

# Modulo Jean Monnet PROHTECT - Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

13 marzo 2025

## Clinica Legale di policy One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari

prof. Flaminia Aperio Bella ( coordinatrice PROHTECT)



PROHTECT

Promoting operationalisation of One Health Through EU juridical Tool



Funded by  
the European Union



GIURISPRUDENZA  
DIPARTIMENTO  
DI ECCELLENZA  
2018-2022  
2023-2027

# **Prima parte: Storia della tutela della salute nelle sue due dimensioni: nazionale e internazionale**

# La salute nell'antichità



Fin dall'antichità, gli Stati politici sono stati coinvolti nell'organizzazione dei servizi medici e nell'istituzionalizzazione e istruzione della pratica medica.

- *polis* greche: laicizzazione arte medica -> offerta di medici pubblici estesa con l'Ellenizzazione all'Impero Persiano e poi Romano
- antica Roma (II sec. d.C.): offriva un servizio medico pubblico con il compito principale di prestare assistenza medica ai cittadini poveri, compresa la prestazione di cure gratuite.
- medioevo: organizzazione a livello comunale di attività nell'interesse della salute sotto l'egida della Chiesa



La salute non è un diritto ma un'esigenza per garantire l'ordine pubblico

# La tutela della salute in Italia: da questione di ordine pubblico a diritto fondamentale e interesse della collettività



1. la salute negli anni dell'unificazione
2. la Costituzione repubblicana (art. 32 e 117 Cost.)
3. l'istituzione del ministero della sanità e la legge Mariotti sull'ente ospedaliero
4. l'istituzione del SSN (1978) e le riforme degli anni '90

# La storia

**STATO di diritto** (superamento della concezione di un potere sovrano assoluto libero da qualunque limitazione (princeps legibus solutus-> 1789 Francia)

- Stato monoclasse, censitario e liberista
- Stato come struttura MINIMA, che non si impegna a rimuovere gli ostacoli che impediscono lo sviluppo della persona

## **STATO SOCIALE di diritto**

- Crisi S. liberale (fine XIX e inizio XX secolo)  
Stato pluriclasse con moltiplicazione delle esigenze (Istanze di redistribuzione e socializzazione della ricchezza in favore dei meno abbienti)
- Stato amministrativo, con apparati burocratici stabili
- Stato sociale, affermazione secondo dopoguerra in Europa

Anno	Popolazione
1861 (unità d'Italia )	22 milioni
1915 (ingresso in guerra)	36.5 milioni
calo tra guerre, epidemie, influenza spagnola -> dal secondo dopoguerra la popolazione <b>cresce senza sosta</b>	
2018	60 milioni
Speranza di vita 1861-> 35 anni 1960-> 65 anni 2018-> 85 anni	Grazie ai vaccini dopo la II guerra mondiale si sconfiggono i principali morbi (poleomelite, difterite e vaiolo)

Report annuale ISTAT 2023: 2022 nuovo record del minimo di nascite (393 mila, per la prima volta dall'Unità d'Italia sotto le 400 mila)  
Nel 2041, la popolazione ultraottantenne supererà i 6 milioni; quella degli ultranovantenni arriverà addirittura a 1,4 milioni: si tratta di una situazione demografica mai sperimentata fino a ora in queste proporzioni che pone importanti sfide alla sostenibilità del sistema Paese.



# 1865 – primi '900: la sanità pubblica in Italia



- R.D. 20 marzo 1865, n. 2248, allegato C, «*La tutela della sanità pubblica è affidata al ministro dell'interno e sotto la sua dipendenza ai prefetti, ai sottoprefetti ed ai sindaci*»
- l. n. 5849 del 1888, «legge per la tutela della igiene e della sanità pubblica» affida la gestione diretta dell'assistenza sanitaria ai Comuni solo per gli indigenti e la cura di malattie sociali (malaria, tubercolosi...). I NON poveri sono esclusi dalla tutela pubblica
- l. n. 6972 del 1890 (c.d. legge Crispi), primo esempio di regolazione pubblicistica della beneficenza pubblica (e dal 1923 anche dell'assistenza) attraverso la definizione delle opere pie come IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza). La legge ne regola ordinamento e disciplina, quindi CONTROLLA, senza assumersi obblighi di erogazione in materia.
- Ulteriori interventi normativi finalizzati a disciplinare: l'esercizio delle professioni sanitarie e gli ordini professionali (1910); l'ordinamento delle farmacie (1913) protezione igienica di donne e fanciulli impiegati in lavori industriali (1903)

# Segue: La legislazione di epoca fascista

- R.d. n. 1265/1934: T.U. della legislazione in materia sanitaria (più di 400 articoli)
- R.d. n. 1613/1938: introduce una disciplina generale dei servizi sanitari e del personale sanitario negli ospedali per garantirne adeguatezza organizzativa e strutturale

Tutela indiretta della salute da parte dello Stato:

- legata a precisi status (lavoratore e non abbiente)
- legata ad esigenze di produttività individuale e di ordine sociale
- protagonismo privato nell'erogazione (contributo pubblico nel solo settore previdenziale).

*«In quella fase storica la salute era ancora considerata come una condizione strettamente personale e della sua cura l'amministrazione sanitaria non si occupava a parte (...) i casi di assistenza legale ai bisognosi e gli interventi nel settore della profilassi delle malattie infettive e di quelle sociali, sempre nell'ottica di una sanità pubblica intesa sub specie di polizia sanitaria»*

(P. Santiello, Sanità pubblica, Digesto disc. pubbl., 1997)

# Intervento pubblico minimo fino al 2 dopoguerra



- ▼ la malattia (morbilità) è un fattore negativo per lo **sviluppo** anche **economico** della società
- ▼ la cura del malato è concepita come problema/emergenza di ORDINE PUBBLICO-> competenza Ministero dell'interno
- ▼ protagonismo privato
- ▼ erogazione riservata a iniziative private laiche e religiose con finalità caritative (assistenza e beneficenza -> soccorso pellegrini, cura infermi e dei poveri, assistenza agli eserciti)
- ▼ salute non poveri: medici privati
- ▼ iniziative pubbliche limitate a igiene e ordine pubblico (funzione di polizia sanitaria, competenza Ministro dell'interno)

# L'avvento della Costituzione repubblicana



## Art. 32.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

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.

# La dicotomia tra diritti di libertà e diritti sociali

## Diritti di libertà

- hanno natura negativa (richiedono astensione dello Stato)
- «diritti di»
- hanno un costo quando sono violati (es. macchina giudiziaria)

## Diritti sociali

- aspettative positive (di prestazione)
- «diritti a»
- hanno un COSTO quando vengono soddisfatti
- ORGANIZZATIVAMENTE e FINANZIARIAMENTE condizionati

**La SALUTE è entrambe le cose**



# Salute come...

## Diritto di libertà

**E' un BENE da difendere e proteggere:** diritto alla salute come diritto di libertà individuale, o diritto di difesa oppositivo – *species* di diritto inviolabile ex art. 2 Cost. – che vieta l'ingerenza dei pubblici poteri sullo stato psico-fisico dei singoli inerisce al diritto alla vita, non sancito espressamente dalla Carta ma suo presupposto fondamentale quale primo diritto inviolabile dell'uomo (art 2) e quale espressione del “pieno sviluppo della persona umana” che la Cost. assegna come traguardo a tutti i componenti attivi della comunità nazionale (art. 3, co. 2), oltre a trovare indiretta conferma nel divieto di pena di morte (27, co. 4).

Il diritto alla salute è definito come “*intrinseco al diritto alla vita, costituendone al tempo stesso presupposto e condizione, e quindi immedesimandosi in esso come parte rispetto al tutto*” (A.M. Sandulli, La sperimentazione clinica sull'uomo (Profili costituzionali), Diritto e Società, 1978)



## Diritto sociale

### **E' una PRETESA di PRESTAZIONE**

Concezione interventista e sociale dello Stato contemporaneo: domanda alla Repubblica (in tutti i suoi livelli costituzionali) il compito di tutelare la salute.

Rende costituzionalmente doverosa un'AZIONE POSITIVA dei pubblici poteri.

Unico diritto espressamente qualificato come FONDAMENTALE, a significarne il rilievo privilegiato e centrale.

Presupposto per il disegno di uguaglianza sostanziale voluto dall'art. 3, co. 2 Cost.

La salute è considerata in senso biologico ma anche etico e sociale, tant'è che l'art 32 è nel Tit. II, prima parte (rapporti etico-sociali).

**Ne discende che il SS è un servizio pubblico obbligatorio ad attivazione necessaria, anche se non ne è imposta l'erogazione attraverso strutture pubbliche**

Il diritto alla salute implica «il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la sua tutela», MA entro limiti coerenti con il sistema costituzionale complessivo –*sub specie* l'equilibrio della finanza pubblica- che spetta al legislatore bilanciare.

# Elementi fattuali e normativi da considerare

- 1946 **definizione di SALUTE** nel preambolo della costituzione dell'OMS «Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale» (NO assenza di malattia)
- 1946-48 **Costituzione italiana**: una delle prime dove il diritto alla salute è riconosciuto ed certamente tra quelle che offrono garanzie più solide.
- salute come diritto «**fondamentale**»
  - nessun diritto costituzionale è “**tiranno**” nei confronti degli altri (Corte cost., n. 83 del 2013) MA ha contenuto precettivo:
    - esplicita l'appartenenza della salute al novero dei diritti inviolabili ex art. 2 Cost.
    - priorità (non assiologica, ma solo) logica: la privazione della salute ostacola il pieno godimento anche degli altri diritti costituzionali
- Del diritto alla salute sono titolari tutti i soggetti dell'ordinamento italiano (cittadini e stranieri; maggiorenni e minorenni, etc.) nonostante la Cost. sia selettiva nell'individuare i soggetti cui devono essere assicurate “cure gratuite” (i.e. gli indigenti).

# Riforme istituzionali e organizzative della seconda metà del '900



- 1945 istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità
- **1958 Istituzione del Ministero della Sanità:** soprattutto compiti di vigilanza (con un bilancio 10 volte inferiore a quello della sola INAM... Ministero «dei salvo»)
- Proliferazione delle CASSE MUTUE
  - origini: nate a fine '800 dalle lotte operaie erano le c.d. casse malattia poi divenute società operaie di mutuo soccorso: carattere prevalentemente politico/sindacale)
  - sistema mutualistico di assicurazione obbligatoria malattia esteso ai lavoratori e alle loro famiglie gestita da enti mutualistici vigilati dal Min. del lavoro: INAM Istituto nazionale di assicurazione malattie (1933 INAIL; 1935 INPS)
- Rapporto tra intervento PUBBLICO/PRIVATO: vigilanza/erogazione tramite casse mutue + gestione a domicilio malati non poveri
- 1968 c.d. riforma Mariotti sull'ente ospedaliero: nuovo modo di concepire l'ospedale come centro dell'assistenza dove si va per farsi curare (gli osp. aumentano di numero e i posti letto crescono, erogano assistenza ai malati a prescindere da documenti e certificati)

# 1978-fine 1990: la realizzazione del modello universalistico e i suoi »temperamenti«

- ▶ Legge n. 833/1978, istitutiva del SSN
- ▶ Art. 1, co. 3 *“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”*.
- ▶ **modello universalistico**: massima espansione dell’intervento pubblico, obiettivo di garantire all’intera popolazione prestazioni uniformi e finanziate a carico della fiscalità generale.
- ▶ profondamente modificata dalle riforme degli anni ’90 anche e proprio per rendere maggiormente “sostenibile” il modello universalistico (es. partecipazione alla spesa sanitaria tramite ticket)



# Le parole chiave della L. 833/78

**Sistema universale** → no distinzioni sulla base di condizioni individuali o sociali

**Sistema egualitario** → uguaglianza dei cittadini nei cfr. del servizio

**Sistema solidaristico** -> finanziato con fiscalità generale

- ▼ **E' un'idea di società: la salute è garantita a tutti i cittadini e tutti provvedono a finanziarla**

**(Min. Tina Anselmi)**



# Le riforme

## Aziendalizzazione e Regionalizzazione

### Riforma «bis» d.lgs. 502/92

La tutela della salute è garantita dal SSN «*quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale... nonché delle funzioni conservate allo Stato*»

### (d.lgs. 517/93)

- USL -> Aziende Sanitarie Locali/Territoriali (enti pubblici regionali)
- Separazione politica/amministrazione
- principio di equiparazione tra strutture pubbliche e strutture private -> **libera scelta paziente**
- razionalizzazione e contenimento spesa (prestazioni essenziali <-> risorse disponibili)
- programmazione come condizione accesso alla fornitura del servizio

### Riforma «ter» d.lgs. 229/99

# Principio di equiparazione tra strutture pubbliche e private

Art. 8-bis, co. 1 d.lgs. n. 502/92 s.m.i

**«Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unita' sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonche' di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies»**



# Principio di libera scelta dell'assistito

Art. 8-bis, co. 2 d.lgs. n. 502/92 s.m.i.

**«I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi e' subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale»**

Applicazioni concrete

da chi farsi curare

dove farsi curare

struttura pubblica / privata

nell'ambito della AST di competenza o altrove



# L'evoluzione del sistema in tappe

I.  
833/78

- sistema concessorio
- prevalenza rete pubblica

primi  
anni '90

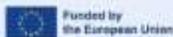
- principio libera scelta ed equiparazione pubblico/privato
- accreditamento = DIRITTO

d.lgs. n  
229/99

- principio della programmazione
- discrezionalità
- limitazione concorrenza



PROHTECT



Funded by  
the European Union

Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

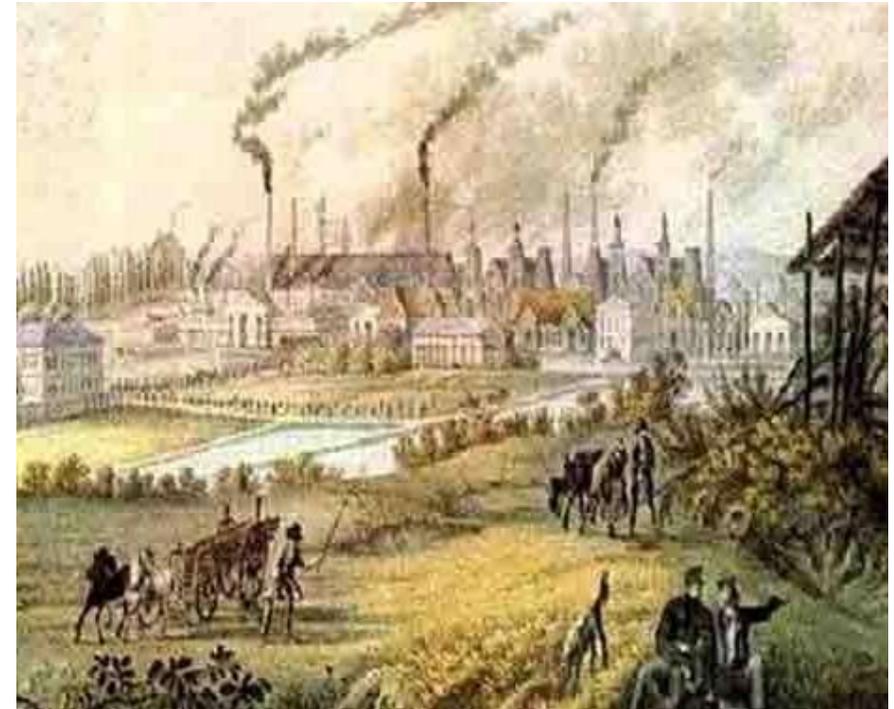
# La dimensione internazionale: dalla salute come strumento per mantenere pace e sicurezza tra nazioni all'affermazione del diritto fondamentale al “*possesso del migliore stato di sanità possibile*”



- la *global health governance* di fine '800
- Il nesso tra guerra, diritti, salute e pace nel primo '900
- Il secondo dopoguerra e salute come diritto umano

# La *global health governance* di fine '800

- Emersione di **iniziative internazionali** in materia sanitaria.  
Ratio: eliminare ostacoli ai traffici commerciali + salvaguardare Stati occidentali degli «*exotic diseases*» che «*sono o possono diventare una minaccia permanente per gli Stati civilizzati*» (es colera)
- condizioni sanitarie e sociali deteriorate dalla **rivoluzione industriale** (sovraffollamento città)
- Incremento dei traffic commerciali (1851: Esposizione universale (Londra) 6 mln visitatori)
- 1851: International Sanitary Conference
- 1907: Office International d'Hygiene Publique (International Office of Public Health)



# Mutamenti sociali – legislazione sanitaria

## **Emergono nuove idee a livello europeo:**

- Charles Darwin pubblica «On the Origin of Species by Means of Natural Selection», rivoluzionando le idee sull'origine dell'uomo e sulla sua collocazione nel mondo
- i lavoratori cominciano ad organizzarsi attraverso sindacati
- emergono movimenti umanitari per l'abolizione della tratta di schiavi, il traffico di donne e bambini, la riforma del diritto carcerario e il potenziamento delle cure per i malati di guerra
- la stampa ad alimentazione elettrica consente di diffondere testi scritti riducendo l'analfabetismo delle classi medie
- le missioni filantropiche di cura delle popolazioni in difficoltà superano i confini nazionali

## **RIFLESSI SULLA LEGISLAZIONE SANITARIA NAZIONALE**

- diretta al miglioramento delle condizioni di lavoro nelle fabbriche
- alla preservazione della salubrità degli alimenti
- alla predisposizione di personale medico stipendiato

# Mutamenti sociali – legislazione sanitaria

Sul piano **internazionale** i tradizionali accordi bilaterali non bastano più

Ci sono questioni che vanno affrontate tra *più nazioni*

- **1851: International Sanitary Conference** (Parigi -> con partecipazione di Austria, Francia, Grecia, Stati Papali, Portogallo, Russia, Sardegna, Due Sicilie, Spagna, Turchia, Toscana, GB)
  - Ø Esperienza fallimentare: solo 5 Paesi firmano e nessuno ratifica. Problema della votazione (2 rappresentanti per Stato –medico+diplomatico-, che potevano votare in modo opposto)
  - Ø Non si conoscevano ancora le cause di colera, lebbra e febbre gialla
- 1858 Robert Koch stabilì relazione tra colera e bacillo

# Mutamenti sociali – legislazione sanitaria

- 1853: **international General Statistical Congress** (Brussels) dove si stabilisce inter alia una regola unica per stabilire le cause di morte (regole sulla telecomunicazione, convenzione su pesi e misure, trasporto su ferro ecc)
- Ø ne consegue l'istituzione di **organi deputati** al controllo di alcune tematiche (International Telegraphic Union, 1865, Universal Postal Union, 1874, International Union on Weights and Measures 1875)
- bisogna attendere il 1907 per **l'istituzione del primo ufficio dedicato alla sanità** (Office International d'Hygiene Publique/International Office of Public Health)
- Ø NB conferenze non governative proliferano a fine '800 -> conferenze mediche internazionali (1867 si annuncia l'esigenza che la chirurgia avvenga in ambiente asettico sulla scorta degli studi di Pasteur).

Il Guerra Mondiale : la salute non basta a mantenere la pace

## Il nesso tra guerra, diritti, salute e pace nel primo '900

L'avvento della guerra come fattore determinante nella connessione tra **salute e mantenimento della pace** e della sicurezza globale, preservando la sovranità statale

∅ 1919: Società delle Nazioni (League of Nations – LON):

Art. 23: richiede agli Stati di assicurare condizioni lavorative umane e di «*take steps in matters of international concern for the prevention and control of disease*»;

Art. 25: contempla l'accordo degli Stati Membri di costituire a livello nazionale associazioni della Croce rossa aventi come scopo «*the improvement of health, the prevention of disease, and the mitigation of suffering throughout the world*».



Il Guerra Mondiale : la salute non basta a mantenere la pace

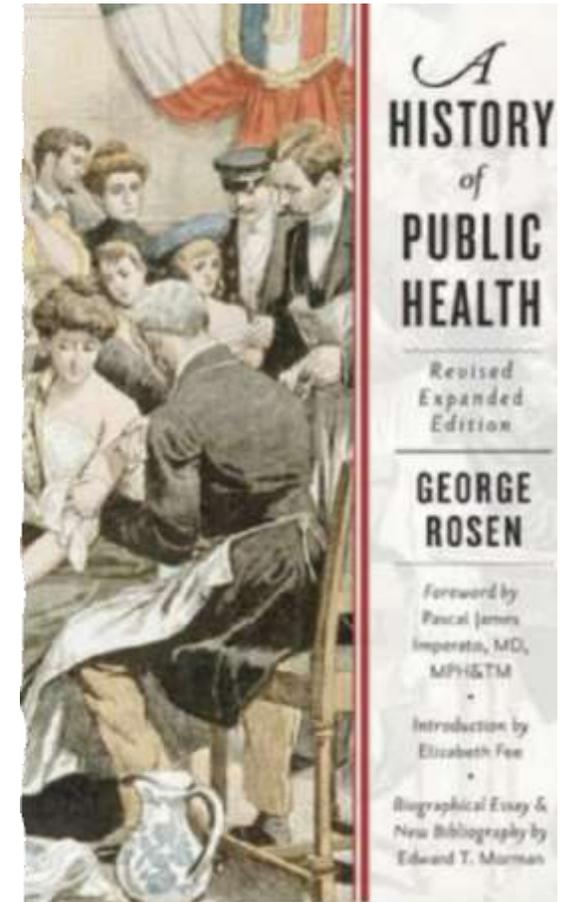
## Il nesso tra guerra, diritti, salute e pace nel primo '900

- ∅ 1922 **Istituzione di un Health Office** dedicato: lo sguardo sulla salute si amplia oltre il controllo delle epidemie (malattie non trasmissibili, housing, attività fisica, igiene delle realtà rurali, educazione medica e di sanità pubblica, malattie sociali es. malnutrizione)
- ∅ 1929 **Dichiarazione dei diritti del fanciullo**: emersione di una nuova dimensione dell'impegno internazionale sul fronte della salute (gli SM si impegnano ad assicurare di nutrire i fanciulli affamati, a curare i malati e a fornire riparo agli orfani)



# Evoluzione della cooperazione internazionale in sanità pubblica

- 1919 Creazione della Società delle Nazioni a Parigi e della Organizzazione della Sanità delle Nazioni a Ginevra
- 1926 Parigi: La Convenzione Internazionale sulla sanità viene rivista con inclusione di provvedimenti per vaiolo e tifo esantematico
- 1933 L'Aja: firma della Convenzione Medica Internazionale, relativa alla navigazione aerea
- 1938 Ultima Conferenza di Sanità a Parigi
- 1945 **La conferenza delle NU sull'Organizzazione Internazionale approva la proposta di creare una organizzazione autonoma per i problemi sanitari**



# Il secondo dopoguerra: la salute come diritto umano

Il Guerra Mondiale (durante e dopo): inclusione della tutela della salute **nel diritto internazionale** (attivismo della società civile, convergenza agende politiche, convergenza strategie geopolitiche).

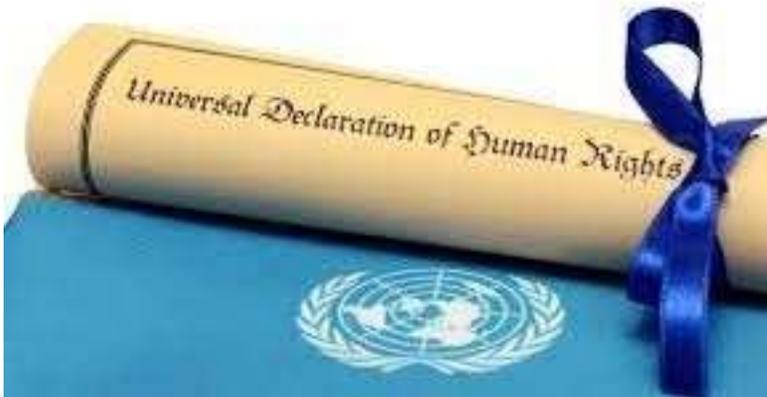
diritto alla salute come strumento per mantenere la pace e realizzare obiettivi politici:

- 1941 Discorso sulle Four Freedoms F.D. Roosevelt -> LIBERTA' dal BISOGNO come vita sana in tempi di pace (freedom from want—which, translated into world terms, means economic understandings which will secure to every nation a **healthy peacetime life for its inhabitants**—everywhere in the world). Emersione del c.d. Welfare State: lo Stato si fa carico di predisporre un sistema che assicuri benessere dei cittadini. La garanzia materiale dei diritti umani come strumento per mantenere pace e sicurezza globale.
- 1942 Rapporto Beveridge

# La costituzione della WHO



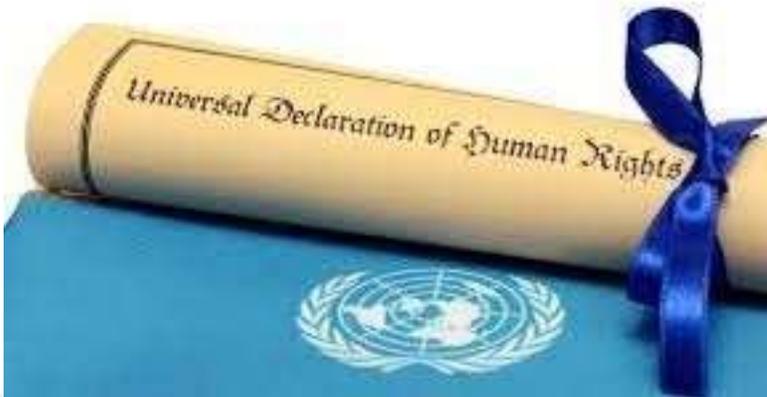
- ▼ **1946 costituzione OMS: salute come completo stato di benessere** fisico, psichico e sociale + affermazione che il godimento «del più alto livello di salute raggiungibile» è un **DIRITTO FONDAMENTALE** (the right to the highest attainable standard of health).
- ▼ **Dimensione normativa + strumentale del diritto alla salute:** pone obbligazioni in capo agli SM di garantire il diritto alla salute degli individui + soddisfa gli interessi strategici degli Stati e della comunità internazionale



# La costituzione della WHO



- ▼ **1948 Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Assemblea Generale NU):** trattazione della salute unitamente ad altri diritti economici e sociali (*«Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà»*).



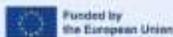


World Health  
Organization

- ▼ 1946 Viene approvata a New York la **Costituzione della Organizzazione mondiale della Sanità**
- ▼ 1948 Il 7 Aprile, con la **Giornata Mondiale della Sanità**, entra in vigore la Costituzione dell'OMS
- ▼ 1951 La 4° Assemblea Mondiale della Sanità approva un **Regolamento Sanitario Internazionale**, che sostituisce la Convenzione Internazionale del 1892 e tutte le successive
- ▼ 1969 Il Regolamento Sanitario Internazionale viene rielaborato con inclusione di colera, peste, vaiolo, febbre gialla ed esclusione di altre malattie



PROHTECT



Funded by  
the European Union

Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool



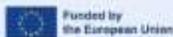
World Health  
Organization

## Obiettivi e funzioni

- Contribuire all'eradicazione o eliminazione di malattie
- Assistere i governi, quando lo richiedano, nel migliorare i servizi sanitari
- Fornire informazioni, consigli ed assistenza nell'ambito della sanità
- Promuovere politiche per migliore nutrizione, igiene, ambiente, condizioni di lavoro
- Proporre accordi e convenzioni internazionali in ambito sanitario
- Definire norme internazionali su prodotti biologici, farmaceutici, destinati all'alimentazione
- Promuovere ed indirizzare la ricerca medica
- Realizzare e sostenere alcuni servizi amministrativi e tecnici (es: epidemiologia, statistica)
- Informare correttamente l'opinione pubblica



PROHTECT



Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

Funded by  
the European Union



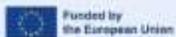
International Covenant on  
Economic Social and Cultural Rights

- ▼ 1966 Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) trattazione autonoma del diritto alla salute, poi mantenuta nelle fonti successive
  - ▼ NB entra in vigore solo nel '76
  - ▼ 1950-'60: Guerra fredda: viene meno il nemico comune (nazismo). Riprende contrapposizione ideologica potere di mercato vs pianificazione statale centralizzata

***NB l'esistenza del diritto alla salute è affermata ma non c'è accordo sui suoi fondamenti teorici né sulle misure per attuarlo***



PROHTECT



Funded by  
the European Union

Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

## BIBLIOGRAPHY

- Aperio Bella F (ed.) One Health: La tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari. Per un approccio olistico alla salute umana, animale e ambientale, Ed. Scient., 2022 (ISBN 979-12-5976-433-1).
- Bayerlein M, Villarreal P.A., “One Health” and Global Health Governance, SWP Comment, N. 43/2023. doi: 10.18449/2023C43.
- Bresalier M, Cassidy A, Woods A, One Health dans l’histoire, in Zinsstag J et al. (dir.) One health, une seule santé : Théorie et pratique des approches intégrées de la santé. [Nouvelle édition \[en ligne\]](#). Versailles : Éditions Quæ, 2020 (généré le 17 mai 2021).
- Bronzwaer S et al. One Health collaboration with and among EU Agencies – Bridging research and policy, One Health 15 (2022) 100464.
- Coli F, Schebesta H, One Health in the EU: The Next Future? in European Papers, Vol. 8, 2023, No 1, pp. 301-316. doi: 10.15166/2499-8249/652.
- Elnaïem A et al. Global and regional governance of One Health and implications for global health security, Lancet 2023; 401: 688–704, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01597-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01597-5).
- FAO, One Health legislation: Contributing to pandemic prevention through law, Rome, 2020 <https://doi.org/10.4060/ca9729en>
- Frumkin H (ed.), *Environmental Health. From global to local*, Hoboken, New Jersey, 2016.
- Global Plan of Action on One Health, FAO, UNEP WHO, and WOA, 2022, Towards a more comprehensive One Health, approach to global health threats at the human-animal-environment interface. Rome. <https://doi.org/10.4060/cc2289en>, p. 11.
- Hinchliffe S, Craddock S, One world, one health? Social science engagements with the one health agenda, Social Science & Medicine, 2015, Vol. 129, 1-4.
- Khan MS, Rothman-Ostrow P, Spencer J, et al. The growth and strategic functioning of One Health networks: a systematic analysis. Lancet Planet Health 2018; 2: e264–73.
- Luciani M., Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato, Italia, European Parliament, 2022, DOI:10.2861/020085.
- Negri, S., & Eccleston-Turner, M. (2022). One Health and Pathogen Sharing: Filling the Gap in the International Health Regulations to Strengthen Global Pandemic Preparedness and Response. International Organizations Law Review, 19(1), 188-214. <https://doi.org/10.1163/15723747-19010006>.
- One Health EJP (OHEJP), [Document on the Institutionalization of One Health](#), 2022.
- OHHLEP, Adisasmito WB, Almuhairi S, Behraves CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog 18(6): e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>.
- OHHLEP [One Health theory of change, 7 November 2022](#) (accessed October 2023).
- OHHLEP [Note of the record 8 & 9 June 2023](#), (accessed October 2023).
- Orentlicher D, Hervey T K (eds.), The Oxford Handbook of Comparative Health Law, Oxford, 2021.
- Phelan AL, Gostin LO, Law as a fixture between the One Health interfaces of emerging diseases. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2017 Jun 1;111(6):241-243. doi: 10.1093/trstmh/trx044.
- Pioggia A., Diritto sanitario e dei servizi sociali, Torino, 2024.
- Pelican K. et alii, *Synergizing tools for capacity assessment and One Health operationalization* Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz., 2019, 38 (1), 71–89: <https://doi.org/10.20506/rst.38.1.2942>
- Ragone G., One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale, in Corti sup. e salute, 3/2022.

- Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, Lancet 2015; 386: 1973–2028, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1).
- Salvatore V., Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato, Unione europea, European Parliament, 2021, DOI:10.2861/27164.
- Schneider M.C. et al., ‘One Health From Concept to Application in the Global World’ (2022) Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.
- Tobin J., The right to health in international law, Oxford, 2011;
- Violini L. (ed.) One Health dal paradigma alle implicazioni, Turin, 2023.
- Vesterinen HM et al., Strengthening multi-sectoral collaboration on critical health issues: One Health Systems Mapping and Analysis Resource Toolkit (OH-SMART) for operationalizing One Health. PLoS One. 2019 Jul 5;14(7):e0219197. doi: 10.1371/journal.pone.0219197.
- White GRT, Cicmil S, Knowledge acquisition through process mapping. International Journal of Productivity and Performance Management. 2016 Feb 18; 65(3):302–23.
- J Zinsstag et al., ‘From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being’ (2011) Preventive Veterinary Medicine 149.
- Zinsstag J et al. (dir.) One health, une seule santé : Théorie et pratique des approches intégrées de la santé. [Nouvelle édition \[en ligne\]](#). Versailles : Éditions Quæ, 2020 (généré le 17 mai 2021).

# Essential bibliography

# Modulo Jean Monnet PROHTECT - Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

Clinica legale Clinica Legale di policy One Health: la tutela  
della salute oltre i confini nazionali e disciplinari



PROHTECT

Promoting operationalisation of One Health Through EU juridical Tool



Funded by  
the European Union



GIURISPRUDENZA  
DIPARTIMENTO  
DI ECCELLENZA  
2018-2022  
2023-2027

## **Seconda parte: “One Health” da concetto ad approccio/strategia. Storia del OH nella sua evoluzione nell’era delle pandemie**



# Il legame tra salute umana, animale e ambientale nella storia



## ONE MEDICINE

- **Pratica medica:** numerosi contatti con il mondo animale (studi anatomici, studi patologie) in **ottica STRUMENTALE** rispetto alla salute umana.
  - 1550-1600 «**anatomia comparativa**» le similitudini tra corpo umano e animale consentono di apprendere (vivisezione, favorita dalla diffusione del metodo sperimentale)
- **Medicina premoderna: visione UNITARIA**
  - 1700 sviluppo di sistemi di classificazione degli animali che equiparano gli uomini alle scimmie nella categoria dei primati (Carlo Linneo 1707-1778)
  - fine '700: medicina comparativa: collega eventi metereologici e topologici alla salute umana e animale (Vicq d'Azyr 1749-1794)

«L'anima è la stessa in tutti gli esseri viventi, benché il corpo di ciascuno sia differente»  
(Ippocrate 460-370 a.C.)

**Tradizione cristiana:** ancora la distinzione tra umani e animali nella presenza dell'anima

# Umani e animali nella nascita della professione veterinaria



**Creazione della professione veterinaria:** Lione (1762) Alfort (1777) poi Torino, Padova, Parma ecc. Creazione delle prime scuole veterinarie

- ▶ aumento del ricorso agli animali per le sperimentazioni mediche
- ▶ aumento dell'opposizione alla vivisezione

*« per comprendere come vivono gli uomini e gli animali non si può evitare di veder morire un gran numero di essi» (Bernard, 1957).*

# Umani e animali nella nascita della professione veterinaria



- ▶ 1830 Scoperte mediche **sulla comunanza di patologie** uomo-animale (es. rabbia)
- ▶ 1859 Pubblicazione di *Le Origini della specie* Charles Darwin: riconduce tutti gli esseri viventi ad **antenati comuni**
- ▶ 1860-1870 diffusione dell'idea che **molte patologie discendono da germi**
  - nascita di vaccini (Louis Pasteur in Francia, vaccino colera; Robert Koch, Germania, vaccino tubercolosi ecc.)
  - contributo veterinari attraverso sperimentazione animali

## **FUNZIONE AMBIVALENTE per ONEHEALTH**

- germi come legame uomo/animale
- centralità germi/marginalizzazione ruolo ambiente

# Umani e animali nella medicina del XX secolo

## AMBIGUITÀ:

- ▶ Urbanizzazione: diminuzione dei contatti con animali (se non quelli conservabili in laboratorio)
- ▶ Importanza crescente della relazione uomo/animale con diffusione animali di compagnia
- ▶ Calvin **Schwabe**, ardente difensore della medicina comparativa, usa il termine «One Medicine» nella 3 ed. della sua opera «Veterinary Medicine and Human Health» (1984)
- ▶ Non c'è differenza di paradigma tra medicina umana e medicina veterinaria. Le due scienze condividono un corpus comune di conoscenze in anatomia, fisiologia, patologia, sulle origini delle malattie in tutte le specie



# Umani e animali nella medicina del XX secolo

## Le istituzioni

Le istituzioni dedicate alla salute umana e veterinaria prendono **percorsi paralleli**, destinati a non incontrarsi (organizzazioni ministeriali, istituzioni internazionali, percorsi universitari ecc.)

### ECCEZIONI

**1948 OMS** crea un'unità di **sanità pubblica veterinaria (VPH)** in seno alla sua Divisione sulle malattie trasmissibili

**1950 FAO/OMS** organizzano riunioni comuni che sfociano in programmi di collaborazione sulle zoonosi, l'igiene in materia di conservazione della carne e di educazione veterinaria.



World Health Organization



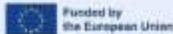


# Emergence e riemersione malattie infettive anni '80

AIDS/HIV, Ebola, Encefalopatia spongiforme bovina etc.  
Necessità visione INTEGRATA salute umana-animale-ambientale



PROHTECT



Funded by  
the European Union

Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

# Da One Medicine a One Health

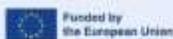
- ▼ 2000 “One Medicine”: moto di alleanza e convergenza della ricerca medica e veterinaria (strategie condivise di cura e vaccinazione)
- ▼ **«One World One Health»: prospettiva più larga, comprese scienze della vita e ambientali, e finalizzato specialmente alla lotta contro le malattie zoonotiche.**

**2004** prima riunione di esperti in malattie infettive e sanità pubblica organizzata dalla Wildlife Conservation Society -> **MANHATTAN PRINCIPLES (12)**

*«I recenti focolai virali (Ebola, SARS, mucca pazza, influenza aviaria) ci ricordano che la salute umana e quella animale sono intimamente connesse. Una comprensione più ampia della salute e della malattia richiede un'unità di approccio ottenibile solo attraverso una conciliazione della salute umana, degli animali domestici e della fauna selvatica - One Health. Fenomeni come la perdita di specie, il degrado dell'habitat, l'inquinamento, le specie aliene invasive e il cambiamento climatico globale stanno alterando profondamente la vita sul nostro pianeta, dalle aree selvagge terrestri e dalle profondità oceaniche alle città più densamente popolate. L'aumento delle malattie infettive emergenti e in ripresa minaccia non solo gli esseri umani (e le loro forniture alimentari ed economie), ma anche la fauna e la flora che comprendono la biodiversità ... Per vincere le battaglie contro le malattie del 21° secolo, garantendo al contempo l'integrità biologica della Terra per le generazioni future, sono necessari approcci interdisciplinari e intersettoriali alla prevenzione, sorveglianza, monitoraggio, controllo e mitigazione delle malattie, nonché alla conservazione dell'ambiente in senso più ampio»*



PROHTECT



Promoting operationalisation of One Health Through EU Juridical Tool

# I dodici principi di Manhattan esortano i leader mondiali, la società civile e gli esperti globali di sanità pubblica a:

1. riconoscere il **legame essenziale tra la salute di esseri umani, animali domestici e specie selvagge e la minaccia che le malattie** pongono alle persone, la sicurezza alimentare ed economica, ed alla biodiversità necessaria al mantenimento di un ambiente sano ed un ecosistema ben funzionante di cui noi tutti abbiamo bisogno.
2. Riconoscere che tutte le decisioni riguardanti **l'uso della terra e dell'acqua** presentano implicazioni rilevanti per la salute. Ogni qualvolta ignoriamo questa relazione si manifestano alterazioni dell'ecosistema e l'emergenza di nuove malattie.
3. Includere lo **studio della salute delle specie selvagge** come una componente essenziale della prevenzione globale delle malattie, la loro sorveglianza ed il loro controllo.
4. Riconoscere che i **programmi di sanità pubblica** possono contribuire in maniera rilevante alla conservazione delle varie specie.
5. Promuovere **approcci innovativi, olistici e proiettati nel futuro** della prevenzione, sorveglianza, il monitoraggio ed il controllo delle malattie emergenti e riemergenti, che prendano in considerazione la complessa interconnessione tra le specie.
6. Cercare opportunità per la **piena integrazione** tra una prospettiva di conservazione della biodiversità ed i bisogni umani quando si adottano misure per il controllo delle malattie infettive.
7. **Ridurre il commercio e regolare la conservazione e la caccia delle specie selvagge**, non solo per proteggere tali specie, ma anche per ridurre il rischio di trasmissione delle malattie, anche tra le specie, e lo sviluppo di nuovi ospiti per i patogeni.

# I dodici principi di Manhattan esortano i leader mondiali, la società civile e gli esperti globali di sanità pubblica a:

8. **Ridurre l'abbattimento programmato di specie selvagge libere** per il controllo delle malattie solo a specifiche situazioni basate su un consenso scientifico, multidisciplinare ed internazionale, che tale popolazione rappresenta effettivamente una significativa minaccia alla sanità pubblica, la sicurezza alimentare, o alle altre specie selvatiche.

9. Aumentare gli **investimenti in infrastrutture sanitarie globali**, sia umane sia animali, adeguate alla gravità delle minacce emergenti e riemergenti alla specie umana ed a quelle animali, rafforzando la **sorveglianza sanitaria su animali ed uomini** e **migliorando il coordinamento** tra agenzie governative e non governative, compagnie produttrici di vaccini e di farmaci, e tutti i possibili partner.

10. Creare una **collaborazione tra governi, popolazioni, settori pubblici, privati e nonprofit** per affrontare le sfide di salute globale e conservazione della biodiversità.

11. Fornire risorse e supporto allo sviluppo di **network globale di sorveglianza sanitaria sulle specie selvatiche** in grado di scambiare informazioni con il sistema di sanità pubblica e veterinario come parte di un sistema di allerta per l'emergenza e la ri-emergenza delle malattie.

12. Investire in **educazione e sensibilizzazione** della popolazione mondiale per influenzare il processo politico atto a migliorare la consapevolezza che dobbiamo capire meglio la relazione tra salute e integrità dell'ecosistema per migliorare con successo le prospettive sanitarie del un pianeta

# Dai principi di Manhattan (2004) ai principi di Berlino (2019)

**Conferenza « One Planet, One Health, One Future» presentazione dell'aggiornamento dei principi di Manhattan a più di 200 esperti di tutto il mondo**

We urge world leaders, governments, civil society, the global health and conservation communities, academia and scientific institutions, business, finance leaders, and investment holders to:

- 1) Recognize **and take action** to: retain the essential health links between humans, wildlife, domesticated animals and plants, and all nature; and **ensure the conservation and protection of biodiversity**, which interwoven with intact and functional ecosystems provides the critical foundational infrastructure of life, health and well-being on our planet;
- 2) **Take action** to develop strong institutions that integrate understanding of human and animal health with the health of the environment and invest in the **translation of robust science-based knowledge into policy and practice**;
- 3) **Take action to combat the current climate crisis**, which is creating new severe threats to human, animal and environmental health, and exacerbating existing challenges;
- 4) Recognize that decisions regarding land, air, sea, and freshwater use directly impact health and wellbeing of humans, animals and ecosystems and that alterations in ecosystems paired with decreased resilience **generate shifts in communicable and non-communicable disease emergence**, exacerbation and spread; and take action accordingly to eliminate or mitigate these impacts;

# Dai principi di Manhattan (2004) ai principi di Berlino (2019)

**Conferenza « One Planet,  
One Health, One Future»  
presentazione  
dell'aggiornamento dei  
principi di Manhattan a più  
di 200 esperti di tutto il  
mondo**

- 5) Devise adaptive, holistic and forward-looking approaches to the detection, prevention, monitoring, control and mitigation of emerging/resurging diseases and exacerbating communicable **and non-communicable diseases**, that incorporate the complex interconnections among species, ecosystems, and human society, while accounting fully for harmful economic drivers, and perverse subsidies;
- 6) **Take action to meaningfully integrate biodiversity conservation** perspectives and human health and well-being when developing solutions for communicable and non-communicable disease threats;
- 7) Increase cross-sectoral investment in the global human, livestock, wildlife, plant and ecosystem health infrastructure and international funding mechanisms for the protection of ecosystems, commensurate with the serious nature of **emerging/resurging and exacerbating communicable and non-communicable disease threats** to life on our planet;
- 8) Enhance capacity for **cross-sectoral and trans-disciplinary health surveillance** and clear, timely **information sharing** to improve coordination of responses among governments and NGOs, health, academia and other institutions, industry and other stakeholders;
- 9) **Form** participatory, collaborative **relationships** among governments, NGOs, and Indigenous Peoples and local communities while strengthening the public sector to meet the challenges of global health and biodiversity conservation; and
- 10) **Invest in educating and raising awareness for global citizenship and holistic planetary health approaches** among children and adults in schools, communities, and universities while also influencing policy processes to increase recognition that human health ultimately depends on ecosystem integrity and a healthy planet.

# One Health nelle Istituzioni

- ▼ 2010 **accordo tripartito** FAO/OIE/WHO sull'approccio OneHealth
- ▼ 2015 **Piano d'azione mondiale** OMS per combattere la resistenza agli antibiotici, in collaborazione con FAO e OIE
- ▼ 2015 **Quadro mondiale** per l'eliminazione della rabbia negli umani (OMS, OIE, FAO + Alleanza globale contro la rabbia)
- ▼ 2017 **Gruppo speciale** coordinamento interistituzionale sulla resistenza antibiotica
- ▼ 2018 **protocollo di accordo comune** per rinforzare cooperazione nella lotta alle minacce sanitarie all'intersezione tra uomo, animale e ambiente
- ▼ 2019 **Guida tripartita** per affrontare infezioni zoonotiche «Taking a Multisectoral, One Health Approach»



**World Health  
Organization**



# Partecipazione Banca Mondiale e UNEP

- ▶ 2018 World Bank pubblica un Quadro operativo per il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici umani, animali e ambientali alla loro interfaccia
- ▶ 2019 Coinvolgimento da parte del Segretario Generale ONU nel gruppo speciale inter istituzionale sulla resistenza antibiotica

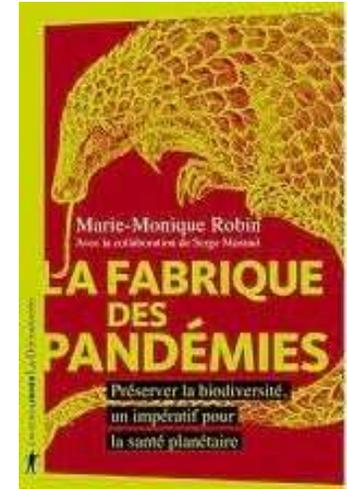


# Primo One Health Day Italiano - 3 novembre 2017



# One Health e fonti divulgative

- Più del 70% delle malattie emergenti (es. Ebola, Zika etc.) e quasi tutte le pandemie conosciute (HIV/AIDS, COVID-19), sono di origine zoonotica, ovvero sono causate da microbi di origine animale. Questi microbi operano il salto di specie (c.d. «spill over») a causa del contatto tra fauna selvatica, bestiame e persone.
- Si stima che esistano circa 1,7 milioni di virus attualmente sconosciuti nei mammiferi e negli ospiti aviari. Di questi, 631.000–827.000 potrebbero avere la capacità di infettare gli esseri umani.



# Dichiarazione di Roma (Global Health Summit 21 maggio 2021)

## Principi

2) **Work towards and better support the full implementation of, monitoring of and compliance with the IHR, and enhanced implementation of the multi-sectoral, evidence based One Health approach** to address risks emerging from the human-animal-environment interface, the threat of antimicrobial resistance, noting the role of relevant international organisations in that regard and encourage new public health guidance in consultation with relevant health organisations on international travel by air or sea, including cruise ships.



# La Costituzione italiana

**Legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1** *"Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente"*.

## **Art. 9 Cost.**

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 Cost.**

L'iniziativa economica privata è libera.

Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno **alla salute, all'ambiente**, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.

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**.

## BIBLIOGRAPHY

- Aperio Bella F (ed.) One Health: La tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari. Per un approccio olistico alla salute umana, animale e ambientale, Ed. Scient., 2022 (ISBN 979-12-5976-433-1).
- Bayerlein M, Villarreal P.A., “One Health” and Global Health Governance, SWP Comment, N. 43/2023. doi: 10.18449/2023C43.
- Bresalier M, Cassidy A, Woods A, One Health dans l’histoire, in Zinsstag J et al. (dir.) One health, une seule santé : Théorie et pratique des approches intégrées de la santé. [Nouvelle édition \[en ligne\]](#). Versailles : Éditions Quæ, 2020 (généré le 17 mai 2021).
- Bronzwaer S et al. One Health collaboration with and among EU Agencies – Bridging research and policy, One Health 15 (2022) 100464.
- Coli F, Schebesta H, One Health in the EU: The Next Future? in European Papers, Vol. 8, 2023, No 1, pp. 301-316. doi: 10.15166/2499-8249/652.
- Elnaïem A et al. Global and regional governance of One Health and implications for global health security, Lancet 2023; 401: 688–704, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01597-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01597-5).
- FAO, One Health legislation: Contributing to pandemic prevention through law, Rome, 2020 <https://doi.org/10.4060/ca9729en>
- Frumkin H (ed.), *Environmental Health. From global to local*, Hoboken, New Jersey, 2016.
- Global Plan of Action on One Health, FAO, UNEP WHO, and WOA, 2022, Towards a more comprehensive One Health, approach to global health threats at the human-animal-environment interface. Rome. <https://doi.org/10.4060/cc2289en>, p. 11.
- Hincliffe S, Craddock S, One world, one health? Social science engagements with the one health agenda, Social Science & Medicine, 2015, Vol. 129, 1-4.
- Khan MS, Rothman-Ostrow P, Spencer J, et al. The growth and strategic functioning of One Health networks: a systematic analysis. Lancet Planet Health 2018; 2: e264–73.
- Luciani M., Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato, Italia, European Parliament, 2022, DOI:10.2861/020085.
- Negri, S., & Eccleston-Turner, M. (2022). One Health and Pathogen Sharing: Filling the Gap in the International Health Regulations to Strengthen Global Pandemic Preparedness and Response. International Organizations Law Review, 19(1), 188-214. <https://doi.org/10.1163/15723747-19010006>.
- One Health EJP (OHEJP), [Document on the Institutionalization of One Health](#), 2022.
- OHHLEP, Adisasmito WB, Almuhairi S, Behraves CB, Bilivogui P, Bukachi SA, et al. (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. PLoS Pathog 18(6): e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>.
- OHHLEP [One Health theory of change, 7 November 2022](#) (accessed October 2023).
- OHHLEP [Note of the record 8 & 9 June 2023](#), (accessed October 2023).
- Orentlicher D, Hervey T K (eds.), The Oxford Handbook of Comparative Health Law, Oxford, 2021.
- Phelan AL, Gostin LO, Law as a fixture between the One Health interfaces of emerging diseases. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2017 Jun 1;111(6):241-243. doi: 10.1093/trstmh/trx044.
- Pioggia A., Diritto sanitario e dei servizi sociali, Torino, 2024.
- Pelican K. et alii, *Synergizing tools for capacity assessment and One Health operationalization* Rev. Sci. Tech. Off. Int. Epiz., 2019, 38 (1), 71–89: <https://doi.org/10.20506/rst.38.1.2942>
- Ragone G., One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale, in Corti sup. e salute, 3/2022.

- Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, Lancet 2015; 386: 1973–2028, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1).
- Salvatore V., Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato, Unione europea, European Parliament, 2021, DOI:10.2861/27164.
- Schneider M.C. et al., ‘One Health From Concept to Application in the Global World’ (2022) Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.
- Tobin J., The right to health in international law, Oxford, 2011;
- Violini L. (ed.) One Health dal paradigma alle implicazioni, Turin, 2023.
- Vesterinen HM et al., Strengthening multi-sectoral collaboration on critical health issues: One Health Systems Mapping and Analysis Resource Toolkit (OH-SMART) for operationalizing One Health. PLoS One. 2019 Jul 5;14(7):e0219197. doi: 10.1371/journal.pone.0219197.
- White GRT, Cicmil S, Knowledge acquisition through process mapping. International Journal of Productivity and Performance Management. 2016 Feb 18; 65(3):302–23.
- J Zinsstag et al., ‘From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being’ (2011) Preventive Veterinary Medicine 149.
- Zinsstag J et al. (dir.) One health, une seule santé : Théorie et pratique des approches intégrées de la santé. [Nouvelle édition \[en ligne\]](#). Versailles : Éditions Quæ, 2020 (généré le 17 mai 2021).

# Essential bibliography