

La certificazione di idoneità alla pratica fisico-sportiva

Tito Livio Schwarzenberg, Vincenza Patrizia Di Marino

UOC di Adolescentologia – Dipartimento Scienze Ginecologiche, Perinatologia e Puericoltura –
Università “La Sapienza”, Roma

L'argomento che ci accingiamo ad affrontare, vale a dire “La certificazione medico-sportiva” può apparire, a prima vista, abbastanza banale e scontato, soprattutto di fronte ad una platea di esperti pediatri e adolescentologi. Ciò nonostante riteniamo senz'altro utile e importante, proprio in questo contesto, riflettere e confrontarci su un aspetto di così frequente riscontro nella nostra pratica professionale quotidiana ricco di implicazioni normative, giuridiche, etiche oltreché sanitarie e con riflessi addirittura sull'economia nazionale tanto da essere stato preso in seria considerazione perfino nell'ultima (quanto mai discussa e sofferta) legge di programmazione economica e finanziaria del nostro Paese.

Giova premettere, a questo punto qualche richiamo di carattere sostanziale e normativo sulla certificazione in genere, su quella medica in particolare per poter concentrare, infine, la nostra attenzione sull'aspetto specifico della certificazione medico-sportiva.

Si definisce “**certificato**” un atto scritto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica, di cui il certificato stesso è destinato a provare l'esistenza. Essendo un atto pubblico il certificato deve, ovviamente, essere veritiero e redatto in modo chiaro ed univoco (1-3).

Con espressione più formale “*il certificato è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di diritti soggettivi previsti dalla norma, ovvero determinare conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa*”(4) o, più semplicemente: “*il certificato è l'atto scritto e firmato per mezzo del quale una persona investita di determinate attribuzioni e in tale qualità, attesta l'esistenza o meno di determinati fatti o qualità*” (1).

Ne consegue che il certificato medico rappresenta un documento che contiene una dichiarazione scritta nella quale si attesta la sussistenza di fatti obiettivi effettivamente riscontrati dal medico stesso nell'esercizio della propria attività professionale e destinati ad avere rilevanza giuridica.

Per altro, la certificazione è sottoposta al vincolo degli art. 480 e 481 c.p., relativi alla falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale e/o dal personale esercente un servizio di pubblica necessità, oltre che dell' art. 485 c.p. relativo alla falsità in scrittura privata. Il requisito della veridicità non può essere disgiunto da quello della chiarezza: è necessario, pertanto, evitare abbreviazioni e acronimi e, qualora non venga utilizzata la dattiloscrittura o l'uso di una modulistica

prestampata, impiegare una grafia chiara, di pronta ed inequivocabile leggibilità. Vale anche la pena di ricordare che, in

base alle previsioni del codice penale, possono essere individuate tre possibili qualificazioni del medico certificatore (2):

1) **pubblico ufficiale** (art. 357 c.p.): è colui che esercita, in modo temporaneo o permanente, una pubblica funzione o un'attività legislativa, giudiziaria, amministrativa in rappresentanza dello Stato o dell'Ente pubblico di appartenenza. Secondo le più recenti interpretazioni della giurisprudenza a tale categoria vanno assimilati i medici dipendenti dalle ASL o dalle Aziende Ospedaliere con funzioni organizzative e che partecipano, quindi, alla volontà della Pubblica Amministrazione. Deve ritenersi pubblico ufficiale anche il medico che svolga l'incarico di perito o di consulente tecnico su nomina dell'autorità giudiziaria;

2) **incaricato di pubblico servizio** (art. 358 c.p.): è il medico che, per conto dello Stato che ne cura pertanto la tutela, svolge un'attività socialmente utile (vale a dire un pubblico servizio), indipendentemente dal fatto che sussista alla base un impiego di ruolo o avventizio. A tale categoria, pertanto, appartengono i medici dipendenti o convenzionati col Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio i medici di base e i pediatri di libera scelta) impegnati nello svolgimento di mansioni di carattere strettamente medico dirette al soddisfacimento di un bisogno della collettività;

3) **esercente un servizio di pubblica necessità** (art. 359 c.p.): è il medico libero professionista abilitato dallo Stato, alla cui opera ricorre il cittadino che ne ravveda la necessità. Si tratta, in questo caso, di prestazioni professionali che il medico – anche se dipendente pubblico - esercita, tuttavia, privatamente e direttamente e non in nome né per conto dello Stato o di un Ente pubblico.

Da quanto finora premesso ne deriva che la potestà di certificare (G. Umani Ronchi e coll., 2002) discende esclusivamente dal conseguimento del diploma di laurea e dall'abilitazione all'esercizio della professione medica (2). Il limite oggettivo del certificato è rappresentato dall'oggetto stesso della certificazione che, in quanto promanazione dell'attività medica, non può avere altro rilievo che quello medico-biologico. Il limite soggettivo si concretizza, viceversa, nell'osservanza delle norme deontologiche e

codicistiche relative in modo particolare al rispetto del segreto professionale e alla tutela della privacy.

Pertanto (prescindendo da casi particolari, espressamente previsti per talune certificazioni obbligatorie) il certificato medico deve rispondere ai seguenti due requisiti (2-5):

- a) essere rilasciato unicamente alla persona assistita o visitata, ovvero al suo rappresentante legale (genitore o tutore) in caso di minore o, comunque, di un soggetto legalmente incapace;
- b) limitarsi, nel proprio contenuto, unicamente a ciò che necessita all'interessato o a quanto quest'ultimo voglia rendere manifesto.

A seconda di quanto viene previsto dalle specifiche disposizioni di legge, i certificati medici vengono distinti in:

- **certificati obbligatori:** rivolti alla tutela di interessi pubblici e rilasciati non in quanto richiesti dagli interessati ma in quanto una precisa normativa impone al medico il dovere della certificazione stessa;
- **certificati facoltativi:** di regola destinati ad attestare, nei confronti di Enti pubblici o privati, lo stato di salute del richiedente che, spontaneamente, li esibisce anche al di fuori di ogni obbligo di legge.

È bene, tuttavia, rimarcare che la distinzione tra certificazione obbligatoria e facoltativa è, in realtà, puramente formale in quanto essa viene privata di qualsiasi rilievo sostanziale proprio alla luce dell'art 22 del Codice di Deontologia Medica, laddove si cita che: "... Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute".

Giova anche premettere che tutta la normativa rivolta alla tutela sanitaria di chi pratica attività sportiva trova la propria origine, giustificazione e conforto proprio da alcuni articoli della Costituzione stessa della Repubblica Italiana, laddove l'art. 2 "riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo che nelle funzioni sociali ove si svolge la sua personalità", l'art. 4 stabilisce che "ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società" e, infine, l'art. 32 che garantisce la tutela della salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Gli esordi della Legislazione in materia nel nostro Paese si fanno risalire alla **Legge 28 dicembre 1950, n. 1055**, recante norme di "tutela sanitaria delle attività sportive". La tutela sanitaria in questione – inizialmente affidata alla Federazione Medico Sportiva Italiana – si esercitava nei confronti degli sportivi professionisti e dei cosiddetti "dilettanti con retribuzione abituale" nonché dei praticanti attività sportive considerate impegnative o pericolose (pugilato, atletica pesante, gare ciclistiche particolarmente gravose, sport motoristici e sport subacquei), imponendo a tutti costoro l'obbligo di sottoporsi ad accertamenti medici di idoneità con periodicità annuale, quale condizione indispensabile per l'accesso alla pratica dello sport. L'embrionale assetto normativo veniva, quindi sviluppato e rivisto, venti anni più tardi, dalla **Legge 26 ottobre 1971, n. 1099**, che affidava alle neonate Regioni la tutela sanitaria delle attività sportive e ampliava la portata della tutela medesima estendendola a "chiunque intende svolgere o svolge attività agonistico sportiva" mediante l'accertamento obbligatorio, con visite mediche di

selezione e di controllo periodico, dell'idoneità generica e dell'attitudine.

A questo punto vale la pena di richiamare l'attenzione proprio sulla terminologia comunemente utilizzata, ricordando come le espressioni "idoneità" ed "attitudine" sportiva vengano assai spesso, erroneamente, considerate sinonimi. Al contrario, per **idoneità generica all'attività sportiva** dobbiamo intendere la "possibilità dell'organismo di tollerare senza danno il maggiore sviluppo di potenza e, quindi, il maggiore dispendio metabolico ed energetico che sono propri dell'attività sportiva rispetto alle attività abituali della vita sociale e lavorativa: si tratta, in altre parole, della generica capacità di reggere, senza danno, uno sforzo anche protratto", mentre l' **attitudine all'attività sportiva** altro non è che la "specifica tendenza del soggetto verso una particolare e ben definita forma di attività sportiva in conseguenza di fattori genetici, ambientali, costituzionali, psicologici, antropometrici e funzionali".

Tralasciando in questa sede, per ovvii motivi di tempo e di spazio qualsiasi ulteriore considerazione sulla normativa intermedia e/o integrativa, è ben noto che tutte le attuali disposizioni sulla certificazione medico sportiva fanno principalmente riferimento a tre decreti del Ministero della Sanità, tutt'ora pienamente vigenti, per quanto datati di ben 25 anni:

- **Decreto Ministeriale 18 febbraio 1982** "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica" (G.U. n. 63 del 5 marzo 1982);
- **Decreto Ministeriale 28 febbraio 1983** "Integrazione e rettifica del decreto ministeriale 18 febbraio 1982, concernente norme per la tutela dell'attività sportiva agonistica" (G.U. n. 72 del 15 marzo 1983)
- **Decreto Ministeriale 28 febbraio 1983** "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica" (G.U. n. 72 del 15 marzo 1983).

L'ultimo decreto citato, recita all'art.1 che devono essere sottoposti a controllo sanitario per la pratica delle attività sportive non agonistiche:

- a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni Sportive Nazionali o agli Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI e che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del Decreto Ministeriale 18 febbraio 1982;
- c) coloro che partecipano ai Giochi della Gioventù, nelle fasi precedenti quella nazionale¹.

¹ Quando gli studenti italiani nel 1968 scesero in piazza e occuparono scuole e università per manifestare il loro profondo malessere, non immaginavano certamente di dare un contributo determinante alla nascita dei Giochi della Gioventù. L'approvazione ufficiale avvenne il 3 settembre 1968, ma già una circolare del 29 agosto ai comitati provinciali del Coni forniva le norme principali della manifestazione: età di ammissione 11-15 anni; programma: atletica leggera, ciclismo, ginnastica, nuoto, pallacanestro, pallavolo e sci (per l'inverno 1969-70); fasi: locali, provinciali, inter-provinciali e nazionale. L'entusiasmo con cui fu accolta l'iniziativa fece andare ben oltre quanto ordinariamente previsto gli operatori di base, che su strade e piazze, ma anche su prati e cortili fecero disputare non solo le gare di atletica leggera, ma anche la ginnastica artistica e gli sport di squadra. Da quel grandioso successo, i Giochi della Gioventù presero il volo, finendo per diventare in breve la più importante manifestazione sportiva giovanile italiana e una delle più importanti d'Europa. La numerosità dei partecipanti andò via via aumentando fino a superare i tre milioni e mezzo alla fine degli anni '70. Il programma si estese a sua volta fino a comprendere oltre cinquanta discipline, praticamente quasi tutti gli sport esistenti. Nel 1974 la manifestazione fece il suo ingresso stabile e ufficiale nella scuola, compresa quella elementare, anche se limitatamente al secondo ciclo. Dall'anno scolastico 1993-94 il programma tornò ad essere circoscritto alle discipline ufficialmente praticate nella scuola: atletica leggera, ginnastica, nuoto, sci, calcio, pallacanestro, pallamano, pallavolo, le stesse del programma dei Campionati Studenteschi. Merito fondamentale e indiscutibile dei Giochi della Gioventù è stato quello di aver introdotto nel potere pubblico e tra le autorità politiche una forte sensibilizzazione nei confronti dell'attività sportiva, intesa come mezzo insostituibile nella formazione ed educazione dei giovani, fin dalla scuola elementare. Non meno importante, infine, è da considerare l'azione svolta dai Giochi della Gioventù nella capillare diffusione tra la massa giovanile di un sano spirito sportivo e, nello stesso tempo, nella rivelazione di numerosi talenti, destinati successivamente ad arricchire in misura considerevole le fila dello sport nazionale. A partire dal 1998, altro momento "storico" del lungo cammino dell'attività scolastica è l'istituzione dei Giochi Sportivi Studenteschi, diretta conseguenza di un rinnovato protocollo di intesa tra Coni e Ministero della Pubblica Istruzione (19). In realtà, la nascita dei Giochi Sportivi Studenteschi ha coinciso con un parallelo rapido e progressivo declino dei Giochi della Gioventù, sia per la diversa impostazione di base delle due iniziative, sia per il difficile connubio tra Coni e MPI. Tra l'altro, in questa sfavorevole situazione di conflitto hanno giocato il proprio ruolo anche alcune normative che impongono, ad esempio, per i gli sport di squadra compresi nei Giochi Sportivi Studenteschi, il tetto massimo di 1/3 di atleti con lo *status* di tesserati, mentre gli altri atleti (i 2/3 quindi) devono essere *puri*, vale a dire non tesserati per l'anno in corso dalla specifica Federazione. Va, tuttavia, segnalato che non sono mancate iniziative congiunte del Coni e MPI per un rilancio dei Giochi della Gioventù proprio a partire dal corrente anno scolastico 2006/2007.

Una prima, inevitabile e spontanea, perplessità sorge, a questo punto, riguardo alla precisa ed univoca identificazione di quelle attività sportive che possono (o devono) essere identificate come "non agonistiche" in base al punto *b*) del citato DM 28-02-83, dal momento che la categoria del "non agonismo" finisce col caratterizzarsi soprattutto in negativo rispetto a quella dell'"agonismo", essendo la prima semplicemente la negazione della seconda. Ne discende che l'una e l'altra categoria sono state istituite dal legislatore non tanto in base a concrete valutazioni bio-mediche e psico-attitudinali quanto sulla spinta di motivazioni economiche, in considerazione del costo non certo indifferente che già comportano gli accertamenti obbligatori di idoneità agonistica riservati ad almeno nove milioni di soggetti che annualmente praticano attività sportive nell'ambito delle Federazioni Nazionali e degli Enti di promozione sportiva. Non si possono evidenziare, al contrario particolari dubbi nei riguardi dell'identificazione dei soggetti indicati ai punti *a*) e *c*), anche se l'acquisizione nella categoria agonistica per i partecipanti ai Giochi della Gioventù solo nelle fasi nazionali è del tutto incongrua, dal momento che l'impegno atletico e gli eventuali rischi ad esso connessi sono praticamente identici sia prima che durante le fasi nazionali dei Giochi stessi.

L'art. 2 del DM 28-02-83 cita testualmente:

"Ai fini della pratica delle attività sportive non agonistiche i soggetti di cui al precedente art. 1 devono sottoporsi, preventivamente e con periodicità annuale, a visita medica intesa ad accertare il loro stato di buona salute. In caso di motivato sospetto clinico il medico ha la facoltà di richiedere accertamenti specialistici integrativi, rivolgendosi anche al personale sanitario e alle strutture di cui all'art. 5, ultimo comma, della legge n. 33/80. La certificazione di stato di buona salute riscontrato all'atto della visita medica deve essere redatta in conformità al modello di cui all'allegato 1".

Infine, l'art.3 del DM conclude che:

"La certificazione di cui al precedente art. 2 è rilasciata ai propri assistiti dai medici di medicina generale e dai medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 23 dei rispettivi accordi collettivi vigenti".

Non si può fare a meno di rimarcare, a questo punto, che l'espressione "stato di buona salute" che il medico è chiamato a certificare come imposto dalla normativa, è di non univoca interpretazione né di agevole traduzione in chiave biomedica (6).

Tra l'altro, l'equiparazione delle espressioni "*stato di buona salute*" e "*integrità psico-fisica della persona*" come abitualmente suggerito dalla disciplina giuridica, non appare del tutto convincente perché troppo impegnativa e potenzialmente, se presa alla lettera, suscettibile di allontanare dalla pratica sportiva (forse) la maggior parte della popolazione ritenendo non idonei anche coloro che fossero affetti da lievi o lievissime menomazioni (difetti di vista, paramorfismi vertebrali, malocclusioni, ecc).

Peraltro, sia nei vari articoli del Decreto Ministeriale in esame che nel fac-simile di certificazione (di cui all'allegato 1) non compare mai il termine "idoneità" che, al contrario, viene ampiamente usato in tutta la normativa riguardante la pratica dello sport agonistico.

Ne consegue che, attestando meramente uno "stato di buona salute" e l'assenza di controindicazioni in atto (cioè clinicamente manifeste e, comunque diagnosticabili), il medico certificatore non viene assolutamente coinvolto nell'esprimere un qualsivoglia giudizio di idoneità sportiva (come, viceversa è esplicitamente previsto nelle certificazioni per lo sport agonistico).

Né è accettabile una sovrapposizione concettuale tra le due locuzioni "stato di buona salute" e "idoneità generica allo sport" da taluni proposta riferendosi anche a precedenti quanto superate normative (Legge 26 ottobre 1971, n. 1099). Di fatti, un giudizio di "idoneità generica allo sport" appare del tutto improprio e inattendibile sulla base tanto dell'inesistenza di uno "sport generico" che dell'intrinseca specificità di qualsivoglia attività sportiva. Parallelamente, dobbiamo riflettere sul grave rischio di responsabilità professionale per quel medico certificatore che volesse, comunque, esprimere un giudizio di "idoneità generica allo sport" confidando esclusivamente sul carattere "non agonistico" della pratica così autorizzata, senza riflettere sull'estrema variabilità di impegno psico-fisico che le numerose specialità sportive inevitabilmente sottendono. Né va dimenticato che il medico certificatore, in caso di "motivato sospetto clinico" può, comunque, richiedere il conforto di consulenze specialistiche e di esami clinico strumentali integrativi (art. 2 comma 2° DM 28/02/83). È evidente che la clausola limitativa del "motivato sospetto clinico" è esclusivamente di natura economica e tesa a impedire la richiesta di accertamenti specialistici e/o di esami laboratoristici o strumentali non giustificabili da una dimostrata esigenza clinica ma il cui costo, rapportato ai

milioni di soggetti potenzialmente coinvolgibili, sarebbe insostenibile dalle precarie finanze del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Proprio in questa luce va, quindi, vista la designazione dei medici e dei pediatri di famiglia in funzione di filtro per l'accesso allo sport non agonistico, essendo queste figure professionali quelle che (almeno presumibilmente) conoscono meglio il paziente e la sua storia clinica e, quindi, si trovano in posizione privilegiata sia per affermare lo "stato di buona salute" del proprio paziente che per conoscere eventuali controindicazioni relative a eventi morbosi in atto o pregressi.

Per quanto attiene alle norme sanitarie che riguardano le certificazioni e la tutela delle attività sportive agonistiche, come già premesso, si fa riferimento ad Decreto del Ministero della Sanità del 18 febbraio 1982 (integrato e rettificato a mezzo del Decreto 28 febbraio 1983). Lo stesso Ministero della Sanità, allo scopo di uniformare il comportamento normativo delle varie Regioni ha, successivamente, emesso la Circolare 18/03/1996 n. 500.4 dal titolo "Linee guida per un'organizzazione omogenea della certificazione di idoneità alla attività sportiva agonistica".

Viene, anzitutto, ribadito che devono ottenere il "certificato di idoneità sportiva agonistica" tutti coloro che praticano attività sportive qualificate come agonistiche dalla Federazioni Sportive Nazionali, dal CONI, dagli Enti sportivi riconosciuti oltre ai partecipanti alle fasi nazionali dei Giochi della Gioventù.

Il criterio per determinare il "tesseramento agonistico" di un atleta è, quindi demandato ad ogni singola Federazione Sportiva Nazionale e, quasi di regola, si tratta di un criterio meramente anagrafico. Per meglio rendersi conto della realtà, riporto alcuni esempi di età di ingresso nell'attività agonistica (7-8-9):

- 7 anni:** hockey su pista, moto minicross, pattinaggio artistico, tennis da tavolo;
- 8 anni:** bocce, ginnastica, karting, nuoto, pattinaggio su ghiaccio, scherma;
- 9 anni:** baseball, canottaggio, sci (alpino e nordico), vela;
- 10 anni:** hockey su prato, pentathlon, tennis;
- 12 anni:** calcio, judo e sport marziali, pallacanestro, pallavolo, rugby, atletica leggera;
- 14 anni:** moto enduro-cross trial e velocità, pugilato, tiro a volo

Rimane inteso, tuttavia, che le diverse fasce di età sopra ricordate sono sempre suscettibili di modifiche e revisioni a discrezione di ciascuna Federazione. Il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica è, comunque, demandato **esclusivamente** al medico specialista in Medicina dello Sport operante nelle strutture pubbliche o in quelle private autorizzate che, in relazione alle varie normative regionali, possono essere:

- Centri asl
- Centri pubblici non asl (ospedali, università)
- Centri privati accreditati o convenzionati
- Specialisti esterni accreditati o convenzionati

Il più volte citato DM 18 febbraio 1982 prevede esplicitamente (all'art. 3), per i soggetti interessanti ad ottenere il certificato di idoneità allo sport agonistico, di sottoporsi agli accertamenti sanitari elencati in un apposito protocollo clinico-diagnostico allegato al DM stesso. Implicitamente ne consegue l'obbligo, per il medico certificatore, di attenersi al protocollo medesimo, la cui procedura rappresenta un complesso di condizioni necessarie e sufficienti per proferire il giudizio conclusivo di idoneità.

Il protocollo di cui sopra è costituito da due allegati: "allegato 1", nel quale sono rispettivamente elencati i controlli sanitari previsti e la loro periodicità in relazione ai diversi sport praticabili, che vengono raggruppati in due distinte categorie (elencate in Tabella "A" e Tabella "B") e "allegato 2" in cui vengono riprodotti i modelli di scheda valutativa (Modello "A" e Modello "B") che dovranno essere compilati dal medico visitatore a conclusione della visita stessa.

Gli accertamenti sanitari richiesti per i praticanti le attività sportive elencate in Tabella "A" sono (10-11-12):

1. visita medica
2. esame completo delle urine
3. elettrocardiogramma a riposo

Per coloro che, viceversa, sono interessati a praticare le attività agonistiche elencate in Tabella "B" gli accertamenti sanitari necessari consistono in:

1. visita medica
2. esame completo delle urine
3. elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo
4. pirografia

In calce all'allegato 1 vengono, inoltre, riportate alcune "note esplicative", che forniscono ulteriori importanti indicazioni. Per quanto riguarda la "visita medica" viene infatti specificato che essa deve inderogabilmente comprendere:

- l'anamnesi
- la determinazione del peso corporeo (in Kg) e della statura (in cm)
- l'esame obiettivo con particolare riguardo agli organi e apparati specificamente impegnati nello sport praticato
- l'esame generico dell'acuità visiva mediante ottotipo luminoso
- l'esame del senso cromatico (solo per gli sport motoristici)
- il rilievo indicativo della percezione della voce sussurrata a m 4 di distanza, quando non è previsto l'esame specialistico ORL.

Viene, infine, decretato che ogni sport non contemplato nelle Tabelle "A" o "B" venga assimilato, ai fini degli accertamenti e certificazioni sanitarie, a quello che risulta ad esso più affine tra quanti ufficialmente previsti.

Sempre nell'ambito dei praticanti attività sportiva agonistica viene fatta un'ulteriore distinzione tra (13):

- Dilettanti
- Professionisti

Lo status di sportivi professionisti è riconosciuto (art. 2 della Legge 23 marzo 1981 n. 91) agli atleti, agli allenatori, ai direttori tecnicosportivi e ai preparatori atletici, che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, con l'osservanza delle direttive emanate dal CONI stesso per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica. Molto più semplicemente, *gli atleti professionisti sono quelli legati da un rapporto di lavoro subordinato con la Società Sportiva*. Per tutti costoro, l'attività professionistica è subordinata al possesso da parte dell'atleta della "**scheda sanitaria**" (art. 7 comma 2, Legge 23 marzo 1981 n. 91), che accompagnerà l'atleta stesso per tutta la durata della sua attività sportiva e sarà aggiornata, con periodicità almeno semestrale, salve le diverse disposizioni emanate dalle varie Federazioni.

Esaurita, a questo punto, la pur ampia panoramica sulla certificazione medico-sportiva, come previsto dalla normativa vigente, può essere interessante qualche considerazione su aspetti particolari di tutela sanitaria dei giovani che, comunque, praticano attività al di fuori dello sport organizzato, bensì presso circoli sportivi, palestre, centri fitness. È bene chiarire che, il certificato medico non costituisce, dal punto di vista normativo, la *condicio sine qua non* per lo svolgimento di attività fisica in palestra. Infatti, nella legislazione attualmente vigente in Italia manca qualsiasi prescrizione in tal senso, pertanto la scelta sulle modalità attraverso le quali verificare l'idoneità fisica del fruitore dei servizi della palestra o del centro fitness è lasciata esclusivamente al gestore dell'impianto. Si tratta di un vuoto normativo particolarmente grave (14): da una parte, infatti, l'attuale sistema va chiaramente a scapito dell'integrità dello sportivo; dall'altra è forte il rischio che si verifichino disparità di comportamento, anche sotto il punto di vista di assunzione di responsabilità da parte del gestore/organizzatore. Attualmente, infatti, le scelte si indirizzano principalmente verso tre direzioni:

- a) i Centri più attrezzati e qualificati dispongono di personale medico interno, cui è demandata la verifica dell'idoneità del frequentatore;
- b) in alternativa viene richiesta la presentazione di un certificato di "sana e robusta costituzione";
- c) in casi non del tutto rari, le palestre si accontentano di far sottoscrivere al socio un'autocertificazione di assenza di impedimenti di natura sanitaria, con assunzione di responsabilità esclusiva e personale in caso di sinistri e, conseguente, esonerazione della palestra.

È quanto mai opportuno rimarcare, a tale proposito, la totale inutilità e illegittimità delle predette "autocertificazioni" e, a maggior ragione, delle "dichiarazioni di scarico di responsabilità". Deve essere ben chiaro, infatti, che tale procedura è da ritenersi:

1. illegittima, in quanto non prevista tra quelle tassativamente indicate nelle vigenti disposizioni in materia di autocertificazione;
2. illegittima e capziosa, in quanto sottoscrivendo una dichiarazione liberatoria lo sportivo riconosce, palesemente, la possibilità che dallo svolgimento di quella attività sportiva possa derivargli un danno e rinuncia, a priori, a richiedere dall'ente / società / comitato organizzatore qualsiasi risarcimento a fronte di tale eventuale danno;
3. illegittima e inutile dal momento che, nella fattispecie, o ci si trova in una condizione in cui la certificazione medica non è obbligatoriamente richiesta dalla normativa vigente oppure, se tale certificazione è obbligatoria, non può essere sostituita da qualsivoglia autocertificazione o dichiarazione di scarico di responsabilità.

È, per altro, evidente che nella malaugurata ipotesi di un sinistro che si sia verificato nel corso delle sedute in palestra, la dichiarazione di assunzione di responsabilità fatta sottoscrivere al cliente, non garantisce in alcun modo i titolari del centro sportivo rispetto all'eventualità di essere chiamati a rispondere in giudizio dell'accadimento in questione, a titolo di responsabilità civile: *l'unica vera possibilità di essere esonerati consiste, infatti, nel poter dimostrare di aver posto in essere tutti gli adempimenti necessari al fine di evitare il verificarsi dell'evento dannoso che, pertanto,*

deve essere considerato del tutto imprevedibile e fortuito.

In una trattazione sulla tutela sanitaria dei giovani atleti e sulla normativa riguardante la certificazione medico-sportiva, non si può fare a meno di accennare, seppure sommariamente, all'importante problematica riguardante sport e disabilità (15-17). Le enormi potenzialità esprimibili da coloro che per propria disavventura risultano essere "diversamente abili" vengono, infatti, ulteriormente confermate nel mondo dello sport dove, ormai in quasi tutte le specialità, esistono settori riservati ad atleti disabili capaci tuttavia, assai spesso, di fornire performance di livello assai elevato. Tale materia, per altro, è stata recentemente regolamentata dalla **Legge 5 luglio 2003 n. 189** ("Norme per la promozione della pratica dello sport da parte delle persone disabili"). È necessario anche segnalare che la FISD (Federazione Italiana Sport Disabili) attivamente promuove, diffonde e disciplina proprio l'attività sportiva di alto livello e paraolimpica dei disabili fisici, ciechi e mentali per oltre 25 diverse discipline sportive. In campo internazionale il massimo riferimento può essere considerato, invece, l'IPC (International Paralympic Committee) che, tra l'altro, ha organizzato con grande e scontato successo, nel corso degli anni, le diverse Paraolimpiadi (vale a dire le Olimpiadi riservate ai portatori di handicap).

Per quanto ci riguarda come medici (certificatori e non), dobbiamo anzitutto fare riferimento alla precedente **Legge 5 febbraio 1992 n.104** (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) dove, all'art. 2, leggiamo: "è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione".

La predetta legge stabilisce, inoltre, all'art. 23 che: "l'attività e la pratica sportiva sono favorite senza limitazione alcuna". Il successivo **DM 4 marzo 1993** recante "Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica agonistica alle persone handicappate" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18/03/1993 n. 64) ha consentito un più organico approccio alla tutela dello sport per i disabili, laddove cita: "Ai fini della tutela della salute, i soggetti portatori di un handicap fisico e/o psichico e/o neurosensoriale, che praticano attività sportiva agonistica, devono sottoporsi previamente al controllo della idoneità specifica allo sport che intendono svolgere o che svolgono. Tale controllo deve essere ripetuto con periodicità annuale o inferiore quando ritenuto necessario dai sanitari. La qualificazione di agonista per i portatori di handicap che praticano attività sportiva è demandata alla federazione Italiana Sport Disabili (FISD) o agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI".

Anche per la valutazione dell'idoneità agonistica allo sport del portatore di handicap ci si deve riferire a due specifiche Tabelle "A" e "B" (diverse da quelle di cui ad DM 18/02/1982, prima ricordate) ancora una volta suddivise in rapporto al minore o maggiore impegno cardiovascolare e respiratorio. I medici incaricati del giudizio di idoneità sono gli stessi già individuati per la certificazione agonistica e i certificati medesimi non si differenziano che per la specificazione "adatto ad atleti disabili", nonché per la delimitazione cronologica di validità di un anno o di sei mesi, con chiara indicazione, sul certificato, della relativa scadenza.

Nel concludere questa rassegna sulla certificazione medico-sportiva è necessario fare cenno anche alla normativa riguardante la dispensa dalle lezioni di educazione fisica che, non raramente, coinvolge le competenze professionali del medico di famiglia e/o del pediatra. A tale proposito, il primo rilevante riferimento normativo è rappresentato dalla legge **7 febbraio 1958 n. 88** che, all'art. 3, cita testualmente "il capo di istituto concede esoneri temporanei o permanenti, parziali o totali per provati motivi di salute, su richiesta delle famiglie degli alunni e previi gli opportuni controlli medici sullo stato fisico degli alunni stessi". La successiva **C.M. 3 ottobre 1959, n. 401, prot. N. 10168** entrando nel merito specifica, all' art. 1, che "Il capo di istituto potrà prescindere dai controlli medici quando trattasi di alunni che presentino gravi menomazioni o difetti fisici, congeniti o acquisiti, di immediata evidenza". La predetta circolare ministeriale specifica, in seguito, che "Gli accertamenti, ai fini dell'esonero, sono affidati al sanitario addetto al servizio medico-scolastico, ove esista, o a un medico di fiducia dell'Amministrazione scelto dal capo d'istituto.....Ove, in base agli accertamenti eseguiti, ritenga comprovato l'impedimento, il capo d'istituto, sentito il parere dell'insegnante di educazione fisica, specialmente per quanto concerne la dispensa da determinate esercitazioni, dispone la concessione dell'esonero". L'esonero dalle lezioni di educazione fisica potrà, inoltre, essere:

- **totale**, quando esclude l'alunno sia dalle lezioni che dalle prove di esame e la sua validità potrà essere permanente o temporanea;
- **parziale**, anche in questo caso temporaneo o permanente, ha il limitato effetto di escludere l'alunno da determinati esercizi, fermo restando l'obbligo di frequentare le lezioni e/o di partecipare alle prove di esame. Nel proporre un esonero dall'educazione fisica ogni medico coinvolto nella relativa certificazione dovrebbe, prioritariamente, riflettere su quanto puntualmente specificato, a proposito di tale insegnamento,

nel **D.M. 9 febbraio 1979**: "L'educazione fisica, nella peculiarità delle sue attività e delle sue tecniche, concorre a promuovere l'equilibrata maturazione psico-fisica, intellettuale e morale del preadolescente e un suo migliore inserimento sociale mediante la sollecitazione di un armonico sviluppo corporeo
 . I vari insegnamenti esprimono modi diversi di articolazione del sapere, di accostamento alla realtà, di conquista, sistemazione e trasformazione di essa e, a tal fine, utilizzano specifici linguaggi che convergono verso un unico obiettivo educativo: lo sviluppo della persona nella quale si realizza l'unità del sapere". Per altro, è da tenere presente che l'istanza di esonero dall'educazione fisica, per quanto regolarmente documentata e accolta, non dovrebbe senz'altro esimere l'alunno dalla partecipazione alle relative lezioni: sarebbe, infatti, cura del docente preposto di coinvolgere gli alunni esonerati dalle esercitazioni pratiche, sia negli aspetti teorici che nei vari momenti interdisciplinari del proprio insegnamento anche sollecitandone il diretto intervento e l'attiva partecipazione in compiti di giuria o di arbitraggio o, più in generale, nell'organizzazione delle varie attività (**C.M. 17 luglio 1987, n. 216, prot. n. 17771/A**).

A conclusione di questa lunga e complessa rassegna sulla certificazione medico-sportiva desidero fare due (per altro ovvie e scontate) raccomandazioni. La prima, rivolta ai colleghi pediatri e medici di famiglia, è che le certificazioni di sana e robusta costituzione non

vengano mai rilasciate con eccessiva disinvoltura quasi fossero atti dovuti o mere formalità. Ogni certificazione deve scaturire, viceversa, da un'attenta anamnesi mirata, seguita da una visita medica quanto più è possibile accurata e completa, che tenga nel massimo conto le valutazioni auxologiche nonché le caratteristiche psico-emozionali e relazionali del giovane.

La seconda, indirizzata agli istruttori, allenatori, preparatori, dirigenti sportivi e insegnanti è di tenere bene a mente che non si può considerare alla stessa stregua il bambino, il ragazzo e l'adulto e che se nell'atleta maturo l'attività sportiva ha finito con l'assumere i connotati di una vera e propria impresa sperimentale volta ad esplorare i limiti della "macchina umana", tale impostazione non può, ovviamente, essere mai giustificata durante l'età evolutiva dove, tra l'altro, di estrema importanza è sempre la determinazione della cosiddetta età biologica del ragazzo, ossia delle sue peculiarità somato-evolutive che, come è noto, possono variare enormemente da un soggetto all'altro anche a parità di età anagrafica (18).

Bibliografia

1. Masciovecchio P. Il certificato medico. In Guida all'Esercizio professionale per i Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri – IV Edizione – pag. 358, Ed. Medico Scientifiche, Torino 2006.
2. Umani Ronchi G, Bolino G, Lendvai D. Nozioni medico-legali rilevanti nell'attività pediatrica. Edizione riservata a cura di Plasmon SpA. Ancora Arti Grafiche Ed. Milano, 2002.
3. Umani Ronchi G, Bolino G. La medicina dello sport nell'ambito delle attività del servizio sanitario nazionale. Aspetti medico-legali. International Conference A Forensic Approach in Sport Medicine. Castiglion della Pescaia 15-17 maggio 1997.
4. Barni M. Diritti e doveri, responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto. Giuffrè Ed. Milano, 1999.
5. Caldarone G, Giampietro M. Età evolutiva e attività motorie. Istituto di Scienza dello Sport CONI. Mediserve Ed. Milano, 1997.
6. AA Vari. Legislazione e normativa riferita allo sport. In: Scuola dello Sport. CONI Ed. Roma, 1986.
7. Di Nella L. Il fenomeno sportivo nell'ordinamento giuridico. Edizioni Scientifiche Italiane Napoli, 1999.
8. De Rosa C, Di Mizio G, Ricci P. La certificazione per l'idoneità alla pratica sportiva: aspetti normativi e medico-legali. Difesa Sociale 2004; 84:75-80.
9. Antonioti F, Di Luca NM. Medicina legale e delle assicurazioni nello sport. SEI Ed. Roma, 1996.
10. AA Vari. La tutela sanitaria delle attività sportive. <http://www.medicinadello sport.fi.it/Tutelasanitaria.htm>
11. Corrado D, Basso C, Pavei A et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. JAMA 2006; 296:1593-1601.
12. Carletti M. Memorex - Idoneità sportiva. EdiErmes Ed. Milano, 2001.
13. Gambarara D. L'idoneità agonistica. <http://www.webalice.it/danilo.gambarara/idoneitagonistica.htm>
14. Albanese G. In palestra certificato medico necessario ma non obbligatorio. <http://www.nonsolofitness.it/articoli/articoli.asp?articolo=64>
15. FISD, Federazione Italiana Sport Disabili. <http://www.fisd.it>
16. IPC, International Paralympic Committee. <http://www.paralympic.org>
17. Schwarzenberg TL. L'adolescente diversamente abile. Riv Ital Med Adolesc 2005; 2:11-17.
18. Schwarzenberg TL, Canibus R, Roscetti C et al. Giovani e tempo libero: indagine conoscitiva sull'impegno nelle attività fisico-sportive di un campione di adolescenti laziali. In Atti del Convegno "Adolescenza: un problema sociale". Sorrento 25-26 marzo 1988, pag. 167 - Pozzi Ed. Roma, 1990. AA Vari. Nascita dei Giochi Sportivi Studenteschi. <http://team4sb.altervista.org/fuoriclassecup/storiagiochisportivi.html>

ALLEGATI

Allegato 1*

Modulo per la richiesta di visita medico sportiva per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica

Intestazione Scuola o Istituto _____

Chiede

Per il proprio allievo _____

Nato a: _____ Il _____

Residente a: _____ via _____ N° _____

ad attività fisico-sportiva in ambito parascolastica

alle fasi dei Giochi della Gioventù precedenti quella nazionale

alle fasi dei Campionati Studenteschi precedenti quella nazionale

Una visita medica e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica ai sensi dell'Art. 2 del Decreto Ministeriale 28 febbraio 1983.

Data _____

Timbro della Scuola _____ Firma del Dirigente Scolastico _____

*Per il rilascio dei certificati di idoneità all'attività sportiva "non" agonistica si fa sempre riferimento al Decreto del Ministero della Sanità 28 febbraio 1983 recante "Norme per la tutela delle attività sportive non agonistiche", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 15/03/1983, n. 70. Non rientrano, di regola, tra i soggetti che devono sottoporsi a visita: coloro che svolgono attività motoria e di educazione fisica durante l'orario scolastico; coloro che partecipano individualmente e occasionalmente a manifestazioni (indivisi da enti o associazioni di qualsiasi natura; coloro che praticano attività motorie a/o agonistiche individuali. Il certificato di "Stato di buona salute" necessario per l'espletamento delle attività sportive non agonistiche deve essere richiesto dalle strutture che ne sono coinvolte e, in qualsiasi caso, vale a dire:

1. Scuole dove i soggetti risultano iscritti (allegato 1); 2. Società sportive di appartenenza (allegato 2)

Allegato 2

Modulo per la richiesta di visita medico sportiva per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica

La Società Sportiva

Affiliata a: Federazione sportiva Nazionale Ente Promozione Sportiva riconosciuto

Chiede

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ Il _____

Residente a: _____ via _____ N° _____

Una visita medica e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica ai sensi dell'Art. 2 del Decreto Ministeriale 28 febbraio 1983.

Data _____

Timbro della Società Sportiva _____ Firma del Presidente della Società _____

Allegato 3

Regione _____ A.S.L. _____

Certificato di stato di buona salute
(Art. 2 D.M. 29 febbraio 1993)

Cognome _____
Nome _____
Nato a _____
Il _____
Residente/Domiciliato a _____
n. iscrizione al S.S.N. _____
Codice Fiscale _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche purché adeguate all'età e dopo opportuno allenamento.*

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ Il _____
Il medico
(timbro e firma leggibile del medico)

*La parola "purché adeguate all'età e dopo opportuno allenamento" non è, in realtà, prevista dal formulario ufficiale, tuttavia risulta quanto mai indicata, qualora si ritenga di dover coinvolgere e responsabilizzare il modo concitato la Società Sportiva o l'Istituto Scolastico che hanno fatto richiesta di certificazione.

Allegato 4*

Modulo per la richiesta di visita medico sportiva per l' idoneità all'attività sportiva agonistica

IL C.O.N.I. _____

Chiede _____

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ I _____

Residente a: _____ via _____ N° _____

Ammesso alle fasi nazionali dei Giochi della Gioventù/Campionati Studenteschi

Una visita medica sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi della vigente normativa.

Data _____

Timbro del C.O.N.I. _____ Firma del Delegato C.O.N.I. _____

*La normativa riguardante il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica fa riferimento a: Decreto-legge 20 dicembre 1970, n. 663, convertito in legge n. 20/90, Legge n. 28 del 29 febbraio 1991, Decreto del Ministero della Sanità 18 febbraio 1992, pubblicato in G.U. n. 62 del 15/3/92; Circolare n. 7 del Ministero della Sanità del 31 gennaio 1993; Decreto Ministeriale del 26 febbraio 1993 recante "Integrazione e ratifica al decreto ministeriale 18 febbraio 1992, concernente norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica"; Deliberazioni e circolari regionali specifiche.

Modulo per la richiesta di visita medico sportiva per l' idoneità all'attività sportiva agonistica

La Società Sportiva _____

Affiliata a: Federazione sportiva Nazionale Ente Promozione Sportiva riconosciuto

Chiede

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ il _____

Residente a: _____ via _____ N° _____

Una visita medica e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport

Prima affiliazione

Rinnovo

Visita di controllo

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta è compresa nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data _____

Timbro della Società

Firma del Presidente della Società

*La richiesta della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica può essere inoltrata, utilizzando la presunta modulistica, dal CONI, dalle Società sportive, dalle Scuole come anche a titolo individuale (per concorsi, attività non gestite dal CONI né da Enti di promozione o Società Sportive, o per automobilismo con riferimento alla Commissione Sportiva Automobilistica Italiana dell'ACI).

Regione _____ Azienda A.S.L. _____

Modulo per la richiesta di visita medico sportiva per l' idoneità all'attività sportiva agonistica

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Comune _____ Prov. (_____) _____

Chiede

La visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica:

Sport _____

Ad uso (Bando di Concorso, ecc.) _____

Licenza CSAI per Automobilismo _____

Altro _____

Prima affiliazione

Rinnovo

Visita di controllo ai sensi delle lettere D e E delle note esplicative dell'allegato 1 del D.M. 18/02/1982

Dichiara sotto la propria responsabilità che l'attività praticata rientra nello sport agonistico ai sensi della vigente normativa.

Data _____

Firma dell'Atleta

Regione _____ ASL _____

Tutela sanitaria delle attività sportive

Certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica
(D. M. Sanità 16/2/82 - Circ. n. 7 Min. Sanità 31/1/83 - D. M. Sanità 30/2/83)

Cognome _____
 Nome _____
 Nato a _____
 Il _____
 Residenza e/o domicilio _____
 Documento d'identità _____
 Sport per cui è stata richiesta la visita _____
 Società sportiva di appartenenza _____

 (denominazione e indirizzo)

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva di cui sopra.

Il presente certificato ha validità di _____
 e scadrà il _____

Data: _____

Il medico _____

 (timbro e firma leggibile del medico)

Regione _____ ASL _____

Tutela sanitaria delle attività sportive

Certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica
(D. M. Sanità 16/2/82 - Circ. n. 7 Min. Sanità 31/1/83 - D. M. Sanità 30/2/83)

Cognome _____
 Nome _____
 Nato a _____
 Il _____
 Residenza e/o domicilio _____
 Documento d'identità _____
 Sport per cui è stata richiesta la visita _____
 Società sportiva di appartenenza _____

 (denominazione e indirizzo)

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti viene dichiarato non idoneo/sospeso alla/dalla pratica sportiva di cui sopra per:

Data: _____

Il medico _____

 (timbro e firma leggibile del medico)

Nota bene: In caso di ricorso l'atleta è tenuto ad allegare l'originale della busta con timbro postale da quale risulti la data di recapito del presente certificato. Il ricorso deve essere presentato entro e non oltre trenta giorni dalla data del timbro postale di cui sopra.