

LA VALUTAZIONE DELLA TECNOLOGIA SANITARIA AL SERVIZIO DELLA COMUNITÀ: PER QUALI BISOGNI DI SALUTE ?

Carlo Favaretti ^a, Paolo De Pieri ^b

Introduzione

Il punto di vista da cui viene affrontato questo tema è quello della Direzione Generale di un'Azienda Sanitaria Locale, istituzionalmente preposta ad erogare livelli assistenziali coerenti con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute dei singoli e della comunità di riferimento, anche attraverso lo sviluppo di un idoneo Sistema Qualità aziendale. È il punto di vista di chi ritiene che un'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sia un'organizzazione economica finalizzata al soddisfacimento dei bisogni di salute dei singoli e della comunità servita, e che la produzione di prestazioni sanitarie e di processi assistenziali sia comunque strumentale al soddisfacimento di tali bisogni ^{1, 2}.

Il processo di aziendalizzazione del SSN avviato in questi ultimi anni avrebbe dovuto costituire lo strumento per tentare di raggiungere un equilibrio tra la riduzione delle risorse disponibili per la sanità e il mantenimento di idonei livelli assistenziali, attraverso la produzione di prestazioni e servizi sanitari efficaci e appropriati. In pratica, nei casi migliori, il sistema si è soprattutto orientato verso approcci di efficienza produttiva dei processi, connessi con l'introduzione di alcuni meccanismi cosiddetti di mercato. È tuttavia mancata la reale consapevolezza che in sanità il mercato è assolutamente atipico; non vi è infatti equilibrio tra domanda e offerta, perché è quest'ultima che crea e influenza pesantemente la domanda ³.

Nonostante questo orientamento verso l'efficienza produttiva, è comunque da segnalare che lo sbilanciamento della programmazione sanitaria verso i problemi dell'offerta, la transizione epidemiologica verso malattie croniche per lo più curabili ed inguaribili, l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'innovazione tecnologica continua (più rapida della possibilità di dimostrarne l'efficacia) ed i costi crescenti dell'organizzazione sanitaria minacciano da vicino anche il SSN "riordinato", dopo aver determinato in successione il collasso finanziario del sistema mutualistico e del SSN istituito con la legge 833 del 1978.

Finora è stata forse sottovalutata l'importanza di sviluppare una visione strategica sui bisogni di salute ai quali può essere data risposta per influire realmente sui livelli di salute degli individui e delle comunità. Stenta poi a farsi strada una concezione di moderna sanità pubblica che abbia, tra l'altro, la consapevolezza che non tutti i bisogni di salute possono essere affrontati dal sistema dei servizi sanitari.

Definizioni

Prima di procedere, è opportuno concordare su alcune definizioni. Il *bisogno di salute* può essere definito come la misura della differenza tra un livello osservato di salute e quello atteso, considerato accettabile. Come verrà meglio esplicitato più avanti, in una moderna visione aziendale è necessario esplicitare chi deve considerare accettabile il

^a Direttore Generale, Azienda ULSS n. 19 della Regione Veneto, Adria

^b Resp. Unità per la Qualità, Azienda ULSS 19 della Regione Veneto, Adria

livello di salute ed è importante riuscire a integrare i punti di vista dei diversi stakeholders di un'Azienda sanitaria, perché essi percepiscono in maniera diversa questa differenza.

Un *processo* può essere considerato come un "insieme di risorse e di attività tra di loro interconnesse, che trasformano degli elementi in ingresso in elementi in uscita" ⁴ e anche "una trasformazione che dà valore aggiunto e coinvolge personale e altre risorse" ⁵; ciò presuppone che vi sia un'entità in ingresso, una in uscita e la possibilità di effettuare delle misurazioni per poter governare quanto sta accadendo.

Per quanto riguarda gli *esiti* (outcomes), è opportuno rifarsi alla definizione della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria che pone l'accento sulle "modificazioni delle condizioni di salute dei destinatari degli interventi sanitari" e considera anche la soddisfazione di pazienti e familiari ⁶. Data l'importanza di questo punto, sarà forse necessario avviare un dibattito interno alla stessa Società per meglio precisare questo importante concetto, assolutamente peculiare del sistema sanitario.

Un'organizzazione sanitaria può essere anche considerata come un unico macroprocesso che utilizza un tipo particolare di tecnologia. La Rete Internazionale delle Agenzie di Health Technology Assessment (INAHTA) definisce la *tecnologia sanitaria* come l'insieme delle "attività di prevenzione e di riabilitazione, i vaccini, i farmaci, i dispositivi, le procedure mediche e chirurgiche, e i sistemi all'interno dei quali la salute è protetta e mantenuta" (1998), ampliando ulteriormente l'ambito di interesse della precedente definizione proposta vent'anni prima dall'Office for Technology Assessment (OTA) statunitense. La *valutazione della tecnologia sanitaria* (health technology assessment) è il campo multidisciplinare di programmazione che studia le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso della tecnologia sanitaria. Il suo obiettivo è quello di fornire elementi per il processo decisionale ad almeno tre livelli: quello macro, tipico dei ministeri e degli assessorati regionali alle politiche sanitarie, quello medio del management delle organizzazioni sanitarie e quello micro dei comportamenti clinici quotidiani ^{7, 8}.

Gli stakeholders delle Aziende sanitarie

La realizzazione di un sistema di gestione per la qualità in un'Azienda sanitaria è un processo complesso che richiede il coinvolgimento di molte componenti aziendali. La Direzione aziendale ha quattro responsabilità principali: l'individuazione delle esigenze e delle aspettative che l'Azienda sanitaria deve soddisfare, l'esplicitazione di una politica per la qualità e dei relativi obiettivi aziendali, l'impostazione di un Sistema Qualità che li traduca nella pratica e la revisione sistematica dello stesso Sistema.

La prima responsabilità della Direzione aziendale è particolarmente importante, perché l'analisi e il soddisfacimento dei bisogni di salute dei singoli e delle comunità che si affidano alle cure dell'Azienda sanitaria devono necessariamente confrontarsi, e a volte scontrarsi, con l'analisi e il soddisfacimento dei bisogni delle altre parti interessate al funzionamento dell'Azienda stessa. Utile a questo proposito è il concetto di stakeholders, introdotto dalla norma UNI EN ISO 9000-1: gli stakeholders di un'Azienda sono coloro "che scommettono su di essa, che sono portatori di interessi", sono cioè tutte quelle entità che hanno interessi legati al suo funzionamento. I principali stakeholders di un'Azienda sono i clienti, i dipendenti, i proprietari, i fornitori e la collettività; trasferendo questo concetto alle Aziende sanitarie, ci si rende presto conto

che questo modo di procedere è sicuramente più completo e affascinante, anche se allarga notevolmente il ventaglio degli aspetti che la direzione di un'Azienda sanitaria deve considerare.

L'esperienza mostra che molte delle aspettative e delle esigenze degli stakeholders di un'Azienda sanitaria sono contrastanti tra di loro e alcuni soggetti appartengono contemporaneamente a più categorie: ad esempio, le esigenze del cittadino «proprietario» della struttura pubblica divergono da quelle del cittadino «utente» dei servizi erogati dalla stessa struttura. In questa complessità, la Direzione aziendale è chiamata non solo a identificare le esigenze e le aspettative di tutti i suoi stakeholders, ma anche a stabilire quale sarà il mix delle caratteristiche aziendali che dovranno soddisfare queste esigenze e aspettative.

Per le Aziende sanitarie pubbliche, ma anche per quelle private che operano in regime di concessione, si pone il problema di come stabilire le priorità e, dato l'obbligo di operare secondo il principio della trasparenza e dell'equità⁹, di definire i criteri utilizzati. Infatti la maggior parte degli stakeholders di tali Aziende è titolare di un diritto soggettivo o di un'attesa legittima e queste Aziende non possono privilegiare un target di mercato e trascurarne un altro, né possono limitare la propria offerta ad alcuni servizi.

I processi delle Aziende sanitarie

Come tutte le altre organizzazioni, un'Azienda sanitaria deve partire dalle esigenze e dalle aspettative di tutti i suoi stakeholders e realizzare una serie di attività e di processi orientati al loro soddisfacimento.

I processi di un'Azienda sanitaria possono essere visti a più livelli di complessità. Un opportuno livello di specificazione è quello che distingue le attività in macroprocessi «tipici» e altri che potremmo definire «di supporto», cuciti tra di loro dai processi "gestionali" (figura 1): i primi sono quelli specifici dell'organizzazione (curare i malati in ospedale, realizzare interventi di prevenzione, fornire i farmaci per le cure a domicilio, ecc.), mentre gli altri sono comuni a tutte le organizzazioni (gestire il personale, acquistare i materiali, organizzare la logistica, dirigere, ecc.).

I PROCESSI di una organizzazione

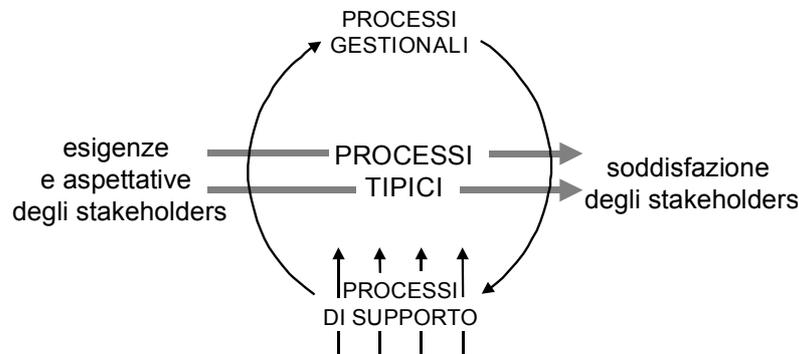


figura 1

Come detto prima, tra le aspettative e le esigenze degli stakeholders di un'Azienda sanitaria trova posto anche la soddisfazione dei bisogni di salute. È quindi necessario uscire dall'equivoco di considerare solo gli aspetti "estetici" o "cosmetici" della "customer satisfaction" ma considerare nella sua completezza la soddisfazione di tutti gli stakeholders (miglioramento dei livelli di salute dei singoli e della comunità, compatibilità finanziaria del sistema, opportunità di crescita per i dipendenti, occasioni di lavoro per i fornitori, ecc.).

Poiché le dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria indicate dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 sono quella professionale, quella organizzativo-aziendale e quella relazionale ¹⁰, si può dire che l'efficacia delle prestazioni erogate, l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, l'efficienza dei meccanismi organizzativi e la centralità dei clienti rappresentano i temi principali che un'Azienda sanitaria deve presidiare. In quest'ottica le misure di esito sulla salute potrebbero rappresentare un punto di integrazione fra i punti di vista dei diversi stakeholders. Va lanciato, quindi, un appello contro tutti i fondamentalismi: degli epidemiologi, dei sociologi, degli economisti, dei clinici, dei rappresentanti dei pazienti, di quanti si occupano di advocacy sanitaria, ecc.

In definitiva, è necessario che il sistema aziendale di gestione per la qualità affronti i seguenti punti critici: analisi dei bisogni di salute, implementazione di processi aziendali appropriati e misura integrata degli esiti di salute.

La valutazione della tecnologia sanitaria

E' forse utile ricordare che l'Health Technology Assessment (HTA) ha avuto un'evoluzione storica della quale è opportuno tener conto.

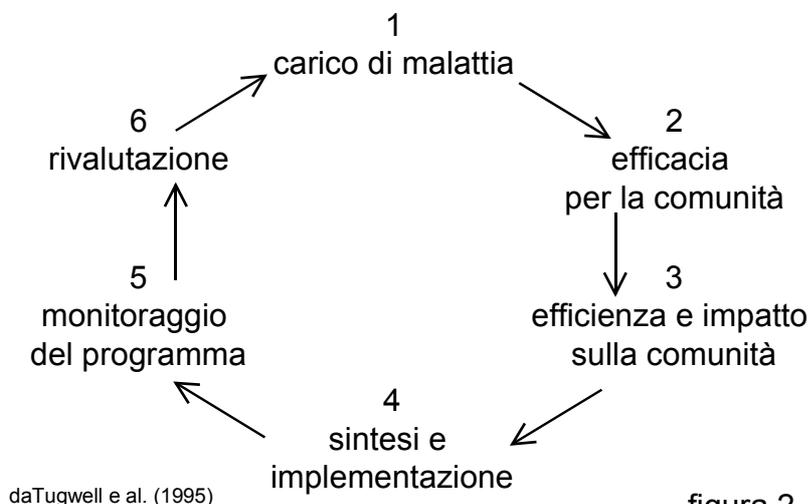
Negli anni '70, l'OTA si era concentrato particolarmente sugli effetti primari, positivi e negativi, della tecnologia sanitaria, sostanzialmente dando risposte a tre quesiti: "La tecnologia in esame è accurata? È efficace? È sicura?" In questa fase gli effetti secondari della tecnologia sanitaria, voluti o non voluti, di ordine sociale, economico ed etico non ricevettero grande attenzione.

Negli anni '90, il campo di interesse si è dilatato: non solo analisi sull'efficacia teorica e sulla sicurezza di una data tecnologia, ma anche considerazioni economiche, etiche e sulla qualità della vita, con il coinvolgimento non solo dei clinici (destinatari principali dell'approccio iniziale), ma anche dei decisori politici ed amministrativi (policy makers) e talvolta anche del pubblico. Il quesito principale era diventato il seguente: qual è l'impatto clinico, economico e sociale di una certa tecnologia applicata per risolvere un problema, rispetto alla pratica corrente o ad un'altra tecnologia simile?

In questi due approcci, definiti rispettivamente "vecchio" e "nuovo", era seguito un criterio che potremmo definire "clinico": il bisogno del singolo paziente e l'impatto sulla sua salute personale. Tugwell e coll. nel 1995 hanno puntualizzato che c'era un anello mancante in questi due approcci: il legame, cioè, tra la tecnologia sanitaria ed suo impatto sulla popolazione in termini di modificazione dei bisogni di salute fisica, mentale e sociale ¹¹. In altri termini, non ci può essere solo l'interesse per i costi ed i benefici individuali (vecchio HTA), né solo per gli effetti diretti ed indiretti (nuovo HTA), ma tutti questi devono essere considerati dal punto di vista della comunità (needs-based HTA). Con questo nuovo approccio, il quesito che viene posto diventa quindi: "Qual è l'impatto sulla popolazione che hanno le diverse tecnologie sanitarie?"

Questo modello di riferimento prevede che il punto di partenza della valutazione sia il carico di malattia, da misurare e da classificare come "evitabile" o "non evitabile". Il carico di malattia non evitabile può suggerire priorità di ricerca future e, a questo proposito, sono stati prodotti modelli per una definizione razionale ed esplicita delle priorità di azione. Quando è disponibile una tecnologia sanitaria, se ne deve misurare l'efficacia pratica per la comunità: com'è noto questa è influenzata dalle possibilità di accesso, dall'accuratezza della diagnosi, dall'efficacia teorica, dalla compliance dei professionisti e dei consumatori. Il terzo passo consiste nella determinazione della relazione tra i costi e gli effetti ottenuti. La quarta fase implica l'integrazione delle valutazioni di fattibilità, di impatto e di efficienza ai fini delle raccomandazioni per i decisori. Il monitoraggio del programma applicativo e la misura del nuovo carico di malattia concludono il processo, che in realtà è iterativo e spiraleforme, come è evidente dalla figura 2.

LA SPIRALE DEL HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



da Tugwell e al. (1995)

figura 2

Il processo su cui si fonda il "needs-based health technology assessment" è estremamente complesso e richiede strumenti, anche culturali, che sono per definizione multiprofessionali e che devono essere usati con perizia e correttezza, al pari di qualsiasi altro strumento

Un punto critico di questo, come di altri modelli decisionali, è costituito dalle valutazioni di equità. Il termine equità, che sottende i concetti di giustizia ed imparzialità, ha in sanità due connotazioni: l'equità dell'accesso ai servizi sanitari e l'equità dei livelli di salute ottenuti. Nel linguaggio corrente, e purtroppo, in gran parte della legislazione vigente troppo spesso ci si ferma alla connotazione di equità legata all'accesso ai servizi sanitari, come dimostra l'attuale dibattito sulle liste d'attesa. Si tralasciano invece gli aspetti relativi all'equità dei livelli di salute raggiunti, non tenendo conto degli esiti, cioè dei risultati in termini di salute determinati dai servizi sanitari e dalle altre componenti della comunità che agiscono sulla salute. Ad esempio, i dati epidemiologici che accompagnano il recente Piano Sanitario inglese indicano che esistono differenze importanti nello stato di salute dei singoli e delle comunità che sono collegate dalle comuni variabili sociologiche (età, sesso, razza, gruppo sociale, condizione lavorativa, reddito, istruzione, residenza)¹². Emblematico poi è il caso della differenza di speranza di vita tra i paesi dell'ovest e quelli del centro e dell'est europeo: nel 1996 era di 77 anni per l'ovest (con un trend in crescita lineare) e di 68 anni per il centro e l'est europeo (con un trend in calo nell'ultimo decennio)¹³.

Un altro punto critico per la valutazione delle tecnologia sanitaria basata sull'analisi dei bisogni di salute è costituito dalla scelta dei criteri (espliciti e impliciti) utili a valutare le priorità da affrontare, dal momento che le risorse sono limitate e, di norma, inferiori ai bisogni che fronteggiano i sistemi assistenziali.

Equità e priorità ci portano diritti al dibattito, in altri paesi sempre più acceso, sulla razionalizzazione, intesa come mezzo per allocare correttamente risorse, e sul razionamento, inteso come un meccanismo per assicurare a tutti un livello minimo di assistenza; entrambi sono finalizzati ad assicurare alla popolazione equi livelli di salute. Indipendentemente dall'enfasi che si vuole porre sul razionamento o sulla razionalizzazione, se vogliamo guidare il sistema sanitario secondo principi di equità, efficacia ed efficienza, possono essere utilizzati alcuni meccanismi, di tipo implicito o esplicito. Tali meccanismi sono classificabili in 5 categorie, in un continuum che va da quelli francamente impliciti a quelli francamente espliciti: prezzi/mercato; prezzi regolati; restrizione per l'introduzione di tecnologie; uso di restrizione di accesso; pagamento per la copertura di servizi.

Tutti noi abbiamo larga esperienza delle prime tre categorie, che comprendono meccanismi come la partecipazione alla spesa, i tariffari, le azioni di regolamentazione della CUF, i contratti, le autorizzazioni, la programmazione regionale dell'offerta di servizi. I meccanismi delle ultime due categorie ci sono meno familiari: il doppio parere, le analisi delle variazioni di uso, le scelte basate sull'appropriatezza dell'assistenza (sia in termini di livello assistenziale che di pratica clinica corrente), le scelte basate sull'efficacia in termini di valore aggiunto di salute prodotto dai servizi sanitari.

L'ultima categoria, cioè quella del pagamento per la copertura di servizi, implica l'introduzione dei concetti di pagatore, di acquirente e di produttore di servizi, entrati

anche nel nostro sistema, anche se che i testi legislativi attualmente in discussione contengono qualche variazione rispetto all'impostazione corrente.

Indipendentemente dalle scelte operative che caratterizzano i diversi sistemi sanitari, è evidente che in ogni sistema c'è un pagatore, nel senso che c'è qualcuno che alloca risorse affidandole nelle mani dei produttori di servizi; l'obiettivo del pagatore dovrebbe essere la soddisfazione dei bisogni della popolazione di cui ha la responsabilità. È questo il punto in cui health technology assessment, assetto aziendale dei servizi sanitari e soddisfazione degli stakeholders si toccano e dove c'è indubbiamente bisogno di una mediazione.

A questo proposito, dovrebbe essere cruciale decidere se si debba seguire un approccio umanitario (tradizionale per la nostra cultura solidaristica), in base al quale ogni bisogno deve essere soddisfatto, o se ci si debba orientare ad un approccio realistico. Questo approccio si basa sulla consapevolezza che oggi i determinanti della salute non sono tutti affrontabili dal sistema sanitario, che non si dispone sempre e comunque di interventi di documentata efficacia, che le risorse a disposizione sono scarse. In base a questo approccio realistico, il bisogno deve in qualche modo essere selezionato e può ottenere risposta prioritaria se è disponibile una soluzione efficace per il miglioramento della salute e se questa soluzione ha un costo ragionevole.

Se l'approccio realistico appare essere una strada obbligata, se si vogliono seguire criteri espliciti (trasparenti, pubblici) per guidare il sistema sanitario secondo principi di equità, efficacia ed efficienza è necessario uno sforzo per riorientare la programmazione sanitaria: si deve cioè passare dalla riorganizzazione dell'offerta esistente all'identificazione dei bisogni di salute e alla negoziazione di servizi che migliorino i livelli di salute della popolazione. Questo richiede l'acquisizione di conoscenze ed abilità di cui siamo carenti: la identificazione di profili di assistenza basati sulla valutazione di efficacia (in campo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo e sociale), la predisposizione di strumenti per verificare l'efficienza e di standards di erogazione; la definizione di nuove strategie di comunicazione con la comunità.

Il ruolo delle Aziende sanitarie

Nello sforzo di inserire la valutazione della tecnologia sanitaria all'interno dei problemi sollevati dalla gestione aziendale per la qualità, va ricordato che il Sistema Qualità di un'Azienda sanitaria è impostato per soddisfare le esigenze e le aspettative degli stakeholders e deve specificare le attività di pianificazione della qualità, di controllo della qualità, di assicurazione della qualità e di miglioramento della qualità: e questa è forse la criticità maggiore che si incontra in un'Azienda sanitaria. Nel contempo, è necessario rispondere a una domanda: si può considerare il Sistema Qualità di un'Azienda sanitaria come una entità autosufficiente e autoreferenziale, indipendente dal contesto in cui l'azienda opera?

La figura 3 dà la risposta alla domanda appena posta, perché è evidente che le attività realizzate all'interno dell'azienda sono interconnesse con un'altra serie di elementi propri di un "sistema qualità" di livello superiore (regionale, nazionale e internazionale), sistema che deve essere sviluppato contestualmente.

IL SISTEMA QUALITA' DI UN'AZIENDA SANITARIA

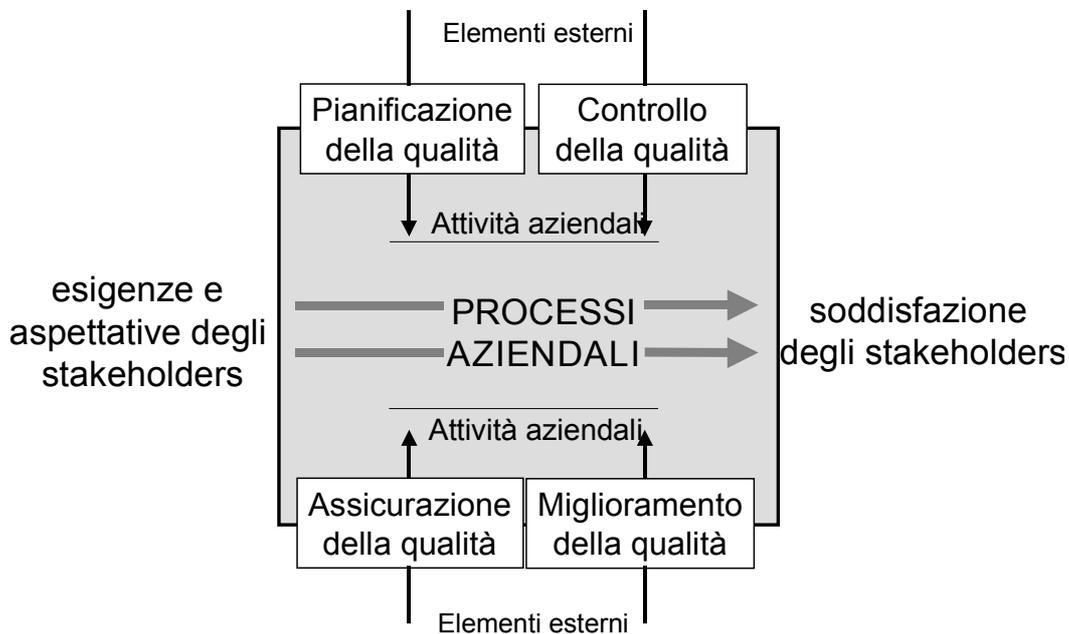


figura 3

Va precisato che la collocazione di una attività in una specifica funzione è utile dal punto di vista esemplificativo, anche se esistono notevoli correlazioni e sovrapposizioni tra di esse. Prima di approfondire la pianificazione della qualità, per la sua particolare connessione con il tema, è opportuno accennare agli altri tre elementi.

Il controllo della qualità è l'insieme delle attività operative sviluppate per tenere sotto controllo, governare, regolare i processi aziendali. L'assicurazione della qualità invece comprende tutte le attività pianificate e sistematiche realizzate per dare adeguata fiducia a tutti gli stakeholders dell'Azienda che i processi aziendali soddisfano le caratteristiche pianificate (trovano spazio tra queste attività l'adeguamento ai criteri per l'accreditamento istituzionale, la partecipazione a programmi di accreditamento professionale, la certificazione di terza parte, l'autovalutazione¹⁴ e la partecipazione ai Premi Qualità^{15,16}, la revisione della casistica clinica, le visite ispettive interne, il monitoraggio dei processi). Alla fine si colloca anche il miglioramento della qualità, che è quindi soltanto uno dei fronti sui quali deve operare il Sistema Qualità di un'Azienda sanitaria, dal quotidiano miglioramento per piccoli passi realizzato da ciascun operatore, passando per i progetti aziendali di miglioramento, fino ad azioni di vera e propria riprogettazione dei processi aziendali; anche in questo caso, molto dipende da quanto esiste all'esterno dell'Azienda sanitaria (progetti nazionali e regionali di miglioramento, esperienze di benchmarking, gruppi di professionisti che svolgono un'azione sistematica di «peer review», ecc.).

La pianificazione della qualità, cioè la definizione operativa delle caratteristiche che devono avere tutti i processi dell'azienda, deve necessariamente utilizzare gli strumenti della valutazione della tecnologia sanitaria basata sui bisogni. La pianificazione della qualità si può concretizzare in molte occasioni: nella progettazione dei servizi, nella acquisizione delle risorse, nella scelta della «tecnologia» assistenziale, nella negoziazione dei budget, nella formazione del personale, nella strategia di

comunicazione, ecc.. E' chiaro che l'ancoraggio della pianificazione della qualità al needs-based technology assessment dà valore aggiunto all'attività, perché la orienta verso l'efficacia rispetto ai livelli di salute della comunità.

Tuttavia un'Azienda sanitaria non può pianificare la propria qualità senza tenere conto di alcuni elementi esterni quali, ad esempio, la programmazione nazionale e regionale, gli esiti della ricerca scientifica, i rapporti di technology assessment e le linee guida, le conclusioni dei comitati di bioetica o le indagini sulla percezione dei servizi da parte dei cittadini. Proprio nel campo del health technology assessment vi è la necessità di sviluppare una politica nazionale e regionale, ben collegate a livello internazionale, giacché è impensabile che le singole Aziende siano autosufficienti in un terreno così complesso.

Conclusioni

Da quanto esposto risulta evidente che la valutazione della tecnologia sanitaria va sviluppata all'interno del Sistema Qualità aziendale, inserito a sua volta all'interno di un sistema integrato di gestione per la qualità. È un compito difficile, perché richiede un incontro tra tre mondi, quello dei clinici, quello dei manager e quello della comunità, portatori di competenze diverse ma assolutamente complementari tra di loro.

Per quanto riguarda i rapporti del Sistema Qualità dell'Azienda sanitaria verso l'esterno, è evidente che esso è fortemente integrato con il "sistema qualità" sviluppato a livello regionale, nazionale e internazionale, quest'ultimo sempre più importante per i processi di integrazione nell'Unione Europea.

La Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza (VRQ) ha recentemente istituito l'area del Health Technology Assessment e l'ha posta all'interno del Comitato Tecnico-Scientifico. Questa iniziativa rappresenta un'opportunità per la creazione di una rete di professionisti che possano sostenere, con sistematicità, un dibattito culturale aperto ed approfondito e che, successivamente, possano documentare lo sviluppo di esperienze significative nell'ambito di una crescente attenzione alla qualità del nostro sistema sanitario.

Bibliografia

- ¹ EURO/WHO. Health 21. Leadership guide to the policy for health for all in the European Region. EUR/RC47/SC(3)/6.2. 1998
- ² Favaretti C e al. Dalla medicina all'assistenza sanitaria basata su prove di efficacia: la sfida dell'aziendalizzazione del servizio sanitario italiano. In: Liberati A (a cura di). La medicina delle prove di efficacia. Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
- ³ Domenighetti G. Le caratteristiche del mercato sanitario. Salute e Territorio. 1996; 99: 298-303
- ⁴ UNI EN ISO 8402. Gestione per la qualità ed assicurazione della qualità. Termini e definizioni. 1995
- ⁵ UNI EN ISO 9000-1. Norme di gestione per la qualità e di assicurazione della qualità. Guida per la scelta e l'utilizzazione. 1994
- ⁶ Società Italiana di VRQ. Glossario. QA. 1992; 3: 37-9
- ⁷ Battista RN. Health technology assessment and the regulation of medical devices and procedures in Quebec: synergy, collusion or collision? Quebec Health Technology Assessment Council.
- ⁸ Health Technology Assessment in Europe: the challenge of coordination. TNO research report, 1998
- ⁹ Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 «Principi sull'erogazione dei servizi pubblici». Gazz. Uff. 22 febbraio 1994, n. 43
- ¹⁰ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Roma. 1998
- ¹¹ Tugwell P e coll. Technology assessment: old, new and needs-based. Int. Journal of Technology Assessment in Health Care. 1995; 11(4): 650-62
- ¹² Secretary of State for Health. Our healthier nation: a contract for health. The Stationery Office, 1998. ISBN 0-10-138522-6
- ¹³ EURO/WHO. Health 21. Leadership guide to the policy for health for all in the European Region. EUR/RC47/SC(3)/6.2. 1998
- ¹⁴ Conti T. I modelli come calcio, strumento di autovalutazione e di verifica: dalla qualità basata sulle norme alla qualità integrata nei modelli organizzativi. Atti del Convegno "Qualità e accreditamento: presente e futuro delle organizzazioni sanitarie". Bologna, 26-27 marzo 1998
- ¹⁵ The Malcom Baldrige National Quality Award. Health Care Criteria for Performance Excellence. Gaithersburg, 1998
- ¹⁶ European Foundation for Quality Management. Linee guida nel settore pubblico: Assistenza Sanitaria. Bruxelles, 1995