

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1767

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ARMELLIN, ALAIMO, ALESSI, ALIVERTI, BERNI, BIAFORA, BIOCCHI, BORRA, CACCIA, CANCIAN, CARLI, CARLO CASINI, PIERLUIGI CASTAGNETTI, CASTELLOTTI, CIAFFI, COLONI, SILVIA COSTA, D'ANDREAMATEO, DAL CASTELLO, DEGENNARO, DELFINO, DI LAURA FRATTURA, FRANCESCO FERRARI, WILMO FERRARI, FORTUNATO, FOTI, FRASSON, FUMAGALLI CARULLI, GALBIATI, GELPI, GOTTARDO, ANGELO LA RUSSA, LECCISI, LEONE, LUCCHESI, LUSETTI, MAIRA, MANTI, MASTRANZO, MAZZOLA, MENGOLI, MENSORIO, NUCCI MAURO, PAGANELLI, PERANI, POGGIOLINI, PUJIA, LUIGI RINALDI, RIVERA, ALBERTO ROSSI, RAFFAELE RUSSO, SANESE, SAPIENZA, SILVESTRI, SORICE, TANCREDI, TORCHIO, TUFFI, VAIRO, VITI, ZAMBON, ZAMPIERI, ZOPPI

Presentata il 21 ottobre 1992

Nuove norme per la lotta contro il *doping* e per la tutela sanitaria delle attività sportive

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con la presente proposta di legge intendiamo contribuire a ricostruire le regole e la sostanza di un corretto binomio sport e salute, poiché recenti episodi connessi al fenomeno del *doping* hanno evidenziato le vistose carenze esistenti in questo campo e, di conseguenza, la necessità di un intervento celere e innovatore.

È evidente che il *doping* è diffuso pressoché in tutte le nazioni e che in tutte le nazioni, da fenomeno elitario tende a divenire fenomeno di massa.

Bisogna quindi operare per rendere omogenee le legislazioni dei vari Paesi,

per risolvere a livello mondiale una delle maggiori cause di inquinamento dello sport e per costituire norme di garanzia reciproca per i paesi in occasione di gare internazionali.

Esistono in realtà in tutti gli Stati leggi specifiche quasi tutte varate negli anni che vanno dal 1965 (Belgio) al 1979 (Portogallo).

Contemporaneamente sono state assunte decisioni e piani di azione da parte delle organizzazioni sportive nazionali e internazionali.

In ambito europeo assume particolare rilievo la « Raccomandazione (84) 19 »

nata dalla Carta europea contro il *doping* nello sport, inviata a tutti i Governi a cura del Comitato dei ministri della Comunità europea.

Essa affida all'azione governativa i compiti di:

- 1) assumere o inasprire le misure *antidoping*, agendo sulle associazioni sportive;
- 2) collaborare a livello internazionale per reprimere il mercato illecito di farmaci;
- 3) creare laboratori altamente qualificati per le indagini *antidoping*, aperti ai controlli anche internazionali;
- 4) sviluppare le ricerche nei settori della chimica, della biochimica e della farmacologia;
- 5) attuare programmi di educazione medico-biologica e farmacologica mirando ad evidenziare i danni derivanti dal *doping*.

Esaminando le singole legislazioni si evince che alcuni provvedimenti sono di uso generale:

- 1) compilazione di liste delle sostanze proibite e dei metodi di individuazione delle stesse;
- 2) formulazione di regole concernenti gli esami medici, i metodi di analisi e le sanzioni;
- 3) istituzione di laboratori per i controlli *antidoping*;
- 4) attuazione di una politica di informazione relativa al problema del *doping* presso atleti ed opinione pubblica.

Differenze significative tra le varie legislazioni riguardano:

- i tempi e le modalità dei controlli;
- l'estensione delle liste a tutte o meno le discipline sportive (Belgio, Germania);
- il tipo di sanzioni che vanno dall'ammonda alla sospensione, alla detenzione (Francia, Belgio);

l'obbligo alle federazioni ad adottare provvedimenti (Svizzera);

la soppressione di sussidi da parte dello Stato a quelle federazioni che non si

adeguano alle norme prescritte (Finlandia);

il diritto attribuito al Ministro della sanità di esercitare propri controlli *antidoping*, aggiuntivi rispetto a quelli delle federazioni (Francia);

l'estensione dei controlli alle strutture private.

In Italia il legislatore è intervenuto in più momenti nel definire i termini e le modalità della « tutela della salute di chi esercita attività sportiva ».

Già con la legge 26 ottobre 1971, n. 1099, in anticipo (ed in previsione) dei nuovi compiti che verranno stabiliti dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, si definiva tale tutela quale compito specifico delle regioni [in collaborazione con il Comitato olimpico nazionale (CONI)].

Ancora più chiaramente la legge di riforma sanitaria, 28 dicembre 1978, n. 833, reca all'articolo 14, lettera g), tra i compiti delle unità sanitarie locali quello di provvedere « alla medicina dello sport e alla tutela delle attività sportive », ed infine la legge 23 ottobre 1985, n. 595, indica tra gli obiettivi del piano sanitario nazionale [articolo 2, lettera d)] « la tutela delle attività sportive, relativamente agli aspetti preventivi e terapeutici per la salvaguardia della salute dei giovani nell'età evolutiva » tra gli obiettivi generali da perseguire con « interventi diretti in via prioritaria ».

Nella pratica però la legge 26 ottobre 1971, n. 1099, che rimane a tutt'oggi l'unica legge organica riguardante il settore della tutela della salute comprensiva anche di interventi diretti alla repressione del *doping*, risulta essere una legge fantasma, inattuata ed inattuabile.

Essa infatti può ritenersi decaduta con l'avvento della citata legge n. 833 del 1978 in tutte le parti riguardanti l'organizzazione dei servizi, i soggetti e i destinatari delle prestazioni, il tipo di prestazione da erogare, i rapporti convenzionali eccetera. E può ritenersi in gran parte inapplicata nella parte relativa alla lotta contro il *doping*, viste anche le vistose

carenze implicite nella stessa legge. Basti pensare che in essa la definizione di *doping* si identifica con la definizione di « controlli *antidoping* », che ciononostante una prima « lista di sostanze da ricercare nei liquidi biologici » viene emanata dopo ben cinque anni dall'approvazione della legge e non è mai più stata aggiornata, che non vengono stabilite norme a cui tutti gli organismi sportivi (e almeno tutte le federazioni!) debbono attenersi, e che in conclusione la sua esistenza non ha affatto impedito che dal 1971 ad oggi il fenomeno del *doping* assumesse per la sua estensione i contorni di un vero e proprio problema di salute pubblica.

In realtà la mancata attuazione della legge n. 833 del 1978 nonostante alcuni importanti contributi apportati dalle leggi regionali, ci riconsegna a distanza di più di 10 anni una situazione estremamente confusa e frammentaria e sul piano dell'organizzazione dei servizi di medicina sportiva e sul piano degli interventi contro il *doping*.

Infatti nonostante l'emanazione di numerosi decreti che hanno seguito la legge n. 1099 del 1971 e la stessa legge di riforma sanitaria, dobbiamo constatare che:

1) la tutela sanitaria non è attualmente garantita a tutti i cittadini che desiderano accedere ad una attività sportiva, contrastando con il preciso dettato della legge n. 833 del 1978. Le regioni hanno infatti legiferato solo in parte ed in difformità tra loro. Non in tutti i casi le funzioni sono state trasferite alle unità sanitarie locali ed in molti casi la disposizione regionale si è limitata a confermare una attività di tipo convenzionale con i centri di medicina sportiva della federazione medico-sportiva italiana;

2) le norme emanate riguardano di norma le singole discipline sportive, identificandosi i livelli delle prestazioni consentite all'atleta non in relazione al « rischio » soggettivo, ma in relazione ad una definizione di livelli di attività agonistica, non agonistica, professionistica, dilettantistica che spesso risulta artificiosa e superata nella realtà;

3) in applicazione dei contratti di categoria si è affidato ai medici di base, generici e pediatri il compito di stabilire una non meglio definita « idoneità » a questa o quella disciplina sportiva;

4) anomalo e controverso rimane infine il ruolo svolto dalla Federazione medico sportiva italiana (FMSI).

Questa da un lato conserva per intero la propria connotazione di struttura organica al CONI e perciò legata a norme di disciplina sportiva e non sanitaria, dall'altro viene sempre più caricata di compiti impropri rispetto ai quali è obiettivamente insufficiente, finendo col rappresentare quasi uno spartiacque con funzioni, tra l'altro estremamente selettive, tra mondo dello sport e mondo della sanità pubblica.

Esiste quindi, a nostro avviso, per l'Italia, l'esigenza di adeguare la propria legislatura a quelle più avanzate in ambito europeo, privilegiando i momenti educativi e preventivi, e cogliendo contemporaneamente l'opportunità di dare un contributo, con una visione più attuale del problema, e risolvere alcune questioni che le varie leggi lasciano insolute.

Prima fra tutte la definizione del *doping* e di come esso rappresenti un reato e la netta distinzione che deve essere fatta tra il *doping* stesso e la semplice evidenziazione di sostanze proibite presenti nei liquidi biologici (*antidoping*).

La legge n. 1099 del 1971, non contiene alcuna definizione del *doping*. In riferimento all'articolo 7 si demanda ad un decreto ministeriale (emanato successivamente in data 5 luglio 1975) il compito di elencare « le sostanze proibite ai sensi dell'articolo 3 che possono essere rilevate nei liquidi biologici ». Tale disposizione si rifà a criteri che, sebbene adoperati anche in campo internazionale da autorità mediche e sportive, determinano l'atto finale ossia la possibile rilevazione in liquidi biologici di derivati del metabolismo delle predette sostanze, trascurando di definire il fenomeno del *doping* « di per sé ».

Riportiamo a titolo esemplificativo e la definizione del Consiglio d'Europa del 1973 e la definizione della Commissione medica dell'International olympic commit-

tee (IOC) valida per le Olimpiadi di Seul del 1988. Dice la prima: « Il *doping* consiste nella somministrazione o nella assunzione, da parte di soggetti in buona salute, di sostanze di ogni tipo che sono estranee alla costituzione organismica, oppure di sostanze fisiologiche non naturali od utilizzate in modo abnorme allo scopo di incrementare artificialmente e scorrettamente la prestazione in una manifestazione sportiva. Inoltre sono da considerarsi come *doping* anche un certo numero di interventi psicologici atti a migliorare la prestazione ».

E la seconda: « Il *doping* consiste nell'impiegare sostanze comprese nel gruppo di farmaci che non si devono usare, ma anche attuare altri interventi illeciti come l'autoemotrasfusione » !

Persino la « Carta europea contro il *doping* nello sport », (Strasburgo, 1975) adotta una definizione che essa stessa dichiara non soddisfacente e cioè: « Il *doping* nello sport consiste nell'impiego illecito di sostanze o di categorie di sostanze che sono state bandite dalle organizzazioni sportive interessate ».

A noi pare che alla definizione di *doping* non si possa arrivare che attraverso la definizione del « reato di *doping* » modernamente inteso rispetto alla complessità dei fenomeni che attualmente ne determinano la natura:

A) *il doping come reato sportivo*. È un fenomeno antico, giacché fin dall'antichità si è fatto ricorso a vari metodi, sia pur rudimentali, nella speranza di migliorare le prestazioni psico-fisiche dell'atleta. Nell'ottica di una malintesa autonomia dello sport, le autorità sportive se ne sono ufficialmente prese carico, definendolo tra gli « illeciti sportivi » e ricorrendo a misure di tipo repressivo con l'effetto, in realtà più volte mancato, di colpire il singolo e non il fenomeno.

Questa interpretazione del *doping* si basa su alcune valutazioni che sono in parte superate dai tempi, in parte chiaramente metodologicamente errate. Ad esempio quella di valorizzare il momento della somministrazione personale (auto-somministrazione) o del passaggio di « so-

stanze » dall'allenatore o dal massaggiatore all'atleta, con il semplice effetto di creare delle non uguaglianze tra concorrenti e quindi snaturare il rapporto tra morale e sport.

Nella realtà attuale le condizioni sociali ed economiche in cui si svolgono le competizioni sono ormai ampiamente modificate. È difficile oggi immaginare un atleta che « partecipa e vince » per sé, senza intravedere dietro la sua affermazione e la sua vittoria la messa in moto di grosse potenze economiche e di immagine.

Il *doping* configura un illecito sportivo ben più complesso, in tutto paragonabile alle vittorie stabilite a tavolino o agli altri numerosi inganni a cui lo sport-spettacolo ci ha abituato in questi anni. E che diventa anche un reato perpetrato ai danni dei cittadini utenti in quanto soggetti del diritto ad assistere ad una competizione pulita, non truccata, in cui l'attore sia « se stesso » e non un diverso da come viene presentato;

B) *il doping come reato contro la salute*. Secondo l'articolo 32 della Costituzione « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ».

Gli articoli 582 e 583 del codice penale prevedono la punibilità per cagionamento di malattia per fatto doloso e l'articolo 590 del codice penale la prevede per fatto colposo.

Tale punibilità scatta per querela se la « malattia » causata è inferiore ai 10 giorni, è invece pubblica e iniziata d'ufficio se la « malattia » è superiore ai 10 giorni.

Tali norme sono sufficienti a documentare l'ampio potere di intervento del legislatore ordinario in materia di salute, ma, perché tale potere si espliciti nei confronti dell'impiego di sostanze dopanti è necessario procedere ad alcuni chiarimenti e ad eliminare equivoci persistenti.

Occorre innanzitutto stabilire che l'uso di sostanze esogene, farmaci o altre sostanze e mezzi esterni, somministrate in assenza di una condizione patologica accertata è una « lesione personale », giacché, non essendo utilizzata la funzione

terapeutica che giustifica l'impiego di un farmaco, non può che prevalere la funzione tossica che ogni sostanza farmacologica possiede. La lesione è aggravata se tale sostanza viene somministrata in dosaggi diversi, di norma superiori e con modalità non aderenti a quelle prescritte dalle farmacopee ufficiali.

Questa affermazione nasce da consolidate dimostrazioni cliniche e sperimentali ed è particolarmente valida per le sostanze farmacologiche ed altri mezzi (quali l'autoemotrasfusione) più comunemente impiegati in ambito sportivo.

Di particolare interesse tra gli effetti tossici delle sostanze dopanti sono quelli rilevabili a lungo termine. Tra questi i più temibili sono quelli correlati:

a) alla cancerogenesi chimica, fenomeno su cui disponiamo di numerosi dati sperimentali comprovanti la comparsa di tumori indotti da sostanze chimiche, tra cui i farmaci, anche a distanza di molti anni;

b) alla mutagenesi farmacologica (ossia mutazione di una cellula germinale portatrice dei caratteri ereditari) le cui conseguenze possono manifestarsi nella prima generazione o dopo molte generazioni successive;

c) alla teratogenesi farmacologica. In campo sportivo essa riguarda un campione ridotto, ossia le atlete ai primi stadi di gravidanza in cui farmaci teratogeni inducono malformazioni correlate all'epoca di somministrazione.

Nella tabella allegata alla relazione ripetiamo l'elencazione dei principali effetti tossici conosciuti, distinti per categorie di sostanze dopanti.

Si rileva inoltre che la scarsa diffusione delle conoscenze scientifiche tra l'utenza e i tecnici dello sport, l'essere il *doping* in gran parte un fenomeno sommerso, mai indagato con strumenti clinici estensivi, l'innescarsi dell'abuso di farmaci nel mondo dello sport al più comune abuso di farmaci nella popolazione generale, la difficile individuazione delle responsabilità, la deresponsabilizzazione della medicina ufficiale rispetto ad un

problema da sempre delegato alla FMSI, giustificano la scarsa applicazione delle norme esistenti nei confronti del reato di *doping*.

C) *il doping come reato contro l'integrità biologica*. L'accelerazione della ricerca biomedica non ha risparmiato le sue applicazioni neanche in ambito sportivo. Se l'uso del *doping* prescinde, come abbiamo definito al paragrafo precedente, dal fabbisogno terapeutico dell'atleta, pare evidente che l'uso di farmaci e sostanze e mezzi sempre più sofisticati risponde allo scopo di « modificare », al di fuori dell'adattamento conseguibile con l'allenamento, le proprietà biologiche del soggetto.

Il *doping* si configura quindi come reato « contro » il diritto alla integrità biologica e alla naturale evoluzione dei complessi fenomeni di adattamento naturale che si manifestano durante la prestazione atletica.

L'atleta « in uscita » da una fase di allenamento e da una gara è infatti un uomo « naturalmente » modificato: nei grandi sistemi, nei muscoli, nelle connessioni neuro-muscolari, nei sistemi enzimatici sub-cellulari. Ci si può legittimamente chiedere se è lecito un intervento scientifico mirato a favorire questi processi di adattamento. E si può rispondere di sì se tale intervento mira alla conoscenza, alla rimozione di ostacoli, alla collettivizzazione dei risultati. Ma si deve mettere sotto controllo una scienza che interferendo, manipolando, introducendo farmaci e mezzi esterni maschera e rende irricognoscibile quel limite biologico che si aspira a superare.

Il diritto all'integrità biologica, come espressione concreta di un problema etico, merita che si trovi un equilibrio tra la e la libertà libertà della ricerca scientifica dell'uomo.

A noi pare che, a partire da queste considerazioni, si possa pervenire ad una definizione di *doping* come « ogni intervento esogeno attuato con l'intento di migliorare la prestazione atletica » (articolo 1) intendendo per intervento esogeno « l'impiego sotto qualunque forma di sostanze o preparazioni capaci di interferire

con le proprietà della sostanza vivente » (articolo 2).

Ciò che delimita il *doping* dal non-*doping*, non è quindi la positività o la negatività di un *test* di laboratorio ma (articolo 3) l'esistenza di « alterazioni patologiche o fisiopatologiche, certificate dal medico » in presenza delle quali « qualunque farmaco può essere somministrato, nelle dosi e con le modalità previste dalle farmacopee ufficiali ».

La necessità di disporre di liste delle sostanze che possono essere ricercate nei liquidi biologici dell'atleta come riprova dell'avvenuta assunzione di sostanze dopanti, trova giustificazione nell'esigenza di omologare i metodi di controllo da applicare a tutte le discipline sportive e sul piano nazionale e su quello internazionale. Peraltro l'esperienza dell'uso delle liste, così come comunemente attuata, dimostra gravi limiti di applicabilità quali:

a) le « liste » sono sempre degli elenchi incompleti, giacché il fenomeno del *doping* è un fenomeno che evolve con le mode farmacologiche e con il progresso della ricerca scientifica;

b) l'uso delle « liste » (già di per sé incomplete) è stato a tutt'oggi estremamente discrezionale come documentano i dati relativi ai controlli *antidoping* finora effettuati dai due laboratori esistenti in Italia. Infatti il numero medio di esami effettuati per anno è pari per il periodo 1982-1987, a 5.500 campioni per un totale di circa tre milioni di atleti agonisti e professionisti ognuno dei quali gareggia più volte durante l'anno. La media delle positività varia dallo 0,5 all'1,5 per cento, ma questi valori non possono dare seguito ad alcuna valutazione statistica se consideriamo che il laboratorio di Firenze ricerca solo le sostanze « stimolanti », e quello di Roma quelle « anabolizzanti »;

c) l'esistenza di liste può rappresentare una facile « guida pratica » all'uso del *doping*.

Perché l'adozione di elenchi delle sostanze definite come *doping* risulti al con-

trario uno strumento capace di scoraggiarne l'uso occorre prevedere:

l'aggiornamento periodico delle « liste » a cura di un comitato di esperti (articolo 11);

l'obbligatorietà di adottare un'unica lista per tutte le discipline sportive (articolo 6);

l'aumento del numero di laboratori dotati della tecnologia e del *know-how* per eseguire i controlli (articolo 13);

l'estensione dei controlli a tutte le fasi dell'allenamento (articolo 5);

la possibilità di intervento rivolto anche alle strutture private su indicazione del medico curante e su decisione del Ministro della sanità (articolo 6).

Nella presente proposta di legge sono previste pene specifiche per i soggetti che a vario titolo possono ritenersi responsabili del reato di *doping* ossia atleti, medici, farmacisti, allenatori, dirigenti sportivi e chiunque « fornisce illecitamente sostanze il cui uso costituisce *doping* ». In quest'ultimo caso la pena prevista è della reclusione.

La disciplina è estesa anche a chi opera al di fuori delle federazioni o delle associazioni e società sportive riconosciute dal CONI. Pur essendo infatti convinti che solo una volontà comune di quanti operano nel mondo dello sport, rivolta a combattere il *doping*, potrà portare risultati duraturi, riteniamo anche necessario prevedere strumenti di legge che siano efficaci nel perseguire il reato manifesto. Sono infatti purtroppo numerosi gli esempi per cui l'opera di denuncia e l'evidenza del reato, non si sono accompagnati in passato ad alcuna penalizzazione nei confronti dei responsabili. A una normativa più chiara, laddove necessario più severa, è anche affidato il compito di proteggere il mondo dello sport da abusi e comportamenti illeciti che ne offuscano i valori etici e sociali.

Ci sembra necessario ridefinire infine, e con valenza positiva, il ruolo delle istituzioni nella lotta al *doping* e nella tutela

sanitaria dello sport intesa nella sua globalità.

Ci sono compiti che Stato e regioni non possono delegare. Ad essi competono in particolare gli interventi di:

- a) educazione ed informazione sanitaria;
- b) prevenzione e riabilitazione;
- c) inserimento della medicina sportiva nell'ambito della sanità pubblica;
- d) sostegno della ricerca scientifica in funzione *antidoping*.

Per realizzare i seguenti obiettivi si prevede, con il capo II della proposta di legge, di affidare al Comitato interministeriale di cui all'articolo 17 della legge 11 marzo 1988, n. 67, oltre ai compiti previsti dall'attuazione degli articoli 4 e 10 della proposta di legge, anche quello di « proporre programmi educativi, preventivi e riabilitativi e di esprimersi sui pro-

getti di ricerca clinica e sperimentale riguardanti la biologia e la medicina dello sport ». Tali compiti vengono espletati attraverso centri regionali o interregionali di riferimento, individuati dalle regioni a cui compete anche l'organizzazione dei servizi territoriali per la tutela sanitaria delle attività sportive (articolo 14).

Si cerca così di riportare ad un criterio unitario e di maggiore efficienza sul piano operativo, un insieme di esigenze che attualmente appaiono estremamente disaggregate e di norma non soddisfatte.

Sport e salute sono diritti costituzionali garantiti dallo Stato. Il *doping* ha minato in profondità questi diritti che devono essere riportati al centro dell'attenzione del legislatore.

In conclusione, con la presente proposta di legge si vuole contribuire a ricostruire un rapporto « etico » tra sport e salute, e per tale motivo ne sollecitiamo la rapida approvazione.

TABELLA

I DANNI DEL DOPING

(dalla « Carta europea anti-doping nello Sport », Strasburgo, 1985).

ANFETAMINE — Sovraeccitamento, insonnia, tachicardia, ipertensione, vertigini, tremori, perdita di peso, disturbi mentali e delirio, assuefazione, soppressione del senso di affaticamento, morte per collasso (aumentato dal sovraeccitamento e dallo sforzo estremo).

MORFINA E SOSTANZE MORFINOSIMILI — Turbe cardiache e digestive, assuefazione, e morte per arresto respiratorio.

CORTICOIDI — Ulcere gastroduodenali con possibile perforazione ed emorragia, edema, effetto diabetogeno, fratture, fusione muscolare, disturbi mentali e delirio, ritardo nella riparazione delle ferite, infezioni, virusi, insufficienza surrenalica (anche fatale in caso di brusca interruzione del trattamento).

ORMONI ANABOLIZZANTI — Alterata funzione epatica, diminuzione dell'HDL-colesterolo sierico con effetto aterogenetico, edemi, rotture tendinee improvvise, inibizione della crescita in giovani atleti, fratture spontanee, aggressività, possibile effetto oncogeno. *Nell'uomo*: azoospermia, riduzione del volume testicolare, impotenza, disturbi prostatici. *Nella donna*: aumento della peluria di tipo maschile, ingrossamento della voce, interruzione del ciclo mestruale. *Nel prodotto del concepimento*: anomalie degli organi genitali esterni.

ANTI-MAO — Improvvisa e talora fatale riduzione della tensione arteriosa dopo sforzi violenti; crisi ipertensive con gravi complicanze cerebrali, possibili disturbi mentali e convulsioni.

EMOTRASFUSIONE — Setticiemia, embolie, trombosi, iperemolisi, ittero ed epatite. Possibili danni del circolo cerebrale profondo (*).

(*) BENZI G. - MARZATICO F.: « Atletica Studi », 5, 1987, pag. 29.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

LOTTA AL DOPING

ART. 1.

(Definizione di doping).

1. Costituisce *doping* l'utilizzazione da parte dell'atleta professionista o dilettante di interventi esogeni attuati con l'intento di migliorare le prestazioni al di fuori dell'adattamento indotto con l'allenamento.

ART. 2.

(Definizione di intervento esogeno).

1. Si intende per intervento esogeno l'assunzione o la somministrazione, sotto qualsiasi forma, di sostanze o preparazioni sintetiche o naturali capaci di determinare nel ricevente una o più variazioni funzionali per interferenza delle loro proprietà con quelle della sostanza vivente.

ART. 3.

(Utilizzazione consentita).

1. In presenza di condizioni patologiche, o fisiopatologiche accertate e certificate dal medico, all'atleta può essere prescritto qualsiasi trattamento attuato con le modalità ed i dosaggi indicati dalle farmacopee ufficiali; in tal caso l'atleta ha l'obbligo di comunicare prima della gara agli organizzatori l'avvenuta assunzione delle sostanze, documentando lo scopo terapeutico. Se tale comunicazione non avviene, l'assunzione delle sostanze è punita ai sensi dell'articolo 7.

ART. 4.

(I controlli antidoping).

1. Il Comitato interministeriale previsto dall'articolo 11 stabilisce i criteri per individuare con mezzi clinici, strumentali

o di laboratorio l'avvenuto utilizzo degli interventi esogeni di cui all'articolo 1.

2. Il Comitato compila inoltre una lista delle sostanze più comunemente impiegate a scopo di *doping* e ne assicura periodici aggiornamenti.

3. Fino alla prima emanazione della lista di cui al comma 2 rimane valido il più recente elenco di sostanze proposto dal Comitato olimpico internazionale (CIO).

ART. 5.

(Disposizioni per i controlli).

1. La ricerca delle sostanze comprese nella lista di cui al comma 2 dell'articolo 4 viene eseguita nei centri regionali o interregionali abilitati, secondo le modalità, di cui al medesimo articolo 4, indicate dal Comitato.

2. I controlli sono eseguiti:

a) in aderenza alle norme fissate in ambito internazionale;

b) in aderenza alle norme fissate per le singole specialità dallo stesso Comitato di cui all'articolo 11 in occasione di gare nazionali e delle relative fasi di allenamento;

c) in ogni singolo caso segnalato al centro regionale di riferimento da parte della struttura sanitaria di base o dal medico curante, qualora sussista il fondato sospetto dell'impiego di sostanze farmacologiche assunte dall'atleta al di fuori di una specifica indicazione terapeutica;

d) su richiesta del Ministro della sanità che può richiedere controlli supplementari da effettuare a cura delle federazioni ed enti sportivi pubblici e privati.

ART. 6.

(Integrazioni di regolamenti degli enti sportivi).

1. Il Comitato olimpico nazionale italiano (CONI), le federazioni sportive, le società affiliate, le associazioni sportive, gli enti sportivi pubblici e privati, sono tenuti ad inserire nei propri regolamenti

l'obbligo per gli atleti a non assumere le sostanze comprese nella lista di cui al comma 2 dell'articolo 4, e qualsiasi altro farmaco o trattamento esterno che non abbia scopo terapeutico, e a predisporre tutti gli atti necessari per il rispetto delle norme di tutela della salute e di lotta al *doping* di cui alla presente legge.

2. Il CONI interviene presso le federazioni inadempienti riducendo del 50 per cento le quote di finanziamento annuo ad esse spettanti. Se l'inadempienza riguarda un numero di federazioni superiori a dieci lo Stato riduce i contributi pubblici destinati al CONI del 50 per cento fino al completo adeguamento.

3. Analoga disposizione si applica alle associazioni sportive ed enti che a qualsiasi titolo dispongono di finanziamento pubblico.

ART. 7.

(Sanzioni per l'atleta).

1. L'atleta che risulti aver assunto sostanze vietate è sospeso, con provvedimento dell'autorità sportiva, da ogni competizione per un periodo di sei mesi. In caso di recidiva la sospensione è definitiva.

2. L'atleta appartenente a federazioni o associazioni sportive ufficialmente riconosciute dal CONI, che si rifiuta di sottoporsi ai controlli, è sospeso per un anno dall'appartenenza alla federazione o associazione cui è iscritto.

ART. 8.

(Sanzioni per il medico e il farmacista).

1. Il medico o l'esercente ad altro titolo una professione sanitaria che, al di fuori di una provata esigenza terapeutica e allo scopo di migliorare le prestazioni sportive, prescrive o fornisce all'atleta farmaci contenenti talune delle sostanze vietate o esegue altri interventi esogeni è punito con la sospensione dall'esercizio della professione per un periodo da uno a tre anni.

2. Il farmacista fornisce i farmaci compresi nella lista di cui al comma 2 dell'articolo 4 solo dietro presentazione di ricetta medica a validità limitata per la durata del ciclo terapeutico indicato. Se i farmaci vengono forniti al di fuori delle norme di cui al presente comma il farmacista è punito con la chiusura dell'esercizio per un periodo di sei mesi.

3. La condanna è comunicata all'ordine professionale cui il soggetto sottoposto alla sanzione appartiene.

ART. 9.

(Illecita fornitura di sostanze vietate).

1. Chiunque illegittimamente fornisce agli atleti, anche a titolo gratuito, sostanze il cui uso costituisce *doping* è punito con la reclusione da uno a tre anni. Alla condanna segue la sospensione dai pubblici uffici per tre anni.

2. La pena è aumentata se il fatto previsto dal comma 1 è commesso da un dirigente di società o associazione sportiva. In tal caso alla condanna segue la decadenza dalla carica.

3. La pena è della reclusione da due a quattro anni se il fatto è avvenuto nei confronti di un minore di anni 18.

ART. 10.

(Disposizioni per gli enti privati).

1. Gli enti privati che non si attengono alle norme della presente legge sono condannati al pagamento di una multa da lire un milione a lire cinque milioni ed alla sospensione della licenza di esercizio per un anno.

CAPO II

INTERVENTI DI INFORMAZIONE E DI TUTELA SANITARIA

ART. 11.

*(Composizione del
Comitato interministeriale).*

1. In applicazione dell'articolo 19, comma 17, della legge 11 marzo 1988,

n. 67, il Comitato interministeriale presieduto dal Ministro della sanità è costituito per la parte tecnico-scientifica da: due farmacologi, un biochimico, uno psicologo, due clinici medici o pediatri, due medici specialisti dello sport, e da un rappresentante rispettivamente dell'Istituto superiore di sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche, dell'Ordine dei medici, dell'Ordine dei farmacisti e della Federazione medico sportiva italiana (FMSI).

ART. 12.

(Funzioni del Comitato interministeriale).

1. Il Comitato interministeriale previsto dall'articolo 11 provvede a determinare i criteri attraverso i quali effettuare i controlli *antidoping*; compila e aggiorna la lista delle sostanze di cui all'articolo 4; definisce il fabbisogno di componenti biologici effettivamente persi dall'atleta nell'esercizio delle singole discipline sportive che può essere legittimamente reintegrato; determina le caratteristiche operative degli organismi incaricati di effettuare i controlli; autorizza i centri regionali previsti dall'articolo 13 ad effettuare i controlli; coordina l'attività dei centri regionali e tiene il registro nazionale dei controlli. Il Comitato propone inoltre programmi educativi, preventivi e riabilitativi e si esprime sui progetti di ricerca clinica e sperimentale riguardanti la biologia e la medicina dello sport.

ART. 13.

(Centri regionali).

1. Le regioni, singole o associate, individuano il centro medico-scientifico avente sede nel loro territorio cui attribuire i seguenti compiti:

a) interventi di educazione sanitaria ad ampia diffusione nel settore della biologia, medicina e farmacologia dello sport;

b) corsi di lezioni e seminari da integrare con i programmi scolastici ed universitari;

c) organizzazione di un centro di documentazione scientifica;

d) avvio di studi epidemiologici, con particolare riferimento alla prevenzione e alla riabilitazione, sulla popolazione sportiva del territorio;

e) esecuzione di controlli clinici e laboratoristici e specificatamente ricerca delle sostanze comprese nella lista di cui all'articolo 4.

2. Il funzionamento del centro è finanziato dalla regione anche mediante l'utilizzazione di quote del Fondo sanitario nazionale con vincolo di destinazione, a norma dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887. Per i primi anni di applicazione della presente legge tale quota non può essere inferiore al cinque per cento del fondo globale.

ART. 14.

(Servizi territoriali).

1. In applicazione della legge 28 dicembre 1978, n. 833, e della legge 23 ottobre 1985, n. 595, le regioni, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, organizzano i servizi per la tutela sanitaria delle attività sportive assicurando:

a) servizi di primo livello con accesso gratuito a tutti i cittadini che intendano svolgere attività sportiva. Tale servizio, espletato dai medici di base, generici, pediatri, medici scolastici, effettua la valutazione dello stato biologico e sanitario e documenta l'assenza di condizioni che controindichino in tutto o in parte l'attività motoria;

b) servizi di secondo livello, svolti da medici specialisti dello sport che hanno il compito di definire il rischio personale nei

confronti di una o più attività motorie provvedendo anche al rilascio dei certificati di idoneità specifica per singole discipline e ai prescritti aggiornamenti periodici degli stessi. A tali servizi compete inoltre l'assistenza sanitaria durante le manifestazioni sportive che si svolgono nell'ambito territoriale di competenza, comprese le prestazioni di urgenza, i trattamenti clinici preventivi e riabilitativi e le attività di informazione ed educazione sanitaria espletate secondo le direttive emanate dal centro regionale di riferimento di cui all'articolo 13.

ART. 15.

(Compiti della Federazione medico sportiva italiana - FMSI).

1. La Federazione medico sportiva italiana (FMSI) collabora all'attuazione degli obiettivi della presente legge, secondo le indicazioni degli organismi sanitari nazionali e regionali.

2. I rapporti con le regioni e con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

ART. 16.

(Norme finali).

1. Gli interventi previsti dalla presente legge sono a carico del Fondo sanitario nazionale per quanto di competenza, a carico del Fondo regionale di sviluppo, per quanto previsto all'articolo 13, e a carico del capitolo n. 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro, per quanto previsto agli articoli 11 e 12.

DDL11-1767
Lire 500