

Corte appello , - L'Aquila, 28/11/2018, n. 2214

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
CORTE D'APPELLO DI L'AQUILA

La Corte, nelle persone dei seguenti magistrati:

Dr. Silvia Rita Fabrizio           Presidente

Dr. Francesco Salvatore Filocamo   Consigliere relatore

Dr. Alberto Iachini Bellisarii    Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile in II grado iscritta al N. 1093 del Ruolo generale  
dell'anno 2013, promossa da:

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI, in persona del  
Direttore Generale pro tempore, elettivamente domiciliato in L'Aquila  
presso lo studio dell'avv. Stefano Rossi, rappresentata e difesa dall'avv.  
Pierluigi Maria Tenaglia per mandato in calce alla copia notificata  
dell'atto di citazione in primo grado;

- appellante principale -

CONTRO

PE. Fr., DI PI. Da. e DI PI. Da., rappresentati e difesi dall'avv.  
Alessandro Calabrese per mandato allegato in copia informatica alla  
comparsa di costituzione datata 22/2/2018, depositata con modalità  
telematica;

- appellati -

E NEI CONFRONTI DI

SE. An. Do., elettivamente domiciliato in L'Aquila presso lo studio  
dell'avv. Diego Biasini, rappresentato e difeso dagli avv.ti Domenico  
Budini e Paola Franceschini per mandato a margine della comparsa di  
costituzione;

- appellante incidentale -

OGGETTO: appello avverso sentenza n. 119/13 del Tribunale di Chieti,  
depositata l'11/2/2013.

CONCLUSIONI

(si omettono le conclusioni delle parti)

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. La sentenza appellata, accogliendo la domanda proposta dagli odierni appellati (rispettivamente moglie e figli di Di Pi. Ar.), ha condannato la ASL Lanciano-Vasto-Chieti e Se. An. Do. (medico sportivo presso il Centro di Medicina dello Sport della predetta ASL che rilasciò, il 16/4/2004, a Di Pi. Ar. un certificato di idoneità per la pratica agonistica dello sport del calcio con validità annuale fino al 15/4/2005) al risarcimento dei danni non patrimoniali patiti dagli attori (e liquidati in Euro 250.000,00 in favore di Pe. Fr. ed in Euro 160.000,00 ciascuno in favore di Di Pi. Da. e Da.) in conseguenza del decesso del loro congiunto, avvenuto a Crecchio il 26/2/2005, nel corso di una partita di calcio che lo vedeva impegnato nella squadra Polisportiva Amatori Ripa Teatina Eugenio Carabella nella quale militava.

1.1. La sentenza ha, in primo luogo, accertato – pur nella mancanza di un esame diagnostico o autoptico, non disposto dalla ASL convenuta che pure ne aveva il potere – che la morte di Di Pi. Ar. era stata causata da problemi cardiaci, avendo il consulente del Pubblico Ministero in sede penale escluso che essa fosse attribuibile ad accidenti cerebro-vascolari; in secondo luogo, ha accertato – sulla scorta della relazione redatta dal CTU dott. Br. Lo. e delle risposte dallo stesso fornite alle osservazioni critiche dei consulenti tecnici di parte – che le anomalie riscontrate nel tracciato dell'elettrocardiogramma praticato dal Se. al Di Pi. il 16/4/2004 ed assenti in quelli degli analoghi esami effettuati, sempre dal Se., in occasione del rilascio di precedenti certificati di idoneità sportiva nel 1999 e nel 2000 (scarsa progressione delle R da V1 a V4 ed onda T bifasica con componente finale negativa in V2-V5 emerse dall'ECG pre-esercizio, con successiva pseudo-normalizzazione delle onde T nel corso dell'ECG da sforzo massimale, peraltro precocemente interrotto nella fase del recupero), pur aspecifiche e pur relative a paziente asintomatico, erano comunque fortemente suggestive di positività del test e avrebbero dovuto indurre a non rilasciare il certificato di idoneità con durata annuale, se non dopo ulteriori approfondimenti diagnostici suggeriti dalle linee guida COCIS già dal 2003, ma non richiesti dal dott. Se.. Ha, quindi, ritenuto dimostrato (secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza) il nesso causale tra il comportamento negligente ed imperito del dott. Se. ed il decesso del Di Pi., a nulla rilevando che quest'ultimo si fosse verificato dieci mesi dopo il rilascio del certificato di idoneità sportiva. Ha, inoltre, escluso che le risultanze processuali consentissero di accertare un concorso colposo della vittima ed ha, infine, ritenuto che la convivenza tra questa ed i suoi stretti congiunti rendesse indubbia la sofferenza psichica subita da questi ultimi in conseguenza della precoce interruzione del rapporto parentale (allorchè la vittima aveva ancora 48 anni).

2. Hanno proposto appello entrambi gli originari convenuti (la ASL in via principale e il Se. in via incidentale), chiedendo – eventualmente previa rinnovazione della CTU -la riforma totale o in subordine parziale della sentenza, della quale hanno entrambi censurato, in sostanza:

a) la parte in cui ha accertato che il decesso di Di Pi. Ar. si verificò a causa di una patologia cardiaca, essendo questa una delle tante possibili ipotesi formulate dai sanitari e dai consulenti che si occuparono a vario titolo della vicenda, ed in particolare dal consulente tecnico del P.M. nel procedimento penale instaurato nei confronti del Se. e conclusosi con decreto di archiviazione, ad

alcuna delle quali era possibile – in mancanza di riscontro diagnostico (che la ASL nega di avere il potere di disporre senza richiesta dei familiari della vittima) e di sufficienti elementi anamnestici – ricondurre anche solo in via probabilistica il decesso;

b) la parte in cui ha accertato un nesso causale tra il decesso stesso e la condotta omissiva del Se., consistita nel non avere disposto gli ulteriori accertamenti strumentali indicati dal CTU dott. Loffredo (nessuno dei quali, pur ove eseguito, sarebbe stato in grado di evitare il decesso verificatosi a distanza di dieci mesi), non imposti come obbligatori dal D.M. 18/2/1982 (norma primaria avente prevalenza sui protocolli privilegiati dalla sentenza) ed in ogni caso non necessari nè opportuni, stante il risultato negativo della prova da sforzo massimale (peraltro interrotta non precocemente, ma per "esaurimento muscolare"), il cui tracciato evidenziava la normalizzazione delle onde T e stante il carattere aspecifico - considerata anche la asintomaticità del paziente - sia della cd. pseudo-normalizzazione ipotizzata dal CTU (ma in realtà priva di valore diagnostico), sia della comparsa di onde T bifasiche con componente finale negativa in V2-V5 nel tracciato dell'elettrocardiogramma pre-esercizio (fenomeno riconducibile anche all'allenamento fisico): in sostanza, il risultato nei limiti della norma della prova da sforzo avrebbe – secondo gli appellanti – fugato ogni possibile dubbio in ordine alla idoneità del Di Pi. alla pratica agonistica dello sport calcistico correttamente certificata dal dott. Se. ed il decesso del primo si sarebbe verificato – ove anche dipeso da problemi cardiaci – in conseguenza di patologie insorte nell'arco dei dieci mesi intercorsi tra il rilascio del certificato ed il decesso medesimo;

c) la parte in cui ha escluso un concorso della condotta colposa della vittima, consistita in uno stile di vita non "consono alla sua età e tale da ridurre al minimo i rischi di patologie cardiache" ed emergente dalla anamnesi svolta in occasione delle visite per l'idoneità sportiva, da cui risultava che il Di Pi. (oltre ad assumere un farmaco antidepressivo) fumava 20 sigarette al giorno ed era un occasionale bevitore, elementi la cui valutazione era stata del tutto omessa dalla sentenza impugnata;

d) la parte in cui ha ritenuto provata, sulla base della sola convivenza e dell'età della vittima, la sussistenza del danno-conseguenza liquidato in favore degli attori, i quali avevano omesso di fornire alcun elemento idoneo a dimostrare, anche in via indiziaria, l'intensità del rapporto parentale cui ragguagliare il risarcimento;

e) la parte in cui non ha disposto la compensazione delle spese processuali nonostante la eccezionale complessità della vicenda oggetto di giudizio.

3. Gli appellati si sono costituiti ed hanno resistito agli appelli, dei quali hanno chiesto il rigetto.

4. Ritiene questa Corte che, per le ragioni di seguito esposte, gli appelli, principale ed incidentale, siano infondati e comunque inidonei a determinare la riforma, anche solo parziale, della sentenza gravata.

4.1. Deve, anzitutto, rilevarsi, che il decesso di Di Pi. Ar. (all'epoca quarantottenne) è pacificamente avvenuto il 26/2/2005 sul campo di calcio di Crecchio, mentre la vittima era intenta a disputare una gara di un campionato amatoriale e cioè a praticare l'attività sportiva agonistica per la quale il Centro di Medicina dello Sport della ASL di Chieti (presso cui svolgeva le proprie mansioni il dott. Se., che aveva concretamente effettuato la visita e gli esami elettrocardiografici, valutandone gli esiti) aveva rilasciato dieci mesi prima (il 16/4/2004) il certificato di idoneità, con validità annuale, che il D.M. 18 febbraio 1982 (recante "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica") prescriveva e prescrive come obbligatorio "ai fini della tutela della salute" di "coloro che praticano attività sportiva agonistica".

4.2. Quanto alla causa immediata di tale decesso (che il medico del 118 intervenuto nell'immediatezza aveva, nella denuncia trasmessa ai Carabinieri di Ortona, ascritto ad "infarto del miocardio" ed il medico che lo aveva certificato aveva ricondotto ad "aritmia maligna"), l'unico accertamento medico-legale è stato compiuto – su base documentale, non essendo stato nè richiesto, nè disposto alcun riscontro diagnostico o autoptico – dal dott. Cristian D'Ovidio, consulente tecnico della Procura della Repubblica di Chieti nell'ambito del procedimento penale n. 3481/2005. Questi, nella propria relazione consulenziale (prodotta dagli odierni appellanti), premesso che il decesso era occorso "con celerità tale da non consentire ai sanitari del 118 il trasporto del Di Pi. in Ospedale" e che la causa della morte poteva essere solo ipotizzata data la mancanza di riscontro tanato-diagnostico e di elementi anamnestici certi, ha formulato quattro ipotesi circa la causa del decesso (morte improvvisa, embolia polmonare massiva, infarto miocardico acuto, emorragia o stroke cerebrale massivo) ed ha poi ritenuto improbabile sia l'embolia polmonare massiva (in assenza di dati deponenti per anomalie della coagulabilità ematica), sia l'accidente cerebro-vascolare acuto (ictus o emorragia), in assenza di riferimenti, in atti, all'importante coinvolgimento neurologico che solitamente precede, in tale ipotesi, il decesso. Ha, invece, ritenuto possibile l'ipotesi dell'infarto miocardico acuto, sebbene in assenza di evidenza di pregressi accidenti cardiaci acuti, con la precisazione che per cagionare il decesso "il fenomeno necrotico deve risultare particolarmente esteso" ed ha individuato nella "morte improvvisa" la "ricostruzione fenomenologica di decesso più probabile", tenuto conto che "nei pazienti con aritmie ipercinetiche, il rischio di morte improvvisa è significativamente più elevato di quello dei pazienti che non presentano aritmie". Ha, in proposito, precisato che "le aritmie ventricolari possono manifestarsi sotto forma di extrasistoli isolate, tachicardia ventricolare e fibrillazione ventricolare ... spesso in associazione con aree di fibrosi o aneurisma ventricolare" e che "le aritmie fatali sono la causa di morte nel 40-50% dei casi di scompenso cardiaco". Ha, quindi, concluso "considerando l'occorrenza di un'aritmia maligna e quella di un infarto miocardico acuto massivo, equamente possibili, ma preponderanti, in relazione alle modalità d'accadimento, rispetto alle altre due ipotesi formulate".

4.3. Se, dunque, è vero che la mancanza di riscontro autoptico non consente di individuare con certezza la specifica causa del decesso del Di Pi., è anche vero che, tra le cause astrattamente ipotizzabili (ed in concreto ipotizzate da tutti i medici che a vario titolo sono stati chiamati ad

esprimere il proprio parere sul caso di specie, ivi compresi i consulenti tecnici dei convenuti oggi appellanti, dei quali solo il prof. De Ca. ha indicato – tra le 19 ipotesi formulate – anche l'ictus emorragico e l'embolia polmonare, la cui verosimile prospettabilità nella specie è stata però esclusa dal dott. D'Ovidio), quelle dotate di maggior grado di probabilità rimandano a manifestazioni patologiche di natura cardio-circolatoria (è significativo che anche il prof. De Ca., CTP del convenuto Se., abbia ritenuto verosimile che il decesso sia stato causato da un'improvvisa aritmia cardiaca).

4.4. E, del resto, appartiene alla categoria del notorio che i rischi più frequenti, nella pratica sportiva, sono rappresentati dalle lesioni traumatiche (nella specie neanche ipotizzabili) e dagli incidenti cardiovascolari, anche nelle attività sportive (quali il calcio), che comportano un impegno cardiocircolatorio medio-elevato caratterizzato da numerosi e rapidi incrementi, anche massimali, della frequenza e della gettata cardiaca. Non a caso, infatti, la pratica, in specie agonistica (quale quella che impegnava il Di Pi., componente di una squadra che partecipava ad un campionato), di tale sport è da tempo, nel nostro ordinamento, subordinata all'ottenimento di certificato di idoneità in corso di validità, che può essere rilasciato solo da specialisti in medicina dello sport operanti negli appositi servizi delle Asl o in centri ed ambulatori privati autorizzati, all'esito di accertamenti nell'ambito dei quali assumono particolare importanza quelli finalizzati alla valutazione della idoneità cardiologica, costituiti, obbligatoriamente, dall'elettrocardiogramma sia a riposo che sotto sforzo. 4.5. Risulta, dunque, irrilevante nella specie stabilire se la mancanza di riscontro diagnostico sulla salma del Di Pi. sia addebitabile alla mancata richiesta da parte dei suoi congiunti o alla mancata disposizione, ai sensi dell'[art. 37 D.P.R. 285/1990](#), da parte della struttura sanitaria pubblica che intervenne (e presso la quale la salma stessa venne verosimilmente trasportata) e se nella specie sussistesse o meno simile potere in capo alla ASL appellante, dovendo comunque constatarsi che vi è prova sufficiente – alla luce del criterio causale del "più probabile che non" enunciato, in materia di responsabilità civile, da [Cass. 21619/2007](#), poi autorevolmente ripreso dalle S.U. 576/2008 e confermato dalla giurisprudenza successiva – dell'eziologia cardiaca del decesso di Di Pi. Ar., come accertato dalla sentenza impugnata.

5. Ciò, evidentemente, non è sufficiente per affermare che a quel decesso abbiano causalmente concorso – mediante il rilascio del certificato di idoneità sportiva – gli odierni appellanti, occorrendo verificare la correttezza o meno della positiva valutazione in quella sede compiuta in ordine alla idoneità cardiaca (senza riserve e senza limitazione infrannuale del periodo di validità della valutazione stessa), alla luce dei dati anamnestici forniti dall'interessato e dei risultati degli esami elettrocardiografici eseguiti. 5.1. Va, in proposito, rilevato che – come la giurisprudenza di legittimità ha avuto occasione di precisare – anche favorire o anticipare il decesso di una persona già destinata a morire perchè afflitta da una patologia costituisce condotta legata da nesso di causalità rispetto all'evento morte, tale da obbligare chi l'ha tenuta al risarcimento del danno, e che simile condotta è ravvisabile anche in quella del medico specialista in medicina dello sport, che rilascia un certificato di idoneità a giocare al calcio a livello agonistico ad un soggetto, poi deceduto

durante una partita di calcio, trascurando gli esiti non rassicuranti degli accertamenti cardiologici (Cass. pen. 32154/2011). In particolare, è stata affermata la responsabilità penale per omicidio colposo (comportante, a fortiori, anche responsabilità civile per le conseguenze del decesso della vittima) del cardiologo che "attesti l'idoneità alla pratica sportiva agonistica di un atleta in seguito deceduto nel corso di un incontro ufficiale di calcio a causa di una patologia cardiologica, non diagnosticata dal sanitario per l'omessa effettuazione di esami strumentali di secondo livello che, ancorchè non richiesti dai protocolli medici, dovevano ritenersi necessari in presenza di anomalie del tracciato elettrocardiografico desumibili dagli esami di primo livello" (Cass. pen. 38154/2009). Nel caso deciso da tale ultima sentenza (caratterizzato anch'esso dal decorso di un periodo di dieci mesi tra il rilascio del certificato di idoneità ed il decesso), gli esami strumentali di primo livello, a cui era stato sottoposto il soggetto, presentavano una sospetta diversità tra il tracciato elettrocardiografico prima e dopo lo sforzo, che avrebbe dovuto, con l'impiego esigibile della media diligenza e perizia medica, comportare, non già la superficiale diagnosi che ha poi reso automatico il rilascio del certificato di idoneità a praticare il gioco del calcio, bensì l'effettuazione di esami di secondo livello, sicchè la morte improvvisa "poteva e doveva essere evitata con un diligente ed oculato comportamento professionale" diverso da quello in concreto tenuto, il quale ultimo "si palesava, sotto il duplice profilo della negligenza e dell'imperizia, colposo ed eziologicamente incisivo sul determinismo dell'evento mortale, avendo consentito l'automatica ammissione senza riserve all'attività sportiva agonistica".

5.2. Sono evidenti le analogie con il caso di specie, nel quale la sentenza qui impugnata ha ritenuto sussistente un nesso causale tra il rilascio – da parte del Se. - del certificato di idoneità sportiva di durata annuale, nonostante l'esito non tranquillizzante dell'esame elettrocardiografico, ed il successivo decesso per problemi cardiologici di Di Pi. Ar., il quale, senza quel certificato, non avrebbe potuto praticare attività sportiva agonistica (o avrebbe potuto praticarla per un periodo temporale inferiore all'anno) e non sarebbe – più probabilmente che non – deceduto nelle circostanze di tempo e di luogo ricordate in premessa.

5.3. E' chiaro che la condotta integrante l'illecito – o meglio, l'inesatto adempimento, trattandosi indubbiamente di responsabilità contrattuale - accertato ha natura commissiva (essendo costituita dal rilascio del certificato di idoneità sportiva in presenza di un elettrocardiogramma evidenziante anomalie, pur aspecifiche), mentre le omissioni degli approfondimenti accertativi che la sentenza ha ritenuto avrebbero dovuto precedere il rilascio del certificato (in quanto necessari per valutare compiutamente quelle anomalie e fugare o confermare i dubbi da esse posti e, quindi, consentire o impedire il rilascio del certificato) attengono, più propriamente, al profilo soggettivo della colpa, giacchè la loro mancata effettuazione caratterizza – nella prospettiva della sentenza impugnata – come negligente e imperita la condotta del Se. (e della struttura sanitaria alle cui dipendenze egli svolgeva le proprie mansioni di medico dello sport). Non assume, dunque, rilevanza sotto il profilo oggettivo del nesso di causalità verificare (come pretendono gli appellanti) se l'esecuzione dei non disposti approfondimenti accertativi di secondo livello avrebbe o meno evitato il decesso del Di Pi.,

quanto constatare se la loro mancata effettuazione consentisse o meno al Se. di formulare il giudizio di incondizionata (anche temporalmente) idoneità alla pratica agonistica del calcio in presenza dei dati (anamnestici e strumentali) in concreto acquisiti, valutati secondo la diligenza e la perizia che devono caratterizzare le prestazioni dello specialista in medicina dello sport, cui l'ordinamento riserva – a tutela anche della salute degli sportivi praticanti – il rilascio del necessario certificato di idoneità.

6. Anche sotto quest'ultimo profilo la sentenza impugnata (così come la CTU cui essa ha prestato adesione) resiste alle censure mosse dagli appellanti sopra sintetizzate al punto 2b). 6.1. Va anzitutto rilevato che è pacifico (e comunque documentalmente provato) che:

a) Di Pi. Ar. aveva richiesto ed ottenuto, prima del 2004, la certificazione della idoneità alla pratica agonistica del calcio sia nel 1999, sia nel 2000;

b) in occasione della visita effettuata (dal dott. Se.) nell'anno 1999 presso il Servizio di medicina dello sport della ASL di Chieti erano stati raccolti i dati anamnestici (poi solo "raccontati", ed in concreto confermati, nel 2000 e nel 2004), dai quali risultava che il richiedente assumeva Seroxat (nel dosaggio di 1 cp/die), fumava 20 sigarette al giorno e beveva occasionalmente bevande alcoliche;

c) i tracciati elettrocardiografici eseguiti a riposo (pre-esercizio) e sotto sforzo il 10/11/1999 alle ore 14,21 ed il 22/12/2000 alle ore 9,15, non presentavano alcuna anomalia;

d) il tracciato elettrocardiografico pre-esercizio eseguito il 16/4/2004 alle ore 12,46 era, invece, caratterizzato da alcune anomalie e precisamente dalla scarsa progressione delle R da V1 a V4 e da onda T bifasica con componente finale negativa in V2-V4;

e) l'elettrocardiogramma da sforzo eseguito in tale ultima data evidenziò la normalizzazione delle onde T (che da negative tornarono ad essere positive).

6.2. Il CTU dott. Br. Lo. (specialista sia in cardiologia che in medicina dello sport e, quindi, in possesso – contrariamente a quanto assume la ASL appellante a sostegno della richiesta di rinnovazione dell'incombente istruttorio – delle competenze specifiche nella specie occorrenti) ha qualificato entrambe le suddette evidenze, desumibili dai tracciati elettrocardiografici eseguiti nel 2004 comparati con quelli eseguiti negli anni precedenti, come anomalie "sicuramente significative ed anormali", per quanto "aspecifiche, ovvero non indicative di una patologia specifica", osservando, con il sostegno di letteratura scientifica specificamente indicata nella relazione, che:

A) la comparsa nel tracciato ECG pre-esercizio di onde T bifasiche con componente finale negativa in V2-V5 e con ridotta progressione delle onde R in V1-V4 (non presenti nei tracciati degli anni 1999 e 2000), poteva essere indicativa di "ischemia miocardica, ipertrofia ventricolare, miocardite, miocardiopatie, pericarditi, disturbi elettrolitici ecc.", giacchè: i) l'ampiezza del voltaggio dell'onda

R "è correlata allo spessore di miocardio vitale" sottostante gli elettrodi e pertanto un infarto di una parte dello spessore parietale provoca una perdita di altezza dell'onda R nelle derivazioni da esso interessate;

ii) l'inversione dell'onda T (e cioè la "presenza di onde T negative in derivazioni nelle quali l'onda T è di solito positiva"), in particolare allorchè riguardi le "precordiali dove le onde T negative sono sempre anormali se presenti in una o più derivazioni tra V3-V6", costituisce una alterazione ascrivibile alla categoria di quelle "non comuni/rare e non correlate all'allenamento", la cui presenza, potendo essere indicativa "di una malattia cardiaca a rischio di morte improvvisa" rende sempre necessario – secondo le linee-guida COCIS 2009 e già 2003 - un approfondimento diagnostico di secondo livello;

iii) l'inversione delle onde T non inferiore a 2 mm. e interessante almeno due derivazioni adiacenti "è raramente presente nell'ECG di atleti sani, mentre rappresenta una frequente alterazione nei pazienti affetti da cardiomiopatie", potendo essere "l'unico segno di una patologia anche in assenza di sintomi e prima ancora che alterazioni strutturali siano apprezzabili con le metodiche imaging";

iv) anche onde T invertite e profonde meno di 2 mm. che tendono a scomparire con l'esercizio "sono rare negli atleti" e "possono rappresentare un segno di patologia cardiaca", per cui "necessitano di ulteriori indagini e di adeguato follow-up prima di poter essere definitivamente interpretate come dovute al rimodellamento neuro-anatomico-fisiologico"; B) la normalizzazione delle onde T (che da negative tornano ad essere positive) durante la prova da sforzo non è di per sè indicativa di negatività del test, potendo trattarsi di una pseudo-normalizzazione (fenomeno che si verifica, in pazienti con cardiopatia ischemica che abbia determinato l'inversione cronica delle onde T, durante un nuovo episodio ischemico spontaneo o scatenato da stress psichici o fisici), altrettanto anormale e – sebbene priva di sintomatologia clinica – tale da non escludere, ma anzi confermare, la necessità di approfondimenti diagnostici di secondo livello, tanto più laddove, come nel caso di specie, la precoce interruzione della registrazione elettrocardiografica nella fase del recupero successivo allo sforzo massimale (registrazione che dovrebbe non essere inferiore a 6 minuti, mentre nella specie si è protratta per 90 secondi circa) non consentiva di valutare se, dopo lo sforzo, le onde T fossero o meno tornate negative, come si verifica nel caso di loro pseudo-normalizzazione.

6.3. In base alle considerazioni appena riassunte il CTU e, sulla sua scorta, la sentenza qui gravata hanno ritenuto che gli esiti dell'ECG eseguito nel 2004 erano tali da suscitare seri dubbi "sulla presenza di una patologia cardiaca subacuta, silente, strutturale o ischemica (insorta tra il 2000 ed il 2004 considerate le anomalie sull'ECG pre-esercizio del 2004 non presenti in precedenza e del successivo ECG da sforzo del 2004 che conferma tali dubbi)" e che, prima di concedere l'idoneità agonistica al Di Pi., sarebbe stato "prudente ed opportuno" effettuare ulteriori approfondimenti diagnostici di secondo livello (che il CTU ha esemplificativamente indicato nell'ecocardiogramma per escludere alterazioni della cinetica cardiaca o presenza di miocardiopatia, nell'ECG Hoter per

evidenziare un'eventuale comparsa di alterazioni ECG grafiche e/o aritmie, nella scintigrafia miocardica per valutare indirettamente eventuali stenosi e/o ostruzioni del circolo coronarico, nella coronografia in caso di scintigrafia dubbia o positiva), "come previsto e richiesto dalla legislazione italiana nei casi con motivato sospetto clinico, per identificare patologie non prevedibili con gli accertamenti clinici basali".

7. Le censure in proposito mosse dagli appellanti (che, peraltro, ricalcano le osservazioni critiche avanzate dai rispettivi consulenti tecnici alla relazione di CTU, alle quali il consulente d'ufficio ha fornito puntuali risposte, condivise dalla sentenza impugnata, che le ha fatte proprie e, come si dirà, del tutto condivisibili anche da parte di questa Corte, ulteriore ragione che osta alla rinnovazione del mezzo istruttorio perorata dalla appellante ASL, la quale, peraltro, non specifica in alcun modo la generica – e perciò stesso gratuita - affermazione secondo cui "il tenore delle risposte fornite dal CTU ... non appare idoneo a garantire la dovuta terzietà all'indagine peritale d'ufficio") non attingono, se non in modo del tutto generico, quanto affermato dal dott. Loffredo circa il carattere anormale, ancorchè aspecifico, delle alterazioni rilevate dall'ECG basale (quello pre-esercizio).

7.1. Quanto all'alterazione relativa all'ampiezza delle onde R da V1 a V4, nel solo appello dell'ASL si asserisce (a pag. 41) che "la mancata ascesa della onda r è da ascrivere a posizionamento diverso degli elettrodi". Simile asserzione non è assistita da alcuna argomentazione di carattere scientifico che si contrapponga a quelle fornite dalla letteratura citata dal CTU, ma è anche – e prima ancora – priva di qualsiasi riscontro fattuale, specie ove si consideri che i tre elettrocardiogrammi che si sono succeduti nel corso del tempo (1999, 2000 e 2004) sono stati tutti eseguiti dal dott. Se. presso il Servizio di medicina dello sport dell'ASL di Chieti, ciò che induce a ritenere (come evidenziato dal CTU nella relazione integrativa con valenza estesa anche alla rilevazione delle anomalie concernenti le onde T) che tali esami si siano svolti tutti in condizioni (e con posizionamento degli elettrodi) simili e ad escludere, quindi, che variazioni delle modalità di esecuzione (peraltro neanche allegate dai convenuti-appellanti con un minimo di concretezza) si siano verificate ed abbiano inciso sui risultati degli esami ECG in modo tale da eliminare o anche solo attenuare le anomalie riscontrate solo nel 2004 e non rilevate, invece, nei due esami precedenti.

7.2. Quanto alla inversione delle onde T (cioè alla presenza di onde negative in V2-V5), il solo dott. Falco, medico legale CTP della ASL, ha sostenuto che simili alterazioni (egli parla di "S-T lievemente sopraslivellato con onda T bifasica") possono essere presenti nel "cuore allenato" ed essere espressione elettrica degli adattamenti strutturali e funzionali all'allenamento". Simile considerazione, oltre ad avere trovato adeguata e convincente risposta nella relazione integrativa del CTU (pag. 7, alla quale si rinvia), è smentita dai riferimenti a specifica letteratura scientifica contenuti nella relazione del dott. Loffredo (e sopra ricordati) e dalle stesse citazioni di altra (e asseritamente più autorevole e diffusa) dottrina cardiologica riportate dal prof. De Ca. (cardiologo CTP del dott. Se.), dove si legge (nel testo originale in lingua inglese) che "the morphology of the T wave is influenced by body position, respiration, hyperventilation, drug therapy and myocardial ischemia/necrosis" (cioè, nella traduzione letterale dello stesso CTP, che "la morfologia dell'onda T

è influenzata dalla posizione del corpo, dalla respirazione, dall'iperventilazione, dalla terapia farmacologica e dall'ischemia miocardica") e si qualifica una "inferior and anterolateral T wave inversion" (la inversione dell'onda T inferiore e antero-laterale) come "an adverse long-term prognosticator" (un predittore avverso di prognosi a lungo termine).

7.3. Pertanto, non può che tenersi ferma la valutazione espressa (e documentata) dal CTU in ordine al carattere anomalo ed anormale del tracciato dell'ECG basale (pre-esercizio) eseguito nel 2004, rispetto a quelli (del tutto nella norma) eseguiti, dallo stesso medico sullo stesso soggetto, negli anni 1999 e 2000 e in ordine alla riconducibilità delle anomalie registrate, per quanto aspecifiche, ad una serie di cause per lo più patologiche (considerato che la normalità degli analoghi esami precedenti induce ad escludere una origine fisiologica delle anomalie riscontrate solo nel 2004; che la effettuazione di tutti gli esami in condizioni simili e da parte dello stesso sanitario induce ad escludere l'incidenza di diverse modalità di esecuzione dell'ECG e che nessun elemento istruttorio consente di ipotizzare una incidenza eziologica dell'unico farmaco che il Di Pi. dichiarò, peraltro già nel 1999, di assumere). 7.4. Nè il carattere aspecifico delle anomalie riscontrate rendeva queste ultime meno significative, nel senso appena precisato, e meno allarmanti, giacchè, come correttamente chiarito dalla sentenza impugnata (e già dal CTU), in generale la aspecificità non equivale ad asintomaticità e tanto meno a normalità e, nel caso di specie, la aspecificità delle anomalie riscontrate nel 2004 ed assenti invece nel 1999 e nel 2000 avrebbe reso ancor più necessario (e non certo superfluo) un supplemento di indagine, anche strumentale, per potere escludere che quelle anomalie fossero indicative di patologie cardiache silenti, rimaste ancora prive di ulteriori e più eclatanti manifestazioni.

Peraltro, la omessa considerazione comparativa dei tre esami ECG succedutisi nel corso del tempo costituisce ulteriore ragione di maggiore completezza ed attendibilità delle valutazioni espresse dal CTU rispetto non solo a quelle dei CCTTP, ma anche del consulente tecnico del P.M. dott. D'Ovidio, il quale è pervenuto (così come, sulla scorta della sua relazione, l'A.G. penale) alla esclusione di responsabilità del dott. Se. in base alla sola constatazione di "normalità" del tracciato elettrocardiografico della prova da sforzo, senza alcuna considerazione nè del per nulla normale tracciato dell'ECG pre-esercizio, nè dell'assenza, nei tracciati del 1999 e del 2000, di alterazioni analoghe a quelle riscontrate nel 2004. 8. Anche gli appellanti continuano a sostenere, negli atti di impugnazione, che nel caso di specie ogni possibile dubbio suscitato da quelle anomale alterazioni fosse stato fugato dal risultato dell'ECG sotto sforzo, che evidenziò – in un paziente asintomatico – la normalizzazione delle onde T e non rilevò, nonostante la sua conduzione fino a livelli massimali (200 watt) protrattisi per 2 minuti, alcuna alterazione del tratto S-T. Negano, quindi – richiamando in sostanza le osservazioni critiche alla CTU redatte dal prof. De Ca. e la letteratura scientifica ivi citata, nonchè le ulteriori difese già svolte in primo grado – che nella specie si possa ravvisare un fenomeno di pseudo-normalizzazione, comunque anch'esso caratterizzato da aspecificità in pazienti senza un precedente infarto, perchè non vi è stata nuova inversione delle onde T nella fase di recupero e perchè comunque il raggiungimento ed il mantenimento per due minuti di livelli

massimali di sforzo sarebbe incompatibile con una patologia cardiaca già insorta (e deporrebbe, invece, ove questa fosse stata la causa del decesso del Di Pi., nel senso della sua insorgenza nel periodo successivo al rilascio del certificato di idoneità sportiva, considerato il lungo lasso temporale trascorso fino al decesso stesso).

8.1. Simili censure non meritano seguito giacchè, anzitutto, non tengono adeguato conto delle risposte tecniche fornite dal CTU alle osservazioni dei CCTTPP (e riportate nella sentenza impugnata) e continuano a conferire un significato improprio alla aspecificità dei segnali di allarme desumibili anche dal tracciato ECG da sforzo (valutato in relazione al tracciato pre-esercizio, che aveva evidenziato alterazioni, non limitate alla inversione delle onde T, attribuibili anche ad una pregressa ischemia o necrosi miocardica), senza tenere conto del carattere spesso silente di patologie cardiache già in atto (ciò che rende non risolutiva la asintomaticità riferita dal Di Pi.), circostanze che – come chiarito dal CTU nella relazione integrativa – non consentivano di escludere con sufficiente certezza e senza previa effettuazione di ulteriori accertamenti di secondo livello che il paziente fosse stato già stato interessato, nel periodo intercorso tra il 2000 ed il 2004, da un episodio infartuale o da insorgenza di ischemia cardiaca.

8.2. Ed invero anche la letteratura citata dal prof. De Ca. qualifica come "a basso rischio" (e, quindi, in condizioni non di normalità) un paziente senza precedente infarto che, pur in presenza di una conversione di onde T negative a riposo ad onde T positive durante l'esercizio, sia capace di esercitarsi fino ad 8 METS senza alterazioni ischemiche del tratto ST. E' ovvio che, a parità delle altre condizioni, il rischio si rivela tutt'altro che basso ove si tratti di paziente già affetto da patologia cardiaca per quanto silente (ciò che, come detto, non poteva senz'altro essere escluso riguardo al Di Pi.).

8.3. Va, inoltre, rilevato che nella specie non può conferirsi alcuna reale significatività alla mancata ulteriore inversione delle onde T nella fase di recupero post-esercizio, giacchè risulta che in tale fase sono state effettuate solo due registrazioni elettrocardiografiche ad intervalli di 46 e 45 secondi, laddove la letteratura e le linee-guida citate dal CTU (e non smentite da alcuna argomentazione scientifica di segno contrario) sottolineano come anche il recupero, oltre al massimo sforzo, sono momenti significativi per l'interpretazione dell'ECG e come le relative registrazioni dovrebbero protrarsi per almeno 6 minuti, ripetendo un tracciato completo a 12 derivazioni dopo 2-4-6 minuti dallo sforzo. Ciò che, nella specie, non risulta essere stato fatto, senza che una giustificazione (logica, prima ancora che scientifica) possa trarsi dall'osservazione della appellante ASL che sottolinea come il test da sforzo sia stato interrotto per "esaurimento muscolare", il quale, con tutta evidenza, ha impedito la prosecuzione dell'esercizio allo sforzo massimo (o l'incremento di quest'ultimo), ma non ha certo imposto la interruzione precoce della registrazione dell'attività cardiaca durante la fase di recupero.

8.3. Anche dopo l'effettuazione dell'ECG sotto sforzo, dunque, non sussistevano le condizioni per pervenire – come invece ha fatto il dott. Se. sottovalutando le evidenze anormali, sebbene

aspecifiche, di cui si è detto – ad una valutazione di idoneità cardiaca del Di Pi. (giacchè non era possibile conferire significato univoco e tranquillante a quelle anomalie) ed al rilascio del certificato di idoneità agonistica per la durata di un anno. Diventa, a questo punto, scarsamente rilevante verificare se gli accertamenti diagnostici di secondo livello indicati dal CTU (sulla scorta delle linee-guida già ricordate) fossero o meno utili per sciogliere il dubbio interpretativo posto dalle anomalie riscontrate (sembrando, tuttavia, innegabile che esse, ove effettuate, avrebbero verosimilmente consentito di accertare la sussistenza di eventuali patologie cardiache), dovendosi soltanto ribadire – a fronte di quanto gli appellanti continuano in proposito a sostenere – che:

i) la mancata specifica previsione normativa di accertamenti strumentali diversi da quelli compiuti dal Se. si accompagna alla facoltà del medico visitatore "di richiedere ulteriori esami specialistici e strumentali su motivato sospetto clinico" (art. 3, comma 2, d.m. 18/2/1982) e non esclude, quindi, la possibilità e, nella ricorrenza di anomalie quali quelle nella specie emerse dagli esami obbligatori ex lege, la necessità di ulteriori esami, quali quelli indicati dal CTU;

ii) le linee-guida ed i protocolli operativi accreditati e diffusi (quale quelli redatti sin dal 2003 – in realtà sin dal 1989 – dal COCIS, comitato promosso dalla Società Italiana di Cardiologia dello Sport e composto da appartenenti alla stessa e ad altre istituzioni scientifiche, quali l'ANCE, l'ANMCO e la SIC) costituiscono – anche relativamente al periodo precedente il [d.l. 158/2012](#), che li ha valorizzati per escludere la colpa lieve del sanitario che ad essi si attenga – parametri di sicura rilevanza nella valutazione della conformità dell'operato del sanitario alle *leges artis* e dell'elemento soggettivo della colpa.

8.4. Deve, infine, ribadirsi l'irrilevanza del decorso di dieci mesi dal rilascio del certificato di idoneità sportiva al Di Pi. e il decesso del medesimo, posto che tale ultimo evento si verificò nel periodo di validità del certificato, rilasciato dal dott. Se. per l'intero periodo massimo annuale, nonostante i consistenti elementi che rendevano, in mancanza di accertamenti di secondo livello, quanto meno dubbia l'idoneità cardiologica dell'interessato, ciò che avrebbe consigliato comunque una limitazione temporale del certificato, onde consentire una nuova verifica ravvicinata nel tempo della predetta idoneità. 9. Quanto al motivo di appello con il quale si censura la mancata applicazione dell'[art. 1227 c.c.](#), nonostante l'evidenza anamnestica di uno stile di vita del Di Pi. non consono all'attività sportiva agonistica svolta, deve, da un lato, rilevarsi che l'assunzione di tabacco e, occasionalmente, di alcolici (nonchè di un farmaco la cui possibile incidenza casuale sulla condizione cardiaca del Di Pi. è rimasta del tutto ignorata e neanche ipotizzata nelle difese tecniche degli odierni appellanti), essendo stata dichiarata in sede anamnestica, era perfettamente nota al dott. Se., che avrebbe dunque dovuto valutarla, unitamente all'esito degli esami ECG, nel concedere o meno l'idoneità agonistica; dall'altro lato, che nulla risulta in ordine a particolari (diversi, cioè, da quelli dichiarati) abusi delle predette o di altre sostanze che possano avere determinato o concorso a determinare il decesso di Di Pi. Ar.. Nè risulta che quest'ultimo abbia taciuto, in sede anamnestica, manifestazioni già verificatesi, e sottovalutate, di sofferenze cardiache.

10. Altrettanto infondato è il motivo con cui gli appellanti censurano l'accertamento della sussistenza e la quantificazione del danno non patrimoniale subito dagli appellati per la perdita del rapporto parentale con il proprio stretto congiunto.

10.1. Ed invero, ancorchè i danni non patrimoniali non risarcibili non si identifichino con l'evento integrante il fatto illecito, ma rappresentino conseguenze dello stesso che devono essere adeguatamente provate, la prova della sussistenza di danni siffatti può essere presuntivamente desunta in capo a soggetti legati (come nella specie il coniuge ed i figli) da uno stretto vincolo di parentela con la vittima primaria dell'illecito, vincolo la cui estinzione (salvo che la controparte non dimostri situazioni che compromettono l'unità, la continuità e l'intensità del rapporto familiare) lede il diritto all'intangibilità della sfera degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che caratterizza la vita familiare nucleare ([Cass. 16/3/2012, n. 4253](#); 17/4/2013, n. 9231).

In tali casi, ferma restando la sussistenza di un danno non patrimoniale, la allegazione e la prova di circostanze ulteriori (quali la durata e intensità del vissuto, la composizione del restante nucleo familiare, la personalità individuale dei familiari danneggiati, la loro capacità di reazione e sopportazione del trauma e ogni altra circostanza del caso concreto) incide non sull'an, ma sul quantum del risarcimento, che deve essere integrale per ciascuno degli stretti congiunti e deve comprendere sia il danno morale (da identificare nella sofferenza interiore soggettiva patita sul piano strettamente emotivo, non solo nell'immediatezza dell'illecito, ma anche in modo duraturo, pur senza protrarsi per tutta la vita), sia quello dinamico-relazionale (consistente nell'alterazione delle condizioni e abitudini, quanto meno interne al nucleo familiare, che resta privo di uno dei suoi componenti, di vita quotidiana).

10.2. Sotto il profilo liquidatorio, la quantificazione dei danni non patrimoniali in questione non può che rispondere a criteri equitativi, ma, affinché non si traduca in un arbitrio, deve essere comunque ancorata ad un parametro di orientamento e di controllo che la giurisprudenza del tutto prevalente individua nelle tabelle predisposte dall'Osservatorio per la Giustizia costituito presso il Tribunale di Milano (alle quali la Suprema Corte di Cassazione ha sinora riconosciuto, in applicazione dell'[art. 3 della Costituzione](#), la valenza di generale parametro di conformazione della valutazione equitativa del danno non patrimoniale: si vedano, ad esempio, [Cass. 7/6/2011, n. 12408](#); 22/12/2011, n. 28290). Tali tabelle prevedono, per la liquidazione dei danni non patrimoniali da perdita del rapporto parentale, forbici di valori per tipologia di congiunto, da applicare tenendo conto di tutte le circostanze del caso concreto, tipizzabili, in particolare, nell'età che la vittima primaria dell'illecito e i suoi congiunti avevano al momento del decesso della prima, nella sopravvivenza o meno di altri congiunti, nella convivenza o meno di questi ultimi, nella qualità ed intensità della relazione affettiva familiare residua, nella qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta.

10.3. La liquidazione operata dalla sentenza qui impugnata si attesta, quanto ai figli, leggermente al di sotto dell'estremo inferiore della forbice prevista dalle tabelle milanesi aggiornate al 2013 (epoca

della liquidazione stessa) e non valorizza, quindi, null'altro che la normale intensità del rapporto che legava un genitore ancora quarantottenne all'epoca del decesso ai due figli con lui conviventi, all'epoca aventi un'età di 22 e 19 anni. Quanto alla coniuge (quarantunenne all'epoca del fatto) del defunto, la sentenza ha liquidato un importo medio tra i due estremi della forbice prevista dalle suddette tabelle, pienamente giustificato dalla particolare intensità, anche futura, del rapporto coniugale tra due soggetti non ancora cinquantenni (e della conseguente intensità della sofferenza morale cagionata dalla perdita di tale rapporto) e dalla particolare incidenza della perdita stessa sull'esistenza futura del coniuge superstite, che si trova costretto a curare da solo la conduzione di una famiglia comprendente due figli ancora conviventi, per quanto già (da poco) maggiorenni. 11. Quanto all'ultimo motivo con cui l'appellante ASL invoca una riforma della sentenza in punto di regolamentazione delle spese processuali, ritenendo che la complessità della vicenda sottoposta a giudizio ne giustifichi la compensazione, va rilevato che simile complessità (non dissimile da quella che caratterizza quasi tutti i giudizi in materia di responsabilità sanitaria) non è idonea di per sé ad integrare le gravi ed eccezionali ragioni giustificanti la compensazione delle spese a norma dell'[art. 92 c.p.c.](#) nel testo qui applicabile *ratione temporis*, tenuto anche conto della necessità per gli attori oggi appellati di ricorrere al giudizio per ottenere il riconoscimento dei propri diritti risarcitori, radicalmente negati – prima e nel corso del giudizio stesso, anche nel presente grado – dai soggetti riconosciuti come responsabili.

12. Gli appelli devono, dunque, essere integralmente rigettati e gli appellanti soccombenti condannati in solido al rimborso, in favore solidale degli appellati, delle spese anche di questo grado di giudizio, liquidate come in dispositivo - tenuto conto del valore della controversia e delle attività processuali svolte - in base ai parametri di cui al D.M. 55/2014, con riduzione del compenso per la fase di trattazione, che non ha visto espletamento di attività istruttoria. 12.1. A norma dell'art. 13, comma 1-quater, [D.P.R. 115/2002](#), inserito dall'art. 1, comma 17, [legge 228/2012](#) ed applicabile ai procedimenti di impugnazione iniziati dal 31/1/2013 ([Cass. S.U. 18/2/2014, n. 3774](#); [Cass. 27/11/2013, n. 26566](#)), deve darsi atto della sussistenza dell'obbligo di versamento, da parte sia dell'appellante principale che di quello incidentale, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per gli appelli integralmente rigettati.

P.Q.M.

La Corte d'appello, definitivamente decidendo:

1. rigetta l'appello principale e l'appello incidentale;
2. condanna gli appellanti in solido a rimborsare agli appellati in solido le spese del presente grado di giudizio, liquidate in Euro 22.500,00, oltre rimborso forfettario del 15% ed IVA e CAP come per legge.

3. ai sensi dell'[art. 13, comma 1-quater, D.P.R. 115/2002](#), dichiara la sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte degli appellanti, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per gli appelli.

Così deciso in L'Aquila nella camera di consiglio del 14 novembre 2018