

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

CARATTERISTICHE DEI SEI APPROCCI ELABORATI DALLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE INTERNAZIONALI E NAZIONALI PER RISPONDERE ALLE DIFFERENZE

	CLAS standards (CLAS)	Joint Commission Road Map (JCR)	Cultural Responsiveness Framework (CRF)	Council of Europe Recommendations (COER)	Equality Delivery System (EDS)	Equity Standards (EQS)
Origine	Dipartimento della Salute e Servizi Umani/Ufficio per la Salute delle minoranze - Stati Uniti	Joint Commission - Stati Uniti	Governo di Vittoria/ Ministero della Salute - Australia	Consiglio d'Europa/ Commissione dei Ministri - Europa	NHS britannico/ Consiglio per l'equità e la diversità - Regno Unito	Ospedali per la promozione della salute/Task force per una sanità attenta ai migranti e culturalmente competente - Europa
Anno	2001	2010	2009	2011	2011	2013
Scopo	Assicurare trattamenti equi ed efficaci in modo culturalmente e linguisticamente appropriato Correggere le ineguaglianze Eliminare le disuguaglianze di salute legate all'etnia o all'appartenenza razziale Creare servizi più adeguati Fornire un'assistenza linguisticamente e culturalmente adeguata	Migliorare sicurezza e qualità delle cure Portare dentro l'ospedale i concetti di comunicazione, competenza culturale e assistenza centrata sul paziente	Migliori collegamenti tra accesso, equità, qualità e sicurezza Migliori outcome di salute per popolazioni specifiche culturalmente e linguisticamente Migliorare costo-efficacia dei servizi Tracciare i miglioramenti delle organizzazioni Allineare agli standard esistenti la capacità di risposta culturale Sviluppare parametri di confronto	Equità di accesso a servizi di qualità	Migliori esiti per pazienti e comunità Migliori ambienti di lavoro per lo staff Strumento per l'applicazione al settore pubblico dell'Equality duty	Assicurare servizi equi e accessibili Ridurre disparità Autovalutazione dell'equità nell'organizzazione
Vision	Competenza culturale e linguistica Appropriatezza culturale e linguistica dei servizi	Comunicazione efficace, competenza culturale, assistenza centrata sul paziente e famiglia	Capacità di risposta 'culturale'	Migliorare l'adattamento dei servizi ai bisogni, alla cultura e alla situazione sociale dei migranti	Equità per pazienti e staff Servizi e luoghi di lavoro personalizzati, adeguati e diversificati	
Popolazione target	Tutti i pazienti In particolare quelle popolazioni con caratteristiche razziali, etniche e linguistiche che hanno esperienza di accesso iniquo	Assenza di uno specifico gruppo target. Le raccomandazioni riguardano tematiche relative all'assistenza sanitaria (linguaggio, cultura)	Popolazioni diversificate culturalmente e linguisticamente	Migranti	Gruppi protetti	Migranti e tutti gli altri gruppi vulnerabili
Tipo di organizzazione cui si riferisce	Organizzazioni sanitarie Policymaker, agenzie di accreditamento, assicurazioni, pazienti, comunità in generale	Ospedali	Tutti i servizi sanitari	Governi degli Stati membri	Erogatori NHS	Organizzazioni sanitarie
Struttura	Quattordici standard, di tre tipi diversi: obbligatori (4), linee guida (9) e raccomandazioni (1). Tre temi: assistenza culturalmente competente, servizi linguistici di sostegno all'accesso alle cure, supporto organizzativo per garantire competenze culturali	Cinquantaquattro raccomandazioni strutturate intorno agli snodi principali del continuum assistenziale Aspetti del continuum: ricovero, valutazione, trattamento, assistenza in fin di vita, dimissione e trasferimento, prontezza organizzativa	Sei standard in quattro domini, divisi in misure e sottomisure (sia quantitative che qualitative) Standard: un'intera organizzazione; interpreti; pratica inclusiva; community involvement; staff Quattro ambiti: organizzativo, efficacia, gestione del rischio, partecipazione utenti	Quattordici raccomandazioni e trentuno sottoraccomandazioni	Diciotto outcome raggruppati in quattro obiettivi Nove step per l'implementazione Obiettivi: migliori risultati di salute per tutti; migliore accesso ed esperienza per i pazienti, staff impegnato e ben supportato e leadership inclusiva a tutti i livelli	Cinque standard, distinti in sottostandard e elementi misurabili

rispetto alle misure di cui un'organizzazione sanitaria deve dotarsi per adattare i servizi sanitari ai bisogni di specifici gruppi di popolazione.

METODO

Seelman e colleghi hanno svolto una revisione del materiale pubblicato e hanno selezionato un campione ragionato di approcci organizzativi applicati negli Stati Uniti, in Australia e in Europa che si caratterizzassero per un uso ampio e non solo locale, che fossero stati sviluppati da un ente pubblico o un gruppo di esperti riconosciuti, e che fossero disponibili pubblicamente. Partendo dall'approccio CLAS, gli autori hanno poi sviluppato uno schema analitico da utilizzare per rileggere tutti gli altri approcci selezionati, riconducendone i contenuti, ove possibile, a questa cifra comune e individuando così le dimensioni comuni e quelle più specifiche.

RISULTATI

L'analisi della letteratura ha portato alla selezione di altri cinque approcci, oltre a quello degli standard CLAS, rappresentati dalla Joint Commission RoadMap (JCR), dal Cultural Responsiveness Framework (CRF), dalle Raccomandazioni emanate dal Consiglio d'Europa (COER), dall'Equality Delivery System (EDS) e dagli Equity Standards (EQS), descritti in base all'origine, obiettivi, popolazione target, etc (tabella). Sono tutti approcci di vasta applicazione: il programma internazionale di accreditamento della Joint Commission, per esempio, è utilizzato in più di 50 Paesi a livello mondiale; le raccomandazioni COER, emanate dal Consiglio d'Europa, sono state approvate dai Ministri della Salute di 47 Stati Membri; l'EQS è prodotto dalla task force dell'OMS e l'EDS inglese è un esempio di strumento implementato da un Paese europeo e disseminato in tutte le organizzazioni sanitarie dell'NHS, così come l'EQS attivo in Australia.

L'analisi del contenuto degli approcci ha evidenziato un ampio consenso relativo a cosa un'organizzazione debba concretamente fare per migliorare la capacità di risposta dei servizi alle diversità etnico-linguistiche e culturali presenti nell'utenza. Le seguenti azioni sono presenti in tutti gli approcci: un impegno formale ed esplicito verso la diversità; la raccolta e analisi di dati

specifici – come età, genere, etnia, padronanza della lingua, grado di istruzione, stato di salute ed esposizione al rischio – per fornire evidenza empirica su diseguglianze e bisogni; una forza lavoro varia dal punto di vista etnico-linguistico; l'abbattimento delle barriere linguistiche e geografiche; l'assicurazione di una risposta a tutti i bisogni che emergono, dovuti a caratteristiche personali, culturali e demografiche degli utenti; la stimolazione della partecipazione dei pazienti e delle comunità nell'organizzazione dell'assistenza; la promozione attiva dell'ideale della 'sensibilità alla differenza'.

Gli autori hanno anche identificato alcune caratteristiche specifiche di alcuni approcci e non di altri. In quelli dei Paesi non europei il richiamo al concetto di 'diritto' universale all'assistenza sembra meno presente. Secondo gli autori questo richiamo dovrebbe, invece, essere sempre presente: se un'organizzazione mira a ridurre le disparità, deve riconoscere l'importanza del principio di 'diritto all'assistenza', anche se l'affermazione di tale diritto è competenza dei governi. Questo perché, sottolineano gli autori, negli stessi Stati Uniti la mancanza di una copertura assicurativa spiega da sola la maggior parte delle disparità di salute nella popolazione americana. Il National Health Interview Study del 2012, infatti, ha evidenziato che il 7,6% degli intervistati bianchi era senza assicurazione da più di un anno, mentre la stessa percentuale saliva al 23,6% tra gli ispanici ed era pari, rispettivamente, all'11,7% e all'11,3% tra la popolazione nera e asiatica.

CONCLUSIONI

Secondo gli autori l'analisi condotta mostra che, nonostante le differenze terminologiche, esiste un ampio consenso su cosa le organizzazioni sanitarie debbano fare per venire incontro alle specificità di alcuni gruppi di popolazione. I vari approcci aiutano le organizzazioni sanitarie a rispondere alla crescente molteplicità culturale, linguistica, etnica e sociale propria delle società moderne, indicando azioni e procedure sostanzialmente simili.

Alessandra Lo Scalzo

*Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas*