

TUTELA SANITARIA F.I.S.D.



Dott. Italo Guido RICAGNI

(Commissione Medica F.I.S.D. - Responsabile settore F.I.C.S.)

Dalla seconda guerra mondiale in poi lo sport per disabili ha cominciato a svilupparsi sempre di più e nel 1960 a Roma è stata organizzata la prima "Paraolimpiade" per questi atleti. Nel novembre 1990 si è costituita la F.I.S.D. che raccoglie i disabili fisici, motori, e neurosensoriali divisi in tre settori (F.I.S.Ha., F.I.C.S., PSICHICI), e visti i benefici che lo sport produce in questi soggetti, fin dall'inizio degli anni '80 si è sentita la necessità di regolamentare l'accesso dei disabili alla pratica sportiva. In Italia la tutela della salute degli sportivi è attuata attraverso leggi specifiche (n°1099 del 26/10/1971) sia in forma dilettantistica che professionistica. La legge n° 833 del 23/12/78 attribuisce esplicitamente al SSN competenza in materia di "Tutela sanitaria delle attività sportive". Poi con la legge n.33 del 29/2/1980 la tutela sanitaria delle attività sportive veniva assicurata ad ogni cittadino in "condizioni di uniformità e di uguaglianza". L'ulteriore evoluzione legislativa si è concretizzata con la legge del "23/3/1981 n.91 che detta le "Norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti" e dalla serie di decreti legislativi che definiscono le attività sportive agonistiche (D.M. 18/2/82), non agonistiche (D.M.16/02/83) e professionistiche (D.M. 22/10/82 ; D.M. 15/9/83; D.M. 16/2/84) infine superate dal D.M. del 13/3/1995 che definisce le "Norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti".

Quindi in base alla legge del 5/2/92 n.° 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) viene definita persona handicappata chiunque presenti una menomazione di carattere fisico e/o sensoriale, stabile ovvero suscettibile di evoluzione in peggio; che presenti difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa come effetto delle minorazioni come descritte precedentemente. Inoltre nell'articolo 23 comma 1 della legge n.°104 si prevede che l'attività e la pratica delle discipline sportive siano favorite senza limitazione alcuna. La tutela sanitaria dei disabili dapprima è attuata tramite una prima circolare del Ministero della Sanità (n.° 34 del 24/10/88) e poi con il D.M. del 4/3/93 che ricalca lo schema generale delle visite medico sportive dei normali.

Con il D.M. del 4/3/93 "Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica delle persone handicappate" si è voluto affermare, ancora una volta, che l'atleta disabile va tutelato nella attività sportiva agonistica valutando serenamente i rischi e soprattutto i benefici che ne derivano. In tale decreto si demanda alla F.I.S.D. (Come per le altre Federazioni del C.O.N.I.) la definizione di idoneità agonistica nei portatori di handicap, che la F.I.S.Ha. (Attualmente F.I.S.D.) con la circolare Ministeriale

n.°34 del 24/10/88 aveva così definito: "tutte le attività sportive che vengono svolte sotto il controllo della F.I.S.Ha. (attualmente F.I.S.D.) sono da considerarsi agonistiche. Fanno eccezione le attività svolte dagli atleti affetti da handicap mentale tesserati come Psicici la cui attività è sempre da considerarsi Non Agonistica". Questa legge (e le successive) sancisce l'obbligo delle visite annuali di idoneità agonistica che dovranno essere effettuate dai medici Specialisti in Medicina dello Sport che esercitano in strutture pubbliche (A.S.L.) o private autorizzate (studi ed ambulatori di Medicina dello Sport), che rilasceranno relativo certificato di idoneità o non idoneità su moduli specifici, dopo aver sottoposto l'atleta agli accertamenti sanitari previsti dalle Tab. A e B in funzione del loro impegno cardiovascolare.

Coloro che vengono definiti non idonei possono far ricorso entro trenta giorni dalla notifica alla Commissione Medica regionale d'appello.

Gli atleti guida dei non vedenti debbono sottoporsi anch'essi alle visite di idoneità agonistica previste dalla normativa vigente per lo sport prescelto. Pertanto anche l'atleta disabile può essere dichiarato, nonostante la sua situazione clinica, idoneo all'attività sportiva agonistica.

Da tener presente che l'idoneità sportiva agonistica è una fase ben distinta dalle classificazioni funzionali dell'handicap che normalmente vengono effettuate dalla commissione medica per le classificazioni secondo le norme internazionali (ISMWSF, CP-ISRA, ISOD, IBSA).

Per il riconoscimento dell'idoneità agonistica gli atleti debbono sottoporsi agli accertamenti sanitari previsti nell'allegato 1, e come nel D.M. del 18-02-82 gli sport vengono divisi in attività ad impegno cardiovascolare e respiratorio "lieve- moderato" (tabella A) che comprende i seguenti sport :Automobilismo, Karting, Bocce, Bowling, Scherma, Tennis Tavolo, Tiro a segno, Tiro con l'arco, Vela; ed attività ad impegno respiratorio e cardiovascolare "elevato" (tabella B) che comprende i seguenti sport: Atletica Leggera, Attività subacquee, Pallacanestro in carrozzina, Calcio, Goalball, Torball, Canoa, Canottaggio, Ciclismo, Equitazione, Judo, Lotta, Nuoto, Pallanuoto, Pallamano, Pallavolo, Pentathlon moderno, Sci alpino, Sci di fondo, Slittino, Sollevamento pesi, Tennis. Ed in base alla circolare n.°7 del Ministero della Sanità del 31-1-83 art.3 comma 3 è previsto che " nel caso che l'attività sportiva prescelta dall'interessato non sia contemplata nel sopracitato allegato 1, essa deve essere assimilata, ai fini degli accertamenti sanitari da compiersi, a quelle che, tra le previste, presenti maggiore affinità". E nel comma 4 e 5 precisa che colui che pratica più sport, questi deve sottoporsi ad una sola visita che comprenda tutte le indagini previste per i singoli sport.

Per gli sport di **tabella A** sono necessari i seguenti accertamenti:

- 1) Visita medica comprendente L'anamnesi, le misure antropometriche, la Pressione Arteriosa (P.A.), l'acuità visiva, il senso cromatico, alla quale debbono aggiungersi per i non vedenti e gli ipovedenti una visita specialistica oculistica con determinazione dell'acuità visiva e del campo visivo;
- 2) Elettrocardiogramma a riposo;
- 3) Esame delle urine, che nei soggetti con lesioni midollari (tetraplegici, paraplegici, 3 e spina bifida, ed altre patologie comportanti vescica

neurologica) deve essere necessariamente integrato dall'esame del sedimento e dall'effettuazione dell'azotemia e della creatininemia.

Per gli sport di **tabella B** sono necessari i seguenti accertamenti:

1) Visita medica come tab. A;

2) Elettrocardiogramma (ECG) a riposo e da sforzo, con l'avvertenza che l'elettrocardiogramma da sforzo deve essere effettuato con monitoraggio in continua, durante e dopo la prova, di almeno una derivazione elettrocardiografica, utilizzando:

A) nei soggetti con l'uso degli arti inferiori lo STEP TEST (con durata della prova di tre minuti e con l'altezza in relazione alla statura) o il cicloergometro (con carichi crescenti fino al raggiungimento almeno di una frequenza cardiaca di almeno il 75% della massima teorica per l'età);

B) nei soggetti con il solo uso degli arti superiori, l'ergometro a manovella o a rullo (anche in questo caso con carichi crescenti fino al 75% della frequenza cardiaca teorica per l'età).

Nei soggetti con oltre 35 anni di età è necessaria la prova massimale con il cicloergometro o ergometro a manovella o a rullo.

Nei casi in cui, per difficoltà reali legati all'handicap (spiccata incoordinazione motoria, gravi menomazioni degli arti ecc.) e sia oggettivamente impossibile effettuare l'ECG da sforzo potrà essere utilizzato qualunque altro test provocativo fisiologico. L'eventuale non raggiungimento della frequenza cardiaca (f.c.) limite verrà considerato ininfluenza ai fini del giudizio di idoneità;

3) Spirografia (sono accettabili nelle Valori di CV del 55% nei soggetti con lesioni midollari);

4) Esame delle urine completo con sedimento, azotemia, creatininemia, nei soggetti con lesioni midollari;

5) Rx dei segmenti scheletrici vicarianti negli amputati con periodicità biennale e solo se i segmenti sono direttamente coinvolti nel gesto sportivo.

Inoltre per gli atleti praticanti:

- Attività subacquee sono obbligatorie la visita ORL e l'elettroencefalogramma (EEG);

- Per quelli praticanti Equitazione, sci alpino, slittino, nuoto, pallanuoto e comunque per tutti i cerebrolesi la visita neurologica periodica e, alla prima visita l'EEG.

Il medico visitatore può richiedere accertamenti clinico-strumentali ulteriori su motivato sospetto clinico.

L'atleta disabile quando si presenta a visita medico sportiva deve presentarsi con certificazione o cartella clinica attestante la patologia responsabile dell'Handicap, rilasciata da una struttura pubblica o privata convenzionata.

All'atleta viene rilasciato il certificato di Idoneità o Non idoneità allo specifico sport adattato ad atleti disabili.

Nei casi di non idoneità è possibile fare ricorso entro trenta giorni dalla notifica alla Commissione Medica Regionale d'Appello.

