

CARENZA DI SPECIALISTI CARDIOLOGI E INTERAZIONE FRA OSPEDALI: ALCUNE CONSIDERAZIONI

Negli ultimi anni il panorama della Cardiologia nazionale si è caratterizzato per la discrepanza tra il numero (elevato) di posizioni ospedaliere disponibili e quello (basso) degli specialisti in grado di ricoprirle^{1,2}. Una delle inevitabili conseguenze di tale situazione è la saturazione delle posizioni più ambite, generalmente quelle nei grandi ospedali, variamente definiti come di secondo o terzo livello, Hub, polispecialistici, ecc., a scapito di quelle nei piccoli ospedali, cosiddetti di primo livello, Spoke, distrettuali, ecc., che restano così sguarniti. Questo anche perché i piccoli ospedali sono andati sempre più incontro a politiche di riorganizzazione che hanno determinato in molti casi l'abolizione delle unità di terapia intensiva cardiologica e l'inserimento della degenza cardiologica in piattaforme multidisciplinari omogenee per intensità di cura. Tale assetto, associato all'abituale assenza dei laboratori di Cardiologia Invasiva, ha reso i piccoli ospedali scarsamente attrattivi per gli specialisti cardiologi, specialmente se all'inizio della propria carriera, che non vi intravedono possibilità di soddisfazione e crescita professionale.

Nel tentativo di contrastare la scarsa attrattività dei piccoli ospedali, viene attualmente proposta, tanto da organi di governo delle Aziende Sanitarie quanto dalla stessa Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)¹, una strategia di interazione fra ospedali grandi e piccoli che preveda il periodico interscambio di personale medico tra le due tipologie di presidio. Al di là del fatto che l'attività nel grande ospedale del cardiologo proveniente dal piccolo ospedale dovrebbe inizialmente essere svolta in affiancamento al cardiologo (esperto) del grande ospedale, e questo comporta uno sbilanciamento del rapporto 1:1 tra gli organici dei due presidi con conseguenti ulteriori criticità organizzative, è prevedibile che nel medio termine l'interazione fra grandi e piccoli ospedali possa esitare nella situazione descritta di seguito (Figura 1). All'inizio il contesto è caratterizzato dalla presenza del cardiologo *senior* all'interno del grande ospedale e dalla mancanza del cardiologo nel piccolo ospedale (Figura 1A). Successivamente, il posto vacante nel piccolo ospedale viene ricoperto attraverso l'acquisizione di un cardiologo *junior*, attratto dalla progettualità di interscambio con il grande ospedale, e quindi dall'accesso ad attività professionali di livello e soddisfazione superiore (Figura 1B). Coerentemente con tale progettualità, il cardiologo *senior* del grande ospedale viene periodicamente distaccato nel piccolo ospedale, ove tuttavia non potrà che svolgere attività di primo livello, mentre il percorso inverso viene compiuto dal cardiologo *junior* (Figura 1C). Se il cardiologo *junior* troverà soddisfazione e crescita professionale con l'interscambio attuato, il cardiologo *senior* sarà invece sempre meno motivato e insoddisfatto nel dover svolgere attività non congrue alla sua professionalità, al punto da lasciare la sua posizione per una delle numerose alternative, tanto pubbliche quanto private sia nazionali che estere, che oggi sono disponibili (Figura 1D)¹. Al termine di questo ciclo, il contesto che si realizza è caratterizzato come all'inizio dalla mancanza del cardiologo nel piccolo ospedale a fronte della presenza nel grande ospedale del cardiologo che ora però non è più *senior* ma *junior* (Figura 1D). Ne deriva un livellamento verso il basso della qualità della cura attraverso lo scadimento di questa nel grande ospedale, che invece do-

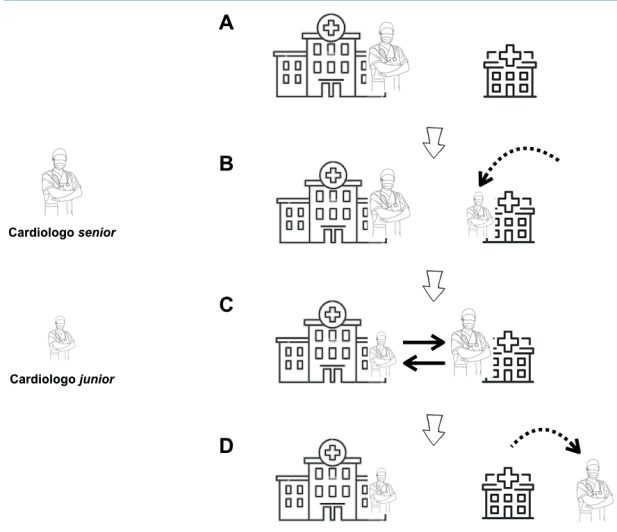


Figura 1. Ciclo e potenziali conseguenze dell'interscambio di specialisti cardiologi tra grande (di secondo o terzo livello, Hub, polispecialistico, ecc.) e piccolo (di primo livello, Spoke, distrettuale, ecc.) ospedale.

vrebbe essere di riferimento anche e soprattutto per le situazioni a maggiore complessità.

Pur riconoscendo che non può esistere una soluzione valida per tutti i contesti, diversi tra loro per assetti organizzativi, oltre che per storia e geografia dei singoli presidi ospedalieri, una strategia incentrata sull'interscambio di cardiologi fra grandi e piccoli ospedali appare di dubbia efficacia ed efficienza per tentare di ovviare alla scarsa attrattività di questi ultimi. Tale strategia si fonda inoltre sul presupposto di un'equivalenza professionale tra cardiologi (uno-vale-uno), concetto che in un ambito complesso e di elevata qualità come quello cardiologico risulta limitativo e non rispondente al vero, e che quindi non andrebbe avallato, anche e soprattutto dalle Società Scientifiche di settore¹.

Andrea Rubboli*

U.O. Cardiologia, Ospedale S. Maria delle Croci, Ravenna

*e-mail: andrea.rubboli@auslromagna.it, andrearubboli@libero.it

BIBLIOGRAFIA

1. Zuin M, Di Fusco SA, Zilio F, et al. Position paper ANMCO – Stati Generali ANMCO 2023: La carenza del personale sanitario in ambito cardiologico. *G Ital Cardiol* 2024;25:115-20.
2. ANAAO-ASSOMED. Studio ANAAO-ASSOMED. La mappa delle carenze di medici specialisti regione per regione. https://www.anaao.it/public/aaa_2893564_studioanaao_carenzaregioni_20marzo2019.pdf [ultimo accesso 19 luglio 2024].

Risposta. Con la propria lettera al *Giornale Italiano di Cardiologia*, Rubboli si inserisce molto lucidamente nel copioso dibattito relativo alla carenza di cardiologi che ormai cronicamente affligge le strutture ospedaliere italiane, in particolare quelle più piccole e periferiche e chiama in causa un recente position paper prodotto dagli Stati Generali dell'ANMCO¹, che "avallerebbe una strategia incentrata sull'interscambio di cardiologi fra grandi e piccoli ospedali di dubbia efficacia ed efficienza per tentare di ovviare alla scarsa attrattività di questi

ultimi" e "fondata sul presupposto di un'equivalenza professionale tra cardiologi (uno-vale-uno) limitativo e non rispondente al vero". Pur apprezzando il contributo di Rubboli alla ricerca di soluzioni dell'annosa carenza di personale sanitario in ambito cardiologico, a nome degli autori dell'articolo citato¹, riteniamo necessarie alcune considerazioni e chiarimenti.

In primis, la classificazione dicotomica tra ospedali "grandi" e "piccoli", così come il confronto tra prestazione iperspecialistica dei grandi centri Hub e il servizio assistenziale quotidiano erogato dai numerosissimi ospedali Spoke, risulta a nostro avviso riduttivo e fuorviante. Infatti, tali strutture e il personale in esse operante hanno competenze, risorse tecnologiche e logistiche diverse, essendo deputate a missioni differenti. Una "omogeneizzazione" tra strutture Hub and Spoke in termini tecnologici e capacità operative determinerebbe di fatto l'annullamento del concetto di "rete" cardiologica, la quale si è dimostrata essere un'ottima strategia assistenziale sia in ambito nazionale che internazionale²⁻⁴. D'altro canto, questa distinzione della mission tra il "grande" e il "piccolo" ospedale non significa necessariamente un grado disuguale della qualità della cura, sebbene risulti spesso (ma non sempre) in una differente attrattività per il cardiologo, che peraltro potrebbe trovare anche nel piccolo centro un'elevata soddisfazione professionale e un ambiente di lavoro favorevole.

Concordiamo che "un'equivalenza professionale tra cardiologi (uno-vale-uno)" non sia rispondente al vero, specialmente al giorno d'oggi. L'ultra/sotto-specializzazione ha permesso di creare, ad esempio, cardiologi interamente dedicati solo ad uno specifico ambito diagnostico e/o terapeutico (la gestione di cardiomiopatie genetiche, il trattamento interventistico di cardiopatie strutturali, l'interpretazione dell'imaging avanzato, ecc.), soprattutto nei centri cardiologici di terzo livello o di riferimento regionali e nazionali. Utilizzare tali risorse umane e professionali, che hanno richiesto ingenti investimenti per la formazione, per scopi assistenziali completamente diversi rappresenta un utilizzo scellerato di risorse oltre ad essere fonte di demotivazione per il personale, che sarebbe quindi ancor più indotto a cercare soluzioni lavorative alternative, specialmente verso il settore privato. Nel centro periferico, d'altro canto, è richiesto un bagaglio di conoscenze più "clinico-generaliste", ma non meno impegnative intellettualmente perché frutto di lunghi studi e soprattutto di tanta esperienza clinica, in modo da garantire un appropriato, efficace ed efficiente percorso diagnostico-terapeutico ad ogni tipo di paziente.

La proposta derivata dal position paper ANMCO sopracitato¹ è inerente al possibile interscambio dei soli cardiologi neoassunti (e non dei cardiologi *senior*, se non su base volontaria) tra strutture Hub e Spoke, garantendo un percorso formativo adeguato a tutti i giovani cardiologi che potrebbero trovare motivi di soddisfazione professionale non solo nel centro Hub, ma anche nelle strutture Spoke territoriali. Queste, infatti, nonostante possano sembrare ad una prima valutazione "meno attrattive", sono un'ottima palestra per il giovane cardiologo che accingendosi a confrontarsi realmente e non "supervisionato" con i problemi quotidiani della professione, può finalmente applicare in prima persona le cono-

scenze acquisite alla pratica clinica quotidiana in un contesto spesso difficile ma comunque sfidante.

Nel documento viene riconosciuto che la proposta potrebbe anche rivelarsi inefficace o addirittura controproducente in alcuni casi, ove per esempio sussistano distanze significative o collegamenti disagiati tra le varie strutture¹. Tuttavia, il possibile interscambio temporaneo di personale tra strutture Hub e Spoke, dedicato principalmente al cardiologo neoassunto (o al cardiologo *senior* su sua specifica richiesta), è anche una valida strategia di potenziamento della rete cardiologica interospedaliera territoriale. Il rafforzamento culturale, scientifico, tecnologico e la condivisione delle conoscenze e delle esperienze professionali tra tutti i cardiologi dello stesso ambito territoriale può infatti fornire solide basi per una rete cardiologica efficiente ed uniformemente aggiornata e permettere, al di là dell'integrazione orizzontale delle diverse strutture cardiologiche, la maturazione professionale e il consolidamento lavorativo dei giovani cardiologi, così da essere pronti ad intraprendere ulteriori processi formativi ultraspecialistici, da una parte o a garantire la continuità assistenziale dei servizi erogati nel territorio, dall'altra. In conclusione, più che "un livellamento verso il basso della qualità della cura attraverso lo scadimento di questa nel grande ospedale", la proposta del documento ANMCO è un'opportunità per la crescita globale e uniforme del nostro Servizio Sanitario e delle nostre Cardiologie ospedaliere, che tanto ci stanno a cuore.

Marco Zuin^{1*}, Stefania Angela Di Fusco²,
Filippo Zilio³, Claudio Bilato⁴, Fabrizio Oliva⁵,
a nome del Consiglio Direttivo ANMCO

¹Dipartimento di Medicina Traslationale,
Università degli Studi, Ferrara

²U.O.C. Cardiologia Clinica e Riabilitativa, Presidio Ospedaliero
San Filippo Neri - ASL Roma 1, Roma

³U.O. Cardiologia, Ospedale Santa Chiara, APSS Trento

⁴U.O.C. Cardiologia, Ospedali dell'Ovest Vicentino,
Azienda ULSS 8 Berica, Vicenza

⁵Cardiologia 1-Emodinamica,
Dipartimento Cardiotoracovascolare "A. De Gasperi",
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
*e-mail: drzuin.marco@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Zuin M, Di Fusco SA, Zilio F, et al. Position paper ANMCO – Stati Generali ANMCO 2023: La carenza del personale sanitario in ambito cardiologico. *G Ital Cardiol* 2024;25:115-20.
2. Alviar CL, Hall S, Mebazaa A. Outcomes of patients with cardiogenic shock in hub and spoke centers: the importance of protocol standardization at a network level. *J Card Fail* 2024;30:576-9.
3. Guiducci U. La rete cardiologica ospedaliera secondo il modello Hub & Spoke. *G Ital Cardiol* 2003;6:158-62.
4. Steffenino G. Hub, spoke e sindromi coronariche acute. *G Ital Cardiol* 2006;7:631-4.