

PROSPETTIVE DELLA MEDICINA VETERINARIA PREVENTIVA

La pandemia ha messo a nudo le criticità del Ssn e della prevenzione. In questo contesto, anche la medicina veterinaria pubblica ha il dovere di interrogarsi sulla sua attualità, sui suoi punti di forza e sui suoi punti deboli e di contribuire al dibattito per un cambiamento necessario alla nostra sanità pubblica nell'ambito del Recovery plan. Su invito del Segretario Nazionale del SIVeMP, Aldo Grasselli, i colleghi hanno espresso idee e possibili soluzioni alle criticità della Sanità Pubblica Veterinaria. Di seguito gli interventi.

PROPOSTE PER I DIRIGENTI

Domande semplici per risposte complesse

Giuseppe La Rosa*

*Proposte riguardanti i
"Dirigenti senior", l'Ordinanza
Ministeriale 28.05.2015 e il
rimborso auto per dirigenti
pendolari*

Colgo l'occasione fornitaci dall'editoriale del segretario nazionale "La pandemia, il Recovery Plan, le prospettive per la medicina veterinaria preventiva - Un dibattito necessario", in cui invita gli iscritti ad avanzare idee e proposte per segnalare all'attenzione del sindacato alcune piccole valutazioni personali, che spero possano risultare utili.

Rivalutare la proposta di "Dirigente senior"

Vorrei innanzitutto fare una considerazione di carattere generale e mi scuso se mi appresto a elencare una serie di assolute banalità dal punto di vista scientifico. Ma sono rimasto assolutamente stupefatto, all'inizio della pandemia, di constatare che la capacità di valutazione intuitiva della nostra categoria rispetto a una malattia nuova era enormemente superiore a quella generale.

Un brutto giorno, un virus abituato a passare da un pipistrello all'altro sotto il soffitto di una grotta muta, trova il recettore che gli consente l'ingresso nelle cellule e dà il via a una nuova malattia respiratoria umana. Era quantomeno probabile che tale virus, per passare da un pipistrello all'altro, avesse la capacità di accumularsi nell'aria (già verso aprile 2020 tale capacità era stata addirittura misurata). Ebbene, vengono vietati i voli diretti e non quelli indiretti, aumentando di fatto il numero degli aerei contaminati e rendendo la tracciabilità dei passeggeri molto più difficile (da sempre, in corso di epizoozie, quando non si blocca del tutto la movimentazione animale si limitano i trasporti indiretti privilegiando quelli

diretti). Per tutta l'estate 2020, la comunicazione sull'importanza di areare gli ambienti, in particolare gli ambienti come bar e ristoranti dove si sta a lungo senza mascherina, sarà quantomeno insufficiente. A ognuno di noi sarà capitato di essere costretto a intervenire personalmente in casi del genere (ad esempio, per far aprire le finestre), pur senza averne legalmente titolo professionale, spinti da un'evidenza etica che ci impediva di tacere di fronte a queste situazioni.

La cosa è avvenuta nonostante tutta la politica e lo stesso Ministro della Sanità fossero fortemente impegnati con tutte le loro forze contro la pandemia. Qualcosa evidentemente non ha funzionato!

È forse possibile che un sistema con ai vertici degli apparati dello Stato una percentuale elevatissima di laureati in legge, perfettamente funzionante quando si tratta di pesare curriculum ricchi di capacità e di pregresse attività gestionali, non si sia dimostrato in grado di individuare con altrettanta efficacia ed efficienza l'intuito professionale puro e semplice? E questo sino ad arrivare al punto che alti funzionari dei Ministeri, della Prefettura, importanti e bravi politici, che avevano ampiamente dimostrato in passato la loro capacità di ottimi amministratori, erano improvvisamente diventati incapaci di sapere a chi chiedere "Possiamo fare una riunione al chiuso?", "Possiamo andare a prendere un aperitivo a Milano?", "È solo un raffreddore?" ecc. (ma cosa fu il raffreddore per i nativi americani al momento della scoperta dell'America? E il decorso di tante malattie respiratorie virali negli allevamenti non è certamente uguale se sono colpiti

animali in capannoni intensivi o animali in allevamenti estensivi all'aperto!).

Lungi da me l'idea di pensare di poter proporre ricette risolutive per un problema così complesso (quale quello del rapporto tra i referenti sulle tematiche della prevenzione e i decisori), ma credo che la nostra categoria, dove la consapevolezza di "chi sa fare cosa", non è ancora andata totalmente perduta, possa essere utilizzata come esempio per gli altri.

Forse sarebbe opportuno aumentare il numero di soggetti (e questo anche nella nostra categoria), che dopo essere stati un ventennio in posizioni di prima linea vengano movimentati, con comandi, distacchi ecc. verso posizioni più burocratiche, lasciando le prime linee ai giovani, dove la capacità intuitiva sulle malattie, che il compianto Prof. Adriano Mantovani chiamava visione orizzontale, si forma e si rafforza.

In questo senso la proposta del Dirigente Senior secondo me andrebbe ripresa.

Vorrei poi entrare nel merito di due questioni sindacali più specifiche della nostra categoria.

Miglioramento dell'Ordinanza Ministeriale 28.05.2015

La prima questione riguarda l'Ordinanza Ministeriale del 28 maggio 2015 sul risanamento nei territori non U.I. da brucellosi e TBC, in due punti in cui secondo me potrebbe essere migliorata da un punto di vista sindacale, prima che a fine giugno venga prorogata ed eventualmente modificata. Il primo punto è quello della durata dell'Ordinanza, che è sempre di un anno, per di più non coincidente con quello solare e di pianificazione del lavoro (dura da fine giugno a fine giugno); questo impedisce che ne venga appieno valutato l'impatto sui carichi di lavoro, in quanto è facile immaginare che sia facile per i DG delle Aziende Sanitarie sottolineare la "provvisorietà" dell'aumento dei carichi di lavoro conseguente a tale Ordinanza con chi implora quantomeno di sostituire i dirigenti andati in pensione (strana provvisorietà, che dura ormai da quasi 6 anni). Il secondo punto è che nella citata Ordinanza non viene richiesto esplicitamente che i controlli per il mantenimento della

qualifica nella brucellosi ovicaprina vengano eseguiti in prima battuta sul 100% dei capi controllabili, ma viene lasciata aperta la possibilità ai controlli al 25% dei capi per il mantenimento della qualifica di U.I., cui al D.M. 2 luglio 1992, n. 453 art. 9 lettera B. Questo passaggio non è come potrebbe sembrare a prima vista una situazione favorevole a una maggiore autonomia professionale nelle decisioni, ma è stato in questi anni fonte di stress e tensioni di ogni genere, in quanto anche per un solo capo dubbio nei grossi allevamenti testati in prima battuta al 25% (positivo alla SAR e negativo alla FdC) si deve poi ritornare di corsa, ripetere il prelievo sul 100% dei capi dell'allevamento (come previsto dall'Ordinanza del 28 maggio 2015 all'allegato 1 lettera b in questi casi) ed essere costretti a dover eseguire in tempi strettissimi un'enorme mole di adempimenti. La stessa cosa ovviamente non accade negli allevamenti che per altri motivi fossero già stati controllati al 100% al momento del primo prelievo e dove la situazione epidemiologica è quindi già molto più chiara, cosa che determina nell'utenza la sensazione (falsa ma forte) di trattamenti difformi con conseguenti tensioni varie. Nel frattempo, il Regolamento n. 429/2016 è diventato applicabile. Sarebbe pertanto opportuno che il sindacato chiedesse al Ministero che qualora l'Ordinanza 28.05.2015 dovesse essere come ogni anno prorogata, la sua durata sia almeno di 18, meglio di 24, meglio ancora di 36 mesi, e che venga modificata prevedendo già in prima battuta il controllo del 100% dei capi in tutti gli allevamenti ovicaprini (con contestuale riallineamento anagrafico nel corso dell'"altra attività ufficiale").

L'impatto attuale di questa Ordinanza sul nostro benessere organizzativo è veramente molto forte, tale da giustificare una richiesta ufficiale in tal senso del sindacato al Ministero.

Rimborso auto per dirigenti pendolari

La seconda questione riguarda invece il rimborso auto per i dirigenti pendolari, che viene calcolato a partire dalla sede di servizio e non dal domicilio del diri-

gente, costringendo di fatto il dirigente a spostare a proprie spese la propria auto dal proprio domicilio alla sede di servizio. Questo avviene a mio avviso in maniera non del tutto legittima, in quanto a ogni nuovo incarico (che era sino al contratto precedente all'attuale per gli incarichi non apicali di durata triennale), il dirigente può essere spostato di sede di servizio. E un trasferimento della famiglia verso la sede di servizio non è sempre facile da proporre, anche perché la sede di servizio stessa potrebbe essere provvisoria. Nell'auto, inoltre, sono trasportati materiali della ASL e spesso rifiuti speciali dopo gli interventi, campioni biologici ecc., e quindi l'auto dovrebbe essere considerata a tutti gli effetti luogo o mezzo di lavoro ai sensi delle norme sulla sicurezza sul luogo di lavoro.

Come è possibile che venga chiesto al dirigente di spostare a sue spese il mezzo di lavoro che serve all'Azienda dal proprio domicilio alla sede di servizio?

Anche l'auto aziendale, qualora ci fosse, data la flessibilità oraria prevista dal contratto dei dirigenti non risolverebbe il problema, a meno di consentire al dirigente di usarla anche fuori servizio e di portarsela a casa per essere sempre pronto a intervenire. Sempre per la flessibilità oraria è improponibile pensare di viaggiare con mezzi pubblici.

Considerato che, giustamente, per gli specialisti ambulatoriali lo spostamento del mezzo viene remunerato anche a partire dal domicilio dello specialista sino al primo sito operativo o viene riconosciuto il cosiddetto "accesso" (per il tratto dal proprio domicilio alla sede di servizio) e che, inoltre, per molte categorie (ad esempio, guardie mediche), sono previsti rimborsi forfettizzati, sarebbe opportuno a mio avviso che il sindacato sponsorizzasse cause di lavoro retroattive di interesse nazionale per il passato, magari collettive, su questo punto, e cambi di normativa nel nuovo contratto per il futuro.

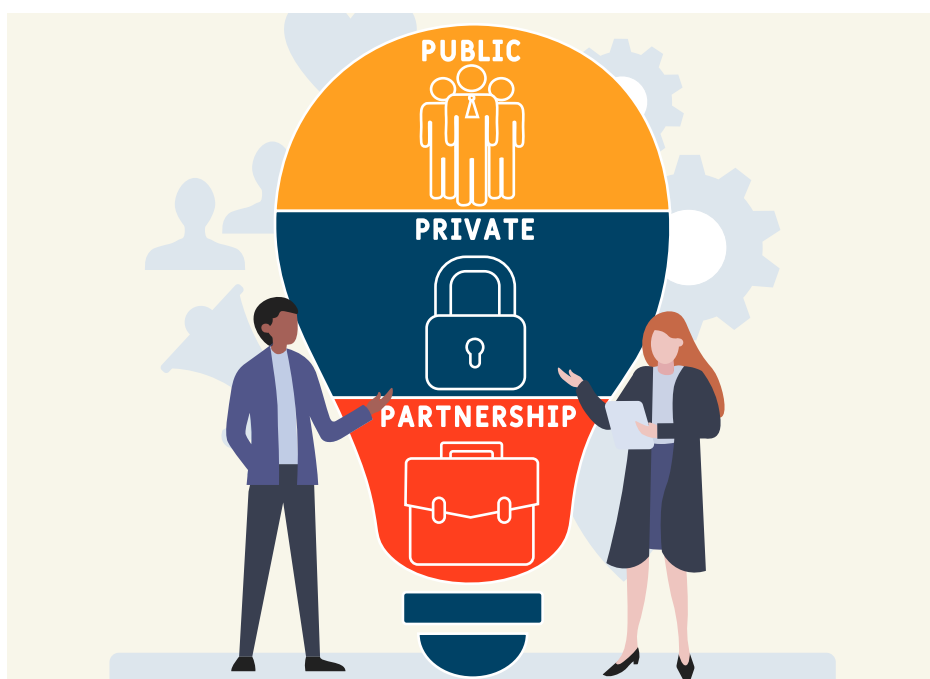
Nella speranza che al più presto ricomincino gli eventi in presenza e in particolare Vetmare, evento a cui sono particolarmente affezionato, anche per discutere di persona coi colleghi delle tante tematiche che vengono avanti, porgo a tutti i miei più affezionati e cordiali saluti.

RIPARTIZIONE DI COMPETENZE

Una partnership più forte tra pubblico e privato per un'implementazione delle normative europee più efficace

*Alberto Laddomada**

Più sinergia tra i soggetti pubblici e privati interessati alla salute animale e alle sue correlazioni con la salute umana



Siamo in un momento critico e cruciale per l'Italia, che è chiamata con il Recovery Plan, risposta europea ai danni sanitari ed economici causati da SARS-CoV-2, a disegnare il proprio futuro. I rischi di ulteriori, future pandemie di origine animale sono ormai evidenti; e questo non fa che risaltare l'importanza della Medicina veterinaria preventiva. In questo contesto, le domande fondamentali che il mondo veterinario si deve

porre sono a mio parere le seguenti: Come i medici veterinari possono meglio contribuire alla protezione della salute umana? Come meglio supportare un settore economico, quello agro-alimentare, sempre più importante per il nostro Paese, assicurando la produzione di alimenti sicuri e di qualità, che possano avere sempre maggiore accesso ai mercati internazionali? Quali devono essere i rapporti tra i veterinari che si occupano

direttamente della salute animale e quelli maggiormente dedicati alla protezione della salute umana, tramite ad esempio i controlli sulla catena alimentare? Quali rapporti devono intercorrere tra i veterinari pubblici e privati?

Migliorare la ripartizione di competenze tra “pubblico” e “privato”

L'OIE definisce come “Servizi veterinari” le organizzazioni governative e non governative che attuano le misure di sanità e benessere degli animali e gli altri standard e raccomandazioni dell'OIE nel proprio territorio. I Servizi veterinari ricadono sotto il controllo e la direzione dell'Autorità veterinaria. Organizzazioni veterinarie private, veterinari, paraveterinari e professionisti della sanità degli animali acquatici sono accreditati o approvati per svolgere le funzioni ad essi assegnati dalla Autorità veterinaria. In altre parole, i Servizi veterinari ricomprendo anche i veterinari privati che svolgono comunque una attività di interesse pubblico e che, pertanto, deve essere anch'essa adeguatamente regolamentata, nell'interesse pubblico appunto. Ho esperienza di sanità animale e i miei commenti si focalizzano su questo campo. La salute degli animali ha due risvolti, entrambi molto importanti: quello sulla salute pubblica e quello sul benessere e sulle produzioni animali. L'Italia è uno dei pochi Paesi in cui i Servizi veterinari pubblici, centrali e locali, di sanità animale sono parte della “sanità” (con l'unica eccezione della Provincia di Bolzano). Scelta giusta, giustissima, in linea con il principio “One Health”. Ma che porta spesso come conseguenza una marginalizzazione delle attività del Servizio veterinario pubblico nel mare magnum dei Servizi sanitari finalizzati alla salvaguardia diretta della salute umana. E quindi con conseguenze negative anche per la stessa salute umana. Inoltre, il Servizio veterinario pubblico, nel corso degli anni, ha sempre più indirizzato le proprie attività sui controlli ufficiali, quale fosse una sorta di “carabiniere del sistema”; questo ha causato troppo spesso una contrapposizione con

gli operatori del settore e con i veterinari privati, invece che una sinergia tra le diverse componenti del sistema, ognuno con le proprie responsabilità. E questa situazione non favorisce il raggiungimento dell'obiettivo complessivo dei Servizi veterinari, che è quello della protezione della salute animale e del suo possibile impatto negativo sulla salute umana. Un'importante opportunità per migliorare il sistema italiano è offerta dai nuovi Regolamenti europei sui controlli ufficiali n. 2017/625 e sulla sanità animale n. 2016/429 (il cui motto è “prevenire è meglio che curare”, che è proprio della Medicina veterinaria preventiva). In particolare, si può e si deve migliorare la ripartizione di competenze tra “pubblico” e “privato”, anche grazie alla chiara identificazione nel Regolamento di sanità animale delle malattie animali di interesse pubblico, siano esse a carattere zoonotico o di sola importanza economica, e alla più precisa definizione dei “controlli ufficiali” rispetto alle “altre attività ufficiali” (definizioni che si ritrovano nel Regolamento sui controlli ufficiali, ma che sono spesso riferite ad attività inerenti alla sanità animale, come ad esempio il controllo delle malattie trasmissibili).

Servizi veterinari pubblici, un ruolo da leader

Nella situazione italiana vedo, anche per il futuro, i Servizi veterinari pubblici afferenti alla sanità come “leader” dei servizi veterinari così come definiti dall'OIE, direttamente responsabili non solo dei “controlli ufficiali” ma anche delle “altre attività ufficiali”, in linea con il principio “One Health”. Ma, per quel che riguarda le “altre attività ufficiali” (nonché per le attività di formazione degli allevatori e dei detentori di animali, la cui importanza è sottolineata dal Regolamento sulla sanità animale), ai veterinari pubblici si devono affiancare i veterinari aziendali (adeguatamente accreditati, per evitare conflitti di competenza), responsabili della salute degli animali da reddito, il cui ruolo ed organizzazione devono essere meglio definiti all'interno di un più adeguato e rinnovato quadro

normativo. Tutto questo in linea con una maggiore attribuzione delle responsabilità relative alla salute degli animali agli stessi produttori/proprietari/detentori degli animali, così come previsto dal Regolamento sulla sanità animale. Ma anche nella consapevolezza che una maggiore sinergia tra i veterinari privati “aziendali” e i veterinari pubblici “controllori” potrà assicurare una migliore protezione anche della salute umana, ad esempio contro i rischi dovuti alle malattie emergenti (*Covid docet*), agli agenti di malattia resistenti agli antimicrobici e, più in generale, a ogni rischio sanitario correlato agli animali e alle loro produzioni.

Una più chiara definizione di ruoli e responsabilità dovrebbe porre fine all'eterna diatriba sanità-agricoltura, che porta troppi allevatori e produttori a considerare gli attuali Servizi veterinari pubblici come un qualcosa di contrario ai propri interessi. Infine, in linea con gli stessi principi sopra esposti, anche i veterinari privati dedicati agli animali da compagnia, agli animali sportivi, a quelli esotici ecc. devono avere un loro ruolo meglio definito, tenendo conto dell'interesse pubblico sopra menzionato e di cui essi devono essere maggiormente consapevoli e responsabili.

Insomma, bisogna assicurare che i nostri animali (da reddito e non) abbiano un'assistenza veterinaria adeguata, a 360 gradi e in linea con principi etici sempre più sentiti dalla nostra società. E che questa assistenza sia finalizzata anche all'interesse sanitario pubblico. Con queste finalità, organizzazioni come il SIVeMP devono promuovere il dibattito per stabilire una nuova partnership tra i diversi soggetti (pubblici e privati, istituzionali e non) interessati alla salute animale e ai suoi riflessi sulla salute umana, in un'ottica di medicina veterinaria preventiva; una nuova partnership in linea con gli obiettivi sanitari ed economici che il nostro Paese intende raggiungere con il Recovery Plan.

* Già dirigente della Commissione UE responsabile per la legislazione sulla sanità animale, già Direttore generale dell'IZS della Sardegna

STRUMENTI PER LA PIANIFICAZIONE

Considerazioni sul tema delle “preparedness”

Raffaele Bove*

Cosa è stato fatto, cosa ha funzionato e cosa si deve ancora fare in tema di attività di pianificazione

Nell'Amministrazione sanitaria esistono diversi strumenti sulle attività di pianificazione. In merito, vorrei approfondire il tema delle “preparedness” con due esempi: i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e il PNP (Piano Nazionale della Prevenzione).

I livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I livelli Essenziali di Assistenza (LEA) indicano, in Italia, l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale (SSN), allo scopo di garantire in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio nazionale.

Sono detti “livelli essenziali” in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini. Introdotti dal Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, sono stati definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 29 novembre 2001 e riformati con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017.

Il sistema dei livelli essenziali di assistenza prevede:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

Assistenza sanitaria collettiva

L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro comprende l'insieme delle attività e delle prestazioni

svolte per la promozione della salute della popolazione:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi ecc.);
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

In particolare, nell'allegato 1 del Decreto Legislativo “Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica” è inserito il programma B14 “Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici chimici, radiologici)” così articolato:

1. partecipazione alla gestione delle emergenze;
2. comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute;
3. partecipazione alla predisposizione di piani e protocolli operativi in accordo con altre istituzioni coinvolte.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019

Il 13 novembre 2014, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione 2014-2019. L'Intesa tra il Governo,

le Regioni e le Province autonome, prevedeva che le Regioni, entro il 31 dicembre 2014, recepissero con apposita delibera il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019.

Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019 era affidato al Ministero della salute, Direzione generale della Prevenzione, che assicurava il necessario raccordo operativo con la Direzione generale della Sanità animale e dei Farmaci veterinari e con la Direzione generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione.

Con la Legge costituzionale n. 3 del 2001, l'assetto istituzionale in tema di tutela della salute si è configurato in modo chiaro: stabiliti i principi fondamentali da parte dello Stato, le Regioni hanno competenza non solo in materia di organizzazione dei servizi, ma anche sulla legislazione per l'attuazione dei principi suddetti, sulla programmazione, sulla regolamentazione e sulla realizzazione dei differenti obiettivi. Lo strumento fondamentale di pianificazione del Ministero, messo in campo già dal 2005, è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Si tratta di un documento di respiro strategico che a livello nazionale stabilisce gli obiettivi e gli strumenti per la prevenzione, che sono poi adottati a livello regionale con i Piani regionali.

Alla completa attuazione del PNP, come già previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, le Regioni e Province autonome, per gli anni 2014-2020, hanno destinato 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Macro obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2014-2019

Nell'ambito del PNP si è scelto di individuare pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, per-

mettano di raggiungere i risultati attesi:

- ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
- prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
- promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
- prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
- prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti.

Obiettivo 2.10 del PNP

Nell'obiettivo 2.10 del PNP, "Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria", per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli, vengono riportate le azioni da mettere in campo nella gestione delle emergenze veterinarie, epidemiche e non, e relative alla sicurezza alimentare, consistenti in:

- predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari;
- svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante la sicurezza alimentare;
- svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale;
- prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
- prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;
- attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Obiettivo 2.8

Anche nell'obiettivo 2.8, le azioni da mettere in campo sono sempre da organizzare in integrazione:

- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- realizzare attività di supporto alle

politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche";

- disponibilità di rapporti di attività intra- e interistituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute.

Il Sistema sanitario italiano (Ministero, Regioni e Azienda sanitarie) avevano dal 1992 gli strumenti e soprattutto una mission chiara e definita sul tema delle "preparedness".

Con Legge n. 138 del 26 maggio 2004 viene istituito il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.

Il Ccm ha lo scopo di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffusive e al bioterrorismo. Questo opera "in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di Sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, le Università, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi di sanità militare", e agisce "con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del ministro della Salute".

Cosa ha funzionato in tema di "preparedness"

Cosa ha funzionato e cosa non ha funzionato in questa impostazione che il legislatore italiano, anche per il recepimento di regolamenti e decisioni comunitarie, aveva messo in campo da tempo in riferimento alle "preparedness"?

La mia formazione e la mia esperienza mi permettono di fare un approfondimento su "cosa ha funzionato" nell'Amministrazione sanitaria; lasciando ad altri, più esperti, il quesito più impegnativo su "cosa non ha funzionato".

In ambito veterinario, riguardo le emergenze veterinarie epidemiche, ad esempio, il Ministero ha prodotto il Piano nazio-

Riquadro 1

Centri di Referenza Nazionali

- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per l'epidemiologia, programmazione, informazione e l'analisi del rischio (COVEPI)**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per lo studio e l'accertamento delle malattie esotiche degli animali (CESME)**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per l'afta epizootica e le malattie vescicolari (CERVES)**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna.
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per lo studio delle malattie da pestivirus e da asfivirus (CEREP)**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche.
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per l'influenza aviaria e la Malattia di Newcastle**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie.
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per encefalopatie spongiformi trasmissibili (CEA)**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Val d'Aosta;
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per le malattie degli equini (CERME)**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana;
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per l'ittiopatologia**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie;
- ✓ **Centro di Referenza Nazionale per il benessere animale**, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna.

nale per le emergenze di tipo epidemico con l'elaborazione di specifiche procedure per alcune malattie infettive e diffuse degli animali: afta epizootica, peste suina classica, peste bovina, peste dei piccoli ruminanti, malattia vescicolare dei suini, malattia emorragica epizootica dei cervi, vaiolo degli ovicaprini, stomatite vescicolare, peste suina africana, dermatite nodulare contagiosa, febbre della Rift valley, influenza aviaria (HPAI), febbre catarrale degli ovini (bluetongue), peste equina e malattie esotiche degli animali di acquacoltura.

Centri di Referenza Nazionali

A supporto delle attività appena citate, il Ministero ha attivato per le varie malattie dei Centri di Referenza Nazionali (riquadro 1).

Dal livello centrale passando per le Regioni, fino ad arrivare a ogni singola azienda sanitaria, sono stati strutturati specifici percorsi formativi e addestrativi con esercitazioni di campo.

Il Ministero ha prodotto un Piano sulla Sicurezza alimentare nelle emergenze

elaborato per l'attuazione del Piano generale per la gestione delle crisi, di cui all'art. 55 del Regolamento (CE) 178/2002.

Con l'Intesa 8 aprile 2020 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano è stato adottato il "Piano nazionale d'emergenza per alimenti e mangimi", in attuazione dell'articolo 115 del Regolamento (UE) 2017/625 e dell'art. 8 della Decisione di Esecuzione (UE) 2019/300 della Commissione del 19 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 61/ CSR 8 aprile 2020).

A mio avviso, questo Piano, rappresenta per la sua struttura, la chiarezza degli obiettivi, i compiti e le funzioni delineate in maniera chiara e inequivocabile, nonché per la puntuale e collaudata catena di comando (unità di crisi comunitaria, unità di crisi nazionale, unità di crisi Regione, unità di crisi presso ogni azienda sanitaria) un modello di riferimento.

È ancora, purtroppo, in un cassetto, invece, il "Manuale sulle emergenze veterinarie non epidemiche", nonostante il particolare apprezzamento del modello italiano espresso dal FVO (Food Vete-

rinary Office) della Commissione europea in una visita conoscitiva di studio in Italia (Fact Finding Mission), finalizzata ad acquisire informazioni sul grado della preparazione dei Servizi veterinari italiani ad affrontare le emergenze non epidemiche.

"Preparedness", un tema da "sviluppare" meglio

È evidente che sul tema delle "preparedness" bisogna fare di più e meglio.

- Non abbiamo ancora un Piano nucleare.
- Riguardo al Piano NBCR, il personale del Servizio sanitario regionale (SSR) è da preparare adeguatamente.
- Non abbiamo un piano nazionale per la gestione delle emergenze legate a eventi catastrofici.
- Non abbiamo un metodo proprio del SSR per la gestione delle emergenze e il personale del SSR non padroneggia il metodo Augustus utilizzato nel Sistema Complesso di Protezione civile.

L'Accademia, su questi temi, purtroppo è assente, sebbene il Ministro Manfredi, da presidente della Conferenza dei Rettori su proposta del Capo della Protezione Civile, abbia attivato un tavolo di lavoro per migliorare la qualità dei processi formativi nel campo delle emergenze.

Un elemento positivo è rappresentato dal PNP 2020-2025, che ha due elementi di particolare interesse: un'attenzione alle attività di prevenzione e previsione per la mitigazione dei rischi e gestione delle emergenze e un forte riferimento alla strategia su ambiente e salute dell'Agenda 2030 e degli obiettivi dell'Accordo di Parigi sul clima del 2015.

Mi auguro che le società scientifiche e i diversi interessati e protagonisti della sanità pubblica siano consapevoli dell'urgenza.

* *Dirigente Veterinario – Campania N.d.r.: l'Autore ha già trattato l'argomento in altre pubblicazioni:*
<http://www.igienistonline.it/docs/2014/42bove.pdf>
https://www.cervene.it/wpcontent/uploads/2018/02/cervene_numero_undici_web.pdf

MODELLI ORGANIZZATIVI

One Health: se non ora, quando?

Claudio Maria Rossi *

Un nuovo modello organizzativo per la prevenzione

La pandemia di Coronavirus ha portato la conoscenza del termine “One Health” anche al di fuori della cerchia degli esperti e sembra che il concetto che la salute dell’uomo sia strettamente correlata a quella degli animali, dei vegetali e dell’ambiente si sia diffuso anche a un pubblico più vasto. In particolare, sempre più operatori della Sanità umana e decisori politici fanno spesso riferimento al termine “One Health” per prospettare nuovi approcci organizzativi nell’ambito dell’annunciata riforma della sanità post pandemia, indicandolo come la direttrice da seguire per correggere gli errori che hanno caratterizzato in tutto il pianeta la risposta sanitaria dell’ultimo anno.

Ma fino ad ora l’impressione è che si sia trattato meramente di uno slogan, riportato per “infocchettare” le discussioni che si sono aperte sulla sanità del futuro, ma privo di contenuti organizzativi, in particolare per quella che dovrà essere la Sanità pubblica e la prevenzione collettiva territoriale.

La mancata declinazione puntuale di un modello organizzativo veramente nuovo e in linea col concetto di salute unica, rende concreto il rischio che le ingenti risorse messe in campo dall’Europa, anche per riformare la sanità, siano nuovamente dirottate solo sulla cura, lasciando ancora una volta la prevenzione confinata in un angolino secondario.

La proposta descritta in questo lavoro ha proprio l’obiettivo di progettare un modello organizzativo innovativo e concretamente coerente coi principi della “One Health”, per avviare un confronto tra i medici umani, i medici veterinari,

gli operatori sanitari della prevenzione, i professionisti che si occupano di tutela ambientale, i portatori di interesse e i politici coinvolti.

I principi

In questa sede si danno per scontate le conoscenze scientifiche che sostengono l’approccio “One Health”.

La sintesi è che la salute da preservare è insieme quella umana, animale e dell’ambiente in cui tutti viviamo insieme e che nessuna delle tre compagini deve essere considerata prevalente sulle altre, a pena di ricascare nei tragici insuccessi del passato.

Di conseguenza, per ottenere i risultati di salute attesi, i professionisti che operano nei diversi ambiti devono essere messi nella condizione di lavorare insieme, ciascuno nel rispetto delle proprie specifiche competenze.

La Legge 833/78 aveva già compreso il nesso esistente tra la salute dell’uomo, degli animali e dell’ambiente, ponendo nel Servizio sanitario nazionale la Sanità pubblica umana, quella veterinaria e la tutela dell’ambiente.

Il Dipartimento di Prevenzione dell’Unità sanitaria locale (art. 7 Legge 502/92) riuniva sì le competenze mediche e veterinarie, ma in modo ancora intuitivo in relazione al principio della unica salute e senza una decisa impostazione verso la prevenzione primaria. Inoltre, salvo rare eccezioni, nella realizzazione concreta della riforma si è assistito al costante tentativo di rendere egemone la componente della Medicina umana, a scapito di quella della Medicina veterinaria.

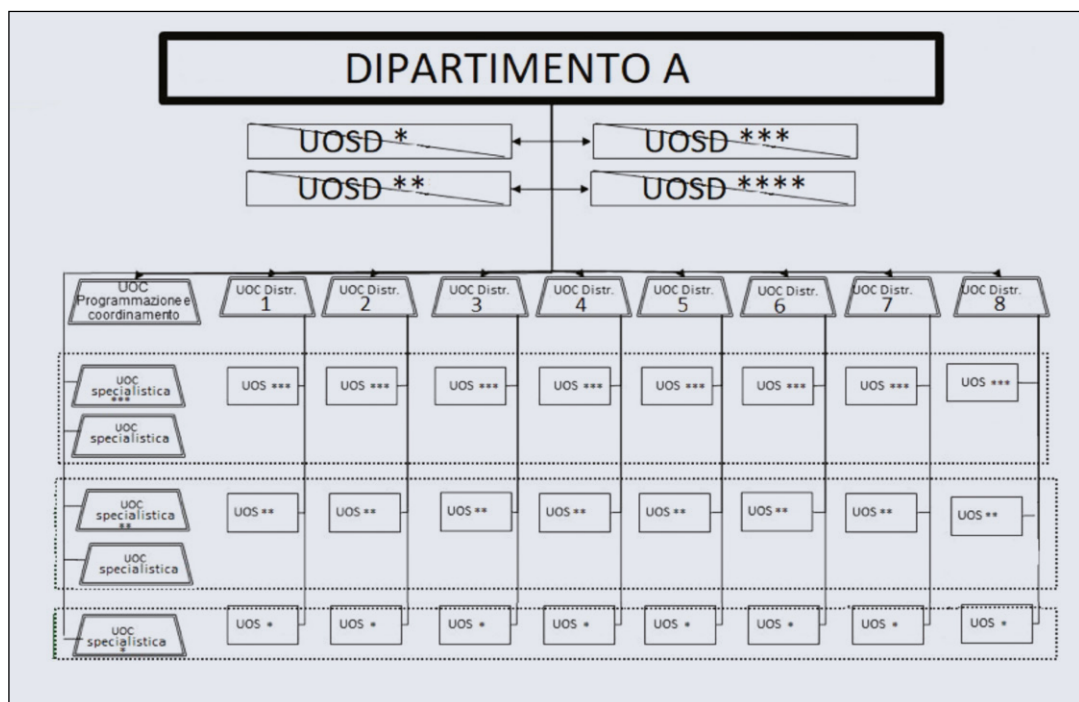


Figura 1.
Esempio di modello organizzativo a matrice Dipartimento/Distretto.

Diverso è stato il destino della tutela dell'ambiente, uno degli obiettivi della Legge 833, declinato nella «*identificazione e eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo*» (art. 2), raggiungibile funzionalmente attraverso i presidi multizonali di prevenzione e gli operatori sanitari addetti.

Per molteplici cause, che non è utile esaminare in questa sede, il referendum abrogativo del 18 aprile 1993 tolse la competenza ambientale alla Sanità¹. Ma il divieto di ripristino di una legge abrogata dalla volontà popolare, come affermato dalla Corte Costituzionale², può essere superato dal legislatore a distanza di quasi 30 anni dal referendum, durante i quali il mondo è completamente cambiato e le conoscenze scientifiche sono significativamente progredite.

One Health: non si deve aspettare oltre

La Missione 6 del «Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza» (PNRR) illustrato dal Presidente del Consiglio Draghi nell'intervento alle Camere del 26 aprile 2021³ e formalmente consegnato alla Commissione Europea, assegna l'attuazio-

ne delle iniziative e delle riforme, nonché la gestione delle risorse finanziarie, ai Ministeri e alle Autorità locali, chiamati a uno straordinario impegno in termini di organizzazione, programmazione e gestione. Nell'attuale assetto delineato dalla Costituzione, le funzioni in merito alla salute e all'ambiente sono già suddivise fra lo Stato e le Regioni. Spetterà dunque ai Ministeri coinvolti la realizzazione delle misure di coordinamento e integrazione necessarie per applicare i principi della «One Health» a livello di organizzazione centrale, sulla base delle indicazioni che scaturiranno dalle modifiche legislative in merito alla prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, previste dal PNRR e da attuare entro la metà del 2022⁴.

In particolare, in coerenza con tali principi, andranno coordinate le funzioni delle Direzioni generali dei Ministeri coinvolti, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dell'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) e il coordinamento con la rete degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali ed istituito un «Comitato Tecnico Scientifico» con funzioni di Osservatorio epidemiologico e di raccolta e diffusione di buone prassi.

Il modello Regionale e delle Province autonome

Tenendo in conto che la Sanità italiana è organizzata su base regionale, a questi Enti la norma dovrà delineare la cornice del modello organizzativo necessario per ricondurre nell'approccio «One Health» la tutela della salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente, facendo rientrare quest'ultimo nell'organizzazione del Servizio sanitario².

La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e in relazione all'assegnazione delle deleghe assessorili in materia di salute e ambiente, la Regione deve garantire che l'integrazione e il coordinamento centrale delle attività in tali materie sia coerente con le indicazioni del legislatore nazionale e col modello organizzativo territoriale di cui si doterà.

Agenzia Regionale Uomo Animali Ambiente

La Regione istituisce l'Agenzia Regionale Uomo Animali Ambiente o Agenzia Regionale di Prevenzione ambientale, medica e veterinaria (di seguito indicata come «Agenzia»).

Contemporaneamente, viene soppressa l'Agenzia regionale di cui all'art. 3 della Legge n. 61 del 21 gennaio 1994⁵, le cui dotazioni confluiscono nella nuova Agenzia, opportunamente implementate per assolvere agli aumentati compiti. L'Agenzia è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'Agenzia attua la programmazione definita dalla Regione, relativamente al complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione della tutela della salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente.

All'Agenzia, anche attraverso l'articolazione dipartimentale e distrettuale territoriale, assicurate di norma su base provinciale, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:

- promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;
- prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- Sanità pubblica veterinaria;
- tutela dell'ambiente;
- promozione e governo dei programmi di formazione del personale e di educazione della popolazione.

L'Agenzia è diretta da un Direttore generale, affiancato da un Direttore medico, un Direttore veterinario, un Direttore ambientale e un Direttore amministrativo, con funzioni di indirizzo e direzione e collegialmente preposti all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale. Il Direttore generale è scelto tra persone munite di diploma di laurea magistrale o equivalente, di comprovata esperienza nell'ambito della Sanità pubblica medica o veterinaria o ambientale nazionale e internazionale.

L'Agenzia è dotata di un Dipartimento amministrativo deputato alla gestione generale dell'Ente, tramite Unità Operative Complesse (UOC) individuate dalla legge regionale, Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD) e Unità Operative Semplici (UOS) e di quanto

necessario per il proprio funzionamento o previsto da specifiche norme (ad esempio, Servizio Prevenzione e Protezione, Medico Competente ecc.) (figura 1).

Nella legge regionale deve essere assicurata comunque la presenza almeno di UOC per: affari generali e legali, risorse umane, provveditorato, risorse finanziarie, servizi tecnici e logistici, sistemi informativi, formazione del personale. Un "Comitato Tecnico Scientifico" con funzioni di Osservatorio epidemiologico e di raccolta e diffusione di buone prassi, in particolare nello svolgimento di attività che richiedono lo stretto coordinamento fra le professioni coinvolte, fornisce alle Direzioni pareri obbligatori e vincolanti nelle materie specialistiche di competenza e pianifica la ricerca e l'innovazione dell'Agenzia.

L'Agenzia, inoltre, instaura rapporti di collaborazione con le Università e le strutture di ricerca (pubbliche e private, nazionali e internazionali) e per il supporto alle attività veterinarie, con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) di riferimento regionale.

L'organizzazione territoriale

Le strutture alle quali le vigenti leggi regionali hanno assegnato le funzioni in materia di prevenzione medica, veterinaria e ambientale, vanno ricondotte, ciascuna con le proprie specificità e nel solco della separazione tra programmazione ed erogazione delle prestazioni, nei Dipartimenti di Prevenzione medica, i Dipartimenti di Prevenzione veterinaria e i Dipartimenti di Prevenzione ambientale, con funzioni di coordinamento e programmazione e/o specialistiche e nei Distretti di Prevenzione medici, i Distretti di Prevenzione veterinari e i Distretti di Prevenzione ambientale con compiti di tipo operativo ed erogativo.

Ogni Dipartimento, insieme ai propri Distretti, è inserito in un unico modello organizzativo a matrice, in cui le linee specialistiche dipartimentali incrociano quelle erogative distrettuali, omologhe per materia.

L'insieme dei Dipartimenti e dei Distretti di un territorio si dota di un Comitato Tecnico Scientifico Territoriale

che, in analogia col Comitato dell'Agenzia, cura il coordinamento della realizzazione a livello locale di quanto previsto centralmente.

I Dipartimenti di Prevenzione

Le attività dell'Agenzia sono garantite secondo il criterio della massima prossimità alle realtà territoriali verso le quali si rivolgono le prestazioni di prevenzione medica, veterinaria e ambientale, ciascuna secondo la propria specificità.

Per il governo delle funzioni specialistiche sono istituiti, di norma secondo ambiti territoriali corrispondenti a ciascuna provincia ma prevedendo anche la salvaguardia di eventuali peculiarità, i Dipartimenti di Prevenzione medica, i Dipartimenti di Prevenzione veterinaria e i Dipartimenti di Prevenzione ambientale.

Ciascun Dipartimento è costituito dall'insieme delle unità Operative Complesse (UOC) Specialistiche individuate dalla legge regionale.

La legge regionale deve comunque assicurare in ciascun Dipartimento la presenza di almeno le seguenti UOC:

Dipartimento di Prevenzione medica: Igiene e Sanità pubblica e Salute-ambiente, Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro, Medicina preventiva nelle comunità, Promozione della salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentali;

Dipartimento di Prevenzione veterinaria: Sanità Animale, Igiene urbana veterinaria, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, Igiene degli alimenti di origine animale, Impianti industriali e supporto dell'export;

Dipartimento di Prevenzione ambientale: Monitoraggio e Qualità delle acque e dell'aria, Agenti fisici e radioprotezione, Attività produttive, Bonifiche e attività estrattive, Monitoraggio geologico, Meteoro e clima.

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore generale e ricopre l'incarico della UOC Programmazione e Coordinamento e ha il compito di coordinare le attività dipartimentali e la correlazione con quelle dei rispettivi Distretti di Prevenzione presenti nel territorio di competenza. Il Direttore del Dipartimen-

to si coordina con gli altri Direttori di Dipartimento, secondo le indicazioni del Comitato Tecnico Scientifico.

Il Direttore di UOC ha il compito di assicurare gli indirizzi specialistici inerenti alla propria funzione, di programmare le attività distrettuali specialistiche e di rendicontarne i risultati.

Nell'organizzazione dipartimentale può essere prevista dalla norma regionale e/o dall'atto aziendale la presenza di specifiche UOSD.

I Distretti di Prevenzione

L'erogazione delle prestazioni specialistiche di prevenzione medica, veterinaria e ambientale avviene nei Distretti di Prevenzione medica, nei Distretti di Prevenzione veterinaria e nei Distretti di Prevenzione ambientale.

I distretti sono strutture dotate, nei limiti delle funzioni a loro assegnate, di autonomia gestionale, tecnica e amministrativa, per il conseguimento degli obiettivi aziendali. I distretti operano in coordinamento con il rispettivo Dipartimento, dal quale dipendono funzionalmente per

la programmazione, il raggiungimento e la rendicontazione degli obiettivi.

Sono deputati a rilevare la domanda di prestazioni e servizi della specifica utenza e a organizzare ed erogare le prestazioni di competenza.

La definizione territoriale dei distretti, considerata la specificità territoriale dell'utenza di riferimento, non è necessariamente omogenea ed è prevista nella definizione dei Piani di organizzazione dell'Agenzia da parte del Direttore generale e previa valutazione regionale, con un'articolazione che tenga conto, secondo criteri concordati col Comitato Tecnico Scientifico, della distribuzione degli insediamenti produttivi e della popolazione di competenza sul territorio, dei fattori di correzione per i territori disagiati (come quelli di montagna o litoranei), nonché per i territori con particolari peculiarità (come quelli ad alta densità abitativa o produttiva o per criticità ambientale).

Il Direttore della UOC Distretto è nominato in conformità alla normativa nazionale e regionale. Nell'organizzazione

distrettuale devono essere previste specifiche UOS specialistiche per ciascuna delle materie di competenza.

I Laboratori di Prevenzione

La Legge regionale definisce i criteri per la definizione da parte dell'Agenzia della rete provinciale dei Laboratori di Prevenzione, deputati a fornire le prestazioni di laboratorio per i Dipartimenti di Prevenzione medico e per i Dipartimenti di Prevenzione ambientale.

I laboratori di prevenzione sono Unità Operative Complesse specialistiche nelle materie di riferimento e nella loro organizzazione devono essere previste specifiche UOS.

Nell'ambito della collaborazione con l'IZS di riferimento regionale, l'Agenzia può promuovere forme di coordinamento per la razionalizzazione delle prestazioni erogate dai propri Laboratori e da quelle offerte dall'IZS.

** Vice segretario Regione Lombardia, già direttore UOC Igiene Urbana veterinaria ATS Città Metropolitana di Milano*

- 1 Si creò, in questo modo, un vuoto di competenze che fu colmato normativamente dal Parlamento con la Legge n. 61 del 21 gennaio 1994 di conversione del Decreto Legge 496/93, che affidò ad apposite "Agenzie Regionali" i compiti relativi alla vigilanza e al controllo ambientale in sede locale. La concreta applicazione della Legge si prolungò però nel tempo, finché solo nel 2006 l'ultima delle 21 Agenzie fu istituita. La legge 61/94 istituì inoltre l'ANPA (Agenzia Nazionale per la Protezione dell'Ambiente), poi APAT (Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i servizi Tecnici) e oggi ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale), con l'incarico di indirizzo e di coordinamento tecnico delle Agenzie regionali e delle Agenzie delle Province autonome.
- 2 Si veda la sentenza della Corte costituzionale n. 199 del 2012, che ha affermato che il "vincolo" derivante dall'abrogazione referendaria "si giustifica, alla luce di una interpretazione unitaria della trama costituzionale ed in una prospettiva di integrazione degli strumenti di democrazia diretta nel sistema di democrazia rappresentativa" delineato dalla Costituzione, «al solo fine di impedire che l'esito della consultazione popolare [...] venga posto nel nulla e ne venga vanificato l'effetto utile, senza che si sia determinato, successivamente all'abrogazione, alcun mutamento né del quadro politico, né delle circostanze di fatto, tale da giustificare un simile effetto».
- 3 "La Missione 6 riguarda la Salute, un settore critico, che ha affrontato sfide di portata storica nell'ultimo anno. La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macroeconomica dei servizi sanitari pubblici. Le riforme e gli investimenti proposti con il Piano in quest'area hanno due obiettivi principali: rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio e modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario, al fine di garantire un equo accesso a cure efficaci".
- 4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Riforme ed investimenti - Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima.
L'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario. Essa prevede due attività principali:
La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate, da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale
La definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health".
- 5 "Disposizioni urgenti sulla riorganizzazione dei controlli ambientali e istituzione dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente".

BENESSERE ANIMALE E SICUREZZA ALIMENTARE

Tutti i rischi della deregulation delle macellazioni

Maria Caramelli*

Lo sconcertante art. 16 del D.lgs n. 27, entrato in vigore lo scorso 26 marzo, autorizza la macellazione casalinga.

La Corte di Giustizia europea ha affermato che protezione e benessere degli animali sono priorità comuni degli Stati membri. Principio che tutti si guardano da mettere in discussione. Salvo emanare in Italia, il D.Lgs n. 27, entrato in vigore il 26 marzo scorso, che assesta uno sconcertante colpo di spugna a un principio consolidato, per cui durante la macellazione agli animali devono essere risparmiati dolore, ansia o sofferenze.

L'articolo 16 stabilisce infatti che per uso personale chiunque d'ora in poi potrà macellare praticamente senza alcun vincolo vitelli, pecore e maiali ove riterrà meglio: nella stalla, in un bosco, in una roulotte. Stupisce perché sono quasi cent'anni che grazie a un Regio Decreto la soppressione degli animali che diventano alimento deve avvenire nel macello, luogo certificato.

Come sarà possibile assicurare che tali sofferenze vengano effettivamente evitate se tali operazioni verranno fatte a qualunque ora da chiunque nel cortile di casa?

Come sottolinea Fabrizio de Stefani, direttore del Servizio veterinario di Igiene degli alimenti dell'azienda ULSS Pedemontana, con la macellazione casalinga diventa quasi del tutto improbabile eseguire qualsiasi controllo sanitario sulle carni e sulla tutela del benessere alla macellazione.

Preoccupa in particolar modo la macellazione rituale, che è consentita in Italia ed è in costante aumento per la crescente richiesta di carne halal. La macellazione rituale richiede che, contrariamente alla macellazione convenzionale, l'animale sia cosciente e al pieno della sua sensibilità al momento della morte. Sebbene non formalmente consentita fuori dal macello,

con il nuovo articolo diventa quasi impossibile controllare che questa modalità non venga usata nella macellazione casalinga, soprattutto durante le migliaia di macellazioni halal che avvengono giornalmente in prossimità delle feste islamiche.

La preoccupazione che facendola "in casa" la grande sofferenza per gli animali, caratteristica di questa macellazione, possa ancora accrescere non è fuori luogo.

E la sicurezza alimentare delle carni? Le regole igienico sanitarie che la tutelano sono garantite soltanto se avvengono in un luogo certificato. Nel macello, tutte le operazioni vengono svolte sotto il controllo di un medico veterinario che si fa garante del rispetto delle norme sanitarie, che spaziano dalla visita in vita dell'animale fino alle ispezioni per individuare le patologie, soprattutto quelle trasmissibili all'uomo. Nel cortile di casa, tutte le norme potrebbero essere tranquillamente violate, vanificando il lavoro fatto dai veterinari e dalle aziende nei decenni per avere una carne sicura. Senza dimenticare i possibili rischi ambientali, legati a uno smaltimento delle carcasse precario e complicato, che faciliterebbe lo smaltimento illecito. Ci si chiede dove andranno gli scarti di macellazione (i visceri, ad esempio) se la macellazione avviene in una privata dimora. Saranno smaltiti nell'umido o finiranno sparsi per l'ambiente?

Il fenomeno della macellazione casalinga degli animali era infrequente e in costante diminuzione, fortunatamente. Perché ora renderlo legittimo rimane un mistero.

* *Medico veterinario presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale PLV*

1 N.d.r.: l'articolo è stato pubblicato il 18 maggio 2021 su [huffingtonpost.it](https://bit.ly/3p3G4h4) al link: <https://bit.ly/3p3G4h4>

IL RUOLO DEL VETERINARIO PUBBLICO

Riflessioni su alcuni aspetti critici e prospettive della medicina veterinaria pubblica

Stefano Mezzasoma *

Molti gli aspetti da prendere in considerazione per lo sviluppo della Medicina veterinaria preventiva pubblica: dai sistemi informativi per la raccolta e l'elaborazione dei dati al modello di articolazione dei Servizi/Unità operative territoriali

Prendendo spunto da articoli su Pandemia, Recovery Plan e prospettive della Medicina Veterinaria Pubblica, ho deciso di esprimere delle brevi considerazioni su alcuni aspetti critici forse poco considerati e un po' sottovalutati nei dibattiti di categoria, ma che interessano e coinvolgono, nella pratica quotidiana, larga parte di chi opera in sanità pubblica e non solo. Sono aspetti che determinano continue problematiche nell'espletamento delle attività e, conseguentemente, rischiano di incidere negativamente anche sulle prestazioni e prospettive future e sulla tipologia, qualità ed efficacia dell'apporto tecnico-professionale richiesto.

Ho iniziato a occuparmi di Sanità Pubblica Veterinaria nel 1984, dapprima presso l'IZS di Perugia e poi presso l'USL dove sono, anche se ancora per poco, in servizio. Da allora, e come in tutti i campi, anche nella Medicina Veterinaria Pubblica l'evoluzione e l'applicazione delle tecnologie informatiche ha profondamente modificato le nostre attività, fornendo indubbiamente degli strumenti di straordinario valore e utilità. Nel contempo però, si è assistito in questi ultimi anni, come mai prima d'ora, a un appesantimento di adempimenti e procedure burocratiche, a un proliferare di sistemi informativi di raccolta ed elaborazione dati, da quelli d'USL e IZS alle Regioni, fino a Ministero ed UE, con un mol-

tiplicarsi di problematiche di collegamento, ripetizione degli stessi dati, dati sconclusionati, non allineati e compatibili, poiché elaborati generalmente senza standard di riferimento univoci e condivisi, per cui poco fruibili e con dubbia attendibilità.

Un altro aspetto che suscita perplessità, dubbi e continue problematiche è l'elaborazione ed emanazione da parte di Ministero e organi tecnici, di schede di controllo, cosiddette "check list", sempre più corpose, complesse e ridondanti, contenenti dati spesso già conosciuti e/o poco utili, ripetitivi, sovrapponibili, a volte persino contrastanti con altre schede elaborate per altre tematiche, senza integrazione tra le stesse (cosa che ridurrebbe notevolmente i tempi di intervento), dimostrando tra l'altro anche scarso coordinamento e conoscenza di quanto viene elaborato tra gli stessi uffici e/o organi tecnici di riferimento.

In primo luogo, quindi, a mio parere dovremmo chiederci quale sarà in futuro il ruolo, la figura del veterinario professionista pubblico, se continuerà ad essere schiacciato tra inserimenti ed estrazioni di dati ripetuti in più e più sistemi informativi e con dubbia utilità e soprattutto attendibilità, diventando esso stesso al servizio degli strumenti informativi e non viceversa, così come appiattito nella propria professionalità per la compilazione di "check list" cervellotiche, ridondanti, non inter-



connesse nelle varie tematiche (con ripetizione degli stessi dati più volte), talmente corpose da diventare quasi inapplicabili nelle realtà zootecniche dei nostri territori, peraltro spesso carenti proprio in quegli aspetti medico-professionali che dovrebbero distinguere il nostro contributo tecnico. Che dire poi di alcuni aspetti a mio parere palesemente contrastanti tra le

indicazioni sull'identificazione degli animali, controllo delle malattie infettive e le indicazioni sul benessere animale? Prendiamo solo per fare un piccolo esempio l'ultima problematica sulla prevenzione e taglio coda nell'allevamento del suino; forse, in questo caso, una comunità scientifica avrebbe dovuto esprimere delle opinioni più decise rispetto ad argomentazioni spesso

estremizzate e non corredate da serie evidenze scientifiche facendo valere, come peraltro di questi tempi è comune in ambito di pandemia, che i benefici del ricorso a tale pratica, per lo meno in certe tipologie di allevamento, sono largamente superiori allo stress provocato ed evitano agli animali numerose e spesso gravi sofferenze future.

I dibattiti e le discussioni più frequenti in questo momento riguardano il modello organizzativo attuale della Medicina preventiva territoriale, che sostanzialmente non si discosta molto da quello iniziale dei primi anni di attività.

Al fine di rispondere più efficacemente e con maggiore specificità ad alcune tematiche che allora potevamo definire emergenti, tipo il benessere animale, l'alimentazione animale, le farmacoresistenze, fu istituito nei primi anni novanta, un terzo Servizio veterinario, l'Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni zootecniche.

Alla luce dell'esperienza maturata, è ancora valido questo modello di articolazione dei Servizi/Unità operative territoriali, che troppe volte, anziché integrarsi per tematiche chiaramente collegate, ha creato degli steccati e/o sovrapposizioni di attività? In alcune realtà territoriali sono state istituite articolazioni differenti dei Servizi/Unità operative e/o funzionali, ma seppur con una necessaria modulazione dell'organizzazione sulla base delle realtà territoriali mi sembra stiano sorgendo troppe disomogeneità, quando invece occorrerebbe una linea di indirizzo, di riferimento, chiara e condivisa.

Il momento attuale di rivisitazione della Medicina pubblica in generale dovrebbe essere l'occasione per una riflessione anche su questi aspetti, al fine di cercare di ridurre le criticità evidenziate e proporre misure, articolazioni e soluzioni che avviino processi di rinnovamento e sviluppo della Medicina veterinaria preventiva pubblica.

* *Dirigente Veterinario USL Umbria 1, Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche*