

Lettera aperta ai cardiologi italiani. Un invito al dibattito

La Cardiologia Italiana si trova in un momento decisionale importante. Circa cinque anni fa SIC e ANMCO hanno creato la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), iniziando un percorso che ci si riprometteva di configurare nel tempo. Oggi questa indeterminatezza pesa. Siamo a metà di un guado che non ha un approdo chiaro, quindi tendiamo ad annaspere. Credo sia necessario fare chiarezza e per questo mi rivolgo, a titolo personale, ai cardiologi italiani invitando tutti alla riflessione e al dibattito che con questa lettera apro. Ringrazio gli Editors dell'*Italian Heart Journal* per l'ospitalità. La lettera non è breve, me ne scuso. Chiedo un momento di pazienza, ma i punti da considerare non sono pochi e vorrei almeno accennare ai più rilevanti.

Poiché la formazione culturale dei medici è prevalentemente scientifica, inizierò dal "razionale":

Perché abbiamo fatto la FIC?

a) *L'immagine e la rilevanza internazionale della Cardiologia Italiana*

L'unico dei 47 paesi che compongono la Società Europea di Cardiologia (ESC), rappresentato da due Società medico-scientifiche distinte – SIC e ANMCO – era l'Italia. Negli ultimi anni pre-FIC venivamo guardati con ironia crescente ("the Italians"!) e la Cardiologia Italiana era paralizzata da questa dualità. Era stridente l'asimmetria tra rilevanza quantitativa e qualitativa della cardiologia del nostro Paese e il suo ruolo (o l'assenza di ruolo) nel contesto europeo. Occorreva modificare radicalmente questa situazione. L'abbiamo fatto con la FIC.

b) *La rilevanza della cardiologia a livello istituzionale nazionale e regionale*

Nello scenario sanitario nazionale la patologia cardiovascolare è l'area epidemiologicamente più diffusa e più tecnologizzata, e quindi, più costosa. Data la devoluzione galoppante, lo scenario nazionale diventa sempre più un puzzle di scenari regionali, accomunati dal principio che la Sanità costa troppo. Da qui possono discendere due strategie dirompenti. La prima è limitare la tecnologia; strategia grezza ma di effetto immediato, buona per chi deve raggiungere risultati a breve termine. La seconda, più pericolosa nel lungo termine, è la ristrutturazione organizzativa degli ospedali, chiamata "razionalizzazione", fondata sul principio degli accorpamenti tecnologici o di Unità Operative in qualche modo assimilabili (obiettivo: risparmio). La conseguenza per la cardiologia può essere la dissoluzione: le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica accorpate al Dipartimento di Emergenza-Urgenza, i Laboratori Interventistici in Dipartimenti di Immagini o di Radiologia Interventistica, le Unità di Riabilitazione accorpate (come per lo più sono già) in Dipartimenti di Riabilitazione (a guida fisiatrica), i reparti di degenza con i laboratori non invasivi in Dipartimenti di Medicina Interna. Risultato: fine della cardiologia come disciplina

sanitaria strutturata. Conseguenza per i pazienti: frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici in segmenti non collegabili, con la scomparsa di un riferimento clinico certo. Conseguenza per i cardiologi: occuparsi per tutta la vita professionale di un frammento della cardiologia perdendo di vista tutti gli altri con la conseguente incapacità o impossibilità di gestire i problemi clinici nel loro insieme. Per riorientare questo processo occorre una comunità professionale forte, quindi unita.

c) La capacità di interagire in modo efficace con chi decide in Sanità

Nei confronti dei soggetti istituzionali è importante contare. Finora si è contato poco, e se si è contato lo si è dovuto a rapporti personali di fiducia, amicizia o altro tra qualche cardiologo e decisori locali. È tempo (in realtà non da ora) che le Società medico-scientifiche svolgano istituzionalmente il ruolo tecnico che loro compete nelle decisioni sanitarie. Ma bisogna riuscire a farlo. A livello regionale non tutti sono così informati e autorevoli da imporsi senza difficoltà. Occorre supporto documentale e di esperienza e una rappresentatività che solo la cardiologia nel suo insieme può dare. La “rappresentatività” infatti è il punto chiave. Speculare alla frammentazione strutturale della cardiologia è l’arcipelago di Società medico-scientifiche di settore che la rappresenta, con il doppio risultato di dare visibilità ai diversi settori e di svuotare di rappresentatività ciascuno di essi. L’ovvia risultante è un’impotenza litigiosa. Nessuna speranza di essere efficaci in questo modo. L’interlocutore decisionale ignorerà la pletora di soggetti che pretendono di svolgere (competitivamente) il ruolo di tecnici istituzionali o sceglierà quelli che al momento gli fanno più comodo per attuare ciò che ha già deciso, così apparentemente validato da un “supporto tecnico”.

d) Formazione e aggiornamento

Ormai l’Educazione Continua in Medicina è una realtà istituzionale. D’altra parte la formazione professionale clinica e tecnologica del cardiologo, a livello universitario e post-universitario, richiede una collaborazione stretta tra mondo universitario, mondo ospedaliero e mondo extraospedaliero. Il problema della formazione del cardiologo è stato in passato e può diventare in futuro occasione di attriti. Per parte mia ritengo che la formazione universitaria debba essere gestita dai cardiologi universitari. Questa è il loro compito istituzionale e professionale. Non ritengo opportuna qualunque iniziativa di autonomizzazione ospedaliera riguardante la didattica accademica. Credo tuttavia che sia indispensabile che ospedali scelti costituiscano una componente strutturale e paritetica, in termini di rilevanza esperienziale, con Unità Operative Universitarie nell’ambito delle Scuole Specialistiche di Medicina. E credo che qualunque tentativo difensivo di marginalizzazione degli Ospedali vada avversato energicamente. Ritengo inoltre che un collegamento istituzionale con le forze cardiologiche extraospedaliere sia indispensabile per completare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti e per implementare efficacemente le strategie di prevenzione.

Per tutte le ragioni esposte sopra è stata istituita la FIC con i compiti statutari che riporto.

La Federazione si propone di costituire un punto d’incontro, di concertazione e di propositività della Cardiologia Italiana nei confronti della comunità cardiologica internazionale e degli organismi scientifici e sanitari nazionali.

In particolare la Federazione persegue il suo scopo:

a) rappresentando in via esclusiva e diretta la SIC e l’ANMCO presso l’ESC, per im-

postare e condurre una politica unitaria nei confronti della Società stessa che consenta il raggiungimento delle migliori affermazioni della Cardiologia Italiana, cercando inoltre di mantenere, finché esistano, le due Associazioni SIC ed ANMCO, una distribuzione equilibrata degli incarichi tra queste;

b) impostando e conducendo nei confronti degli Organismi scientifici e Sanitari Nazionali, riguardanti la struttura ed il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, una politica unitaria le cui premesse risultano essere già state impostate dalle due Associazioni;

c) impostando e conducendo una politica unitaria di formazione, che tenda alla realizzazione dei quattro punti programmatici già concordati fra le Associazioni per le Scuole di Specializzazione, nonché delle loro eventuali possibili evoluzioni.

Cosa abbiamo fatto finora

Qualcosa di buono è stato fatto. Ricordo l'*Italian Heart Journal*. L'organo di stampa di una Società medico-scientifica è la sua voce e una parte essenziale della sua identità. La rinuncia al Giornale Italiano di Cardiologia e a Cardiologia da parte di ANMCO e SIC (presidenti Nicola Mininni e Peter J. Schwartz) è stata una decisione molto importante. Abbiamo avviato una *collana monografica FIC* (l'ultimo volume, in pubblicazione, riguarda la continuità assistenziale e le interazioni tra Ospedale e territorio ed è introdotta dal Ministro della Salute) e un'iniziativa di formazione rilevante come il *Cardioform*, ora anche in edizione informatica. Abbiamo condotto insieme il *Censimento delle Strutture Cardiologiche ospedaliere* (in pubblicazione sull'*Italian Heart Journal*) e abbiamo prodotto il documento secondo me più importante in assoluto, "*Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia*" che propone a politici e amministratori la nostra visione di un sistema cardiologico nazionale efficace, appropriato ed equo.

Inoltre abbiamo esteso a livello regionale la FIC identificando nei Presidenti-Delegati regionali SIC e ANMCO i rappresentanti della Federazione e li abbiamo indicati come tali agli Assessori regionali.

È poco? Tutt'altro. Ma certamente non basta. Vediamo perché.

I problemi sul tappeto

1) Identità, visibilità e "potere"

SIC e ANMCO hanno storia e consuetudini che generano un senso profondo di identità e di appartenenza, fatto positivo perché è il collante che dà anima e vigore alla vita associativa. Unirsi in Federazione implica delegare parte delle azioni e della visibilità individuale a questo nuovo soggetto comune. Per avere senso e rappresentatività la Federazione "deve" acquisire una visibilità unitaria. Ostacolare questo processo, come sta avvenendo, per mantenere intatta la visibilità societaria individuale è contraddittorio e paralizzante. Se per ogni iniziativa prospettata si fa un bilancio millimetrico di cosa ogni Società guadagnerebbe o perderebbe non ci si muove più. Ogni iniziativa è per qualche verso asimmetrica, anche perché pesi e misure usati da ciascuno sono sempre diversi da quelli usati dall'altro. È l'obiettivo finale quello da non perdere di vista, fondando la collaborazione sulla fiducia reciproca.

La Federazione non deve essere sentita e prospettata all'esterno come un'ulteriore Società medico-scientifica (i tre loghi, le tre firme, ecc.). Non lo è e non lo deve diventare. È, o dovrebbe essere, uno strumento di collegamento ideativo e operativo per la finalità statutarie che SIC e ANMCO si sono date. FIC significa "SIC-ANMCO". Alcuni di noi (cito in particolare il primo presidente della FIC, Mario Mariani) han-

no avviato il processo federativo come fase di passaggio verso l'unificazione della Cardiologia Italiana. Oggi questo orizzonte sembra molto lontano, ma quanto meno per ora consolidiamo la struttura federale. Il "potere" individuale di fatto non c'è o è poca cosa, quindi federandosi non si rinuncia a molto; al contrario ci si federa per acquisirlo e usarlo al meglio nel mondo sia scientifico che sanitario.

2) Struttura federale coerente con le finalità scientifiche ed i rapporti istituzionali

L'obiettivo generale è di coniugare da una parte la rappresentatività unitaria della Cardiologia Italiana e dall'altra l'articolazione interna in aree o gruppi di settore che possano sia lavorare e produrre scientificamente che interagire con i soggetti analoghi di altri paesi e Società medico-scientifiche internazionali. Il problema qui si articola in due sotto-problemi che vorrei esaminare separatamente.

a) I Working Groups. Sia SIC che ANMCO sono organizzati in Aree o Gruppi di Lavoro che operano in settori della cardiologia. In modo analogo è organizzata la ESC (e Società medico-scientifiche di altri paesi). L'obiettivo che si dovrebbe raggiungere è la creazione di contenitori formali nazionali che accolgano tutti i cardiologi interessati, e che rappresentino l'analogo dei Working Groups della ESC con i quali essi dovrebbero interagire. La ESC sta ristrutturando gli attuali Working Groups, sostanzialmente riconfigurandoli in due categorie: Working Groups formalmente simili agli attuali, e Associations, cui accennerò più avanti. In ogni caso l'orientamento attuale della ESC (che di fatto è una Federazione delle Società Cardiologiche nazionali) è di collegare il più strettamente possibile questi "bodies" con gli analoghi nazionali. Poiché la Cardiologia Italiana è rappresentata nella ESC dalla FIC, Gruppi di Lavoro SIC e Aree dell'ANMCO non esistono per la comunità medico-scientifica europea. Quindi, paradossalmente, noi appariamo come totalmente destrutturati; non disponiamo di interlocutori istituzionali di settore. E questo appare ancora più assurdo se si considera che molti italiani hanno ruoli rilevanti o di vertice nei Working Groups ESC; ma solo individualmente. Dietro di loro, a livello nazionale, hanno il vuoto. Per limitare i danni, per tre settori (Scompenso Cardiaco, Emergenza-Urgenza e Prevenzione) abbiamo identificato un referente e un vice-referente (rigorosamente uno per Società) che possano rispondere a eventuali appelli internazionali, lasciando intatte le strutture societarie esistenti. Per ora nulla di più. A me sembra una soluzione quanto meno parziale e inadeguata.

b) Le Società di settore. Nel corso del tempo si sono formate in Italia (e altrove) numerose Società medico-scientifiche autonome, di settore. Hanno lavorato molto e bene. Cito ad esempio l'AIAC, il GISE, la SIEC, il Gruppo di Valutazione Funzionale e di Riabilitazione e altre. Esistono poi Società Cardiologiche generaliste, come le Società dei Cardiologi del territorio, e Società di area clinica specifica, come la Cardiologia Pediatrica, che hanno svolto egregiamente funzioni scientifiche, formative e sanitarie nelle proprie aree di interesse. Sono tutte aree importanti o vitali della cardiologia. Queste Società aspirano a svolgere il ruolo di interlocutori sia nel mondo scientifico che dei decisori politico-amministrativi. Sono convinto che sarebbe distruttivo per la Cardiologia Italiana presentarsi all'ESC come FIC e ai Working Groups dell'ESC con Società diverse, non collegate alla FIC. Sarebbe altrettanto distruttivo presentarsi ai Working Groups ESC con Working Groups FIC posticci in posizione esplicitamente antitetica in rapporto alle Società di settore nazionali esistenti.

Considerazioni simili, come ho accennato, valgono per le istituzioni sanitarie nazionali e regionali. Si stanno moltiplicando i contatti tra Assessorati regionali e Società medico-scientifiche, e quando i contatti non ci sono dobbiamo cercarli o im-

porli perché dobbiamo avere ruolo nelle decisioni che riguardano la Sanità. Le Regioni in particolare sono prevalentemente interessate ai costi, quindi, in ambito cardiologico, alle procedure e ai materiali costosi, cioè all'interventistica. Chi deve essere l'interlocutore? L'interlocutore deve essere la cardiologia clinica insieme alla cardiologia interventistica, non l'uno senza l'altro (o peggio, contro l'altro). D'altra parte molti cardiologi si riconoscono nelle Società di settore come o più che nelle Società madri per varie ragioni, per affinità professionale, perché in queste rivestono ruoli più gratificanti, perché hanno più spazio culturale; insomma perché si sentono più realizzati. Non basta dire che SIC e ANMCO sono le Società madri che includono tutti. Escludere dalla FIC le Società medico-scientifiche indipendenti comporterebbe azioni laceranti sia del tessuto della comunità cardiologica sia nei confronti degli interlocutori istituzionali. Includerle nella FIC, con rispetto e spirito amichevole, è la via per coordinare le competenze e interagire con il mondo sanitario e scientifico regionale, nazionale e internazionale in modo rappresentativo ed efficace. Un modo per escludere dalla FIC le Società attualmente indipendenti è porre condizioni inaccettabili per la loro aggregazione. Ad esempio l'appartenenza dei singoli associati a SIC e ANMCO non può essere il solo criterio in base al quale viene regolato il governo delle Società di settore. Porre questo punto come condizione preliminare può vanificare ogni tentativo di aggregazione.

Tra l'altro è rilevante la constatazione che la ESC, per vie diverse, si appresta a configurarsi con un assetto simile. Le Associations dovrebbero essere Società di settore con autonomia scientifica, organizzativa ed economica che stanno sotto l'ombrello ESC con meccanismi di collegamento fondati sulla consultazione reciproca istituzionale e su una comune struttura amministrativa. È quanto ritengo debba essere proposto alle Società di settore da parte della FIC, attraverso un percorso graduale che non tocchi per il momento gli aspetti economico-amministrativi, punto che potrà essere eventualmente preso in considerazione più in là, se la collaborazione funzionerà.

3) Accesso alle fonti di risorse

In una Sanità povera occorre darsi da fare per reperire risorse, non solo istituzionali. Qui c'è un'altra macroscopica asimmetria. La cardiologia è la disciplina più rilevante come bisogno di salute, ma è tra le meno visibili nei confronti della popolazione e tra le meno attive nel reperimento di risorse dalla comunità civile. Cosa fare? C'è il rischio (che si sta realizzando) che ogni Società medico-scientifica cardiologica crei la propria Fondazione allo scopo di raccogliere risorse per qualche benemerita finalità. A mio parere se c'è un modo sicuro per fallire è questo. Alla gente non importa assolutamente nulla dei cardiologi e delle loro beghe, alla gente interessa vivere di più e meglio. Gruppi di cardiologi che tentino competitivamente di conquistare visibilità non faranno altro che visibilizzare la loro inconsistenza conquistandosi sfiducia, non risorse. Anche per questo la coordinazione è indispensabile. Come? Con *una* Fondazione di area cardiovascolare, collegata alle e non diretta dalle Società medico-scientifiche cardiologiche, che usi il background culturale e la professionalità dei cardiologi per indicare i processi di salute pubblica sui quali focalizzare l'attenzione del pubblico e orientare l'impiego delle risorse.

4) Gli assetti locali

Questo è un problema delicato, spinoso e, temo, inevitabile. L'applicazione concreta, locale dei principi generali è sempre difficile poiché passa attraverso realtà e interessi specifici, è legata a rapporti umani e politici ed è molto sensibile agli equi-

libri di potere. È qui che sorgono le occasioni per impantanare i processi generali. Io credo che sia necessario innanzitutto contenere le diatribe locali nelle sedi appropriate, non usarle strumentalmente come paradigmi di inconciliabilità. Abbiamo da poco istituzionalizzato una Commissione FIC per i problemi regionali con lo scopo non solo di aiutare a dirimere le situazioni difficili, ma per supportare con le esperienze fatte altrove, con documenti propositivi nazionali e quant'altro possa essere utile, la partecipazione costruttiva dei cardiologi agli assetti sanitari locali.

Ci sono altri problemi di fondo. Uno, rilevante, è la configurazione dei dipartimenti integrati Università-Ospedali. Questa è l'area ideale per scontri diretti, qui di fatto gli interessi personali e di categoria dei medici ospedalieri e universitari possono divergere. Occorre prendere atto di questa realtà, del fatto che il problema riguarda la generalità della medicina, non la sola cardiologia; della possibilità che ogni categoria segua strade proprie per difendersi e eventualmente imporsi. L'esistenza di aree di possibile conflitto non annulla l'esistenza di larghe aree di convergenza. Bisogna impegnarsi perché le prime non prevalgano sulle seconde. A me pare che questo sia necessario e possibile.

In conclusione, abbiamo fatto la FIC, stiamo raggiungendo gli obiettivi?

SIC e ANMCO hanno svolto un buon cammino insieme, ma troppo lento e soprattutto incompleto. Gli obiettivi sono stati soddisfatti in modo parziale e il tentativo di indirizzare verso finalità comuni le iniziative di ogni Società coinvolgendo l'altra crea lentezze e vischiosità paralizzanti o quanto meno fastidiosamente rallentanti. Ma soprattutto è divenuto chiaro che aggregare SIC e ANMCO non basta. E qui le resistenze ad andare avanti crescono. Ci sono punti di resistenza molto forti, che potrebbero paralizzare il processo.

Processi di fondo come il ridisegnare una comunità professionale sono per loro natura complessi, ad andamento non lineare. La dialettica è lo strumento essenziale perché procedano in modo coerente con le aspettative di tutti (o dei più). È questa la ragione per cui ho scritto questa lunga lettera e ora sollecito il contributo di tutti. Occorre che emerga una volontà corale, solo questa può superare barriere inappropriatamente difensive anche se comprensibili. Invito gli associati SIC e ANMCO, le Società di settore e quanti hanno a cuore la Cardiologia Italiana a esprimere il loro pensiero, a offrire suggerimenti, proposte e critiche in un dibattito che mi auguro aperto e franco. *L'Italian Heart Journal Supplement* ospiterà le voci di tutti, confermando così una vocazione che gli è propria, non solo di strumento culturale, ma anche di arena di dibattito vivo della comunità cardiologica nazionale.

Prof. Luigi Tavazzi

Presidente

Federazione Italiana di Cardiologia