

Una sintesi dell'attività svolta in tal senso è stata riportata nella parte seconda (pagg. 116-120) della relazione 1998.

Evidenzio inoltre che, con un'ampia ed argomentata circolare (n. 31 del 17 maggio 1999), la direzione generale dell'INPDAP ha fornito istruzioni sulla **corresponsione in via automatica degli interessi e della rivalutazione monetaria per ritardato pagamento dei trattamenti pensionistici**.

Le disposizioni operative sono state emanate in conformità ai criteri stabiliti nel decreto del ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica 1.9.1998, n. 352, a cui si è già accennato nella relazione 1998 (v. pag. 49).

Il predetto ministero, con circolare 23 dicembre 1998, n. 83, fornendo indicazioni di massima sul DM n. 352/1998, aveva sottolineato la necessità che le amministrazioni, enti ed organismi pubblici interessati adottassero ogni utile intervento idoneo a consentire il tempestivo pagamento di detti crediti accessori.

Nella circolare n. 31 è ricostruito l'intero quadro normativo di riferimento.

Rispetto al 1998 sono state aperte nel corso del 1999 meno pratiche inerenti alla materia previdenziale: trentacinque contro sessantatre dell'anno precedente.

Quest'ultimo dato ritengo non rappresenti la reale richiesta d'intervento dei cittadini del settore.

Infatti, a causa del maggiore impegno richiesto dalla trattazione delle pratiche inerenti all'invalidità civile, e di cui si è resocontato nel relativo paragrafo, dal 15 ottobre è stata sospesa l'attività dell'Ufficio nel settore previdenziale. Entrambi i settori – previdenza ed invalidità civile – sono assegnati ad un funzionario che dal settembre del 1998 svolge l'attività part-time al 70%.

Dal 15 ottobre sono state pertanto formalizzate – ed ovviamente non istruite – solo le richieste pervenute per iscritto all'Ufficio.

Interlocutori abituali nella trattazione delle problematiche sollevate dai cittadini nella materia previdenziale sono stati l'INPS e l'INPDAP, i due istituti a cui fa capo la previdenza rispettivamente dell'impiego privato e pubblico.

Alcune pratiche hanno riguardato anche uffici ministeriali.

Il dialogo instaurato con i vari interlocutori è risultato piuttosto soddisfacente, sia dal punto di vista dei contenuti che dei tempi di risposta.

La maggior parte delle pratiche aperte nel 1999 è stata anche chiusa nel corso dell'anno e solo una decina di questioni si trascinano dagli anni precedenti.

Le problematiche prospettate all'Ufficio, sempre da singoli cittadini, hanno riguardato tematiche varie, tra le quali la liquidazione e riliquidazione di trattamenti pensionistici, l'integrazione al minimo della pensione, la ricostruzione della posizione assicurativa, la disdetta della quota d'iscrizione sindacale, la pensione privilegiata.

2.7 Assistenza sanitaria

L'anno 1999 è stato caratterizzato dalla c.d. riforma sanitaria *ter*, attuata con il DLgs 19.6.1999, n. 229, meglio noto come decreto "Bindi".

E' appena il caso di ricordare che le precedenti grandi riforme erano state realizzate con la L. 23.12.1978, n. 833 e con il DLgs 30.12.1992, n. 502, successivamente modificato dal DLgs 7.12.1993, n. 517, dalla L. 17.10.1994, n. 590 e dal DL 18.11.1996, n. 583 (convertito dalla L. 17.1.1997, n. 4), e ora completamente riscritto dal DLgs n. 229/1999: con il primo atto normativo è stato istituito il servizio sanitario nazionale, definito come complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione; con il secondo, si è dato luogo ad una ridistribuzione di compiti tra i vari livelli di governo, riservando allo Stato la funzione inerente alla programmazione generale dell'assistenza sanitaria, mediante lo strumento della predisposizione del piano sanitario nazionale, attribuendo alle regioni il ruolo di titolari della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché riconoscendo alle ex USSL carattere di soggetti pubblici autonomi, con struttura aziendalistica e con obiettivi improntati a logiche di efficienza, efficacia e produttività.

Il DLgs n. 229/1999 ha rafforzato l'autonomia e la responsabilità delle regioni nella gestione e nell'organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari, attribuendo alle stesse nuove competenze e prevedendone un coinvolgimento nell'elaborazione del piano sanitario nazionale e nella

determinazione del fabbisogno complessivo del servizio sanitario nazionale.

Ai comuni è stato riconosciuto un ruolo più incisivo nella programmazione dei servizi, nella verifica del raggiungimento degli obiettivi, nonché nella valutazione dell'operato del direttore generale delle aziende sanitarie locali.

Sono state previste, contemporaneamente, forme più rigorose di controllo da parte del governo, che, in caso di gravi inadempienze a livello regionale, può intervenire esercitando poteri sostitutivi.

Appare, inoltre, degna di segnalazione l'integrazione apportata dal nuovo decreto delegato alla formula dell'art. 14 "Diritti dei cittadini" del DLgs n. 502/1992, in cui si prevede che le regioni individuino forme di partecipazione dei cittadini e del volontariato nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale, con conseguente diretto coinvolgimento dei suddetti soggetti nei processi di verifica di qualità dei servizi e di appropriatezza delle prestazioni, in conformità con i principi enunciati dall'art. 1, 1° e 2° c., DLgs n. 229/1999.

La regione Lombardia (come anche le regioni Puglia e Veneto, nonché la Provincia autonoma di Bolzano) ha presentato ricorso per questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte costituzionale avverso il citato decreto legislativo, ritenendolo lesivo delle competenze attribuite alle regioni in materia sanitaria dagli articoli 117 e 118 della Costituzione.

In particolare, la regione Lombardia - che aveva già provveduto a dare attuazione, con la L.R. 11.7.1997, n. 31, ai principi introdotti dalle due precedenti leggi di riforma - contesta che i suddetti principi siano stati profondamente revisionati in senso statalista dal decreto "Bindi", determinando, così, un insanabile contrasto con la normativa regionale vigente.

Il conflitto appare evidente, nello specifico, nelle norme in cui il decreto "Bindi" sancisce il divieto di istituire aziende ospedaliere regionali e determina i requisiti necessari per la costituzione o la conferma delle aziende ospedaliere nazionali ed interregionali, norme appunto che si pongono in contrasto con la riforma avviata a livello regionale e basata sulla separazione tra soggetto acquirente (ASL) e soggetto produttore (AO) delle prestazioni sanitarie.

Considerazioni critiche sono state svolte dalla regione Lombardia, tra l'altro, anche a proposito della nuova disciplina introdotta in materia di accreditamento: a differenza, infatti, del sistema precedente che aveva curato, mediante l'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni (DPR 14 gennaio 1997), solo i requisiti strutturali e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, il provvedimento delegato di razionalizzazione inquadra l'accreditamento in uno scenario non più finalizzato alla creazione di un regime erogativo libero-concorrenziale tra il settore pubblico e quello privato, ma collegato alla realizzazione di un modello di abbattimento della spesa sanitaria.

Il subordinare, più nello specifico, l'esito positivo della procedura di accreditamento alla previsione di un fabbisogno regionale delle prestazioni e alla capacità produttiva massima delle singole strutture, sembrerebbe riconoscere uno spazio maggiore alle strutture pubbliche, relegando quelle private ad un ruolo sussidiario. Ciò in contrasto sia con il piano sanitario nazionale 1998-2000, sia con la normativa regionale di riforma, che pongono sullo stesso piano le strutture sanitarie pubbliche e private al fine dell'applicazione dell'istituto dell'accreditamento.

Più volte il DLgs n. 229/1999 fa cenno al problema della **riduzione dei tempi di attesa**, che, riferito all'accessibilità delle prestazioni sanitarie, costituisce un significativo indicatore della qualità dei servizi sanitari.

Anche il piano sanitario nazionale 1998/2000, pur non definendo termini precisi, fornisce indicazioni di massima alle regioni e alle aziende sanitarie per l'elaborazione, nell'ambito delle linee di indirizzo per l'individuazione degli obiettivi gestionali, di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e diagnostiche. Proprio in ottemperanza a quanto previsto dal piano sanitario nazionale, la regione Lombardia ha provveduto, nel corso del 1999, ad adottare ulteriori provvedimenti in questo senso.

Come già ricordato lo scorso anno, la regione aveva individuato, con deliberazione n. VI/38571 del 25.9.1998, integrata dalla successiva n. VI/43818 del 24.6.1999, i criteri in base ai quali determinare il tempo massimo di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in regime ambulatoriale, attribuendo alle ASL il compito di ridefinire, entro il 31.12.1999, sulla base dei dati disponibili e della rilevazione dei tempi di

attesa relativi al 1999, sia le tipologie di prestazione oggetto di rilevazione sia la relativa tempistica.

Con deliberazione n. VI/47675 del 29.12.1999 la Giunta regionale ha, peraltro, provveduto a fissare nuovi criteri atti a consentire alle ASL di ottemperare a quanto stabilito dai precedenti provvedimenti regionali.

La notevole sensibilizzazione dei cittadini in merito a questo argomento ha, infatti, reso ancora più urgente la necessità di migliorare l'accessibilità dei pazienti alle strutture sanitarie e di aumentare il grado di soddisfazione degli stessi.

Nel provvedimento sopra citato la regione, oltre a ribadire procedure già applicate, ha fissato nuovi tempi massimi di attesa e ha previsto che, nel caso in cui la struttura erogatrice non sia in grado di rispettare il tempo di attesa stabilito, la stessa dovrà, su richiesta del paziente, erogare la prestazione in regime libero-professionale entro il medesimo tempo, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente. Ciò, del resto, in conformità a quanto già previsto dall'art. 3, 13° c., DLgs 29.4.1998, n. 124.

Quest'ultima norma prevede, inoltre, al comma 15, che, qualora l'utente non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione. Il provvedimento regionale, a questo proposito, sottolinea, invece, l'opportunità di implementare l'utilizzo dell'"overbooking", strumento gestionale che consente di aumentare il numero di prenotazioni possibili in base al calcolo statistico del numero di persone prenotate che non si sono presentate all'appuntamento, in modo da saturare totalmente i posti disponibili.

Si è rilevato, infatti, che la procedura prevista dall'art. 3, 15° c., DLgs n. 124/1998 risulta controproducente per le strutture erogatrici, poiché i costi per il recupero dei crediti sono superiori alla quota spettante.

Il reiterato mancato rispetto, infine, dei tempi concordati sarà oggetto di valutazione da parte della regione nei confronti del direttore generale dell'azienda sanitaria e le strutture accreditate che non rispetteranno i tempi stabiliti potranno essere oggetto di revoca per quanto concerne l'accREDITAMENTO relativo alla branca specialistica interessata.

Ancora numerose, nel corso del 1999, sono state le richieste di intervento per lamentare il **mancato rilascio**, da parte delle ASL territorialmente competenti, **della preventiva autorizzazione a recarsi all'estero per cure**, ai sensi dell'art. 4 del DM 3.11.1989.

Di particolare interesse è stato il caso di alcuni cittadini, tutti affetti dalla medesima grave patologia degenerativa della retina, ossia la retinite pigmentosa, che intendevano sottoporsi ad intervento chirurgico presso il centro "Camilo Cienfuegos" de L'Avana a Cuba e si erano visti negare il parere favorevole all'autorizzazione dal competente centro regionale di riferimento, con la motivazione che la prestazione richiesta non sarebbe "validata da letteratura internazionale".

Dalla documentazione fornita dagli interessati risultava, invece, che nel centro cubano era stata sviluppata una particolare metodica, già praticata su migliaia di pazienti provenienti da diversi paesi, con la quale si erano ottenuti risultati ragguardevoli nel blocco del processo degenerativo nel 90% dei casi trattati, nonché un apprezzabile miglioramento delle condizioni dei pazienti nel 65% dei casi.

L'intervento a Cuba rappresentava, di conseguenza, l'unica via praticabile per arrestare il decorso della malattia e scongiurare la totale cecità.

Anche in una relazione medica stilata da sanitari dell'ospedale S. Gerardo di Monza, struttura ospedaliera di grande prestigio nella cura delle patologie della vista, si attestava come la procedura di che trattasi non venisse praticata in Italia, ma unicamente presso il centro "Cienfuegos".

Sussistevano, pertanto, le condizioni previste dall'art. 2, 4° c., del DM citato, che fa appunto riferimento a "procedure tecniche o curative non praticate" quale elemento per considerare una "prestazione non ottenibile in forma adeguata alla particolarità del caso clinico" (art. 4, 5° c.) e, pertanto, rimborsabile ai sensi della suddetta normativa.

L'aspetto, comunque, più curioso dell'intera vicenda era che tutti i pazienti segnalavano la conoscenza diretta di casi di altri cittadini, residenti in altre regioni, affetti dalla medesima patologia e sottoposti allo stesso trattamento, in favore dei quali la competente azienda sanitaria aveva concesso la relativa autorizzazione.

L'Ufficio è, pertanto, intervenuto per sottolineare, innanzi tutto, l'effettiva sussistenza, nei casi di specie, dei presupposti giuridici previsti dal DM 3.11.1989, e quindi la difficoltà di comprendere le ragioni che avevano determinato un diverso orientamento da parte delle autorità competenti.

Si specificava, inoltre, che la disparità di trattamento dei pazienti in diverse regioni non poteva trovare alcuna giustificazione giuridica, in quanto le fonti normative che disciplinano la materia sono statali e non

regionali e devono, pertanto, conoscere analoga applicazione in tutto il territorio nazionale.

Nel richiedere il riesame delle pratiche, si faceva anche presente che evidenti ragioni di equità imponevano un orientamento univoco da parte di tutti i centri regionali di riferimento lombardi, in modo da evitare ingiustificate discriminazioni.

Nell'agosto 1999 perveniva un riscontro dal competente centro regionale di riferimento, con cui si informava che, dopo aver posto formale quesito alla commissione regionale cure all'estero circa la possibilità di rimborsare le spese sostenute presso il centro cubano, si riteneva di esprimere parere favorevole, a condizione che l'esito positivo dell'intervento chirurgico fosse comprovato da uno stabile miglioramento clinicamente oggettivato da uno specialista italiano che ha in cura l'assistito.

I pazienti hanno successivamente comunicato di aver ottenuto il rimborso delle spese sostenute, nella misura stabilita dal DM 3.11.1989.

Anche successivamente all'esito favorevole delle suddette pratiche sono pervenute all'Ufficio ulteriori segnalazioni da parte di cittadini residenti in altre province lombarde, che lamentano il diniego all'autorizzazione a recarsi presso il centro "Cienfuegos": l'intervento, in questi casi, è divenuto ormai più semplice, considerate le decisioni pregresse degli altri centri di riferimento e della competente commissione regionale.

Nessuna iniziativa positiva è stata, invece, assunta dalla regione Lombardia a seguito della dichiarata incostituzionalità di parte della L.R. 23.4.1990, n. 37 del Piemonte in materia di **assistenza indiretta**.

La questione era stata ampiamente rappresentata nella relazione dello scorso anno (pagg. 55 e ss.), con l'indicazione - peraltro ulteriormente concretata mediante l'invio di richieste specifiche alla competente commissione consiliare - della necessità di procedere ad una revisione della normativa regionale lombarda, che presenta le stesse carenze e, quindi, le medesime illegittimità costituzionali di quella piemontese.

La richiesta non è stata accolta, neppure a seguito della comunicazione dell'iniziativa assunta dal TAR Lombardia, che, con ordinanza n. 68 del 15.6.1999, ha dichiarato rilevante e non manifestamente infondata, in riferimento agli articoli 3 e 32 della Costituzione, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, 3°c., L.R. 5.11.1993, n. 36.

La regione Lombardia, pertanto, neppure a fronte di una chiara pronuncia della Corte costituzionale e dell'iniziativa assunta dal TAR ha ritenuto di dover provvedere ad una spontanea modifica della propria normativa, limitandosi ad attendere l'esito di una pronuncia costituzionale che può ormai definirsi scontata.

Le ragioni di tale passività sono difficilmente comprensibili, soprattutto considerando che la sentenza che verrà pronunciata dalla Corte costituzionale - sindacando un'omissione legislativa che si risolve in una violazione di precetti costituzionali - sarà di tipo "additivo", comportando quindi non la semplice disapplicazione, bensì la necessità di una modifica e di una integrazione della normativa vigente.

Anche quest'anno sono state decisamente più numerose le richieste di intervento fatte pervenire da singoli cittadini rispetto a quelle di gruppi, associazioni e sindacati.

E' ulteriormente migliorato il grado di sensibilità delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere in merito alle segnalazioni dei cittadini: si è notato, in particolare, un maggior impegno da parte delle stesse a fornire chiarimenti esaurienti anche a proposito di questioni - quali le denunce di disservizi o le lamentele per comportamenti scorretti del personale addetto ai servizi - che di solito, in mancanza di un reale potere di accertamento da parte di questo Ufficio, conoscevano risposte evasive e del tutto inadeguate a fornire all'utente i chiarimenti richiesti.

Si è potuto notare, pertanto, una accresciuta attenzione degli organi direttivi delle aziende sanitarie a che venga fornita all'esterno un'immagine positiva della propria organizzazione.

Sicuramente più difficili sono risultati, invece, i rapporti con i servizi della Giunta regionale, soprattutto per quanto concerne i tempi delle risposte.

Ciò è in parte da imputarsi alla particolare complessità di alcune delle questioni trattate, che rendono più difficoltosa l'individuazione, da parte dei servizi competenti, di una ipotesi risolutiva della problematica denunciata.

Esemplificativo, a questo proposito, risulta essere il caso già illustrato nella relazione dello scorso anno (pagg. 111 e segg.), in cui si segnalava la necessità che la Giunta provvedesse ad emanare una nuova circolare in materia di disciplina della pronta disponibilità del personale tecnico sanitario dei laboratori di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, in quanto la precedente circolare era stata annullata dal TAR Brescia, con sentenza n. 685 del 4.6.1998.

La nota indirizzata dall'Ufficio in proposito alla direzione generale sanità della Giunta regionale in data 3.3.1999 ha avuto un riscontro semplicemente interlocutorio, nonostante i numerosi solleciti, solo in data 17.1.2000. Nello specifico, il direttore generale ha comunicato che è stata predisposta una bozza di documento, attualmente all'attenzione del servizio giuridico della direzione generale presidenza.

Il ritardo nella predisposizione della nuova circolare viene ascritto alla necessità di acquisire preventivamente tutti gli elementi professionali e medico-legali utili per rendere il nuovo provvedimento giuridicamente legittimo, evitando - per quanto sarà possibile - di mandare in crisi i laboratori della gran parte delle strutture di ricovero e cura della Lombardia.

Ciò induce, peraltro, a ritenere che, nelle more della predisposizione della nuova circolare, continui di fatto a trovare applicazione la precedente, con tutti i rischi e le difficoltà già denunciate dai tecnici di laboratorio e ritenuti meritevoli di considerazione anche dall'autorità giudiziaria adita.

2.8 Assistenza sociale

La L.R. 5.1.2000, n. 1 “Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del dlgs. 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59)” ha sostanzialmente sostituito, seppure in assenza di una abrogazione espressa, le disposizioni della L.R. 7.1.1986, n. 1 “Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia”.

Oltre ad una nuova e più ampia definizione dei “servizi sociali” – ossia, le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà, comprese quelle attività che integrano tra loro prestazioni socio-assistenziali, prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario e prestazioni sanitarie nelle aree delle attività consultoriali in ambito materno-infantile e dell’età evolutiva, della tossicodipendenza e dell’alcooldipendenza, dell’assistenza ai disabili e agli anziani non autosufficienti, della salute mentale in riferimento alle attività di reinserimento - nella nuova legge regionale sono state, innanzi tutto, ridisegnate le competenze e le funzioni dei diversi soggetti istituzionali coinvolti (regione, province, comuni e ASL), nonché individuati sia i soggetti destinatari delle prestazioni, sia gli obiettivi da realizzare, con particolare riferimento alle iniziative volte all’integrazione degli stranieri e alla valorizzazione della loro presenza nella società.

Spettano in particolare alla regione, tra le diverse funzioni, quelle di stabilire i requisiti delle strutture erogatrici dei servizi ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, di determinare le condizioni e le modalità di accreditamento o convenzionamento delle strutture e provvedere all'accreditamento dei servizi sociali ad integrazione sanitaria, nonché di favorire, anche attraverso l'erogazione di risorse, l'esercizio associato delle funzioni dei comuni di minore dimensione.

Alle province sono delegate le funzioni inerenti all'autorizzazione al funzionamento delle strutture erogatrici dei servizi e sono trasferite le funzioni amministrative, non riservate alla regione, relative alle IPAB.

I comuni esercitano direttamente tutte le funzioni progettuali e gestionali dei servizi sociali, anche tramite associazioni intercomunali, ovvero mediante delega all'ASL territorialmente competente (art. 4, 49° c.).

Le ASL, tramite i dipartimenti per le ASSI, esercitano le funzioni relative ai servizi sociali a prevalente funzione sanitaria. Le ASL, del resto, erano già state individuate dalla L.R. 11.7.1997, n. 31 quali ambiti territoriali per la gestione integrata dei servizi alla persona, con competenze specifiche in materia di attività c.d. "miste", oltre che - come ovvio - di attività sanitarie.

La L.R. n. 1/2000, pur ribadendo il principio generale per cui i servizi a prevalente funzione socio-assistenziale sono di competenza degli enti locali, ai sensi del DPR 24.7.1977, n. 616 e della L. 8.6.1990, n. 142, ha previsto l'incentivazione dell'istituto della delega delle suddette funzioni alle ASL (art. 4, 84°c., lett. e), confermando, pertanto, la tendenza ad

attribuire alle stesse (in modo particolare, al dipartimento per le ASSI) il ruolo di punto di riferimento di tutta l'attività sociale che si svolge nel territorio di competenza.

E' stato, invece, espressamente abrogato dalla L.R. n. 1/2000 l'**art. 64 della L.R. n. 1/1986**, che prevedeva una particolare tutela amministrativa avverso le determinazioni assunte "dal comune o dal comitato di gestione" per l'accesso alle prestazioni e ai servizi socio-assistenziali, con conseguente possibilità di proporre **ricorso in opposizione** entro trenta giorni dalla conoscenza delle determinazioni o dei provvedimenti.

I soggetti aditi avevano un termine di trenta giorni dal ricevimento del ricorso per pronunciarsi nel merito, e contro quest'ultima decisione, nonché nel caso di mancata pronuncia entro il termine prefissato, gli interessati potevano ricorrere, entro trenta giorni, al presidente della Giunta regionale.

Questi decideva, su conforme deliberazione della Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla presentazione del ricorso, comunicando la decisione all'interessato e all'organo che aveva emanato il provvedimento impugnato.

L'Ufficio ha spesso consigliato ai cittadini di utilizzare questo importante strumento di tutela, soprattutto nei casi più delicati e pregiudizievoli per gli interessi degli utenti, in cui si voleva evitare di ricorrere, in prima battuta, in sede giurisdizionale, senza peraltro precluderne la possibilità, a causa della decorrenza dei termini.

I risultati sono stati importanti e significativi, tanto che se ne è dato conto anche in alcune delle mie precedenti relazioni (ad es. relazione annuale 1997, pagg. 27 e segg.).