

Il test da sforzo nell'ambito della medicina dello sport è una prova standardizzata per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica, che si svolge secondo il protocollo previsto dal D.M. 18.02.1982 e successive integrazioni, con lo scopo di valutare lo stato del cuore e la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo con i suoi eventuali effetti. Durante lo sforzo, infatti, si registra un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del flusso sanguigno nelle arterie coronariche e del consumo di ossigeno da parte del cuore.

Durante questa prova si esegue il monitoraggio continuo dell'ECG e della pressione sanguigna così da evidenziare eventuali sintomi e segni o modificazioni dei parametri che indichino un potenziale o accertato stato di malattia.

In base all'età, alla storia familiare e personale del paziente ed altri parametri il medico sceglierà quale modalità di test applicare, step test o cicloergometro.

#### COME SI SVOLGE

Dopo aver valutato l'anamnesi ed eseguito la visita clinica, l'atleta viene sottoposto ad ecg a riposo, per evidenziare la presenza di fattori (noti o meno) che potrebbero controindicare l'esame.

Lo **step test** consiste nel salire e scendere un gradino di altezza adeguata, ad un certo ritmo, per tre minuti.

Il test ergometrico consiste in una prova da sforzo mediante cicloergometro.

Il **test al cicloergometro** è una prova da sforzo massimale (cioè protratta fino all'esaurimento muscolare), applicando carichi di lavoro progressivamente crescenti. La prova avrà la durata di circa 15 minuti e sarà seguito da un periodo di defaticamento di 3-5 minuti.

Durante la prova viene registrato continuamente un elettrocardiogramma e viene monitorata la pressione arteriosa: in tal modo è possibile evidenziare la comparsa o meno di eventuali anomalie.

La prova **potrà essere interrotta** a discrezione del medico ed in particolare se il paziente avvertirà la comparsa di eventuali sintomi quali: dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, affanno, formicolio al volto...di cui dovrà **tempestivamente avvertire** il personale, poiché questi segni possono essere indicativi di un relativo stato di pericolo.

#### QUALI SONO I RISCHI CORRELATI ALLA PROCEDURA?

I rischi legati al test sono legati a problematiche muscolo-scheletriche (distorsioni slogature correlate all'esecuzione dell'esercizio) e cardiovascolari. La comparsa di sintomi come: difficoltà di respiro, dolore al torace, alla mandibola, alle braccia, sensazione di stanchezza o peso retrosternale, formicolii alle braccia o al volto... in tali casi **bisogna avvisare il personale sanitario che segue il test, tempestivamente**.

In alcuni casi potrebbe essere indotta una **ischemia cardiaca** che si manifesterà con la comparsa di dolore toracico oppure sarà rilevata dal medico all'elettrocardiogramma; solo raramente è richiesta la somministrazione di farmaci per risolvere l'ischemia cardiaca.

Talora si può verificare una marcata **alterazione della pressione arteriosa** che si accompagna a sintomi quali sudorazione e offuscamento della vista.

In rari casi possono comparire **aritmie cardiache** pericolose per la vita.

In struttura sono disponibili i presidi sanitari necessari e personale qualificato in grado di fronteggiare eventuali complicanze che possano insorgere durante la prova da sforzo.

In caso di alterazioni dell'ecg o comparsa di sintomatologia sospetta potrebbe essere sospeso il giudizio di idoneità e richiesto un approfondimento diagnostico ulteriore.

**DATI PAZIENTE**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Oppure (per utenti minorenni)**

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

In qualità di ☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Legale rappresentante ☐ accompagnatore delegato

Sono stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_ sul tipo di indagine da eseguire e nello specifico il test da sforzo.

**DATI SANITARI**

Condizioni del paziente e patologia: .....

.....

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

In qualità di assistito/ amministratore di sostegno-tutore / madre-padre:

DICHIARO DI ESSERE STATO/A ESAURIENTEMENTE INFORMATO E DI AVER COMPRESO IL SIGNIFICATO DI QUANTO ILLUSTRATOMI IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO PROPOSTO riguardo gli argomenti seguenti:

- lo scopo del test da sforzo è quello di valutare la risposta cardiovascolare allo stress in soggetti con cardiopatia accertata o sospetta e di accertare la performance in ambito sportivo
- la prova da sforzo avverrà a mezzo di cicloergometro o step test, sulla base dell'età, indicazione clinica e linee guida, fino a:
  - raggiungimento del carico prefissato;
  - esaurimento muscolare;
  - comparsa di qualsiasi risposta anomala o chiaramente patologica;

- la necessità di avvertire tempestivamente il personale medico e infermieristico presente non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- potrò chiedere di interrompere il test in qualsiasi momento;
- durante la prova verrà misurata periodicamente la pressione arteriosa e verrà monitorato il tracciato elettrocardiografico;
- verrà posta la massima cura nel ridurre al minimo ogni mio disturbo o rischio;
- sono stato/a informato/a che l'esame potrebbe comportare la comparsa di effetti secondari come astenia, vertigini transitorie, dolore toracico, crampi alle gambe o cardiopalmo. Raramente, con una casistica di 2 – 3 episodi su 10.000, può verificarsi un infarto al miocardio o una morte improvvisa. A tale proposito sono stato/a informato/a che l'ambulatorio è equipaggiato per tali evenienze e che il personale è preparato ad affrontare eventuali emergenze.

☐ **AUTORIZZO**                      ☐ **NON AUTORIZZO**

**l'esecuzione del "Test da Sforzo" secondo le modalità ritenute più opportune dal medico specialista.**

Data: \_\_\_\_\_ Firma per il consenso all'esecuzione dell'esame: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE.**

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

Data \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL MEDICO:** \_\_\_\_\_

.....

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REVOCA il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_