- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:14:39

CHRISTIAN ERIKSEN: DALL'ARRESTO CARDIACO AGLI EUROPEI AL RITORNO IN PREMIER LEAGUE INGLESE. PARLIAMONE

Le drammatiche immagini in eurovisione del giocatore che si accascia sull'erba a peso morto durante un incontro di calcio di Euroleague e la prontezza dei soccorsi tra lo sgomento degli spettatori hanno fatto rapidamente il giro del mondo e sono impresse nella mente di molti di noi. Un'ennesima conferma che l'arresto cardiaco (e quindi la morte improvvisa [MI]) è un evento non sempre prevedibile e può colpire anche i soggetti dichiarati "idonei", avendo Christian Eriksen superato rigorosi test cardiologici.

Ricoverato d'urgenza gli è stato impiantato un defibrillatore (ICD) per la prevenzione secondaria della MI, e, notizia recente, dopo 6 mesi dal tragico evento, è ritornato a giocare come professionista in Inghilterra. Non nell'Inter dove era tesserato, perché in Italia non avrebbe ottenuto l'idoneità all'attività agonistica che è regolata per legge[1], secondo le indicazioni delle linee guida del COCIS. In pratica in Inghilterra e in molti paesi europei, ma non in Italia, la legge consente ad Eriksen di tornare a praticare sport ai massimi livelli, perché lo lascia libero di decidere della propria qualità di vita, debitamente informato sui rischi, impossibili da quantizzare con precisione, ma sicuramente molto ridotti dall'ICD.

L'episodio ci ricorda che la MI durante attività fisica (ma anche nel sonno o nella vita di tutti i giorni) è un problema di salute pubblica, ancora lontano dall'essere risolto e che le capacità predittive sono ancora lacunose[2]. La comunità scientifica ha il dovere di aprire un serio dibattito a livello europeo sulla prevenzione della MI e sull'eleggibilità all'attività sportiva, coinvolgendo le istituzioni, ma anche associazioni di pazienti. Queste alcune criticità:

1) *Persistenza di falsi negativi, cioè di MI, nonostante lo screening/certificazione* (come nel caso di Eriksen): in Italia, dal 1982, la certificazione dell'idoneità all'attività sportiva "agonistica è obbligatoria per legge e viene rilasciata dai medici sportivi dopo uno screening annuale, comprendente anche un ECG. Tuttavia l'ECG può essere falsamente negativo in circa il 10% dei soggetti con cardiomiopatia ipertrofica e nel 90% dei soggetti con origine anomala delle coronarie, che è la seconda causa di MI nei giovani atleti[3]. Persino nella sindrome del QT lungo, in cui l'ECG è il solo test diagnostico, nel 25-30% di individui affetti geneticamente, l'intervallo QT può risultare nei limiti di norma[3]. Altre cause di falsi negativi derivano da malattie genetiche non ancora manifestatesi fenotipicamente e non diagnosticabili. Infine, alcune miocarditi che possono causare MI, insorgono acutamente, quindi sfuggono ad uno screening.

2) *Numerosità di falsi positivi*: Nel sistema italiano la semplice iscrizione, sin dall'età di 10-13 anni, ad associazioni/scuole sportive aderenti al CONI implica un certificato di idoneità all'attività agonistica a cadenza annuale se non persino semestrale. La consapevolezza da parte del medico certificatore della possibilità di MI anche in assenza di cardiopatia diagnosticabile, inevitabilmente incrementa il numero di falsi positivi. Nella pratica, infatti, succede che qualsiasi soggetto che non rientra in un quadro di "normalità" definita entro i rigidi confini di linee guida, anche in assenza di chiara patologia, viene indotto ad effettuare esami di approfondimento. Non sempre esaustivi e talvolta anche con impiego di radiazioni ionizzanti e mezzo di contrasto, con costi e oneri per il Servizio Sanitario Nazionale e per le famiglie, pena la non concessione del certificato. Diversi bambini/adolescenti e quasi tutti i cardiopatici congeniti (operati e no) non ottengono l'idoneità sportiva agonistica, ma escluderli dal gioco/sport che più amano (in genere calcio, basket) li penalizza sul piano psico-fisico proprio in quel periodo così delicato della crescita. Iscriversi ad una Federazione Sportiva è infatti una grande e forse unica possibilità di aderire a forme di aggregazione basate sull'attività sportiva che contribuiscono a favorire momenti di condivisione con i pari e migliorare la propria autostima, già minata dalla presenza della cardiopatia. Questa è l'età in cui l'attività fisica va favorita a tutti i costi per evitare il rischio di obesità e altre malattie metaboliche che rappresentano per i bambini/adolescenti, e soprattutto per i cardiopatici congeniti[4], un fattore di rischio di morbilità e anche di MI.

Di seguito alcune proposte per migliorare la prevenzione della MI e superare le criticità sopra sottolineate:

- Eleggibilità all'attività sportiva concordata e condivisa con il soggetto/atleta/tutor interessato, come suggerito dalla Società Europea di Cardiologia[5].
- Preferire al sistema della certificazione un programma di screening una tantum coinvolgendo i medici sportivi, liberati dal vincolo della certificazione dell'idoneità, in collaborazione con i Centri di Cardiologia Pediatrica.
- Intensificare l'obbligo dei defibrillatori automatici esterni nei campi sportivi e inserire nel programma scolastico corsi di supporto vitale di base, tenuti da medici sportivi, che avrebbero anche una funzione di educatori di sanità.
- Istituire robusti database di screening/bilancio cardiologico con follow-up a lungo termine.
- Autopsia obbligatoria in tutte le MI giovanili (anche non durante sport) con imaging post-mortem in centri pilota di Anatomia Patologica, con banche di DNA e istituzione di registri nazionali/europei.
- Riconoscimento del diritto allo sport/gioco per tutti i bambini/adolescenti, anche quelli con cardiopatie congenite operate e no. Riconoscere cioè allo sport anche una valenza terapeutica e, come tale, accettarne i rischi.

Ne parliamo?

Pierluigi Festa

Fondazione G. Monasterio, CNR-Regione Toscana, Pisa
e-mail: gigifesta@ftgm.it

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico 2017. Roma: Casa Editrice Scientifica Internazionale; 2017.
2. Fanous Y, Dorian P. The prevention and management of sudden cardiac arrest in athletes. CMAJ 2019;191:E787-91.
3. Maron BJ, Friedman RA, Kligfield P, et al. Assessment of the 12-Lead ECG as a screening test for detection of cardiovascular disease in healthy general populations of young people (12–25 years of age): a scientific statement from the American Heart Association and the American College of Cardiology. Circulation 2014;130:1303-34.
4. Stuart AG. Exercise as therapy in congenital heart disease – a gamification approach. Prog Pediatr Cardiol 2014;38:37-44.
5. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J 2021;42:17-96.