

L'aumento del numero dei morti per tumore, osservato nell'ultimo decennio (pari circa all'1,8% annuo a partire dal 1985) è dovuto in gran parte all'incremento del numero degli ultrasessantacinquenni nella popolazione italiana (oltre il 15% del totale).

I tassi di mortalità, compresi nella fascia di età tra i 35 e i 64 anni, si sono invece mantenuti piuttosto costanti, mentre è aumentata, nell'ultimo decennio, l'incidenza della patologia neoplastica.

In particolare stanno aumentando alcune forme neoplastiche quali: il tumore del polmone, del colon-retto, della mammella (circa 25-30.000 nuovi casi all'anno per ciascuna di esse), della prostata.

In Italia il tumore polmonare causa il 29% delle morti per neoplasia negli uomini ed il 6% nelle donne. La mortalità per questa patologia è cresciuta rapidamente negli ultimi trenta anni passando da 6.000 decessi nel 1959 a 30.000 decessi nel 1989.

Recentemente, mentre nel sesso maschile si sta andando verso una stabilizzazione dei tassi di mortalità, con una tendenza alla diminuzione nelle classi di età più giovani, nel sesso femminile si è osservato un marcato aumento, soprattutto nelle fasce al di sopra dei 40 anni.

I nuovi casi di tumore polmonare diagnosticati annualmente in Italia sono circa 35.000. Le terapie (chirurgica, medica, radiante) non hanno sostanzialmente modificato la prognosi dei pazienti con carcinoma polmonare la cui sopravvivenza a cinque anni non supera a tutt'oggi l'1,8%. La mortalità per tumore dell'utero è diminuita di oltre il 40% negli ultimi 40 anni. I dati ISTAT non differenziano tra morti attribuibili a carcinoma della cervice uterina e morti attribuibili a carcinoma del collo dell'utero. Analisi di popolazione consentono una discriminazione almeno approssimativa tra queste due patologie, in quanto il tumore della cervice uterina ha un'insorgenza più precoce rispetto a quello dell'endometrio. La riduzione di mortalità è stata osservata soprattutto nelle coorti più giovani, suggerendo indirettamente che gran parte di essa sia da attribuire alla diminuita mortalità per tumore della cervice uterina.

Attualmente si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di cervico-carcinoma e che si registrino almeno 1.500 decessi per questa forma neoplastica.

Per quanto attiene il tumore della mammella, in Italia ogni anno muoiono circa 11.000 donne e a più di 25.000 viene diagnosticato un carcinoma mammario.

Il carcinoma del colon-retto è la seconda neoplasia per frequenza sia negli uomini che nelle donne. In Italia i nuovi casi diagnosticati ed i pazienti deceduti per anno, a causa di questa neoplasia, sono rispettivamente circa 27.000, e 15.000. Nel 1990 è stata stimata una prevalenza di circa 130.000 pazienti con carcinoma del colon-retto.

Inoltre le proiezioni per l'anno 2000 ipotizzano che i casi incidenti siano in crescita, con un valore pari a 34.000 nuovi casi, ovvero circa 7.000 pazienti in più rispetto al 1994.

Per alcune delle neoplasie sopra menzionate, l'incremento può correlarsi al prolungamento della vita media (prostata, polmone); per altre neoplasie (mammella, colon-retto, melanoma) vi è stato invece un significativo aumento anche nelle fasce d'età più giovani, comprese tra i 35

e i 64 anni. I dati di incidenza e di prevalenza delle neoplasie sono estrapolati dai dati di mortalità dell'ISTAT e dai dati di sopravvivenza dei Registri Tumori. Questi ultimi però coprono solo il 10% del territorio nazionale, sono dislocati prevalentemente al nord e parte di essi sono di istituzione relativamente recente.

Pertanto i dati disponibili per le stime di prevalenza delle malattie tumorali in Italia non possono essere del tutto precisi.

Si stima comunque che circa 1.400.000 persone siano viventi dopo aver avuto una diagnosi di tumore in qualche momento della loro vita. Oltre un milione tra di esse ricorre a strutture oncologiche per trattamenti medici, chirurgici, radioterapeutici e per effettuare controlli diagnostici periodici per la valutazione dello stato di malattia.

Incidenza, mortalità, sopravvivenza sono le principali misure per il dimensionamento del problema cancro in Italia. Le stime al 1995 del numero di nuovi casi e del numero di decessi sono riportate nella Fig. 15-A. Se l'incidenza è l'indicatore più appropriato dell'esposizione di una popolazione a fattori di rischio, siano essi endogeni od esogeni, la sopravvivenza, qualora rappresentativa di tutti i casi incidenti prodotti dalla popolazione in esame, è di grande valore nella valutazione dell'efficacia con cui i soggetti affetti da patologia cronica vengono gestiti dal sistema sanitario. I tassi di sopravvivenza su base di popolazione misurano infatti l'effetto complessivo di due aspetti entrambi necessari per una corretta valutazione: la tempestività della diagnosi e l'appropriatezza delle misure terapeutiche.

La Fig. 15-B riporta i valori della sopravvivenza relativa (della sopravvivenza, cioè, depurata della mortalità per altre cause) a S anni dalla diagnosi, suddivisi per sesso e per le principali sedi tumorali (dati EUROCORE). I tassi di sopravvivenza dei pazienti italiani sono messi a confronto con i corrispondenti valori stimati sul complesso dei dati disponibili, relativi a 40 registri tumori in 12 diversi paesi europei. Per un commento dettagliato si rimanda alle pubblicazioni originali del progetto EUROCORE. Si può comunque notare come i valori della sopravvivenza stimati in Italia siano mediamente simili alla media europea. Questa rappresenta prevalentemente i paesi della UE, che più consistentemente hanno partecipato all'indagine.

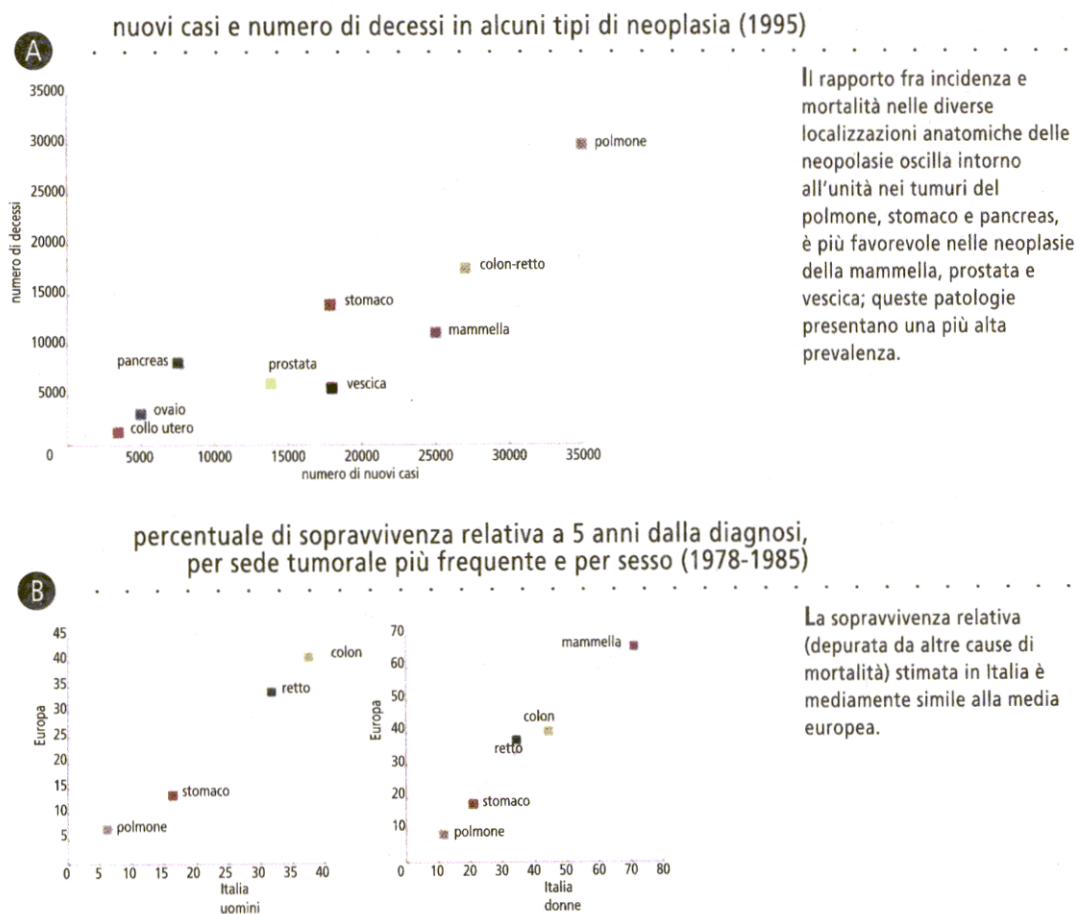
Nel calcolo della prevalenza, per una vasta area territoriale non è possibile fare una distinzione tra pazienti curati, pazienti diagnosticati in fase avanzata o che hanno avuto trattamenti curativi e quindi con progressione della malattia.

L'invecchiamento della popolazione, i progressi delle terapie in termini di sopravvivenza, dovuti soprattutto alla diffusione dei trattamenti multimodali, la diagnosi precoce, ora possibile per molti tumori grazie alle nuove tecniche per immagine, sono tutti fattori destinati a far crescere nel tempo il numero delle persone con storia di cancro e quindi incideranno certamente sulle risorse della sanità pubblica.

La sopravvivenza dei pazienti oncologici è in parte associata al tipo di trattamento effettuato. Al momento in Italia non esiste alcun sistema per valutare la qualità dei trattamenti a cui sono sottoposti i pazienti, nè è verificato il grado di adeguatezza degli

malattie croniche: neoplasie

Fig. 15



standard di trattamento rispetto a quelli accettati dalla comunità scientifica.

Alcuni studi condotti su campioni di popolazione hanno infatti dimostrato notevoli disparità tra le diverse realtà regionali, evidenziando in alcuni casi inadeguatezze legate sia all'«under» che all'«overtreatment».

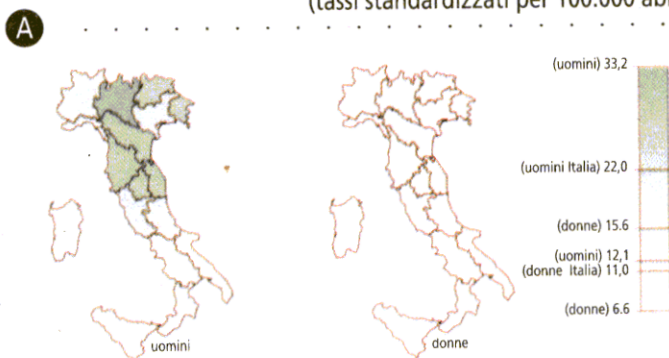
Sono questi fattori che hanno un indubbio riflesso sia sulle spese sanitarie, sia sulla quantità e qualità di vita del paziente oncologico.

In tale ottica la Commissione oncologica nazionale, istituita presso il Ministero della Sanità, in linea con gli obiettivi e le strategie previste nel P.S.N. 1994/1996 ed in particolare con l'azione programmata «Prevenzione e cura delle malattie oncologiche», ha predisposto, nel corso del triennio, «Linee Guida», individuando gli interventi strategici fondamentali da compiere. Scopo di tali «Linee Guida» è stato quello di fornire una serie di indicazioni operative, atte ad uniformare e ottimizzare l'organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia su tutto il territorio nazionale. Esse hanno riguardato le seguenti tematiche:

- a) organizzazione della prevenzione e della assistenza in oncologia;
- b) priorità nel settore dell'epidemiologia;
- c) linee guida in tema di prevenzione primaria dei tumori del polmone;
- d) proposte operative in tema di prevenzione secondaria del cervico-carcinoma uterino;
- e) proposte operative in tema di prevenzione secondaria dei tumori della mammella;
- f) proposte operative in tema di prevenzione secondaria dei tumori del colon-retto;
- g) linee guida per le cure domiciliari nel paziente oncologico;
- h) programmi di ricerca e sviluppo per la prevenzione oncologica.

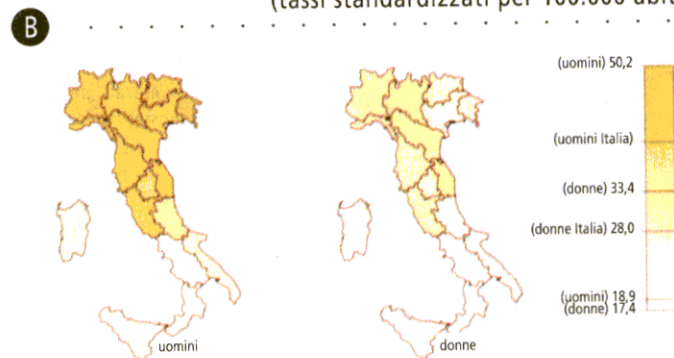
L'incidenza dei tumori dello stomaco, dell'intestino e della mammella è stata stimata anche a livello regionale. Nella Fig.16 viene riportato, per regione e rispettivamente per uomini e donne, il corrispondente tasso di incidenza. Per consentire il confronto dei livelli di incidenza tra le regioni, questi ultimi sono stati aggiustati per età utilizzando la popolazione mondiale come standard di riferimento. Il tumore dello stomaco è quello che presenta la maggiore variabilità geografica, con un rapporto tra i valori più bassi (Mezzogiorno) e quelli più elevati (Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana) superiore a 2.1 tumori colon-rettali presentano un evidente diminuzione dal nord al sud del paese, analogamente a quelli della mammella, che però mostrano un andamento più irregolare, con valori di incidenza superiori alla media nazionale anche nel Lazio ed in Sardegna. Per quanto riguarda la prevalenza, i valori disaggregati per regione, limitatamente ai tumori dello stomaco, del colon-retto e della mammella per cui sono disponibili le relative stime, mostrano (Fig. 17) l'estrema variabilità geografica del numero di casi prevalenti e dei corrispondenti tassi di prevalenza. Particolarmente rilevante il caso

incidenza del tumore dello stomaco (tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)



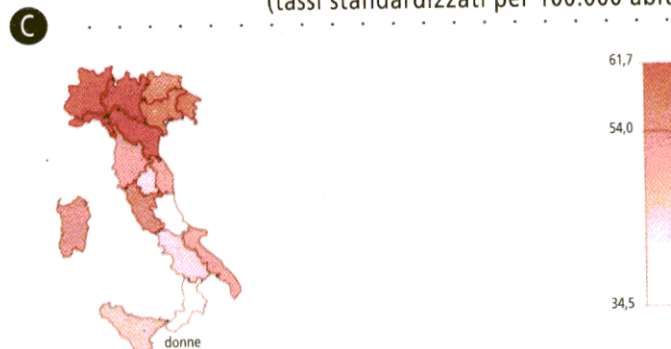
Negli uomini per questa neoplasia i tassi più elevati si osservano nelle regioni del Nord: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana. Valori molto inferiori si riscontrano nel Sud Puglia, Sardegna, Sicilia. Nelle donne l'incidenza della malattia è significativamente inferiore a quella dei maschi, tuttavia la distribuzione geografica è abbastanza analoga.

incidenza del tumore del colon-retto (tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)



Anche per questa neoplasia negli uomini i tassi più elevati si osservano nelle regioni del nord: Friuli, Piemonte, Liguria. Valori molto inferiori si riscontrano nel sud: Campania, Calabria, Sicilia. Per quanto riguarda le donne, i tassi più elevati si registrano nelle Marche, Emilia Romagna, Lombardia.

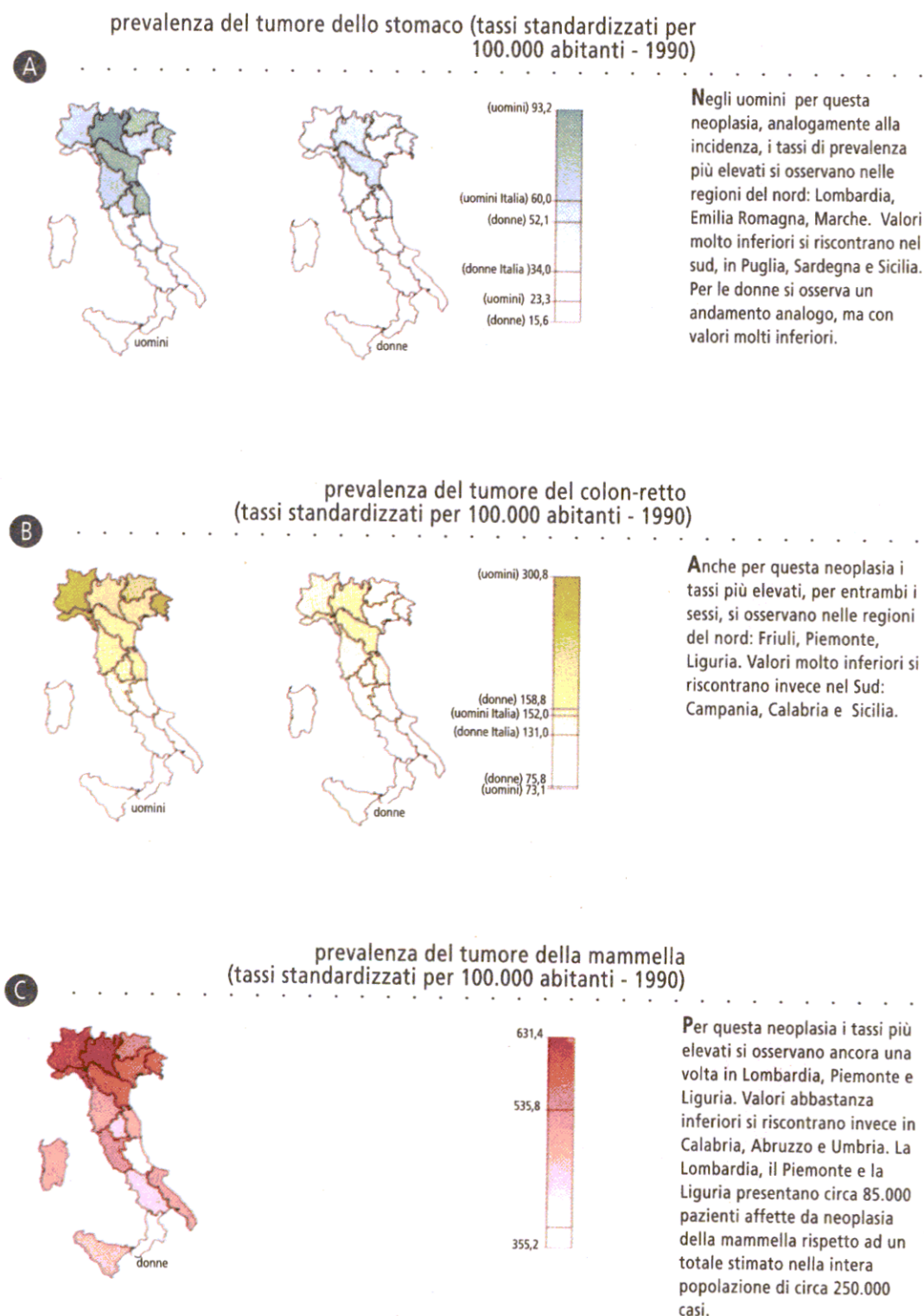
incidenza del tumore della mammella (tassi standardizzati per 100.000 abitanti - 1990)



Questa neoplasia presenta una distribuzione geografica piuttosto omogenea; i tassi più elevati si osservano ancora una volta in Lombardia, Liguria, Piemonte. Valori abbastanza inferiori si riscontrano in Calabria, Abruzzo e Umbria. Questi tassi corrispondono a circa 25.000 nuovi casi di malattia all'anno.

Fig. 17

malattie croniche: stima di prevalenza di alcuni tumori



della Lombardia che, con il 15% della popolazione italiana presenta il 24% dei casi totali di tumore dello stomaco, il 18% di quelli del colon-retto, ed il 20% di quelli della mammella.

La frequenza delle malattie ischemiche del cuore

Le malattie ischemiche del cuore (CIM IX Rev. 410-414) hanno provocato nel 1993 73.837 decessi, 40.940 dei quali uomini e 32.897 donne, con un tasso di mortalità complessiva pari a 1,3 per mille. Di questi decessi 62.257 sono avvenuti al di là dei 65 anni. Non sono state eseguite indagini che coprano tutto il territorio nazionale e che ci forniscano stime precise della incidenza e della prevalenza delle malattie ischemiche del cuore.

Comunque, come per alcuni tipi di tumore, prevalenza e incidenza possono essere stimate a partire dai dati di mortalità purchè si conoscano le curve di sopravvivenza. Tali curve sono state prodotte in anni recenti dai registri cardiovascolari legati al progetto MONICA. I risultati delle stime ci permettono di affermare che all'inizio degli anni '90 ogni anno si verificavano 96.000 nuovi casi di malattie ischemiche; di questi, 61.000 sono uomini e 35.000 sono donne. Il numero totale di italiani che attualmente soffrono di una malattia ischemica è invece 489.000, dei quali 376.000 sono uomini e 113.000 donne.

Nel complesso si stima che i soggetti con storia d'infarto rappresentino quasi 1,1% dell'intera popolazione italiana.

I dati derivati dai registri e dagli studi di coorte italiani si riferiscono all'età 25-74 anni: estrapolazione degli attack rate degli eventi coronarici maggiori derivati dall'esperienza di 3 anni di funzionamento del registro MONICA dell'Area Latina indicano, per la popolazione italiana di età 25-74 anni, 50.600 eventi negli uomini e 17.600 eventi nelle donne per ogni anno. Sempre dallo stesso registro è disponibile la letalità cumulativa a varie scadenze: entro un'ora muore l'8,3% degli uomini colpiti e l'8,6% delle donne; a 24 ore il 29,9% degli uomini e il 32,6% delle donne; a 28 giorni il 56,5% degli uomini e il 73% delle donne. Inoltre il 49% degli uomini e il 57% delle donne muore in ospedale, mentre il 45% degli uomini e il 37% delle donne muore a casa. Una larga proporzione dei decessi che avvengono fuori dall'ospedale riguarda soggetti colpiti da eventi secondari, cioè già a conoscenza di un episodio precedente e già sottoposti a trattamento per le sue conseguenze.

Sempre nell'ambito del progetto MONICA sono stati stimati i valori dell'attack-rate per eventi coronarici in uomini e donne di età compresa tra 25 e 64 anni, come risulta dalla Fig.18.

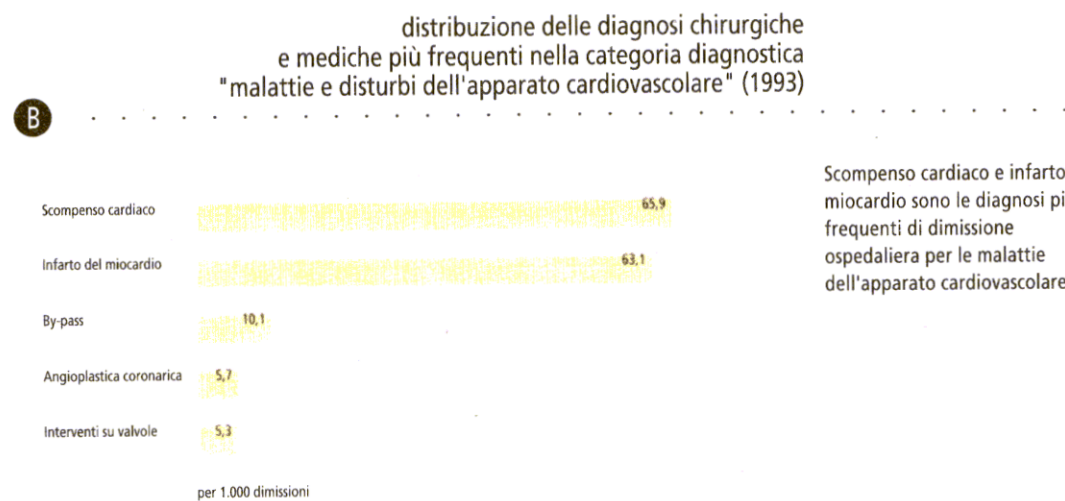
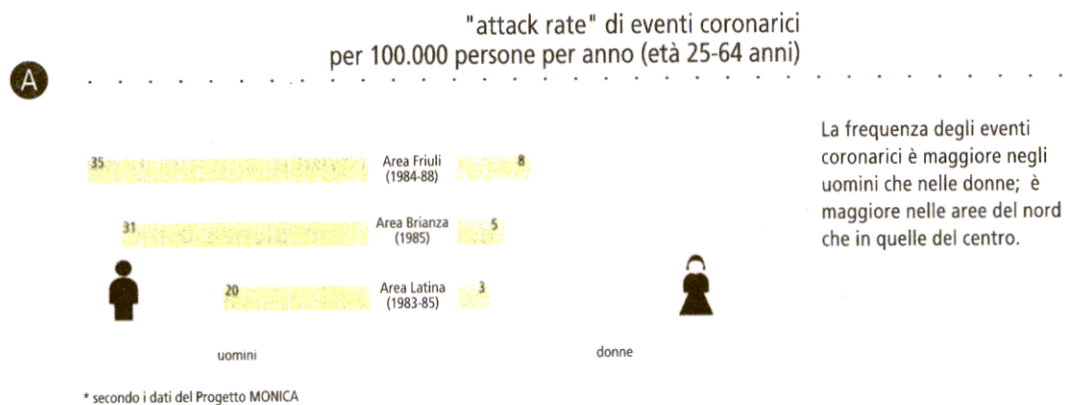
Lo studio ECCIS ha consentito di valutare la prevalenza di cardiopatia ischemica silente negli uomini di età 40-59 anni in 0,52%.

La distribuzione delle diagnosi chirurgiche e mediche più frequenti nella categoria diagnostica «malattie e disturbi dell'apparato cardiovascolare», relative all'anno 1993, è riportato nella Fig. 18-B.

Dai dati presentati risulta chiaro che la patologia cardiovascolare è tuttora un rilevante problema sanitario e che nonostante il miglioramen-

Fig. 18

alcuni indicatori di patologie cardio-vascolari



to della terapia e la più frequente e rapida ospedalizzazione, la letalità è troppo elevata; inoltre, una percentuale troppo elevata di casi muore fuori dall'ospedale senza ricevere un trattamento adeguato.

Ciò sembra in contraddizione con le affermazioni della cardiologia clinica che riportano letalità sempre più basse; in realtà tali affermazioni riguardano i casi di infarto miocardico ricoverati in unità coronarica che rappresentano probabilmente una quota poco superiore ad un terzo del totale degli eventi coronarici maggiori.

La frequenza delle patologie del sistema nervoso centrale (S.N.C.)

L'impatto umano ed economico delle malattie del S.N.C. nella società contemporanea è enorme. Molte di queste patologie hanno un carattere epidemico e si configura a brevissimo termine uno scenario di intervento sanitario pubblico e assistenziale di grandi proporzioni.

In Italia sono carenti le indagini volte specificamente alla determinazione dei costi socio-economici relativi alle malattie del sistema nervoso. L'impatto economico è comunque elevato considerando non solo la perdita della capacità lavorativa dei pazienti e spesso dei familiari costretti al prepensionamento, ma anche le spese sanitarie e assistenziali. Infatti oltre all'ospedalizzazione richiesta nella fase diagnostica, per il carattere spesso cronico delle patologie del S.N.C., è necessario considerare la necessità di regolari studi clinici longitudinali in strutture specializzate, interventi riabilitativi di lunga durata, assistenza domiciliare e supporto per le famiglie. Ciò vale in modo particolare per quelle malattie le cui conseguenze sociali ed economiche si protraggono per un elevato numero di anni e si ripercuotono sulle famiglie di origine, principale sostegno di questi pazienti.

Per quanto riguarda soltanto le demenze, dati relativi ai Paesi occidentali indicano una prevalenza della demenza invalidante attorno all'8% per le età superiori a 65 anni e verosimilmente un incremento progressivo dell'ordine del 9-16% nel periodo 1980-2000. In Europa, la demenza ha una prevalenza da 320 a 1.300 casi per 100.000 persone, cioè attualmente circa 3,5 milioni di persone sono colpite da questa condizione e più del 50% di queste soffrono della forma di tipo Alzheimer. Per quanto riguarda l'epilessia sono stati riscontrati tassi di incidenza dai 20 a 70 per 100.000 abitanti per anno e tassi di prevalenza da 4 a 10 per 1.000 abitanti nella popolazione generale. Dati derivati dal Registro MONICA dell'Area di Latina, estrapolati alla popolazione italiana di età 25-74 anni, indicano 38.100 eventi cerebrovascolari l'anno negli uomini e 28.000 eventi cerebrovascolari l'anno nelle donne. La letalità cumulativa a varie scadenze riportata è del 25,3% negli uomini e 27,8% nelle donne entro un giorno, del 35,9% negli uomini e del 42,8% nelle donne entro 7 giorni e del 44,2% negli uomini e del 51,0% nelle donne entro 28 giorni. Inoltre il 72% degli uomini e il 67% delle donne muore in ospedale, mentre il 19% degli uomini e il 23% delle donne muore a casa.

L'incidenza delle malattie cerebrovascolari è di 160 per 100.000 persone per anno: 60% infarti cerebrali, 25% emorragie cerebrali o su-

baracnoidee, 15% attacchi ischemici transitori. La sclerosi multipla ha una prevalenza di 60 per 100.000 persone corrispondenti ad oltre 30.000 soggetti in Italia. Un altro grande problema riguarda le patologie di pertinenza psichiatrica. A questo riguardo occorre ricordare che i disturbi affettivi ed i disturbi d'ansia presentano tassi di prevalenza life-time nella popolazione generale oscillanti tra il 7,8% ed il 24,9%. I disturbi della condotta alimentare hanno una prevalenza che arriva fino al 10,6%. Le sindromi da somatizzazione hanno una frequenza intorno all'11% della popolazione generale, mentre i disturbi di tipo schizofrenico presentano una prevalenza dello 0,6-1,5%. Infine disturbi di personalità sono stati evidenziati, in diverse indagini epidemiologiche, in circa il 10% della popolazione. Al di là della diversa espressività clinica e modalità di decorso, le patologie ansiose e depressive producono invalidità psichica e, talvolta, fisica, in un'altissima percentuale di casi, individuando pertanto un settore della medicina in cui gli sforzi di ricerca a tutti i livelli etiopatogenetici, diagnostici, preventivi e terapeutici, e la pianificazione dell'intervento sanitario sul territorio nazionale assumono la massima rilevanza.

3. I servizi e l'assistenza sanitaria

PAGINA BIANCA

3.1 INTRODUZIONE

L'analisi dell'offerta ai cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale, viene effettuata presentando la tipologia dei servizi esistenti e l'insieme delle prestazioni da essi erogate. Tali informazioni risultano desunte, per la quasi totalità, dai dati raccolti attraverso i «Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle USL».

Dei dati in possesso solo una parte viene presa in considerazione in quanto, anzichè fornire una semplice – anche se completa – elencazione dell'esistente, si è preferito selezionare quelli aventi carattere di maggiore rilevanza e significatività, che meglio consentano di osservare il trend dello sviluppo delle strutture del SSN all'interno delle singole regioni e – attraverso il confronto tra di esse – nelle varie aree del Paese. Questo in particolare sembra di maggiore interesse per il processo di programmazione e per i decisori, ai vari livelli, cui è diretta la Relazione sullo stato sanitario del Paese. Le analisi dettagliate sono effettuate dai livelli periferici del governo della sanità, ai fini propri della programmazione e del riequilibrio fra le diverse aree su cui insistono le aziende sanitarie. In questa sede la sola descrizione dell'offerta di servizi, con alcune specificazioni, sembra tuttavia corrispondere alle esigenze che la Relazione deve soddisfare.

Sono stati considerati gli anni dal 1992 al '94, ultimo disponibile al momento dell'elaborazione del presente capitolo. Successivamente si sono rese disponibili le tavole statistiche relative all'anno 1995 che hanno sostanzialmente confermato l'andamento dei fenomeni osservati ed analizzati. Si è deciso, quindi, di inserire negli allegati statistici anche le tavole relative all'anno 1995. Nella descrizione delle situazioni regionali e nell'analisi dei fenomeni ad esse connessi si sono evidenziati i casi in cui si registrano, per l'anno 1995, cambiamenti significativi.

In generale i valori presentati sono espressi sotto forma di rapporti per mille abitanti. Al denominatore sono stati utilizzati sottogruppi di essi in modo da costruire «popolazioni tipo», confrontabili tra di loro, onde correggere i possibili effetti distorcenti derivanti dalla diversa struttura demografica delle varie regioni italiane.

L'indice di questo capitolo è stato definito tenendo presente il «Piano Sanitario Nazionale» relativo al triennio 1994-96 ed in particolare i livelli uniformi di assistenza che rappresentano l'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che debbono essere erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono stati utilizzati alcuni degli indicatori di efficienza e di qualità per il S.S.N. adottati con il Decreto del Ministero della Sanità del 24 Luglio 1995, che costituiscono un sistema di autovalutazione e di verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'ambito delle attività sanitarie. Per la costruzione di questo sistema di indicatori il Ministero ha avviato la revisione dei flussi informativi sanitari. È stato progettato un nuovo sistema, approvato d'intesa con le Regioni nell'ambito della conferenza Stato-Regioni (D.M. 23-12-96 che, a partire dal 1997, consentirà di far fronte al fabbisogno informativo centrale e regionale facendo proprie anche le esigenze di altre amministrazioni centrali, come il Ministero del Tesoro. Inoltre, al fine di ridurre al minimo le risorse

se impiegate e di non duplicare le rilevazioni dei dati, il Ministero si è anche impegnato a coordinare tutte le fonti informative esistenti nell'ambito del Sistema Statistico Nazionale e di interesse per il Servizio Sanitario Nazionale.

3.2 IL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NELLE VARIE REALTÀ GEOGRAFICHE DEL PAESE

In Italia nel 1994 il personale dipendente del S.S.N. è risultato costituito da circa 677.000 unità.

Il ruolo sanitario rappresenta il 63,7%, quello tecnico il 25,1%, quello amministrativo il 10,7%, quello professionale lo 0,5 (Fig. 1).

Nell'ambito del ruolo sanitario oltre 100.000 unità costituiscono il personale medico che risulta aumentato di circa il 3% rispetto al 1992. Il personale infermieristico è rappresentato da quasi 255.000 unità con un analogo incremento percentuale nei confronti del 1992.

Il rapporto popolazione assistibile/medico (Fig. 2) risulta di 570 unità: il valore più elevato si registra in Puglia (696 assistibili per medico) e nella Provincia autonoma di Bolzano con 678; quello più basso in Umbria (446 unità) ed in Sardegna (453).

Il rapporto popolazione assistibile/infermieri è di 224 (Fig. 2): la Calabria presenta il rapporto peggiore con 412 assistibili ogni infermiere, mentre l'Umbria quello migliore con 188.

Il rapporto infermieri/medici è di 2,5 (Fig. 2). Questo dato varia nelle singole regioni, risultando più elevato nella provincia autonoma di Bolzano (3,6), in Friuli Venezia Giulia (3,4), nel Veneto e nella provincia di Trento (3,3); i dati più bassi si riscontrano in Sardegna (2,1), in Calabria (1,9) e in Sicilia, che con l'1,8 presenta il dato peggiore. Alcune regioni del Centro Italia sono al di sotto della media nazionale: Umbria (2,4), Lazio (2,3).

Il dato generale prende in considerazione tutto il personale ed è evidentemente correlato al numero dei presidi sanitari esistenti in ciascuna realtà regionale. Si può ritenere che in alcune realtà vi siano situazioni che privilegiano la medicina d'urgenza e d'attesa con una predominanza delle strutture ospedaliere, a scapito delle necessità primarie dell'Assistenza Sanitaria di Base (prevenzione, educazione sanitaria, assistenza domiciliare) in cui si è indubbiamente carenti.

Il rapporto medico/infermieri è da considerarsi ancora troppo basso, anche laddove presenta i dati più favorevoli.

3.3 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Dati anagrafici dei presidi preposti

L'attività di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro esplicandosi nelle sue tre principali funzioni, Igiene pubblica, Medicina del lavoro e Igiene veterinaria - promuove la salute della po-

il personale del S.S.N. (1994)

Fig. 1

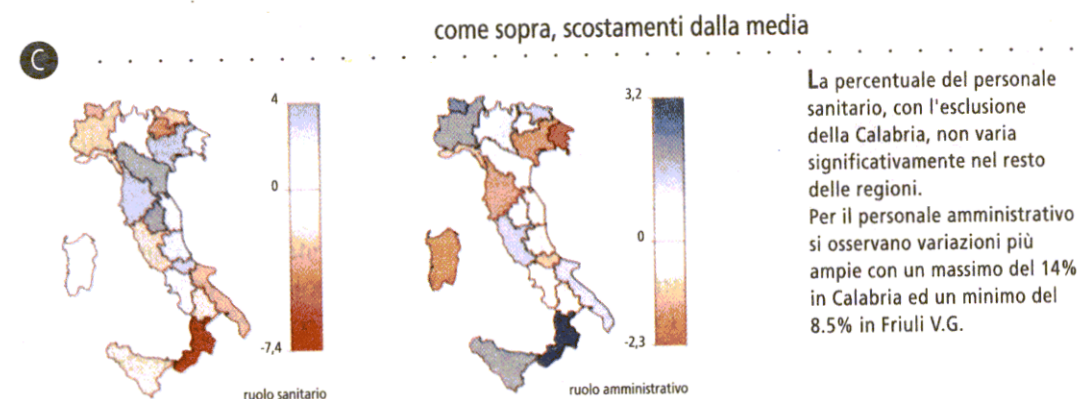
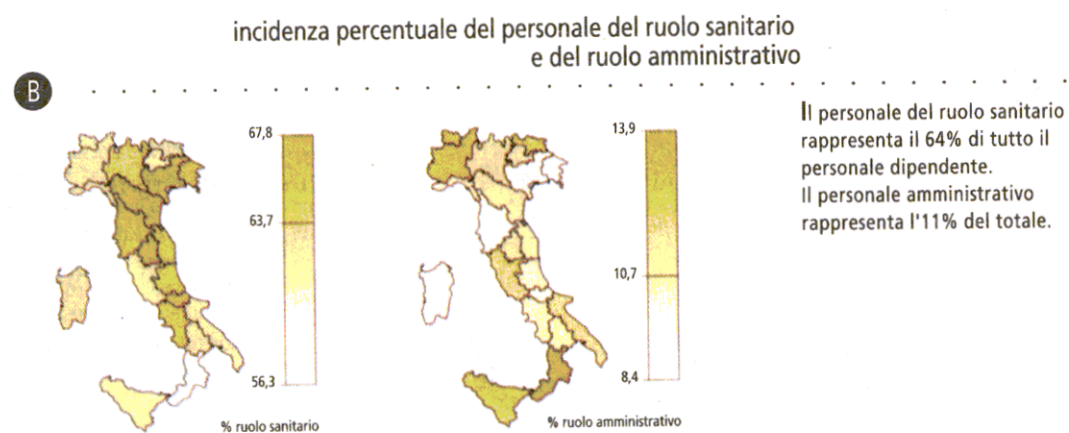
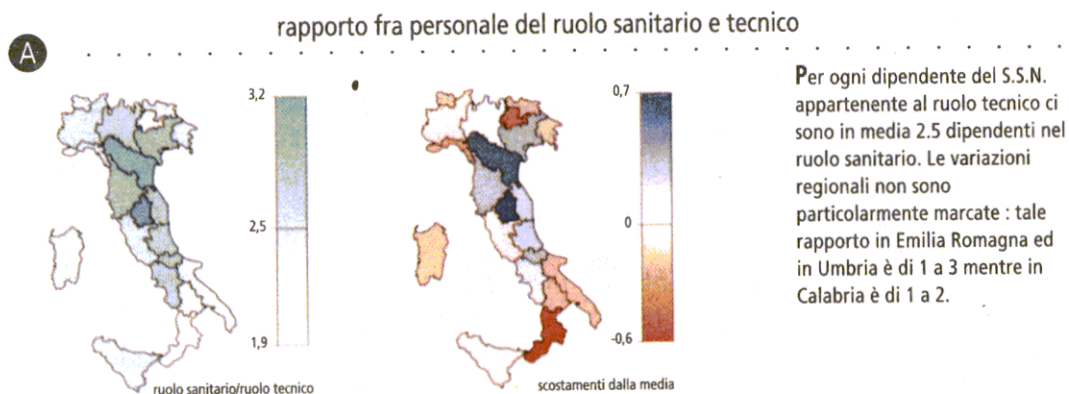


Fig. 2

il personale del S.S.N.: rapporti

