

# CIRCOLARI

## MINISTERO DELLA SANITÀ

CIRCOLARE 18 marzo 1996, n. 500.4/MSP/CP/643.

### Linee guida per un'organizzazione omogenea della certificazione di idoneità alla attività sportiva agonistica.

Le singole regioni e le province autonome, in base alle risorse disponibili, d'intesa con il C.O.N.I., scelgono la soluzione più idonea per l'accertamento dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica nel loro territorio, secondo tre possibili moduli organizzativi, anche tra loro complementari, costituiti:

- 1) dai servizi pubblici di medicina dello sport;
- 2) dai centri privati autorizzati e accreditati ai sensi di legge;
- 3) dai singoli specialisti in medicina dello sport autorizzati a svolgere l'attività certificatoria in quanto operanti in locali adeguati.

Le tariffe per il rilascio della certificazione sono quelle stabilite dalle regioni e dalle province autonome nel rispetto della vigente normativa in materia. In attesa della definizione da parte delle stesse del tariffario regionale si applica, per i centri e gli specialisti di cui ai punti 2 e 3, il tariffario così come definito nell'allegato A.

Le regioni e le province autonome, pertanto, coerentemente e conseguentemente:

nel caso di strutture pubbliche e private definiscono ed applicano criteri di accreditamento, in osservanza alle prescrizioni della legislazione di riordino del sistema sanitario;

nel caso dei singoli medici identificano, tramite specifici elenchi aperti, gli specialisti titolari della funzione.

Il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica è demandato, esclusivamente, al medico specialista in medicina dello sport (ovvero al medico in possesso dell'attestato di cui all'art. 8 della legge n. 1099/1971, antecedente l'istituzione delle scuole di specializzazione) operante all'interno di studi medici, ambulatori, centri, in possesso di precisi requisiti di organizzazione, strutture ed attrezzatura in rapporto alla tipologia delle visite che intendono effettuare in base ai protocolli previsti dai decreti ministeriali 18 febbraio 1982 e 4 marzo 1993.

Ai sensi degli orientamenti attuali in tema di formazione permanente del medico dello sport, si ritiene che utile elemento possa essere rappresentato dalla qualifica di socio ordinario della F.M.S.I., in quanto tale qualifica rappresenta l'elemento dal quale desumere la partecipazione alle iniziative scientifiche ed operative promosse dalla F.M.S.I.

L'autorizzazione a svolgere l'attività certificatoria da parte delle strutture pubbliche o private, comporta, comunque, che la visita clinica e la valutazione globale degli accertamenti nonché l'atto certificatorio siano effettuati nelle sedi autorizzate esclusivamente e personalmente dallo specialista in medicina dello sport, in quanto tale attività, avendo quale suo adempimento conclusivo la redazione di una certificazione con valore medico-legale, comporta la riconduzione in capo al professionista delle eventuali conseguenze giuridiche derivanti dalla redazione del certificato. Così pure, quando tale attività è svolta da singoli specialisti in medicina dello sport autorizzati, occorre che essa sia effettuata da questi personalmente e non delegata ad altri, e nei locali dichiarati idonei.

Le modalità di effettuazione delle visite per la certificazione conseguente risultano dal testo del decreto ministeriale 18 febbraio 1982 (Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica).

Salvo precise norme delle federazioni sportive di appartenenza, la richiesta di visita medico sportiva, per il rilascio della idoneità alla pratica sportiva agonistica, deve essere formulata dal presidente della società sportiva di appartenenza dell'atleta, secondo il fac-simile di cui all'allegato 2 della circolare del Ministero della sanità n. 7 del 31 gennaio 1983 di applicazione del decreto ministeriale 18 febbraio 1982.

In linea generale e di principio, la competenza per il giudizio di idoneità (o non idoneità) e conseguente rilascio dei relativi certificati nonché per l'eventuale ricorso alle commissioni di appello, è regionale, riferita, quindi, al luogo di residenza dell'atleta e, comunque, non eccedente il territorio regionale. L'eccezione è ammessa solo nei casi in cui l'atleta ha domicilio precario diverso per motivate ragioni di tesseramento sportivo.

Le regioni e le province autonome dovranno assicurare, attraverso appositi strumenti operativi, la dovuta tempestività dei relativi adempimenti, nonché gli opportuni immediati riscontri onde evitare, tra l'altro, certificazioni multiple.

Ai fini di cui sopra, si ritiene che le regioni e le province autonome emanino disposizioni atte a consentire l'istituzione di un'anagrafe degli specialisti abilitati al rilascio di certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, assegnando ad ognuno un codice identificativo regionale.

Nel caso in cui non venga riconosciuta l'idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, il relativo certificato, con l'indicazione della diagnosi che ha motivato l'esito negativo, è inviato, entro cinque giorni dalla data di rilascio, all'interessato ed all'assessorato regionale alla sanità.

Alla società sportiva di appartenenza, invece, è trasmesso il certificato senza indicazioni della diagnosi.

Si ritiene, inoltre, opportuno suggerire l'istituzione presso ciascuna regione e provincia autonoma di un comitato di controllo per la medicina dello sport composto da:

- a) due rappresentanti della regione (un funzionario ed un esperto scelto tra gli operatori dei servizi pubblici di medicina dello sport);
- b) un rappresentante designato dall'ordine dei medici del capoluogo regionale;
- c) un rappresentante designato, su base regionale, dalla F.M.S.I.;
- d) un rappresentante designato, su base regionale, dal C.O.N.I.

Tale comitato, in aderenza alle direttive regionali, avrà compiti di controllo e di vigilanza sulle attività svolte dalle strutture e/o dagli specialisti titolari della funzione, in materia di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Fra i compiti di vigilanza e di controllo della componente medica del comitato, va incluso anche il controllo di qualità dell'attività dei medici specialisti in medicina dello sport, da realizzarsi in termini di prestazioni effettuabili e prestazioni realmente effettuate nell'orario di attività.

Si suggerisce, inoltre, che, per iniziativa delle regioni e delle province autonome, venga istituito un'osservatorio epidemiologico regionale delle patologie che precludono l'esercizio dell'attività sportiva agonistica o che da questo ne conseguono.

Compatibilmente con le esigenze e le effettive disponibilità di specialisti sul territorio, si raccomanda alle regioni di evitare che lo stesso specialista venga ad operare in più sedi distinte e, comunque, verificare che lo stesso non versi in condizioni di incompatibilità.

La consulta permanente per la medicina dello sport suggerisce, inoltre, che le regioni e le province autonome, in collaborazione con il C.O.N.I., si attivino, dandone notizia al competente servizio per la vigilanza sugli enti del Ministero della sanità, per l'istituzione di un libretto sanitario sportivo, strettamente personale, ad uso me-

dico sportivo, sul quale il medico certificante l'idoneità alla pratica sportiva agonistica dovrà annotare:

- a) le generalità dell'atleta;
- b) lo sport praticato;
- c) la società sportiva di appartenenza;
- d) la data della visita di idoneità;
- e) gli accertamenti eseguiti;
- f) l'esito finale della visita;
- g) le visite di controllo;
- h) la data dell'effettuazione dell'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica.

Il libretto sanitario sportivo, stampato su modello standard, è strettamente personale.

In conclusione, le varie soluzioni organizzative possono essere comunque valide con possibilità di reciproca convivenza sul territorio nazionale e le scelte potranno essere diverse a seconda delle esperienze man mano acquisite e delle situazioni e necessità emergenti. È importante mantenere la funzionalità, considerando che lo scopo fondamentale di qualsiasi sistema organizzativo è il conseguimento di tre obiettivi comuni:

- a) facilità di accesso alle visite, in modo che un numero sempre maggiore di atleti possa essere sottoposto alla visita annuale;
- b) snellezza e rapidità nelle procedure;
- c) monitoraggio sistemico regionale, ed in prospettiva nazionale, dei soggetti abilitati alla pratica sportiva agonistica suddivisi per tipologia di sport, per età e per sesso.

Il Ministro: GUZZANTI

ALLEGATO A

Le regioni e le province autonome d'intesa con il Ministero della sanità, con il C.O.N.I. e la F.N.O.M.C. e O., definiscono un tariffario di riferimento nazionale, che possa salvaguardare la funzione sociale delle attività sportive agonistiche, da applicarsi in ambito regionale, ove non sia già stato adottato e sino a quando le regioni e le province autonome non avranno stabilito le tariffe nel rispetto della vigente normativa in materia.

95A228