

LA SINCOPE UNIT : RAZIONALE E CARATTERISTICHE DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO

Ornella Durin – Claudio Pedrinazzi – Giuseppe Inama

Reparto di Cardiologia/UCC

Azienda Ospedaliera-Ospedale Maggiore-Crema

INTRODUZIONE

Il termine Sincope non identifica una precisa patologia bensì un sintomo, prodotto da malattie o disfunzioni di differenti organi o apparati e precipitato, in una discreta percentuale di casi (18,4%)¹ dall'interazione di differenti cause e fattori scatenanti . Queste caratteristiche spiegano la grande difficoltà dell'inquadramento eziologico della Sincope , ma giustificano solo in parte l'elevato numero di fallimenti anche dopo iter diagnostici lunghi , complessi e costosi .

LE PREMESSE IN CIFRE

La Sincope viene definita come un episodio di perdita di coscienza di breve durata, seguito da risoluzione spontanea, rapida e completa. Essa si associa a compromissione del tono posturale ed è sostenuta da una brusca e severa riduzione della perfusione cerebrale .

La prevalenza nella popolazione è elevata. Lo studio Framingham ² ha stimato valori del 3.5% nelle donne e del 3% negli uomini. Tuttavia osservazioni più recenti riportano percentuali medie anche maggiori, sino al 20-25%, specie al di sotto dei 40 (12-48%) e al di sopra dei 60 anni . ³

Dati europei ed italiani in particolare, evidenziano che dallo 0.9 al 3.3% ^{1,4-7}degli accessi al DEA , asseconda delle strutture, è motivato da una Sincope che rappresenta sino al 2.3% di tutte le cause di ospedalizzazione. Infatti, in media circa la metà dei pazienti valutati in P.S. viene ricoverata (dal 46 al 62,8%),⁴⁻⁷ per periodi mediamente di 6-9 gg^{5-7,8}. e con costi decisamente elevati, in gran parte (90%) assorbiti dalle spese di pura degenza e solo in minima parte dai test diagnostici . ^{8,9}

La destinazione dei ricoveri assai frequentemente viene decisa non sulla base di protocolli standardizzati e condivisi, ma in ragione della disponibilità di posti letto e del bagaglio culturale e competenze del medico del DEA e degli specialisti eventualmente coinvolti. Ne consegue che, come recenti studi osservazionali hanno dimostrato, più della metà dei pazienti viene accolta nelle U.O. di Medicina generale e Geriatria, mentre solo una percentuale relativamente bassa (dall'11 al 22%) viene ad occupare un letto di Cardiologia. Questo dato appare particolarmente sorprendente se si considera che sono proprio le Sincopi cardiogene quelle gravate da peggior prognosi (con incidenze di mortalità superiori al 30% annuo per le patologie più severe).

Le diagnosi eziologiche alla dimissione risultano così suddivise :

Sincopi Neuromediate 44-48%

Sincopi Cardiogene 6-19%

Sincopi Neurogene 1-12% .

In una percentuale compresa tra il 19 e il 54%^{5-7,10} la causa di sincope resta Non Identificata Ciò a fronte del fatto che nel 40-50% dei casi di caduta a terra negli anziani è una sincope la causa implicata , che nel 17-35% dei casi di recidiva sincopale in questi soggetti si determina un qualsivoglia danno, anche grave, e che, come sopra riportato, nei pazienti con severa cardiopatia l'incidenza di morte improvvisa raggiunge il 30% annuo. ³

ALCUNE RIFLESSIONI SUI NUMERI

Gli eloquenti dati numerici riportati stimolano senz'altro alcune riflessioni sull'attuale gestione del paziente con sincope nella nostra realtà sanitaria .

1) Considerata l'alta prevalenza, le percentuali di accesso al DEA, per quanto ragguardevoli, ci fanno intuire che molti casi non raggiungono il PS, vuoi perché effettivamente isolati e/o privi di conseguenze immediate, o per mancanza di adeguata valutazione o di strutture sanitarie vicine e facilmente fruibili .

2) La percentuale dei ricoveri appare decisamente molto elevata, specie tenendo conto che circa la metà di questi soggetti viene dimessa con diagnosi di sincope neuromediata, un'eziologia come è noto, caratterizzata da un basso rischio di complicanze e prognosi generalmente benigna. Sembra quindi in conclusione che una buona fetta di pazienti potrebbe, anziché in ospedale, essere studiata ambulatorialmente, con un sensibile risparmio sui costi di gestione.

3) Un numero troppo elevato di pazienti viene ricoverato inappropriatamente in U.O. di Medicina Generale o Geriatria benché le diagnosi finali siano prevalentemente di sincope Neuromediata o Cardiovascolare (complessivamente sino a circa il 60% dei casi), e che siano proprio le sincopi cardiogene quelle gravate da prognosi peggiore.

4) Dopo ricoveri sino a 6-9 giorni in alcune realtà sino ad oltre il 50% dei pazienti viene dimesso senza una diagnosi eziologica definita,^{5-7,10} ciò che configura un fallimento e un grave disservizio per l'utenza nonché un notevole spreco di risorse .

UNA DELLE POSSIBILI ANALISI SULLE CAUSE

Si possono individuare due ordini di cause : culturali e organizzative

1) Le cause culturali : le scelte operate nei confronti dei Pazienti nel DEA e gli iter diagnostici cui vengono sottoposti dopo il ricovero, non avvengono per lo più sulla base di Protocolli e Linee Guida discussi, approvati ufficialmente e condivisi, quindi operando su un terreno culturale comune, bensì tenendo conto delle competenze, formazione, bagaglio culturale dei singoli operatori, nonché dei problemi delle diverse unità operative (disponibilità di posti letto, liste di attesa per gli esami, deformazione professionale "specialistica", etc...)

2) Le cause organizzative : Non esiste di solito una struttura organizzativa che unisca le varie figure mediche coinvolte, coordinandone il lavoro. La gestione della sincope risulta così spesso improvvisata, discontinua e slegata , caratterizzata da inappropriata di ricovero, notevole ricorso a consulenze specialistiche ed esami non sempre indispensabili e spesso gravati da lunghe attese, difficoltà o incompetenza nel trarre conclusioni efficaci, assenza di adeguato follow-up postdimissione con conseguente abbandono a sé stesso del Paziente.

LE SOLUZIONI POSSIBILI : IL MOMENTO CULTURALE

Negli ultimi anni l'elaborazione di diversi Protocolli e Linee Guida (tra le quali menzioniamo per importanza quelle nate dal lavoro di una Task force internazionale che riuniva esperti tra i più qualificati in Europa sull'argomento e pubblicate nello scorso 2001 sull'European Heart Journal),¹¹ ha sicuramente fornito validi strumenti per il superamento del gap culturale. Va da sé che la diffusione di tali mezzi va incoraggiata, nonché promosso il loro utilizzo a livello periferico capillare con le modalità più svariate (informazione diretta,

pubblicazioni, seminari, gruppi di studio, meeting), al fine di consentirne l'implementazione (fatto che a sua volta necessita di tempi di assimilazione più o meno lunghi).

Purtroppo esperienze italiane recentemente pubblicate^{8,12,13} e presentate a convegni, sembrano suggerire che la sola proposta e diffusione di questi strumenti culturali all'interno di una realtà ospedaliera non basta per modificare significativamente i numeri deludenti che caratterizzano la gestione del paziente con sincope. Addirittura gli iter diagnostici ne uscirebbero prolungati (con incremento della durata dei ricoveri) e più costosi (per la tendenza ad un uso aggiuntivo anziché selettivo degli esami strumentali). Pare che il solo parametro migliorativo sia stato quello relativo ai ricoveri: significativamente ridotti dal 53 al 42%,⁸ per quanto senza alcun impatto sulla destinazione, ancora prevalente verso degenze mediche o geriatriche.

IL MOMENTO ORGANIZZATIVO . LA SYNCOPES UNIT

Le significative esperienze sopra riportate dimostrano una volta di più che il solo momento culturale, per quanto indispensabile e persino prioritario, è insufficiente nel modificare l'esistente se non supportato da un razionale e partecipato modello organizzativo.

In quest'ottica, negli ultimi anni, Centri stranieri (specie nell'Europa del nord) ed alcune Unità Operative italiane, hanno cercato di progettare e realizzare sistemi di questo tipo. Nel nostro paese essi hanno preso il nome di Syncope Unit, mutuando il termine da esperienze nate in altri campi, da esigenze probabilmente analoghe (Stroke Unit, Chest pain Unit ect.).

La Syncope Unit si definisce prima di tutto come un'entità organizzativa multidisciplinare, costituita da specialisti diversi che operano in modo tra loro coordinato, utilizzando percorsi diagnostici comuni, ufficialmente riconosciuti e condivisi e da strutture diagnostiche a diversi livelli di specializzazione e complessità, rese fruibili con programmazioni snelle ed efficienti, seguendo canali privilegiati quando giustificato da gravità ed urgenza.

Schematicamente sono stati individuati due possibili modelli organizzativi ¹⁴ di Syncope Unit

A)Orizzontale o decentrato, nel quale la gestione del paziente, benché coordinata all'interno di un lavoro multidisciplinare condotto da specialisti diversi, tutti adeguatamente e continuamente formati nella materia, resta in carico delle singole U.O. di degenza, mentre l'esecuzione dei test diagnostici è affidata alle singole U.O. competenti.

B) Verticale o centralizzato, nel quale l'intera gestione viene affidata alla Cardiologia, indipendentemente dalla U.O. di ricovero, e condotta da un team di cardiologi espressamente formati e dedicati alla Sincope Unit.

In realtà i modelli organizzativi attraverso i quali la Syncope Unit può realizzarsi sono probabilmente svariati ed è sensato pensare che ogni realtà ospedaliera possa esprimere quello più consono alla propria struttura, risorse umane e tecniche, storia. L'importante è che non vadano persi gli elementi essenziali e caratterizzanti il modello e che consistono nel lavoro multidisciplinare coordinato e condiviso e nell'utilizzo di un bagaglio culturale comune. Sembra altresì importante che sia il DEA che l'Ambulatorio dedicato ne facciano parte a pieno titolo come momenti rilevanti . Il primo in quanto controlla due snodi decisionali cruciali :

la selezione dei pazienti candidati al ricovero

la scelta dell'U.O. di destinazione

il secondo in quanto svolge importantissime funzioni quali :

valutazione dei pazienti sintomatici non ricorsi al DEA,

esecuzione di test diagnostici per pazienti ricoverati e non,

follow up dei pazienti ricoverati e non per il controllo delle recidive e dell'efficacia dei trattamenti attuati (farmacologici e non).

CONCLUSIONI

L'attesa è che un modello di Syncope Unit ben funzionante migliori la gestione del problema in termini di efficacia (riduzione del numero di dimissioni senza diagnosi eziologica, follow up dei pazienti con ottimizzazione dei percorsi terapeutici) ed efficienza (riduzione dei ricoveri non indispensabili , maggior appropriatezza nei ricoveri e negli iter diagnostici con complessivo risparmio di risorse).

Una gestione multidisciplinare coordinata e continuativa appare anche la sola che possa garantire la crescita culturale attraverso la verifica dell'esistente e la possibilità di condurre studi su popolazioni selezionate, caratterizzate da iter unitari e completi.

Allo stato attuale le esperienze sono troppo poco numerose e troppo giovani per poter trarre conclusioni di merito. La pubblicazione di dati relativi sarà molto utile per individuare punti deboli e perfezionare il sistema. Gli studi in letteratura sono ancora molto scarsi ma emerge il dato ottimistico di un incremento delle diagnosi eziologiche sino all'83-92% , il che fa ben sperare sulla bontà del cammino intrapreso.

BIBLIOGRAFIA

1) Lin Y Chen – B. J. Gersh

Prevalence and clinical outcomes of patients with multiple potential causes of Syncope.
Mayo Clin. Proceed. 2003; 78: 414-420

2) Saurge DD – Corwin

Epidemiologic features of isolated Syncope. The Framingham study.
Stroke 1985; 16: 626-629

3) Blair Grubb

Syncope : a diagnostic and therapeutic challenge
From AHA Congress 2000 – Scientific session

4) Casini-Raggi V. – Bandinelli G

Vasovagal Syncope in Emergency Room patients : analysis of a metropolitan area
Registry.
Neuroepidemiology 2002; 21: 287-291

5) Lunati M. – Di Camillo T. – Disertori M. – Brignole M.

La fotografia della realtà italiana nel 2002 : lo studio EGSYS
In Cardiologia 2002; 186-188.

6) J.J. Blanc – C. L'Her et al.

Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period
European Heart Journal 2002; 23: 815-820

7) Ammirati F. – Colivicchi F. et al.

Gestione della sincope in ospedale. Lo studio OESIL (Osservatorio Epidemiologico della
sincope nel Lazio)
G. Ital. Cardiologia 1999; 29: 533 – 539

8) Del Greco M. - Cozzio S. et al.

Diagnostic pathway of syncope and analysis of the impact of guidelines in a district
general hospital. The ECSIT study.
Ital. Heart Journ. 2003; 4: 99 – 106

9) Shillinger M. - Domanivits H. et al.

Admission for Syncope : evaluation, cost and prognosis

Wien Klin. Wochenschr 2000; 112(19) : 835 – 841

10) Farwell B.A. – Sulke N.

How do we diagnose Syncope

J. Cardiovasc. Electrophysiol. 2002; 13: S9 - S13

11) Brignole M. – Alboni P.- Benditt L. et al.

Guidelines on management (diagnosis and treatment) of Syncope .

Eur. Heart Journal 2001; 22: 1256 – 1306

12) Del Greco M. – Cozzio S.

Analisi di processi di implementazione di nuove linee guida sulla sincope

Giornale Ital. Medicina Interna 2003; supp. 1, vol 2: 44

13) Del Rosso A. – Batoli P.

Appropriatezza delle indagini strumentali per la valutazione diagnostica del Paziente con Sincope.

Giornale Ital. Medicina Interna 2003; supp. 1, vol.2: 46

14)Giada F. – Raviele A.

Un nuovo modello organizzativo . La Syncope Unit

Cardiologia 2002: 203 – 207