

Modelli organizzativi in sanità: i costi della qualità e della non qualità in un reparto di malattie infettive e tropicali

Paolo Sacchi¹, Savino Patruno¹, Roberto Aimi², Paolo Lago²,
Pietro Previtali³, Maurizio Ettore Maccarini³

¹Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Dipartimento Malattie Infettive;

²Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Struttura Ingegneria Clinica;

³Università degli Studi di Pavia, Facoltà di Economia

Introduzione

I modelli organizzativi in Sanità

Un modello organizzativo è costituito dagli elementi di base della progettazione organizzativa che sono scelti in modo da raggiungere un'armonia o una coerenza interna e nel contempo anche una coerenza di fondo con la situazione dell'azienda ospedaliera: la dimensione, l'età, il tipo di ambiente nel quale opera, il sistema tecnico che impiega, e così via (1-3). Questo tipo di approccio - definito in letteratura "contingency" (4-6) - presuppone che non vi sia a priori un modo migliore di progettare un sistema organizzativo, ma che vi debba essere una combinazione fra diverse variabili, che vanno dalla strategia alla pianificazione degli obiettivi, dalla tecnologia alla progettazione dei compiti, dei meccanismi di coordinamento e di gestione del personale e ai sistemi informativi (7-9). Secondo questa teoria organizzativa il concetto di qualità deve essere interpretato in una visione più ampia di generale coerenza organizzativa.

L'approccio contingente enfatizza dunque il concetto di situazione, di contesto, perché la configurazione delle variabili del sistema organizza-

tivo dipende dal livello di coerenza tra queste e le dimensioni di contesto (10). Facendo riferimento all'assetto organizzativo si identificano tre tipologie di variabili organizzative:

- la struttura, sia a livello macro che micro;
- i meccanismi/sistemi operativi, che concernono i processi di programmazione e controllo, di comunicazione, di coordinamento, i sistemi informativi ed i sistemi di gestione del personale;
- il potere organizzativo, ed in particolare i modi e le forme con cui esso si distribuisce nei vari punti della struttura ed orienta la gestione dei meccanismi operativi.

L'approccio contingente porta a far coincidere due esigenze: quella di cercare la coerenza tra assetto organizzativo, ambiente e le altre dimensioni contestuali e contemporaneamente la sinergia e complementarità tra le singole variabili dell'assetto organizzativo stesso. Il risultato prodotto dal sistema organizzativo, infatti, non dipende tanto dal comportamento di una sua singola componente slegata da tutti gli altri, quanto piuttosto dalle interazioni che avvengono tra tutte le variabili del sistema (11, 12).

In sintesi, un'azienda - ospedaliera e non - è dunque ben organizzata quando le tre tipologie di variabili organizzative (struttura, meccanismi, potere) sono tra loro coerenti. Questa è però una condizione necessaria ma non sufficiente per l'efficacia organizzativa: l'azienda sarà ben progettata quando le variabili organizzative non solo sono ben progettate e tra loro coerenti ma lo sono anche con l'ambiente esterno e le altre dimensioni contestuali (13, 14).

Indirizzo per la corrispondenza:

Paolo Sacchi
Dipartimento Malattie Infettive
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Università di Pavia
Piazzale Golgi, 19 - 27100 Pavia
E-mail: p.sacchi@smatteo.pv.it

Considerando nello specifico un'azienda ospedaliera, secondo questa impostazione non sarà possibile semplicemente redigere una *check list* di procedure e di controlli o nominare semplicemente un organismo di controllo per poter affermare che l'azienda ha predisposto quanto possibile per raggiungere un "modello organizzativo di qualità". Dovrà, compatibilmente con i fattori contingenti, dimostrare di avere un sistema di progettazione delle posizioni, della macrostruttura, dei meccanismi di coordinamento e del sistema decisionale coerente, e dovrà modificarsi al variare delle condizioni situazionali e dei conseguenti adattamenti delle variabili interne (15).

D'altro lato, anche le variazioni nei fattori contingenti possono determinare adattamenti nell'impostazione delle variabili organizzative: al crescere della dimensione aziendale si sviluppa una maggiore formalizzazione del comportamento (16, 17). Ma questo costituisce solo un enunciato teorico che deve essere poi concretizzato. In sostanza, a quale livello dimensionale ci si deve attendere un livello di burocratizzazione sistematico, tale da contribuire al conseguimento di elevati livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni? E l'impiego di protocolli costituisce l'unico modo di affrontare il problema, indipendentemente dalla dimensione, o l'azione sulla cultura organizzativa può portare a maggior efficacia?

Da un punto di vista organizzativo, sono questi i problemi che devono essere affrontati in tema di qualità aziendale: non è sufficiente aver adottato procedure formali e protocolli di comportamento, ancorché ben congegnati, se avulsi dal sistema in cui sono applicati. La teoria contingency pone con forza la necessità di contestualizzare - situazione per situazione, ospedale da ospedale - il modello organizzativo di riferimento (18-21).

La qualità ed i sistemi di gestione in Sanità. Strumento applicativo dei modelli organizzativi

Nell'accezione più recente dell'Istituto di Medicina statunitense la qualità in ambiente sanitario consiste nel grado con il quale una organizzazione sanitaria aumenta la probabilità di ottenere il risul-

tato di salute atteso ed è coerente con le conoscenze mediche correnti; associando i requisiti di risultato (outcomes) all'appropriatezza della procedure impiegate.

Il concetto di qualità in medicina è quindi multidimensionale e si articola su diversi livelli. Esistono quindi:

- una qualità percepita riguardante gli aspetti funzionali ed espressivi (22);
- una qualità strutturale riguardante non solo l'adeguatezza degli spazi e dei servizi di accoglienza e tecnici, ma anche le capacità del personale;
- una qualità tecnica o strumentale attinente la cosiddetta qualità progettata;
- una qualità relazionale o organizzativa che razionalizza le interazioni fra la struttura e colui che usufruisce del servizio sia nel caso in cui la richiesta provenga dall'interno della struttura (cliente interno) che dall'esterno, cioè dal paziente, dal medico di famiglia o da un'altra organizzazione (ASL; Servizio sanitario regionale);
- una qualità della gestione, che impegna a verificare l'appropriatezza dell'azione rispetto ai fini da conseguire.

Anche la valutazione avviene a vari livelli, dalla cura fornita dal singolo medico ed infermiere, all'insieme dei servizi forniti da una organizzazione o da un piano sanitario.

Da un punto di vista tecnico, le informazioni in base a cui può essere valutata la qualità delle cure provengono da tre livelli di analisi: le strutture, i processi, i risultati.

Le strutture rappresentano l'ambiente nel quale le cure sono fornite e comprendono locali, attrezzature tecniche, dotazione e qualificazione del personale.

I processi sono l'insieme delle attività diagnostiche, terapeutiche che sono erogate a favore del paziente.

I risultati rappresentano gli effetti positivi o talora negativi delle cure fornite.

La globalità del risultato che tenga presente non solo la buona qualità tecnica ma anche la soddisfazione del paziente si realizza in un processo di miglioramento (23) che cerca di far corrispondere il miglior esercizio professionale con una forte attenzione alle attese del paziente.

4) *Riesame della Direzione*, che attualizza e identifica le caratteristiche gestionali dell'UO, fissando obiettivi e indicatori per un periodo definito.

5) *Procedure/Istruzioni*. Sono documenti che sviluppano in termini operativi e dettagliati i processi dell'organizzazione, le sequenze, cioè l'attività da svolgere per la realizzazione di un determinato servizio. Sono a loro volte divise in:

a) *Procedure di processo*. I processi identificati all'interno dell'UO sono quelli che definiscono secondo quali step vengono fornite le prestazioni di ricovero e cura, generalmente consistenti in: Accettazione Sanitaria e Amministrativa, Degenza, Prestazioni Ambulatoriali, Day Hospital, Segreteria, Archivio.

b) *Istruzione Operative*. Sono quelli che identificano le singole attività svolte dal personale all'interno dei vari processi assistenziali. Esse comprendono anche la descrizione delle modalità di gestione delle principali patologie trattate e delle procedure che caratterizzano le peculiarità delle singole unità operative (nel caso delle malattie infettive quelle di isolamento dei pazienti e di contenimento epidemiologico).

1) *Linee Guida, Protocolli e Documenti cogenti*. Sono tutti i riferimenti legislativi regionali, Nazionali ed Internazionali, le direttive interne, le linee guida della pratica professionale, le circolari e le raccomandazioni aziendali, di solito presenti anche nelle reti intranet.

2) *Documenti di Registrazione della Qualità*. Sono i documenti all'interno dei quali sono registrati dati inerenti la qualità di un prodotto/servizio: le registrazioni, i Verbali riunioni, Non conformità, Monitoraggio indicatori ed obiettivi, Verifiche ispettive.

3) *Le procedure di sistema*. Sono quelle che regolano l'attività di gestione del Sistema Qualità e definiscono le modalità operative di riferimento: Gestione Documentazione, Gestione Registrazioni, Verifiche Interne, Gestione Non Conformità, Gestione Azioni Correttive Preventive, Attività Direzione.

Scopo e metodologia del lavoro

Sulla base di quanto esposto lo scopo del lavoro è quello di implementare un sistema di monitoraggio dei costi connessi alla gestione del sistema qualità (SGQ) in un reparto ospedaliero di Malattie

Infettive. Obiettivi secondari sono quelli di definire le caratteristiche della documentazione necessaria al SGQ e di analizzare le attività per valutare l'efficacia del modello organizzativo.

Metodologia

La fase operativa si è svolta in un periodo di 6 mesi. Per la stima dei costi si è scelto di selezionare una serie di attività svolte, per ciascuna delle quali è stato scelto un parametro di che valutasse l'entità delle risorse consumate o l'efficacia di una procedura o di un processo. Ciascun parametro è stato a sua volta quantizzato mediante indicatori numerici. Le attività valutate sono state:

a) Impiego Risorse Umane (RU) per la attività di revisione aggiornamento Istruzioni Operative interne. Indicatore: Tempo/persona.

b) Impiego RU per la attività di prevenzione/acertamento: Indicatore: Tempo/persona.

c) Impiego RU per le attività di monitoraggio obiettivi di budget aziendali connessi alla qualità. Indicatore Tempo/persona; punteggio di budget ottenuto al raggiungimento degli obiettivi/totale punteggio di budget UO.

d) Valutazione documentazione sanitaria. È stata effettuata su un campione significativo di cartelle cliniche mediante un modulo preparato ad hoc che ne valuta i requisiti (tracciabilità, etc), stilato in base alle linee guida della Regione Lombardia. Ad ogni criterio individuato è stato assegnato un punteggio la cui somma darà uno score di valutazione finale. Indicatore: Score finale di valutazione della documentazione.

e) Rilevazione customer satisfaction mediante distribuzione di questionari a un campione significativo di pazienti ricoverati. Indicatore: Mantenimento di un valore indice di CS (>7 in tutti gli item).

f) Costi connessi alle Non Conformità (NC) rilevate. Indicatore: tempo/persona.

I costi sono stati valutati come ore/persona o come percentuale raggiungimento obiettivi senza attribuire un valore monetario per rendere il modello indipendente da variazioni dei parametri retributivi.

Risultati

La macroattività finalizzata alla gestione del SGQ si è articolata nei seguenti processi, per ciascu-

Per la rilevazione degli strumenti di verifica della qualità, ci si avvale di unità di misura (indicatori o standard), cioè di informazioni sintetiche, relative a fenomeni complessi, che aiutano ad assumere decisioni per modificare in senso migliorativo, questi stessi fenomeni.

Il sistema di indicatori deve essere articolato su almeno due livelli:

- interno all'azienda o locale, volto a evidenziare le aree critiche da sottoporre ad ulteriori analisi specifiche od orientando l'identificazione e l'attuazione di eventuali provvedimenti correttivi;
- livello regionale e centrale, che consente la verifica dei criteri adottati per orientare la programmazione sanitaria e l'allocazione delle risorse.

Da quanto esposto finora emerge come implementare e mantenere un sistema di qualità all'interno di una struttura sanitaria sia un evento estremamente complesso in cui si fondono aspetti organizzativi, processi decisionali, momenti attuativi e di valutazione. Questo modello richiede l'impiego di risorse dedicate e quindi la necessità di stimare e allocare correttamente i costi che occorre sostenere per attivarlo e mantenerlo efficiente.

I "costi" della qualità possono essere definiti come la differenza tra i costi effettivi totali per fornire un servizio, o produrre un bene, o consegnare un prodotto, e i costi che dovrebbero essere sostenuti se non ci fossero errori in alcuna parte del processo. In altre parole si tratta di tutti i costi connessi a qualcosa che non funziona.

I costi della qualità hanno un andamento crescente: per assicurare elevati livelli di conformità è necessario sostenere maggiori costi di prevenzione e accertamento.

I costi della non qualità, invece, hanno un andamento decrescente: sono molto elevati in caso di scarsa conformità dei processi, nulli in caso di piena conformità.

Una volta verificate le aree di costo, è necessario stabilire un metodo per collezionare, catalogare e conteggiare i costi. Per ottenere un database dei costi soddisfacente bisogna:

- identificare i costi della qualità per ogni attività;
- catalogare le attività in prevenzione, in ispezione ed in costi per insuccessi interni ed esterni;
- stabilire un sistema per registrare i costi associati alle suddette attività;

- sviluppare un opportuno sistema contabile che attribuisca i costi alle suddette attività e faciliti il reperimento delle informazioni per una revisione ed una analisi periodica.

Per identificare i costi della qualità per ogni attività è necessario attribuire responsabilità e definire strumenti per la raccolta ed il monitoraggio delle informazioni relative ai costi della qualità e della non qualità. In seguito alla rilevazione di costi della qualità e della non qualità si deve procedere alla classificazione in costi di prevenzione, accertamento e ispezione, insuccessi interni ed esterni.

I costi rilevati e catalogati devono essere sintetizzati in appositi *report* riportanti i parametri misurati e la quantificazione economica secondo criteri condivisi. Lavorare all'interno di un SGQ in un reparto ospedaliero implica la definizione di un modello organizzativo che identifichi standard, attività e indicatori.

La costruzione degli standard richiede che venga acquisita una documentazione che dovrà fungere come modello di riferimento per le attività da svolgere e definire gli indicatori per valutarle.

Uno schema di documentazione corretto dovrebbe contenere:

Manuale della qualità

È il documento che descrive il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione. In esso vengono fissati politica ed obiettivi per il soddisfacimento della Norma UNI EN ISO 9001:2000. Sono delineate le principali attività svolte nella U.O.

1) *Manuale della Qualità*: cioè il documento che descrive il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione. In esso vengono fissati politica ed obiettivi per il soddisfacimento della Norma UNI EN ISO 9001:2000. Sono delineate le principali attività svolte nella U.O.

2) *Documento di presentazione di unità operativa*. Si tratta di un documento che descrive in dettaglio le caratteristiche dell'Unità Operativa e identifica i seguenti elementi: la Mission, la Politica della Qualità, gli Obiettivi, gli organigrammi di raccordo dell'unità Operativa, i processi, la modalità di erogazione del servizio, la documentazione.

3) *Documento di qualifica dei processi*. Illustra le modalità con cui vengono organizzati e gestite le risorse: Personale, Organizzazione, Metodologia, Materiali, Macchine, Ambiente.

no dei quali viene sinteticamente riportata l'analisi degli indicatori:

Riesame della Direzione

Valutazione costo attività: impiego RU.

Indicatore: tempo/persona.

	N. unità	Incontri preliminari ore	Stesura riesame
Direttore	1	2	2
Dirigente medico	2	2	2
Infermiere coordinatore	1	1	

Verifiche ispettive

Valutazione costo attività: impiego RU. Indicatore: tempo/persona.

	N. unità	Ore
Direttore		
Dirigente medico	2	6
Infermiere coordinatore	1	6
Infermiere	1	6
Personale ausiliario		
Personale Amministrativo		

Preparazione visita ente certificatore

La preparazione alla due visite dell'Ente certificatore ha richiesto la necessità di aggiornare la documentazione, di integrare procedure e IO esistenti, di stendere nuovi moduli per i consensi e di redigere un modulo che definisca le priorità di ricovero. Queste attività hanno coinvolto tutto il personale della UO.

Valutazione costo attività: impiego RU.

Indicatore: tempo/persona.

	N. unità	Incontri preliminari ore		Revisione documentazione ore			Preparazione istruzioni operative	
		Unità	Ore	Unità	Ore	Ore	Ore	Ore
Direttore	1	1		1			0	
Dirigente medico	2	4		30			15	
Infermiere coordinatore	1	3		3			1	
Infermiere	14	1	3	1	3	3	6	64
Personale ausiliario								10

Non conformità

La gestione delle non conformità rientra tra le attività di prevenzione/accertamento. Le NC rilevate rivestono importanza anche sul profilo del risk management soprattutto per quelle che riguardano la mancata/carente identificazione dei pazienti (radiografia eseguita sul paziente sbagliato e mancato uso dei braccialetti identificativi), oltre a quella sull'omessa firma del CI per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

Questa attività ha riguardato principalmente due dirigenti medici che si sono fatti carico anche delle relative azioni correttive e preventive.

Valutazione costo attività: impiego RU.

Indicatore: tempo/persona.

	N. unità	Ore
Direttore		
Dirigente medico	2	12
Infermiere coordinatore		
Infermiere		

Visita ente certificatore

La visita dell'Ente Certificatore ha richiesto l'impegno del Direttore, dell'Infermiere Coordinatore e di due Dirigenti Medici. Le criticità emerse alla prima visita hanno riguardato la non perfetta tenuta della documentazione e la mancanza di un modulo per il consenso al trattamento dei dati personali.

Valutazione costo attività: impiego RU.

Indicatore: tempo/persona.

	N. unità	Ore
Direttore	1	1
Dirigente medico	2	5
Infermiere coordinatore	1	5
Infermiere		

Riunioni

Il processo di comunicazione all'interno dell'UO si è mantenuto a uno standard minimo richiesto dagli obiettivi di budget e dalle necessità di preparare le visite ispettive.

Il coinvolgimento del personale è limitato e la diffusione delle informazioni avviene attraverso briefing non istituzionalizzati.

Valutazione costo attività: impiego RU.
Indicatore: tempo/persona.

	N. unità	Ore
Direttore	1	4
Dirigente medico	2	10
Infermiere coordinatore	1	5
Infermiere	1	5

Customer

I risultati delle analisi di customer sono riportati nelle figure 1 e 2.

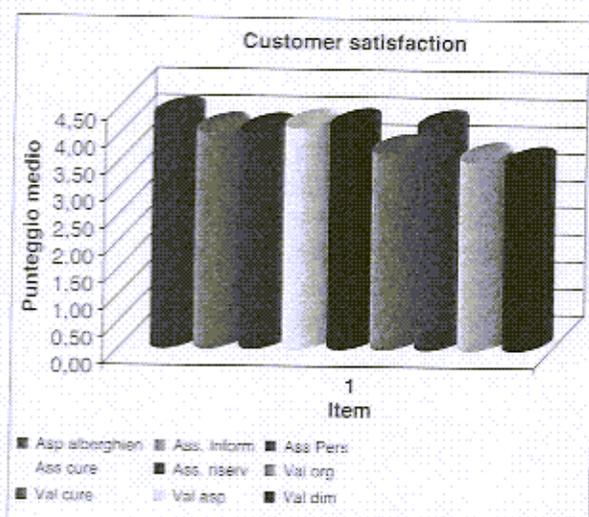


Figura 1
Aspetti di Customer Satisfaction.

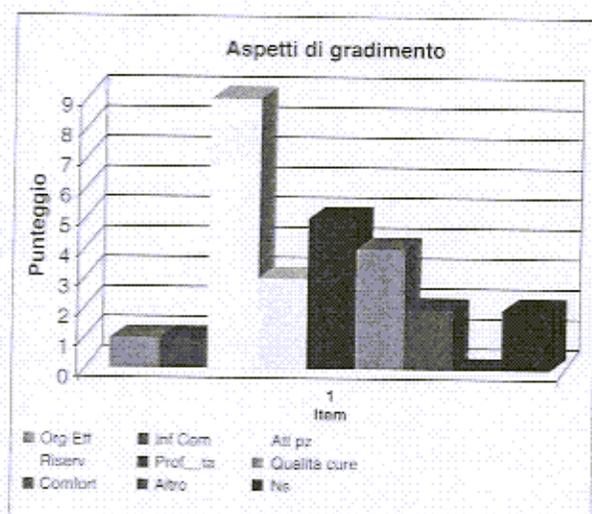


Figura 2
Aspetti di Customer satisfaction: rilevazione ottobre 2008.

Ne emerge un sostanziale gradimento nei confronti della struttura con punteggi ottenuti dai vari item superiori a 3/5 (rilevazioni fatte con l'ultimo modello di questionario).

L'ultima rilevazione, che comprendeva anche domande su una valutazione complessiva del servizio offerto, ha mostrato un sostanziale gradimento per ciò che concerne l'attenzione verso il paziente e la professionalità degli operatori, mentre le criticità hanno riguardato l'organizzazione globale e difficoltà nel processo di comunicazione.

Valutazione costo attività:

- 1) Impiego RU.
- 2) Punteggio item.

Indicatori:

- 1) Tempo/persona.
- 2) Punteggio >3/5 in almeno il 75% degli item considerati.

	N. unità	Preparazione questionario ore	Reporting dati ore
Direttore			
Dirigente medico	2	2	4
Infermiere coordinatore			
Infermiere			

Monitoraggio obiettivi di budget e del SGQ

Il monitoraggio degli obiettivi di budget richiede un'attività costante di verifica periodica e di comunicazione interna. Dal punto di vista degli obiettivi gestionali è stata messa in evidenza una sostanziale concordanza tra obiettivi e consuntivi. È stato rilevato un solo scostamento riguardante la spesa per farmaci "File F" per cui sono state concordate le opportune azioni correttive: adeguamento degli ordini al consumo medio mensile dell'ultimo trimestre e consegna ai pazienti del quantitativo necessario per un mese di terapia.

Per ciò che concerne gli obiettivi di qualità contenuti nella scheda di budget si segnala:

- l'avvenuto adeguamento della documentazione alle procedure aziendali di sistema e alla nuova procedura di processo interna;
- l'analisi della completezza e tracciabilità delle cartelle cliniche ha rilevato:
 - come esista un buon grado di tracciabilità con più dell'80% degli atti siglati, anche se

l'obiettivo di budget prevede che tutti gli atti debbano essere siglati.

- una criticità maggiore riguarda i consensi informati che per alcune procedure (epato-biopsia) vengono tuttora redatti su moduli generici.
- l'altra criticità riguarda la completezza del foglio di terapia che appare siglato in una percentuale molto bassa del numero di cartelle. Questo riscontro ha portato a decidere di abbandonare il modello in uso per adottare quello aziendale per UO mediche.

I risultati sono descritti nelle figure 3 e 4.

Valutazione costo attività:

- 1) Impiego RU.
- 2) Raggiungimento obiettivi budget.

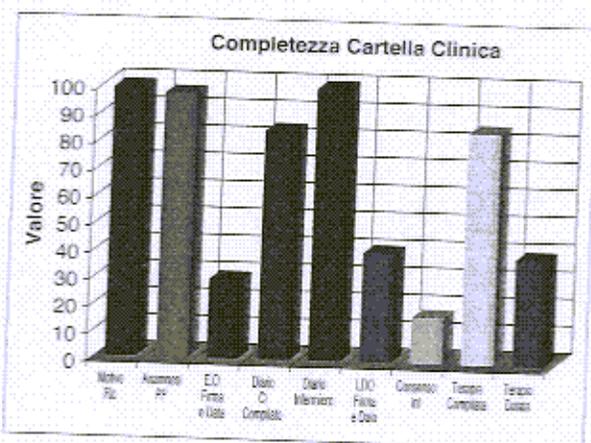


Figura 3
Analisi qualità documentazione clinica I.

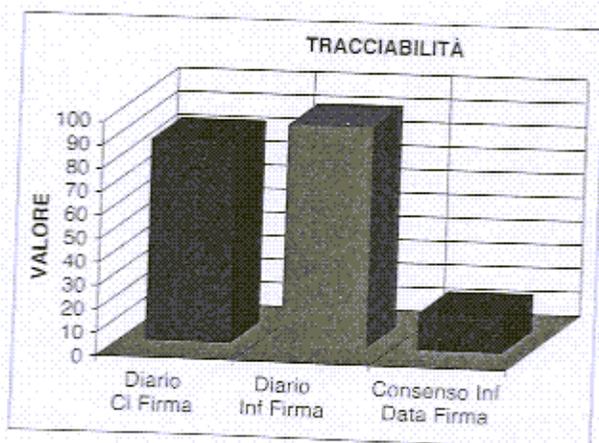


Figura 4
Analisi qualità documentazione clinica I.

Indicatori:

- 1) Tempo/persona.
- 2) % raggiungimento obiettivi di budget

Monitoraggio obiettivi budget			
	N. unità	Ore	
Direttore	1	2	2
Dirigente medico	2	15	30
Infermiere coordinatore	1	1	1
Infermiere			
Personale ausiliario			
Personale Amministrativo			

Considerazioni conclusive

Nel valutare i costi del SGQ interno all'Unità Operativa sono stati scelti come indicatori l'impiego delle risorse umane, definito come ore persona, la percentuale di ottenimento degli obiettivi di budget e l'analisi delle rilevazioni di customer.

Come si evince dalla tabella l'attività dedicata alla gestione del SGQ ha richiesto un impegno orario ripartito tra diverse figure professionali con una netta prevalenza per le ore impiegate dai dirigenti medici.

Essi infatti dedicano all'attività circa una giornata lavorativa al mese. Più limitato è il coinvolgimento del personale del comparto che dedica ore lavorative solo in periodi definiti, pur rimanendo impegnato nello svolgimento di eventuali azioni correttive o preventive (ad esempio NC).

Impiego complessivo RU			
	N. unità	Ore	Media per profilo
Direttore	1	13	13,00
Dirigente medico	2	159	79,50
Infermiere coordinatore	1	25	25,00
Infermiere	14	101	7,21
Personale ausiliario	4	10	2,50
Personale Amministrativo	0	0	0,00

Emerge chiaramente che l'attività è dedicata quasi interamente al mantenimento del sistema attuale, mentre poco spazio viene riservato ad azioni di miglioramento.

La gestione delle NC, sintesi dell'attività di accertamento/prevenzione ha richiesto un impegno da parte dei dirigenti medici che hanno rilevato e gestito le NC. Scarsa o nulla è stata l'attività delle altre figure professionali. Anche se in termini di impiego RU questa attività ha assorbito poche risorse rimane critico il fatto che 2 NC sono legate alla mancata osservanza delle procedure di identificazione del paziente. In caso di incidenti o rischi corsi dal paziente la ricaduta in termini di costi, non stimata in questo contesto, risulterebbe molto alta.

I dati di customer sono da considerare nel complesso soddisfacenti, ma dalla loro lettura emergono due considerazioni: a questo aspetto cruciale vengono dedicate complessivamente poche risorse e che essi individuano due aree carenti, cioè l'efficienza gestionale complessiva e la difficoltà di comunicazione nei confronti del paziente.

L'attività svolta per monitorare lo scostamento dagli obiettivi di budget attuale ha assorbito una discreta quantità di risorse in termini di ore lavorate. La revisione a campione della documentazione clinica ha mostrato una discreta qualità della stessa, salvo che per le criticità rilevate in precedenza per cui sono state individuate specifiche azioni correttive.

Il raggiungimento del 100% degli obiettivi non è comunque stato ottenuto per nessuno di quelli previsti. Il modello organizzativo di gestione del SGQ allo stato attuale è quindi sufficiente a consentire la gestione della documentazione e a svolgere di attività di accertamento e prevenzione su alcuni aspetti del sistema (verifiche periodiche, qualità della documentazione clinica etc.), ma non a raggiungere il 100% degli obiettivi di budget. Per migliorare l'efficienza gestionale è necessario individuare come poter aumentare le risorse umane dedicate, in particolare alla cura della qualità della documentazione sanitaria, all'attività di customer e alla gestione del rischio clinico. Per realizzare questo processo occorre integrare nel modello una programmazione della formazione e della comunicazione interna e la definizione di obiettivi precisi e di indicatori misurabili.

In ultima analisi, esiste dunque il rischio che una progettualità come quella ispirata dal "sistema qualità" - che rappresenta comunque una tappa significativa nella modernizzazione dei sistemi manageriali delle nostre aziende ospedaliere - possa tramutarsi in un peso e in un costo organizzativo

aggiuntivo, soprattutto se interpretata in modo formale e non sostanziale sia da chi è chiamato ad applicare nuove procedure organizzative, sia da chi è chiamato a supervisionare, sia in ultima istanza da chi è chiamato a certificare l'idoneità dei modelli organizzativi applicati. Esiste un modo coerente di applicare un modello organizzativo idoneo, ma non esiste una regola aurea nel definire questo modo. È la coerenza del sistema applicato che determina il risultato. Applicando la teoria contingency, per sua natura non incline a dare ricette ma piuttosto a fornire indicazioni di percorso, potremmo concludere con l'auspicio che il sistema qualità sia un'occasione di ripensare le nostre aziende ospedaliere in termini organizzativi come dei laboratori di idee e di innovazione dei processi, valorizzando il contributo delle persona e non delegando alla formalizzazione il rispetto del requisito di compliance, cogliendo appieno la volontà del legislatore - nazionale e regionale - nell'ispirare "condotte di qualità" piuttosto che nel costruire inefficaci gabbie - solo formali - al comportamento organizzativo.

Bibliografia

1. Hall R. Organizations: structures, processes and outcomes. Prentice Hall, 1991.
2. Pugh D. The measurement of organization structures: does the context determine form?, *Organizational dynamics* 1973; 1: 19-34
3. Pugh D. et al. Dimension of organizational structure. *Administrative science quarterly*, 1968; 13, 65-91.
4. Pennings J. Structural contingency theory: a reappraisal. *Research in organization behavior*, 1992; 14: 267-309.
5. Donaldson L. The contingency theory of organizations. *Foundations for organizational science*, Sage, 2001.
6. Donaldson L. Strategy and structural adjustment to regain fit and performance: in defense of contingency theory. *Journal of Management Studies*, 1987; (24)1: 1-24.
7. Chandler A. Strategy and structure: chapters in the history of the American industrial enterprise, Cambridge, MA, MIT Press, 1962.
8. Galbraith J. Organization Design. Addison Wesley, 1977.
9. Thompson J. Organization in Action, McGraw - Hill, 1967.
10. Pennings J. The relevance of the structural contingency model for organizational effectiveness. *Administrative science quarterly*, 197; 20: 393-410.

11. Lewin Arie Y. and Carroll U. Stephens. CEO Attributes as Determinants of Organization Design: An integrated Model. *Organization Studies*. 1994; (15)2: 183-212.
12. Daft R. *Organizzazione aziendale*. Apogeo, 2007.
13. Rugiadini A. *Organizzazione d'impresa*. Giuffrè Editore, 1979.
14. Aimi R., Lago P., Gelmetti A., Guizzetti G.G., Villiani G. *Servizi di Ingegneria - Il ruolo di un loro sistema di qualità*. 2002.
15. Airoldi G. *I sistemi operativi*. Giuffrè, 1980.
16. Greiner L. Evolution and revolution as organizations grow. *Harvard Business Review*. 1972; 50: 37-46.
17. Quinn R., Cameron K. Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: some preliminary evidence. *Management Science*. 1983; 29: 33-51.
18. Hackman J., Oldham G. *Work Redesign*. Addison Wesley, 1980.
19. Mintzberg H. *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1979.
20. Ouchi W. A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. in *Management Science*, September, 1979.
21. Suchman M., Edelman L. *Legal Rational Myths: The New Institutionalism and the Law and Social Inquiry*. 1997.
22. Valarie A., Zeithaml A. Parasuraman, Leonard L. Berry. *Servire qualità 2/ed McGraw Hill*, 2000.
23. Edwards Deming W. *Qualità, Productivity, and Competitive Position - Mit Center for Advanced Engineering Study*. 1982.