DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA POSIZIONE DI FUNZIONE PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

N. 6/SPU DEL 01.03.2019

Oggetto: D.G.R. 125/2019 - LINEE GUIDA PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' INERENTI LA MEDICINA DELLO SPORT – APPROVAZIONE MODULISTICA.

IL DIRIGENTE DELLA POSIZIONE DI FUNZIONE PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

-.-.-

VISTO il documento istruttorio riportato in calce al presente decreto, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;
RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di emanare il presente decreto;
VISTO l'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 e s.m.i..

- D E C R E T A -

- **di approvare,** così come previsto dalla D.G.R. 125 del 13.02.2019 "LINEE GUIDA ALL'ASUR PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI INERENTI LA MEDICINA DELLO SPORT", la modulistica di cui all'Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, precisamente:
  1. SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA A D.M. 18/02/1982;
  2. SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA B D.M. 18/02/1982;
  3. CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA -(DM.18/02/1982);
  4. CERTIFICATO DI NON IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA - (ART. 8 D.M. 4 MARZO 1993);
  5. CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (ART. 5 D.M. 4 MARZO 1993);
  6. CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (DM.18/02/1982);
  7. DOMANDA DI RICORSO ALLA COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA;
  8. CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO (D.M. 24.04.2013)

- **di pubblicare** il presente decreto sul BURM ai sensi della L.R. 17/2003.

Si attesta che dal presente decreto non deriva un impegno di spesa a carico della regione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014".

IL DIRIGENTE
Dr. Fabio Filippetti

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:

- D.M. 18 febbraio 1982, "Norme per la tutela sanitaria dell' attività' sportiva agonistica";
- D.M. 4 marzo 1993 "Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate";
- L.R. 12 agosto 1994 n. 33 "Medicina dello sport e la tutela delle attività sportive nella Regione Marche";
- D.G.R. 1438/2007 "Riordino delle attività di medicina dello sport"
- D.G.R. 125 del 13.02.2019 "Linee guida all'ASUR per lo svolgimento delle funzioni inerenti la medicina dello sport"- revoca D.G.R. 1438/2007.

MOTIVAZIONE ED ESITO DELL'ISTRUTTORIA

La Regione Marche con la L.R. 12 agosto 1994 n. 33 ha disciplinato la Medicina dello sport e la tutela delle attività sportive nella Regione Marche e con successiva D.G.R. 1438/2007 ha disposto il "RIORDINO DELLE ATTIVITA' DI MEDICINA DELLO SPORT" in attuazione della L.R. sopra citata ed ai sensi del D.M. 18.02.82 e D.M. 28.02.1983 (quest'ultimo abrogato dal D.M. 24.04.2013).

Successivamente alla DGR 1438/2007, sopra indicata, sono state emanate, a livello nazionale, nuove norme che hanno modificato il panorama della certificazione medico sportiva, in particolare quella non agonistica e amatoriale, precisamente:

→ art. 7, comma 11, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 189/2012 il quale prevede che "al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale, il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo ed allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo d'idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte delle società sportive sia professionistiche sia dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita";

→ D.M. 24 aprile 2013 (c.d. Decreto Balduzzi) che stabilisce nuove disposizioni in merito alle certificazioni dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e le linee guida sulla dotazione a carico delle società ed associazioni sportive (non solo professionistiche, ma anche dilettantistiche) di un defibrillatore semiautomatico (DAE) da tenere sempre a disposizione, funzionante e pronto all'uso, durante gli eventi sportivi;

→ D.L. n. 69/2013, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 98/2013, il quale ha modificato, con l'articolo 42- bis, il decreto del 24 aprile 2013, sopra citato, stabilendo che: « Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini promuovendo la pratica sportiva, per non gravare cittadini e servizio sanitario nazionale di ulteriori onerosi accertamenti e certificazioni, è soppresso l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale previsto 158, dall'articolo 7, comma 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 189, e convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. dal decreto del Ministro della salute 24 aprile 2013. Rimane l'obbligo di certificazione presso il medico o il pediatra di base per l'attività sportiva non

agonistica. Sono i medici o pediatri di base annualmente a stabilire, dopo anamnesi e visita, se i pazienti necessitano di ulteriori accertamenti come l'elettrocardiogramma»;

→ le circolari del Ministero della Salute n. 4608 e n. 4609, entrambe dell'11 settembre 2013, le quali hanno dato chiarimenti in merito a quanto sopra;

→ D.L. 31 agosto 2013, n. 101 convertito nella Legge n. 125 del 30 ottobre 2013, che ha introdotto con l'art 10-septies una nuova modifica al decreto ministeriale 24 aprile 2013 nei seguenti termini: « I certificati per l'attività sportiva non agonistica di cui all'articolo 3 del citato decreto del Ministro della salute 24 aprile 2013 sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dal medico specialista in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano. Ai fini del rilascio di tali certificati, i predetti medici si avvalgono dell'esame clinico degli accertamenti incluso l'elettrocardiogramma, secondo linee guida approvate con decreto del Ministro della salute, su proposta della Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, sentito il Consiglio superiore di sanità»;

→ D.M. 8 agosto 2014 (c.d. Decreto Lorenzin) adottato in attuazione del comma 2 dell'art. 42-bis del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, e s. m., che approva le linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica;

→ nota esplicativa del Ministero della Salute del 17.06.2015 e successiva nota integrativa del 28.10.2015 inerenti chiarimenti in merito alla linee guida di cui al D.M. 08.08.2014, sopra citato;

→ il CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano) con la Circolare del 10.06.2016, d'intesa con il Ministero della Salute, ha uniformato in materia di certificazione all'attività non agonistica definendo le diverse tipologie di tesseramento;

→ D.M. del Ministro della Salute e del Ministro per lo Sport del 28.02.2018 che prevede l'abolizione della certificazione medica per l'esercizio dell'attività sportiva in età prescolare ai bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

In considerazione di quanto sopra è risultato necessario adeguare la normativa regionale e, pertanto, con la D.G.R. n. 125, approvata nella seduta del 13.02.2019, la Giunta Regionale ha revocato la precedente deliberazione n. 1438/2007, citata in premessa, ed ha approvato le nuove linee di indirizzo. Tale deliberazione ha disposto, tra l'altro, l'approvazione della modulistica, di seguito indicata, prevista dalle linee guida di cui sopra, con successivo atto del dirigente della P.F. Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro dell'Agenzia Regionale Sanitaria:

→ SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA A D.M. 18/02/1982;

→ SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA B D.M. 18/02/1982;

→ CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA -(DM.18/02/1982)

→ CERTIFICATO DI NON IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA - (ART. 8 D.M. 4 MARZO 1993)

→ CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (ART. 5 D.M. 4 MARZO 1993)

→ CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (DM.18/02/1982)

→ DOMANDA DI RICORSO ALLA COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

→ CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO (D.M. 24.04.2013)

Per quanto sopra esposto, si propone di:

- **di approvare,** così come previsto dalla D.G.R. 125 del 13.02.2019 "LINEE GUIDA ALL'ASUR PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI INERENTI LA MEDICINA DELLO SPORT", la modulistica di cui all'Allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, precisamente:
  1. SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA A D.M. 18/02/1982;
  2. SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA B D.M. 18/02/1982;
  3. CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA -(DM.18/02/1982);
  4. CERTIFICATO DI NON IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA - (ART. 8 D.M. 4 MARZO 1993);
  5. CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (ART. 5 D.M. 4 MARZO 1993);
  6. CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (DM.18/02/1982);
  7. DOMANDA DI RICORSO ALLA COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA;
  8. CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO (D.M. 24.04.2013)

- **di pubblicare** il presente decreto sul BURM ai sensi della L.R. 17/2003.

Si attesta che dal presente decreto non deriva un impegno di spesa a carico della regione.

Il sottoscritto, in relazione al presente provvedimento, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014".

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Patrizio Bacchetta

- ALLEGATI -
/Allegato A

ALLEGATO A

Allegato 1

REGIONE
MARCHE

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA
PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA A
(MOD.A All.1 – D.M. 18/02/1982)

Cognome_____Nome_____
Nato/a a_____il_____
Residenza e/o domicilio_____
Documento di identità_____

Sport per cui è stata richiesta la visita_____
Prima visita_____ visita successiva_____
Eventuali altri sport praticati_____

Anamnesi

A.familiare_____
A.fisiologica_____
Menarca.....data ultima mestruazione.....
Fumo.....alcool.....
A.patologica:
malattie sofferte_____
_____
_____
_____
interventi chirurgici:_____
_____
Infortuni_____
_____

Dichiarazione

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni pisco-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo, tabacco e dell'uso di alcool.

Il sottoscritto, dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (art. 13 diritti dell'interessato, 22 dati sensibili, 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione. ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

Firma del dichiarante .....

Esame obiettivo

Trofismo_____peso Kg._____statura cm_____

Apparato locomotore_____

_____

_____

Torace e apparato respiratorio_____

_____

Apparato circolatorio_____

_____

_____P.A a riposo_____

Addome e organi genitali_____

_____

Arti _____

_____

Acuità visiva: naturale OD...../10 OS ...../10

Corretta OD...../10 OS ...../10

Senso cromatico.....

Udito.....

Conclusioni esame obiettivo _____

_____

Firma del medico visitatore.....

Elettrocardiogramma a riposo:freq.media.....PQ.....QT.....

Reperto .....

Firma dello specialista.....

Esame urina

Aspetto.....Colore.....

Densità.....Reazione.....

Reperto.....

Gruppo sanguigno:(A-B-O).....Fattore Rh.....

Esami specialistici integrativi

Elettroencefalogramma

.....

.....

.....

Esame neurologico

.....

.....

Esame otorinolaringoiatrico.....

.....

.....

Audiometria

.....

.....

.....

Altri esami

.....

.....

.....

.....

Giudizio conclusivo

L'atleta, all'atto della visita,non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport.....
per il periodo.....

.....li,.....

(timbro e firma del medico)

Allegato 2

REGIONE
MARCHE

asur marche

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA
PER PRATICANTI GLI SPORTS DI CUI ALLA TABELLA B
(MOD.B All.1 – D.M. 18/02/1982)

Cognome_____Nome_____
Nato/a a_____il_____
Residenza e/o domicilio_____
Documento di identità_____

Sport per cui è stata richiesta la visita_____
Prima visita_____visita successiva_____
Eventuali altri sport praticati_____

Anamnesi
A.familiare_____
A.fisiologica_____
Menarca.....data ultima mestruazione.....
Fumo.....alcool.....
A.patologica: malattie sofferte_____
_____
_____
_____
interventi chirurgici:_____
_____
_____
Infortuni _____
_____

Dichiarazione
Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni pisco-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo, tabacco e dell'uso di alcool.
Il sottoscritto, dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (art. 13 diritti dell'interessato, 22 dati sensibili, 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione. ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

Firma del dichiarante .....

Esame obiettivo

Trofismo_____peso Kg._____statura cm_____
Apparato locomotore_____
_____
_____
Torace e apparato respiratorio_____
_____
Apparato circolatorio_____
_____
_____P.A a riposo_____
Addome e organi genitali_____
_____
Arti_____
_____
Acuità visiva: naturale OD...../10 OS...../10
Corretta OD...../10 OS ...../10
Senso cromatico.....
Udito.....
Conclusioni esame obiettivo_____
_____
Firma del medico visitatore.....

Elettrocardiogramma a riposo: freq.media.....PQ.....QT.....
Elettrocardiogramma dopo sforzo: freq.media.....PQ.....QT.....
Reperto.....I.R.I.....

Firma dello specialista .....

Esame urina
Aspetto.....Colore.....
Densità.....Reazione.....

Reperto.....
Gruppo sanguigno:(A-B-O).....Fattore Rh.....

SPIROGRAFIA
Capacità vitale CV.....l (normale.....)
Capacità vitale forzata CVF l (normale.....)
Volume espir.max sec. VEMS l (normale.....)
Indice tiffenau VEMS/CV % (normale.....)
Max vent.volont.MVV (normale.....)
Conclusioni_____

Esami specialistici integrativi

Elettroencefalogramma
.....
.....
.....

Esame neurologico.....
.....
.....
.....
.....

Esame otorinolaringoiatrico.....
.....
.....
.....
.....

Audiometria .....
.....
.....
.....

Altri esami.....
.....
.....
.....
.....

Giudizio conclusivo

L'atleta,all'atto della visita,non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport.....
per il periodo.....

.....li,.....

(timbro e firma del medico)

Allegato 3

REGIONE
MARCHE

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA'
SPORTIVA AGONISTICA
(DM.18/02/1982)

Cognome: .....

Nome: .....

Nato a: .....

il: .....

Residenza e/o domicilio: .....

Documento d'identità:.....

Sport per cui è stata richiesta la visita: .....

L'atleta sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica AGONISTICA del seguente sport : .....

Il certificato ha validità di : .....

e scadrà il .....

Luogo.....

data .....

Specialista in Medicina dello Sport

Allegato 4

REGIONE
MARCHE

CERTIFICATO DI NON IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(Art. 8 D.M. 4 marzo 1993)

Cognome e nome .....
nato/a a .....il .....
residenza e/o domicilio .....
documento di identità .....
sport per cui è stata richiesta la visita .....

L'atleta di cui sopra viene dichiarato **non idoneo** allo sport .....
.....
adattato agli atleti diversamente abili.

Città/data .....

Firma del medico

.....

Allegato 5

REGIONE MARCHE

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA
(Art. 5 D.M. 4 marzo 1993)

Cognome e nome.....
nato/a a.....il.....
residenza e/o domicilio.....
documento di identità.....
sport per cui è stata richiesta la visita.....

L'atleta di cui sopra,sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti eseguiti, non presenta controindicazioni in atto alla pratica agonistica dello sport .....
.....
.....
adattato agli atleti diversamente abili.
Il presente certificato ha validità di .....
e scadrà il .....

Città/data.....

Firma del medico

.....

Allegato 6

REGIONE
MARCHE

asur marche

CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA
(DM.18/02/1982)

COGNOME e NOME:.....

NATO/A a :.....

IL .....

RESIDENZA :.....

VIA :.....

DOCUMENTO D'IDENTITÀ:.....

SPORT PER CUI È STATA RICHIESTA LA VISITA: .....

L'ATLETA DI CUI SOPRA VIENE DICHIARATO <u>NON IDONEO</u> ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA

PER :.....

.....

Luogo .....

Data .....

SPECIALISTA IN MEDICINA DELLO SPORT

Allegato 7

AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA
c/o
AGENZIA REGIONALE SANITARIA
P.F. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO
VIA DON GIOIA 8 - 60122 ANCONA

Il sottoscritto.....

nato a.....prov..... il .....

residente a .....via.....

appartenente alla Società Sportiva.....

affiliata alla Federazione.....

per la pratica dello sport.....

essendo stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva da parte del Dott.....

dell'A.V. ASUR N. .....o dell Centro di Medicina dello Sport

.....

come risulta dal certificato allegato.....

chiede di essere sottoposto a visita collegiale per il riesame del giudizio negativo ai sensi del D.M. 18.02.1982.

Fa presente che nel corso del procedimento sarà assistito dal Dott.....

Firma del ricorrente

.....

Il sottoscritto Dott.....accetta di assistere il ricorrente nel corso del procedimento di revisione.

Firma del medico

.....

.....il.....

N.B. il ricorso avverso l'esito negativo della visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica deve essere inviato alla Commissione con **raccomandata entro trenta giorni dalla ricezione della certificazione.** Il ricorso in caso di atleta minorenne deve essere firmato da chi ne esercita la potestà genitoriale.

Allegato 8

REGIONE
MARCHE

asur marche

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
(D.M. 24.04.2013)

Cognome e nome.....
nato/a a.....il.....
residenza e/o domicilio.....

il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressioni arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.

Il presente certificato ha validità ANNUALE dalla data del rilascio.

Città/data.....

Timbro e firma del medico