

**Cass. 29 settembre 2009 n. 38154**

**Attività sportiva – Tutela sanitaria dell’atleta – Erronea certificazione d’idoneità  
– Responsabilità della struttura certificante – Responsabilità solidale della  
Federazione – Obbligo di tutela medico-sportiva dell’atleta**

*In caso di erroneo rilascio di certificazione medica, la Federazione è responsabile solidalmente, per responsabilità contrattuale e vicaria, con il medico esterno alla sua struttura associativa per la posizione di garanzia in ordine alla tutela medico-sportiva, discendente da obbligazione assunta nei confronti dell’atleta all’atto di tesseramento.*

**LA RESPONSABILITÀ DELLE FEDERAZIONI SPORTIVE  
NAZIONALI PER ERRONEA CERTIFICAZIONE DELL’IDONEITÀ  
SPORTIVA RILASCIATA PRESSO STRUTTURE SANITARIE  
ESTERNE ALL’ATLETA DILETTANTE**

*di Ruggero Stincardini\* e Alessio Piscini\*\**

SOMMARIO: 1. Il fatto e lo svolgimento del processo – 2. Riflessioni sulla qualificazione giuridica del rapporto di tesseramento e conseguente disamina degli obblighi in capo alla FIGC – 3. La tutela sanitaria dei dilettanti tesserati nella Federazione Italiana Giuoco Calcio e il ruolo dai Centri Specializzati – 4. La responsabilità di cui agli articoli 1228 e 2049 c.c. – Conclusioni

**1.** La recentissima sentenza in commento ripropone due importanti, quanto attuali, problematiche.

---

\* Ruggero Stincardini è Avvocato del Foro di Perugia; Docente di Diritto civile e di Diritto Sportivo presso l’Università Telematica E-Campus, Docente Master di Diritto Sportivo sempre presso l’Università Telematica E-Campus, Docente del modulo di Diritto Sportivo (dell’insegnamento ufficiale di Elementi di Diritto), presso il Corso di Laurea in Interfacoltà Intercorso in Scienze Motorie e Sportive, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Perugia; Responsabile Affari Legali della Lega Nazionale Professionisti in Milano; Componente dell’European Social Dialogue in the Professional Football Sector, Membro del TAS-CAS di Losanna.

\*\* Alessio Piscini è Avvocato del Foro di Firenze; Docente Master in Diritto ed Economia dello

La prima è quella connessa al rapporto sussistente tra i tesserati e la Federazione Sportiva Nazionale (FSN) per la quale il tesseramento è operativo. La seconda è quella relativa alla fondamentale esigenza di tutela della salute degli atleti, tanto dilettanti quanto professionisti.

Un giovanissimo calciatore (Atleta) venne tesserato come dilettante dalla FIGC - Federazione Italiana Giuoco Calcio (Federazione) sulla base di una certificazione di idoneità sportiva rilasciata da un Centro di Medicina Sportiva (Centro Medico) nel quale collaborava un medico specialista cardiovascolare che, colposamente, non aveva diagnosticato una cardiomiopatia ipertrofica congenita, patologia che non consente la pratica sportiva, tant'è che il giovane Atleta, poi, perì tragicamente nel corso di una gara del campionato federale.

Rinviato a giudizio, il medico specialista cardiovascolare fu condannato dal Tribunale per il reato di omicidio colposo *ex* articolo 589 del codice penale, ritenuto che l'omessa diagnosi e la conseguente certificazione di idoneità sportiva costituivano sua colpa professionale riferibile a negligenza ed imperizia, e che tale condotta era eziologicamente legata all'evento morte, che non si sarebbe verificato qualora fosse stata denegata al giovane l'autorizzazione a disputare gare agonistiche. La condanna fu alla reclusione, nonché al risarcimento dei danni in solido con i due responsabili civili: il Centro Medico e la Federazione.

Il Tribunale individuò la responsabilità indiretta del Centro Medico sotto due profili: quello extracontrattuale nella *culpa in vigilando* *ex* articolo 2049 del codice civile per il fatto del preposto medico specialista cardiovascolare, e quello contrattuale *ex* articolo 1228 del codice civile in forza dell'obbligo del debitore di rispondere dei fatti colposi dei terzi propri ausiliari nell'adempimento dell'obbligazione.

Anche per la Federazione il Tribunale affermò la responsabilità indiretta sotto i medesimi profili degli articoli 2049 e 1228 del codice civile, per essersi essa avvalsa, ai fini della tutela medico-sportiva dell'Atleta che aspirava al tesseramento, delle prestazioni del medico specialista cardiovascolare, del quale ha fatto propria la scellerata certificazione.

La sentenza d'Appello confermò integralmente quella di prime cure, e venne ricorso per cassazione dai due responsabili civili.

La Federazione, tra l'altro e per quanto qui di interesse, dedusse avanti la Suprema Corte il difetto logico di motivazione (i) perché essa non ha poteri di direzione e di controllo sull'operato del personale dei presidi sanitari che operano in piena autonomia, ed ai quali la legge demanda il rilascio dei certificati di idoneità sanitaria all'esercizio dell'attività sportiva, (ii) perché non c'è prova del rilascio da parte della Federazione di una delega al Centro Medico al quale il giovane Atleta si era autonomamente rivolto, (iii) perché, relativamente all'ipotesi extracontrattuale, non c'è nel caso di specie alcun potere in capo alla Federazione di direzione e vigilanza sugli operativi del Centro Medico, ed infine (iv) perché, relativamente all'ipotesi contrattuale, difetta qualunque vincolo contrattuale tra il medico e/o il Centro Medico

e la Federazione.

La Suprema Corte, confermato il nesso eziologico tra la morte del giovane Atleta e la condotta colposa del medico, rigettò tutti i suddetti motivi e confermò tutte le condanne disposte dai giudici di merito.

**2.** Lo studio critico della sentenza esige una riflessione prodromica sulla qualificazione del rapporto di tesseramento e sugli obblighi che da esso discendono sulla Federazione Sportiva Nazionale.

Il vincolo di tesseramento è il principio fondamentale, necessario, ed imprescindibile nell'ordinamento sportivo per chi intende esercitare un'attività sportiva a livello agonistico organizzata da una FSN.

Il tesseramento costituisce dunque l'atto formale con il quale una Federazione Sportiva Nazionale conferisce al praticante l'abilitazione all'esercizio dell'attività sportiva agonistica nelle competizioni e gare ufficiali da essa organizzate.<sup>1</sup>

Le normative vigenti in materia di tesseramento sono dettate essenzialmente per far fronte alla necessità di identificare (seppur a vario titolo) i soggetti che partecipano all'organizzazione sportiva: dirigenti societari e federali, atleti, collaboratori, tecnici ed arbitri. Questo fondamentale bisogno si pone come necessario sia al fine di verificare il regolare e corretto svolgimento di gare, competizioni e campionati, sia a quello di regolamentare quanto più organicamente possibile i rapporti giuridici intercorrenti tra detti soggetti.

Sono quindi tesserati – al pari degli atleti – anche tutti gli altri soggetti che le rispettive FF.SS.NN. individuano nell'ottica delle esigenze di ordine e di buon funzionamento dell'apparato sportivo volto alla realizzazione degli scopi propri del CONI.

Sull'individuazione della natura giuridica del rapporto di tesseramento corrente tra una persona fisica, atleta o altro soggetto che sia, e l'ente federale, non c'è unanimità tra gli studiosi della materia che si dividono tra coloro che ne sostengono la natura pubblicistica e quelli che sostengono la natura privatistica.<sup>2</sup>

La tesi pubblicistica considera il rapporto di tesseramento alla stregua di un provvedimento amministrativo di ammissione in un'organizzazione, in virtù dell'intrinseco legame sussistente tra le norme (federali) che disciplinano l'istituto del tesseramento e le notevoli funzioni pubbliche affidate alle FF.SS.NN. Per i sostenitori della tesi pubblicistica le norme federali avrebbero quindi natura di norme di azione, e non di relazione, con la conseguenza che al richiedente il tesseramento è riconosciuto un semplice interesse legittimo, piuttosto che un diritto soggettivo.<sup>3</sup> La giurisprudenza dominante<sup>4</sup> sembra avallare questo orientamento

<sup>1</sup> G. VALORI, *Diritto nello sport: principi, soggetti, organizzazione*, Giappichelli, Torino, 2005.

<sup>2</sup> G. VALORI, *Diritto nello sport: principi, soggetti, organizzazione*, cit., 175.

<sup>3</sup> Sembra qui riproposta l'interessante dialettica sussistente tra norme di relazione e norme di azione (e, correlativamente di diritti soggettivi ed interessi legittimi). Le prime sono deputate alla disciplina dei rapporti intersoggettivi tra i privati, e tese pertanto alla delimitazione delle posizioni giuridiche di un soggetto in correlazione con (paritarie) posizioni giuridiche altrui. L'interesse tutelato in capo al soggetto legittima la norma stessa all'attribuzione di una posizione di vantaggio a costui rispetto ad altri consociati, delimitando le rispettive sfere giuridiche e

laddove, affermando che in capo al soggetto tesserato non sussiste un vero e proprio diritto soggettivo ma un mero interesse alla ratifica federale della sua domanda, riconduce il tesseramento nell'alveo dell'atto amministrativo nel senso proprio del termine, al punto che la Cassazione lo equipara ai provvedimenti di iscrizione - ammissione o di licenza.<sup>5</sup>

La tesi privatistica considera invece il tesseramento un atto contrattuale soggetto alla disciplina sulle associazioni, e quindi le richieste di tesseramento delle mere proposte negoziali non soggette ad alcun obbligo del destinatario di accettarle.

L'opzione dell'una o dell'altra tesi, comporta conseguenze ovviamente diverse in tema di responsabilità, di sanzioni, e di competenza processuale.

In tema di responsabilità, ad esempio, si applicheranno le norme civilistiche afferenti la lesione di diritti soggettivi nell'un caso, ovvero nell'altro caso quelle previste per la responsabilità amministrativa per la lesione di un interesse legittimo.

Così, nel campo processuale, la tesi privatistica colloca il rapporto sotto la giurisdizione del giudice ordinario, e la tesi pubblicistica lo colloca in quello del giudice amministrativo.

La contrapposizione tra le due tesi è generata dalla *vexata quaestio*, più volte dibattuta,<sup>6</sup> della natura giuridica delle Federazioni Sportive Nazionali che, per decenni, hanno vissuto in bilico tra la natura pubblicistica derivante dal legame organico con l'ente pubblico CONI,<sup>7</sup> e la natura privatistica consustanziale all'autonomia originaria dell'ordinamento sportivo, settoriale e sovranazionale.<sup>8</sup>

---

ponendo in capo allo stesso il potere di pretendere determinati comportamenti (diritto soggettivo). Le norme di azione, per contro, sono stabilite per l'esercizio del pubblico potere; esse nulla conferiscono al soggetto, se non quella posizione soggettiva (totalmente sconosciuta negli altri ordinamenti e chiamata interesse legittimo), in virtù della quale sorge una pretesa dello stesso all'osservanza delle norme vigenti da parte della PA, con riguardo al buon esercizio dei pubblici poteri che interferiscano con l'interesse (privato) in questione. In altre parole, diverso è il punto di partenza rispetto ai diritti soggettivi (esiste qua infatti un cd. rapporto di 'potestà - soggezione', poiché il privato che si trova a pretendere certi comportamenti dalla PA non può essere considerato in una posizione sostanziale di parità con la stessa), ma è diversa è pure la pretesa che il soggetto può vantare (concretizzandosi essa nella mera pretesa al rispetto, da parte della Pubblica Amministrazione, della normativa all'uopo dettata per il corretto esercizio dei pubblici poteri, che nel caso di specie protegge anche un interesse privato in capo al soggetto, *ma mai* scaturente nel potere di pretendere certi comportamenti in via diretta dalla PA). Molto ampia risulta essere la dottrina in merito a questa tematica; si veda su tutti B. CAVALLO, *Teoria e prassi della pubblica organizzazione*, Giuffrè, Milano, 2005; A.M. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, Jovene, Napoli, 1959; F. G. SCOCA, *Giustizia amministrativa*, Torino, Giappichelli, 2006; P. VIRGA, *Diritto amministrativo*, vol. II, Giuffrè, Milano, 1983; M. S. GIANNINI, *Diritto amministrativo*, vol. I, Giuffrè, Milano, 1993.

<sup>4</sup> Cass., sez. un., 9 maggio 1986, n. 3091, ampiamente trattata nel lavoro di V. FRATTAROLO, *L'ordinamento sportivo nella giurisprudenza*, Milano, Giuffrè, 1995, 125.

<sup>5</sup> Cass., sez. un., 9 maggio 1986, n. 3091.

<sup>6</sup> A. PISCINI, *Il tesseramento di un atleta: natura giuridica dell'atto e dei vincoli conseguenti*, FIGC-LPSC e Fondazione Franchi, Roma, 2003, 40.

<sup>7</sup> L'articolo 1 della Legge 16 febbraio 1942 n. 426 stabilisce: «sono organi del CONI la Federazione Italiana di Atletica leggera, la Federazione Italiana Sport Invernali, e via dicendo». Tale interesse dello Stato per lo sport olimpico è un *unicum* nel mondo occidentale.

<sup>8</sup> Così M.S. GIANNINI, *Prime osservazioni sugli ordinamenti sportivi*, in *Riv. Dir. Sport.*, 1949, 1.

Nel 1999, il Decreto Legislativo 25 luglio 1999 n. 242 (meglio noto come «Decreto Melandri») sembrava aver definito la questione affermando espressamente che le Federazioni Sportive Nazionali hanno «personalità giuridica di diritto privato».<sup>9</sup> L'affermazione è però rimasta isolata rispetto all'impianto del Decreto Melandri che fondandosi sul mantenimento della qualifica di ente pubblico del CONI<sup>10</sup> ha comunque dovuto affermare che le FF.SS.NN. «svolgono l'attività sportiva in armonia con le deliberazioni e gli indirizzi del CIO e del CONI, anche in considerazione della valenza pubblicistica di specifici aspetti di tale attività».<sup>11</sup> Simile – ibrida – impostazione ha determinato la perpetuazione della c.d. tesi mista che afferma la possibilità per un soggetto privato (*id sunt* le FF.SS.NN.) di far parte di un modello o di un sistema della Pubblica Amministrazione, al cui vertice è l'ente pubblico di cui il soggetto privato fa parte e ne condivide le finalità (*id est* il CONI).<sup>12</sup>

L'elezione dell'una piuttosto che dell'altra soluzione teorica, determina l'applicazione nei rapporti tra le Federazioni e le sue componenti dei principi di diritto pubblico, ovvero di quelli di diritto privato. In particolare, per quanto riguarda la qualificazione dell'atto giuridico del tesseramento, relativamente alla identificazione dei diritti e dei doveri in capo ai singoli tesserati.

Se, infatti, l'atto di tesseramento assume valenza di ammissione alla Federazione quale membro (*recte*, come da dominante dottrina, «atto di adesione»),<sup>13</sup> allora al tesserato spetteranno diritti e obblighi di ogni associato, ai sensi degli artt. 36 e ss. del codice civile, ivi compreso il rispetto integrale, da parte dell'ente, delle obbligazioni previste dalle carte federali. Se, al contrario, il tesseramento, nella sua peculiare natura trilatera,<sup>14</sup> costituisce atto di natura ammissiva (una sorta di autorizzazione) all'ordinamento di settore, non vi sarà alcun rapporto giuridico diretto tra il tesserato e la Federazione, rilevando, a fini privatistici, soltanto l'*affectio societatis* espressa nell'aderire alla singola società sportiva (o associazione).

La questione viene ulteriormente complicata dal legislatore con la successiva (rispetto al Decreto Melandri) devoluzione al Giudice amministrativo della competenza in materia di contenzioso «avente ad oggetto atti del Comitato Olimpico Nazionale Italiano o delle Federazioni Sportive».<sup>15</sup>

La prima giurisprudenza pareva fermamente convinta a mantenere le prerogative pubblicistiche delle Federazioni, comprendendo nella valenza pubblicistica atti ed

<sup>9</sup> Così l'articolo 15, comma secondo, del Decreto Melandri.

<sup>10</sup> Così l'articolo 2 del Decreto Melandri.

<sup>11</sup> Così l'articolo 15, primo comma, del Decreto Melandri.

<sup>12</sup> Cass., sez. un., 9 maggio 1986, n. 3091 e n. 3092, in *Riv. Dir. Sport.*, 1986, 192.

<sup>13</sup> M. COCCIA, A. DE SILVESTRI, O. FORLENZA, L. FUMAGALLI, L. MUSUMARRA, L. SELLI, *Diritto dello Sport*, Le Monnier, Firenze, 2003, 92.

<sup>14</sup> dovendosi effettuare «presso le società e le associazioni sportive riconosciute, tranne i casi particolari in cui sia consentito il tesseramento individuale»: così art. 30, comma primo, Statuto CONI e così è confermato dall'art. 39, Norme Organizzative Interne Federali della FIGC.

<sup>15</sup> Così l'art. 3 della Legge 17 ottobre 2003 n. 280, di conversione del Decreto Legge 19 agosto 2003 n. 220.

attività strettamente connessi all'ambito agonistico (con ciò, includendo di fatto la maggior parte dell'attività federale nel vincolo pubblicistico).<sup>16</sup>

Successivamente, però, la tesi opposta ha eroso progressivamente terreno sino ad affermare chiaramente la natura privatistica del rapporto tra tesserato e Federazione, rapporto ulteriore e autonomo quello già esistente con l'associazione sportiva. Definitivo, sul punto, è stato l'intervento delle Sezioni Unite della Suprema Corte, laddove stabilisce che «i provvedimenti delle federazioni sportive nazionali aventi per oggetto lo svolgimento di un campionato sportivo, nella parte riguardante il tesseramento degli atleti, non coinvolgono le deliberazioni e gli indirizzi fissati dal CONI, ma esauriscono la loro portata all'interno della federazione».<sup>17</sup>

Per molti, l'interpretazione privatistica del rapporto atleta-federazione, con configurazione del tesseramento come adesione a contratto associativo aperto,<sup>18</sup> è sicuramente un ampliamento di orizzonti dello sport italiano. Tale ampliamento ha però corollari – come quello oggetto della sentenza dibattuta – forse inaspettati dalle federazioni medesime.

**3.** La tutela della salute come diritto dell'individuo ed interesse della collettività è sancita dall'articolo 32 della Costituzione,<sup>19</sup> e trova primario riconoscimento anche nell'ambito dell'ordinamento sportivo, nel quale la promozione della salute di coloro che praticano attività sportiva costituisce principio ispiratore che permea l'intera normativa di settore, anche con riferimento a quella antidoping.<sup>20</sup>

La tutela della salute dell'atleta è un valore garantito anche da innumerevoli altre fonti legislative e regolamentari<sup>21</sup> che stabiliscono innanzitutto un controllo obbligatorio, preventivo e periodico dell'idoneità all'esercizio della pratica sportiva, differenziato a seconda che si tratti di attività non agonistiche (per il cui esercizio la normativa ritiene sufficiente un generico stato di buona salute fisica) o di attività agonistiche (per le quali è, invece, necessario un accertamento dell'idoneità fisica specifica allo sport che si intende praticare).

<sup>16</sup> Ad esempio, TAR Puglia-Bari, n. 3477/2001, in *Foro Amm.*, 2001, s.m., in punto di provvedimenti di promozione dei guardalinee nelle categorie superiori.

<sup>17</sup> Cass., sez. un., 1 ottobre 2003, n. 14666, in *Foro Amm. Cons. di Stato*, 2003, 93; da ciò era conseguita l'attribuzione al giudice ordinario della questione concernente l'impugnativa della deliberazione di ufficializzazione di una classifica di campionato nel quale avevano preso parte numerosi atleti a seguito di un presupposto tesseramento irregolare; si deve segnalare, tuttavia, la resistenza di alcune corti di merito, che ancora rilevano la competenza amministrativa in punto di diniego al tesseramento: Tribunale Trento, 12 dicembre 2008.

<sup>18</sup> A. PISCINI, *Il tesseramento di un atleta*, cit., 36.

<sup>19</sup> L'articolo 32 della Costituzione stabilisce espressamente «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

<sup>20</sup> M. TORTORA, *Diritto Sportivo*, Utet, Torino, 1998; M. SANINO, F. VERDE, *Il diritto sportivo*, Wolters Kluwer, Padova, 2008.

<sup>21</sup> Si pensi alla Legge 23 dicembre 1978 n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che all'art. 2.2, lett. e) recita espressamente «il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue la tutela sanitaria delle attività sportive» o ancora all'art. 2 della Legge 26

Nel panorama normativo italiano molteplici norme si sono successivamente occupate della tutela sanitaria delle attività sportive a tutti i livelli,<sup>22</sup> anche se i testi legislativi di riferimento attualmente in vigore rimangono essenzialmente il Decreto del Ministero della Sanità del 18 febbraio 1982 (per quanto riguarda l'attività agonistica), nonché quello del 28 febbraio 1983 (con riferimento all'attività non agonistica).

L'art.1, secondo comma, del suddetto disposto normativo riferibile all'attività agonistica (DM del 18 febbraio 1982) assegna alle Federazioni Sportive Nazionali, alle Discipline Sportive Associate, o agli Enti di promozione sportiva «la qualificazione agonistica o meno dell'attività esercitata», rimanendo esclusa dall'ambito applicativo della disciplina di riferimento quell'attività svolta fuori dall'ordinamento sportivo, ossia sottratta all'egida del CONI e delle Organizzazioni Nazionali riconosciute.

Risulta di tutta evidenza, quindi, che per le attività motorie poste in essere da soggetti non riconosciuti ai fini sportivi dal CONI ed alle quali partecipano dei non tesserati alle Federazioni non vi è l'obbligo della acquisizione preventiva della certificazione medica, con la conseguenza che tale obbligo non è correlato solo al tesseramento, ma all'inserimento o meno dell'ente organizzatore l'attività sportiva

---

ottobre 1971 n. 1099 che in questi termini si esprime: «*La tutela sanitaria si esplica mediante l'accertamento obbligatorio, con visite mediche di selezione e di controllo periodico, dell'idoneità generica e della attitudine di chi intende svolgere o svolge attività agonistico - sportive. Le visite mediche sono gratuite, tranne per coloro che svolgono professionalmente attività agonistica. Con decreto del Ministro per la Sanità, sentito il CONI vengono emanate, entro sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge, le norme regolamentari volte a disciplinare le modalità di esercizio della tutela per le singole attività sportive, con particolare riferimento all'età, al sesso e alla qualifica dilettantistica o professionistica di coloro che praticano le rispettive attività, nonché a prevedere i casi in cui sono obbligatorie le visite prima e dopo le gare in relazione al rischio e al carico al quale viene sottoposto l'atleta. I contravventori alle disposizioni contenute nel decreto di cui al precedente comma sono puniti, indipendentemente dalle sanzioni di carattere sportivo, con la sanzione amministrativa da Euro 50 ad Euro 500. Gli organi sanitari designati dalla Regione e, sino al termine stabilito nel secondo comma dell'art. 1, i medici provinciali, possono affidare il compito di effettuare le visite agli ufficiali sanitari, ai medici condotti, ai medici scolastici e ai medici della Federazione medico sportiva italiana proposti dal CONI, incaricando in linea prioritaria e preferenziale i sanitari che hanno una qualificazione in campo medico sportivo*».

<sup>22</sup> Legge 28 dicembre 1950 n.1055 e Legge 26 ottobre 1971 n. 1099 «*Tutela sanitaria delle attività sportive*»; D.M 5 luglio 1975 «*Disciplina dell'accesso alle singole attività sportive*»; D.M. 18 febbraio 1982 con norme integrative del D.M. 28 febbraio 1983 «*Norme per la tutela dell'attività sportiva agonistica e non agonistica*»; D.M 22 ottobre 1982 «*Tutela sanitaria dei giocatori di calcio*»; DM 15 settembre 1983 «*Tutela sanitaria dei ciclisti professionisti*»; DM 30 settembre 1983 «*Tutela sanitaria dei pugili professionisti*» Raccolte ed integrate nel successivo DM 13 marzo 1995 «*Tutela sanitaria degli atleti professionisti*» che riguarda i tesserati del settore professionistico delle seguenti Federazioni : Federazione Italiana Giuoco Calcio; Federazione Pugilistica Italiana; Federazione Ciclistica Italiana, Federazione Motociclistica Italiana; Federazione Italiana Golf; Federazione Italiana Pallacanestro. Il Ministero della Sanità, per adottare un comportamento normativo comune a tutte le Regioni, ha emesso la circolare 18 marzo 1996 n. 500.4 «*Linee guida per un'organizzazione omogenea della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica*».

nella struttura ufficiale della Federazione di appartenenza.

Sulla base della normativa richiamata, pertanto, gli atleti che debbono ottenere il Certificato di idoneità sportiva agonistica<sup>23</sup> sono coloro che praticano attività sportive qualificate agonistiche dalle Federazioni Sportive Nazionali, dal CONI, dagli Enti Sportivi riconosciuti ed i partecipanti alle fasi nazionali dei Giochi della Gioventù; mentre quelli per cui è sufficiente il Certificato di idoneità sportiva non agonistica (buona salute)<sup>24</sup> sono i praticanti attività sportive qualificate non agonistiche dalle Federazioni Sportive Nazionali, dal CONI, dagli Enti Sportivi riconosciuti ed i partecipanti alle attività scolastiche in orari extra-curricolari ed alle fasi precedenti quelle nazionali dei Giochi della Gioventù.

Il criterio per determinare il tesseramento agonistico di un atleta è, dunque, demandato ad ogni singola Federazione Sportiva Nazionale, nel contesto della propria potestà statutaria e regolamentare.

A differenza della certificazione di idoneità non agonistica che può essere rilasciata anche dal Medico di Base o dal Pediatra, le strutture preposte al rilascio dell'attestazione di idoneità agonistica, in relazione alle varie normative regionali, possono essere esclusivamente Centri ASL, Centri pubblici non ASL (es. Università), Centri privati convenzionati o accreditati e Specialisti convenzionati o accreditati, nell'ambito dei quali l'attestazione di idoneità è di esclusiva competenza del medico specialista in medicina dello sport ivi operante.

In considerazione della diversa finalità dell'accertamento, il certificato di idoneità sportiva non agonistica è generico non contenendo l'indicazione dello sport praticato (un unico certificato permette quindi la pratica di diversi sport non agonistici), diversamente da quello specifico di idoneità sportiva agonistica che reca

---

<sup>23</sup> La visita medica per l'accertamento ed il rilascio del certificato d'idoneità alla pratica di attività sportive agonistiche deve essere effettuata presso Centri di Medicina dello Sport delle Aziende Sanitarie Locali o da Centri FMSI convenzionati con la Regione o da altri centri medici privati accreditati presso la Regione che devono comunque rispettare determinati parametri stabiliti dalle normative regionali (essendo la materia di competenza regionale). La visita medica d'idoneità all'attività agonistica prevede l'effettuazione di alcune valutazioni, che essendo differenziato lo sforzo che viene richiesto in relazione allo sport praticato, sono state suddivise in due tipi di profilassi: esame tipo A (per attività sportive a basso impegno cardiocircolatorio dove pertanto non viene richiesto l'elettrocardiogramma sotto sforzo) ed esame tipo B (anamnesi, visita medica generale, valutazione spirografica, esame delle urine ed elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo); mentre per determinati sport ad alto rischio o per necessità di ulteriori verifiche possono essere richiesti ulteriori accertamenti per una valutazione più completa e sicura dell'idoneità del soggetto. Il certificato d'idoneità per attività agonistica ha validità annuale ad eccezione di alcuni sport in cui è prevista una validità biennale.

<sup>24</sup> La visita medica per attività sportive non agonistiche viene effettuata di norma dal medico di base il quale deve rilasciare il relativo certificato di «*stato di buona salute*»; il relativo certificato – che deve contenere in modo chiaro e leggibile il nome e cognome della persona, luogo e data di nascita, residenza, il numero di iscrizione al SSN e la dizione: «*il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio*» – va richiesto all'interessato al momento dell'iscrizione e partecipazione alla pratica sportiva, ha validità annuale decorrente dalla data del rilascio e dovrà essere conservato presso la sede dell'organizzazione sportiva per almeno 5 anni.



l'individuazione dello sport per il quale è stata concessa l'idoneità, potendo, quindi, essere utilizzato solo per quello specifico sport (anche se, in occasione della visita di idoneità, lo specialista può rilasciare tanti certificati quanti sono gli sport praticati).

L'obiettivo primario della visita medico-sportiva è di escludere la presenza di patologie o malformazioni che controindichino l'attività agonistica, vietandone *ex lege* la pratica.

Gli sport sono stati suddivisi in due tipologie, a seconda dell'impegno necessario, ovvero gli sport di tabella A, con impegno muscolare e cardio-respiratorio lieve o moderato, e gli sport di tabella B con impegno elevato, per i quali, in base alla tabella di appartenenza, vengono effettuati diversi tipi di accertamenti.<sup>25</sup>

Quando all'atto della visita di idoneità si verificano dubbi diagnostici, lo specialista può e deve far ricorso ad altri accertamenti per escludere la presenza di patologie che possano controindicare l'attività sportiva (il motivo più frequente di ricorso ad esami integrativi è quello cardiologico).<sup>26</sup>

Nel caso in cui lo specialista giudichi non idoneo l'atleta, quest'ultimo ha diritto di ricorrere alla Commissione Regionale di Revisione delle Non Idoneità Agonistiche, commissione presente in ogni Regione formata da diversi specialisti, che rappresenta quindi un giudizio di appello per eventuali non idoneità.

Si può, dunque, agevolmente concludere che se per l'accertamento dello stato di salute degli atleti esercitanti attività agonistica sono richiesti dettagliati controlli, demandati alle Federazioni Sportive Nazionali o agli Enti Sportivi Riconosciuti limitatamente allo sport di loro competenza, viceversa, per l'esercizio di attività sportiva non agonistica la normativa ritiene sufficiente un generico stato di «buona salute fisica».

L'articolo 7 della Legge 23 marzo 1981 n. 91<sup>27</sup> prevede poi ulteriori e più particolareggiati controlli per gli atleti professionisti, in ragione del maggiore sforzo fisico cui costoro sono chiamati in occasione delle proprie gare, nelle quali il livello di intensità è generalmente molto elevato.

---

<sup>25</sup> Sport di Tabella A (Visita medica, Esame completo delle urine, Elettrocardiogramma a riposo) per i quali la certificazione dell'idoneità può avere validità annuale (automobilismo velocità, motociclismo, motonautica, bob-slittino, tuffi) o biennale (automobilismo regolarità, bocce, golf, karting, arco, tamburello, tennis tavolo) e Sport di Tabella B (Visita medica, Esame completo delle urine, Elettrocardiogramma a riposo, Elettrocardiogramma dopo step-test, Spirometria) per i quali la certificazione dell'idoneità ha validità annuale (atletica leggera, baseball e softball, basket, calcio e calcio a cinque, canoa e kayak, canottaggio, ciclismo, ginnastica, hockey, judo, lotta, nuoto, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pesistica, rugby, scherma, sci, sport equestri e subacquei, tennis).

<sup>26</sup> In tali casi si può far ricorso ad ulteriori accertamenti, quali Esami cardiologici di secondo livello, Ecocardiografia, Test da sforzo massimale, Elettrocardiogramma dinamico 24h (Holter), Esami cardiologici di terzo livello, Ecocardiografia transesofagea, Studio potenziali tardivi ventricolari, Studio elettrofisiologico transesofageo, Studio elettrofisiologico endocavitario (Scintigrafia, risonanza magnetica, ecc.).

<sup>27</sup> L'articolo 7 della Legge 23 marzo 1981 n. 91 dispone testualmente «L'attività sportiva professionistica è svolta sotto controlli medici, secondo norme stabilite dalle federazioni sportive nazionali ed approvate, con decreto Ministeriale della sanità sentito il Consiglio sanitario

Sulla base della regolamentazione *de qua*, l'attività sportiva professionistica è subordinata al possesso da parte dell'atleta di una «scheda sanitaria» – aggiornata con periodicità almeno semestrale – che lo accompagna per l'intera durata della sua carriera sportiva professionista, ove sono annotati tutti gli accertamenti ed i controlli sanitari prescritti con menzione della esistenza di eventuali controindicazioni (anche temporanee) relative all'esercizio della pratica sportiva agonistica da parte dell'atleta (la compilazione di detta scheda è curata dalla Società di appartenenza in caso di sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato con la stessa, oppure dall'atleta per mezzo dei suoi medici personali qualora la sua attività sia regolata da un contratto di lavoro autonomo).

La dettagliata ed esauriente normativa sulla tutela della salute degli atleti nello sport professionistico non trova analogia corrispondenza nell'ambito dell'attività sportiva agonistica dilettantistica con la conseguenza che se gli accertamenti ed i controlli sugli atleti professionisti risultano impeccabili per periodicità ed efficienza, non può altrettanto dirsi per quelli effettuati su atleti che egualmente svolgono attività agonistica, ma che professionisti non sono.<sup>28</sup>

La ragione di una siffatta differenziazione di tutela fra atleti professionisti e dilettanti (nell'ambito di tutte le discipline sportive) e, quindi, di minor cautela nei confronti di coloro che – seppure non professionisti – svolgono attività agonistica sottoponendo così i loro fisici a notevoli sforzi e fatiche, va ravvisata, a giudizio di chi scrive, in una scelta/non scelta di politica legislativa che, nonostante lo sviluppo e la progressiva diffusione dello sport a livello dilettantistico, ha trascurato per lungo tempo di regolamentare nel settore dilettantistico la tutela sanitaria occupandosi principalmente di quello professionistico.<sup>29</sup>

Per quanto concerne l'attività calcistica, di rilevanza in questa sede, si richiamano

---

*nazionale, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le norme di cui al precedente comma devono prevedere, tra l'altro, l'istituzione di una scheda sanitaria per ciascuno sportivo professionista, il cui aggiornamento deve avvenire con periodicità almeno semestrale. In sede di aggiornamento della scheda devono essere ripetuti gli accertamenti clinici e diagnostici che sono fissati con decreto del Ministro della Sanità. La scheda sanitaria è istituita, aggiornata e custodita a cura delle società sportive, e per gli atleti di cui al secondo comma dell'art. 3 (coloro i quali posseggono un contratto di lavoro autonomo per la prestazione sportiva), detti oneri sono a carico degli atleti stessi. Le competenti federazioni possono stipulare apposite convenzioni con le regioni al fine di garantire l'espletamento delle indagini e degli esami necessari per l'aggiornamento della scheda. L'istituzione e l'aggiornamento della scheda sanitaria costituiscono condizione per l'autorizzazione da parte delle singole federazioni allo svolgimento dell'attività degli sportivi professionisti. Per gli adempimenti di cui al presente articolo le regioni potranno eventualmente istituire appositi centri di medicina sportiva».*

<sup>28</sup> In merito alla tutela della salute degli atleti, la Cass., sez. lav. 8 gennaio 2003 n. 85 ha affermato che la tutela della salute del giocatore – sia esso professionista o dilettante – è preliminare e propedeutica alle altre garanzie previste *ex lege*.

<sup>29</sup> Le certificazioni attestanti l'idoneità o meno devono essere conservate dalle società le quali hanno l'obbligo di sottoporre i propri tesserati a tali controlli medici nonché l'obbligo di informare immediatamente, a mezzo di lettera raccomandata, la Segreteria Federale, la Divisione od il Comitato competente, la Sezione Medica del Settore Tecnico, della accertata inidoneità alla pratica agonistica di un loro calciatore tesserato, di qualsiasi categoria, ai fini della tempestiva revoca del tesseramento.

in particolare le Norme Organizzative Interne Federali della FIGC (NOIF) che disciplinano la tutela medico sportiva, osservando che mentre l'articolo 43 (che si occupa dei principi generali) si applica a tutte le società (professionistiche e dilettantistiche), l'articolo 44 (che regola gli adempimenti e, quindi, i controlli) si applica alle sole società professionistiche, così prospettando una diversa forma di controllo dell'idoneità psicofisica dell'atleta a seconda che si tratti dei calciatori professionisti o dilettanti, prevedendo per quest'ultima categoria solo una formale verifica indiretta dell'idoneità tramite l'omologazione di certificazioni rese da strutture sanitarie esterne.<sup>30</sup>

Al riguardo, tuttavia, non può non rilevarsi come il quadro così delineato si ponga in contrasto con l'articolo 32 della Costituzione che sancisce il diritto alla salute come diritto fondamentale in capo ad ogni individuo – nonché con l'articolo 3 dello stesso testo costituzionale che stabilisce l'eguaglianza formale e sostanziale di ogni persona – non risultando giustificabile un diverso accertamento dello stato di integrità fisica di uno sportivo professionista rispetto a quello di uno sportivo dilettante, trattandosi di situazioni tra loro identiche essendo entrambi gli atleti persone umane come tali titolari dei diritti fondamentali sanciti nella nostra Carta costituzionale e nelle più importanti Convenzioni Internazionali.

Sarebbe, dunque, rigorosamente auspicabile un intervento del legislatore in *subiecta materia* che azzeri, o quanto meno riduca al minimo, il divario oggi sussistente tra la regolamentazione sanitaria concernente l'attività professionistica e quella riferibile all'attività dilettantistica, con ciò eliminando molte delle problematiche, anche di carattere ermeneutico, connesse agli eventi pregiudizievoli (molti con esito fatale) che colpiscono innumerevoli atleti dei campionati minori, che prima di essere tali sono persone umane. Senza entrare nel merito delle discipline sportive che, seppur formalmente inquadrate come dilettantistiche, svolgono invece attività

---

<sup>30</sup> A tale proposito, si evidenzia, altresì, come anche negli atti della LND (Lega Nazionale Dilettanti), in merito alla tutela della salute dei giocatori affiliati, vi sia solamente un rapido cenno all'obbligatorietà delle visite mediche di costoro e al generico fine di miglioramento della vita dei cittadini che lo sport dilettantistico si propone. Si confronti, in particolare, l'art. 3 lett. e) del Reg. LND nel quale si legge, tra gli obiettivi e le funzioni della FIGC (in maniera alquanto approssimativa), che «*la tutela medico sportiva e la prevenzione e repressione dell'uso di sostanze o di metodi che alterano le naturali prestazioni fisiche degli atleti*» (nessuna menzione è fatta, come può notarsi, sui metodi e le analisi che in dettaglio possano tutelare la salute dei giocatori). La «*Proposta della LND-FIGC di provvedimento legislativo in ordine alle società ed associazioni sportive dilettantistiche*», all'art.12 poi recita che «*Lo Stato, al fine di migliorare la qualità di vita dei cittadini, favorisce la promozione e l'incremento dell'attività fisica, in quanto finalizzata ad un corretto stile di vita, coinvolgendo anche i soggetti diversamente abili. L'attività sportiva, praticata a livello dilettantistico, è diretta anche alla salvaguardia della salute, mediante le visite mediche obbligatorie. Al fine di tutelare i diritti dei quali lo sportivo è titolare, si configurano quali specifici obiettivi della presente legge: a) Garantire agli sportivi lo sviluppo fisico nonché l'esercizio della pratica sportiva, secondo le proprie capacità individuali; b) Contrastare il fenomeno della dispersione sportiva e della conseguenziale inattività fisica; c) Armonizzare il rapporto tra gli sportivi e le associazioni sportive dilettantistiche, mediante l'adeguamento dei regolamenti, al fine del riconoscimento del diritto fondamentale, degli sportivi alla salute ed al suo mantenimento*».

sostanzialmente professionistica.<sup>31</sup>

**4.** Per una puntuale comprensione dell'*iter* logico-giuridico seguito dalla Suprema Corte per risolvere la controversia definita con la pronuncia in rassegna, non si può prescindere da una breve disamina dei principi generali sottesi ai profili di responsabilità ascritti al Centro Medico sportivo ed Federazione, sulla base delle disposizioni normative di cui agli articoli 1228 e 2049 del codice civile.

L'articolo 1228 c.c.<sup>32</sup> prospetta un'ipotesi di responsabilità contrattuale per coloro che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalgono dell'opera di terzi, i quali, nell'ambito delle mansioni assegnate, pongono in essere dei fatti dolosi o colposi, sotto un profilo tanto oggettivo quanto soggettivo.

Secondo la consolidata ricostruzione dogmatica dell'istituto, non tutti i soggetti della cui attività il debitore si avvale per l'adempimento della propria obbligazione sono suoi ausiliari, potendosi considerare tali soltanto coloro che agiscono su incarico del debitore medesimo, ed il cui operato sia assoggettato ai suoi poteri direttivi e di controllo, a prescindere dalla natura giuridica del rapporto intercorrente fra di loro e il ridetto debitore e non rilevando il fatto che l'ausiliario sia estraneo all'organizzazione strutturale/aziendale del soggetto che si avvale della sua opera.<sup>33</sup>

Ai fini dell'applicabilità della norma è, dunque, necessario che tra l'opera svolta dall'ausiliario e l'adempimento della prestazione dovuta dal debitore, sussista una connessione<sup>34</sup> in relazione alla quale l'opinione prevalente in dottrina ritiene non essere essenziale che il fatto dell'ausiliario costituisca esatta esplicazione dell'incarico conferitogli, potendo l'incarico essere soltanto l'occasione necessaria del fatto stesso, per cui il debitore è tenuto a rispondere dell'inadempimento derivante dalla condotta dell'ausiliario anche quando questi abbia abusato dell'incarico.

La disposizione *de qua*, sempre secondo il pensiero largamente diffuso fra gli interpreti della norma, risulta applicabile anche quando sia il creditore a compiere (od approvare) la scelta dell'incaricato tra il personale del debitore, ma non quando il creditore designi un soggetto estraneo all'organizzazione del debitore.

L'area della responsabilità per fatto altrui, con riferimento alla fattispecie sottoposta al giudizio della Cassazione, deve, poi, essere completata con la trattazione degli aspetti qui rilevanti, e concernenti la responsabilità extracontrattuale di cui all'articolo 2049 del codice civile.

Il disposto normativo richiamato, ripetendo l'antica formula dell'articolo 1385 *Code Napoléon*, afferma che i padroni ed i committenti sono responsabili per i

---

<sup>31</sup> Si consideri che allo stato attuale la deliberazione n. 469/1988 del CONI individua come attività professionistiche, secondo quanto disposto dall'art. 2 della citata Legge, solo quelle svolte nell'ambito delle seguenti Federazioni sportive nazionali: Calcio, Golf, Pallacanestro, Ciclismo, Motociclismo, e Pugilato. Per esclusione tutte le altre sono necessariamente federazioni dilettantistiche.

<sup>32</sup> L'art. 1228 c.c. espressamente dispone «*salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro*».

<sup>33</sup> Si vedano Cass., 16 gennaio 2006, n. 1698; Cass., 14 luglio 2004, n. 13066; Cass., sez. un., 26 febbraio 1999, n. 103 e Cass., 20 aprile 1989, n. 1855.

<sup>34</sup> Cass., 11 maggio 1995, n. 5150.

fatti illeciti compiuti dai loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze cui sono adibiti, stabilendo accanto alla responsabilità dell'autore dell'illecito, la responsabilità di un soggetto diverso che viene ad essere obbligato solidalmente con il danneggiante verso il terzo (leso dal fatto illecito altrui).

Tale previsione sistematica, considerata il modello della responsabilità indiretta, delinea una forma di responsabilità per fatto altrui obiettiva, ossia indipendente dalla colpa del padrone o del committente e per la quale non è ammessa alcuna prova liberatoria.<sup>35</sup>

Secondo l'orientamento giurisprudenziale consolidato,<sup>36</sup> siffatta responsabilità essendo fondata sul presupposto della sussistenza di un rapporto di subordinazione tra l'autore dell'illecito e il proprio datore di lavoro, nonché sul collegamento dell'illecito stesso con le mansioni svolte dal dipendente prescinde del tutto da una *culpa in eligendo* o *in vigilando*, relegandosi così nell'irrelevanza l'eventuale prova dell'assenza di colpa del padrone/committente.

Il fondamento di tale presunzione di responsabilità viene generalmente identificato nel rischio che, per solidarietà sociale, deve gravare sul preponente e che è giustificato dall'utilità che detto soggetto trae dall'attività commissionata, quale che sia il fine ultimo perseguito.

Con riferimento al presupposto indefettibile del collegamento tra il fatto dannoso del dipendente o del commesso e le mansioni agli stessi assegnate, è stata autorevolmente ritenuta – anche a livello giurisprudenziale – la non necessarietà di un vero e proprio nesso di causalità,<sup>37</sup> essendo sufficiente un rapporto di occasionalità necessaria, nel senso, cioè, che l'incombenza svolta abbia determinato una situazione tale da agevolare o rendere possibile il fatto illecito e l'evento dannoso,<sup>38</sup> anche se il dipendente abbia operato oltre i limiti delle sue incombenze (purché sempre nell'ambito dell'incarico affidatogli) così da non configurare una condotta del tutto estranea al rapporto posto alla base dello stesso,<sup>39</sup> realizzata per finalità coerenti<sup>40</sup> con quelle in vista delle quali le mansioni gli furono affidate.

Sempre secondo l'ormai consolidata ricostruzione operata dagli interpreti, l'applicazione della norma presuppone che il commesso agisca per conto del committente in virtù di vincolo di subordinazione, inteso in senso lato, anche al fine di tutelare posizioni meritevoli che diversamente rimarrebbero escluse dal campo di applicazione della norma stessa.

Al riguardo, si sostiene che è sufficiente un incarico di esecuzione di opere che importi un vincolo anche solo temporaneo e gratuito ed un collegamento ancora solo di occasionalità necessaria fra tale incarico e colui che nell'interesse del committente lo esegue, cui corrisponda un potere di direzione e sorveglianza da parte dello stesso committente, dovendosi prescindere, pertanto, dalla continuità

<sup>35</sup> M. FRANZONI, *L'illecito*, Giuffrè, Milano, 2004.

<sup>36</sup> Cass., 29 agosto 1995, n. 9100.

<sup>37</sup> Cass., 29 settembre 2005, n. 1967.

<sup>38</sup> Cass., 12 marzo 2008, n. 6632 e Cass., sez. lav., 6 aprile 2002, n. 4951.

<sup>39</sup> Cass., 24 gennaio 2007, n. 1516.

<sup>40</sup> Cass., 4 giugno 2007, n. 12939 e Cass., sez. lav., 18 ottobre 2006, n. 22343.

dell'incarico, nonché dal formalizzarsi di esso in contratti di lavoro, di collaborazione o simili ed essendo, invece, sufficiente che il contegno integrante l'illecito sia stato reso possibile o, comunque, agevolato dall'attività o anche dal solo atto demandato e poi compiuto sotto il potere di controllo del delegante.<sup>41</sup>

Si può quindi concludere, alla luce di una siffatta impostazione, che la responsabilità del committente (per fatto proprio dell'ausiliario) sussiste non solo in presenza di un rapporto contrattuale, ma anche in presenza di un rapporto effettuale che vincoli e/o ponga in relazione due soggetti, dei quali uno esplica, in posizione di subordinazione, un'attività per conto dell'altro, il quale conserva un potere di direzione o di sorveglianza sulla condotta del primo.<sup>42</sup>

**5.** Con la sentenza in epigrafe i Giudici della Suprema Corte, accertata la penale responsabilità del medico specialista (che, legato da un rapporto di collaborazione al Centro Medico, ha con colpa professionale riferibile a negligenza ed imperizia, omesso di diagnosticare – anche attraverso più approfonditi accertamenti strumentali – una patologia che non avrebbe consentito al giovane Atleta di praticare l'attività sportiva organizzata Federazione alla quale era tesserato e, quindi, attestato/certificato erroneamente l'idoneità del giovane stesso) hanno riconosciuto la solidale responsabilità civile del Centro Medico e della Federazione sulla base delle previsioni di cui agli articoli 1228 e 2049 c.c., seppur con motivazioni differenti riferibili alla peculiarità delle rispettive posizioni.

A giudizio di chi scrive, tale pronuncia – di certo innovativa non risultando precedenti analoghi in materia – pone delle interessanti criticità, che implicano dei risvolti rilevanti nell'ambito di riferimento, per quanto concerne l'affermata responsabilità della Federazione.

La Corte, in particolare, ha individuato la fonte della legittimazione passiva della Federazione quale responsabile civile – sotto il duplice aspetto della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale – sulla base della circostanza che il giovane Atleta, suo tesserato, stava, al momento dell'evento mortale, disputando una gara ufficiale nell'ambito di un Campionato federale.

Per quanto concerne, in particolare, il profilo della responsabilità contrattuale, è stato ritenuto sussistente un inadempimento contrattuale della Federazione dell'obbligazione assunta, e contrattualmente prevista, di garantire e tutelare sotto l'aspetto medico il giovane calciatore tesserato poi deceduto.

Ad una siffatta conclusione, la Corte, è giunta considerando che la FSN è un'associazione riconosciuta con personalità giuridica di diritto privato avente lo scopo di promuovere e disciplinare l'attività del gioco del calcio e gli aspetti ad essa connessi (così come previsti nell'art. 1 del proprio Statuto) e che mediante il tesseramento l'Atleta (vittima) era parte del vincolo contrattuale (contratto di adesione), in forza del quale entrambi i soggetti partecipano al raggiungimento di uno scopo comune cristallizzato proprio dallo Statuto all'art. 3 lett. e).

<sup>41</sup> Cass., 9 novembre 2005, n. 21685, Cass., sez. lav., 9 agosto 2004, n. 15362.

<sup>42</sup> Cass., 9 novembre 2005, n. 21685, Cass., sez. lav., 9 agosto 2004, n. 15362 e Cass., 22 marzo 1994, n. 2734.

Al riguardo, i Giudici hanno inoltre precisato che nella fattispecie non valeva ad escludere la responsabilità la circostanza che per l'accertamento dell'idoneità psicofisica dell'atleta appartenente alla categoria dei dilettanti fosse prevista (sulla base della prassi invalsa nel settore) solo una formale verifica indiretta dell'idoneità stessa tramite l'omologazione di certificazioni rese da strutture sanitarie esterne. Infatti, il controllo medico, se anomalamente o insufficientemente condotto dalle stesse, può e deve essere verificato in via diretta e successiva dai medici interni alla Federazione, in forza dell'adempimento dello scopo statutario della tutela medico sportiva di tutti gli atleti propri tesserati (a prescindere dalla categoria di appartenenza).

Con riferimento, invece, al profilo di responsabilità extracontrattuale, è stato ritenuto che nel caso in esame la Federazione, avendo deciso di avvalersi – ai fini della tutela medico-sportiva degli atleti dilettanti che intendessero accedere al tesseramento – delle prestazioni rese da sanitari esterni alla propria struttura, ha accettato e fatta propria la certificazione di idoneità dagli stessi rilasciata, rendendosi così responsabile per il fatto illecito colposo addebitabile al delegato a quella prestazione, non potendo ritenersi esonerata dal proprio obbligo integrante lo scopo statutario di tutela sanitaria.

La Corte ha poi chiarito che – pur potendo la Federazione iscrivere ed ammettere alla pratica sportiva solo atleti dilettanti muniti di certificazione di idoneità – si deve ritenere implicita la volontà dell'ente di delegare alle strutture ad esso esterne la realizzazione in concreto della finalità associativa della tutela medico-sanitaria, e di far propri, con ogni logica e giuridica conseguenza, gli accertamenti in tal modo delegati.

Alla luce delle considerazioni che precedono, può ragionevolmente concludersi che la pronuncia *de qua* – al di là della condivisibilità (che di certo può risultare soggetta a valutazioni critiche) dell'iter logico-giuridico che ha condotto i Giudici, a giudizio di chi scrive, ad ampliare la portata applicativa della normativa di riferimento, anche ricorrendo ad un'interpretazione estensiva delle disposizioni vigenti per l'individuazione della regolamentazione sanitaria dell'attività dilettantistica (si pensi, nella specie, agli articoli 43 e 44 NOIF), nonché degli articoli 1228 e 2049 c.c. per la configurazione delle forme di responsabilità ivi disciplinate – pone in luce, anche in un'ottica di bilanciamento di interessi, la assoluta ed urgente necessità di un intervento legislativo che in *subiecta materia* ne delinei in modo chiaro e completo i contorni in relazione all'attività dilettantistica e, comunque, l'esigenza di una riorganizzazione federale che, sempre in tale contesto, assicuri (anche mediante verifiche dirette interne) un'effettiva tutela dell'attività medico-sanitaria per tutte le categorie di atleti.

A prescindere, poi, dalla questione giuridica specifica (sulle corrette modalità di esecuzione dell'obbligo di tutela sanitaria degli sportivi dilettanti) e dalle ripercussioni pratiche, resta un incontrovertibile dato di fatto: il costringere le Federazioni Sportive Nazionali a comportarsi *tout court* come associazioni private, spogliandole della stampella organica del CONI, è, in ogni caso, una «bomba»

tirata (sin dal 1999) in un mare già agitato nel quale la profilante responsabilità vicaria nei confronti dei medici che certificano le idoneità dei dilettanti, non è che la punta di un iceberg che potrebbe (o dovrebbe?) trasformare definitivamente i metodi di gestione delle Federazioni medesime.