



Le potenzialità del PNRR ed il progetto “One Health” nella prospettiva del rilancio dell’assistenza sanitaria territoriale

di Stefano Iaria*

19 Giugno 2024

Sommario: 1. La tutela del diritto alla salute: il travagliato rapporto Stato-Regioni; 2. Il complicato rapporto tra la sanità pubblica e la sanità privata; 3. Il PNRR: una panacea per i mali del sistema sanitario nazionale? 4. Le criticità del progetto di riforma del PNRR; 5. L’approccio One Health: quali prospettive e quali criticità

Abstract: Il presente contributo si propone di indagare le potenzialità del PNRR nell’affrontare le problematiche del Sistema Sanitario Nazionale con particolare riferimento all’assistenza sanitaria territoriale. Dopo un inquadramento generale delle principali criticità funzionali del servizio sanitario pubblico si procede dunque ad esaminare come e con quali prospettive di successo il PNRR si proponga di rilanciare la sanità pubblica per poi, in conclusione, esaminare le potenzialità del progetto “One Health” come visione complementare ai fini della tutela del diritto alla salute in un’ottica globale.

The contribution aims to investigate the potential of the PNRR in addressing the problems of the National Health System with particular reference to local health care. After a general overview of the main functional critical issues of the public health service, we proceed to examine how and with what prospects of success the PNRR aims to relaunch public health and then, in conclusion, examine the potential of the "One Health" project as a vision complementary for the purposes of protecting the right to health from a global perspective.

1. La tutela del diritto alla salute nell’ambito della riforma sanitaria del PNRR

La tutela del diritto della salute, che costituisce uno dei compiti fondamentali assegnati al nostro ordinamento dalla Costituzione Repubblicana e rappresenta uno dei pilastri indispensabili ai fini della realizzazione del principio fondamentale di eguaglianza in senso sostanziale¹, ha avuto nel tempo un’evoluzione travagliata le cui criticità, stratificatesi ed

* Avvocato del Foro di Firenze

¹ V., di recente ed ex multis: R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2020; C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, Giappichelli, 2020; L. BUSATTA, *La salute sostenibile*. a



FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

aggravatesi nel tempo, sono da ultimo emerse in modo drammatico durante la pandemia del Covid – 19 la cui fase acuta è stata superata solo tramite uno sforzo umano ed organizzativo senza precedenti che però ha dimostrato la necessità di intervenire in modo strutturale sul tessuto del sistema sanitario nazionale, cosa che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito PNRR)² si è proposto di fare.

La riforma del sistema sanitario è delinierata nella Sesta missione del Piano³ ed è a sua volta articolata in due diversi gruppi di obiettivi:

Componente 1 - reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

Componente 2 - innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, nel presente articolo, si procederà ad esaminare la componente 1 che, a propria volta, si sostanzia in 4 vie di azione:

1. Case della Comunità e presa in carico della persona;
2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
3. Ospedali di Comunità;
4. Salute, ambiente, biodiversità e clima.

Il perseguimento di tali obiettivi, presuppone tuttavia un cambiamento concettuale delle modalità di erogazione dei servizi sanitari passando da un'organizzazione centrata sugli ospedali ad una efficiente sanità territoriale diffusa sul territorio, da un approccio tradizionale al paziente ed ai servizi sanitari al potenziamento della telemedicina e degli strumenti robotici e di alta tecnologia, da un approccio all'investimento nella sanità come mero rimedio a necessità contingenti ad una visione volta ad investire nella salute come prevenzione nell'ambito di un approccio integrato denominato "One Health".

Sul punto è opportuno fugare ogni dubbio circa l'apparente contraddittorietà tra l'obiettivo di costituzione di reti di prossimità e quello rappresentato dall'implementazione della telemedicina, che potrebbe suscitare dubbi atteso che la telemedicina potrebbe portare ad un indebolimento del rapporto umano diretto tra paziente e medico, nel Piano si specifica che "gli interventi di questa componente" attuano un metodo di rinforzo delle "prestazioni erogate sul territorio" potenziando le strutture di tutela della sanità con la "creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il

complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie, Torino, Giappichelli. 2018; N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica*, Giuffrè, Milano, 2017; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012; R. BALDUZZI- D. SERVETTI, La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario, Il Mulino*, Bologna, 2013, pp. 23 s; C. Moratiti, *La tutela della salute nella Costituzione italiana* (in Riv. Infort. 1961, I, 1 ss.); ora in Id, *Raccolta di scritti*, III, Milano, Giuffrè, 1972, 433-466; M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. Soc.*, 1980, 769 ss.

² Il Piano Nazionale di ripresa e resilienza è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 aprile 2021

³ Il finanziamento complessivo ammonta in totale a 15,63 miliardi destinato a progetti da realizzare entro il 2026 e così ripartiti: "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" totale 7 mld.; "innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" totale 8,63 mld.



rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari”.

La telemedicina, pertanto, si pone non come alternativa all'assistenza sanitaria territoriale bensì come suo complemento, volto pertanto a potenziare la capacità dell'operatore sanitario di fornire assistenza anche a distanza tramite ad esempio teleconsulti.

Prima, tuttavia, di esaminare le prospettive, i punti di forza e le possibili criticità di tale ambizioso progetto di riforma, è opportuno esaminare le problematiche che, stratificatesi nel tempo, hanno portato all'attuale situazione di difficoltà e quali possibili soluzioni possa prospettarsi.

2. La tutela del diritto alla salute: il travagliato rapporto Stato-Regioni

L'art. 32 della Costituzione, qualifica il diritto alla salute sia come diritto fondamentale della persona sia come interesse della collettività in relazione al quale l'intervento pubblico si pone in un'ottica non solo di tutela dell'individuo singolarmente inteso bensì nella più ampia prospettiva di tutela generale della popolazione.

Al fine, tuttavia, di perseguire tale ambizioso obiettivo, garantendo dunque in modo uniforme il diritto alla salute a tutti gli individui, è indispensabile la predisposizione di una struttura organizzativa che sia in grado di operare in modo capillare sul territorio nazionale garantendo la concreta attuazione del dettato costituzionale.

Un primo quesito che si è posto, nel dibattito costituyente, ha avuto ad oggetto proprio la natura che il modello organizzativo e, sul punto l'art. 32 della Costituzione non individua uno specifico modello organizzativo lasciando dunque al legislatore ordinario la libertà di delineare il modello da adottare.

Tale scelta, senz'altro lungimirante, era altresì dettata dalla necessità concreta del momento in quanto, sebbene dall'esame del dibattito dei Costituenti pare trasparire una preferenza per il modello universalistico, ritenuto più idoneo a garantire una sicurezza sanitaria alla popolazione, nel dopoguerra le poche realtà ancora operative erano organizzate sulla base di criteri di carattere mutualistico settoriale.

Fino agli anni '70 il sistema sanitario ha continuato quindi ad operare su base mutualistica e solo a seguito di una crisi finanziaria particolarmente acuta nel settore sanitario che ha mostrato i limiti intrinseci del modello mutualistico, si sono iniziati a delineare i presupposti per la riforma sanitaria che ha portato, con la Legge n. 833/1978, all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il superamento dell'organizzazione secondo il modello mutualistico e la affermazione di una vocazione universalistica del SSN che, non a caso, è chiaramente indicata già all'art. 1 della Legge, ove si prevede che *“il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di*



FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".

Successivamente, si sono susseguiti numerosi interventi legislativi⁴ volti ad riordinare e razionalizzare il sistema sanitario indirizzati a regionalizzare e aziendalizzare la sanità per poi giungere alla riforma costituzionale del 2001 con la revisione del titolo V che, da un lato, prevede la competenza legislativa esclusiva statale nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA)⁵ mentre, dall'altro, prevede una competenza concorrente delle Regioni in relazione alla tutela della salute⁶.

Da una parte lo Stato viene individuato come soggetto titolare della competenza relativa all'individuazione del contenuto del diritto alla salute attraverso la determinazione dei livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti universalmente sul territorio nazionale, dall'altra si è previsto che le Regioni operino per garantire tali livelli nei rispettivi territori definendo le norme di attuazione di dettaglio.

L'assetto organizzativo risultante, al netto del contenzioso Stato – Regioni derivatone in relazione alla ripartizione delle rispettive competenze, non ha tuttavia portato i risultati sperati determinando, al contrario, numerose criticità una delle quali è la forte disuguaglianza tra le singole Regioni nel garantire i LEA.

Il sistema sanitario così organizzato non è infatti riuscito a garantire una omogeneità dei LEA sul territorio nazionale e, se alcune Regioni "virtuose" da punto di vista della gestione del bilancio e dell'organizzazione sanitaria sono riuscite non solo a garantire livelli di prestazioni sanitarie omogenee ma addirittura ad ottenere la devoluzione di più ampie funzioni vedendosi riconosciute forme e condizioni di particolare autonomia, altre Regioni "meno virtuose" hanno riscontrato difficoltà a garantire addirittura i servizi essenziali rendendo necessario in alcuni casi anche l'attivazione di piani di rientro dal disavanzo finanziario⁷.

Ciò ha determinato, da una parte la necessità per molte persone di spostarsi normalmente dal Sud al Nord) per poter ricevere cure sanitarie adeguate, con i correlativi disagi di carattere logistico ed economico⁸; dall'altra, in modo speculare, il trasferimento di numerosi operatori

⁴ Ex multis il d.lgs. n. 502/1999, il tema di Riordino della disciplina sanitaria e il d.lgs. n. 299/1999, recante la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

⁵ Sulla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni persiste a tutt'oggi una disputa irrisolta, essendo considerati dalla dottrina come una "immagine enigmatica del costituzionalismo sociale multilivello", A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 6/2003, 1063 ss.

⁶ Va ricordato per completezza il tentativo di riforma costituzionale abortita nel 2015 che avrebbe modificato il titolo V, Parte II della Costituzione, ricentralizzando molte delle competenze trasferite alle Regioni nel 2001.

⁷ G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2022, p. 302, si riferisce a tale fenomeno come «regionalismo differenziato di fatto».

⁸ Tale problematica è particolarmente grave per quanto concerne la salute dei minori, ove le differenze tra Nord e Sud sono particolarmente accentuate; sul punto si segnala la ricerca dell'Italian Journal of Pediatrics "Pediatric interregional healthcare mobility in Italy", M. DE CURTIS, F. BORTOLAN, D. DILIBERTO E L. VILLANI, 2021, secondo cui un bambino che vive nel Mezzogiorno ha un rischio del 70% più elevato rispetto a un suo coetaneo del Centro-Nord di dover migrare in altre regioni per curarsi



sanitari dalle strutture sanitarie delle Regioni più in difficoltà ad altre di Regioni con maggiori prospettive lavorative (se non, sovente, direttamente all'estero) impoverendo ulteriormente le concrete dotazioni organiche di strutture sanitarie già in forte difficoltà.

A ciò si aggiunga che, a livello nazionale, si riscontra una generalizzata difficoltà a coprire gli organici a causa anche valutazioni errate compiute anni addietro in sede di programmazione in relazione al dimensionamento del "numero chiuso" dei giovani iscrivibili alla facoltà di medicina e, poi, alle correlative scuole di specializzazione.

Questa oggettiva inadeguatezza degli organici comporta peraltro spesso la sottoposizione dei sanitari a turni massacranti inevitabilmente rischiosi tanto per loro quanto per i pazienti affidati alle loro cure.

Tale problematica è peraltro destinata ad acuirsi nell'immediato futuro se si considera che, intorno al 2027, è prevista una "gobba pensionistica" particolarmente importante per effetto della quale il numero di operatori sanitari che andranno in pensione determinerà una voragine negli organici delle Aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche che i nuovi assunti non riusciranno a colmare a meno di iniziative urgenti e risolutive in tal senso.

D'altronde neppure è ragionevole pensare di supplire a tale problematica continuando a far lavorare operatori sanitari già pensionati che, sia per energie calanti che per inevitabile disinteresse all'aggiornamento professionale specie nelle discipline a più elevato tasso di evoluzione tecnologica a fini diagnostici, con sempre maggior difficoltà e spesso unicamente per puro spirito di servizio cercano di assicurare un minimo di funzionalità dei reparti.

Alle difficoltà operative dovute alla sempre più grave carenza di risorse umane professionali si somma il sempre maggiore ricorso alla medicina difensiva che porta a prescrivere visite ed esami diagnostici al di fuori dei canoni dell'appropriatezza clinica che dovrebbero guidare le decisioni mediche, stante l'attuale discutibile disciplina della responsabilità colposa dei medici.

Questo complesso di circostanze sta sottoponendo le strutture sanitarie pubbliche ad una pressione eccessiva che si traduce in disservizi vari, tra i quali quelli più immediatamente percepibili sono l'allungamento delle liste d'attesa per ricevere prestazioni sanitarie e un andamento della spesa sanitaria sovente imprevedibile e incontrollabile nella sostanza⁹.

3. Il complicato rapporto tra la sanità pubblica e la sanità privata

La situazione appena sinteticamente descritta ha altresì determinato la fuga nella sanità privata sia da parte degli operatori sanitari, in cerca di opzioni lavorative meno stressanti e

⁹ Sul punto l'esecutivo aveva adottato il c.d. Decreto appropriatezza, successivamente assorbito all'interno del d.P.C.M. del 12 gennaio 2017, con cui ha indicato, soprattutto ai medici di medicina generale, i criteri per le prescrizioni. I contenuti del decreto sono in seguito stati recante l'aggiornamento dei Livelli essenziali delle prestazioni.



FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

meglio retribuite, sia da parte degli utenti stessi che, onde evitare liste d'attesa che in alcuni casi superano anche l'orizzonte annuale, si sono visti costretti a rivolgersi alla sanità privata.

A ciò si aggiunge il fatto che la sanità privata, complice tale fenomeno migratorio, dispone talvolta di risorse in alcuni casi superiori a quelle della sanità pubblica e ciò assume rilievo determinante se si considerano le problematiche di sostenibilità legate alla fisiologica evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione ed alla sempre più impellente necessità di sostituire le apparecchiature con altre di ultima generazione inevitabilmente costose ma anche più performanti.

Il Servizio sanitario nazionale, per tentare di garantire i LEA, ha dunque iniziato ad avvalersi sempre più spesso delle prestazioni dei privati per soddisfare le necessità di tutela della salute delle persone ma tale facoltà, originariamente eccezionale, si è radicata nel tempo al punto che, specie negli ultimi decenni ed in determinate Regioni (es. Lombardia), la sanità privata non solo ha colmato i molti vuoti lasciati dal servizio pubblico, ma si è sostanzialmente sostituita ad esso.

Ciò, in alcuni casi, con buona pace dell'universalità del servizio sanitario e del diritto alla salute essendo evidente che, nel momento in cui la scelta è tra ottenere un esame a distanza di molti mesi a prezzo calmierato o invece subito a prezzo pieno, il cittadino si vede in molti casi costretto a scegliere la seconda opzione.

D'altronde se le strutture ospedaliere private operanti in regime di convenzione sono in linea di massima in grado di garantire in una situazione ordinaria, l'erogazione di prestazioni anche di elevata qualità, non può dirsi lo stesso con riferimento ad una situazione straordinaria quale il verificarsi di un evento pandemico.

In tal caso, infatti, è emerso che la concentrazione delle risorse verso la sanità ospedaliera privata ha mostrato tutta la sua debolezza in una situazione in cui risultava essenziale un controllo sanitario capillare del territorio mediante strutture extra ospedaliere.

4. Il PNRR: una panacea per i mali del sistema sanitario nazionale?

Il PNRR, ed in particolare la Missione Salute, si propone di ristabilire una maggiore tenuta e stabilità del sistema sanitario a livello sia complessivo, sia soprattutto territoriale e, dunque, regionale, superando le criticità fin qui evidenziate anche tramite una migliore digitalizzazione dei servizi.

La Componente 1, rubricata "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", prevede difatti un intervento riformatore volto a migliorare i servizi vicini alla cittadinanza per il tramite delle Case della Comunità, pensate come luoghi fisici di prossimità e di agevole accessibilità dove la popolazione possa ricevere le prestazioni di interesse sanitario e sociosanitario con sufficiente semplicità e rapidità.



L'attuazione del PNRR, si è inserita nell'ambito della riforma della sanità territoriale, già avviata dal Legislatore con il D. L. n. 34/2020 (c.d. decreto Rilancio) recante «*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*» ed ha portato alla ideazione delle Case della Comunità al Decreto Ministeriale n. 77/2022, composto da quattro articoli dedicati agli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale¹⁰ e alle attività di realizzazione delle strutture e di monitoraggio.

In particolare è prevista la realizzazione di 1.350 Case, una ogni 50.000 abitanti, già fisicamente esistenti (ma da adeguare allo scopo) oppure di nuova costruzione, che entro giugno 2026 dovrebbero essere in grado di offrire alla popolazione servizi di base per l'assistenza primaria al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, l'individuazione di priorità di intervento secondo il canale della prossimità e la garanzia di continuità delle cure per le cronicità.

Unitamente a tali strutture, in conformità con quanto previsto dalla Sesta Missione, Componente 1, punto 3, viene altresì prevista la realizzazione di appositi Ospedali di Comunità, ovvero strutture distribuite sul territorio ogni centomila abitanti destinate ad erogare cure a bassa intensità e in collaborazione con le strutture ospedaliere centrali.

Infine, si prevede la predisposizione di un servizio di assistenza domiciliare integrata consistente in interventi destinati a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità.

L'ospedale, da struttura attualmente nevralgica e centrale, dovrebbe trasformarsi, secondo la ratio della nuova disciplina, in una struttura deputata alle sole cure ad alta intensità che richiedono reparti specializzati, evitando dunque l'attuale sovraccarico dovuto alle richieste di servizi di media o bassa intensità.

In tale contesto, assume rilievo strategico la digitalizzazione dei servizi e la telemedicina¹¹, che rappresentano i due strumenti imprescindibili per garantire la domiciliarizzazione ed allo stesso tempo il controllo costante delle condizioni del paziente sul territorio, anche a distanza.

5. Le criticità del progetto di riforma del PNRR

La Componente 1 della Missione Salute del PNRR presenta indubbe potenzialità, in primo luogo rappresentate dalle importanti risorse finanziariamente messe a disposizione della sanità pubblica.

Prima ancora di esaminare come tali risorse verranno impiegate, il problema principale all'attualità pare tuttavia rappresentato dal "se" la pubblica amministrazione riuscirà ad

¹⁰ Art. 1, da leggersi in combinato disposto con gli Allegati 1 (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale) e 2 (Case della Comunità).

¹¹ In argomento v. L. SARTORI, *Il digital divide*, Bologna, 2006 e più recentemente J. VAN DIJK, *the digital divide*, Cambridge, UK, 2020.



FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

impiegarle per realizzare le strutture previste entro i termini, ormai stringenti, indicati nel Piano.

Si consideri infatti come, a tre anni dall'approvazione del PNRR, per la sanità risulti essere stato speso circa un quarto degli importi disponibili.

Tale ritardo è dovuto ad una pluralità di fattori tra i quali figura anche il generale aumento dei costi delle materie prime dovuto originariamente agli effetti della pandemia, sulla loro produzione e trasporto, e successivamente alle tensioni geopolitiche internazionali.

Ma non solo, in quanto nonostante siano state individuate procedure particolarmente semplificate per l'affidamento degli appalti del PNRR, in molti casi le amministrazioni pubbliche incontrano difficoltà nel portare a termine le procedure di gara.

Ciò ha portato ad una riduzione del numero di strutture da realizzare, Le Case della Comunità sono state ridotte dalle originarie 1.350 a 936, le centrali operative territoriali da 600 a 524, gli Ospedali della Comunità da 400 a 304.

Tali riduzioni sono state "giustificate" come razionalizzazioni, rappresentando la volontà di realizzarle dopo il termine indicate dal PNRR del 2026 e mediante il finanziamento ordinario di cui alla L. 67/1988.

È lecito dubitare di tale programma, non fosse per il fatto che tale modalità di finanziamento ha avuto assai poca fortuna fin dal momento della sua introduzione, oltre trent'anni fa.

Parimenti problematico risulta il rispetto della riserva del 40% del finanziamento generale previsto dal PNRR a tutela dell'obbligatorio investimento nelle Regioni del Sud, che pare avviato ad una sostanziale disapplicazione con la conseguenza che le diseguaglianze tutt'ora constatabili sono destinate probabilmente a perdurare anche successivamente alla conclusione del Piano.

Sebbene quanto precede disegni un quadro già non ottimistico, un'ulteriore criticità attuativa è rappresentata dal fatto che tale ambizioso progetto prevede sì la costruzione di numerosissime strutture sanitarie, ma non pare tuttavia essere stata affrontata in modo adeguato la questione dell'immissione di nuove e già formate risorse professionali con cui rendere funzionanti tali strutture.

Il PNRR, difatti, non sembra affrontare il problema principale che oggi affligge la sanità pubblica e cioè quello della carenza di personale sanitario.

Le Scuole di Medicina si stanno adoperando per tentare di colmare il vuoto nel minor tempo possibile ma scontano anni se non decenni di grave ritardo e i nuovi innesti che andranno ad inserirsi nei prossimi anni potrebbero non risultare sufficienti a coprire i pensionamenti e soprattutto l'emorragia di personale specializzato verso il settore privato.

A ciò si aggiunga come il servizio sanitario nazionale si trovi a fare i conti con una popolazione, quale quella italiana, con un'aspettativa di vita sempre maggiore e con un'età media in crescita che dunque necessiterà di sempre maggiore assistenza sanitaria, con correlativo aumento della spesa pubblica settoriale.



Considerata la limitazione delle risorse finanziarie prospetticamente impiegabili a regime e l'enormità del debito pubblico italiano, un possibile aiuto potrebbe giungere dall'adesione ad una nuova visione che sempre di più sta assumendo rilievo in un'ottica di prevenzione e, correlativamente, di risparmio delle risorse del sistema sanitario: l'approccio One Health.

6. L'approccio One Health: quali prospettive e quali criticità

Il concetto di "One World - One Health"¹², pare risalire al 2003, quando all'indomani dell'epidemia di Sars, William B. Karesh affermò che la salute globale va perseguita attraverso un approccio ampio «*based on the understanding that there is only one world – and only one health*»

Il manifesto scientifico dell'One Health, pubblicato dalla Wildlife Conservation Society è costituito da un elenco di dodici raccomandazioni, i c.d. Manhattan Principles¹³, che costituiscono il punto di partenza per lo sviluppo del concetto di One Health come approccio integrato che riconosce l'interdipendenza tra la salute umana e quella animale e ambientale.

Attraverso la comprensione e la gestione delle complesse interazioni tra questi tre settori e le correlative discipline, l'approccio One Health, inteso come visione olistica e globale di salute, mira a migliorare la salute collettiva, prevenire malattie e promuovere il benessere della popolazione.

Il "Piano d'azione congiunto One Health", redatto nel 2022 a livello internazionale, mira ad affrontare i rischi sanitari a livello globale, nazionale e regionale, agendo su una pluralità di piani, consistenti nel:

- L'aumentare le potenzialità dell'approccio "One Health" per rafforzare i sistemi sanitari degli Stati e delle Regioni;
- ridurre il rischio di epidemie e pandemie da zoonosi emergenti o riemergenti;
- controllare ed eliminare le infezioni trasmesse da vettori, le zoonosi e le malattie tropicali neglette;
- potenziare la valutazione, la gestione e la comunicazione dei rischi alimentari;
- contrastare la pandemia silente dovuta alla resistenza antimicrobica;
- integrare l'ambiente nell'approccio "One Health".

¹² In argomento cfr. M. GNES, *The Resilience of the Italian Healthcare System and the COVID-19 Emergency*, in *Legal Policy & Pandemics, The Journal of the Global Pandemic Network*, dicembre 2023, Vol. 2, Issue 2-3; G. RAGONE, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 809 ss; G.G. IMPAGNIATIELLO, F. RESCIGNO, *One earth-One health. La costruzione giuridica del terzo millennio*, Giappichelli, 2023; G. RAGONE, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in *Corti supreme e salute* 2022, n. 3.

¹³ I Manhattan Principles sono consultabili al sito: <https://oneworldonehealth.wcs.org/About-Us/Mission/The-ManhattanPrinciples.aspx>



FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

Il PNRR ha fatto proprio tale impostazione, destinando all'approccio One Health parte dei fondi destinati alla Missione 6 ed un fondo complementare (PNC).

Tale iniziativa è stata recepita a livello nazionale con la presentazione, nel giugno 2023, dell'Intergruppo Parlamentare "One Health" e, successivamente, con la costituzione, nel settembre 2023, del Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali presso il Ministero della Salute, a conferma della centralità di tale nuovo approccio.

Il particolare interesse verso di esso è senz'altro dovuto alla recente emergenza pandemica che ha dimostrato la necessità di anticipare l'intervento preventivo operando sui fattori di rischio in una logica che configura il diritto alla salute quale unica entità complessiva che, come tale, deve dunque essere affrontata a livello sovranazionale e globale.

Il PNRR, ed in particolare l'investimento di cui alla Componente 1, denominato "*Salute, ambiente, biodiversità e clima*", rappresenta un'opportunità importante in questa direzione che tuttavia richiede un intervento non solo a livello capillare sui singoli territori ma anche e soprattutto a livello sovranazionale per il tramite di un coordinamento tra Stati.

Il perseguimento di tale obiettivo necessita difatti, da un lato, di azioni capillari sulla popolazione tramite le strutture territoriali al servizio delle persone, dall'altra parte, di azioni a livello nazionale e sovranazionale tramite politiche volte a migliorare gli stili di vita della popolazione tramite, ad esempio, introduzione di disincentivi anche di natura economica di consumo di alimenti oggettivamente pregiudizievoli per la salute umana (ad es. bevande o alimenti ad alto contenuto di zuccheri e grassi), potenziamento delle misure volte a favorire ambienti di vita e di lavoro più salubri, ovvero, misure volte a prevenire la diffusione di malattie zoonotiche, che si diffondono tra animali ed esseri umani e via dicendo.

L'approccio One Health si propone dunque con una vocazione sovranazionale volta ad ispirare Stati anche e soprattutto al di fuori dell'Unione Europea atteso che, come dimostrato, la più grave emergenza pandemica dei tempi moderni è stata causata dall'insufficienza delle misure preventive di un solo Stato extra UE che ha tuttavia contagiato il mondo intero.

La pandemia, in questo contesto, come si è più volte posto in luce, ha agito da catalizzatore, rendendo tali interventi prioritari all'interno dell'ampio quadro di riforme sostenute dai finanziamenti europei per la ripartenza.

È dunque evidente come l'approccio One Health debba necessariamente partire dal territorio ma debba aspirare ad un coinvolgimento mondiale teso dunque non solo a prevenire l'insorgenza di singole malattie, ma anche e soprattutto a favorire il miglioramento della salute collettiva in un'epoca caratterizzata da cambiamenti climatici ed ambientali che evocano scenari tanto imprevedibili quanto preoccupanti.

Fermo quanto precede, è doveroso evidenziare come l'approccio One Health rappresenti per il servizio sanitario nazionale una possibilità di sopravvivenza anche sotto il profilo economico atteso che ogni investimento in prevenzione può consentire risparmi pari fino a tre volte il



FORUM DI AMMINISTRAZIONE IN CAMMINO

Rivista elettronica di diritto pubblico, diritto amministrativo, diritto dell'economia e scienza dell'amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet"

Direttori Prof. Giuseppe Di Gaspare - Prof. Bernardo Giorgio Mattarella - Prof. Aristide Police

valore dell'investimento, in una prospettiva di pochi anni, in relazione alle spese per le correlate prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

In altre parole, investire in salute e dunque in un'ottica preventiva consente di ottenere importanti risparmi rispetto ai medesimi investimenti nell'ambito della sanità come rimedio *ex post*.

Ciò è agevolmente constatabile solo se si consideri che il costo di un check up oncologico oscilla intorno ai 50/100 Euro mentre le cure oncologiche, specie quelle volte a combattere la malattia in stadio avanzato, hanno costi dalle 10 alle 100 volte maggiori. Se la convenienza economica della prevenzione è dunque evidente, parimenti lapalissiana è la convenienza sociale di tale modalità atteso che la prevenzione delle malattie consente di ridurre il numero di malati e, dall'altra, al servizio sanitario di operare più efficacemente su numeri ridotti razionalizzando le proprie, scarse, risorse¹⁴.

Agire sui determinanti sociali della salute, ossia sui fattori ambientali, animali, comportamentali e di istruzione che incidono più o meno direttamente sullo stato di salute della popolazione contribuisce, infatti, a ridurre le differenze nell'accesso ai servizi sanitari e, in ultima analisi, a tutelare con effettività il diritto alla salute in una responsabile prospettiva di attenzione alle future generazioni.

¹⁴ Cfr. L. VIOLINI (a cura di), *One Health. Dal paradigma alle implicazioni giuridiche*, Torino, Giappichelli, 2023.