

Opinione

La cardiologia ospedaliera tra alta specialità e diagnostica ambulatoriale: una proposta di soluzione

Roberto Antonicelli

Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e Telemedicina, Istituto Scientifico INRCA-IRCCS, Ancona

(Ital Heart J Suppl 2004; 5 (11): 876-878)

© 2004 CEPI Srl

Ricevuto il 12 novembre 2004; accettato il 16 novembre 2004.

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle degli Editors dell'Italian Heart Journal.

Per la corrispondenza:

Dr. Roberto Antonicelli

U.O. di Cardiologia
Istituto Scientifico
INRCA-IRCCS
Via della Montagnola, 81
60100 Ancona
E-mail:
r.antonicelli@inrca.it

È passato oltre 1 anno dalla pubblicazione del fondamentale documento della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) sul tema "Struttura ed organizzazione funzionale della cardiologia"¹.

Nel documento, dopo un'attenta inquadratura di tipo epidemiologico, si affrontano molti dei problemi della cardiologia italiana, a cominciare dall'organizzazione generale, al ruolo del personale, ai percorsi, agli indicatori, ecc., portando infine le risolutive proposte della FIC.

Nonostante l'efficacia dell'impianto organizzativo generale proposto, non si può negare che, specialmente se letto da un cardiologo operante nell'attuale Servizio Sanitario Nazionale, gli scenari proposti, per quanto corretti ed appropriati, appaiano inevitabilmente di non facile applicazione in molte delle realtà cardiologiche, specie in quelle più piccole, del nostro paese.

Le motivazioni di questo possono essere molte, alcune legate all'attuale struttura del Servizio Sanitario Nazionale, altre all'organizzazione del lavoro nelle singole unità operative, altre ancora alla tipologia di avanzamento professionale che caratterizza le carriere degli operatori sanitari del nostro paese. Ci sono però alcuni punti che, pur essendo di grande rilevanza pratica, non sono stati sufficientemente evidenziati, e che, se non adeguatamente affrontati, potrebbero ostacolare seriamente, se non addirittura impedire, il complesso cammino prefigurato nel succitato documento. Mi riferisco in particolare al problema del significativo cambiamento del ruolo professionale del cardiologo nella struttura ospedaliera.

Negli ultimi anni al lavoro "di corsia" che rappresentava "storicamente" il *core business* del cardiologo ospedaliero, si è affiancato un imponente lavoro di ambulatorietà rivolto al territorio, che spesso è posto anche come principale obiettivo premiante aziendale da parte di molti Direttori Generali (il famoso "abbattimento" delle famigerate "liste d'attesa"). Questo lavoro assorbe ingenti risorse umane in compiti che in larga parte riguardano la prevenzione primaria se non addirittura l'effettuazione di visite od esami di routine (ecocardiogrammi, prove da sforzo, ECG dinamico secondo Holter, ecc.) rivolti a sportivi, donne in gravidanza, nevrotici, ecc., spesso poco appropriati se non addirittura inutili.

Tutto questo distoglie un consistente numero di cardiologi ospedalieri dalla loro principale funzione istituzionale con inevitabili ripercussioni sulla qualità, ma soprattutto sulla velocità dell'operatività clinica rivolta verso i degenti.

Chiunque lavori, o conosca le dinamiche di attività di degenza, sa bene quanto la disponibilità di operatori condizioni la durata del ricovero al di là dei "fisiologici" tempi di guarigione correlati ad ogni singola patologia.

In tutte le branche della medicina, ed in cardiologia in particolare, è noto come spesso la diagnosi sia in relazione alla disponibilità di diagnostiche strumentali e soprattutto alla disponibilità degli operatori esperti preposti a queste metodiche. È noto infatti come l'esecuzione di importanti presidi diagnostico-terapeutici come l'applicazione di pacemaker, studi elettrofisiologici, cateterismi cardiaci, terapie ablativo,

ecc., sia pesantemente condizionata dalla presenza degli operatori. Se pensiamo poi come un'unità operativa di cardiologia dotata di terapia intensiva coronarica richieda l'impegno di 5-6 cardiologi solo per coprire i turni fissi di guardia attiva, e che il numero dei professionisti in dotazione di una media unità operativa territoriale di cardiologia si aggira intorno ai 7-8, si comprende chiaramente come siano sempre pochi i cardiologi a disposizione per le attività cliniche rivolte ai degenti. Non va inoltre dimenticato come le unità operative di cardiologia debbano, di fatto, sempre mettere specialisti a disposizione del pronto soccorso e dell'intero ospedale, per le consulenze cardiologiche urgenti o di routine per i reparti medici o chirurgici. Se a tutte queste ineludibili attività sommiamo, come già ricordato, una significativa ambulatorietà che assorbe altre risorse umane, si comprende facilmente come ben poco rimanga per organizzare un'efficiente e rapida attività rivolta alla degenza.

Questi problemi sono ben noti a tutti, ma la "compressione" della spesa sanitaria, in particolare quella ospedaliera, impedisce non solo di adeguare la forza lavoro alle nuove esigenze operative dei reparti, ma addirittura con incomprensibili (almeno dal punto di vista logico) normative, punta a ridurre gli organici (ad esempio concessione di una delibera per una nuova assunzione ogni due pensionamenti!).

Come se tutto questo non bastasse, un ulteriore problema si sta rapidamente delineando all'orizzonte: l'invecchiamento dei professionisti. Di pari passo con l'invecchiamento della popolazione, ed accentuato dal ridotto turnover e dalle carriere ormai "ingessate" dalla mancanza di sbocchi professionali a livello apicale, la maggior parte dei cardiologi ospedalieri si distribuisce tra incarichi ordinari, di cosiddetta alta specializzazione (sic!) e responsabilità (spesso solo formali) di strutture che frequentemente di "semplice" non hanno che il nome.

Con il progressivo aumento dell'età pensionabile nei prossimi anni avremo unità operative piene di cardiologi ultrasessantenni impegnati in massacranti turni di guardie notturne o festive, con la necessità magari di avere per loro stessi un supporto medico! Questo aprirebbe il capitolo, mai realmente affrontato e risolto della necessità del riconoscimento della guardia in cardiologia come attività usurante al pari di altre.

Queste semplici considerazioni aprono scenari sulla cardiologia italiana del terzo millennio abbastanza inquietanti: corsie sempre più "abbandonate" come risultato di un inevitabile compromesso tra attività clinica di tipo "turnistico" (guardie attive in unità di terapia intensiva coronarica) ed ambulatoriali (esplosione delle richieste territoriali) da parte di cardiologi sempre più anziani, stanchi e demotivati.

Per completare il quadro va anche sottolineato che, con il giusto espandersi del modello a rete (*hub/spoke*) tra le cardiologie, ed il progressivo incremento delle procedure di angioplastica primaria o facilitata nell'in-

farto miocardico acuto, i cardiologi delle unità operative periferiche dovranno fino a 65 anni "scorazzare" sulle ambulanze di tutta Italia!

Non esiste nulla per opporsi a questo apparentemente inesorabile, infausto destino?

Forse sì, ed è questa la modesta proposta che vorrei presentare all'attenzione critica dei colleghi.

- Limitare l'attività delle cardiologie alle sole attività cliniche istituzionali, ovvero assistere i pazienti ricoverati nelle degenze e nelle unità di terapia intensiva coronarica limitando le prestazioni ambulatoriali alle sole attività dedicate alla prevenzione secondaria dei soggetti già ricoverati (unità di riabilitazione cardiologica) e controllo pacemaker.

- Demandare tutta l'attività ambulatoriale (clinica e strumentale) di prevenzione primaria, o controlli di routine a pazienti cardiopatici cronici ai poliambulatori territoriali integrati nell'attività di prevenzione delle ASL e coordinate con la medicina del territorio.

Queste scelte, ovvero il reale potenziamento dei poliambulatori, porterebbero ad un'efficace risoluzione dei problemi di sovraffollamento delle strutture ospedaliere ed un rapido aumento dell'efficienza e dell'efficacia della prestazione specialistica ospedaliera, oltre alla reale possibilità di una seria risoluzione del problema dell'abbattimento delle liste d'attesa.

Questa ipotesi di lavoro pone però un problema: chi "fisicamente" effettuerà in queste strutture tutte le prestazioni cardiologiche dirottate dagli ospedali, vista la penuria di specialisti nel territorio?

La risposta è semplice: tutti i cardiologi ospedalieri raggiunta l'età di 57-58 anni potranno scegliere se continuare ad operare in ospedale o terminare la carriera in strutture territoriali.

I vantaggi di questa operazione sono intuitivi:

- arricchire il territorio di professionalità mature che possono, proprio in virtù di questo, da un lato ridurre significativamente le richieste di ulteriori esami strumentali ed in definitiva i ricoveri, dall'altro data la confidenza con il personale ospedaliero, gestire in maniera integrata i casi che richiedono l'ospedalizzazione;

- spostare in ambienti di lavoro meno stressanti dal punto di vista dei carichi di lavoro professionisti ormai "usurati" dalla pratica ospedaliera, ma di grande esperienza e capacità professionale. In questo modo il professionista accede ad orari di lavoro più umani con la possibilità di una maggiore gestione dei propri carichi di lavoro, condizione che non può essere negata a medici con decine di anni di professione alle spalle e che meritano un livello di autonomia professionale che nella struttura inevitabilmente gerarchica dell'ospedale, non tutti possono raggiungere;

- assumere nell'ospedale professionisti giovani che porteranno quell'entusiasmo e quella spinta propulsiva all'innovazione indispensabili nell'ambiente ospedaliero che, oltre all'attività assistenziale, dovrebbe riscoprire il proprio ruolo nella ricerca e nella didattica. In questo modo inoltre si attua un significativo risparmio

economico che va nella direzione dettata anche dal piano sanitario nazionale che prevede lo spostamento di risorse dagli ospedali al territorio, in quanto professionisti a fine carriera hanno redditi più alti rispetto a giovani cardiologi. La presenza poi nelle corsie di professionisti maturi, ma di età < 58 anni (o > 58 che desiderino autonomamente restare) garantisce che il ricambio sia fatto con un adeguato livello di “continuità” professionale.

Non so se queste riflessioni possano realmente rappresentare la risposta migliore ai problemi che ho brevemente esposto; problemi che comunque tutti coloro che lavorano in ospedale certamente riconosceranno

come veri. Spero solo che questa “modesta proposta” dalle pagine dell'*Italian Heart Journal Supplement* raggiunga il maggior numero di colleghi cardiologi con la speranza di stimolare un dibattito tanto forte e rumoroso da pretendere risposte concrete a problemi così importanti ed urgenti non solo per i cardiologi italiani, ma per tutti i nostri concittadini.

Bibliografia

1. Federazione Italiana di Cardiologia. Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia. *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 881-930.