

Introduzione. La sincope è un sintomo di frequente riscontro nella pratica clinica e rende conto del 3-5% degli accessi in Pronto Soccorso e dell'1-6 % dei ricoveri ospedalieri.

Le patologie che possono manifestarsi con una sincope sono numerose e a prognosi variabile. In letteratura sono stati validati alcuni sistemi di stratificazione del rischio ad un anno; tra questi uno dei più utilizzati è la scala proposta dall'Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope del Lazio (OESIL), la cui efficacia predittiva a breve termine è tuttavia ancora da definire.

La scala OESIL considera come predittori di evoluzione negativa l'età > 65 anni, la storia di malattie cardiovascolari, l'assenza di prodromi e la presenza di anomalie elettrocardiografiche. Lo *score* prognostico è definito dalla somma algebrica dei fattori di rischio del paziente attribuendo ad ogni elemento valore pari a 1.

Scopo. Valutare l'efficacia della scala OESIL nel predire il rischio di eventi avversi definiti come morte o intervento salvavita (posizionamento di *pacemaker* o defibrillatore impiantabile, rianimazione cardio-polmonare, ricovero in reparto di terapia intensiva) entro 10 giorni dall'evento sincopale.

Metodi e casistica. Abbiamo considerato 574 pazienti consecutivi presentatisi per sincope dal 23 gennaio al 31 luglio 2004 presso il PS di quattro ospedali lombardi ("L. Sacco" e "Fatebenefratelli", Milano; "Uboldo", Cernusco s/N; "S. Corona", Garbagnate M.se). Per tutti i pazienti, sia ricoverati (42%) che dimessi (58%), è stato eseguito il *follow up* a 10 giorni e ad ognuno è stato attribuito uno *score* prognostico secondo la scala OESIL. Infine sono state calcolate sensibilità e specificità della scala relativamente alla popolazione in studio. Abbiamo considerato un punteggio ≥ 2 , che si associa ad un rischio di evento avverso medio-alto secondo quanto già evidenziato dallo studio OESIL, per discriminare i *veri positivi* nel gruppo di soggetti con eventi avversi e i *falsi positivi* tra coloro che non hanno manifestato eventi nel periodo dei 10 giorni di osservazione.

Risultati. Tra i pazienti del nostro studio con eventi avversi (n=43), 2 hanno riportato uno *score* 0-1 (*falsi negativi*) mentre 41 uno *score* 2-4 (*veri positivi*). Tra i pazienti che non hanno presentato eventi (n=531), 303 hanno riportato uno *score* 0-1 (*veri negativi*) mentre 228 uno *score* 2-4 (*falsi positivi*). Pertanto la scala OESIL è risultata avere una sensibilità del 95% e una specificità del 57%. Il *cut off* ≥ 2 ha permesso di attribuire un rischio medio-elevato a 41 pazienti che hanno effettivamente manifestato un evento avverso a breve termine mentre il rischio è stato sottostimato nei restanti due casi da noi osservati.

Conclusioni. Ai fini di una efficace stratificazione del rischio a breve termine, per il medico di PS è opportuno utilizzare una scala caratterizzata da elevata sensibilità e pertanto in grado di ridurre al minimo il numero di eventi maggiori misconosciuti. I nostri dati suggeriscono che la scala OESIL, pur essendo stata validata su un periodo di osservazione di 12 mesi, sembra rispondere a questa esigenza e potrebbe costituire un valido strumento per indirizzare la decisione clinica del ricovero; resta tuttavia ancora da chiarire se sia in grado di fornire un reale vantaggio, in termini di efficacia predittiva, rispetto al semplice giudizio clinico.