

A CHI COMPETE IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ DELLO SPORTIVO PROFESSIONISTA “LAVORATORE SUBORDINATO”?

E. SAVINO*, A. MICCIO*, A. OSSICINI*

Premessa

Con l'avvento del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, di riforma dell'INAIL, meglio conosciuto come decreto sul danno biologico, anche se in realtà con esso si affrontano diverse e specifiche tematiche tra cui l'infortunio in itinere (art. 12), le malattie professionali (art. 10) e la revisione per errore (art. 9) e si allarga la platea dei soggetti assicurati all'art. 4 Assicurazione dei lavoratori dell'area dirigenziale, all'art. 5 Assicurazione dei lavoratori parasubordinati, l'assicurazione infortuni sul lavoro è stata estesa agli sportivi professionisti.

L'art. 6 del succitato decreto, ha infatti introdotto la presunzione assoluta di pericolosità per lo svolgimento dell'attività sportiva professionistica, estendendo agli sportivi professionisti l'obbligo assicurativo INAIL quali titolari di rapporto di lavoro dipendente anche nel caso di previsioni, contrattuali o di legge, di tutela con polizza privatistica.

Nello specifico, l'art. 6 rinvia implicitamente alla nozione di sportivi professionisti dipendenti desumibile dagli artt. 2 e 3 della legge 23 marzo 1981, n. 91, contenente norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti. Infatti, la legge n. 91/81, all'art 2 stabiliva che “sono sportivi professionisti gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi ed i preparatori atletici, che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica” ed il successivo art. 8, obbligava le società sportive a stipulare una polizza assicurativa individuale privata, a favore degli sportivi professionisti, oltre che contro il rischio della morte, anche in caso di infortuni suscettibili di pregiudicare il proseguimento dell'attività sportiva professionale.

* Dirigenti Medici INAIL.

Tale dettato legislativo andava ad interessare tutte quelle Federazioni che risultavano aver istituito al proprio interno il settore professionistico (delibera CONI n. 469 del 2 marzo 1988) - e per le quali, pertanto, sussisteva il conseguente obbligo assicurativo: la Federazione ciclistica italiana, la Federazione italiana gioco calcio, la Federazione italiana golf, la Federazione motociclistica italiana, la Federazione italiana pallacanestro e la Federazione pugilistica italiana.

In virtù della citata legge n. 91/1981 e delle norme emanate dalle Federazioni Sportive Nazionali, erano da considerare sportivi professionisti dipendenti gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi ed i preparatori atletici, che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso e con carattere di continuità nell'ambito delle seguenti discipline:

- Calcio: serie A, B, C1 e C2 maschile (oggi Lega PRO);
- Pallacanestro: serie A1 e A2 maschile;
- Ciclismo: gare su strada e su pista approvate dalla Lega ciclismo;
- Motociclismo: velocità e motocross;
- Boxe: I, II e III serie nelle 15 categorie di peso;
- Golf.

La tutela di questa nuova categoria di "sportivi-lavoratori" ha aperto il dibattito su alcune problematiche di carattere squisitamente giuridico, ma con inevitabili ripercussioni nella sfera "operativa" degli specialisti sanitari del settore.

Tra le tante problematiche del caso è oggetto della nostra riflessione, la mancanza di una chiara normativa relativa a chi compete, nel nuovo quadro normativo così creato, il giudizio di idoneità alla mansione specifica dello sportivo professionista considerato, *ope legis*, lavoratore.

Risulta naturalmente indispensabile illustrare, anche se in maniera breve e sintetica l'evoluzione normativa che ha portato alla regolamentazione del giudizio di idoneità sia degli sportivi agonisti, che dei lavoratori.

Proprio la mancanza di una successiva normativa "a ponte" determina, infatti, allo stato, una "preoccupante" *vacatio legis*.

Evoluzione della tutela sanitaria delle attività sportive

Numerose sono le leggi emanate in Italia in materia di tutela sanitaria delle attività sportive a tutti i livelli.

Il termine "tutela sanitaria delle attività sportive" è stato introdotto per la prima volta con la legge 28 dicembre 1950, n. 1055.

L'art. 1 della predetta legge, infatti, all'art. 1 recitava: "La tutela sanitaria delle attività sportive è affidata alla Federazione Sportiva Italiana, affiliata al C.O.N.I. ed è sottoposta alle direttive ed alla vigilanza dell'Alto Commissario per l'Igiene e la sanità Pubblica".

La legge autorizzava la F.M.S.I. ad organizzare corsi annuali di aggiornamento in fisiopatologia dello sport per laureati in medicina e chirurgia ed a rilasciare alla fine di ogni corso un attestato, quale requisito per ottenere la qualifica di “medico sportivo effettivo”.

Ciò si rendeva necessario per poter creare quelle figure preposte alla tutela sanitaria degli atleti appartenenti alle discipline normate dalla stessa legge (tab. 1) e che operavano presso i Centri Regionali di medicina dello sport della F.M.S.I. (o sezioni distaccate degli stessi).

Tabella 1

Legge 28 dicembre 1950, n. 1055

Categoria	Disciplina
Professionisti	Calcio Pugilato Ciclismo Golf Ippica (galoppo - trotto)
Dilettanti	Pugilato Atletica pesante (lotta - judo - pesi - karate) Gare ciclistiche impegnative Sport motoristici (automobilismo - motociclismo) Motonautica - karting Sport subacquei (in apnea) Ippica (galoppo - trotto)

L'aumento sempre maggiore dei praticanti l'attività sportiva, rese evidente le lacune di questa prima legge (per quanto innovativa) e portò all'emanazione della legge 26 ottobre 1971, n. 1099.

Questa nuova norma, con i successivi Decreti ministeriali prevedeva, tra l'altro, l'istituzione di Corsi di Medicina dello Sport per laureati in medicina e chirurgia, andando così a definire la figura dello “specialista” in medicina dello sport. Ma una grande novità legislativa era apportata dall'art. 1, comma II che recita : “..in attesa che le Regioni esercitino le competenze previste dagli artt. 117 e 118 della Costituzione in materia sanitaria, la tutela sanitaria di coloro che praticano attività sportive spetta al Ministero della sanità, che si avvale della collaborazione del Comitato Olimpico Nazionale Italiano...”.

Ciò ha determinato un passaggio di competenze tra la F.M.S.I. e le Regioni, ulteriormente riaffermato con il D.P.R. del 14 gennaio 1972, n. 4 (tab. 2).

Tabella 2

D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4.

Funzioni amministrative alle Regioni:

le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia sanitaria, comprese anche quelle concernenti la tutela sanitaria delle attività sportive, vengono trasferite alle regioni a statuto ordinario a decorrere dell'1 aprile 1972.

Tabella 3

Poiché le Regioni non avevano provveduto ad emanare le norme di loro competenza, il vuoto che si sarebbe creato venne ovviato con una norma contenuta nell'art. 61 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (tab. 3).

Norma transitoria - Legge 25 dicembre 1978, n. 833, art. 61

<<...fino a quanto dalle Regioni non sarà emanato il provvedimento di costituzione delle Unità Sanitarie Locali, la tutela sanitaria delle attività sportive nelle Regioni, che non abbiano emanato proprie norme in materia, continuerà ad essere assicurata con l'osservanza dei principi generali contenuti nella legge 26 ottobre 1971, n. 1099 e delle normative stabilite dalle singole Federazioni Sportive riconosciute dal C.O.N.I., secondo i propri regolamenti>>.

I principi generali contenuti nella legge 26 ottobre 1971, n. 1099, vennero identificati ed enunciati nella delibera del Consiglio Nazionale del C.O.N.I., nella riunione del 22 febbraio 1979 (tab.4):

Tabella 4

Principi generali della tutela sanitaria in applicazione dell'art. 61 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, identificati con delibera C.O.N.I. del 22 febbraio 1979.

1. Obbligatorietà delle visite selettive e di controllo periodico dell'idoneità generica e specifica di chi intende svolgere attività sportiva.
 2. Obbligatorietà delle visite prima e dopo le gare in relazione al rischio ed al carico cui viene sottoposto l'atleta.
 3. Affidamento delle visite ai medici della F.M.S.I., agli Ufficiali Sanitari, ai Medici Condotti, ai Medici Scolastici.
 4. Divieto dell'uso di sostanze capaci di modificare le energie naturali degli atleti.
-

L'iter legislativo ha avuto ulteriore impulso con l'emanazione del Decreto Legge 30 dicembre 1979, n. 633, convertito nella legge n. 33 del 29 febbraio 1980 che, all'art. 5, stabiliva che gli accertamenti possano esser espletati, oltre che dai medici della F.M.S.I., anche dal personale delle strutture pubbliche e private convenzionate con le modalità fissate dalle regioni, d'intesa con il C.O.N.I.

Il successivo Decreto Ministeriale 18 febbraio 1982, ai sensi dell'art. 5, ultimo comma della legge 29 febbraio 1980, n. 33, definiva i criteri generali volti a tutelare coloro che svolgono attività sportiva agonistica, specificando le indagini clinico-strumentali da effettuare, in relazione alle singole discipline sportive (tab. 5).

Tabella 5

Decreto Ministeriale 18 febbraio 1982.

Tabella A:	Visita medica Esame completo delle urine Elettrocardiogramma a riposo Esami specialistici integrativi
Tabella B:	Visita medica Esame completo delle urine Elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo (I.R.I. test) Spirogramma (C.V., VEMS, MVV, Tiffeneau) Esami specialistici integrativi

Successivamente all'emanazione del predetto Decreto, anche le Regioni che fino ad allora non avevano legiferato in materia, hanno ottemperato a quanto disposto dalla normativa, emanando proprie leggi regionali.

Sono stati inoltre emanati ulteriori dettati legislativi, che vanno sempre più ad interessare il settore professionistico:

- D.M. 22 ottobre 1982 “tutela sanitaria dei giocatori di calcio”
- D.M. 15 settembre 1983 “tutela sanitaria dei ciclisti professionisti”
- D.M. 30 settembre 1983 “ tutela sanitaria dei pugili professionisti”.

In ultimo, tutte le normative riguardanti i tesserati del settore professionistico delle Federazioni previste dalla legge 23 marzo 1981, n. 91, sono state raccolte ed integrate nella successiva legge D.M. 13 marzo 1995 *Tutela sanitaria degli atleti professionisti*.

Evoluzione legislativa della sorveglianza sanitaria dei lavoratori

Il D.Lgs. 81/2008, come modificato dal D.Lgs. 106/2009 include, fra le misure generali di tutela della salute dei lavoratori, la sorveglianza sanitaria, definita all'art. 2 comma 1, lettera *m*) come “insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'atti-

vità lavorativa”; intesa quindi come atto finale di una sequenza di attività che è, anche, indicativa di una gerarchia e di una priorità di interventi che privilegia l’eliminazione o la riduzione del rischio.

La sorveglianza sanitaria, effettuata dal *medico competente*, previsto e definito dalla norma nelle sue caratteristiche professionali, è obbligatoria se alla luce della valutazione dei rischi sono emersi rischi per i quali la normativa vigente indichi l’obbligo di tale sorveglianza come indicato dall’art 41 del citato decreto.

L’iter legislativo della sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro ha richiesto un continuo susseguirsi di normative, sempre più particolareggiate, in relazione all’evoluzione dei cicli lavorativi (tab. 6).

Tabella 6

D.P.R. 19 marzo 1956, n. 303
D.P.R. 20 marzo 1956, n. 321
D.P.R. 9 aprile 1959, n. 128
D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124
Circolare del Ministero del Lavoro n. 46 del 12 giugno 1979
Circolare del Ministero del Lavoro n. 61 del 4 giugno 1981
D.P.R. 10 settembre 1992, n. 962
Decreto Ministeriale 21 gennaio 1987
D.Lgs. 15 agosto 1991, n. 277
D.Lgs. 77/92
D.Lgs. 626/94
D.Lgs. 230/95
D.L. 402/2001
D.Lgs. 25/2002
D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81
D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106

Il D.P.R. 303/1956, prevedeva l’obbligo della sorveglianza sanitaria, nei casi delle lavorazioni indicate nella tabella allegata allo stesso decreto, così come modificata dal D.Lgs. 25/2002. Le visite mediche erano obbligatorie anche per i lavoratori occupati in lavorazioni diverse da quelle previste nella tabella, ma che esponevano a rischi della medesima natura, quando le lavorazioni stesse erano soggette all’assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali e risultavano, a giudizio dell’organismo di vigilanza, particolarmente pregiudizievoli per la salute dei lavoratori.

Il successivo D.P.R. (321/1956), come esplicitato all’art. 1, normava la sorveglianza sanitaria del personale addetto ai lavori eseguiti mediante cassoni ad aria compressa, quali lavoratori subordinati ai sensi dell’art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547.

Il D.P.R. 128/1959, invece, regolamentava il controllo sanitario per i lavoratori di cave, miniere e trivellazioni.

Ulteriore impegno normativo sono state le due Circolari del Ministero del Lavoro sulla prevenzione dei rischi da ammine aromatiche nelle industrie, seguito dal D.Lgs. 962/1982 in attuazione della Direttiva (CEE) n. 78/610 relativa alla protezione sanitaria dei lavoratori esposti al cloruro di vinile monomero relativo "... alle lavorazioni nelle quali il cloruro di vinile monomero (CVM) è prodotto, recuperato, immagazzinato, travasato, trasportato o utilizzato in qualunque maniera e/o trasformato in polimeri di cloruro di vinile, alle quali sono addetti lavoratori subordinati o ad essi equiparati dalle vigenti leggi" (art. 1) dove per la prima veniva esplicitata per lo svolgimento dell'attività di medico competente la qualifica di specialista in Medicina del Lavoro.

Nel 1987 il Ministero del Lavoro emanava una circolare che regolamentava le "Norme tecniche per l'esecuzione di visite mediche periodiche ai lavoratori esposti al rischio di asbestosi", seguita dal D.Lgs. 277/1991, che integrava anche i rischi per esposti a piombo e a rumore.

Con l'art. 55, comma 1, di detta legge veniva introdotto accanto alla figura del medico competente, quale specialista in Medicina del Lavoro o Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica, quella di "laureati in medicina e chirurgia che, pur non possedendo i requisiti di cui all'art. 3, comma 1, lettera c), alla data di entrata in vigore del presente decreto abbiano svolto l'attività di medico del lavoro per almeno quattro anni, sono autorizzati ad esercitare la funzione di medico competente..." dando luogo ad una sanatoria.

Tale disposizione veniva ripresa dal D.Lgs. 626 del 1994 che, prevedeva (art. 2, comma 1, lettera d) che il Medico Competente dovesse essere un medico in possesso di un "diploma di specializzazione in Medicina del Lavoro o Medicina Preventiva dei Lavoratori e Psicotecnica o altre specializzazioni individuate, ove necessario, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università".

Nel 2000 con D.Lgs. 334/2000 venne estesa la possibilità di fare il medico competente ai dirigenti medici della Polizia, e nel dicembre 2001 il provvedimento legislativo D.L. 402/2001 dal titolo "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario", veniva inserito l'art. 1-bis, estendeva la possibilità di svolgere l'attività di medico competente anche ai medici specialisti in Igiene e in Medicina Legale, by-passando quindi la norma sopra citata.

L'iter sulla figura giuridica del medico competente, nel frattempo, era già stata arricchita con il D.Lgs. 230/1995 che, all'art. 4, introduceva la figura del medico autorizzato ovvero "...medico responsabile della sorveglianza medica dei lavoratori esposti, la cui qualificazione e specializzazione sono riconosciute secondo le procedure e le modalità stabilite nel presente decreto...", unica figura sanitaria preposta alla valutazione dello stato di salute dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti.

Lo *status* giuridico del medico competente, veniva ulteriormente “allargato” dal D.Lgs. 81/2008 e dalle modifiche di cui al D.Lgs. 106/2009 che all’art. 38 “Titoli e requisiti del medico competente” al comma 1 lettere *d- bis* “con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l’Arma dei Carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.”

È palese la contraddizione di questo articolo che dovrebbe specificare i titoli ed i requisiti per potere svolgere l’attività di medico competente. Da una parte viene, infatti, statuita l’imprescindibilità di un titolo accademico “specifico” per lo svolgimento della predetta attività o specialista in Medicina del Lavoro o anche di specialista in Medicina Legale ed Igiene e Medicina Preventiva, purché detti specialisti frequentino “...appositi percorsi formativi universitari da definire con apposito decreto del Ministero dell’Università e della Ricerca di concerto con il Ministero della Salute...” percorso formativo ritenuto indispensabile in un siffatto ambito così specialistico, dall’altra invece i “... sanitari delle Forze Armate, compresa l’Arma dei Carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza,...” sembrerebbero non aver bisogno di alcun percorso formativo essendo per loro sufficiente avere svolto “...attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.”!

Considerazioni

Come già esplicitato in premessa, l’inserimento degli sportivi professionisti (o, meglio, di alcuni di essi) tra i lavoratori soggetti assicurati INAIL, in base all’art. 6 del D.Lgs. 38/2000 ha creato una figura sicuramente atipica e bicefala di difficile gestione dal punto di vista della tutela della salute: l’atleta da un lato, e il lavoratore dall’altro.

Il regime certificativo dell’atleta relativo all’idoneità della pratica sportiva agonistica, stante la normativa, è di esclusiva pertinenza dello specialista in Medicina dello Sport (o figure assimilate), quello dell’idoneità alla mansione “specificata” del lavoratore, sempre stando alla normativa è appannaggio del medico competente come individuato dall’art. 38 del D.Lgs. 81/2008.

Tale impostazione normativa sembra giustificata dal fatto che siamo davanti a due problematiche (quella sportiva e quella lavorativa) che presentano peculiarità cliniche e giuridiche molto complesse e, pertanto, necessitano di un approccio specifico.

Con l’avvento del D.Lgs. 38/2000, viene attribuito lo *status* di lavoratore agli sportivi professionisti contemplati dalla Legge 91/1981 e pertanto si pone, *de iure* e *de facto*, la problematica relativa al giudizio di idoneità e la necessità dell’individuazione della figura sanitaria preposta alla valutazione dell’idoneità alla mansione dell’atleta-lavoratore.

Se, infatti, come detto, è vero che la tutela della salute del lavoratore è deputata, dai dettati normativi, al Medico Competente di contro, l'ideoneità dell'atleta è di esclusiva competenza dello specialista in Medicina dello Sport (D.M. 18 febbraio 1982) determinando, pertanto, una possibile sovrapposizione di ruoli.

Il Legislatore, allo stato, ancora non si è espresso in merito alla regolamentazione giuridica della predetta competenza e le normative fino ad oggi emanate, non hanno mai affrontato tale aspetto creando, di fatto, una vera e propria *vacatio legis*. che per il momento è colmata da interpretazioni non univoche.

Nel proporre un'ipotesi legislativa, la prima riflessione da fare è relativa a quale tipo di idoneità ci si riferisce.

Per quanto attiene l'ideoneità alla pratica sportiva agonistica, questa potrebbe essere inquadrata nell'ambito del rapporto esistente tra l'atleta e la disciplina agonistica da praticare. In buona sostanza, quindi, può essere considerata come una "patente" per praticare uno specifico sport.

Viceversa, l'ideoneità lavorativa "sportiva", nel senso idoneità alla mansione specifica si inserisce nel rapporto tra l'atleta-lavoratore e la sua Società (datore di lavoro).

In pratica di fatto l'ideoneità alla pratica sportiva agonistica è regolata dal rapporto giuridico tra l'atleta e la disciplina sportiva (e la relativa Federazione), mentre l'ideoneità lavorativa, come sopra delineata, è regolata dal rapporto giuridico tra il lavoratore-atleta ed il suo datore di lavoro (società sportiva).

Da quanto esposto appare evidente come, ai fini del giudizio di idoneità dell'atleta-lavoratore, stante gli attuali dettati legislativi, sia necessaria la presenza di entrambe le figure specialistiche che assolvono, nei fatti, compiti diversi, ma parimenti previsti ed obbligatori. anche se da alcune parti si afferma che di fatto lo specialista in medicina dello sport può essere equiparato al "medico competente" relativamente a tale situazione, manca tuttavia il riferimento normativo e soprattutto, non è compito di tale figura la "sorveglianza sanitaria" come prevista dal D.Lgs. 81/2008 e tra i suoi compiti non vi sono quelli normati dall'art. 25 dello stesso decreto anche se il D.M. 23. marzo 1995 prevede, al Titolo II "Medico Sociale e sue attribuzioni" alcuni compiti sovrapponibili a quelli del medico competente; all'art. 7, punto 1 si legge infatti che "Il medico sociale (specialista in Medicina dello sport come statuito dall'art. 6) provvede, per conto della società sportiva, alla istituzione ed all'aggiornamento della scheda sanitaria, curandone la compilazione sulla base delle risultanze degli accertamenti eseguiti alle scadenze stabilite ed in ogni altro momento si verifichi un rilevante mutamento delle condizioni di salute dell'atleta." ed all'art. 7, punto 2, secondo comma che "Il medico sociale cura... *omissis*... l'effettuazione periodica dei controlli ed accertamenti clinici previsti e cura l'effettuazione di ogni altro ulteriore accertamento che egli ritenga opportuno; lo stesso è tenuto alla verifica costante dello stato di salute dell'atleta e dell'esistenza di eventuali controindicazioni, anche temporanee, alla pratica dell'attività professionale" ed al comma 4 che "Il

medico sociale provvede, inoltre, per ciascun atleta, alla stesura di una cartella clinica proposta dalla federazione sportiva di appartenenza e conforme al modello approvato dal Ministero della sanità.”

Inoltre una sentenza della Cassazione Civile Sez. Lavoro n. 85 del 8 gennaio 2003 sembra voler equiparare dette figure.

Il compito del Medico Sociale (specialista in Medicina dello Sport) è Infatti, sostanzialmente quello di accertare, con gli specifici accertamenti sanitari previsti dalla legge, l'assenza di controindicazioni alla pratica sportiva specifica (idoneità specifica al lavoro), indipendentemente dall'ambito (Società) in cui la stessa verrà praticata.

Viceversa, per quanto attiene l'attività del Medico Competente, gli accertamenti sanitari praticati devono, invece, avere lo scopo di valutare la situazione clinica dell'atleta-lavoratore con riguardo agli organi critici delle *noxae* cui quel lavoratore è esposto, avendo presente sia la storia “lavorativa” sia la presenza di eventuali patologie che potrebbero avere un peggioramento in conseguenza dell'esposizione in ambiente lavorativo, ivi comprese le condizioni legate a problemi di suscettibilità individuale.

Ciò sta ad indicare che la valutazione del Medico Competente non si concretizza nell'idoneità alla disciplina sportiva, bensì nella valutazione globale dei rischi legati all'attività svolta dall'atleta comprese le metodiche, prevalentemente l'allenamento e la preparazione fisica, utilizzate nella stessa.

In estrema sintesi, quindi, il medico competente deve esprimere un giudizio di idoneità alla mansione specifica, da intendere come idoneità al lavoro specifico e non come idoneità specifica al lavoro, proprio per sottolineare che la specificità è essenzialmente da riferire al lavoro organizzato e non al soggetto.

Ciò premesso, appare evidente come le conoscenze cliniche specialistiche di entrambe le discipline, con la strutturazione degli attuali percorsi formativi universitari, non sono da sole esaustive del bagaglio necessario per svolgere tale attività. Tale assunto esclude, in concreto, la possibilità che un'integrazione normativa, *sic et simpliciter*, possa attribuire solo ad uno dei due specialisti il compito di esprimere un unico giudizio di idoneità.

Proprio per le notevoli implicazioni medico-legali che la mancanza legislativa determina, riteniamo che comunque risulti necessario un intervento normativo e, a tal proposito, il percorso più praticabile appare quello già tracciato dal D.Lgs. 81/2008, specificamente all'art. 38 con “percorsi formativi.”

Infatti, fermo restando la possibilità, come appare evidente, per il professionista in possesso sia del diploma di specializzazione in Medicina dello Sport che in Medicina del Lavoro, di poter assolvere al delicato ruolo, appare indispensabile l'acquisizione di specifiche conoscenze per il solo specialista in Medicina dello Sport che voglia fare il Medico Competente, limitatamente a tali attività.

In conclusione, quindi, ci sembra quanto mai opportuna (e potremmo dire, risolutiva) una norma che preveda l'applicazione, anche in tale ambito, di quanto

previsto all'art. 38 del D.Lgs 81/2008, cioè di un obbligo formativo per gli specialisti in Medicina dello Sport, che consenta l'acquisizione di quelle particolari specificità istituendo, *de iure e de facto*, una figura di medico "autorizzato", al pari di quello previsto dal D.Lgs. 230/1995, relativamente al campo dell'attività sportiva professionistica, o altrimenti definisca *de iure e de facto* che tali specialisti, possono svolgere l'attività di Medico Competente, con gli stessi compiti previsti dall'art. 25, riguardo a questo specifico settore.

RIASSUNTO

Gli Autori esaminano la problematica relativa al giudizio di idoneità dell'atleta-lavoratore ed evidenziano come, allo stato, a quasi dieci anni dall'emanazione del D.Lgs. 38/2000, il Legislatore non abbia ancora provveduto a "sanare" quella che ci appare una carenza normativa con evidenti ripercussioni che investono anche l'ambito dell'omissione dell'attuazione delle norme di prevenzione in ambito lavorativo.

Gli Autori ipotizzano una possibile soluzione normativa che possa permettere allo specialista in Medicina dello Sport, mediante percorsi formativi di svolgere l'attività di Medico Competente limitatamente a questo particolare settore/attività, e che risulti in linea con l'orientamento giurisprudenziale come desunto dalla sentenza n.85/2003 della Cassazione.

SUMMARY

The Authors examine problematic the relative one to the judgment of suitability of the athlete-worker and evidence like, to the state, nearly ten years from the emanation of D.Lgs. 38/2000, the Legislator have not still supplied "to heal" that which us appears a normative deficiency with obvious repercussions that invest also the within of the omission of the performance of the prevention norms in working within. The Authors assume a possible normative solution that he can allow to the specialist in Medicine of the Sport, by means of formative distances to carry out the activity of "medico competente" limitedly to this detail field/activity, and that turns out online with the jurisprudential guideline like from the Sentence n.85/2003 of the Cassation.

BIBLIOGRAFIA

- [1] E. CROCKETTI BERNARDI, A. DE SILVESTRI, P. AMATO, L. MUSUMARRA, T. MARCHESE, N. FORTE: *Il Rapporto di lavoro dello sportivo*, Esperta Edizioni, 2007.
- [2] B. DELLA PIETRA, M. SALIVA: *Il medico sportivo come medico competente*, in *Monaldi Arch Chest Dis.*, 2006; 66: 305-306.
- [3] D. DURANTI: *L'attività sportiva come prestazione di lavoro*, in *Riv. it. Dir. Lav.*, 1983.
- [4] N. ELIAS: *Il processo di civilizzazione*, in *Il Mulino*, Bologna, 1998.
- [5] V. FRATTAROLO: *Il rapporto di lavoro sportivo*, Giuffrè Editore, 2005.
- [6] E. SAVINO: *La tutela assicurativa INAIL degli sportivi professionisti*, Ed. INAIL, 2008.
- [7] A. OSSICINI, A. MICCIO, P. ROSSI, E. SAVINO: *La tutela assicurativa Inail degli sportivi professionisti: cosa fa l'INAIL*, Atti XXXI Giornata Antonio Spinazzola, 2008.
- [8] D. VALLARIO: *La tutela sanitaria delle attività sportive*, Ed. FMSI, 1998.
- [9] G. VIDIRI: *La disciplina del lavoro sportivo autonomo e subordinato*, in *Giust. Civ.*, 1993.