

# Medicina Italia

## Internal and Emergency Medicine

### Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate

M. A. BECCHI<sup>1</sup>, N. CARULLI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità, Dipartimento Integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Azienda USL di Modena, Modena; <sup>2</sup>Dipartimento Integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Azienda USL di Modena, Modena

#### Introduzione

Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel negli anni Ottanta [1] sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (*World Health Organization*). Il modello pone l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Per comprendere e risolvere la malattia il medico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello bio-medico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati. Noto a tutti è ormai il concetto di salute del WHO che fa riferimento alle componenti fisiche (funzioni, organi strutture), mentali (stato intellettuale e psicologico), sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e spirituali (valori), per identificare in esse le

variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di benessere (salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero salute nella sua concezione negativa) di cui tenere globalmente conto nell'approccio alla persona. Nella pratica però i vari professionisti, pur attribuendo valore all'approccio bio-psico-sociale, finiscono per focalizzare l'attenzione sull'aspetto che più attiene al proprio *background* culturale e professionale. Così coloro che si occupano di "salute fisica" (medici, infermieri, ecc.) tendono a rilevare i problemi legati alle funzioni e alle strutture del corpo, i professionisti della "salute mentale" (psichiatri, psicologi, ecc.) attribuiscono rilevanza ai problemi delle funzioni intellettive, psicologiche, emozionali, mentre gli operatori della "salute sociale" (sociologi, assistenti sociali, educatori, ecc.) sono interessati ad affrontare i problemi dell'ambiente di vita del paziente.

D'altro canto le numerose competenze richieste per l'approccio olistico non possono essere concentrate in un unico, pur colto, professionista. Di conseguenza l'unica strategia per realizzare l'approccio bio-psico-sociale è quella che prevede attività di *equipes* multipro-

fessionali interagenti al proprio interno e con il paziente. Ed è questa la strategia suggerita da WHO nel 1991.

Ampia è la letteratura internazionale che documenta l'attività di *equipes* multiprofessionali nell'approccio ai pazienti complessi ovvero a pazienti che presentano problematiche sanitarie (patologie fisiche o mentali a indice di severità elevato, polipatologia) e/o assistenziali (disabilità fisiche o mentali comportanti non autonomia) e/o familiari (famiglia mononucleare, multiproblematica), sociali (reddito insufficiente, mancanza di lavoro). Le attività di *equipe* si realizzano soprattutto nei percorsi di cure primarie, quali quelli del paziente con malattia cronica o dell'anziano non autosufficiente [2].

Nel nostro paese le *equipes* multiprofessionali fanno ancora fatica a decollare: mancano la cultura dell'integrazione e la comunicazio-

ne interprofessionale, dal momento che i vari operatori utilizzano linguaggi diversi e metodi e strumenti monoprofessionali per descrivere la salute. Inoltre, le riunioni di *equipe* risultano difficili perché i vari professionisti afferiscono a servizi settoriali e a strutture diverse.

Poiché le più recenti normative e indirizzi programmatori nazionali e regionali prevedono lo sviluppo di approcci integrati ai pazienti complessi, sia per migliorare la qualità delle cure, sia per perseguire efficienza economica e operativa, appare indispensabile individuare la strategia più efficace per sviluppare la cultura dell'approccio bio-psico-sociale e delle attività di *equipe*.

Questa strategia non può che essere la Formazione, nelle sue varie forme pre-laurea, post-laurea e continua (ECM) e le Istituzioni a essa preposte devono porre la tematica dell'approccio bio-psico-

**Tabella 1.** Metodi e strumenti dell'approccio bio-psico-sociale

Metodo	Tappe operative	Strumenti	Finalità
Clinico-assistenziale-organizzativo	Assessment dei bisogni	ICF	Quadro completo dello stato di salute del paziente e del suo ambiente di vita
	Stesura del piano assistenziale individuale (PAI)	Scheda PAI	Quadro completo degli interventi di cura e assistenza e dei relativi operatori
	Organizzazione del percorso di cura e assistenza	Procedure organizzative	Continuità delle cure nella rete dei servizi
	Monitoraggio del paziente	Esame obiettivo, esami strumentali e di laboratorio	Controllo dello stato di salute e rilevazione di situazioni critiche
	Verifiche periodiche di appropriatezza del PAI	ICF	Ridefinizione degli interventi di cura e assistenza ai mutati bisogni

**Tabella 2.** Visione d'insieme dell'ICF. Esempi riferiti a paziente con miocardiopatia dilatativa (F, anni 65)

Componenti della salute	Aspetti negativi	Esempi	Aspetti positivi	Esempi
<b>Funzioni e strutture del corpo</b>	Menomazioni funzionali e strutturali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Funzione respiratoria: dispnea a riposo</i></li> <li>• <i>Tolleranza all'esercizio: affaticabilità a minimi sforzi</i></li> <li>• <i>Funzione cardiocircolatoria: insufficienza, edemi, sofferenza coronarica</i></li> <li>• <i>Funzione urinaria: ritenzione urinaria</i></li> </ul>	Integrità funzionale e strutturale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Funzione mentale: stato cognitivo ed emozionale integri</i></li> </ul>
<b>Attività e partecipazione</b>	Limitazioni di attività e partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mobilità: impossibilità a fare le scale e percorsi lunghi</i></li> <li>• <i>Cura della persona: difficoltà nelle attività giornaliere</i></li> <li>• <i>Vita domestica: difficoltà nei lavori di casa</i></li> </ul>	Conservazione di attività e partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Apprendimento e applicazione conoscenze: capacità di apprendere l'uso di ausili (carrozzina elettrica)</i></li> <li>• <i>Relazioni interpersonali e vita sociale: mantenimento delle relazioni</i></li> </ul>
<b>Fattori ambientali:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abitazione, reddito</li> <li>• nucleo familiare, relazioni familiari e sociali</li> <li>• atteggiamenti delle persone</li> <li>• servizi e prodotti</li> </ul>	Barriere ambientali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abitazione: su 2 piani con scale interne</i></li> <li>• <i>Nucleo familiare: paziente sola</i></li> </ul>	Facilitatori ambientali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abitazione: casa di proprietà</i></li> <li>• <i>Reddito: buono</i></li> <li>• <i>Atteggiamenti esterni: esistenza di amici</i></li> <li>• <i>Servizi, prodotti: servizio territoriale Assistenza Domiciliare Integrata, ausili in prontoario</i></li> </ul>
<b>Fattori personali:</b> (cultura, carattere, credenze)	Barriere personali		Facilitatori personali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fiducia e ottimismo</i></li> <li>• <i>Valori religiosi</i></li> </ul>

sociale fra gli obiettivi formativi prioritari per tutte le professioni. Scopo del presente articolo è presentare metodi e strumenti utilizzabili dal medico per acquisire le competenze dell'approccio bio-psico-sociale, spendibili in attività sinergiche con altre professioni sanitarie e sociali coinvolte nei percorsi di cura e assistenza, focalizzando in particolare l'attenzione sulle caratteristiche che la Formazione medica deve avere per l'apprendimento dell'approccio unitario e globale al paziente e alla sua famiglia.

### Metodi e strumenti dell'approccio bio-psico-sociale

L'approccio bio-psico-sociale deve rientrare nella pratica clinica di ogni medico. Per questa finalità deve fare riferimento a metodi scientifici e a strumenti standardizzati. E poiché l'approccio bio-psico-sociale cerca di favorire l'integrazione del medico con altri professionisti sanitari e sociali, è necessario che i metodi e gli strumenti siano trasversali alle varie professioni.

Il metodo su cui si basa l'approccio bio-psico-sociale è un ampliamento del tradizionale "metodo di diagnosi e cura della malattia" nel "metodo di *assessment* diagnostico dei bisogni multidimensionali" da cui far scaturire un "piano integrato di cura e assistenza alla persona", curato anche nella sua organizzazione. Questo metodo può essere applicato solo se il medico lavora a stretto contatto con altri professionisti sanitari e sociali o, per lo meno, può accedere alle informazioni da loro raccolte ed è in grado di mettere in atto processi di "sintesi clinico-assistenziale-organizzativa". Nella Tabella 1 è riportata una sintesi degli aspetti metodologici dell'approccio bio-psico-sociale; da essa emergono anche le tappe del processo e le relative finalità.

La prima tappa dell'approccio bio-psico-sociale è rappresentato dall'"*assessment* dei bisogni multidimensionali", per il quale serve uno strumento validato e trasversale alle varie professioni. Appropriato allo scopo è l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), proposto dal WHO, di cui esiste anche la versione in lingua italiana [3], alla quale rimandiamo per comprenderne nel dettaglio le modalità di utilizzo.

L'ICF racchiude tutti gli aspetti della salute umana, rapportandoli a 4 componenti: *funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali*. L'ICF inserisce anche il concetto dei *fattori personali*, senza però proporre una classificazione. Ciascuna delle 4 componenti può essere espressa in termini sia positivi che negativi. Gli aspetti negativi sono i *bisogni di salute* ovvero i problemi di funzioni (es. demenza, dispnea, incontinenza urinaria, ecc.) e strutture (es. mancanza di un arto, mancanza di un tratto di intestino, ecc.), le limitazioni di attività (es. non autonomia nella cura della persona, difetti di comunicazione, ecc.) e di partecipazione (es. restrizioni a partecipare ad attività sociali), le barriere ambientali (es. scale per un disabile motorio) e le barriere personali (es. carattere oppositivo). Gli aspetti positivi sono il *funzionamento* ovvero la capacità di effettuare un'attività anche supplementata (es. guidare una carrozzina elettrica), di partecipare a una situazione di vita nonostante menomazioni (es. partecipare ad attività sociali in condizioni di sordità grazie a protesi acustica), nonché la presenza di facilitatori ambientali (es. carrozzina, protesi acustica) e personali (es. carattere fiducioso e ottimista). Nella Tabella 2 viene riportata una visione d'insieme dell'ICF con relativi esempi.

**Tabella 3.** Modello utilizzabile per la stesura del PAI. Esempi riferiti a paziente con miocardiopatia dilatativa (F, anni 65) alla dimissione ospedaliera

Sig. MR: Regime assistenziale post dimissione: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)					
Aspetti	Aspetti negativi	Interventi e operatori	Aspetti positivi	Interventi e operatori	Prescrizioni (farmaci, presidi, ausili)
<b>Fattori ambientali e familiari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente che vive sola</li> <li>• Abitazione su 2 piani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricerca di <i>Caregiver</i> retribuito e sua formazione (Assistente Sociale)</li> <li>• Predisposizione camera e bagno al pian terreno (Assistente Sociale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esistenza di amici</li> <li>• Reddito buono</li> <li>• Servizio ADI distrettuale</li> <li>• Carrozzina elettrica in prontuario aziendale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione rete amicale per compagnia (Assistente Sociale)</li> <li>• Ricerca aiuto domiciliare retribuito (Assistente Sociale)</li> <li>• Attivazione ADI sanitaria (MMG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrozzina elettrica</li> </ul>
<b>Situazione sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnea a riposo, affaticabilità</li> <li>• Insufficienza cardiocircolatoria, edemi, sofferenza coronarica</li> <li>• Ritenzione urinaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somministrazione farmaci secondo schema (<i>Caregiver</i>)</li> <li>• Misurazione giornaliera parametri vitali (<i>Caregiver</i>)</li> <li>• Monitoraggio salute ogni 7-10gg (MMG, Cardiologo a domicilio)</li> <li>• Prelievi ogni 20-30 gg (Infermiere domiciliare)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato cognitivo ed emozionale integri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Empowerment</i> capacità residue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci: sistema cardio-vascolare, sistema respiratorio, gastrointestinali</li> </ul>
<b>Situazione socio-assistenziale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitazioni di mobilità</li> <li>• Limitazioni di cura della persona</li> <li>• Limitazioni di attività domestiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deambulazione quotidiana con aiuto (<i>Caregiver</i>)</li> <li>• Aiuto nelle attività giornaliere (<i>Caregiver</i>)</li> <li>• Gestione catetere vescicale (<i>Caregiver</i>, Infermiere domiciliare)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprendimento nuove abilità</li> <li>• Capacità di spostarsi con carrozzina elettrica</li> <li>• Capacità di comunicazione e relazioni interpersonali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione all'utilizzo della carrozzina elettrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carrozzina elettrica</li> <li>• Catetere vescicale, Sacche urine</li> </ul>

L'ICF prevede inoltre la codifica di *gravità dei bisogni* secondo un sistema omogeneo e trasversale alle varie professioni. Le 4 componenti dell'ICF sono quantificate in *livelli diversi di gravità* usando una stessa scala da 0 a 4 (0 = nessun problema; 1 = problema lieve; 2 = problema medio; 3 = problema grave; 4 = problema completo), prevedendo anche le voci "non specificato" e "non applicabile". La codifica della gravità secondo la scala unica ICF richiede procedure di valutazione comparata da sviluppare attraverso la ricerca. Tuttavia, per usi strettamente clinico-assistenziali e tenendo conto degli ampi margini percentuali correttivi previsti dall'ICF, è proponibile la trasposizione nella scala ICF delle tradizionali misure cliniche riferite a scale ordinali (dati di laboratorio, test funzionali, referti strumentali, ecc.) o a criteri descrittivi (referti specialistici, referti sociali). Ciò consente ai diversi professionisti di mantenere i propri sistemi di valutazione e misurazione e, allo stesso tempo, di adottare uno strumento descrittivo unico e trasversale alle varie professioni.

L'ICF appare pertanto in grado di fornire una fotografia completa del paziente di ogni età e per queste caratteristiche riveste un ruolo importante in ambito clinico per identificare il paziente complesso che richiede molteplici prestazioni, nonché per valutare i risultati dei trattamenti medici, chirurgici, riabilitativi, palliativi, intrapresi in relazione a tali problemi. Allo stesso tempo l'ICF assume un ruolo importante in ambito organizzativo-gestionale, dal momento che sulla base dei problemi e delle abilità dell'individuo può essere indicata l'offerta dei servizi appropriati alla cura, assistenza e riabilitazione.

La seconda tappa dell'approccio bio-psico-sociale, che scaturisce direttamente dalla prima, è rappresentata dalla "stesura del piano assistenziale individuale" (PAI). Il PAI può essere definito come il risultato della condivisione da parte di un'*équipe* multi-professionale degli interventi clinico-assistenziali necessari per rispondere ai *bisogni* del paziente nel *setting* più appropriato (intensivo, estensivo, di lungoassistenza), tenendo conto del contesto ambientale del paziente (*barriere e facilitatori*), dei *fattori personali* e delle *capacità*, nonché delle risorse disponibili. Il PAI prevede che per ogni *bisogno* rilevato, come per ogni *capacità*, vengano definiti gli obiettivi, gli interventi clinico-assistenziali, i relativi operatori compresi i familiari, nonché i prodotti e gli strumenti adatti a compensare, controllare, alleviare, neutralizzare menomazioni e limitazioni e sviluppare capacità. Il PAI si configura pertanto come strumento utile per garantire al paziente complesso continuità di cura e assistenza nel tempo e fra servizi diversi. Se predisposto per esempio in prossimità di una dimissione ospedaliera, consente la trasmissione delle informazioni dall'*équipe* ospedaliera a quella territoriale, utilizzando un linguaggio comune ai vari professionisti. Se steso in occasione della diagnosi di un evento acuto invalidante (ad esempio ictus con esiti neurologici) o di una malattia cronica grave a esito progressivamente invalidante (ad esempio sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla), consente il confronto nel tempo dei bisogni, la valutazione di appropriatezza delle cure e i risultati in termini di salute, autonomia o anche solo di qualità

della vita. In questi termini il PAI rappresenta il principale strumento clinico-organizzativo nei percorsi di cura e assistenza. La Tabella 3 riporta il modello utilizzabile per stendere un PAI e alcuni esempi.

### **Strategia per l'acquisizione delle competenze mediche**

Strategia indispensabile per l'acquisizione di metodi e strumenti dell'approccio bio-psico-sociale è la Formazione. Pur riconoscendo la necessità di mettere questi strumenti a disposizione dei vari professionisti della salute, in questa sede ci preme focalizzare l'attenzione sulla Formazione del medico, nelle sue tappe di Formazione di base, specialistica e continua (ECM).

Le basi dell'approccio devono essere presentate ai futuri medici già nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. L'occasione è oggi offerta dalla revisione dell'Ordinamento Didattico di Ateneo in applicazione della Legge 270/2004 e con riferimento al DM 16.3.2007. Riguardo la Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia il suddetto DM indica un "ambito fondamentale" che riteniamo appropriato a fornire competenze per l'approccio bio-psico-sociale. Si tratta dell'ambito "Medicina di Comunità" riconosciuto ormai come contenitore di competenze universitarie di "Cure Primarie" [4]. Con l'apporto delle discipline medicina interna e geriatria, medicina riabilitativa, pediatria generale e specialistica, medicina di comunità, l'ambito si presta all'attivazione di un "Corso Integrato di Cure Primarie", auspicabile in tutti i Corsi di Laurea in Medicina, prevedendo anche il contributo dei medici di medicina generale. Questo Corso è stato attivato da alcuni anni nell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia [5].

Ma è soprattutto attraverso le attività formative delle Scuole di Specializzazione che possono essere sviluppate le competenze per l'approccio bio-psico-sociale. Tale approccio rientra nello "specifico culturale" della Specializzazione in Medicina di Comunità, da tempo attivata in alcuni Atenei (Padova, Modena e Reggio Emilia) e di cui è previsto lo sviluppo grazie al Decreto di riordino delle Specializzazioni (DM 1.8.2005). E proprio in base al suddetto Decreto queste competenze potranno essere acquisite da tutti i medici delle Specializzazioni di Area Medica, dal momento che la Specializzazione in Medicina di Comunità è stata collocata nell'Area Medica e potrà contribuire con il proprio "specifico culturale" al "tronco comune" di competenze previsto per tutti i medici in formazione specialistica.

A completamento della Formazione all'approccio bio-psico-sociale è necessario indicare anche le potenzialità rappresentate dai Corsi ECM, da tempo obbligatori per i professionisti di area sanitaria. Nel Dipartimento integrato Università-Azienda USL, a cui gli scriventi afferiscono, vengono attuati Corsi ECM indirizzati ai vari professionisti sanitari, sociali e dell'educazione che intervengono nei percorsi di cura e assistenza a malattie croniche (ad esempio "Approccio bio-psico-sociale al paziente con SLA") o nei percorsi delle dimissioni protette (ad esempio "Approccio bio-psico-sociale ai pazienti complessi in dimissione ospedaliera"). Questi Corsi non solo presentano ai vari professionisti le modalità per l'approccio unitario e integrato al paziente multiproblematico, ma

creano sinergie fra operatori diversi, nell'ottica dell'integrazione multiprofessionale.

A conclusione del presente articolo ci preme ricordare che lo scenario attuale dei bisogni socio-sanitari suggerisce l'opportunità di politiche aziendali orientate alla realizzazione di servizi in rete, nei quali operano professionisti che lavorano in *equipe* e comunicano fra loro attraverso metodi e strumenti comuni e trasversali alle varie professioni. Riteniamo pertanto che l'approccio bio-psico-sociale con i suoi metodi e strumenti scientifici possa rappresentare un valido supporto alle nuove scelte delle politiche aziendali di integrazione.

## Bibliografia

1. Engel GL (1977) The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 196:129-136
2. Van Weel C (2002) Teamwork. Primary care tomorrow. *Lancet* 344:1276-1279
3. OMS (2002) ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute. Edizioni Erickson, Gardolo (TN)
4. Becchi MA, Carulli N (2009) Università e Formazione medica nel settore delle Cure Primarie. *MED* 09, n 1 (in press)
5. Becchi MA, Aggazzotti G (2008) Progetto "Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie" nel CLM in Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia. *Med Chir* 42:1785-1789

---

## Gestione del paziente con sincope

---

A. LAGI, E. MEUCCI

*Ospedale S. Maria Nuova, Firenze*

La sincope è un'evenienza con cui il medico si confronta frequentemente nella pratica quotidiana; costituisce infatti l'1-3% delle presentazioni in Pronto Soccorso e l'1-6% delle diagnosi di ammissione in pazienti ricoverati [1]. L'anamnesi accurata, integrata dal racconto di eventuali testimoni all'evento, l'esame obiettivo, l'ECG e alcuni esami ematici permettono la diagnosi eziologica in un'elevata percentuale di casi (60-70%) [2]. Negli altri casi, l'impossibilità di raccogliere un'anamnesi esatta per fattori legati al paziente, la presenza di sintomi che possono risultare incongruenti o di segni e sintomi che non sono sufficienti nella formulazione di una diagnosi, fanno sì che si debba procedere con l'osservazione clinica e la richiesta di ulteriori esami.

La sincope sottintende quadri morbosi molto dissimili tra loro con prognosi differenti.

Da tempo è sorta quindi la distinzione tra *lone sincope* e *disease related syncope* [3]. La prima, definita come sincope-malattia, affligge di solito pazienti giovani, ma si può riscontrare virtualmente in tutte le età della vita, e ha prognosi buona con sopravvivenza analoga a quella della popolazione generale. La seconda, indotta da un quadro morboso sottostante, ha prognosi direttamente legata a quest'ultimo. Già Kapoor nel 1983 aveva segnalato che la sincope dovuta a patologia cardiaca comportava una prognosi peggiore rispetto alle altre [4]. Tale dato è stato ancora una volta riconfermato da uno dei bracci dello studio Framingham: Setoriades e colleghi evidenziarono come la sincope cardiogena determinasse il 30% di mortalità a un anno, mentre la sincope vaso-vagale avesse una mortalità sovrapponibile alla popolazione generale [5]. Lo STePS [6], il *San Francisco Sincope Rule* [7], l'OESIL score [8], sono esempi di *risk score* nati nel tentativo di definire il profilo di rischio per il paziente a seguito di un episodio di transitoria perdita di coscienza (TPC). Ognuno costruito secondo *item* differenti, indaga la sincope con intenti progno-

stici diversi. Le stesse indicazioni al ricovero nelle Linee Guida ESC sono il frutto di una stratificazione del rischio [9].

Sono stati svolti numerosi studi che hanno fotografato la realtà clinica della sincope in Italia e in Europa evidenziando numerose criticità gestionali.

Il paziente viene ricoverato nel 50% circa dei casi, soprattutto se di età maggiore di 45 anni. Ciò avviene spesso senza la determinazione di un preciso *risk score*, ma per la presenza di una maggiore probabilità di comorbidità a cui correlare l'evento sincopale al di sopra di una certa età [1]. Tale atteggiamento costituisce in parte un meccanismo difensivo del medico di fronte alla probabilità di un evento avverso, ma in parte nasce da una reale incertezza diagnostica che è particolarmente frequente nel paziente anziano, affetto da pluripatologia ed esposto alle influenze di molteplici farmaci. È difficile infatti valutare il peso che la singola malattia (*disease-related syncope*) o il singolo farmaco o meglio gruppo dei farmaci possono avere su un episodio e sulle sue recidive in una valutazione rapida quale si richiede nel Pronto Soccorso.

Ogni paziente che venga ricoverato per sincope, va incontro a una lunga degenza, di media maggiore di 6 giorni, con consumo di esami strumentali molti dei quali a bassa resa diagnostica (TC cranio, ecocolordoppler vasi del collo, EEG). Il ricovero corrisponde all'80% del costo della spesa per ogni paziente affetto da sincope. La spesa media è di 1000 euro per ogni paziente con sincope e di 3000 euro per ogni diagnosi di sincope [10].

Vi è una generale scarsa aderenza alle Linee Guida con difformità gestionali intra- e interospedaliere e si riscontra disaccordo anche sull'indicazione dei principali test considerati di alta resa diagnostica (tilt test basale e con stimolo farmacologico, massaggio del seno carotideo ecc). Nonostante tali sforzi la sincope rimane a causa sconosciuta in una percentuale non irrilevante di casi, fino a raggiungere anche il 50% [11, 12].

Tale scenario ha spinto gruppi di medici a fornire strumenti per poter migliorare la resa diagnostica. Qui si inseriscono le Linee Guida ESC e gli studi del gruppo EGSYS2 [13] che costituiscono una prova dell'efficacia diagnostica di un algoritmo basato sulle linee guida; in questo studio infatti il numero delle sincopi a causa sconosciuta, considerato un indice appropriato dell'efficacia diagnostica, è fissato al 2% dei casi studiati. Questo risultato è considerato straordinario se si confronta con le percentuali di sincopi sconosciute abitualmente presentate nelle casistiche e nella pratica clinica quotidiana, intorno al 30%. L'elemento caratterizzante il successo dell'EGSYS2 è dovuto alla forte selezione dei centri partecipanti, sulla base della loro qualificazione e delle loro motivazioni, oltre che all'uso di un sistema informatico costruito sull'algoritmo decisionale delle linee guida ESC.

Se ci collochiamo nella realtà quotidiana, tenendo presente le necessità di un'efficacia e di una appropriatezza dei test, ci dobbiamo confrontare con un modello gestionale adeguato alla realtà clinica di tutti i giorni. Ciò significa che i medici, che non hanno necessariamente una cultura orientata verso la sincope e che vivono realtà organizzative diversificate, devono confrontarsi con problemi di difficile soluzione. Il modello da noi proposto invece si applica alla maggioranza degli ospedali italiani, dimensionati intorno ai 300 posti letto e con un dipartimento di emergenza-accettazione che roula intorno alle 40 000 presentazioni/anno.

Il modello della *Syncope Unit* nasce come idea di un *team* dedicato alla gestione della sincope: ha già avuto sperimentazione in più centri, ma manca ancora di una sua ufficializzazione nel panorama sanitario italiano.

Presso il nostro Presidio Ospedaliero è da anni attivo un modello di *Syncope Unit* che prevede le seguenti caratteristiche. Esso si basa su tre punti essenziali:

- La stratificazione del rischio del paziente;
- L'utilizzo di personale dedicato per differenti specialità;
- L'attività ambulatoriale con accesso facilitato agli esami strumentali.

In base a differenti profili di *risk score* (STePS, *San Francisco Syncope Rule*, OESIL, criteri di ospedalizzazione dell'ESC) e alla situazione obiettiva del paziente che deriva dall'anamnesi, dall'esame fisico e dall'ECG, si può definire il paziente come a basso, medio o ad alto rischio.

Il paziente a *basso rischio* non ha indicazioni al ricovero. Si tratta in genere di giovani, affetti da sincope situazionale, con numerose recidive, che devono essere gestiti ambulatorialmente. Il medico di medicina generale sul territorio ha le competenze per farlo e non necessita, in genere, di alcuna indagine strumentale. Il paziente si giova di misure preventive, in particolare trova beneficio dall'evitare i fattori predisponenti e scatenanti come l'ipovolemia e lo stress. In genere non viene sottoposto a nessun trattamento terapeutico. Il paziente a basso rischio che si presenta in Pronto Soccorso può essere dimesso. Nel *follow-up* può presentare recidiva e, in tal caso, può rivolgersi a una struttura dedicata (ambulatorio della sincope) dove potrà trovare competenze specifiche.

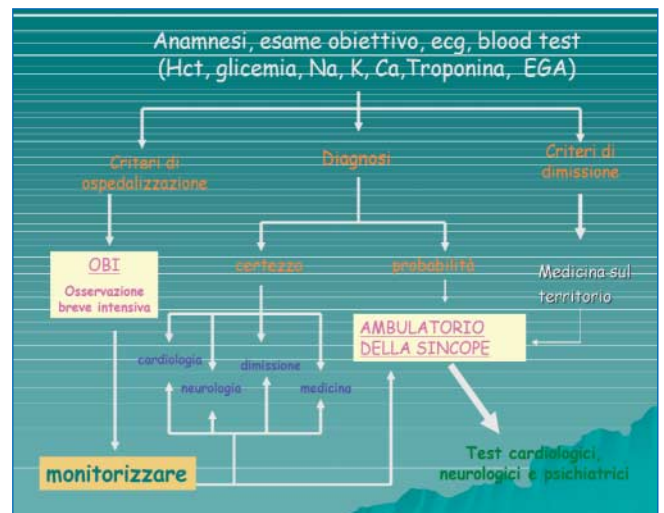


Fig. 1. Percorso diagnostico dei pazienti con Transitoria Perdita di Coscienza (TPC)

I pazienti a *medio rischio* si distinguono in tre sottogruppi:

- Pazienti gestibili ambulatorialmente in ambiente specialistico che necessitano di esami mirati e che afferiscono a un ambulatorio dedicato (ambulatorio della sincope), dove iniziano un percorso diagnostico e terapeutico dedicato (ad esempio sincope da ipotensione ortostatica disautonomica);
- Pazienti che si presentano in Pronto Soccorso con indicazioni al ricovero e che necessitano di un'osservazione breve intensiva (OBI). Dopo tale periodo e indagini diagnostiche mirate, in assenza di diagnosi definitiva, vengono inviati all'ambulatorio della sincope (ad esempio giovane donna che sviene senza prodromi procurandosi un trauma severo);
- Pazienti che hanno una diagnosi precoce e che vengono indirizzati al ricovero in ambiente non ad alta dipendenza, perché presentano problemi neurologici (epilessia o altra patologia neurologica o psichiatrica) o internistica per presenza di comorbidità (ad esempio paziente con polipatologia esposto a regimi polifarmacologici complessi).

I pazienti ad *alto rischio* sono coloro che necessitano di ricovero per esecuzione immediata di procedure diagnostico-terapeutiche. Si tratta in genere di procedure cardiologiche, come l'applicazione di *pace-maker* o terapie antiaritmiche mirate. Essi trovano posto in strutture ad alta dipendenza (UTIC - unità terapia intensiva coronarica, HDU - *high dependency unit*, OBI - osservazione breve intensiva).

I gruppi a basso e alto rischio comprendono quei pazienti che all'arrivo in Pronto Soccorso sono classificati non tanto per una diagnosi quanto per una prognosi. I pazienti sono infatti definiti a basso rischio perché in essi vengono escluse associazioni tra la sincope e malattie pericolose per la vita. Nei pazienti ad alto rischio invece, è presente tale associazione ed è qui che l'intervento medico tempestivo ed efficace modifica favorevolmente la prognosi.

Nel gruppo a medio rischio vengono compresi quadri morbosi meno categorizzabili, con prognosi variabile a seconda della

malattia sottostante (*disease-related*). È questo inoltre il gruppo in cui facilmente si inseriscono gli episodi *syncope-like*.

### Utilizzazione di personale esperto e di diagnostica strumentale dedicata

L'ottimizzazione della gestione del paziente con sincope passa quindi per la costituzione di una struttura funzionale multidisciplinare in grado di riunire, coordinare e utilizzare in modo efficace le competenze dei diversi specialisti presenti nel presidio ospedaliero e che possono cambiare in funzione delle differenti realtà sanitarie relative alle dimensioni e alla sede dell'ospedale. Le figure interessate in questo processo dinamico sono rappresentate in primo luogo del medico d'urgenza, che è colui che apre il percorso del paziente, successivamente dalle competenze del cardiologo e in particolare dell'elettrofisiologo, del neurologo e dello psichiatra, dell'internista e del pediatra.

La diagnostica del paziente affidato al medico d'urgenza prevede l'anamnesi raccolta dal paziente e/o dai testimoni, l'accurato esame obiettivo, l'elettrocardiogramma e i test ematici di base (emocromo, glicemia, troponina, elettroliti). Su questa base è già possibile il 70% delle diagnosi che permettono quindi la dimissione, l'osservazione o il ricovero.

Successivamente i pazienti possono essere inviati direttamente all'ambulatorio della sincope o preferibilmente essere indirizzati all'OBI, dove vengono sottoposti a telemetria, perchè spesso è loro concesso il movimento, e a esami specifici (tilt test, MSC, *imaging*, indagini neurofisiologiche, valutazione neurologica, esame elettrofisiologico). Una distinzione fra questi due sottogruppi viene fatta tenendo conto del livello di rischio perchè sono tutti pazienti a medio o alto rischio e sulla base dell'autonomia del paziente e delle condizioni socio-familiari o delle proprie preferenze personali. Il paziente a medio rischio che lo desidera può essere avviato direttamente a valutazione ambulatoriale, mentre quello ad alto rischio viene sempre sottoposto a una OBI che permette un approccio diagnostico intensivo.

È in questa fase che si instaura la diretta collaborazione tra le figure professionali che concorrono al modello organizzativo. Ciascuna di esse, l'elettrofisiologo o il neurologo, è responsabile di indagini specifiche di branca che essi dovranno definire e applicare al singolo paziente, individuandone tempi e modalità. Spetta quindi alle varie figure di riferimento la programmazione dei differenti esami e la loro interpretazione. Le indicazioni ai vari tipi di test diagnostici vengono dalle linee guida ESC.

### L'attività ambulatoriale

I pazienti afferenti all'ambulatorio sono quelli a medio o alto rischio che dopo un'osservazione breve intensiva non hanno trovato diagnosi sicura. Infine, l'attività ambulatoriale accoglie i pazienti dal territorio inviati dai medici curanti che recuperano casi a basso rischio con recidive o con traumi da cadute o con condizioni che ne limitano l'autonomia e la capacità lavorativa. Anche in questa fase il medico dell'ambulatorio ha accesso facilitato alle indagini e agli specialisti che di volta in volta si rendono necessari. In questa fase

il paziente viene sottoposto a un *follow-up* che prevede la visita trimestrale, il rilievo dei parametri emodinamici, la ricerca di aritmie e la definizione di eventuali successivi episodi arricchendoli con ulteriori dettagli anamnestici forniti dal paziente o dai testimoni. Inoltre nell'ambulatorio della sincope potranno comparire altre figure come il dietologo, lo psicologo e lo psichiatra, che potranno curare aspetti particolari di ogni singolo soggetto.

In Figura 1 viene schematizzato il percorso dei pazienti che si presentano con TPC.

Di seguito si riporta la casistica osservata direttamente dagli Autori in un arco temporale di 3 anni (2004-2007).

Su 1325 pazienti il 65% viene dimesso direttamente dal PS e il 6,5% viene ricoverato nei vari reparti; il 28,5% viene osservato in OBI con *length of stay* media di  $36 \pm 19$  ore e quindi un abbattimento della degenza e dei relativi costi. Il 60% (n = 160) dei pazienti osservati in OBI non raggiunge una definizione diagnostica in tale periodo e viene quindi avviato a un *iter* ambulatoriale.

A un anno, il numero delle sincopi a causa sconosciuta scende al 12%.

### Bibliografia

1. Casini-Raggi V, Bandinelli G, Lagi A (2002) Vaso-vagal Syncope in emergency room patients: Analysis of a metropolitan area registry. *Neuroepidem* 21:287-291
2. Brignole M, Ungar A, Bartoletti A et al (2006) Standardized-care pathway vs usual management of syncope patients presenting as emergencies at general hospitals. *Europace* 8:644-650
3. Bandinelli G, Cencetti S, Bacalli S, Lagi A (2000) Disease-related syncope. Analysis of a community-based hospital registry. *J Int Med* 247:513-516
4. Kapoor WN et al (1983) A prospective evaluation and follow-up of patients with syncope. *N Eng J Med* 309:197-204
5. Setorades ES, Evans JC, Larson MG et al (2002) Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med* 12:878-885
6. Costantino G, Perego F, Dipaola F et al (2008) Short- and long-term prognosis of syncope, risk factor, and role of hospital admission: results from the STEPS (short-term prognosis of syncope) study. *J Am Coll Cardiol* 51:276-83
7. Quinn JV, Stiell IG, McDermott DA et al (2004) Derivation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with short-term serious outcomes. *Ann Emerg Med* 43:224-232
8. Colivicchi F, Ammirati F, Melina D et al (2003) Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. *Eur Heart J* 24:811-819
9. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al (2004) Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on Management (Diagnosis and treatment) of Syncope- Update 2004. *Europace* 6:467-537
10. Del Greco M, Cozzio S, Scillieri M et al (2003) Diagnostic pathway of syncope and analysis of guidelines impact in a district general hospital. The ECSIT study (epidemiology and costs of syncope in Trento) *Ital Heart J* 2:99-106
11. Ammirati F, Colivicchi F, Minardi G et al (1999) The management of syncope in the hospital: the OESIL (osservatorio epidemiologico della sincope nel Lazio) study. *G Ital Cardiol* 29: 533-539
12. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M (2000) Diagnosing syncope in the clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentre prospective trial- the OESIL 2 study (Osservatorio epidemiologico del Lazio) *Eur Heart J* 21:935-940
13. Brignole M, Menozzi C, Bartoletti A et al (2006) A new management of syncope: Prospective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J* 27:76-82



“Un pessimista vede la difficoltà in ogni opportunità;  
un ottimista vede l’opportunità in ogni difficoltà”  
(Winston Churchill)

## La check list di sala operatoria

La sicurezza dei pazienti e la qualità dell’assistenza in ambito chirurgico rappresentano sempre più una priorità di politica sanitaria globale, se si considera l’immenso numero di procedure chirurgiche erogate nel mondo.

In Italia i volumi di attività chirurgica rappresentano un terzo della totalità di ricoveri: nel 2005 sono stati dimessi circa 4 milioni e 700 mila pazienti a seguito di intervento o procedura chirurgica; tra questi interventi circa 3 milioni sono stati eseguiti in regime ordinario e quasi due milioni in *day hospital* [1].

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che ogni anno mezzo milione di morti correlate alla chirurgia potrebbero essere prevenute [2].

L’adozione di una *checklist* di sala operatoria da parte delle *equipe* chirurgiche può contribuire a ridurre di più del 40% la mortalità post-operatoria e di più del 30% la percentuale di complicazioni [3, 4].

*Checklist* di sala operatoria sono oggi proposte da vari organismi e istituzioni scientifiche come strumenti a supporto delle attività per ambienti complessi e ad alto rischio come la sala operatoria [5-7].

La complessità dell’assistenza nell’ambito delle sale operatorie si è evoluta al di là dei limiti della *performance* individuale [8]. È legata, infatti, alla concomitanza di molteplici fattori, eterogenei e dinamici: ruoli professionali e competenze specialistiche, diverse tipologie di prestazioni sanitarie, pluralità dei processi, impatto delle tecnologie nella prassi, aspetti logistici e strutturali, fattori relazionali e comunicativi. La *checklist* di sala operatoria rappresenta uno strumento per gestire tutti questi fattori, al fine di migliorare la collaborazione all’interno del *team*, minimizzare gli imprevisti e ridurre i danni ai pazienti.

Vista la rilevanza di questo problema, nel corso del 2008 il Centro per la Gestione del Rischio Clinico della Regione Toscana (GRC) e le aziende ospedaliere dell’Area Vasta Centro hanno lavorato per l’ideazione e la progettazione di una *checklist* di sala operatoria. Tale *checklist* è una versione estesa di quella messa a punto dall’OMS e consente inoltre la tracciabilità delle informazioni relative al percorso chirurgico del paziente.

I risultati attesi sono sicuramente ambiziosi. Si auspica di dare un forte contributo su due ambiti fondamentali che riguarda-

no sia le procedure aziendali, sia gli strumenti a sostegno delle attività ospedaliere. Da un lato, quindi, migliorare, agevolare e facilitare la comunicazione all’interno dell’*equipe* chirurgica grazie all’utilizzo di questo strumento, rafforzando l’efficacia di momenti cruciali del percorso chirurgico quali il *sign in* (identificazione del paziente e del sito chirurgico [9], consenso informato, atti pre-operatori), il *time out* (condivisione delle informazioni con tutto il team delle criticità della procedura chirurgica, delle eventuali problematiche legate all’anestesia, a terapie farmacologiche, forme allergiche) e il *sign out* (condivisione delle informazioni riguardanti le attività svolte in sala e fondamentali per la successiva gestione del paziente in reparto); dall’altro, l’ambizione di poter utilizzare la *checklist* (rielaborata e corretta in seguito agli esiti della sperimentazione) come punto di partenza per l’ideazione e la realizzazione di una cartella clinica informatizzata.

M. Tanzini

Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente  
Regione Toscana

## Bibliografia

1. Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (2008) Attività di ricovero 2007, analisi preliminari
2. World Health Organization (2008) Safe surgery saves lives. [www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/) (Ultimo accesso 17/03/2009)
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al (2009) A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Eng J Med* 360:491-499
4. Moszynski P (2009) Surgical checklist reduces complications by one third. *BMJ* 338:b:157
5. World Health Organization (2008) WHO Guidelines for Safety Surgery – First Edition, WHO Press: Ginevra. [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/WHO\\_Guidelines\\_Safe\\_Surgery\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/WHO_Guidelines_Safe_Surgery_finalJun08.pdf) (Ultimo accesso 17/03/2009)
6. National Patient Safety Agency (2009) WHO Surgical Safety Checklist, NPSA: UK. [www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=20597](http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=20597) (17/03/2009)
7. The Joint Commission (2009) The Universal Protocol, Speak UPTM poster. [http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F8046F2C-A8A2-412F-88D4-E1762BCC5C26/0/UP\\_Poster.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/F8046F2C-A8A2-412F-88D4-E1762BCC5C26/0/UP_Poster.pdf) (Ultimo accesso 17/03/2009)
8. Soar J, Peyton J, Leonard M, Pullyblank AM (2009) Surgical safety checklists. *BMJ* 338:b:220
9. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008), Raccomandazione n°3 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_587\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf) (Ultimo accesso 17/09/2009)

## IMPRESSUM

Inserito alla rivista "Internal and Emergency Medicine" Vol. 4 Num. 3  
Editore: Springer-Verlag Italia Srl, Via Decembrio 28, 20137 Milano  
Stampa: Grafiche Porpora, Segrate (MI) – Copyright © SIMI, Società Italiana di Medicina Interna