

***Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.***

**IL DECRETO E' STATO RIORGANIZZATO E INTEGRATO PER POTER ESSERE DI PIU' FACILE  
IINTERPRETAZIONE**

Art. 1.

*Ambito della disciplina*

1. Il presente decreto, in attuazione dell'art. 7, comma 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di 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.

**Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.**

**Riassumendo**

ALLEGATO A

Controlli medici per l'attestazione dell'idoneità all'attività ludico motoria e NON agonistica

(le modifiche apportate al decreto sono per maggiore chiarezza nell'interpretazione)

	<b>Classe A</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe C</b>
	<p>SOGGETTI &lt; 55 ANNI (UOMINI)</p> <p>&lt;65 ANNI (DONNE)</p> <p>SENZA EVIDENTI PATOLOGIE E FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI ALLA VISITA O RIFERITI IN ANAMNESI.</p>	<p><u>SOGGETTI CON ANAMNESI NOTA PER ALMENO DUE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:</u></p> <p>IPERTENSIONE ARTERIOSA;                      ELEVATA PRESSIONE ARTERIOSA DIFFERENZIALE NELL'ANZIANO;                      ETÀ &gt;55 ANNI (UOMINI)&gt; 65 ANNI (DONNE);                      FUMO;                      IPERCOLESTEROLEMIA,                      IPERTRIGLICERIDEMIA;                      ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO O RIDOTTA TOLLERANZA AI CARBOIDRATI; DIABETE DI TIPO II COMPENSATO                      OBESITÀ ADDOMINALE;                      FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI;                      FATTORI DI RISCHIO RITENUTI RILEVANTI DAL MEDICO CERTIFICATORE</p>	<p>SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE (ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE)</p>
<p>ACCERTAMENTI RACCOMANDATI, OLTRE ALLA VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI CON MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA</p>		<p>Elettrocardiogramma a riposo</p> <p>Altri esami secondo giudizio clinico</p>	<p>Esami e consulenze specifiche secondo giudizio clinico</p>
MEDICO CERTIFICATORE	<p>Medico abilitato alla professione</p>	<p>Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta;                      Medico specialista in Medicina dello sport</p>	<p>Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta;                      Medico specialista in Medicina dello sport;                      Medico specialista di branca</p>
PERIODICITÀ	<p>Biennale</p>	<p>Annuale</p>	<p>Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico</p>

Art. 2.

**Definizione dell'attività amatoriale. Certificazione**

1. Ai fini del presente decreto è definita amatoriale l'attività ludico-motoria, praticata da soggetti **NON tesserati** alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona, non regolamentata da organismi sportivi, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni o soggetti terzi.

2. Coloro che praticano attività ludico - motoria in contesti organizzati e autorizzati all'esercizio nel rispetto delle disposizioni normative vigenti devono sottoporsi a controlli medici periodici ai fini della certificazione atte-stante l'idoneità all'attività ludico-motoria secondo quanto previsto nell'allegato A.

3. La certificazione conseguente al controllo medico di cui al comma 2, che deve essere adeguata e appropriata in relazione ai parametri suddetti, è rilasciata dal medico certificatore su apposito modello predefinito (**allegato B**).

4. All'atto dell'iscrizione o avvio delle attività il certificato è esibito all'incaricato della struttura o luogo presso cui si svolge l'attività ludico - motoria e conservato in tali sedi in copia fino alla data di validità o fino alla cessazione dell'attività stessa.

**5. Non sono tenuti all'obbligo della certificazione:**

a) coloro che effettuano l'attività ludico-motoria in forma autonoma e al di fuori di un contesto organizzato ed autorizzato;

b) chi svolge, anche in contesti autorizzati e organizzati, attività motoria occasionale, effettuata a scopo prevalentemente ricreativo e in modo saltuario e non ripetitivo;

c) i praticanti di alcune attività ludico-motorie con ridotto impegno cardiovascolare, quali bocce (escluse bocce in volo), biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, "gruppi cammino" e attività assimilabili nonché i praticanti di attività prevalentemente ricreative, quali ballo, giochi da tavolo e attività assimilabili.

6. Ai soggetti di cui al comma 5, i quali non sono tenuti all'obbligo di certificazione, è comunque raccomandato un controllo medico prima dell'avvio dell'attività ludico-motoria per la valutazione di eventuali fattori di rischio, con particolare attenzione ai soggetti che passano dalla sedentarietà alla pratica di tali attività o che si sottopongono a esercizio fisico di particolare intensità. Nell'ambito delle campagne di comunicazione di cui al successivo art. 6 viene data ampia informazione di tali raccomandazioni.

**Certificato per attività ludico-motoria è rilasciato a:**

- **soggetti NON tesserati alle federazioni.....riconosciute dal CONI..... (vedi Art. 2, comma 1)**
- **soggetti di CLASSE A prevista dall' ALLEGATO A (art 2, comma 2):**
  - con età < 55 anni (uomini) <65 anni donne senza evidenti patologie e fattori di rischio emergenti alla visita o riferiti in anamnesi

**Accertamenti raccomandati:**

- visita medica generale di tutti gli apparati
- misurazione pressione arteriosa

**Medico certificatore:** Medico abilitato alla professione

**Periodicità:** Biennale

ALLEGATO B

# FAC-SIMILE

## **Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria**

D.M. 24 aprile 2013

(GU n.169 del 20-7-2013)

Sig.ra /

Sig.....

Nata/o a .....il.....,

residente a.....Via.....

Classe di ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA, di cui all'Allegato A

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata,

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.**

Il presente certificato ha validità biennale dalla data del rilascio.

Luogo, data,

**timbro e firma del medico certificatore**

Art. 3.

**Definizione di attività sportiva non agonistica. Certificazione**

1. Si definiscono attività sportive non agonistiche quelle praticate dai seguenti soggetti:

a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;

b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, 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;

c) coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

2. I praticanti di attività sportive non agonistiche si sottopongono a controllo medico annuale che determina l'idoneità a tale pratica sportiva. La certificazione conseguente al controllo medico attestante l'idoneità fisica alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico è rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dal medico specialista in medicina dello sport su apposito modello predefinito (allegato C).

3. È obbligatoria la preventiva misurazione della pressione arteriosa e l'effettuazione di un elettrocardiogramma a riposo, refertato secondo gli standard professionali esistenti.

4. In caso di sospetto diagnostico o in presenza di patologie croniche e conclamate è raccomandato al medico certificatore di avvalersi della consulenza del medico specialista in medicina dello sport e, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.

**Certificato per attività NON Agonistica è rilasciato a:**

- agli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici .....(vedi art. 3, comma 1)

- coloro che svolgono attività organizzate dal CONI.....(vedi art.3, comma 2)

- coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale (vedi art.3, comma 3)

- soggetti di **CLASSE B** prevista dall' ALLEGATO A:

▪ **soggetti con anamnesi nota per almeno DUE delle seguenti condizioni:**

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ipertensione arteriosa;</li><li>▪ elevata pressione arteriosa differenziale</li><li>▪ nell'anziano;</li><li>▪ età &gt;55 anni (uomini)&gt; 65 anni (donne);</li><li>▪ fumo;</li><li>▪ ipercolesterolemia,</li><li>▪ ipertrigliceridemia;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ alterata glicemia a digiuno o ridotta</li><li>▪ tolleranza ai carboidrati; diabete di tipo II compensato</li><li>▪ obesità addominale;</li><li>▪ familiarità per patologie cardiovascolari;</li><li>▪ fattori di rischio ritenuti rilevanti dal medico certificatore</li></ul>
--	--

**Accertamenti raccomandati:**

- visita medica generale di tutti gli apparati
- misurazione pressione arteriosa
- ECG basale
- Altri esami secondo giudizio clinico

**Medico certificatore:** Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, Medico specialista in Medicina dello sport.

**Periodicità:** Annuale

**ALLEGATO C**

# FAC-SIMILE

## **Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico**

D.M. 24 aprile 2013

**(G.U. n.169 del 20-7-2013)**

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....Via.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ....., altri accertamenti.....

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.**

Il presente certificato ha validità annuale/semestrale dalla data del rilascio.

Luogo, data,

**Timbro e firma del medico certificatore**

Art. 4.

***Attività di particolare ed elevato impegno cardiovascolare patrocinate da Federazioni sportive, Discipline associate o da Enti di promozione sportiva***

1. Per la partecipazione di non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI a **manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare**, patrocinate dai suddetti organismi, quali manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 Km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe, il controllo medico comprende la rilevazione della pressione arteriosa, un **elettrocardiogramma basale, uno step test o un test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca e altri accertamenti che il medico certificatore riterrà necessario per i singoli casi**. Il certificato è rilasciato dai medici di cui all'art. 3, comma 2, su apposito modello predefinito (**allegato D**).

**Certificato per attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare:**

- 1) Per la partecipazione di non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare... (vedi art. 4, comma 1)

Vedi **Certificato 1**

**Accertamenti raccomandati:**

- visita medica generale di tutti gli apparati
- misurazione pressione arteriosa
- ECG basale
- Step test o Test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca
- Altri accertamenti secondo giudizio clinico del medico certificatore

**Medico certificatore:** Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, Medico specialista in Medicina dello sport.

**Periodicità:** Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico

CERTIFICATO 1

ALLEGATO D

# FAC-SIMILE

## **Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare, art. 4**

D.M. 24 aprile 2013

**(G.U. n.169 del 20-7-2013)**

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....Via.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati,

nonché del referto del tracciato ECG basale eseguito in data ....., uno step test o test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca eseguito in data..... altri accertamenti.....

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.**

Il presente certificato ha validità annuale/semestrale dalla data del rilascio.

Luogo, data,

**Timbro e firma del medico certificatore**

2) **soggetti di CLASSE C prevista dall' ALLEGATO A:**

- soggetti con patologie croniche conclamate diagnosticate(es. cardiologiche, pneumologiche, neurologiche, oncologiche in atto, diabetologiche di tipo I o di tipo II scompensate)

Vedi **Certificato 2**

**Accertamenti raccomandati:**

- visita medica generale di tutti gli apparati
- misurazione pressione arteriosa
- Esami e consulenze specifiche secondo giudizio clinico

**Medico certificatore:** Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, Medico specialista in Medicina dello sport; Medico specialista di branca

**Periodicità:** Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico

CERTIFICATO 2

ALLEGATO D

# FAC-SIMILE

## **Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare, art. 4**

D.M. 24 aprile 2013

**(G.U. n.169 del 20-7-2013)**

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....Via.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di  
pressione arteriosa rilevati, nonché del referto degli esami strumentali  
eseguiti.....,

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva di cui  
all'articolo 4 del D.M. 24 aprile 2013**

Il presente certificato ha validità annuale/semestrale dalla data del rilascio.

Luogo, data,

**timbro e firma del medico certificatore**