

**L'AUDIT ORGANIZZATIVO NEI SERVIZI SANITARI**

**Stefania de Simone**

Università di Napoli "Federico II"

## **1. SCELTE TEORICHE E METODOLOGICHE**

Il processo di “aziendalizzazione” delle strutture sanitarie, avviato con il decreto legislativo 502/1992, ha causato il venire meno dell’ambiente istituzionale protetto in cui tradizionalmente operavano le aziende sanitarie pubbliche. In particolare, l’apertura del settore verso logiche di competizione richiede a tali strutture una crescente attenzione verso quegli aspetti organizzativi e gestionali che possono assicurare un vantaggio competitivo perdurante. Attribuendo autonomia strategica, patrimoniale e organizzativa alle aziende sanitarie si è, di fatto, riconosciuto il primato della dimensione aziendale e delle scelte operate a livello locale nel governo delle risorse e nella gestione dei processi di produzione ed erogazione. Ciò implica la necessità di modificare il modello gestionale delle strutture sanitarie, passando da logiche burocratiche, fondate sul rispetto delle norme e sulla legittimità degli atti, a logiche manageriali focalizzate sul rapporto risultati conseguiti e risorse consumate a tal scopo, tipiche dell’impresa privata. Si pone il quesito di fondo di come gestire la “autonomia organizzativa” delle aziende sanitarie e far coesistere la logica istituzionale, regolata dalle norme e dalle caratteristiche degli organi preposti alle funzioni di indirizzo e controllo delle strutture sanitarie, con la logica aziendale che ha alla sua base un principio di razionalità economica finalizzato alla ricerca di un equilibrio fra bisogni da soddisfare e risorse disponibili. Il perseguimento dei fini istituzionali dipende non solo dalla bontà degli equilibri dell’assetto del Sistema Sanitario Nazionale, ma anche dalle scelte compiute nelle singole realtà locali dai vertici direttamente responsabilizzati sui risultati raggiunti. Già la precedente riforma del 1978 aveva individuato nelle Unità Sanitarie Locali le unità elementari del sistema, quelle a diretto contatto con il cittadino,

ma si trattava di una centralità puramente operativa senza implicazioni strategiche e organizzative (Tanese, 1999).

L'approccio teorico che studia l'organizzazione come il risultato dell'adattamento della stessa all'ambiente istituzionale è l'istituzionalismo; pur riconoscendo l'esistenza nelle organizzazioni di un insieme di soggetti razionalmente orientati a uno scopo, gli istituzionalisti sostengono che le istituzioni esistenti, attraverso le proprie regole, limitano l'insieme delle alternative di comportamento effettivamente adottabili (Camuffo e Cappellari, 1996). L'osservazione che le caratteristiche dell'ambiente influenzano le caratteristiche dell'organizzazione non è certo nuova per la teoria organizzativa, ma l'impostazione istituzionale rivaluta un ulteriore importante elemento dell'ambiente: l'insieme di regole, ruoli, convincimenti in grado di influenzare le strutture organizzative indipendentemente da flussi di risorse ed esigenze di natura tecnica. Si tratta di una componente dell'ambiente che agisce in modo sottile, penetrando nell'organizzazione e "creando le lenti attraverso cui gli attori vedono il mondo" (Powell e Di Maggio, 1991, pag.13). La teoria istituzionalista suggerisce che, nella scelta tra le alternative di azione, i soggetti prediligono quella più conforme a una norma di comportamento, indipendentemente dalla sua convenienza, e le organizzazioni spesso creano strutture unicamente per la finalità di apparire legittime nei confronti di influenti soggetti esterni (Scott, 1987). Nelle organizzazioni sanitarie, tali soggetti sono rappresentati dal Ministero, dalle Regioni, dagli utenti, dalle associazioni professionali e da altre aziende sanitarie che, assumendo comportamenti coerenti con le proprie finalità istituzionali, rappresentano le forze esterne che influiscono sul perseguimento delle condizioni di economicità delle stesse (Ruffini, 1998). Le organizzazioni sanitarie possono affrontare le pressioni istituzionali conformandosi agli standard normativi

definiti da organi esterni (isomorfismo normativo) (Di Maggio e Powell, 1983); ciò significa che le organizzazioni possono essere spinte ad adottare una serie di strumenti di valutazione non tanto per migliorare la loro performance, quanto perché prevedono che lo Stato e le Regioni stabiliranno regole di allocazione delle risorse tali da favorire chi è in possesso di strumenti gestionali evoluti. Inoltre, i pazienti, gli organismi di finanziamento e gli operatori potranno percepire l'introduzione di metodi di valutazione come un segnale che si tratti di un'organizzazione di qualità (Proenca, 1995). In quest'ottica, s'intende presentare uno strumento di valutazione utilizzato in Francia per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria al fine di discutere alcuni fattori di difficoltà alla sua introduzione efficace nelle organizzazioni sanitarie. Nel corso di alcune settimane trascorse presso la rianimazione medica dell'ospedale universitario *Henri Mondor* di Parigi (*Assistance-Publique*) diretta dal Prof. *François Lemaire*, ho effettuato interessanti interviste al presidente di un gruppo di ricerca sulla valutazione delle strutture sanitarie (*group de recherche sur l'audit à l'hôpital*), ad esperti di metodologia, al responsabile dell'Unità di Valutazione e di Qualità e al responsabile della Direzione Politica Medica dell'*Assistance- Publique*. Tali interviste sono state finalizzate a conoscere, in primo luogo, la metodologia adottata dal gruppo di ricerca sull'*audit* per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria e, in secondo luogo, a comprendere come alcune difficoltà esistenti in Italia, per l'introduzione di strumenti di valutazione, sono state risolte in alcuni centri francesi. Le interviste sono state realizzate con l'aiuto di un questionario incentrato sulle finalità e sulle modalità di svolgimento dell'*audit*, sugli "attori" coinvolti e sui fattori di difficoltà. Altre interviste sono state effettuate sia a professionisti sanitari appartenenti all'unità di rianimazione dell'ospedale *Henri Mondor*, in cui si applica sistematicamente l'*audit*, sia a medici e

caposala di alcune rianimazioni di ospedali universitari dell'Italia Meridionale. Tali interviste sono state utili per comprendere i differenti punti di vista dei professionisti sanitari, italiani e francesi, sulla possibilità di realizzare un percorso di valutazione in una realtà complessa, come quella della rianimazione. La scelta di trascorrere alcune settimane presso l'ospedale *Henri Mondor* di Parigi, uno dei più grandi e conosciuti ospedali europei, trae origine dall'esistenza presso tale struttura di una lunga tradizione di studi sulla valutazione; la scelta della rianimazione come oggetto di analisi deriva dall'interesse che riveste tale unità per gli studiosi di organizzazione aziendale, trattandosi di un'unità organizzativa complessa che richiede l'utilizzo di differenti conoscenze professionali e di tecnologie avanzate per gestire i pazienti critici.

## **2. L'APPLICAZIONE DELL'AUDIT ORGANIZZATIVO NELLE RIANIMAZIONI FRANCESI**

L'*audit organizzativo* è un esame sistematico delle attività di un servizio, di un dipartimento o di un'intera struttura finalizzato a valutare la struttura organizzativa, le risorse e i processi. È uno strumento di controllo interno che permette di analizzare il funzionamento di uno o più servizi, di evidenziare le disfunzioni e di verificare se l'applicazione delle procedure è conforme alle disposizioni legislative. Un gruppo di ricerca sulla valutazione delle strutture sanitarie (*group de recherche sur l'audit à l'hôpital* – GRAH -) si è creato a Parigi alla fine del 1994, dopo tre esperienze di *audit* (non basate su un metodo rigoroso) effettuate tra il '93 e il '94 nelle unità di rianimazione degli ospedali francesi d'*Evry*, d'*Argenteuil* e di *Gustave Roussy* e tenuto conto dell'interesse riscontrato in tali unità. Il GRAH è un'associazione regolata dalla legge sulla riforma ospedaliera del 1991 e costituita da medici rianimatori, responsabili

infermieristici, responsabili della direzione ospedaliera ed esperti di valutazione (Tenailon et les membres du GRAH, 1998). I membri del GRAH, per cercare di definire i requisiti di un servizio di rianimazione, hanno messo a punto un questionario, o *référentiel*, che comporta più di 1000 *item* ripartiti in nove capitoli (generalità amministrative, organizzazione del servizio, locali, materiali e consumo, risorse umane, cure, etica e diritti dei pazienti, didattica, ricerca clinica). Il questionario è stato definito con riferimento alle disposizioni di legge e ai documenti disponibili (testi legislativi e conferenze di consenso) e, in assenza di tali riferimenti, in base alle competenze e alle esperienze dei differenti membri del GRAH. Per ogni *item* individuato, gli esperti hanno definito un requisito di qualità per un servizio di rianimazione. Sono stati elaborati questionari semplici di circa dodici *item* per valutare la soddisfazione del personale, dei clienti interni della rianimazione (servizi medici, tecnici e amministrativi) e delle famiglie dei pazienti. La realizzazione di *audit* organizzativi mira a standardizzare l'organizzazione delle unità di rianimazione ai fini di migliorare la qualità delle cure e di rispondere agli obblighi di valutazione previsti dalla regolazione legislativa. Un fattore di spinta all'introduzione di strumenti di valutazione nelle aziende sanitarie è rappresentato dalle procedure di accreditamento, che richiedono l'adeguamento delle strutture sanitarie ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle disposizioni legislative.

## **2.1 Metodologia dell'*audit* organizzativo**

La metodologia si basa su un percorso volontario del responsabile dell'unità di rianimazione e del direttore dell'ospedale i quali desiderano analizzare e valutare il funzionamento dell'unità. La richiesta di *audit* è formulata congiuntamente dal direttore

dell'ospedale e dal direttore del servizio. Due mesi prima del sopralluogo presso l'unità oggetto di analisi s'invisano i seguenti questionari: un questionario di autovalutazione, che deve essere compilato dal direttore del servizio e dal responsabile infermieristico; un questionario di soddisfazione per il personale del servizio; un questionario di soddisfazione per i "clienti interni" della rianimazione; e un questionario di soddisfazione per i pazienti e per le loro famiglie. Il sopralluogo rappresenta una fase essenziale della missione di *audit* poiché permette di verificare l'attendibilità delle informazioni ottenute e di raccogliere ulteriori informazioni. Durante la visita, che si svolge nell'arco di tempo che va dalle 48 alle 72 ore secondo la dimensione dell'ospedale e/o di quella dell'unità di rianimazione, s'intervistano gli "attori" del servizio, si analizza la conformità delle attività cliniche alle disposizioni legislative, si controlla la sicurezza, si verifica lo stato dei locali e delle attrezzature e si valuta l'organizzazione globale. Due mesi dopo la visita, il gruppo di valutazione invia al direttore del servizio e al direttore dell'ospedale il rapporto finale. Tale rapporto rappresenta il compimento del percorso di valutazione e comporta, oltre alla descrizione metodologica, l'analisi dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione, l'individuazione delle cause e delle conseguenze delle disfunzioni, in particolare in materia di rischi, e l'elaborazione di alcune proposte. Un anno dopo la visita è previsto un ritorno di un membro del gruppo di valutazione presso l'unità per valutare l'efficacia dell'*audit*.

### **3.ESPERIENZA FRANCESE**

Il responsabile dell'Unità di Valutazione e Qualità dell'*Assistance-Publique* di Parigi sottolinea, durante un'intervista, che l'*audit* organizzativo costituisce un primo passo

per introdurre un percorso di valutazione, per analizzare le disfunzioni organizzative presenti in un servizio e per migliorare l'organizzazione e la qualità dell'assistenza sanitaria.

La “*réanimation médicale*” di *Mondor* stupisce per l'impeccabile assetto organizzativo; per quel che concerne l'assistenza, la continuità delle cure è assicurata da un personale specializzato unicamente in rianimazione (in Italia il rianimatore è anche anestesista) e non soggetto a turnover; la documentazione clinica del paziente, che sottrae tempo ad un turno assistenziale di un rianimatore italiano, a *Mondor*, viene registrata dai medici su cassetta e un segretario amministrativo provvede alla compilazione del materiale cartaceo (storia clinica, cartella clinica e diaria di terapia). Questo migliore assetto organizzativo snellisce il carico assistenziale e, di conseguenza, permette ai medici universitari di dedicare più tempo all'attività scientifica. Nella rianimazione di *Mondor* è applicata sistematicamente la metodologia di *audit* e, dall'analisi dei risultati, emerge una buona organizzazione del lavoro e un'elevata qualità delle cure erogate. È presente una forte motivazione dell'*équipe* sanitaria e parasanitaria, una sensibilizzazione diffusa a tutti i livelli gerarchici alle politiche di qualità, una partecipazione ai lavori di ricerca clinica sia dei medici che degli infermieri. Risalta la formalizzazione dei compiti e delle responsabilità delle differenti figure professionali; esistono protocolli scritti di cure mediche ed infermieristiche e due pomeriggi alla settimana tutto lo staff si riunisce per valutare le attività quotidiane, le politiche di reclutamento dei pazienti e discutere eventuali modifiche dei protocolli di terapia. Inoltre, se è vero che l'obiettivo principale dell'*équipe* di rianimazione resta il miglioramento dello stato di salute dei pazienti, molta attenzione è dedicata all'informazione, al confort psichico e fisico e all'accoglienza dei familiari. Durante la visita presso tale unità, risalta un'adeguata



distribuzione e ampiezza dei locali con il rispetto di uno spazio adatto al malato di rianimazione. È presente un'accurata formazione all'arrivo di nuovo personale infermieristico ed i compiti svolti da tale personale tengono conto delle responsabilità definite dai testi ministeriali. *Nadine Soubrier*, la caposala del servizio suddetto, racconta che ogni infermiere professionale all'arrivo nel servizio effettua un periodo di formazione supplementare di sei settimane e riceve un dossier concernente i testi di legge che definiscono le funzioni, i diritti, i doveri, i principi dell'organizzazione e della gestione del servizio (studia perfino i comportamenti da adottare secondo le differenti religioni nei confronti delle famiglie in caso di decesso di un paziente).

In effetti, però, l'elevato livello qualitativo osservato in questa rianimazione, che fa parte di un grande ospedale a carattere universitario, non è la norma in Francia. *Alain Tenaillon*, presidente dal 1994 del gruppo di ricerca sulla valutazione delle strutture sanitarie francesi, riferisce che in alcune unità di rianimazione di ospedali francesi, così come emerso dai risultati di quattro *audit* realizzati nell'anno universitario 1996/97, sono presenti problematiche organizzative che, a mio avviso, poco si discostano da quelle esistenti in molte rianimazioni italiane. La responsabile della direzione *Politique Medicale* di *Mondor* evidenzia come molti professionisti sanitari che detengono una fetta di potere non trovano una motivazione chiara ad impegnarsi nel percorso di qualità. Il compimento di un tale percorso impone l'adozione di uno stile di gestione "partecipativo", il coinvolgimento di tutti i livelli gerarchici ed esige un investimento enorme, costante e a lungo termine da parte del direttore dell'ospedale e della sua *équipe*. Il direttore generale ha difficoltà ad esercitare la leadership per coinvolgere i medici poiché essi mostrano una certa resistenza. I responsabili infermieristici, per non opporsi alle richieste di informazioni da parte dell'amministrazione e per paura che il

proprio lavoro venga controllato, filtrano le informazioni invalidando parzialmente il contenuto dei documenti. Il problema è che i principi di qualità sono talvolta estranei alla cultura organizzativa attuale del personale medico e infermieristico.

#### **4. FATTORI DI DIFFICOLTA' ALL'INTRODUZIONE DI STRUMENTI DI QUALITA' NELLE RIANIMAZIONI ITALIANE**

In Italia ogni ospedale dovrebbe essere dotato di un servizio di rianimazione in grado di gestire il paziente critico. Il numero e la dimensione di tali servizi dovrebbero dipendere dalle dimensioni e dalle attività specialistiche del singolo ospedale al fine di poter far fronte alle necessità del relativo bacino di utenza. In realtà, i centri di rianimazione distribuiti su tutto il territorio nazionale sono di numero limitato, sono presenti soltanto in pochi ospedali e, talvolta, hanno un numero di posti letto esiguo rispetto ai posti letto dell'ospedale di cui fanno parte. In Italia meridionale, ad esempio, a Napoli e a Bari nei due Policlinici Universitari rispetto ad un'utenza di circa 1200/1700 posti letto, ciascuna rianimazione è caratterizzata da solo diciotto posti letto, di cui otto intensivi (di primo livello) e circa dieci subintensivi (di secondo livello) (Apolone, 1996). In Italia una terapia intensiva è inserita all'interno di un Dipartimento di Anestesia e Rianimazione (DAR), dove lo stesso personale medico ed infermieristico, talvolta in numero insufficiente, esplica frequentemente differenti attività che si rivolgono a diversi ambiti assistenziali. Numerosi sembrano i casi in cui il personale sanitario di un DAR, oltre ad occuparsi della propria terapia intensiva, gestisce un ambulatorio (terapia del dolore, camera iperbarica), garantisce il servizio di anestesia nelle sale operatorie, interviene in situazioni di emergenza (Pronto soccorso), assiste l'esecuzione di procedure diagnostiche complesse, è chiamato ad esprimere pareri presso altri reparti. Ciò genera

una notevole complessità organizzativa, una forte integrazione con gli altri servizi dell'ospedale e una difficoltà a procedere ad un'analisi dei costi. In un reparto caratterizzato da un'elevata conflittualità interna, sembra difficile l'introduzione di un percorso di qualità. Nel corso di alcune interviste effettuate ad alcuni medici rianimatori e caposala di ospedali universitari dell'Italia meridionale sono emersi alcuni fattori che, a mio avviso, ostacolano l'introduzione di strumenti di qualità nelle rianimazioni italiane.

Le unità di rianimazione possono essere definite "burocrazie professionali" in cui convivono due logiche gerarchiche, quella professionale e quella manageriale. Vi sono da una parte i professionisti (in particolare i medici) i quali godono di un'ampia autonomia operativa al punto da sottrarsi, almeno in parte, al controllo del top management e dall'altra gli altri membri dell'organizzazione dipendenti dalla gerarchia amministrativa. A ciò si aggiunga la presenza di barriere tra i gruppi professionali di differenti unità operative storicamente orientati secondo le specialità cliniche e non secondo le esigenze del paziente. Tale situazione ostacola la creazione di una cultura basata su uno stile di gestione "partecipativo" e orientato alla soddisfazione del cliente, fondamento essenziale di un programma di qualità. La cultura di valutazione dei professionisti sanitari in Italia è ancora limitata, soprattutto per ciò che concerne il personale infermieristico. Manca una formalizzazione scritta dei compiti e delle responsabilità delle differenti figure professionali, dei protocolli di cure mediche ed infermieristiche, delle politiche di reclutamento dei pazienti. La mancanza di un inventario completo del materiale utilizzato rende difficile effettuare una valutazione dei costi ed un piano sistematico di rinnovamento. La valutazione della soddisfazione del personale e delle famiglie non è realizzata in modo sistematica. Per ciò che concerne la

distribuzione e l'ampiezza dei locali della terapia intensiva, le camere sono troppo piccole e non tengono conto della caratteristica particolare del malato di rianimazione.

Altri fattori di difficoltà all'introduzione di strumenti di qualità sono la mancanza di "integrazione verticale" nel programma di qualità, che deriva da uno scarso coinvolgimento dei manager nelle attività di valutazione, e la mancanza di "integrazione orizzontale", che risulta da una assenza di cooperazione tra le differenti unità operative nei programmi di qualità. Gli anestesisti rianimatori hanno difficoltà a considerare gli altri servizi (medici, tecnici e amministrativi) come "clienti interni". Il miglioramento continuo della qualità è ancora poco attuato nelle rianimazioni italiane e pochi sono i lavori scientifici sull'organizzazione di tali unità e sulla validità degli indicatori di qualità. Molto ancora si dovrà fare sia per cercare di risolvere i suindicati problemi organizzativi che non potranno mai consentire l'attuazione di un qualsivoglia strumento di qualità sia per trasmettere una cultura di valutazione al personale sanitario e parasanitario tale da mettersi al passo con alcune realtà europee presenti in Gran Bretagna e in Francia.

## **5. ESPERIENZE A CONFRONTO: ALCUNE RIFLESSIONI**

Nella rianimazione di *Mondor*, dove è applicato in modo sistematico un programma di controllo di qualità, l'*équipe* medica e paramedica ha acquisito una cultura di valutazione che permette di accettarlo ed affrontarlo adeguatamente. All'interno del reparto la soddisfazione dei bisogni del paziente è un obiettivo importante, il coordinamento tra lo staff e le relazioni inter-professionali sono soddisfacenti, la responsabilizzazione del personale è acquisita ed esiste un gruppo di rianimazione che svolge il suo ruolo.

L'introduzione di un percorso di miglioramento, invece, sembrerebbe più difficile in una realtà, come quella dell'Italia meridionale, in cui sono presenti problematiche organizzative che rallentano la sua realizzazione. Ritengo che la mancanza di una adeguata organizzazione del servizio, la carenza di personale, la distribuzione non equa del personale stesso, l'inadeguata localizzazione dei servizi di supporto alla rianimazione (radiologia, servizio di analisi), l'oneroso carico assistenziale e burocratico siano le difficoltà maggiori alla realizzazione di un percorso di valutazione. Non si può pensare ad implementare un *audit* in una rianimazione in cui il personale medico, oltre a preoccuparsi dei problemi clinici dei pazienti, deve interessarsi a risolvere i problemi organizzativi; spesso i pazienti sono in esubero rispetto ai posti letto ed il numero degli infermieri è limitato rispetto alle necessità dei pazienti.

Un ulteriore ostacolo all'applicazione di un programma di qualità è di natura culturale. È difficile realizzare un tale programma quando l'ambiente interno è ostile e vi è una resistenza dei medici a sottoporsi a valutazioni di qualsiasi tipo, così come ad accettare l'idea di dover riconoscere l'inadeguatezza dei propri metodi di lavoro. *Isabelle Durand*, responsabile dell'Unità di Valutazione e di Qualità dell'ospedale *Henri Mondor*, sottolinea che alcune difficoltà all'introduzione di strumenti di qualità nelle organizzazioni sanitarie italiane si riscontrano anche in molte strutture sanitarie francesi. L'implementazione di un progetto di miglioramento richiede un cambiamento delle relazioni tradizionali all'interno dell'unità di cura. Nelle aziende sanitarie coesistono differenti gruppi professionali interdipendenti, ciascuno dei quali si preoccupa di mantenere il suo controllo su particolari aspetti del processo di erogazione dell'assistenza sanitaria. Ciò si riflette nelle culture separate che ogni gruppo ha sviluppato e nelle posizioni distinte che infermieri e medici occupano nel reparto di

appartenenza e nell'ambito dell'ospedale. Le relazioni tra i professionisti e tra questi ultimi e la direzione aziendale continuano ad essere strutturate in modo tradizionale al fine di tutelare la loro autonomia. L'organizzazione sanitaria può, quindi, essere interpretata come un insieme di clan, ognuno dei quali si preoccupa di mantenere il suo dominio clinico. Le regole che governano le relazioni all'interno di una stessa specialità danno enfasi a valori, come la lealtà e la fiducia, che rafforzano l'affiliazione dello specialista al clan (Degeling and Carnegie, 1995). Tuttavia, come sottolinea un medico rianimatore di un ospedale universitario dell'Italia meridionale, anche nell'ambito di una stessa specialità, le relazioni tra i professionisti sono difficili anche perché i medici sono integrati in modo differente nell'organizzazione di un'azienda ospedaliera; i medici a tempo pieno e alcuni medici universitari si identificano con l'azienda, altri come i convenzionati sono "contrattisti" indipendenti e la loro relazione con l'azienda ha una dimensione commerciale e per molti è ristretta alle materie che riguardano i loro propri interessi. Tali fattori spiegano, almeno in parte, la difficoltà di definire gli standard per le attività cliniche nell'ambito di una stessa specialità.

In termini concettuali il problema che si incontra nelle aziende sanitarie è quello di individuare il punto di equilibrio tra l'elevata specializzazione orizzontale, derivante dalla sempre maggiore necessità di specializzazione da parte dei medici, e la necessità di focalizzazione degli sforzi sul soggetto a cui vengono erogate le prestazioni. Il problema consiste nell'individuare modalità ottimali di erogazione/accesso dei servizi forniti all'utente finale e, dunque, porsi nella logica dell'integrazione dei servizi rispetto all'utente. La sfida organizzativa sembra essere la ricomposizione del processo, attraverso il superamento della specializzazione funzionale e attraverso lo sviluppo di

sistemi di responsabilizzazione economica dei singoli professionisti e di coordinamento delle attività aziendali.

## 6. CONCLUSIONI

L'obiettivo finale dell'*audit* consiste nel miglioramento della qualità delle cure erogate, anche se è difficile poter stabilire una relazione tra la qualità dell'organizzazione di una struttura sanitaria e la performance clinica. Uno studio effettuato negli Stati Uniti in nove unità di rianimazione non ha trovato correlazione tra la qualità dell'organizzazione valutata da un *audit* e la qualità delle cure valutata da due indicatori di risultato (un rapporto che compara la mortalità effettiva alla mortalità teorica calcolata per un gruppo omogeneo di pazienti ed un rapporto che compara la durata effettiva di soggiorno alla durata teorica) (Zimmerman, Shortell, Rousseau *et alii*, 1993). *Alexandra Fourcade*, responsabile dell'Unità di Valutazione e di Qualità di *Mondor*, sottolinea, nella sua esperienza di *audit*, che la ricerca dell'efficacia organizzativa fa sperare in un miglioramento della qualità delle cure ma non assicura la qualità dei risultati.

L'*audit* organizzativo sembra essere un primo passo per introdurre un percorso di valutazione in una struttura sanitaria e per creare un'organizzazione focalizzata sui bisogni. La sfida organizzativa è quella di creare all'interno dei "confini" dell'organizzazione una rete di unità altamente professionali, autonome nella gestione dell'utente e "sinergiche" nell'utilizzo delle tecnologie. L'*audit* organizzativo può contribuire al processo di cambiamento culturale che consiste nel far metabolizzare alle strutture operative la cultura del servizio (Normann, 1985), che implica la collocazione dell'utenza al centro del sistema organizzativo, la cultura della qualità e la cultura del valore prodotto e trasferito all'utenza in contrapposizione alla funzione svolta.

## **BIBLIOGRAFIA**

Apolone, G. 1996. GIVITI Un gruppo per la Terapia Intensiva. Torino. Minerva Medica.

Camuffo, A. e Cappellari, R. 1996. Le teorie neoistituzionaliste. In Costa, G. e Nacamulli, C.D. (a cura di) Manuale di Organizzazione Aziendale volume 4 Le teorie dell'organizzazione.: 279-296. Torino, Utet.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, Riordino della disciplina in materia sanitaria. Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992 n. 305.

Degeling, P. and Carnegie, M. 1995. Structural Impediments to TQM in Australian Health Care. *Quality Management in Health Care*, 3 (4): 54-61.

Di Maggio, P.J. Powell, W.W. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48: 147-160.

Normann, R. 1985. La gestione strategica dei servizi. Milano. Etas Libri.

Powell, W.W. Di Maggio, P.J. 1991. The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago. University of Chicago Press.

Proenca, E.J. 1995. Why Outcomes Management Doesn't (Always) Work: An Organizational Perspective. *Quality Management in Health Care*, 3 (4): 1-9.

Ruffini, R. 1998. La sanità. In Costa, G. e Nacamulli, R.C.D. (a cura di) Manuale di Organizzazione Aziendale Volume 4 Le tipologie aziendali.: 393-419. Torino, Utet.

Scott, W.R. 1987. The Adolescence of Institutional Theory. *Administrative Science Quarterly*, 32: 493-511.



Tenaillon, A. et les membres du GRAH. 1998. Expérience d'audit en réanimation. In *Actualité en réanimation et urgences*. Paris. Arnette.

Tanese, A. 1999. Sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie. *Mecosan*, 29: 45-61.

Zimmerman, J.E. Shortell, S.M. Rousseau, D.M. *et alii*. 1993. Improving intensive care: observations based on organisational studies in nine intensive care units: A perspective, multicenter study. *Critical Care Medicine*, 21: 1443-1451.