



Censimento Italiano dei Centri Sincope 2025

Il censimento dei centri sincope italiani si è svolto nel periodo aprile- ottobre 2025 su un campione di 702 ospedali che hanno risposto all'apposito questionario (vedi Appendice). Un centro sincope (Syncope Unit) era presente in 109 (16%) di questi ospedali

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

- Centro sincope con requisiti per certificazione GIMSI (n=53): quei centri che possiedono tutti i requisiti richiesti per ottenere una certificazione di Syncope Unit GIMSI
- Centro sincope (n=56): 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=593): nessuno dei due suddetti

Tabella 1. Definizione dei centri sincope

Requisiti per certificazione GIMSI	Centro sincope
<ul style="list-style-type: none">• 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• Monitoraggio ECG prolungato• Impianto di loop recorder	<ul style="list-style-type: none">• Ambulatorio in struttura dedicata con personale dedicato (anche a tempo parziale)• Mancanza di uno o più dei requisiti GIMSI



- Syncope Unit certificate GIMSI (n=53)
- Centri sincope (n=56)

Le Syncope Unit certificate GIMSI (aggiornate al 6/2026)

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

Regione	Città	Ospedale
PIEMONTE	Torino	Ospedale San Giovanni Bosco
	Savigliano	Ospedale SS. Annunziata
	Casale Monferrato	Ospedale Santo Spirito
LOMBARDIA	Brescia	Spedali Civili
	Bergamo	Ospedale Papa Giovanni XXIII
	Milano	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
	Como	Ospedale Valduce
	Gravedona	Ospedale Classificato Moriggia Pelascini
	Milano	IRCCS Maugeri Milano
	Tradate	IRCCS Maugeri Tradate
	Milano	IRCCS San Raffaele
	Milano	Auxologico San Luca
Rozzano	Humanitas Research Hospital	
VENETO	Chioggia	Ospedale Madonna della Navicella
	Mestre	Ospedale dell'Angelo
	Bussolengo	Ospedale Orlandi
	Villafranca	Ospedale Magalini
	Verona	Policlinico Giambattista Rossi
	Verona	Ospedale Borgo Trento
	Negrar	Ospedale Sacro Cuore Don Calabria
TRENTINO ALTO ADIGE	Bolzano	Ospedale Regionale di Bolzano
FRIULI VENEZIA GIULIA	Monfalcone	Presidio Ospedaliero San Polo
LIGURIA	Genova-Pegli	CDS
	GE-Sampierdarena	ospedale Villa Scassi
	Lavagna	Ospedali del Tigullio
EMILIA-ROMAGNA	Piacenza	Ospedale Guglielmo da Saliceto
	Fidenza	Ospedale di Fidenza
	Parma	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
	Reggio Emilia	Arcispedale Santa Maria Nuova
	Sassuolo	Ospedale di Sassuolo
	Bentivoglio	Ospedale di Bentivoglio
	Cento	Ospedale SS. Annunziata
TOSCANA	Empoli	Ospedale S. Giuseppe
	Firenze	Ospedale Piero Palagi
	Massa	Ospedale Apuane

	Firenze	AOU Careggi
UMBRIA	Perugia	Ospedale di Perugia
LAZIO	Ostia Roma Roma/Fiumicino Roma	Presidio Ospedaliero G.B. Grassi AOU Policlinico Umberto I Ospedale pediatrico Bambino Gesù' IRCCS Casa di Cura Quisisana
CAMPANIA	Mercato S. Severino Napoli Napoli Napoli	Ospedale Gaetano Fucito Policlinico universitario Federico II Policlinico Universitario Luigi Vanvitelli A.O.R.N. Santobono-Pausilipon
BASILICATA	Potenza	Ospedale San Carlo
PUGLIA	Bari Taranto Bari Bari	Ospedale "San Paolo" Presidio Ospedaliero Centrale (SS Annunziata) UO cardiologia Universitaria UO cardiologia Ospedaliera
CALABRIA	Catanzaro	Presidio Ospedaliero Pugliese-Ciaccio
SICILIA	Vittoria Catania Messina	Ospedale Guzzardi Presidio Ospedaliero Garibaldi - Nesima IRCCS Bonino Pulejo - Ospedale Piemonte
SARDEGNA	Sassari	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari

I Centri Sincope che non hanno tutti i requisiti richiesti dal GIMSI (aggiornati al 6/2026)

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

Regione	Città	Ospedale
PIEMONTE	Moncalieri Biella Mondovì	Ospedale Santa Croce Ospedale degli Infermi Ospedale Montis Regalis

	Torino	Presidio Molinette
VALLE D'AOSTA	Aosta	Ospedale Regionale U. Parini
LOMBARDIA	Seriate	Ospedale Bolognini
	Lecco	Ospedale "Alessandro Manzoni"
	Merate	Ospedale "San Leopoldo Mandic"
	Milano	Azienda Ospedaliero-Universitaria San Paolo
	Milano	Presidio Ospedale San Carlo Borromeo
	Sesto San Giovanni	Ospedale Città di Sesto San Giovanni
	Saronno	Ospedale di Saronno
VENETO	Belluno	Ospedale San Martino
	Treviso	Ospedale Ca' Foncello
	Mirano	Ospedale di Mirano
	Vicenza Santorso	Ospedale Alto Vicentino
	Vicenza	Ospedale San Bortolo
	San Bonifacio	Ospedale Fracastoro
TRENTINO ALTO ADIGE	Trento	Ospedale Santa Chiara
FRIULI VENEZIA GIULIA	Tolmezzo	Presidio Ospedaliero Tolmezzo
LIGURIA	Pietra Ligure	ospedale Santa Corona
	Savona	ospedale S. Paolo
	GE-Sestri P.	ospedale Micone
	Genova	Policlinico Universitario S. Martino
EMILIA-ROMAGNA	Modena	Ospedale Civile di Baggiovara
	Bologna	Ospedale Maggiore
	Ferrara	Arcispedale Sant'Anna
	Rimini	Ospedale Infermi
TOSCANA	Camaiore	Ospedale Versilia
	Pisa	AOU Pisana
MARCHE	Fabriano	Ospedale Engles Profili
	Ascoli Piceno	Ospedale C. e G. Mazzoni
	Ancona	Presidio Ospedaliero Torrette
LAZIO	Roma	Ospedale S. Filippo Neri
	Roma	Ospedale S. Spirito in Sassia
	Rieti	Ospedale S. Camillo De Lellis
	Roma	Policlinico Casilino

ABRUZZO	Avezzano	Ospedale SS. Filippo e Nicola
MOLISE	Pozzilli (Isernia)	IRCCS NEUROMED
CAMPANIA	Napoli Napoli Castellammare di Stabia	Ospedale del Mare Azienda Ospedaliera dei Colli Ospedale S. Leonardo
BASILICATA	Matera	Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie
PUGLIA	Andria Lecce	Ospedale "L. Bonomo" Ospedale Cardinale G. Panico
CALABRIA	Lamezia Terme Castrovillari Cosenza	Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II Ospedale Civile Ferrari Ospedale Civile dell'Annunziata
SICILIA	Palermo - Ingrassia Catania Cefalù	P.O. "G.F. Ingrassia" Presidio Ospedaliero Garibaldi - Centro Fondazione Istituto G.Giglio
SARDEGNA	Nuoro San Gavino Monreale Cagliari	Ospedale "San Francesco" Ospedale "Nostra Signora di Bonaria" AOU Cagliari - Po+A1:C76liclinico D. Casula

Figura 1. Centri sincope suddivisi per reparto di pertinenza (totale 109)

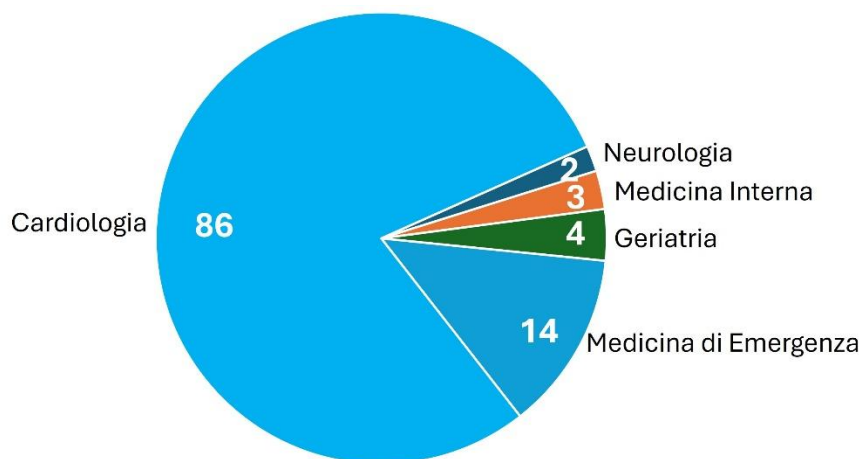


Figura 2. Indagini diagnostiche e terapie disponibili nei 109 ospedali che hanno un Centro Sincope

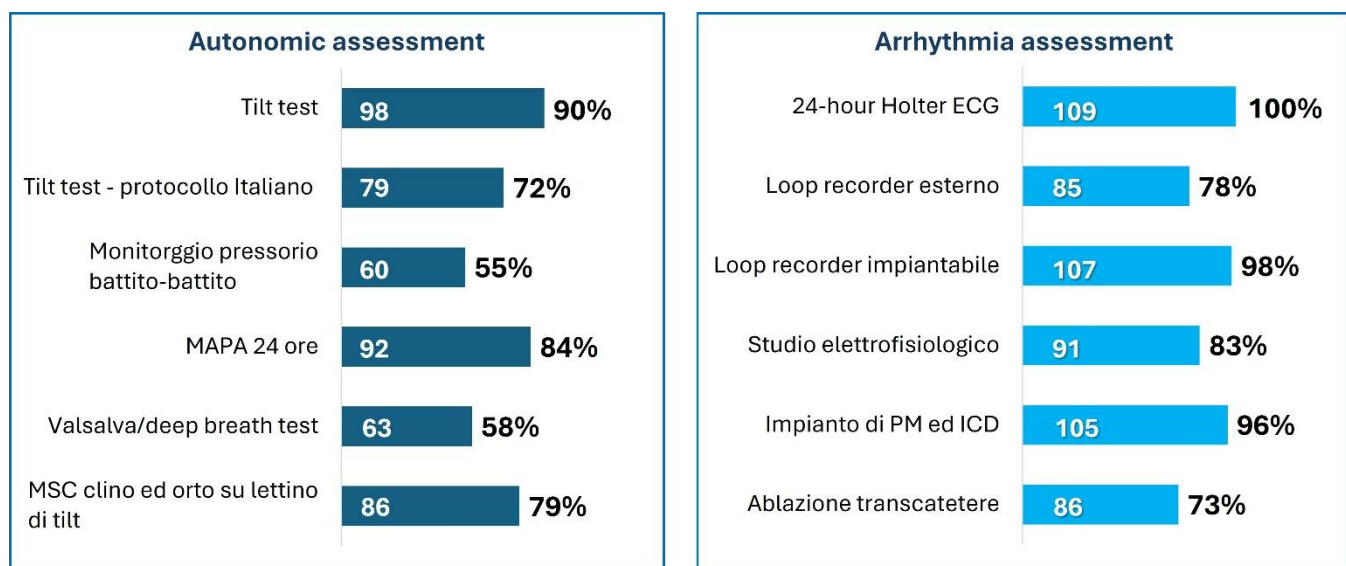
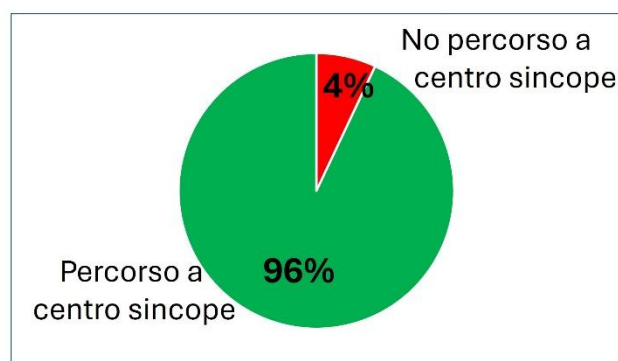
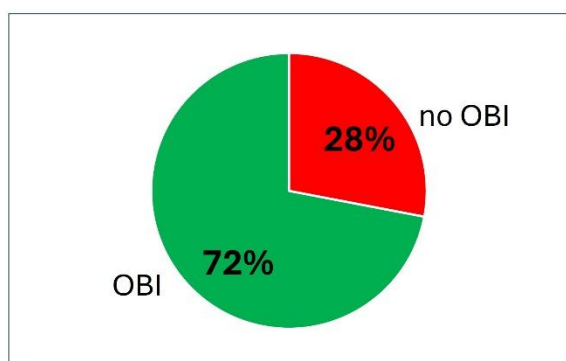


Figura 3. Ruolo del Pronto Soccorso e dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

DEA / Pronto Soccorso: 104/109 ospedali (95%)

- Pratica usuale ammettere pazienti con sincope in OBI/Medicina d'Urgenza: **72/104 (69%)**
- Percorso da PS/OBI a ambulatorio sincope dell'ospedale: **100/104 (96%)**



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 2025**, evidenzia i seguenti risultati e criticità:

- **In totale 109 ospedali (16% del totale) hanno un centro sincope,**
- **Ma solo la metà di essi (# 52) ha una struttura organizzativa** tale da rispettare i requisiti organizzativi raccomandati dalle linee guida
- Centri sincope sono presenti in ogni regione italiana sebbene la distribuzione sia non uniforme, essendo essi più concentrati nelle grandi aree metropolitane ed **assenti nel 40% delle provincie**

I 57 centri sincope che non hanno raggiunto i requisiti per la certificazione GIMSI hanno attrezzature altamente eterogenee. Rispetto ai centri certificati GIMSI, le principali debolezze sono la mancanza di monitoraggio della pressione battuto-battito e l'impossibilità di eseguire un massaggio del seno carotide in posizione eretta su un tavolo inclinabile. Inoltre, il semplice monitoraggio ambulatoriale della pressione sanguigna delle 24 ore non è disponibile in alcune strutture. Queste debolezze compromettono significativamente la resa diagnostica, poiché dati recenti hanno dimostrato che è necessaria una valutazione autonoma completa per identificare il meccanismo emodinamico predominante della sincope e prevenire efficacemente le recidive. Così, sebbene la maggior parte degli ospedali generali italiani sia adeguatamente attrezzata per l'indagine sulla sincope cardiaca, sembra esserci una mancanza di consapevolezza sull'importanza dell'analisi diagnostica della sincope autonoma, che rappresenta la forma più diffusa di sincope nella popolazione generale.

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 52 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”).

Bibliografia

1. Brignole M, Moya A, De Lange FJ, Deharo J, Elliott PM, Fanciulli A, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2018 -08-13;39(21):1883.
2. Kenny RA, Brignole M, Dan G, Deharo JC, Van Dijk JG, Doherty C, et al. Syncope Unit: rationale and requirement – the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society. *Europace*. 2015 -06-24;17(9):1325.
3. Van Zanten S, De Jong JSY, Scheffer MG, Kaal ECA, De Groot JR, De Lange FJ. A cross-sectional nationwide survey of guideline based syncope units in the Netherlands: the SU-19 score—a novel validation for best practices. *Europace*. 2024 -01-08;26(1).
4. Groppelli A, Russo V, Parente E, Comune A, de Lange FJ, Rivasi G, et al. Mechanism of syncope: role of ambulatory blood pressure monitoring and cardiovascular autonomic function assessment. *Eur Heart J*. 2025 Mar 3;46(9):827–35.
5. Brignole M, Ungar A, Casagrande I, Gulizia M, Lunati M, Ammirati F, et al. Prospective multicentre systematic guideline-based management of patients referred to the Syncope Units of general hospitals. *Europace*. 2010 Jan;12(1):109–18.
6. Brignole M, Moya A, De Lange FJ, Deharo J, Elliott PM, Fanciulli A, et al. Practical Instructions for the 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2018 -06-17;39(21):e43.
7. Dan G, Scherr D, Jubele K, Farkowski MM, Iliodromitis K, Conte G, et al. Contemporary management of patients with syncope in clinical practice: an EHRA physician-based survey. *Europace*. 2020 Jun 1;22(6):980–7.

APPENDICE

QUESTIONARIO (da compilare per richiedere la certificazione GIMSI)

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, Finapress 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