

L'esperienza del Centro per il Trattamento del Tabagismo di Novara (CTT): dalla *clinical governance* alle azioni di contrasto al tabagismo

From clinical governance to the actions against smoking addiction: the experience of the centre for the treatment of smoking addiction (CTSA) of Novara

Liborio Martino Cammarata, Giovanni Pistone

Riassunto

Introduzione: La clinical governance (nel senso di arte del governare nella doppia accezione di "istituzione" e "gestione" della Pubblica Amministrazione) svolge un ruolo determinante nel promuovere e tutelare la salute dei cittadini, permettendo di ottimizzare risorse, rispondere alle criticità, produrre miglioramento delle pratiche sanitarie. Anche nell'ambito del contrasto al tabagismo questo modello di riferimento può essere applicato con efficacia. Riportiamo una sintesi delle modalità operative praticate nel nostro Centro per la Terapia del Tabagismo (CTT) e degli aspetti positivi e negativi della nostra attività.

Materiali e metodi: Lo studio effettuato è di tipo retrospettivo ed ha preso in esame i pazienti afferiti presso il nostro CTT (510) dal 2003 all'Agosto 2010. Sono state prese in considerazione diverse variabili, tra cui la ritenzione in trattamento, il tasso di cessazione validato con misurazione del CO espirato, i tipi di trattamento erogati e le modalità di reclutamento/invio dei pazienti. È stata infine fatta un'analisi dei punti di forza e delle criticità del servizio.

Risultati: L'85% dei pazienti è stato sottoposto ad interventi integrati che prevedevano l'uso di farmaci per la smoking cessation e supporti psicologici (counselling, trattamenti individuali o di gruppo) oltre alla gestione di particolari problemi psichiatrici. La ritenzione in trattamento è stata del 90%, mentre al follow up finale (con visita e misurazione del CO) è giunto il 70% dei pazienti. Il 30% dei pazienti è risultato astinente ad un anno (dato controllato col CO in espirium), il 35% ha ridotto le sigg./die a <5, il 20% ha dimezzato il numero di sigarette quotidiane rispetto all'ingresso ed il 15% non ha concluso i trattamenti proposti, disperdendosi ai controlli previsti. Il trattamento più efficace si è rivelato fino ad ora l'associazione tra Vareniclina e psicoterapia di gruppo, con il 68% di successi ad un anno tra i pazienti trattati con questo schema. Scarsi sono stati gli invii da parte dei medici di medicina generale (9%), mentre da strutture sanitarie ospedaliere o specialistiche è giunto un altro 12% di utenza. Punti di forza sono risultati: la flessibilità oraria utilizzata per i trattamenti, la disponibilità di locali dedicati, le facilitazioni nel contatto telefonico (segreteria telefonica sempre attiva, uso di cellulare aziendale dedicato).

Conclusioni: Una delle principali criticità rilevate nella nostra realtà territoriale, è rappresentata proprio dalla pervicace dicotomia tra le varie discipline e il CTT e dalla non condivisione del paziente tabagista nello spirito "di impresa" della Clinical Governance. È auspicabile che possano realizzarsi protocolli e politiche aziendali congrue in tal senso, intesi non come sporadici fenomeni locali legati al "buon senso" di singole unità operative ma come estese applicazioni su territorio nazionale di un concetto, la Clinical Governance, che appare istituzionalmente ormai imprescindibile.

Parole chiave: *Clinical Governance, smettere di fumare, medici-na basata sull'evidenza.*

Abstract

Introduction: Clinical governance (meaning the art of governing, with a twofold significance, that is "institution" and "management" of the public administration) plays an important role in safeguarding and improving citizen's health, facilitating resources optimization and problems management. There can also be a positive influence when the aforementioned model is applied on the field against smoking. We report a summary of the operational procedures of our Centre for the Treatment of Smoking Addiction (CTSA), as well as the benefits and drawbacks of our activity.

Materials and methods: This is a retrospective study, comprising 510 patients who were admitted to our CTSA from 2003 till August 2010. Several variables were taken into consideration, such as the treatment adherence, the smoking cessation rate validated by measuring the exhaled CO, the types of applied treatment and the ways of recruitment / referrals of patients. An analysis of the strengths and weaknesses of the service was also carried out.

Results: 85% of the patients underwent integrated interventions consisting of drug treatment for smoking cessation and psychological support (counselling, individual or group treatments), as well as management of particular psychiatric conditions. Treatment adherence was 90%, while in the final follow-up (with consultation and CO measurement) this rate reached 70%. In a year's time, 30% of the patients didn't smoke (as measured by exhaled CO), 35% decreased consumption to less than 5 cigarettes per day, 20% reduced the amount of cigarettes to half and 15% didn't conclude the proposed treatments, missing programmed controls. The most effective treatment was the association between Varenicline and group psychotherapy; 68% of the patients who followed this type of treatment succeeded. Referrals by General Practitioners were particularly inadequate (9%), while those from hospitals or specialized services reached 12%. The strengths were the time flexibility of treatments, the availability of dedicated places, the ease of getting in contact with the service (voicemail always activated, use of dedicated mobile phone).

Conclusions: One of the major problems of our territorial reality is the obstinate dichotomy between various disciplines and the CTSA and the smokers who do not share the "enterprising" spirit of the clinical governance. It is necessary to develop protocols and corporate policies, not just in terms of sporadic "good sense" efforts of single operational units, but also as an extended national implementation of a concrete concept, namely the clinical governance, which currently seems to be institutionally essential.

Keywords: *Clinical governance, smoking cessation, evidence-based medicine.*

Liborio Martino Cammarata (liborio.cammarata@asl.novara.it)
Direttore Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" (D.P.D.) – ASL "NO" – Novara

Giovanni Pistone
Dirigente Medico – Referente CTT/CAF – ASL "NO" – Novara

INTRODUZIONE

Il termine "Clinical Governance" (CG) deriva dal verbo greco *kùbernan* (guidare, dirigere). Fu utilizzato per la prima volta da Platone per designare il modo di governare gli uomini. Il termine inglese "governance" individua invece l'arte di governare nella doppia accezione di "istituzione" e "gestione" della Pubblica Amministrazione (PA), che prevede l'integrazione della società civile con le istituzioni. Rappresenta cioè una maniera di gestire la PA basata sulla multidisciplinarietà e, al contempo, è da considerarsi come una visione etica del lavoro nella quotidianità. Con il termine "clinical" si intende invece non la traduzione letterale (clinico, cioè applicato a percorsi diagnostico-terapeutici) ma l'intero ambiente sanitario. Il concetto di CG è dunque un nuovo modo di intendere la gestione di tale ambiente sanitario sulla base di 4 aspetti fondamentali: responsabilità, trasparenza, coinvolgimento, etica del lavoro¹.

La prima volta che fu affrontato con un certo impegno il tema del governo clinico nel sistema sanitario italiano risale al Dicembre 2003, quando l'allora ministro della Salute Sirchia nel suo disegno di legge prevedeva l'introduzione della figura di un "coordinatore clinico" che provvedesse all'ordinamento delle aziende sanitarie². La CG è stata definita per la prima volta nel 1998 dal Ministero della Sanità inglese come "l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso cui le istituzioni sanitarie assumono una diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati i livelli di servizio, attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'espressione dell'eccellenza professionale"³. O, per dirla con altri Autori: "la CG è un sistema attraverso cui le Aziende sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria"⁴. La qualità dell'assistenza non può infatti attribuirsi al comportamento del singolo, ma ad un'azione sistemica che richieda il coinvolgimento di tutte le componenti del servizio sanitario in

termini di risorse umane (medico, infermieristico, tecnico, amministrativo), funzioni (Ospedale e Territorio), tipo di attività (prevenzione, cura, riabilitazione), livelli di organizzazione (Azienda, Unità Operativa, singolo Operatore). La *governance* è dunque una modalità di governare sistemi complessi caratterizzati da forti autonomie che, proprio in quanto forti, si influenzano e si limitano a vicenda in un clima che a volte, quando non spesso, sfocia in una mancata definizione delle responsabilità, come si verifica laddove operano reti di individui o di strutture auto-organizzate o laddove ci sono da difendere non solo interessi economici ma valori (come, appunto, la salute). Il concetto di CG, se correttamente applicato, permette di superare i conflitti per così dire "endemic" di ogni sistema sanitario, attuando cambiamenti radicali di natura culturale, organizzativa e gestionale. La CG dovrebbe riuscire a rimuovere il conflitto fra le componenti professionale ed amministrativo-gestionale dell'Operatore aziendale, in quanto le decisioni assistenziali assunte dai clinici per il singolo paziente dovrebbero considerare la loro ricaduta nella gestione dell'Azienda. Inoltre, tale pratica potrebbe riaccendere lo "spirito di servizio" tipico delle aziende che producono azioni dirette alla persona e che si è progressivamente perduto nei servizi pubblici.

Clinical Governance e Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si propone, in virtù del DL 502/92, come una struttura aziendalizzata, i cui obiettivi sono: la massimizzazione del margine di recupero dell'efficienza, la riduzione dei costi di produzione dei servizi, il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie¹. È chiaro che se tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) ottimizzassero e facessero proprio questo concetto, l'intero SSN raggiungerebbe il livello di eccellenza⁵. Si tratta quindi di individuare ed attuare la migliore sequenza interconnessa di attività, per fornire ad ogni singolo cittadino la prestazione complessiva più appropriata ed efficiente (output), aumentando la possibilità di un esito favorevole dal

punto di vista prognostico *quoad vitam et valetudinem*. L'ASL è quindi una cellula del SSN costituita da una rete di sistemi interagenti tra loro che eroga servizi efficaci ed efficienti in un'ottica di qualità. La realizzazione di questa *mission possible* si articola sulla corretta gestione di un budget concordato ed accettato da tutti gli attori, sull'applicazione di procedure condivise, sulla responsabilità di programma con pianificazione degli interventi, sulla responsabilità di priorità basata sulla rilevanza delle scelte⁶⁻⁷.

Evidence based medicine

Già nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) del triennio 2006-2008 il riferimento alla CG come parte integrante e linea strategica "cardine" dell'evoluzione del SSN è divenuto più pressante ed urgente nell'ottica di una parola d'ordine quanto mai semplice da pronunciare (o immaginare) ma spesso difficile da realizzare: **integrazione**. Nel punto 3.3.2.2. di tale PSN, ci si rivolge alla CG come ad uno "strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle complessive capacità e dei capitali del SSN, con lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica"⁸. In un simile contesto, soprattutto in termini di trasparenza e accountability, le prove di efficacia (Evidence based medicine) sulle quali fondare le azioni sono da considerarsi un indispensabile strumento di governo clinico. Il corretto uso dei risultati della ricerca sull'efficacia degli interventi per la scelta di azioni sanitarie, che produce un coscienzioso e giudizioso uso della migliore evidenza attuale nel prendere decisioni nei confronti dell'individuo, è la medicina basata sull'evidenza⁹. L'efficacia e la sicurezza dei provvedimenti in termini di terapia, riabilitazione e prevenzione sono fondamentali per un corretto governo clinico. Tutti i parametri che afferiscono a tale modello di riferimento appaiono utili per una maturazione del sistema. Si impone quindi una presenza medica sempre più costante nel fornire evidenza del proprio lavoro, attraverso una revisione formale dei processi e dei risultati clinici¹⁰. Anche nell'ambito del contrasto al taba-

gismo il modello di riferimento con le modalità interattive e le finalità sopra illustrate risente dei benefici laddove è applicato e delle criticità laddove non è osservato. Ciò si evince chiaramente se si considera che il dipendente da nicotina (così come dalle più comuni sostanze psicotrope d'abuso) è più che mai un paziente "complesso" per il quale sono richieste sia la programmazione/esecuzione di un piano clinico-psico-socio-educativo all'interno del Dipartimento che una stretta condivisione inter-dipartimentale aziendale.

MATERIALI E METODI

Il Centro di Trattamento del Tabagismo, afferente al Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" dell'ASL "NO" di Novara, ha svolto sul Territorio, in questi ultimi sette anni, attività di prevenzione, cura ed informazione sul tabagismo. Sono afferiti presso tale Struttura 510 pazienti dal 2003 all'Agosto 2010, l'85% dei quali è stato sottoposto ad interventi completi di counselling, trattamenti psicologici individuali o di gruppo, trattamenti farmacologici singoli od integrati con quelli psicologici, trattamenti farmacologici di supporto per le problematiche psichiche ed organiche correlate alle varie fasi di disassuefazione dalla nicotina. La ritenzione in trattamento è stata del 90%, mentre al follow up finale (con visita e misurazione del CO) è giunto il 70% circa. Il paziente "tipo" giunto alla nostra osservazione è maschio, di età compresa tra i 35 ed i 40 anni, fuma da più di 20 anni, ha una buona motivazione a smettere, un buon grado di autoefficacia e di frattura interiore, è motivato a smettere essenzialmente per problemi attuali di salute fumo-correlati (in particolare cardio-respiratori) ma anche per paura di sviluppare patologie future; proviene da almeno due tentativi "seri" di smettere di fumare (di cui uno, male autogestito, con NRT) che però non hanno mai sortito un'astinenza massima superiore ai due mesi consecutivi. Egli presenta in circa il 25% dei casi una patologia pregressa (in maggioranza) od attuale di pertinenza psichiatrica non sempre diagnosticata e curata da specialisti di riferimento, rappresentata da sindromi ansioso-depressive, attacchi

di panico, disturbi bipolari con prevalenza depressiva. In due casi abbiamo trattato pazienti affetti da demenza su base vascolare e degenerativa (allo scopo di ridurre le sigg/die ed i comportamenti a rischio, soprattutto notturni) ed in altri due (un percorso chiuso e l'altro in corso) pazienti con sindrome di Asperger. Nel 10% dei casi i pazienti erano anche pregressi od attuali abusatori di alcolici. Il nostro paziente "tipo" presenta anche una forte dipendenza fisica, supportata da una discreta componente psicologica e gestuale. Per gestire i pazienti utilizziamo una cartella clinica "tabaccologica" che contiene informazioni anagrafiche, anamnestiche generali e specifiche sulle abitudini voluttuarie (fumo in particolare) nonché gli spazi per annotare gli esiti dei colloqui, i trattamenti effettuati ed il loro esito nel corso dei follow up programmati (fino a 12 mesi dalla fine del trattamento). Nel corso del tempo, i principali punti di forza del nostro Centro per la Terapia del Tabagismo (CTT) si sono rivelati: la disponibilità di una segreteria telefonica 24 ore su 24 con appuntamento entro 7 giorni dalla chiamata; la notevole flessibilità oraria quotidiana nell'ambito degli orari di apertura del Dipartimento per incontrare realmente le esigenze di tutti i pazienti; la disponibilità di stanze dedicate per gli incontri medici, psicodiagnostici e psicoterapeutici individuali e di gruppo; la dotazione degli strumenti per eseguire prove specifiche quali la misurazione del Monossido di Carbonio (CO) espirato, la spirometria e l'ECG; la fornitura di un numero di cellulare aziendale dedicato da utilizzare nelle ore di servizio diurne; la gratuità del trattamento. Inoltre, il personale operante presso il CTT ha lavorato nella realizzazione di progetti, pubblicazioni a mezzo stampa, interventi radiotelevisivi locali, incontri con le equipe territoriali di medicina di base e serate di sensibilizzazione ed informazione dirette ai Medici di Medicina Generale per rendere visibile la Struttura nell'ambito provinciale, anche grazie ai displays elettronici della Provincia posti nelle principali città agli incroci e nei rondò. Solo il 9% dei nostri pazienti è giunto in seguito ad invii dei medici di base e circa il 12% del

totale è giunto a noi su segnalazione di Operatori sanitari attivi presso Ospedali o Territorio. Non abbiamo invece incontrato difficoltà quando siamo stati noi ad inviare, per opportuni approfondimenti diagnostico-terapeutici, pazienti che alla prima valutazione clinica avevano presentato segni o sintomi (soprattutto di pertinenza cardiologica e respiratoria) da essi sottovalutati e, quindi, non riferiti al proprio MMG.

RISULTATI

I trattamenti erogati in questi sette anni di terapia del tabagismo hanno fornito risultati incoraggianti: il 30% dei pazienti è risultato astinente ad un anno, il 35% ha ridotto le sigg/die a <5, il 20% ha dimezzato il numero di sigarette quotidiane rispetto all'ingresso ed il 15% non ha concluso i trattamenti proposti, disperdendosi ai controlli previsti. Il trattamento più efficace si è rivelato fino ad ora l'associazione tra Vareniclina e psicoterapia di gruppo, con il 68% di successi ad un anno tra i pazienti trattati con questo schema. Tutti i pazienti sono stati controllati con la rilevazione del CO in espirium.

DISCUSSIONE

L'auspicabile ottimizzazione del lavoro di rete potrebbe incrementare le percentuali di successo se fosse possibile instaurare una vera e propria "governance" con gli specialisti che gestiscono i pazienti con patologie organiche e psichiche fumo-correlate (ma non solo...), come esito sia di una migliore co-gestione terapeutica che di un aumentato flusso in entrata verso i CTT. Una delle principali criticità rilevate nella nostra realtà territoriale, probabilmente (con le debite proporzioni) estensibile a livello nazionale, è rappresentata proprio dalla pervicace "dicotomia" tra le varie discipline e i CTT e dalla non condivisione del paziente tabagista nello spirito "di impresa" della CG. Basti pensare:

- al numero di Specialisti che le patologie internistiche e chirurgiche fumo-correlate possono coinvolgere (Pneumologi, Otorinolaringoiatri, Chirurghi, Ginecologi ed Ostetrici, personale dei Consultori, Oncologi, Angiologi, Cardiologi, Allergologi, ecc.);

- al frequente riscontro, nei tabagisti, di patologie di tipo psichiatrico più o meno gravi che richiedono la co-gestione con Psichiatri e/o Psicologi/ Psicoterapeuti;
- al grande numero di fumatori attivi o passivi o di potenziali futuri fumatori che passano quotidianamente tra le maglie della Medicina Generale, ovvero il primo vero contatto che qualunque cittadino ha con il SSN a partire dai suoi bisogni elementari.

A tale scopo, uno degli obiettivi aziendali dell'A.S.L. "NO" per l'anno in corso prevede, tra le attività di Clinical Governance, lo sviluppo di n. 4 azioni di contrasto al fumo di tabacco che coinvolgono il nostro Centro, la Struttura Complessa Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (s.c. SSEPI), la s.c. Qualità e Organizzazione, Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (s.c. SIAN), la Struttura Complessa Servizio Tossicodipendenze (s.c. SerT), la Struttura Complessa Servizio Igiene Sanità Pubblica (s.c. SISP) (nell'ambito del progetto PASSI) e il Gruppo Aziendale di Lavoro del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) sulla Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

Le 4 azioni sviluppate dal Gruppo aziendale Clinical Governance "Azioni di contrasto al fumo di tabacco":

1. "Promuovere la disassuefazione dal fumo di tabacco attraverso la sensibilizzazione dei soggetti, disponibili al cambiamento, che accedono agli ambulatori SIAN di consulenza nutrizionale nell'ambito della promozione a stili di vita sani" - Obiettivi Generali:

individuare e mettere in atto corretti percorsi di sostegno alla disassuefazione per gli utenti fumatori che afferiscono agli ambulatori nutrizionali della s.c. SIAN.

2. "Coinvolgere i Medici di Medicina Generale (MMG) nelle azioni di contrasto al fumo di tabacco – attraverso l'applicazione del PDTA sulla BPCO, tramite il counselling breve proposto dal PRAT Piemonte e basato sulle 3A (Ask, Advise, Assess) al fine di un utilizzo appropriato del CTT" - Obiettivi Generali: diffondere negli ambulatori medici la pratica del minimal advise; promuovere nei MMG la selezione ed il sostegno del paziente ai fini dell'invio al CTT; attuare la co-gestione del paziente in trattamento e in follow-up; potenziare le offerte di cura e sostegno nei fumatori con BPCO;
3. "Lasciateci puliti": progetto di prevenzione rivolto agli Alunni di II media inferiore, genitori ed insegnanti delle scuole secondarie di primo grado ("Laboratorio Salute") - Obiettivi Generali: modificare l'atteggiamento dei pre-adolescenti verso il fumo di sigarette; far acquisire agli insegnanti comportamenti basati sulle conoscenze dei temi trattati;
4. "Predisposizione e diffusione di materiale informativo" - Obiettivi Generali: predisposizione di materiale comunicativo informativo rivolto a popolazione, MMG/PLS, etc., in cui includere informazioni integrate sulla problematica fumo di tabacco (dati di prevalenza, descrizione rischi, impatto sanitario, descrizione accesso al CTT, etc.).

CONCLUSIONI

La nostra settennale esperienza nella terapia del tabagismo in pazienti spesso complessi ci fa ipotizzare che una maggiore interattività tra CTT e Strutture Territoriali e/o Ospedaliere, nel rispetto dei concetti di CG e EBM, possa contribuire a migliorare notevolmente la qualità di assistenza da parte del SSN nei confronti dei pazienti tabagisti in termini di *output* ed *outcome*. È auspicabile quindi che possano realizzarsi in tempi brevi protocolli e politiche aziendali congrue in tal senso, intesi non come sporadici fenomeni locali legati al "buon senso" di singole Strutture operative ma come estese applicazioni sul territorio nazionale di un concetto che appare istituzionalmente ormai imprescindibile. ■

LEGENDA

ASL: Azienda Sanitaria Locale

B.P.C.O.: Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva

CG: clinical governance

CTT/CAF: centro di trattamento del tabagismo/ centro anti-fumo

EBM: evidence based medicine (medicina basata sull'evidenza)

MMG: medico di medicina generale

PA: Pubblica Amministrazione

P.A.S.S.I.: Progressi Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

P.D.T.A.: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

P.L.S.: Pediatri Libera Scelta

PRAT: Piano Regionale Anti-Tabacco

PSN: Piano Sanitario Nazionale

s.c. Ser.T.: Struttura Complessa Servizio Tossicodipendenze

s.c. S.I.A.N.: Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

s.c. S.I.S.P.: Struttura Complessa Servizio Igiene Sanità Pubblica

s.c. SSEPI: Struttura Complessa Servizio Sovrazonale di Epidemiologia

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

Bibliografia

1. Vettori A. "Clinical Governance, significato originale e stato attuale nel sistema sanitario" Rivista S.I.M.M.G. 2005; 1: 19-21
2. Panà A., Muzzi A. "Governo clinico e sanità pubblica" Igiene e Sanità Pubblica 2004; 60 (3): 115-120.
3. "Department of Health. A first class service. Quality NHS. London: 1998" on Igiene e Sanità pubblica 1999; 55: 189-267.
4. Scally G., Donaldson L.J. "The NHS's 50 anniversary: clinical governance and the drive

for quality improvement in the new NHS in England." BMJ 1998; 317 (7150): 61-65.

5. Wewers M.E., Bailey W.C., Carlsen K.H., Eisner M.D., Folan P., Heath J. et al. "An official American Thoracic Society workshop report: tobacco control initiatives within the American Thoracic Society." Proc. Am. Thorac. Soc. 2010; 7 (1):1-7.
6. Schultz A.S. "Nursing and tobacco reduction: a review of the literature." Int. J. Nurs. Stud. 2003; 40 (6): 571-586.
7. Roberts J., McKeown K. "Clinical governance for nurses: smoking cessation in-

terventions." Nurs. Stand. 2001; 15 (40): 33-36.

8. Ministero della Salute della Repubblica Italiana "Linee generali del PSN 2006-2008" Roma 12/9/2005.
9. McColl A., Roderick P., Smith H., Wilkinson E., Moore M., Exworthy M. "Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators." Qual. Health Care 2000; 9(2): 90-97.
10. Coleman T., Lakhani M., Wilson A. "Managing smoking cessation." Br. Med. J. 1999; 318: 138-139.