

# Cuore al sicuro quando si fa sport

Dopo i recenti episodi di morte cardiaca improvvisa sui campi di calcio in Romania e ad Empoli, le regole da seguire per non correre rischi. Anche nell'attività amatoriale

**L**a morte cardiaca improvvisa (o arresto cardiaco) continua a mietere vittime tra chi pratica sport sia a livello agonistico, sia amatoriale. Gli ultimi episodi — il 6, l'8 e il 9 maggio scorso —, hanno riguardato tre calciatori: Patrick Ekeng, Bernardo Ribeiro (entrambi di 26 anni) e l'italiano Samuele Cianci (21 anni). Ekeng e Cianci sono andati in arresto cardiaco durante una gara di campionato, rispettivamente in Romania e ad Empoli. Ribeiro (ex del Catania) disputava una partita amatoriale in Brasile.

In Italia, dati raccolti negli ultimi nove anni dalla Fondazione Giorgio Castelli onlus, nata nel 1994 con l'obiettivo di diffondere la cultura e promuovere l'organizzazione della rianimazione cardiopolmonare, parlano di più di mille morti cardiache improvvise, in oltre il 70% dei casi tra gli sportivi amatoriali.

«La morte improvvisa nei giovani — spiega Claudio Tondo, responsabile dell'Aritmologia del Centro Cardiologico **Monzino** di Milano — è quell'evento drammatico che si manifesta con un'aritmia repentina, una fibrillazione ventricolare che porta all'arresto cardiaco e a una perdita di conoscenza quasi immediata (si veda grafico, ndr)». Proprio nell'ospeda-

le milanese è stata lanciata la sfida per capire come prevenire questi episodi, intercettando i casi a rischio e, riconoscendoli, intervenire.

Con questo obiettivo è stato creato il nuovo **"Monzino Sport"**, un centro avanzato di cardiologia dello sport che, riunendo le competenze e le tecnologie d'avanguardia già presenti nell'ospedale, punta a diventare un nuovo polo di riferimento nazionale per gli sportivi professionisti e per tutti coloro che intraprendono o svolgono attività sportiva a livello amatoriale. Il centro nasce per seguire in modo iper-specializzato chi

ha già avuto episodi di aritmia o arresto cardiaco, ma non solo: «Il nostro intento — spiega Cesare Fiorentini, direttore Sviluppo Area Clinica — è anche definire i parametri di screening cardiaco per chi pratica attività sportiva a livello amatoriale e capire, per esempio, in quali condizioni è sufficiente sottoporsi a esami di base, come l'elettrocardiogramma, e quando invece si debba ricorrere a controlli diagnostici più specifici, come la risonanza magnetica nucleare». Responsabile del nuovo centro è Claudio Tondo, affiancato, in ambito aritmologico, da Stefania Riva e Antonio Dello Russo.

La struttura si avvarrà della collaborazione di Paolo Zeppil-

li, direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, e sarà collegato al Policlinico Universitario Gemelli per la soluzione discussa e condivisa degli eventi clinici e per la formazione dei giovani medici che si occuperanno del centro, selezionati nell'ambito del **Monzino**.

L'esperienza del centro cardiologico milanese in fatto di sport è di tutto rispetto: dal 2010 al 2015 sono stati studiati 228 atleti (età media 31 anni), di cui il 32% pratica calcio agonistico, il 16% ciclismo e il 12% atletica. «Nel 78% dei casi questi giovani avevano un cuore sano e sono ritornati a praticare lo sport a livello agonistico, mentre nel 22% dei casi è stata riscontrata una patologia tale da non renderli idonei alla pratica dell'attività sportiva agonistica», spiega Tondo.

«Nel nostro campione di studio abbiamo trovato malattie del ritmo talora gravi — aggiunge —: nel 44% dei casi, infatti, si tratta di aritmie ventricolari (tachicardie ventricolari o extrasistolia), aggravate nel 10% dei soggetti dalla presenza di displasia aritmogena del ventricolo destro, e nel 5% da una miocardite. Nel 28% dei casi sono aritmie atriali meno gravi, quali la tachicardia parossistica sopraventricolare o l'extrasistolia atriale. Infine nel

18% dei soggetti si tratta di fibrillazione atriale e, tra questi, il 75% è tornato alla pratica dell'attività sportiva agonistica dopo un intervento di ablazione transcateretere».

Sono anomalie impossibili da identificare in vita?

Secondo Pozzilli la risposta è no. In Italia, molto è stato fatto anche nel campo della prevenzione con l'introduzione nel 1982 della visita medico sportiva obbligatoria (per legge) per l'attività agonistica.

Molto però resta ancora da fare. «Lo sport fa bene — puntualizza Pozzilli —. Fa male quando abbiamo un problema cardiaco che non viene riconosciuto. La sfida del futuro sarà quella di imparare a riconoscere precocemente cardiopatie silenti o poco sintomatiche con minima alterazione dell'elettrocardiogramma, perché quelle con alterazioni importanti a questo esame siamo già in grado di rilevarle».

«A volte l'elettrocardiogramma non basta — aggiunge lo specialista —. Anche se il tracciato risulta normale, dobbiamo sempre riflettere e andare a osservare le coronarie con l'ecocardiogramma. E poi adesso c'è l'indagine genetica, che sta assumendo importanza decisiva, sia nella diagnosi precoce, sia nell'inquadramento dei casi più difficili».

**Ruggiero Corcella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le cause

In circa l'80% dei casi l'evento è dovuto a una cardiopatia ischemica

## Lo screening

Elettrocardiogramma e visita obbligatorie. E ora si punta anche a test genetici

## La sopravvivenza

Con rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoci può raddoppiare

**Decreto Balduzzi**  
Obbligo di dotarsi  
dei salvavita  
Verso una revisione

**D**opo lo slittamento di sei mesi dell'obbligo per le società sportive dilettantistiche di dotarsi di defibrillatori, da gennaio a luglio 2016, il decreto Balduzzi va incontro ad un ulteriore «ritocco» come si vociferava negli ambienti sportivi. La conferma arriva da Maurizio Casasco, presidente della Federazione Medico Sportiva Italiana, intervenuto all'inaugurazione del nuovo centro **Monzino Sport**. «In Commissione ministeriale si sta studiando come intervenire e

integrare il decreto per alcune specifiche discipline sportive — spiega Casasco, che in Commissione rappresenta il Coni —. Bisogna considerare le condizioni oggettive in cui vengono svolti alcuni sport. Nella vela, come nel canottaggio o nel ciclismo, ad esempio, è difficile portarsi dietro un defibrillatore. Quindi gli esperti stanno valutando se, e come, sia possibile ovviare alla situazione».

**R.Co.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

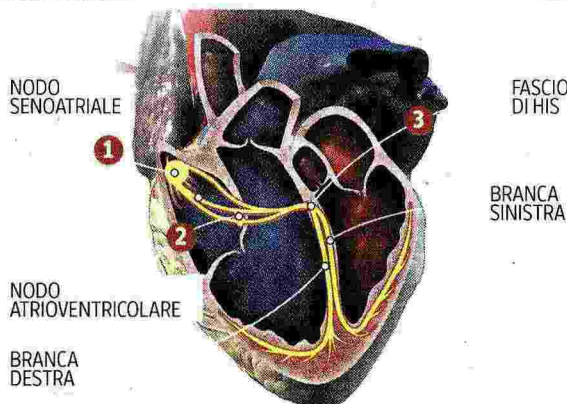
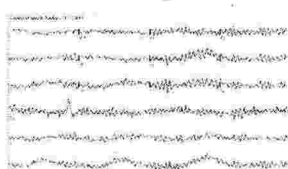
**L'ARRESTO CARDIACO O MORTE CARDIACA IMPROVVISA**

**Che cos'è**

Il decesso che avviene per cause cardiache, con improvvisa perdita di coscienza entro 1 ora dall'insorgenza dei sintomi (o anche in loro assenza)

**Perché si verifica**

Per un problema del sistema elettrico del cuore: a causa di un'aritmia, il cuore batte a un ritmo così elevato da cominciare a vibrare (*fibrillazione ventricolare*), cessando così di pompare il sangue al corpo e al cervello. In assenza di un intervento immediato (*defibrillazione, rianimazione cardiopolmonare*) può portare al decesso nell'arco di pochi minuti



- Il sistema di conduzione elettrica del cuore crea e conduce un impulso elettrico dagli atri ai ventricoli, provocando la contrazione necessaria a pompare il sangue in tutto l'organismo
- È costituito dal nodo senoatriale (1), un gruppo di cellule da cui parte l'impulso, dal nodo atrioventricolare (2), che rallenta la conduzione elettrica per far contrarre atri e ventricoli in sequenza, e dal fascio di His (3), che diffonde l'impulso ai ventricoli
- Il rallentamento nel nodo atrio-ventricolare è indispensabile per permettere la contrazione degli atri un attimo prima di quella dei ventricoli, in modo da migliorare l'efficienza della pompa
- Qualsiasi interferenza su questo delicato sistema elettrico può provocare conseguenze sull'efficienza del cuore

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

**Le cause**



**400 mila**

Le persone colpite da arresto cardiaco in Europa ogni anno, di cui

**70 mila**  
In Italia



**L'esperto risponde**

alle domande dei lettori sulle patologie del cuore e dei vasi, e su quelle legate allo sport e alla loro prevenzione agli indirizzi <http://forum.corriere.it/cardiologia>; <http://forum.corriere.it/medicina-sportiva>



**Per saperne di più** sulle patologie del cuore e dei vasi [www.corriere.it/salute/cardiologia](http://www.corriere.it/salute/cardiologia)

**Gli studi internazionali**

**Ma il «modello italiano» è messo in discussione**

Lo screening preventivo obbligatorio per i giovani che vogliono praticare attività sportiva agonistica, conosciuto nel mondo scientifico come il *modello italiano*, è di nuovo in discussione. Sulle pagine del *British Medical Journal*, ricercatori del Belgian Health Care Knowledge Centre di Bruxelles hanno effettuato una revisione dettagliata della letteratura sui danni e i benefici dei programmi di screening per prevenire l'arresto cardiaco negli atleti non professionisti tra i 18 e i 34 anni. La conclusione? Non ci sarebbero conferme basate su prove solide che lo screening cardiologico di massa sui giovani atleti possa salvare delle vite. Gli autori rammentano che l'unico elemento a sostegno in questo senso nasce da uno studio italiano: quello condotto in Veneto dal 1979 al 2004, tra gli altri, dal professor Domenico Corrado dell'università di Padova, base scientifica appunto del modello in questione. E in un editoriale di commento allo studio belga, Christopher Semsarian dell'Università di Sydney insiste sulla necessità di studi ulteriori.

**R.Co.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA