

## **La Syncope Unit: un nuovo modello organizzativo anche per il tuo ospedale ?**

Franco Giada, Antonio Raviele, Michela Madalosso

Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale Umberto I, Mestre-Venezia

La sincope rappresenta un sintomo molto frequente ed invalidante, che spesso si associa ad un rischio aumentato di morte improvvisa e di eventi cardiovascolari maggiori, soprattutto quando la sincope riconosce una causa di origine cardiaca (1-3). Come altri sintomi di natura transitoria, molte volte risulta difficile diagnosticare la causa responsabile della sincope (4). Per tali ragioni, i pazienti con sincope, sia in Italia sia all'estero, molto spesso vengono ricoverati in ospedale per lunghi periodi di tempo e sottoposti a numerose indagini strumentali e visite specialistiche. Il management del paziente con sincope, inoltre, è ben lungi dall'essere standardizzato. Infatti, vi è un'enorme variabilità inter ed intra-ospedaliera nel numero e nella tipologia degli esami effettuati, nel tipo di reparto nel quale vengono ricoverati i pazienti e nelle diagnosi alla dimissione. Infine, nonostante il lungo e costoso work-up diagnostico, spesso i pazienti vengono dimessi senza una diagnosi definitiva ed ad una specifica terapia. L'attuale gestione del paziente con sincope, quindi, è alquanto insoddisfacente dal punto di vista clinico e scarsamente efficace ed efficiente dal punto di vista economico (5-9).

Al fine di migliorare la gestione del paziente con sincope, in alcuni ospedali italiani ed esteri sono state istituite le cosiddette "Syncope Unit", ovvero dei centri specializzati nello studio e nella terapia della sincope. Tali strutture hanno lo scopo principale di fornire ai pazienti con sincope un percorso diagnostico-terapeutico di tipo multidisciplinare, strutturato secondo le specifiche linee guida europee (10,11). In Italia, nella maggioranza dei casi, le Syncope Unit sono situate all'interno del dipartimento di cardiologia ed hanno un personale medico e di supporto con interesse nel campo dell'elettrofisiologia e dell'elettrostimolazione. La gestione del paziente, comunque, è svolta da un team multidisciplinare. Oltre ai cardiologi, infatti, fanno parte della Syncope Unit (ognuno con le proprie competenze) anche gli altri specialisti coinvolti nella gestione del paziente con perdita transitoria di coscienza: medici dell'urgenza, neurologi, internisti, geriatri, pediatri e psichiatri (12).

I pazienti vengono inviati alla Syncope Unit dal dipartimento d'emergenza, dai vari reparti di degenza e dai medici di medicina generale. I pazienti che si rivolgono al pronto soccorso vengono sottoposti alla valutazione iniziale, secondo le modalità previste dalle suddette linee guida, dai medici del dipartimento d'emergenza. I medici dell'emergenza, coadiuvati dai colleghi della Syncope Unit, svolgono con successo questo compito fondamentale (dal quale dipende in ultima analisi il destino ospedaliero del paziente) dopo aver seguito una specifica preparazione. Seguendo un preciso protocollo intra-ospedaliero, i pazienti che dopo aver eseguito la valutazione iniziale non necessitano di ricovero (quelli cioè non cardiopatici o con sincopi benigne) vengono avviati presso l'ambulatorio specialistico della Syncope Unit per essere valutati in regime ambulatoriale. I pazienti con sincopi severe, quelli con cardiopatia certa o sospetta e quelli con co-morbidità, invece, vengono inviati in tempo reale ai medici della Syncope Unit, i quali valutano l'opportunità e la tipologia dell'eventuale ricovero e stabiliscono lo specifico percorso diagnostico e terapeutico. Una volta ricoverati, i pazienti hanno un accesso preferenziale a tutte le indagini diagnostiche ed ai trattamenti specialistici necessari. I pazienti con perdite di coscienza non sincopali, infine, a seconda della presentazione clinica, vengono avviati ai colleghi internisti, neurologi o psichiatri.

Recenti studi hanno dimostrato che un'organizzazione ospedaliera di questo tipo è in grado di ridurre sensibilmente il numero dei ricoveri non appropriati, di diminuire il numero delle indagini diagnostiche, di abbreviare i tempi di degenza e di abbattere la percentuale di sincopi senza diagnosi (13-18). In ultima analisi, le Syncope Unit sono in grado di fornire, rispetto al management tradizionale, una gestione significativamente migliore, sia dal punto di vista clinico sia da quello economico.

1. Savage DD, Corwin L, McGee LD et al. Epidemiology features of isolated syncope: the Framingham study. *Stroke* 1985;16:626-629
2. Day SC, Cook EF, Funkenstein H, Goldman L. Evaluation and outcome of emergency room patients with transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982;73:15-23
3. Feruglio GA, Perraro F. Rilievi epidemiologici sulla sincope nella popolazione generale e come causa di ricovero. *G Ital Cardiol* 1987;17(suppl 1):11-13
4. Ammirati F, Colivicchi F, Minardi G et al. Gestione della sincope in ospedale: lo studio OESIL (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *G Ital Cardiol* 1999;29:533-539
5. Del Greco M, Cozzio S, Scillieri M et al. I risultati dello studio ECSIT (Epidemiologia e Costi della Sincope in Trentino). *Trento Cardiologia* 2001;141-143
6. Haan MN, Selby JV, Quensenberry CP et al. The impact of aging and chronic disease on use of hospital and outpatient service in a large HMO. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:667-674
7. Nyman JA, Krahn AD, Bland PC et al. The costs of recurrent syncope of unknown origin in elderly patients. *PACE* 1999;22:1386-1394
8. Del Rosso A, Bernadeschi M, Ieri A. Costi sociali della sincope. *Ital Heart J Suppl* 2000;1:772-776
9. Eagle KA, Lee TH, Brennan TA et al. Guidelines implementation. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1125-1179
10. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;22:1256-1306

11. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment of syncope – Update 2004. *Europace* 2004;6:467–537
12. Giada F, Raviele A. Un nuovo modello organizzativo: “La Syncope Unit”. *Cardiologia* 2002. 36° Convegno Cardiologico A. De Gasperis
13. Dey AB, Bexton RS, Tyman MM et al. The impact of a dedicated “syncope and falls” clinic on pacing practice in Northeastern England. *PACE* 1997;20:815–817
14. Allcock LM, O’Shea D. Diagnostic yield and development of a neurocardiovascular investigation unit for older adults in a district hospital. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2000;55:M458–462
15. Brignole M, Disertori M, Menozzi C et al. The management of syncope referred for emergency to general hospitals with and without Syncope Unit facility. *Europace* 2003;5:293–298
16. Disertori M, Brignole M, Menozzi C et al. Management of syncope referred for emergency to general hospitals. *Europace* 2003;5:283–291
17. Shen WK, Decker WW, Smars PA et al. Syncope evaluation in the emergency department study (SEEDS). A multidisciplinary approach to syncope management. *Circulation* 2004;110:3636–45
18. Brignole M, Menozzi C, Bartoletti A, Giada F, et al. A new management of sincope. Prospective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J* 2006 (in press).