

## Rivascolarizzazione coronarica: quando le linee guida migliorano l'appropriatezza

Desai NR, Bradley SM, Parzynski CS et al  
*Appropriate use criteria for coronary revascularization and trends in utilization, patient selection, and appropriateness of percutaneous coronary intervention*

JAMA 2015; 314: 2045-2053

Harrington RA

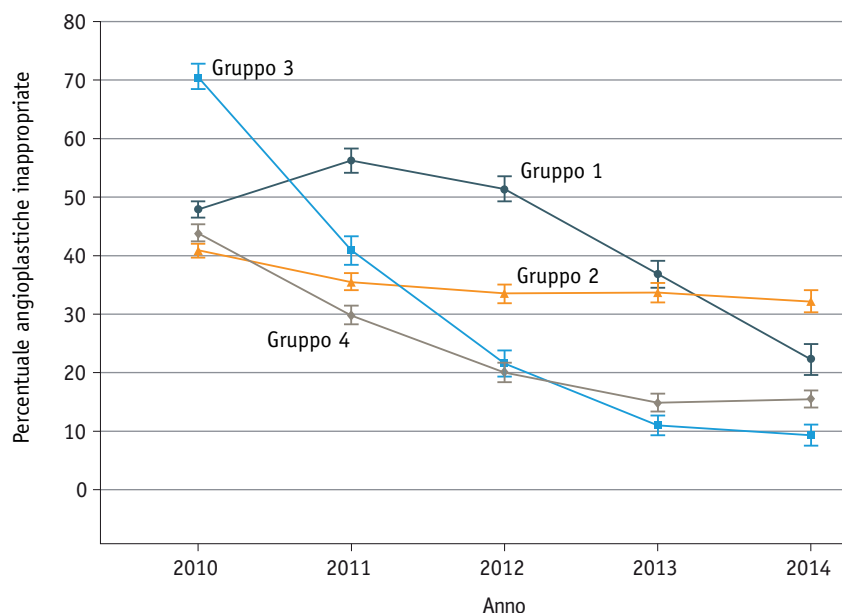
*Appropriate use criteria for coronary revascularization and the learning health system: a good start*

JAMA 2015; 314: 2029-2031

**N**egli ultimi anni il numero di procedure di rivascolarizzazione coronarica con angioplastica transcatetere percutanea è cresciuto in maniera considerevole negli Stati Uniti come anche in tutti i Paesi più sviluppati. L'incremento significativo di tali procedure è stato registrato sia per quanto concerne l'indicazione nelle sindromi coronariche acute (in cui effettivamente tale trattamento, se eseguito precocemente, è la migliore terapia) che nella cardiopatia ischemica stabile e cronica, ove un reale e significativo

vantaggio rispetto ad un trattamento medico ottimizzato non è stato effettivamente riportato in molti casi. Proprio per questo motivo una buona parte dei procedimenti di angioplastica coronarica è stato considerato inappropriato. Al fine di rendere sempre migliore la cura dei malati con cardiopatia ischemica, ma con un'attenzione anche ai costi per l'assistenza sanitaria (problema oggi sempre più di attualità in Paesi che devono far fronte ad una richiesta di contenimento della spesa per la salute generale e corretta allocazione delle risorse), già nel 2009<sup>1</sup> sono state pubblicate da società scientifiche competenti le norme per un corretto e appropriato utilizzo della rivascolarizzazione coronarica con angioplastica, con una successiva revisione e aggiornamento nel 2012<sup>2</sup>. Tali pubblicazioni hanno avuto lo scopo di ridurre il numero di procedure inappropriate con l'obiettivo non solo di contenere i costi sanitari ma anche di evitare di sottoporre i pazienti a trattamenti i cui rischi potevano essere superiori ai potenziali benefici, superando in questo modo il preconetto ormai diffuso che rimuovere le occlusioni coronariche possa sempre essere considerata l'opzione terapeutica migliore anche nella cardiopatia ischemica cronica. Valutare l'efficacia di un simile programma di formazione e informazione medica è stato l'obiettivo di un gruppo di esperti che ha pubblicato i suoi risultati sul *JAMA*, commen-

*Andamento degli interventi non appropriati per coronaropatia non acuta dopo l'introduzione delle linee guida sulla rivascolarizzazione coronarica in quattro gruppi di ospedali, riuniti sulla base dei volumi di accesso e con iniziale proporzione più alta di interventi di angioplastica non appropriati (superiori alla media del 34% tra luglio 2009 e dicembre 2010)*



tati da RA Harrington dell'Università di Stanford in California nel suo editoriale.

Sono state prese in considerazione ben 2,7 milioni di procedure, praticate in 766 differenti ospedali del più ampio registro nazionale statunitense, il NCDR CathPCI Registry. Le procedure sono state inizialmente suddivise in 'eseguite per patologia acuta' e 'non acuta' e tra queste ultime è stata fatta un'attenta e corretta distinzione fra appropriate e inappropriate. Le conclusioni evidenziano come dal 2009 in poi, anno della pubblicazione del primo documento con i criteri di appropriatezza per la rivascolarizzazione coronarica, si è verificata una significativa riduzione del numero di angioplastiche eseguite per coronaropatia non acuta, così come anche del numero di angioplastiche classificate come inappropriate, sebbene sia ancora presente una variabilità significativa di angioplastiche inappropriate tra ospedali più performanti (meno del 6%) e meno performanti (più del 22%).

È stato messo in evidenza anche che nel numero di angioplastiche eseguite per cardiopatia ischemica non acuta è cresciuta la percentuale di procedure eseguite per angina più severa, con un maggior utilizzo di farmaci antianginosi prima della procedura, con risultato di test non invasivi precedenti che denotano un rischio più elevato, e solo un piccolo incremento per malattia coronarica multivasale. ■ CA

## BIBLIOGRAFIA

1. Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW et al. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 Appropriateness criteria for coronary revascularization: a report by the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, and the American Society of Nuclear Cardiology endorsed by the American Society of Echocardiography, the Heart Failure Society of America, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 530-553.
2. Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW et al. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 Appropriate use criteria for coronary revascularization focused update: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *J Am Coll Cardiol* 2012; 59: 857-881.

## Come dovrebbero rispondere alla diversità le organizzazioni sanitarie? Sei approcci a confronto

Seeleman C, Essink-Bot ML, Stronks K, Ingleby D  
*How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches*  
*BMC Health Serv Res* 2015; 15: 510

### INTRODUZIONE

Le minoranze etniche, gli immigrati e, in generale, coloro che appartengono a gruppi con caratteristiche particolari rispetto alla maggioranza della popolazione ricevono spesso un'assistenza sanitaria di qualità inferiore. Problemi di disparità, disegualianza o iniquità nell'assistenza sono stati ampiamente documentati in molti Paesi, tra cui gli Stati Uniti, dove l'Ufficio per la salute delle minoranze ha emanato già nel 2001 appositi standard per l'appropriatezza culturale e linguistica dei servizi sanitari (CLAS). Alcuni di essi sono divenuti requisiti federali, senza i quali non è possibile erogare assistenza a carico del pubblico, mentre altri sono semplici raccomandazioni. I CLAS sono stati tra i primi standard emanati in questo campo e sono oggi i più diffusi negli Stati Uniti.

Anche a livello europeo e di organismi internazionali sono state pubblicate diverse raccomandazioni per il miglioramento della capacità di risposta dei servizi sanitari alle diversità etnico-linguistiche e culturali dell'utenza. Nei vari documenti prodotti c'è una certa eterogeneità nei termini utilizzati per indicare tale capacità di risposta: apertura culturale, competenza transculturale, sensibilità alla differenza, etc.

Per garantire una valutazione omogenea intra e transnazionale di questa capacità, Seeleman e colleghi evidenziano l'importanza di individuare, al di là della diversità terminologica, i punti in comune, focalizzandosi anche sull'effettiva 'operazionalizzazione' dei concetti. A questo scopo gli autori hanno individuato un campione ragionato di sei approcci emanati da organismi internazionali e nazionali, li hanno analizzati e comparati, cercando di capire se la mancanza di uniformità terminologica tra tali metodi riflette importanti differenze a livello di contenuto o se, invece, vi fosse un sostanziale consenso