



Censimento Italiano dei Centri Sincope 2024

Il censimento dei centri sincope italiani si è svolto nel periodo luglio-dicembre 2024 su un campione di 158 ospedali che hanno risposto all'apposito questionario (vedi Appendice).

In base alle risposte ricevute, gli ospedali sono stati classificati come (Tabella 1):

- Sincope Unit certificata GIMSI (n=48): quei centri che possiedono tutti i requisiti richiesti per ottenere una certificazione di Sincope Unit" GIMSI
- Centro sincope GIMSI (n=59): quei centri che, pur dotati di un ambulatorio in struttura dedicata, non possiedono uno o più dei requisiti richiesti da GIMSI
- Assenza di centro sincope (n=51): nessuno dei due suddetti

Tabella 1. Requisiti GIMSI

Sincope Unit certificata GIMSI

Tutti i requisiti GIMSI per certificazione Sincope Unit:

- Ambulatorio in struttura dedicata con personale dedicato (anche a tempo parziale)
- Tilt test con monitoraggio PA battito-battito (Finapress/TaskForce, e simili)
- MSC clino ed orto su letto di tilt
- MAPA 24 ore
- Possibilità di eseguire valutazione aritmologica completa: Holter ECG, ELR, ILR, EPS, impianto PM/ICD, ablazione transcatetere

Centro sincope GIMSI

- Ambulatorio in struttura dedicata (anche a tempo parziale)
- Non è richiesto personale dedicato
- Mancanza di uno o più dei requisiti GIMSI



● Syncope Unit certificate GIMSI (n=48)

● Centri sincope GIMSI (n=59)

Le 48 Syncope Unit certificate GIMSI

I seguenti ospedali hanno una Syncope Unit che raggiunge i requisiti richiesti dal GIMSI:

Città	Ospedale
Bari	San Paolo
Bari	Policlinico Universitario
Bentivoglio (BO)	Ospedale di Bentivoglio
Bolzano	Regionale di Bolzano
Bussolongo (VR)	AUSL Scaligera
Casale Monferrato (AL)	Santo Spirito
Catania	Garibaldi- Nesima
Catanzaro	Presidio Ospedaliero " A. Pugliese"
Cento (FE)	SS.ma Annunziata
Chioggia (FE)	Madonna della Navicella
Como	Valduce
Empoli (FI)	San Giuseppe
Fidenza (PR)	Ospedale di Fidenza
Firenze	Ospedale Piero Palagi
Firenze	Policlinico Careggi
Fiumicino (Roma)	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
Genova	CDS Casa della salute
Gravedona (CO)	Moriggia Pelascini
Lavagna (GE)	Ospedali del Tigullio
Massa	Ospedale Apuane
Mercato san Severino (SA)	G. Fucito
Messina	Piemonte Pulejo
Mestre	Dell'Angelo
Milano	Maugeri
Milano	San Raffaele
Milano	Niguarda
Milano	Istituto Auxologico Italiano
Napoli	Università della Campania - Vanvitelli
Napoli	Santobono Posillipon
Napoli	Policlinico Federico II
Negrar di Valpolicella (VR)	Sacro Cuore - Don Calabri
Ostia (Roma)	G.B. Grassi
Parma	Azienda universitaria di Parma
Perugia	Santa Maria della misericordia
Piacenza	Guglielmo da Saliceto
Potenza	osp san carlo
Reggio Emilia	Santa Maria Nuova
Roma	AOU Policlinico Umberto I
Rozzano (MI)	Humanitas Research Hospital
Sassari	Azienda ospedaliera Universitaria

Sassuolo (MO)	Nuovo ospedale di Sassuolo
Taranto	SS Annunziata
Torino	San Giovanni Bosco
Torino	Molinetto
Tradate (VA)	Maugeri
Verona	Policlinico GB Rossi
Verona	Azienda ospedaliero Universitaria
Villafranca (VR)	Magalini

I 59 Centri Sincope GIMSI

I seguenti ospedali hanno un centro sincope, ma esso non raggiunge completamente i requisiti richiesti dal GIMSI:

Città	Ospedale
Ancona	Policlinico delle Marche
Andria	Bonomo
Aosta	Ospedale regionale U. Parini
Arzignano (VC)	Ospedali dell' Ovest Vicentino
Ascoli Piceno	Mazzoni
Avezzano (AQ)	San Nicola e Filippo
Belluno	San martino
Biella	Ospedale degli infermi
Bologna	Maggiore
Brescia	Poliambulanza
Brescia	Spedali civili
Cagliari	Policlinico D.Casula
Castellammare di Stabia (NA)	San Leonardo
Castrovillari (CS)	Ospedale di Castrovillari
Catania	Garibaldi Catania centro
Cefalù (PA)	G Giglio
Chiari (BR)	Mellini
Cosenza	Civile dell'Annunziata
Fabriano (AN)	E. Profili
Ferrara	Arcispedale S.Anna
Genova	Villa Scassi
Genova	S. Martino
Lamezia Terme (CZ)	Giovanni Paolo II
Lecco	Alessandro Manzoni
Matera	Madonna delle Grazie
Merate (LC)	San Leopoldo Mandic
Milano	S Carlo Borromeo
Milano	San Paolo
Mirano (VE)	Ospedale Civile

Modena	Policlinico Baggiovara
Moncalieri (TO)	S.Croce
Mondovi' (CN)	Regina Montis Regalis
Monfalcone (GO)	S Polo
Napoli	Azienda ospedaliera dei Colli
Napoli	Ospedale del mare
Nuoro	San Francesco
Palermo	P G.F. Ingrassia
Palermo	Ospedale Cervello
Pietra Ligure (SV)	Santa Corona
Pisa	Policlinico Pisano
Rimini	Infermi
ROMA	SAN FILIPPO NERI
Roma	Policlinico Casilino
Roma	Ospedale Santo Spirito
Roma	San Camillo De Lellis
San Bonifacio (VR)	Fracastoro
San Gavino Monreale	Nostra Signora di Bonaria
Sanremo	Borea
Santorso (VI)	Ospedale di Santorso
Saronno (VA)	Saronno ASST Valle Olona
Savona	San Paolo
Seriate (BG)	ASST Bergamo est
Sesto San Giovanni-Cinisello Balsamo (MI)	ASST Nord Milano
Tolmezzo (UD)	San Antonio
Trento	Santa Chiara
Treviso	Ca' Foncello
Tricase (LC)	Panico
Vicenza	San Bortolo
Vittoria (RG)	Riccardo Guzzardi

Analisi

Figura 1. Centri sincope suddivisi per reparto di pertinenza (totale 107)

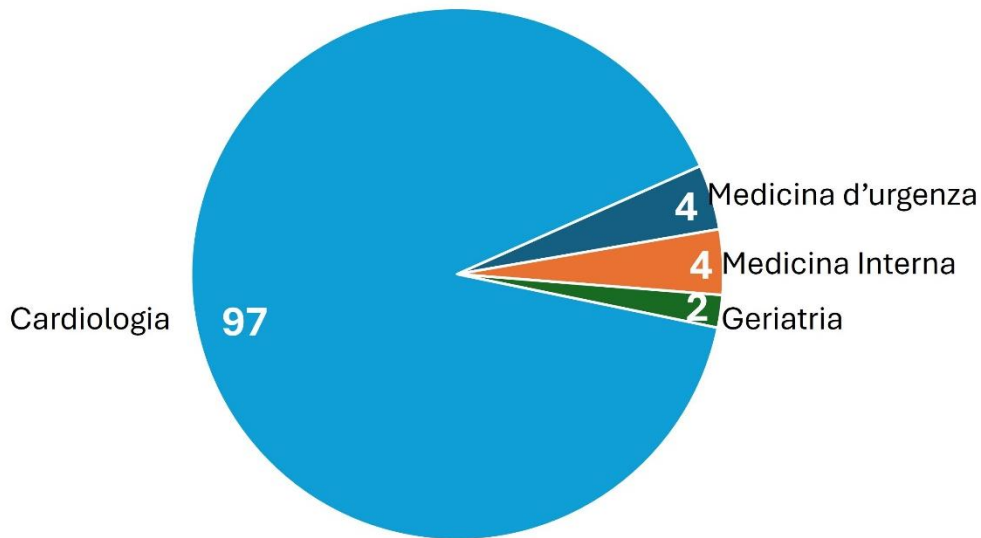


Figura 2. Indagini diagnostiche e terapie disponibili nei 158 ospedali che hanno risposto al questionario

Totale: 158 ospedali

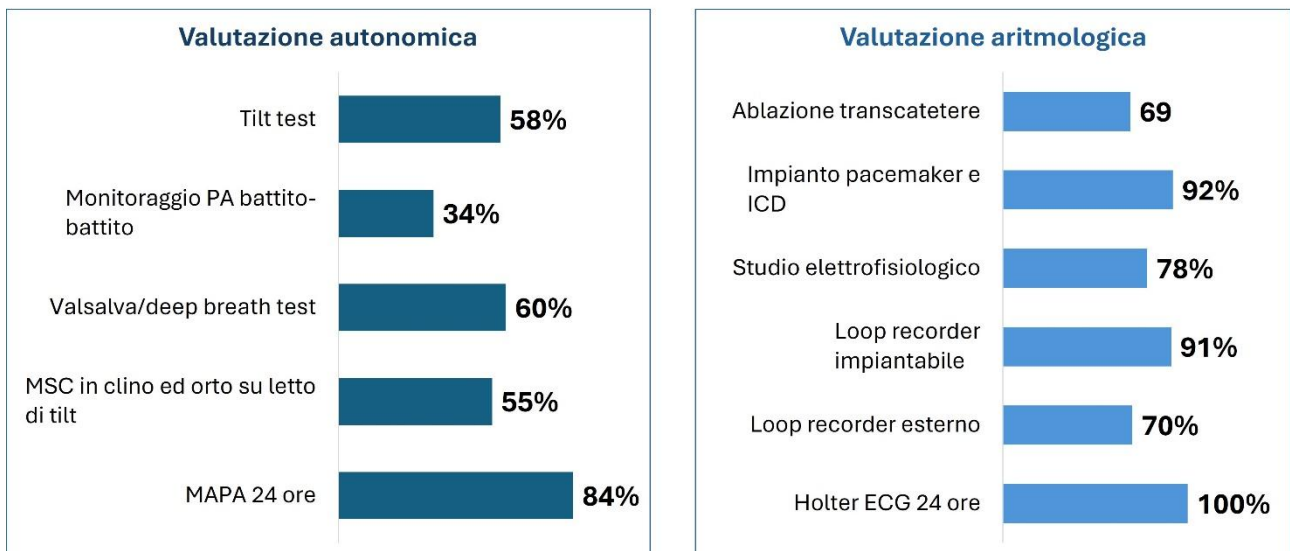


Figura 3. Ruolo dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) in DEA/Pronto Soccorso

DEA / Pronto Soccorso: 132 ospedali

- Pratica usuale ammettere pazienti con sincope in OBI/Medicina d'Urgenza: **112 (85%)**
di cui con protocollo definito: **55 (49%)**
- Percorso da PS/OBI a ambulatorio sincope dell'ospedale: **70 (53%)**

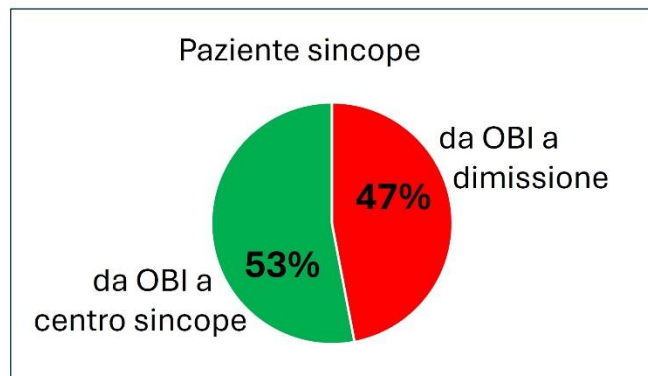
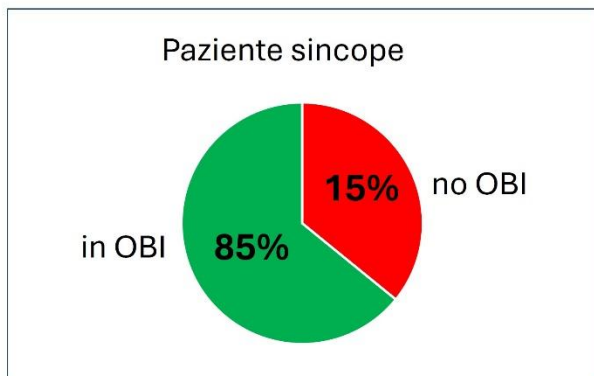
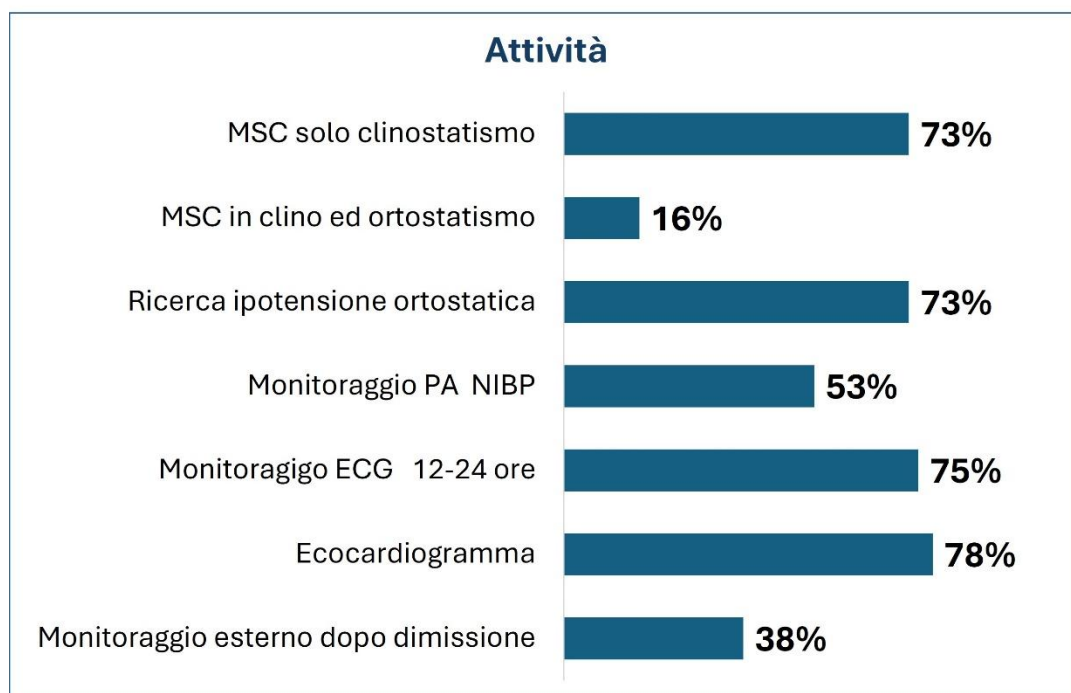


Figura 4. Attività disponibili per pazienti affetti da sincope in OBI

DEA / Pronto Soccorso: 132 ospedali



Una più efficiente gestione dei pazienti affetti da sincope: le proposte del GIMSI

Le linee guida europee raccomandano un approccio standardizzato, che prevede l'istituzione di Syncope Units negli ospedali adeguatamente attrezzati, al fine di migliorare la diagnosi, la prognosi e il trattamento della sincope, e di promuovere la formazione e la ricerca, ottimizzando al contempo l'utilizzo delle risorse economiche. Tali raccomandazioni sono state accolte dal GIMSI e sono riassunte nella **Tabella 1** e costituiscono i criteri indispensabili per la certificazione delle Syncope Unit GIMSI. E' infatti dimostrato da numerosi studi che l'istituzione di una Syncope Unit in un ospedale aumenta l'efficacia diagnostica, riduce il rischio di diagnosi errate, riduce i ricoveri non necessari, riduce i costi totali e quelli per diagnosi.

La situazione attuale in Italia, fotografata dal **censimento GIMSI 2024**, evidenzia i seguenti risultati e criticità:

- **Solo il 30% degli ospedali partecipanti al censimento ha una struttura organizzativa** tale da rispettare i requisiti organizzativi raccomandati dalle linee guida
- Il 37% degli ospedali ha un ambulatorio per la sincope in struttura dedicata, ma possiede solo in parte i requisiti richiesti dalle linee guida
- Il 32% degli ospedali non ha nessuna attività specifica per i pazienti con sincope

La distribuzione dei centri sincope è abbastanza uniforme su tutto il territorio nazionale, ma per le ragioni suddette, molte provincie italiane (e molte ASL) non possiedono nessun centro sincope.

La situazione italiana è peggiorata negli ultimi anni con una riduzione del numero di Syncope Unit certificate rispetto dalle 72 censite nell'Annuario GIMSI 2019 (www.gimsi.it) alle 48 attuali. Il motivo è da ricercarsi nella riduzione del personale e delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale degli ultimi anni che ha costretto i decisori pubblici a rinunciare alla syncope Unit per poter mantenere efficienti servizi essenziali dell'emergenza medica.

Se è vero che il Servizio Sanitario Nazionale deve essere universale equo e uguale per tutti i cittadini italiani, occorre che i **decisori pubblici affrontino il tema della gestione dei pazienti con sincope** in modo omogeneo per tutto il territorio nazionale e non la lascino alla libera discrezionalità degli operatori locali. Se la organizzazione per Syncope Unit costituisce un livello essenziale di assistenza, allora l'accesso dei pazienti a tali strutture deve essere garantito a tutti i pazienti che ne hanno bisogno.

Il GIMSI ritiene che non sia necessario prevedere una Syncope Unit per ogni ospedale, ma bensì possa essere sufficiente almeno **una Syncope Unit per ognuna delle 110 provincie italiane**, oppure almeno una in ognuna delle 225 ASL (**una ogni 266.000 abitanti**). Il GIMSI stima che tale distribuzione omogenea nel territorio nazionale rappresenta la miglior soluzione per una gestione efficace (cioè "fare le cose bene") ed efficiente (cioè "fare le cose nel modo giusto").

APPENDICE

QUESTIONARIO SINCOPE

A) Risorse

- 1) Esiste presso il tuo ospedale un ambulatorio/struttura dedicata (anche a tempo parziale) allo studio della sincope?
- 2) Se sì, in quale struttura complessa è allocato?
- 3) Esiste presso il tuo ospedale un percorso/procedura formalizzata da Pronto Soccorso/OBI alla suddetta struttura ambulatoriale per la gestione del paziente sincope?
- 4) Vi è personale medico/infermieristico/tecnico formalmente dedicato?

B) Indagini diagnostiche e terapia

Quali dei suddetti esami è possibile eseguire direttamente o indirettamente nel tuo ospedale:

- Head-up tilt test,
- Head-up tilt test secondo il protocollo Italiano (fase passiva + fase attiva con nitroglicerina)
- Strumento per il monitoraggio ECG e per il monitoraggio pressorio non invasivo
- Strumento per il monitoraggio battito-battito (Task Force, Finapres o simili)
- Massaggio del seno carotideo
- Massaggio del seno carotideo in clino- ed ortostatismo su lettino di tilt test
- Test basali di funzionalità neurovegetativa (Manovra di Valsalva, deep breathing test)
- Holter ECG 24 ore
- Monitoraggio pressorio ambulatoriale delle 24 ore (ABPM)
- Loop recorder esterno
- Loop recorder impiantabile
- Studio elettrofisiologico intracavitario
- Impianto pacemaker ed ICD
- Ablazione transcateretere delle aritmie

C) – Osservazione breve Intensiva (OBI)

E' pratica usuale per il paziente con sincope inspiegata alla valutazione in Pronto Soccorso di essere ammesso in Osservazione Breve Intensiva?

Se sì, vi è possibilità in OBI di eseguire:

- un protocollo definito per lo studio della sincope in Osservazione Breve Intensiva
- Massaggio del seno carotideo
- Massaggio del seno carotideo in clino- ed ortostatismo su lettino di tilt test
- Ricerca ipotensione ortostatica
- Monitoraggio ECG continuo per almeno 12-24 ore
- Monitoraggio pressorio intermittente non invasiva (NIP) per almeno 12-24 ore
- Ecocardiogramma
- Dimettere con monitoraggio ECG esterno