

proposta di legge n. 481

a iniziativa del Consigliere Bugaro

presentata in data 2 marzo 2015

PROGETTO PILOTA PER LA CONOSCENZA E LA PREVENZIONE
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI CAUSA DI MORTE IMPROVVISA
NEL GIOVANE SPORTIVO

Signori Consiglieri,

la morte improvvisa nel giovane sportivo, apparentemente sano, rappresenta un evento drammatico che continua a generare grande sconcerto sia nell'opinione pubblica, sia nella classe medica. Nonostante lo sforzo della comunità scientifica, ancora non è stato identificato con certezza il reale rischio di morte improvvisa negli atleti che praticano sport competitivo.

Sono purtroppo noti a tutti noi gli episodi di morte improvvisa sul campo: del calciatore Morosini, del pallavolista Bovolenta, del nuotatore olimpico Dale Oen e quelli a noi più vicini, della giocatrice di basket anconetana Benedetta Moroni e di Elia Longarini nello svolgimento di un incontro di Rugby.

E' dimostrato scientificamente che alla base della morte improvvisa da sport c'è la presenza di alcune patologie cardiache misconosciute o sottovalutate.

Uno studio pubblicato su "Circulation" nel 2009 dimostra quali sono le cause più comuni di morte improvvisa degli atleti e tra queste in particolare: la cardiomiopatia ipertrofica (HCM), che ne rappresenta la prima causa e le anomalie coronariche congenite (malformazione congenita del cuore) che ne costituiscono la seconda.

Nella maggioranza di queste patologie lo sforzo fisico è il fattore scatenante di fenomeni complessi che sfociano in aritmie maligne che portano alla morte improvvisa. Lo dimostra il fatto che a parità di patologia, nello sportivo il rischio è maggiore rispetto al sedentario: nella malattia aritmogena del ventricolo destro il rischio è superiore di 5 volte, nelle anomalie coronariche congenite addirittura di 79 volte.

Ne deriva che lo screening medico-sportivo, valutazione mirata alla precoce identificazione di quelle patologie responsabili della morte improvvisa sul campo e, allo stesso tempo, alla non idoneità degli atleti a rischio, può impedire o quanto meno ridurre il fenomeno della morte improvvisa.

Da considerare ad esempio come le anomalie coronariche congenite, possono essere risolte definitivamente con un intervento chirurgico.

Si tenga presente che la legge 26 ottobre 1971, n. 1099 prevede che l'idoneità agli sport agonistici, venga concessa previa valutazione clinica comprendente la visita (anamnesi ed esame obiettivo) e l'ECG basale e da sforzo. Tale screening viene applicato su una popolazione di circa 6 milioni di persone che rappresenta il 10% della popolazione italiana.

Ma con questo programma non si riescono però ad identificare alcune cardiopatie (anomalie congenite delle coronarie, bicuspidia aortica,

dilatazione aortica, prollasso valvolare mitralico) che possono essere diagnosticate se durante la valutazione viene eseguito un ecocardiogramma da operatore adeguatamente "formato".

Eseguendo infatti un ECG associato all'ecocardiogramma è possibile individuare precocemente tutte le "malformazioni cardiache" precedentemente citate che, pur non dando segno di sé, possono risultare potenzialmente letali durante una attività sportiva. Con la presente proposta di legge, fondata su un progetto pilota che fa assumere alla Regione Marche il ruolo di prima Regione Italiana con una posizione di leader sul piano scientifico mediante l'attuazione di uno screening medico-sportivo profondamente innovativo rispetto all'attuale praticato a livello nazionale, è possibile riconoscere anomalie cardiache che se diagnosticate escludono l'atleta dall'attività sportiva, ma che in alcuni casi possono essere adeguatamente trattate anche in maniera definitiva con l'intervento chirurgico (es. anomalie congenite delle coronarie, ponte miocardico, stenosi aortica); negli altri casi, con la limitazione dell'attività fisica, è possibile ridurre largamente il rischio di morte improvvisa. Essendo un programma su larga scala, la fattibilità del progetto si deve basare sulla collaborazione di cardiologi, medici e pediatri di base e medici sportivi che dovranno essere adeguatamente informati e formati. Su queste basi è nato il gruppo di studio "Prevenzione della morte improvvisa da anomalie congenite delle coronarie nei giovani sportivi". Il team - nato dall'idea del Prof. Paolo Zeppilli (Direttore della Scuola di specializzazione in medicina dello sport del Politecnico Gemelli di Roma ed ex medico sportivo della Nazionale italiana di calcio) e del Dott. Marco Pozzi (Primario della divisione di Cardiochirurgia pediatrica e congenita dell'Ospedale regionale di Torrette di Ancona) - è composto dai maggiori esperti di cardiopatie coronariche congenite ed è un gruppo di lavoro multicentrico sull'origine anomala delle coronarie come causa di morte improvvisa da sport nei giovani atleti e sarà portato avanti in Italia, a Roma ed Ancona e negli altri tre centri che collaborano alla fase iniziale del progetto. In seguito il progetto verrà esteso a tutta l'Italia e successivamente diventerà un progetto internazionale. Questo progetto però si occuperà solo di ricercare una delle 12 cause di morte improvvisa tra gli atleti: quella dovuta ad anomalie di percorso delle coronarie. Dunque, il progetto pilota della Regione Marche costituirebbe un programma di screening sui giovani atleti decisamente più innovativo e completo di quello attualmente esistente. Tale programma si baserebbe su un centro di riferimento e formazione: il repar-

to di Cardiologia e Cardiochirurgia pediatrica e congenita dell'Ospedale Torrette di Ancona e di una rete sul territorio (costituita da centri identificati e formati per questi screening). L'istituzione di una tale base tecnico-organizzativa e medico-scientifica consentirebbe alle Marche di divenire

la prima Regione italiana con una posizione di leader sul piano scientifico nella prevenzione delle malformazioni congenite al cuore, cause determinanti nella morte improvvisa dei giovani sportivi.

Art. 1
(Finalità)

1. La Regione Marche con questa legge intende assumere il ruolo di prima Regione italiana con una posizione di leader sul piano scientifico attuando un "progetto pilota" il cui obiettivo è costituito da una profonda innovazione dello screening medico-sportivo che attualmente per la sua incompletezza non è in grado di dare risposte certe alla morte improvvisa, più volte verificatasi in Italia e recentemente anche nella nostra Regione in giovani sportivi.

Art. 2
(Compiti della Regione)

1. Il nuovo screening medico-sportivo, deve individuare la presenza di alcune patologie cardiache misconosciute o sottovalutate codificate a livello scientifico, sopperendo alle carenze della legge 26 ottobre 1971, n. 1099 (Tutela sanitaria delle attività sportive) in quanto la tutela sanitaria delle attività sportive spetta alle Regioni. Tale legge che regola l'idoneità agli sport agonistici, permessa ai giovani atleti, previa valutazione clinica comprendente la visita (anamnesi ed esame obiettivo) e l'elettrocardiogramma (ECG) basale e da sforzo, ma che purtroppo non ha impedito in alcuni casi la morte improvvisa nei giovani sportivi apparentemente sani.

2. Tutti gli atleti agonisti con il progetto pilota indicato all'articolo 1 dovranno essere sottoposti non solo all'ECG di cui al comma 1 ma anche ad un ecocardiogramma svolto da operatore adeguatamente "formato", al fine di consentire, in via preventiva, di conoscere l'esistenza di tutte le cause conosciute di morte improvvisa tra gli atleti. Tra queste anche le anomalie congenite delle coronarie, patologia che è la seconda causa di morte nei giovani sportivi.

3. Trattandosi di un programma su larga scala, la fattibilità del progetto deve prevedere:

a) la operatività di un "team" di super specialisti composto dai maggiori esperti di cardiopatie coronariche congenite, team già presente nel reparto di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica e congenita dell'Ospedale regionale di Torrette di Ancona, al fine di ottenere i massimi risultati possibili sulla diagnosi precoce di malformazioni cardiache di cui possono essere affetti i giovani atleti ed una attività di alta formazione di specialisti sul territorio regionale che consenta agli operatori formati, di eseguire l'ecocardiogramma al massimo livello scientifico;

- b) la collaborazione di cardiologi, medici e pediatri di base e medici sportivi che dovranno essere adeguatamente informati e formati;
- c) la possibilità per le strutture pubbliche di attivare delle convenzioni con le società sportive.