

CARDIOPATIA ISCHEMICA ALLA LUCE DEL COCIS 2023: POCHI DUBBI MOLTE CERTEZZE O POCHE CERTEZZE MOLTI DUBBI?

Giampiero Patrizi

Presidente Nazionale della Società Italiana di Cardiologia dello Sport
Resp UOS “Paziente Critico”
UOC Cardiologia – UTIC
Osp. “B. Ramazzini”, Carpi (MO)

Prima di entrare nel cuore dell’argomento, credo sia necessario brevemente riportare l’attenzione su cosa esattamente sia il COCIS.

Con precisione COCIS rappresenta l’acronimo di Comitato Organizzativo Cardiologico per l’Idoneità allo Sport agonistico. Fu fondato alla fine degli anni ‘80 dalle allora maggiori società scientifiche cardiologiche nazionali e statutariamente è composto da SIC Sport, FMSI, ANMCO, SIC e ANCE.

Compito precipuo di tale comitato era ed è tutt’ora la pubblicazione dei Protocolli Cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico, nella abituale veste grafica dalla copertina rossa. Ed è per questo motivo che, oggi, per COCIS si intende sì il Comitato editoriale preposto alla stesura del documento, ma anche, per estensione, il documento stesso: il famoso “libretto rosso del COCIS” che da ormai 35 anni rappresenta la bibbia di ogni medico o cardiologo dello sport italiano. Il “COCIS” è stato pubblicato la prima volta nel 1989 e nel corso dell’anno 2023 ha visto la luce la VI edizione (1). Per la prima volta, il documento è stato redatto nella forma grafica delle più comuni e acclamate linee guida internazionali con classi di indicazione e livelli di evidenza e con le abituali colorazioni simil-semaforiche per le raccomandazioni da osservare e quelle da evitare.

Uno dei capitoli oggetto di più profonda revisione rispetto alla edizione precedente e, innegabilmente, anche di maggior discussione interna fra il panel dei redattori è stato certamente quello sulla cardiopatia ischemica.

Proprio per riprendere l’impostazione del titolo della relazione, la prima certezza che intendo riaffermare con forza è la bontà della sintesi che è stata raggiunta dopo ampia e articolata discussione e che è stata quindi espressa nel testo del documento.

Il capitolo in esame parte, in analogia a tutte le precedenti edizioni, da un’altra assoluta certezza; e cioè, dalla necessità di procedere, aprioristicamente rispetto alla conduzione della visita medico-sportiva, ad una stratificazione del rischio che comprenda una anamnesi ben condotta e che preveda l’utilizzo delle carte del rischio SCORE2 della ESC (2).

Proprio per tale motivo, seppur non legalmente prevista, soprattutto nella popolazione di atleti Master (coloro nei quali per mere questioni anagrafiche la cardiopatia ischemica incide maggiormente), risulta mandatoria la conoscenza dei valori di assetto glico-lipidico per poter procedere ad un giusto inquadramento del probando.

Ulteriore aspetto di assoluta certezza è la chiara e forte riaffermazione del ruolo del test ergometrico come “gatekeeper”, cioè guardiano, del successivo iter diagnostico del nostro potenziale atleta. Il primo dubbio riguarda però l’efficacia di tale test funzionale nella propria capacità di slatentizzare una eventuale presenza di cardiopatia aterosclerotica sottostante. Per fugare questa incertezza e per trarre il massimo potere diagnostico dall’esecuzione del test ergometrico, nel testo della nuova versione 2023 del COCIS viene chiaramente riaffermato come la prova debba essere realmente massimale, condotta cioè fino all’esaurimento fisico del probando e mai interrotta ad una qualsivoglia, ma arbitraria, percentuale rispetto alla frequenza massimale teorica per età.

Altro aspetto che è stato chiarito in questo capitolo sulla cardiopatia ischemica, sempre riguardo il test ergometrico, è l’invito a condurre una analisi poliparametrica di tale esame, evitando la focalizzazione unicamente sulle potenziali alterazioni del tratto ST, prendendo, invece, in considerazione le variazioni di frequenza e pressione durante la prova e nel recupero, l’eventuale comparsa di forme extrasistoliche (soprattutto se ventricolari), la capacità funzionale raggiunta e ovviamente anche l’insorgenza di una sintomatologia clinica (3).

Un altro dubbio che ha pervaso i redattori del capitolo è stato quello del corretto posizionamento di test radiologici di imaging, essenzialmente la coronaro-TC, rispetto al test funzionale ergometrico.

Se è vero che in soggetti cardiopatici ischemici noti (come quelli arruolati nello studio ISCHEMIA), la conoscenza del dato anatomico di burden ateromasico sembra avere una performance migliore in termini di predizione di mortalità rispetto ai test funzionali non invasivi, tale certezza non è immediatamente trasferibile sic et simpliciter nel contesto dei soggetti (presumibilmente sani) che si sottopongono a valutazione medico-sportiva (4).

Abbiamo, infatti, analizzato anche i metodi dei vari trials di confronto tra tests funzionali (essenzialmente test ergometrico o ecocardiografia da sforzo) e tests anatomici, principalmente l’angio-TC coronarica.

Da tale analisi è emersa l’evidenza che spesso il confronto è stato condotto in modo impari, limitando e interrompendo i tests funzionali ad una determinata soglia prima del raggiungimento della massimalità della prova (5,6,7).

Si è quindi proceduto ad una logica e razionale limitazione delle indicazioni al necessario ricorso alla procedura di coronaro-TC, riservandone l’utilizzo solo a coloro con test ergometrico dubbio o non conclusivo o anche a coloro con prova da sforzo massimale negativa, ma a profilo di rischio cardiovascolare basale particolarmente elevato.

Si è quindi raggiunta una sintesi, a mio avviso, molto rispettosa sia delle attuali conoscenze scientifiche (e non pronamente adagiata a troppo facili entusiasmi per la metodica), sia della effettiva disponibilità e capacità di accesso alla coronaro-TC sul territorio nazionale e anche della sostenibilità economica per il ns Servizio Sanitario Nazionale.

Un altro punto di assoluta e assai disturbante incertezza è rappresentato dalle recenti (e purtroppo sempre più numerose) segnalazioni di possibili effetti detrimentalmente della pratica di attività fisica o, meglio, sportiva, di elevata intensità, con la potenziale generazione di placca ateromastica, anche con caratteristiche di vulnerabilità, rispetto a quanto riscontrato in atleti di controllo paragonabili per età e profilo di rischio cardiovascolare basale.

Ciò che risulta chiaro è che tali potenziali effetti dannosi sono fortunatamente limitati esclusivamente ad attività sportive particolarmente vigorose (8,9).

Si è voluto, quindi, fortemente riaffermare la bontà della pratica di esercizio fisico strutturato e anche di attività sportiva ad intensità moderata in termini di certa riduzione di mortalità e di miglioramento di una amplissima serie di parametri cardiovascolari, pressori, metabolici, ecc ecc.

L'ultima parte della relazione è stata, poi, riservata a coloro per i quali l'attività sportiva viene negata a seguito dell'emersione, durante la visita idoneativa, di patologie rischiose per la vita o quantomeno negativamente impattate dalla pratica di esercizio vigoroso.

Abbiamo fortemente voluto che nel COCIS, pur trattandosi di un documento rivolto ad una popolazione di agonisti, venisse inserito, per gli esclusi dallo sport competitivo, un chiaro riferimento alla prescrizione dell'esercizio fisico per evitare di abbandonare questi ormai ex-atleti a se stessi e per non negar loro una forma di esercizio fisico strutturato, pratica che risulta unanimemente assai benefica e senza alcuna evidente controindicazione.

Abbiamo, quindi, concluso con la presentazione del nuovo Documento sulla Prescrizione dell'Esercizio Fisico, revisione della prima e unica edizione del 2007 (10), a cui congiuntamente SIC Sport e FMSI stanno lavorando al fine di arrivarne alla completa definizione prima del prossimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia dello Sport previsto a Carpi per il 9-11 Ottobre 2025.

BIBLIOGRAFIA:

1. Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport. (COCIS).
Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico 2023 (VI edizione).
Roma: CESI Edizioni; 2023.
2. Patrizi G, Tardini L. Raccomandazioni per il giudizio di idoneità allo sport agonistico: le novità del COCIS 2023. G Ital Cardiol 2024; 25: 433-40.

3. Temporelli PL, Di Pasquale G, De Caterina R. Esiste ancora un ruolo oggi per il test ECG da sforzo nella cardiopatia ischemica? Al di là del sottoslivellamento del tratto ST. *G Ital Cardiol* 2024 (ahead of print)
4. Newby D, Williams MC, Dweck MR. Forget Ischemia: It's All About the Plaque. *Circulation* 2021; 144(13): 1039-1041
5. Dewey M, Dübel HP, Schink T, Baumann G, Hamm B. Head-to-head comparison of multislice computed tomography and exercise electrocardiography for diagnosis of coronary artery disease. *Eur Heart J* 2007; 28(20): 2485-90
6. Lubbers M, Dedic A, Coenen A, Galema T, Akkerhuis J, Bruning T, Krenning B, Musters P, Ouhlous M, Liem A, Niezen A, Hunink M, de Feijter P, Nieman K. Calcium imaging and selective computed tomography angiography in comparison to functional testing for suspected coronary artery disease: the multicentre, randomized CRESCENT trial. *Eur Heart J* 2016; 37(15): 1232-43
7. Sirico F, Fernando F, Di Paolo F, Adami PE, Signorello MG, Sannino G, Bianco A, Cerrone A, Baiocco V, Filippi N, Ferrari U, Tuzi M, Nurzynska D, Di Meglio F, Castaldo C, D'Ascenzi F, Montagnani S, Biffi A. Exercise stress test in apparently healthy individuals - where to place the finish line? The Ferrari corporate wellness programme experience *Eur J Prev Cardiol* 2019; 26(7): 731-738
8. Merghani A, Maestrini V, Rosmini S, Cox AT, Dhutia H, Bastiaenan R, David S, Yeo TJ, Narain R, Malhotra A, Papadakis M, Wilson MG, Tome M, AlFakih K, Moon JC, Sharma S. Prevalence of Subclinical Coronary Artery Disease in Masters Endurance Athletes With a Low Atherosclerotic Risk Profile. *Circulation* 2017; 136(2): 126-137
9. De Bosscher R, Dausin C, Claus P, Bogaert J, Dymarkowski S, Goetschalckx K, Ghekiere O, Van De Heyning CM, Van Herck P, Paelinck B, Addouli HE, La Gerche A, Herbots L, Willems R, Heidbuchel H, Claessen G (Master@Heart Consortium). Lifelong endurance exercise and its relation with coronary atherosclerosis. *Eur Heart J*. 2023 Jul 7;44(26):2388-2399
10. Giada F, Biffi A, Agostoni P, Anedda A, Belardinelli R, Bettini R, et al. La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico. Documento di Consenso della Task Force Multisocietaria. *G Ital Cardiol* 2007; 8(11): 681-731