



Economia Aziendale Online

Economia Aziendale Online

Business and Management Sciences
International Quarterly Review

Dal concetto di qualità multidisciplinare in
sanità a un modello di verifica

Vania Tradori
Valerio Brescia
Paolo Biancone

Pavia, Febbraio 2020
Vol. 10 - N. 4/2019

www.ea2000.it
www.economiaaziendale.it



PaviaUniversityPress

Electronic ISSN 2038-5498
Reg. Trib. Pavia n. 685/2007 R.S.P.

Dal concetto di qualità multidisciplinare in sanità a un modello di verifica

Tradori Vania¹
Valerio Brescia²
Paolo Biancone³

¹ *Researcher*
Department of Management
University of Turin

² *Research fellows*
Department of Management
University of Turin

³ *Full Professor*
Department of Management
University of Turin

Corresponding Author:
Valerio Brescia
University of Turin, C.so
Unione Sovietica 281 bis,
10100 Torino, Italy
Valerio.brescia@unito.it

Cite as:

Tradori V., Brescia V.,
Biancone P. (2019) Dal
concetto di qualità
multidisciplinare in sanità a
un modello di verifica.
Economia Aziendale Online,
10(4), 607-625.

Section: *Refereed*

Received: 25 September 2019
Published: 01 February 2020

ABSTRACT

L'obiettivo di questo articolo è definire una struttura teorica per il miglioramento qualitativo della sanità. A partire dai sistemi di auditing interni ed esterni, dalla loro efficacia e cooperazione, l'articolo analizzerà le proprietà teoriche e i problemi relativi al miglioramento della qualità collegati alle politiche e alle pratiche di auditing. La ricerca è stata condotta revisionando la letteratura esistente ed effettuando sondaggi e interviste per isolare le proprietà comuni dei sistemi di auditing che generano un miglioramento nella qualità del servizio. Questo contributo punta a delineare il contesto teorico per le pratiche migliori nell'auditing interno, esterno e collaborativo nella sanità, nelle istituzioni e partecipanti connessi. Rappresenta un primo passo conoscitivo di analisi dei problemi dell'auditing del settore pubblico e del settore sanitario, entrambi da una prospettiva interna ed esterna. La struttura teorica ha consentito la proposta di un modello e di uno strumento di verifica del modello stesso. Potrebbe delineare le proprietà principali di un sistema utile di auditing e di una gestione appropriata della sanità per la qualità guidata dallo stakeholder.

This article aims to define a theoretical structure for the qualitative improvement of healthcare. Starting from internal and external auditing systems, from their effectiveness and cooperation, the article will analyze the theoretical properties and problems related to quality improvement related to auditing policies and practices. The research was conducted by reviewing existing literature and conducting surveys and interviews to isolate the characteristic properties of auditing systems that generate an improvement in the quality of the service. This contribution aims to outline the theoretical context for best practices in internal, external, and collaborative auditing in healthcare, institutions, and related participants. It represents the first cognitive step in analyzing the problems of auditing the public sector and the health sector, both from an internal and external perspective. The theoretical structure allowed the proposal of a model and a tool for verifying the model itself. It could outline the main properties of a useful auditing system and appropriate stakeholder-led quality health management.

Keywords: sanità, audit interno, auditing esterno, qualità, settore pubblico, modelli quantitativi

1 – Introduzione

Il settore sanitario presenta varie peculiarità e specificità, espressione della sua unicità e diversità dalle altre attività economiche (Ferrera, 1996; Nolan, 2000). In particolare, si distingue in ogni Stato a livello mondiale per le tipologie di finanziamento (se possono essere pubbliche o private, fatto che dipende dai diritti costituzionali garantiti ai cittadini o in genere alle persone), e per la struttura di legge normativa (Wendt, 2009; France, Taroni, & Donatini, 2005; Brescia et al., 2017). A prescindere dagli aspetti finanziari, un servizio di qualità efficace deve essere erogato considerando l'adeguatezza del servizio fornita, e deve tener conto dell'efficienza nello stanziamento di risorse (Retzlaff-Roberts, Chang, & Rubin, 2004; Campra, Secinaro, Brescia, & Gonçalves Góis, 2019).

Le organizzazioni sanitarie sono generalmente gestite da diversi tipi di professionalità, e il loro operato risponde spesso all'applicazione della legge al fine di ottenere migliori pratiche professionali (Brock, Hinings, & Powell, 2012). Il fine ultimo corrisponde al garantire un livello minimo in sanità, allo scopo di salvaguardare i pazienti, gli accompagnatori, le famiglie e il diritto alla salute e alla prevenzione (Vogus & Sutcliffe, 2007; Biancone, Secinaro & Brescia, 2018; Lee et al., 2019). Le organizzazioni sanitarie sono definibili "amministrazioni professionali", dove spesso l'attività di controllo, interna o esterna, gioca un ruolo rilevante nell'adempimento dei requisiti imposti dalla legge o dalle migliori pratiche professionali (Arduini, 2019; Schot, Tummers, & Noordegraaf, 2019; Roberts et al., 2019; Grossi et al., 2019; Rainero, Brescia, & Cataldo, 2019).

In questo contributo, partendo da un'analisi teorica preliminare, basata sulla letteratura esistente nel settore, si propone un approccio metodologico alla valutazione dell'organizzazione sanitaria per identificare un modello per esaminare che venga garantita la qualità del servizio. L'analisi della letteratura è avvenuta attraverso le fonti individuate attraverso riviste pubblicate su Web of Science, Scopus, DOAJ, EBSCO selezionano attraverso combinazioni di parole chiave e contenuti dell'abstract gli articoli e le pubblicazioni utili per l'analisi condotta (Papaioannou, Sutton, Carroll, Booth, & Wong, 2010). Tutte le fonti selezionate sono state analizzate mediante l'utilizzo del software Zotero (Chandrasekaran, Muralidhar, Krishna, & Dixit, 2010; Winslow, Skripsky, & Kelly, 2016). Le fonti considerate sono state selezionate tra quelle in lingua italiana e inglese. La sezione due ha considerato le parole chiave "sanità" e "qualità", il paragrafo tre "controllo" "audit" "sanità" e "professioni" mentre il paragrafo quattro rielabora elementi del paragrafo tre e quattro utili alla definizione di qualità applicata. L'approccio identificato per codificare la letteratura individuata può essere definito Meta-Narrativo (Greenhalgh et al. 2005) nato dalla necessità di sintetizzare prove per informare complesse domande politiche ed è utilizzato su temi multidisciplinari come in questo caso è la valutazione di opportuni modelli di qualità in sanità. L'approccio alla revisione Thomas Kuhn (1962), ha proposto che la conoscenza sia prodotta all'interno di particolari paradigmi che hanno i loro presupposti sulla teoria, su ciò che è un oggetto legittimo di studio, su ciò che è legittimo domande di ricerca e su ciò che costituisce una scoperta. I paradigmi tendono anche a svilupparsi nel tempo secondo una particolare serie di stadi, al centro dei quali è lo stadio della "scienza normale", in cui i particolari standard del paradigma sono in gran parte incontrastati e visti come evidenti. Come hanno sottolineato Greenhalgh et al. (2005), Kuhn (1962) considerava i paradigmi in gran parte incommensurabili: "cioè una scoperta empirica fatta usando un insieme di concetti, teorie,

metodi e strumenti non può essere spiegata in modo soddisfacente attraverso una diversa lente paradigmatica" [Greenhalgh et al., 2005, p419]. Greenhalgh et al. (2005) hanno sintetizzato la ricerca da una vasta gamma di discipline; la loro domanda di ricerca riguardava la diffusione di innovazioni nell'erogazione e nell'organizzazione di servizi sanitari. Hanno quindi identificato la necessità di sintetizzare i risultati della ricerca che contiene molte diverse teorie derivanti da diverse discipline e progetti di studio.

Il presupposto dell'approccio metodologico alla valutazione dell'organizzazione sanitaria per identificare un modello per esaminare che venga garantita la qualità del servizio va individuato nella presenza di un sistema di valutazione che sia strutturato sotto forma di processo continuo, volto ad indagare le variabili più rilevanti nel definire la qualità del servizio sanitario. Il modello individuato verrà quindi associato alla proposta di uno strumento di verifica della sua applicabilità e della coerenza degli elementi costitutivi individuati dalla letteratura e in esso contenuti. La presenza dello strumento di verifica consentirà di confermare ed eventualmente migliorare l'approccio metodologico proposto dal modello teorico. L'analisi si colloca nel dibattito internazionale in tema di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente con la ricerca di nuovi strumenti pratici per rilevarne la presenza (Powel et al., 2019; Afthanorhan, Awang, Rashid, Foziah, & Ghazali, 2019).

2 – Sanità e qualità

Il concetto di qualità nella sanità è stato oggetto di studi approfonditi da parte dei ricercatori di tutto il mondo, indipendentemente dal fatto che il servizio sanitario preveda una gestione e finanziamento pubblico o venga fornito da assicurazioni o società private.

La valutazione della qualità è un elemento fortemente soggettivo, a seconda del grado e tipo di coinvolgimento della singola persona nell'organizzazione oggetto di valutazione (Mosadeghrad, 2014). In particolare, la letteratura ci mostra come sia direttamente collegata alla soddisfazione del paziente e dei famigliari (Laroche et al., 2005), al riconoscimento dei pregi della struttura (Boshoff e Grey., 2004; Kasiri et al., 2017) e alla salute economica dell'organizzazione (Alexander et al, 2006; Ittner e Larcker, 1997; Lega et al, 2013). Come Lohr (1991) ha sottolineato, la fornitura di servizi sanitari di elevata qualità aumenta la probabilità di soddisfare i bisogni di cura ed è coerente con le attuali conoscenze mediche. Dal punto di vista del paziente, d'altra parte, tale fornitura di servizi medici soddisfa i requisiti di qualità quando le prestazioni erogate "massimizzano il beneficio per la salute senza corrispondentemente aumentare il rischio" (Donabedian, 1980) e quando la "fornitura di assistenza supera le aspettative del paziente e raggiunge i più alti risultati clinici possibili con le risorse disponibili" (Øvretveit, 1993).

Uno studio recente ha individuato alcuni degli attributi più importanti che un servizio sanitario di qualità dovrebbe avere (Mosadeghrad, 2012). In tale studio è stato somministrato un questionario a diversi attori del mondo sanitario, tra i quali pazienti, medici, infermieri e manager, caratterizzati dal differente livello di istruzione. Tale studio ha identificato 181 caratteristiche utili a identificare la presenza di qualità nell'erogazione di servizi sanitari, come riportato nella tabella 1. Tutte le caratteristiche identificate sono state ulteriormente classificate in due categorie principali: materiale e immateriale. Le caratteristiche tangibili (e quindi

materiali) di servizi sanitari, raggruppate sotto il titolo “Ambiente”, riguardano le strutture fisiche e i professionisti, tecnici e altro personale coinvolto nella fornitura del servizio. Le caratteristiche definite immateriali dei servizi sanitari di qualità sono ulteriormente suddivise in quattro sottocategorie: “Empathy” (Empatia), “Efficiency” (Efficienza), “Efficacy” (Efficacia) ed “Effectiveness” (Raggiungimento degli obiettivi).

Tabella 1 – Caratteristiche della qualità del servizio sanitario – adattato da Mosadeghrad, 2012

Accettabilità	Collaborazione	Legittimazione	Cortesia	Responsabilità
Accessibilità	Colore	Entusiasmo	Legalità	Reattività
Responsabilità	Comodità	Ambiente	Ascolto	Orientato al risultato
Accreditamento	Impegno	Cordialità	Amore	Riutilizzo
Accuratezza	Comunicazione	Parità	Lealtà	Robustezza
Abilità	Comparabilità	Equità	Sostenibilità	Sicurezza
Adattabilità	Compassione	Etica	Misurabilità	Soddisfazione
Adattabilmente	Competenza	Basato su prove	Motivazione	Sicurezza
Adeguatezza	Competitività	Eccellenza	Necessità	Sensibilità
Consigliabilità	Completezza	Esclusività	Obiettività	Forma
Estetica	Comprensibilità	Esistenza	Apertura	Taglia
Convenienza	Interesse	Competenza	Sistematicità	Capacità
Servizio	Confidenza	Estensibilità	Passione	Correttezza
Apparenza	Confidenzialmente	Mezzi	Pazienza	Velocità
Applicabilità	Conformità	Famigliarità	Centrato sulla pazienza	Stabilità
Apprezzabilità	Coscienziosità	Senza colpa	Prestazione	Struttura
Disponibilità	Considerazione	Attuabilità	Piacevolezza	Idoneità
Appropriatezza	Coerenza	Flessibilità	Gentilezza	Supporto
Assicurazione	Continuità	Formalità	Precisione	Sostenibilità
Attenzione	Convenienza	Affabilità	Prevedibilità	Compassione
Attitudine	Cooperazione	Funzionalità	Presenza	Puntualità
Attrattiva	Coordinazione	Crescita	Prezzo	Tranquillità
Autenticità	Correttezza	Assistenza	Privacy	Trasparenza
Autorità	Cortesia	Salute	Professionalità	Attendibilità
Autonomia	Copertura	Utilità	Redditività	Comprensione
Disponibilità	Creatività	Onestà	Prudenza	Uniformità
Consapevolezza	Credibilità	Ospitalità	Puntualità	Unicità
Equilibrio	Solvibilità	Umanità	Purezza	Fruibilità
Bellezza	Affidabilità	Individualità	Quiete	Utilità
Benevolenza	Durata	Informativa	Leggibilità	Utilizzo
Luminosità	Agio	Innovazione	Ragionevolezza	Validità
Capacità	Formazione	Integrità	Rilevanza	Valore
Cura	Efficacia	Intelligenza	Affidabilità	Visibilità
Allegria	Efficacia	Intensità	Ripetibilità	
Scelta	Efficienza	Coinvolgimento	Reputazione	
Delucidazione	Idoneità	Gioia	Rispetto	
Igiene	Empatia	Giustizia	Risposta	

In particolare, possiamo affermare che un servizio sanitario che ha un buon ambiente, altamente empatico ed efficace (sotto il punto di vista clinico e medico), può anche ottenere una buona efficienza ed efficacia sotto gli aspetti economici e finanziari (Dahlgaard et al., 2011; Kaplan, 2012; Liu et al, 2006; McDermott et al, 2011; Navarro-Espigares e Torres, 2011).

3 – Le conoscenze dell'attività di controllo

Ogni organizzazione ha bisogno di migliorare la qualità dei servizi erogati. In questo contesto la qualità può essere definita e valutata sotto diversi aspetti: qualità del processo, qualità della gestione, qualità del prodotto, efficienza finanziaria, efficacia, qualità di presentazione del servizio, ecc (Oakland, J. S., 2014; Talib et al., 2019; Mitropoulos, 2019). Tale valutazione della qualità può essere garantita attraverso l'attività di controllo, in particolare quando l'entità controllata presenta dubbi in merito al suo livello di qualità, alla sua condizione o stato della materia e non è in grado di liberarsi di questi dubbi o incertezze (Lee e Alan, 1984) o ancora quando l'interesse pubblico ha bisogno di eliminare le asimmetrie informative (Rowe & Calnan, 2006).

Tale attività di controllo si può esplicitare sotto differenti modalità all'interno di un ente, sulla base delle valutazioni dei diversi stakeholder e dei diversi momenti della vita aziendale. I termini più comunemente utilizzati per la suddetta attività si rifanno ai concetti di controllo di gestione e revisione contabile. Sono stati forniti diversi significati al termine revisione e controllo di gestione a seconda dell'ottica con cui tale attività viene effettuata. Il controllo normativo, particolarmente rilevante secondo un'ottica regionale, è indirizzato alla scoperta o alla verifica del grado di aderenza del lavoro della società alle disposizioni scritte nella normativa di riferimento (leggi, regolamenti, statuti, procedure, ecc.) (Franzoni & Salvioni, 2014). Le operazioni di controllo eseguite nel controllo normativo si traducono in attività ispettive, siano esse episodiche o continue, delle azioni intraprese all'interno del corpo aziendale. Il punto di riferimento per coloro che esercitano questo tipo di controllo è la conformità alle regole scritte. Tale attività di controllo si differenzia dall'approccio conosciuto come audit, il quale si concentra invece principalmente sulla natura delle azioni realizzate piuttosto che su quelle condotte dai leader della società e tradotte in differenti forme di normativa (Patel & Rushefsky, 1999).

Il controllo sociale, invece, è quello in cui le aziende sono rappresentate come la comunità degli individui (Catturi, 2003). Tale tipologia di controllo si fonda sul presupposto il comportamento delle operazioni di business viene condizionato non solo da meccanismi formali, ma anche da valori culturali condivisi all'interno di un'unità economica o organizzativa (Brusa & Dezzani, 1983).

Quando il controllo sociale viene eseguito correttamente, si concentra su alcuni aspetti specifici relativi all'attitudine del singolo nel rispettare principi di comportamento e operazioni collettive. Questa forma di controllo è particolarmente rilevante nei contesti lavorativi in cui il personale dell'azienda ha una formazione professionale altamente qualificata. Consentono, infatti, di spiegare le strategie di gestione del dipendente, la presenza o l'assenza di forme di cooperazione tra gli individui e tra le strutture in cui prendono parte, il grado di aderenza alle linee guida scritte dai dirigenti e l'atteggiamento del personale nei confronti degli utenti.

Il controllo della gestione o dei risultati costituisce un meccanismo mediante il quale la gestione di un ente commerciale è guidata verso obiettivi. Ciò che è sottoposto a monitoraggio non è l'azienda ma il risultato che produce. Questo tipo di controllo presuppone che gli obiettivi di business siano definiti e quantificati e che questi siano segnalati alle unità organizzative responsabili. Tale approccio è possibile anche quando la risposta al bisogno non risponde a obiettivi commerciali e aziendalistici ma a un bisogno pubblico. Le aziende pubbliche fin dagli anni 80, hanno adottato sistemi di controllo e gestione già sviluppati nelle società private e si sono adeguati a criteri già presenti in paesi anglosassoni (Brescia, 2016). Gli obiettivi sono di solito espressi in termini quantitativi, o monetari, oppure in termini qualitativi, che non prevedono una diretta traduzione o uno stretto legame con gli aspetti economici e monetari. L'informazione contabile assume differente rilevanza in relazione ai diversi scopi perseguiti: controllo direzionale interno, controllo esterno sulle capacità e sulle responsabilità dei dirigenti, controllo delle compatibilità finanziarie e consolidamento della spesa a livello aggregato (Spano e Tradori, 2015).

Queste quattro tipologie di controllo aziendale (normativo, audit, sociale, di gestione o dei risultati) sono le principali forme attuate nelle imprese sanitarie. Tuttavia, va sottolineato come sia improbabile l'applicazione di una singola forma di verifica e controllo. È molto più frequente un approccio che preveda un mix di controlli più o meno sviluppati in base alle diverse funzioni aziendali (Helms e Stern, 2001).

Le imprese sanitarie si presentano come "amministrazioni professionali" (Mintzberg e altri, 1979), e come tali hanno determinate caratteristiche. In primo luogo, molte delle operazioni condotte all'interno delle organizzazioni sanitarie sono controllate da professionisti. In tale contesto, i professionisti devono essere considerati come figure organizzative aventi una larga autonomia nello svolgimento dei loro compiti e, spesso, le attività da essi condotte non sono standardizzate e, pertanto, sono difficili da prevedere in termini di risultati. Il comportamento al quale i professionisti sono fortemente ispirati è radicato nelle regole formali e informali di condotta, delle regole formali e informali di comportamento, dalle associazioni che si costituiscono definite di "categoria professionale" (Brescia et al., 2016).

Il potere in queste strutture si basa più sulle competenze possedute che sulla posizione organizzativa detenuta o sulla specializzazione. Inoltre, l'organizzazione delega il rapporto fiduciario con i pazienti ai professionisti, i quali diventano mediatori veri e propri tra loro. Tutte queste caratteristiche ostacolano la diffusione delle attività di revisione e di controllo di gestione nelle organizzazioni sanitarie.

Alcuni degli aspetti dell'amministrazione professionale possono dare origine ai risultati della valutazione finale e agli esiti del controllo (Abernethy e Stoelwinder, 1995), in particolare incidono la forte autonomia professionale, la scarsa standardizzazione e la programmazione del servizio sanitario (Jones e Dewing, 1997). Pertanto, l'importanza del controllo informale e della presenza di un rapporto di fiducia tra medici e pazienti ha una vasta incidenza (Borgonovi, 1990).

Mentre nei sistemi industriali tradizionali le caratteristiche del prodotto o del servizio offerto possono influenzare il rapporto tra il cliente e l'impresa, nell'organizzazione sanitaria le relazioni di fiducia pesano in gran parte sui medici e sulle loro qualità personali. Il rapporto

esistente tra medico e paziente qualifica il fenomeno in economia sanitaria come un rapporto di agenzia stabilito tra i due ruoli. Il paziente sperimenta alcuni sintomi che suggeriscono una diminuzione del suo livello di salute, ma non è in grado di tradurlo in termini di domanda di servizio. Il paziente dovrebbe quindi rivolgersi a un altro agente, il medico, che descrive i sintomi. Il medico agisce come un agente del paziente mettendo a disposizione la sua esperienza professionale per tradurre il suo stato di necessità nella diagnosi, e quindi pone la domanda di prestazione. Il rapporto di fiducia tra medici e pazienti può avere ripercussioni sulla gestione aziendale, in particolare in quelle occasioni in cui il personale medico e sanitario, non condividendo le modalità di controllo stabilite dall'azienda, decida di sfruttare il rapporto privilegiato con l'utente/paziente per disabilitare e ostacolare tale controllo.

L'audit e i feedback ad esso conseguenti, in genere, portano a piccoli ma potenzialmente importanti miglioramenti nelle pratiche professionali. L'efficacia dell'audit e dei feedback sembrano dipendere dalle performance di base e dalle modalità con le quali sono stati forniti tali feedback (Jamtvedt et al., 2006). L'audit, in termini di gestione della qualità, viene definito come un processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere prove di revisione e valutarle oggettivamente al fine di determinare la misura in cui i criteri di audit vengono soddisfatti. La qualità di un audit è uno strumento che aiuta non solo a migliorare la qualità, ma anche a ridurre i costi. Esso può essere definito come un esame sistematico e indipendente per determinare se le attività di qualità e i risultati correlati sono coerenti con lo scopo previsto, e se tali piani sono stati attuati in modo efficace e sono adatti per raggiungere obiettivi specifici. Il termine "sistema di gestione della qualità" definisce una struttura organizzata, con procedure, processi e risorse necessarie per l'attuazione della qualità (Biancone et al., 2016).

Secondo la teoria dell'amministrazione razionale, qualsiasi organizzazione (sia privata che pubblica, qualunque sia la dimensione) può essere gestita attraverso tre specifiche macro-fasi "razionali". Una prima fase si chiama "pianificazione". In questa fase, tutte le iniziative e le azioni sono previste, progettate e definite in coerenza con la visione, la missione, l'obiettivo e il bilancio dell'organizzazione. Nella seconda fase, denominata "esecuzione", quelle azioni vengono attuate ed eseguite. Nella terza fase, dal titolo "controllo", un'analisi di divergenza viene condotta tra la prestazione attesa e raggiunta, pertanto possono essere proposte ed eseguite azioni correttive. Le tre fasi sono cicliche e sostenute da numerosi documenti, in particolare le dichiarazioni di pianificazione delle spese e le relazioni, la contabilità e la dichiarazione del saldo finale (Puddu, 2011), sotto gli aspetti finanziari, economici e, preferibilmente, sociali (Migliavacca et al., 2016; Brescia, 2019).

Un prodotto di scarsa qualità nel settore extra-sanitario quasi sicuramente non ha un grande impatto sulla qualità della vita del cliente, come può avere, invece, un servizio clienti povero fornito nel settore sanitario, per questo motivo il monitoraggio della qualità del servizio acquisirà ancor di più una connotazione etica e di buona prassi (Kinn, 1997). Alcuni svantaggi di audit sono stati percepiti come diminuita proprietà clinica, paura del contenzioso, sospetti gerarchici e territoriali, e isolamento professionale. Le principali barriere alla revisione e audit clinico possono essere classificate sotto cinque categorie principali. Si tratta di mancanza di risorse, mancanza di esperienza o di consulenza nella progettazione e analisi del progetto, problemi tra gruppi o tra i membri dello stesso gruppo, mancanza di un piano complessivo per il controllo, e impedimenti organizzativi. Sono stati inoltre identificati i fattori chiave facilitanti

l'audit. Tali fattori includono moderni sistemi di cartelle cliniche, una formazione efficace, personale valido, tempo protetto, programmi strutturati, e un dialogo condiviso tra acquirenti e fornitori (Johnston et al., 2000). La revisione clinica può essere un prezioso aiuto a qualsiasi programma che mira a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e il modo in cui viene erogata. Infatti, senza una strategia coerente volta a coltivare controlli efficaci, saranno perse preziose opportunità. Prestare particolare attenzione alle attitudini professionali evidenziate in questo articolo può aiutare l'audit a mantenere fede ad alcune delle sue promesse.

4 – Il controllo e le organizzazioni sanitarie

Per qualunque tipo di organizzazione è di fondamentale importanza il controllo gestionale, finanziario e la revisione, indipendentemente dal servizio offerto (Spano e Tradori, 2015). Nella sanità, sia il diritto alla salute che quello alla prevenzione per tutti gli esseri umani, indirizzano l'attività di controllo al fine di favorire la conformità della fornitura del servizio alle migliori pratiche di medicina basate sull'evidenza, alle applicazioni di legge, alla soddisfazione del cliente e alla qualità percepita.

Inoltre, l'audit e il controllo in sanità garantiscono la soddisfazione degli interessi pubblici e privati, anche se negli ultimi anni l'ambiente economico mondiale aveva causato una riduzione della spesa continua per la sanità, in particolare in quei paesi dove essa è un servizio a disposizione del pubblico e costituzionalmente garantito (Brescia et al. 2017). La mancanza di risorse finanziarie (pubbliche) obbliga le organizzazioni sanitarie a cercare i modi più efficaci per fornire i propri servizi, senza compromettere la qualità e senza escludere persone dal servizio, pur assicurando pertinenza al finanziatore (pubblico).

Tutti questi requisiti sollevano l'importanza di un audit approfondito e di un'attività di controllo nelle organizzazioni sanitarie. Tradizionalmente, le attività di controllo si concentrano sulla mera contabilità finanziaria, sull'adempimento dei requisiti di legge e sull'efficienza economica della struttura. In particolare, siamo in grado di individuare due famiglie di attività di revisione e di controllo (Shaw, 1980):

- revisioni interne, che sono controlli effettuati dal personale dell'organizzazione, dedicate all'efficienza, all'efficacia, alla pertinenza e alla sicurezza dei servizi forniti, il cui esito è rappresentato dai rapporti interni per consulenza manageriale;
- revisioni esterne, da parte di soggetti indipendenti all'intera organizzazione, sulla base di criteri espliciti (ad esempio Joint Commission International, Accreditation Canada, certificazioni ISO, altri sistemi istituzionali, ecc.);
- che possono essere ulteriormente classificate (Shaw, 2000) in:
 - revisione di prima parte, quando il revisore è interno all'organizzazione;
 - revisione di seconda parte, quando il revisore è esterno ma direttamente incaricato dalla direzione, per esempio revisione appaltata a terzi;
 - revisione di terza parte, eseguita da soggetti esterni e indipendenti (JCI, ecc.).

Nelle organizzazioni sanitarie, a causa dei loro servizi e clienti particolari, vengono eseguiti diversi controlli per vari motivi. I controlli finanziari ed economici valutano l'efficienza finanziaria, la gestione delle risorse, le politiche di spesa (Bovaird, 2009), mentre i controlli manageriali valutano i processi organizzativi dei servizi sanitari, per esempio sistemi informativi, gestione delle scorte farmaceutiche, ecc. (Nabelsi e Gagnon, 2016; Scott e Westbrook, 1991). A un livello più ampio, i controlli di sistema si concentrano su una singola struttura ospedaliera, o parti di essa, o su un intero distretto sanitario e controlli nazionali e regionali in genere si concentrano su temi specifici, con studi multicentrici per affrontare l'indagine di problemi (Baldassarre et al., 2016; Gervasio et al., 2017).

Inoltre, spesso le organizzazioni sanitarie subiscono un controllo di qualità o di certificazione, fornito da soggetti terzi, al fine di ottenere la certificazione secondo le norme precise, come ISO e standard di qualità simili (Tricker, 2016).

Gli audit medici e clinici sono programmi di miglioramento manageriale e della qualità, volontari, che hanno approcci sistematici e formalizzati. La differenza sottostante i due tipi di audit concerne gli aspetti inclusi nelle analisi: aspetti esclusivamente medici e correlati alle cure per l'audit medico (Herrscher e Goepfert 2016), e i medesimi aspetti ma inclusivi degli outcome strutturali e procedurali nell'audit clinico (Cunningham et al., 2016).

Le diverse figure professionali, che nel servizio sanitario sono componenti ed erogatori del servizio, in quanto stakeholder considerano prioritari alcuni aspetti e meno altri. In quanto parti di un'amministrazione professionale, questi possono essere così rappresentati in termini esemplificativi (tabella 2).

Tabella 2 – “The importance of quality attributes for healthcare stakeholders” – adattato da Mosadeghrad, 2012

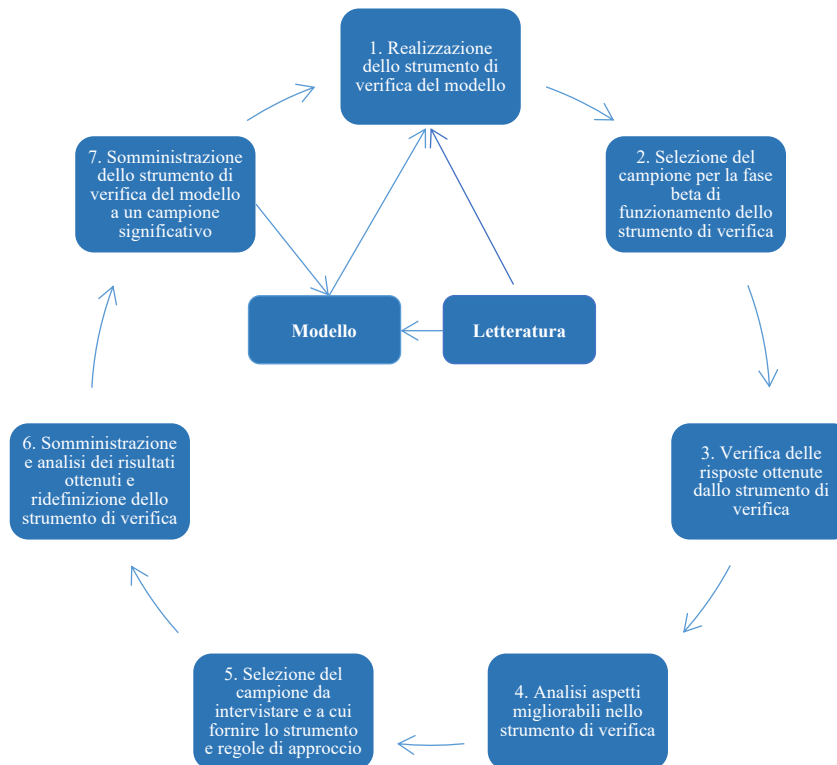
Attributi della qualità	Efficacy	Effectiveness	Efficiency	Empathy	Environment
Soggetto che fornisce le cure	*****	****	*	**	***
Paziente	****	*****	*	***	**
Manager	****	*****	***	*	**
Finanziatore	****	*****	***	*	**
Decisore politico	****	*****	***	*	**

5 – Metodologia

Il gruppo di studio partendo da un'analisi della letteratura ha cercato di definire un modello teorico e di costruire uno strumento di verifica di tale modello per confermarne le caratteristiche o riformulare il metodo. La letteratura presa in esame è basata sui risultati della ricerca nei principali database scientifici (Scopus, ScienceDirect, EBSCOHost, InderScience, Web of Science, Google Scholar). Gli studi consultati sono riassunti in questo contributo, per collegare gli elementi di audit sanitario, i requisiti di qualità sanitaria e lo strumento di verifica. Il modello proposto è frutto della deduzione derivante dalla revisione della letteratura. Il percorso di realizzazione e analisi dello strumento di verifica del modello proposto è rappresentato in figura 1 e segue i criteri previsti dal metodo Delphi (Hasson & al., 2000; Hsu & al., 2007). Tale strumento è composto da un questionario, da sottoporre a figure professionali potenzialmente coinvolte nei processi di audit, contenente una prima sezione volta ad indagare le caratteristiche

salienti dell'intervistato e dell'azienda alla quale afferisce e una seconda sezione atta a valutare i requisiti sanitari di qualità individuati dall'analisi della letteratura e presi in considerazione dal modello teorico. Il gruppo di studio nella somministrazione del questionario e nell'intervistare le figure selezionate, ha seguito le indicazioni proposte da Powell et al, per non incidere nella raccolta dei risultati ottenuti ed ottenibili (Powell, 2003).

Figura 1 - Ciclo di ridefinizione del metodo di verifica e del modello – nostra realizzazione



6 – Discussione

6.1 – Cercare la qualità nella sanità attraverso le attività di controllo: un modello teorico

Come detto in precedenza la qualità, in qualsiasi organizzazione, nel servizio fornito e nei processi sottoposti al controllo, può essere assicurata attraverso l'attività di revisione.

Nelle organizzazioni sanitarie, la revisione assume varie forme, per fare in modo che le attività possano essere tenute sotto controllo da diversi professionisti o dal personale dell'organizzazione.

Nel settore sanitario, in particolare, la presenza di revisione non strettamente legata agli aspetti finanziari ed economici della gestione, può favorire la massimizzazione del risultato definendo le caratteristiche di qualità; l'attività di revisione dovrebbe essere incentrata su un approccio olistico, dove l'intera attività è verificata e tenuta sotto controllo, atta a soddisfare le esigenze di gestione dell'organizzazione.

Il modello teorico proposto al fine di garantire l'incontro dei requisiti sanitari di qualità può essere individuato nella presenza contemporanea dei seguenti elementi che, dall'analisi della letteratura, sono risultati essenziali per garantire la qualità dei servizi (:

- **Periodicità:** la revisione è pianificata, deve essere ricorrente e continua, avviene passo per passo, e questo porta alla necessità di condurre verifiche periodiche, qualunque sia la tipologia di controllo in esame, al fine di ottenere il miglior risultato con limitate risorse (di tempo);
- **Pertinenza:** i revisori non possono prendere in considerazione tutti gli aspetti delle attività delle organizzazioni, e devono svolgere pratiche di gestione del rischio per coprire le incertezze e i potenziali eventi che hanno gli effetti più importanti (negativi) se si verificano o che hanno una maggiore probabilità di accadere.
- **Responsabilità:** l'individuazione del soggetto responsabile in ogni fase dell'attività di controllo, sia per il revisore che per il soggetto verificato, deve essere effettuata con cura, per fare in modo che tutti i componenti delle organizzazioni siano consapevoli dei loro rischi e responsabilità e per consentire una migliore prestazione complessiva, anche se la responsabilità dei revisori è messa in discussione molto spesso dagli accademici (Gendron e Bédard, 2001).
- **Ciclicità:** il processo di controllo è diviso in tre fasi distinte di attività, chiamate programmazione, esecuzione e controllo (Migliavacca et al., 2016; Puddu 2011; Biancone et al., 2016.) che sono ricorrenti e continue.
- **Accuratezza:** la revisione deve coprire tutti gli aspetti della gestione di un'organizzazione, siano essi relativi alla legge, agli aspetti finanziari, a quelli clinici o medici, alle necessità di processo, e così via, sotto il presupposto della rilevanza. Devono essere definiti dei "traccianti" al fine di verificare maggiormente parti del sistema partendo dalla raccolta dei principali eventi avversi e delle principali problematiche cliniche o di sistema che si verificano più frequentemente (Tracer, Wisdom et al., 2012; Greenfield & Braithwaite, 2009; Murphy-Knoll, 2006).
- **Separazione dell'attività:** al fine di migliorare la qualità dell'attività di controllo, e ridurre i rischi connessi ad errori, manipolazione o frodi, ogni attività di controllo e le relative responsabilità devono avvenire attraverso controlli incrociati e devono essere separati tra i settori, divisi per responsabilità.
- **Indipendenza:** sia nella letteratura che nella pratica, un adeguato Comitato di controllo indipendente è visto come uno dei fattori determinanti di efficacia del servizio di controllo (Al-Ajmi, 2009; Dhaliwal et al., 2006).
- **Competenza:** l'esperienza dei revisori in materia di analisi e il rispetto di elevati standard di qualità sono il principale motore di un controllo guidato dalla qualità (Eichenseher e Shields, 1983; Shockley e Holt, 1983).
- **Struttura:** a causa della complessità dell'organizzazione sanitaria, e delle sue numerose professionalità, le diverse tipologie di controllo devono essere ben strutturate, e devono comunicare tra loro, per ottenere una migliore comprensione di tutti i settori controllati (per

esempio, tra il controllo clinico e il controllo finanziario, dove l'effetto di un trattamento non deve essere limitato dal taglio dei costi quando l'efficacia e l'impatto sul paziente sia preferibile ad un risparmio economico per l'organizzazione, e così via), evitando contenziosi tra revisori (Palmrose, 1988).

6.2 – Lo strumento di verifica del modello teorico

Per verificare la validità del modello teorico e dell'approccio proposto è stato realizzato dal gruppo di studio un questionario composto da 6 domande aperte volte all'individuazione delle nove caratteristiche individuate nel modello. Il questionario comprende, nella prima parte, altre 6 domande utili a indagare le caratteristiche dei rispondenti ai fini della descrizione campionaria (Ruolo professionale, anni di esperienza in tale ruolo, genere, tipologia e nome della struttura di appartenenza, principale fonte di finanziamento della struttura).

Tabella 3 - Caratteristiche campione fase beta e esperti selezionati per la revisione dello strumento di verifica – nostra realizzazione

Professione	Titolo di studio	Professione svolta nella struttura	Tipo di struttura	Nome della struttura	Risposta	Fase beta
Medico	Medicina - specialità radiodiagnostica	Radiologo	Pubblica	Ospedale santissima annunciata di Savigliano		X
Dirigente amministrativo	Giurisprudenza	Amministrativo	Pubblica	Asl Asti		X
Dirigente medico	Medico - oncologia	Direttore medico oncologico	Privato accreditato	IRCCS Candiolo	X	X
Infermiere	Infermieristica	Infermiere	Pubblica	Azienda ospedaliera ordine mauriziano di Torino		X
Infermiere	Infermieristica	Infermiere	Pubblica	Asl TO 2 Torino		X
Medico	Medicina - geriatria	Medico d'urgenza	Pubblica	Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo	X	X
Assistente di direzione	Economia	Staff di direzione	Privato accreditato	Policlinico di Monza S.p.A. Presidio clinica la Vialarda di Biella		X
Revisore contabile	Economia	Revisore contabile	Pubblica	Asl di Vercelli	X	X
Infermiere	Infermieristica	Dirigente area formazione	Pubblica	Città della salute e della scienza di Torino	X	X
Medico	Medico	Medico ricercatore universitario area direzione sanitaria	Pubblica	Città della salute e della scienza di Torino	X	X
Revisore contabile	Economia	Revisore contabile	Pubblica	Città della salute e della scienza di Torino	X	X
Infermiere	Infermieristica	Dirigente area formazione e personale	Privato accreditato	Presidio ospedaliero beata vergine Consolata - Fatebenefratelli	X	X

Professione	Titolo di studio	Professione svolta nella struttura	Tipo di struttura	Nome della struttura	Risposta	Fase beta
Revisore contabile	Economia	Revisore contabile	Pubblica	Azienda speciale multi servizi di Venaria	X	X
Dirigente amministrativo	Economia	Direttore del personale	Privata	Sedes Sapientiae S.p.A.		X
Revisore contabile	Economia	Revisore contabile	Pubblica	Azienda ospedaliera mauriziano di Torino	X	X
Medico di direzione	Medicina - Specialità in igiene e medicina preventiva	Medico di direzione sanitaria	Pubblica	Città della salute e della scienza di Torino	X	X
Amministrativo	Economia	Personale amministrativo	Privata accreditata	Asl Biella		X
Medico	Medico specializzato igiene e medicina preventiva	Medico di direzione sanitaria	Pubblica	Asl TO 4	X	X
Medico	Medico	Medico ricercatore universitario area direzione sanitaria	Pubblica	Città della salute e della scienza di Torino	X	X
Impiegato amministrativo	Giurisprudenza	Impiegato amministrativo direzione amministrativa	Pubblica	Asl AL	X	X
Impiegato amministrativo	Giurisprudenza	Impiegato amministrativo direzione amministrativa	Pubblica	Ospedale Sant'Antonio e margherita di Tortona	X	X
Revisore contabile	Economia	Revisore contabile	Privata accreditata	Casa di riposo Pro Senectude		X

Il questionario in una prima fase beta è stato somministrato ad alcune figure professionali con diverse competenze e mansioni, cercando di considerare un campione misto per tipologia di struttura e di finanziamento. Dall'analisi beta le risposte hanno evidenziato la necessità di ridefinire i contenuti delle 6 domande aperte (Brescia, 2019a). Il campione selezionato per la fase beta, tra cui sono state selezionate alcune figure per la revisione del questionario attraverso interviste, è rappresentato nella tabella 3. Il campione è stato fino ad ora selezionato tra i professionisti della Regione Piemonte al fine di confermare il modello e perfezionare lo strumento di verifica tra figure coinvolte a diverso titolo in un Sistema Sanitario Regionale con struttura, organizzazione e tipo di finanziamento omogeneo. Non tutti i professionisti selezionati per l'intervista e la revisione dello strumento coincidono con i professionisti coinvolti nella fase beta.

Tabella 4 - Caratteristiche e elaborazione domande – nostra realizzazione

Caratteristiche osservabili	Domanda proposta a beta	Domanda revisionata e osservazioni
<i>Periodicità e ciclicità</i>	1) Ritieni frequente il verificarsi di eventi avversi all'interno della struttura sanitaria a cui appartieni? Come si può prevenire il verificarsi di tali eventi e come si possono fronteggiare? A che tipo/tipi di evento/eventi avversi o ostativi al tuo lavoro hai assistito?	La riformulazione della domanda in seguito alle interviste prevede l'introduzione a margine della definizione di "evento avverso" definibile come un danno o disagio, imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate al paziente durante un periodo di degenza e in grado di causare un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte. Alla base di ogni evento avverso è sempre possibile individuare uno o più errori, commessi dai singoli operatori o dal sistema organizzativo (processi, procedure, divisione e carichi di lavoro individuali) (Cosmi & Del Vecchio, 2004). Inoltre, sono state introdotte due nuove domande: Esiste un sistema di segnalazione a livello aziendale? Esistono delle procedure aziendali?
<i>Rilevanza e completezza</i>	2) Quali sono i principali aspetti che consideri nel momento in cui, nelle tue attività professionali ordinarie, devi prendere decisioni? Descrivere brevemente i criteri individuati.	Riusciresti ad elencare tutti gli aspetti che consideri nel momento in cui, nelle tue attività professionali ordinarie, devi prendere decisioni? Descrivere brevemente i criteri individuati.
<i>Separazione dei compiti e responsabilità</i>	3) All'interno della struttura sanitaria in cui lavori, sono ben definiti i compiti tra i vari dipendenti, o spesso capita di svolgere mansioni non di tua competenza? Come valuti il rapporto tra le mansioni assegnate, la responsabilità e l'autonomia?	All'interno della struttura sanitaria in cui lavori, sono ben definiti i compiti tra i vari dipendenti, o spesso capita di svolgere mansioni non di tua competenza? Come valuti il rapporto tra le mansioni assegnate, la responsabilità e l'autonomia? In seguito al coinvolgimento degli esperti è stata aggiunta la domanda: Come potresti considerare il fatto di dover svolgere mansioni non di tua stretta competenza?
<i>Competenza/professionalità</i>	4) Secondo la tua esperienza professionale quali sono i criteri che permettono di raggiungere una migliore qualità nel servizio gestito?	La domanda è stata confermata dagli intervistati senza variazioni. Secondo la tua esperienza professionale quali sono i criteri che permettono di raggiungere una migliore qualità nel servizio gestito?
<i>Indipendenza</i>	5) Quali sono le caratteristiche che attribuisce, come professionista, nella verifica di attività legate al tuo settore professionale?	La domanda in seguito all'elaborazione delle risposte è stata ridefinita: Nell'ambito delle valutazioni dell'attività professionale, quali caratteristiche pensi debba avere l'ente o le figure che si occupano di effettuare la valutazione?

Caratteristiche osservabili	Domanda proposta a beta	Domanda revisionata e osservazioni
<i>Organizzazione e struttura</i>	6) Ritieni che esista un'attività preminente rispetto ad altre, nello svolgimento dell'attività di una struttura sanitaria che fornisce servizi di qualità, oppure deve esserci una sinergia tra le componenti dell'organizzazione?	Nella revisione della domanda è stato aggiunto il quesito: Negli eventi avversi citati nella prima domanda, c'è stata sinergia tra le suddette parti? Pertanto: Ritieni che esista un'attività preminente rispetto ad altre, nello svolgimento dell'attività di una struttura sanitaria che fornisce servizi di qualità, oppure deve esserci una sinergia tra le componenti dell'organizzazione?

7 – Conclusioni

La valutazione della qualità della sanità è certamente un argomento complesso, trattandosi di un concetto multidimensionale, ma è un importante determinante del miglioramento sistematico dell'offerta dei servizi sanitari. I criteri di tempestività, accessibilità, accettabilità, adeguatezza e sicurezza contribuiscono a esprimere aspetti di efficacia e possono essere considerati non come criteri di valutazione autonomi, ma come suoi presupposti. D'altra parte, l'audit produce un elenco di azioni correttive (o azioni di miglioramento) del processo di produzione, che, una volta approvate, vengono messe in atto per superare le carenze riscontrate e raggiungere così livelli più elevati di qualità.

L'audit permette una riallocazione più efficiente delle risorse, l'individuazione delle innovazioni di processo, la spinta alla collaborazione e la condivisione di soluzioni volte al miglioramento.

In questo contributo, dopo un'analisi teorica preliminare, abbiamo analizzato l'importanza che ha un "buon controllo" sulla qualità del servizio sanitario e quali attributi osservabili questo dovrebbe possedere.

Il questionario, risultato del lavoro condotto, è uno strumento valido e utile, in coerenza con gli attuali approcci possibili (Landeta, 2006; Boulkedid et al., 2011; Torkzad & Beheshtinia, 2019), alla verifica del modello dedotto dalla letteratura. Le caratteristiche osservabili proposte nella nostra analisi, che devono essere presenti per garantire la qualità dei servizi in sanità, possono essere ampliate e ridefinite in base alle risposte fornite in una fase futura dai professionisti coinvolti a diverso livello in sanità. Tale fase prevede per il prossimo futuro la somministrazione dello strumento di verifica ai dipendenti Azienda Sanitaria Locale per esaminare se l'approccio dedotto e proposto permette una valutazione o rianalisi del modello. Il questionario sarà presente sulla piattaforma online e i risultati saranno immediatamente elaborabili. L'obiettivo di medio e lungo periodo sarà quello di definire un modello e approccio per la Regione e di ripetere la verifica in altri contesti Regionali o Nazionali al fine di adattare il modello e confrontare le eventuali differenze riscontrabili.

REFERENCES

- Abernethy, M.A., Stoelwinder, J.U., (1995). *The role of professional control in the management of complex organizations*. Accounting, Organizations and Society 20, 1–17.
- Afthanorhan, A., Awang, Z., Rashid, N., Foziah, H., & Ghazali, P. (2019). *Assessing the effects of service quality on customer satisfaction*. Management Science Letters, 9(1), 13-24.
- Al-Ajmi, J., (2009). *Audit firm, corporate governance, and audit quality: Evidence from Bahrain*. Advances in Accounting 25, 64–74.
- Alexander, J.A., Weiner, B.J., Griffith, J., (2006). *Quality improvement and hospital financial performance*. Journal of Organizational Behavior 27, 1003–1029.
- Arduini, R. (Ed.). (2019). *Una nuova governance per la sanità*. FrancoAngeli.
- Baldassarre, F., Ricciardi, F., Campo, R. (2016). *Business process management to manage clinical risk: a case study in the healthcare sector*, in: Toulon-Verona Conference “ Excellence in Services.”
- Bert, F., Puddu, L., Rainero, C., Brescia, V., (2016). *Aziende sanitarie e gestione del “cambiamento”: la formazione del personale*. Sanità pubblica e privata 8–21.
- Biancone, P., Secinaro, S., Brescia, V., (2016). *Popular report and Consolidated Financial Statements in public utilities. Different tools to inform the citizens, a long journey of the transparency*. International Journal of Business and Social Science 7.
- Biancone, P., Secinaro, S., Brescia, V., (2018). *Better Life Index and Health Care Quality Indicators, Two New Instruments to Evaluate the Healthcare System*. International Journal of Business and Management 13(2)
- Borgonovi, E., (1990). *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*. Egea.
- Boshoff, C., Gray, B., (2004). *The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry*. South African journal of business management 35, 27–37.
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). *Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review*. PloS one, 6(6), e20476.
- Bovaird, T., (2009). *Public management and governance*. Taylor & Francis.
- Brock, D., Hinings, C. R., & Powell, M. (2012). *Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law*. Routledge.
- Brescia, V., Rainero, C., Puddu, L., Gualano, M.R., Bert, F., (2016). *La formazione come strumento di management in sanità*. SVILUPPO & ORGANIZZAZIONE 56–67.
- Brescia V. (2019a, September 25). *Questionario di valutazione del modello di verifica della qualità in sanità*. Zenodo. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3460212>
- Brescia, V. (2019). *The popular financial reporting: new accounting tool for Italian municipalities* (Vol. 1209, pp. 9-153). Franco Angeli.
- Brescia, V., Rainero, C., Puddu, L., Tradori, V., Secinaro, S., Indelicato, A., ... & Gualano, M. R. (2017). *Italian Health Care System: Methodology Suggestion for the Financial Equilibrium and Essential Level of Care*. Business, Management and Economics Research, 3(4), 40-51.
- Brusa, L., Dezzani, F., (1983). *Budget e controllo di gestione*. Giuffrè.
- Campra, M., Secinaro, S., Brescia, V., & Gonçalves Góis, C. (2019). *Redefining the New Public Management and Effects of Indicators: Sustainable Healthcare Mobility*. Journal of Management and Sustainability, 9(1), 141-158.
- Catturi, G., (2003). *L'azienda universale: l'idea forza, la morfologia e la fisiologia*. Cedam.
- Chandrasekaran, M., Muralidhar, M., Krishna, C. M., & Dixit, U. S. (2010). *Application of soft computing techniques in machining performance prediction and optimization: a literature review*. The International Journal of Advanced Manufacturing Technology, 46(5-8), 445-464.

- Cosmi, L., & Del Vecchio, M. (2004). *Lo sviluppo della funzione risk management nelle aziende sanitarie: una prospettiva economico aziendale*. DIFESA SOCIALE, 1, 7-18.
- Cunningham, F.C., Ferguson-Hill, S., Matthews, V., Bailie, R., (2016). *Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study*. BMC health services research 16, 583.
- Dahlgaard, J.J., Pettersen, J., Dahlgaard-Park, S.M., (2011). *Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare organisations*. Total Quality Management and Business Excellence 22.
- Dhaliwal, D.S., Naiker, V., Navissi, F., (2006). *Audit committee financial expertise, corporate governance and accruals quality: An empirical analysis*.
- Donabedian, A., (1980). *The definition of quality and approaches to its assesment*. Health Administration Press.
- Eichenseher, J.W., Shields, D., (1983). *The correlates of CPA-firm change for publicly-held corporations*. Auditing: A journal of practice and theory 2, 23–37.
- Engle, R.L., Lopez, E.R., Gormley, K.E., Chan, J.A., Charns, M.P., Lukas, C.V., (2017). *What roles do middle managers play in implementation of innovative practices?*. Health care management review 42, 14.
- Ferrera, M. (1996). *The 'Southern model' of welfare in social Europe*. Journal of European social policy, 6(1), 17-37.
- France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). *The Italian health-care system*. Health economics, 14(S1), S187-S202.
- Franzoni, S., Salvioni, D., (2014). *Governance e controllo della gestione aziendale*. G Giappichelli Editore.
- Gendron, Y., Bédard, J., (2001). *Academic auditing research: an exploratory investigation into its usefulness*. Critical Perspectives on Accounting 12, 339–368.
- Gervasio, D., Amaduzzi, A., Montani, D., (2017). *Methods and Tools to Reorganise the Governance in the Italian Healthcare Companies*. International Journal of Business and Management 12, 56.
- Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2009). *Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation*.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2005). *Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review*. Social science & medicine, 61(2), 417-430.
- Grossi, G., Kallio, K. M., Sargiacomo, M., & Skoog, M. (2019). *Accounting, performance management systems and accountability changes in knowledge-intensive public organizations: A literature review and research agenda*. Accounting, Auditing & Accountability Journal.
- Hasson, F., Keeney, S., & Mckenna, H. (2000). *Research guidelines for the Delphi survey technique*. JOURNAL OF ADVANCED NURSING, 32(4), 1008-1015.
- Helms, M.M., Stern, R., (2001). *Exploring the factors that influence employees' perceptions of their organisation's culture*. Journal of Management in Medicine 15, 415–429.
- Herrscher, P., Goepfert, A., (2016). *Implementation of Risk Management in Hospitals, in: Risk Management in Medicine*. Springer, pp. 133–140.
- Huges, Humphrey, (1996). *Clinical Audit in the NHS: using CA in the NHS*. A position statement. Leeds: NHSE.
- Hsu, C. C., & Sandford, B. A. (2007). *The Delphi technique: making sense of consensus*. Practical assessment, research & evaluation, 12(10), 1-8.
- Ittner, C.D., Larcker, D.F., (1997). *Quality strategy, strategic control systems, and organizational performance*. Accounting, Organizations and Society 22, 293–314. doi:10.1016/S0361-3682(96)00035-9
- Jamtvedt, G., Young, J.M., Kristoffersen, D.T., O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Others, (2006). *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev 2.
- Johnston, G., Crombie, I.K., Alder, E.M., Davies, H.T.O., Millard, A., (2000). *Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit*. Quality in health care 9, 23–36.
- Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., & Park, C. G. (2019). *Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: A literature review*. Western journal of nursing research, 41(2), 279-304.

- Jones, C.S., Dewing, I.P., (1997). *The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls*. Financial Accountability & Management 13, 261–280.
- Kaplan, G.S., (2012). *Waste not: The management imperative for Healthcare*. Journal of Healthcare Management 57, 160–166.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: Univ. Press, Chicago.
- Kasiri, L.A., Guan, C., Sambasivan, M., Sidin, S.M., (2017). *Integration of standardization and customization: Impact on service quality, customer satisfaction, and loyalty*. Journal of Retailing and Consumer Services 35, 91–97. doi:10.1016/j.jretconser.2016.11.007
- Kinn, S., (1997). *The relationship between clinical audit and ethics*. Journal of Medical Ethics 23, 250–253.
- Landeta, J. (2006). *Current validity of the Delphi method in social sciences*. Technological forecasting and social change, 73(5), 467-482.
- Laroche, M., Choi, K.-S., Lee, H., Kim, C., Lee, S., (2005). *The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service*. Journal of Services Marketing 19, 140–149.
- Lee, T.A., Alan, P., (1984). *The nature, scope and qualities of auditing*. Current Issues in Auditing, Philip Alan.
- Lega, F., Prenestini, A., Spurgeon, P., (2013). *Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies*. Value in Health 16, S46–S51. doi:10.1016/j.jval.2012.10.004
- Liu, S.S., Amendah, E., En-Chung Chang, Lai Kwan Pei, (2006). *Satisfaction and Value: A Meta-Analysis in the Healthcare Context* 23, 49–73.
- Lohr, K.N., (1991). *Medicare: a strategy for quality assurance*. J Qual Assur 13, 10–13.
- Mitropoulos, P. (2019). *Production and quality performance of healthcare services in EU countries during the economic crisis*. Operational Research, 1-17.
- Murphy-Knoll, L. (2006). *Nurses and the Joint Commission tracer methodology*. Journal of nursing care quality, 21(1), 5-7.
- Mcdermott, C.M., Stock, G.N., Shah, R., (2011). *Relating focus to quality and cost in a healthcare setting*. Operations Management Research 4, 127–137. doi:10.1007/s12063-011-0053-7
- Migliavacca, A., Rainero, C., Puddu, L., (2016). *Aziende, Amministrazione Razionale e Impatto Sociale*, in: AZIENDE NON-PROFIT ETICA E RESPONSABILITÀ SOCIALE. FrancoAngeli, Milano, pp. 7–26.
- Mintzberg, H., Others, (1979). *The structuring of organizations*. Prentice hall Englewood Cliffs, NJ.
- Mosadeghrad, A.M., (2014). *Factors Affecting Medical Service Quality*. Iran J Public Health 43, 210–220.
- Mosadeghrad, A.M., (2012). *A Conceptual Framework for Quality of Care*. Mater Sociomed 24, 251–261. doi:10.5455/msm.2012.24.251-261
- Nabelsi, V., Gagnon, S., (2016). *Information technology strategy for a patient-oriented, lean, and agile integration of hospital pharmacy and medical equipment supply chains*. International Journal of Production Research 1–17.
- Navarro-Espigares, J.L., Torres, E.H., (2011). *Efficiency and quality in health services: A crucial link*. Service Industries Journal 31, 385–403.
- Nolan, T. W. (2000). *System changes to improve patient safety*. Bmj, 320(7237), 771-773.
- Øvretveit, J.A., (1993). *Auditing and Awards for Service Quality*. International Journal of Service Industry Management 4, 74–84.
- Oakland, J. S. (2014). *Total quality management and operational excellence: text with cases*. Routledge.
- Papaioannou, D., Sutton, A., Carroll, C., Booth, A., & Wong, R. (2010). *Literature searching for social science systematic reviews: consideration of a range of search techniques*. Health Information & Libraries Journal, 27(2), 114-122.

- Palmrose, Z.-V., (1988). An Analysis of Auditor Litigation and Audit Service Quality. *The Accounting Review* 63, 55–73.
- Patel, K., Rushefsky, M.E., (1999). *Health care politics and policy in America*. ME Sharpe.
- Powell, C. (2003). *The Delphi technique: myths and realities*. *Journal of advanced nursing*, 41(4), 376-382.
- Powell, B. J., Fernandez, M. E., Williams, N. J., Aarons, G. A., Beidas, R. S., Lewis, C. C., ... & Weiner, B. J. (2019). *Enhancing the impact of implementation strategies in healthcare: a research agenda*. *Frontiers in public health*, 7, 3.
- Puddu, L., (2011). *Elementi essenziali per la predisposizione e la certificazione del bilancio delle aziende sanitarie*. Giuffrè Editore, Torino.
- Rainero, C., Brescia, V., & Cataldo, A. (2019). *La formazione manageriale in sanità. Nuovi strumenti e modelli tra governance e politiche*. *Economia Aziendale Online*, 10(2), 235-256.
- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. F., & Rubin, R. M. (2004). *Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries*. *Health policy*, 69(1), 55-72.
- Roberts, C., Wilkinson, T. J., Norcini, J., Patterson, F., & Hodges, B. D. (2019). *The intersection of assessment, selection and professionalism in the service of patient care*. *Medical teacher*, 41(3), 243-248.
- Rowe, R., & Calnan, M. (2006). *Trust relations in health care—the new agenda*. *The European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2019). *Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration*. *Journal of interprofessional care*, 1-11.
- Scott, C., Westbrook, R., (1991). *New strategic tools for supply chain management*. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management* 21, 23–33.
- Shaw, C.D., (2000). *External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries*. *International journal for quality in health care* 12, 169–175.
- Shaw, C.D., (1980). *Aspects of audit*. 1. The background. *Br Med J* 280, 1256–1258.
- Shockley, R.A., Holt, R.N., (1983). *A behavioral investigation of supplier differentiation in the market for audit services*. *Journal of Accounting Research* 545–564.
- Spano, F.M., Tradori, V., (2015). *Sistemi di auditing e controllo nelle organizzazioni sanitarie*. RIREA.
- Talib, F., Asjad, M., Attri, R., Siddiquee, A. N., & Khan, Z. A. (2019). *Ranking model of total quality management enablers in healthcare establishments using the best-worst method*. *The TQM Journal*.
- Torkzad, A., & Beheshtinia, M. A. (2019). *Evaluating and prioritizing hospital service quality*. *International journal of health care quality assurance*, 32(2), 332-346.
- Wisdom, J. P., Knapik, S., Holley, M. W., Van Bramer, J., Sederer, L. I., & Esock, S. M. (2012). *Best practices: New York's outpatient mental health clinic licensing reform: using tracer methodology to improve service quality*. *Psychiatric Services*, 63(5), 418-420.
- Tricker, R., (2016). *ISO 9001: 2015 in Brief*. Routledge.
- Weaver, C.A., Ball, M.J., Kim, G.R., Kiel, J.M., Others, (2016). *Healthcare information management systems*. Cham: Springer International Publishing.
- Wendt, C. (2009). *Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare*. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432-445.
- Winslow, R. R., Skripsky, S., & Kelly, S. L. (2016). Not just for citations: Assessing Zotero while reassessing research. *Information literacy: Research and collaboration across disciplines*. Fort Collins, CO: WAC Clearinghouse and University Press of Colorado, 299-316.
- Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). *The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units*. *Medical care*, 45(10), 997-1002.