

## Prefazione

*“Costruire teorie prima di aver raccolto  
i fatti è un errore madornale:  
conduce ad adattare i fatti alle teorie,  
invece che adattare le teorie ai fatti”*  
Arthur Conan Doyle

**E**ra il 18 ottobre 2014 quando a Gubbio, agli Stati Generali ANMCO, tra gli altri progetti del cronoprogramma della presidenza ANMCO del mio biennio, presentavo l'idea del **7° Censimento ANMCO delle Strutture Cardiologiche italiane**.

Erano quelli i tempi in cui l'accurato dibattito della Comunità cardiologica era focalizzato sul timore che il nuovo modello assistenziale – quello per intensità di cure – pervadesse tutte le realtà regionali italiane, distruggendo in pochi anni quanto da noi cardiologi conquistato sul campo, ovvero l'abbattimento della mortalità ospedaliera grazie all'avvento delle UTIC e al Dipartimento di Cardiologia. E, ricordo, ognuno che interveniva declinava appassionatamente il modello di intensità di cura a egli noto, per averlo inizialmente sperimentato o per averne sentito parlare dal collega che ne aveva fatto esperienza. Declinazioni spesso non correlanti tra loro e quindi apparentemente inesatte se non per una certezza emergente: il modello veniva declinato e adottato, dalle regioni che ne avevano sposato la filosofia, in modo differente tra le realtà nazionali e, addirittura, in modo difforme tra strutture della stessa regione!

Da qui l'idea di fare il punto *prima della catastrofe* rilevando, foss'anche per poterne parlare ai nostri pronipoti come “dei tempi che furono”, il numero delle Cardiologie ancora esistenti, i modelli organizzativi da esse adottate, la tipologia e la complessità, le dotazioni strumentali e organiche e, non per ultimo, se e quale modello di intensità di cura fosse stato adottato in quelle coinvolte.

Quindi il percorso di un'opera che ha richiesto un impegno considerevole di uomini e donne di buona volontà, professionisti esperti che hanno speso pazienti giornate di telefonate per “cavare” informazioni dai Centri più resistenti e, soprattutto, di interminabili conversazioni con funzionari amministrativi di alcuni Ospedali italiani che erano spesso ignari del modello assistenziale adottato dalla propria azienda.

Nell'ottica dell'impegno associativo trasversale che ho proposto e condiviso con il Consiglio Direttivo dell'epoca, tra ANMCO e tutte le altre società scientifiche, e che ha caratterizzato questo trascorso biennio, abbiamo deciso di condividere questo momento scientifico-organizzativo con la Società Italiana di Cardiologia che ci ha fornito i dati dei Centri cardiologici a direzione universitaria.

Per questo impegno e dedizione sono grato a Donata Lucci e a tutti i componenti del Centro Studi ANMCO che hanno pazientemente raccolto e allocato i numerosi pezzi di questo stupendo puzzle denominato **“Censimento delle Strutture Cardiologiche italiane 2015”**, ma particolarmente a Giovanni Gregorio che, nella sua qualità di Chairperson dell'Area Management & Qualità di ANMCO, ha sacrificato, anche lui appassionatamente, tante ore del suo tempo per la condivisione, discussione, stesura ed elaborazione dei dati per poter dare un corpo leggibile a questa straordinaria opera conoscitiva della realtà cardiologica nazionale.

Il Censimento delle Strutture Cardiologiche rappresenta quindi una importantissima occasione per una puntuale messa a punto sulla *Struttura ed Organizzazione della Cardiologia italiana*; una fotografia che si ripete nelle ultime edizioni ogni cinque anni e che coinvolge attivamente tutte le Cardiologie collocate all'interno di Enti di Ricovero e Cura sia pubblici che privati accreditati.

Il primo Censimento risale, infatti, al 1986 e fu quella la prima volta in cui l'ANMCO si cimentò in una rilevazione puntuale, attraverso la compilazione di una scheda di raccolta dati, dell'assetto della Cardiologia in Italia rivolgendosi, all'epoca, esclusivamente alla realtà ospedaliera.

A distanza di cinque anni dall'ultimo rilevamento FIC (Federazione Italiana di Cardiologia) del 2010 (rilevato, ma mai pubblicato), e quindi a dieci anni dall'ultima pubblicazione, ho ritenuto che fosse necessario, per tutte le motivazioni espresse in premessa, definire il quadro della struttura ed organizzazione della Cardiologia italiana, promuovendo un *Censimento delle Strutture Cardiologiche ospedaliere, universitarie e private accreditate* (per queste ultime limitatamente a quelle dotate di posti letto accreditati per la Cardiologia con il Servizio Sanitario Nazionale), affidando la raccolta e l'elaborazione dei dati come di consueto alla consolidata expertise del Centro Studi dell'ANMCO.

Gli scopi di questo Censimento sono stati quelli di acquisire informazioni aggiornate su:

- il numero e la distribuzione delle Strutture Cardiologiche sul territorio nazionale
- il loro stato normativo e l'assetto organizzativo
- le risorse di personale impiegate
- la disponibilità di Centri specialistici, di attrezzature e tecnologie
- la valutazione dell'evoluzione e dello sviluppo rispetto alle precedenti rilevazioni.

I dati sulla consistenza e sull'articolazione dei presidi e delle attività cardiologiche sono stati raccolti con minuziosa accuratezza nell'anno 2015 e rappresentano con fedeltà le differenze interregionali dell'offerta cardiologica e il travaglio di una disciplina attraversata dai grandi cambiamenti in corso nel Servizio Sanitario Nazionale.

Dei 668 istituti di ricovero, 662 – pari al 99% – hanno risposto (562 su 565 pubblici – pari al 99% – e 100 su 103 privati accreditati – pari al 97%).

La pubblicazione si riferisce ai dati pervenuti e relativi a 802 Unità Cardiologiche (687 pubbliche e 115 private accreditate). I risultati preliminari, ovvero il numero e le aree geografiche coinvolte, sono stati presentati in anteprima al Congresso Nazionale ANMCO 2016 di Rimini, suscitando grande interesse e approfondite riflessioni.

Il quadro che viene fuori dalla ricerca è rappresentativo della realtà nazionale cardiologica, grazie alla elevata e completa partecipazione della Cardiologia italiana.

È quindi una grande soddisfazione per me presentare questo numero del *Giornale Italiano di Cardiologia* che riporta i dati del **7° Censimento ANMCO-SIC delle Strutture Cardiologiche italiane** riferito all'anno 2015.

Lo spirito alla base della ricerca è l'esplorazione della disponibilità di Strutture Cardiologiche (Reti assistenziali, Dipartimenti, Tipologia organizzativa per specificità o intensità di cura, Ospedali, Strutture di ricovero in emergenza, di ricovero ordinario, di ricovero diurno, Ambulatori, U.O. di Cardiologia, UTIC, Cardiologia Riabilitativa, Cardiologia Pediatrica, Cardiologia Interventistica, Aritmologia, Elettrostimolazione, Diagnostica, dotazione strumentale e di personale), ponendo l'attenzione alle reali attività svolte e cogliendo opportunamente, nella raccolta di numeri di prestazioni e di procedure, lo stato di salute della realtà attuale della Cardiologia italiana in rapporto alle modifiche del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scopo è quello di disegnare la mappa dell'esistente per porre le basi per una nuova e più appropriata riorganizzazione della Cardiologia italiana, fondata sulla implementazione delle *Unità Assistenziali Complesse di Cardiologia* (UACC) in grado di dare risposte appropriate alla domanda di assistenza e di assicurare la continuità assistenziale nell'ottica di integrazione ospedale-territorio in una logica di medicina in rete.

Volendo riassumere in alcuni brevi passaggi i punti chiave – rinviando l'approfondimento alla lettura dell'intero documento – emergono alcune considerazioni sostanziali sul "*Censimento*" e sulla "*Struttura ed Organizzazione della Cardiologia*".

Sul **Censimento** appare come la disponibilità di Ospedali con *Cardiologia* e/o con *UTIC* è maggiore al Sud rispetto al Centro e al Nord. Per contro, gli Ospedali con *Cardiochirurgia*, *Chirurgia Vascolare*, *Emodinamica* e *Aritmologia Interventistica* sono presenti in misura maggiore al Nord rispetto al Centro e al Sud, ad eccezione della disponibilità dei Centri di Elettrostimolazione che sono presenti più al Sud e al Centro rispetto al Nord.

La disponibilità di Ospedali con *Medicina Nucleare* è maggiore al Sud e al Centro rispetto al Nord, quella con *TAC coronarica* è maggiore al Centro rispetto al Sud e al Nord, mentre quella con *RMN cardiaca* è maggiore al Centro e al Nord rispetto al Sud.

La disponibilità di Ospedali con *Day Hospital* di area cardiovascolare è maggiore al Sud rispetto al Nord e al Centro, e comunque la disponibilità di posti letto di Day Hospital cardiologico è inferiore allo standard di legge. Di contro, la disponibilità di Ospedali con *Ambulatori di area cardiovascolare* è maggiore al Centro rispetto al Sud e al Nord.

Per quanto attiene ai *Centri di Aritmologia Interventistica ed Elettrostimolazione*, mentre l'attività di Elettrostimolazione è maggiormente presente al Sud e al Centro rispetto al Nord, le attività di Aritmologia Interventistica prevalgono al Nord rispetto al Centro e al Sud.

Anche la disponibilità di *Emodinamica*, finalizzata all'interventistica coronarica, vascolare, strutturale, valvolare, pediatrica e del congenito adulto, mostra un caratteristico gradiente geografico con maggiore presenza di Strutture al Nord rispetto al Centro e al Sud.

Scendendo nel dettaglio dei *Centri Specialistici*, delle *Dotazioni Strumentali* e delle *Tecnologie*, rileviamo che i Centri che effettuano ECG Dinamico, Monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa, Ergometria, Tilting Test, Ecografia Vascolare, Ecocardiografia – Transtoracica, Transesofagea ed Ecostress – sono disponibili più al Sud e al Centro rispetto al Nord.

Inspiegabilmente, i Centri specialistici che eseguono Test Cardiopolmonare sono maggiormente presenti al Sud e al Nord rispetto al Centro. Per converso, la disponibilità di Centri di Cardiologia Nucleare, di TAC coronarica, di RMN cardiaca, di IVUS, di OCT e per Biopsia endomiocardica sono più presenti al Nord e al Centro rispetto al Sud.

Il nodo dolente del **Personale**, nella uniforme carenza generale, rappresenta un panorama di Medici presenti in misura maggiore al Sud rispetto al Centro e al Nord mentre, al contrario, gli Infermieri e i Tecnici di cardiologia sono presenti in misura maggiore al Nord e al Centro rispetto al Sud.

Il *Dipartimento Cardiologico puro* è presente in misura maggiore al Nord rispetto al Sud e al Centro, invece il *Dipartimento Cardiologico con altre specialità* è maggiormente presente al Nord e al Centro rispetto al Sud. Dei 42 "Dipartimenti Cardiologici puri", 26 (62%) gestiscono un proprio budget e 28 (67%) hanno attivo il Comitato di Dipartimento. Dei 55 "Dipartimenti Cardiologici con altre specialità", 36 (65%) gestiscono il proprio budget e 43 (78%) hanno attivo il Comitato di Dipartimento.

Il dato sulle *Reti in Cardiologia* fotografa una maggiore organizzazione a rete delle Cardiologie coinvolte al Nord, rispetto al resto d'Italia.

Per quanto attiene all'atteso, quanto scongiurato, dato sull'Organizzazione per *Intensità di Cura* e per *Specificità di Cura*, il nostro Censimento rileva che la maggioranza degli Ospedali italiani sono organizzati per Specificità di Cura. L'Organizzazione per Intensità di Cura, che coinvolge una minoranza di Cardiologie, è presente soprattutto al Centro-Nord rispetto al Sud: la specifica tabella riportata nella pubblicazione definisce dettagliatamente questo e tutti gli altri aspetti qui anticipati.

Per quanto invece attiene alle considerazioni sulla **Struttura ed Organizzazione della Cardiologia**, l'impressione consolidata dai dati rilevati e dai recenti accadimenti, è che la Cardiologia è destinata a subire profonde trasformazioni nel suo assetto organizzativo.

Il DM 70/2015 disegna un sistema ospedaliero nel quale l'offerta di presidi cardiologici appare desertificata. Un'assistenza cardiologica in grado di dare risposte appropriate, efficaci ed efficienti si deve basare su una rete di presidi di riferimento (DEA di I e II livello) e di competenze cardiologiche (presenti anche negli Ospedali di Pronto Soccorso) adeguata e strategicamente diffusa sul territorio. Va rovesciata l'antica logica di programmazione "verticale", basata su *contenitori di posti letto* diffusi a pioggia per affermare invece una logica di programmazione "orizzontale", fondata su un momento di analisi dei bisogni di salute (ovvero su analisi delle condizioni geo-territoriali, analisi dell'assetto demografico, analisi delle condizioni epidemiologiche, analisi dei bisogni sanitari) e su un momento di elaborazione e implementazione di un progetto di intervento (individuazione delle strutture sanitarie, definizione dell'articolazione assistenziale, implementazione della Governance Sanitaria) per l'affermazione di un modello sanitario basato su equità dell'accesso, condivisione dei percorsi e continuità assistenziale.

Va affermato il ruolo centrale della *Unità Assistenziale Complessa di Cardiologia* (UACC) – acronimo che ho presentato fin dal 2014 agli Stati Generali ANMCO e che è piaciuto alla comunità cardiologica che lo ha fatto proprio – basata su specificità e gradualità di cura, caratterizzata dalla contemporanea presenza di Area Intensiva (ex UTIC), Area a Media Assistenza (ex Cardiologia) e Area Riabilitativa (Riabilitazione Cardiovascolare) a guida e gestione unitaria cardiologica.

L'Unità Assistenziale Complessa di Cardiologia dovrà:

- essere in grado di erogare prestazioni ambulatoriali, di Day Hospital e Day Surgery, di ricovero ordinario e di urgenza, di ricovero riabilitativo;
- avere accesso in loco o in rete a Centri specialistici di cardiologia interventistica coronarica, aritmologia interventistica, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, etc.
- essere inserita in un contenitore organizzativo dipartimentale (Dipartimento Cardiovascolare) trans-ospedaliero, nel quale convivono strutture ospedaliere e strutture territoriali;
- essere inserita in un sistema a rete che consenta di dare risposta alla emergenza-urgenza cardiovascolare, alle sindromi coronariche acute, allo scompenso cardiaco, alle emergenze aritmiche, alla riabilitazione cardiovascolare e alla nuova cronicità cardiovascolare;
- essere parte integrante di una offerta sanitaria fondata sull'alleanza tra professionisti e pazienti per l'affermazione di un modello sanitario basato su equità dell'accesso, condivisione dei percorsi e continuità assistenziale.

Questa, in sintesi, una breve anteprima dei contenuti di questo Documento Scientifico-Organizzativo, fiore all'occhiello della produzione scientifica ANMCO, come gli altri 25 Documenti di Consenso, molti dei quali intersocietari e multidisciplinari, recentemente pubblicati nel 2016 sul *Giornale Italiano di Cardiologia* e, a maggio 2017, sullo *European Heart Journal supplement*.

Sono fermamente convinto che questo Censimento 2015 possa e debba rappresentare un valido e utilissimo strumento per la programmazione sanitaria e costituire la base per la costruzione di un moderno sistema di cure cardiologiche.

Per questo motivo, per ultimo ma non da ultimo, desidero esprimere il mio più profondo e sentito ringraziamento a tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione di questo documento, ovvero i Direttori di Struttura Complessa e Semplice delle Cardiologie Ospedaliere e Universitarie, i Responsabili delle Unità Cardiologiche Accreditate e i Cardiologi di tutti i livelli funzionali delle cardiologie italiane, e tutti coloro che hanno partecipato all'analisi e all'elaborazione dei dati.

Senza il loro preziosissimo aiuto non saremmo riusciti a realizzare quest'opera straordinaria che rappresenterà un utile strumento anche per il Decisore pubblico che vorrà competentemente approfondire dati e modelli organizzativi che finora si sono dimostrati vincenti, permettendo di abbattere considerevolmente la mortalità cardiovascolare e allungando, negli ultimi cinquant'anni, la vita media dei pazienti cardiopatici dieci volte di più di qualunque altra disciplina medica.

Concludo con un mio pensiero che rappresenta la forte convinzione del mio essere socio ANMCO, ovvero che: *la migliore cura del paziente cardiopatico passa attraverso la difesa della specificità della nostra disciplina, unica nel suo genere, per la quale tutta la Comunità cardiologica italiana deve sentirsi, con profondo orgoglio, costantemente impegnata.*

**Michele Massimo Gulizia**  
Presidente ANMCO 2014-2016