

REGOLAMENTO APPLICATIVO DEL CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI CERTIFICAZIONI MEDICHE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA

Il presente regolamento recepisce quanto disposto dalla delibera Regionale n. 19/71 del 01.06.2023, avente oggetto "Certificazioni mediche di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica. Ridefinizione del sistema tariffario regionale. Indirizzi per la formulazione dei Piani preventivi di attività per la medicina sportiva e determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni (Certificazioni di idoneità alla pratica sportiva ricomprese nei LEA) dal privato accreditato per il biennio 2023-2024".

La delibera regionale ha conferito al fine di acquisire le certificazioni soprarichiamate suddetta mandato ad ARES Sardegna per la definizione dei contratti con il privato accreditato finalizzati all'acquisizione delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva ricomprese nei Lea, sulla base dei Piani elaborati dalle ASL interessate alle quali spetta la relativa gestione del contratto.

Preso atto dei contratti stipulati dalla Centrale di Committenza per il biennio considerato, si ritiene necessario regolamentare gli aspetti applicativi degli accordi sottoscritti con le strutture convenzionate con l'obiettivo di uniformare ed efficientare il sistema di comunicazione e di rendicontazione delle prestazioni effettuate nel territorio della Asl Gallura da parte del privato convenzionato

Le istruzioni operative tendono ad una semplificazione e informatizzazione della trasmissione dei flussi informativi e dell'acquisizione degli stessi da parte della ASL Gallura. Inoltre, l'adozione di un sistema unico e condiviso, che consideri le necessità di tutti gli interlocutori coinvolti, consente l'ottimizzazione dei tempi di elaborazione e una maggiore efficacia delle verifiche e dei controlli effettuati dagli organi competenti.

Interessati all'applicazione delle presenti istruzioni operative sono:

- 1) Il Dipartimento di Prevenzione Area Medica della Asl Gallura per la gestione e applicazione del regolamento e dei relativi controlli, il Servizio di igiene e Sanità Pubblica per la verifica di congruità dell'attività e relativa liquidazione.
- 2) La Struttura autorizzata e convenzionata per il territorio della Asl Gallura alla funzione di certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA)
- 3) Gli utenti che praticano attività sportiva agonistica e non agonistica con età inferiore agli anni 18 e i portatori di handicap sia residenti nella Asl Gallura che residenti in Asl della Regione Sardegna diverse da quella nella quale insiste la struttura contrattualizzata.

Rendicontazioni delle prestazioni

Al fine di effettuare le necessarie destinate altresì alla liquidazione delle prestazioni alla struttura erogatrice il Dipartimento di Prevenzione fornisce un file Excel che dovrà essere compilato, in ogni suo campo, e non modificato nelle sezioni e nei filtri preimpostati.

Il file creato al fine di fornire tutte le informazioni necessarie inerenti la tipologia di prestazione necessarie al controllo contabile, ma altresì fornire le informazioni relative agli utenti che accedono al servizio che, come detto, possono anche appartenere ad altre Asl della Sardegna:

Nello specifico si richiedono le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino sottoposto a visita medica minorenni e portatori di handicap (nome, cognome, luogo di nascita, data di nascita, residenza, codice fiscale)
- Asl di appartenenza
- Tipologia di sport per la quale si richiede la visita
- Società Sportiva richiedente)
- Data della richiesta
- Data della visita
- Tipologia della visita (Prima visita o rinnovo)
- Classificazione dell'utente (minorenne o diversamente abile)
- Tipologia visita medico specialistica (specificare numero tabella DM 18/02/82 o non agonistica)
-

Il file debitamente compilato e firmato digitalmente, dovrà essere inviato all'indirizzo mail sisp.olbia@aslgaallura.it entro il 10mo giorno del mese successivo a quello di riferimento per la rendicontazione.

Gli accertamenti diagnostici e strumentali considerati aggiuntivi, ovvero richiesti dal medico certificatore in presenza di fattori di rischio o di sospetto clinico, sono soggetti a regolare prescrizione medica e al regime di partecipazione/esenzione alla spesa sanitaria in vigore per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, non dovranno dunque essere né contabilizzate né riepilogate nel file sopradescritto.

Le prestazioni sono remunerate in base alle tariffe aggiornate definite dal DGR n. 19/71 del 01/06/2023.

Le prestazioni dovranno essere fatturate alla Asl Gallura mensilmente entro il decimo giorno del mese successivo a quello di riferimento attraverso fattura elettronica.

L'ufficio preposto all'invio degli ordini di acquisto (NSO) alla struttura convenzionata, è l'Ufficio liquidazione del Dipartimento di Prevenzione Area Medica

La struttura convenzionata dovrà archiviare i documenti, utili alla rendicontazione delle prestazioni effettuate, per 5 anni. Superato il periodo indicato, sarà possibile procedere allo smaltimento dei suddetti documenti con le modalità prescritte dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali

Al fine di agevolare la compilazione delle richieste, per le visite mediche specialistiche di idoneità sportiva agonistica e non agonistica, sono stati predisposti dei moduli di richiesta della prestazioni così denominati e allegati al presente regolamento:

- 1) *Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket – Atleta Minorenne;*

- 2) *Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket –
Atleta portatore di Handicap.*

**Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket
- Atleta minorenni**

Alla Struttura di Medicina dello Sport _____

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della
Società/Associazione Sportiva Dilettantistica _____ con Sede in
Via _____ n. _____ tel. _____
Email _____ PEC _____ affiliata col n.
_____ alla Federazione _____ codice _____ acquisito il consenso
genitoriale/tutoriale alla pratica della sotto indicata disciplina sportiva ed all'effettuazione degli accertamenti sanitari
previsti, nonché quello al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica
sportiva, secondo le modalità previste dalla specifica normativa in materia (D. Lgs 196/2003 e s.m.i. – Reg. UE
2016/679)

Consapevole

- delle sanzioni penali, ex art 76 DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi;
- della decadenza immediata, dall'eventuale beneficio acquisito, in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà;

Chiede

l'effettuazione (D.M. 18/2/82, Circ. Min. Sanità 31/01/83), in regime di esenzione ticket (D.G.R. n. 23/58 del 18.07.02), di
una visita medica specialistica per l'idoneità alla pratica sportiva:

- ☐ non agonistica
- ☐ agonistica tabella A del DM 18.02.1982
- ☐ agonistica tabella B del DM 18.02.1982

della disciplina sportiva _____ per l'atleta _____ nato/a
a _____ il _____, residente in _____, via _____
n. _____ tel. _____ C.F. _____

trattasi di:

- ☐ prima visita;
- ☐ rinnovo certificazione con scadenza il _____

Luogo e data _____**Firma e Timbro del Legale Rappresentante della Società** _____**N.B. Omissioni o incompletezze nei dati forniti comporteranno l'archiviazione della richiesta**

Dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 Il genitore e/o il tutore dell'Atleta dichiara, ai sensi e per gli effetti del DPR
445/2000, di usufruire, per la prima volta, nell'anno solare, della prestazione in regime di esenzione, ivi richiesta.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

Riservato alla Struttura di Medicina dello Sport _____, visita effettuata in data ____/____/____

Il Responsabile Sanitario della Struttura _____

Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket Atleta portatore di Handicap

Alla Struttura di Medicina dello Sport _____

Il sottoscritto _____ legale rappresentante della
Società/Associazione Sportiva Dilettantistica _____ con Sede in
Via _____ n. _____ tel. _____
Email _____ PEC _____ affiliata col n. _____
_____ alla Federazione _____ codice _____, acquisito il consenso
(genitoriale/tutoriale in caso di soggetti minorenni) alla pratica della sotto indicata disciplina sportiva ed all'effettuazione
degli accertamenti sanitari previsti, nonché quello al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta di
idoneità alla pratica sportiva, secondo le modalità previste dalla specifica normativa in materia (D. Lgs 196/2003 e s.m.i.
– Reg. UE 2016/679)

Consapevole

- delle sanzioni penali, ex art 76 DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi;
- della decadenza immediata, dall'eventuale beneficio acquisito, in caso di presentazione di documenti falsi o non più
rispondenti alla realtà;

Chiede

l'effettuazione (D.M.04/03/93), in regime di esenzione ticket (D.G.R. n. 23/58 del 18.07.02), di una visita medica
specialistica per l'idoneità alla pratica sportiva:

- ☐ non agonistica
- ☐ agonistica tabella A del DM 18.02.1982
- ☐ agonistica tabella B del DM 18.02.1982
- ☐ agonistica tabella B del DM 18.02.1982 (per atleti età maggiore 40 anni)

della disciplina sportiva _____ per l'atleta _____ nato/a a _____ il
_____, residente in _____, via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____ riconosciuto portatore di handicap con verbale n° _____
del _____ rilasciato da:

- ☐ Commissione Medica n° _____ della ASL n° _____ di _____
- ☐ Commissione Medica INPS di _____

trattasi di:

- ☐ prima visita;
- ☐ rinnovo certificazione con scadenza il _____
- ☐

Luogo e data _____**Firma e Timbro del Legale Rappresentante della Società** _____**N.B. Omissioni o incompletezze nei dati forniti comporteranno l'archiviazione della richiesta**

Dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 L'atleta, il genitore e/o il tutore (in caso di minore età), dichiara, ai sensi e per
gli effetti del DPR 445/2000, di usufruire, per la prima volta, nell'anno solare, della prestazione in regime di esenzione, ivi
richiesta.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

Riservato alla Struttura di Medicina dello Sport _____, visita effettuata in data ____/____/____

Il Responsabile Sanitario della Struttura _____