

ARTICOLO

Strutture per la gestione della sincope*

La seguente è una proposta di un modello organizzativo per la valutazione del paziente con sincope.

Premesse

Poiché la sincope è un sintomo frequente, le seguenti considerazioni sono importanti qualora si intendano sviluppare strategie locali per la gestione del paziente con sincope.

- Il modello di erogazione delle cure dovrebbe essere quello più appropriato all'attività clinica esistente e deve massimizzare le risorse e l'esperienza locale garantendo l'implementazione delle linee guida pubblicate.
- I modelli organizzativi possono variare da una singola struttura di riferimento per la sincope a una più ampia organizzazione multidisciplinare dove sono coinvolti diversi specialisti. La strategia gestionale dovrebbe essere concordata e applicata da tutti i medici coinvolti nella gestione della sincope.
- Il range di età e le caratteristiche cliniche dei pazienti con sincope da valutare dovrebbero essere stabiliti in anticipo. Alcune strutture valuteranno sia i pazienti adulti sia quelli pediatrici, mentre altre limiteranno l'attività solo ai pazienti di età adulta o solo a quelli in età pediatrica.
- Dovrebbero essere prese in considerazione anche le fonti di provenienza dei pazienti. I pazienti possono essere inviati direttamente dal medico di base, dal Dipartimento Emergenza-Urgenza, dai reparti ospedalieri per acuti o dalle lungo-degenze. L'estensione della provenienza dei pazienti ha implicazioni per le risorse e il bagaglio di competenze necessarie.
- In una singola struttura dedicata alla sincope, il bagaglio di competenze dipenderà dalla specializzazione dei medici designati a dirigere la struttura. Esistono attualmente modelli in cui i medici che dirigono la struttura per lo studio della sincope sono cardiologi (di solito competenti in cardiostimolazione ed elettrofisiologia), neurologi (di solito competenti in disautonomie e/o epilessia), internisti e geriatri (competenti in cardiologia dell'anziano o nelle cadute). Non vi è evidenza della superiorità di un modello sugli altri.
- Un fattore che può influenzare l'insieme di competenze (cioè i tipi di capacità professionale richiesta

*Traduzione in lingua italiana delle linee guida europee sulla Syncope Unit (ESC Guidelines on management, diagnosis and treatment, of syncope – Update 2004. *Europace* 2004;6:467-537).

al personale della struttura) è rappresentato dal livello di screening operato sui pazienti prima dell'invio alla struttura stessa. Se i pazienti provengono direttamente dalla comunità e/o dal Dipartimento Emergenza-Urgenza, è richiesta una più ampia varietà di competenze. In queste circostanze, infatti, è più probabile che vengano inviati anche pazienti con altre diagnosi differenziali, quali epilessia, malattie neurodegenerative, malattie metaboliche e cadute.

- Un costante scambio di informazioni con tutte le figure coinvolte (ad es., i pazienti, i medici curanti, il personale del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Neurologia, Medicina Interna, Ortopedia, Geriatria, Psichiatria, Otorinolaringoiatria, Audiologia, amministrazione ospedaliera, personale infermieristico e altre figure paramediche) dovrebbe garantire il consenso e la comprensione delle strategie di gestione proposte. Questo include l'applicazione e l'implementazione delle linee guida pubblicate.

Necessità di coordinare la valutazione della sincope

Dati recenti suggeriscono che fino al 20% delle sincope cardiovascolari nei pazienti anziani (oltre 70 anni) si manifesta come cadute non accidentali. Dalla letteratura sulle "cadute" emerge anche l'evidenza che interventi multifattoriali, incluse le terapie cardiovascolari (trattamento delle aritmie, dell'ipotensione ortostatica, dell'ipersensibilità seno-carotidea e della suscettibilità vasovagale), riducono significativamente gli eventi successivi nei pazienti con episodi di caduta ricorrente, anche se queste sono cadute accidentali. Questo ha un'enorme ricaduta sulla quantità dei pazienti esaminati. La valutazione dei pazienti con cadute non spiegate richiede l'accesso a, o l'integrazione con, una valutazione e un trattamento degli altri fattori di rischio per le cadute, come l'instabilità posturale e del cammino, le malattie cerebrovascolari, la modificazione dei pericoli domestici, ecc. Un esempio della portata del problema è illustrato in una ricerca del Dipartimento di Emergenza e Traumatologia di Newcastle. Il 44% dei pazienti di età superiore a 65 anni afferiva al Dipartimento di Emergenza e Traumatologia per una caduta o un evento sincopale. Il 35% di questi pazienti aveva avuto una caduta accidentale, il 25% aveva deficit cognitivi o demenza (per-

tanto una chiara distinzione tra caduta e sincope spesso non era possibile), il 22% aveva una causa medica dell'evento e il 18% cadute non spiegate o sincopi.¹⁻³

La realtà attuale nella gestione (diagnosi e trattamento) della sincope

La sincope è un sintomo comune nella comunità e nella medicina d'urgenza. Nel Regno Unito, ad esempio, sincope e collasso (codice ICD 10) sono la sesta causa di ricovero, tra i pazienti di età superiore a 65 anni, nei letti di medicina per acuti. Poiché la metà di tutti i ricoveri di emergenza riguarda pazienti di età superiore a 65 anni, questo rappresenta un grosso volume di attività. La durata media della degenza dei ricoveri è 5-17 giorni, il che enfatizza la diversità nelle attuali strategie gestionali della sincope e nella disponibilità delle indagini. La degenza ospedaliera da sola rappresenta il 74% del costo totale per la valutazione della sincope.¹

Attualmente, le strategie per la valutazione della sincope differiscono ampiamente sia tra i medici sia tra i vari ospedali. Nella maggior parte dei casi, la valutazione e il trattamento della sincope sono casuali e non standardizzati. Il risultato è un'ampia variabilità nelle indagini diagnostiche utilizzate, nella percentuale dei diversi tipi di diagnosi e nella percentuale di pazienti con sincope non spiegata.^{1,4,5-7} Ad esempio, in un registro prospettico⁵ che ha arruolato pazienti con sincope afferiti al Dipartimento di Emergenza-Urgenza di 28 ospedali italiani, il massaggio dei seni carotidei era eseguito dallo 0% al 56% e il tilt test dallo 0% al 50% dei casi. Di conseguenza, la diagnosi finale di sincope neuromediata variava dal 10% al 79% dei casi. Queste differenze nella valutazione dei pazienti possono spiegare perché la prevalenza dell'elettrostimolazione cardiaca permanente nella sindrome seno-carotidea varia dall'1% al 25% degli impianti, anche all'interno delle medesime nazioni. La ragione di tale variabilità dipende dal fatto che nei protocolli di indagine per la sincope l'ipersensibilità seno-carotidea non sempre è ricercata sistematicamente. Alcuni autori hanno valutato l'effetto dell'introduzione di protocolli intraospedalieri.^{4,7} Questi studi hanno dimostrato che è possibile miglio-

rare la resa diagnostica e l'uso di indagini appropriate. Tuttavia, si verifica ancora un rilevante numero di indagini e di ricoveri inappropriati. Come conseguenza, i costi per la valutazione diagnostica e i costi per diagnosi aumentano anziché ridursi.

Se lo stato attuale della valutazione della sincope rimane immutato, è improbabile che l'efficacia della diagnostica e del trattamento mostri sostanziali miglioramenti. Inoltre, l'implementazione delle linee guida pubblicate sulla gestione della sincope potrà variare ed essere incompleta. Pertanto, al fine di massimizzare l'implementazione delle linee guida è consigliabile la creazione in loco di protocolli per la valutazione e la gestione della sincope e che in ogni organizzazione le informazioni riguardo tali protocolli vengano adeguatamente comunicate a tutte le parti coinvolte nella gestione dei pazienti con sincope.

È opinione della Task Force della Società Europea di Cardiologia che un percorso assistenziale strutturato e condiviso – fornito o nel contesto di una singola struttura per lo studio della sincope o nell'ambito di una struttura multidisciplinare – rappresenti l'optimum per la qualità delle prestazioni erogate. Inoltre, un considerevole miglioramento nella resa diagnostica e nel rapporto costo-efficacia (ad es., nel costo per diagnosi) può essere raggiunto concentrando le competenze e seguendo linee guida ben definite e aggiornate.

Alcuni modelli esistenti di gestione della sincope

Il modello operativo adottato dal gruppo di Newcastle nei pazienti con sincope o cadute è un approccio multidisciplinare. Tutti i pazienti accedono alla medesima struttura (con possibilità di accesso alla diagnostica cardiovascolare e personale addestrato), ma vengono valutati da un geriatra o un cardiologo in base al sintomo dominante riportato nella relazione clinica – caduta o sincope. Recentemente, questo gruppo ha dimostrato che l'attività nell'ospedale per acuti a cui faceva riferimento l'unità dedicata alla valutazione della sincope ha registrato in un anno una riduzione di 6116 giorni di degenza per le categorie diagnostiche "sincope" e "collasso" in confronto a ospedali di pari livello nel Regno Unito. Questa riduzione si traduceva in un significativo risparmio nei costi ospedalieri riferiti all'emergenza

(4 milioni di euro). I risparmi erano attribuiti a una combinazione di fattori: ridotta percentuale di riospedalizzazione, accesso rapido all'ambulatorio da parte del Dipartimento di Emergenza e Traumatologia e del medico di base e riduzione della percentuale di eventi per merito di un'efficace strategia terapeutica mirata alla sincope e alle cadute.⁷

Il modello operativo adottato in alcuni ospedali italiani⁸ è un'unità funzionale diretta dai cardiologi nel contesto del Dipartimento di Cardiologia, con personale medico e paramedico dedicato. I pazienti inviati a questa unità per lo studio della sincope hanno accesso preferenziale a tutte le altre prestazioni e indagini diagnostiche all'interno del Dipartimento, compreso il ricovero nel reparto di Cardiologia o in Terapia Intensiva se indicato.

Quando appropriato, i pazienti sono gestiti in collaborazione con altri specialisti (ad es., neurologi). I pazienti vengono inviati all'unità per lo studio della sincope dal Dipartimento Emergenza-Urgenza, dai reparti di degenza e dagli ambulatori specialistici, ma il personale dell'unità di solito non è coinvolto nella valutazione iniziale del paziente. Questo modello, se paragonato a quello di ospedali di pari livello non dotati di tale servizio, migliora sostanzialmente la gestione complessiva della sincope, riduce il numero delle indagini non necessarie e incrementa l'appropriatezza delle indicazioni e la resa diagnostica delle indagini;⁷ nel 66% dei pazienti sono infatti necessari meno di due test per la diagnosi.⁹

Competenze professionali per l'unità di valutazione della sincope

Probabilmente non è appropriato essere dogmatici riguardo la formazione professionale necessaria al personale responsabile di una struttura dedicata alla sincope. Le competenze dipenderanno dai requisiti pre-determinati del personale sanitario in loco, dal livello di selezione operata durante la valutazione iniziale e dalle caratteristiche della popolazione di pazienti tipicamente incontrata in ogni specifico contesto. In generale, sono attinenti alla valutazione e alla diagnosi della sincope l'esperienza e la formazione nelle conoscenze

base di cardiologia, neurologia, medicina d'urgenza e geriatria, in aggiunta all'accesso ad altre specialità come psichiatria, psicoterapia, terapia occupazionale, otorinolaringoiatria e psicologia clinica. Il personale medico e di supporto dovrebbe essere coinvolto a tempo pieno, o per la maggior parte del tempo, nella gestione della struttura e dovrebbe interagire con tutti gli altri responsabili nell'ospedale e nella comunità. Il personale responsabile della gestione clinica della struttura dovrebbe avere familiarità con le recenti linee guida sulla sincope. Un approccio strutturato alla gestione della sincope facilita anche l'audit clinico, i sistemi di informazione per il paziente, lo sviluppo del servizio e un continuo training professionale.

Attrezzature

Le attrezzature fondamentali per la struttura per la valutazione della sincope includono: elettrocardiografo a 12 derivazioni, monitoraggio automatico non invasivo della pressione arteriosa, attrezzatura per l'esecuzione del tilt test, ECG-loop recorder esterno e interno (impiantabile), monitoraggio ambulatoriale per 24 ore della pressione arteriosa, ECG dinamico sec. Holter e attrezzatura per i test di funzionalità autonoma. La struttura dovrebbe avere accesso anche a ecocardiografia, elettrofisiologia endocavitaria, ergometria, tecniche di imaging cardiaco, TC cranio, RM cerebrale ed elettroencefalografia.

I pazienti dovrebbero avere un accesso preferenziale ai letti di degenza e a ogni eventuale terapia per la sincope, vale a dire impianto di pacemaker e defibrillatore automatico, ablazione transcateretere delle aritmie, ecc. Sono richiesti locali dedicati per la valutazione e le indagini diagnostiche.

Contesto operativo

La maggior parte dei pazienti con sincope può essere valutata in regime ambulatoriale o di day hospital.

Il ruolo di un servizio integrato locale per la sincope è di stabilire gli standard da seguire, in accordo con gli obiettivi delle Linee Guida sulla Sincope della Società Europea di Cardiologia e le altre linee guida competenti, sui punti seguenti:

- Criteri diagnostici per le cause di sincope

- Approccio diagnostico preferenziale nei sottogruppi di pazienti con sincope
- Stratificazione del rischio dei pazienti con sincope
- Trattamento per prevenire le recidive sincopali.

Uno degli obiettivi più importanti della struttura per la valutazione della sincope è di ridurre il numero dei ricoveri, offrendo in alternativa al paziente un percorso diagnostico ben definito e rapido.

Quando si crea un nuovo servizio strutturato, l'esperienza attuale suggerisce che un attento audit dell'attività e dei risultati della *Syncope Unit* giustificherà rapidamente l'assegnazione iniziale di risorse e la richiesta di ulteriori fondi, potenziando ulteriormente il servizio e fornendo una legittima attrazione per incrementare il numero dei pazienti afferenti al servizio stesso.

Raccomandazioni

- Per la valutazione globale del paziente con sincope è raccomandato un percorso assistenziale strutturato e condiviso erogato da una singola struttura per la sincope o da un servizio multidisciplinare.
- Sono pertinenti l'esperienza e la formazione nelle componenti chiave della cardiologia, della neurologia, della medicina d'urgenza e della geriatria.
- Le attrezzature basilari della struttura sono: elettrocardiografo a 12 derivazioni, monitoraggio automatico non invasivo della pressione arteriosa, attrezzatura per esecuzione del tilt test, ECG-loop recorder esterno e interno (impiantabile), monitoraggio ambulatoriale per 24 ore della pressione arteriosa, ECG dinamico sec. Holter, attrezzatura per i test di funzionalità autonoma.
- Dovrebbe essere garantito e standardizzato l'accesso preferenziale alle altre metodiche diagnostiche e alle terapie per la sincope.
- La maggior parte dei pazienti dovrebbe essere valutata in regime ambulatoriale o di day hospital.

Bibliografia

1. Kenny RA, O'Shea D, Walker HF. Impact of a dedicated syncope and falls facility for older adults on emergency beds. *Age Ageing* 2002;31:272-275.
2. Kenny RA, Richardson DA, Steen N, et al. Carotid sinus syndrome: a modifiable risk factor for non accidental falls in older adults (SAFE PACE). *J Am Coll Cardiol* 2001;1:1491-1496.

Strutture per la gestione della sincope

3. Shaw FE, Bond J, Richardson DA, et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *Br Med J* 2003;326:73-80.
4. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Diagnosing syncope in the clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentre prospective trial – the OESIL 2 study (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *Eur Heart J* 2000;21:935-940.
5. Disertori M, Brignole M, Menozzi C, et al. Management of patients with syncope referred urgently to general hospitals. *Europace* 2003;5:283-291.
6. Ammirati F, Colivicchi F, Minardi G, et al. Hospital management of syncope: the OESIL study. *G Ital Cardiol* 1999;29:533-539.
7. Farwell DJ, Sulke AN. Does the use of a syncope diagnostic protocol improve the investigation and management of syncope? *Heart* 2004;90:52-58.
8. Brignole M, Disertori M, Menozzi C, et al. The management of syncope referred urgently to general hospitals with and without syncope units. *Europace* 2003;5:293-298.
9. Croci F, Brignole M, Alboni P, et al. The application of a standardized strategy of evaluation in patients with syncope referred to three Syncope Units. *Europace* 2002;4:351-356.