

# Certificazione sportiva

## Riassunto

Le complesse normative sulla tutela sanitaria sportiva con l'obbligo di visita medica per gli atleti, hanno permesso in Italia di ridurre significativamente i rischi nei soggetti apparentemente sani o portatori di patologie conosciute. Infatti se è scientificamente dimostrato che l'attività sportiva determina tanti benefici all'organismo riducendo l'insorgenza di malattie cardiovascolari e metaboliche, è altrettanto vero che essa può presentare pericoli sulla salute durante lo sport sia esso di tipo agonistico, non agonistico (tesserati CONI) o ludico-motorio. In genere, le certificazioni di idoneità hanno una durata annuale, fatta eccezione per atleti affetti da patologie che comunque consentono la pratica sportiva come l'asma bronchiale allergica o il diabete mellito, ai quali può essere rilasciata un'idoneità temporanea (semestrale, trimestrale ecc.). Nei soggetti diabetici gli accertamenti previsti sono maggiori fin dalla prima legge pubblicata in Italia il 16/3/1983, n. 115 art. 8, che prevede anche una certificazione del medico diabetologo curante attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico. Inoltre, le linee guida scientifiche prevedono e specificano la necessità di un periodico approfondito monitoraggio clinico, strumentale e di laboratorio. Occorre ricordare che il trattamento farmacologico in un diabetico è sempre consentito, anche se l'insulina fa parte delle sostanze proibite nella tabella della WADA (classe S4: modulatori ormonali e metabolici), pertanto per il suo utilizzo occorre osservare la normativa nazionale e internazionale sul doping e il rispetto dell'apposita procedura con la compilazione e la trasmissione della dichiarazione TUE (Therapeutic Use Exemption) al CEFT (Comitato di Esenzione con Finalità Terapeutiche) del CONI per l'autorizzazione in rispetto alla legge n. 376 del 2000.

È scientificamente dimostrato che l'attività sportiva determina molti benefici all'organismo riducendo l'insorgenza di malattie cardiovascolari e metaboliche, ma è altrettanto vero che essa espone a rischi durante lo sforzo nel caso di atleti con patologie note e purtroppo spesso misconosciute. Ecco perché è importante sottoporsi a costanti accertamenti medici prima di iniziare e durante la pratica dello sport, sia esso di tipo agonistico, non agonistico o ludico-motorio.

In rispetto dell'art. 32 della Costituzione, la nostra Repubblica deve tutelare la salute del cittadino come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; da questo nobile diritto giuridico discende che in Italia le visite mediche nello sport sono obbligatorie, contrariamente a quanto avviene in altri Paesi del mondo dove con una semplice certificazione liberatoria sottoscritta si può partecipare alle manifestazioni sportive. Le complesse normative sulla tutela sanitaria sportiva sono presenti in Italia da oltre 45 anni con la legge n. 1099 del 26 ottobre 1971 (art. 2: *La tutela sanitaria si esplica mediante l'accertamento obbligatorio, con visite mediche di selezione e di controllo periodico, dell'idoneità generica e del-*

**Gennaro La Delfa**

*Presidente Regione Sicilia  
della Federazione Medico Sportiva Italiana*

## Parole Chiave

**Normative  
Medicina  
Sport  
Diabete**

## Indirizzo per la corrispondenza

GENNARO LA DELFA  
g.ladelfa@yahoo.it

la *attitudine di chi intende svolgere o svolge attività agonistico-sportiva...*) e con la legge n. 83 del 23/12/78 (art. 2 comma 8 punto “e”) con la quale l’atleta viene inserito di diritto anche nel Servizio Sanitario Nazionale. In seguito sono state specificate le modalità di svolgimento delle visite mediche con i decreti ministeriali del 18/2/82 per lo sport agonistico e del 28/2/83 (più successive modifiche) per lo sport non agonistico, mentre con specifici decreti ministeriali (del 4/3/93 per le attività paralimpiche e del 15/11/95 per le attività sportive professionistiche, le quali prevedono in più un ecocardiogramma, un elettrocardiogramma – ECG – dopo sforzo e gli esami ematochimici) sono stati stabiliti i protocolli per lo svolgimento delle visite mediche. L’entrata in vigore dell’obbligo delle visite mediche ha permesso di ridurre del 90% le morti improvvise degli atleti agonisti in campo mentre lo stesso non può affermarsi per gli atleti non agonisti o che praticano sport ludico-motorio.

Una prima logica analisi motiva tale discrepanza con i maggiori accertamenti sanitari cui per legge è sottoposto l’atleta agonista (visita medico-sportiva completa, esame d’urina, spirometria, calcolo degli indici di recupero cardiaco, elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo) rispetto al non agonista (solo cartella clinica, misura della pressione e un ECG a riposo) e al ludico-motorio (nessun accertamento previsto a eccezione delle discipline sportive a elevato e particolare impegno cardiovascolare, per esempio la podistica superiore ai 20 km, il gran fondo di ciclismo o il nuoto, per le quali si deve eseguire un test ergometrico con monitoraggio dell’attività cardiaca). Inoltre mentre il certificato agonistico è specifico per lo sport praticato, quello non agonistico è generico, permettendo di svolgere tutti i tipi di sport ed esponendo il soggetto a rischi: insomma, mentre si può vietare lo sport agonistico per alcune discipline (l’attività subacquea per esempio in coloro che hanno patologie serie all’orecchio o il sollevamento pesi a chi soffre di pressione alta), lo stesso non si può per il non agonistico. Infine un confronto del numero dei praticanti (il numero di atleti non agonisti è in genere superiore di circa 10 volte quello degli atleti agonisti), la diversa età media (più grandi negli anni gli atleti amatoriali e maggiori i pericoli) e la pratica incostante degli atleti “stagionali o della domenica” ci danno spiegazione del perché assistiamo più spesso a eventi acuti nel mondo non agonistico e ludico-motorio. Va anche aggiunto che talvolta il livello di sforzo a cui i campioni e i praticanti il ludico-motorio si sottopongono è identico (la legislazione andrebbe certamente modificata) considerato lo spirito competitivo spesso presente anche in manifestazioni non competitive. Per attività agonistica comunemente si intende quella praticata solo da atleti che partecipano ad attività competitive mentre in realtà essa deve riferirsi a tutti coloro (intesi come persone fisiche) che praticano o intendono praticare sport e sono tesserati (esclusivamente in Italia) al CONI tramite una Federazione Sportiva, una Disciplina Sportiva Associata o un Ente di Promozione Sportiva che ne stabilisce l’età minima di inizio e di fine dell’attività agonistica. Inoltre sono considerati atleti agonisti gli stu-

denti che partecipano alla fase nazionale dei Giochi della Gioventù (oggi denominati Giochi Sportivi Studenteschi).

Per attività sportiva non agonistica si intende quella praticata dai seguenti soggetti (intesi come persone fisiche): gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell’ambito delle attività parascolastiche; coloro che, tesserati in Italia, svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni Sportive Nazionali, alle Discipline Associate, agli Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982; coloro che partecipano ai Giochi Studenteschi nelle fasi precedenti quella nazionale (cioè nella fase provinciale e regionale).

L’attività sportiva ludico-motoria è invece da intendersi quella praticata da tutti coloro che non sono a nessun titolo tesserati al CONI.

Non occorre alcuna certificazione per l’Educazione Motoria curriculare e l’esenzione dalle esercitazioni di educazione fisica per patologia è rilasciata essenzialmente dal pediatra o dal medico di famiglia curante su richiesta della famiglia, la quale provvederà a inoltrarla al dirigente scolastico che è deputato alla concessione dell’esonero ai sensi dell’art. 303 del decreto legislativo 297/94. Essendo l’Educazione Fisica disciplina obbligatoria d’insegnamento, ragioni mediche che ne controindicano la partecipazione e ne sanciscono l’esonero devono intendersi come esonero dalle esercitazioni e non dalle lezioni.

Non sono sottoposti a obbligo di certificazione medica, per l’esercizio dell’attività sportiva in età prescolare, i bambini in età compresa tra 0 e 6 anni, a eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra (art. 1 Decreto Ministro della Salute di concerto con il Ministro per lo Sport del 28/2/18). Il decreto comunque abolisce l’obbligo ma non la certificazione, quindi a mio avviso, così come per il ludico-motorio, la palestra sportiva privata al momento dell’iscrizione, pur non avendo l’obbligo di richiedere il certificato, ne ha pur sempre facoltà.

## Certificazione per l’attività sportiva non agonistica (validità annuale)

La certificazione per l’attività sportiva non agonistica è regolamentata da:

- decreto del Ministero Salute 24/4/13, legge n. 98 del 9/8/13 art. 42-bis - legge n. 125 del 30/10/13 art. 10-septies;
- decreto del Ministero Salute 8/8/14 “Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica”;
- nota esplicativa del 17/6/15 del decreto Ministero Salute 8/8/14 e successiva nota integrativa del 28/10/15;
- circolare del CONI del 10/6/16.

La certificazione per l’attività sportiva non agonistica è obbligatoria ed è rilasciata esclusivamente dai medici di famiglia e

dai pediatri di libera scelta relativamente ai propri assistiti, dagli specialisti in medicina dello sport e dai medici iscritti alla FMSI (Federazione Medico Sportiva Italiana del CONI). Per rilasciare il certificato il medico deve redigere una cartella clinica, misurare la pressione arteriosa e far eseguire un elettrocardiogramma: la normativa legislativa si riferisce a un ECG almeno una volta nella vita (ECG ogni anno per i soggetti a rischio salute), mentre la FMSI e il CONI con una circolare ne consigliano sempre l'esecuzione almeno una volta all'anno per tutti. Bisogna inoltre precisare che in rispetto di una recente normativa (circolare ministeriale 17/6/15 e successiva circolare CONI 10/6/16) sono esclusi dall'obbligo delle certificazioni le persone fisiche dichiarate "non praticanti" dalle società o dalle associazioni sportive affiliate al CONI al momento del tesseramento con inserimento in un'apposita categoria e infine i tesserati che svolgono attività sportive caratterizzate dall'assenza o dal ridotto impegno fisico e cardiovascolare (sport di tiro, biliardo sportivo, bocce a eccezione delle specialità volo di tiro veloce, bowling, bridge, dama, scacchi, curling, giochi e sport tradizionali FIGEST, golf, pesca sportiva di superficie a eccezione delle specialità long cusing e big game, aeromodellismo, imbarcazioni radiocomandate e attività sportiva cinotecnica)

Il certificato ludico-motorio (a eccezione di quello per praticare attività di particolare ed elevato impegno cardiovascolare) non è più obbligatorio (legge 9 agosto 2013, n. 98) e può essere rilasciato da tutti i medici

## Certificazione per l'attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (validità annuale)

La certificazione è regolamentata dal decreto del Ministero della Salute 24/4/13.

È obbligatoria ed è rilasciata esclusivamente dai medici di famiglia e dai pediatri di libera scelta relativamente ai propri assistiti e dagli specialisti in medicina dello sport. Per rilasciare il certificato il medico deve redigere una cartella clinica, misurare la pressione arteriosa e far eseguire un ECG a riposo e da sforzo annuale.

Si intendono per attività sportive di particolare ed elevato impegno cardiovascolare: podismo superiore ai 20 km, gran fondo di ciclismo, di nuoto, di sci da fondo o altre tipologie analoghe.

## Tutela sanitaria in atleti diabetici

Fatta questa dettagliata premessa si riporta quanto previsto per la tutela dell'atleta diabetico dalle normative e dalle linee guida al fine del rilascio della certificazione di idoneità allo sport.

La prima legge viene pubblicata in Italia il 16/3/1987 ed è la n. 115. All'art. 8 cita testualmente:

*Comma 1. La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti*

*non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali. Comma 2. Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante o del medico responsabile dei servizi di cui all'articolo 5, attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico.*

In seguito alcune Regioni, al fine del rilascio dell'attestazione di malattia diabetica compensata, hanno integrato con proprie normative l'indicazione di una serie di accertamenti quali: glicemia a digiuno e post-prandiale; emoglobina glicosilata (HbA<sub>1c</sub>); glicemia prima, durante e alla fine di uno sforzo fisico comparabile a una gara relativa allo sport per il quale il diabetico chiede la idoneità (ripetuta almeno in due occasioni, a diverse condizioni circadiane di tolleranza glicidica); esame urine completo, con particolare riguardo alla glicosuria e proteinuria; dosaggio della beta-2-microglobulina urinaria; esame specialistico dei mezzi diottrici e del fundus oculi, che escluda retinopatia di grado superiore al primo; visita specialistica cardiologica per la valutazione dell'adattamento cardiocircolatorio allo sforzo, ove non prevista dal decreto ministeriale 18/02/1982; visita specialistica neurologica tale da escludere l'esistenza di neuropatia diabetica periferica (necessaria la valutazione della sensibilità e della pallestesia); esclusione di neuropatia diabetica autonoma mediante l'esecuzione di almeno un test di funzionalità parasimpatica (Manovra di Valsalva oppure "deep breathing manoeuvre") e di almeno un test di funzionalità simpatica ("sustained hand grip test" oppure test dell'ipotensione posturale); ECG a riposo e da sforzo.

Nel 2007 ancora ulteriori approfondimenti diagnostici sono consigliati e pubblicati nella rivista di Medicina dello Sport (organo ufficiale della Federazione Medico Sportiva Italiana del CONI) sia per gli atleti agonisti affetti da diabete di tipo 1 (MED SPORT 2007; 60:337-43) che per quelli affetti da diabete di tipo 2 (MED SPORT 2007; 60:344-53):

- *monitoraggio clinico.* Esame clinico (ogni 3 mesi), peso e circonferenza vita (diabetico tipo 2 ogni 3 mesi); esami polsi periferici ricerca soffi calcolo indice di Windsor (ogni 12 mesi); esami riflessi profondi, sensibilità vibratoria, sensibilità tattile con microfilamento (ogni 9 mesi); ispezione piedi (ogni 6 mesi); prove e sintomi di neuropatia autonoma (ogni 12 mesi);
- *monitoraggio laboratorio.* Albuminuria e Clearance della creatinina ogni 12 mesi (nei normoalbuminurici) e ogni 6 mesi (nei microalbuminurici); aspetto lipidico, elettrolitico ed emocromo (ogni 12 mesi); automonitoraggio della glicemia; valutazione controllo metabolico con glicemia, emoglobina glicosilata ed esame urina completo (ogni 3 mesi);

- **monitoraggio strumentale.** ECG da sforzo ed ecocardiogramma (ogni 6 mesi); ecocolor Doppler carotideo e arti inferiori (ogni 12 mesi); esame del fundus oculi (ogni 12 mesi in assenza di retinopatia), ogni 6 mesi in presenza di retinopatia background, a giudizio dell'oculista (in presenza di retinopatia proliferante) fluorangiografia; elettroencefalografia (ogni 12 mesi se necessaria); biotesiometria (ogni 12 mesi se necessaria).

Inoltre il diabetologo farà firmare all'atleta o ai genitori, se minore, un impegno di aderenza alla terapia e all'autogestione a ogni visita annuale e, in caso di idoneità, a 3, 6, 9 mesi, prima di ogni rinnovo. Il rationale alla base di tale disposizione, secondo gli ultimi protocolli del Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Spot (COCIS 2017), sta nel fatto, come riportato testualmente, che *l'atleta non deve iniziare una seduta di allenamento e/o una gara se i livelli glicemici sono troppo elevati [300 mg/dl (16,7 mmol/l) o 250 mg/dl (13,9 mmol/l)] in presenza di chetoacidosi o troppo bassi [100 mg/dl (5,6 mmol/l)] per non incorrere nelle complicanze acute della malattia: crisi o coma iperglicemico*.

*co-chetoacidotico, crisi o coma ipoglicemico. Ovvio pertanto che la malattia debba essere in buon controllo metabolico (confermato da livelli di emoglobina glicata 7%, da glicemia a digiuno 130 mg/dl, da glicemia post prandiale 180 mg/dl) e che l'atleta debba essere in grado di praticare l'autocontrollo per verificare i livelli glicemici prima e dopo la seduta/gara e anche durante se si tratta di attività di lunga durata (oltre i 90 minuti).*

È importante ricordare che il trattamento farmacologico in un diabetico è sempre consentito, anche se l'insulina fa parte delle sostanze proibite nella tabella della WADA (classe S4: modulatori ormonali e metabolici), pertanto per il suo utilizzo occorre osservare la normativa nazionale e internazionale sul doping e il rispetto dell'apposita procedura con la compilazione e la trasmissione della dichiarazione TUE (*Therapeutic Use Exemption*) al CEFT (Comitato di Esenzione con Finalità Terapeutiche) del CONI per l'autorizzazione in rispetto alla legge n. 376 del 2000. Per un ulteriore completamento normativo si riporta quanto recentemente emanato in Sicilia con una circolare (pubblicata in Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia - Parte I, n. 20

**Tabella I.** Definizione protocolli idoneativi per attività fisico/sportiva nel diabete mellito in età evolutiva (0-18 anni) (da GURS 2017, mod.)<sup>1</sup>.

Tipologia di attività fisico/sportiva	Certificazione richiesta	Chi certifica	Accertamenti ai fini certificatori
<b>Amatoriale</b> (libera, non organizzata, non regolamentata, attività scolastiche curriculari)	Nessuna	-	-
<b>Ludico motoria</b> (es. soggetti non tesserati, palestra organizzata non affiliata CONI)	Non obbligatoria	MMG, PLS, MDS	Visita * + certificato propedeutico del pediatra diabetologo ** ( <i>certificato semplificato, con l'indicazione di assenza di controindicazioni</i> ) secondo il D.M. 24.4.13 e ss.mm.ii
<b>Non agonistica</b> (attività scolastiche extracurriculari, tesserati sotto età agonistica, palestra affiliata CONI o enti di promozione sportiva, giochi studenteschi in fase non nazionale)	Obbligatoria	MMG, PLS, MDS, FMSI	Visita *, P.A., ECG secondo il D.M. 8.8.14 e ss.mm.ii + certificato propedeutico del pediatra diabetologo **
<b>Di particolare ed elevato impegno cardiovascolare</b> (manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 Km, runner, il gran fondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe patrocinata da Federazioni sportive, Discipline associate e Enti di promozione)	Obbligatoria	MMG, PLS, MDS	Visita *, P.A., ECG basale, step test o test ergometrico con monitoraggio o altri accertamenti che il medico certificatore riterrà necessari caso per caso + certificato propedeutico del pediatra diabetologo **
<b>Agonistica</b> (come da D.M. 18.2.1982 e successive modifiche e integrazioni)	Obbligatoria	MDS (pubblico o privato autorizzato)	Visita e accertamenti di cui al D.M. citato + certificato propedeutico del pediatra diabetologo **

MMG: medici di medicina generale, limitatamente ai propri assistiti; PLS: pediatri di libera scelta, limitatamente ai propri assistiti; MDS: specialisti in medicina dello sport; FMSI: medici soci della Federazione Medico Sportiva Italiana. \* Valutazione fattori di rischio generici. \*\* Certificato propedeutico del pediatra diabetologo da CRR o Satelliti, controfirmato dal paziente/genitori per presa visione:

- valutazione di condizioni di compenso e autocontrollo terapia;
- valutazione di rischi iatrogeni: ipoglicemia;
- valutazione fattori di rischio connessi alla patologia<sup>1</sup>, come da Tabella II.

**Tabella II.** Valutazione fattori di rischio connessi alla patologia (da GURS 2017, mod.) <sup>1</sup>.

	Valutazione annuale	Note	
<b>Retinopatia</b> (fundus oculi, retinografia)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dall'età di 11 anni con 2 anni di durata</li> <li>Dall'età di 9 anni con 5 anni di durata</li> </ul>	Se il bambino presenta anche minime alterazioni del fundus oculi, controllo semestrale
<b>Nefropatia</b> (AER, A/C)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dall'età di 11 anni con 2 anni di durata</li> <li>Dall'età di 9 anni con 5 anni di durata</li> </ul>	-
<b>Neuropatia</b>	-	Esame obiettivo e anamnesi	-
<b>Complicanze macrovascolari</b> (ECG, doppler, tronchi sovra-aortici)	Esami strumentali da fare in base alla valutazione clinica e metabolica annuale	A partire dai 12 anni	-

**Tabella III.** Quale sport scegliere (da GURS 2017, mod.) <sup>1</sup>.

<b>Sport raccomandabili</b>	Marcia veloce, corsa leggera, nuoto, sci di fondo, tennis, equitazione, golf e assimilabili
<b>Sport autorizzabili</b>	Calcio, pallacanestro, pallavolo, pallanuoto, pallamano, baseball, ciclismo, canottaggio, atletica leggera, ginnastica artistica, vela e assimilabili. Autorizzabili con istruttori certificati con formazione specifica: sport subacquei, alpinismo e assimilabili
<b>Sport non consigliabili</b>	Pugilato, lotta, paracadutismo, sci estremo, sport motoristici e assimilabili

del 12/5/17) dell'Assessorato Regionale Salute, quale direttiva in materia di accertamento dell'idoneità sportiva per i soggetti diabetici in età evolutiva (0-18 anni) su indicazioni fornite da un lavoro congiunto tra la Commissione Regionale per il diabete e il Comitato Regionale della Federazione Medico Sportiva Italiana. Tale circolare, come illustrato dalle Tabelle riportate, definisce i protocolli idoneativi al fine della concessione del certificato che prevede sempre un attestato propedeutico rilasciato dal pediatra diabetologo, oltre a fornire preziose indicazioni sulla valutazione dei fattori di rischio e raccomandazioni sugli sport da scegliere (Tabb. I-III).

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia - Parte I, n. 20, 12 maggio 2017.

## SEZIONE DI AUTO VALUTAZIONE



### L'atleta agonistico diabetico deve dichiarare di assumere insulina:

- prima della gare in caso di controllo antidoping
- non è necessario
- al momento del tesseramento con la richiesta della TUE (*Therapeutic Use Exemption*)
- solo al medico di società o della federazione sportiva

### La legge in Italia sulla tutela sanitaria sportiva dei diabetici è:

- la Legge n. 115 del 16/3/87
- la Legge n. 125 del 30/10/13
- la Legge n. 1099 del 26/10/71
- tutte le precedenti

### Si può certificare uno stato di malattia compensata in un atleta diabetico se confermato anche da:

- livelli di emoglobina glicata 7%
- glicemia a digiuno 130 mg/dl
- glicemia post prandiale 180 mg/dl
- tutte le precedenti

### Il certificato di idoneità sportiva non agonistico in un atleta diabetico non può essere rilasciato:

- dal diabetologo curante
- dallo specialista in medicina dello sport
- dal medico socio della Federazione Medico Sportiva Italiana
- dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta relativamente ai propri assistiti

Verifica subito le risposte on line [www.diabete-rivistamedia.it](http://www.diabete-rivistamedia.it)

