

“DIPARTIMENTO DI PERFUSIONE”:
STUDIO DI FATTIBILITA' PER L'IMPLEMENTAZIONE
ALL'INTERNO DI UNA
STRUTTURA COMPLESSA

Dipartimento di perfusione

Un progetto nasce sempre da un problema operativo. La necessità peraltro espressa anche nelle leggi 502/ 92, 517/93 e 229/99 di ottimizzare le risorse al meglio, impongono ai manager un' organizzazione basata sulla supervisione del ciclo operativo e di controllo dei risultati conseguiti, in termini di quantità, qualità e costo del prodotto (efficacia, efficienza e appropriatezza).

In questo capitolo verrà descritta la progettazione di un Dipartimento di perfusione che possa coprire l'intera area organizzativa nella figura del tecnico perfusionista del Policlinico San Matteo. Attualmente il tecnico perfusionista é parte integrante, per quanto riguarda l'economia e la gestione, della sala operatoria di cardiocirurgia facente parte delle U.O Cardiochirurgiche costituite da tre sale operatorie, 12 posti letto di terapia intensiva post operatoria e 30 posti letto di degenza.

L'organico è rappresentato da sei tecnici perfusionisti e un part time orizzontale di cinque ore, compreso il coordinatore. Il servizio deve essere assicurato sulle 24h con turni di reperibilità di 12 h durante il giorni lavorativi normali e di 24 h continuative sabato e festivi (h 24 x 7 x 365). Questa organizzazione dell'U.O di cardiocirurgia deriva dal regolamento adottato dal policlinico San Matteo che prevede che i tecnici perfusionisti siano accorpatis alla sala operatoria di cardiocirurgia responsabili del modulo organizzativo, tramite il coordinatore tecnico, a loro affidato. Comunque tutto

il personale dipende organizzativamente in prima istanza dal coordinatore che decide la programmazione del personale affidatogli e risponde del raggiungimento dei risultati clinici ed economici. Si può dire quindi che esistono due livelli: quello del coordinatore tecnico e quello del tecnico collaboratore.

L'utilizzazione della sala operatoria è condizionata da quattro componenti:

- Chirurghi,
- Anestesisti
- Infermieri
- Tecnici perfusionisti

Queste quattro componenti hanno autonomia a livello organizzativo, ma sono interdipendenti, e la corretta gestione del comparto operatorio ne deve promuovere la massima sinergia.

Le sale operatorie sono **centri di costo** dipendenti da un **centro di responsabilità**. Il **centro di responsabilità** è rappresentato da un gruppo di persone che operano al fine di raggiungere un determinato obiettivo aziendale sotto la direzione di un responsabile. I centri di responsabilità in relazione agli obiettivi controllabili si suddividono in:

- Centri di ricavo(fatturato)
- Centri di costo (beni e servizi)
- Centri di profitto o reddito (ricavo-costo)
- Centri di investimento (capitale impegnato)

Un Centro di Costo è un raggruppamento omogeneo di risorse destinato a fornire prestazioni assistenziali elementari al malato; tali risorse concorrono alla

realizzazione del medesimo obiettivo, anche se si tratta di persone con qualifica, competenza, scolarità differenti e di beni strumentali.

Ai fini gestionali si pone la distinzione tra:

- Fattori produttivi di sala operatoria
- Fattori produttivi dell'unità operativa chirurgica

Sono da considerarsi fattori produttivi della sala operatoria:

- infermieri
- tecnici e personale ausiliario
- medici anestesisti
- materiale di consumo chirurgico non specifico di ciascuna U.O. afferente (energia elettrica riscaldamento telefono...)
- materiale anestesilogico
- apparecchiature medicali non specifiche
- utenze e costi generali.

I centri attualmente presenti in cardiocirurgia sono:

Codice cdc	Descrizione cdc
070210	UO Cardiocirurgia T.I.
07011A	CDC COMUNE Cardiocirurgia Degenza
079199	UO Cardiocirurgia S.O. (costi specifici intervento)
077100	UO Cardiocirurgia Attività Ricerca
076101	UO Cardiocirurgia Corso di Laurea Perfusionista
076100	UO Cardiocirurgia Didattica (Aula/Biblioteca)
075100	UO Cardiocirurgia Direz./Segr./Archivio
073190	UO Cardiocirurgia Biopsie endomiocardiche
073111	UO Cardiocirurgia Amb. follow-up trapianti, valutazione pre-post trapianto
073110	UO Cardiocirurgia Ambulatorio Generale
072110	PRERICOVERO - UO CARDIOCHIRURGIA
071110	UO Cardiocirurgia D.H.
070110	UO Cardiocirurgia Degenti

Codice cdc	Descrizione cdc I	CdR06	CdR06Des
499198	UO Anestesia Cardiochirurgia S.O.(costi di sala, non specifici per intervento)	49_1	UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1°

Mentre per quanto riguarda i fattori produttivi propri dell'unità operativa chirurgica sono da considerarsi

- medici chirurghi
- materiale di consumo specifico
- materiale protesico utilizzato
- apparecchiature dedicate

Dall'analisi di questi fattori i costi diretti, ovverosia quelli direttamente imputabili al centro di costo/responsabilità, per quanto riguarda l' UO precedentemente citata sono:

- Costo del personale
- Costo della macchina per circolazione extracorporea
- Costo della macchina per autotrasfusione
- Costo della macchina per cardioplegia
- Costo dello scambiatore di calore
- Manutenzione programmata macchinari (contratti / servizi)
- Impegno sala operatoria
- Costi dell'ossigenatore e del circuito
- Costi del circuito per cardioplegia
- Costi delle cannule
- Costi del circuito per autotrasfusione
- Costi per dispositivi particolari

I costi indiretti sono rappresentati da tutti quei costi non direttamente imputabili al Ns. Centro di costo/responsabilità ma senza i quali anche la Ns. attività non potrebbe svolgersi quali:

- Elettricità
- Mensa
- Personale amministrativo
- Telefonia
- Sistema informativo

In relazione a quanto descritto fino ad ora e in base alle normative possiamo analizzare due ipotesi:

1) IPOTESI DI UN SERVIZIO DI PERFUSIONE

2) IPOTESI DI UN DIPARTIMENTO

1) IPOTESI DI UN SERVIZIO DI PERFUSIONE

Con questa prima ipotesi si tratterebbe di creare un centro di costo esterno dalla sala operatoria della cardiocirurgia e “cedendo” la prestazione d’opera ad altre strutture ribaltando il costo sulla struttura implicata(per es vascolare, chirurgia generale). Nello schema precedentemente presentato sui centri di costo della cardiocirurgia il centro di costo del servizio di per fusione avrebbe come identificazione: **CDC 0731**. Di conseguenza nell’ipotesi del “servizio autonomo” esso sarebbe classificato, secondo le linee guida regionali, come **cdc di servizio di supporto sanitario**, che eroga prestazioni non “finali” cioè non genera direttamente ne’ ricavi per DRG ne’ prestazioni ambulatoriali “con impegnativa”, bensì fornisce **prestazioni di carattere sanitario di ausilio all’attività di reparti di degenza** o servizi diagnostico-terapeutici (ad esempio

radiologia e laboratorio analisi, che lavorano sia per interni che per esterni).

Nell'elenco dei s.s.s. attualmente previsto dalla regione Lombardia non esiste un Cdc dei perfusionisti, ma esistono:

	Servizio di supporto sanitario	
301	Servizio di anestesia	
302	Centro prelievi	
303	Degenze interdivisionali	
304	Disinfezione	
305	Farmacia	
306	Fisica sanitaria	
307	Poliambulatorio ospedaliero	
308	Pre-ricovero	
309	Rianimazione e terapia intensiva	
310	Sale operatorie	
311	Servizio dietistico	
312	Servizio necroscopico	
313	Sterilizzazione	
314	Unità coronarica	
315	Altre degenze intensive di supporto	
316	Unità interdivisionali di Day Hospital / Day Surgery	
390	Altri Servizi di Supporto Sanitari	

Al quale si potrebbe aggiungere il cdc dei perfusionisti.(“Altri - 390...).

I costi totali del cdc, comprendono sia **costi diretti** (materiali, personale ecc, tutto ciò che è direttamente attribuibile ai perfusionisti) **che una quota di costi alberghieri** (esempio mensa, centrale termica, centrale elettrica, lavanderia e guardaroba...), che una eventuale **quota di altri servizi di supporto (economato, sterilizzazione)** di cui usufruite andrebbero ripartiti sui cdc o cdr finali che hanno usufruito delle prestazioni.

Il Totale dei costi come sopra considerato, cioè costi diretti e quote dei servizi alberghieri e di alcuni altri servizi di supporto sanitario sarà il totale costi della scheda di conto economico, che non avrà ricavi salvo l'ipotesi di valorizzare le prestazioni per interni Inoltre per il centro di costo si dovrebbero ipotizzare dei driver di ribaltamento.

Il driver di ribaltamento è un parametro che misura l'attività prestata dal centro stesso in favore ad altri centri di costo: un maggior o minor driver di ribaltamento comporta, quindi, rispettivamente una maggiore o minor quota di costi indiretti. Alcuni driver assumono valori relativamente fissi nel tempo (es i m² di superficie), altri sono invece variabili in funzione dell'attività. Per esempio per la sala operatoria il driver di ribaltamento sono le ore pesate di seduta operatoria di elezione + ore fuori seduta per urgenze, oppure le ore pesate di seduta operatoria di elezione. Insieme all'analisi dei costi e dei driver di ribaltamento si devono ipotizzare determinati indicatori per stabilire la qualità e l'efficienza di un servizio di per fusione.

Concettualmente gli indicatori sono variabili misurabili ad elevato contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi, fornendo gli elementi sufficienti ad orientare le decisioni Il concetto di indicatore è anche legato al concetto di controllo, di entità che emette un segnale in grado di avvisarci e di consentire una prima valutazione.

Gli indicatori vengono suddivisi in tre categorie:

- a) Indicatori di strutture.
- b) Indicatori di processo.
- c) Indicatori di esito.

Indicatori di struttura.

Gli indicatori di struttura forniscono una misura della tipologia e della quantità di risorse utilizzate da un sistema o da una organizzazione sanitaria, per realizzare programmi e servizi.

Esempi di indicatori di struttura sono quelli relativi al personale, alle risorse

economiche, ai letti, alle scorte e agli edifici, alla documentazione cartacea.

Indicatori di processo.

Gli indicatori di processo, permettono di descrivere come si sta lavorando e quindi esprimono ciò che gli operatori fanno per i pazienti-utenti e con quale livello di professionalità. Si può affermare che spesso il processo è legato all'esito, infatti meglio si lavora più è facile ottenere buoni risultati.

Alcuni indicatori di processo:

- modalità di preparazione della macchina cuore polmone/macchina per l'ipertermia antitumorale
- tipologia di dati raccolti nelle schede
- frequenza dei corsi di aggiornamento professionale

Indicatori di esito.

Gli indicatori di esito misurano quello che succede al paziente in seguito ad un intervento o prestazione. La valutazione dell'esito è il modo più immediato per definire la qualità di una prestazione che viene valutata sulla base dei risultati prodotti.

Alcuni indicatori di esito:

- numero totale di prestazioni (esclusa la cardiocirurgia)
- numero di pazienti con risoluzione del melanoma
- numero di risparmio di sangue (esclusa la cardiocirurgia)
- numero di complicanze post-chirurgiche
- numero di infezioni ospedaliere

Riflessioni: sicuramente questa prima ipotesi potrebbe essere facilmente percorribile senza alterare particolarmente le "alchimie" organizzative presente da

anni dalla classe medica, ma non permetterebbe una vera identità professionale e gestionale del tecnico perfusionista nell'ottica, ormai consolidata, di efficienza ed efficacia dell'azienda ospedaliera. Secondo chi scrive, i nuovi piani didattici della laurea per tecnici, l'approvazione della figura da parte del ministero della sanità e l'evoluzione della normativa recentemente approvata (Legge 1 Febbraio 2005 N°43) e l'istituzione degli ordini professionali ci permette di fare delle riflessioni sulla fattibilità del servizio autonomo secondo questo esempio di organigramma.

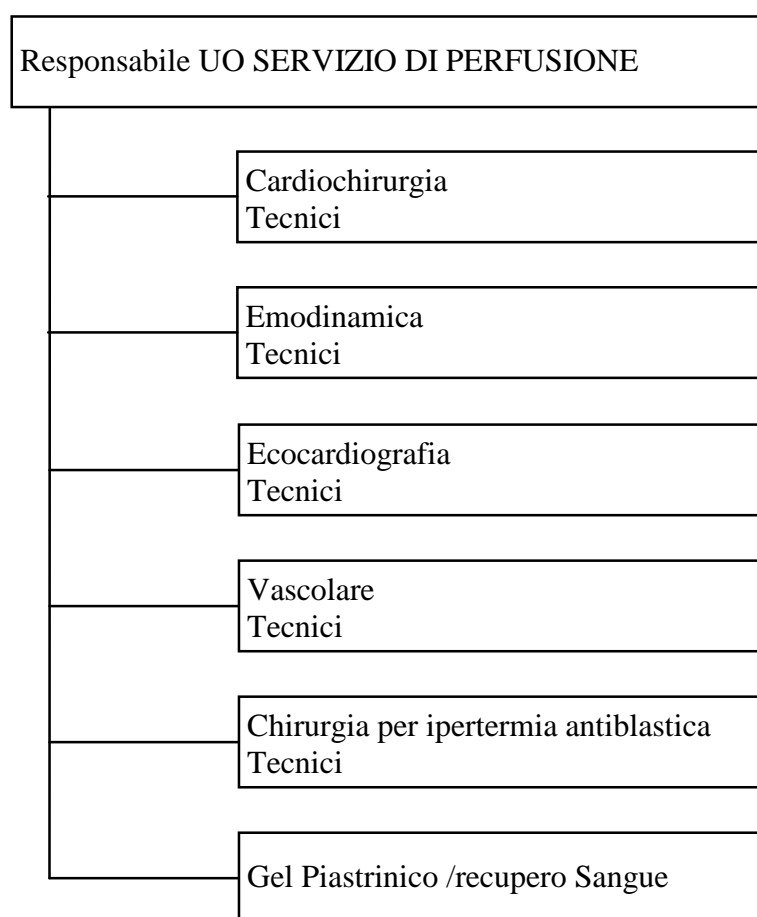


Fig. 30

Il modello presentato dà autonomia gestionale al responsabile, con funzione dirigenziale, del Servizio di Perfusionione, coordina il personale a seconda delle esigenze delle

varie U.O, partecipa, in accordo con i vari responsabili delle U.O, alla pianificazione delle attività lavorativa, costruisce strategie e relazioni con l'ambiente esterno a supporto dei programmi di intervento delle U.O. Organizza, definisce le responsabilità i compiti e le funzioni del personale tecnico. Analizza e controlla i costi prevedendo le spese.

Attualmente il Policlinico San Matteo non prevede questo tipo di servizio, il tecnico perfusionista è parte integrante dell'area tecnico diagnostica facente parte del S.I.T.R.A.(Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale) con schema a matrice. A mio avviso l'ipotesi del servizio di perfusione dovrebbe essere collocato come area a sé stante all'interno del S.I.T.R.A.oppure dipendente dalla direzione di Presidio e Servizi. (si veda figura 31)



Fig. 31

2) *DIPARTIMENTO DI PERFUSIONE*

L'obiettivo: Creare un Dipartimento di perfusione per poter aumentare l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni del tecnico perfusionista nella azienda ospedaliera. Infatti tale figura ha mutato in maniera sostanziale la sua applicazione tecnica, ampliando le sue possibilità di prestazione e professionalità.

Quando si progetta un dipartimento, non ci si può esimere dal chiedersi perché questo tipo di organizzazione non sia decollata dopo 30 anni di norme e regolamenti. Indubbiamente il maggior ostacolo deriva dalla lunga storia di strutturazione ospedaliera basata sulle divisioni e U.O con la loro distribuzione piramidale del "potere". Il primario o il dirigente di II° livello era ed è il responsabile assoluto del corretto funzionamento clinico, tecnologico e in parte economico della articolazione organizzativa a lui affidata e ne risponde direttamente solo alla direzione centrale. Il dipartimento indubbiamente toglie potere: il primario non ha più un contatto diretto con la direzione centrale ma esiste un intermediario: il capo dipartimento. Non è facile comprendere che per migliorare la propria professionalità, la propria efficienza e la propria forza contrattuale bisogna cedere "potere". Sicuramente non vi sarà nessun ordinamento né nessun regolamento che potrà far coesistere realtà molto diverse, se non azzerando tutta la organizzazione e ricostruendola ex-novo; percorso sicuramente non facile oggi in Italia.

Questo non significa però togliere alla direzione centrale il diritto-dovere di intervenire per correggere eventuali disfunzioni: bisogna evitare ad ogni costo che nella stessa azienda continuino fenomeni di diffusione (la stessa patologia viene trattata da più U.O. differenti) e soprattutto di variabilità (la stessa patologia viene

trattata in modo diverso nelle varie U.O.). A questo scopo la direzione centrale e non più il dipartimento, dovrà decidere “chi fa che cosa”; dovrà in altre parole decidere quale U.O dovrà prendersi cura di una determinata patologia, seguendo ovviamente logiche che rispondono a criteri economici, ma soprattutto evidenza scientifica. L’analisi ambientale deve poi tenere conto della logistica, delle risorse disponibili e dei regolamenti regionali in materia di dipartimenti.

Organigramma

Se si ipotizzasse un Dipartimento di perfusione come andrebbe a strutturarsi all’interno dell’Organigramma Aziendale?

Attualmente, nel Policlinico San Matteo, alla Direzione Sanitaria confluiscono *in staff* i seguenti servizi:

Controllo di gestione

Coordinamento locale dei trapianti

Formazione

Coordinamento attività anestesiologicala e chirurgica

Servizio infermieristico

Fisica sanitaria

Servizio prevenzione e protezione

Ingegneria clinica

Si veda a tal proposito la figura 32

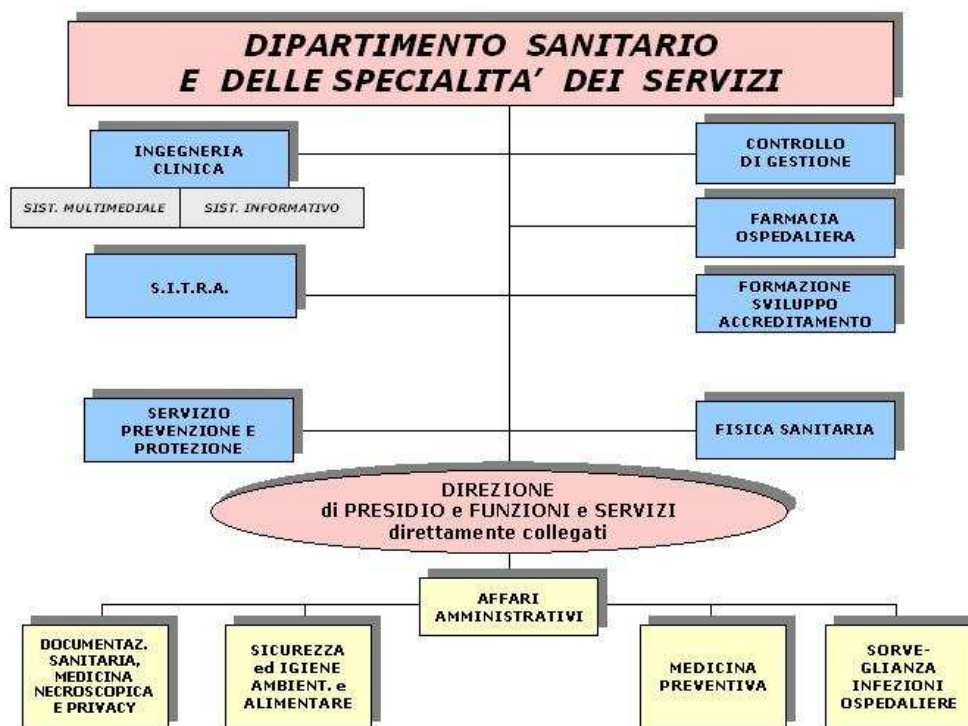


Fig. 32

Il Dipartimento di perfusione potrebbe essere in staff con la Direzione Sanitaria. Il dipartimento avrebbe come organi: il direttore del dipartimento e il comitato di dipartimento. La Direzione del dipartimento è affidata su base fiduciaria dal Direttore Generale ad uno dei responsabili delle Strutture complesse afferenti al dipartimento, tenendo conto dei requisiti di esperienza professionale, curriculum scientifico, capacità gestionale ed organizzativa, programmi di attività e sviluppo e di eventuali candidature dei responsabili di U.O. Il comitato di dipartimento presieduto dal direttore del dipartimento è un organismo collegiale consultivo con nunzioni di indirizzo e di verifica ed è composto dai responsabili delle strutture complesse afferenti al dipartimento, dal S.I.T.R.A., dal referente amministrativo di dipartimento, nonché dai membri elettivi nel numero determinato dal regolamento. (Fig 33)

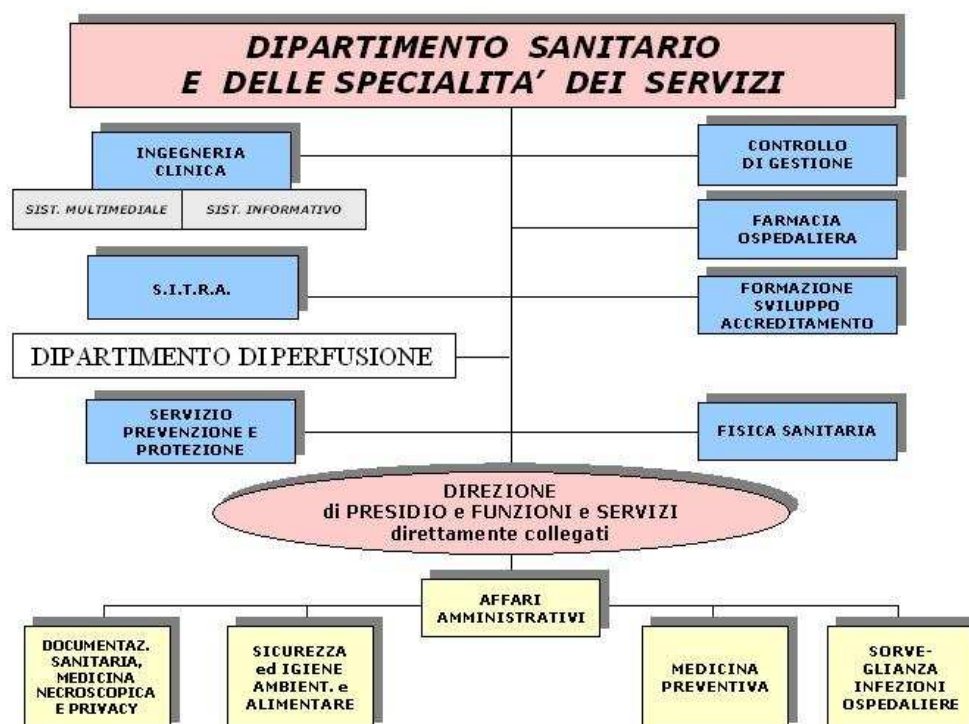


Fig. 33

Nell'ipotesi di un funzionigramma (chi fa che cosa?), al Direttore del Dipartimento sono assegnate le responsabilità di gestione del budget dipartimentale (risorse umane, tecnologiche, strutturali), in senso economico, di attività, di qualità delle prestazioni e degli investimenti. Quando si organizza un dipartimento così particolare come può essere quello della perfusione è di fondamentale importanza fare un'analisi ambientale interna ed esterna e la strategia aziendale che determina la reale fattibilità del suddetto. Nell'azienda mista ospedaliera e universitaria è sicuramente la realtà più difficile per sviluppare tale progetto. E' compito della direzione generale comprendere se le due realtà possano convivere o se è preferibile scegliere tipi di aggregazione diverse.

Scelta del modello di dipartimento

La scelta del modello del Dipartimento di perfusione è, a mio avviso, di tipo

funzionale. Il dipartimento è costituito da strutture complesse e semplici la cui attività deve essere uniformata attraverso un comune indirizzo organizzativo, scientifico e tecnico. L'attivazione del Dipartimento consente l'attivazione di specifiche competenze di cui ogni struttura aggregata è titolare per lo svolgimento di attività dirette al proseguimento di un obiettivo comune. Caratteristica tipica del dipartimento funzionale è l'applicazione di linee e protocolli concordanti ed uniformi.

Regolamento del Dipartimento

Abbiamo più volte sottolineato le difficoltà di introduzione del dipartimento nel Sistema Sanitario Italiano. Per non creare ulteriori probabili malintesi sul suo ruolo è indispensabile che venga chiaramente elaborato un appropriato regolamento formalmente approvato. In questo regolamento devono essere indicate:

- a) il modello organizzativo adottato;
- b) le strutture complesse che entrano a far parte del dipartimento;
- c) gli organi direzionali previsti e il loro ruolo: In particolare devono essere individuati i compiti e le responsabilità del capo dipartimento, del comitato direttivo, dell'eventuale consiglio direttivo. Vanno indicati le durate delle cariche e le modalità di nomina;
- d) la articolazione organizzativa delle strutture semplici;
- e) i meccanismi di coinvolgimento delle strutture interne;
- f) la presenza o meno dello staff dipartimentale e la sua relazione con lo staff della direzione generale;

- g) gli organi operativi interni (controllo di gestione, verifica e controllo di qualità, protocolli ecc);
- h) le relazioni con le altre direzioni aziendali e con gli altri dipartimenti;
- i) il sistema di budget e la conseguente attribuzione delle risorse dipartimentali e di UU.OO;
- j) i sistemi informativi previsti;
- k) i meccanismi di valutazione di risultato e i sistemi premianti;

le attività e le funzioni previste sia dal punto di vista clinico-tecnologico che economico

Fattibilità del Dipartimento

A mio avviso la fattibilità reale di un dipartimento di perfusione è molto complessa e di difficile applicabilità. Attuando un'analisi ambientale si dimostrerebbe che:

- vi è una buona disponibilità di tecnologie che appare mal distribuita nelle varie U.O
- non vi è una adeguata distribuzione di risorse umane in quanto il tecnico perfusionista è in forza alla cardiocirurgia
- la formazione del personale è inadeguata

Sicuramente per poter attuare questo tipo di progetto, un compito di fondamentale importanza lo svolgerebbe la Direzione Generale che dovrebbe credere, sostenere e validare i compiti e le varie responsabilità di questo "ipotetico" dipartimento.

CONCLUSIONI

Come si sarà compreso, le teorie e i modelli culturali di riferimento, relativamente all'organizzazione aziendale hanno una loro complessità: tale complessità aumenta in ragione del fatto che ci troviamo di fronte ad aziende che non hanno come fine il profitto e il produrre beni semplici che il cliente (più o meno convinto) compra, ma esse hanno un fine molto più complesso che è la salute dei cittadini. I dirigenti di un'azienda sanitaria pubblica dovrebbero comprendere che un AS deve essere in grado di strutturare una propria organizzazione al passo con i tempi, efficiente, razionalizzata nella produzione e nella spesa anche sforzandosi di considerare "produttive" figure fino a poco tempo fa sconosciute, ma non meno importanti.

Il tecnico perfusionista è sempre vissuto all'interno di una sala operatoria cardiocirurgica alle dipendenze del cardiocirurgo. Con lo sviluppo delle tecniche, ma soprattutto con il riconoscimento di un percorso formativo universitario, il suo ruolo è profondamente cambiato.

L'ipotesi di un dipartimento, come prevedono le nuove normative è sicuramente un grosso sforzo non solo da parte dei tecnici perfusionisti, ma anche da parte della dirigenza che con una attenta analisi ambientale, esterna e interna, unita ad una condivisione di obiettivi e risultati, porterebbe ad un miglioramento della produttività della azienda sanitaria.

L'opinione di chi scrive è che il cammino è ancora lungo e difficile, in quanto ci sono ancora parecchie domande alle quali trovare una risposta come per esempio da chi dipendere (fino a poco tempo fa il responsabile era il primario), come è possibile quantificare l'entità e l'organizzazione con altre strutture.

Un ruolo fondamentale è dato dal flusso informativo sia da un punto di vista gestionale ma anche da un punto di vista procedurale. Il confronto tra i vari processi descritti, può sembrare a prima vista complesso, in realtà non lo è, una volta compresi i meccanismi e procedendo praticamente con i lavori ed entrando in operatività. Una volta compresa la modalità di approccio e coordinato il team working, chiarendo le “regole del gioco” e i compiti si potrà agevolmente procedere all’applicazione delle varie tecniche di management.

Il vantaggio è quello di confrontarsi realizzando così un apertura culturale in ambito professionale estremamente vitale e importante per la crescita professionale. E’ indubbio, infatti, che il confronto così realizzato è in grado di far innalzare il livello di qualità dei processi e delle prestazioni rese al “cliente”, *last but not least*, beneficiario di questo sforzo organizzativo che dovrebbe coinvolgere tutte le UO

Bisogna vivere come si pensa

altrimenti si finirà per pensare come si è vissuto

Paul Bourget

