, 2006
- Raworth K., *L'economia della ciambella*, Edizioni ambiente, 2017

- PCM, Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie (2022), *Intesa sullo schema di Decreto del Ministro della salute di individuazione dei compiti dei soggetti che fanno parte del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)*, 17 maggio 2022
- Ricciardi W. (a cura di), *La tempesta perfetta, Il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo*, Vita e pensiero, 2015

LE SFIDE METODOLOGICHE
PER LA RICERCA GIURIDICA
SULL'APPROCCIO *ONE HEALTH*:
DUE CASI CONCRETI.
IL PROGETTO FISR 2020 E LA PROPOSTA
DEL CIDCE DI UNA CONVENZIONE
INTERNAZIONALE SULLE PANDEMIE

*Massimo Monteduro**

1. Vorrei, anzitutto, ribadire una premessa metodologica, che si richiama a quanto già osservato acutamente dalla Prof.ssa Sandulli (che ringrazio di cuore, insieme alla Prof.ssa Aperio Bella, per l'onore di questo invito).

L'approccio *One Health* non può essere solo declamato e proclamato. Esso è certamente manifestazione di una necessità ordinamentale ormai ineludibile, rispetto all'idea-chiave che lo ispira, ossia quella di integrare in un "sistema organico" i valori interdipendenti della salute umana, della salute animale e della salute degli ecosistemi.

Tuttavia, questo approccio deve poi essere inverato, concretizzato, tradotto in misure specifiche: discendere, cioè, dall'empireo armonico e arcadico

* Professore Associato di Diritto amministrativo, Università del Salento.

dei concetti al problematico, dissonante e ben più imperfetto mondo delle politiche, delle istituzioni, delle azioni e organizzazioni amministrative.

È solo in questa ‘caduta agli inferi’, al momento cioè di dover portare ad effettiva realizzazione questo approccio, che diviene possibile misurarne la problematicità: ciò – si badi – non per mettere in discussione l'imperativo di perseguire l'integrazione delle tre dimensioni della salute in una, ma per rendere realistico e non solo ottativo il percorso che deve portarci a tale obiettivo.

Il mio intervento esamina questo problema nella prospettiva dell'analisi giuridica. Le due esperienze che illustrerò brevemente possono essere utili per mostrare le difficoltà ma, al contempo, le grandi opportunità del recepimento dell'approccio *One Health* nella sfera del diritto.

2. La prima esperienza-pilota, ancora in corso di svolgimento, è un progetto di ricerca intitolato «*Diritto e approccio “One Health” alle emergenze pandemiche: per l'innovazione dei modelli organizzativi e procedurali di relazione tra comunità scientifiche e istituzioni pubbliche*» (in acronimo: *DOneHealth*), che è risultato vincitore del bando FISR 2020.

Il FISR, come è noto, è il Fondo Integrativo Speciale per la Ricerca del MUR, con cui lo Stato finanzia periodicamente, previa selezione nazionale con valutazione tra pari, progetti particolarmente innovativi e impattanti.

Nel 2020 il FISR è stato dedicato alla pandemia Covid-19: il Ministero dell'Università e della Ricerca

con il bando FISR ha inteso acquisire e selezionare proposte progettuali di ricerca di particolare rilevanza strategica, finalizzate ad affrontare le nuove esigenze e questioni sollevate dalla diffusione del virus SARS Cov 2 e dell'infezione Covid-19, attraverso la presentazione di progetti interdisciplinari volti non solo a fronteggiare la pandemia in atto, ma anche a prevenire e prepararsi ad emergenze pandemiche future.

Ho avuto la fortuna di poter presentare il progetto come *Principal Investigator* con un gruppo di colleghi e colleghe di tre Università (oltre all'Università del Salento cui afferisco, l'Università "Aldo Moro" di Bari [coordinatrice Prof.ssa Cecilia Pannacciulli] e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa [coordinatrice Prof.ssa Mariagrazia Alabrese]): ci siamo presentati nel FISR con una proposta abbastanza temeraria, ossia quella di comprendere i limiti di giuridicizzazione dell'approccio *One Health*.

Il nostro progetto si prefigge infatti di indagare come tale approccio possa essere incorporato nel diritto, ai fini della prevenzione e gestione dei rischi correlati a future pandemie di origine zoonotica, muovendo dal presupposto che l'approccio *One Health*, in quanto basato sul riconoscimento dell'indissolubile interdipendenza tra salute umana, salute animale e salute degli ecosistemi, richiede un metodo cooperativo, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi originanti dall'interfaccia tra sistemi ecologici e sistemi socio-economici.

Un primo problema cruciale è quello della multidimensionalità delle competenze. Non si può parlare di *One Health* se non si considera la pluralità di di-

scipline che sono coinvolte da questo approccio; ciò sia dal punto di vista del diritto (in quanto non c'è un settore del diritto che possa essere l'unico chiamato ad occuparsene: ai fini del progetto, ad esempio, noi abbiamo creato un *team* ampiamente interdisciplinare con ricercatori di diritto internazionale, europeo, costituzionale, pubblico, pubblico comparato, amministrativo, agrario, penale, civile, filosofia del diritto, sociologia etc.), sia oltre il diritto (occorre infatti considerare il grande “caleidoscopio” di discipline coinvolte dall'approccio *One Health*, tra cui i grandi plessi di settori raggruppati, rispettivamente, nelle scienze ambientali, nelle scienze veterinarie e nelle scienze sanitarie).

Da qui un primo interrogativo che il progetto si è posto: poiché, ai fini della realizzazione dell'approccio *One Health*, è evidente ed ineludibile la necessità di garantire la multidimensionalità delle competenze, dove e come quest'ultima va garantita? A nostro giudizio, essa va garantita (non solo, ma almeno e innanzitutto) nel rapporto tra *le comunità scientifiche di esperti e i decisori sia a livello politico che amministrativo*.

Ciò implica che, a monte, gli esperti devono essere prima selezionati (*uti singuli*) e poi composti e strutturati in termini di organizzazione (*uti socii*) per poter rappresentare adeguatamente, in maniera plurale e ampia, lo spettro di discipline gravitanti nell'orbita *One Health*; e che, a valle, le scelte politiche e amministrative finali conseguentemente assunte dai decisori devono muovere dalla considerazione dei risultati scientifici di questa integrazione tra discipline. Se

mancono questi elementi fondamentali nel rapporto tra esperti e decisori, l'approccio *One Health* è destinato a fallire.

Premesso questo, ai fini del progetto ci siamo posti un secondo interrogativo: come è possibile verificare se, al di là delle declamazioni e delle proclamazioni, l'approccio *One Health* è fattibile, concretizzabile, percorribile?

A nostro avviso occorre distinguere due piani: quello dell'organizzazione e quello delle procedure.

Su entrambi i piani, il giurista deve partire dal diritto positivo vigente e vivente, ossia dal dato che si trova di fronte, dagli assetti giuridici che esistono, e su ciò svolgere una "diagnosi" che riguardi lo stato attuale di effettività dell'approccio *One Health*.

Solo dopo aver compiuto tale "diagnosi" *de iure condito* in modo laico e analitico, infatti, sarà possibile individuare ciò che consente e ciò che frena, *hic et nunc*, la realizzazione dell'approccio *One Health*, e da qui partire per una successiva "prognosi" che si accompagni eventualmente, *de iure condendo*, a proposte mirate di "terapia" volte alla modifica o alla riforma degli assetti giuridici esistenti.

Occorre perciò sforzarsi di censire, su entrambi i piani (organizzazione e procedure), quali strutture organizzative e quali procedimenti decisionali oggi esistono, sottoporli ad analisi e controllare giuridicamente se e come la multidimensionalità delle competenze è garantita, se e come il rapporto tra esperti e decisori viene disciplinato.

Questa è l'impostazione generale del progetto. Per tradurla nel dettaglio, abbiamo individuato alcuni

“ambiti-chiave” (AC) di diritto positivo, ossia settori organici di materie normati dal diritto (internazionale, europeo, nazionale, regionale) che presentano oggettivi collegamenti con il concetto di *One Health*: la nostra idea è quella di usare come “cartine al tornasole” questi AC, per misurare all’interno di essi e attraverso essi, in termini diagnostici, quale sia davvero (perdonate il gioco di parole) lo “stato di salute giuridica” dell’approccio *One Health* soprattutto rispetto alla multidimensionalità delle competenze e al rapporto tra esperti e decisori.

Abbiamo scelto 20 AC:

[A] *con riferimento al rapporto tra salute ed esseri umani*, gli AC: • RAPPORTO TRA LE EMERGENZE SANITARIE PANDEMICHE E LA NORMATIVA DI PROTEZIONE CIVILE – PIANIFICAZIONE DELLA PREPARAZIONE E DELLA RISPOSTA ALLE PANDEMIE INFLUENZALI; • SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E VACCINALE E RISPOSTA ALLE MALATTIE INFETTIVE, ZOONOSI E ARBOVIROSI A POTENZIALE PANDEMICO, COMPRESSE QUELLE EMERGENTI – PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA, DAI NUOVI LEA DEL 2017 AL PNP NAZIONALE 2020-2025 E AGLI IMMINENTI PRP REGIONALI; • EDUCAZIONE, COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E FORMAZIONE IN RELAZIONE ALLE MALATTIE INFETTIVE A POTENZIALE PANDEMICO; • CONTRASTO DELL’ANTIMICROBICO-RESISTENZA;

[B] *con riferimento al rapporto tra salute ed animali*, gli AC: • SALUTE ANIMALE (*ANIMAL HEALTH*); • BENESSERE ANIMALE; • COMMERCIO, CON SPECIFICI FOCUS SU: ANIMALI SELVATICI E SPECIE PROTETTE; MISURE SANITARIE E FITOSANITARIE (*SANITARY AND PHYTOSANITARY MEASURES – SPS*); • MANGIMI, PRODOTTI E SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE E SICUREZZA ALIMENTARE;

[B] *con riferimento al rapporto tra salute ed ecosistemi*, gli AC: • VALUTAZIONI AMBIENTALI PREVENTIVE (VIA, VIS, VIIAS, VALUTAZIONE DI INCIDENZA, VAS, AIA, AUA, VALUTAZIONI INTERREGIONALI E TRANSFRONTALIERE) E TUTELA DELLA SALUTE; • INQUINAMENTI (ARIA, SUOLO E SOTTOSUOLO, ACQUE DOLCI E MARINE) ED ESPOSIZIONI AMBIENTALI; • TUTELA DEGLI HABITAT E DELLA BIODIVERSITÀ (GENETICA, DELLE SPECIE, DEGLI ECOSISTEMI, INCLUSA LA AGROBIODIVERSITÀ), AREE NATURALI PROTETTE; • SPECIE PROTETTE; • FORESTE; • CAMBIAMENTO CLIMATICO; • CONSUMO DI SUOLO; ; • PESCA E PRELIEVO ITTICO; • CACCIA E PRELIEVO VENATORIO; • INTERFERENTI ENDOCRINI; • RIFIUTI, BONIFICHE E SALUTE; • *GREEN PUBLIC PROCUREMENT*.

Ciascuno di questi Ambiti-Chiave corrisponde a un “microcosmo”, non semplice da mappare e censire, perché giuridicamente ha proprie fonti multilivello, proprie strutture organizzative, propri procedimenti. Abbiamo diviso tra le tre unità di ricerca questi 20 AC e abbiamo, per ciascuno di questi ambiti, redatto un’apposita scheda di sintesi (il totale delle schede di sintesi per i 20 AC, per dare un’idea della mole del lavoro e della complessità della normazione multilivello sui singoli ambiti, supera le 600 pagine). Nelle schede di sintesi abbiamo inventariato le fonti, le strutture organizzative, i procedimenti amministrativi coinvolti in ciascun ambito, chiedendoci per ogni serie di fonti, organizzazioni, procedure: l’approccio *One Health* è contemplato, direttamente o indirettamente, in quelle disposizioni normative, o invece è ignorato? Le schede di sintesi per ogni AC, ai fini della mappatura di ciascuno degli ambiti-chiave sopra elencati, sono state

impostate in modo omogeneo ed organizzate in una griglia di analisi articolata in 11 punti (sotto forma di domande e risposte)¹.

¹ Di seguito si riportano gli 11 punti (espressi in forma di separati interrogativi cui fornire risposta, salvi motivati discostamenti o accorpamenti) in cui si è articolata la griglia di analisi propria di ciascuna scheda di sintesi per ciascun ambito-chiave (AC).

(i) *Quali sono le principali fonti che, a livello internazionale, eurounitario, statale e infrastatale, regolano l'AC in esame?*

(ii) *Dall'analisi delle fonti sub (i), quali sono le principali organizzazioni pubbliche [soggetti, organi, competenze] che potrebbero rilevare, direttamente o indirettamente, ai fini della prevenzione del rischio di future pandemie o del contrasto/contenimento dei relativi effetti?*

(iii) *Nelle organizzazioni pubbliche sub (ii), come si struttura istituzionalmente il rapporto tra comunità scientifiche [scienziati, o meglio esponenti delle comunità di ricercatori ed esperti in vari ambiti della conoscenza] e decision-makers [autorità politiche e amministrative competenti per prevenire e gestire le emergenze pandemiche], nelle fasi inter-pandemiche e intra-pandemiche? Attraverso quali modelli organizzativi [ad es., es. organi collegiali misti, reti di agenzie tecniche, gruppi di lavoro, comitati tecnico-scientifici, task force, etc.], con quali criteri di selezione e composizione, con quali garanzie di imparzialità e rappresentatività, sulla base di quali relazioni [ad es., autonomia/indipendenza, strumentalità/dipendenza, stabilità, occasionalità, codecisione, mera consultazione non vincolante, intervento ex ante, monitoraggio ex post, etc.]?*

(iv) *Con riferimento alle organizzazioni pubbliche sub (ii), sono presenti strutture di raccordo, interfaccia o coordinamento tra i livelli internazionale, europeo, statale e infrastatale o almeno tra alcuni di tali livelli? Se sì, quali?*

(v) *Quali tra le organizzazioni pubbliche sub (ii) garantiscono la pluridimensionalità delle competenze richiesta dall'approccio One Health? Le relative fonti menzionano o incorporano l'approccio One Health? Se sì, con quali modalità e in quale misura?*

(vi) *Dall'analisi delle fonti sub (i), quali sono le principali procedure deliberative o decisionali [n.b. procedimenti normativi o*

Siamo ancora in una prima fase del progetto, ma emergono già alcuni dati preoccupanti, che mi fanno dire: sul piano della diagnosi giuridica, l'approccio

amministrativi, di *hard law* o di *soft law*] che potrebbero rilevare, direttamente o indirettamente, ai fini della prevenzione del rischio di future pandemie o del contrasto/contenimento dei relativi effetti?

(vii) Nelle procedure sub (vi), come si struttura l'interlocuzione tra comunità scientifiche [scienziati, o meglio esponenti delle comunità di ricercatori ed esperti in vari ambiti della conoscenza] e *decision-makers* [autorità politiche e amministrative competenti per prevenire e gestire le emergenze pandemiche] nelle fasi *interpandemiche* e *intra-pandemiche*? Attraverso quali modelli procedurali [indicare il rapporto tra istruttoria e decisione, le forme di audizione e consultazione, la presenza di eventuali valutazioni di impatto, le garanzie di informazione pubblica, trasparenza e responsabilità]?

(viii) Con riferimento alle procedure sub (vi), sono presenti strumenti di raccordo, interfaccia o coordinamento tra i livelli internazionale, europeo, statale e infrastatale o almeno tra alcuni di tali livelli?

(ix) Quali tra le procedure sub (vi) garantiscono la pluridimensionalità delle competenze richiesta dall'approccio *One Health*? Le relative fonti menzionano o incorporano l'approccio *One Health*? Se sì, con quali modalità e in quale misura?

(x) Sul piano comparato, vi sono esperienze di altri Paesi, appartenenti all'area UE o extra-europei, che appaiono particolarmente significative, sul piano giuridico, nell'ottica *One Health* rispetto all'AC in esame? Se sì, con quali modalità e in quale misura la normativa di tali Paesi garantisce, sul piano dell'organizzazione e/o delle procedure, la pluridimensionalità delle competenze richiesta dall'approccio *One Health*?

(xi) A seguito dell'analisi compiuta, quali sono le principali lacune e criticità che emergono dallo status quo nell'AC in esame? E quali modelli giuridici innovativi potrebbero proporsi – anche guardando alle esperienze di altri Paesi o a misure assunte in occasione di pandemie passate – per rendere effettivo il paradigma *One Health* nell'AC considerato, con particolare riguardo al quadro normativo italiano?

One Health ... non gode di buona salute. C'è ancora moltissima strada da fare.

Dalla nostra analisi emerge infatti che le normative regolatrici di alcuni ambiti settoriali, pur essenziali per la prospettiva *One Health*, sono ad oggi del tutto privi, o quasi, di riferimenti all'approccio *One Health*: penso ad esempio alle normative sulle foreste, sulle valutazioni ambientali, sui rifiuti, sulla pesca, persino a quelle sul cambiamento climatico. Al massimo in esse si ritrovano sporadici riferimenti al rapporto tra due specifiche dimensioni (es. tra salute umana e salute degli ecosistemi; o tra salute degli ecosistemi e salute degli animali), ma non invece al rapporto integrato tra le tre dimensioni contemporaneamente (salute di uomini, animali ed ecosistemi), senza cui però non vi è *One Health*.

Anche nei pochi AC in cui, invece, la normativa fa riferimento, direttamente o indirettamente, all'approccio *One Health* emergono dati di fondo non confortanti, che provo a sintetizzare in poche parole: sia i procedimenti che le strutture organizzative soffrono di eccessiva frammentazione e ipertrofia; spesso sono "mono-oculari", ossia guardano esclusivamente all'ambito per il quale sono state creati, come una sorta di *silos* separato e non comunicante, e non vedono altro; vi è, soprattutto, una grande difficoltà di coordinamento inter-istituzionale e inter-amministrativo; ed una difficoltà ancor più grande nel garantire l'interdisciplinarietà o almeno la multidisciplinarietà (per non parlare della transdisciplinarietà, che non è garantita affatto).

Apro una parentesi su quest'ultimo punto: è noto

che la multidisciplinarietà significa giustapporre le competenze (in un *team* multidisciplinare ciascuno specialista fa il suo mestiere, non uscendo dal proprio recinto, ed è come se ci fosse una pluralità di monologhi; poi vi è qualcuno che acquisirà tutti questi apporti e li userà per decidere); l'interdisciplinarietà richiede invece di integrare le competenze (in un *team* interdisciplinare tra gli specialisti si instaura un vero dialogo, in cui ognuno ascolta gli altri ed interloquisce con essi; c'è un arricchimento reciproco in termini di sintesi e non di mera somma, ma i punti di vista da cui si esamina un problema restano quelli plurimi delle varie discipline); la transdisciplinarietà comporta l'emergere di nuove competenze (sorge cioè dal confronto tra gli specialisti un punto di vista nuovo, con nuovi paradigmi, categorie e quadri concettuali che vanno oltre quelli offerti dai punti di vista plurimi delle varie discipline, superando le modalità di visione limitate dei singoli esperti).

Negli AC che abbiamo esaminato, le procedure e le strutture organizzative, in molti casi, faticano a garantire addirittura la multidisciplinarietà, cioè il livello per così dire minimo e basilico.

Un tema molto importante è quello riguardante le modalità di selezione degli esperti: come questi ultimi vengono individuati, scelti, nominati? In che modo agiscono e comunicano?

Solo per fare un esempio tanto noto e recente quanto discusso, si pensi al Comitato Tecnico Scientifico (CTS), che abbiamo visto all'opera in Italia durante tutto il primo periodo dell'emergenza pandemica.

Gli interrogativi da porsi sono, per questo gene-

re di situazioni, di non poco momento. Ad esempio: quali sono i criteri di selezione? Tali criteri garantiscono un'adeguata e plurale rappresentatività dei settori scientifici che dovrebbero poi (in prospettiva multi-, inter- o trans-disciplinare) consentire di realizzare sinergicamente l'approccio *One Health*? Come viene strutturato in termini formali il rapporto tra questi esperti e i decisori politici/amministrativi? Quale è il livello di trasparenza delle procedure di nomina/revo-ca/sostituzione dei componenti di questi *panel* di esperti e degli atti consultivi da essi di volta in volta adottati? Vi sono strumenti in grado di garantire, in queste vicende, la partecipazione o l'accesso delle associazioni scientifiche, degli *stakeholders*, della società civile, del pubblico?

Nell'analisi normativa che abbiamo condotto sono risultati assai pochi i riferimenti utili per rispondere a questi interrogativi.

La nostra analisi mira a formulare proposte migliorative per ognuno di questi Ambiti-Chiave: in alcuni casi, riforme legislative organiche; in altri, modifiche normative di dettaglio, mirate a chirurgici ma decisivi aggiustamenti; in altri ancora, semplici interventi di ottimizzazione, sul piano amministrativo, di procedure ed organizzazioni che già esistono.

È chiaro comunque che, così come è possibile diagnosticare le criticità, si può anche provare a superarle.

Sullo stato dell'arte del progetto mi fermo qui: se il MUR dovesse finanziare anche la seconda fase, i risultati saranno resi disponibili in *open access* a seguito della conclusione della ricerca.

3. Vengo ora, invece, alla seconda esperienza-pilota, che è il “*Draft Convention on Pandemics*” (Progetto di Convenzione internazionale sulle Pandemie) elaborato e diffuso pubblicamente dal *Centre International de Droit Comparé de l’Environnement – International Center of Comparative Environmental Law* (CIDCE) ai fini della discussione in sede ONU-OMS nel 2022, su iniziativa della *World Health Assembly*, del processo di negoziazione internazionale per elaborare un accordo mondiale in materia di prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie.

Il CIDCE², con sede in Francia (Limoges), è un’organizzazione scientifica che raggruppa studiosi e operatori giuridici del diritto dell’ambiente di oltre 70 Paesi da tutti i continenti (Europa, America, Asia, Africa, Oceania³; personalmente ho la fortuna e l’onore di essere attualmente il *National Focal Point* del CIDCE per l’Italia). Il CIDCE ha ottenuto il riconoscimento dello *ECOSOC Special Consultative Status* presso l’ONU e di *Observer* presso la *United Nations Environment Assembly* e i suoi *Subsidiary Bodies*; in tale veste, esso partecipa costantemente a tutte le principali CoP internazionali sotto l’egida delle Nazioni Unite.

Nel luglio del 2021, il CIDCE ha costituito un *team* internazionale di giuristi presieduto dall’Emeritus Professor Michel Prieur (composizione del Gruppo: CIDCE; Global Pandemic Network; Sciences Po Aix en Provence; Sciences Po Rennes, Chaire Normandie

² <https://cidce.org/en/> .

³ <https://cidce.org/en/national-focal-points/> .

pour la Paix; Scuola Superiore S. Anna di Pisa; Universidad de Valencia; Universidad Nacional del Litoral; Universidade Católica de Goiás; Universidade de Coimbra; Universitat de Barcelona; Università di Macerata; Università di Pisa; Università Roma Tre; Università del Salento; Université de Dakar; Université de Franche-Comté; Université de La Rochelle; Université de Limoges; Université de Perpignan; University of Sherbrooke). Si noti che, oltre ai componenti del progetto FISR 2020-*DOneHealth*, del *team* CIDCE ha fatto parte anche la Prof.ssa Flaminia Aperio Bella in rappresentanza del *Global Pandemic Network* (coordinato dalla Prof.ssa Elisa Scotti).

Questo *team* di studiosi, attraverso un'intensa attività collegiale durata sei mesi, alla fine del 2021 ha redatto il "*Draft Convention on Pandemics*" (Progetto di Convenzione internazionale sulle Pandemie), presentato ufficialmente dal CIDCE sul proprio sito istituzionale all'attenzione delle Nazioni Unite, dei Paesi, delle istituzioni e degli studiosi di tutto il mondo: nel sito CIDCE, in *full open access* e in tre lingue (inglese, francese e spagnolo), sono consultabili la descrizione del gruppo internazionale di lavoro, il testo integrale del progetto di convenzione internazionale e l'esposizione (sintetica ed estesa) delle ragioni alla base della proposta, unitamente ad altri materiali correlati⁴.

L'aspetto rilevante da sottolineare, in questa sede, è che il suddetto "*Draft Convention on Pandemics*" è imperniato proprio sulla piena giuridificazione dell'approccio *One Health*.

⁴ <https://cidce.org/en/pandemics-and-environment-2/> .

Come è noto, l'UE già a partire dal 2020 aveva auspicato che si pervenisse a un trattato internazionale sulle pandemie⁵; questa iniziativa è stata rilanciata dall'OMS⁶ e l'Assemblea Mondiale della Sanità ha avviato una procedura internazionale di negoziazione sul trattato che, al momento, è in discussione (nonostante diverse resistenze) e che, probabilmente, vedrà la sua conclusione nel 2024.

Proprio in questi giorni si stanno svolgendo le audizioni pubbliche degli esperti presso l'OMS per fornire qualificati apporti ai fini della redazione del futuro trattato.

Il CIDCE ha quindi voluto partecipare a questo processo facendosi promotore di una proposta, consultabile, come detto, sul sito del CIDCE, e già presentata presso l'OMS.

Vorrei ora sintetizzarvi alcuni aspetti del “*Draft Convention on Pandemics*” del CIDCE, a mio parere molto innovativi.

Va precisato che, nella prospettiva del CIDCE, questa proposta di Convenzione non intende abrogare la normativa che attualmente esiste, ossia il regolamento sanitario internazionale del 2005 (*International Health Regulations – IHR*); la nuova Convenzione, piuttosto, costituirebbe un quadro di principi e regole generali vincolanti che, come una sorta di nervatura trasversale, andrebbe ad affiancare e ad irrobustire il

⁵ <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/pandemic-treaty/> .

⁶ <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-world-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-agreement-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response>.

complesso delle regole di dettaglio (fatte salve in buona parte) che sono dettate dal vigente regolamento sanitario internazionale.

Un primo profilo di estremo interesse della proposta di Convenzione del CIDCE è che essa fornisce⁷ una definizione giuridica espressa di «healthy life» (*vita sana*), qualificando quest'ultima come il complesso delle «conditions of a complete physical, mental and social well-being in a natural and human environment respectful of ecological balance and biological diversity, providing the achievement of the highest possible level of health and dignity, in harmony with nature and for the benefit of present and future generations» (corsivi qui aggiunti in enfasi).

Come è evidente, questa nuova definizione amplia notevolmente il tradizionale il concetto di «salute» dell'OMS, riferito a uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale»; nel nuovo concetto (giuridico) di «vita sana» verrebbero invece incorporate anche le nozioni di «equilibrio biologico», «biodiversità», tutela delle «future generazioni» e «dignità». Si profila così all'orizzonte un concetto esteso e profondo di salute, molto più vasto dell'attuale, che consentirebbe di realizzare l'approccio *One Health* perché la salute diverrebbe qualcosa di più della semplice salute umana considerata nel contesto individuale e sociale: diventerebbe *salute dell'uomo negli ecosistemi* a cui esso appartiene, e *salute dell'uomo nella biodiversità* che sostiene la vita a tutte le scale; sistemi ecologici e

⁷ Art. 2, lett. k), del “Draft Convention on Pandemics” CIDCE.

diversità biologica, dunque, non sarebbero più fattori ‘esterni’ alla salute umana, ma sue componenti qualificanti ‘interne’.

La proposta di Convenzione del CIDCE fornisce inoltre una definizione giuridica dell’approccio *One Health*⁸, inteso come «an approach designed to address a health risk located at the human-animal-environment interface, through collaboration, communication and coordination across all relevant sectors and disciplines, at national, regional and global levels, in order to achieve optimal health outcomes for people, animals and ecosystems».

Muovendo da queste premesse, la proposta CIDCE consacra un *diritto umano alla vita sana* («the human right to a healthy life»)⁹, quest’ultima definita come sopra, ed introduce un principio giuridico nuovo, ossia quello di *interdipendenza*, definendolo in questi termini: «*the interdependence of living beings in the global biodiversity, which shall be duly taken into account in the norms, public policies, actions and decisions to prevent and fight pandemics, according to the “One Health” approach*»¹⁰ (corsivi aggiunti in enfasi): questo principio di interdipendenza viene reso vincolante per tutti i livelli decisionali, da quello politico a quello amministrativo.

Viene poi proposta¹¹ la codificazione del *principio di non regressione* («non-regression»)¹² rispetto alla

⁸ Ivi, art. 2, lett. l).

⁹ Ivi, art. 3, comma 1.

¹⁰ Ivi, art. 3, comma 2, lett. a).

¹¹ Ivi, art. 3, comma 2, lett. d).

¹² Sul quale si rinvia, anche per ampi riferimenti bibliografici,

protezione della vita sana: dunque, una volta che si sia acquisito e consolidato un certo livello di tutela della «healthy life», esso non potrà essere ridotto, ma solo incrementato o, quanto meno, mantenuto invariato. Il riconoscimento di un simile principio avrebbe una portata e un impatto di non poco momento, in quanto porterebbe a qualificare come illegittimo ogni atto – anche amministrativo – regressivo, che cioè determini una diminuzione del livello di tutela della vita sana che era stato già conseguito e raggiunto in precedenza.

Nella proposta di Convenzione del CIDCE si impone poi a ogni Stato firmatario di ‘mettere in campo’, all’interno del proprio ordinamento, un *framework* legislativo e istituzionale adeguato a prevenire ed affrontare i rischi pandemici, in modo che esso:

- assicuri che gli stati di emergenza, ove vengano dichiarati in occasione di una pandemia, siano sempre rispettosi delle libertà fondamentali e del principio di proporzionalità;

- prestabilisca le procedure di selezione e le competenze degli esperti nazionali che dovrebbero essere consultati in caso di rischi di pandemia;

- garantisca un adeguato livello di trasparenza e di informazione pubblica sulle basi scientifiche che supportano le decisioni adottate dalle autorità pubbliche in materia;

- curi l’armonizzazione delle azioni intraprese per

ai contributi raccolti nella Sezione I del fascicolo n. 2/2021 della *Rivista Quadrimestrale di Diritto dell’Ambiente* e, se si vuole, a M. MONTEDURO, *Crucialità, criticità e complessità del dibattito sul principio di non regressione ambientale*, *ivi*, p. 4 ss.

combattere i rischi di pandemia, attraverso una stretta cooperazione tra le autorità competenti a livello nazionale e sub-nazionale¹³.

Tali previsioni potrebbero fornire una base giuridica solida rispetto a quelle esigenze (essenziali per la realizzazione effettiva dell'approccio *One Health*) di multidimensionalità delle competenze, adeguata selezione degli esperti, trasparenza e informazione pubblica rispetto ai rapporti tra esperti e decisori, che ho già richiamato nella prima parte di questo mio intervento. Importante è anche l'accento posto sulla necessità di coordinamento tra livelli nazionali e subnazionali (problema che si pone soprattutto negli Stati organizzati secondo il modello federale o, come l'Italia, secondo il modello regionale): infatti, è proprio su questo piano che molto spesso fallisce in concreto l'approccio *One Health*, perché esso viene minato dalla frammentazione talora antagonistica tra i diversi livelli territoriali di governo e di amministrazione.

Ci sarebbero ancora molti tratti di novità da evidenziare nel "*Draft Convention on Pandemics*" del CIDCE, ma non vi è il tempo e lo spazio per poterlo fare diffusamente: rinvio quindi, per brevità, al testo della proposta di Convenzione e all'esposizione delle ragioni della medesima, disponibili sul sito del CIDCE.

Vi è tuttavia almeno un articolo della proposta di Convenzione che vorrei conclusivamente sottolineare. Si tratta dell'art. 27, che prevede l'istituzione di un «Intergovernmental Panel of Experts on Pandemics»

¹³ Ivi, art. 6.

(IPEP), tenuto ad agire «following the “One Health” approach»¹⁴.

¹⁴ «ARTICLE 27. INTERGOVERNMENTAL PANEL OF EXPERTS ON PANDEMICS

1. An Intergovernmental Panel of Experts on Pandemics (IPEP) is hereby established as a permanent subsidiary body of the Conference of the Parties to provide it with relevant and timely information, in an impartial, neutral, objective, flexible and effective manner, and to respond to the need for scientific, technical, socio-economic and legal advice in the areas covered by the Convention.

2. Following the “One Health” approach, the IPEP is mandated in particular:

a) to collect, consider and evaluate the most advanced and recent information and scientific data available on the origins, prevention and control of pandemics;

b) to provide scientific assessments on the evaluation of current or potential health, environmental, socio-economic and legal impacts of pandemic risks;

c) to develop, on the basis of the information, data and scientific assessments mentioned in paragraphs a) and b), proposals for pandemic preparedness and response;

3. The IPEP shall submit to the Conference of the Parties, through the Secretariat, peer reviewed periodic reports providing the results of its technical, scientific and legal expertise.

4. The IPEP shall take due account of relevant work of international and regional intergovernmental organizations, governmental and non-governmental bodies, networks and expert groups, including the One Health High Level Expert Panel.

5. The IPEP shall consist of 35 experts selected on the basis of criteria of competence, independence, multidisciplinary, gender equality and equitable geographic representation. Its composition may be modified by the Conference of the Parties.

6. The experts of the IPEP shall be bound to the strictest respect for the independence required in the performance of their tasks and must not have any real, potential or apparent conflict of interest.

7. The experts of the IPEP shall be elected by the Conference

Questo nuovo *panel intergovernativo di esperti sulle pandemie* (IPEP) è per molti versi simile, in materia sanitaria, a ciò che rappresenta l'IPCC in materia di cambiamento climatico. Più precisamente, il CIDCE propone che si tratti di un gruppo di 35 esperti, di altissimo livello scientifico e neutrali, rappresentativi della pluralità di discipline coinvolte dall'approccio *One Health*, selezionati sulla base di criteri di competenza, indipendenza, uguaglianza di genere ed equa rappresentanza geografica: esso avrebbe il compito di realizzare dei *report* indipendenti, *peer reviewed* e pubblici, volti – si badi – anche a valutare quale sia lo stato di realizzazione concreta, a livello globale e nazionale, dell'approccio *One Health*.

Ogni Stato, in base alla proposta del CIDCE, dovrebbe infatti inviare dettagliate relazioni periodiche al Segretariato della Convenzione, nelle quali descrivere in che modo sta realizzando l'approccio *One Health* nel proprio ordinamento a livello nazionale e sub-nazionale, con quali misure, e quali sono le criticità che quello Stato sta riscontrando. Queste relazioni degli Stati dovrebbero essere pubblicate *online*, in

of the Parties, based on the five regions of the United Nations. The first experts of the IPEP shall be elected, upon nomination by the Parties, at the first session of the Conference of the Parties. Thereafter, the experts shall be elected in accordance with the rules of procedure referred to in paragraph 8.

8. The IPEP shall elaborate its rules of procedure, which shall be approved by the Conference of the Parties at its second session.

9. The Conference of the Parties shall ensure the availability of the resources necessary to enable the IPEP to achieve its objectives and perform its tasks».

modo da poter essere consultate anche dai cittadini¹⁵. L'IPEP dovrà poi valutare queste relazioni degli Stati e, sulla base delle medesime, redigere e pubblicare i propri *report* periodici globali.

Insieme alle colleghe e ai colleghi giuristi, all'interno del *team* CIDCE, abbiamo lottato molto per far sì che l'IPEP potesse accogliere e rappresentare, al suo interno, anche i saperi giuridici. Questo non certo per una difesa autoreferenziale della nostra 'categoria', ma perché siamo convinti che l'apporto del diritto sia decisivo per poter rendere effettiva, in termini di dover-essere, la prospettiva *One Health*; ciò, naturalmente a patto che i giuristi si aprano davvero, uscendo dai loro steccati, al confronto tra loro e soprattutto con gli esperti degli altri ambiti disciplinari coinvolti dall'approccio *One Health*.

Il nostro sforzo è stato coronato da successo: nell'art. 27 della proposta di Convenzione si legge, infatti, che tra i compiti dell'IPEP vi è quello di soddisfare «the need for *scientific, technical, socio-economic and legal advice* in the areas covered by the Convention» (corsivi aggiunti in enfasi).

4. Le due esperienze-pilota, qui solo sommariamente accennate, dimostrano come sia essenziale lavorare per cercare di rendere concreto, realistico, praticabile, come dicevo all'inizio, il percorso dell'approccio *One Health* dalla proclamazione enunciativa verso la sua traduzione effettiva in principi, regole, istituti, procedure, organizzazioni.

¹⁵ Art. 29 del del "Draft Convention on Pandemics" CIDCE.

Per fare questo è necessario il concorso di tutti: si pone una grande sfida, dunque, anche per il mondo accademico.

Penso ad esempio, per quanto direttamente ci riguarda, al contesto universitario italiano, a mio giudizio ancora troppo frammentato: ciò non solo in forza di assetti normativi o burocratici, che obiettivamente inducono la divisione settoriale e l'iperspecializzazione disciplinare, e non incentivano per converso l'interdisciplinarietà e la transdisciplinarietà, ma anche a causa di *formae mentis* che dovrebbero evolversi sul piano culturale.

Questa 'balcanizzazione', infatti, rischia di rappresentare un notevole ostacolo se si intende essere attori protagonisti della ricerca sull'approccio *One Health*, il quale richiede di adottare in forma integrata, cooperativa, collettiva e sistemica una visione poli-oculare del fenomeno "salute".

In una battuta: difficilmente potrà esservi un approccio *One Health* senza un impegno *One Mind*.

GLI INTERVENTI

L'INTERVENTO PUBBLICO
IN MATERIA DI SALUTE
ALLA LUCE DELL'EMERGENZA PANDEMICA

Benedetta Celati

Come è stato evidenziato in apertura di questa intensa mattinata di lavori, l'attività formativa “*OneHealth: La tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*” e l'organizzazione dell'odierna lezione finale aperta sono legate alla partecipazione a una interessante esperienza di ricerca, alla quale anche io ho avuto il privilegio di poter contribuire, collaborando alla scrittura dell'*Argumentaire* recante le ragioni giuridiche a sostegno del Progetto di Convenzione internazionale sulle Pandemie, presentato, nel quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dall'*International Center of Comparative Environmental Law* (CIDCE)¹. Il progetto, illustrato dal Professor Monteduro nella sua relazione, muove da una concezione olistica della salute, che si fa carico dell'interdipendenza del benessere umano, animale e ambientale, sul piano sia della prevenzione sia del contrasto delle pandemie. Nell'ambito di questo lavo-

* Dottore di ricerca in Diritto pubblico e dell'economia nell'Università di Pisa e in Scienze economiche nell'Université Paris-Est.

¹ <https://cidce.org/en/pandemics-and-environment-2/>.

ro è emersa la centralità del concetto “*One Health*”, approccio scientifico-disciplinare, che, come più volte è stato sottolineato, pur essendo risalente nella sua costruzione teorica, ha avuto una scarsa applicazione pratica, rischiando oggi di rimanere irretito nella trappola di uno stile declamatorio che ne fa smarrire la reale pregnanza giuridica e dunque ne compromette l’effettività. Una simile sorte sembra, peraltro, essere condivisa anche dai molti “termini” che compongono la variegata costellazione lessicale di quella che si presenta come una rinnovata stagione di programmazioni pubbliche (basti pensare ai concetti di resilienza e sostenibilità, ove non adeguatamente riempiti di contenuti normativi).

Da studiosa del diritto pubblico dell’economia, confrontandomi con il tema dell’approccio *One Health*, mi sono trovata a riflettere su come lo stesso potesse interagire con un intervento pubblico che, grazie ai finanziamenti e alle misure allestite dall’Unione europea per superare la crisi pandemica, appare caratterizzato da un chiaro orientamento strategico, connesso all’elaborazione di una politica industriale di matrice europea imperniata sul conseguimento degli obiettivi della transizione verde e digitale.

La pandemia, del resto, ha reso plastico il legame tra salute umana e benessere del pianeta, portando alla luce i fallimenti e le vulnerabilità dei nostri assetti istituzionali per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Ciò ha rafforzato l’esigenza di dare risalto al ruolo cruciale svolto delle imprese operanti in alcuni specifici settori, quali l’innovazione biomedica e l’industria farmaceutica, oggi lasciati

quasi esclusivamente al mercato, anche alla luce del fatto che la nuova strategia industriale europea – presentata nel marzo 2020 e aggiornata nel maggio 2021 – considera la biotecnologia industriale, la biomedicina e i prodotti farmaceutici tecnologie abilitanti fondamentali.

Mi sono interrogata, segnatamente, sulla eventuale funzione che l'approccio *One Health* potrebbe avere in quanto strategia capace di ispirare la realizzazione di un nuovo paradigma di azione e di produzione della conoscenza, che, proprio partendo dalle criticità sollevate dallo scenario pandemico, sia idoneo a ingenerare dei cambiamenti dell'attuale assetto delle politiche in materia di innovazione. Il lavoro di studio condotto in seno al gruppo di ricerca sul progetto di Convenzione internazionale sulle Pandemie ha, infatti, permesso di identificare molti limiti, tra i quali figura, oltre alla grande frammentazione degli strumenti giuridici esistenti per prevenire e affrontare le emergenze sanitarie di ampiezza planetaria – che si riflette su una inefficace cooperazione tra gli Stati –, anche l'irrazionalità che permea il sistema. Irrazionali risultano, in particolare, alcuni strumenti giuridici e il mercato, soprattutto se analizzati dal punto di vista della loro capacità di apportare soluzioni effettivamente in linea con la necessità di prevenire l'insorgenza di sempre più frequenti malattie emergenti. Proprio con riguardo a quest'ultimo punto viene in rilievo l'inquadramento del *One Health* come modello basato sulla valorizzazione del ruolo svolto dal progresso scientifico nell'anticipare gli eventi pandemici e nel proteggere, dunque, gli interessi strategici della salute pubblica.

Un tale approccio olistico, infatti, ritengo possa essere inquadrato come una forte sollecitazione a superare la logica emergenziale che usualmente accompagna la gestione di simili situazioni critiche, facendo leva sull'attitudine del sistema a evolvere a partire dalla comprensione delle proprie contraddizioni interne. Due sono i piani che, in quest'ottica, possono essere evocati: se da un lato viene in rilievo il c.d. "diritto dell'emergenza", con il quale sono state approntate e continuano a essere elaborate le strategie di risposta per far fronte alla pandemia, dall'altro, sembra invece identificabile un differente "diritto della crisi". Quest'ultima locuzione è stata elaborata dalla Professoressa Michela Passalacqua, in un saggio pubblicato lo scorso anno sulla rivista "Concorrenza e mercato", al fine di indicare l'esistenza di un diritto «volto ad evitare interventi puntuali, disorganici ed eterogenei avverso un fenomeno che si manifesta complesso, integrato e sovranazionale, in grado di frammentare e probabilmente negare per un lungo periodo lo stesso mercato unico». Esso avrebbe, in particolare, la caratteristica di produrre regole che ricompongono «spazi giuridici irrisolti», non limitandosi a proporre eccezioni volte a gestire l'emergenza ma prospettando, al contrario, soluzioni atte a far progredire l'attuale architettura giuridico-istituzionale.

In tal senso, ravviso un'assonanza col contributo offerto in termini strategici dal concetto *One Health*, che, rispetto al tema della ricerca e dello sviluppo in ambito sanitario, si presta bene a essere interpretato come paradigma di azione coerente con un "diritto

della crisi” che ricongiunge istituzioni e mercati sotto l’egida di obiettivi comuni.

L’approccio emergenziale, invero, è quello che ha caratterizzato la maggior parte delle misure adottate nel contesto della pandemia, avendo riguardo alle sfide rappresentate dall’innovazione quale fattore essenziale per migliorare la prevenzione e la gestione delle crisi sanitarie. A tal proposito si può fare riferimento, come peraltro sottolineato anche nell’*Argumentaire*, relativamente alla questione dell’approvvigionamento dei prodotti necessari per contenere la propagazione del virus, a quanto avvenuto nell’ambito della legislazione sulla proprietà intellettuale e sui diritti brevettuali, che costituisce il principale incentivo all’innovazione ma anche un freno all’efficiente condivisione dei risultati della ricerca, dei dati e delle tecnologie innovative sviluppate. Come sottolineato dalla dottrina, è infatti noto «che il tasso di innovazione nel mercato farmaceutico si trova oramai da tempo in un’impasse significativa, che in parte sembra risiedere in un malfunzionamento del sistema brevettuale», che avrebbe «per certi versi tradito la propria vocazione pro-concorrenziale» non essendo «più in grado di stimolare sufficientemente l’innovazione sequenziale» e non riuscendo, in questo modo, a garantire adeguati benefici collettivi. In un’ottica di diritto dell’emergenza, la soluzione apprestata per contemperare le istanze protette dalle regole dell’accordo TRIPs sulla proprietà intellettuale con l’esigenza di tutelare il diritto fondamentale alla salute, minacciato da private che impediscono l’equo accesso ai farmaci, è costituita dal noto strumento delle licenze obbligatorie per la pro-

duzione di medicinali o dispositivi medici in caso di crisi sanitaria, rafforzato a seguito della Dichiarazione di Doha del 2001. Nell'ordinamento italiano, siffatta flessibilità è stata prevista dalla legge di conversione del c.d. "Decreto Semplificazioni" (d.l. n. 77/2021), con l'inserimento dell'art. 70-*bis* nel codice della proprietà industriale (di cui al D.Lgs. 10 febbraio 2005, n. 30), che introduce, per i casi di dichiarazione di stato di emergenza nazionale motivato da ragioni sanitarie, una fattispecie di concessione di licenze obbligatorie per l'uso non esclusivo di brevetti rilevanti a fini di produzione di medicinali o di dispositivi medici.

In un'ottica di diritto della crisi, appare, invece, interessante indagare quello che può essere realizzato superando la mera dimensione delle flessibilità e delle eccezioni. In particolare, vengono in rilievo le riflessioni formulate dalla dottrina sulla conoscenza come bene pubblico globale e sulla necessità di riformare istituzioni come l'OMS – il riferimento è all'autorevole proposta elaborata dal Professor Luigi Ferrajoli – al fine di trasformarle in vere e proprie istituzioni di garanzia globale, capaci di dialogare alla pari con altre istituzioni a carattere "universale", come l'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC).

Sempre seguendo questo doppio prisma d'analisi – diritto dell'emergenza e della crisi – sembra utile richiamare il ruolo svolto dalle autorità *antitrust*, che proteggono l'innovazione attraverso la loro attività di vigilanza nei confronti sia delle pratiche distorsive della concorrenza sia degli abusi del diritto brevettuale. Rilevante a questo riguardo, e sempre in termini di diritto emergenziale, si dimostra il riferimento al *Tem-*

porary framework della Commissione europea dell'8 aprile 2020 sulla cooperazione commerciale in risposta alla pandemia di Covid-19, che, nell'evidenziare la necessità di agire con determinazione contro le imprese che sfruttano l'emergenza sanitaria per adottare comportamenti anticoncorrenziali, promuove altresì la stipula di accordi cooperativi tra industrie farmaceutiche volti ad assicurare ai cittadini l'accesso a beni essenziali. A tal fine, viene ripristinato lo strumento della *comfort letter*, che fornisce un orientamento riguardo all'ammissibilità concorrenziale delle intese adottate dalle imprese per far fronte all'emergenza sanitaria.

Ragionando, invece, nella diversa prospettiva del “diritto della crisi”, appare opportuno chiedersi cosa possa stimolare l'innovazione a migliore tutela della salute dei cittadini al di là della mera attività di vigilanza sulle condotte anti-competitive, in un settore nel quale la politica industriale di matrice europea sembra poter dispiegare le sue massime potenzialità, come è quello costituito dall'industria biomedica e farmaceutica. L'ipotesi che si intende formulare è che l'approccio *One Health* rappresenti “una strategia di ripresa e resilienza” capace di ingenerare un cambiamento dell'intervento pubblico in questo ambito in nome del c.d. “interesse comune” europeo. Viene in rilievo, in tal senso, il ruolo svolto dagli aiuti di stato, con lo strumento, ad esempio, degli “Importanti Progetti di Comune Interesse Europeo” (IPCEI), che consente agli Stati membri di sostenere progetti transnazionali altamente innovativi finalizzati allo sviluppo e alla realizzazione di prodotti e processi, alle condizioni po-

ste dalla Commissione europea all'interno di specifici orientamenti forniti nel 2014. Si può citare, a questo riguardo, il recente IPCEI promosso nell'ambito delle catene strategiche del valore nel settore della salute al fine di assicurare all'Italia e all'Unione europea la creazione di competenze e capacità industriali e tecnologiche tali da rafforzare la loro autonomia strategica di ricerca e produzione, nonché la competitività nel panorama internazionale.

Un ulteriore strumento, questa volta di tipo verticale, perché maggiormente collegato a una logica di strategia industriale, è costituito dall'“impresa pubblica”. A questo proposito, può essere evocato il ruolo svolto dalle c.d. imprese comuni europee, istituite, *ex art.* 187 TFUE, per dare esecuzione a programmi europei di ricerca e sviluppo tecnologico in specifici settori, come Orizzonte Europa, o EU4Health, il Programma Europeo Salute 2021-2027, nel quale viene fatto espresso riferimento proprio all'approccio *One Health*. Questo strumento permette di stabilire dei partenariati istituzionalizzati tra imprese private e imprese pubbliche, come avvenuto nel caso di *Innovative Medicines Initiative* (Imi2) o dell'impresa comune «Iniziativa per l'innovazione nel settore della salute». Si tratta di un tema che ha trovato recente ancoraggio all'interno di uno studio commissionato dal Parlamento europeo, incentrato sulla proposta di una infrastruttura pubblica della ricerca chiamata a intervenire su tutto il ciclo del farmaco – la c.d. *European medicines infrastructure* – da istituire con un trattato tra gli Stati partecipanti. La missione di questa infrastruttura, in un'ottica di “diritto della crisi”, che

muove dall'evento critico per proporre soluzioni che superano il mero intervento di tamponamento dell'emergenza, potrebbe essere quella di produrre un cambiamento strutturale dell'attuale modello di ricerca e sviluppo dell'industria farmaceutica.

Giova ricordare che già il nono principio dei “*Manhattan Principles on One World, One Health*”, del 2004, sottolineava la necessità di aumentare gli investimenti in infrastrutture sanitarie globali «migliorando il coordinamento tra agenzie governative e non governative, compagnie produttrici di vaccini e di farmaci, e tutti i possibili partner».

Una simile impresa pubblica dovrebbe agire in maniera complementare rispetto alle funzioni ascritte alla recentemente istituita *Health emergency and preparedness response authority* (HERA), incaricata di prevenire, individuare e rispondere rapidamente alle emergenze sanitarie. L'autorità europea, invero, proprio per questa sua funzione di preparazione e risposta, sembra potersi collocare nel solco del più volte richiamato diritto dell'emergenza, anche se, per comprendere appieno le minacce future per la salute, essa dovrà necessariamente adottare un approccio *One-Health*, ritenuto peraltro centrale per la costruzione dell'Unione europea della salute, di cui HERA costituisce un pilastro fondamentale.

Ciò potrebbe creare i presupposti per un cambiamento più profondo, soprattutto se consideriamo il concetto *One Health* come un grimaldello per ispirare nuovi paradigmi d'azione, idonei a delineare strutture di protezione e promozione dell'innovazione non unicamente incentrate sugli incentivi determinati dai

diritti brevettuali o dall'attività di vigilanza delle autorità *antitrust*, ma fondati sulla valorizzazione della conoscenza come bene strategico sul quale investire, ricomponendo spazi giuridici irrisolti che si estendono ben oltre i confini del mercato unico europeo.

Riferimenti bibliografici

- Anderson M. et al., *Navigating the role of the EU Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) in Europe and beyond*, in *The Lancet Regional Health – Europe*, (9), 1-4, 2021.
- Desogus C., *Nuove frontiere tra regolazione, proprietà intellettuale e tutela della concorrenza nel settore farmaceutico: le pratiche di brevettazione strategica*, in *Rivista della Regolazione dei mercati*, 2015, 59-96.
- Florio M. et al., *European pharmaceutical research and development: Could public infrastructure overcome market failures?*, in *Study for Panel for the Future of Science and Technology (STOA)*, European Parliament, 2021.
- Manzini P., *Emergenza e concorrenza*, *I Post di ASIDUE*, (II), n. 4, www.aisdue.eu/pietro-manzini-emergenza-e-concorrenza, 2020.
- Passalacqua M., Celati B., *Stato che innova e stato che ristrutturazione prospettive dell'impresa pubblica dopo la pandemia*, in *Concorrenza e mercato*, 2020, (26-27), 93-129.
- Schepisi C., *Aiuti di Stato... o aiuti tra Stati? Dal "Temporary Framework" al "Recovery Plan" nel "comune interesse europeo*, in *Rivista della Regolazione dei mercati*, 2021, 110-147.

ONE HEALTH NELLA NORMATIVA:
MITO O REALTÀ?
IL CASO DELLE VALUTAZIONI SANITARIE
E AMBIENTALI

*Clara Napolitano**

1. Verificare se il concetto di *One Health* sia o meno presente nella normativa italiana, in particolare in quella sulle valutazioni ambientali, implica una concordanza stipulativa in origine.

Bisogna cioè definire che cosa s'intenda per *One Health*: letteralmente, questa formulazione significa "Una Salute" e, per traslato, essa sta a indicare che vi dev'essere una tutela equilibrata della salute delle tre componenti ecosistemiche, ovvero l'ambiente (inteso quale insieme degli elementi della Terra), l'uomo e gli animali.

Verificare che ci sia un approccio di tutela equilibrata nella normativa sulle valutazioni ambientali sta, dunque, a significare che questo quadro disciplinare dev'essere costruito – sul versante organizzativo e procedurale – in modo da garantire la protezione delle tre componenti dell'ecosistema (ambiente, uomo e animali).

* Ricercatore a t.d. di tipo B di Diritto amministrativo, Università del Salento.

L'indagine prende l'abbrivio dalle disposizioni europee sulla tutela ambientale e poi procede su quella di diritto interno. Lo si dice sin da ora: quella interna è una disciplina che tradisce, in realtà, uno squilibrio nella tutela. Uno squilibrio potremmo dire fisiologico, laddove si tenga conto che la disciplina interna sulle valutazioni ambientali è contenuta in un Codice di settore, appunto denominato Codice dell'Ambiente, il d.lgs. n. 152/2006.

Si tratta, quindi, di un Codice che tutela un valore al quale – sotto il profilo ordinamentale – è stata attribuita una prevalenza molto determinante, oggi enfatizzata anche dall'ultima riforma costituzionale che ha introdotto espressamente negli artt. 9 e 41 Cost. il lemma “ambiente”.

Quindi, dato il quesito, ovvero se esista e in che misura un approccio *One Health* nella normativa sulle valutazioni ambientali; e date, poi, le impostazioni generali di contesto, secondo le quali la normativa interna ha un carattere squisitamente settoriale; proviamo a dargli una risposta.

Per farlo, il contributo si dividerà in due parti: nella prima si farà uno *screening* delle disposizioni, sì da concentrarsi sulle norme che rilevano sul punto; nella seconda saranno poi esposti alcuni cenni riflessivi, ricostruttivi delle disposizioni medesime; infine, la terza parte sarà dedicata alle valutazioni conclusive.

Anzitutto, lo *screening* delle disposizioni.

PRIMA PARTE
SCREENING NORMATIVO

2. Il diritto europeo ci ha dato le prime indicazioni normative con – tra le altre – la Direttiva 2001/42/CE, concernente «la valutazione degli impatti di determinati piani e programmi sull'ambiente».

Già da questo livello normativo s'intuisce che la parola «ambiente» è intimamente correlata al suo senso di «ecosistema», di «collettore di risorse naturali», e dunque di «natura», ma non si ferma lì. Ce lo dice il primo Considerando di quella direttiva:

L'articolo 174 del trattato stabilisce che la politica della Comunità in materia ambientale contribuisce, tra l'altro, a perseguire gli obiettivi della salvaguardia, tutela e miglioramento della qualità dell'ambiente, della protezione della salute umana e dell'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali e che essa dev'essere fondata sul principio della precauzione. L'articolo 6 del trattato stabilisce che le esigenze connesse con la tutela dell'ambiente devono essere integrate nella definizione delle politiche e delle azioni comunitarie, in particolare nella prospettiva di promuovere lo sviluppo sostenibile.

L'ambiente è collocato assieme alla salute umana e all'utilizzazione delle risorse naturali, restandone tuttavia da esse distinto. Il senso che se ne trae è, appunto, prettamente ecosistemico, di habitat. Questo tenore di lettura è suggerito anche dal Considerando n. 11:

Una valutazione, ove prescritta dalla presente direttiva,

dovrebbe essere elaborata in modo da contenere informazioni pertinenti come stabilito dalla presente direttiva, identificare, descrivere e valutare i possibili effetti ambientali significativi, tenendo conto degli obiettivi e dell'ambito territoriale del piano o del programma, nonché alternative ragionevoli; gli Stati membri dovrebbero comunicare alla Commissione le misure da essi adottate per quanto riguarda la qualità dei rapporti ambientali.

Gli articoli della Direttiva, che vanno nello specifico dell'*iter* procedurale, non definiscono il termine «ambiente», focalizzandosi per lo più sulla nozione di «rapporto ambientale», quale documento che contiene tutte le specifiche valutazioni circa gli impatti *significativi* di un piano o programma sull'ambiente (che investa il settore agricolo, per esempio), predisposto da un'autorità nazionale (di qualunque livello governativo) anche su base comunitaria. L'impronta del legislatore europeo è, insomma, prettamente ecologista: il tutto viene anche funzionalizzato orientandolo verso l'attuazione dello sviluppo sostenibile, un principio che – come noto – impone al progresso la razionale utilizzazione delle risorse, intesa quale loro conservazione, per un verso, e loro rigenerazione nel tempo, per l'altro.

La disciplina del 2001 è poi gradualmente sostituita: dalla Direttiva 2011/92/CE e dalla successiva, 2014/52/CE, di modifica della prima, concernenti la valutazione dell'impatto ambientale di determinati *progetti pubblici e privati*.

La valutazione d'impatto ambientale, qui, include un elemento finora rimasto estraneo alle disposizioni

in tema: la salute umana. Lo conferma il considerando n. 14 della direttiva 2011/92/CE (testo originale):

Gli effetti di un progetto sull'ambiente dovrebbero essere valutati per tenere in conto l'esigenza di proteggere la salute umana, contribuire con un migliore ambiente alla qualità della vita, provvedere al mantenimento della varietà delle specie e conservare la capacità di riproduzione dell'ecosistema in quanto risorsa essenziale di vita.

Seguito, in questo, dall'art. 3 della Direttiva:

La valutazione dell'impatto ambientale individua, descrive e valuta, in modo appropriato, per ciascun caso particolare e a norma degli articoli da 4 a 12, gli effetti diretti e indiretti di un progetto sui seguenti fattori:

- a) l'uomo, la fauna e la flora;*
- b) il suolo, l'acqua, l'aria, il clima e il paesaggio;*
- c) i beni materiali e il patrimonio culturale;*
- d) l'interazione tra i fattori di cui alle lettere a), b) e c).*

Ma è poi l'intervento della Direttiva 2014/52/CE, a fornire una svolta necessaria, poi fatta propria dal legislatore italiano.

Qui il primo Considerando della Direttiva del 2014:

La direttiva 2011/92/UE del Parlamento europeo e del Consiglio ha armonizzato i principi per la valutazione dell'impatto ambientale dei progetti, tramite l'introduzione di requisiti minimi per quanto riguarda i tipi di progetti soggetti a valutazione, i principali obblighi dei committenti, il contenuto della valutazione e la partecipazione delle autorità competenti e del pubblico, e

contribuisce a garantire un livello elevato di protezione dell'ambiente e della salute umana.

Dopo di che, il settimo Considerando:

Nel corso dell'ultimo decennio alcune questioni ambientali, come l'efficienza delle risorse e la sostenibilità, la tutela della biodiversità, i cambiamenti climatici e i rischi di incidenti e calamità, hanno assunto maggiore importanza in seno al processo politico. Esse dovrebbero pertanto costituire elementi importanti all'interno dei processi di valutazione e decisionali.

Di poi, ancora, il ventiduesimo Considerando:

Al fine di garantire un livello elevato di protezione dell'ambiente e della salute umana, le procedure di screening e le valutazioni dell'impatto ambientale dovrebbero tener conto dell'impatto del progetto in questione nel suo complesso, compresi ove opportuno gli strati superficiali e sotterranei durante le fasi di costruzione e di funzionamento e, se del caso, di demolizione.

Gli altri Considerando si riferiscono, infine, alla tutela degli habitat terrestri e marini, del paesaggio e del patrimonio culturale (si parla anche di *impatto visivo* dei progetti), della biodiversità, del clima, della società nella lente della «crescita inclusiva». Ma, tanto per chiudere l'analisi comunitaria *in apicibus*, la Direttiva del 2014 modifica quella del 2011 nelle sue definizioni d'apertura, per cui – da allora – l'art. 3 della Direttiva del 2011 prevede che:

La valutazione dell'impatto ambientale individua, descrive e valuta, in modo appropriato, per ciascun caso particolare, gli effetti significativi, diretti e indiretti, di un progetto sui seguenti fattori:

- a) popolazione e salute umana;*
- b) biodiversità, con particolare attenzione alle specie e agli habitat protetti in virtù della direttiva 92/43/CEE e della direttiva 2009/147/CE;*
- c) territorio, suolo, acqua, aria e clima;*
- d) beni materiali, patrimonio culturale, paesaggio;*
- e) interazione tra i fattori di cui alle lettere da a) a d).*

Si riconosce, quindi, una stretta correlazione tra l'ambiente e la salute dell'uomo: è cioè percepibile che la tutela dell'ambiente inteso come ecosistema ha ricadute anche sulla protezione della salute umana, poiché se le condizioni ambientali sono buone e sostenibili, l'impatto del progetto sotto il profilo sanitario non può che essere benefico.

3. La graduale inclusione del fattore "salute umana" nelle valutazioni ambientali da parte del diritto europeo segue un percorso analogo nel diritto interno: veniamo dunque alla valutazione d'impatto ambientale come concepita dal legislatore italiano.

Come detto in apertura, ci si riferisce ovviamente al Codice dell'ambiente, d.lgs. n. 152/2006, il quale, già all'art. 4, concernente i principi applicabili alle valutazioni ambientali (variamente considerate, VIA, VAS, AIA, etc.), compie un salto in avanti rispetto al suo contemporaneo contraltare europeo (all'epoca, la Direttiva del 2001). Qui il comma 3 di quell'art. 4:

La valutazione ambientale di piani, programmi e progetti ha la finalità di assicurare che l'attività antropica sia compatibile con le condizioni per uno sviluppo sostenibile, e quindi nel rispetto della capacità rigenerativa degli ecosistemi e delle risorse, della salvaguardia della biodiversità e di un'equa distribuzione dei vantaggi connessi all'attività economica. Per mezzo della stessa si affronta la determinazione della valutazione preventiva integrata degli impatti ambientali nello svolgimento delle attività normative e amministrative, di informazione ambientale, di pianificazione e programmazione.

Sembra, di nuovo, non esserci correlazione tra ambiente e salute e parrebbe esser tornati alla dimensione ecosistemica del lemma «ambiente». Ma così non è, poiché il d.lgs. n. 104/2017 modifica il Codice dell'ambiente introducendo proprio modifiche al procedimento di VIA nonché espliciti riferimenti alla salute umana, pur riferendoli alla sola valutazione di progetti.

E infatti, al comma 4 dell'art. 4, così si legge:

a) la valutazione ambientale di piani e programmi che possono avere un impatto significativo sull'ambiente ha la finalità di garantire un elevato livello di protezione dell'ambiente e contribuire all'integrazione di considerazioni ambientali all'atto dell'elaborazione, dell'adozione e approvazione di detti piani e programmi assicurando che siano coerenti e contribuiscano alle condizioni per uno sviluppo sostenibile.

b) la valutazione ambientale dei progetti ha la finalità di proteggere la salute umana, contribuire con un miglior ambiente alla qualità della vita, provvedere al mantenimento delle specie e conservare la capacità di riprodu-

zione degli ecosistemi in quanto risorse essenziali per la vita. A questo scopo essa individua, descrive e valuta, in modo appropriato, per ciascun caso particolare e secondo le disposizioni del presente decreto, gli impatti ambientali di un progetto come definiti all'articolo 5, comma 1, lettera c).

Siamo portati a pensare che la valutazione della salute umana sia, dunque, compenetrata in quella ambientale. Ma il Codice dell'ambiente ci smentisce poco dopo, enucleando *due valutazioni diverse* concernenti i progetti:

- la «valutazione d'impatto ambientale», intesa quale «*processo che comprende [...] l'elaborazione e la presentazione dello studio d'impatto ambientale da parte del proponente, lo svolgimento delle consultazioni, la valutazione dello studio d'impatto ambientale, delle eventuali informazioni supplementari fornite dal proponente e degli esiti delle consultazioni, l'adozione del provvedimento di VIA in merito agli impatti ambientali del progetto, l'integrazione del provvedimento di VIA nel provvedimento di approvazione o autorizzazione del progetto*» (e che quindi dovrebbe includere anche la salute umana);

- la «valutazione d'impatto sanitario», non disciplinata espressamente sotto il profilo procedurale dal Codice ma definita come «*elaborato predisposto dal proponente sulla base delle linee guida adottate con decreto del Ministro della salute, che si avvale dell'Istituto superiore di sanità, al fine di stimare gli impatti complessivi, diretti e indiretti, che la realizzazione e l'esercizio del progetto può procurare sulla salute della popolazione*».

È qui che gli elementi ecosistemico e sanitario prendono strade procedurali e organizzative differenti. La complessità del loro sistema traspare dal quadro normativo.

3.1. Anzitutto, le valutazioni competono a due soggetti differenti.

Mentre la valutazione d'impatto sanitario è di competenza del medesimo proponente e prevede un ruolo consultivo dell'Istituto Superiore di Sanità che rilascia proprio parere, la valutazione d'impatto ambientale è un atto amministrativo.

Ci viene in soccorso, ancor meglio, la normativa.

Art. 7-*bis*, co. 4, d.lgs. n. 152/2006: «In sede statale, l'autorità competente è il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare [oggi Ministero per la Transizione ecologica, n.d.r.], che esercita le proprie competenze in collaborazione con il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo per le attività istruttorie relative al procedimento di VIA. Il provvedimento di verifica di assoggettabilità a VIA è adottato dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare».

Art. 8, co. 1, 2, 2-*bis*: «Il supporto tecnico-scientifico all'autorità competente [al Ministero, per i progetti statali, n.d.r.] [...] è assicurato dalla Commissione tecnica di verifica dell'impatto ambientale VIA e VAS, composta da un numero massimo di cinquanta commissari, inclusi il Presidente e il Segretario, posta alle dipendenze funzionali del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare. Per lo svolgimento delle istruttorie tecniche la Commissione

può avvalersi, tramite appositi protocolli d'intesa, del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente, a norma della legge 28 giugno 2016, n. 132. Per i procedimenti per i quali sia riconosciuto un concorrente interesse regionale, all'attività istruttoria partecipa un esperto designato dalle Regioni e dalle Province autonome interessate, individuato tra i soggetti in possesso di adeguata professionalità ed esperienza nel settore della valutazione dell'impatto ambientale e del diritto ambientale. [...]

2. I commissari di cui al comma 1 sono scelti tra professori o ricercatori universitari, tra il personale di cui agli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ivi compreso quello appartenente ad enti di ricerca, al Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente di cui alla legge 28 giugno 2016, n. 132, all'Istituto Superiore di Sanità ovvero tra soggetti anche estranei alla pubblica amministrazione, provvisti del diploma di laurea di vecchio ordinamento, di laurea specialistica o magistrale, con adeguata esperienza professionale di almeno cinque anni, all'atto della nomina; il loro incarico dura quattro anni ed è rinnovabile una sola volta. I commissari sono nominati dal Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, senza obbligo di procedura concorsuale e con determinazione motivata esclusivamente in ordine al possesso da parte dei prescelti dei necessari requisiti di comprovata professionalità e competenza nelle materie ambientali, economiche, giuridiche e di sanità pubblica, garantendo il rispetto del principio dell'equilibrio di genere [...].

2-bis. Per lo svolgimento delle procedure di valutazione ambientale di competenza statale dei progetti compresi nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), di quelli finanziati a valere sul fondo complementare nonché dei progetti attuativi del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima, individuati nell'allegato I-bis al presente decreto, è istituita la Commissione Tecnica PNRR-PNIEC, posta alle dipendenze funzionali del Ministero della transizione ecologica, e formata da un numero massimo di quaranta unità, in possesso di diploma di laurea o laurea magistrale, con almeno cinque anni di esperienza professionale e con competenze adeguate alla valutazione tecnica, ambientale e paesaggistica dei predetti progetti, individuato tra il personale di ruolo delle amministrazioni statali e regionali, del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente di cui alla legge 28 giugno 2016, n. 132, dell'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA) e dell'Istituto superiore di sanità (ISS), secondo le modalità di cui al comma 2, secondo periodo, ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico ed ausiliario delle istituzioni scolastiche. Il personale delle pubbliche amministrazioni è collocato, ai sensi dell'articolo 17, comma 14 della legge 15 maggio 1997, n. 127, fuori ruolo o nella posizione di comando, distacco, aspettativa o altra analoga posizione, secondo i rispettivi ordinamenti. I componenti nominati nella Commissione Tecnica PNRR-PNIEC svolgono tale attività a tempo pieno e non possono far parte della Commissione di

cui al comma 1 del presente articolo². Nella nomina dei membri è garantito il rispetto dell'equilibrio di genere. I componenti della Commissione Tecnica PNRR-PNIEC sono nominati con decreto del Ministro della transizione ecologica entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, anche attingendo dall'elenco utilizzato per la nomina dei componenti del comma 1, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, in possesso dei medesimi requisiti di cui al comma 2-bis. I componenti della Commissione Tecnica PNRR-PNIEC restano in carica cinque anni e sono rinnovabili per una sola volta. Alle riunioni della commissione partecipa, con diritto di voto, anche un rappresentante del Ministero della cultura. Per lo svolgimento delle istruttorie tecniche la Commissione si avvale, tramite appositi protocolli d'intesa, del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente a norma della legge 28 giugno 2016, n. 132, e degli altri enti pubblici di ricerca. Per i procedimenti per i quali sia riconosciuto da specifiche disposizioni o intese un concorrente interesse regionale, all'attività istruttoria partecipa con diritto di voto un esperto designato dalle Regioni e dalle Province autonome interessate, individuato tra i soggetti in possesso di adeguata professionalità ed esperienza nel settore

² Peraltro la Commissione si è insediata il 18 gennaio 2022 ed è presieduta da Massimiliano Atelli, al vertice da gennaio 2021 anche della Commissione Tecnica di verifica dell'impatto ambientale VIA VAS, «in un'ottica di garanzia di impiego di criteri di uniformità di giudizio sui dossier trattati dall'una e dall'altra Commissione».

della valutazione dell'impatto ambientale e del diritto ambientale [...]».

3.2. Ma la valutazione d'impatto ambientale e la valutazione d'impatto sanitario hanno anche un ambito d'applicazione oggettivo differenziato: *ex art. 23, d.lgs. n. 152/2006*, la valutazione d'impatto sanitario concerne solo alcuni dei progetti sottoposti a VIA. Come detto, essa costituisce uno tra gli allegati all'istanza di VIA presentata dal proponente:

Art. 23, d.lgs. n. 152/2006: «Il proponente presenta l'istanza di VIA trasmettendo all'autorità competente in formato elettronico:

- a) gli elaborati progettuali [...]
- b) lo studio di impatto ambientale;
- c) la sintesi non tecnica;
- d) le informazioni sugli eventuali impatti transfrontalieri del progetto ai sensi dell'articolo 32;
- e) l'avviso al pubblico, con i contenuti indicati all'articolo 24, comma 2;
- f) copia della ricevuta di avvenuto pagamento del contributo di cui all'articolo 33;
- g) i risultati della procedura di dibattito pubblico eventualmente svolta.

2. Per i progetti di cui al punto 1) dell'allegato II alla presente parte e per i progetti riguardanti le centrali termiche e altri impianti di combustione con potenza termica superiore a 300 MW, di cui al punto 2) del medesimo allegato II, il proponente trasmette, oltre alla documentazione di cui alle lettere da a) a e), la valutazione di impatto sanitario predisposta in conformità alle linee guida adottate con decreto del

Ministro della salute, che si avvale dell'Istituto superiore di sanità».

Quali sono questi progetti? Ce lo dice l'All. II alla parte seconda del Codice. Per esemplificare:

1) Raffinerie di petrolio greggio (escluse le imprese che producono soltanto lubrificanti dal petrolio greggio), nonché impianti di gassificazione e di liquefazione di almeno 500 tonnellate al giorno di carbone o di scisti bituminosi, nonché terminali di rigassificazione di gas naturale liquefatto.

2) Installazioni relative a:

- centrali termiche ed altri impianti di combustione con potenza termica di almeno 300 MW;

- centrali per la produzione dell'energia idroelettrica con potenza di concessione superiore a 30 MW incluse le dighe ed invasi direttamente asserviti;

- impianti per l'estrazione dell'amianto, nonché per il trattamento e la trasformazione dell'amianto e dei prodotti contenenti amianto;

- centrali nucleari e altri reattori nucleari, compreso lo smantellamento e lo smontaggio di tali centrali e reattori (esclusi gli impianti di ricerca per la produzione delle materie fissili e fertili, la cui potenza massima non supera 1 kW di durata permanente termica);

- impianti termici per la produzione di energia elettrica, vapore e acqua calda con potenza termica complessiva superiore a 150 MW;

- impianti eolici per la produzione di energia elettrica sulla terraferma con potenza complessiva superiore a 30 MW;

- impianti fotovoltaici per la produzione di energia elettrica con potenza complessiva superiore a 10 MW.

La valutazione dell'impatto sanitario dei progetti è legata quindi – quale obbligo di legge – ai soli progetti di stampo energetico.

SECONDA PARTE
ALLA RICERCA DEL *ONE HEALTH*

4. Per comprendere se in questa congerie normativa è possibile trovare un approccio che tuteli in maniera equilibrata le tre componenti dell'ecosistema, è fondamentale ricostruire il sistema proprio dalle disposizioni esaminate.

Anzitutto, la componente organizzativa delle autorità amministrative che ricoprono un ruolo primario nella valutazione ambientale (intesa quale comprensiva di VIA – valutazione d'impatto ambientale – e VIS – valutazione d'impatto sanitario).

Per ciò che concerne la VIS, un ruolo chiave nella procedura valutativa è rivestito dall'ISS: il Ministero della Salute infatti «si avvale dell'Istituto Superiore di Sanità». Quanto ai progetti statali, la sua funzione è quella di esprimere un parere sulla valutazione predisposta dal proponente il progetto. Il proponente infatti deve elaborare lo studio VIS creando un gruppo di esperti in cui dovranno essere incluse le figure dell'epidemiologo e del tossicologo, valutatore di rischio, oltre a quelle prettamente con competenza ambientale. Ad esprimersi è il DAMSA (Dipartimento Ambiente e Salute) dell'ISS, che ha modalità di reclutamento e disciplinari concorsuali, in quanto ente pubblico. La VIS confluisce nel procedimento di VIA,

sicché il parere dell'ISS rientra poi nella motivazione sulla valutazione dell'impatto ambientale.

Per quanto concerne la VIA, invece, la Commissione tecnica di verifica VIA e VAS istituita presso il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare (ora Ministero della Transizione ecologica) è operante, quale supporto tecnico-scientifico al Ministero della transizione ecologica, per assumere le decisioni e i pareri concernenti la VIA e la VAS di progetti/programmi/piani di competenza statale. L'attuale Commissione è composta da quaranta esperti (25 di area ambientale, 4 di area economica, 8 di area giuridica, 3 di area salute pubblica) ed è – da ultima tornata – selezionata attraverso una call pubblica: tra le professionalità richieste ci sono medici, biologi, geologi, economisti, naturalisti, esperti di urbanistica e biodiversità. Tra i criteri di selezione: assenza di conflitti d'interesse – da due anni prima dell'incarico a tre anni dopo – per mancanza di relazioni con soggetti interessati a qualsivoglia titolo da procedure di VIA e VAS. Nonché – quanto al profilo scientifico – almeno un quinquennio di documentata esperienza professionale. I Componenti la Commissione sono a loro volta selezionati da un Comitato istruttorio – nominato con decreto del Ministro – che seleziona – quanto all'area di salute pubblica, rilevante ai fini della VIS – «esperti con qualificazione specialistica e un approccio sistemico, integrato e interdisciplinare nell'analisi e nella valutazione degli impatti di progetti civili e industriali sulla salute umana», nonché esperti nella valutazione di incidenze «ambientali» connesse alla realizzazione di impianti industriali. Nel caso dello svolgimento del-

le procedure di VIA dei progetti compresi nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), è stata istituita un'apposita Commissione Tecnica PNRR-PNIEC, "formata da un numero massimo di quaranta unità, (...) individuate tra il personale di ruolo delle amministrazioni statali e regionali, delle istituzioni universitarie, del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR), del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente di cui alla legge 28 giugno 2016, n. 132, dell'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA) e dell'Istituto superiore di sanità (ISS)" (art. 8, co. 2 bis, d.lgs. n.152/2006 e s.m.i.), posta alle dipendenze funzionali del Ministero della transizione ecologica.

Questo tipo di organizzazione dovrebbe garantire alla valutazione un approccio multidisciplinare. Le norme del Codice dell'ambiente, disciplinando valutazioni che trattano le diverse componenti ambientali, quali la flora e la fauna, e ulteriori fattori, inclusa la salute, mostrano comunque un certo approccio multidisciplinare. In particolare, la Commissione tecnica VIA-VAS, di supporto tecnico-scientifico al valutatore, manifesta un'organizzazione effettivamente multidisciplinare, anche se poi il numero di esperti destinati a ogni specifica area evidenzia una maggiore focalizzazione sulla tematica ecosistema-ambiente (per cui sono individuati 25 componenti), rispetto alla salute pubblica umana (tre componenti).

Le altre organizzazioni pubbliche che partecipano alle suddette valutazioni ambientali tradiscono invece un approccio settoriale; ad esempio, il DAMSA dell'ISS non parrebbe rispondere al *One Health*, poi-

ché separa in due Dipartimenti diversi la protezione della salute umana e di quella animale: il Dipartimento assicura infatti una ricerca molto minuziosa – rilevante anche per effetti di prevenzione di pandemie – studiando i fattori di rischio ambientali e il loro impatto sulla salute. Viceversa, la salute animale è appannaggio del Dipartimento “Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria”, più mirato allo studio delle zoonosi.

L’approccio multidisciplinare prova, oggi, a esser concentrato nella Valutazione Integrata d’Impatto Ambientale e Sanitario (VIAS), la quale costituisce una componente prevista di procedure già esistenti, presenti nella normativa in vigore ma ad oggi per lo più poco o per nulla applicate o presenti solo allo stato embrionale nelle esperienze finora condotte nel nostro Paese: essendo strumento integrativo dei procedimenti di VIA e di VAS, in realtà, costituisce con i precedenti un *iter* unico di valutazione di tutti i possibili effetti sulla salute di piani, progetti e/o impianti industriali suscettibili di un impatto ambientale.

L’approccio multidisciplinare è peraltro garantito attraverso l’inserimento di una pluridimensionalità di competenze negli enti coinvolti nelle valutazioni. La si può verificare: 1) nella composizione della commissione statale VIA-VAS (cfr. il d.m. n. 300 del 13 novembre 2018); 2) nella partecipazione dei diversi soggetti competenti in materia ambientale (nelle VAS) e delle associazioni e del pubblico (nella fase di partecipazione pubblica). In merito ai soggetti da coinvolgere anche le Regioni hanno un ruolo decisivo nella loro individuazione, come statuito dall’art. 7, co. 7

del D.Lgs. 152/2006 e s.m.i. che, comportando una diversa discrezionalità della scelta, potrebbe tuttavia generare una variabile applicazione regionale.

Quanto, invece, alla valutazione d'impatto sanitario, il Dipartimento Protezione Ambiente e Salute (DAMSA) dell'ISS effettua valutazioni a carattere multidisciplinare sui rischi per la salute umana derivante dalle esposizioni ambientali. Sicché l'approccio richiesto per valutare l'impatto di progetti e piani sulla salute è sicuramente pluridimensionale, sia per le molteplici competenze scientifiche dei componenti il Dipartimento, sia per il metodo valutativo che tiene conto di una pluralità di aspetti. Sembra mancare, tuttavia, un vero e proprio approccio *One Health*, poiché le valutazioni del DAMSA escludono la salute animale, competenza di un altro dipartimento dello stesso ISS.

5. Nella VIA possono rilevarsi alcune criticità legate al miglioramento dell'approccio multidisciplinare, in grado di valutare in modo più efficace la salute umana:

1) nel merito delle valutazioni (sia per il proponente che per chi deve valutare piani, programmi o singole opere) in quanto la stima dell'esposizione della popolazione a fattori ambientali e dell'impatto integrato a più fattori di rischio è complessa perché non ci sono metodi e modelli condivisi e standardizzati e il monitoraggio degli effetti sulla salute richiede per la sua attuazione tempi lunghi con cui possono manifestarsi tali effetti e la valutazione di numerosi fattori che influenzano lo stato di salute della popolazione e delle modalità con cui interagiscono;

2) dal punto di vista della normativa: a differenza del livello statale, qui analizzato, v'è da sapersi che a livello infra-statale non è sempre assicurata la multidisciplinarietà del valutatore (in particolare sulle questioni sanitarie), in quanto non per tutte le regioni (o province autonome) sono presenti commissioni a supporto delle valutazioni, e i criteri con cui sono individuati i soggetti competenti in materia ambientale (che è una competenza attribuita alle regioni/province) non sono omogenei nel territorio nazionale e rischiano un maggiore sbilanciamento sulla componente ambientale;

3) dal punto di vista delle procedure: gli enti "sanitari" consultati non sono formati circa il contributo tecnico da fornire a supporto delle valutazioni dei piani/programmi/progetti, così come gli *stakeholders* e il pubblico non sono informati adeguatamente circa il concetto che la salute e il benessere sono strettamente correlati alla qualità e alla tutela dell'ambiente.

Appaiono quindi necessari e auspicabili:

1) maggiore sensibilizzazione/coinvolgimento politico e sociale alla tematica della salute e benessere e il raccordo con la qualità e la tutela dell'ambiente;

2) una maggiore condivisione e uniformità nelle linee guida redatte dalle principali istituzioni preposte (ARPA, ISS, ISPRA), atte a: a) fornire lo schema corretto da seguire nella redazione del capitolo Salute Pubblica nelle procedure di VAS e di VIA, per giungere a una omogeneità negli studi di impatto ambientale allo scopo di facilitare sia il lavoro dei proponenti che devono redigere lo studio, sia gli esperti hanno il compito di valutarlo; b) al fine di garantire sempre la

multidisciplinarietà delle competenze potrebbe essere opportuno definire a livello univoco (statale) i criteri di multidisciplinarietà per la scelta dei soggetti competenti in materia ambientale da coinvolgere; c) fornire agli esperti delle istituzioni sanitarie elementi sulla valutazione ambientale per lavorare in sinergia con le autorità competenti (sia nelle valutazioni singole, sia nell'individuazione delle fattispecie più impattanti per una graduazione degli contributi tecnici).

Per quanto riguarda la VIS essa al momento per legge è riferita ad una limitata categoria di opere, corrisponde ad alcuni aspetti innovativi introdotti con la nuova Direttiva 2014/52/UE, mentre a livello infra-statale trova applicazione in modo piuttosto diversificato e "spontaneo". Un approccio procedimentale utile potrebbe essere quello di sviluppare e rendere effettiva la VIIAS, ancora allo stato embrionale, che mira all'integrazione delle suddette procedure.

TERZA PARTE MITO O REALTÀ

6. Veniamo, dunque, alla risposta al quesito d'apertura: l'approccio *One Health* è un mito o una realtà nella normativa sulle valutazioni ambientali?

Dalla rassegna appena esposta, emerge un tentativo di condurre a unità di tutela almeno due dei tre elementi ecosistemici: l'ambiente – inteso quale complesso di flora ed elementi della terra – e l'uomo. Lo testimoniano le disposizioni sulle valutazioni ambientali laddove, sotto il profilo organizzativo, è discipli-

nata la commissione tecnica che se ne occupa: nella quale sono presenti esperti di tutela ambientale e in materia di sanità.

La valutazione d'impatto sanitario concerne, poi, specifici progetti di stampo energetico, i quali probabilmente interferiscono maggiormente con il fattore-salute. Tuttavia, non può fare a meno di notarsi che la salute che viene qui monitorata è solo quella umana.

Si è cioè a metà strada tra il mito e la realtà del *One Health*: una realtà sfumata, si potrebbe dire.

Le valutazioni ambientali fanno trasparire una certa consapevolezza del legislatore nel sapere che «ambiente» non è solo l'insieme degli elementi terrestri (suolo, acque, aria, etc.), ma è un lemma comprensivo anche di chi ci vive e ci prospera (o ha diritto di prosperarci): uomini e animali. A questo proposito c'è una decisa attenzione anche verso la tutela della biodiversità, nella normativa.

Manca, tuttavia, il profilo specifico della salute animale: non ancora messo in luce, tanto che appunto ad occuparsene sono Dipartimenti specializzati in salute animale e zoonosi dell'Istituto Superiore di Sanità e, peraltro, solo nell'ambito della valutazione d'impatto sanitario.

Probabilmente, un approccio *One Health* richiederebbe, per una sua compiuta realizzazione, una disciplina normativa maggiormente orientata alla protezione della salute delle creature non umane, spostandosi da un approccio antropocentrico a quello biocentrico o – come pure viene detto – pleromatico. Così si potrebbe definire, davvero, una realtà.

Finito di stampare nel mese di novembre 2022
dalle *Arti Grafiche Licenziato* - Napoli

Il Centro Studi CeSDirSan nasce nel 2020, su iniziativa della Professoressa Maria Alessandra Sandulli (che lo dirige), dall'impegno di alcuni esponenti del mondo accademico italiano, dediti alla ricerca scientifica nel campo del diritto sanitario.

La sua ambizione è quella di convogliare in un polo interdisciplinare le esperienze e le professionalità dei propri membri al fine di promuovere studi e ricerche afferenti al settore della sanità.

Il centro opera attraverso un apposito Comitato di ricerca, sotto la guida di un Comitato di Direzione (composto dai professori Beniamino Caravita di Toritto, Marcella Gola, Rosario Ferrara, Vittorio Manes, Andrea Nicolussi e Alessandra Pioggia) e di un Comitato Scientifico, di cui fanno parte autorevoli giuristi provenienti dai diversi rami del diritto (amministrativo, pubblico, civile e penale) e alte professionalità del settore (medici e altri operatori sanitari, ingegneri bio-medici, economisti, tecnici).

Grazie alla presenza di vari componenti stranieri, il Centro Studi assume un respiro internazionale, disponendo così degli strumenti per affrontare le tematiche connesse al settore della sanità a tutto tondo.

Il Centro Studi svolge attività di divulgazione scientifica specialistica interdisciplinare; a tal fine, a) organizza convegni, seminari e conferenze con l'intento di stimolare il dibattito sui temi del diritto sanitario e favorire lo scambio di idee e informazioni; b) promuove e conduce, anche per incarico da parte di terzi, studi e ricerche interdisciplinari sui profili giuridici e tecnici relativi alla salute e alla sua tutela; c) promuove attività editoriali e di pubblicazione, idonee a diffondere i risultati della propria attività.

Il Centro vuole inoltre creare occasioni di confronto con i referenti politici, le massime autorità istituzionali e i più accreditati esperti del settore per discutere insieme delle sfide che deve fronteggiare il settore sanitario (da ultimo quella epidemiologica) e proporre costruttivamente possibili soluzioni.

euro 13,00

