

SANITÀ PUBBLICA

I primi 40 anni del Sistema sanitario nazionale

Un sistema nazionale rivolto a tutti i cittadini, senza distinzione individuale o sociale, con modalità che garantissero una vera uguaglianza. Fu una vera e propria conquista!

«**C**omunico il risultato della votazione: istituzione del Servizio sanitario nazionale – già approvata in un testo unificato alla Camera e modificato al Senato –: presenti 465, votanti 458, astenuti 7, maggioranza 230. Voti favorevoli 381, voti contrari 70. La Camera approva». Con queste parole, riportate nei verbali d'aula, il 23 dicembre 1978, l'allora presidente della Camera dei Deputati on. Pietro Ingrao rese noto, alla presenza Ministro della Sanità Tina Anselmi, il voto favorevole dell'ultimo passaggio parlamentare che diede origine – con la Legge n. 833 – al Servizio sanitario nazionale (SSN).

È, quindi, proprio quest'anno che il SSN ha celebrato i suoi primi quaranta anni di vita, caratterizzati sin da subito da difficoltà e traversie, ma anche da tanti risultati positivi, primo fra tutti quello di dare, finalmente, piena realizzazione a quanto previsto dall'art. 32 della Carta costituzionale, assicurando così il diritto alla salute di tutti i cittadini italiani. Così, veniva a istituirsi con la Legge n. 833 – insieme al superamento della sanità in regime mutualistico – un sistema sanitario rivolto a tutta la popolazione, senza distinzione individuale o sociale e con modalità che assicurassero l'effettiva uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. Tuttavia, la forte innovazione del nuovo assetto derivava soprattutto dal fatto che all'azione curativa si accompagnavano quella promozionale, mediante la previsione della creazione di una coscienza sanitaria, e quelle riabilitativa e preventiva. In questo modo, si poneva la massima attenzione non solo alla finalità di cura (che

vedeva essenzialmente nella struttura ospedaliera il suo centro di erogazione), ma anche all'igiene dei cibi, delle bevande e dei prodotti di origine animale, alla sperimentazione e produzione dei farmaci, alla sicurezza sul lavoro, alla tutela della procreazione responsabile e della maternità e infanzia, alla promozione della salute dell'età evolutiva e degli anziani così come all'identificazione e all'eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'aria, dell'acqua e del suolo (nel 1993 quest'ultima competenza fu sottratta da un *referendum* popolare ai dipartimenti di Prevenzione del SSN e trasferiti al Ministero dell'Ambiente).

I primi passi del SSN

In buona sostanza, con le attività di prevenzione (riquadro 1), la Legge n. 833 attraeva nell'orbita di competenza del SSN tutto quanto poteva essere finalizzato al mantenimento in salute degli individui con una notevole volontà di intervenire e incidere in campi di attività che fino ad allora erano stati considerati estranei alle questioni sanitarie. Dal punto di vista operativo la gestione del diritto alla salute veniva quindi affidato alle Unità sanitarie locali (USL) che, seppur dotate di ampia autonomia funzionale, erano prive di personalità giuridica prevedendo nei Comuni, singoli o associati, e nelle comunità montane, gli organismi deputati alla loro organizzazione e gestione amministrativa. Malgrado ciò, questo impianto dimostrò da subito una forte limitazione nella mancanza di meccanismi di controllo della qualità delle prestazioni, della loro efficacia ed efficienza

Riquadro 1. Prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- La **prevenzione primaria** si basa sull'eliminazione, riduzione o controllo delle cause delle cause patogene e/o dei fattori di rischio d'ordine fisico, chimico, biologico (ad es. profilassi antinfettiva mediante vaccinazione), socio-ambientale (ad es. bonifica degli ambienti malsani, lotta all'emergenza sociale).

“La prevenzione primaria, fatta cioè a monte della malattia sulle sue cause, può riuscire già oggi a far diminuire la frequenza della malattia. La sua validità comunque resterà inoppugnabile anche se si avvereranno le più ambiziose aspettative terapeutiche. Resterà intatto anche il suo valore universale, dato che la prevenzione primaria è capace di proteggere tutti gli strati della popolazione, dai più ai meno forti socialmente, cosa non sempre evidente per quanto riguarda diagnosi e terapia” [L. Tomatis, Il cancro; cause, frequenza, controlli; 1991].

- La **prevenzione secondaria** si basa sull'individuazione precoce e sulla rimozione tempestiva delle lesioni pre-morbide o morbide in fase iniziale (ad es. diagnosi precoce e sulla rimozione tempestiva di lesioni pre-cancerose o cancerose all'esordio).

- La **prevenzione terziaria** si basa sulla riduzione o controllo delle conseguenze e/o complicanze invalidanti di condizioni morbose già consolidate (ad es. prevenzione delle complicazioni tardive del diabete mellito).

e quindi del costo complessivo a livello nazionale; questo comportò il costante sfioramento delle risorse assegnate con i bilanci nazionali e il conseguente ripiano del disavanzo, andò a determinare da parte del legislatore il superamento di tale impianto che individuò, quindi, nelle Regioni – tramite i loro bilanci – lo snodo del finanziamento e degli eventuali piani di rientro in caso di deficit. Lo strumento fu l'approvazione nel 1992 della cosiddetta “riforma della riforma” tramite il D.lgs. n. 502 che distolse le USL dall'ambito dei Comuni facendole transitare sotto la competenza organizzativa e di coordinamento di livello regionale.

Le USL diventano “aziende pubbliche”

Il passaggio più importante fu rappresentato dall'aziendalizzazione delle USL prevedendone l'acquisizione di personalità giuridica passando così allo *status* di “aziende pubbliche” e, quindi, con una propria autonomia di carattere imprenditoriale anche nella gestione economica mediante atti che si rifacevano al diritto privato. Le USL divennero, perciò, Aziende USL (dizione corretta rispetto al più diffuso, ma improprio ASL) e questo nuovo assetto fu, dopo qualche anno, ancor più rafforzato con l'approvazione del D.lgs. n. 229/1999 – considerata la “terza riforma” della

sanità italiana – che, con l'istituzione dei Livelli essenziali d'assistenza (LEA), andò a costituire un nuovo modello di erogazione delle prestazioni sanitarie che le Regioni con la loro organizzazione e legislazione dovevano assicurare. Il D.lgs. n. 229 di fatto attuò anche una riorganizzazione della Az.USL in base a uno schema dipartimentale, sia territoriale sia ospedaliero, confidando così in una miglior applicabilità a livello territoriale dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

Il Dipartimento di prevenzione, lo spirito del SSN

Il legislatore prevede espressamente che le Regioni istituiscano in ogni Azienda un Dipartimento di prevenzione per garantire la tutela della salute collettiva attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie (umane, animali, ambientali) e le disabilità, il miglioramento della qualità della vita; per questi obiettivi, è prevista l'allocatione di una precisa quota del bilancio aziendale. Di certo si può sostenere a ragione che proprio questa sia la struttura operativa che meglio rispecchia lo spirito della riforma epocale rappresentata dalla nascita del SSN.

Nel Dipartimento di prevenzione sono strutturalmente inserite le attività di Sanità pubblica veterinaria (SPV) che

di norma – al di là di una flessibilità organizzativa sempre possibile – comprendono la presenza delle classiche tre aree funzionali. In concreto tutte le attività di SPV hanno per obiettivo primario le attività di prevenzione attraverso una costante azione programmata di controllo sanitario nei confronti di tutte quelle situazioni che vedono integrarsi e/o sovrapporsi il trinomio uomo-animale-ambiente. La SPV è una rete strutturalmente vocata alla prevenzione che è stata sempre in grado di affrontare e gestire, quasi sempre con iso-risorse, le tante emergenze sanitarie epidemiche e non epidemiche che si sono presentate negli ultimi decenni anche nel nostro Paese.

La Sanità pubblica veterinaria in Italia

La Legge n. 833 rappresentò, come già detto, un approccio innovativo al diritto alla salute e, in particolare, per la SPV comportò anche culturalmente il passaggio da un sistema da sempre improntato su figure individuali e ben connotate a un sistema in cui le attività erano affidate ai “servizi” i cui componenti erano chiamati a intervenire su territori sempre più vasti e non su un singolo Comune. Scomparve quindi la figura del veterinario condotto comunale, capo e direttore del pubblico macello che si rapportava gerarchicamente al veterinario provinciale, emanazione del livello centrale, prima rappresentato dal Ministero degli Interni e in seguito, dopo la sua istituzione nel 1958, da quello della Sanità.

Tuttavia, la necessità di questo passaggio sottolineava indirettamente una peculiarità dell'organizzazione amministrativa del nostro Paese che già dalla sua unificazione aveva visto la medicina veterinaria inserita a pari livello di quella umana nelle strutture ministeriali del Regno d'Italia; tale peculiarità risulta tutt'oggi assai spesso poco conosciuta anche tra gli addetti ai lavori e – quando, invece, lo è – da alcuni è considerata al pari di un'eccentricità dell'organizzazione statale che vede “stranamente” la

Riquadro 2. Le tappe della Sanità pubblica veterinaria in Italia

1865 – Nell'Italia unificata la “questione sanitaria” vide come primo e importante atto legislativo l’emanazione della “Legge per l’unificazione amministrativa del Regno d’Italia” n. 2248 meglio conosciuta come “Legge Lanza” dal nome di Giovanni Lanza, medico igienista e ministro degli interni. La legge aveva diversi allegati tecnici e tra questi uno riguardava la “Sanità Pubblica”.

1874 – Tra le attività veterinarie veniva prevista la lotta alle epizootie, così come la tutela della salubrità degli alimenti che veniva attuata anche con il controllo delle “*carni degli animali*”. La tutela della salute pubblica fu assegnata a livello centrale al Ministero dell’Interno e in sede periferica ai Prefetti e quindi ai Sindaci. Fu istituito il Consiglio superiore di Sanità con il compito di assistere il ministro, e la medicina veterinaria era rappresentata da docenti delle scuole di veterinaria. Furono istituiti anche i Consigli sanitari provinciali e circondariali preposti alla “*conservazione della sanità pubblica anche per quanto riguarda le epizootie*”.

1886 – Agostino Depretis presenta il progetto di legge di un “Nuovo Codice di Igiene pubblica” che prevede una politica sanitaria che, recependo i contributi tecnico-scientifici della cultura medica contemporanea andava a proporsi come fattore di progresso e di maggiore giustizia sociale.

1888 – Francesco Crispi presenta un disegno di legge che si propone di “*prevenire, per quanto possibile, lo sviluppo delle malattie infettive e diffuse o a combatterle efficacemente appena manifestate*”. Al dibattito parlamentare che seguì, particolarmente significativi furono gli interventi del Senatore Giacinto Pacchiotti, docente di Clinica e Patologia speciale nell’Università di Torino e anche Assessore all’Igiene, che da convinto sostenitore di un futuro “Ministero della pubblica Igiene”, riconoscendo in tal senso il ruolo della medicina veterinaria affermava che “*il veterinario ha un’importanza enorme al giorno d’oggi per la visita delle carni di ogni genere e da lungo tempo s’invoca in Italia una legge che stabilisca le condotte sanitarie [...]*”. Dopo cinque mesi fu quindi emanata con l’atto n. 5849 la “Legge sulla tutela della Igiene e della Sanità Pubblica” da subito conosciuta come Legge Crispi-Pagliani che è di fatto considerata come l’inizio di quel percorso di sanità sociale che, oltre alla salute della singola persona, deve occuparsi di quella collettiva con azioni rivolte alla prevenzione delle malattie degli uomini o degli animali, o di ambedue visto il rilievo sanitario delle zoonosi. Furono istituite le figure del veterinario di confine e di porto con il compito di impedire l’introduzione nel territorio nazionale di animali, o parti di essi, affetti da malattie contagiose o sospetti di esserlo.

1896 – Il Regio Decreto n. 316 prevede – dando seguito all’insofferenza di una frangia della veterinaria nei confronti dei medici – il trasferimento del Servizio veterinario nazionale alle dipendenze del Ministero dell’Agricoltura

1901 – Il Regio Decreto n. 45 emana il nuovo “Regolamento generale sanitario” che riportò i servizi veterinari nell’alveo del Ministero dell’Interno mentre un successivo Regio Decreto del 5 maggio stabilì che rimanevano comunque sotto l’egida del Ministero dell’Agricoltura i servizi zootecnici propriamente detti.

1934 – Il Regio Decreto n. 1265 emanò il “Testo unico delle leggi sanitarie” grazie al quale venne istituita, sempre presso il Ministero dell’Interno, una “Direzione generale della sanità pubblica” che fu affiancata sia da un organo consultivo, il “Consiglio superiore di sanità pubblica”, sia da uno tecnico, l’“Istituto di sanità pubblica”, che in seguito assumerà la denominazione di “Istituto superiore di sanità”. Il sindaco (podestà) fu designato come massima autorità sanitaria locale affiancato dall’Ufficiale sanitario che fungeva da consulente tecnico mentre il veterinario provinciale, che sovrintendeva al servizio veterinario, faceva parte dell’ufficio sanitario provinciale diretto dal medico provinciale.

1945 – Il Decreto legge n. 417 istituì l’“Alto Commissariato all’igiene e sanità” (Acis) organismo che, alla stretta dipendenza della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha il principale intento di portare al superamento del dualismo tra le competenze delle strutture decisionali e quelle degli organi tecnici. La competenza medica e veterinaria fu sottratta al Ministero degli Interni riconoscendo così la necessità di una struttura amministrativa più autonoma che si occupasse della sanità mentre l’organizzazione periferica continuò a far capo al Prefetto e al Sindaco. Nel suo ambito venne istituita la “Direzione Generale dei Servizi veterinari” che in buona sostanza può essere considerato, seppure con tutte le varie denominazioni assunte nel corso del tempo, l’antesignano dell’attuale organizzazione della Spv.

1958 – La Legge n. 296 istituì il “Ministero della Sanità” con il “*compito di provvedere alla tutela della salute pubblica*” e riconoscendo così la necessità in uno stato moderno di una gestione più autonoma della politica sanitaria e delle decisioni da prendere per adempier alle nuove esigenze per assicurare la salute ai suoi cittadini. La struttura del nuovo ministero prevede a livello centrale, con il compito di affiancare i decisori politici, una serie di direzioni generali tra cui quella dei “Servizi veterinari”. A livello periferico furono costituiti in ogni provincia un ufficio del medico provinciale e uno del veterinario provinciale e in seguito l’ufficio del veterinario comunale per migliorare il raccordo col livello provinciale. La sua denominazione nel 2201 sarebbe cambiata in “Ministero della Salute”.

1972 – Il DPR n. 4 iniziò a modificare la struttura centralizzata della sanità prevedendo il trasferimento alle Regioni di alcune funzioni amministrative in campo sanitario tra cui il passaggio a queste degli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale.

1977 – Il DPR n. 616 accentuò ulteriormente il processo di decentramento regionale e, per quanto attiene al settore sanitario, venne stabilito che le funzioni amministrative in quell’ambito fossero definitivamente “*disciplinate nella legge di istituzione del servizio sanitario nazionale*”.

veterinaria pubblica non nell’ambito dell’Agricoltura, bensì sotto l’egida della Sanità (vedere riquadro 2). Questa prerogativa deriva da un’imposta-

zione culturale e scientifica oltre che sociale e politica rappresentata da figure di scienziati e politici che nel nostro Paese hanno contribuito, an-

cor prima dell’Unità d’Italia, a creare quell’*humus* che ha posto le basi di una sanità improntata fortemente al sociale e alla prevenzione.

Intervista ad Aldo Grasselli

Si è da poco tenuto il 50° Congresso del SIVeMP in cui sono stati anche ricordati i quaranta anni trascorsi dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale in cui la Veterinaria di Sanità pubblica è da sempre inserita a pieno titolo e pari merito con la Medicina umana. Quella che da tanti è ancora percepita come un'anomalia viene invece da molto lontano: quale è la sua opinione?



Nella nostra Costituzione è previsto un Titolo che riguarda i diritti, tra questi viene esaltato come "fondamentale" il diritto alla salute, che è l'unico ad avere tale superiore importanza sugli altri, e il perché dovrebbe essere chiaro: la salute umana dipende dalla salute dell'ambiente, dalla salute delle popolazioni animali allevate e selvatiche, dalle condizioni del clima, dalla qualità sanitaria dell'aria, dell'acqua, del cibo, dei luoghi di vita e lavoro. Insomma, se si tutela seriamente la salute vengono a galla i relativi doveri. Uno di questi doveri è "mantenere sani i sani" e la Medicina veterinaria pubblica fa esattamente questo. I Dipartimenti di Prevenzione, che ritengo siano una delle più importanti intuizioni di politica sanitaria, ma anche di rilievo sociale ed economico per il Paese, perseguono obiettivi di salute (non di cura) e attraverso azioni di prevenzione e rimozione dei fattori negativi e dei rischi incombenti, con poca spesa generano un'elevata efficacia nella riduzione del danno al "capitale salute" individuale e collettivo e permettono di ridurre drasticamente la spesa sanitaria e la riduzione del potenziale produttivo delle persone e delle filiere. Nel campo della prevenzione, il concetto *One health - one medicine* è assodato, ma non tutti coloro che guardano alla Sanità o che addirittura la gestiscono politicamente lo comprendono.

A proposito di questo, ciclicamente si ripropone un passaggio all'Agricoltura, che viene visto come panacea dei problemi di rappresentatività della Veterinaria di Sanità pubblica: cosa ne pensa?

Rispondo con una battuta, che ripeto da anni: non occorre che i servizi veterinari vadano all'Agricoltura per non avere più una Medicina veterinaria pubblica votata in primo luogo alla prevenzione, basta che l'Agricoltura venga alla Veterinaria. Cioè: se non siamo in grado di esprimere un ruolo scientificamente autorevole, se non siamo in grado di mantenere una rigorosa indipendenza, se

non sappiamo orientare le nostre riflessioni in favore dell'innovazione e del posizionamento strategico necessario alla funzione sanitaria fondamentale che svolgiamo, *One health - one medicine* saranno solo parole vuote.

È ovvio che se non siamo la parte dinamica e progettuale in un sistema che stimola molti interessi e attira professionalità nuove,

saremo incalzati da competitor e rischieremo di essere marginalizzati, di essere segmenti funzionali di strategie governate da altri. Nel mondo della salute ogni spazio vuoto è coperto da chi ha le idee e le professionalità più avanzate e brillanti per coprirlo. Le riserve di caccia non esistono più, e anche se una professione è oggi la più adatta a svolgere una funzione, questo non vuol dire che lo sarà anche domani.

In effetti, nonostante gli indubbi successi sanitari (quali ad esempio l'eradicazione della peste bovina e della rabbia) la Veterinaria di Sanità pubblica viene poco considerata socialmente. Se lo condivide, quali sono i motivi e quali le azioni per invertire la tendenza?

Oggi non conosco un solo professionista che si dica soddisfatto del ruolo sociale che gli viene riconosciuto. È quella che possiamo definire "la caduta degli dei" del primo secolo

del millennio, specie se in camice bianco. Siamo entrati in una nuova era in cui i saperi non sono più un fattore premiale. Oggi c'è il predominio della comunicazione. Comunicare per avere *like* e applausi, indipendentemente dalla attendibilità e dal valore di ciò che si dice. Tutti vogliono visibilità, tutti chiedono audience. Chi la spara più grossa ha ragione, una ragione che dura poco, ma che per un attimo crea un personaggio e gratifica il personaggio; ma la scienza, ancor più la Sanità pubblica, sono campi in cui non può valere la spinta referendaria. Nessuno si fida più di nessuno, in un vortice di *fake news*. Lo stiamo vedendo con il caso "vaccini", stiamo distruggendo l'immunità di gregge (mai termine fu più adatto), perché proprio le pecore pretendono di decidere che le vaccinazioni devono essere facoltative. In pratica si può diventare infettivologi su Google e decidere inconsapevolmente della vita o della morte delle persone. Sarò obsoleto, ma sono convinto che la Medicina veterinaria preventiva debba trovare in se stessa le innegabili

ragioni della sua forza. La strada per avere maggior riconoscimento si basa su studio, ricerca, demolizione dei miti, coraggio verso l'innovazione e il confronto, voglia di sfidare le difficoltà anziché ingrandirle per giustificare l'immobilismo e le frustrazioni.

Da cosa si deve partire secondo lei per invertire la rotta e dare alla Medicina veterinaria una prospettiva per il prossimo secolo?

Occorre sempre partire dai giovani e bisogna avere il coraggio di mettere meno energia nell'affrontare le necessità contingenti per lavorare con più convinzione sulle necessità strategiche. Ricordo bene che, nel 1995, nella mia prima intervista al "Progresso Veterinario" affermai che occorreva partire *ab ovo*, cioè dalla formazione universitaria. Non posso dire di essere stato molto ascoltato. Le (ex) Facoltà di Medicina veterinaria, autoregatesi in un mondo ovattato tutte, o quasi, sbilanciate verso la clinica e la chirurgia degli animali da compagnia, non sono più riuscite a rappresentare un punto primario da cui attingere anche i nuovi saperi necessari alla Sanità pubblica veterinaria.

Possiamo trovare ottimi dermatologi, ma non troviamo che pochi epidemiologi.

Possiamo effettuare TC e impostare terapie oncologiche, ma sappiamo poco di tecnologie impiegate nell'industria alimentare. Vogliamo presidiare tutte le filiere dal campo alla tavola, ma non specializziamo veterinari capaci di farlo in tutte le molteplici realtà e, se occorre, anche sapendo gestire altre professionalità. Invece rischiamo di diventare una funzione sanitaria ancillare o un soggetto burocratico che certifica procedure e dati materializzati da altri. Abbiamo purtroppo una grande crisi davanti (il 40% dei veterinari pubblici andrà in pensione nei prossimi sette anni), ma anche la grande opportunità di reclutare giovani veterinari con un bagaglio di competenze completamente diverse da quelle dei colleghi che escono. Senza più perder tempo rimbalsandosi le responsabilità, occorre sottoscrivere e attuare un piano strategico di rilancio che ridia energia a una professione, che per vari motivi, ha perso quella spinta propulsiva che l'aveva resa grande. Università, Ministero della Salute, Regioni, ISS, IZS, ASL, Sindacati, Società scientifiche, Ordini provinciali e Federazione nazionale devono unirsi per dare un senso a questa storia, per dare una nuova prospettiva a questa gloriosa professione che, in questi 40 anni di Servizio sanitario nazionale, ha sempre saputo rispondere ai bisogni del Paese.



Le storiche facciate dei macelli pubblici di Piacenza (a), Pisa (b) e Roma (c).

Effetti e prospettive della SPV: impatto sanitario ed economico

Al di là della questione della sua collocazione amministrativa, la SPV, oltre ai risultati di prevenzione ha un innegabile impatto sull'economia, soprattutto nella filiera agro-alimentare; nel nostro Paese, questa filiera rappresenta, da sempre, uno dei settori trainanti che, malgrado fondamentalmente anticiclico, è fortemente soggetto alle crisi economiche che le varie filiere possono subire sull'onda di emergenze sanitarie che, complici la globalizzazione e l'inevitabile impatto mediatico e allarmistico, si possono riversare anche su economie distanti. L'emergenza dell'afta e della BSE in Gran Bretagna, della diossina in Belgio, dell'influenza aviaria e della carne equina impiegata fraudolentemente sono solo alcuni esempi di emergenze veterinarie che hanno avuto forte impatto (a volte devastante) su filiere produttive che di punto in bianco venivano messe fuori mercato a causa della sfiducia ingenerata nei consumatori.

La prevenzione veterinaria riveste sempre più questa duplice valenza destinata ad adattarsi alle esigenze socio-economiche in continua mutazione. Tuttavia, a fronte di scenari particolarmente impegnativi, anche per la loro imprevedibilità, la fiducia non deve venir meno

soprattutto guardando ai risultati che in passato sono stati ottenuti dalla SPV in ambito sanitario. Si pensi al contrasto e all'eliminazione delle zoonosi derivate dal consumo di alimenti di origine animale, dove, innegabile è stato il ruolo del macello pubblico, previsto dal Regio decreto n. 45/1901 per ogni comune con più di seimila abitanti (foto 1). L'obbligo di macellazione in un luogo preposto ha rappresentato fino a un recente passato un collo di bottiglia in cui era possibile effettuare il controllo ispettivo con efficacia rappresentando quindi un esempio di reale e costante attività di prevenzione primaria contro le patologie zoonosiche e, in particolare, parassitarie.

Il pacchetto dei Regi decreti (Regolamento per la vigilanza sanitaria delle carni, Regolamento per la vigilanza igienica del latte destinato al consumo, Testo unico delle leggi sanitarie) ha rappresentato un impianto normativo in grado di migliorare significativamente l'applicazione concreta del diritto alla salute degli italiani; inoltre, anche attraverso la gestione di un'istituzione – oggi impensabile e in effetti non più prevista – come quella della “bassa macelleria” che rappresentava un accettabile accesso a fonti proteiche salubri, che altrimenti sarebbero andate

sprecate, per strati di popolazione che così potevano sfuggire o almeno mitigare la malnutrizione.

Anche nell'ambito della sanità animale grande è stato il contributo della SPV con l'attuazione delle grandi profilassi di Stato contro la brucellosi, la tubercolosi e la rabbia che hanno rappresentato presidi di prevenzioni primaria con innegabili ricadute positive oltre che nell'ambito delle produzioni animali anche in quello della sanità umana.

Medicina unica, un concetto dalle profonde radici

In conclusione, si può sostenere che l'impianto della Spv italiana così come man mano si è andato ad organizzarsi a partire dalla nascita dello Stato unitario sino all'istituzione del Ssn è stato un inconsapevole precursore di quel concetto di *One health* così come definito nel 1984 dal veterinario ed epidemiologo americano Calvin Schwabee; quindi, quella che da tanti, anche in ambito veterinario, viene ritenuta una stramberia ed eccezione da ricollocare è stata invece una profezia non enunciata, ma di certo messa in atto da sempre.

* Articolo pubblicato su *La Settimana Veterinaria* n. 1078, pp. 4-12.