

Documento di Consenso AIAC sulle Syncope Unit condiviso ed  
accettato dal Direttivo del GIMSI in data 06.10.2008

## LA SYNCOPA UNIT: UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SYNCOPA

### Presidente

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

### Membri

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

### Segreteria Organizzativa

**Cristina Imola**



Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

## Epidemiologia e costi della sincope

Da studi epidemiologici statunitensi si stima che almeno il 30% della popolazione generale sperimenti un episodio di perdita della coscienza transitoria (PdCT) nel corso della vita (1) e che la sincope rappresenti la causa di circa l'1-3% degli accessi al pronto soccorso e l'1-3% dei ricoveri ospedalieri (2). In Italia la sincope costituisce dall'1% al 2% degli accessi ai pronti soccorsi e di tutte le cause di ospedalizzazione (3-7). Circa la metà dei pazienti che afferiscono alle strutture d'emergenza per PdCT viene successivamente ricoverata e i tempi medi di degenza sono prolungati, in media circa 8 giorni (3-7). Nei paesi industrializzati, inoltre, il progressivo invecchiamento della popolazione, assieme all'aumento della prevalenza della sincope nei soggetti anziani, dovrebbero portare in un prossimo futuro ad un ulteriore aumento dell'impegno del sistema sanitario nei confronti di tale sintomo (6). Comunque queste cifre verosimilmente sottostimano il reale impatto clinico ed economico della sincope e più in generale della PdCT, in quanto molti pazienti non accedono al pronto soccorso, ma si rivolgono ad un medico di fiducia.

Il rischio che la PdCT e la sincope possano essere dovute a condizioni patologiche con prognosi infausta, assieme alla mancanza di un gold standard diagnostico, rendono conto del frequente ricorso all'ospedalizzazione e dell'utilizzo di numerose indagini strumentali ad elevato costo. Tutto ciò contribuisce ad aumentare la spesa sanitaria. Da uno studio nord-americano (7) risulta che il costo medio annuale per i pazienti ricoverati per PdCT e sincope è stato nell'anno 1993 di 4132 dollari. Tale cifra aumentava a 5281 dollari in caso di PdCT o sincope ricorrente. Il costo totale annuo per la sincope negli Stati Uniti corrisponde a 2.4 miliardi di dollari, simile a quello per le malattie respiratorie croniche e l'HIV (8). In alcuni studi condotti nel nostro paese, il costo medio per paziente ricoverato per PdCT e sincope è risultato invece variabile da 1000 a 3000 euro (5,9). Tali costi sono condizionati prevalentemente dalla durata del ricovero e dal numero e tipo di indagini diagnostiche eseguite.

La PdCT e la sincope, inoltre, a prescindere dalla condizione patologica ad esse associata, nel 17% - 35% dei casi è responsabile di traumi o incidenti automobilistici (10). I traumi secondari alla PdCT e alla sincope risultano più rilevanti nella popolazione anziana, dove più frequentemente si associano a fratture che contribuiscono sensibilmente ad incrementarne il costo sanitario. Oltre ai costi diretti, la PdCT e la sincope comportano anche costi indiretti, come ad esempio la perdita di numerose ore lavorative.

### Presidente

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

### Membr

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

### Segreteria Organizzativa

**Cristina Imola**  
  
Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

La PdCT e la sincope rappresentano quindi un problema frequente che impegna a fondo le nostre strutture sanitarie. La definizione di una adeguata strategia diagnostico-terapeutica per la valutazione della PdCT e della sincope costituisce quindi una sfida sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico.

### ***Attuali difficoltà nella gestione del paziente con sincope***

La sincope è definita come una transitoria, autolimitata perdita di coscienza che di solito provoca caduta a terra. L'esordio della sincope è relativamente veloce, il successivo recupero è spontaneo, completo e rapido. Il meccanismo fisiopatologico sottostante è una ipoperfusione transitoria globale cerebrale.

La prima difficoltà che si incontra nella gestione del paziente che si presenta con PdCT è quella di differenziare la sincope da altre condizioni simili ma non causate da ipoafflusso cerebrale (epilessia, disturbi metabolici, TIA vertebrobasilare, ipossia) o con perdita di coscienza apparente (drop attack, cataplessia, isteria, cadute accidentali nell'anziano), (11,12). Da un punto di vista eziologico esse vengono classificate in quattro grandi gruppi: neuromediate o riflesse, ortostatiche, cardiache e cerebrovascolari. Ciascuno di questi gruppi comprende numerose affezioni che possono manifestarsi con il sintomo sincope. Anche il significato prognostico della sincope dipende dalla patologia sottostante. Infatti, si spazia dalle sincopi neuromediate a prognosi generalmente benigna a quelle cardiache con prognosi decisamente più infausta.

La causa della PdCT permane di origine indeterminata alla fine del percorso diagnostico nel 15% - 20% dei casi nei centri altamente specializzati (12).

Infine, la scelta terapeutica nel paziente con sincope risulta in molti casi problematica, come nel soggetto anziano in cui possono coesistere molteplici cause potenzialmente responsabili.

La PdCT e la sincope rappresentano quindi condizioni spesso di difficile gestione dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Testimonianza delle difficoltà gestionali della PdCT e della sincope è la diversità dell'iter seguito dai pazienti che afferiscono al pronto soccorso. Infatti, dai dati della letteratura (4-7) risulta che tali pazienti occupano le corsie ospedaliere della cardiologia, neurologia, pediatria, geriatria, medicina interna e ortopedia.

#### **Presidente**

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### **Membri**

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### **Segreteria Organizzativa**

**Cristina Imola**  
  
Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

Tali pazienti vengono poi sottoposti, spesso in modo inappropriato, ad esami strumentali costosi e a bassa resa diagnostica con il risultato di prolungare la degenza ospedaliera, aumentarne la spesa sanitaria e non raggiungere una corretta diagnosi della causa di PdCT e di sincope in una elevata percentuale di casi. Il rischio professionale di "malpractice" in questo campo è pertanto elevato e induce ad un aumento del numero dei ricoveri e delle indagini strumentali non appropriate, risultato della cosiddetta "medicina di difesa".

A livello ambulatoriale si assiste spesso ad un interminabile pellegrinaggio da parte dei pazienti che hanno accusato PdCT. Per esempio, un paziente si reca dal neurologo che esclude una causa neurologica; si reca poi dal cardiologo che esclude una causa cardiologica e così via; cioè, molto spesso, tutti escludono ma nessuno conclude. Per ridurre al minimo la non-diagnosi di PdCT da causa indeterminata occorre una equipe multidisciplinare di esperti nella diagnosi differenziale. Un esperto della sincope deve conoscere i meccanismi neurovegetativi del controllo cardiovascolare in quanto la sincope neuromediata rappresenta la causa di gran lunga più frequente di PdCT. All'inizio degli anni '90 il tilt test (con il letto inclinabile) è stato introdotto nello studio della PdCT e ha aumentato le possibilità di diagnosticare la sincope da causa riflessa.

Tale esame viene utilizzato nella maggior parte dei casi dai cardiologi in quanto si possono verificare marcate bradicardie o prolungate asistolie e più raramente nei reparti di medicina interna o di neurologia.

L'attuale sistema di gestione della sincope risulta scarsamente efficace dal punto di vista diagnostico ed inefficiente sotto il profilo economico.

I fattori che stanno alla base di questi risultati deludenti possono essere così riassunti: scarsa competenza e attenzione al problema della diagnosi differenziale della PdCT da parte della classe medica dovuta alla difficoltà di affrontare questo problema in modo multidisciplinare; atteggiamento "difensivistico" dettato dalle possibili implicazioni medico-legali di una diagnosi errata; assenza, nelle diverse istituzioni sanitarie, di servizi diagnostico-terapeutici specializzati nella gestione del paziente con sincope (13,14).

#### Presidente

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### Membri

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### Segreteria Organizzativa

**Cristina Imola**  
  
Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

### **Razionale per l'istituzione di un "syncope unit"**

Il sistema ideale di gestione della PdCT e della sincope dovrebbe portare ad una rapida stratificazione dei pazienti in tre categorie: *pazienti a basso rischio*, gestibili ambulatorialmente in tempi ordinari dal medico di medicina generale o dallo specialista, senza o con pochi esami mirati (15); *pazienti a rischio intermedio*, da gestire in tempi brevi in un ambulatorio specialistico dove venga iniziato il percorso diagnostico-terapeutico della sincope; *pazienti a rischio elevato*, che necessitano di ricovero urgente con l'esecuzione immediata di adeguate procedure diagnostiche e terapeutiche. In tale direzione si muovono le recenti Linee guida europee (11,12), nelle quali vengono individuati come momenti cruciali per una gestione "cost/effective" del paziente con PdCT o sincope la stratificazione prognostica e la scelta di indagini strumentali mirate in base alle caratteristiche di ciascun paziente.

Allo scopo di ottimizzare la gestione della sincope è stata recentemente proposta, prima in nord-europa ed ora anche nel nostro paese, l'istituzione di una "Syncope Unit" o "Centro per lo Studio della Sincope", intendendo per questa una entità funzionale ospedaliera multidisciplinare che, partendo da risorse già disponibili, riunisca e coordini un modo rapido le competenze dei diversi specialisti (cardiologo, medico dell'urgenza, neurologo, internista, geriatra, pediatra e psichiatra). Le nuove linee guida sulla sincope della Società Europea di Cardiologia (12) raccomandano l'istituzione di una "syncope unit" negli ospedali adeguatamente attrezzati, con la motivazione di migliorare la diagnosi, la prognosi e la terapia della PdCT e della sincope e di promuovere la formazione e la ricerca, ottimizzando l'utilizzo delle risorse economiche.

**Motivazioni di carattere prognostico.** Il costo diretto della sincope è in buona parte dovuto alla durata della degenza ospedaliera. Una corretta diagnosi e la conseguente stratificazione prognostica, possibili nella "syncope unit", dovrebbero limitare il ricorso al ricovero ospedaliero solo per i pazienti cardiopatici, per quelli con gravi malattie neurologiche o con traumatismi secondari severi.

#### **Presidente**

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### **Membri**

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### **Segreteria Organizzativa**

**Cristina Imola**  
  
Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

**Motivazioni di carattere diagnostico.** Gli esami specialistici per lo studio della PdCT e della sincope sono molteplici ed in continua evoluzione. Basti pensare al tilt test con i vari protocolli operativi, al massaggio seno-carotideo in clino e in ortostatismo, allo studio biochimico e farmacologico dell'ipotensione ortostatica primaria e secondaria, al cateterismo elettrofisiologico endocavitario con provocazione farmacologica e all'impianto di loop recorder sottocutaneo nei casi in cui la sincope permane di origine indeterminata, ma con un forte sospetto per una genesi aritmica.

Una "syncope unit" dovrebbe stabilire il corretto approccio diagnostico per il singolo paziente e farsi carico dell'esecuzione delle eventuali indagini specialistiche e della loro interpretazione. Il risparmio di indagini ad elevato costo e a bassa resa diagnostica comporterebbe un significativo vantaggio economico. Infine, va ricordato il vantaggio per il paziente, che troverebbe in tale centro un punto di riferimento per la diagnosi e la terapia di una PdCT.

**Motivazioni di carattere terapeutico.** La scelta del trattamento efficace, dopo che è stata posta una corretta diagnosi eziologica della PdCT, non è sempre cosa immediata e facilmente eseguibile in tutte le realtà sanitarie. Nella sincope riflessa, per esempio, il trattamento farmacologico ha fornito risultati piuttosto deludenti. Risultano invece più importanti il "counseling" e l'insegnamento delle cosiddette "contro-manovre", che necessitano tuttavia di formazione specifica. Altro esempio è la terapia delle sincopi bradi e tachiaritmiche che si basa su trattamenti ad elevato contenuto tecnologico quali l'impianto di pacemaker con specifici algoritmi di sensing e pacing, l'impianto di defibrillatore e l'ablazione transcateretere.

La "syncope unit" sarebbe quindi il luogo naturale dove coordinare la scelta terapeutica nel singolo paziente e farsi carico dell'esecuzione delle valutazioni specialistiche e delle procedure interventistiche più sofisticate.

#### Presidente

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### Membri

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### Segreteria Organizzativa

**Cristina Imola**  
  
Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

**Motivazioni di carattere educazionale e di ricerca.** Sono state recentemente proposte da parte della Società Europea di Cardiologia delle linee guida volte ad ottimizzare ed a razionalizzare i protocolli di valutazione della PdCT e della sincope, con lo scopo di giungere ad una gestione maggiormente favorevole relativamente al rapporto al "costo/efficacia". Scopo della "syncope unit" è anche quello di implementare le linee guida e di promuovere attività formative (rivolte ai medici del pronto soccorso, di medicina interna, geriatria, pediatria e neurologia) al fine di evitare il frequente ricorso ad esami costosi ed inappropriati come EEG e TAC cerebrale, che nel caso della PdCT da causa indeterminata hanno una resa diagnostica solo del 5% (11,12).

A tal proposito, è altamente opportuno che la presentazione e la discussione delle linee guida della Società Europea di Cardiologia rientrino nei programmi ECM di aggiornamento all'interno delle aziende sanitarie. Infatti, varie esperienze italiane ed internazionali (4-7) sembrano suggerire che la semplice diffusione delle linee guida, senza un gruppo che si impegni nella loro implementazione, non sia sufficiente a influire positivamente sul comportamento dei medici coinvolti nella gestione dei pazienti con PdCT o sincope. Il deludente risultato di questo approccio non deve tuttavia meravigliare, in quanto le difficoltà incontrate nell'implementazione delle linee guida e dei protocolli diagnostico-terapeutici nei vari settori della medicina sono ben note.

Infine, la "syncope unit" dovrebbe costituire la struttura ideale per lo sviluppo di progetti di ricerca clinica ed epidemiologica nel campo della PdCT e della sincope, favorendo le conoscenze in questo settore.

### ***L'impatto clinico della "syncope unit"***

Alcune esperienze suggeriscono che l'istituzione di una struttura dedicata allo studio della sincope migliori la gestione clinica dei pazienti. Nello studio OESYL 2 (16), condotto in alcuni ospedali della regione Lazio, l'educazione e l'interazione continua da parte di medici "specialisti" della sincope, assieme all'implementazione a livello locale dei contenuti delle linee guida europee, ha portato nell'arco di pochi mesi ad un aumento della performance diagnostica con una riduzione dal 54% al 17% delle PdCT di natura indeterminata.

#### **Presidente**

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### **Membri**

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### **Segreteria Organizzativa**

**Cristina Imola**



Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

In maniera simile, alcuni studi anglosassoni hanno dimostrato che l'istituzione di una "syncope unit" è in grado di migliorare significativamente la gestione dei pazienti, sia negli ospedali regionali, sia in quelli periferici, senza influire negativamente sulla prognosi (17-19).

### ***L'impatto economico della "syncope unit"***

Uno studio italiano, l'EGSYS 1 (20,21), ha evidenziato una grande disomogeneità nella gestione del paziente con sincope. E' emersa una marcata variabilità nell'utilizzo delle varie procedure diagnostiche ed una resa diagnostica molto diversa da centro a centro, con implicazioni sostanziali sui costi (i quali sono determinati dal numero degli accertamenti eseguiti e soprattutto dalla durata della degenza). In uno studio successivo, l'EGYS 2 (22), è stata fatta una valutazione dei pazienti con sincope basata sulla sistematica applicazione di una flow-chart diagnostica secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia e sulla gestione della sincope secondo un modello funzionale tipo "syncope unit". Tale strategia ha consentito una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri, della durata della degenza e dei costi per "sincope diagnosticata". Nello studio EGSYS 2 rispetto all'EGSYS 1, infatti, la percentuale dei ricoveri ospedalieri è scesa dal 47% al 39 %, la degenza media da 8.1 a 5.5 giorni e il numero degli accertamenti diagnostici per paziente da 3.4 a 1.9. Inoltre, dalla comparazione dei database dei due studi emerge che: il costo medio per diagnosi di sincope nei pazienti ricoverati scende da 3506 a 2880 euro, con un risparmio di 726 euro/paziente; il costo medio per paziente scende da 1394 a 1127 euro, con un risparmio di 267 euro/paziente.

### ***Aspetti organizzativi (allegato A)***

Nella maggior parte delle province italiane ed europee la figura professionale maggiormente coinvolta nella gestione del paziente con sincope è il cardiologo, principalmente perché la prognosi di tale paziente dipende dalla presenza/assenza di cardiopatia. Nel caso di PdCT di natura non sincopale, invece, giocano un ruolo cruciale il neurologo, il geriatra e lo specialista di medicina interna. L'approccio al paziente con PdCT, quindi, è necessariamente multidisciplinare e vi devono convergere le specifiche conoscenze del cardiologo, neurologo, internista, geriatra, psichiatra, pediatra e dei medici del pronto soccorso.

#### **Presidente**

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### **Membri**

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Miceli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### **Segreteria Organizzativa**

**Cristina Imola**



Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it



In questo tipo di modello organizzativo, che risolve il problema della multidisciplinarietà, alla "syncope unit", situata nel reparto di cardiologia o in un altro reparto a seconda delle realtà locali, spetta il compito di: decidere l'indicazione al ricovero o alla gestione ambulatoriale del paziente; stabilire la flow-chart diagnostica; eseguire le indagini strumentali e le procedure terapeutiche specialistiche necessarie, dopo averle concordate con i medici che hanno riferito il paziente a tale unità (figure 1 e 2). Tale organizzazione prevede che tutti i medici coinvolti nella gestione del paziente possiedano una adeguata competenza clinica nel settore. A questo proposito, ciascuna delle unità operative afferenti alla "syncope unit" dovrebbe individuare 1 o 2 medici di riferimento, particolarmente interessati ed esperti in questo campo.

Questo modello organizzativo di tipo multidisciplinare consente una razionalizzazione delle risorse disponibili e, in ultima analisi, una gestione del paziente più efficace ed efficiente. Esso prevede un'azione sinergica di varie figure professionali le quali, allo scopo di ottimizzare le risorse disponibili, concordano comportamenti clinici comuni volti a razionalizzare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con PdCT. Esso necessita l'istituzione di percorsi accelerati per le consulenze e gli esami specialistici ed un rapporto privilegiato con il pronto soccorso. Questo, allo scopo di evitare ricoveri inutili, razionalizzare la scelta delle indagini diagnostiche aumentandone il grado di appropriatezza (per ottenere una diagnosi della causa di PdCT in una elevata percentuale di pazienti e conseguentemente eseguire il miglior trattamento possibile) e ridurre la degenza abbreviando i tempi di attesa per le indagini strumentali.

Data l'elevata complessità di alcune procedure diagnostiche e terapeutiche (quali lo studio elettrofisiologico, l'ablazione transcateretere delle aritmie, l'impianto di defibrillatore, la RMN, eccetera), la "syncope unit", dovrebbe avere sede in un ospedale adeguatamente attrezzato, al quale fa riferimento la provincia o parte di essa.

#### Presidente

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

#### Membri

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

#### Segreteria Organizzativa

**Cristina Imola**  
  
Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

## Bibliografia

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. Sun BC et al. Direct medical costs of syncope-related hospitalizations in the United States. *Am J Cardiol* 2005
9. Del Rosso A, Bernadeschi M, Ieri A. Costi sociali della sincope. *Ital Heart J Suppl* 2000;1:772–776
10. Eagle KA, Lee TH, Brennan TA et al. Guidelines implementation. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1125–1179
11. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *Eur Heart J* 2001;22:1256–1306
12. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – Update 2004. *Europace* 2004;6:467–537
13. Bartoletti A e Del Rosso A. Cosa potrebbero fare le associazioni cardiologiche per migliorare la gestione del paziente con sincope ? Una proposta operativa di Syncope Unit. *G Ital aritmol Cardiol* 2003; 1; 11-16

### Presidente

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

### Membr

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

### Segreteria Organizzativa

Cristina Imola



Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it

14. Giada F e Raviele A. Un nuovo modello organizzativo: la "Syncope Unit". 36° Convegno "Cardiologia 2002", Milano 23-27 settembre 2002
15. Alboni P, Brignole M, Menozzi C et al. The diagnostic value of history in patients with syncope with or without heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1921–28
16. Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Diagnosing syncope in clinical practice. *Eur Heart J* 2000;21:935–940
17. 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
18. 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
19. 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
20. 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
21. Disertori M, Brignole M, Menozzi C et al. Management of syncope referred for emergency to general hospitals. *Europace* 2003;5:283–291
22. Brignole M, Menozzi C, Bartoletti A et al. A new management of sincope: prospective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals. *Eur Heart J* 2006;27, 76-82

**Presidente**

Prof. Giulio Masotti  
Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Firenze  
e Azienda Ospedaliera Careggi  
Via delle Oblate, 4  
50141 Firenze  
Mail to: gmasotti@unifi.it

**Membri**

G. Baldi, Bologna  
A. Bartoletti, Firenze  
M. Brignole, Lavagna  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
A.M. Ferrari, Reggio Emilia  
R. Furlan, Milano  
I. Iori, Reggio Emilia  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Pavia  
C. Mussi, Modena  
C. Nozzoli, Firenze  
A. Pinto, Palermo  
A. Ungar, Firenze

**Segreteria Organizzativa****Cristina Imola**

Adria Congrex  
Via Sassonia, 30  
47900 Rimini  
Tel. 0541.305811  
Fax 0541.305842  
Mail to: c.imola@adriacongrex.it