

SILVIA HEMMELER BENINI

*L'OPERATO DELLA COMMISSIONE MEDICA D'APPELLO DELLA  
REGIONE MARCHE AVVERSO I CERTIFICATI DI INIDONEITÀ ALLO  
SPORT AGONISTICO NEL QUINQUENNIO 1986 - 1991.*



SOMMARIO: I: Introduzione. II: I fondamenti giuridici e dottrinali; 1. La legislazione; 1.1. La legge dello Stato; 1.1.1. La Costituzione ed i principi di diritto comunitario ed internazionale; 1.1.2. Profilo storico-normativo della tutela sanitaria delle attività sportive; 1.1.3. La tutela sanitaria dello sport agonistico e non agonistico; 1.1.4. Il Codice deontologico; 1.1.5. Considerazioni circa gli accertamenti di idoneità introdotti dalla normativa sulla tutela sanitaria delle attività sportive; 2. Il giudizio idoneativo; 2.1. Il concetto di idoneità; 2.2. La responsabilità professionale del medico certificante l'idoneità all'attività sportiva agonistica; 2.3. La Commissione medica regionale e il procedimento di ricorso avverso il diniego d'idoneità alla pratica sportiva agonistica. III: La casistica; 1. Premessa; 2. Consistenza dell'Archivio dell'Assessorato della Sanità della Regione Marche; 2.1. I certificati di non idoneità. - Lettura della casistica per una prima valutazione del problema; 2.2. I ricorsi della Commissione medica regionale. - Esposizione e commento dei risultati; 3. Analisi comparativa dei certificati e dei ricorsi; 4. Prospettive.

## **I. INTRODUZIONE (1)**

È pressoché generalmente riconosciuta la rilevanza pubblicistica dell'ordinamento giuridico sportivo, originario ed autonomo, ed appare lontano il tempo in cui, si tratta degli inizi del secolo, esso si presentava come un ordinamento in via di formazione, del quale erano poco conosciuti gli istituti di base, incerti gli elementi organizzativi, oscuro se non ignoto il corpo della normazione (2). Per l'ordinamento statale, inoltre, la pratica sportiva si è a lungo collocata sul piano della indifferenza o della estraneità. Se si eccettua il riconoscimento di rilevanza attenuata attribuito ai giochi di "esercizio del corpo" (art. 1803 c.c. del 1865), il primo ignorava la seconda che rientrava in una delle tante possibili espressioni dell'agire lecito, rilevando solo nella misura in cui potesse, col suo esercizio, ledere diritti o interessi di terzi mettendone persino in dubbio, allora, la liceità (3).

Il progressivo sviluppo della pratica sportiva a cerchie sempre più ampie di soggetti determinava ben presto il sorgere di numerosi problemi organizzativi e normativi. Tra i primi si imponeva la necessità di dare una adeguata organizzazione a quelle attività talvolta rischiose per l'icolumità dei praticanti e dei terzi. Venivano poi in rilievo altri aspetti oltre a quello tradizionale della pericolosità: la valenza politica o militare, igienica, educativa e finanche economica. Contestualmente, si verificava un progressivo

interesse dello Stato per il fenomeno sportivo ed alla corrispondente emersione di esso come ordinamento giuridico autonomo, riconosciuto dall'ordinamento statale che ne ha evidenziato l'alta utilità sociale (4).

L'aspetto organizzativo da privatistico e quindi basato sull'iniziativa e lo spontaneismo amatoriale di pochi, si è radicato nello Stato e nelle sue istituzioni divenendo uno di quei fini su cui si fonda il consorzio socio-politico.

Oggi nessuno dubita più della liceità dell'attività sportiva (anche se violenta), tra l'altro riconosciuta e disciplinata da molteplici leggi dello Stato, anzi si affida ad essa il ruolo di stimolo al progresso fisico, psichico e morale dei cittadini (5), ma anche quello di valido mezzo di progressivo miglioramento della qualità della vita.

Proprio in questa linea, negli ultimi decenni, due importanti interventi legislativi statali hanno contribuito all'evoluzione del fenomeno sportivo.

L'uno è il D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 che ha attribuito, tra l'altro, alle regioni e ai comuni (artt. 56 e 60) la "promozione delle attività sportive" in modo da assicurare le condizioni di base affinché i cittadini possano svolgere l'attività sportiva in ogni sua forma curandone l'igiene e la tutela sanitaria.

L'altro è la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che ha istituito il S.S.N. le cui attività sono rivolte alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutti i cittadini.

I due interventi riformatori acquistano vieppiù importanza in quanto interdipendenti: lo sviluppo della pratica sportiva nel Paese assicura una benefica azione ai fini della prevenzione, mentre l'attività del S.S.N., fra i cui obiettivi sono espressamente previste la medicina dello sport e la tutela sanitaria delle attività sportive, può garantire il perseguimento di tale finalità.

Si riconosce oggi lo sport come fatto che risponde alla necessità biologica di preservare l'equilibrio fisiologico degli individui minacciati, nella moderna società industrializzata, da carenze di esercizio. Esso aggiunge al necessario movimento una utilità peculiare in quanto soddisfa l'insopprimibile istinto di libertà che è in ogni individuo completando, con l'equilibrio psichico, il miglioramento dello stato di salute del soggetto. Diviene perciò strumento di perfezionamento e progresso della salute, ma anche mezzo di prevenzione. Per tutte queste ragioni non può non avere interrelazioni con la medicina che assolve anch'essa ad un'importante opera preventiva e lo considera nel più ampio ambito della tutela sanitaria delle attività sportive.

Il fenomeno sportivo interessa la medicina sotto tre aspetti fondamentali:

- dal punto di vista di una assistenza medica che, assicurando a quanti prati-

- cano lo sport (in forma amatoriale o agonistica) le migliori condizioni fisiopsichiche, gli consentano di sopportare gli sforzi necessari per il conseguimento dei massimi risultati sportivi;
- dal punto di vista della prevenzione degli infortuni o malattie causate da un esercizio dell'attività sportiva non razionale, comunque, non sorvegliato con idoneo controllo medico;
  - dal punto di vista dell'indirizzo dell'attività sportiva nel senso più conveniente per il perfezionamento dell'efficienza fisica e morale dei cittadini.

Se si considera che quanti praticano attività sportiva con fine agonistico, gli atleti, sono animati in gara dall'impulso di oltrepassare il limite delle loro possibilità organiche per migliorare le prestazioni atletiche, appaiono evidenti, da un lato, la necessità di un controllo sanitario e, dall'altro, la difficoltà per coloro che attuano tale controllo di contemperare le varie esigenze sportive, mediche e sociali, in parte contrastanti. Per gli sportivi professionisti poi, per i quali lo sport, equiparato dal legislatore con Legge 23 marzo 1981, n.91 al lavoro, è fonte di cospicui guadagni, esiste un vero e proprio interesse a gareggiare anche per non disattendere le aspettative dei propri sostenitori, importante elemento che può incidere e sull'immagine dell'atleta e sulle possibili sponsorizzazioni.

Va inoltre considerato un altro aspetto del fenomeno sportivo, di rilievo nel discorso che qui ci interessa, quello del rischio. Come sostenuto da autorevole voce (6), lo sport moderno è spettacolare, tecnologico, sottoposto ai più evoluti e sofisticati ritrovati scientifici sia nelle tecniche di allenamento che di gara e, in quanto spettacolo, crea problemi di rischio per i gareggianti come anche per gli spettatori. Lo sport è quindi possibile fonte di accadimenti lesivi per la salute di chi lo pratica, conseguenze di molteplici cause riconducibili, in primo luogo, alla maggiore o minore pericolosità della disciplina praticata, in secondo luogo alle condizioni fisiche del soggetto.

Lo sport, di per sé, non è generalmente dannoso, anzi si è visto come anche sotto il profilo politico-sostanziale venga considerato giuridicamente lecito anche nelle sue forme più violente in quanto fattore di promozione della salute fisica e psichica. E' tuttavia certamente rischioso nel senso che, attraverso le debite sfumature e gradazioni rilevabili tra sport e sport o all'interno dei singoli sport, presenta un certo grado di rischio che, realizzandosi, può dare luogo a modificazioni peggiorative dello stato psico-fisico della persona, transitorie o permanenti, graduabili quantitativamente e clinicamente apprezzabili, dalle più lievi alle più gravi, ovvero cagionare la morte. Sotto questo profilo esistono tipi di sport altamente pericolosi il cui

esercizio si risolve in attività di carattere violento, quali il pugilato, la lotta ed altri sport così detti "di contatto" nei quali l'uso dei comportamenti violenti è espressamente consentito e ammesso dai regolamenti federali (7). Ma anche per gli altri sport, quali l'automobilismo e l'atletica leggera, ove l'uso della violenza non è consentito, esistono numerose cause di offesa all'incolumità dei competitori anche nel rispetto delle regole del gioco (8).

La dottrina, oramai concorde sull'ammissibilità delle attività sportive così dette violente, è ancor oggi divisa sulla punibilità o meno degli effetti lesivi di queste. Riguardo al primo aspetto va detto che la liceità dello sport può sostanzialmente ricondursi a fondamenti politico-sostanziali, quali l'utilità umana ravvisabile in vista del miglioramento della salute fisica e psichica dei cittadini, ovvero nella finalità di spettacolo perseguita dallo sport-impresa e professionistico. Sotto il profilo tecnico-formale a fondamento della liceità dello stesso sta la scriminante dell'art. 51 c.p. (Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), applicabile in quanto si tratta di attività giuridicamente autorizzata sulla base della citata Legge 16 febbraio 1942, n.426, istitutiva del C.O.N.I..

Quanto al problema della punibilità, è noto che la tesi negativa e maggioritaria si basa ora sulla già ricordata autorizzazione da parte dell'ordinamento sportivo nei limiti del c.d. "rischio consentito" (9) ora sul "consenso dell'avente diritto" (10).

Con riferimento alle condizioni fisiche del soggetto - e sempre in relazione alla sua pericolosità - rilevano l'età e la situazione generale di salute, con specifico riferimento agli apparati (come il sistema cardiovascolare e quello muscolare) più esposti alle sollecitazioni conseguenti ad una attività motoria diversa da quella imposta dalla vita quotidiana. Ma anche il grado di preparazione atletica, che deve essere correlata all'intensità dell'impegno fisico richiesto: ben diverso è il grado di preparazione che si richiede all'atleta professionista e a chi esercita lo sport per solo diletto.

Si deve inoltre sottolineare che esiste indubbiamente una "patologia da sport" (11) sia nella forma di entità morbose eziologicamente connesse con la pratica dello sport e assimilabili alle malattie professionali (come ad esempio accade nel pugilato), sia nella forma di "entità nosologiche non specificamente sportive ma anzi in sé e per sé indistinguibili dalle malattie comuni" che dalla pratica sportiva, se non assistite da una adeguata diagnosi e prevenzione, possono essere aggravate ed "assumere entità invalidante" (12).

L'intervento della medicina sportiva diviene pertanto momento essenziale e determinante per assicurare a quanti vogliono praticare attività sportiva una adeguata assistenza al fine di prevenire quegli eventi lesivi

della salute che è un bene costituzionalmente protetto e garantito come diritto fondamentale di ciascun individuo. Nella sua dimensione scriminante, la valutazione medica di idoneità che precede e legittima l'accesso allo sport costituisce il primo, necessario passo verso una adeguata e graduale profilassi; infatti, sebbene la medicina possa per molte patologie formulare dei giudizi definitivi, per molte altre situazioni patologiche è possibile solamente formulare delle indicazioni di massima da applicare a cura del singolo medico giudicante al singolo caso, pur non dimenticando la limitata validità temporale di tale giudizio, dal momento che le condizioni dell'atleta sono passibili di repentine modifiche, talvolta soltanto dopo una gara.

Data l'evoluzione del fenomeno sportivo e la sua crescente diffusione tra i giovani e gli adulti, si rende necessario, anche a seguito delle considerazioni sopra avanzate, un controllo pubblico della tutela sanitaria delle attività sportive, onde legittimare l'accesso alla pratica di esse. L'utente ha quindi il dovere di eseguire gli accertamenti richiesti dalla legge presso le strutture pubbliche o convenzionate legittimate a formulare i giudizi di idoneità. E' evidente che l'operato del medico chiamato alla valutazione dell'aspirante atleta è quanto mai articolato e non certo immune da possibili addebiti di responsabilità (per difetto di diligenza, prudenza o di perizia) in campo penale e civile.

Questa griglia di valutazioni può essere presa come base su cui fondare l'analisi dei parametri tecnico-giuridici seguiti per la valutazione della idoneità allo sport secondo un approccio anche medico-legale, in considerazione del fatto che ogni risultato diagnostico è utilizzato per fornire alla legge, e in ultima analisi alla società e all'individuo stesso, la garanzia della sussistenza di quei requisiti che rendono sicura oltreché lecita l'attività sportiva. Abbiamo analizzato l'operato della Commissione medica della Regione Marche, competente a decidere sui ricorsi avverso le certificazioni inidoneative, perché convinti che le implicazioni medico legali proprie dell'attività valutativa in questione assumono, in questo organismo, la loro massima rilevanza per la naturale appartenenza alla medicina legale (rappresentata come si vedrà più avanti nella Commissione) dei compiti valutativi di rilievo sanitario pubblico, specie se regolamentati da apposita disciplina. Lo studio intrapreso ci è servito anche per valutare l'adeguatezza della legislazione vigente in materia nonché delle strutture organizzative del settore in funzione degli obiettivi di assistenza e di prevenzione miranti allo stato di buona salute degli sportivi.

## II. I FONDAMENTI GIURIDICI E DOTTRINALI

### 1. La legislazione

#### 1.1 La legge dello stato

*1.1.1. La Costituzione ed i principi generali. I principi di diritto comunitario ed internazionale.*

I fondamenti della legislazione in materia di tutela sanitaria delle attività sportive sono da ricercarsi innanzitutto nella Costituzione della Repubblica.

Norma fondamentale di portata generale è l'art. 32 che riconosce la salute come "fondamentale diritto dell'individuo" ed affida il compito di tutela allo Stato nella sua dimensione individuale (diritto sostanziale) e collettivo, considerandolo anche come "interesse della collettività". La norma in oggetto traccia le finalità dell'azione dello Stato in difesa della vita e dell'integrità psico-fisica, ovvero del bene salute. Ma ne configura anche il limite laddove afferma che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". La riserva in oggetto garantisce la "pienezza" del diritto proclamato ponendo al legislatore stesso il limite invalicabile "del rispetto per la persona umana". Tale concetto è ribadito dall'art. 14, 3° comma, dove si afferma che "gli accertamenti e le ispezioni per motivi di sanità e di incolumità pubblica o a fini economici e fiscali sono regolati da leggi speciali".

Ai fini della nostra analisi hanno rilievo anche altre norme costituzionali di portata più generale che chiariscono, potremmo dire, lo "status" complesso del soggetto che pratica sport, che è al contempo cittadino e sportivo, soggetto cioè di due ordinamenti, quello statale e quello sportivo.

L'art. 2 "riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità". Lo sport, visto come attività nella quale la personalità dell'uomo offre parte della sua espressione (13), viene a costituire un terreno naturale per l'esercizio del potere-dovere dello Stato di ottenere e difendere i diritti inviolabili sopra menzionati.

L'art. 4 a sua volta, riconosce il diritto di ogni cittadino al lavoro ed impegna lo Stato a promuovere le condizioni che tale diritto rendono "effettivo", stabilendo inoltre che "ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e le proprie scelte, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società." (14).

Le attività sportive, siano esse professionistiche o dilettantistiche se



considerate ai massimi vertici, rientrano perfettamente nel dettato dell'articolo sia perché costituiscono un vero e proprio lavoro, sia per l'arricchimento sociale che ne consegue. L'emanazione della Legge 23 dicembre 1981, n. 91 conosciuta come "Legge sul professionismo" ha infatti equiparato la prestazione sportiva professionistica a quella lavorativa, coniando il termine sport-lavoro, con tutte le conseguenti implicazioni civilistiche sul piano della applicabilità al rapporto speciale (in quanto sportivo) della disciplina giuslavoristica. Ma ha anche innalzato lo sport al rango di un diritto costituzionalmente garantito.

Trasferendo l'argomento in ambito internazionale, i principi costituzionali ora richiamati costituiscono tanti punti che trovano una loro continuità ideale nella "Carta Internazionale dell'educazione fisica e dello sport" proclamata nel corso della XX sessione che l'Unesco tenne a Parigi (1978). I principi enunciati in questo documento hanno un contenuto sostanzialmente analogo a quelli sanciti nella "Carta europea dello sport per tutti" che la Conferenza dei ministri europei responsabili dello sport approvò nel 1975 a Bruxelles nelle Risoluzioni dell'Assemblea del Consiglio d'Europa n. 588 del 1970 e n. 682 del 1972.

In particolare, l'enunciato dell'art. 2 della Costituzione della Repubblica Italiana è ribadito nell'art. 1 della Carta internazionale dell'Unesco che definisce la pratica dello sport un "diritto fondamentale per tutti", che "è indispensabile allo sviluppo della sua personalità" (comma 2), mentre l'art. 2, comma 3 continua "a livello individuale, l'educazione fisica e lo sport contribuiscono alla preservazione e al miglioramento della salute, ad una sana occupazione del tempo libero, e permettono all'essere umano di adattarsi meglio agli inconvenienti della vita moderna. A livello collettivo arricchiscono i rapporti sociali e sviluppano lo spirito sportivo (*fair-play*) che al di là dello sport è indispensabile nella vita sociale".

Sulla linea dell'art. 4 Cost. sono l'art. 2 della "Carta europea" e la stessa Risoluzione dell'Assemblea del Consiglio d'Europa n. 588/70 che demandano allo Stato il compito di rendere effettivo il diritto allo sport attraverso proprie leggi: "Lo sport, in quanto fattore importante per lo sviluppo umano, deve essere incoraggiato e sostenuto in maniera appropriata con finanziamenti pubblici" (Carta europea, art. 2). Poiché è uno degli aspetti dello sviluppo socio-culturale, negli interventi legislativi a livello locale, regionale e nazionale "deve essere considerato collegandolo con altri campi in cui intervengono decisioni di politica generale e di programmazione: educazione, sanità, affari sociali, pianificazione del territorio, [...]" (Carta europea, art. 3).

Non meno importante è la normativa comunitaria sul ruolo attribuito alla medicina dello sport e in particolare alla tutela sanitaria delle attività sportive. Con la Risoluzione n. 27/1973 il Consiglio d'Europa individuava quattro funzioni fondamentali della medicina dello sport: 1) di medicina preventiva; 2) di terapia; 3) istruzione ed educazione sanitaria; 4) ricerca medico-sportiva di base e applicata (15). Nel contempo prevedeva l'istituzione di Centri di medicina sportiva intesi come unità funzionali che assicurino il controllo medico in tutti i campi dello sport ed emanava ai Governi degli Stati membri di incoraggiarne la loro costituzione.

#### *1.1.2 Profilo storico-normativo della tutela sanitaria delle attività sportive.*

L'emanazione della Legge 26 ottobre 1971, n. 1099 ha segnato una svolta decisiva nell'organizzazione della tutela sanitaria delle attività sportive e costituisce ancor oggi, per molti versi, la norma base di tutto il sistema normativo seguente. E' per questo che la poniamo come punto di riferimento e come linea scriminante per l'analisi dell'evoluzione della normativa in materia.

Nel periodo antecedente, l'organizzazione della materia rispecchiava la tradizionale separazione tra ordinamento sportivo e ordinamento statale. Nel primo, i compiti di assistenza sanitaria - tra i quali sono preminenti quelli rivolti al miglioramento del rendimento agonistico - erano affidati alla Federazione medico-sportiva italiana e cioè a "cultori per diletto e passione della medicina dello sport" (16), affiliata alla Federazione internazionale di medicina dello sport. Nel secondo, le funzioni di controllo sanitario dell'esercizio sportivo erano di solito svolte, col particolare obiettivo dei benefici fisici e morali che tale esercizio può generare nei cittadini, o con appositi accordi dallo Stato oppure da enti a ciò delegati.

In Italia, la "tutela sanitaria" dell'attività sportiva veniva affidata, con la Legge 28 dicembre 1950, n. 1055, "alla Federazione medico-sportiva italiana affiliata al C.O.N.I." (art. 1).

E' stato il primo provvedimento legislativo emanato in materia con cui lo Stato attuava un compromesso: affidava tale compito a quell'organismo sportivo, lasciando il C.O.N.I. libero di gestire l'esercizio dell'attività sportiva; ma nel contempo dettava talune cautele di carattere pubblico ritenute indispensabili, sottoponendolo alle direttive e alla vigilanza dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica (poi Ministero della Sanità).

La portata della norma in esame era molto ristretta poichè riguardava univocamente le attività sportive agonistiche e, fra queste, solo per quelle di

tipo professionistico e di particolare pericolosità prescriveva l'obbligo del certificato medico annuale attestante l'idoneità fisica specifica per lo svolgimento dell'attività sportiva, condizionando in via irrinunciabile l'accesso alla pratica dello sport richiesto (art. 3). In particolare il legislatore si rivolgeva, oltretutto ai professionisti, ai "dilettanti con retribuzione abituale" ed ai praticanti le attività più impegnative o pericolose come il pugilato, l'atletica pesante, le gare ciclistiche particolarmente gravose, gli sport motoristici, gli sport subacquei (art. 2). Appare subito evidente la scarsa lungimiranza del legislatore soprattutto in considerazione del fatto che il programma in esame, combinato col disposto dell'art. 4 che stabiliva un limite d'età per l'accesso alle gare agonistiche di 15 anni o di 18 per le attività più gravose (art. 2), costituiva un grave impaccio per molte discipline sportive, e per quelle - come ad esempio il nuoto o la ginnastica - nelle quali i migliori risultati atletici si raggiungono in giovane se non in giovanissima età.

Il certificato veniva rilasciato da apposite Commissioni medico-sportive periferiche composte da medici effettivi della F.M.S.I. (art. 3) in possesso dei requisiti prescritti dalla legge (art. 2). In seguito l'organizzazione veniva completata anche con una Commissione medica d'Appello con il compito di decidere sui ricorsi avverso i giudizi di non idoneità.

L'entrata in vigore della Legge 1099/71 abroga la legge 1055/50. Il disegno di legge era in verità finalizzato alla disciplina e repressione del doping, e buona parte del testo normativo (artt. 3-7) lo riguarda, tuttavia si può affermare che, nonostante le incompletezze delle disposizioni rimaste in parte inattuata, essa introduce rilevanti innovazioni e, soprattutto, investe del servizio direttamente lo Stato e le regioni. Solo da questo momento la tutela sanitaria delle attività sportive si muove in linea con ciò che diverrà a poco a poco, ossia una pubblica funzione, esercitata da servizi pubblici e controllata dallo Stato, tendente a salvaguardare il bene "salute", secondo il dettato costituzionale e il ruolo dinamico che allo sport è riconosciuto. (17) L'art. 1, al primo comma, dispone che "la tutela sanitaria delle attività sportive spetta alle regioni." mentre al secondo comma è posta una norma transitoria che stabilisce: "in attesa che le regioni esercitino le competenze previste dagli artt. 117 e 118 della Costituzione in materia sanitaria, la tutela sanitaria di coloro che praticano attività sportive spetta al Ministero della sanità, che si avvale della collaborazione del Comitato olimpico nazionale italiano."

Sono note le vicende legislative seguenti che hanno attuato il dettato costituzionale, in coerenza con i principi di decentramento che orientano la nostra legislazione (18). Tuttavia una più efficace e capillare organizzazione

del servizio, combinata alla realizzazione degli obiettivi dello “sport per tutti” e della medicina dello sport, è strettamente dipesa dalla attuazione di due importanti interventi legislativi riformatori: il D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 e la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che istituisce il S.S.N.

Le norme del D.P.R. 616/1977 costituiscono un atto fondamentale dello Stato ai fini della diffusione della pratica sportiva nel Paese, nel quadro di una presa di coscienza nei confronti dell'importanza sociale delle attività sportive di formazione, agonistiche e ricreative.

La Legge n. 833/78 pone la “tutela sanitaria delle attività sportive” tra gli obiettivi da perseguire mediante la “prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro”; “la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro” (art. 2) ed incarica di tale compito le neoistituite U.S.L. (art. 14, lettera g); inoltre all'art. 4, n. 2, prevede leggi dello Stato dettanti “norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale, particolarmente in materia [...] di igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro”. La prima di tali leggi sarà la n. 33 del 23 febbraio 1980 (conversione del D.L. 30 dicembre 1979, n. 633) che, all'art. 5, affermerà “i controlli sanitari sono effettuati, oltretutto dai medici della Federazione Medico Sportiva Italiana, dal personale delle strutture pubbliche e private convenzionate, con le modalità fissate dalle Regioni d'intesa con il C.O.N.I. e sulla base dei criteri tecnici generali che saranno adottati con Decreto del Ministro della Sanità”.

Tornando all'analisi della Legge 1099/1971, va rilevato che la normativa da essa introdotta è innovatrice rispetto a quella della citata Legge 1055/50. Estendendo i controlli sanitari a tutti coloro che praticano attività agonistiche abolisce di fatto la differenziazione tra attività professionistica, attività dilettantistica con retribuzione abituale e attività dilettantistica pura (ex art. 3 L. 1055/50). Elimina inoltre il discusso limite di età (15 anni elevato a 18 per talune discipline sportive più pesanti) per l'ammissione alle gare agonistiche e introduce la gratuità dei controlli sanitari, fatta eccezione per gli atleti professionisti che ne restano esclusi.

Punto cardine delle innovazioni operate ex lege è l'art. 2 che raggruppa una serie di disposizioni che investono vari settori del diritto. Innanzi tutto definisce al primo comma, di natura programmatica, l'ambito di applicabilità della legge alle “attività agonistico-sportive”, disponendo poi l'obbligatorietà di un accertamento sanitario che si concretizza in una visita medica di selezione per l'idoneità, sia generica agli esercizi sportivi che specifica allo sport che si intende praticare; tale visita non si esaurisce in se

stessa, ma deve essere ripetuta al fine di controllare periodicamente la sussistenza delle condizioni richieste "ab initio".

In attuazione delle norme contenute nell'articolo viene affidato al Ministero per la sanità il compito di emanare, sentito il C.O.N.I., le norme regolamentari necessarie entro sei mesi dalla data di pubblicazione della legge. Tali norme sono state emanate con D.M. 5.7.1975 "Disciplina dell'accesso alle singole attività sportive (età, sesso, visite obbligatorie)" (19). Per quello che concerne i sanitari incaricati di tali funzioni, lo stesso art. 2 prevede che i competenti organi regionali possano individuarli tra gli ufficiali sanitari, i medici condotti, i medici scolastici (istituiti uno per comune dalla Legge 28 dicembre 1966, n. 942) e i membri delle F.M.S.I., incaricando in linea di massima e in via preferenziale i sanitari con qualificazione specifica in medicina dello sport.

Riflettendo sulla vastità del campo di applicazione della legge, va osservato che l'estensione dell'obbligatorietà degli accertamenti e delle certificazioni mediche di idoneità a tutte le discipline sportive, nelle modalità disposte dal D.M. del 5.7.1975, anziché favorire una più adeguata tutela sanitaria, l'hanno di fatto paralizzata, mettendo per lungo tempo in seria crisi il movimento sportivo (20). Ciò anche per il fatto che il legislatore ha mancato di definire l'attività agonistico-sportiva, cosa di non poco conto considerato che si tratta di poter fruire, gratuitamente, di un servizio pubblico (21).

Il ritardo del provvedimento ministeriale di cui trattasi, emanato ben oltre i sei mesi disposti dal legislatore, ed in particolare la mancanza dei supporti normativi, organizzativi e finanziari necessari alla realizzazione degli accertamenti sanitari introdotti dallo stesso, hanno impedito l'attuazione concreta della tutela sanitaria. Lo stesso limite di età abolito dalla legge 1099/71 è di fatto rientrato in sede regolamentare ove per ogni sport si richiedeva l'età di inizio e di limite. Gli spunti progressisti della Legge 1099/71 sono stati dunque in gran parte vanificati.

L'ulteriore evoluzione legislativa comprende la Legge 23 marzo 1981, n. 91 che disciplina il professionismo sportivo e una serie di Decreti ministeriali emanati, per una parte, in attuazione del disposto dell'art. 7 della legge citata; ci riferiamo al D.M. 22 ottobre 1982 "Tutela dei calciatori professionisti"; al D.M. 15 settembre 1983 "Tutela dei ciclisti professionisti" e al D.M. 16 febbraio 1984 "Tutela dei pugili professionisti". Si aggiungono altri due interventi ministeriali di più ampia portata, relativi alle diverse forme di pratica sportiva aventi però a scrinante un requisito strettamente interno all'ordinamento sportivo, e, come vedremo, di difficile valutazione tecnico-giuridica: l'agonismo.

Prima di entrare nel merito della normativa richiamata, è bene ricordare come essa operi sempre nella cornice dell'autonomia dell'ordinamento sportivo, che risulta ribadita e confermata proprio dall'art. 14 della Legge 91/81 ove si afferma che alle Federazioni sportive nazionali viene riconosciuta l'autonomia tecnica, organizzativa e di gestione sotto la vigilanza del C.O.N.I.. Resta punto fermo che le disposizioni in materia sportiva non possano mai violare i diritti costituzionalmente garantiti e che debbano sempre risultare conformi ai principi inderogabili fondamentali, con speciale riferimento ai diritti di libertà, personalità individuale e rispetto della dignità umana. Di qui il verificarsi di una prassi consueta al legislatore: quella di demandare all'ordinamento sportivo la regolamentazione delle questioni più squisitamente tecniche e di limitare i propri interventi agli aspetti per così dire più generali e di principio, nonchè sostanziali. E' questo anche il caso delle norme sopra richiamate.

Con l'emanazione della Legge 91/81 - come già detto in apertura del lavoro - si è avuto, per la prima volta, un cospicuo intervento del legislatore all'interno della struttura sportiva; con essa vengono disciplinate direttamente dallo Stato rapporti ed organismi tipici dello sport: le associazioni sportive e l'atleta professionista. Senza addentrarci nell'analisi della legge, la cui importanza è stata messa in risalto anche in ambito giuslavoristico (22), ma limitatamente al tema che ci interessa, essa prevede, all'art. 7, l'organizzazione di una specifica tutela sanitaria articolata in una pluralità di adempimenti obbligatori ricadenti sulle società sportive e sulle Federazioni. Sono previsti l'istituzione (per la prima volta) di una scheda sanitaria per ciascun atleta professionista da aggiornarsi ogni sei mesi; controlli clinici e diagnostici da ripetersi entro determinati lassi di tempo; tutta una serie di adempimenti gratuiti (l'onere del servizio ricade infatti sulle società di appartenenza) eccezion fatta per i professionisti che abbiano stipulato un contratto di lavoro autonomo i quali dovranno direttamente provvedere alla propria assistenza sanitaria.

Il limite, se così si può definire, della legge è dato dalla individuazione della sua sfera di applicazione come determinata dal legislatore dell'81. L'art. 2 intitolato direttamente al "professionismo sportivo" demanda alle Federazioni sportive nazionali la qualificazione sportiva secondo le norme emanate da esse e con l'osservanza delle direttive stabilite dal C.O.N.I. per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica. Ciò significa, prima di tutto, che ove non si verificano le condizioni ivi previste e in primo luogo la qualificazione dell'attività sportiva considerata come professionistica da parte delle Federazioni sportive, l'esercizio della stessa

attività non potrà rientrare nella applicazione della legge. Questo è ribadito dall'art. 7, primo comma che proclama "L'attività sportiva professionistica è svolta sotto controlli medici" secondo norme "stabilite dalle Federazioni sportive nazionali ed approvate, con decreto del Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale". Mentre al 6° comma si stabilisce che le Federazioni "possono stipulare apposite convenzioni con le regioni al fine di garantire l'espletamento delle indagini e degli esami necessari per l'aggiornamento delle schede (sanitarie n.d.A.)".

A fianco di questa nutrita attività legislativa centrale si è sviluppata, parallelamente, una ricca legislazione regionale (23) che ha cercato di uniformare, ci riferiamo in particolare alla Regione Marche, gli interventi su tutto il territorio regionale tenendo conto dei decreti ministeriali sopra citati. Lo strumento più consono è parso la predisposizione del "Piano socio-sanitario" con validità triennale che demanda alle U.S.L. (in conformità alla Legge n. 833/1978) l'accertamento e la certificazione di idoneità generica alle attività sportive svolte nell'ambito scolastico e nello sport non agonistico. Per quanto concerne l'attività sportiva agonistica si richiede invece la certificazione di idoneità specifica alla disciplina o specialità sportive prescelte (24).

### *1.1.3 La tutela sanitaria dello sport agonistico e non agonistico.*

Le norme in questione sono contenute nel D.M. 18 febbraio 1982, e nel D.M. 28 febbraio 1983. Il primo intitolato "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica", integrato e rettificato dal D.M. 28 febbraio 1983, è stato seguito dalla circolare esplicativa n. 7 del 31 gennaio 1983.

Le disposizioni ministeriali si limitano a stabilire i criteri tecnici generali volti a tutelare la persona che svolge attività sportiva agonistica, mentre le modalità operative vengono demandate alle Regioni che devono operare d'intesa con il C.O.N.I.. In particolare il Ministero ritenendosi incompetente su una materia così delicata, demanda agli enti sportivi competenti (Federazioni sportive nazionali e Enti sportivi riconosciuti dal C.O.N.I.) la qualificazione di attività agonistica.

All'art. 1 si stabilisce che "coloro che svolgono o intendono svolgere attività sportiva agonistica devono sottoporsi previamente e periodicamente al controllo dell'idoneità specifica allo sport" mentre la qualificazione agonistica è demandata "alle Federazioni sportive nazionali o agli enti sportivi riconosciuti" (25), come gli Enti ippici che fanno capo all'UNIRE e agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.. Viene così ribadito il

duplice fine della tutela sanitaria: preventivo, attraverso uno screening volto a delineare lo stato di buona salute del soggetto (ambito scolastico - ambito sportivo non agonistico) o l' idoneità specifica a quelle attività sportive svolte a livello agonistico; assistenziale, attraverso la ripetizione periodica delle visite medico sportive, atto ad assicurare il mantenimento delle qualità psico-fisiche richieste, condizionanti tra l'altro la partecipazione degli atleti alle attività agonistiche federali.

L'art. 2 individua invece i sanitari incaricati dell' accertamento con richiamo alla Legge 29 febbraio 1980, n. 33 (conversione del Decreto legge 30 dicembre 1979, n. 633) che, riguardo alla medicina sportiva afferma (art. 5) "i controlli sanitari sono effettuati, oltre che dai medici della Federazione medico-sportiva italiana, dal personale delle strutture pubbliche e private convenzionate, con le modalità fissate dalle Regioni d' intesa con il C.O.N.I.". Si specifica inoltre che la valutazione deve tener conto dell'età, del sesso, della maturità e della capacità morfo-funzionale e psichica "tenendo conto delle norme stabilite dalle Federazioni sportive nazionali e per quanto riguarda i Giochi della gioventù, dal Ministero della Pubblica Istruzione".

L'art. 3 prevede, al primo comma, due protocolli diagnostici da seguire per il controllo dell' idoneità specifica, uno per gli sports a minor impegno cardiovascolare (Tabella A), ed uno per quelli ad impegno maggiore (Tabella B); ad essi il medico esaminatore è obbligato ad attenersi anche se, al secondo comma, gli è riconosciuta "la facoltà di includere ulteriori esami specialistici e strumentali su motivato sospetto clinico". I commi successivi esaminano le procedure da seguire in caso di sports non contemplati nelle tabelle o di richieste per sports multipli.(26)

Le suddette tabelle prevedono anche la cadenza con cui deve verificarsi l' idoneità, mentre le allegate note esplicative contemplano le modalità di esecuzione della visita medica, della misura del grado di tolleranza allo sforzo mediante IRI e dell' esame spirografico; includono inoltre le norme da rispettare e gli esami da seguire in caso di K.O. e K.O.T. nel pugilato e di trauma cranico dell' atleta in genere. Al fine di avere un quadro più completo, anche nel tempo, dello stato di salute del soggetto nonché dei tempi di sottoposizione dello stesso agli accertamenti, la norma introduce l'obbligo, per il medico accertatore, di completare una scheda di valutazione medico-sportiva (art. 4) secondo i modelli proposti in allegato alla norma stessa.

La parte centrale della normativa è quella contenuta nell'art. 5, che prevede, ove è il caso, il rilascio del certificato di idoneità, la cui presentazione "è condizione indispensabile per la partecipazione ad attività agonisti-



che" (art. 5, 2° comma). Il certificato deve essere conservato presso la società sportiva di appartenenza, mentre la documentazione inerente agli accertamenti effettuati nel corso delle visite deve essere conservata a cura del medico visitatore per almeno cinque anni (27).

Nel caso invece in cui, a seguito degli accertamenti prescritti, risulti la non idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, viene rilasciato apposito certificato in triplice copia (art. 6). In particolare viene trasmesso "con l'indicazione della diagnosi posta a base del giudizio [...] entro 5 giorni, all'interessato e al competente ufficio regionale" mentre alla società sportiva di appartenenza "viene comunicato il solo esito negativo". Avverso i certificati inidoneativi viene data la possibilità all'interessato, entro trenta giorni dal rilascio, di proporre ricorso alla Commissione medica regionale di cui il decreto fissa la composizione nel seguente modo:

- un medico specialista o docente in medicina dello sport che la presiede;
- un medico specialista o docente in medicina interna o in materie equivalenti;
- un medico specialista o docente in cardiologia;
- un medico specialista o docente in ortopedia;
- un medico specialista o docente in medicina legale e delle assicurazioni.

Nei casi in cui lo ritenga opportuno, la commissione può avvalersi della consulenza di sanitari in possesso della specializzazione richiesta di volta in volta dal singolo caso specifico.

Un necessario richiamo, anche se sintetico, va fatto alla normativa riguardante le attività non agonistiche, introdotta dal D.M. 28 febbraio 1983 il quale individua tre categorie di destinatari dell'azione preventiva che esso regola:

a) gli alunni nell'ambito delle attività parascolastiche; b) coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società sportive affiliate alla Federazione sportiva nazionale o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I. e che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del D.M. 18 febbraio 1982; c) coloro che partecipano ai Giochi della Gioventù, nelle fasi precedenti quella nazionale.

Per essi si richiede (art. 2), ai fini della pratica sportiva, la sola idoneità generica, ossia "lo stato di buona salute" da accertarsi con visita medica, ripetuta annualmente. In tale occasione al medico visitatore è consentito, su motivato sospetto clinico, richiedere accertamenti specialistici integrativi. Il medico cui compete l'accertamento è, a norma dell'art. 3, il medico di medicina generale (medico di base o di famiglia) o dello specialista pediatra di libera scelta.

La condizione “di buona salute” coincide con la mancanza di controindicazioni alla pratica di attività sportiva in generale, condizione che potrebbe anche essere intesa come la capacità di effettuare le comuni attività della vita di relazione, compresa una quota di attività motoria, anche di un certo impegno. Il decreto riferisce dunque l'accertamento della idoneità del soggetto ad una “idoneità generica assoluta”; non richiede infatti alcun giudizio di idoneità relativa ad un singolo sport o ad un gruppo di attività sportive consimili, ma solo di non possedere controindicazioni alla attività sportiva svolta in forma non agonistica in assoluto, senza cioè che si debba tenere conto del diverso interessamento organico che le varie attività sportive al contrario richiedono.

#### *1.1.4. Il codice deontologico.*

Prima di passare all'esame delle peculiarità del giudizio idoneativo e della responsabilità professionale del medico certificante, è necessario un breve richiamo ad una fonte normativa importante, seppure secondaria (28), che integra la legislazione in materia di tutela sanitaria delle attività sportive, il Nuovo Codice di Deontologia Medica (29).

Data la specialità dell'argomento, abbiamo limitato l'esame a quegli aspetti più utili al tema da noi affrontato anche se esso rappresenta una norma comportamentale di rilevante importanza. Il Capo V del codice dedica ben sette articoli alla medicina dello sport, dei quali i primi due (artt. 102, 103) riguardano specificatamente l'argomento in questione. Sebbene secondo un orientamento generale l'attività medico sportiva non si diversifichi per l'aspetto deontologico dalla comune attività medico-chirurgica, sono invero individuabili alcune angolature caratteristiche e degne di notazione.

In particolare l'art. 102, dopo aver ribadito l'essenzialità dell'operato del medico “per la tutela dell'integrità fisica di chi pratica attività sportive”, aggiunge “il medico deve esprimere con la massima obiettività e senza lasciare dubbi sulle conclusioni il giudizio sull'idoneità o meno dello sportivo, sottraendosi a qualsiasi pressione comunque volte ad influenzare tale giudizio”.

L'esordio deontologico della medicina dello sport spazia dai problemi connessi alla certificazione obbligatoria per l'accesso alle varie discipline sportive disciplinate dal legislatore, a quelli prettamente deontologici del “condizionamento” del certificatore, per giungere (art. 103) a quelli legati alla prevenzione di possibili rischi insiti nell'attività stessa per i soggetti più giovani.

Molti sanno però che nella realtà le cose possono andare diversamen-

te. Lo sport ha acquisito una notevole rilevanza economica sia per le società sportive che per gli atleti in specie per quelli di vertice e professionisti che traggono da esso la fonte prevalente se non esclusiva dei loro guadagni. E' quindi comprensibile come il "gareggiare" sia una condizione necessaria, utile ai vari soggetti dell'ordinamento sportivo, per restare nel giro delle sponsorizzazioni, del tifo dei propri sostenitori. Pertanto chi opera nel settore viene spesso a confrontarsi con queste esigenze ed è soggetto a "pressioni" più varie e disparate. Soprattutto quei medici che operano nelle grandi società sportive, in particolare del settore calcistico, ove ogni atleta è ormai un investimento ed in quanto tale deve essere redditizio e non restare troppo a lungo lontano dai campi di gioco.

L'art. 103 al primo comma rivendica al medico il diritto "di poter verificare in qualsiasi momento che l'idoneità all'attività sportiva e l'equilibrio fisico-psichico dell'atleta non subiscano modificazioni in conseguenza delle metodiche di preparazione". Tale previsione comporta il dovere non solo, com'è ovvio, per il medico societario o per colui che comunque segue l'atleta nel corso delle sue attività, ma anche per lo stesso sanitario che ne certifichi la idoneità: tanto è vero che la legge prevede, almeno per l'attività agonistica, di poter ridurre a piacere il periodo di validità del certificato (essendo fissati solo i limiti massimi), qualora si ritenesse opportuno rivalutare il soggetto dopo un più o meno consistente trial di attività fisica specifica.

Il secondo comma invita invece il medico, nel caso di atleti nell'età evolutiva, a "tutelare con assoluta priorità il loro armonico e fisiologico sviluppo" esercitando anche, almeno a livello di consiglio, quella funzione di indirizzo verso l'attività più idonea che, pure non più prevista dalla legislazione attuale, può essere determinante in non rari casi.

Dal punto di vista deontologico è poi di interesse per il medico che si occupi di idoneità sportiva tutta la problematica connessa con l'attività di certificazione, i cui requisiti essenziali di chiarezza e veridicità sono da estendersi nel caso particolare dell'idoneità sportiva anche a tutta la documentazione costituente la scheda dello sportivo, sia in vista dei futuri controlli periodici, sia nell'eventualità di un ricorso per inidoneità o di un procedimento giudiziario.

Ugualmente il sanitario dovrà porre estrema attenzione all'obbligo del segreto professionale indirettamente confermato dalla stessa normativa all'art. 6 del D.M. 18 febbraio 1982, ove si prevede che, in caso di non idoneità, alla società sportiva venga comunicato il solo esito negativo con esclusione della diagnosi. Questo anche quando non si vadano a ledere inte-

ressi economici più o meno cospicui, ma ci si trovi di fronte il semplice diritto di ogni individuo di vedere rispettati gli aspetti privati della propria esistenza (30).

Infine dal contenuto del codice traspare un costante richiamo a quell'imperativo che viene detto "potestà di curare" e che qui meglio potrebbe individuarsi nell'obbligo di tutelare la salute: non basta che esso sia, come innegabilmente è, all'origine dell'attività stessa di cui si va trattando, occorre innanzi tutto che sia il primo (se non l'unico e, comunque, costantemente presente) movente e insieme obiettivo dell'agire del medico valutatore.

#### *1.1.5 Considerazioni circa gli accertamenti di idoneità introdotti dalla normativa sulla tutela sanitaria delle attività sportive.*

L'attività di certificazione prevista dai DD.MM. ricordati nei paragrafi precedenti hanno importanti risvolti sostanziali perché sottolineano lo scopo preventivo della tutela sanitaria in campo sportivo ma anche per la valutazione della responsabilità professionale del medico cui tale attività è demandata. Aspetto, quest'ultimo da non sottovalutarsi in un settore in evoluzione accelerata qual'è quello sportivo che può sfuggire, anche per questo, alla piena conoscenza del medico almeno per l'aspetto tecnico.

Quanto al primo punto, va sottolineato che la previsione legislativa valida negli intenti è però risultata di difficile attuazione. Sia il D.M. del 1983 riguardante le attività non agonistiche che quello del 1982 relativo alle agonistiche, non contengono alcuna definizione di queste ultime, limitandosi a circoscrivere il loro campo di applicazione alle attività sportive considerate agonistiche dagli ordinamenti delle singole federazioni nazionali, nonché a quelle svolte dai partecipanti ai Giochi della Gioventù nelle fasi nazionali.

Invero, la impossibilità di fornire una definizione univoca di attività agonistica e quindi di distinguere in termini tecnico-giuridici appropriati i limiti tra agonismo e non agonismo era stata richiamata dalla già ricordata Circolare n. 7 del Ministero della Sanità del 31.1.1983. A chiarimento degli interrogativi sorti in materia, anche di tipo medico-legale e assicurativo, essa interpretava la componente agonistica come "quella forma di attività sportiva praticata sistematicamente e/o continuamente e soprattutto in forme organizzate" dalle federazioni o dagli enti "per il conseguimento di prestazioni sportive di un certo livello".

Inoltre continuava affermando che "l'attività sportiva agonistica non è quindi sinonimo di competizione. L'aspetto competitivo, infatti, che può essere presente in tutte le attività sportive, da solo non è sufficiente a configu-

rare nella forma agonistica una attività sportiva”.

Ci sembra superfluo in questa sede addentrarci in un'analisi critica di tali orientamenti ed in particolare della sovrapposibilità o meno dei concetti di agonismo e di competizione (31). Invece ci pare interessante il fatto che sulla scorta dei sopracitati decreti ministeriali la tutela sanitaria delle attività sportive, agonistiche o non, appare circoscritta alle sole forme di attività sportiva organizzata in cui spetta alle Federazioni di fissare i criteri discretivi.

Se sotto il profilo strettamente giuridico la distinzione in questione non dà adito a dubbi, essendo riferita a precise normative delle federazioni sportive, non è così sotto quello di natura medico-legale. Infatti l'applicazione delle statuizioni di legge sugli accertamenti sanitari attua una certa sperequazione tra i due tipi di attività: per l'agonistica sono infatti previsti in modo tassativo molteplici e diversificati esami specialistici e controlli strumentali, per l'attività non agonistica il relativo decreto istituisce solo l'obbligo di una semplice visita medica, pur demandando al medico visitatore - come già visto - la facoltà di chiedere accertamenti integrativi in caso di sospetto clinico motivato.

Come abbiamo rilevato, una tale sperequazione di accertamenti sanitari non trova affatto riscontro, tra l'altro, a livello di orientamento politico generale il quale tende invece ad assicurare l'intervento dello Stato nel settore in esame con finalità preventive e di tutela della salute dei cittadini. Il che non si può ritenere sempre validamente garantito, almeno per le attività considerate “non agonistiche”, quando il livello degli accertamenti medici prescritti venga ad essere diversificato sulla base delle normative delle federazioni, a seconda delle qualità delle prestazioni offerte e non già dell'impegno fisico profuso dallo sportivo che può essere elevato anche per prestazioni di scarso livello.

È indubbio che il problema non sia di agevole soluzione, ma certo esso deve fondarsi su una scelta di carattere prioritario: deve la differenziazione fra pratica agonistica e non agonistica discendere da criteri di indole biologica ovvero da formule di carattere organizzativo? Qualora infatti prevalesse la prima ipotesi è invero probabile che proprio laddove l'abitudine dell'organismo allo sforzo e all'impegno psico-fisico è minore, e cioè nell'attività “non agonistica”, sarebbe richiesta la maggior prudenza e precisione diagnostica; se invece, come sembra essere nell'intenzione della legge, prevale l'intento organizzativo, è evidente che a fronte di una riduzione del campo di pertinenza della tutela più attenta (l'attività appunto “agonistica”) si viene a determinare una indebita estensione dell'onere della responsabi-

lità del medico che rilascia certificazioni idoneative per la rimanente pratica non agonistica.

La conclusione cui si tende, come ha ben sottolineato il Cingolani (32), è che sarebbe auspicabile, per garantire lo stato di salute dell'atleta quanto l'operato del medico, uniformare la tutela delle attività sportive non agonistiche a quella agonistica. In sostanza "il riconoscimento dell'idoneità generica deve ovviamente rappresentare una fase comune per tutti coloro che si occupano o intraprendono l'attività sportiva, una fase preliminare rispetto ai più mirati accertamenti attitudinali che si impongono per gli sportivi al momento del loro passaggio all'attività agonistica" (33). Va poi considerato, non da ultimo, che a verificare l'idoneità o meno dell'atleta sarebbero a quel punto degli specialisti in medicina dello sport e non i generici e i pediatri di base che di contro ad una maggior consapevolezza della storia e dello stato di salute dell'assistito offrono con ogni verosimiglianza una minor abitudine a trasferire una diagnosi nell'ambito della formulazione di un giudizio valutativo vero e proprio.

Circa la responsabilità professionale del medico certificante, accenneremo in questa sede alla sola differenza tra i due tipi di attestazioni, generica e specifica, rinviando ad un momento successivo l'approfondimento del problema.

Si è visto che la certificazione di idoneità allo sport non agonistico fa carico ai medici generici ed agli specialisti pediatri di libera scelta. Su costoro vengono a gravare responsabilità non indifferenti, dovendo essi emanare un giudizio la cui corretta formulazione non è certo agevole per motivi inerenti soprattutto alla natura dell'accertamento. La generica previsione del D.M. 28 febbraio 1983 sullo "stato di buona salute", appare improntata alla "sana e robusta costituzione" richiesta per l'assunzione alle dipendenze dello Stato, oltre a risultare piuttosto astratta nel tentativo di dividere categoricamente i sani dai non sani; ignora completamente le ben più complesse interrelazioni che sussistono tra lo stato bio-fisio-psichico del soggetto e un'attività sportiva da lui eventualmente svolta. Ci si vuol riferire, in particolare, a quelle condizioni patologiche che, difficilmente e non univocamente collocabili rispetto alla definizione di "stato di buona salute", non sono comunque tali da impedire o rendere più rischiosa la pratica di alcuni sports, se non addirittura possono trarre giovamento da un'adeguata attività fisica. Proprio qui si evidenzia l'altra grave lacuna del D.M. in oggetto, ovvero nell'onnivalenza del certificato rilasciato, privo di quella specificità per sport che caratterizza il certificato di idoneità all'attività agonistica.

Sul tipo di responsabilità professionale del medico certificante lo

“stato di buona salute”, a parte l'ipotesi limite dell'illecito penale per l'attestazione di una visita in realtà non effettuata (in verità poco probabile in questo ambito ove il fattore economico non incide come nel settore agonistico), possono rinvenirsi nel suo operato, come è stato osservato (34), “tutti gli elementi della colpa generica rappresentati dall'imprudenza, imperizia e negligenza e non quelli costitutivi di una colpa specifica per inosservanza di disposizioni legislative, che invece possono insistere sull'opera del medico certificante l'idoneità all'attività agonistica” dato che per la tutela sanitaria di quest'ultima il D.M. 18.2.82 prevede esami strumentali e specialistici, specificati per ogni singola disciplina sportiva.

## **2 Il giudizio idoneativo.**

### **2.1. Il concetto di idoneità.**

Come abbiamo già avuto modo di dire, la legislazione sulla tutela sanitaria dell'attività sportiva è oltremodo carente nella sua previsione in termini tecnico-giuridici della differenza tra attività agonistica e non, costituendo un freno all'operatività della tutela nel momento della applicazione della norma.

Così pure appare perlomeno curioso che, di contro alla delicatezza di una certificazione d'idoneità specifica ad una data disciplina sportiva, il legislatore nel demandare alle U.S.L. la competenza relativa alla tutela in questione, abbia posto sullo stesso piano chi per studi specialistici e pratica diretta abbia competenza in questo settore e chi, viceversa, solo per il fatto di fare parte del personale sanitario nazionale sia autorizzato ad un tale arduo compito (35). La specificità del giudizio impone una criteriologia valutativa che non può essere bagaglio culturale del medico-chirurgo. Ne discende l'obbligo che la certificazione sia a carico dei Medici della Federazione Medico Sportiva Italiana nonché del personale e delle strutture pubbliche e private convenzionate, indicate dalle regioni d'intesa col C.O.N.I (36).

Analogamente la legge appare carente di ogni indicazione sul che cosa debba intendersi per idoneità allo sport.

Già s'è evidenziato come non abbia molto senso pensare ad una idoneità generica ad un'altrettanto generica attività sportiva, come richiederebbe il D.M. 28/2/1983 per la tutela dello sport non agonistico, nel quale per altro s'è preferito fare richiamo ad un altrettanto ermetico se non evasivo “stato di buona salute”.

Si è rilevato, al riguardo, che la estrema genericità dell'accertamento sanitario congiunto alla indifferenziazione dell'attività sportiva, costituisce un incongruo modo di procedere soprattutto se si considera che "la qualificazione agonistica è esplicitamente nominalistica ed incorrispondente ad un preciso livello di prestazione somatica e psichica".(37)

L'ottica corretta resta dunque quella dell'accettazione dell'idoneità specifica allo sport prevista dal legislatore nel più volte citato D.M. 18 febbraio 1982.

Propriamente, idoneo è colui che possiede i requisiti individuali ritenuti necessari per un dato scopo, ovvero colui che si uniforma, o almeno si avvicina a sufficienza al "modello ideale" specifico; ora, per quanto tale modello non sia ben codificato, neppure per altri tipi di idoneità (quelle richieste, ad esempio, per determinate attività lavorative o per il servizio militare) certo "la medicina dello sport è ben lontana dall'aver precisato profili paradigmatici per la pratica di ciascuna disciplina sportiva, sempre che una definizione siffatta possa riconoscere una qualche utilità" (38)

D'altra parte, anche il richiedere all'aspirante atleta uno stato di perfetta e completa salute porterebbe inevitabilmente ad escludere la maggior parte degli individui, e tra questi anche molti atleti affermati (39), in qualche modo menomati proprio a causa dell'attività intrapresa o in conseguenza della continuazione della stessa.

Molto più probabilmente si richiede che determinati organi ed apparati, particolarmente impegnati in quel determinato sport, siano integri o, quanto meno, in condizioni compatibili con le prestazioni richieste e le sollecitazioni implicate da quel particolare esercizio. Compatibile nel senso che una data malattia o menomazione non comporta rischio di danno ovvero non deve essere in grado di arrecare nocimento alla salute di colui che pratica attività sportiva sia in forma amatoriale che agonistica.

In termini medico legali tale condizione presuppone - come è stato osservato (40) - un giudizio non tanto sulle caratteristiche psico-fisiche generiche del soggetto, quelle cioè che non inibiscono un dato atto fisico, ma più propriamente l'insieme dei requisiti somato-psichici ed anatomico funzionali che rendono l'individuo particolarmente adatto a quel particolare sport.

Assume pertanto una rilevanza nettamente differente quanto viene indicato per mancanza di contro indicazioni cliniche alla pratica fisica e la determinazione della specifica idoneità ad un dato tipo di sport. Dunque è del tutto evidente che il medico a cui viene richiesto un tale atto abbia la specifica competenza del "movimento sportivo" e delle sollecitazioni a cui



la pratica di quel determinato sport produrrà sull'organismo dell'atleta, specialmente su un organismo in cui si innestano menomazioni o malattie da valutare in termini di compatibilità con le prestazioni richieste.

Da un punto di vista teorico, "nulla quaestio". Più articolata appare invece l'applicazione pratica di un simile concetto di idoneità, ovvero l'attribuzione ad una qualunque infermità il valore di causale di inidoneità. Soprattutto nella malaugurata ipotesi che una idoneità data troppo facilmente, qualora l'atleta subisca un infortunio, possa determinare l'insorgere di responsabilità del medico.

## ***2.2. La responsabilità professionale del medico certificante l'idoneità all'attività sportiva agonistica.***

In ordine agli adempimenti previsti dalle disposizioni normative sulla tutela sanitaria delle attività sportive più volte ricordate e agli accertamenti sanitari compiuti in base ad esse, può assumere rilievo la responsabilità del medico soprattutto con riguardo agli eventi di danno che colpiscono l'atleta erroneamente ritenuto idoneo a svolgere o a proseguire l'attività sportiva.

La responsabilità professionale che compete al medico che si occupa di medicina dello sport non differisce concettualmente da quella connessa all'esercizio dell'arte medica in genere, considerando con ciò anche la specifica competenza richiesta allo specialista nel caso dell'idoneità allo sport agonistico.

Egli è tenuto a rispondere del danno che col suo operato procura all'atleta o a terzi per non aver impedito un evento che per mansioni aveva il dovere di evitare.

Le sedi nelle quali è chiamato a rispondere sono la penale, che si configura per il reato commesso nei confronti dello stato, e la civile, per la responsabilità nei confronti di chi ha subito il danno, sia esso atleta o terzo.

Per quanto concerne la responsabilità penale, è indubbio che il medico sportivo sia responsabile secondo i canoni generali sanciti dagli artt. 40 e 43 c.p.. Pertanto, qualora col suo operato-omissivo o commissivo-procuri un danno che egli aveva l'obbligo giuridico di impedire, diviene penalmente responsabile di quell'evento.

C'è chi accanto alle tradizionali configurazioni di responsabilità ex art. 40 c.p., quali l'ipotesi di prescrizioni di sostanza doping all'atleta o di danno che consegue a compiacente certificazione (configurandosi in questi casi l'evidente omissione di obblighi giuridici), aggiunge anche l'inadempienza contrattuale (41). La professione sanitaria sarebbe infatti assicurata

(sia nel pubblico che nel privato) da una serie di contratti aventi la peculiarità di essere finalizzati, il più delle volte, non al risultato bensì all'uso dei mezzi che il caso impone. E' proprio il particolare tipo di contratto a far sì che il rapporto tra medico e paziente sia da ritenersi regolamentato dall'art. 2043 c.c. con conseguente obbligo al risarcimento del danno eventualmente cagionato.

La materia offre spunti a dispute dottrinarie soprattutto quando si tratta di individuare il comportamento colposo fonte di responsabilità derivante da imperizia, imprudenza o negligenza (colpa lata) ovvero da inosservanza di norme, regole, ordinamenti e discipline (colpa specifica) ex art. 43 c.p.. Difficile appare la dimostrazione nel primo caso, più semplice nel secondo ed è questo un aspetto cui il medico sportivo è rigidamente sottoposto in quanto codificato dallo stato per frequenza e qualità delle prestazioni diagnostiche.

Possono dunque richiamarsi nell'operato del sanitario tutti gli elementi della colpa generica rappresentati dall'imprudenza, imperizia e negligenza, nonché quelli costitutivi di una colpa specifica per inosservanza di disposizioni legislative (art. 43 c.p.) atteso che il D.M. 18/2/1982 obbliga all'effettuazione di ben precisi esami strumentali e specialistici, previsti per ogni singola branca sportiva.

Tali norme non esimono comunque il medico dal porre in atto tutte le ulteriori misure diagnostiche che si rendessero via via necessarie, soppesando in questo caso con lo stesso paziente rischi e benefici di eventuali manovre invasive. L'inadempimento di norme procedurali codificate costituisce di per sé azione anti-giuridica la quale, in presenza di correlazione causale tra detto comportamento e un eventuale danno, già determina colpa professionale indipendentemente da vizi di perizia, prudenza o diligenza.

L'operato del medico certificante può riassumersi essenzialmente in tre momenti: la raccolta dell'anamnesi, l'effettuazione degli esami clinico-obiettivi indicati dalla normativa per le determinate discipline sportive e la formulazione del giudizio d'idoneità.

In relazione a queste attività si potrebbero rinvenire ipotesi di negligenza, atteso che la diligenza si estrinseca nell'obbligo di assistere il soggetto con premure e cura, nelle prime due fasi, riconducibili ad un comportamento omissivo. Imperizia o imprudenza, quando la prima impone l'obbligo di ben operare e la seconda quello di prevedere situazioni di pericolo o di danno, potrebbero invece più particolarmente caratterizzare l'operato del medico nella terza e più gravosa fase, che rappresenta la sintesi della sua prestazione e si concreta con il rilascio, o meno, dell'attestazione

di idoneità.

Nell'ipotesi in cui, nella fase di accertamento, diligentemente percorsa, non si evidenzino affezioni di sorta, non vi sarebbe alcun problema. Diverso è invece il caso, probabilmente non infrequente, in cui pur essendo egli consapevole di un margine di rischio determinato dal risultato diagnostico, rilasciasse ugualmente il certificato idoneativo in ciò spinto, magari, da motivi di compiacenza nei confronti del visitato. Si prospetterebbe in questa ipotesi oltreché negligenza anche una autonoma previsione di reato di falso ideologico ipotesi delittuose di carattere essenzialmente doloso, peraltro improbabile.

Il caso forse più frequente è quello in cui con esiti per così dire "modesti" si configuri una situazione di salute "al limite" di quella richiesta dalla normativa, pur tuttavia elemento pregiudiziale di idoneità. In questa circostanza, il medico deve valutare se quanto accertato sia compatibile con la pratica sportiva richiesta ovvero rappresenti fondato elemento di rischio. E' in questi frangenti che si verifica un margine più ampio di possibilità di errore che può indurre il medico visitatore ad una errata valutazione intesa nella duplice possibilità di formulazione di giudizio positivo o negativo di idoneità, dalla quale deriva - nel primo caso - danno o evento letale.

Come è stato opportunamente osservato (42) si possono individuare tre possibilità di errore nella individuazione della responsabilità professionale del medico:

- l'errore nella diagnosi, inteso come "possibile errore nel rilievo degli elementi di rischio e/o nel loro approfondimento diagnostico" (43). Esso rileva non tanto come errata interpretazione degli accertamenti eseguiti, quanto come inadeguata scelta dell'accertamento da richiedersi o anche come inadeguata formulazione del quesito da risolversi;

- l'errore nella valutazione, da ricondursi ovviamente solo a difetto di conoscenza del medico e non a "error scientiae", evenienza, questa, non infrequente data la rapida evoluzione della medicina sportiva;

- l'errore nella valutazione del rischio connesso alle singole discipline sportive ed ai luoghi ove si svolgono. Proprio al fine di evitare questo tipo di errore entra in gioco, con particolare pregnanza, la specifica competenza del medico sportivo che, al fine di prevenire il rischio connesso alla pratica sportiva, deve poter controllare tanto il fattore umano che quello tecnico dello sport richiesto. In pratica ciò significa conoscere le norme statali e federali connesse all'esercizio delle singole discipline sportive, ma anche alle attrezzature sportive, e poi le condizioni ambientali, il luogo di gara e, per ogni sport, ciò che in termine tecnico è definito "la formula dell'eserci-

zio sportivo". (44) Maggiori difficoltà incontreranno in questo senso i pediatri e i medici di base ai quali la legge affida la tutela sanitaria delle attività sportive non agonistiche richiedendo loro un generico accertamento di "stato di buona salute".

In questa materia, la cui regolamentazione si fonda sulla Legge n. 1099/1971 e sul D.M. 18/2/1982, vigono taluni criteri metodologici comuni alla dottrina giuridica e medico-legale. Primo fra essi è l'accertamento dell'eventuale errore compiuto dal medico, in secondo luogo la valutazione della sua gravità (errore inescusabile) o non gravità (errore scusabile); infine la ricerca del nesso causale fra il dimostrato errore ascrivibile a titolo di colpa e il danno derivatone all'atleta.

Va tenuto presente, però, che l'errore di diagnosi è per definizione sempre possibile e che nella fattispecie medico-sportiva sul compito del medico gravano numerose incognite, perché, se nell'aspirante atleta (che è generalmente giovane e "presumibilmente" sano) esistono infermità, queste sono sovente subdole e mal diagnosticabili. Alla difficoltà di diagnosi si uniscono quelle di prognosi per la necessità di correlare lo stato fisico del soggetto al particolare tipo di attività agonistica richiesta o praticata. E' il problema tipico medico-legale della "idoneità a . . . ", che scaturisce dalla correlazione fra una realtà clinica ed una attività lavorativa per cui, a parità di stato clinico, un soggetto può essere idoneo ad una determinata prestazione e non idoneo ad un'altra.

L'orientamento dottrinale (45) e giurisprudenziale (46) è nel senso che il semplice dubbio circa l'esistenza di una eventuale infermità debba bastare ad emettere un giudizio di non idoneità proprio per evitare di porre in essere situazioni di pericolo per l'atleta: sbaglia dunque per imprudenza il medico che decida diversamente.(47)

Nello sport professionistico esistono poi rilevanti interessi finanziari che possono, quantomeno, turbare la serenità di giudizio del medico nel dichiarare "non idoneo" un atleta che vale per la società di appartenenza somme considerevoli. L'atleta stesso potrebbe essere indotto, nel timore di dover restare lontano dai campi di gioco con gravi ripercussioni anche di tipo economico, a dissimulare situazioni non veritiere o a nascondere sintomi preoccupanti.

Una parte della giurisprudenza (48) ritiene che la responsabilità del medico sportivo deve essere valutata anche in funzione del comportamento del danneggiato o della vittima, essendosi verificati casi in cui l'atleta o le persone che lo rappresentano, per motivi anche di ordine economico oltreché di carriera, si sono mostrati reticenti o hanno tenuto nascoste circostanze

riguardanti la salute o il decorso di malattie impedendo, quando non fuorviando addirittura, la corretta diagnosi e l'esatto giudizio medico. In queste ipotesi la responsabilità del professionista è stata ridotta o esclusa (49).

Per tutti questi motivi il compito del medico sportivo è certamente delicato; sotto il profilo della professionalità egli deve poi corrispondere il massimo di diligenza e di prudenza, comunque consone alla natura della attività prestata (50). Non si può invece pretendere il massimo di perizia in tutti i settori specialistici (cardiologico, neurologico, ortopedico etc.) che convergono nelle problematiche a lui sottoposte.

Così che i criteri ordinari di valutazione della colpa subiscono un temperamento per effetto dell'applicazione dell'art. 2236 c.c., come eccezione all'art. 2043, onde il medico risponde solo per colpa grave per imperizia, in presenza di problemi tecnici di particolare difficoltà (51).

Pertanto se al medico sportivo non si richiede di essere esperto in cardiologia, ortopedia etc., egli deve però supplire a ciò con il citato massimo di diligenza e di prudenza così che, ogni qual volta sia sfiorato dal dubbio, deve richiedere l'intervento di singoli specialisti. Al riguardo il D.M. 18/2/1982 impone esplicitamente una pluralità di esami specialistici ai quali devono essere annualmente sottoposti gli atleti, con riserva di controlli più ravvicinati nel tempo ove sussista il minimo sospetto sulla idoneità.

Riprendendo la problematica dell'errore, e in particolare quello nella diagnosi, va aggiunto che il medico può incorrervi - sino alla colpa professionale - se non sceglie oculatamente lo specialista, se non pone precisi quesiti connessi alla peculiare angolazione medico-sportiva e se, poi, accetta passivamente l'eventuale parere ottimistico.

E' opinione diffusa che il medico visitatore non debba rispondere di un eventuale errore dello specialista in specie se accreditato, mentre un parere non specialistico espresso da un primo medico non deve essere supinamente accettato da un secondo medico il quale ha il dovere professionale di attivarsi comunque nell'accertamento di idoneità.

In definitiva, il medico certificante se è legittimato a non avere particolari cognizioni specialistiche deve però sapere quale sia lo sforzo agonistico cui si sottopone un atleta in un dato sport tanto da dover orientare lo specialista cui eventualmente si rivolge e da interpretare il parere specialistico alla luce delle prestazioni che l'atleta deve intraprendere.

Da un punto di vista strettamente pratico occorre precisare che l'orientamento della giurisprudenza, almeno sino ad oggi, è quello di non fare carico ad alcun medico valutatore di eventi diversi dalla morte dell'atleta (52).

Qualora, infatti, fossero più comunemente oggetto di conseguenze ci-

vili e penali perseguite legalmente anche i più lievi danni conseguenti al mancato riscontro (o alla mancata denuncia) di moderate infermità, che potrebbero costituire una sorta di controindicazione relativa (a fronte di controindicazioni assolute capaci di cagionare la morte del soggetto), l'impegno del medico valutatore assumerebbe un più rilevante contenuto di rischio professionale. Si pensi, come esempio emblematico, alla difficoltà di valutazione che potrebbe comportare nei termini suddetti una lesione al menisco in un calciatore, tanto frequente quanto innegabilmente correlata, nell'ipotesi di un proseguimento dell'attività, ad un rischio di maggior danno.

### ***2.3. La Commissione medica regionale e il procedimento di ricorso avverso il diniego d'idoneità alla pratica sportiva agonistica.***

L'emersione del fenomeno sportivo e la sua affermazione come autonomo ordinamento giuridico ha, tra l'altro, determinato la necessità di un assetto organizzativo interno quanto più possibile fondato su quegli stessi principi garantisti e rappresentativi, che stanno alla base di ogni sistema giuridico che vuol definirsi democratico. Questa considerazione trova verifica nel progressivo affinamento del sistema di giustizia interno all'ordinamento sportivo.

Anche l'organizzazione della tutela sanitaria delle attività sportive, accanto alle fonti primarie statuali, ha richiesto la formazione di un corpo consistente di norme per lo più contenute in regolamenti di settore emanati dalle singole Federazioni sportive nazionali ed approvate dal C.O.N.I.. Questo organo, ente esponenziale del fenomeno sportivo in base alla Legge 426/1942 e ai successivi decreti di attuazione, dovrebbe fungere anche da garante dell'uniformità sostanziale delle normative sportive federali, spettando ad esso, tra l'altro, l'approvazione degli atti normativi delle singole Federazioni. In realtà, il panorama normativo è molto differenziato avendo le Federazioni ampi spazi autonomistici soprattutto in materia di regolamentazione tecnica.

La disciplina della tutela sanitaria dell'attività sportiva si ricava pertanto sia da norme statali che da norme proprie delle istituzioni sportive (regolamenti tecnici e di disciplina). L'inosservanza delle stesse determina punibilità. In particolare, ai fini della normativa sportiva l'inosservanza è fonte di responsabilità di tipo disciplinare il cui sistema giustiziale si risolve all'interno dell'ordinamento sportivo (53).

Delle prime ci siamo già occupati con riferimento ai parametri di

valutazione dell'idoneità fisica allo sport e, più in generale, con riguardo al corpo normativo su cui si fonda la organizzazione della tutela sanitaria dello sport.

Senza entrare nel merito della analisi delle norme interne, anche di giustizia, dell'ordinamento sportivo (54), ci preme qui fare un breve cenno al mutamento avvenuto in senso democratico, nel settore peculiare della sanità.

Oggi l'ordinamento sportivo riconosce ai soggetti destinatari dei provvedimenti di giustizia e/o amministrativi il diritto di poterli contestare attraverso procedure determinate. Fermo restando il principio della incontestabilità di molti provvedimenti imposti autoritariamente dagli enti sportivi in forza del principio imperante del "vincolo di giustizia" (55).

Prima dell'emanazione del D.M. 18/2/82 le controversie sorte tra società e fra queste e i propri tesserati aventi ad oggetto l'idoneità fisica degli stessi, venivano risolte, con decisione inappellabile, da appositi organismi medici istituiti all'interno delle singole Federazioni. La F.I.G.C., ad esempio, nel 1979 aveva all'uopo istituito una sezione medica presso il Centro Tecnico Federale con il compito di "sovrintendere a tutta l'organizzazione sanitaria delle F.I.G.C." (art. 7, Reg. tecnico) ampliandone però le competenze con l'attribuzione ad essa del potere di risolvere le controversie di cui sopra, con decisione inappellabile. I casi ad essa demandati venivano specificamente contemplati dalle norme federali come ad esempio accadeva nel caso di trasferimento dell'atleta, (art. 28 n.3 Reg. settore prof. e art. 24, lett. g.) Reg. settore semiprof.). Agli atleti veniva riconosciuto il solo diritto di farsi assistere da un medico di fiducia. Mentre per quanto concerne la tutela generale offerta all'atleta avverso i giudizi di non idoneità, competenti in via esclusiva era la Commissione Medica d'Appello, unica, con sede in Roma, organo tecnico ed interno della F.M.S.I. (art. 29 Statuto). La Commissione Medica d'Appello poteva procedere anche d'ufficio (art. 31 Reg. Org. della F.M.S.I.) o su richiesta del presidente della F.M.S.I. alla revisione del giudizio di idoneità degli organi di primo grado o della sua stessa determinazione su istanza dell'interessato o d'ufficio in caso di "fatti nuovi suscettibili di modificare per la loro entità e rilevanza clinica, il precedente giudizio diagnostico" (art. 32 Reg. Org. F.M.S.I.). Le funzioni di segretario della Commissione erano espletate da un funzionario dirigente della F.M.S.I. responsabile anche della tenuta dell'archivio della documentazione inviata.

Essa provvedeva, attraverso un suo delegato nominato dal presidente, "all'istruttoria dei ricorsi richiedendo al ricorrente ed agli organi che lo

hanno giudicato in prima istanza ( leggi Centri di Medicina dello sport con sede nei capoluoghi di provincia e Ambulatori della F.M.S.I. con sede in ogni comune, n.d.A) elementi di informazione e documentazione ritenuti necessari” (art. 30 Reg. Org.).

Espletata l’istruttoria, la Commissione qualora non ravvedesse la necessità di sottoporre il ricorrente ad accertamenti diagnostici presso l’Istituto di Medicina dello Sport o presso i Centri di Medicina dello Sport, emanava il giudizio comunicandolo alla competente Federazione sportiva, agli organi di primo grado ed al ricorrente. La motivazione, coperta dal segreto di ufficio, veniva comunicata al solo interessato dietro sua richiesta scritta. La decisione era inappellabile.

L’emanazione del D.M. 18/2/82 istituisce, all’art. 6, la Commissione regionale, organo competente in seconda istanza a decidere sulle controversie aventi ad oggetto il problema “de quo”, spostando la competenza dall’organo interno federale e da quello tecnico della F.S.M.I. ad un organo esterno, pubblico, tale da garantire una maggiore democraticità all’intero sistema oltreché un maggiore controllo su di esso. Di conseguenza, la F.M.S.I. ha provveduto a modificare il proprio Statuto (art. 29 e ss.) e il Reg. Org. (artt. 29-41) in ottemperanza alle determinazioni introdotte dalla nuova normativa, provvedendovi, per lo Statuto, con delibera del Consiglio Nazionale del C.O.N.I. del 3/5/1991 e, per il Regolamento Organico, con delibera della Giunta Esecutiva del 20/2/1991. Il nuovo testo del Reg. Org. stabilisce all’art. 29 che “ai fini dell’idoneità agli sport gli accertamenti sanitari sono quelli previsti dal D.M. 18/2/82 artt. 1, 2, 3, 4 e 5 ai quali l’organizzazione periferica della F.M.S.I. si deve scrupolosamente attenere”. E continua al comma 3 “Avverso il giudizio degli Organi di accertamento sono esperibili ricorsi al competente ufficio regionale di cui all’art. 6 del D.M. del 18/2/1982”.

Qualora, a seguito degli accertamenti sanitari previsti, risulti la non idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, l’esito negativo con indicazione della diagnosi posta a base del giudizio, deve essere comunicato, entro cinque giorni, dal medico visitatore all’interessato e al competente ufficio regionale che ha l’obbligo di archiviare la pratica, in modo che, all’occorrenza, possa essere utilizzata dalla Commissione regionale per l’istruzione del procedimento. Alla società sportiva di appartenenza viene comunicato il solo esito negativo.

Avverso il giudizio negativo l’interessato può proporre ricorso alla Commissione regionale nel termine di 30 giorni dall’emanazione del certificato. Il giudizio della Commissione è inappellabile.



Oltre alla composizione dell'organo in oggetto, la norma statale, in verità piuttosto scarna, nulla altro dice se non un generico quanto ovvio riconoscimento alla Commissione (composta come visto da cinque membri, tutti medici, di cui uno, il presidente, è un medico-legale) di potersi avvalere della consulenza di sanitari in possesso della specializzazione inerente al caso specifico qualora essa ne ravveda la necessità. Manca invece la parte relativa al funzionamento dell'organismo che è di fatto demandata al potere di autogoverno delle singole regioni. Ne è derivata una certa disparità temporale nel lavoro delle varie Commissioni avendo le regioni provveduto alla loro istituzione in tempi molto diversi.

La Commissione resta in carica 3 anni ed i suoi membri sono rieleggibili. Alle riunioni partecipa, con funzione verbalizzante, un funzionario regionale che ha tra l'altro il compito di preparare i fascicoli relativi ai singoli ricorsi da rimettere poi al presidente della Commissione. Al segretario spetta anche il compito di comunicare agli interessati i risultati dei lavori della commissione. Questi si svolgono in tempi rapidi, funzionali alle necessità del mondo sportivo le cui competizioni hanno come termine temporale più lungo l'arco dell'anno.

La valutazione ha come base di riferimento i certificati di inidoneità con le diagnosi che li ha determinati ma si fonda su autonome visite cui la Commissione sottopone il ricorrente valendosi delle strutture sanitarie pubbliche, anche specialistiche se occorre. L'esito di conferma o di riforma è comunicato, entro 5 gg., all'interessato, alla società di appartenenza e alla U.S.L. di residenza ed è inappellabile.

Sull'operato della Commissione si possono fare alcune considerazioni di ordine generale. Innanzi tutto, come visto, il giudizio da essa emanato è inappellabile a meno di non mettere sotto accusa l'organo stesso per errori o irregolarità nei procedimenti. Quanto al tipo di provvedimento preso, se poco rilevante è la decisione di conferma del giudizio emanato in primo grado ai fini di eventuali addebiti di responsabilità, ben diverso è il caso di una riforma in positivo di un giudizio di non idoneità che potrebbe, invece dare adito a problemi di responsabilità professionale per conseguenze dannose alla salute dell'atleta ovvero, in rari casi, per eventuali benefici presi dall'atleta nel periodo di reputata invalidità.

Vi è poi, l'ultima considerazione comune a gran parte della dottrina, che persino il dubbio diagnostico dovrebbe comportare un giudizio di non idoneità sino alla esatta definizione del caso, in ossequio al principio del non porre in essere un pericolo di danno. Questa considerazione se deve valere per la Commissione regionale, che interviene solo in caso di contenzioso,

a maggior ragione deve imporsi agli organi certificanti in primo grado.

Da tutto ciò consegue, com'è naturale, una ancor più meticolosa cura da parte della Commissione in ognuna delle fasi del procedimento che portano alla formulazione del giudizio idoneativo o inidoneativo. Decisione che sarà nel primo caso di riforma del giudizio di non idoneità rilasciato dagli organi competenti in primo grado, di conferma nel secondo.

### III. LA CASISTICA

#### 1. Premessa

Alla distanza di dieci anni dall'emanazione del D.M. 18/2/1982 istitutivo della Commissione medica regionale ci è sembrato utile affrontare uno studio retrospettivo del suo operato poiché dall'analisi dello stesso, che rappresenta il momento culminante (anche se eventuale) della procedura prevista dalle leggi vigenti al fine dell'ottenimento dell'idoneità agonistica, si possono ottenere utili indicazioni sulla organizzazione e la funzionalità del sistema che sovrintende alla medicina sportiva e più in particolare alla tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche. I dati raccolti vanno ad integrare quelli di ordine più generale che si ottengono dalla lettura dei certificati inidoneativi, con valenza anche epidemiologica.

Riteniamo che uno studio attento della casistica possa essere utile alla Commissione stessa ai fini di individuare eventuali cause sistematiche di errore proprie e dei servizi di primo grado; di valutare con ponderazione numerica le principali aree di interesse intese sia come branche delle varie patologie riscontrate sia come specialità sportive; di avere, infine, disponibile a sostegno dell'agire quotidiano almeno gli indirizzi fondamentali della propria attività valutativa. Di pari utilità potrebbe essere per i servizi di Medicina sportiva delle U.S.L., aiutati nella loro attività dal conoscere gli orientamenti idoneativi sia della Commissione regionale che degli altri centri periferici.

Infine, ma non ultimo per rilevanza, una disamina attenta delle sottili ma gravose discriminazioni che il medico valutatore si trova a dover effettuare, può essere utile per migliorare ulteriormente la precisione diagnostica e la consapevolezza con cui egli opera. La legislazione vigente, come abbiamo già avuto modo di evidenziare in altra parte del presente lavoro (56), è lungi dal fornire agli operatori del settore ben definiti criteri di comportamento sia sul piano formale che sostanziale non trovando conferma neppure da una lunga, collaudata esperienza applicativa.

Ai sensi della normativa vigente, la Commissione medica regionale provvede ad archiviare tutte le pratiche relative ai casi da essa esaminati. In particolare, assieme al certificato di non idoneità, alla domanda di ricorso (57), e al certificato del giudizio d'appello, vengono conservate anche le schede relative all'anamnesi e all'esame obiettivo, le certificazioni degli specialisti eventualmente consultati e, quando preventivamente ottenuta, la documentazione inviata dal Servizio di Medicina sportiva dell' U.S.L. di provenienza, che la Commissione si fa quasi costante carico di richiedere.

Ci è sembrato opportuno, prima di analizzare l'attività della Commissione medica regionale nel periodo compreso tra la data della sua istituzione e la fine del 1991, relativa ai ricorsi ad essa presentati avverso i certificati di non idoneità all'attività sportiva agonistica, rivolgere l'attenzione anche ad un prezioso strumento di indagine, costituito dall'archivio dei certificati di non idoneità della Regione Marche. All'art. 6 del D.M. 18/2/1982, lo stesso che contempla l'istituzione della Commissione, si prevede che una copia di ogni certificato inidoneativo sia trasmesso ai Servizi di Medicina sportiva delle U.S.L. dal competente Ufficio regionale.

Ora, per quanto la correttezza metodologica più rigorosa avrebbe richiesto di disporre di tutti i certificati, idoneativi o meno, rilasciati in prima istanza, in mancanza di ciò (per ragioni oltre che di tempo anche logistiche essendo le U.S.L. interessate ventiquattro) si è reputato comunque indispensabile analizzare quei dati di cui eravamo in possesso, ossia la parte di essi pervenuta alla Regione in adempimento all'obbligo di legge. Oltre tutto i ricorsi costituiscono necessariamente un sotto-insieme dei certificati di non idoneità, che abbiamo quindi analizzati per primi; ma ci è sembrato utile anche per renderci conto, dallo studio statistico dei dati, quali sono le patologie principalmente coinvolte nel determinare l'inabilità allo sport nella regione, nonché quale è la loro incidenza nelle varie discipline sportive. Siamo convinti dell'utilità di una simile indagine per le informazioni che se ne possono ricavare sullo stato di salute della popolazione regionale, ma anche sulla organizzazione e sulla funzionalità del sistema nell'attuazione della tutela della salute degli sportivi (58).

Si è assunto il proposito di verificare se i rapporti tra i certificati ed i ricorsi fossero di mera proporzionalità o se esistessero invece significative differenze correlate a variabili quali il tipo di sport richiesto, la patologia diagnostica, l'età del soggetto, la provenienza dello stesso e l'anno del giudizio.

Si è preso così in visione tutto il materiale provvedendo a classificarlo con l'aiuto di una scheda ideata appositamente; nel contempo si è passati

alla organizzazione del medesimo in una base di dati computerizzata al fine di facilitare le successive elaborazioni epidemiologiche.

Teniamo a sottolineare, pur nell'ovvietà della considerazione, che ad ogni caso esaminato è stato attribuito un codice alfanumerico anonimo in modo da evitare che in qualche modo potesse venir violato e il diritto alla riservatezza dell'interessato e il segreto professionale.

Come balza subito in evidenza dall'osservazione del modulo per la compilazione del certificato di inidoneità allegato al D.M. 18/2/1982, il materiale in studio è già di per sé strutturato in maniera logica e tale da permettere una valutazione statistica diretta; in particolare si ricavano i dati relativi allo sport, alla U.S.L. di provenienza e all'anno del giudizio. E' stato così sufficiente utilizzarlo per creare dei raggruppamenti di casi. A questi primi tre criteri classificativi suggeriti dal legislatore abbiamo ritenuto utile aggiungere altri due: il criterio età ed il criterio patologia.

Per quello che riguarda l'età dei soggetti, il campione è stato suddiviso in due fasce, prendendo a scriminante l'età di 25 anni. E' infatti sembrato opportuno cercare di mettere in rilievo eventuali differenze tra le cause di inidoneità nell'età giovanile (presumibilmente su base costituzionale) e quelle proprie dell'età adulta (più verisimilmente dovute a patologia degenerativa o addirittura conseguenti all'attività sportiva stessa).

Riguardo poi alle singole diagnosi abbiamo dovuto ricorrere, data l'eterogeneità delle stesse e l'elevato numero (si tratta di 339 casi), ad un'ultima schematizzazione, ricollegandole a sei grandi aree di patologia umana:

- Patologia CardioVascolare (CV);
- Patologia degli Organi del Senso (OS);
- Patologia del Sistema Nervoso (SN);
- Patologia dell'apparato Muscolo-Scheletrico (MS);
- Patologia Endocrina (E);
- Patologia afferente ad Altri Apparati (AA).

Per quanto concerne, invece, i ricorsi ed ai fini di strutturare in maniera più organica possibile un materiale di per sé inquadrabile sotto molteplici schematismi, si è operata una classificazione utilizzando tre diversi parametri, incrociando poi i risultati.

Il primo parametro usato è stato l'età dei soggetti. Come già per i certificati di non idoneità rilasciati in prima istanza, il campione è stato suddiviso in due fasce prendendo a scriminante l'età di 25 anni.

Una ulteriore ripartizione della casistica è stata effettuata sul criterio sport, conseguita all'identificazione di gruppi di discipline sportive quanto più possibile omogenei. Tenendo conto sia dell'inquadramento tabellare del

D.M. 18/2/1982, sia dell'affinità dell'impegno bio-fisico richiesto, sia infine della necessità operativa di non frammentare eccessivamente i dati, sono stati costituiti cinque gruppi:

- Gruppo 1: Calcio
- Gruppo 2: Ciclismo
- Gruppo 3: Sport di "velocità"
- Gruppo 4: Sport di "contatto" e "acquatici"
- Gruppo 5: Sport "con la palla" e "di durata" (59).

Mentre per i primi due gruppi, dato l'elevato numero dei casi disponibili, si è fatto riferimento ad un'unica disciplina sportiva, anche al fine di preservare l'omogeneità dei dati, per gli altri tre si sono ricercati dei valori chiave che legittimassero l'unificazione effettuata.

Si sono accorpate nel Gruppo 3 sport quali il motociclismo e il pugilato (che non compaiono peraltro nei ricorsi) perché per entrambi, che pur appartengono il primo alla tabella A ed il secondo alla Tabella B, sono richiesti esami clinici comuni nel corso della prima visita (60). Essi condividono inoltre una notevole esposizione al rischio di traumi meccanici importanti. Un poco più forzatamente si è aggiunto il pattinaggio corse (pattinaggio veloce) peraltro ridotto, nell'ambito dei ricorsi della Regione Marche, ad un solo caso. Considerazioni analoghe valgono per gli altri gruppi tenendo in debito conto il fatto che si è cercato per quanto possibile di rispettare la suddivisione effettuata dal legislatore nelle sopra menzionate Tabelle. Questo stesso raggruppamento è stato utilizzato anche per l'analisi dei certificati di non idoneità che, per la consistenza numerica ben maggiore (339 contro 38 ricorsi) risultano allargati a molte altre specialità sportive qui assenti per le ragioni di proporzione prima indicate.

Venendo all'analisi delle patologie osservate e valutate dalla Commissione abbiamo ritenuto di dividerle in quattro larghe categorie:

- Patologia Cardiovascolare (CV negli schemi successivi)
- Patologia degli Organi di Senso (OS)
- Patologia del Sistema Nervoso (SN)
- Patologia di altri Organi e Apparati (A).

Senza togliere alcun valore ad analisi più particolareggiate, di cui peraltro si forniranno più oltre alcuni esempi se non altro in forma grafica, e nei limiti che ogni schematizzazione comporta, ci è parso tuttavia che una simile suddivisione fosse utile ad evidenziare in modo chiaro ed immediato quanto ci si appresta ad illustrare.

Va detto, prima di passare all'analisi della casistica, che mentre la categorizzazione delle discipline sportive nei cinque gruppi prima analizzati

è stata utilizzata anche per lo studio dei certificati con perfetta corrispondenza, lo stesso non può dirsi per il criterio patologia, dove per ragioni di opportunità e per non disperdere eccessivamente i dati, divergono parzialmente. In sostanza, delle quattro categorie qui individuate, le prime tre coincidono esattamente con quelle utilizzate per i certificati di non idoneità (CV, OS, SN), mentre le seconde tre dei certificati (MS, E, AA) sono qui sintetizzate in una sola (A).

A partire dagli schemi individuati sopra, è stato valutato, per ogni Gruppo di discipline sportive, il numero di soggetti ritenuti idonei e non idonei, distinguendoli per sesso, per età e per categoria patologica di appartenenza.

Successivamente con intento più strettamente epidemiologico, si è individuata la distribuzione dei casi per sport, per apparato, per singola patologia, per anno di giudizio e U.S.L. di provenienza fornendo una descrizione grafica dei risultati.

## **2. Consistenza dell'Archivio dell'Assessorato alla Sanità della Regione Marche.**

### ***2.1. I Certificati di non idoneità. Lettura della casistica per una prima valutazione del problema.***

Con l'obiettivo di avere un primo profilo delle dimensioni del problema in analisi, abbiamo pensato di anticipare lo studio di parte del materiale raccolto dall'archivio ed in particolare di quei dati d'insieme che delineano l'attività di certificazione nell'arco di un decennio circa. Rimandiamo invece allo studio comparato dei ricorsi e dei certificati l'esposizione particolareggiata della casistica dei giudizi di non idoneità poiché riteniamo più agevole la sua lettura dall'analisi appaiata dei grafici relativa alle due statistiche.

Nella Regione Marche dal 1982 al 1991 (61) sono stati rilasciati 339 certificati di non idoneità alla pratica sportiva agonistica. Delle ventiquattro UU.SS.LL. in cui si divide il territorio regionale e alle quali viene affidata la erogazione delle prestazioni sanitarie, solo una metà hanno inviato la documentazione che ci interessa, ma ciò è in parte spiegato dal fatto che le più piccole affidano il servizio, come previsto dal piano socio-sanitario, alle maggiori finitime. E' il caso della U.S.L. 15 (Macerata) che opera per la 18, (S. Severino Marche) la 19 (Tolentino) e la 20 (Camerino) o della U.S.L. 12

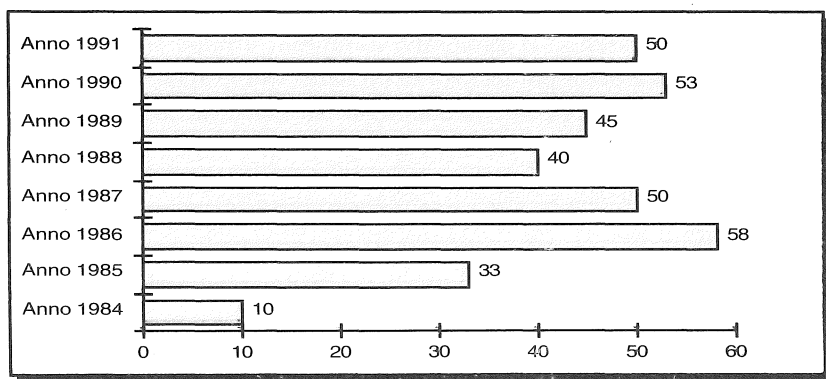
(Ancona) per la 9 (Falconara) e la 13 (Osimo) (62). Il 62% circa dei certificati (209 per l'esattezza) proviene dalla U.S.L. 10 (Jesi) mentre i rimanenti sono distribuiti in modo abbastanza frammentato, tranne quattro casi consistenti : 24 per la USL 3 (Pesaro), 33 per la USL 21 (Fermo), 27 per la USL 24 (Ascoli Piceno) e 13 per la USL 8 (Senigallia).

È invece perlomeno strano che nulla sia pervenuto dalla U.S.L. 5 (Urbino) sede dell'Isef regionale e dotata dal 1988 di un Centro di medicina sportiva convenzionato. Nell'arco del tempo l'affluenza dei documenti all'Ufficio regionale ha mantenuto un andamento regolare con una punta nel 1986 (58 certificati) come illustrato nella tavola n. 1.

Con riferimento alle discipline sportive praticate, che abbiamo raccolto come detto in cinque gruppi principali, si rileva una predominanza dell'attività calcistica, con il 44% dei casi, seguita dagli sport con la palla e di durata per il 29% (prevalentemente basket ); il ciclismo ha, da solo, un dato rilevante costituendo il 9% dei casi, dati questi, che confermano le tradizioni sportive della regione.

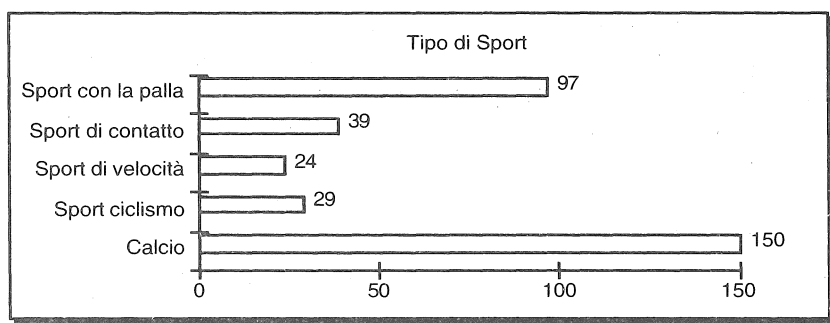
Tav. n. 1 - Distribuzione dei certificati di non idoneità per Anno

Anno	Frequenza	Percentuale
Anno 1984	10	2.9
Anno 1985	33	9.7
Anno 1986	58	17.1
Anno 1987	50	14.7
Anno 1988	40	11.8
Anno 1989	45	13.3
Anno 1990	53	15.6
Anno 1991	50	14.7
<b>Totale</b>	<b>339</b>	<b>100.0</b>



Tav. n. 2. Distribuzione dei certificati di idoneità per SPORT

Tipo di Sport	Frequenza	Percentuale
Calcio	150	44.2
Sport ciclismo	29	8.6
Sport di "velocità"	24	7.1
Sport di "contatto" e "acquatici"	39	11.5
Sport "con la palla" e "di durata"	97	28.6
-----	-----	-----
Totale	339	100.0



Del totale dei certificati di non idoneità il 92% riguarda atleti di sesso maschile e di questi ben il 65% si riferisce a patologie insorte in età giovanile (al di sotto di 25 anni). Per le atlete la percentuale dei certificati è piuttosto bassa, come si può vedere dalle tabelle riportate sotto (Tav. n.3), ma anche per esse le inidoneità s'incentrano nella prima fascia di età con una prevalenza negli sport con la palla (su 22 casi ben 15 riguardano tale disciplina come si vede nella tavola n. 4). Per il campione maschile di prima fascia le inidoneità si riferiscono in modo preponderante al calcio (59% dei certificati, vedi Tav. n. 4). Passando invece all'età maggiore di anni 25 la distribuzione dei certificati per sport e sesso è indicativa solo per gli atleti di sesso maschile (essendo il campione femminile troppo ristretto, solo 4 casi) e ci indica una netta prevalenza degli sport del gruppo 5 (con il 39% del campione, Tav. 5), seguito come sempre dal calcio 26% e dal ciclismo 18%.

Parrebbe insomma che l'attività sportiva agonistica venga svolta prevalentemente da uomini dediti in età giovanile a sport quali il calcio, mentre sport di maggiore impegno fisico e probabilmente svolti in modo professionistico quali il ciclismo e il basket si prolungano nell'età adulta.

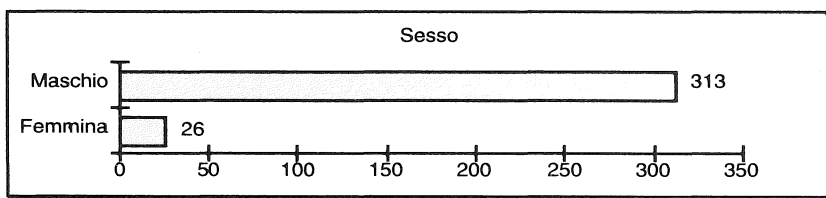
Per quanto concerne un primo screening delle patologie più ricorrenti nei certificati sempre in relazione alle fasce d'età e agli sport, notiamo che



prevalgono nei giovani le affezioni cardiovascolari (73%) con maggior incidenza nel calcio (59%) e negli sport di durata (23%) (Tav. n. 6), mentre in età superiore ai 25 anni le stesse, sempre preponderanti, sono presenti maggiormente negli sport del gruppo quinto 44% (Tav. n.7), ma hanno incidenza sintomatica anche nel ciclismo con il 17% dei casi.

Tav. n. 3 - Distribuzione dei certificati di non idoneità per Sesso

Sesso	Frequenza	Percentuale
Femmina	26	7.7
Maschio	313	92.3
<b>Totale</b>	<b>339</b>	<b>100.0</b>



Tav. n. 4 -Distribuzione dei certificati per gruppo di sport e per sesso nella fascia d'età minore di 25 anni.

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	Sesso		Totali righe
		Femmina	Maschio	
1 Calcio		1	121	122
		.8	99.2	54.0
		4.5	59.3	
		.4	53.5	
2 Sport ciclismo			9	9
			100.0	4.0
			4.4	
3 Sport di velocità		4	12	16
		25.0	75.0	7.1
		18.2	5.9	
		1.8	5.3	
4 Sport di contatto e acquatici		2	25	27
		7.4	92.6	11.9
		9.1	12.3	
		.9	11.1	
5 Sport con la palla e di durata		15	37	52
		28.8	71.2	23
		68.2	18.1	
		6.6	16.4	
Totali per colonna		22	204	226
		9.7	90.3	100.0

Tav. n. 5 - Distribuzione dei certificati per gruppo di sport e per sesso nella fascia di età maggiore di 25 anni.

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	Femmina	Maschi	Totali righe
1 Calcio			28	28
			100.0	24.8
			25.7	
			24.8	
2 Sport ciclismo			20	20
			100.0	17.7
			18.3	
			17.7	
3 Sport di velocità			8	8
			100.0	7.1
			7.3	
			7.1	
4 Sport di contatto e acquatici		2	10	12
		16.7	83.3	10.6
		50.0	9.2	
		1.8	8.8	
5 Sport con la palla e di durata		2	43	45
		4.4	95.6	39.8
		50.0	39.4	
		1.8	38.1	
Totali per colonna		4	109	113
		3.5	96.5	100.0

Tav. n. 6 - Distribuzione dei certificati per gruppo di sport e per patologia nella fascia d'età minore di 25 anni.

Sport	Conta					Totali righe	
	% Righe	AA	CV	MS	OS		SN
	% Col.						
	% Tot.						
1 Calcio		2	98	12	5	5	122
		1.6	80.3	9.8	4.1	4.1	54.0
		66.7	59.8	44.4	26.3	38.5	
		.9	43.4	5.3	2.2	2.2	
2 Sport ciclismo			5		3	1	9
			55.6		33.3	11.1	4.0
			3.0		1.3	7.7	
			2.2		15.8	.4	
3 Sport di velocità			9	4	2	1	16
			56.3	25.0	12.5	6.3	7.1
			5.5	14.8	10.5	7.1	
			4.0	1.8	.9	.4	
4 Sport di contatto e acquatici		1	15		6	5	27
		3.7	55.6		22.2	18.5	11.9
		33.3	9.1		31.6	38.5	
		.4	6.6		2.7	2.2	
5 Sport con la palla e di durata			37	11	3	1	52
			71.2	21.2	5.8	1.9	27.0
			22.6	40.7	15.8	7.7	
			16.4	4.9	1.3	.4	
Totali per colonna		3	164	27	19	13	226
		1.3	72.6	11.9	8.4	5.8	100.0

Legenda

AA = Altri Apparati      CV = Cardiovascolari  
 MS = Muscolo-Scheletriche      OS = Oculistico-sensorie  
 SN = Sistema Nervoso

Tav. n. 7 - Distribuzione dei certificati per gruppo di sport e per patologie nella fascia di età maggiore di 25 anni.

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	CV	MS	OS	SN	Totali righe
1 Calcio	23	3	2			28
	82.1	10.7	7.1			24.8
	25.3	30.0	18.2			
	20.4	2.7	1.8			
2 Sport ciclismo	15	4	1			20
	75.0	20.0	5.0			17.7
	16.5	40.0	9.1			
	13.3	3.5	0.9			
3 Sport di velocità	5		3			8
	62.5		37.5			7.1
	5.5		27.3			
	4.4		2.7			
4 Sport di contatto e acquatici	8	1	3			12
	66.7	8.3	25.0			10.6
	8.8	10.0	27.3			
	7.1	.9	2.7			
5 Sport con la palla e di durata	40	2	2	1		45
	88.9	4.4	4.4	2.2		39.8
	44.0	20.0	18.2	100.0		
	35.4	1.8	1.8	.9		
Totali per colonna	91	10	11	1		113
	80.5	8.8	9.7	.9		100.0

#### Legenda

CV = Cardiovascolari

MS = Muscolo-scheletriche

OS = Oculistico-Sensorie

SN = Sistema Nervoso

Di un certo interesse è l'osservazione dell'andamento anche delle altre patologie, ad esempio delle Muscolo Scheletriche che costituiscono in età giovanile ben il 41% delle inidoneità negli sport del quinto gruppo e il 44% nel calcio, mentre in età più avanzata diminuisce l'incidenza delle stesse nel calcio (facendo pensare ad una loro origine funzionale o da accrescimento e non traumatica, come è più probabile nell'età adulta), aumentano invece negli sport di durata, come il ciclismo (40%), ma aumentano in assoluto anche le affezioni sensoriali, con forte incidenza negli sport di contatto e di velocità (27%), apprezzabili nel calcio e negli sports con la palla (18%) (si vedano sempre le Tavole 6 e 7). Con intento riepilogativo riportiamo quanto analizzato nell'ambito dell'intero campione.

Tav. n. 8 - Distribuzione dei certificati per gruppo di sport e per patologie

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	CV	MS	OS	SN	A	Totali righe
1 Calcio		121	15	7	5	2	150
		80.7	10.0	4.7	3.3	1.3	44.2
		47.5	40.5	23.3	35.7	66.7	
		35.7	4.4	2.1	1.5	0.6	
2 Sport ciclismo		20	4	4	1		29
		69.0	13.8	13.8	3.4		8.6
		7.8	10.8	13.3	7.1		
		5.9	1.2	1.2	0.3		
3 Sport di velocità		14	4	5	1		24
		58.3	16.7	20.8	4.2		7.1
		5.5	10.8	16.7	7.1		
		4.1	1.2	1.5	0.3		
4 Sport di contatto e acquatici		23	1	9	5	1	39
		59	2.6	23.1	12.8	2.6	11.5
		9	2.7	30.0	35.7	33.3	
		6.8	0.3	2.7	1.5	0.	
5 Sport con la palla e di durata		77	13	5	2		97
		79.4	13.4	5.2	2.1		28.6
		30.2	35.1	16.7	14.3		
		22.7	3.8	1.5	0.6		
Totali per colonna		255	37	30	14	3	339
		75.2	10.9	8.8	4.1	0.9	100.0

Legenda

CV = Cardiovascolari MS = Muscolo-scheletriche  
 OS = Oculistico-Sensorie SN = Sistema Nervoso A= Altri

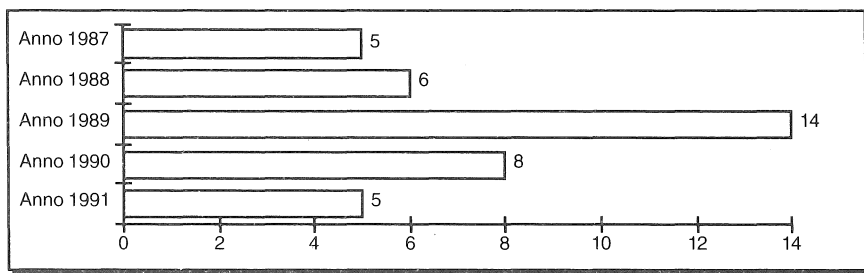
## 2.2. I ricorsi alla Commissione medica regionale.(63)

### *Esposizione e commento dei risultati.*

L'intera casistica è relativa agli anni 1987-1991 ed è costituita da 38 casi; di questi la componente principale (32 casi, l'84%) è costituita da soggetti di età inferiore a 25 anni. Di essi solo 3 casi (il 7,9%) riguarda atleti di sesso femminile, tutte di età inferiore a 25 anni.

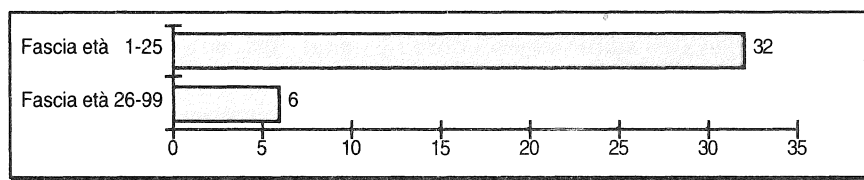
Tav. n. 9 - Distribuzione dei ricorsi per Anno

Anno	Frequenza	Percentuale
Anno 1987	5	13.2
Anno 1988	6	15.8
Anno 1989	14	36.8
Anno 1990	8	21.1
Anno 1991	5	13.2
	-----	-----
Totale	38	100.0



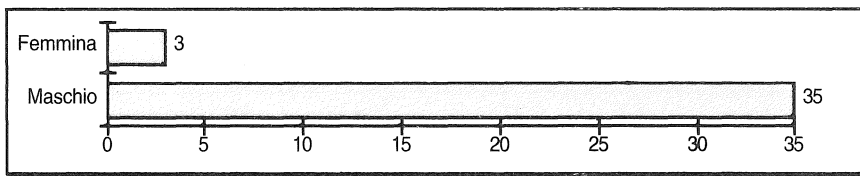
Tav. n. 10 - Distribuzione dei ricorsi per fascia di età

Fascia di età	Frequenza	Percentuale
Fascia età 1-25	32	84.2
Fascia età 26-99	6	15.8
	-----	-----
Totale	38	100.0



Tav. n. 11 - Distribuzione dei ricorsi per Sesso

Sesso	Frequenza	Percentuale
Femmina	3	7.9
Maschio	35	92.1
	-----	-----
Totale	38	100.0



Questi dati enfatizzano la validità della funzione medico-preventiva che il legislatore ha riconosciuto all'accertamento dell'idoneità sportiva: essa contribuisce, in maniera significativa, all'individuazione precoce di patologie congenite (o anche acquisite ma comunque ancora pressoché totalmente subcliniche) proprio in quei soggetti nei quali, per il notevole impegno cui si sottopongono, l'evoluzione in senso sfavorevole sarebbe più rapida e probabile.

Una seconda considerazione riguarda la percentuale di casi in cui la Commissione ha ritenuto di non dare comunque il giudizio espresso in prima istanza.

In primo luogo va rilevato che c'è sostanziale omogeneità tra conferme (21 casi, 55,3%) e riforme (17 casi 44,7%). Ciò in considerazione del fatto che nelle conferme sono stati accorpati 3 casi per i quali la Commissione ha sospeso la decisione. Si tratta, in 2 ricorsi del 1990, di vizi di procedura che hanno determinato l'organo giudicante a respingere o a sospendere il procedimento; mentre nell'altro caso riguardante un maschio di 16 anni con anomalie encefalografiche ed episodi convulsivi in età infantile, si è preferito rinviare la decisione di un anno (1 campionato sportivo), decidendo poi per la conferma (Tav. n.12).

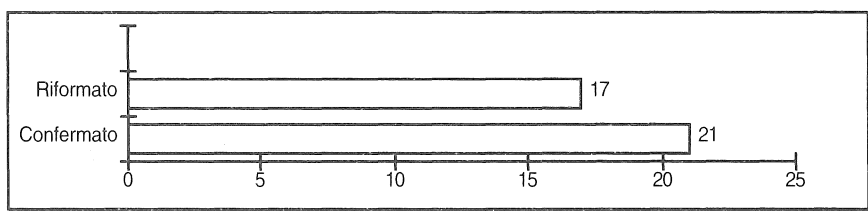
Con riferimento ai due gruppi di età, le riforme dei giudizi di primo

grado sono state 14 pari al 43,8% dei soggetti di età inferiore ai 25 anni (14 su 32) e il 50% (3 casi su 6) di quelli oltre i 25 anni (Tav. n. 13).

La percentuale non è certo insignificante soprattutto con riferimento alle prime fasce di età che comunque è il dato assoluto preponderante.

Tav. n. 12 - Distribuzione dei ricorsi per esito

Esito		Frequenza	Percentuale
Confermato	C	21	55.3
Riformato	R	17	44.7
	Totale	38	100.0



Tav. n. 13 - Distribuzione dell'esito dei ricorsi per fasce di età.

Esito	Conta		Totali righe
	% Col.	% Tot.	
Confermato	Età 1-25	Età 26-99	21
	85.7	14.3	55.3
Riformato	56.3	50.0	17
	47.4	7.9	44.7
Totali per colonna	14	3	38
	82.4	17.6	100.0
	43.8	50.0	
	36.8	7.9	
	84.2	15.8	

Di conseguenza si possono esprimere due considerazioni. In primo luogo, va evidenziata la piena autonomia di giudizio della Commissione che presuppone, come abbiamo avuto modo di rilevare dall'esame delle motivazioni formulate a chiusura dei procedimenti di ricorso, un notevole impegno



di approfondimento diagnostico e valutativo.

In secondo luogo, un'utile comprensione del fenomeno può venire solo dalla individuazione delle cause di una tale differenza di giudizio valutativo che vanno ricercate nell'analisi, seppur sintetica, dell'insieme dei giudizi. Emergono, da essi, differenze sostanziali nella fase propriamente valutativa, e quindi medico-legale, del procedimento. Spesso i giudizi di prima istanza appaiono caratterizzati dall'eccessivo peso attribuito al difetto individuato e questo sia per una comprensibile tendenza a cautelarsi in eccesso piuttosto che in difetto, considerati la genericità, a questo riguardo, delle fonti normative e per certi versi anche protocollari nonché l'orientamento giurisprudenziale prevalente che sollecita alla "prudenza" e all'eliminazione, come è ovvio, delle possibili cause di errore.

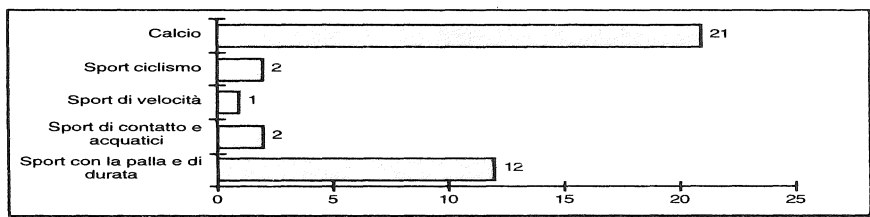
Sta di fatto che laddove la Commissione si è trovata di fronte a certificazioni di prima istanza riguardanti patologie potenzialmente ad alto rischio anche se non conclamate (epilessia, 5 casi), perdita funzionale di un organo (perdita totale visus in un occhio, rene unico) o a compromissioni cardiologiche di particolare importanza (prolasso valvolare) non ha potuto non confermare il giudizio.

Negli altri casi si è potuto invece individuare una sostanziale differenza nella completezza o nella graduazione del giudizio espresso che sarà riscontrabile una volta entrati nel dettaglio dell'analisi.

Prima di passare al commento dei risultati dell'analisi effettuata secondo lo schema sopra proposto, rimandiamo ai grafici sottostanti (Tavole 14 e 15) la presentazione della consistenza del lavoro della Commissione dal 1987 al 1991, e la distribuzione dei ricorsi per gruppi di discipline e patologie riscontrate, individuate sia nei valori assoluti che percentuali.

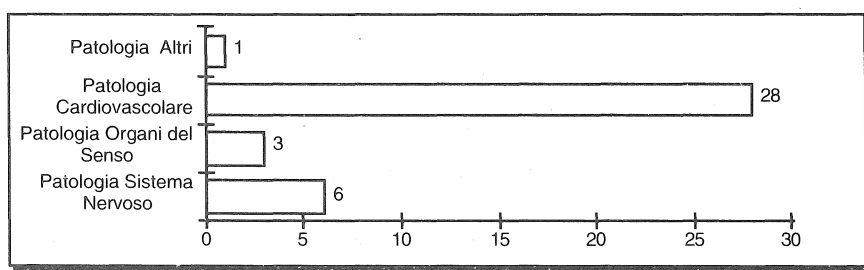
Tav. n. 14 - Distribuzione dei ricorsi per Sport

Tipo di Sport	Frequenza	Percentuale
Calcio	21	55.3
Sport ciclismo	2	5.3
Sport di velocità	1	2.6
Sport di contatto e acquatici	2	5.3
Sport con la palla e di durata	12	31.6
Totale	38	100.0



Tav. n. 15 - Distribuzione dei ricorsi per Patologie

Patologia		Frequenza	Percentuale
Patologia Altri	A	1	2.6
Patologia Cardiovascolare	CV	28	73.7
Patologia Organi del Senso	OS	3	7.9
Patologia Sistema Nervoso	SN	6	15.8
		-----	-----
	Totale	38	100.0



Nella serie di tavole seguenti con un intento descrittivo suddividiamo i ricorsi tra maschi e femmine: per sport, per fasce di età e per patologie.

Tav. n. 16 - Distribuzione dei ricorsi per Sport e fascia di età riferiti al campione maschile.

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	Età		Totali righe %
		1-25	26-99	
Calcio		17	3	20
		85	15	57.1
		58.6	50.0	
Sport Ciclismo		48.6	8.6	
		2		2
		100.0	17.6	5.7
Sport di velocità		6.9		
		5.7		
		1		1
Sport di contatto		100.0		2.9
		3.4		
		2.9		
Sport con la palla		2		2
		100.0		5.7
		6.9		
Totali per colonna		5.7		
		7	3	10
		70.0	30.0	28.6
	24.1	50.0		
	20.0	8.6		
	29	6	35	
	82.9	17.1	100.0	

Tav. n. 17 - Distribuzione dei ricorsi per Sort e fascia di età riferiti al campione femminile

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	Età 1-25		Totali righe
Calcio		1		1
		100.0		33.3
		33.3		
Sport con la palla		2		2
		100.0		66.7
		66.7		
		66.7		
Totali per colonna		3		3
		100.0		100.0

Tav. n. 18 - Distribuzione dei ricorsi per patologie e fascia di età riferiti al campione maschile

Patologia	Conta % Righe % Col. % Tot.	Età 1-25		Età 26-99		Totali righe
A		1				1
		100.0				2.9
		3.4				
Patologia Cardiovascolare		21		6		27
		77.8		22		77.1
		72.4		100		
Patologie Organi del Senso		60.0		17.1		
		3				3
		100.0				8.6
Patologie del Sistema Nervoso		10.3				100.0
		8.6				
		4				4
Totali per colonna		100.0				11.4
		29		6		35
		82.9		17.1		100.0

Tav. n. 19 - Distribuzione dei ricorsi per patologie e fascia di età riferiti al campione femminile.

Patologia	Conta % Righe % Col.	Età 1-25	Totali righe
	% Tot.		
Patologia Cardiovascolare		1	1
		100.0	33.3
		33.3	33.3
Patologia Sistema Nervoso		2	2
		100.0	66.7
		66.7	66.7
Totali per colonna		3	3
		100.0	100.0

Successivamente, con uno scopo più analitico, estraiamo i primi valori incrociati. Raffrontiamo i ricorsi ai vari gruppi di discipline per patologie rinvenute (Tavole 20).

Tav. n. 20 - Distribuzione dei ricorsi per gruppo di sport e per patologie.

Sport % Tot.	Conta % Righe % Col.	A	CV	OS	SN	Totali righe
2 Sport ciclismo			2 100.0 7.1 5.3			2 5.3
3 Sport di velocità			1 100.0 3.6 2.6			1 2.6
4 Sport di contatto e acquatici				2 100.0 66.7 5.3		2 5.3
5 Sport con la palla e di durata		1 8.3 100.0 2.6	8 66.7 28.6 21.1	1 8.3 33.3 2.6	2 16.7 33.3 5.3	12 15.8
Totali per colonna		1 2.6	28 73.7	3 7.9	6 15.8	38 100.0

Legenda

A = Altri

CV = Cardiovascolari

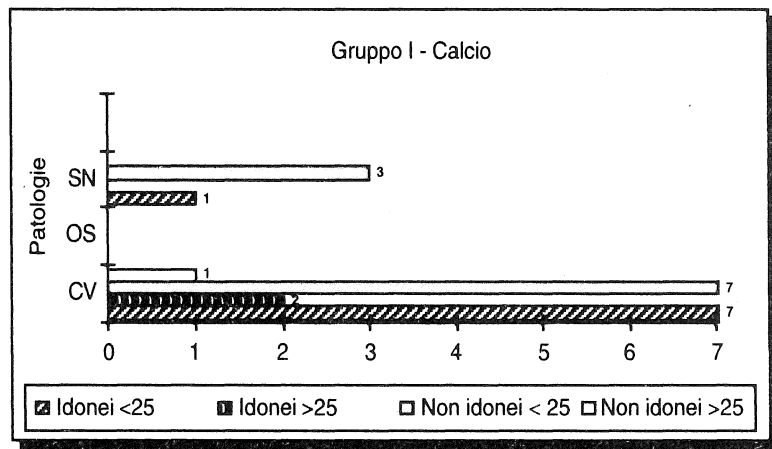
OS = Oculistico-Sensorie

SN = Sistema Nervoso

Passiamo ora a commentare i risultati delle analisi effettuate, riferendole ai vari gruppi di discipline sportive, circa il numero dei soggetti ritenuti idonei e non idonei, distinguendoli, giova ripeterlo, per categoria patologica di appartenenza e per età.

Tav. n. 21 - Gruppo I : CALCIO

Patologie	Idonei		Non idonei	
	sotto 25 a.	oltre 25 a.	sotto 25 a.	Oltre 25 a.
	0	0	0	0
SN	1	0	3	0
OS	0	0	0	0
CV	7	2	7	1
Totali	8	2	10	1



Nel Gruppo I, quello del Calcio (Tav. n. 20) sono compresi 21 casi, ovvero più della metà (55%) dei soggetti giunti al giudizio della Commissione medica regionale e tra questi i tre quarti (85%) infra venticinquenni (vedi Tavole nn.16 e 19).

Nell' 81% dei casi (17 individui) la patologia oggetto di studio riguarda l'apparato cardiovascolare (vedi Tav. 20) con le turbe del ritmo al primo

posto (9 casi) seguite dalla valvulopatie (3 casi) per citare le singole patologie più ricorrenti (vedi Tav. n.25).

Per quanto riguarda la patologia aritmica si deve dire che nei casi in cui si è contraddetta la primitiva diagnosi inidoneativa (4 su 9) o non è stata riscontrata affatto l'aritmia o questa è parsa priva di significatività invalidante ad uno studio più approfondito (vedi Tav. n.26).

Per le valvulopatie, al contrario, la Commissione ha in tutti 3 i casi confermato la valutazione fatta in prima istanza (vedi Tav. n.26).

Occorre rilevare che in tutti i casi di sovvertimento del giudizio riguardante una turba del ritmo la Commissione ha limitato nel tempo (anche 3 mesi) l'idoneità accordata invitando il soggetto a ripetere taluni accertamenti all'uopo indicati.

È interessante infine ricordare quattro casi di pertinenza non cardiovascolare e precisamente tre casi di epilessia tutti in soggetti infra venticinquenni, uno dei quali con precedenti convulsioni infantili ed un caso di cisti temporale destra operata ed asportata. Nei primi tre casi la Commissione ha confermato il giudizio di primo grado, nell'ultimo non ha ritenuto di dover formulare un giudizio di inidoneità per gli esiti positivi dell'intervento chirurgico e quindi dell'assenza di rischio specifico correlato alla pratica del calcio.

Il Gruppo 2: sport ciclismo e il Gruppo 3: sport di velocità sono poco indicativi. Il primo (2 soli casi) riguarda giovani atleti (entrambi di 16 anni) affetti da turbe del ritmo; la Commissione ha ritenuto di concedere la riforma a quello la cui patologia, di minore entità, non aveva trovato conferma negli ulteriori esami richiesti. Il secondo (1 solo caso) si riferisce ad un soggetto molto giovane affetto da patologia cardiovascolare (sindrome di Marfan) per il quale la Commissione ha confermato il giudizio di inidoneità. Il Gruppo 4: sport di contatto ed acquatici concerne due casi, tutti e due al di sotto dei 25 anni e con patologie oculistiche; la Commissione ha ritenuto di dover confermare l'inidoneità alla pratica sportiva perché, in entrambi, i difetti dell'organo della vista (perdita visus occhio Dx e diminuzione visus bilaterale) ostavano con la prosecuzione della specialità sportiva richiesta (kayak e judo) ove l'elevato rischio che caratterizza queste discipline richiede notevole prontezza sensoriale e coordinazione psico-fisica.

Il Gruppo 5: sport "con la palla" e "di durata", (ovvero pallavolo, basket, rugby, atletica, tennis, podismo, pattinaggio) è a dire il vero, piuttosto eterogeneo. L'incidenza maggiore l'hanno le affezioni cardio vascolari (67%, 8 casi), vengono poi le malattie del sistema nervoso (17% 2, casi), quindi le affezioni degli organi del senso (1 solo caso Tav. n. 20). Il 75% dei

casi (9) è rappresentato da soggetti infra venticinquenni; anche in essi interessante è notare che la incidenza della cardiopatie rispecchia la percentuale assoluta (5 casi su 9 , 56% - vedi Tav. 22), mentre per gli ultra venticinquenni (3 casi) l'incidenza aumenta al 100%. (Tav. 23)

Tav. n. 22 - Incidenza patologie nel campione minore di 25 anni

Sport	Patologia				Totali righe
	Conta	% Righe	% Col.	% Tot.	
	A	CV	OS	SN	
1 Calcio		14		4	18 56.3
		77.8		22.2	
		63.6		66.7	
		43.8		12.5	
2 Sport ciclismo		2			2 6.3
		100.0			
		9.1			
3 Sport di velocità		1			1 3.1
		100.0			
		4.5			
4 Sport di contatto e acquatici			2		2 6.3
			100.0		
			66.7		
5 Sport con la palla e di durata	1	5	1	2	9 28.1
	11.1	55.6	11.1	22.2	
	100.0	22.6	33.3	33.3	
	3.1	15.6	3.1	6.3	
Totali per colonna	1 3.1	22 68.8	3 9.4	6 18.8	32 100.0

Legenda

A = Altri

OS = Oculistico-Sensorie

CV = Cardiovascolari

SN = Sistema Nervoso

Tav. n. 23 - Incidenza patologie nel campione maggiore di 25 anni.

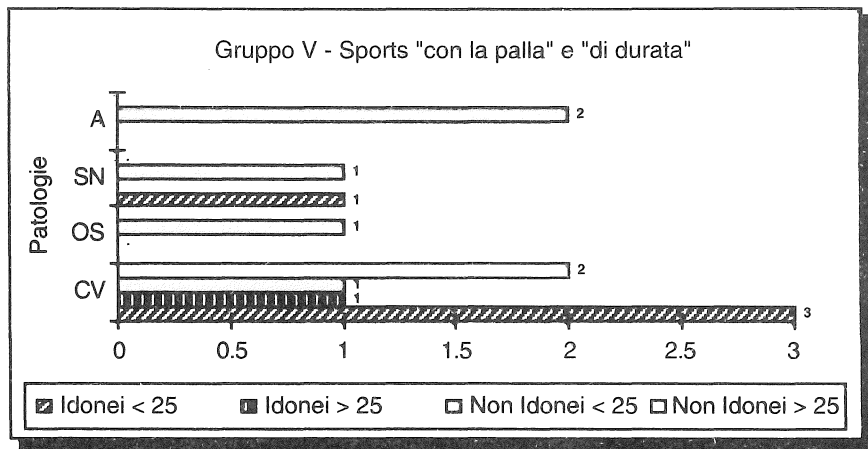
Sport	Conta	Patologia Cardiovascolare	Totali righe
	% Righe % Col. % Tot.		
1 Calcio	3	3	3
	100.0	100.0	50.0
	50.0	50.0	
5 Sport con la palla e di durata	3	3	3
	100.0	100.0	
	50.0	50.0	
Totali per colonna	6	6	6
	100.0	100.0	100.0

Per questi ultimi la Commissione ha confermato il giudizio di primo grado in due casi su tre; in entrambe le situazioni ha negato l' idoneità per rischio - data l' eziologia dell' affezione cardiologica (valvulopatia e grave aritmia) connesso alla pratica di un tipico sport di endurance quale il podismo. Per gli atleti di giovane età (9 casi) la percentuale delle non idoneità è del 54% (5 casi contro 4) (Tav. 24)

Tav. n. 24 - Gruppo V : Sports "con la palla" e "di durata"

Patologie	Idonei sotto 25 a.	Idonei oltre 25 a.	Non idonei sotto 25 a.	Nonidonei oltre Oltre 25 a.
A	0	0	2	0
SN	1	0	1	0
OS	0	0	1	0
CV	3	1	1	2
	-----	-----	-----	-----
Totali	4	1	5	2





Per il particolare impegno fisico che le discipline ricomprese in questo gruppo, in particolare il podismo, richiedono ai praticanti, c'è stata una maggiore ponderazione e cautela della Commissione nelle valutazioni delle affezioni cardiologiche anche di quelle di lieve entità quali le aritmie. L'organo collegiale ha attribuito ad esse un peso maggiore in questo ambito di quello valutato ai fini dell'idoneità allo sport del primo gruppo, il calcio.

Questo avvalorava ancora di più la presenza del giudizio del medico-legale e del medico sportivo all'interno dell'organismo collegiale per l'attuazione del dettato normativo nella valutazione della idoneità agonistica in rapporto alla specificità dello sport richiesto, oltretutto naturalmente della prevenzione e della tutela della salute dei soggetti.

A riepilogo di quanto detto e per meglio cogliere anche visivamente, l'incidenza delle singole patologie in vari apparati e nelle varie discipline sportive rimandiamo alle tabelle qui riportate.

Rileviamo innanzitutto le patologie CV (Tav. 25), in assoluto le più ricorrenti (28 casi in 38) con riferimento anche all'esito del ricorso (Tav. 26).

Tav. 25. - Incidenze singole patologie CV (1) nelle discipline sportive.

Patologia	Conta % Righe % Col. % Tot.	SPORT				Totali righe
		Calcio	Ciclismo	S. velocità	S. con palla	
A+V	8 88.9 47.1 28.6 2				1 11.1 12.5 3.6	9 32.1
A-BAV	66.7 11.8 7.1				1 33.3 12.5 3.6	3 10.7
Cp Is					1 100.0 12.5 3.6	1 3.6
Ins M					1 100.0 12.5 3.6	1 3.6
Ip A	1 50.0 5.9 3.6				1 50.0 12.5 3.6	1 3.6
Ip Vs	1 100.0 5.9 3.6					1 3.6
Pro M	3 100.0 17.6 10.7					3 10.7
QT1			1 100.0 50.0 3.6			1 3.6
PDA	1 100.0 5.9 3.6					1 3.6
SP					1 100.0 12.5 3.6	1 3.6
SdM		1 33.3 50.0 3.6	1 33.3 100.0 3.6		1 33.3 12.5 3.6	3 10.7
Per	1 100.0 5.9 3.6					1 3.6
Altri					1 100.0 12.5 3.6	1 3.6
Totali per colonna		17 60.7	2 7.1	1 3.6	8 28.6	28 100.0

(64) Si veda la leggenda a pag. 101 del presente lavoro.

Esse incidono per il 79% dei casi (22 su 28) nei giovani, il che spiega il prudente apprezzamento della Commissione che ha ritenuto di riformare il giudizio di primo grado solo in 15 casi su 28 (53%).

Analizziamo ora in modo più particolareggiato l'operato della Commissione con riferimento alle singole patologie CV (Tav. 26).

Tav. 26. - Idoneità - non idoneità nelle patologie CV.

Patologia	Conta % Righe % Col. % Tot.	ESITO		Totali righe
		Confermato	Riformato	
A+V	4 44.4 30.8 14.3	5 55.6 33.3 17.9	9 32.1	
A-BAV	1 33.3 7.7 3.6	2 66.7 13.3 7.1	3 10.7	
Cp Is	1 100 7.7 3.6		1 3.6	
Ins M		1 100.0 6.7 3.6	1 3.6	
Ip A	1 50.0 7.7 3.6	1 50.0 6.7 3.6	2 7.1	
Ip Vs		1 100.0 6.7 3.6	1 3.6	
Pro M	3 100.0 23.1 10.7		3 10.7	
QT1	1 100.0 7.7 3.6		1 3.6	
PDA	1 100.0 7.7 3.6		1 3.6	
SP		1 100.0 6.7 3.6	1 3.6	
SdM		3 100.0 20.0 10.7	3 10.7	
Per		1 100.0 6.7 3.6	1 3.6	
Altri	1 100.0 7.7 3.6		1 3.6	
Totali per colonna		13 46.4	15 53.6	28 100.0

Per quanto concerne le patologie SN (65) che sono al secondo posto (6 soli casi) si rileva una forte incidenza di casi di epilessia (50%) per i quali la Commissione ha ritenuto di riformare il giudizio per uno solo di essi. Meno incidenti le patologie OS, solo 3 casi.

Le successive figure raccolgono sinotticamente l'intera casistica, a riepilogo delle osservazioni fin qui esposte e ad introduzione della successiva analisi avente ad oggetto lo studio comparato dei certificati e dei ricorsi.

I 38 casi sono stati divisi prima per patologie e per esito del giudizio poi per fasce di età e per esito; questi gruppi campione sono stati rappresentati tramite valori assoluti e percentuali.

Tav. 27. - Idoneità Vs non idoneità - riepilogo per Apparati

Esito	Patologia				Totali righe	
	Conta % Righe % Col. % Tot.	A	CV	OS		SN
Confermato		1	13	3	4	21
		4.8	61.9	14.3	19.0	55.3
		100.0	46.4	100.0	66.7	
Riformato		2.6	34.2	7.9	10.5	17
			15		2	44.7
			88.2		11.8	
Totali per colonna			53.6		33.3	
			39.5		5.3	
		1	28	3	6	38
	2.6	73.7	7.9	15.8	100.0	

#### Legenda

AA = Altri

CV = Cardiovascolari

OS = Oculistico-Sensorie

SN = Sistema Nervoso

Notiamo che nelle affezioni cardiovascolari vi è una netta prevalenza di riforme del giudizio di non idoneità (53.6%; 15 casi su 28); nelle neurologiche è del 50%; la situazione si ribalta nelle malattie degli organi del senso le non idoneità costituiscono il 100 %, con una prevalenza delle conferme incidenti per il 66.7%.

Tav. 28 - Idoneità Vs non idoneità - Riepilogo per fasce d'età

Esito	Conta % Righe % Col. % Tot.	Età		Totali righe
		1-25	26-99	
Confermato		18	3	21
		85.7	14.3	55.3
		56.3	50.0	
		47.4	7.9	
Riformato		14	3	17
		82.4	17.6	44.7
		43.8	50.0	
		36.8	7.9	
Totali per colonna		32	6	38
		84.2	15.8	100.0

### 3. Analisi comparata dei certificati e dei ricorsi.

Nell'introdurre la parte relativa alla casistica sull'operato della Commissione medica regionale in merito ai ricorsi da essa esaminati nel quinquennio 1986-1991, abbiamo rilevato la necessità anche delle analisi dei certificati di non idoneità ad essa pervenuti. Questi rappresentano infatti il valore di riferimento dei ricorsi stessi che ne costituiscono un sottoinsieme.

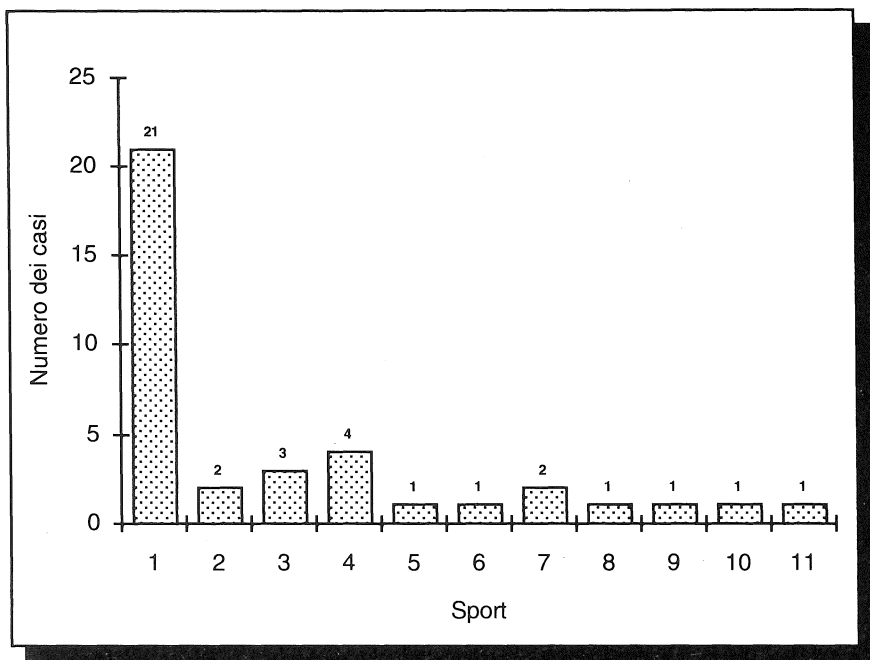
Alcune considerazioni, peraltro già in parte avanzate, sulla consistenza dei certificati di non idoneità giacenti nell'archivio del Servizio di Sanità della Regione (66) potranno essere utili, con l'intento precipuamente epidemiologico, ad una migliore comprensione del fenomeno.

Come detto, nelle Marche tra il 1982 e il 1991 sono stati redatti 339 certificati di non idoneità e sono stati inoltrati al competente ufficio regionale 38 ricorsi.

Il numero dei ricorrenti è stato piuttosto basso: la loro percentuale sul totale degli aventi diritto è dell' 11,2%, pari ad 1 su 9.

Di un certo interesse è anche l'analisi del rapporto tra ricorsi e non idoneità relativamente ai singoli gruppi di sport analizzata con valori assoluti e percentuali:

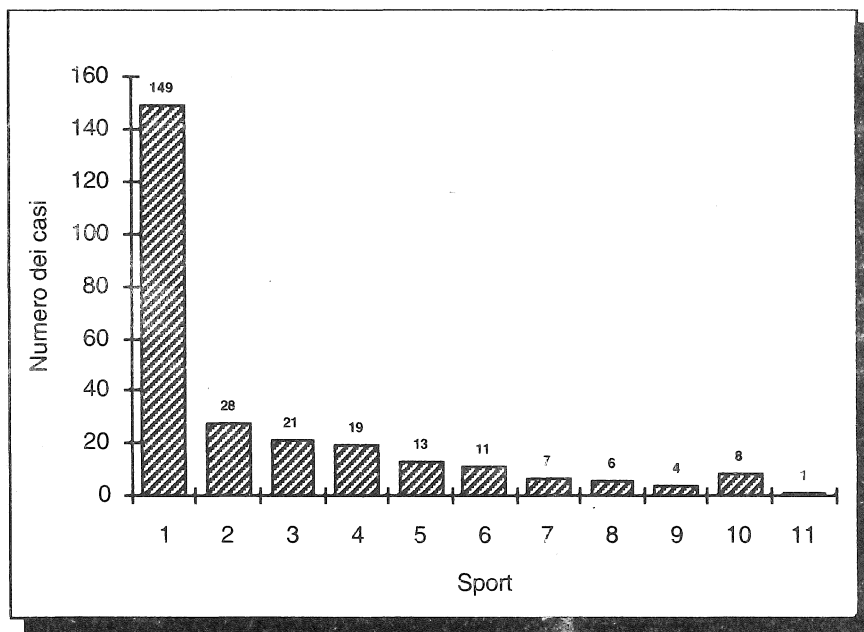
Tav. n. 29 - Ricorsi alla Commissione Regionale. Numero di ricorsi per sport



#### Legenda

1. Calcio	21	Pattinaggio corse	5.1	9. Tennis	1
2. Ciclismo	2	6. Rugby	1	10. Kajak	1
3. Podismo	3	7. Basket	2	11. Judo	1
4. Pallavolo	4	8. Atletica	1		

Tav. n. 30 -Certificati di non idoneità per sport (raffigurati solo quelli per i quali è stato proposto ricorso).



Legenda

1. Calcio	149	5. Tennis	13	9. Rugby	4
2. Ciclismo	28	6. Judo	11	10. Pallavolo	8
3. Basket	21	7. Atletica	7	11. Kajak	1
4. Podismo	19	8. Pattinaggio corse	6		

Nel Gruppo 1, quello del calcio, la percentuale dei ricorrenti è del 14% (pari a 1 ricorrente su 7 aventi diritto); molto più bassa nei Gruppi 2, 3 e 4 con percentuali rispettivamente de 7%, del 4% e del 5%; negli sport con la palla e di durata (Gruppo 5) torniamo a livelli più apprezzabili del 12% (1 ricorrente ogni 8). Una prima possibile spiegazione può ritrovarsi nei cospicui risvolti economici ed anche emozionali, sia individuali che collettivi, che permeano di sé la pratica degli sport del primo gruppo nel nostro paese.

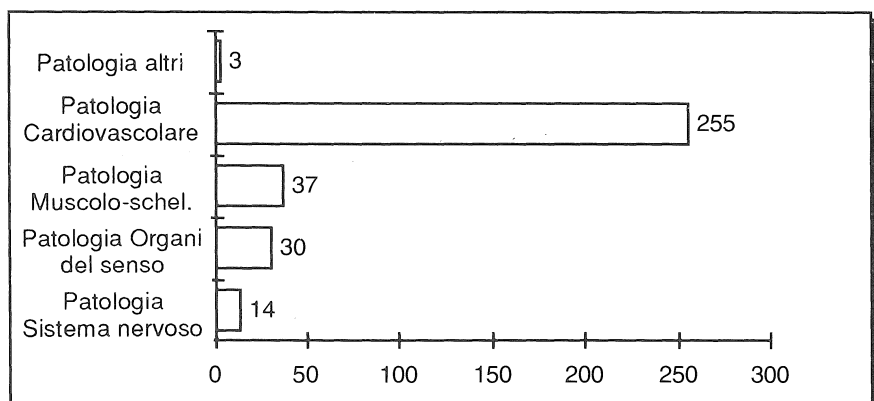
Una seconda, di non minore rilievo sociale, è la cultura agonistica della regione che annovera sport quali il basket e il ciclismo tra quelli maggiormente radicati nelle sue tradizioni sportive più consolidate e rinomate a livello nazionale e internazionale.

Per quello che concerne la distribuzione dei certificati e dei ricorsi nei singoli sport il dato più significativo e non inaspettato è la schiacciante preponderanza dei calciatori.

Passando a considerare le casistiche sotto l'aspetto delle composizioni per patologia è riscontrabile una certa proporzione (Tavole nn. 31, 32).

Tav. n. 31 - Certificati di non idoneità - casi per apparato

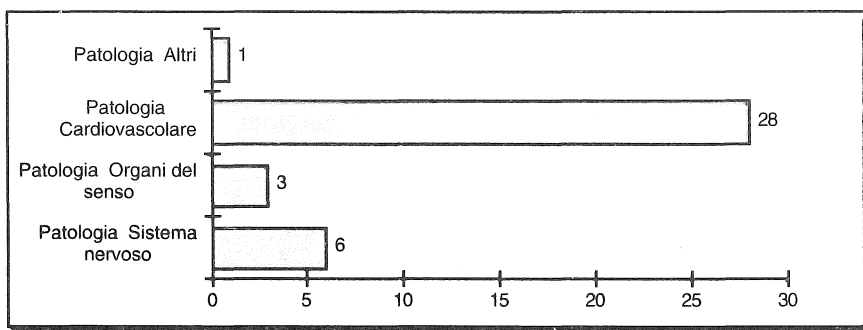
Patologia		Frequenza	Percentuale
Patologia Altri	AA	3	.9
Patologia Cardiovascolare	CV	255	75.8
Patologia Muscolo-scheletrico	MS	37	9.7
Patologia Organi del Senso	OS	30	8.8
Patologia Sistema Nervoso	SN	14	4.7
	Totale	339	100.0



Tav. n. 32 - Ricorsi alla Commissione regionale

Patologia		Frequenza	Percentuale
Patologia Altri	A	1	2.6
Patologia Cardiovascolare	CV	28	73.7
Patologia Organi del senso	OS	3	7.9
Patologia Sistema nervoso	SN	6	15.8
	Totale	38	100.0

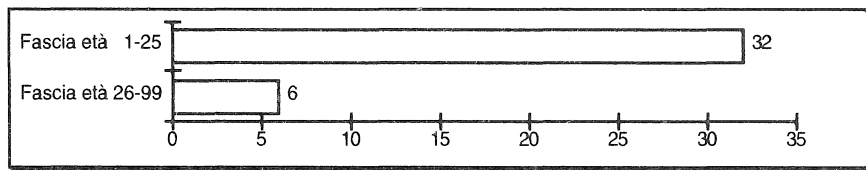




Dall'analisi dei dati espressi nei valori assoluti e percentuali si può osservare la netta prevalenza della malattie di pertinenza cardiovascolare e poi almeno nei ricorsi, degli organi del sistema nervoso. Inoltre c'è ancora una netta prevalenza della percentuale degli infra venticinquenni fra i ricorrenti per tutte le categorie patologiche.

Tav. n. 33 - Distribuzione dei ricorsi per fascia di età

Fascia di età	Frequenza	Percentuale
Fascia età 1-25	32	84.2
Fascia età 26-99	6	15.8
Totale	38	100.0

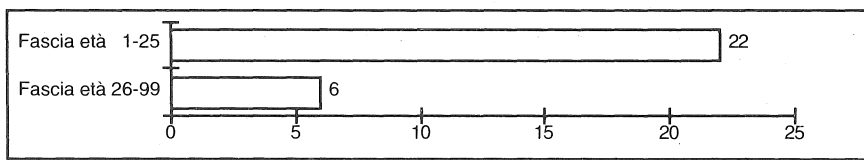


Tav. n. 34 - Distribuzione dei ricorsi per gruppo di sport e fascia di età.

Sport	Conta % Righe % Col. % Tot.	Età		Totali righe
		1-25	26-99	
1 Calcio		18	3	21
		85.7	14.3	55.3
		56.3	50.0	
		47.4	7.9	
2 Sport ciclismo		2		2
		100.0		5.3
		6.3		
		5.3		
3 Sport di velocità		1		1
		100.0		2.6
		3.1		
		2.6		
4 Sport di contatto e acquatici		2		2
		100.0		5.3
		6.3		
		5.3		
5 Sport con la palla e di durata		9	3	12
		75.0	25.0	31.6
		28.1	50.0	
		23.7	7.9	
Totali per colonna		32	6	38
		84.2	15.8	100.0

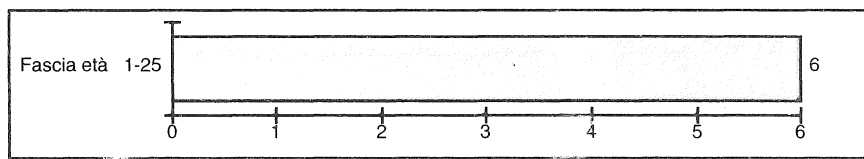
Tav. n. 35 - Frequenza delle singole patologie per fasce d'età

Fascia di età	Patologia Cardiovascolare	
	Frequenza	Percentuale
Fascia età 1-25	22	78.6
Fascia età 26-99	6	21.4
Totale	28	100.0



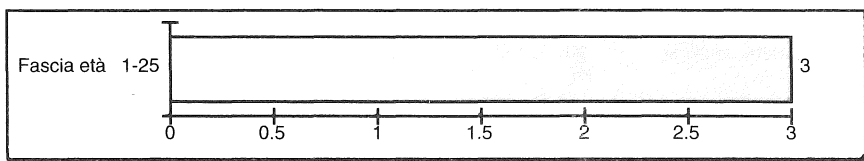
Patologia del Sistema Nervoso

Fascia di età	Frequenza	Percentuale
Fascia età 1-25	6	100.0
Totale	6	100.0



Patologia degli Organi del Senso

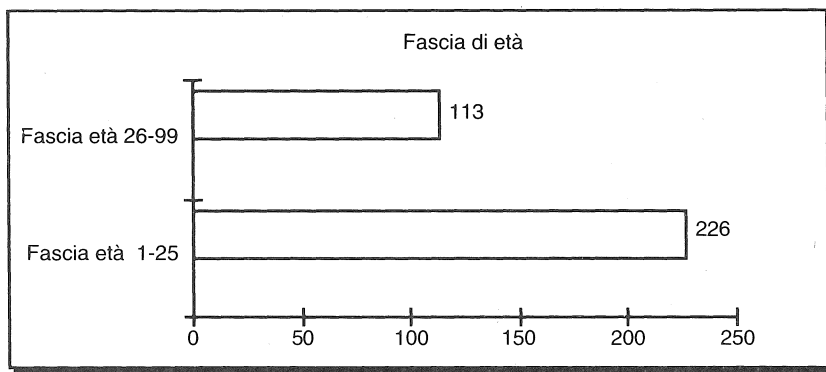
Fascia di età	Frequenza	Percentuale
Fascia età 1-25	3	100.0
Totale	3	100.0



I casi di non idoneità relativi ai certificati rivelano una netta prevalenza dei soggetti più giovani in specie nelle malattie cardiovascolari. Questo ci permette di sottolineare ancora una volta la funzione miratamente preventiva dell'agire della Commissione regionale.

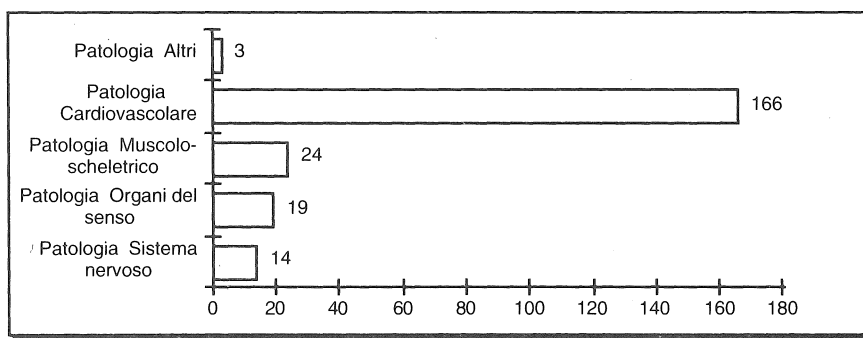
Tav. n. 36 - Distribuzione dei certificati di non idoneità per fascia di età

Fascia di età	Frequenza	Percentuale
Fascia età 1-25	226	66.7
Fascia età 26-99	113	33.3
Totale	339	100.0



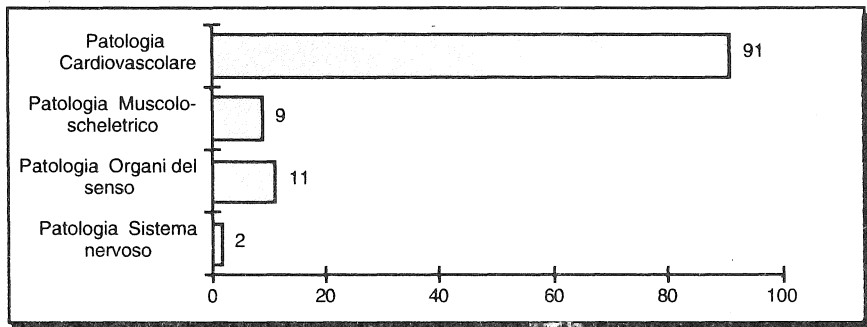
Tav. n. 37 - Distribuzione dei certificati del campione minore di 25 anni per patologia

Patologia		Frequenza	Percentuale
Patologia Altri	AA	3	1.3
Patologia Cardiovascolare	CV	166	73.5
Patologia Muscolo-scheletrico	MS	24	10.6
Patologia Organi del senso	OS	19	8.4
Patologia Sistema nervoso	SN	14	6.2
	Totale	226	100.0



Tav. n. 38 - Distribuzione dei certificati del campione maggiore di 25 anni per patologia

Patologia		Frequenza	Percentuale
Patologia Cardiovascolare	CV	91	80.5
Patologia Muscolo-scheletrico	MS	9	8.0
Patologia Organi del senso	OS	11	9.7
Patologia Sistema nervoso	SN	2	1.8
-----			
Totale		113	100.0

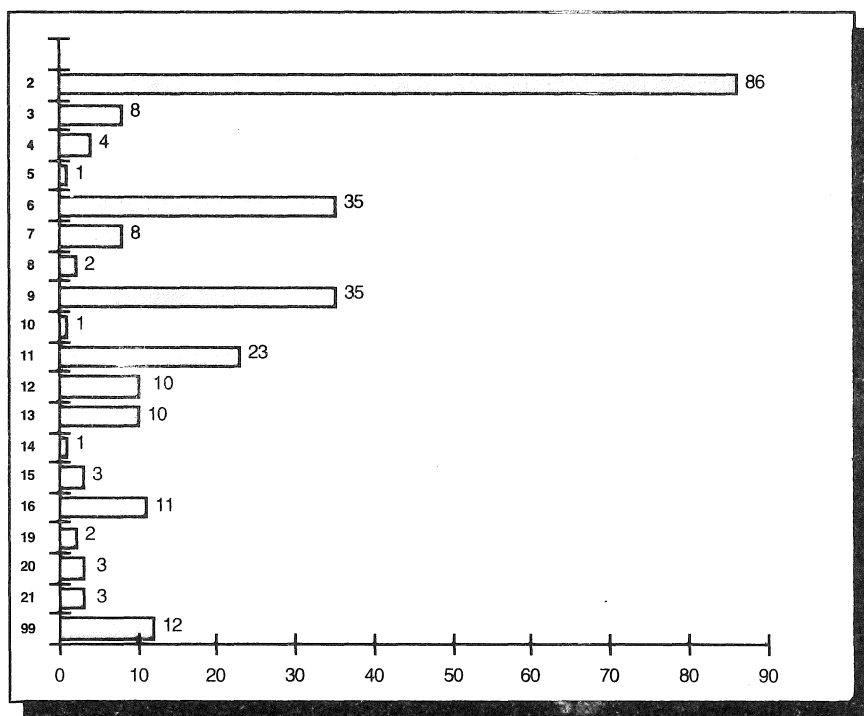


Si esaminino ora una serie di Tavole (nn. 39, 40) che indicano la frequenza di alcune singole patologie nell'ambito di ciascun apparato nell'ambito dei certificati e dei ricorsi, distinte sempre per fasce di età, che ci è sembrato utile riportare non perché permettono particolari osservazioni medicolegali, ma perché forniscono un utile strumento di conoscenza epidemiologica a chi ne fosse interessato.

Tav. n 39 -Certificati di non idoneità Frequenza delle singole patologie per Apparato

Num. Patologia	Patologie Cardiovascolari	
	Frequenza	Percentuale
2	86	33.5
3	8	3.1
4	4	1.6
5	1	.4
6	35	13.6
7	8	3.1
8	2	.8
9	35	13.6
10	1	.4
11	23	8.9
12	7	2.7
13	10	3.9
14	1	.4
15	3	1.2
16	11	4.3
19	2	.8
20	3	1.2
21	3	1.2
99	12	4.7
Totale	255	100.0

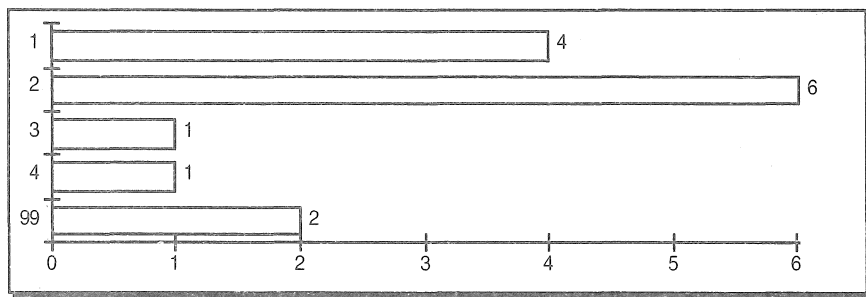
N.B.- Le patologie dal n. 22 al n. 26 della legenda a pag. 101 non trovano riscontro nei casi esaminati nella Regione Marche, mentre si sono rivelati in quelli della Regione Umbria; per tale ragione sono stati lasciati in bianco; così dicasi per le patologie dal n. 9 al n. 11 della legenda a pag. 102. Ricordiamo ancora una volta che il presente lavoro è parte di un più ampio studio che coinvolge anche la Regione Umbria, per il quale è stato usato lo stesso software statistico.



Legenda

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 1. Aritmia ipercinetica sopra-ventricolare (A+)                | 13. Sindrome da QT lungo (Q Tl)  |
| 2. Aritmia ipercinetica ventricolare (A+V)                     | 14. Pervietà dotto Botallo (PDA) |
| 3. Aritmia ipocinetica; BAV (A-BAV)                            | 15. Stenosi polmonare (SP)       |
| 4. Aritmia ipocinetica ventr. e sopraventricolare (A+SeV)      | 16. Sindrome di Marfan (SdM)     |
| 5. Aorta bicuspide (Ao Bic)                                    | 17. Pericardite (Per)            |
| 6. Cardiopatia ischemica (Cp Is)                               | 19. Extrasistolia (ExSis)        |
| 7. Insufficienza aortica (Ins A)                               | 20. Anomalia da sforzo (An Sf)   |
| 8. Insufficienza mitralica (Ins M)                             | 21. Soffio cardiaco (Sf. C.)     |
| 9. Ipertensione arteriosa (Ip A)                               | 22. Coartazione Aorta            |
| 10. Ipertrofia ventricolare sinistra (Ip Vs)                   | 23. Alterazione Ripolarizzazione |
| 11. Prolasso mitralico (Pro M)                                 | 24. Difetti del setto            |
| 12. Sindrome Wolff Parkinson White (Preccitaz. cardiaca) (WPW) | 25. Stenosi mitrale              |
|  | 26. Blocco di Branca             |
|  | 99. Altri                        |

Patologie Sistema Nervoso		
Num. Patologia	Frequenza	Percentuale
1	4	28.6
2	6	42.9
3	1	7.1
4	1	7.1
99	2	14.3
	-----	-----
Totale	14	100.0



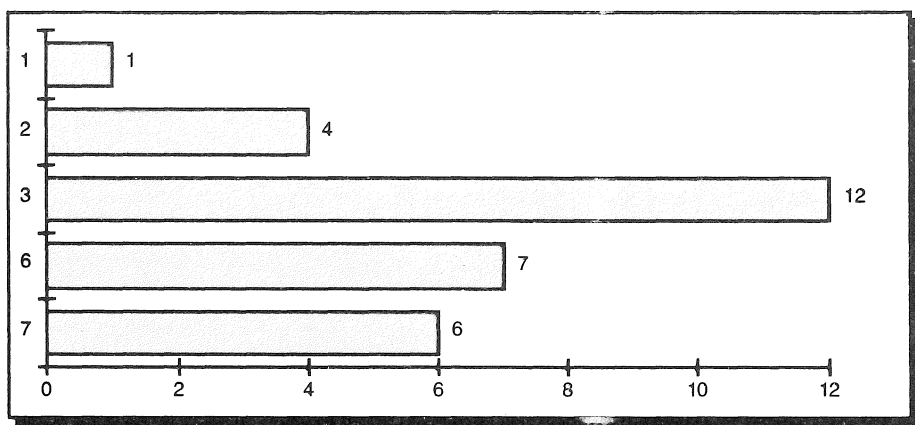
## Legenda

1. Alterazioni E.E.Grafiche	(AIEEG)
2. Epilessia	(Epil)
3. Allergia	(Aller)
4. Emiplegie e paralisi	(Em Par)
99 Altri neurologia	(AL SN)

## Patologie Organi del Senso

Num. Patologia	Frequenza	Percentuale
1	1	3.3
2	4	13.3
3	12	40.0
6	7	23.3
7	6	20.0
	-----	-----
Totale	30	100.0



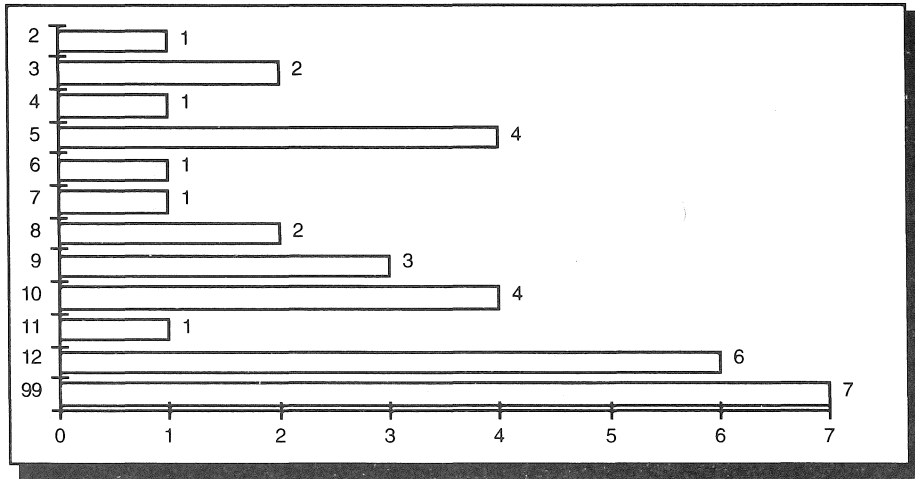


## Legenda

1. Alterazioni retiniche	(Alt R)
2. Alterazioni senso cromatico	(Alt SC)
3. Deficit visus	(Def V)
4. Glaucoma	(Glauc)
5. Monocolo	(Monoc)
6. Nistagmo congenito	(Nis Cg)
7. Miopia	(Miop)
8. Ipoacusia	(Ipoac.)
9. Alterazioni corneali	
10. Afachia	
11. Astigmatismo	
99. Altri	

## Patologie Muscolo Scheletriche ed Endocrine

Num. Patologia	Frequenza	Percentuale
2	1	2.7
3	2	5.4
4	1	2.7
5	4	10.8
6	1	2.7
7	1	2.7
8	2	5.4
9	3	8.1
10	4	10.8
11	1	2.7
12	7	18.9
16	2	5.4
17	4	2.7
99	4	18.9
Totale	37	100.0

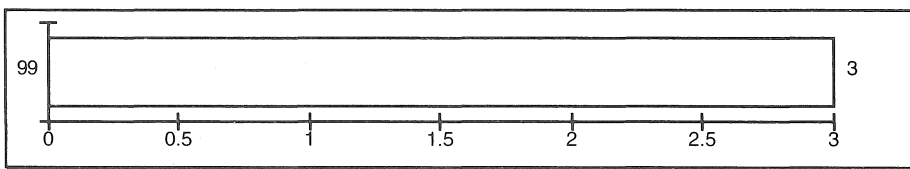


Legenda

1. Alterazioni vertebrali	(Alt V)	10. Morbo di Osgood	(Md.O)
2. Ernia	(Ernia)	11. Lussazione spalla	(Lus.Sp)
3. Lassità legamenti ginocchio	(L.leg.G)	12. Scoliosi	(Scol.)
4. Rene Unico	(Rene U)	13. Diabete	(Diab.)
5. Nefrectomia	(Nefrec.)	14. Monorchidismo	(MonOr)
6. Deficit muscolare	(Def. M.)	15. Calcolosi epatiche e renali	(Cal)
7. Discopatia lombo sacrale	(Dis. ls.)	16. Sindrome di Gilbert	(SdG)
8. Trauma cranico	(Tr. Cra)	17. Anemia mediterranea	(An.Med)
9. Obesità	(Obes.)	99. Altri	(Altri)

Patologie Altri

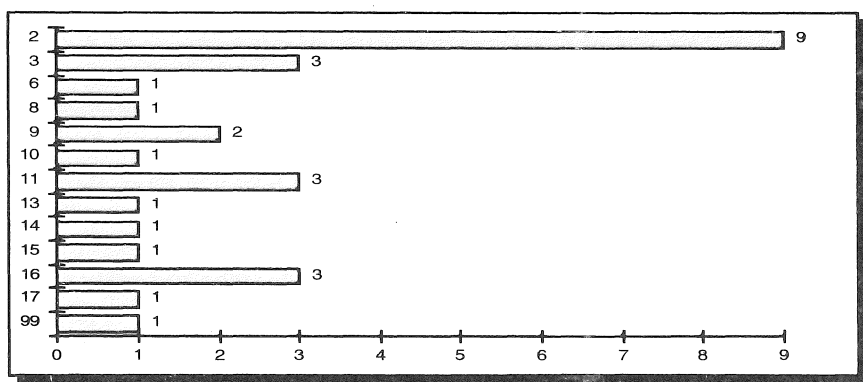
Num. Patologia	Frequenza	Percentuale
99	3	100.0
Totale	3	100.0



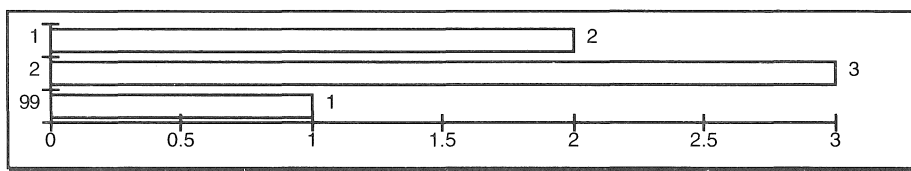
Tav. n 40 - Ricorsi alla Commissione regionale. Frequenza delle singole patologie per Apparato.

Patologie Cardiovascolari

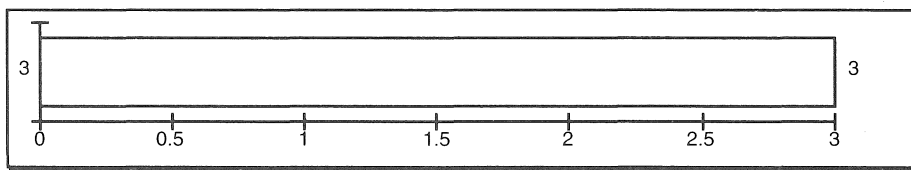
Num.	Patologia	Frequenza	Percentuale
2	(A+V)	9	32.1
3	(A-BAV)	3	10.7
6	(Cp. Is.)	1	3.6
8	(Ins. M)	1	3.6
9	(Ip. A)	2	7.1
10	(Ip. Vs)	1	3.6
11	(Pro M)	3	10.7
13	(Q Tl)	1	3.6
14	(PDA)	1	3.6
15	(SP)	1	3.6
16	(SdM)	3	10.7
17	(Per.)	1	3.6
99	(Al.)	1	3.6
		-----	-----
Totale		28	100.0



Patologie Sistema Nervoso		
Num. Patologia	Frequenza	Percentuale
1(AIEEG)	2	33.3
2(Epil.)	3	50.0
99(Al. Sn.)	1	16.7
	-----	-----
Totale	6	100.0



Patologie Organi del Senso		
Num. Patologia	Frequenza	Percentuale
3(Def. V)	3	100.0
	-----	-----
Totale	3	100.0



È del tutto evidente la posizione di rilievo occupata dalle turbe del ritmo: le aritmie ipercinetiche non meglio definite e le ventricolari miste con la cardiopatia ischemica, l'ipertensione arteriosa e il prolasso mitralico costituiscono circa il 70% delle patologie cardiologiche nei certificati e circa il 50% nei ricorsi. Trovano rilievo anche le valvulopatie, il prolasso mitralico con associate, spesso, le turbe del ritmo.

Rilevante tra le cause di non idoneità l'ipertensione arteriosa, prevalentemente nella fase d'età più alta; seguono poi i difetti del visus (40%, 12 su 30) che costituiscono la parte più considerevole della inidoneità relative agli organi del senso.

Di qualche rilievo tra le cause di non idoneità la scoliosi, l'obesità e

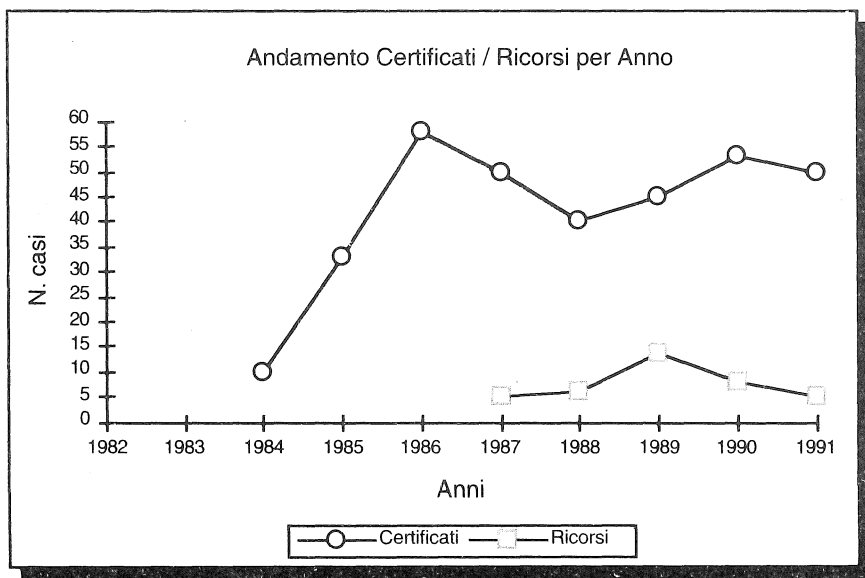
l'epilessia frequente in particolare nei ricorsi.

Si propongono ora, in funzione riepilogativa tre ultime Tavole, la prima (n. 41) propone, in forma grafica, un confronto fra numero dei certificati e dei ricorsi relativi ai singoli anni coperti dalla casistica; le due Tavole successive dimostrano, sotto forma di tabelle, la provenienza per U.S.L. dei certificati (Tav. 42) e dei ricorsi (Tav. 43) operando contemporaneamente una ripetizione per anno.

Tav. n. 41 - Tabelle riassuntive Certificati/Ricorsi per Anno.

Anno	Certificati	Ricorsi
1984	10	
1985	33	
1986	58	
1987	50	5
1988	40	6
1989	45	14
1990	53	8
1991	50	5

Tav. n. 42 - Distribuzione dei Certificati per Usl e per anno



Tav. n. 43 - Distribuzione dei Ricorsi per Usl e per anno

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Totale per anno
1982																									
1983																									
1984																									
1985										21	2					1					18			1	43
1986										50	1											3	1	3	58
1987										46					1							2		1	50
1988										23	1				6	1						3	1	5	40
1989			4	1				1		29	1			1	1							2		5	45
1990		4	8	2				10		20												2	3	4	53
1991		1	12	1				2		20	2	1										3		8	50
Totale per Usl		5	24	4				13		209	7	1		1	8	2						33	5	27	339

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Totale per anno
1982																									
1983																									
1984																									
1985																									
1986																									
1987		1																				1		3	5
1988										2		1												3	6
1989		1	1							5	3		1									2		1	14
1990		2						4		2															8
1991		1								3												1			5
Totale per Usl		5	1					4		12		4		1								3	1	7	38

## Legenda

## Descrizione Unità Sanitarie Locali

Usl n. 1 - Novafeltria	Usl n. 9 - Falconara	Usl n. 17 - Porto S. Elpidio
Usl n. 2 - Macerata Feltria	Usl n. 10 - Jesi	Usl n. 18 - S. Severino
Usl n. 3 - Pesaro	n. 11 - Fabriano	Usl n. 19 - Tolentino
Usl n. 4 - Fano	Usl n. 12 - Ancona	Usl n. 20 - Camerino
Usl n. 5 - Urbino	Usl n. 13 - Osimo	Usl n. 21 - Fermo
Usl n. 6 - Fossombrone	Usl n. 14 - Recanati	Usl n. 22 - S. Benedetto del Tronto
Usl n. 7 - Cagli	Usl n. 15 - Macerata	Usl n. 23 - Amandola
Usl n. 8 - Senigallia	Usl n. 16 - Civitanova	Usl n. 24 - Ascoli Piceno

#### **4. Prospettive.**

La pratica dell'attività sportiva ha sempre richiesto accertamenti medici preventivi. Tali accertamenti, oggi obbligatori, consentono di ottenere il certificato di idoneità allo sport, il solo che permette la partecipazione alle attività agonistiche federali.

Gli accertamenti medici obbligatori sono vari e diversi per ogni tipo di sport e di livello sportivo. Il legislatore, nell'individuarli, ha operato una scelta ponendo l'attenzione, per alcuni di essi, sugli apparati più intensamente sottoposti allo stress richiesto dalla attività sportiva intrapresa o da intraprendere, senza però basare l'opzione sul rapporto costo-beneficio di tali esami.

Così ci si può trovare di fronte ad atleti con esami specifici negativi, che indicano la buona funzionalità di alcuni apparati, nei quali però non si ha una visione d'insieme dello stato di salute.

Inoltre, la ripetizione periodica della visita medico-sportiva e degli accertamenti di legge per la conferma dell'idoneità non permette un miglioramento delle conoscenze sullo stato di salute dell'atleta se non accompagnate da alcuni esami, attualmente non previsti, miranti ad indagarne l'effettiva consistenza (67). A ciò dovrebbe aggiungersi la variazione periodica degli esami specialistici, utile nello screening medico preventivo.

E' proprio in questo orientamento preventivo dell'attività valutativa del medico certificante che si rileva la sua alta utilità sociale.

Il campo di attuazione della prevenzione investe direttamente la medicina legale; la tutela sanitaria delle attività sportive - sia agonistiche che amatoriali - rappresenta una vera e propria "autorizzazione a procedere" dal punto di vista psico-fisico e dipende soprattutto dalla competenza dei medici specializzati e dall'adeguatezza degli strumenti diagnostici a cui è affidata.

Al riguardo, esistono alcune difficoltà per gli operatori del settore tra le quali non poco peso ha la lamentata carenza legislativa concernente una adeguata definizione del termine "agonismo". Una ulteriore considerazione va fatta per i protocolli diagnostici. Fermo restando quanto già detto sulle implicanze procedurali e responsabilistiche che essi comportano per il medico, è innegabile che numerose discordanze di valutazione tra i giudizi di prima istanza e quelli d'appello potrebbero essere evitate con la introduzione di apposite tabelle guida (68). Esse potrebbero costituire un valido

modello di generale riferimento e, se accompagnate dalle puntuali indicazioni dei criteri clinici necessari a definire i singoli quadri patologici e gli eventuali accertamenti sanitari, eliminerebbero parte delle disuguaglianze valutative sopra menzionate.

Analogo contributo potrebbe avere la redazione "in divenire" delle schede di valutazione, con revisioni periodiche che comporterebbe inoltre, a fronte di un indubbio carico di lavoro per i redattori, la istituzione di un valido strumento di aggiornamento degli operatori addetti al servizio.

Qualcosa del genere esiste già, ma limitatamente a taluni accertamenti clinici, con i Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico; in senso analogo si sta muovendo la FMSI in altri campi oltre a quello di competenza cardiologica.

Un secondo aspetto riguarda la necessità di una corretta informazione del medico valutatore sulla portata della responsabilità professionale che gli compete così da evitare quegli eccessi a suo tempo rilevati. Da un lato, infatti, il medico deve essere conscio che un suo giudizio inidoneativo non preclude totalmente e definitivamente l'accesso allo sport potendo, ad esempio, consigliare altra attività in forma amatoriale, comunque utile al mantenimento di una buona forma psico-fisica. Le conseguenze di una simile indicazione alternativa avrebbero conseguenze certamente più pesanti per il settore professionistico nel quale il gareggiare è collegato a interessi economici di rilevanza anche notevole. Dall'altro lato occorre però guardarsi dall'attribuire troppo prudenzialmente qualifica inidoneativa a difetti che, soppesati correttamente, in realtà non ne hanno.

Siffatte considerazioni debbono essere riconsiderate alla luce delle opportunità, da molte parti rilevate, di rendere più selettivi i test d'idoneità e molto più affidabili i mezzi tecnologici al fine di introdurre nell'iter diagnostico ufficiale quelli - già peraltro esistenti - che offrono garanzie diagnostiche superiori alle attuali sia per esattezza che profondità di diagnosi.

La ragione di queste osservazioni risiede nel numero purtroppo cospicuo ed anomalo di morti improvvise cardiache o di altra origine e di infortuni gravi verificatisi negli ultimi anni sia nel settore agonistico che amatoriale. Esse hanno riportato all'attenzione dei medici sportivi l'onere gravoso delle responsabilità civili e penali cui sono in prima persona soggetti.

Da tutte queste considerazioni traiamo, a conclusione della nostra indagine, ulteriore conferma dell'utilità del riesame innanzi alla Commissione medica responsabile delle inidoneità alla pratica sportiva. Questa ci è parsa la sede proficua di approfondimento diagnostico e di rivalutazione dello sportivo improntati a quella più stringente attenzione per i reciproci rapporti



tra biologia ed impegno atletico che ha condotto in un rilevante numero di casi alla revisione del primitivo giudizio di non idoneità.

1) A distanza di ormai un decennio dall'entrata in vigore del D.M. 18 febbraio 1982 disponente norme per la tutela della salute di coloro che praticano attività sportiva agonistica, ci è sembrato interessante effettuare un'analisi catamnestica con finalità medico-legali sulle valutazioni dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica rilasciata sia dai Servizi di Medicina Sportiva delle U.S.L. che in sede di Commissione d'Appello della Regione Marche.

È da ritenersi infatti che analisi del genere possano risultare utili non solo per un riscontro della effettiva incidenza delle singole patologie fra i soggetti che praticano attività sportive, ma anche al fine di individuare significativi parametri di riferimento per tutti i Servizi di Medicina Sportiva delle U.S.L. e delle Commissioni d'Appello, in considerazione anche del fatto che la normativa di riferimento è frammentaria e che gli stessi protocolli diagnostici previsti dalla legge risultano tuttora perfettibili e non consolidati da adeguata esperienza applicativa.

Il presente lavoro costituisce la prima parte di un più ampio studio, in via di ultimazione, che analizza anche la situazione della Regione Umbria, che sarà pubblicata in collaborazione con l'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Perugia.

2) Uno dei primi tentativi di ricostruzione dogmatica e sistematica del fenomeno sportivo si deve al CESARINI SFORZA ne *Il diritto dei privati*, in "Riv. it. sc. giur.", 1929, ora in "Civiltà del diritto", Milano, 1963; ma più ampiamente in *La teoria degli ordinamenti giuridici e il diritto sportivo*, in "Foro it." 1933, 1381 ss.; cfr. anche GIANNINI, *Prime osservazioni sugli ordinamenti sportivi*, in "Riv. dir. sport.", 1949, n. 1-2, 12. Seppure di datazione non recente, costituiscono ancor oggi le opere base di riferimento.

3) Sui riflessi penalistici dell'attività sportiva v. CECCHI, *L'uccisione in una partita di boxe è incriminabile?*, in "Riv. pen.", 1926, 393; DEL VECCHIO, *La criminalità negli sports*, 1927. Qui l'A. condanna gli sports di combattimento giudicandoli alla stregua di una vera e propria forma travestita di delinquenza. Meno severo il giudizio del VISCO, *L'omicidio e la lesione personale del consenziente*, Cfr. anche PETROCELLI, *La Illiceità penale della violenza sportiva*, in "Riv. crit. dir. giur.", poi in "Saggi di diritto penale", 1952, 193 ss., BORRUSO, *Combattimento sportivo e diritto penale. L'incidenza della responsabilità penale nell'esercizio dello sport*, in "Riv. dir. sport.", 1956, 409.

4) Il riconoscimento giuridico si è perfezionato con la L. 26 febbraio 1942, n. 426 che ha istituito il CONI quale ente esponenziale del fenomeno sportivo con rilevanza pubblica e piena autonomia

5) Cfr. art. 2 L. 426/42 che affida al CONI "l'organizzazione ed il potenziamento dello sport nazionale e l'indirizzo di esso verso il perfezionamento atletico, con particolare riguardo al miglioramento fisico e morale della razza".

6) GALGANO, *Lo sport come rischio*, in AA.VV., "Sport e rischio", FIDAL, 1985.

7) È il caso del calcio, ad esempio, dove è ammessa la "carica spalla a spalla" tra giocatori che si disputano il pallone a distanza tra di loro regolare (art.12, comma 4, n.2, Reg.Tec.).

8) Cfr. BRICOLA, *Aspetti problematici del c.d. rischio consentito nei reati colposi*, in "Bollettino dell'Istituto di diritto e procedura penale dell'Università di Pavia", 1960-61, 91 ss.

9) Normalità e prevedibilità del rischio sportivo coincidono con la nozione di liceità dello stesso e delle conseguenze dannose del suo avverarsi. In questa linea PASCASIO, *Sul*

*rischio sportivo*, in "Riv. dir. sport.", 1961, 74ss.; BONASI-BENUCCI, *Il rischio sportivo*, ib., 1955, 422; sempre in questa linea la giurisprudenza: Tribunale di Firenze, 9 dicembre 1954; Tribunale di Bari, 22 maggio 1963; Cass. 13 novembre 1958, n.3072; Cass. 10 luglio 1968, n.2414. Il fondamento della liceità dell'attività sportiva violenta è il riconoscimento che lo Stato dà allo sport organizzandolo, promuovendolo e favorendolo; non può quindi punire l'atleta che nel rispetto delle

10) DELOGU, *La teoria del delitto sportivo*, in "Annali dir. e proc. pen.", 1932; SALTELLI, *Disponibilità del diritto e consenso dell'avente diritto*, 1934; VISCO, *L'omicidio e la lesione*, Nell'art.50 c.p. (consenso dell'avente diritto) si è ravvisato il limite soggettivo della liceità, per cui non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, se ciò avviene col consenso della persona che può validamente disporre. I diritti che qui interessano sono evidentemente quello all'integrità della persona e quello (personalissimo) alla vita. Mentre quest'ultimo è assolutamente indisponibile, come evidenziato dagli artt. 579 e 580 c. p., che puniscono l'omicidio del consenziente e l'istigazione o l'aiuto al suicidio, il bene-diritto costituito dall'integrità personale è parzialmente disponibile, con il temperamento dell'art. 5 c.c. che vieta esplicitamente gli atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume. Sono, in questa luce, consentiti gli atti di disposizione del proprio corpo nella misura in cui risultano vantaggiosi o indifferenti rispetto alla salute; sono vietati quelli svantaggiosi per la propria salute o offensivi di interessi estranei; parzialmente consentiti, nei limiti volta a volta stabiliti da apposite norme, gli atti di disposizione del corpo ad esclusivo vantaggio di interessi estranei (prelievo di tessuti o di sangue).

11) F. ANTONIOTTI - N.M. DI LUCA, *L'infortunio sportivo: aspetti medico legali e medico assicurativi*, in AA.VV., "Sport e rischio", FIDAL, 1985.

12) *Ibidem*, 46.

13) V. altresì Carta Internazionale dell'Unesco art. 2, comma 3; Risoluzione dell'Assemblea Consiglio d'Europa del 1970, n. 588.

14) V. anche art. 2 "Carta Europea"; Consiglio d'Europa, Risoluzione n. 588/1970.

15) Le quattro funzioni indicate danno ragione della definizione che il Consiglio d'Europa fornisce di tale branca della medicina "applicazione dell'arte e della scienza medica, dal punto di vista preventivo e terapeutico, alla pratica dello sport e delle attività fisiche, al fine di sfruttare le possibilità che offre lo sport di mantenere e di migliorare lo stato di salute e di evitare eventuali danni".

16) A. VENERANDO, *Funzioni e necessità della medicina dello sport*, in "Riv. dir. sport", 1961, p. 59. La F.M.S.I. è l'organo tecnico del CONI per la tutela sanitaria delle attività sportive e per la valutazione attitudinale degli atleti. Sebbene nessuna norma lo stabilisca, la giurisprudenza (Trib. Roma, sez. V 3, dicembre 1958; 20 febbraio 1959) ritiene che la F.M.S.I. costituisca un ente di diritto pubblico, secondo la disciplina dettata dalla Legge 28/12/1950, n. 1055 che la istituisce. Essa, invero, fa parte del CONI, ed è riconosciuta quale organo tecnico per le questioni inerenti alla medicina dello sport in Italia

17) "Lo Stato afferma la necessità di uno sforzo considerevole per l'educazione fisica e lo sport che costituiscono uno strumento di elevazione fisica e morale del cittadino" - così recita l'art. 3 della Legge 27 luglio 1967, n. 685.

18) In particolare il DPR 14/1/1972, n. 4 trasferisce alle regioni a statuto ordinario funzioni amministrative in vari settori e, per quanto concerne la materia che qui interessa, l'art. 1 ne attua il trasferimento, e fa così venir meno la norma transitoria ex art 1 legge

1099/71, con decorrenza dal 1/5/72.

19) Tali norme sono state successivamente abrogate e la disciplina vigente per le attività agonistiche è contenuta nel D.M. 18.2.1982.

20) Il testo della legge con il resoconto dei lavori parlamentari è riportato in "Rivista di diritto sportivo", 1971 (3). Sulla legge e sulla sua portata cfr. MONTANARO, *L'aggiornamento della legge sulla tutela delle attività sportive*, in "Atti del Congresso giubilare della Fed. medici sportivi", p. 25. - Ad oggi sono stati presentati numerosi disegni di legge modificativi, ma ancora nessuno ha visto la luce.

21) Sul concetto di agonismo come riconoscimento di "attività programmatica" nel dualismo "agonismo programmatico" e "agonismo occasionale", cfr. A. MARANI TORO - I. MARANI TORO, *Gli ordinamenti sportivi*, Giuffrè, 1975.

22) Sull'importanza della Legge 91/81 e sul contratto di lavoro sportivo cfr. QUARANTA, *La qualificazione di atleta professionista*, in "Riv. dir. sport", 1986; D'HARMANT FRANÇOIS, *Il rapporto di lavoro subordinato ed autonomo nelle società sportive*, ibidem, 1985; DAL MASSO, *Il contratto di lavoro professionistico alla luce della legge 23 marzo 1981, n. 91*, ibidem, 1981; BIANCHI D'URSO, *Lavoro sportivo e ordinamento giuridico dello Stato: calciatori professionisti e società sportive*, in "Dir. lav.", 1972, I, 396

23) Un'ampia rassegna degli interventi legislativi delle Regioni in materia di tutela sanitaria delle attività sportive è intrapresa in TRABELLA - DE JULIIS - VITTORIOSO, *Tutela sanitaria delle attività sportive*, Organizzazione Editrice Medico Farmaceutica, Milano, 1985.

24) Con la Legge Regionale 5 novembre 1982, n. 37 è stato approvato il primo "Piano socio-sanitario della Regione Marche per il triennio ottobre 1982 - settembre 1985. - Esso affida alle USL sia la tutela delle attività sportive (agonistiche e non) sia la medicina sportiva così come previsto dall'art. 14 L. 833/1978. L'efficacia di tale strumento tecnico-giuridico è andata ben oltre il triennio previsto; difatti solo nel 1994 è stato approvato il nuovo piano socio-sanitario il quale, mentre ha apportato modifiche sostanziali alle U.S.L. ridotte da ventiquattro a quattro (una per provincia), non ha invece modificato il servizio di medicina sportiva. Il presente lavoro ne analizza l'operato sino al 1991 e quindi prende in esame la situazione conseguente alla legge regionale sopra citata.

25) Le definizioni fornite dai singoli enti sono raccolte nell'Allegato 1 della Circolare n. 7, del 31 gennaio 1983.

26) A tale fine la Circolare M.S. del 31/01/83 chiarisce che le attività sportive non contemplate nel D.M. in esame sono il paracadutismo civile, per il quale si richiedono gli accertamenti previsti per i tuffi, ed il foot-ball americano che deve seguire gli accertamenti previsti per il rugby. Rientrano inoltre nell'attività sportiva agonistica il volo a vela e il volo a motore i cui accertamenti sanitari sono regolati dal codice e dal regolamento della navigazione aerea. Particolare disciplina riguarda il volo da diporto o sportivo (deltaplano) regolato dalla legge 25 marzo 1985 n.106, dal D.P.R. 5 agosto 1988 n.404, e dal regolamento di attuazione della Legge 106/85. Il Regolamento detta norme precise che attestano la volontà del legislatore di svincolare tale attività dalla normativa generale riguardante le attività sportive agonistiche e non; ai sensi dell'art. 12, per essere ammessi allo svolgimento di detto sport è necessario essere in possesso di un attestato di idoneità rilasciato dall'Aero Club d'Italia che si consegue superando le prove di esame relative ad appositi corsi istituiti dell'ente stesso. Per poter ottenere l'iscrizione ai corsi è necessario essere in possesso del previsto certificato di idoneità (ex art. 15) psico-fisica e del nulla-osta del questore della provincia

di origine. Per i soggetti non idonei non è ammesso ricorso con conseguente inibizione totale dell'esercizio del volo da diporto o sportivo.

27) È noto che, agli effetti della partecipazione alle attività agonistiche, la validità del certificato non deve necessariamente coincidere con la durata del tesseramento annuale alle Federazioni nazionali o agli Enti di promozione sportiva, onde garantire una migliore operatività della tutela sanitaria delle attività sportive ed evitare lunghe file di attesa che potrebbero compromettere la partecipazione degli atleti alle gare. In tal senso il legislatore auspica che le regioni definiscano l'ordine di successione delle liste di idoneità suddivise per sport.

28) Nel senso che non è di produzione statale, ma frutto dell'autonomia privata.

29) AA. VV. *U.V., Il nuovo codice di deontologia medica, commentato articolo per articolo*, GIUFFRÈ; 1991-

30) Si vedano sull'argomento: MALANNINO, BEVILACQUA, *Il segreto professionale nell'esercizio delle arti sanitarie*, CEDAM, 1983; LEGA *Diritto e deontologia medica*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1968; CATTANEO, *La responsabilità del professionista*, GIUFFRÈ, 1958.

31) Sull'argomento tuttavia molti studiosi di diritto sportivo sono concordi nel ritenere l'identità dei due valori; cfr. MARANI TORO - MARANI TORO, *Gli ordinamenti sportivi*, Giuffrè, Milano, 1977 e l'amplia bibliografia riportata dagli AA.

32) CAGLIESI CINGOLANI, *Considerazioni medico-legali circa gli accertamenti di idoneità per la tutela sanitaria dell'attività sportiva non agonistica*, in "Med. Sport", 1985 (4).

33) *Ibidem*, p. 239.

34) Cfr. CAGLIESI CINGOLANI, *cit.*, p. 239.

35) Art. 5, ultimo comma, D.L. 30/12/1979, n. 663, convertito in legge 29/2/80, n. 33.

36) TAR Lombardia, sez. I, 24 aprile 1985, n.225 "il rilascio delle certificazioni di idoneità specifica alle attività sportive agonistiche rientra nelle competenze esclusive delle USL che possono esercitarla attraverso i propri medici, dipendenti o convenzionati pertanto i medici libero professionisti, anche se iscritti alla F.M.S.I., non sono abilitati al rilascio di tali certificazioni se non siano anche convenzionati col Servizio Sanitario Nazionale".

TAR Toscana, 16 Febbraio 1985: "può ritenersi pertanto che per il rilascio di un certificato di idoneità sportivo-agonistica non sia sufficiente la qualifica di socio ordinario della F.M.S.I., ma occorre anche che il medico eserciti la propria attività in una struttura pubblica (USL) o in un centro di medicina dello sport della F.M.S.I.. Ne segue che un medico specialista in medicina dello sport, anche se socio ordinario, non può rilasciare il certificato in questione in regime libero-professionale".

37) ANTONIOTTI, DE LUCA *Lineamenti di medicina legale delle assicurazioni nello sport*, SEU, Roma 1986.

38) DI LUCA, *La tutela sanitaria delle attività sportive*, Federazione Medica 1985, XXXVIII/3, pp. 314-324.

39) Si ricordi, caso esemplare, Mennea, campione velocista, affetto da turbe del ritmo.

40) Cfr. FISCHETTO, *Ma chi è l'atleta agonista?*, in "Sport e rischio", FIDAL, Mondadori, 1985, pp. 85-88.

41) Cfr. PALMIERI, *Medicina legale dello sport*, E.S.I., 1984, 174. L'A. a sostengo

della propria tesi riporta *per extenso* la sentenza della Cassazione civile, sez. III, del 26.03.76 n. 1132.

42) FABRONI, *Premessa medico-legale*, in AA. VV., "Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico", COCIS, 1986.

43) *Ibidem*, p. 11

44) Sull'argomento MARANI TORO - MARANI TORO, *op. cit.*

45) Per tutti si veda F. FABRONI, *cit.*, in senso categorico come "obbligo di formulare un giudizio di non idoneità".

46) Corte d'Appello di Perugia 26 marzo 1980, nel senso di idoneità quantomeno condizionata.

47) Così anche PALMIERI, *op. cit.*

48) Tribunale Roma, 20 ottobre 1969, in "Riv.dir.sport.", 1969, 421; Cassazione, Sez. IV pen., 9 giugno 1981, in "Foro it.", 1982, II, c.268.

49) Cassazione, Sez. IV pen., 9 giugno 1981, *cit.* La Corte, riferendosi alla morte del calciatore del Perugia Renato Curi avvenuta in campo nel 1977, ha ritenuto che l'accertamento di responsabilità va condotto tenendo conto del comportamento agonistico dell'atleta e del fatto che egli aveva superato con "stoicismo" ripetute prove di sforzo prolungato e di sofferenza fisica non rivelandole ad alcuno, come circostanze idonee a sviare il corretto accertamento medico. Di avviso contrario INTRONA nel parere pro-veritate sui doveri e responsabilità del medico sportivo.

50) Cass., Sez. IV pen., 9 giugno 1981, *cit.* che ha annullato App. Perugia, 26 marzo 1980 (*Ibidem*, II, c.627) sulla responsabilità del medico sociale per la morte del calciatore Curi; Trib. Forlì, 12 giugno 1981, *ibidem*, 1982, II, c.269, sulla morte del giocatore di pallacanestro Vendemini. Secondo la Suprema Corte, agli effetti penali, la sussistenza o meno della colpa professionale del sanitario deve essere valutata con larghezza e comprensione, per le peculiarità proprie dell'arte medica in genere e di quelle dei casi particolari, in concreto, ma pur sempre nell'ambito dei criteri dettati dall'art. 43 c.p.

51) Cfr. anche Cass. civ., sez III, n. 1132 "Il medico è responsabile dei danni cagionati al cliente nella sola ipotesi di colpa grave a norma dell'art. 2236 c.c., quando il caso in concreto affidatogli sia straordinario ed eccezionale, si da non essere adeguatamente studiato nella scienza e sperimentato nella pratica (se non addirittura ignorato) ovvero quando nella scienza medica siano al riguardo proposti e dibattuti diversi ed incompatibili sistemi diagnostici e terapeutici; fra i quali debba in concreto operare la sua scelta.

52) Cfr. ANTONIOTTI, DI LUCA, *La valutazione biologica e clinica dell'idoneità specifica del calciatore professionista. Aspetti medico-legali*, Zacchia, 1983; F. INTRONA, *Attività medico-sportiva e responsabilità professionale*, in "Riv. it. med. leg.", 1980 (2), 890.

53) Spetta, ad esempio, alle Federazioni vigilare sull'applicazione della normativa riguardante la tutela sanitaria degli sportivi professionisti da parte delle società alle quali gli atleti sono legati "ex contractu", come previsto dall'art. 7 della legge 23 marzo 1981, n. 91. Nel caso di inosservanza di siffatto obbligo, la Federazione può sanzionare le società inadempienti non autorizzando la partecipazione alle gare di quegli atleti non in regola dal punto di vista degli accertamenti sanitari. Ma può anche comportare, come previsto ad es. dall'art. 41 bis Reg. Tec. della FGCI, che impone l'istituzione di un libretto sanitario tenuto dall'atleta e di una cartella sanitaria tenuta dalla società, il deferimento degli inadempienti alla Commissione disciplinare. Così l'art. 28, u.c., del Reg. settore professionisti FGCI prevede il

deferimento agli organi disciplinari del giocatore che rifiuta di sottoporsi alla visita medica.

54) Al riguardo ancor oggi fondamentale è l'opera di P. LUISO, *La giustizia sportiva*, Giuffrè, 1975.

55) Sul sistema autoritario della giustizia sportiva si veda ad es.: M. FERRARO, *La natura giuridica del vincolo sportivo*, in Riv. dir. sport, 1987 (1); AA.VV., *Giustizia sportiva e Giustizia ordinaria, Atto del I Convegno di diritto sportivo organizzato col patrocinio del CONI*, Roma 22-23 novembre 1979, in Riv. dir. sport, 1980 (2). La giustizia sportiva è basata sul principio del "vincolo sportivo" che obbliga i soggetti ad adire i soli organi disciplinari interni all'ordinamento per le risoluzioni di ogni controversia di natura sportiva (tecnica - amministrativa - disciplinare - economica), pena la "radiazione", ossia l'estromissione incondizionata dall'ordinamento (art. 38, Statuto FGCI). Sul sistema di giustizia sportiva in generale si veda l'opera fondamentale di F. LUISO, *La giustizia sportiva*, cit.

56) Vedi II, 1.1.3 e 1.1.5.

57) Il modello della stessa è in allegato alla Circolare della Regione Marche n. 17 del 7/11/1984.

58) La Regione Marche pubblica periodicamente un resoconto sull'attività svolta dai vari servizi sanitari di base e dei servizi multizonali di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro a cura dell'Assessorato alla sanità e ai Servizi sociali. Il numero uscito nel luglio 1991, si riferisce al biennio 1988-89 e delinea il quadro generale dei vari interventi nei settori specifici più disparati eccetto che nel settore sportivo, del quale nulla si dice, nemmeno per un breve cenno. Al contrario, la Legge regionale 5 novembre 1982, n. 37 di approvazione del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1982/1985 affida esplicitamente, per quanto concerne la tutela sanitaria delle attività sportive, al settore igiene e sanità pubblica dell' U.S.L., il compito, oltre a provvedere agli interventi di educazione motoria e sportiva, di coordinare ed organizzare tutti i necessari interventi del servizio di medicina di base ed eventualmente di quelli specialistici, per gli accertamenti periodici ed iniziali finalizzati al rilascio dei certificati di idoneità specifica per coloro che praticano o intendono praticare attività sportive agonistiche ad ogni livello.

59) Nel Gruppo 3 sono accorpati: motociclismo, motocross, karting, pattinaggio veloce, scherma, pugilato, sci. Nel Gruppo 4: full contact, karate, taek won do, lotta libera, judo, nuoto, pallanuoto, kajk, sports subacquei, sports equestri. Nel Gruppo 5: pallavolo, basket, rugby, tennis, pallamano, atletica, pattinaggio, podismo. Questo raggruppamento è stato usato anche nell'analisi dei certificati di non idoneità

60) Si tratta delle tabelle allegate al DM 18/2/1982. Gli esami comuni richiesti sono l'esame neurologico periodico e l' E.E.G. nel corso della prima visita.

61) Prendiamo il 1982 come termine "a quo" poiché è l'anno di emanazione delle fonti legislative del settore, in particolare dei più volte ricordati D.M. 18/2/82 e 28/2/83.

Ricordiamo al lettore quanto precisato alla nota n. 2 di pag. 24 circa l'attuale situazione dell'U.S.L.

62) La Legge Regionale 5/11/82, n. 37 di approvazione del piano socio-sanitario per il triennio 1982/85 affida il rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica alle seguenti U.S.L., anche al servizio delle altre a fianco indicate: U.S.L.-3:1; U.S.L.-4:6/7; U.S.L.-5:2; U.S.L.-8; U.S.L.-10; U.S.L.-11; U.S.L.-12:9/13; U.S.L.-15:18/19/20; U.S.L.-16:14; U.S.L.-21:17; U.S.L.-22; U.S.L.-24:23.

63) La Commissione medica della Regione Marche è stata istituita con decreto

P.G.R. 12 marzo 1986, n. 1299 ai sensi della normativa statale vigente. La sua struttura è definita all'art. 6 del D.M. 18.2.89, mentre il suo funzionamento è disciplinato dalla L.R. 5 novembre 1982, n. 37 di approvazione del "Piano socio-sanitario" per il triennio 1982-1985 nonché dalla Circolare applicativa n. 16 del 7.11.1984, "Attuazione delle norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva". Ha iniziato i suoi lavori nel 1987.

64) Si veda la legenda a pag. 103 del presente lavoro.

65) Si veda la relativa legenda a p. 108 del presente lavoro.

66) Come previsto dalla Circolare Regione Marche n. 16 del 17/11/1984 "Attuazione delle norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva", il giudizio di non idoneità all'attività sportiva agonistica deve essere comunicato dall'organo certificante, con l'indicazione delle diagnosi poste a base del giudizio stesso, all'interessato e al Servizio Sanità della Giunta Regionale - Segreteria della Commissione tecnico-scientifica. Da questo viene poi inoltrato all'ufficio competente ove verrà archiviato.

67) Si rileva in medicina come sia importante nella visita medico-sportiva un esame radiologico comunque effettuato in aggiunta a quello spirometrico, non previsto dall'attuale normativa.

68) Montanaro - Vallaro, *Indirizzo nosologico nell'accertamento dell'idoneità alla pratica dello sport*, in *Med. Sport.*, 1973, p. 327.