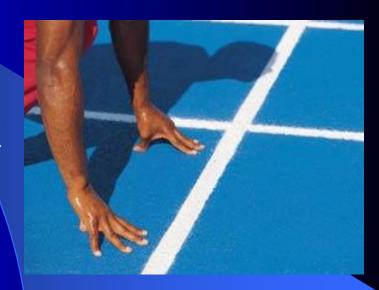




# "la visita di idoneità"

Medicina dello sport Prof. Patrizio Ripari



# Visita di idoneità sportiva

Agonistica



Non agonistica



#### VISITA DI IDONEITA'

semplice accertamento dello stato di salute fisica e dell'attitudine allo sport

VS

atto finalizzato all'esclusione di patologie o anomalie in grado di elevare il rischio quoad valitudinem quoad vitam in conseguenza dell'attività

# Visita Agonistica

- E' riservata a tutti i praticanti che possono essere definiti "agonisti", vale a dire che partecipano a competizioni che prevedono un regolare tesseramento federale e la presenza di ufficiali di gara ( arbitri).
- Per le varie discipline la definizione di agonista è correlata all'età (es. per il calcio si parte dal 12° anno di età compiuto.

#### Quale certificato medico?

#### sport agonistico



certificato di idoneità sportiva agonistica del medico sportivo: visita, esame completo delle urine ed elettrocardiogramma a riposo (sport Tabella A)

- + elettrocardiogramma dopo sforzo e spirografia (sport Tabella B a maggior impegno cardiovascolare e respiratorio)
- + esami complementari legati alla singola disciplina DM del 28.2.1983.

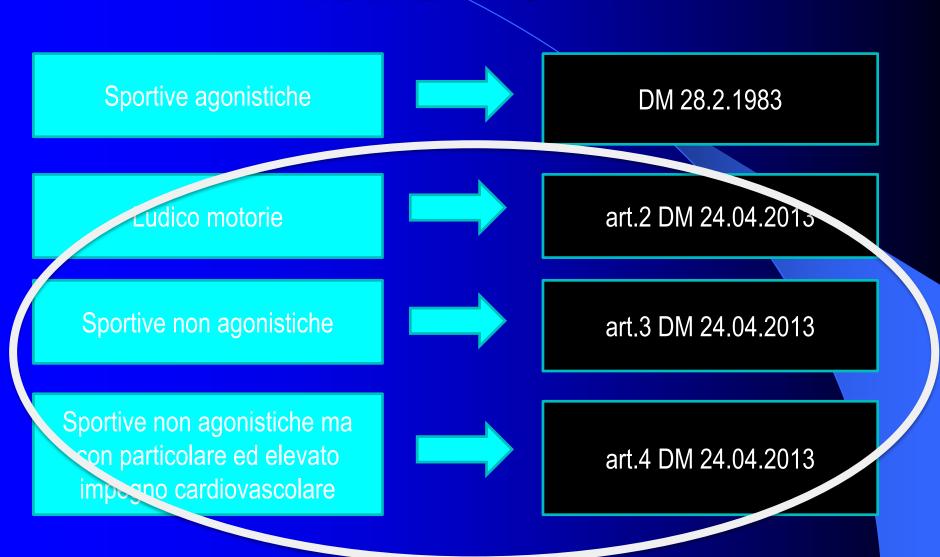
#### sport non agonistico



certificato di sana e robusta costituzione rilasciato (a scelta) dal medico di base/pediatra/medico sportivo. NON è obbligatorio l'ECG a riposo se non lo richiede il medico

DM del 24.04.2013

#### RIFERIMENTI NORMATIVI



"al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, 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 di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita".

Art. 7 D.L. 13/09/2012, n.158, convertito in Legge 8/11/2012 n. 189

#### **DEFINIZIONE DI ATTIVITA' SPORTIVA**

- Ai fini del presente decreto e definita amatoriale l'attivita' ludicomotoria, 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'attivita'
  che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni
  o soggetti terzi.
- 2. 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 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, e' rilasciata dal medico certificatore su apposito modello predefinito.

#### **DEFINIZIONE DI ATTIVITA' SPORTIVA**

- 1. Si definiscono atti Magortia Godd I Stiche delle proticate dai seguenti soggetti:
- a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- b) coloro che svolgono attivita' 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 DM 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 e' 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.

#### **ESCLUSIONI**

#### Non sono tenuti all'obbligo della certificazione:

- a) coloro che effettuano l'attivita' ludico-motoria in forma autonoma e al di fuori di un contesto organizzato ed autorizzato;
- b) chi svolge, anche in contesti autorizzati e organizzati, attivita' motoria occasionale, effettuata a scopo prevalentemente ricreativo e in modo saltuario e non ripetitivo;
- c) i praticanti di alcune attivita' 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 attivita' assimilabili nonche' i praticanti di attivita' prevalentemente ricreative, quali ballo, giochi da tavolo e attivita' assimilabili.

# ATTIVITA' AD ELEVATO IMPEGNO CARDIOVASCOLARE (art. 4)

Attivita' 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'attivita' cardiaca e altri accertamenti che il medico certificatore riterra' necessario per i singoli casi. Il certificato e' rilasciato dai medici di cui all'art. 3, comma 2, su apposito modello predefinito.

# Modifiche all'art.3 del DM 24.04.2013 operate dalla L.98/2013, art.42bis

- 1. Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini promuovendo la pratica sportiva, per non gravare cittadini e Servizio sanitario nazionale di ulteriori onerosi accertamenti e certificazioni, e' soppresso l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale previsto dall'articolo 7, comma 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dal decreto del Ministro della salute 24 aprile 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 169 del 20 luglio 2013.
- 2. Rimane l'obbligo di certificazione presso il medico o pediatra di base per l'attività sportiva non agonistica. Sono i medici o pediatri di base annualmente a stabilire, dopo anamnesi e visita, se i pazienti necessitano di ulteriori accertamenti come l'elettrocardiogramma.

#### FMSI / Ministero della Salute Settembre 2013

Interrogato dalla FMSI (Federazione Medico Sportiva Italiana) in merito alla possibilità anche per il Medico Specialista in Medicina dello Sport, come stabilito dal Decreto Balduzzi, di poter certificare l'idoneità non agonistica (nell'art 42bis del Decreto Fare non si fa più riferimento al Medico Sportivo come soggetto che può rilasciare il certificato), il Ministero della Salute ha espresso parere favorevole. Pertanto il certificato di idoneità non agonistica può essere emesso da:

- MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MEDICO DI FAMIGLIA, MEDICO DI BASE)
- PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ( PEDIATRA DI FAMIGLIA )
- MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA DELLO SPORT

La stessa nota, recepita anche dal CONI, ribadisce la validità delle definizioni delle diverse attività sportive del D. Balduzzi, in particolare quelle ad elevato impegno cardiovascolare.

# RESPONSABILITA' IN MATERIA DI TUTELA SANITARIA E VALIDITA' DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA

Spetta agli **Affiliati** che effettuano il tesseramento indicare sulla tessera il tipo di visita medica cui si è sottoposto il tesserato, vincolando in tal modo la sua partecipazione unicamente all'attività per la quale quel tipo di visita medica è prevista e finalizzata.

E' responsabilità del **Presidente dell'Affiliato** assicurarsi che la validità annuale della tessera sia sempre coperta dalla validità della certificazione medica, anche in caso di non contemporanea scadenza;

è responsabilità, invece, del **Tesserato** sottoporsi a visita medica alla scadenza del certificato medico e produrre il nuovo certificato medico all'Affiliato di appartenenza.

L'attestazione dell'avvenuta visita medica va conservata agli atti dell'Affiliato unitamente alla copia del modulo di tesseramento per almeno cinque anni, essendone il Presidente responsabile penalmente e civilmente.

## Tabella sinottica attività-visita

TIPO DI ATTIVITÀ	DISCIPLINE	CARATTERISTICHE ATTIVITÀ	VISITA CONSIGLIATA			
Attività ad impegno cardio - circolatorio ELEVATO	S p in n in g, cardiofitness, aerobica, fit boxe, alcuni tipi di danza, ecc	In queste discipline c'è una combinazione di un elevato impegno cardiorespiratorio e muscolare, equiparabili alle condizioni di gare agonistiche	VISITA PER AGONISMO – ERGOMETRIA (+++) È consigliato non solo un controllo basale delle condizioni generali, ma anche l'analisi del comportamento dell'organismo durante l'esercizio, o attraverso una visita standard per l'agonismo, o meglio con un test da sforzo su cicloergometro (soprattutto se l'atleta ha superato i 35 anni di età)			
Attività di CONTATTO	Arti marziali e affini (boxe, kick boxing, d i f e s a personale, ecc)	Sono discipline nelle quali la preparazione atletica è intensa, ma soprattutto vi è un contatto fisico che può esporre l'atleta a traumi che, in presenza di alterazioni patologiche di base (ad esempio, cisti renali, calcolosi, ecc) possono esporre a gravi complicanze come emorragie interne	VISITA PER IL NON AGONISMO (++) VISITA PER AGONISMO (+++) Vivamente consigliata una visita per idoneità non agonistica, che garantisce un esame obiettivo che può mettere in evidenza alterazioni muscoloscheletriche ed altri eventuali stati patologici, nonché l'esecuzione di un ECG di base che permette di esciudere la presenza di una eventuale cardiopatia. Considerato l'impegno cardiorespiratorio di alcune discipline, sarebbe addirittura indicata la visita per l'agonismo che garantirebbe anche il controllo dell'attività cardiaca dopo lo sforzo, oltre che le capacità motorie e di coordinazione			
Attività ad impegno cardio- circolatorio MODERATO	Attività a corpo libero, danza, ecc	Sono attività nelle quali i sistemi cardiocircolatorio e respiratorio sono sottoposti a sforzi di media intensità; il sistema muscolo-scheletrico a sua volta è interessato da stress piuttosto intensi (ad esempio, posizioni non abituali come nella danza, bruschi cambi di postura)	VISITA PER IL NON AGONISMO (++) Consigliata la visita per il non agonismo, che si incentri soprattutto nell'esame del sistema muscolo-scheletrico, integrità delle articolazioni, trofismo muscolare, simmetria articolare, integrità neuromuscolare e della coordinazione			
Attività ad impegno cardio- circolatorio BASSO	Ginnastica dolce, yoga, stretching, ecc	In queste discipline non ci sono grossi stress nè dal punto di vista cardiocircolatorio nè muscoloscheletrico	VISITA PER IL NON AGONISMO (+) In questi casi è consigliata una visita per il non agonismo che verifichi la presenza di patologie che possano controindicare all'attività sportiva di questo tipo, quindi quelle più gravi o importanti			



### Raccolta anamnestica

- Anamnesi familiare;
- Anamnesi fisiologica;
- Anamnesi patologica;
- Anamnesi sportiva.

### Esame objettivo

- Parametri antropometrici;
- Misurazione della P.A. a riposo;
- Esame del visus (ottotipo)e dell'udito (voce sussurrata), nonché del senso cromatico (tavole di Hishihara);
- Esame speciale dei vari organi ed apparati organici:cuore, vasi, torace, addome, urogenitale, locomotore.

### Esami strumentali

- Elettrocardiografia a riposo sulle 12 derivazioni standard;
- Elettrocardiografia dopo sforzo (I.R.I. test), fino ai 34 anni, ovvero da sforzo, dai 35 anni in su;
- Prove di funzionalità respiratoria

# Elettrocardiogramma a riposo

- Consente di valutare:
- Frequenza
- Ritmo
- Asse elettrico
- Morfologia del tracciato
- Intervalli

### Esami strumentali

- Elettrocardiografia a riposo sulle 12 derivazioni standard;
- Elettrocardiografia dopo sforzo (I.R.I. test), fino ai 34 anni, ovvero da sforzo, dai 35 anni in su;
- Prove di funzionalità respiratoria

# Elettrocardiogramma a riposo

- Consente di valutare:
- Frequenza
- Ritmo
- Asse elettrico
- Morfologia del tracciato
- Intervalli

### I.R.I. test

Consiste nel salire e scendere un gradino di altezza variabile (30,40,50 cm) al ritmo di 30 salite al minuto, scandito da metronomo, per la durata di 3 minuti; dopodichè si registra la F.C., sul soggetto disteso, compresa tra il 60° ed il 90° secondo dal termine dell'esercizio.

## I.R.I. test

 Il punteggio viene calcolato applicando la seguente formula:

durata dell'esercizio in secondi x 100

I.R.I.= -----

5,5 x F.C. dal 60° al 90° secondo

Il valore viene comparato con tabelle di riferimento che definiscono le categorie di efficienza cardiovascolare.

# Elettrocardiogramma da sforzo

 Viene effettuato su cicloergometro o treadmill, con applicazione di carichi crescenti (resistenza, ovvero velocità e pendenza ) fino al raggiungimento della F.C. teorica max o l'insorgenza di sintomi e/o segni che ne consiglino l'interruzione (dolore muscolare, dispnea, pallore, cianosi etc.). Per tutta la durata del test devono essere monitorati: F.C., P.A., tracciato ECG.

# Prove di funzionalità respiratoria

- Viene effettuata con metodo spirometrico, meglio se pneumotacografico, e deve comprendere obbligatoriamente i seguenti parametri:
- Capacità vitale:volume di aria inspirata ed espirata dopo manovre massimali;
- Volume espiratorio massimo per secondo (VEMS):volume massimo di aria che può essere espirato nel primo secondo di una espirazione forzata, il più rapidamente possibile, in seguito ad una inspirazione massima;
- Massima ventilazione volontaria (MVV):massima quantità di aria che si può ventilare nell'unità di tempo.

# Esami suppletivi

- Obbligatori per tutti: esame completo delle urine;
- Obbligatori per alcune categorie:
- Esame neurologico ( es. sci alpino, motociclismo, pugilato ) con Elettroencefalogramma alla prima visita;
- Visita O.R.L. (es. sports subacquei, volo a vela, pugilato);
- Visita oculistica ( sports motoristici );
- Per approfondire situazioni particolari:
- Ecocardiografia color doppler;
- Elettrocardiografia dinamica ( Holter);
- Holter P.A.;
- Ecografie internistiche;
- Esami ematochimici;
- Studio elettrofisiologico.

# Visita di idoneità non agonistica

 Per legge può essere effettuata dal Medico di Medicina Generale e/o dal Pediatra di libera scelta, ma è preferibile effettuarla presso un Centro Specialistico, dal momento che in questo è possibile eseguire almeno un Elettrocardiogramma a riposo ed una misurazione della Pressione Arteriosa; non è richiesto, invece, il referto dell'esame delle urine.

### Causali di non idoneità

- Malattie cardiovascolari: 70-75%
- Malattie respiratorie: 7-10%
- Malattie app. locomotore: 5-6%
- Malattie neurologiche: 2-3%
- Altre : fino al 100%

# Causali cardiache e vascolari

- Ipertensione arteriosa
- Valvulopatie
- Aritmie
- Cardiomiopatie
- Cardiopatia ischemica
- Altre
- Cardiopatie congenite

# Sport maggiormente implicati

- Calcio
- Ciclismo
- Ginnastica
- Atletica
- Discipline natatorie
- Sport subacquei
- Pallavolo
- Basket
- Altri sport

# Cause di MI in giovani atleti competitivi ≤35 anni; Studio finalizzato Morte Improvvisa Giovanile, Regione Veneto, Italia (N° totale: 49 casi)

CAUSE	N.	%
Cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro	11	22.5
Aterosclerosi coronarica	9	18.5
Anomalie congenite delle coronarie	8	16.5
Prolasso mitralico	5	10
Anomalie del tessuto di conduzione	4	8.5
Miocardite	3	6
Cardiomiopatia ipertrofica	1	2
Cardiomiopatia dilatativa	1	2
Dissezione aortica	1	2
Embolia polmonare	1	2
Altro	5	10

da Corrado D, Basso C, Schiavon M, Thiene G. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. New Engl J Med 1998;339:364-9

## METODI A CONFRONTO

Metodo di screening	Morte improvvisa per Cardiomiopatia ipertrofica
<u>Metodo USA</u> Non obbligo visita	26%
<u>Metodo Italiano</u> Anamnesi + Visita + ECG	2%

#### EUROPEAN HEART JOURNAL

ABOUT US ACCESS SUBMISSIONS SUBSCRIBE CONTACT US HELP

European Heart Journal Advance Access originally published online on February 2, 2005

@ The European Society of Cardiology 2005. All rights reserved. For Permissions, please e-mail: journals.permissions{at}oupjournals.org

Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol

Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology

Domenico Corrado<sup>1,\*</sup>, Antonio Pelliccia<sup>2</sup>, Hans Halvor Bjørnstad<sup>3</sup>, Luc Vanhees<sup>4</sup>, Alessandro Biffi<sup>2</sup>, Mats Borjesson<sup>5</sup>, Nicole Panhuyzen-Goedkoop<sup>6</sup>, Asterios Deligiannis<sup>7</sup>, Erik Solberg<sup>8</sup>, Dorian Dugmore<sup>9</sup>, Klaus P. Mellwig<sup>10</sup>, Deodato Assanelli<sup>11</sup>, Pietro Delise<sup>12</sup>, Frank van-Buuren<sup>10</sup>, Aris Anastasakis<sup>13</sup>, Hein Heidbuchel<sup>4</sup>, Ellen Hoffmann<sup>14</sup>, Robert Fagard<sup>4</sup>, Silvia G. Priori<sup>15</sup>, Cristina Basso<sup>19</sup>, Eloisa Arbustini<sup>16</sup>, Carina Blomstrom-Lundqvist<sup>17</sup>, William J. McKenna<sup>18</sup> and Gaetano Thiene<sup>19</sup>

# Cardiovascular causes of sudden cardiac deaths in young competitive athletes

#### Controlli medici per l'attestazione dell'idoneità all'attività ludico motoria

	Classe A	Classe B	Classe C
	SOGGETTI  <55 ANNI (UOMINI)  <65 ANNI (DONNE)  SENZA EVIDENTI  PATOLOGIE E FATTORI  DI RISCHIO  EMERGENTI ALLA  VISITA O RIFERITI IN  ANAMNESI.	SOGGETTI CON ANAMNESI NOTA PER ALMENO DUE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:  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 COMPENSATO  OBESITÀ ADDOMINALE;  FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI;  FATTORI DI RISCHIO RITENUTI RILEVANTI DAL MEDICO CERTIFICATORE	SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE (ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE)
ACCERTAMENTI RACCOMANDATI, OLTRE ALLA VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI CON MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA		Elettrocardiogramma a riposo Altri esami secondo giudizio clinico	Esami e consulenze specifiche secondo giudizio clinico
MEDICO CERTIFICATORE	Medico abilitato alla professione	Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta; Medico specialista in Medicina dello sport	Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta; Medico specialista in Medicina dello sport; Medico specialista di branca
PERIODICITÀ	Biennåle	Annuale	Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico

Eur Heart J. 2010 Jan;31(2):243-59. doi: 10.1093/eurheartj/ehp473. Epub 2009 Nov 20.

#### Recommendations for interpretation of 12-lead electrocardiogram in the athlete.

Corrado D, Pelliccia A, Heidbuchel H, Sharma S, Link M, Basso C, Biffi A, Buja G, Delise P, Gussac I, Anastasakis A, Borjesson M, Bjørnstad HH, Carrè F, Deligiannis A, Dugmore D, Fagard R, Hoogsteen J, Mellwig KP, Panhuyzen-Goedkoop N, Solberg E, Vanhees L, Drezner J, Estes NA 3rd, Iliceto S, Maron BJ, Peidro R, Schwartz PJ, Stein R, Thiene G, Zeppilli P, McKenna WJ; Section of Sports Cardiology, European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.

JACC Cardiovasc Imaging. 2013 Sep;6(9):993-1007. doi: 10.1016/j.jcmg.2013.06.003.

#### Cardiac imaging and stress testing asymptomatic athletes to identify those at risk of sudden cardiac death.

La Gerche A, <u>Baggish AL, Knuuti J, Prior DL, Sharma S, Heidbuchel H, Thompson PD</u>. **Source** 

St Vincent's Department of Medicine, University of Melbourne, Melbourne, Australia; Department of Cardiovascular Medicine, University Hospital Leuven, Leuven, Belgium. Electronic address: Andre.LaGerche@svhm.org.au.

Eur J Pediatr. 2013 Jun 18. [Epub ahead of print]

#### Sports preparticipation cardiac screening: what about children?

De Wolf D, <u>Matthys D</u>. **Source** 

Department of Pediatric Cardiology, Ghent University Hospital, De Pintelaan 185, 9000, Ghent, Belgium, Daniel.DeWolf@UGent.be.

Tex Heart Inst J. 2013;40(2):148-55.

#### Preventing sudden cardiac death in athletes: in search of evidence-based, cost-effective screening.

Angelini P, <u>Vidovich MI, Lawless CE, Elayda MA, Lopez JA, Wolf D, Willerson JT</u>. **Source** 

Department of Cardiology, Texas Heart Institute, Texas Luke's Episcopal Hospital, Houston, Texas 77030, USA. PAngelini@leachmancardiology.com

Phys Sportsmed. 2013 Feb;41(1):81-93. doi: 10.3810/psm.2013.02.2002.

## Sudden cardiac death in young athletes: preparticipation screening for underlying cardiovascular abnormalities and approaches to prevention.

Higgins JP, <u>Ananaba IE</u>, <u>Higgins CL</u>. **Source** 

The University of Texas Medical School, Houston, TX, USA. john.p.higgins@uth.tmc.edu

COMITATO ORGANIZZATIVO CARDIOLOGICO PER L'IDONEITÀ ALLO SPORT (ANCE - ANMCO - FMSI - SIC - SIC-SPORT) Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico 2003

## Dichiarazione

• Il presente materiale didattico è utilizzabile solo per uso di studio personale e la vendita e/o pubblicazione su internet costituiscono un reato punibile penalmente, ai sensi delle leggi vigenti in materia di protezione di materiale soggetto a copyright.

Prof. P. Ripari