



**SEZIONE
REGIONALE
DEL LAZIO**

**CERTIFICAZIONI PER L'ATTIVITA SPORTIVA NON AGONISTICA
Ai sensi del decreto DECRETO 24 aprile 2013**

**Disciplina della certificazione dell'attivita' sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita. (13A06313)
(GU Serie Generale n.169 del 20-7-2013)**

Applicativo operativo per la certificazione

CERTIFICATO ATTIVITA' LUDICO MOTORIA

CHI LI DEVE FARE

Coloro che praticano attivita' 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 attestante l'idoneita' all'attivita' ludico-motoria

ES: Palestra, Piscina, Danza, Tennis; Equitazione

3 CLASSI DI SOGGETTI

CLASSE A :

Soggetti con meno di 55 anni (uomini) e meno 65 AA (Donne)
Senza patologie o evidenti fattori di rischio

CLASSE B:

Soggetti con piu' di 55 anni (uomini) e piu'di 65 AA (Donne)
Soggetti con anamnesi nota per almeno due delle condizioni elencate dal decreto
(indipendentemente dall'età)

CLASSE C:

Soggetti con Patologie croniche note (indipendentemente dall'età)

CERTIFICATI LUDICO MOTORI

Tabella

	Classe A	Classe B	Classe C
SOGGETTI	<p>SOGGETTI <55ANNI (UOMINI) <65 ANNI (DONNE)</p> <p>SENZA EVIDENTI PATOLOGIE E FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI ALLA VISITA O RIFERITI IN ANAMNESI.</p>	<p>SOGGETTI CON ANAMNESI NOTA PER ALMENO DUE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IPERTENSIONE ARTERIOSA; • ELEVATA PRESSIONE ARTERIOSA DIFFERENZIALE NELL'ANZIANO; • ETÀ >55 ANNI (UOMINI) > 65 ANNI (DONNE); • FUMO; • IPERCOLESTEROLEMIA, IPERTRIGLICERIDEMIA; • ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO O RIDOTTA TOLLERANZA AI CARBOIDRATI; DIABETE DI TIPO II COM PENSATO • OBESITÀ ADDOMINALE; • FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CARDIO VASCOLARI; • FATTORI DI RISCHIO RITENUTI RILEVANTI DAL MEDICO CERTIFICATORE 	<p>SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE</p> <p>(ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE)</p>
ACCERTAMENTI RACCOMANDATI,	<p>VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI</p> <p>MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA</p>	<p>VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI</p> <p>MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA</p> <p>ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO</p> <p>ALTRI ESAMI SECONDO GIUDIZIO CLINICO</p>	<p>VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI</p> <p>MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA</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;</p> <p>Medico specialista in Medicina dello sport</p>	<p>Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta;</p> <p>Medico specialista in Medicina dello sport;</p> <p>Medico specialista di branca</p>
PERIODICITÀ	<p>Biennale</p>	<p>Annuale</p>	<p>Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico</p>

FAC SIMILE : Attività ludico motoria

Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria

D.M.data

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a il

residente a.....

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[annuale/biennale/altro (specificare)] dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

CERTIFICATI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

CHI LI DEVE FARE :

Gli alunni che svolgono attivita' fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attivita' parascolastiche

Coloro che svolgono attivita' organizzate dal CONI, da societa' 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 sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

CERTIFICATI SPORTIVI NON AGONISTICI

Tabella

Esami strumentali	Validità	Medici certificatori
ACCERTAMENTI (obbligatori):	ANNUALE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE O P.L.S (limitatamente ai propri assistiti) MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT
ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO (refertato secondo gli standard professionali esistenti)		
Misurazione della Pressione arteriosa		

FAC SIMILE : Attività Sportiva non agonistica

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

D.M.data

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail

residente a.....

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

CERTIFICATO PER ATTIVITA' CON PARTICOLARE IMPEGNO CARDIO VASCOLARE

Per attivita' patrocinate da Federazioni sportive, Discipline associate o da Enti di promozione sportiva

OVVERO:

Manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 Km, granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe

CHI DEVE FARE IL CERTIFICATO:

I non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, per partecipare a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare.

Esami strumentali	Validità	Medici certificatori
ACCERTAMENTI (obbligatori): ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO UNO STEP TEST O UN TEST ERGOMETRICO con monitoraggio dell'attivit� cardica MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA E altri accertamenti che il medico certificatore riterra' necessario per i singoli casi.	ANNUALE	MEDICO DI MEDICINA GENERALE O P.L.S (limitatamente ai propri assistiti) MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT

FAC SIMILE : idoneità particolare impegno cardio vascolare

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare, ex art. 4 D.M.....

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a il

residente a.....

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.....

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

NON C'È OBBLIGO DI EFFETUAZIONE DEL CERTIFICATO PER:

- 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 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.

E' comunque raccomandato (cita il decreto) 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