

Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 49 del 26 settembre 2005

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 2 settembre 2005 - Deliberazione N. 1143 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Libretto sanitario del giovane atleta agonista.

VISTA

la circolare 18.03.1996 n° 500.4/MSP/CP/643 del Ministero della Sanità, con la quale vengono dettate linee guida per un'organizzazione omogenea della certificazione di idoneità alla attività sportiva agonistica;

CONSIDERATO

che il Settore Assistenza Sanitaria ha, tra l'altro, curato l'elaborazione di un libretto sanitario per il giovane atleta agonista;

VISTO

il parere favorevole espresso dalla Commissione Tecnica Consultiva per la Medicina dello Sport di cui all'art. 11 della L.R. 14/96, nella seduta del 2.12.2002;

VISTO

Il parere favorevole espresso dal Comitato di Controllo della Medicina dello Sport nella seduta del 14.09.04;

RITENUTO

opportuno adottare il libretto sanitario in parola, al fine di ottenere un monitoraggio delle visite per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica;

CHE

i medici abilitati al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, di cui al D.M. 18.2.1982, dovranno essere tenuti alla compilazione del libretto in parola;

PRECISATO

che il libretto sanitario è strettamente personale ed è rilasciato personalmente all'atleta che può consegnarlo alla Società od organizzazione sportiva, o alla Struttura sanitaria presso la quale si sottopone alla visita di idoneità e relativi accertamenti previsti dalla norma;

CHE

per poter essere sottoposto alla visita di idoneità, l'atleta è tenuto ad esibire il libretto sanitario;

PRECISATO

inoltre che alla stampa e distribuzione dei libretti sanitari in argomento, deve provvedere l'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'atleta;

CHE

il libretto sanitario ritirato all'atto della visita di idoneità alla pratica sportiva agonistica, deve essere restituito all'atleta al termine della stessa;

CHE

la durata del libretto è prevista in anni 5 dalla emissione;

CHE

sono fatti salvi gli obblighi della Legge 675 del 31/12/1996;

Propone e la Giunta a voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi indicati in premessa, che qui si intendono integralmente riportati:

- di approvare il libretto sanitario del giovane atleta agonista, allegato al presente atto deliberativo, di cui ne fa parte integrante;

- di stabilire che alla stampa e distribuzione del libretto dell'atleta, dovrà provvedere l'A.S.L. di residenza dell'atleta.
- che il libretto sanitario dovrà essere esibito dall'atleta al sanitario che lo sottoporrà alla visita ed agli accertamenti per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica;
- di fare obbligo a tutti i medici specialisti in medicina dello sport, abilitati al rilascio di certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica ai sensi del D.M. 18.2.1982, di richiedere all'atto della visita il libretto sanitario ed, in assenza di questo, di non rilasciare alcuna certificazione;
- che il libretto è strettamente personale e va rilasciato esclusivamente all'atleta od ai genitori se trattasi di minore;
- di trasmettere al Ministero della Salute, ad esecutività avvenuta, il presente atto deliberativo;
- di dare mandato al Settore Assistenza Sanitaria per l'esecuzione;
- di pubblicare sul B.U.R.C. nei modi e nei termini di legge.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino



Regione Campania

**Assessorato alla Sanità
Settore Assistenza Sanitaria
Servizio Medicina dello Sport**

LIBRETTO SANITARIO DELL'ATLETA

AVVERTENZE

Il presente libretto è personale

L'atleta dovrà consegnarlo al Medico in occasione di ciascuna visita d'idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Il libretto sanitario verrà custodito dall'interessato mentre il certificato verrà consegnato alla Società Sportiva di appartenenza.

Per gli atleti ritenuti non idonei che intendano ricorrere alla Commissione Regionale il libretto dovrà essere allegato alla domanda del ricorso, senza tale documento il ricorso non verrà vagliato.

N.B. in caso di smarrimento dovrà essere presentata regolare denuncia all'autorità competente.

La prima parte del libretto va compilata obbligatoriamente da parte del Medico;

la seconda verrà compilata a discrezione solo per scopi scientifici o di ricerca per elaborazioni statistiche - epidemiologiche.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 10 della Legge 31/12/96 n. 675 e di aver prestato per quanto possa occorrere, il proprio consenso espresso, libero e consapevole, che i suoi dati personali sensibili vengano trattati e comunicati in conformità alle finalità dichiarate e secondo quanto previsto nell'informativa ricevuta.

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DELL'ATLETA
(del genitore se minore)

| | | | | | |
|---------|----------------------|--------|------------|---------|--|
| 1° ANNO | GIUDIZIO COMPLESSIVO | idoneo | non idoneo | sospeso | MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT |
| | | | | | _____ |
| | | | | | codice id. _____ |
| | | | | | timbro e firma |

| | | | | | |
|---------|----------------------|--------|------------|---------|--|
| 2° ANNO | GIUDIZIO COMPLESSIVO | idoneo | non idoneo | sospeso | MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT |
| | | | | | _____ |
| | | | | | codice id. _____ |
| | | | | | timbro e firma |

| | | | | | |
|---------|----------------------|--------|------------|---------|--|
| 3° ANNO | GIUDIZIO COMPLESSIVO | idoneo | non idoneo | sospeso | MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT |
| | | | | | _____ |
| | | | | | codice id. _____ |
| | | | | | timbro e firma |

| | | | | | |
|---------|----------------------|--------|------------|---------|--|
| 4° ANNO | GIUDIZIO COMPLESSIVO | idoneo | non idoneo | sospeso | MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT |
| | | | | | _____ |
| | | | | | codice id. _____ |
| | | | | | timbro e firma |

| | GIUDIZIO COMPLESSIVO | idoneo | non idoneo | sospes o | MEDICO SPECIALISTA MEDICINA DELLO SPORT |
|---------|----------------------|--------|---------------|-------------|--|
| 5° ANNO | | | | | _____ |
| | | | | | codice id. _____ |
| | | | | | timbro e firma |

| SOCIETA' SPORTIVA | DATA SCADENZA CERTIFICATO |
|-------------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| ULTERIORI ACCERTAMENTI | NOTE |
|------------------------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

COMMISSIONE REGIONALE
EX ART. 6 D.M. 18/02/1982

GIUDIZIO CONCLUSIVO SUL RICORSO

Presentato il _____

Alla pratica agonistica dello sport _____

ACCOLTO IL _____

RESPINTO IL _____

TIMBRO

(IL PRESIDENTE)

GIUDIZIO CONCLUSIVO SUL RICORSO

Presentato il _____

Alla pratica agonistica dello sport _____

ACCOLTO IL _____

RESPINTO IL _____

TIMBRO

(IL PRESIDENTE)

ANAMNESI SPORTIVA REMOTA

INTERRUZIONI PER TRAUMI O PATOLOGIE

ANAMNESI SPORTIVA PROSSIMA

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | |
| FEDERAZIONE | | | | | |
| SOCIETA' | | | | | |
| SPORT | | | | | |
| SPECIALITA' /RUOLO | | | | | |
| N. ALLENAMENTI/SETT. | | | | | |
| N.ORE/ALLENAMENTO | | | | | |
| ALTRE ATTIVITA' | | | | | |
| N. ALLENAMENTI/SETT. | | | | | |
| N.ORE/ALLENAMENTO | | | | | |

ANAMNESI PERSONALE

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | |
| DIETA (KCAL/DIE) | | | | | |
| N. PASTI / DIE | | | | | |
| DIGESTIONE | | | | | |
| ALVO | | | | | |
| ALLERGIE | | | | | |
| INTOLLERANZE | | | | | |
| INTEGRAZIONI | | | | | |
| ALCOOL | | | | | |
| FUMO (SIG./DIE) | | | | | |
| TITOLO DI STUDIO | | | | | |
| ATTIVITA' LAVORATIVA | | | | | |

MIGLIORE PRESTAZIONE SPORTIVA

DATI ANTROPOMETRICI

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|--|
| DATA | | | | | | | | | | | |
| STATURA | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | |
| PERIMETRO CARPALE | | | | | | | | | | | |
| DIAMETRO BISILIACO | | | | | | | | | | | |
| DIAMETRO BRACOMIALE | | | | | | | | | | | |
| CIRCONFERENZA TORACICA | | | | | | | | | | | |
| CIRCONFERENZA VITA | | | | | | | | | | | |
| CIRCONFERENZA FIANCHI | DX | SIN | |
| CIRCONFERENZA BRACCIO | DX | SIN | |
| CIRCONFERENZA COSCIA (UP) | DX | SIN | |
| CIRCONFERENZA COSCIA (MID) | DX | SIN | |

PLICOMETRIA (RILEVAZIONI DEL LATO SINISTRO)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| BICIPITALE | | | | | | | | | | |
| TRICIPITALE | | | | | | | | | | |
| SOTTOSCAPOLARE | | | | | | | | | | |
| SOVRAILIACA | | | | | | | | | | |
| ANT. COSCIA | | | | | | | | | | |
| POST. COSCIA | | | | | | | | | | |
| POPLITEA | | | | | | | | | | |

PRINCIPALI PARAMETRI CLINICI CARDIO-RESPIRATORI

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | |
| F.C. A RIPOSO (ECG) | | | | | |
| F.C. DOPO SFORZO (ECG) | | | | | |
| I.R.I. (vedi pagina copertina) | | | | | |
| PRESSIONE ARTERIOSA A RIPOSO | | | | | |
| PRESSIONE ARTERIOSA DOPO SFORZO (3 min.) | | | | | |
| COMPARSA DI SINTOMI | | | | | |
| ECG (note) | | | | | |
| CV | | | | | |
| FVC | | | | | |
| FEV1 (VEMS) | | | | | |
| PEF | | | | | |
| MVV | | | | | |

ESAMI INTEGRATIVI

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | |
| ESAMI PREVISTI DALLA TABELLA A | | | | | |
| ESAMI PREVISTI DALLA TABELLA B | | | | | |
| EEG ED ESAME NEUROLOGICO | | | | | |
| ESAME ORL | | | | | |
| ESAME AUDIOMETRICO | | | | | |
| ESAME ACULISTICO CON FUNDUS | | | | | |
| PROVA DA SFORZO MASSIMALE | | | | | |
| ECOCARDIOGRAFIA | | | | | |
| HOLTER ECG | | | | | |
| HOLTER PRESSORIO | | | | | |
| ESAMI EMATOLIGICI | | | | | |

NOTE

NUMERI UTILI

