

Cassazione penale , sez. IV , 09/04/2019 , n. 24372

In tema di reati omissivi colposi gli obblighi impeditivi e di controllo che derivano dalla posizione di garanzia non vengono meno per il solo fatto che vi siano altri soggetti gravati da autonomi e concorrenti analoghi obblighi, e permangono fino a quando non si esaurisce il rapporto che ha legittimato la costituzione della singola posizione di garanzia. (Nella specie, in applicazione di tale principio, si è correttamente ritenuto che gli obblighi impeditivi gravanti sui medici sportivi di due squadre di calcio, intervenuti durante una partita in soccorso di un giocatore colpito da malore, non fossero venuti meno in ragione della presenza in campo del medico responsabile dell'unità mobile di pronto soccorso che in base a una convenzione aveva l'obbligo di prestare assistenza ai giocatori e agli spettatori, e del suo successivo intervento, perdurando, invece, sino al momento del caricamento del calciatore sull'ambulanza).

RITENUTO IN FATTO

1. La Corte di Appello di L'Aquila, con la sentenza indicata in epigrafe, in parziale riforma della sentenza di condanna resa dal Tribunale di Pescara in data 13.09.2016 nei confronti di M.V., S.E. e P.M., in riferimento al delitto di omicidio colposo, ha escluso il responsabile civile A.S.L. di Pescara, con revoca delle relative statuizioni civili, confermando nel resto.

Al S., quale medico sociale della squadra (OMISSIS), al P., quale medico sociale della squadra (OMISSIS) e al M., quale medico responsabile dell'Unità Mobile di pronto soccorso presente presso lo stadio comunale di Pescara ove era in corso una partita del campionato di serie B, si ascrive, agendo in cooperazione colposa, di avere cagionato la morte di Mo.Pi., calciatore professionista della squadra del (OMISSIS).

Nel confermare la valutazione del primo giudice, la Corte territoriale rilevava: che al 29 minuto di gioco, il calciatore Mo. si era accasciato al suolo, in stato di incoscienza; che il P. e il S., nel volgere di pochi secondi, erano intervenuti per soccorrere il giovane; che i due medici avevano ommesso di utilizzare il defibrillatore automatico che pure era disponibile sul campo di gioco ovvero di sollecitarne l'uso da parte di altro personale sanitario presente; che il M. si era portato presso il giocatore dopo circa due minuti e 47 secondi dal momento in cui si era verificato il malore, omettendo di assumere la guida dei soccorsi e, a sua volta, di utilizzare il defibrillatore; che il M., in particolare, aveva deciso di trasportare in ospedale il giocatore, senza che le condizioni cliniche fossero stabilizzate. In tal modo, secondo i giudici di merito, gli odierni imputati, agendo in violazione delle linee guida e dei protocolli applicabili ai casi di emergenza nell'ambito degli arresti cardiaci, non impedirono la morte del Mo., che sopraggiungeva alle ore 16.44 del 14 aprile del 2012, quando il paziente si trovava presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Pescara. La Corte di Appello chiariva, sulla base degli esiti dell'accertamento autoptico e delle indicazioni del collegio peritale, che la causa del decesso era da individuare in una fibrillazione ventricolare localizzata nel ventricolo sinistro; ed osservava che il defibrillatore esterno è un apparecchio in grado di erogare lo shock elettrico necessario in caso di fibrillazione ventricolare, efficace per il ripristino del normale ritmo cardiaco. Al riguardo, il Collegio evidenziava che il defibrillatore andava impiegato immediatamente, a scopo diagnostico oltre che terapeutico, stante le accertate potenzialità dello strumento. In riferimento alla imputazione causale dell'evento, la Corte di Appello osservava che la giovane età dell'atleta, l'esiguità dell'estensione cicatriziale riscontrata all'esame anatomopatologico e l'assenza completa di coronaropatia erano evenienze che inducevano a ritenere che l'evoluzione del quadro patologico del Mo., in caso di utilizzo del defibrillatore dopo 27 secondi dal malore, sarebbe stata favorevole. I giudici rilevavano infine: che i medici sportivi, a fronte dei sintomi manifestati dal calciatore, avevano l'obbligo di utilizzare direttamente il defibrillatore; e che il M., quale responsabile dell'unità Mobile di Pronto Soccorso, presente sul campo di gioco, aveva parimenti l'obbligo di intervenire in soccorso del giocatore; e che la sua condotta professionale era stata realizzata in frontale contrasto con le raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. I ricorsi impongono le considerazioni che seguono.

2. Si esamina, primieramente, l'eccezione processuale affidata al ricorso proposto nell'interesse di M.V., con la quale si denuncia la genericità del capo di imputazione e la mancata indicazione della fonte dalla quale deriverebbe l'obbligo impeditivo ommesso, ex art. 40 c.p..

Il rilievo non ha pregio.

La giurisprudenza di legittimità ha ripetutamente affermato che si ha sufficiente indicazione dell'enunciazione del fatto, delle circostanze aggravanti e di quelle che possono comportare l'applicazione di misure di sicurezza, qualora si abbia l'individuazione dei tratti essenziali del fatto di reato attribuito, dotati di adeguata specificità, sicchè l'imputato possa apprestare la sua difesa. A tale riguardo, si è considerato che la centralità del

discussione non rende necessaria una dettagliata imputazione (Sez. 6, n. 21953 del 01/04/2003, D'Zakaria e altro, Rv. 226273). In tale ambito ricostruttivo, si è rilevato che la contestazione deve contenere tutti i dati essenziali del fatto; e che il requisito della enunciazione del fatto in tanto può ritenersi carente, in quanto in concreto possa affermarsi che l'imputato non abbia potuto conoscere i tratti essenziali della fattispecie di reato, attribuitagli dall'accusa, sì da non potersene adeguatamente difendere (Sez. 3, n. 2853 del 08/09/1995, Beggiano; Sez. 3, n. 1222 del 02/02/1994, Rindi; Sez. 1, n. 382 del 19/11/1999, dep. 2000, Piccioni, Rv. 215140).

Per quanto detto, la contestazione deve contenere tutti i dati essenziali del fatto di reato, che, nelle fattispecie ad evento naturalistico, comprendono la condotta, l'evento ed il nesso causale. Conseguentemente, la prescrizione di cui all'art. 429 c.p.p., comma 1, lett. c), oggetto di esame in questa sede, può ritenersi soddisfatta soltanto se il capo di imputazione contenga l'enunciazione, in forma chiara e precisa, del fatto di reato, nei sensi ora chiariti.

Nel capo di imputazione che occupa la condotta colposa, omissiva ed attiva, ascritta a M.V., risulta indicata quale antecedente causale del decesso di Mo.Pi., per omesso impedimento dell'esito letale, nei termini che seguono: all'imputato M. si addebita, quale medico responsabile del servizio di soccorso del 118, di non essersi portato presso il calciatore colpito da malore con la tempestività richiesta dalla situazione di emergenza in atto; di essersi limitato ad eseguire la palpazione del polso carotideo, omettendo di utilizzare il defibrillatore automatico e di aver deciso di trasferire il paziente in ospedale, senza che lo stesso fosse in alcun modo stabilizzato. Con specifico riguardo ai profili di ascrivibilità colposa della condotta, nel capo di imputazione si precisa poi che l'azione del sanitario si pose in contrasto con la scienza medica e con le linee guida ed i protocolli di riferimento, che stabiliscono le corrette manovre terapeutiche e diagnostiche da eseguire in caso di emergenza nell'ambito degli arresti cardiaci (linee guida in materia di Basic Life Support).

E bene: osserva il Collegio che l'applicazione delle coordinate interpretative, sopra richiamate, induce a rilevare che i tratti essenziali del fatto di reato, oggetto della contestazione, risultano descritti in termini specifici e perciò sufficienti a garantire all'imputato la possibilità di esercitare il proprio diritto di difesa. Il capo di imputazione, invero, delinea i tratti della condotta colposa, precipuamente omissiva, ascritta al medico, indicando l'azione doverosa che doveva essere realizzata; e pone in correlazione causale tale comportamento antidoveroso con il decesso del calciatore, per omesso impedimento.

3. Tanto chiarito, è dato soffermarsi sulla questione relativa alla sussistenza di una posizione di garanzia in capo ai medici sociali S. e P. ed al medico del 118 M., dedotta da tutti i ricorrenti, rispetto al calciatore Mo., che, al ventinovesimo minuto della partita (OMISSIS) - (OMISSIS), ebbe ad accasciarsi al suolo in mancanza di alcuna situazione di gioco che potesse giustificare un malore improvviso dell'atleta.

3.1. Rileva questa Suprema Corte che i medici sociali S. e P., nel caso di specie, assunsero effettivamente una posizione di garanzia nei confronti del calciatore Mo., come affermato dai giudici di merito. Occorre, peraltro, rilevare che nè il Tribunale di Pescara nè la Corte di Appello di L'Aquila hanno giustificato l'assunto con motivazioni pienamente conferenti in punto di diritto, di talchè si impongono le rettificazioni che seguono.

La Corte regolatrice ha compiutamente ricostruito, nel corso degli ultimi lustri, la figura del garante, quale soggetto facente parte di una relazione protettiva - teorica che ha preso le mosse nell'ambito dei reati omissivi impropri o commissivi mediante omissione, ma che ha assunto un significato più ampio, anche in presenza di causalità commissiva - in forza della quale il titolare di una posizione di garanzia può essere ritenuto responsabile del mancato impedimento o comunque della verifica dell'evento lesivo occorso al soggetto garantito.

La giurisprudenza di legittimità si è specificamente soffermata sulla nozione e sui criteri di selezione - del soggetto che versa in posizione di garanzia, in coerenza con i principi di tassatività e determinatezza che presiedono alla formulazione delle norme penali: si tratta, in realtà, di un'elaborazione imposta dalla funzione incriminatrice direttamente svolta dalla "clausola" di cui all'art. 40 c.p., comma 2, per il caso di inosservanza degli obblighi impeditivi da parte del soggetto individuato come garante. Al riguardo, la Corte regolatrice ha osservato che si delinea una posizione di garanzia, nei sensi ora indicati, a condizione che: (a) un bene giuridico necessiti di protezione, poichè il titolare da solo non è in grado di proteggerlo; (b) una fonte giuridica - anche

negoziale - abbia la predetta finalità di tutela; (c) tale obbligo di protezione gravi su una o più persone specificamente individuate; (d) queste ultime siano dotate di poteri atti ad impedire la lesione del bene garantito ovvero siano ad esse riservati mezzi idonei a sollecitare gli interventi necessari ad evitare che l'evento dannoso sia cagionato. In tale ambito ricostruttivo, la Suprema Corte ha anche precisato che un soggetto può dirsi titolare di una posizione di garanzia se ha la possibilità, con la propria condotta, di influenzare il decorso degli eventi, indirizzandoli verso uno sviluppo idoneo ad impedire la lesione del bene giuridico garantito (Sez. 4, n. 38991 del 10/06/2010, Quaglierini, Rv. 248849). In verità, sin dagli anni novanta del secolo scorso, la giurisprudenza è venuta elaborando la "teoria del garante", muovendo dall'osservazione - e dalla valorizzazione - del significato profondo, anche in riferimento al principio solidaristico di matrice costituzionale (ex art. 2 Cost.) che deve riconoscersi agli "obblighi di garanzia", discendenti dallo speciale vincolo di tutela che lega il soggetto garante, rispetto ad un determinato bene giuridico, per il caso in cui il titolare dello stesso bene sia incapace di proteggerlo autonomamente (Sez. 4, n. 4793 del 06/12/1990, dep. 29/04/1991, Bonetti, Rv. 191792).

Per quanto rileva in questa sede, occorre altresì evidenziare che la Suprema Corte ha chiarito che, nell'individuazione dei reali destinatari degli obblighi protettivi, vengono in rilievo le funzioni in concreto esercitate dal soggetto agente; che spetta all'interprete procedere alla selezione delle diverse posizioni di garanzia, per tutti i casi della vita - non tipizzati dal legislatore - corrispondenti ad una situazione di passività, in cui versi il titolare del bene protetto; e che l'interprete deve individuare il contenuto degli obblighi impeditivi specificamente riferibili al soggetto che versa in posizione di garanzia (cfr. Sez. U, n. 9874 del 01/07/1992, Giuliani, Rv. 191185). Preme pure evidenziare che la Corte regolatrice, nel sottolineare la complessità delle valutazioni conducenti alla selezione delle posizioni di garanzia, idonee a fondare l'affermazione di responsabilità in ordine ai reati commissivi mediante omissione, ai sensi dell'art. 40 cpv. c.p., ha espressamente considerato: che occorre guardarsi dall'idea ingenua, e foriera di fraintendimenti, in base alla quale la sfera di responsabilità penale di ciascuno possa essere sempre definita e separata con una rigida linea di confine e che questa stessa linea crei la sfera di competenza e responsabilità di alcuno escludendo automaticamente quella di altri; che particolarmente complessa risulta la selezione dei garanti e l'individuazione di aree di competenza pienamente autonome, che giustifichino la compartimentazione della responsabilità penale, specialmente nell'ambito della figura della cooperazione colposa; e che l'interprete deve avere sempre presente lo scopo del diritto penale, che "è proprio quello di tentare di governare tali intricati scenari, nella già indicata prospettiva di ricercare responsabilità e non capri espiatori" (Sez. 4, n. 49821 del 23/11/2012, Lovison, Rv. 254094, in motivazione).

Nella materia di interesse, è stato pertanto affermato il condiviso principio di diritto in forza del quale, ai fini dell'operatività della clausola di equivalenza di cui all'art. 40 cpv. c.p., nell'accertamento degli obblighi impeditivi gravanti sul soggetto che versa in posizione di garanzia, l'interprete deve tenere presente la fonte da cui scaturisce l'obbligo giuridico protettivo, che può essere la legge, il contratto, la precedente attività svolta, o altra fonte obbligante; in tale ambito ricostruttivo, al fine di individuare lo specifico contenuto dell'obbligo, si è in particolare chiarito che occorre valutare sia le finalità protettive fondanti la stessa posizione di garanzia, sia la natura dei beni dei quali è titolare il soggetto garantito, che costituiscono l'obiettivo della tutela rafforzata, alla cui effettività mira la clausola di equivalenza (Sez. 4, n. 9855 del 27/01/2015, Chiappa, Rv. 26244001). La giurisprudenza ha poi considerato che occorre delimitare lo specifico ambito in cui si esplica l'obbligo di governare le situazioni pericolose in capo al garante (la cosiddetta area di rischio), così da conformare il relativo obbligo protettivo, giuridicamente rilevante ai fini della operatività dell'imputazione dell'evento lesivo (Sez. U, n. 38343 del 24/04/2014, Espenhahn, Rv. 26110701). Il rilievo muove dalla considerazione che la selezione dei garanti - i quali non costituiscono un *numerus clausus* - viene in concreto a dipendere dalla operatività della richiamata clausola di equivalenza, in combinato disposto con le molteplici fattispecie ad evento naturalistico causalmente orientate, che possono essere declinate nella corrispondente fattispecie omissiva impropria.

Sviluppando tali principi, si è in particolare considerato che in tema di reati omissivi colposi, la posizione di garanzia può essere generata non solo da investitura formale, ma anche dall'esercizio di fatto delle funzioni tipiche delle diverse figure di garante mediante un comportamento concludente dell'agente, consistente nella presa in carico del bene protetto (Sez. U, n. 38343 del 24/04/2014, Espenhahn, cit.; Sez. 4, n. 2536 del 23/10/2015, dep. 2016, Bearzi, Rv. 26579701). Tali valutazioni discendono dal superamento della cosiddetta concezione formale della posizione di garanzia, di talchè il ruolo protettivo può avere una fonte normativa non

necessariamente di diritto pubblico ma anche di natura privatistica, anche non scritta e addirittura trarre origine da una situazione di fatto, cioè da un atto di volontaria determinazione, che costituisca il dovere di intervento e il corrispondente potere giuridico, che consente al soggetto garante, attivandosi, di impedire l'evento.

Nel settore dell'attività medica, si è poi precisato che la posizione di garanzia è riferibile, sotto il profilo funzionale, ad entrambe le categorie in cui tradizionalmente si inquadrano gli obblighi in questione: la posizione di garanzia c.d. di protezione, che impone di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possano lederne l'integrità; e la posizione c.d. di controllo, che impone di neutralizzare le eventuali fonti di pericolo che possano minacciare il bene protetto (Sez. 4, n. 7967 del 29/01/2013, Fichera, Rv. 25443101, in motivazione; Sez. 4, n. 25310 del 07/04/2004, Ardovino, Rv. 228954).

E bene, l'applicazione dei richiamati principi di diritto al caso di specie induce a rilevare che entrambi i medici sociali assunsero una posizione di garanzia nei confronti di Mo.Pi., derivante dalla intervenuta instaurazione della relazione terapeutica tra i predetti medici ed il calciatore. Invero, riferiscono i giudici di merito che il Mo., ne(corso della partita, dopo essere caduto una prima volta, si accasciò su(terreno, rimanendo in posizione prona, privo di conoscenza; che, a quel punto, il P. raggiunse il calciatore prima ancora che l'arbitro interrompesse il gioco, seguito a distanza di pochi secondi dal S.; che i due medici prestarono insieme i primi soccorsi, ponendo il corpo del Mo. in posizione supina; che nel frangente ripristinarono la pervietà delle vie aeree utilizzando un presidio medico e praticarono il massaggio cardiaco esterno.

L'immediatezza dell'intervento dei due medici sociali, a fronte della perdita di conoscenza del calciatore, induce a rilevare che il P. ed il S. posero in essere una istintiva, pratica attuazione dei doveri deontologici consacrati nel giuramento professionale, comprendenti il "dovere di prestare soccorso nei casi di urgenza". Al riguardo, deve peraltro osservarsi che tale dovere deontologico si coniuga con gli obblighi gravanti sul P., quale medico sociale del (OMISSIS), squadra ove militava il calciatore Mo.. Il medico P., cioè, agì in esecuzione anche dei doveri protettivi assunti, quale medico sportivo, verso i calciatori della propria squadra. Ciò posto, deve rilevarsi che le considerazioni ora svolte, sulle competenze protettive del medico sportivo, rispetto alla salute dei calciatori, gravano parimenti in capo al S., nella sua veste di medico sociale del (OMISSIS). Conclusivamente sul punto, la materiale instaurazione della relazione terapeutica con il calciatore privo di conoscenza, da parte di entrambi i medici sociali che si trovavano a bordo campo, oltre a collocarsi nell'ambito dei doveri sanciti dalla richiamata norma interna dell'ordinamento professionale, discende dalle competenze proprie dei medici sportivi e si coniuga con la funzione fondante la teorica della posizione di garanzia, data dall'esigenza, di natura solidaristica, di offrire tutela a determinati beni giuridici, attraverso l'individuazione di soggetti che hanno la possibilità, mediante la propria condotta, di influenzare il decorso degli eventi. Deve allora osservarsi che, secondo l'elaborazione sostanzialistico-funzionale della teoria del garante operata dal diritto vivente, di cui sopra si è dato conto - elaborazione che il Collegio condivide e riafferma - i predetti medici sportivi, avvicinandosi doverosamente al Mo. che si trovava esaminate sul campo di gioco e ponendo in essere le descritte manovre di primo soccorso, instaurarono la relazione terapeutica con il calciatore ed assunsero una posizione di garanzia giuridicamente rilevante, ai sensi della clausola di equivalenza di cui all'art. 40 cpv. c.p., nei confronti dell'atleta colpito da malore.

In disparte ogni considerazione sulla autonoma posizione di garanzia riferibile al medico dell'Unità Mobile di pronto soccorso, M.V., di cui subito si dirà, preme a questo punto della trattazione rilevare che la posizione di garanzia assunta dai medici sociali P. e S., mediante l'instaurazione della relazione terapeutica con il calciatore, non venne meno nel momento in cui sopraggiunsero sul posto altri soggetti che prestarono assistenza medica al Mo., diversamente da quanto sostenuto dagli esponenti. Tanto si afferma per un duplice ordine di considerazioni. Da un lato, gli effetti della presa in carico del bene protetto da parte di un determinato garante non vengono meno per il solo fatto che vi siano altri soggetti gravati da autonomi - e funzionalmente concorrenti obblighi impeditivi e di controllo. Si è infatti ripetutamente affermato che, qualora vi siano più titolari della posizione di garanzia, ciascuno è per intero destinatario dell'obbligo di tutela fin quando si esaurisce il rapporto che ha legittimato la costituzione della singola posizione di garanzia (Sez. 4, n. 18826 del 09/02/2012, Rv. 253850; conforme: Sez. 4, n. 6507 del 11/01/2018, Caputo, Rv. 27246401). Dall'altro, deve considerarsi che, nel caso di specie, i medici sociali realizzarono una congiunta attività terapeutica con il personale sanitario sopraggiunto - sia pure in mancanza di una organizzata ripartizione dei compiti e dei ruoli, come accertato in sede di merito - continuando a praticare manovre di soccorso sul corpo del Mo., riverso sul campo di gioco, sino al momento del fisico allontanamento del calciatore, caricato in barella sull'ambulanza

del 118, per il trasferimento in Ospedale. E' solo in quel momento, cioè, che viene meno la persistenza della relazione protettiva instaurata tra i medici sociali ed il calciatore colpito da malore, nei termini sopra evidenziati. Sul punto, preme peraltro ricordare che, in caso di successione di posizioni di garanzia, in base al principio dell'equivalenza delle cause, il comportamento colposo del garante sopravvenuto non è sufficiente ad interrompere il rapporto di causalità tra la violazione di una norma precauzionale operata dal primo garante e l'evento, quando tale comportamento non abbia fatto venir meno la situazione di pericolo originariamente determinata (Sez. 4, n. 27959 del 05/06/2008, Stefanacci, Rv. 24051901). Pertanto, si osserva incidentalmente, ove fosse accertata una condotta colposa a carico dei primi garanti, il S. ed il P., la violazione delle norme cautelari da parte dei successori nella posizione di garanzia non varrebbe di per sé ad escludere la responsabilità dei predetti medici sociali.

Sulla scorta delle svolte considerazioni, emendative della motivazione posta a fondamento della sentenza impugnata sul punto di interesse, l'affermazione contenuta nella sentenza della Corte territoriale, circa la posizione di garanzia assunta dai medici sociali S. e P., rispetto al calciatore Mo., resiste alle dedotte censure.

3.2. Diverse considerazioni si impongono in riferimento alla posizione del medico M.V..

La Corte di Appello ha affermato che il M., quale medico responsabile dell'Unità Mobile di pronto soccorso, presente presso lo stadio comunale, ove era in corso la partita (OMISSIS) - (OMISSIS), era titolare di una originaria posizione di garanzia nei confronti dei calciatori; ed ha conseguentemente ritenuto che al predetto sanitario, che aveva raggiunto il calciatore Mo. dopo due minuti e quaranta secondi dalla caduta sul campo di gioco, fosse rimproverabile anche il ritardo con il quale aveva prestato soccorso all'atleta.

Detti rilievi non possono essere condivisi.

La Corte territoriale fonda il ragionamento ora descritto sulla base del fatto che tra la ASL (OMISSIS) e la Società (OMISSIS) risulta stipulata nel dicembre del 2011 una convenzione che attribuiva al Servizio di Emergenza Territoriale 118 il compito di garantire l'assistenza sanitaria sia al pubblico che ai giocatori in campo. La stessa Corte di Appello evidenzia, peraltro, che la delibera di cui si tratta venne comunicata al Dirigente del Servizio interessato solo in data 8 agosto 2012, cioè a dire successivamente rispetto all'episodio che dà causa al presente procedimento. Al riguardo, in sentenza si rileva che appare singolare che il M., presente presso lo stadio il (OMISSIS), non fosse a conoscenza dell'ambito delle proprie competenze; si sottolinea che il M. operava in regime di attività libero professionale intramoenia; e si afferma, conclusivamente, che il predetto aveva l'obbligo di intervenire in soccorso del calciatore, anche in considerazione della presenza sul campo.

Il ragionamento ora richiamato risulta vulnerato dalle dedotte aporie di ordine logico, che inficiano l'affermazione contenuta in sentenza circa la sussistenza in capo al M. dell'obbligo originario di garantire l'assistenza sanitaria dei calciatori, oltre che del pubblico sugli spalti.

Al riguardo, si deve rilevare che la convenzione sopra richiamata involge e disciplina i rapporti tra gli enti interessati, cioè a dire la ASL (OMISSIS) e la Società sportiva (OMISSIS). Pertanto, occorre in primo luogo soffermarsi sugli strumenti organizzativi predisposti dalla ASL per dare concreta attuazione alla Convenzione ed informare i singoli operatori delle nuove competenze acquisite. Una volta effettuata positivamente tale verifica, sarebbe stato possibile valutare - in applicazione del canone della concreta esigibilità della condotta doverosa - il puntuale rispetto, da parte del singolo funzionario incaricato dello svolgimento del servizio di Emergenza Territoriale, delle nuove competenze attribuite al personale sanitario in occasione degli incontri di calcio, comprendenti la salute dei calciatori, oltre che quella delle persone presenti per assistere all'evento sportivo.

Osserva il Collegio che nella sentenza impugnata non viene effettuata alcuna considerazione, idonea a giustificare l'assunto che il M. avesse consapevolezza di dovere garantire anche l'assistenza sanitaria dei calciatori impegnati sul campo. Al riguardo, non può omettersi di rilevare l'inconferenza logica dei rilievi svolti sul punto dal Collegio, comprendenti il riferimento all'attività libero professionale svolta dal M..

Deve allora conclusivamente ritenersi che la mera presenza del M., presso lo stadio comunale, quale medico responsabile del servizio 118, non vale a supportare l'affermazione che il sanitario avesse consapevolezza di dovere prestare assistenza anche ai calciatori coinvolti nell'attività agonistica, oltre che agli spettatori. Del resto, come chiarito dal primo giudice, il M., nel momento in cui il Mo. accusò il malore, si trovava nell'infermeria del 118, postazione dalla quale non è visibile il campo di gioco; e anche detta circostanza conduce ad inferenze logiche di segno opposto, rispetto a quelle contenute in sentenza, in ordine al reale contenuto dei compiti di assistenza sanitaria che, ratione temporis, gravavano sul personale del 118 nel corso delle competizioni sportive che si svolgevano presso lo Stadio Comunale di (OMISSIS). Occorre, infine, considerare che i giudici riferiscono che il Protocollo di assistenza sanitaria, scaturito dalla richiamata Convenzione - in forza della quale l'Azienda Asl aveva assunto l'obbligo di fornire assistenza sanitaria durante le partite del campionato nazionale di calcio di serie B ai giocatori ed alla tifoseria, mediante personale medico del Servizio di Emergenza Sanitaria - reca la data del successivo (OMISSIS).

3.3. Richiamate le considerazioni sopra svolte circa l'intervenuto superamento della concezione formale della posizione di garanzia, deve rilevarsi che il M. assunse il ruolo di garante, nei confronti del calciatore Mo., solo quando raggiunse l'atleta sul campo di gioco: è in quel momento che si instaura la relazione terapeutica tra il calciatore e il medico del servizio 118 M., il quale, a sua volta, prese in carico il paziente, unitamente ai medici sociali che già stavano prestando soccorso al calciatore.

Quanto detto, conduce ai seguenti approdi, nella valutazione della posizione dell'imputato M.: da un lato, risultano prive di ogni conducenza le valutazioni espresse dai giudici di merito in ordine al ritardo - di due minuti e quaranta secondi, rispetto alla caduta a terra - con il quale il M. raggiunse il calciatore Mo., in difetto di un'obbligazione originaria a carico del medico del 118, rispetto all'assistenza sanitaria dei giocatori in campo; dall'altro, gli obblighi protettivi gravanti sul M., afferenti alla salute del Mo., scattarono dal momento della assunzione in concreto della relativa posizione di garanzia e non possono essere fatti retroagire al diverso momento in cui insorse il malore. Si tratta di una evenienza di certa rilevanza, anche nell'ambito dell'accertamento della riferibilità causale dell'evento morte alla condotta omissiva che si ascrive al prevenuto, accertamento che pure viene demandato al giudice del rinvio, per le ragioni di seguito esposte.

4. A questo punto della trattazione occorre soffermarsi sulle valutazioni espresse dai giudici di merito rispetto ai profili di colpa ascritti agli odierni imputati, per omessa utilizzazione del defibrillatore automatico, che pure era disponibile nell'immediatezza delle operazioni di soccorso del calciatore Mo..

La Corte di Appello, richiamando le indicazioni contenute nel manuale Basic Life Support, ha affermato che agli imputati è ascrivibile il mancato utilizzo, per colpa, del defibrillatore automatico, che doveva essere impiegato sia con finalità diagnostica dell'aritmia in corso, sia a scopo terapeutico, quale utile presidio nel trattamento della fibrillazione ventricolare.

4.1. Le considerazioni sul mancato impiego del DAE a scopo diagnostico che nello sviluppo motivazionale della sentenza in esame attingono specificamente i due medici sportivi - peccano di astrattismo e si pongono in termini di contraddittorietà logica con gli esiti dell'attività istruttoria, confermati dalla stessa Corte territoriale, sulla correttezza della diagnosi operata nell'immediatezza dai due medici sociali. Invero, riferiscono i giudici di merito che, a fronte della perdita di conoscenza del calciatore, i medici sociali S. e P., accorsi sul campo, esclusa l'insorgenza di patologie di tipo neurologico, identificarono correttamente, secondo gli esiti degli accertamenti autoptici di poi effettuati, l'origine del collasso ed effettuarono altrettanto correttamente le prime manovre di rianimazione dell'atleta, comprendenti il massaggio cardiaco. A fronte di tale indiscusso quadro fattuale, le censure mosse dalla Corte di Appello all'operato dei medici sociali, per il mancato uso del DAE a scopo diagnostico, risultano vulnerate da intrinseca contraddittorietà, atteso che la diagnosi venne effettuata aliunde dai predetti medici nell'immediatezza del fatto, in termini corretti, rispetto alla patologia in atto.

4.2. Dette considerazioni offrono il destro per considerare che il ragionamento probatorio sviluppato dalla Corte territoriale risulta vulnerato, oltre che dall'impiego di fonti dichiarative non utilizzabili, dal mancato confronto logico argomentativo rispetto al complessivo quadro fattuale, emerso all'esito dell'istruttoria dibattimentale.

Tanto si afferma, introducendo la disamina del secondo profilo di colpa ascritto ai tre sanitari, odierni imputati, che i giudici territoriali hanno ritenuto del pari sussistente: il mancato uso del defibrillatore con finalità terapeutica.

Il dato di fatto sul quale poggia il rimprovero omissivo ora richiamato è costituito dalla situazione di arresto cardiocircolatorio del Mo.: ciò in quanto il DAE, secondo le indicazioni dei periti, può essere tecnicamente impiegato solo in assenza di battito. I giudici di merito hanno ritenuto accertata l'assenza di battito cardiaco, svalutando per inattendibilità le diverse indicazioni contenute nella testimonianza dell'infermiere D.F., presente sul campo a fianco del calciatore. Sul punto, la Corte di Appello ha chiuso il ragionamento probatorio osservando che l'assenza di battito era stata affermata anche dallo stesso medico P., in sede di sommarie informazioni rese in corso di indagine e riportate.

Soffermandosi sulle dichiarazioni del P., richiamate nel passaggio argomentativo ora citato, deve rilevarsi che le stesse sono effettivamente inutilizzabili. Si deve al riguardo considerare che la Corte di Appello ha richiamato le dichiarazioni rese in corso di indagine dal predetto imputato, omettendo di verificare la veste assunta dal dichiarante al momento della propalazione (Sez. U, n. 15208 del 25/02/2010, Mills, Rv. 246584). Oltre a ciò, la Corte ha erroneamente valorizzato, per la ricostruzione del fatto storico, le predette dichiarazioni che erano state riportate nell'elaborato peritale, posto che, secondo diritto vivente, si tratta di informazioni inutilizzabili per fini diversi da quelli dell'accertamento peritale (Sez. 1, n. 21185 del 02/12/2015, dep. 23/05/2016, Scoconi, Rv. 26688301; Sez. 3, n. 36351 del 19/05/2015, C, Rv. 26473801).

Esclusa l'utilizzabilità delle dichiarazioni rese dal P., deve rilevarsi che l'argomentazione sviluppata dalla Corte di Appello, per disattendere il contenuto della deposizione dell'infermiere D.F., che aveva riferito di aver rilevato la presenza di battito, risulta intrinsecamente carente. E deve osservarsi che la ritenuta costante mancanza di battito, sin dai primi minuti dal collasso, risulta in realtà logicamente incompatibile con il concreto sviluppo fenomenologico del malore occorso al Mo., posto che il collasso intervenne alle ore 15.29 e che la morte del calciatore venne dichiarata alle successive ore 16.44 dai medici dell'Ospedale. La sopravvivenza dell'atleta per oltre un'ora, dal momento della crisi, evidenzia che la Corte distrettuale ha omesso di confrontarsi con la possibilità di una presenza intermittente del battito cardiaco. Nel ragionamento posto a fondamento della sentenza in esame è mancata, cioè, la verifica dell'ipotesi di discontinuità della presenza di battito, circostanza di certa rilevanza, al fine di verificare la stessa oggettiva sussistenza del profilo di colpa omissiva che occupa, atteso che come si è evidenziato, l'utilizzo del DAE è tecnicamente possibile solo in assenza di battito.

Rafforza il convincimento rilevare che la Corte di Appello ha pure omesso di confrontarsi adeguatamente con il percorso clinico di elezione, con finalità terapeutica. Tanto si afferma tenuto conto del fatto che il DAE non venne utilizzato durante il tragitto in ambulanza e che neanche i medici del Pronto Soccorso utilizzarono immediatamente il DAE. Riferisce, al riguardo, la Corte territoriale che i sanitari del locale Pronto Soccorso constatarono la situazione di arresto cardiaco dopo alcuni minuti dall'arrivo del paziente e che solo a quel punto vennero applicate le placche ed erogata una scarica con il DAE, congiuntamente alla installazione di un pacemaker per via femorale.

Le considerazioni sin qui svolte evidenziano l'illogicità del ragionamento sviluppato dalla Corte di Appello (vedi pag. 15) anche nell'individuare i profili di colpa ascrivibili al medico del 118 M., rispetto alla decisione di trasferire l'atleta in Ospedale, scelta ritenuta in contrasto con le linee guida di riferimento. La Corte di merito, come chiarito, muove dall'affermazione che l'immediato uso del defibrillatore automatico fosse indispensabile a fini terapeutici, laddove proprio le evidenziate discrasie sulla presenza di battito vulnerano insanabilmente l'assunto e indubiano la stessa pertinenza del riferimento alle linee guida per la rianimazione cardiopolmonare, come effettuato in sentenza.

4.3. A questo punto della trattazione, deve osservarsi che la sentenza in esame non individua correttamente le *leges artis* di elezione, che pure vengono impiegate come parametro oggettivo della colpa, intesa quale contrasto tra la condotta realizzata dagli imputati e la regola di cautela; e ciò si osserva sia con riguardo al mancato uso del defibrillatore automatico, tanto in funzione diagnostica che terapeutica, sia rispetto alla decisione di trasferire il calciatore in ospedale, per quanto sopra rilevato. Invero, le raccomandazioni contenute nel manuale Basic Life Support, che la stessa Corte territoriale richiama come parametro deontico di riferimento, prevedono che, in caso di perdita di conoscenza, il soccorritore prima di tutto verifichi se vi sia

attività respiratoria ed attività di circolo, attraverso la tecnica denominata G.A.S. (Guarda - Ascolta - Senti); e stabiliscono che, sulla base delle prime risultanze diagnostiche, in presenza di arresto cardiocircolatorio, si proceda alle manovre di rianimazione cardiopolmonare e all'impegno del DAE, in assenza di battito. E bene, le valutazioni contenute in sentenza, sull'asserito contrasto tra l'intervento di primo soccorso realizzato dagli odierni imputati e le raccomandazioni contenute nel citato manuale, non confrontandosi con la richiamata eventualità di discontinuità del battito del calciatore colpito dal malore, non risultano conducenti neppure rispetto all'individuazione dell'ulteriore parametro di colpa oggettiva, posto che proprio il quadro patologico in atto era tale da giustificare l'attuazione della tecnica osservativa denominata G.A.S., di cui si è detto; del resto, il P. ed il S. effettuarono nell'immediatezza pure le prime manovre di rianimazione dell'atleta, comprendenti il massaggio cardiaco esterno, secondo quanto indicato nel Basic Life Support.

Le considerazioni sin qui svolte, sulla mancata individuazione del parametro oggettivo della colpa, conducono ex se a rilevare che, nel caso, non può ritenersi adeguatamente motivata la ritenuta integrazione della stessa condotta tipica, nell'ambito della struttura del reato colposo di riferimento. Si tratta di evenienza tale da assolvere il Collegio da ogni ulteriore valutazione, sul punto. Non di meno, nella prospettiva della fase rescissoria del presente giudizio ed a migliore garanzia dell'esercizio dei poteri assegnati al giudice del rinvio, pure a fronte delle evidenziate discrasie sul profilo oggettivo della colpa, si evidenzia che nella sentenza in esame è mancata una adeguata declinazione anche del profilo soggettivo del rimprovero colposo ascritto agli odierni imputati, che agirono in via di fatto in cooperazione tra loro.

Le condizioni di concitazione ed urgenza in cui si svolse l'azione di soccorso prestata al Mo. - dai medici sportivi presenti a bordo campo e dal medico del 118 sopraggiunto - non sono state altrimenti considerate, nella prospettiva della concreta esigibilità di una diversa condotta da parte dei sanitari. In tale ambito valutativo neppure si è considerato che l'episodio risulta qualificato dalla palese mancanza di alcun coordinamento organizzativo tra i diversi operatori sanitari - i medici delle società sportive ed il medico del Servizio di emergenza territoriale intervenuti in soccorso del calciatore; e deve convenirsi con il ricorrente M., il quale si è doluto della omessa considerazione del fatto che l'infortunio si è verificato diversi mesi prima che venisse adottato il citato Protocollo operativo di assistenza sanitaria, redatto in attuazione della Convenzione stipulata dalla ASL (OMISSIS) e dalla Società sportiva (OMISSIS), di cui si è sopra detto esaminando la natura delle posizioni di garanzia.

Occorre, altresì, sottolineare che la valutazione relativa alla esigibilità della condotta attesa doveva essere declinata in riferimento alla posizione - e alle competenze - di ciascun imputato, quale singolo cooperatore, nell'ambito della fattispecie di cui all'art. 113 c.p. richiamata nel capo di imputazione. La contestazione, infatti, individua una ipotesi di cooperazione colposa tra i diversi medici intervenuti a vario titolo in soccorso del calciatore Mo., i quali ebbero ad interagire simultaneamente finché il calciatore non venne trasferito in Ospedale; ed i sanitari risultano tutti individuati quali titolari di una autonoma e concorrente posizione di garanzia, come chiarito. Vengono perciò in rilievo le indicazioni offerte dal diritto vivente sulla cooperazione colposa (Sez. U, n. 38343 del 24/04/2014, Espenhahn, cit.). E preme rilevare che, pure nell'ambito della richiamata fattispecie, che svolge una funzione estensiva dell'incriminazione, occorre verificare l'esigibilità della condotta attesa, secondo le competenze di ciascuno dei soggetti coinvolti; ciò in conformità al principio ripetutamente espresso dalla giurisprudenza di questa Suprema Corte, proprio nell'ambito della responsabilità sanitaria, in base al quale si è chiarito che la rimproverabilità soggettiva per la mancata attuazione della condotta doverosa va compiuta avuto riguardo alla concreta capacità dell'agente di uniformarsi alla regola cautelare in ragione delle sue specifiche qualità personali ed alle mansioni svolte (Sez. 4, n. 6215 del 10/12/2009, dep. 16/02/2010, Pappadà, Rv. 246419; Sez. 4, n. 19755 del 09/04/2009, Filizzolo, Rv. 243511). Anche sotto tale profilo, la valutazione effettuata in sede di merito non risulta conducente, atteso che l'analisi relativa alla posizione dei due medici sociali, rispetto a quella del medico del Servizio del 118, che avrebbe colposamente omesso di assumere il ruolo di guida e di coordinatore dei soccorsi in atto, sconta il deficit motivazionale sopra richiamato, posto che i giudici non hanno adeguatamente considerato che l'infortunio si è verificato quando non era ancora stato adottato il Protocollo operativo, volto a definire le procedure organizzative e di coordinamento degli operatori responsabili dell'assistenza sanitaria da prestare ai calciatori, oltre che alle tifoserie, in occasione delle competizioni sportive.

5. Le considerazioni sin qui svolte impongono l'annullamento della sentenza in esame, demandando al giudice del rinvio l'espletamento di un nuovo giudizio sul punto della ascrivibilità colposa delle condotte.

Occorre a questo punto rilevare che viene travolta anche la valutazione espressa dalla Corte di Appello in riferimento all'entità della colpa riferibile agli imputati, che il Collegio qualifica come "grossolana".

Come noto, secondo diritto vivente, il grado della colpa, nello specifico settore della responsabilità degli esercenti la professione sanitaria, rinvia dal livello di discostamento del comportamento posto in essere dal medico, rispetto all'agire appropriato, secondo le raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento (sez. 4, sentenza n. 16237 del 29.01.2013, Cantore, Rv. 255105).

La distinzione tra culpa levis e culpa lata ha acquisito una specifica considerazione alla luce della disposizione, in tema di responsabilità sanitaria, che era contenuta nell'oggi abrogato D.L. 13 settembre 2012, n. 158, art. 3, comma 1, convertito, con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, ove era tra l'altro stabilito: "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve".

Secondo la Corte regolatrice, la novella del 2012 aveva escluso la rilevanza penale della colpa lieve, rispetto alle condotte lesive coerenti con le linee guida o le pratiche terapeutiche mediche virtuose, accreditate dalla comunità scientifica. In particolare, si era evidenziato che la norma aveva dato luogo ad una abolitio criminis parziale degli artt. 589 e 590 c.p., avendo ristretto l'area penalmente rilevante individuata dalle predette norme incriminatrici, alla sola colpa grave (Sez. 4, Sentenza n. 11493 del 24/01/2013, Pagano, Rv. 254756; Sez. 4, Sentenza n. 16237 del 29/01/2013, Cantore, cit.).

Il tema della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, per i reati di omicidio colposo e di lesioni colpose, è stato poi oggetto di un ulteriore intervento normativo, con il quale il legislatore ha posto mano nuovamente alla materia della responsabilità sanitaria, anche in ambito penale. Il riferimento è alla L. 8 marzo 2017, n. 24, recante Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie; e, segnatamente, alla citata L. n. 24 del 2017, art. 6, che ha introdotto l'art. 590-sexies c.p., rubricato Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario.

Le Sezioni Unite (Sez. U., sentenza n. 8770 del 21.12.2017, dep. 22.02.2018, Mariotti, Rv. 272174) ricostruendo la portata precettiva della disposizione di cui all'art. 590-sexies, c.p., hanno chiarito che l'errore medico può cadere sulla scelta delle linee guida ovvero nella fase esecutiva delle raccomandazioni contenute nelle linee guida adeguate al caso di specie; con la precisazione che, in tale ultima ipotesi, l'esercente la professione sanitaria risponde per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico chirurgica, se l'evento si è verificato per colpa grave da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenuto conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico. Come si vede, secondo diritto vivente, la distinzione tra colpa lieve e colpa grave per imperizia, nell'ambito della fase esecutiva delle raccomandazioni contenute nelle linee guida che risultino adeguate al caso di specie, mantiene una sua attuale validità: ciò in quanto la colpa lieve per imperizia esecutiva, nel senso ora chiarito, delimita l'area di irresponsabilità penale del professionista sanitario.

Il legislatore del 2017, con scelta sovrana, ha ritenuto di limitare l'innovazione alle sole situazioni astrattamente riconducibili alla sfera dell'imperizia. Sono così state troncate, per il futuro, le incertezze verificatesi nelle prassi, anche quella di legittimità, in ordine all'applicabilità della L. n. 189 del 2012 alle linee guida la cui inosservanza conduce ad un giudizio non di insipienza tecnico-scientifica (imperizia) ma di trascuratezza, e quindi di negligenza. L'art. 590-sexies c.p., si applica solo quando sia stata elevata o possa essere elevata imputazione di colpa per imperizia.

Non di meno, ove a carico dei sanitari, per il fatto lesivo verificatosi, emergano profili di colpa per negligenza, può assumere rilevanza il riferimento alla L. n. 189 del 2012, in quanto norma più favorevole, ai sensi dell'art. 2 c.p., comma 4. Le Sezioni Unite, infatti, (Sez. U. 21.12.2017, dep. 22.02.2018, n. 8770, Mariotti, cit.), hanno chiarito che il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, art. 3, oggi abrogato, risulta più favorevole in relazione alle contestazioni per comportamenti del sanitario commessi prima della entrata in vigore della novella del 2017, connotati da negligenza o imprudenza con configurazione di colpa lieve, che, per il citato decreto Balduzzi, erano esenti da responsabilità in caso di rispetto delle linee guida o delle buone pratiche accreditate.

A tali coordinate interpretative dovrà attenersi il giudice del rinvio, anche nell'apprezzamento della natura e del grado dei profili di colpa, ritenuti ascrivibili agli odierni imputati.

6. La giurisprudenza di questa Corte insegna che il principio di colpevolezza impone la verifica in concreto sia della sussistenza della violazione - da parte del garante - di una regola cautelare, sia della prevedibilità ed evitabilità dell'evento dannoso che la regola cautelare violata mirava a prevenire (cosiddetta concretizzazione del rischio), sia della sussistenza del nesso causale tra la condotta ascrivibile al garante e l'evento dannoso (ex multis, Sez. 4, n. 32216 del 20/06/2018, Capobianco, Rv. 273568).

In aderenza alla griglia logica e metodologica ora richiamata, resta da trattare la questione della riferibilità causale della morte del calciatore Mo., come in concreto verificatasi, alle condotte, attive ed omissive, ascritte agli odierni imputati.

6.1. Posto che, nel caso di specie, i ricorrenti censurano l'individuazione della causa della morte operata in sentenza e denunciano il malgoverno delle indicazioni tecniche offerte dai periti, rispetto alla patologia occulta che affliggeva il Mo., giova sinteticamente richiamare i principi che, secondo diritto vivente, governano l'apprezzamento giudiziale della prova scientifica da parte del giudice di merito e che presiedono al controllo che, su tale valutazione, può essere svolto in sede di legittimità.

Al riguardo, si è chiarito che alla Corte regolatrice è rimessa la verifica sulla ragionevolezza delle conclusioni alle quali è giunto il giudice di merito, che ha il governo degli apporti scientifici forniti dagli specialisti. La Suprema Corte ha evidenziato che qualsiasi lettura della rilevanza dei saperi di scienze diverse da quella giuridica, utilizzabili nel processo penale, non può avere l'esito di accreditare l'esistenza, nella regolazione processuale vigente, di un sistema di prova legale, che limiti la libera formazione del convincimento del giudice; che il ricorso a competenze specialistiche con l'obiettivo di integrare i saperi del giudice, rispetto a fatti che impongono metodologie di individuazione, qualificazione e ricognizione eccedenti i saperi dell'uomo comune, si sviluppa mediante una procedimentalizzazione di atti (conferimento dell'incarico a periti e consulenti, formulazione dei relativi quesiti, escussione degli esperti in dibattimento) ad impulso del giudicante e a formazione progressiva; e che la valutazione di legittimità, sulla soluzione degli interrogativi causali imposti dalla concretezza del caso giudicato, riguarda la correttezza e conformità alle regole della logica dimostrativa dell'opinione espressa dal giudice di merito, quale approdo della sintesi critica del giudizio. La Corte regolatrice ha in particolare affermato che il giudice di legittimità non è giudice del sapere scientifico e non detiene proprie conoscenze privilegiate. La Suprema Corte è cioè chiamata a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine all'affidabilità delle informazioni che utilizza ai fini della spiegazione del fatto (cfr. Sez. 4, n. 43786 del 17/09/2010, Cozzini, Rv. 248944; Sez. 4, n. 42128 del 30.09.2008, Rizza, n. m.). E il giudice di merito può fare legittimamente propria, allorchè gli sia richiesto dalla natura della questione, l'una piuttosto che l'altra tesi scientifica, purchè dia congrua ragione della scelta e dimostri di essersi soffermato sulla tesi o sulle tesi che ha ritenuto di non dover seguire.

Suole affermarsi che al giudice è attribuito il ruolo di *peritus peritorum*.

Detta locuzione, secondo le indicazioni espresse dalla giurisprudenza sopra richiamata, esprime efficacemente, in realtà, il ruolo di metodologo e di epistemologo che l'ordinamento assegna al giudice di merito, quale professionista al quale sono demandati i compiti decisori, nell'esercizio delle funzioni giurisdizionali. La necessaria razionalità del discorso giustificativo della decisione giudiziaria impone, infatti, di bandire le teoriche che erano basate sull'intuizionismo del giudicante, chiamato a governare saperi extragiuridici. Nel giudizio di stampo accusatorio, il giudice, in veste di metodologo, deve razionalmente selezionare il sapere accreditato che può utilmente orientare la decisione: in tale ambito funzionale, il giudicante assume il ruolo di gate keeper della piattaforma probatoria, che si forma nel contraddittorio delle parti, che dibattono anche sulla individuazione, sul contenuto e sull'affidabilità delle tesi scientifiche di riferimento. Il giudice è perciò chiamato a sviluppare - quale *peritus peritorum*, nei sensi ora chiariti - un preliminare esame di ordine epistemologico che involge la stessa affidabilità delle diverse tesi - spesso contrapposte - che consulenti tecnici e periti veicolano nel giudizio. Come è stato osservato, nello sviluppo di tale ruolo, il giudice deve esaminare le basi fattuali sulle quali le argomentazioni degli esperti sono state condotte; deve verificare l'ampiezza, la

rigorosità e l'oggettività della ricerca; ed apprezzare conclusivamente l'attitudine esplicativa dell'elaborazione teorica prescelta, nonchè il grado di consenso che le tesi sostenute dall'esperto raccolgono nell'ambito della comunità scientifica (Sez. 4, n. 18678 del 14.3.2012, Campelli, Rv. 252621).

6.2. Declinando i principi ora richiamati nell'ambito della valutazione della prova scientifica, funzionale all'accertamento del rapporto di causalità, la giurisprudenza ha osservato che deve considerarsi utopistico un modello di indagine causale, nel giure penale, fondato solo su strumenti di tipo deterministico e nomologico-deduttivo, affidato esclusivamente alla forza esplicativa di leggi universali. Ciò in quanto, nell'ambito dei ragionamenti esplicativi, si formulano giudizi sulla base di generalizzazioni causali, congiunte con l'analisi di contingenze fattuali. In tale prospettiva, si è chiarito che il coefficiente probabilistico della generalizzazione scientifica non è solitamente molto importante; e che è invece importante che la generalizzazione esprima effettivamente una dimostrata, certa relazione causale tra una categoria di condizioni ed una categoria di eventi (cfr. Sez. U, sentenza n. 30328, in data 11.9.2002, Franzese, Rv. 222138). Per comprendere appieno il significato nomofilattico della decisione ora citata giova ricordare i termini del contrasto, in tema di causalità omissiva, che le Sezioni Unite nel 2002 furono chiamate a comporre. Secondo un primo orientamento, che recepiva le indicazioni della dottrina maggioritaria, doveva ritenersi imprescindibile, per l'accertamento del rapporto di derivazione causale tra la condotta omessa e l'evento, che la legge di copertura offrisse un indice percentualistico di accadibilità dell'evento naturalistico, alle condizioni date, prossimo o uguale a cento. Secondo l'opposto indirizzo, nella verifica del nesso di causalità tra la condotta attesa e l'evento infausto verificatosi, in materia di responsabilità per colpa professionale sanitaria, al criterio della certezza degli effetti della condotta, poteva e doveva essere sostituito quello della probabilità di tali effetti salvifici, di talchè assumeva rilevanza anche la perdita di determinate chance di salvezza per il paziente, anche se percentualmente inferiori al 50 per cento. Le Sezioni Unite superarono l'impasse affermando che per offrire la prova del fatto il giudice non può attingere a criteri di mera probabilità statistica, ma che, di converso, occorre fare riferimento al criterio della probabilità logica, intesa come "la verifica aggiuntiva, sulla base dell'intera evidenza disponibile, dell'attendibilità dell'impiego della legge statistica" rispetto al singolo evento oggetto dell'accertamento giudiziale. E, proprio in riferimento al tema della casualità omissiva - che viene in rilievo nel caso di specie le Sezioni Unite, con la sentenza ora citata, chiarirono che il giudizio di certezza sul ruolo salvifico della condotta omessa presenta i connotati del paradigma indiziario e si fonda anche sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico, da effettuarsi ex post sulla base di tutte le emergenze disponibili e culmina nel giudizio di elevata "probabilità logica". Ciò significa che, anche nel caso di frequenze medio basse, cioè a dire di una legge di copertura che esprima un basso indice di accadibilità dell'evento, è dato affermare la sussistenza del nesso di derivazione causale tra condotta mancata e l'evento naturalistico, in termini di certezza, avuto riguardo alle particolarità del caso concreto.

Nell'alveo di tale insegnamento si è quindi affermato che le incertezze alimentate dalle generalizzazioni probabilistiche possono essere in qualche caso superate nel crogiuolo del giudizio focalizzato sulle particolarità del caso concreto quando l'apprezzamento conclusivo può essere espresso in termini di elevata probabilità logica (Sez. 4, n. 43786 del 17/09/2010, Cozzini, Rv. 248943). E si è chiarito che, ai fini dell'imputazione causale dell'evento alla condotta doverosa non realizzata, il giudice di merito deve sviluppare un ragionamento esplicativo, di natura controfattuale, che si confronti adeguatamente con le particolarità della fattispecie concreta, chiarendo che cosa sarebbe accaduto se fosse stato posto in essere il comportamento richiesto all'imputato dall'ordinamento. Si tratta di insegnamento ribadito dalle Sezioni Unite che si sono nuovamente soffermate sulle questioni riguardanti l'accertamento della causalità omissiva e sui limiti che incontra il sindacato di legittimità, nel censire la valutazione argomentativa espressa in sede di merito (Sez. U, n. 38343 del 24.04.2014, Espenhahn, Rv. 261106). Nella sentenza ora richiamata, le Sezioni Unite hanno sviluppato il modello epistemologico già indicato nella citata pronuncia del 2002 - che delinea un modello dell'indagine causale capace di integrare l'ipotesi esplicativa delle serie causali degli accadimenti e la concreta caratterizzazione del fatto storico - ribadendo che, nel reato colposo omissivo improprio, il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, che a sua volta deve essere fondato, oltre che su un ragionamento di deduzione logica basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto. In particolare, si è sottolineato che, nella verifica dell'imputazione causale dell'evento, occorre dare corso ad un giudizio predittivo, sia pure riferito al passato: il giudice si interroga su ciò che sarebbe accaduto se l'agente avesse posto in essere la condotta che gli veniva richiesta.

Sintetizzando le considerazioni sin qui esposte deve rilevarsi che nelle fattispecie omissive improprie, qualificate dalla presenza di condizioni negative dell'evento, si rende indispensabile la costruzione di decorsi causali ipotetici: il giudice, procedendo alla ricostruzione controfattuale del nesso causale, si interroga in ordine all'evitabilità dell'evento, per effetto delle condotte doverose che non sono state poste in essere. E deve precisarsi che, nell'ambito della casi di responsabilità a carico dell'esercente la professione sanitaria, la Corte regolatrice risulta consolidata nel rilevare che, in tema di omicidio colposo, sussiste il nesso di causalità tra l'omessa adozione da parte del medico di idonee misure atte a rallentare il decorso della patologia acuta, colposamente non diagnosticata, ed il decesso del paziente, quando risulta accertato, secondo il principio di controfattualità, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, universale o statistica, che la condotta doverosa avrebbe inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente, nel senso che l'evento non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca posteriore o con minore intensità lesiva (Sez. 4, Sentenza n. 18573 del 14/02/2013, dep. 24/04/2013, Rv. 256338). Come si vede, la nozione dell'evento naturalistico, nei reati di omicidio colposo in ambito sanitario, risulta caratterizzata anche dall'analisi del prevedibile maggior tempo di sopravvivenza del malato, ove opportunamente curato, ovvero dalla minore intensità dell'insulto, pure dovuto alla patologia in atto.

6.3. La Corte di Appello, nel verificare se la morte di Mo.Pi., come in concreto verificatasi, fosse causalmente riferibile alla condotta ascritta ai medici odierni imputati, qualificata dal mancato impiego del defibrillatore automatico nell'immediatezza della crisi occorsa al calciatore, non si è attenuta ai principi di diritto ora richiamati.

Come sopra ricordato, il giudizio di certezza sul ruolo salvifico della condotta omessa deve fondarsi sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico, da effettuarsi ex post sulla base di tutte le emergenze disponibili. Correttamente, la Corte di Appello ha pertanto richiamato le indicazioni emerse, ex post, dall'accertamento autoptico e dalle indagini istologiche. Nel richiamato passaggio motivazionale, il Collegio ha osservato che il Mo. era risultato affetto da cardiomiopatia aritmogena, con interessamento prevalente del ventricolo sinistro; ha chiarito che il decesso era inquadrabile come morte improvvisa cardiaca aritmica; ed ha osservato che la causa del collasso cardiocircolatorio era da identificarsi in una fibrillazione ventricolare, insolitamente localizzata nel ventricolo sinistro.

Tanto rilevato, deve osservarsi che il prosieguo del ragionamento controfattuale disattende l'insegnamento offerto dal diritto vivente, sul tema dell'imputazione causale dell'evento.

Ed invero il Collegio, sul punto di interesse, ha osservato che il defibrillatore risulta generalmente efficace per il ripristino del normale ritmo cardiaco. Nel procedere alla valutazione sulla riferibilità causale del decesso del Mo. alle condotte dei medici sociali e del medico del Servizio di emergenza del 118, la Corte distrettuale ha quindi osservato che, rispetto alle possibilità di sopravvivenza del giovane alla crisi che lo aveva improvvisamente colpito nel corso della partita, i periti non avevano offerto indicazioni certe: ciò in quanto l'esito finale sarebbe dipeso da variabili connesse proprio alla presenza della patologia originaria. Non di meno, in sentenza si afferma che l'uso del DAE avrebbe comunque consentito di limitare i danni e di dare tempo ai sanitari per effettuare interventi mirati. Dopo aver richiamato le astratte probabilità di recupero dell'individuo affetto genericamente da arresto cardiaco secondario ed aver sottolineato che il ripristino del normale ritmo cardiaco mediante defibrillazione elettrica non garantisce da solo la sopravvivenza del paziente, poichè la defibrillazione non corregge la causa della patologia nè le conseguenze tissutali anossiche, collegate alla mancanza di perfusione, la Corte territoriale ha ritenuto che l'impiego del defibrillatore avrebbe consentito al Mo. di giocare ogni successiva chance di sopravvivenza. L'assunto viene di seguito esplicitato, nel senso che secondo i giudici il tempestivo impiego del defibrillatore avrebbe consentito una favorevole evoluzione del quadro patologico del giovane atleta e favorito la gestione della crisi. La Corte osserva, infine, che la probabilità di sopravvivenza della vittima deve essere diversificata rispetto al momento in cui ciascun medico intervenne in soccorso del calciatore, affermando poi che ciascuno dei professionisti coinvolti si trovava nella condizione di incidere utilmente sul corso degli eventi.

Orbene, le richiamate valutazioni, poste alla base della ritenuta sussistenza del nesso di derivazione causale tra le condotte ascritte ai sanitari e la morte improvvisa del giovane calciatore, secondaria alla cardiomiopatia

aritmogena da cui era affetto inconsapevolmente l'atleta professionista, risultano da un lato carenti, dall'altro inficiate dalle dedotte aporie logico-argomentative.

Sotto il primo profilo, deve osservarsi che l'accertamento della causalità, nel caso di specie, presenta intrinseche difficoltà, posto che la vittima risultava portatrice di una grave patologia, non altrimenti in precedenza diagnosticata; conseguentemente, la valutazione sulla valenza salvifica da assegnare alle condotte di primo soccorso, rispetto all'insorgenza della crisi, deve adeguatamente confrontarsi con le indicazioni offerte dai periti sullo specifico quadro clinico presentato dal giovane. Si tratta di un aspetto non adeguatamente esplorato, che imponeva l'acquisizione di ulteriori informazioni tecnico-scientifiche, se del caso mediante un mirato esame dei periti, sul tema di interesse. Sotto altro aspetto, la Corte territoriale mal governa i criteri di accertamento della riferibilità causale, in considerazione delle frequenze medio basse espresse dalla legge di copertura, posto che non effettua la concreta valutazione della valenza salvifica da assegnare all'uso del DAE, nel quadro patologico presentato dal paziente. Ed invero, la Corte ha omesso di elaborare il giudizio di tipo induttivo, sulla base della caratterizzazione del fatto storico e delle peculiarità del caso concreto, indicato dal diritto vivente quale paradigma motivazionale imprescindibile nell'accertamento della causalità omissiva. E tanto si afferma anche nella prospettiva di una possibile rilevanza causale della condotta omessa rispetto alla mera posticipazione dell'evento letale. Al riguardo, in sentenza si afferma che l'impiego del defibrillatore avrebbe comunque consentito ai sanitari di realizzare una diversa - e non precisata gestione della crisi cardiaca; e ciò, in mancanza di alcuna indicazione tecnico scientifica, sulla valenza salvifica della condotta alternativa, rispetto all'accertata patologia endogena che affliggeva il paziente. Deve conclusivamente rilevarsi che, in realtà, la Corte distrettuale ha fatto riferimento alla teorica della perdita di chance, espressa dal richiamato indirizzo giurisprudenziale esauritosi nei primi anni duemila, in base al quale, nella verifica del nesso di causalità tra la condotta del sanitario e la lesione del bene della vita del paziente, occorre privilegiare un criterio meramente probabilistico, sulle possibilità di successo del comportamento alternativo. Si tratta di una valutazione che si pone in frontale - e non motivato contrasto con le indicazioni ermeneutiche espresse dal diritto vivente, sul tema dell'imputazione causale dell'evento, sopra richiamate.

Per quanto detto, la sentenza in esame deve essere annullata con rinvio, anche sul punto della causalità.

7. In conclusione, la sentenza impugnata deve essere annullata con rinvio per nuovo giudizio alla Corte di Appello di Perugia, alla luce dei richiamati principi di diritto. Al giudice del rinvio viene pure demandata la regolamentazione tra le parti delle spese del presente giudizio di legittimità. Resta assorbito ogni ulteriore motivo di censura.