

***Monika Tyloch***

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

**RECENZJA: MONIKA URBANIAK, ASPEKTY  
PUBLICZNOPRAWNE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA  
OCHRONY ZDROWIA W REPUBLICE WŁOSKIEJ,  
TNOIK, TORUŃ 2014, SS. 420**

DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/TSP-W.2015.013>

Autorka podjęła się niełatwego zadania przedstawienia organizacji włoskiego systemu ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że problem służby zdrowia jest takim zagadnieniem życia publicznego, które powoduje powstanie różnorodnych dyskusji w społeczeństwie. Ograniczone zasoby, jakie państwo jest w stanie przeznaczyć na ochronę zdrowia, i jednocześnie wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia opieki medycznej powodują wzrost niezadowolenia wśród obywateli. W konsekwencji poszczególne państwa poszukują nowych, bardziej optymalnych rozwiązań systemu opieki zdrowotnej, co prowadzi do zróżnicowania systemów opieki medycznej w poszczególnych krajach. Tematyka, jaką podjęła autorka, wymusiła przedstawienie nie tylko regulacji prawnych obecnie obowiązujących w Republice Włoskiej, ale również wymogła dokonanie analizy poprzednich stanów prawnych, a także wyjaśnienia podstawowych pojęć związanych z organizacją służby zdrowia, których to definicji trudno szukać w ustawach. Na świeczniku znalazły się rozwiązania włoskiej opieki medycznej w okresie od zjednoczenia Republiki Włoskiej do chwili obecnej. W recenzowanej pracy nie zabrakło również scharakteryzowania podmiotów tworzących służbę zdrowia we Włoszech. W konsekwencji tak dobranej tematyki Monika Urbaniak podzieliła swą publikację na osiem rozdziałów: *Pojęcie zdrowia i jego ochrona, Geneza systemu ochrony zdrowia we Włoszech, Narodowa Służba Zdro-*

*wia, Organizacja włoskiego systemu ochrony zdrowia, Lokalne podmioty opieki zdrowotnej, Podstawowe poziomy świadczeń, Finansowanie systemu ochrony zdrowia we Włoszech oraz Współfinansowanie opieki zdrowotnej przez pacjenta.*

Recenzowana monografia stanowi tym ciekawszą pozycję, że autorka podjęła się szczegółowej analizy regulacji prawnych dotyczących organizacji i finansowania opieki medycznej w Republice Włoskiej, której to analizy trudno by szukać w polskiej literaturze przedmiotu. Publikacja ta stanowi pierwsze tak kompleksowe opracowanie tematu organizacji włoskiego systemu ochrony zdrowia.

Punktem wyjścia w swej monografii autorka uczyniła porównanie istniejących na świecie modeli ochrony zdrowia, nawiązując przede wszystkim do systemu budżetowego panującego w Wielkiej Brytanii, który w zmodyfikowanej jest także obecny we Włoszech, poprzedzając je krótkim wyjaśnieniem podstawowych pojęć z zakresu podjętej tematyki.

Autorka zwraca uwagę na fakt, iż włoskie ustawodawstwo definiuje pojęcie ochrony zdrowia jedynie częściowo. Artykuł 32 obecnie obowiązującej Konstytucji stanowi, iż Republika Włoska zapewnia ochronę zdrowia będącego podstawowym prawem jednostki i zbiorowości. Priorytetem państwa jest więc zapewnienie obywatelom zdrowia, jako najwyższego i podstawowego dobra. Trzeba również podkreślić, iż z przepisu tego wynika także obowiązek każdego człowieka do kontrolowania własnego stanu zdrowia, co wiąże się z odpowiedzialnością jednostki przed społeczeństwem. Artykuł 32 Konstytucji Republiki Włoskiej, gwarantujący to najwyższe prawo, zapewnia jego ochronę jako podstawowego prawa zarówno jako prawa jednostki, jak i interesu zbiorowego, a także gwarantuje bezpłatną opiekę ubogim. Artykuł ten utworzył ramy prawne pozwalające na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej we Włoszech. Autorka podkreśla, iż ochrona zdrowia w państwie włoskim dotyczy zarówno prawa do wyrażania zgody na leczenie, jak i prawa do niewyrażania na nie zgody, w momencie gdy istnieje obowiązek poddania się leczeniu. Celem takiej regulacji jest ochrona interesów chorego, a także całej zbiorowości. Tylko dla ochrony interesów tej zbiorowości można ograniczyć prawo osoby chorej do decydowania o sobie i swoim zdrowiu.

Autorka w swej monografii podkreśla, iż podstawą prawidłowego działania każdego z systemów ochrony zdrowia jest jego finansowanie. Obecnie stosowane są dwa podstawowe modele finansowania ochrony zdrowia – model ubezpieczeniowy i model budżetowy, zwany też modelem powszechnej służby zdrowia.

Według poglądów autorki system opieki zdrowotnej we Włoszech trzeba uznać za system mieszany, w którym można znaleźć elementy charakterystyczne zarówno dla systemu ubezpieczeniowego, jak i budżetowego. System ten jest

oparty na brytyjskim modelu Wiliama Henry'ego Beverdage'a z 1942 roku, który w konsekwencji wprowadzenia wielu udoskonalających go reform stanowi obecnie jeden z najbardziej efektywnych systemów opieki zdrowotnej. System ten szczyci się wysokim poziomem zadowolenia pacjentów z poziomu usług zdrowotnych. Autorka podkreśla, że system ten należy uznać obecnie za najlepszy na świecie, biorąc pod uwagę stosunek jakości do ceny udzielanych świadczeń. Cechą, która wyróżnia włoski system ochrony zdrowia, jest finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia przez regiony oraz przerzucenie na nie odpowiedzialności za realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

W swojej pracy autorka przedstawiła krótką charakterystykę włoskiego systemu zdrowia od momentu zjednoczenia Włoch w 1861 roku do reform administracyjnych przeprowadzonych w XX wieku, a obejmujących m.in. ustawy Bassaniniego. Poddano analizie również model działania systemu opieki zdrowotnej we Włoszech od wejścia w życie najważniejszej ustawy regulującej włoską opiekę medyczną – ustawy nr 833 z dnia 23 grudnia 1978 r., która wprowadziła Narodową Służbę Zdrowia i która łączyła się z odejściem od systemu ubezpieczeniowego na rzecz systemu budżetowego. Autorka opisała również zwięźle podstawowe reformy włoskiego systemu opieki medycznej, które miały miejsce w latach 1978-2008. Wstępem do tych poważnych zmian była uchwalona w 1968 roku ustawa wprowadzająca reformę szpitalnictwa, której realizacja nastąpiła na mocy ustawy z 1978 roku. Do czasu przeprowadzenia reformy systemu opieki zdrowotnej z 1978 roku włoski model opierał się na systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Jednak nie był w stanie zagwarantować powszechnego dostępu do świadczeń medycznych, a także jednolitego dostępu do nich. Ustawą z 17 sierpnia 1974 roku rozwiązano towarzystwa ubezpieczeń oraz przekazano ich kompetencje regionom. W 1978 roku wprowadzono więc we Włoszech model Narodowej Służby Zdrowia. Podstawą jego powstania stało się upowszechnienie równego dostępu do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej, bez względu na status majątkowy osoby korzystającej ze świadczeń medycznych. Następnie przedstawiono w pracy historię modyfikacji systemu opieki zdrowotnej, wprowadzonych postanowieniami dekretu ustawodawczego z 19 czerwca 1992 roku i z 19 czerwca 1999 roku.

Transformacja włoskiego systemu opieki zdrowotnej od systemu ubezpieczeń społecznych do systemu budżetowego była rozciągnięta w czasie i zakończyła się w 1978 roku w związku z uchwaleniem ustawy powołującej Narodową Służbę Zdrowia. Spostrzeżono wówczas potrzebę realizacji zasady uniwersalności i równości w dostępie do świadczeń medycznych oraz odpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia obywateli. Ważną datą dla organizacji włoskiego systemu ochrony zdrowia był 1 stycznia 1948 roku, w którym weszła w ży-

cie włoska Konstytucja. Wprowadziła ona zasadę bezpieczeństwa socjalnego, w której szczególne znaczenia ma prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie z nim, to państwo ma obowiązek stworzenia odpowiednich rozwiązań prawnych i organizacyjnych w celu zagwarantowania tego prawa. Ponadto podkreślone zostały wówczas zasady gwarantujące zachowanie równości obywateli względem Narodowej Służby Zdrowia, a bezpłatne świadczenia zagwarantowane przez państwo mogą być zróżnicowane w zależności od posiadania przez państwo środków finansowych, jednakże świadczenia te nie mogą być niższe niż minimalny poziom świadczeń, który gwarantuje wszystkim prawo do ochrony zdrowia i bezpłatną opiekę medyczną wobec ubogich. Konsekwencją rozwiązań przyjętych w ustawach regulujących włoski system ochrony zdrowia jest finansowanie wyłącznie świadczeń podstawowych przez Narodową Służbę Zdrowia, w granicach środków przez nią posiadanych.

Włoski system opieki medycznej w obecnym kształcie został wprowadzony ustawą 1978/83 oraz zmodyfikowany reformami z lat 90. XX wieku, których celem było objęcie całego społeczeństwa świadczeniami medycznymi, nie tylko osób ubezpieczonych. Autorka podkreśla jednak, że proces reformowania systemu opieki zdrowotnej we Włoszech, zapoczątkowany w 1978 roku, modyfikowany przez szereg ustaw z lat 90. XX w. i wskutek zmiany Tytułu V Konstytucji nie został jeszcze zakończony.

Bardzo interesującym elementem recenzowanej pracy jest porównanie włoskiego systemu opieki zdrowotnej do brytyjskiego modelu Narodowej Służby Zdrowia, na którym się on początkowo opierał. W odróżnieniu od brytyjskiego, włoski system charakteryzuje się dalej idącą decentralizacją i dewolucją kompetencji dotyczących ochrony zdrowia, a w konsekwencji mniejszą ingerencją państwa w wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia. Włoski system ochrony zdrowia zorganizowany jest na trzech poziomach: państwowym, regionalnym i lokalnym, w którym świadczenia opieki medycznej są realizowane przez przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej oraz przedsiębiorstwa szpitalne. Podmioty znajdujące się na poszczególnych poziomach są odpowiedzialne za wykonywanie innych zadań. Nad całością systemu czuwa państwo, które jest zobowiązane do koordynowania działań podmiotów z poszczególnych poziomów w taki sposób, aby zapewniona była jednolitość świadczeń, a także jest odpowiedzialne za dzielenie środków ulokowanych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Na poziomie centralnym wszelkie kwestie związane z zapewnianiem środków pieniężnych na ochronę zdrowia dla regionów i koordynowaniem systemu ochrony zdrowia zostały przekazane do kompetencji ministra zdrowia. Z kolei regiony są zobowiązane do działania na rzecz identyfikacji popytu na określone świadczenia zdrowotne. Poszczególne regiony są również odpowiedzialne wobec rządu za

urzeczywistnienie centralnych i regionalnych celów opieki zdrowotnej. Takie rozwiązanie prowadzi do lepszego rozeznania potrzeb ludności zamieszkującej dany region, a w konsekwencji umożliwia szybkie podjęcie decyzji w sprawach związanych z opieką medyczną. Regiony są również zobowiązane do uchwalania planów zdrowia. Podmioty znajdujące się w poziomie lokalnym dostarczają świadczeń obywatelom, działając w warunkach konkurencji i autonomii. Nadzór nad ich działalnością sprawują regiony, określając ich struktury organizacyjne i sprawując kontrolę nad ich działalnością.

W monografii podkreślono również, że we Włoszech istnieje także prywatny sektor ochrony zdrowia, współistniejący z publicznym. W konsekwencji istnieje możliwość dobrowolnego ubezpieczenia prywatnego. Państwo popiera korzystanie przez obywateli z prywatnego rynku zdrowia, tworząc takie prawne możliwości, które pozwalałyby na odliczenie wydatków ponoszonych na prywatną opiekę medyczną od podatku od osób fizycznych. Warto zauważyć, że w Republice Włoskiej wydatki prywatne ponoszone na opiekę medyczną mogą przybrać jedną z trzech form – albo współfinansowania świadczeń przez obywateli za pomocą tzw. *ticket*, albo wydatków na świadczenia lub usługi niezagwarantowane przez publiczną służbę zdrowia, albo wydatków na dobra i usługi, które pacjenci wolą uzyskać z prywatnego sektora, pomimo zapewnienia sfinansowania tych świadczeń przez Narodową Służbę Zdrowia. Autorka wskazuje, że aż około 35% populacji państwa włoskiego choć w części korzysta z takich prywatnych ubezpieczeń. Jej zdaniem umożliwienie korzystania ze świadczeń medycznych spoza systemu publicznej służby zdrowia jest pozytywnym rozwiązaniem, odciążającym system i przyczyniającym się do jego rozwoju.

*Ticket*, a więc szczególną formę współfinansowania przez obywateli wydatków na ochronę zdrowia, wprowadzono w 1989 roku. Powstał wówczas ustawowy obowiązek zapłaty określonych, stałych kwot uiszczanych za otrzymywane świadczenia medyczne. Warto zauważyć, że wprowadzono również zwolnienia podmiotowe i przedmiotowe z obowiązku współpłacenia za świadczenia opieki medycznej. Systemy zwolnień z tego tytułu są bardzo szerokie i oparte głównie na kryterium wieku i wysokości dochodów, a także ze względu na rzadkie i przewlekłe choroby. Autorka podkreśla, że istnienie takiej formy współpłacenia za uzyskane świadczenia medyczne powoduje, iż pacjenci nie nadużywają pomocy medycznej, w momencie gdy nie jest ona niezbędna, a w konsekwencji *ticket* stał się swoistym regulatorem systemu.

W pracy został również poruszony problem długiego oczekiwania na uzyskanie świadczeń medycznych zagwarantowanych przez publiczną służbę zdrowia. Z uwagi na ograniczone środki przeznaczone na finansowanie opieki medycznej, tworzone są tzw. listy oczekujących. Autorka podkreśla, że listy takie

stanowią wspólny problem w większości państw europejskich. Według Urbaniak, rozwiązaniem problemu długich kolejek jest możliwość ich skrócenia przez wykupienie dodatkowego ubezpieczenia, a także przez skorzystanie z systemu współpłacenia za świadczenia medyczne.

W recenzowanej pracy autorka podkreśla, że model opieki medycznej zorganizowany we Włoszech posiada cechy modelu opartego na podatkach ogólnych i jednocześnie cechy modelu ubezpieczeniowego. W obecnych czasach cały system włoskiej opieki medycznej jest finansowany przede wszystkim z podatków, zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym. Podstawową pozycję w systemie ochrony zdrowia we Włoszech stanowi więc państwowa służba zdrowia. To państwo jest odpowiedzialne za dostarczanie świadczeń medycznych, ich finansowanie oraz regulację całego systemu zdrowia.

Finansowanie włoskiej opieki medycznej oparte jest na systemie powszechnej opieki zdrowotnej, jest pokrywane ze środków publicznych, których źródłem jest budżet państwa. Opieka zdrowotna finansowana jest na dwóch poziomach centralnym i regionalnym. Obecnie system opieki medycznej finansowany jest przez podatki ogólne, takie jak IRPEF<sup>1</sup> i IRAP<sup>2</sup>, oraz inne własne podatki regionalne, a także podatki pośrednie, takie jak podatek VAT, akcyzę na benzynę, z których wpływają się przychodami regionów. Dodatkowym sposobem finansowania są prywatne dobrowolne ubezpieczenia, a także system opłat bezpośrednio wnoszonych przez pacjentów korzystających z danych świadczeń tzw. *ticket*. Autorka podkreśla, że publiczne finansowanie świadczeń medycznych odbywa się w przewadze ze środków regionów, a środki przekazywane z budżetu centralnego państwa są rzadkością. Takie rozwiązanie, zdaniem autorki, zdynamizowało Narodową Służbę Zdrowia i spowodowało wzrost jej wydajności.

Warto w tym miejscu zauważyć, iż działalność Narodowej Służby Zdrowia oparta jest na zasadzie uniwersalizmu w dostępie do usług zdrowotnych. Usługi te przeznaczone są dla całego społeczeństwa, nie tylko obywateli, ale również cudzoziemców zamieszkujących państwo włoskie, niezależnie od możliwości poniesienia kosztów przez danego pacjenta.

W opisywanej pracy nie zabrakło również wskazania wad włoskiego systemu opieki zdrowotnej. Autorka podkreśla, że listy oczekujących na świadczenia stale się wydłużają, niektóre świadczenia są nieodpowiednio wykorzystywane, a jakość niektórych usług medycznych w niektórych regionach jest niedostateczna, co powoduje migrację ludności do regionów uważanych za takie, w których jakość usług medycznych jest lepsza. Urbaniak wskazuje, że w konsekwencji

---

<sup>1</sup> Podatek dochodowy od osób fizycznych.

<sup>2</sup> Podatek od działalności produkcyjnej.

przyjętych przez państwo włoskie rozwiązań ustawowych państwo gwarantuje szeroki zakres świadczeń medycznych, nie ma jednak wystarczających środków na ich realizację w racjonalnym terminie.

Ważnym wydarzeniem w historii włoskiej służby zdrowia była reforma Konstytucji z 2001 roku. Autorka wskazuje, że u podłoża reformy, jaką przeprowadzono w drodze ustawy konstytucyjnej z 18 października 2001 roku, zmieniającej Tytuł V części II Konstytucji w zakresie dotyczącym ustroju regionów, leży przekonanie, że państwo zdecentralizowane będzie mogło w lepszym stopniu przyczynić się do zagwarantowania jednostce realizacji jej praw, w tym prawa do ochrony zdrowia. Regiony stały się jednostkami autonomicznymi posiadającymi kompetencje wyznaczone im w ustawie konstytucyjnej. Zgodnie z art. 117 ust. 3 Konstytucji Republiki Włoch do wyłącznej kompetencji regionów należy ustalanie zasad funkcjonowania i organizowania opieki zdrowotnej. Państwu natomiast zostały przyznane zadania wymienione taksatywnie w Konstytucji, z jednoczesnym podkreśleniem, iż pozostałe, niewymienione zadania należą do regionów. Do zadań, za które odpowiedzialne jest państwo, zaliczono m.in.: wskazanie istotnych poziomów świadczeń oraz podstawowych zasad dotyczących ochrony zdrowia. Państwo może samodzielnie wydawać przepisy wykonawcze w tych sprawach, a także może przekazać te zadania do realizacji przez regiony. Państwu pozostawiono jedynie zadania związane z wydawaniem przepisów ogólnych, mających wpływ na cały system ochrony zdrowia w państwie, a także przepisów w zakresie finansowania tego systemu i sposobu nadzoru nad nim. Państwo nie zarządza więc usługami opieki medycznej, lecz ustala standardy i reguły świadczenia tych usług.

W recenzowanej pracy nie zabrakło również analizy poszczególnych instytucji, z których składa się włoski system opieki zdrowotnej. Organizacja i finansowanie opieki zdrowotnej we Włoszech należy do kompetencji Narodowej Służby Zdrowia. NSZ składa się z jednostek i organów na różnym poziomie instytucjonalnym. Instytucją na poziomie centralnym odpowiedzialną do spraw ochrony zdrowia jest Minister Zdrowia. Wykonuje zadania państwa związane z ochroną zdrowia, organizowaniem systemu służby zdrowia, służby weterynaryjnej, ochroną zdrowia w miejscu pracy, higieny i bezpieczeństwa żywności. Uczestniczy również w uchwalaniu polityki państwa z zakresu ochrony zdrowia, ustalając ogólne jej cele oraz koordynację świadczeń związanych z prewencją, diagnostyką, opieką i rehabilitacją. W skład ministerstwa wchodzi instytucje wprowadzone na terenie całego kraju, ale wykonujące zadania z zakresu kontroli, takie jak np. Biuro Ochrony Zdrowia ds. Morskich, Powietrznych i Granicznych. Organami o charakterze techniczno-naukowym, które wspomagają ministra są m.in. Główny Instytut Zdrowia oraz Włoska Agencja ds. Leków.

Natomiast do jednostek terytorialnych należą regiony oraz prowincje autonomiczne, a także przedsiębiorstwa lokalnych jednostek służby zdrowia (w skrócie ASL) i przedsiębiorstwa szpitalne, które to wraz z reformą systemu zdrowia przeprowadzoną w 1992 roku zostały wyposażone w osobowość prawną, autonomię finansową i organizacyjną. Wraz z ustawą z 1992 roku ograniczono również liczbę podmiotów administrujących system opieki medycznej na poziomie lokalnym. Autorka podkreśla, że lokalne przedsiębiorstwa służby zdrowia stały się świetnym instrumentem do zabezpieczenia podstawowych poziomów świadczeń medycznych przez regiony. Poza nimi system opieki zdrowotnej uzupełniony jest przez przedsiębiorstwa szpitalne, niezależne od przedsiębiorstw służby zdrowia. Jednostki te udzielają świadczeń specjalistycznych samodzielnie, w przeciwieństwie do ASL. Warto podkreślić, że ASL są zobowiązane do zagwarantowania i określenia potrzeb zdrowotnych na terenie, na którym działają.

Autorka w swej monografii wyjaśnia również pojęcie podstawowych poziomów świadczeń. Koncepcja powstania takich poziomów powstała wraz z powołaniem do życia Narodowej Służby Zdrowia na mocy ustawy z 1978 roku. Ustawa ta wprowadziła obowiązek zagwarantowania pacjentom jednakowych poziomów świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju. W ramach podstawowych poziomów świadczeń wymieniono świadczenia, które muszą posiadać następujące cechy: są skuteczne, konieczne i odpowiednie. Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy 1978/833 lokalne jednostki służby zdrowia są zobowiązane do udzielenia świadczeń w zakresie prewencji, leczenia, rehabilitacji i medycyny sądowej, przy czym zagwarantowane muszą być jednolite poziomy świadczeń medycznych. Lista świadczeń, która musi być udzielona przez Narodową Służbę Zdrowia, została enumeratywnie wymieniona w załączniku nr 1 do dekretu prezesa Rady Ministrów z 29 listopada 2001 r. Lista ta obejmuje trzy grupy podstawowych poziomów świadczeń, tj. zbiorową opiekę zdrowotną w środowisku życia i pracy, opiekę na szczeblu okręgowym oraz opiekę szpitalną. Otrzymywanie podstawowych poziomów świadczeń jest uzależnione od rejestracji w Narodowej Służbie Zdrowia. Taka rejestracja następuje w przedsiębiorstwie lokalnej jednostki służby zdrowia właściwej terytorialnie dla miejsca zamieszkania osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych. Istnieje również możliwość zapisania się do Narodowej Służby Zdrowia poza miejscem swego zamieszkania. Podkreślić należy również, że wyodrębniono świadczenia zdrowotne gwarantowane w ramach podstawowych poziomów świadczeń oraz świadczenia płatne, w których partycypują w części pacjenci.

Warto również zauważyć, że na podstawie obecnie obowiązujących regulacji włoskiej służby zdrowia umożliwiono regionom finansowanie poziomów świadczeń wyższych niż podstawowe za pomocą środków własnych. Autorka



wskazuje jednak na wadę takiego rozwiązania w postaci powstania nierówności pomiędzy poszczególnymi regionami.

Autorka w swej monografii w sposób kompleksowy i wyczerpujący przedstawiła włoskie rozwiązania z zakresu systemu opieki zdrowotnej, jej organizację i finansowanie.

Na zakończenie autorka dokonała próby analizy, które z zastosowanych we Włoszech rozwiązań mogłyby być wprowadzone z korzyścią do polskiego prawa i w konsekwencji przyczynić się do udoskonalenia polskiego systemu ochrony zdrowia. Autorka skupiła się przede wszystkim na problematyce współpłacenia za świadczenia medyczne oraz decentralizacji systemu ochrony zdrowia, które to czynniki mogłyby unowocześnić polski system opieki medycznej.

Praca Moniki Urbaniak imponuje szerokim podejściem do problemu systemu ochrony zdrowia we Włoszech, opartym na obfitej literaturze. Praca autorki była tym cięższa, iż z uwagi na pewną lukę w opracowaniach dotyczących podjętej tematyki i brak dokładnych polskich analiz w tej materii, autorka zmuszona była do tłumaczenia i analizy włoskiej literatury przedmiotu i włoskich aktów prawnych.

