

N. 1714

## DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori SERVELLO, MACERATINI, PONTONE,  
MONTELEONE, CASTELLANI Carla, MARTELLI e MAGGI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 NOVEMBRE 1996**

---

Nuove norme per la tutela sanitaria delle attività sportive ed  
il perseguimento di interventi farmacologici ed esogeni non  
giustificati da necessità terapeutiche (*doping*)

---

ONOREVOLI SENATORI. - Di recente è assurto agli onori delle cronache sportive il problema del *doping*. La conoscenza della sua reale diffusione, sia tra gli atleti, sia tra gli sportivi in generale, è a tutt'oggi frammentaria sì da risultare spesso fuorviante ed, in alcuni casi, mistificante.

La stampa di settore, che rappresenta la fonte più accreditata dei fenomeni che sorgono nel mondo dello sport, è solita occuparsi di *doping* solo di fronte a casi che fanno notizia o, meglio ancora, scandalo; che impressionano per i particolari del racconto; ma non si è mai occupata, se non in rarissimi casi, del *doping* quotidiano; cioè di quello praticato da numerosi atleti «sconosciuti». Ricorrentemente, ad ogni rinnovo di legislatura parlamentare, si assiste alla reiterazione di proposte sistematicamente rimaste ad invecchiare nei cassetti senza nemmeno l'avvio dell'esame di merito nelle competenti Commissioni.

In tale scorrere di anni sono emersi nuovi profili del problema che, ingigantendosi, hanno finito col dare una sconsolata sensazione di irrimediabilità. Nella scia di tale sensazione va collocata la recente intervista resa a *L'Unità* da Stefano Tilli, *sprinter* romano degli anni '80: «Io sono molto disilluso, non credo che sia possibile debellare il *doping*» ha affermato il velocista italiano.

A tracciare un arco sufficientemente ampio entro cui collocare una analisi sia pur succinta del fenomeno, si presta una vecchia (scherzosa) intervista di Mario Ferretti a Fausto Coppi, riproposta di recente da «Radio Anch'io». Alla domanda di cosa contenesse la borraccia segreta che ogni corridore portava nella tasca posteriore dei calzoncini, l'indimenticato campione rispose: «La bomba!». Alla richiesta di chiarimento di cosa fosse la bomba Coppi aggiunse: «La bomba è un paio di gambe di ricambio, composte di ingredienti segreti, come la

simpamina e la fiducia che la bomba funzioni... Tutti la prendono e a quelli che dicono di non prenderla è meglio non avvicinarsi con un fiammifero acceso» .

Si potrebbe continuare la rassegna di opinioni e convinzioni di personaggi, anche autorevoli, del mondo dello sport senza, però, la possibilità di ricavarne la risultante di convinzioni univoche, ma solo collezionando critiche agli attuali metodi di controllo ed alle norme che vi presiedono fino alla loro connotazione di «controlli fantasma» o di «farsa».

Per chi non è estraneo al mondo dello sport, avendone conosciute le «ricchezze» e le «povertà», non è difficile cogliere la verità, non scritta, che è al fondo delle amarezze dei rassegnati o dei furori degli idealisti: una nuova legge, sia pure trapuntata con l'uncinetto della migliore capacità legislativa e tessuta col filo delle considerazioni più logiche, non potrà essere esaustiva senza il supporto di una educazione sportiva diversa.

Diciamo pertanto, subito, che il disegno di legge apprestato non mira ad un obiettivo tanto ampio; offre solo il contributo di una rielaborazione ed integrazione della normativa vigente ponendola al passo con i tempi sia sotto il profilo della evoluzione (peggiorativa) del problema, sia sotto quello dello sviluppo (migliorativo) dei mezzi e dei presidi che possono soccorrere un'azione preventiva o repressiva di quelle degenerazioni rappresentate da interventi esogeni e farmacologici, non giustificati da necessità terapeutiche, tendenti a modificare le prestazioni agonistiche o a mascherare gli effetti degli interventi e dei farmaci utilizzati a tale scopo.

Torna utile ricordare che l'Italia è stata una delle prime nazioni in grado di dotarsi di norme tendenti a conseguire tali obiettivi. La legge 26 ottobre 1971, n. 1099, rima-

ne a tutt'oggi l'unica nostra legge organica riguardante il settore della tutela sanitaria delle attività sportive, comprensiva anche di interventi diretti alla repressione del *doping*. Essa addirittura anticipò gli orientamenti della successiva legge 23 dicembre 1978, n. 833, in quanto, precorrendo tale statuzione, all'articolo 1 stabilì che «la tutela sanitaria delle attività sportive spetta alle regioni che la esercitano secondo un programma le cui finalità e contenuti corrispondono ai criteri di massima fissati dal Ministero della sanità con il concorso delle regioni stesse».

Ma l'ampiezza e la portata della citata legge n. 833 del 1978, attuativa delle deleghe e delle attribuzioni facenti capo agli articoli 117 e 118 della Costituzione, travolsero il suo contenuto svuotandolo dell'applicabilità e quindi, praticamente, ponendola in una condizione di decadenza di fatto. Ulteriori limiti all'applicabilità della legge n. 1099 del 1971 nacquerò da notevoli carenze ivi contenute: basti pensare che in essa la definizione di *doping* si desumeva dai «controlli anti-*doping*», mentre una prima «lista di sostanze da ricercare nei liquidi biologici» venne emanata solo dopo cinque anni dalla sua approvazione e non è stata mai aggiornata.

La vistosa conseguenza di tale stato di cose è che, dal 1971 ad oggi, il fenomeno del *doping* ha assunto, per estensione e contorni, il carattere di un vero e proprio «problema di salute pubblica» .

Per completezza di valutazioni bisogna anche dire che dal susseguirsi della iniziale legge n. 1099 del 1971 e dei successivi decreti ministeriali di individuazione delle sostanze capaci di modificare le energie naturali degli atleti, delle modalità di prelievo e dei metodi di analisi dei liquidi biologici, della disciplina d'accesso alle singole attività sportive, di determinazione delle materie fondamentali di insegnamento per quanto concerne i corsi per massaggiatori sportivi e della istituzione dei corsi di medicina per lo sport per laureati in medicina e chirurgia, qualcosa di positivo è pur rimasto. Ma è troppo poco di fronte all'ordine di

grandezza del problema, specie se si considera che:

la tutela sanitaria non è attualmente garantita a tutti i cittadini che desiderano accedere ad una attività sportiva e ciò in contrasto con il preciso dettato della legge n. 833 del 1978;

le regioni hanno legiferato solo in parte ed in difformità tra esse;

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

è stata affidata ai medici di base, generici e pediatri, il compito di stabilire una non meglio definita «idoneità» a questa o quella disciplina sportiva;

il ruolo svolto dalla Federazione medico sportiva italiana (FMSI) rimane anomalo e controverso: da un lato conserva per intero la connotazione di struttura organica al CONI e perciò legata alle norme di disciplina sportiva e non sanitaria, dall'altro viene caricata di compiti impropri, rispetto ai quali è obiettivamente insufficiente.

Esiste quindi, per l'Italia, l'esigenza di adeguare la propria legislazione a quelle più avanzate in ambito europeo, privilegiando i momenti preventivi, favorendo i fini educativi e cogliendo, contemporaneamente, l'opportunità di dare un contributo (con una visione attuale del problema) per risolvere le questioni a tutt'oggi insolute.

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

A titolo informativo si riporta di seguito la definizione del Consiglio d'Europa del 1973 e la definizione della Commissione medica dell'*International Olympic Committee* (IOC) utilizzate alle 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 di 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 1985) adotta una definizione non soddisfacente: «Il *doping* nello sport consiste nell'impiego illecito di sostanze o di categorie di sostanze che sono state bandite dalle organizzazioni sportive (!) interessate».

È di tutta evidenza che ad una corretta definizione del *doping* non si possa arrivare se non attraverso la definizione del «reato di *dopings*», modernamente inteso rispetto alla complessità dei fenomeni che attualmente ne determinano la natura.

Fin dalla antichità si è fatto ricorso a vari metodi, sia pure rudimentali, nel tentativo di migliorare le prestazioni psicofisiche dell'atleta. La malintesa autonomia dello sport ha fatto sì che le autorità sportive si assumessero il compito di inserire il *doping* tra gli «illeciti sportivi» e di ricorrere a misure di tipo repressivo volte più a colpire il singolo che il fenomeno.

Il problema, per ampiezza, deborda da siffatta ottica dualistica in quanto comprende casi di somministrazione personale (autosomministrazione), del passaggio di «sostanze» dall'allenatore o dal massaggiatore all'atleta, di metodi e programmi di allenamento integrati dal concorso di interventi psicologici e medico-scientifici il più delle volte incontrollati perchè incontrollabili (autoemotrasfusione).

Nella realtà attuale le condizioni sociali ed economiche sottese alle competizioni sportive risultano ampiamente modificate rispetto al passato. È difficile immaginare, oggi, un atleta che «partecipa e vince» per

sè: dietro di lui e dietro la sua affermazione operano e si agitano interessi economici e di immagine notevolissimi.

È questa l'affezione che avvilisce e svilisce lo sport facendolo degenerare in spettacolo artefatto e che diventa, anche, un reato sportivo perpetrato ai danni dei cittadini-spettatori.

Ma il *doping* è anche reato contro la salute e l'integrità biologica.

L'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività.

Il codice penale, poi, con gli articoli 582, 583 e 590, prevede e sanziona il cagionamento doloso o colposo di malattia e, nei casi di durata della stessa superiore ai dieci giorni, surroga la procedibilità per querela di parte con la procedibilità d'ufficio.

I picchetti normativi innanzi richiamati delimitano una vasta area di intervento legislativo in materia di salute, ma, perchè le norme operino nei confronti dell'impiego di sostanze dopanti, è necessario procedere a talune focalizzazioni ed interpretazioni in grado di eliminare i persistenti equivoci.

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 da ritenersi una «lesione personale» giacchè, non avvenendo in funzione terapeutica (che ne giustifichi l'impiego) non può che prevalere la funzione tossica che ogni sostanza a ciò finalizzata possiede. La lesione deve ritenersi, poi, «aggravata» se le sostanze sono assunte o somministrate in dosaggi superiori alla norma e con modalità non aderenti a quelle prescritte dalle farmacopee ufficiali. Tale assunto è da porre in relazione alle consolidate dimostrazioni cliniche e sperimentali ed è particolarmente valido per le sostanze farmacologiche ed altri mezzi (quali l'autoemotrasfusione) più comunemente impiegati in ambito sportivo.

Il diritto all'integrità biologica, come espressione concreta di un problema etico, è stato sempre più aggredito dall'accelerazione di una ricerca biomedica che non ha risparmiato le sue applicazioni neanche in ambito sportivo.

Se l'uso del *doping* prescinde dal fabbisogno terapeutico dell'atleta, è di tutta evidenza 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 dei singoli soggetti.

L'atleta «in uscita» da un fase di allenamento o da una gara, è un uomo «naturalmente» modificato: nei grandi sistemi, nei muscoli, nelle connessioni neuro-muscolari, nei sistemi enzimatici sub-cellulari. Un intervento scientifico volto a favorire questi processi di adattamento deve ritenersi legittimo solo nel caso in cui miri alla conoscenza, alla rimozione di ostacoli, anche psicologici, alla collettivizzazione dei risultati. Ogni altro intervento della scienza che interferendo, manipolando, introducendo farmaci e mezzi esterni o coartando psicologicamente maschera e rende irriconoscibile quel limite biologico che si tende a superare, deve essere posto sotto controllo ed inibito.

Pertanto, sotto tali aspetti il *doping* giuridicamente si configura anche come reato contro il diritto alla integrità biologica e psichica e alla naturale evoluzione dei complessi fenomeni di adattamento che si manifestano durante la prestazione atletica.

Sulla base delle considerazioni sin qui svolte è stato possibile, quindi, procedere alla definizione di *doping* (di cui all'articolo 1), alla definizione di intervento esogeno (articolo 2), alla individuazione delle utilizzazioni consentite (articolo 3), alla formulazione di disposizioni per i controlli ed i criteri di individuazione degli interventi esoge-

ni (articoli 4 e 5), alla previsione di integrazioni dei regolamenti degli enti sportivi (articolo 6), alla previsione di sanzioni (articoli 7, 8 e 9), alla estensione delle sanzioni per i fornitori di sostanze vietate (articolo 10), alle disposizioni per gli enti privati (articolo 11), alla integrazione del Comitato interministeriale di cui all'articolo 19 della legge 11 marzo 1988, n. 67, per la lotta al *doping* ed alle sue funzioni (articoli 12 e 13), ai compiti delle regioni (articolo 14), ai compiti della Federazione medico sportiva italiana (FMSI) (articolo 15), agli oneri connessi all'esecuzione dei controlli ed alla copertura della spesa (articoli 16 e 17).

Si è cercato, così, di ricondurre ad un criterio unitario e di maggiore efficienza sul piano operativo, un insieme di esigenze che attualmente appaiono estremamente disaggregate e non soddisfatte, vestendole con un dettato normativo congruente.

Sport e salute costituiscono diritti inalienabili dei singoli soggetti. Il *doping* ha minato in profondità questi diritti e la velocità, con cui la ricerca biomedica continua a sopravanzare la capacità di contenzione normativa del fenomeno, rischia di rendere impossibile il loro recupero e la loro collocazione al centro dell'interesse del legislatore in fatto di concreta tutela della unicità psicofisica e morale dei soggetti.

In conclusione, con il disegno di legge che segue, si è inteso contribuire a ricostruire un rapporto etico tra sport e salute: quanto basta per rivolgere al Parlamento un appello a dividerne i valori che lo animano ed alla sua approvazione in Aula.

## TABELLA A

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, 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

## TABELLA B

## LE «BOMBE» CHIMICHE

## STIMOLANTI - (Caffeina, Efedrina, Anfetamine, Cocaina)

*Effetti* - Spostano la soglia della fatica. L'anfetamina (in auge negli anni '60) permette di dare il 100% ma non aumenta le capacità fisiologiche dell'atleta.

*Rischi* - Aritmie cardiache, anoressia, collassi cardiocircolatori.

## ANALGESICI - (Codeina, Morfina, Metadone)

*Effetti* - Annullano le sensazioni di dolore e di fatica (anche in caso di infortunio). Sono *doping* se ingeriti in dosaggi elevati.

*Rischi* - Conseguenze sull'apparato respiratorio.

## ORMONI PEPTIDICI - (Gonadotrofina, Eritropoietina)

*Effetti* - Stimolano la produzione di globuli rossi aumentando il contenuto di emoglobina e il V02Max (Massimo consumo d'ossigeno) dell'atleta.

*Rischi* - Il sangue diventa più spesso e concentrato. Fenomeni da infarto.

## BETA-BLOCCANTI - (Atenolo)

*Effetti* - Rilassano il sistema nervoso. Usati negli sport di precisione e nell'automobilismo (i piloti al via hanno anche 200 battiti cardiaci al minuto) dove occorre ridurre la tensione mantenendo lucidità.

*Rischi* - Rallentamento del battito cardiaco, abbassamento della pressione, svenimenti.

## STEROIDI ANABOLIZZANTI - (Stanozolo, Testosterone)

*Effetti* - Aumentano la potenza e la massa muscolare. Da soli non aumentano le capacità fisiologiche dell'atleta, ma consentendo di allenarsi di più, fanno aumentare nel tempo anche le capacità.

*Rischi* - Atrofie testicolari, impotenza (dovuta all'assunzione dell'ormone specifico, il testosterone) ciclo irregolare nelle donne. Aumento dei grassi nel sangue, con rischi cardiocircolatori.

## IL DOPING NEI VARI SPORT

ATLETICA LEGGERA	Anabolizzanti (velocità, salti, lanci) - Eritropoietina (fondo)
AUTOMOBILISMO	Beta-bloccanti - Anabolizzanti e anfetamine
BOXE	Anabolizzanti e anfetamine
CALCIO	Anabolizzanti e anfetamine
CICLISMO	Anabolizzanti ed Eritropoietina (negli anni '60 anfetamine)
NUOTO	Anabolizzanti (gare veloci) - Eritropoietina (fondo e mezzofondo)
PALLACANESTRO	Anabolizzanti
PALLAVOLO	Anabolizzanti
SCI	Anabolizzanti (superG., discesa) - Beta-bloccanti (slalom speciale) - Eritropoietina (sci nordico)
TIRO	Beta-bloccanti

## TABELLA C

*Uso di farmaci dopanti secondo 1015 atleti italiani analizzati ad hoc attraverso una indagine condotta con la DOXA*

Classe di farmaci dopanti	Percentuale «stimata» di utilizzo dei farmaci a scopo di <i>doping</i>	
	Frequente	Occasionale
Anfetamine .....	11%	27%
Steroidi anabolizzanti .....	16%	26%
Beta-bloccanti .....	2%	6%
Autoemotrasfusione .....	7%	25%



**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Definizione di doping)*

1. Costituisce *doping* l'utilizzazione da parte dell'atleta professionista o dilettante di interventi esogeni, di mezzi e di metodi, anche psicologici, posti in atto con l'intento di migliorare le prestazioni al di fuori dell'adattamento fisiologico indotto con l'allenamento.

2. È considerato altresì *doping* l'uso di sostanze o di metodi per modificare i risultati dei controlli di cui all'articolo 5.

3. Il *doping* si configura come reato contro il diritto alla integrità psichica e biologica e alla naturale evoluzione dei complessi fenomeni di adattamento fisiologico alle attività motorie ed è perseguito secondo quanto previsto dalla presente legge.

4. La lesione personale deve ritenersi aggravata se le sostanze sono assunte o somministrate ed i trattamenti o gli interventi effettuati in dosaggi superiori alla norma o con modalità non aderenti alle prescrizioni delle farmacopee ufficiali.

## Art. 2.

*(Definizione di intervento esogeno)*

1. Si intende per intervento esogeno l'assunzione o la somministrazione, sotto qualsiasi forma, di sostanze o preparati sintetici o naturali nonchè i trattamenti, anche psicologici, capaci di determinare nel ricevente una o più variazioni funzionali, per interferenza delle loro proprietà o dei loro effetti con quelli della sostanza vivente, non giustificati da necessità terapeutiche ed in grado di alterare, al di fuori dell'adattamento naturale conseguibile con l'allenamento, le proprietà biologiche e psichiche del soggetto.

2. Ai fini della presente legge si intende altresì intervento esogeno ogni pratica o metodo o programma di allenamento integrati dal concorso di atti medico-scientifici o sperimentali che impieghino sostanze, anche non acquisite dalle farmacopee ufficiali, ma già patrimonio di acquisizioni scientifiche sperimentali.

Art. 3.

*(Utilizzazione consentita)*

1. In presenza di condizioni patologiche, o fisiopatologiche, accertate e certificate dal medico, all'atleta può essere prescritto da soggetti abilitati, ed attuato, qualsiasi trattamento rispondente alle modalità ed ai dosaggi indicati dalle farmacopee ufficiali; in tal caso l'atleta ha l'obbligo di comunicare, prima della gara, agli organizzatori, l'avvenuta assunzione di sostanze ed i trattamenti effettuati a scopo terapeutico e di rendere disponibile, a richiesta delle autorità competenti, la relativa documentazione. Se tale comunicazione non avviene, l'assunzione delle sostanze ed i trattamenti effettuati sono puniti ai sensi dell'articolo 7.

Art. 4.

*(I controlli anti-doping)*

1. Il Comitato interministeriale di cui all'articolo 12 stabilisce i criteri per individuare con mezzi clinici, strumentali o di laboratorio l'avvenuto utilizzo delle sostanze e degli interventi esogeni di cui agli articoli 1 e 2, compresi i metodi dopanti.

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

3. Fino alla prima emanazione della lista di cui al comma 2 rimane valido il più recente elenco di sostanze predisposto dal Comitato internazionale olimpico (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 interministeriale di cui all'articolo 12.

2. I controlli sono eseguiti:

a) in aderenza alle norme più rigorose fissate in ambito internazionale anche da regolamenti sportivi;

b) in aderenza alle norme fissate per le singole specialità dallo stesso Comitato interministeriale in occasione di gare dilettantistiche e professionistiche 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, con il fondato sospetto dell'impiego di sostanze farmacologiche assunte dall'atleta al di fuori di una specifica indicazione terapeutica;

d) su richiesta, da parte di autorità sanitarie, di controlli supplementari da effettuare a cura delle federazioni ed enti sportivi pubblici e privati.

3. Sono responsabili dei controlli clinici e dei prelievi dei liquidi o dei tessuti organici gli specialisti in medicina dello sport, in medicina legale, in medicina del lavoro ed i medici sportivi ricompresi in un lista regionale che deve essere riconosciuta con decreto del Ministro della sanità.

4. Le federazioni e gli enti sportivi, pubblici e privati, consentono in ogni momento l'esecuzione dei controlli di cui al presente articolo, di cui si assumono l'onere economico.

5. Il responsabile dell'esecuzione dei controlli di cui al presente articolo comunica, entro ventiquattro ore, i risultati delle indagini risultate positive alle autorità giudiziarie ed alle autorità sportive, ovvero i casi di fondato sospetto di impiego di sostanze o di interventi esogeni al di fuori di una specifica prescrizione terapeutica.

6. Il giudice accerta le responsabilità del caso di *doping* segnalato ai sensi del comma 5 ed applica le sanzioni previste dalla presente legge.

7. Le autorità sportive rendono pubblico l'esito dei controlli anti-*doping* ed applicano le sanzioni di propria competenza.

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, con provvedimenti autonomi, le quote di finanziamento annuo ad esse spettanti. Se l'inadempienza riguarda un numero di federazioni superiori a dieci, lo Stato può ridurre, secondo i criteri generali stabiliti dal Comitato interministeriale, i contributi pubblici destinati al CONI fino al completo adeguamento alle disposizioni di cui al comma 1.

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 nelle condizioni di cui all'articolo 1 o che rifiuti di sottoporsi ai controlli di cui all'articolo 5 è punito con la multa da lire 1 milione a lire 5.000.000.

2. All'atleta si applicano, altresì, le sanzioni previste dal CIO, per quanto di competenza dell'autorità sportiva.

Art. 8.

*(Sanzioni per esercenti  
la professione sanitaria)*

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 fisiche o sportive, prescrive o fornisce all'atleta farmaci contenenti talune delle sostanze vietate o esegue altri interventi esogeni è punito con la multa da lire 10 milioni a lire 100 milioni, ove il fatto non costituisca reato più grave.

2. Nei casi di lesione personale aggravata, di cui al comma 4 dell'articolo 1, il medico o l'esercente ad altro titolo la professione sanitaria è punito con la reclusione da 1 a 3 anni ove il fatto non costituisca reato più grave.

3. La condanna di cui al comma 2 è notificata anche all'ordine o al collegio professionale di appartenenza per l'adozione dei conseguenti provvedimenti disciplinari di sua competenza.

Art. 9.

*(Sanzioni per il farmacista)*

1. Il farmacista che, in assenza di specifica ricetta, fornisce, anche a titolo gratuito, farmaci compresi nelle definizioni degli articoli 1 e 2 e nella lista di cui al comma 2 dell'articolo 4, è punito ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 8 e la relativa condanna è comunicata all'ordine professionale, cui il soggetto sottoposto alla sanzione appartiene, che ne cura la pubblicazione su due quotidiani a diffusione nazionale oltre all'adozione dei conseguenti provvedimenti disciplinari di propria competenza.

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 ove il fatto non costituisca reato più grave.

3. La condanna è comunicata all'ordine professionale, cui il soggetto sottoposto alla sanzione appartiene, per l'adozione dei conseguenti provvedimenti disciplinari di propria competenza.

#### Art. 10.

##### *(Illecita fornitura di sostanze vietate)*

1. Chiunque illegittimamente fornisce, anche a titolo gratuito, le sostanze di cui agli articoli 1, 2 e 4 o ne favorisce comunque l'utilizzo, è punito con la reclusione da uno a tre anni.

2. La pena di cui al comma 1 è aumentata di un terzo se il reato previsto dallo stesso comma 1 è commesso da un dirigente di società o di associazione sportiva; in tal caso alla condanna segue la decadenza dalla carica.

3. La pena di cui al comma 1 è aumentata del doppio se il reato è commesso nei confronti di un minore di anni diciotto o abbia prodotto le lesioni aggravate di cui al comma 4 dell'articolo 1, salvo che il fatto non costituisca reato più grave.

4. Chiunque detiene, manipola, distribuisce, trasporta farmaci o sostanze riconosciute dopanti, non essendo in possesso di una specifica autorizzazione rilasciata ai sensi del diritto nazionale e comunitario, è punito con la reclusione da uno a tre anni.

#### Art. 11.

##### *(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 5 milioni a lire 50 milioni ed alla sospensione

della licenza di esercizio per un anno ove il fatto non costituisca reato più grave anche in ordine alle conseguenze derivanti o indotte dalla mancata osservanza.

Art. 12.

*(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).

2. Il Ministro della sanità provvede, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, all'attuazione di quanto previsto dal comma 1.

Art. 13.

*(Funzioni del Comitato interministeriale)*

1. Il Comitato interministeriale di cui all'articolo 12 provvede a determinare, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri attraverso i quali effettuare i controlli anti-doping; 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 14 ad effettuare i controlli; coordina l'attività dei centri regionali e tiene il registro nazionale dei controlli. Il Comitato suggerisce, inoltre, agli organi istituzionali preposti, programmi educativi,

preventivi e riabilitativi e si esprime sui progetti di ricerca clinica e sperimentale riguardanti la biologia e la medicina dello sport.

Art. 14.

*(Centri regionali  
e servizi territoriali)*

1. Le regioni, singole o associate, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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;

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 nonchè, 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 5 per cento del fondo globale.

3. In applicazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e della legge 23 ottobre 1985, n. 595, le regioni, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, entro centoventi 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, compresi 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 al presente articolo.

#### 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 strutture sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

#### Art. 16.

##### *(Oneri connessi all'esecuzione dei controlli)*

1. Per l'espletamento dei controlli le regioni stabiliscono apposito tariffario aggiornabile annualmente, sentito il Comitato interministeriale di cui all'articolo 12.

2. Le regioni partecipano alla spesa necessaria all'esecuzione delle indagini cliniche e di laboratorio, per quanto attiene alla organizzazione, alla dotazione strumentale

e all'impiego del personale necessario con oneri a carico dei rispettivi bilanci.

3. I costi relativi alle singole prestazioni di laboratorio, così come stabiliti da apposito tariffario regionale, sono a carico delle organizzazioni sportive di appartenenza.

4. I rapporti giuridici ed economici delle organizzazioni sportive con le regioni e con le strutture sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

#### Art. 17.

##### *(Copertura finanziaria)*

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, pari a lire 5 miliardi in ragione d'anno, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1996-1998, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per il 1996, all'uopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro.

2. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.



