

# Medicina sociale e bioetica

Laura Palazzani\*

## SOCIAL MEDICINE AND BIOETHICS

**ABSTRACT:** This article analyzes the role of bioethics within the context of social medicine and public health, with a particular focus on the social determinants of health, as framed within the bio-psycho-social model of health and illness. Special attention is given to situational vulnerability and inequities in access to healthcare. The analysis also considers behavioral and environmental determinants, as they relate to social determinants, and highlights the necessary transformations in public policy, especially regarding the need for health literacy and education.

**KEYWORDS:** Bioethics; social determinants of health; situational vulnerability; health inequities; health literacy and education

**ABSTRACT:** Il contributo analizza il ruolo della bioetica nel contesto della medicina sociale e della salute pubblica con particolare attenzione ai determinanti sociali della salute nell'ambito della concezione bio-psico-sociale della salute e malattia, alla vulnerabilità situazionale e alle iniquità di accesso alla salute. Sono analizzati anche i determinanti comportamentali e ambientali, connessi ai determinanti sociali, e le trasformazioni necessarie delle politiche pubbliche con particolare attenzione alle esigenze di alfabetizzazione sanitaria ed educazione.

**PAROLE CHIAVE:** Bioetica; determinanti sociali della salute; vulnerabilità situazionale; iniquità di accesso alla salute; alfabetizzazione sanitaria e educazione

**SOMMARIO:** 1. Medicina sociale e salute: il contributo della bioetica – 2. I determinanti sociali della salute e nuove vulnerabilità – 3. Le disuguaglianze e l'accesso alla salute – 4. I determinanti comportamentali della salute: verso una salute "sartoriale" – 5. I determinanti ambientali della salute: la salute globale e *one-health* – 6. Quali politiche pubbliche di fronte alle trasformazioni della salute? – 7. Il ruolo dell'informazione, dell'alfabetizzazione sanitaria e dell'educazione.

## 1. Medicina sociale e salute pubblica: il contributo della bioetica

**L**a medicina sociale è una branca della medicina che studia il rapporto tra salute, malattia e società in generale, partendo dalla considerazione che la salute è il benessere fisico-psichico e so-

\* Professore Ordinario di Filosofia del diritto, Università LUMSA. Mail: [palazzani@lumsa.it](mailto:palazzani@lumsa.it). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

ziale e che dunque la malattia è la patologia fisica e mentale, strettamente connessa al disagio sociale. Con l'ampliamento del concetto di salute e malattia mediante l'introduzione del paradigma bio-psico-sociale (dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948)<sup>11</sup> sono divenuti rilevanti i fattori sociali nella medicina, come le condizioni di vita, il lavoro, l'istruzione, la povertà e le disuguaglianze. La medicina sociale cerca di capire l'impatto dei fattori sociali sulla salute e come la società influisce sulla salute delle persone e promuove interventi che migliorino il benessere collettivo, non solo attraverso cure mediche (terapie), ma anche attraverso politiche sociali, che mirano a cambiare le condizioni sociali per migliorare la salute. La medicina sociale amplia il concetto di salute, riconoscendo che non basta curare il singolo individuo, ma bisogna anche trasformare le condizioni sociali che causano malattie o impediscono il benessere<sup>2</sup>.

La medicina sociale è una dimensione della medicina strettamente legata a igiene, medicina preventiva, medicina legale, medicina del lavoro, medicina interna, epidemiologia, ma anche alle scienze sociali, quali la psicologia sociale, la sociologia, l'antropologia. La medicina sociale ha pertanto basi interdisciplinari per l'identificazione dei bisogni sanitari sociali o socio-sanitari, l'identificazione delle malattie sociali al fine di identificare i percorsi di prevenzione, protezione, educazione. In questo ambito si potrebbe identificare la medicina sociale con la salute pubblica, tema divenuto sempre più centrale anche a seguito della pandemia, in cui è emerso in modo molto evidente il legame tra comportamenti sociali e salute individuale. Al punto che diventa oggi quasi difficile parlare di medicina individuale senza anche parlare di medicina sociale o medicina di comunità, essendo l'individuo un essere relazionale.

La salute pubblica pone particolare attenzione all'analisi delle cause sociali della malattia (es. povertà, esclusione, discriminazione), promuove la prevenzione (e non solo curare le conseguenze), al fine di ridurre le disuguaglianze sanitarie e assicurare la giustizia sanitaria. Ne sono esempi le politiche sociali che mirano a migliorare le condizioni igienico-sanitarie in quartieri svantaggiati, campagne contro il fumo, l'alcool e la tossicodipendenza nelle scuole o nei luoghi pubblici, politiche per facilitare l'accesso ai servizi sanitari per i migranti in una società multietnica o per chi ha redditi bassi (nel contesto del Sistema Sanitario Nazionale), analisi del legame tra disoccupazione e depressione.

Il rapporto tra medicina sociale e bioetica è profondo e complementare<sup>3</sup>. Entrambe si occupano della salute e del benessere umano, ma da prospettive diverse che si arricchiscono a vicenda. I temi che si intersecano sono: l'analisi delle nuove vulnerabilità "situazionali" dovute a condizioni socio-economiche e culturali<sup>4</sup>; la riflessione sulla responsabilità collettiva quale dovere delle politiche pubbliche di creare condizioni per la salute degli individui nel rispetto della dignità umana e del bene comune<sup>5</sup>; l'analisi della giustizia e della equità come indispensabile valore nella distribuzione delle risorse scarse per la garanzia dell'accesso alla salute per tutti; la promozione dell'informazione, della comunicazione, dell'educazione per la comprensione dei comportamenti che facilitano buone condizioni di salute individuali e collettive; l'elaborazione di politiche sociali, nel contesto delle politiche sanitarie, per prevenire, mitigare e supera-

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Constitution of the World Health Organization*, 7 April 1948.

<sup>2</sup> G. LA TORRE, *Medicina sociale*, in E. SGRECCIA, A. TARANTINO (a cura di), *Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica*, Napoli, 2015, 439-445.

<sup>3</sup> R.J. DOUGHERTY, J. J. FINS, *Toward a Social Bioethics Through Interpretivism: A Framework for Healthcare Ethics*, in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 33, 2024, 6-16.

<sup>4</sup> R. PEGORARO, L. SANDONÀ (a cura di), *Vulnerabilità, una sfida per la bioetica*, Milano, 2024.

<sup>5</sup> M. SERIO, *Lineamenti di bioetica e public health. La salute come bene comune*, Soveria Mannelli, 2024.

re condizioni sociali che compromettono la salute (es. la definizione di politiche per la produzione, il commercio, la pubblicizzazione, la distribuzione o la tassazione di prodotti nocivi per la salute).

## 2. I determinanti sociali della salute e nuove vulnerabilità

Nel contesto del concetto bio-psico-sociale di salute/malattia emerge sempre più la consapevolezza del rilievo delle condizioni esistenziali, da un lato, e socio-culturali, dall'altro lato, nell'identificazione dei bisogni di salute. Emerge in modo sempre più evidente che la salute dipende dalle condizioni fisiche e psichiche individuali (età, sesso) e dalle condizioni socio-culturali (luogo, periodo storico, condizioni economiche e politiche, contesto sociale e culturale).

Circostanze interne ed esterne possono influenzare la manifestazione dei bisogni e la condizione di salute: ciò si evidenzia nella trasformazione dei concetti di bisogno e di vulnerabilità, declinati in relazione all'età (persona di minore età, adulta, anziana) e al sesso (maschi, femmine), oltre che in relazione all'esposizione ai fattori esterni, quali possono essere circostanze storiche, sociali, culturali, economiche, politiche. Persone che vivono in luoghi, tempi, contesti diversi – a parità di condizioni fisiche – possono avere bisogni diversi e livelli di salute differenti. Si parla di “vulnerabilità esistenziale” e “vulnerabilità situazionale”, in relazione ai diversi fattori interni e/o esterni che possono intrecciarsi<sup>6</sup>.

Sul piano esistenziale, la ricerca evidenzia in modo sempre più chiaro come i bisogni di salute vanno declinati in modo specifico in base alla differenza di età e alle differenze sessuali. Persone di minore età, adulte, anziane, hanno condizioni fisiologiche diverse, variabili da individuo a individuo, ma emerge in modo permanente che la condizione di assimilazione di farmaci (farmacocinetica e farmacodinamica) è correlata alla fase di vita vissuta: le persone di minore età non sono “piccoli adulti” e gli anziani non sono “adulti in età avanzata”, ma minori e anziani necessitano di una sperimentazione di farmaci “ad hoc”, non solo la riduzione o l'aumento di dosaggi rispetto ai farmaci sperimentati su adulti, ma calcolato in base allo stadio di vita raggiunto<sup>7</sup>. Analogo argomento riguarda la differenza sessuale: la cosiddetta “medicina di genere” indica l'esigenza di una declinazione della salute e della cura specifica in base alla sessualità maschile e femminile, in quanto il modo di reagire ai farmaci e assimilare i farmaci è differente, in particolare per le donne a causa delle variazioni delle condizioni fisiologiche<sup>8</sup>.

Sul piano situazionale, socio-economico, i livelli di reddito e la distribuzione della ricchezza nella popolazione influenzano i bisogni e l'esposizione al rischio per la salute. La scarsità di risorse economiche può condizionare l'accesso alle cure e all'assistenza, e al tempo stesso può influire sul comportamento sociale del soggetto. Con precarie condizioni economiche, individui possono essere costretti a vivere in alloggi inadeguati, con condizioni igieniche inappropriate o situazioni di affollamento: tutti fattori che au-

<sup>6</sup> Cfr. F. MACIOCE, *The Politics of Vulnerable Groups. Implications for Philosophy, Law, and Political Theory*, Cham, 2022; O. GIOLO, B. PASTORE (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Roma, 2015; G. ZANETTI, *Filosofia della vulnerabilità. Percezione, discriminazione, diritto*, Roma, 2019; B. PASTORE, *Semantica della vulnerabilità, soggetto, cultura giuridica*, Torino, 2021.

<sup>7</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica con l'infanzia*, 22 gennaio 1994; COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006.

<sup>8</sup> S. GARATTINI, R. BANZI, *La medicina che penalizza le donne*, Torino, 2022.

mentano il rischio di malattie<sup>9</sup>. Condizioni socio-economiche sfavorevoli si intrecciano con altri fattori nel determinare condizioni di vulnerabilità per particolari gruppi sociali, come ad esempio le minoranze etniche<sup>10</sup>. Fattori di vulnerabilità sono legati anche alla “alfabetizzazione sanitaria” (la c.d. *health literacy*). Il grado di competenza o di consapevolezza con il quale le persone ottengono, recepiscono e valutano le informazioni, al fine di prendere decisioni rispetto alla propria salute, è legato sia al livello generale di educazione ricevuta sia alla capacità di utilizzare le tecnologie dell’informazione. L’educazione è generalmente scarsa nelle persone con condizioni socio-economiche inferiori e spesso è molto deficitaria in gruppi quali le minoranze etniche, le persone migranti in condizioni di irregolarità rispetto alla legislazione vigente, in ragione di barriere linguistiche, scarsa conoscenza delle procedure e dei meccanismi burocratici, della mancanza di reti relazionali di supporto. In questo contesto va ricordata la diversa declinazione della salute e dei bisogni nell’ambito delle diverse culture, tra “multiculturalismo” che le ritiene relativisticamente equivalenti<sup>11</sup> e “interculturalismo” che declina la salute in base alla specifica cultura, ritenendo che alcune richieste o bisogni emergenti da una cultura possano essere accolti nei limiti del rispetto dell’integrità del corpo, intesa in senso psico-fisico, inteso come diritto fondamentale<sup>12</sup>. In questo contesto, le tradizionali e le nuove condizioni di vulnerabilità esigono strumenti di mitigazione. È necessario tenere in considerazione quei bisogni specifici che i gruppi vulnerabili manifestano in un dato contesto. Questa dimensione sottolinea la necessità di ripensare il sistema di welfare nelle politiche pubbliche, declinato rispetto alla specificità delle esigenze di salute, esistenziali e situazionali<sup>13</sup>.

### 3. Le disuguaglianze e l’accesso alla salute

Il tema delle vulnerabilità situazionali in bioetica è strettamente connesso al tema della distribuzione delle risorse sanitarie e delle garanzie di accesso alla salute. La medicina sociale evidenzia la rilevanza dei fattori sociali sulla salute degli individui e abbraccia, in contrapposizione alla visione libertaria individualistica (che punta l’attenzione sull’autodeterminazione individuale) e alla visione utilitarista (che su basa sul calcolo costi/benefici e sulla qualità di vita), una visione bioetica che riconosce la centralità dell’uguaglianza tra gli esseri umani nell’accesso alle cure. L’intervento dello Stato (o Stato del benessere) è considerato rilevante per evitare gli inconvenienti del libero mercato. Secondo la visione dell’egualitarismo sociale, la società si deve fare carico delle disuguaglianze derivanti dalla “lotteria naturale” e dalla “lotteria sociale”: le disuguaglianze naturali e sociali vanno corrette e riparate in quanto ritenute ingiuste, nel continuo sforzo di compensazione delle differenze. Cura ed assistenza sanitaria sono considerati bisogni fondamentali che vanno garantiti al cittadino, “massimizzando il minimo”, ossia

<sup>9</sup> M. GENSABELLA, *Vulnerabilità e cura: bioetica ed esperienza del limite*, Soveria Mannelli (CZ), 2008; T. TEN HAVE, *Respect for Human Vulnerability: the Emergence of a New Principle in Bioethics*, in *Bioethical Inquiry*, 12, 2015, 400.

<sup>10</sup> G.E. HENDERSON, *What Bioethicists Need to Know About the Social Determinants of Health - and Why*, in *Perspectives in Biology and Medicine*, 65, 2022, 664-671.

<sup>11</sup> AA.VV., *Medicina e multiculturalismo: dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, Bologna, 2000.

<sup>12</sup> I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati fuori luogo: medicina interculturale*, Milano, 2012; G. BONIOLO, E. MARTINELLI (a cura di), *La cura del paziente e la diversità spirituale: per una medicina interculturale*, Milano, 2024.

<sup>13</sup> UNESCO, INTERNATIONAL BIOETHICS COMMITTEE (IBC), *The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity*, 2013.

aumentando la possibilità e l'opportunità di accesso alle cure e all'assistenza per i meno avvantaggiati, considerando tali condizioni "immeritate limitazioni di opportunità" che vanno ristabilite.

Sulla stessa linea, la teoria personalista che pone al centro il riconoscimento della dignità intrinseca dell'essere umano, intende la giustizia nel significato di "non danneggiare alcuno", come proteggere (in senso negativo) e rispettare (in senso positivo) la vita di ogni essere umano e nel significato di "dare a ciascuno il suo", come riconoscere ad ogni essere umano ciò che gli "spetta" ontologicamente, in forza della stessa natura umana. Secondo questo modo di intendere la giustizia, ogni essere umano ha sostanzialmente gli stessi diritti di qualsiasi altro essere umano pur nella diversità di condizioni. In questo ambito si riconosce il dovere diretto della società di salvaguardare il bene comune, come l'insieme delle condizioni che promuovono e difendono la dignità umana: in tal senso le disuguaglianze naturali e sociali sono considerate inique, e alla società spetta il compito di ristabilire, per quanto possibile, un equilibrio sociale, operando attraverso il bene delle singole persone.

Pur nella diversità argomentativa, tali teorie, applicate alla selezione dei pazienti per l'accesso alle cure, riconoscono come unico criterio applicabile quello della valutazione medica oggettiva, caso per caso, della condizione clinica del paziente, dell'urgenza e della gravità della condizione (considerando la condizione della malattia o l'eventuale presenza di altre malattie) e della presumibile efficacia prognostica del trattamento in termini di probabile guarigione, secondo i criteri di proporzionalità ed appropriatezza. Qualsiasi deviazione dalla logica della uguaglianza e dell'equità (come giustizia del caso singolo), introduce elementi arbitrari di discriminazione. Il criterio dell'età o della preferenza della vita meno vissuta e aperta al futuro rispetto alla vita più vissuta, della qualità di vita probabile, della disponibilità finanziaria, del ruolo sociale, della disabilità o dipendenza, della capacità o efficienza produttiva, del costo sociale, della responsabilità rispetto alla patologia contratta, della nazionalità, dell'etnia, sono tutti criteri ritenuti inaccettabili in quanto extra-medici, che stabiliscono arbitrariamente ed estrinsecamente disuguaglianze tra gli individui umani.

Il punto di partenza è il riconoscimento "di principio" che tutti devono essere curati. Se "di fatto" le circostanze (quali la scarsità di risorse) costringono inevitabilmente a non potere curare tutti, ma a curare alcuni e non altri, il criterio non può essere definito su basi soggettive o sociali (non mediche), ma dovrebbe essere definito solo su basi oggettive (mediche), ossia sulla base delle condizioni cliniche del paziente<sup>14</sup>. È evidente che le risorse scarse non possono essere usate male e sprecate, ma devono essere efficaci, ossia usate per salvare vite umane. Ma non bisogna dimenticare che al centro vanno posti i bisogni di ogni persona malata. Proprio coloro che sono più vulnerabili, come le persone anziane o con disabilità, le persone povere, non devono essere emarginate da logiche selettive ispirate all'individualismo o alla convenienza sociale. Questo non significa comunque trattare "ad ogni costo" o attuare pratiche di accanimento clinico, che devono essere sempre doverosamente sospese quando sproporzionate, inefficaci e gravose, così come va rispettata l'autonomia del paziente di rifiuto o rinuncia a trattamenti, con la verifica della consapevolezza e della piena informazione delle conseguenze (secondo la Legge 219/2017).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica in Italia nel parere *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"* (8 aprile 2020) partendo dai principi Co-

<sup>14</sup> S. Ricci, *Atto Medico. Evoluzione e Valore Sociale*, Roma, 2000.

stituzionali (in particolare l'art. 32 sulla tutela della salute, l'art. 2 sui doveri di solidarietà e l'art. 3 sull'uguaglianza) e dalla Legge 833 (1978), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ribadisce che «è doveroso fare sempre tutto il possibile per garantire a tutti, nessuno escluso», rispettando «i principi di giustizia, equità e solidarietà, per offrire a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito». Il criterio clinico è considerato il più adeguato punto di riferimento per l'allocatione delle risorse, sottolineando che «ogni altro criterio di selezione definito aprioristicamente, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile». Con riferimento al triage in emergenza pandemica, il documento esplicita i criteri di "appropriatezza clinica", intesa come valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento all'urgenza e alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione e il criterio di "attualità", che include, oltre ai pazienti "fisicamente presenti", anche la "comunità dei pazienti" (non solo ammalati di Covid-19), ammettendo la revisione di liste di attesa includendo anche i pazienti che sono stati valutati e osservati da un punto di vista clinico, collocati temporaneamente in reparti subintensivi o a domicilio, ma che si aggravano improvvisamente. Una decisione e programmazione, quella del triage, che deve sempre «evitare la formazione di categorie di persone che poi risultino svantaggiate e discriminate»<sup>15</sup>.

#### 4. I determinanti comportamentali della salute: verso una salute "sartoriale"

Non solo le condizioni sociali sono fattori che determinano la salute, ma anche i comportamenti dei singoli e il c.d. stile di vita. È questo un elemento che emerge nel contesto della medicina di precisione, nata a seguito della rapida accelerazione delle tecnologie genetiche di sequenziamento genomico. L'obiettivo della medicina di precisione è quello di definire l'ereditarietà genetica delle malattie e di comprendere la modulazione dell'ambiente sul genoma nei diversi individui: ciò consentirebbe di "personalizzare" la medicina e le terapie, misurando in modo preciso la suscettibilità e la resistenza di ogni persona nei confronti delle malattie comuni. Il sequenziamento genetico su vasta scala e l'analisi bioinformatica consentono l'analisi massiva di dati (i c.d. *big data*) correlati alle informazioni sugli stili di vita delle persone e i determinanti socio-ambientali, mediante algoritmi. Tali tecniche stanno avendo un crescente utilizzo nell'ambito della ricerca e in ambito clinico, che si inserisce in qualche misura anche nella medicina sociale.

Si parla della "medicina della 4P", ossia medicina preventiva, predittiva, personalizzata, partecipativa<sup>16</sup>. Una medicina rivolta al cittadino, che identifica precocemente le malattie e la suscettibilità a determinate malattie, con un coinvolgimento diretto e attivo nelle conoscenze e nell'adozione di stili di vita. L'obiettivo è quello di analizzare la variabilità individuale nel rapporto fra genetica, società e ambiente, con riferimento alla biografia dell'individuo, allo stile di vita, ai fattori esterni, al fine di identifica-

<sup>15</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020.

<sup>16</sup> M. FLORES, G. GLUSMAN, K. BROGAARD, N.D. PRICE, L. HOOD, *P4 Medicine: how Systems Medicine will Transform the Healthcare Sector and Society*, in *Personalized Medicine*, 10, 2013, 565–576.



re il giusto trattamento per il giusto paziente nel momento opportuno, contro la generalizzazione per categorie e protocolli<sup>17</sup>.

L'obiettivo della medicina di precisione delinea scenari nuovi, con vantaggi e limiti: vantaggi per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi di patologie, perché una precoce informazione in merito al rischio di contrarre una specifica patologia può portare importanti benefici in termini di prevenzione e controllo, con la possibilità di una terapia personalizzata in base alle specifiche esigenze; i limiti sono dati dal fatto che dalla consapevolezza del rischio presente e futuro possono derivare effetti negativi dal punto di vista psicologico, in specie per patologie incurabili allo stato attuale delle conoscenze scientifiche.

Questa trasformazione della medicina spinge verso un cambiamento delle politiche pubbliche, da un lato con un rafforzamento della prevenzione mediante l'educazione a stili di vita adeguati, anche mediante *nudging*, ossia la "spintarella gentile" che agevoli scelte favorevoli per la salute, e dall'altro lato con la responsabilizzazione dei cittadini rispetto alle proprie condizioni di salute, che non sia una limitazione della libertà individuale, ma l'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle condizioni individuali per migliorare la propria vita e salute. In questo contesto è in atto una revisione anche delle politiche pubbliche relative alla privacy, che consentano di proteggere i dati personali degli individui (mediante codificazione e pseudonimizzazione) per evitare abusi in particolare da assicurazioni sanitarie e datori di lavoro, ma al tempo stesso di condividere campioni biologici e dati con una *governance* che non ostacoli la ricerca, basata sulla raccolta e confronto di dati personali (genetici e ambientali)<sup>18</sup>.

## 5. I determinanti ambientali della salute: la salute globale e *one-health*

Il concetto di *one health* allarga ulteriormente la medicina sociale includendo anche la medicina ambientale<sup>19</sup>. È il concetto di "salute globale", che si è progressivamente diffuso nella consapevolezza che la salute sia un bene comune di tutti, oltre le barriere geografiche e i confini politici. Alla salute globale, *one health* aggiunge anche la presa di coscienza della stretta connessione tra la salute umana, la salute degli animali, la salute dell'ambiente. Si parla infatti di *planetary health* per indicare l'estensione della salute a tutti gli organismi viventi umani e non umani. *One health* è dunque una concezione di salute allargata, basata su un approccio integrato che mira ad equilibrare in modo sostenibile la salute di persone, animali (domestici e selvatici) ed ecosistemi (piante e ambiente in generale) collegati tra loro. È un approccio che spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute dei cittadini e degli ecosistemi, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> The US National Academy of Sciences, *Report Toward Precision Medicine*, 2011; The US National Institutes of Health, *All of US Research Program*, 20 January 2015; EU, *1 + Million Genomes (1+MG) Initiative*, 2018.

<sup>18</sup> UNESCO, INTERNATIONAL BIOETHICS COMMITTEE (IBC), *Report of the IBC on Updating Its Reflection on the Human Genome and Human Rights*, 2 October 2015; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Gestione degli "incidental findings" nelle indagini genomiche con le nuove piattaforme tecnologiche*, 17 marzo 2016.

<sup>19</sup> F. LIRUSSI, E. ZIGLIO, *One Health: un approccio e un metodo non più rinviabili*, in *Scienza in rete*, pubblicato online l'8 febbraio 2021; F. LIRUSSI, D. CURBELO PÉREZ, E. ZIGLIO, *One Health and New Tools to Promote Health from a Holistic and Environmental Perspective*, in *Revista Iberoamericana de Bioética*, 16, 2021, 1–15.

<sup>20</sup> Con l'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite nella condivisione con World Health Organization, Food and Agriculture Organization e World Organization for Animal Health nel 2022, è stato lanciato il "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26) ove "one Health" coincide con «approccio integrato e unifi-

Stiamo acquisendo consapevolezza che il cambiamento climatico, l'inquinamento, lo sfruttamento indebito delle risorse naturali incidono sulla nostra salute; stiamo acquisendo consapevolezza delle relazioni che intercorrono tra i bisogni dei singoli e della popolazione mondiale, i bisogni di salute umani e non umani che includono animali e ambiente, sia in relazione alla diffusione delle malattie (e dunque al dovere di contrastarle) che alla distribuzione delle risorse volte alla ricerca e alla prevenzione/cura<sup>21</sup>.

Ciò che emerge da questa concezione ampia di salute è l'esigenza di una ricerca transdisciplinare che includa nel confronto e nel dialogo medicina, psicologia, sociologia, antropologia, economia, diritto, etica, veterinaria, competenza ambientale. Anche l'organizzazione sanitaria delle politiche va ripensata: *health in all policies* indica l'esigenza che la salute sia oggetto non solo nelle politiche sanitarie, ma anche nelle politiche sociali, economiche, veterinarie e ambientali. Nella ricerca i medici dovrebbero collaborare con psicologi, sociologi, ma anche veterinari e studiosi dell'ambiente, per comprendere le cause delle malattie e i fattori che incidono sulla salute per cercare percorsi terapeutici. L'informazione e l'educazione dei cittadini alla salute dovrebbero consentire l'acquisizione della consapevolezza dell'interazione delle diverse componenti, per comprendere come modificare i comportamenti (ad es. lo stile di vita, che include la salute individuale e i comportamenti 'sostenibili' nei confronti degli animali e dell'ambiente).

## 6. Quali politiche pubbliche di fronte alle trasformazioni della salute?

Il quadro sintetico delle trasformazioni in atto della nozione di salute e dell'identificazione dei bisogni di salute mostra l'ampiezza e dinamicità dei concetti, nel contesto pluralistico. Probabilmente la parola "determinanti", di fatto usata nel dibattito oggi, può essere un'espressione troppo forte, in quanto pretende di identificare "il fattore" o "i fattori" che causano la modificazione della salute. A ben vedere, la complessità, incertezza e dinamicità degli scenari ci portano in modo più prudente a intuire o definire correlazioni e non causazioni deterministiche. Ne emerge, al di là dell'uso dei termini, una nozione sempre più complessa di salute e certamente una nozione che ha o può avere molteplici significati, che rimandano a visioni dell'uomo e della relazione tra umano e non umano.

Ciò che emerge, in modo trasversale, nell'ambito dei diversi percorsi delineati, è la necessità di un approccio interdisciplinare e pluralista alla nozione di salute e all'identificazione dei bisogni di salute. Bisogna partire dal confronto delle diverse discipline e delle diverse visioni di salute, per acquisire pur negli scenari complessi, incerti, in evoluzione a causa dello sviluppo tecno-scientifico e delle trasformazioni sociali e ambientali, la consapevolezza individuale e collettiva dei problemi emergenti. Su tali basi potranno essere sollecitate e svilupparsi politiche pubbliche che sappiano adeguarsi, in modo integrato e collaborativo, ai bisogni di salute.

---

cante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile» (*One Health High-Level Expert Panel, Annual Report, 2021*).

<sup>21</sup> W. ANDERSON ET AL., *Bioethics for the planet*, in *The Lancet*, 406, 2025, 881-884.



L'identificazione dei bisogni e la prioritizzazione dei bisogni di salute, non potrà essere individuata in modo univoco, unilaterale e rigido, ma dovrà essere oggetto di una continua discussione tra discipline e tra teorie a confronto, alla luce di dati emergenti dalla prassi (livello raggiunto dalle conoscenze scientifiche e dalle applicazioni tecnologiche, trasformazioni sociali e ambientali), nella consapevolezza della loro costante modificazione.

In questo contesto possono avere una rilevanza i Comitati e le Commissioni di bioetica, a livello locale, nazionale e internazionale, di esperti sui temi connessi alla salute quale luogo di confronto interdisciplinare e pluralista, anche costituiti "ad hoc" rispetto a problemi specifici, che possano contribuire all'elaborazione di politiche pubbliche, partendo dallo stato dell'arte ed elaborando raccomandazioni che sappiano orientare i decisori politici<sup>22</sup>. Indispensabile è che chi fa parte di questi comitati e commissioni abbia una competenza adeguata e una disponibilità dialogica, in grado di confrontarsi con metodologie ed epistemologie diverse oltre che differenti visioni dell'uomo e della società, al fine di individuare percorsi condivisi, frutto di mediazioni sagge, prudenti e responsabili che sappiano aprirsi al dibattito pubblico<sup>23</sup>.

## 7. Il ruolo dell'informazione, dell'alfabetizzazione sanitaria e dell'educazione

Un obiettivo delle politiche pubbliche è dunque anche quello di accrescere la capacità delle persone di gestire la propria salute, scegliendo di far leva sulla soggettività e consapevolezza dei cittadini. È questa una strategia che nella storia è stata vincente per debellare molte malattie e salvare molte vite, grazie alla responsabile adozione di norme di igiene da parte della grande maggioranza dei cittadini.

In questo campo, il ruolo dell'informazione, da parte delle istituzioni, dei comitati tecnico-scientifici, dei media, è cruciale. La completezza e la trasparenza dell'informazione rafforzano la fiducia dei cittadini: fiducia tanto più preziosa in un momento di scelte difficili. I media, i giornalisti professionisti, le emittenti pubbliche hanno un ruolo chiave nel fare da tramite tra le notizie che provengono dagli organismi governativi e dai comitati tecnico-scientifici e la cittadinanza. Spetta alla loro competenza e alla loro etica professionale dare informazioni corrette, accurate, aderenti alla verità dei fatti, evitando sensazionalismi, né eccessivamente allarmanti né falsamente rassicuranti, cercando di prevenire il panico o la rassegnazione, e di suscitare presa di coscienza dei problemi, senso di responsabilità e sentimenti di cooperazione.

In questo senso il diritto-dovere di informazione dei professionisti della comunicazione, diritto fondamentale in ogni democrazia, può, se correttamente realizzato, essere un prezioso strumento per la valutazione libera e responsabile da parte dei cittadini delle norme restrittive stabilite dalle autorità preposte per la tutela della salute individuale e collettiva, e ciò sia in merito alla loro finalità e proporzionalità che alla loro durata ed efficacia. Tutti i temi relativi alla salute e malattia, nel contesto sociale, compor-

<sup>22</sup> L. PALAZZANI, *Dalla bio-etica alla tecno-etica. Nuove sfide al diritto*, Torino, 2017.

<sup>23</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità. Il ruolo dello spazio etico per un dibattito pubblico*, 10 dicembre 2021; COUNCIL OF EUROPE, STEERING COMMITTEE FOR HUMAN RIGHTS IN THE FIELDS OF BIOMEDICINE AND HEALTH (CDBIO), *Guide to Public Debate on Human Rights and Biomedicine*, 19-21 November 2019; *Guide to Health Literacy. Contributing to Trust Building and Equitable Access to Healthcare*, January 2023; European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE), *Opinion on the ethical implications of new health technologies and citizen participation*, 13 October 2015.

tamentale e ambientale devono essere oggetto di divulgazione alla società. I cittadini devono essere informati, per potere acquisire consapevolezza critica e partecipare alla discussione. I media, i giornalisti professionisti, le emittenti pubbliche hanno un ruolo chiave nel trasmettere le notizie che provengono dagli esperti di medicina. Spetta alla loro competenza e alla loro etica e deontologia professionale dare informazioni corrette, accurate, autentiche, evitando sensazionalismi che producono eccessivi e ingiustificati allarmi o false rassicurazioni, cercando di prevenire il panico e la rassegnazione, di suscitare presa di coscienza dei problemi, senso di responsabilità. In questo modo il diritto-dovere di informazione dei professionisti della comunicazione, diritto fondamentale in ogni democrazia, può essere un prezioso strumento per l'acquisizione di consapevolezza da parte dei cittadini. Esiste un'etica intrinseca alla comunicazione che esplicita i valori interni alla stessa comunicazione, in relazione a chi comunica (istituzioni, scienziati, medici, ricercatori, giornalisti scientifici) e a fronte di chi riceve la comunicazione (i cittadini). Una "buona" comunicazione relativamente alla salute e ai temi di bioetica deve seguire i criteri, orientati al "bene" di chi riceve la comunicazione: evidenza scientifica e documentazione (se i dati non ci sono, l'informazione deve essere onesta sulle incertezze scientifiche); trasparenza e correttezza; consistenza e coerenza nella spiegazione e argomentazione, che consenta un'adeguata comprensione delle ragioni di certe scelte o comportamenti; chiarezza ed adeguazione alla capacità di comprensione di chi riceve la comunicazione, con semplificazione del linguaggio per raggiungere tutti; inclusività e giustizia, comunicazione che si rivolga a tutti e non escluda alcuno (es. persone immigrate, persone con disabilità, i gruppi particolarmente vulnerabili); affidabilità, con una comunicazione che consenta di costruire un rapporto di fiducia, basato su rigore e responsabilità. La comunicazione sui temi di bioetica ai cittadini deve avere la finalità di coniugare informazione ed educazione: l'obiettivo dovrebbe essere consentire ai cittadini di acquisire una consapevolezza critica e una responsabilità individuale e sociale verso la salute, la c.d. alfabetizzazione sanitaria, che è anche alfabetizzazione bioetica (c.d. *health literacy*, *bioethics literacy*). La pandemia è un ambito in cui questo elemento è emerso in modo evidente. La comunicazione sulla salute può anche avere, contestualmente, l'obiettivo, sulla base della informazione e formazione dei cittadini, di coinvolgerli nel "dibattito pubblico" o discussione pubblica sulla salute anche in vista della regolazione. Nell'ambito della medicina sociale diviene di particolare rilievo offrire gli strumenti ai cittadini per discernere informazioni corrette ed errate, nell'ambito dello sviluppo delle nuove tecnologie della informazione e della comunicazione. Le informazioni inventate, ingannevoli o distorte (*fake news*), rese pubbliche su internet con l'intenzione di disinformare sono estremamente pericolose, ancora più in mancanza di un filtro di selezione critica. L'informazione non veritiera può provocare nel cittadino fraintendimenti che lo portano a comportarsi in modo scorretto ed inadeguato. Emerge l'esigenza di correttezza e autenticazione dell'informazione, per garantire un diritto ad accedere ad informazioni veritiere in generale, soprattutto nell'ambito della salute. Mancano, ad oggi, misure di "certificazione di qualità", siti accreditati da istituzioni sanitarie che attestino al cittadino l'autenticità dei contenuti.

