

N. 5412/04 Reg. Sent.

data del deposito

Data irrevocabilità:

V° del P.G. _____

N. 63/00 R.G. notizie di reato

N. _____ Reg. Esec.

N. 245/02 R.G. Tribunale Torino

N. _____ camp. pen.

Redatta scheda il

L'Ausiliario

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE ORDINARIO DI TORINO

- in composizione monocratica -

SEZIONE PRIMA PENALE

Il dr. Giuseppe Casalbore, all'udienza dibattimentale del 26 novembre 2004 ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei confronti di:

1) GIRAUDO Antonio

nato a Torino il 2 settembre 1946

res. in Torino, via Principessa Felicita di Savoia n. 17

- libero presente -

2) AGRICOLA Riccardo

nato a San Severo (FG) il 13 marzo 1946

res. in Torino, corso Vinzaglio n. 21

- libero presente -

I CAPI DI ACCUSA [\(clicca qui per leggerli\)](#)

MOTIVAZIONE

La Procura della Repubblica di Torino, secondo quanto è emerso in dibattimento, a seguito di notizie giornalistiche, che nell'estate 1998 provocavano un certo clamore negli ambienti calcistici nazionali e in quelli torinesi in particolare perché riferivano dell'abuso di farmaci da parte delle squadre di calcio, anche con specifico riferimento a giocatori della Juventus, avviava tutta una serie di indagini che in giudizio sono state ben descritte dai testi Romanazzi Raimondo e Salvagno Claudio, ufficiali di polizia giudiziaria addetti alla sezione di p.g. della Procura di Torino, esaminati nell'udienza del 23 maggio 2002, nonché da Lantermo Annalisa, medico del lavoro presso ASL 1, esaminata nell'udienza del 4 marzo 2002.

Dalle giacenze dei farmaci esistenti presso i locali in uso alla società Juventus, i cui elenchi venivano acquisiti dagli ispettori dell'ASL, emergeva infatti una rilevante quantità di elementi, riguardanti principalmente il numero dei farmaci utilizzati, la relativa tipologia, il modo in cui essi risultavano acquistati, nonché l'uso in dosi non consentite di creatina, che il pubblico ministero riteneva meritevoli di particolare approfondimento in corso d'indagine.

Venivano interessati, altresì, il Direttore del Laboratorio di analisi del Dipartimento di Medicina - Istituto di Scienza dello sport del CONI e il Direttore del Laboratorio Antidoping del CONI e veniva così acquisita la documentazione relativa a tutti i controlli, accertamenti o esami eseguiti su atleti appartenenti alle società di calcio della Serie A, dal 1993 all'agosto 1998, epoca della richiesta.

Tramite il Segretario Generale della FMSI, inoltre, veniva acquisita copia dei verbali di prelievo antidoping effettuati nel corso dei campionati di calcio di Serie A e della Coppa Italia, negli anni relativi al periodo 1994-1998.

Veniva acquisita, ancora, la documentazione esistente presso cliniche e laboratori torinesi relativa ad accertamenti, ricoveri ed esami eseguiti da parte dei giocatori della Juventus e si approfondivano i rapporti esistenti tra la Juventus e la farmacia Rossano, che risultava essere la farmacia che forniva i farmaci alla società sportiva e, pertanto, presso di essa si acquisivano pure documenti relativi agli acquisti effettuati.

Nel corso delle indagini, poi, il pubblico ministero acquisiva sommarie informazioni da una mole notevolissima di persone, a vario titolo informate dei fatti da accertare, e si avvaleva anche della collaborazione di alcuni consulenti tecnici.

Esaurita la lunga fase di indagini preliminari, durata circa tre anni, il pubblico ministero rinviava a giudizio gli imputati, affinché rispondessero dei reati loro rispettivamente contestati nel decreto di citazione in atti.

Prima di esaminare la posizione degli attuali imputati, peraltro, è necessario ricordare che il decreto di citazione a giudizio del pubblico ministero si riferisce a tre imputati, perché oltre ad Agricola Riccardo e Giraud Antonio, contro i quali il processo si è svolto nelle forme ordinarie, esso riguarda pure Rossano Giovanni che, all'udienza del 10 luglio 2003, avvalendosi della facoltà introdotta dalla legge 12 giugno 2003, n. 134, ha fatto richiesta di applicazione della pena e, pertanto, la sua posizione è stata stralciata e contro tale imputato si è proceduto separatamente.

E, tuttavia, nell'intestazione della presente sentenza si è preferito mantenere l'originaria imputazione del pubblico ministero, comprendendo - cioè - il reato enunciato al capo b) a Rossano Giovanni per ragioni di completezza e per poter mantenere la stessa impostazione e la stessa divisione in lettere del capo d'accusa, più volte prese come riferimento dalle parti nelle rispettive conclusioni.

Il processo è stato caratterizzato da un'articolata e complessa richiesta di prove da parte di pubblico ministero e difesa e dall'acquisizione di una serie davvero imponente di documenti, che le parti

hanno prodotto non solo al momento della richiesta di prove, ma anche successivamente - chi più, chi meno - nel corso dell'intero svolgimento dell'istruzione dibattimentale.

Anche alla prova testimoniale, peraltro, non si è assegnato minore rilievo, tanto che si è provveduto ad esaminare oltre sessanta testimoni richiesti dalle parti, oltretutto dopo che pubblico ministero e difesa si sono accordati per acquisire i verbali di sommarie informazioni testimoniali rese durante le indagini preliminari da un altrettanto numeroso stuolo di persone informate sui fatti.

Si è reso altresì necessario procedere ad un supplemento di esame di qualche testimone e si è pure disposto il confronto tra due testi (Arcelli e Tencone).

E' stato necessario, ancora, provvedere ex art. 507 cod. proc. pen. all'esame di un'altra decina di persone, su circostanze emerse in momenti processuali diversi.

Gli imputati si sono sottoposti all'esame e, inoltre, l'imputato Agricola molto spesso ha reso pure dichiarazioni spontanee, soprattutto a commento degli aspetti tecnici di volta in volta emergenti a seguito delle dichiarazioni degli esperti esaminati.

L'imputato Giraud, a parte l'esame, altre due volte ha chiesto di poter effettuare delle precisazioni. La parte del leone, per quanto riguarda il profilo probatorio, però, è da assegnare ai temi tecnici introdotti soprattutto dall'imputazione riportata al capo g) della rubrica, tanto che nonostante l'approfondimento ed il contributo offerti dai numerosi consulenti delle parti, che nel corso dell'esame e di qualche confronto di opinioni (molto intenso quello tra il professor Benzi, c. t. del pubblico ministero ed il professor Cazzola, c. t. della difesa) si sono prevalentemente attestati su posizioni tra loro inconciliabili, è stato necessario, infine, disporre ex art. 508 cod. proc. pen. perizia tecnica relativa ai principali temi trattati, all'esito della quale il pubblico ministero ha proceduto ad una contestazione suppletiva e la difesa ha chiesto - ovviamente - un'integrazione probatoria, attraverso un'ulteriore produzione documentale, l'esame di alcuni altri testimoni, nonché un'integrazione dell'esame di due consulenti della difesa e di uno dei periti nominati.

Al termine di questa lunghissima fase di istruzione probatoria, svoltasi attraverso una quarantina di udienze per oltre due anni e mezzo, pubblico ministero e difesa hanno proposto e illustrato le rispettive conclusioni riportate nei relativi verbali.

Come si è avuto modo di rilevare, il capo g) dell'imputazione, pur non descrivendo il reato punito più gravemente tra quelli enunciati nel decreto di citazione, certamente costituisce il nucleo centrale dell'intero processo, perché riguarda l'accusa più pesante e preoccupante per rappresentanti di una società di calcio professionistica di assoluta eccellenza, quale è appunto la Juventus F. C.; perché all'espresso fine della realizzazione di tale delitto si è praticamente messa in moto l'intera organizzazione di illeciti che hanno poi determinato la contestazione di quasi tutti gli altri reati; perché di fatto le indagini nell'attuale processo hanno preso le mosse avendo di mira proprio l'accertamento della frode sportiva.

Pare opportuno, perciò, cominciare proprio dall'esame della frode sportiva che - secondo la contestazione del pubblico ministero - è stata realizzata attraverso l'uso di molte sostanze, alcune vietate dai Regolamenti sportivi e rientranti pure nelle classi di sostanze elencate dalla legge 376/2000, altre la somministrazione delle quali è consentita solo in certe forme e a determinate condizioni, altre ancora di libero uso.

Per questa ragione, si ritiene di dover subito affrontare il problema del rapporto tra la disciplina normativa dettata dall'art. 1 legge 401/89 e quella dell'art. 9 legge 376/00 che merita di essere chiarito ed approfondito.

Nel corso del processo, invero, più volte la difesa ha cercato di porre domande a tal riguardo a testi, consulenti e periti, evidentemente sul presupposto che la sfera di applicazione delle rispettive normative potesse sovrapporsi ed ha pure avanzato istanze istruttorie in tale direzione, contrariandosi non poco per il mancato accoglimento di esse.

Il pubblico ministero, da parte sua, ha ritenuto di iniziare le proprie conclusioni dedicando ampio spazio proprio al problema dei rapporti tra tali normative e, in verità, alcune decisioni

giurisprudenziali connesse a tale problema contribuiscono forse a generare qualche dubbio interpretativo.

Come è noto, per poter far fronte al sempre più dilagante fenomeno del doping nello sport, si è ritenuto da parte del legislatore di introdurre, quale strumento normativo, la legge 14 dicembre 2000, n. 376, con la quale - tra l'altro - si è data pratica attuazione e ci si è adeguati alla Convenzione di Strasburgo del 16 novembre 1989, già ratificata e recepita con legge 29 novembre 1995, n. 522.

A tale normativa, infatti, si è proprio dato il nome di "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping" e con essa si è cercato appunto di far fronte al generale fenomeno del doping nelle attività sportive, costituito dall'impiego di farmaci o altre sostanze o pratiche mediche capaci di alterare la prestazione dell'atleta ovvero di interferire e vanificare i controlli diretti a verificare l'assunzione di tali farmaci e sostanze.

Con la normativa in parola, invero, si è definito il concetto di doping; si è introdotta la classificazione per classi di farmaci, di sostanze e di pratiche mediche; si è istituita una speciale Commissione per la migliore individuazione e la revisione periodica delle classi delle sostanze dopanti; si sono individuati i laboratori per il controllo sanitario sull'attività sportiva, assegnando anche a tal riguardo specifici compiti alla costituita Commissione; sono state responsabilizzate maggiormente le Regioni, con particolare riguardo ai programmi di prevenzione e tutela della salute nelle attività sportive; analogamente sono stati sollecitati il CONI, le federazioni sportive, le società affiliate, le associazioni sportive e gli enti di promozione sportiva pubblici e privati; sono stati istituiti controlli per produttori, importatori e distributori di farmaci appartenenti alle classi farmacologiche vietate dal CIO e dalla legge; sono state introdotte, infine, severe disposizioni penali per sanzionare i comportamenti vietati.

Tra tali comportamenti vietati e sanzionati - ovviamente - spiccano quelli previsti dai primi due commi dell'art. 9 della legge in parola, riferibili a chiunque procura ad altri, assume o favorisce comunque l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, ovvero a chiunque adotta o si sottopone alle pratiche mediche, ricompresi nelle classi previste dall'art. 2, comma 1, che non siano giustificati da condizioni patologiche e siano idonei a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti, ovvero siano diretti a modificare i risultati dei controlli sull'uso di tali farmaci o sostanze.

Prima dell'entrata in vigore della legge 376/00, nel nostro ordinamento esisteva solo una disciplina di analogo tenore, dettata dalla legge 26 ottobre 1971, n. 1099 (che a sua volta aveva sostituito l'abrogata legge 28 dicembre 1950, n. 1055), che però ha trovato scarsa applicazione pratica, anche grazie al sistema sanzionatorio per essa previsto, inizialmente tenue e blando e con la legge 689/81 addirittura depenalizzato, essendo costituito da ipotesi contravvenzionali punite con la sola pena pecuniaria.

Per poter fronteggiare con una certa efficacia l'uso "improprio" di sostanze farmacologicamente attive nella pratica sportiva, si sarebbe dovuto prevalentemente far ricorso - peraltro in modo forse altrettanto improprio - alla contestazione dell'art. 445 del codice penale, ipotesi di reato oltretutto non sempre perfettamente pertinente al fatto di volta in volta preso in considerazione.

Si avvertiva fortemente, perciò, la necessità di un intervento legislativo in materia, intervento che finalmente si è realizzato con l'introduzione della legge in questione, che per questo è stata subito definita legge anti-doping.

Tutt'altra storia, invece, è quella che accompagna la legge che in questa sede è stata contestata e, cioè, la legge 13 dicembre 1989, n. 401.

La normativa in parola è sorta sull'impulso del c.d. scandalo del calcio-scommesse, con il prevalente intento di risolvere ed eliminare il fenomeno delle scommesse clandestine, gestito dalla

criminalità organizzata, che accompagnava alcune manifestazioni sportive di rilevanza nazionale, prevalentemente calcistiche, ma anche ippiche, pugilistiche e così via, capace di influenzare pesantemente l'esito e il risultato delle competizioni sportive stesse. Per questa ragione, essa è stata definita "Interventi nel settore del giuoco e delle scommesse clandestini e tutela della correttezza nello svolgimento di manifestazioni sportive".

La legge, che si compone di nove articoli e che negli anni successivi alla sua entrata in vigore ha subito pure una serie di numerose e non trascurabili modifiche, può essere divisa, per così dire, in tre filoni: a) quello che disciplina, appunto, l'esercizio abusivo di attività di giuoco o di scommessa, regolato dagli articoli 4 e 5; b) quello che riguarda gli aspetti di ordine pubblico, con gli annessi istituti di carattere processuale, al quale sono destinati gli articoli da 6 a 8; e, c), quello costituito dai primi tre articoli della legge in parola, che espressamente si riferiscono e disciplinano il problema della frode in competizioni sportive.

I tre filoni anzidetti non sono per nulla interdipendenti e, anzi, hanno in comune solo un presupposto di fatto, quello cioè dello svolgimento di competizioni sportive di vario genere, organizzate da federazioni ed enti riconosciuti dallo Stato, alle quali l'intera normativa necessariamente risulta ancorata.

Tanto ciò è vero, che - ad esempio - solo alle norme specificamente dedicate al contrasto del fenomeno delle scommesse clandestine, pur riconoscendosi l'intrinseca plurioffensività delle relative disposizioni penali contenute negli artt. 4 e 5 della legge, si è costantemente assegnata da parte della suprema Corte natura finanziaria, così individuando, in tale ristretto ambito della normativa, il principale interesse perseguito, sul presupposto che "...Per reato finanziario, infatti, deve intendersi ogni illecito, penalmente sanzionato, che contrasti con l'interesse finanziario dello Stato, sotteso alla imposizione di tributi e di altri diritti erariali, ovvero, in forma indiretta, all'esercizio monopolistico di attività lucrative, sottratte alla organizzazione da parte di privati, come lotterie, scommesse, pronostici relativi a competizioni sportive..." (v. per tutte: Sez. I penale - sent. 2389 dell'11 giugno 1998 - ud. 28 aprile 1998 - imp. Meloni - rv. 210771).

Analogamente, per indirizzo costante di Dottrina e giurisprudenza, si riconosce prevalenza all'interesse di ordine pubblico e di sicurezza pubblica nel settore disciplinato dagli artt. 6, 7 e 8 della legge in questione, con i quali, appunto, ci si propone di contrastare i fenomeni di violenza commessi in occasione di manifestazioni sportive.

Per quanto riguarda la prima parte della normativa, invece, occorre ricordare come il fenomeno delle scommesse clandestine finisse pure per influenzare e falsare i risultati delle competizioni sportive, con grave danno per tutto il mondo dello sport in generale e con perdita di credibilità proprio di quello spirito sportivo - improntato a principi di lealtà e correttezza - che, invece, avrebbe dovuto ispirare e accompagnare lo svolgimento delle competizioni stesse.

Per porre rimedio a questo fenomeno, il legislatore ha dedicato i primi tre articoli della legge 401/89 e, in modo particolare, ad esso si è riferito proprio con l'art. 1, intitolato "frode in competizioni sportive", che è appunto quello contestato agli imputati nel capo g) del decreto di citazione a giudizio.

Con tale disposizione, si è prevista la sanzione per chiunque offra o prometta denaro o altra utilità o vantaggio a taluno dei partecipanti ad una competizione sportiva organizzata dalle federazioni riconosciute dal CONI, dall'UNIRE o da altri enti sportivi riconosciuti dallo Stato e dalle associazioni ad essi aderenti, al fine di raggiungere un risultato diverso da quello conseguente al corretto e leale svolgimento della competizione.

Fin qui, come si vede, si rimane nell'ambito dello scopo iniziale e dichiarato della legge, quello della lotta alla criminalità organizzata e al mondo delle scommesse clandestine, perché le condotte descritte nella norma che si esamina risultano chiare e sono testualmente riconducibili a comportamenti tipici di corruzione sportiva, finalizzati alla modificazione dell'esito agonistico della competizione.

Senonché il legislatore, sempre nello stesso articolo 1 della legge 401/89, ha ritenuto di aggiungere e di dover punire altresì la condotta di chiunque compia altri atti fraudolenti volti al medesimo scopo e tale previsione, in verità priva di immediata chiarezza, che il pubblico ministero ha ritenuto integrata nel caso concreto dal comportamento degli imputati, è quella che in passato ha dato luogo a qualche dubbio interpretativo e che, nel caso di specie, ha fatto sorgere le questioni di cui si è detto.

Ed invero, si è autorevolmente sostenuto (Cass. Sez. 6° - sent. 3011 del 26 marzo 1996 - ud. 25 gennaio 1996, n. 137 - imp. Omini - rv. 204787) che per individuare gli atti fraudolenti volti al medesimo scopo che non sono specificamente elencati dal legislatore, non ci si dovrebbe discostare dagli atti espressamente indicati nella prima parte della previsione e, cioè, dagli atti consistenti in offerta o promessa di denaro o di altra utilità o vantaggio a taluno dei partecipanti alla competizione.

La riferita tesi risulta essere pure condivisa dai difensori che, nella memoria depositata l'11 novembre 2004 sulla scorta di un parere pro veritate che si è detto essere stato predisposto da altro avvocato penalista, e con grande vigore in corso di discussione, hanno sostenuto appunto l'assunto riportato nella citata sentenza.

Sempre secondo il supremo Collegio, inoltre, tali attività sono connotate da due precise caratteristiche che non dovrebbero mancare anche nelle attività non elencate e, cioè, dovrebbe sempre trattarsi di "attività proiettate all'esterno delle persone che le hanno deliberate e tali da investire direttamente altri soggetti con quelle coinvolti nella medesima attività" e, inoltre, dovrebbe trattarsi di attività "sinallagmatiche dato che correlano la distorsione, che il soggetto esterno persegue, dell'esito della gara al denaro o all'altra utilità dati ovvero promessi e perseguiti dall'altro soggetto partecipante alla gara."

Nella decisione in esame, la Corte, dopo aver aggiunto che la norma in questione è di difficile interpretazione, a causa soprattutto del lunghissimo periodo descrittivo delle condotte vietate, partendo dalla premessa enunciata e con l'ausilio interpretativo della ratio legis esclude che l'ambito di applicazione della previsione normativa in parola possa estendersi a fenomeni di doping autogeno, "che trovano adeguata sanzione negli ordinamenti sportivi."

A conforto di tale assunto, il supremo Collegio prosegue: "A contrario è facile osservare d'altra parte che, se così non fosse, qualsiasi illecito sportivo, dallo spintone al calciatore in corsa alla spinta del gregario al campione ciclista in difficoltà, siccome oggettivamente volti a provocare un esito della gara diverso di quello cui avrebbe dato luogo una leale competizione, dovrebbero rientrare nella previsione della normativa in esame: il che all'evidenza non è."

Si tratta in verità di decisione isolata, ancorché non recentissima, adottata a conclusione della vicenda giudiziaria che riguardava l'accusa di omissione di denuncia a carico del Presidente della FCI in ordine ad un caso di doping accertato nel ciclismo. Essa è stata seguita soltanto da alcune decisioni di merito, altrettanto poco convincenti, che la difesa ha puntualmente richiamato, ma è stata pure oggetto di forti critiche da una parte della Dottrina.

Gli argomenti utilizzati a dimostrazione della bontà dell'assunto, francamente, risultano non convincenti e non condivisibili e prestano il fianco a rilievi di vario genere.

La sentenza in parola, invero, risulta pure intrinsecamente contraddittoria, perché in essa, da una parte, si afferma la certezza che tutte le condotte debbano avere natura corruttiva e, contemporaneamente, si esprimono dubbi derivanti dalla lettura del relativo testo ritenuto poco chiaro e, soprattutto, perché tale decisione finisce col negare completamente il dato normativo. Intanto, i criteri a cui ispirarsi per ricavare i requisiti delle condotte non indicati dal legislatore, che la Corte ha ritenuto invece di dover dettare nella citata sentenza, non sembra debbano essere ricercati nella prima parte della stessa norma, perché anzi la soluzione interpretativa proposta in sentenza finisce col contrastare proprio col significato letterale della disposizione, nella seconda parte della quale si fa riferimento ad altri atti, come a sottolineare che essi debbano necessariamente

distinguersi da quelli indicati in precedenza e oltretutto si assegna ad essi natura fraudolenta, a differenza di quelli di banale corruzione elencati nella prima parte.

L'aggettivo altro, infatti, contrariamente a quanto un po' apoditticamente sostenuto nella sentenza e nella memoria difensiva in parola, ha il significato di "diverso", "differente", "difforme" e non quello di "simile", "analogo" o "conforme" e, perciò, non si vede perché gli altri atti fraudolenti indicati nella seconda parte della disposizione che si esamina debbano essere necessariamente identificabili "alla stregua degli atti espressamente individuati nell'offerta di denaro o di altra utilità o vantaggio a taluno dei partecipanti ad una competizione sportiva, presentando caratteristiche comuni".

L'espressione altri atti fraudolenti testualmente utilizzata, insomma, non può essere letta ed interpretata come se corrispondesse ad atti analoghi, perché se davvero l'effettiva volontà fosse stata questa, allora il legislatore avrebbe dovuto esprimersi in modo diverso.

Uno dei difensori, a conforto della tesi a tal riguardo sostenuta nella sentenza "Omini", ha richiamato alla mente la disposizione dell'art. 353 del cod. pen. - citato anche dal pubblico ministero, sia pure in ottica contrapposta - in materia di turbativa d'asta, per ricordare come in tale precetto compaia l'aggettivo "fraudolento", senza che, ciò nonostante, venga a crearsi una sostanziale distinzione della condotta ad esso relativa dalle altre condotte descritte nella stessa norma.

Il paragone, francamente, non pare eccessivamente pertinente, soprattutto se si considera che in questo caso la fraudolenza è riferita ai mezzi utilizzati e non agli atti, come invece è stabilito nella disposizione dell'art. 1 legge 401/89, e se si considera che le condotte descritte nell'art. 353 del codice penale, che riguarda un'ipotesi delittuosa totalmente diversa, sono più ampie e articolate di quelle della frode sportiva, se non altro perché in quest'ultimo reato non vengono prese in considerazione ipotesi di violenza e di minaccia che possono caratterizzare invece la turbativa d'asta.

Ebbene, pur con le evidenziate differenze che connotano i due reati, è necessario comunque ribadire come nella giurisprudenza della suprema Corte risulti pacifico che l'espressione mezzi fraudolenti vada interpretata in maniera del tutto svincolata dalle altre condotte descritte nella stessa disposizione.

Basti ricordare in proposito le decisioni più recenti in materia in cui la Corte così risulta essersi espressa: "In tema di turbata libertà degli incanti, di cui all'art. 353 cod. pen., la turbativa può anche verificarsi nella procedura che precede la gara, attraverso determinate irregolarità rispetto all'ordinario 'iter' procedimentale previsto dalla legge. Ed infatti, determinate anomalie procedurali possono costituire 'altri mezzi fraudolenti' mediante i quali il reato in questione può essere commesso in alternativa alle altre condotte tipiche descritte dalla norma (violenza, minaccia, doni, promesse, collusioni), a condizione, però, che sia possibile dimostrarne la specifica finalizzazione al turbamento della gara" (Sez. 6° - sent. 25705 del 12 giug. 2003 - ud. 21 mar. 2003 - imp. Salamone ed altri - rv. 225934) e, ancora successivamente: "Nel reato di turbata libertà degli incanti, la condotta di turbamento si verifica quando si altera il normale svolgimento della gara attraverso l'impiego di mezzi tassativamente previsti dalla norma incriminatrice. Tra tali mezzi, la 'collusione' va intesa come ogni accordo clandestino diretto ad influire sul normale svolgimento delle offerte, mentre il 'mezzo fraudolento' consiste in qualsiasi artificio, inganno o menzogna concretamente idoneo a conseguire l'evento del reato, che si configura non soltanto in un danno immediato ed effettivo, ma anche in un danno mediato e potenziale, dato che la fattispecie prevista dall'art. 353 cod. pen. si qualifica come reato di pericolo" (Sez. 6° - sent. 37337 del 30 sett. 2003 - cc. 10 lugl. 2003 - imp. D'Amico - rv. 227320).

Nella sentenza "Omini", invece, come nel parere prodotto dalla difesa per dimostrare che la seconda parte della disposizione deve essere necessariamente vincolata alla prima, si definisce quest'ultima come "condotta principale tipica" e la seconda parte della disposizione come "fattispecie alternativa atipica".

Occorre ricordare, però, che la tipicità è data dalla corrispondenza del fatto al modello descritto dal legislatore, mentre concetto diverso è la tipizzazione o descrizione della condotta che è frutto della scelta del legislatore di determinare ed eventualmente circoscrivere, più o meno analiticamente, una certa condotta.

Se il legislatore opera la scelta di lasciare campo libero a vari possibili comportamenti umani, tutti utili ad integrare la fattispecie in relazione alla capacità di produrre un determinato evento ovvero - come nel nostro caso - in relazione alla possibilità di conseguire un determinato fine, non per questo si potrà parlare di condotta atipica, perché vi è tipicità anche nei reati a forma libera, purché il fatto preso in esame abbia caratteristiche tali da poter corrispondere al modello descritto dal legislatore. Più ampia e generica è la descrizione del modello normativo e più comportamenti avranno capacità di integrare la condotta richiesta per la sussistenza del reato.

Se, dunque, il legislatore ha operato la scelta di introdurre nell'ordinamento un modello di reato a forma libera, non può l'interprete arrogarsi il diritto di limitarne la portata.

Né si comprende, analogamente, sulla base di quali espresse indicazioni normative si possa distinguere una condotta principale tipica, riferendosi alla prima parte dell'art. 1 legge 401/89, da una fattispecie alternativa atipica, in ordine alla seconda parte di esso. Anche in questo caso, perciò, si tratta di distinzioni che - alla luce di quanto considerato - non possono essere condivise, né ritenute fondate e corrette.

L'atto commesso con frode o caratterizzato da frode, poi, e in questo si dissente da quanto sembra aver sostenuto il pubblico ministero, non assomiglia neppure all'atto di corruzione sportiva, che nulla ha in comune con la frode che - come si è visto - la Corte ha molto bene ricondotto ad ogni possibile artificio, inganno o menzogna e, pertanto, neanche sotto questo secondo profilo riesce possibile recuperare quella similarità, pretesa nella sentenza della Corte e nelle affermazioni della difesa, degli altri atti fraudolenti non meglio specificati dal legislatore, con le condotte tipizzate e analiticamente descritte, contenute nella prima parte della norma.

Né dovrebbe indurre in errore l'aggettivo altro che il legislatore ha usato subito dopo le condotte corruttive, quasi che con esso si sia voluta attestare una comune natura con gli atti precedentemente descritti, perché come si è osservato tale aggettivo ha il significato di diverso e, anzi, proprio il richiamo alla norma dettata dall'art. 353 del codice penale dimostra la fondatezza di quanto si va sostenendo a tal riguardo, non essendo immaginabile che nella menzionata disposizione del codice penale, in cui pure viene utilizzato lo stesso aggettivo "altro" riferito alle condotte descritte in precedenza, il legislatore abbia potuto confondere e mescolare la frode, non soltanto con gli atti di corruzione ma, ancor più, con la violenza e la minaccia.

Altro argomento interpretativo utilizzato, tanto nella sentenza della Corte, quanto dalla difesa, confortata dal parere pro veritate, è quello che fa leva sui lavori preparatori; si è voluto rilevare, infatti, che da tali lavori parlamentari, dei quali il difensore, al pari del pubblico ministero in ottica ovviamente contrapposta, ha anche estrapolato e riletto qualche passaggio, si ricaverebbe conferma del fatto che il legislatore si sia riferito soltanto a condotte di tipo corruttivo e non ad altre, precisandosi, pure, che in corso di dibattito parlamentare sarebbe stato espressamente escluso ogni riferimento al fenomeno del doping.

Si ritiene indispensabile, dunque, approfondire l'affermazione, perché essa, oltre che discutibile, risulta prima di tutto non rispondente al vero.

Intanto, occorre ancora una volta ribadire che un conto è il fenomeno del doping e un conto è la frode nelle competizioni sportive e continuare a mescolare le due tematiche e le rispettive normative è certamente operazione che non giova a fare chiarezza sulla questione che in questa sede si esamina, perché in qualche modo tale confusione può servire - sia pure inconsapevolmente - a convincere del fatto che i due aspetti e le due normative in discussione si sovrappongono e necessariamente si riferiscano allo stesso campo di applicazione.

Il fenomeno del doping e la necessità di salvaguardare la regolarità nello svolgimento delle competizioni sportive, invece, sono e devono rimanere due ambiti nettamente distinti e le rispettive normative presidiano interessi giuridici completamente separati.

Ciò nonostante, nel corso dei lavori parlamentari relativi alla legge 401/89, qualcuno (il Relatore alla Seconda Commissione, sen. Gallo, nella seduta del 14 febbraio 1989 - come da 47° resoconto stenografico) ha espressamente fatto riferimento al doping e, anzi, ha criticato la formula testuale adottata nella norma approvanda, proprio per questa ragione: "Per quanto riguarda il comma 1 dell'art. 1, ritengo che le parole 'per raggiungere un risultato diverso da quello corrispondente all'interesse agonistico del partecipante' siano più che idonee a dare incertezza interpretativa e qualche volta a cozzare contro certe realtà di tutta evidenza. Proporrei, pertanto, di sopprimerle, come pure propongo di sopprimere la parola 'altri', perché promettere denaro o altra utilità non è atto fraudolento; comportamento fraudolento può essere quello di chi fa uso del sistema del doping."

E' sintomatico, peraltro, che la prima richiesta del sen. Gallo - quella cioè di modificare il testo della prima parte dell'art. 1 legge 401/89 - sia stata accolta dal legislatore, mentre non è stata assolutamente modificata la seconda parte relativa proprio agli atti fraudolenti che secondo il Relatore alla Commissione avrebbero finito per comprendere pure il fenomeno del doping. Anche in altri interventi si è fatto analogo riferimento, ma in questa sede, ovviamente, non è necessario soffermarsi a verificare se nei lavori preparatori della legge 401 si sia parlato di doping; il riferimento che a tale fenomeno pure è stato fatto lo si è ripreso solo per dimostrare come risulti infondato l'assunto riportato nella memoria difensiva di cui si è detto.

Qui interessa verificare quale significato si sia inteso attribuire nel dibattito parlamentare all'espressione atti fraudolenti e, a questo specifico fine, pare opportuno premettere quanto osservava in generale sulla normativa in parola, fin dalla seduta del 21 settembre 1988 della Seconda Commissione legislativa, il Relatore on. Benedetto Vincenzo Nicotra il quale rilevava che: "... il disegno e le proposte di legge al nostro esame rappresentano una puntuale e complessiva risposta all'esigenza, generalmente avvertita, di apprestare, anche nel campo dello sport, strumenti di salvaguardia attraverso norme di natura penale volte a tutelare la correttezza nello svolgimento delle competizioni sportive.

I provvedimenti in discussione hanno, inoltre, lo scopo di dare un contenuto non solo morale, ma anche di natura giuridica, alle manifestazioni sportive, soprattutto in relazione alla grande rilevanza che queste ultime assumono nella vita della società..."

E ancora: "...Pertanto, tutte le proposte di legge presentate in materia (la n. 909, Nicotra e Rivera; la n. 1112, Martinazzoli ed altri; la n. 1516, Caprili ed altri; la n. 2376, Testa ed altri e la n. 2753, Servello ed altri) rispondono all'esigenza di tutelare il corretto svolgimento delle manifestazioni sportive."

Come si vede, basterebbero queste riflessioni del relatore on. Nicotra per smentire l'assunto secondo il quale la legge 401 avrebbe dovuto proporsi il fine di contrastare unicamente il fenomeno del calcio-scommesse, dal momento che le proposte di legge alle quali si è fatto riferimento erano fondate su svariate esigenze, non tutte riferibili unicamente al fenomeno del calcio-scommesse, accomunate dal condiviso intento di tutelare il corretto svolgimento delle manifestazioni sportive, come sottolineato dal Relatore stesso.

Per quanto riguarda più in particolare la discussione circa il significato da assegnare all'espressione atti fraudolenti, nella stessa seduta del 21 settembre 1988, l'on. Francesco Forleo osservava:

"...Quali sono gli obiettivi che si propone il provvedimento in esame? Ritengo che il principale di essi sia quello di salvaguardare l'ambiente sportivo e la possibilità di esercitare le varie discipline in condizione di normalità. La formulazione della norma (che identifica nella frode una fattispecie un po' atipica nel nostro ordinamento) è indubbiamente originale. E' vero, infatti, che uno degli obiettivi è quello di reprimere tali frodi, ma vi è anche la necessità di esercitare un'azione di prevenzione e di salvaguardia dell'attività sportiva...."

Nella seduta del 20 ottobre 1988 della Seconda Commissione, prendeva la parola - tra gli altri - l'on. Giulio Maceratini, che così si esprimeva: "...Tuttavia, se si riflette con maggiore attenzione, si deve rilevare che spesso il concetto di frode, tenendo conto dei canoni normalmente seguiti, può comprendere una serie di 'furbizie' che in una manifestazione sportiva possono essere consentite. Basti pensare, per esempio, al caso di un calciatore che, nel momento in cui l'arbitro fischia un calcio di punizione, scaglia il pallone lontano. In alcuni casi limite, un simile comportamento potrebbe essere considerato come fraudolento, mentre invece esso rientra tra le fattispecie previste dai regolamenti sportivi.

L'introduzione del concetto di illiceità consente, quindi, di identificare tutti i comportamenti che siano al di fuori dei regolamenti sportivi."

Interveniva nella stessa seduta pure l'on. Vincenzo Trantino il quale, riprendendo alcune critiche mosse in precedenti interventi circa il generico richiamo all'etica sportiva che compariva nel testo dell'originaria formulazione della norma in parola, chiariva la propria posizione: "...Concordo, pertanto, con la collega Fumagalli sul fatto che la tassatività della norma verrebbe meglio rispettata nel momento in cui si definisce il concetto di illecito, piuttosto che sulla base di una norma generica che certamente non fornisce certezze interpretative."

L'on. Carlo Casini, sempre nella seduta del 20 ottobre 1988, affermava: "...Vorrei brevemente dissentire dal collega Vairo il quale giudica pleonastico il riferimento agli atti fraudolenti compiuti al medesimo scopo, ma che prescindano dalla dazione di danaro. Ciò significherebbe che, al fine di far vincere una squadra di calcio, i giocatori della stessa potrebbero essere invitati ad una festa la sera precedente la partita e, in tale occasione, potrebbe essere loro somministrata una bevanda che riduca la loro capacità atletica. In questo caso, i giocatori in questione non sarebbero certo partecipi dell'atto fraudolento. Ciò significa che è necessario definire innanzitutto cosa si intenda con l'aggettivo fraudolento, ma, una volta operata tale definizione, non sarei contrario al mantenimento di questa espressione."

Sulla stessa lunghezza d'onda, nella medesima seduta, si registravano altri interventi, tra i quali pure quello dell'on. Franco Carraro, in questo processo esaminato come testimone, che a quell'epoca parlava a nome del Governo, ricoprendo la carica di Ministro del turismo e dello spettacolo.

In modo estremamente esplicito, poi, modulava il proprio intervento l'on. Aldo Rizzo, il quale sosteneva: "...A me pare che la sussistenza di una fattispecie penale ben motiva l'offerta di denaro o altra utilità diretta ad incidere sul risultato definitivo della competizione in modo illecito, contra jus, e cioè attraverso la violazione di norme del codice deontologico sportivo, risultanti dalle disposizioni regolamentari.

La terza ipotesi, residuale rispetto alle prime due, disciplina l'ipotesi di altri atti fraudolenti diretti ad influenzare l'esito finale della competizione. Ad esempio, il fornire all'atleta una bibita contenente sostanze che ne debilitano la capacità.

A ben vedere si tratta di tre ipotesi che, oltre ad essere corrette sul piano giuridico-formale, chiudono, con doverosa specificazione e completezza, tutti i casi in cui la frode in competizioni agonistiche può ritenersi sussistente e meritevole della sanzione penale.

Per questo motivo ritengo che la fattispecie proposta dal relatore merita di essere approvata."

Un capitolo a parte, infine, si dovrebbe dedicare agli interventi in Commissione effettuati dal sen. Coco, sottosegretario alla Giustizia e relatore alla Commissione, citato pure dal difensore che ne ha ripreso l'intervento, il quale rilevava nella seduta del 15 febbraio 1989: "...Altre interessanti osservazioni sono state svolte sull'approccio legislativo alla tutela della correttezza agonistica. Il senatore Macis ha affermato che tale approccio avrebbe dovuto essere diverso per tutelare in maniera prioritaria e generale la regolarità delle competizioni sportive non solo per quanto concerne il 'totonero' o il caso in cui, dietro promessa di denaro o di altra utilità, un atleta si comporta in modo contrario all'etica sportiva, ma anche per i casi di doping o per altri interventi estranei che incidono negativamente proprio sulla correttezza delle competizioni. Se saranno approvati emendamenti tendenti ad inserire questa previsione nel provvedimento, ci troveremo di fronte ad una riforma profondamente diversa da quella presentata dal Governo. Il relatore pertanto invita i

senatori ad attenersi al testo governativo, pur prendendo ancora atto che si tratta di una riforma parziale."

A ben vedere, il sottosegretario Coco, con il riportato intervento, sostanzialmente invitava i senatori - sul piano politico - a rimanere ancorati al disegno di legge proposto dal Governo e a non apportare alcun emendamento che ne avrebbe potuto stravolgere l'assetto, escludendo in modo particolare ogni intervento in materia di doping che pure qualche senatore aveva auspicato.

Non si ritiene, pertanto, che a tale intervento possa essere assegnato un rilevante significato in ordine all'aspetto giuridico che qui si sta esaminando.

Più pregnante è certamente l'osservazione che lo stesso relatore Coco aveva proposto nella seduta del 2 febbraio 1989, perché essa - a differenza di quella che si è appena menzionata - non tendeva a scongiurare eventuali e ipotetici stravolgimenti politici del testo del disegno di legge, ma si riferiva, sotto il profilo giuridico, proprio al testo già proposto dal Governo.

Il sen. Coco, invero, così si esprimeva: "... Il primo comma dell'articolo 1 perciò distingue due diverse ipotesi: 'offerte e promessa di denaro o di altra utilità' ed 'atti fraudolenti volti al medesimo scopo'. A mio parere, in sede interpretativa, questa distinzione potrebbe generare delle differenziazioni problematiche. Voglio perciò richiamare l'attenzione della Commissione sul fatto che sarebbe più opportuno configurare in maniera univoca la fattispecie."

Nonostante il richiamo del Relatore ai pericoli interpretativi che avrebbero potuto discendere dall'espressione atti fraudolenti volti al medesimo scopo e nonostante tutte le osservazioni svolte nei vari interventi durante i lavori parlamentari, i più significativi dei quali appunto si è ritenuto opportuno richiamare brevemente, però, la Commissione non ha apportato alcuna modifica al testo e l'espressione tanto temuta dal Relatore è rimasta inalterata, pur essendoci stati svariati interventi legislativi che invece hanno modificato qua e là molte parti del testo originario proposto dal Governo.

Se tutto ciò, allora, ha un significato preciso; se nel corso del dibattito parlamentare sono state prospettate, pur da differenti angolazioni, tutte le possibili interpretazioni dell'espressione "atti fraudolenti" che si è chiamati ad applicare in concreto; se - in più occasioni, come si è visto - vi è stato addirittura chi ha ipotizzato che con tale espressione si finisse col ricomprendere proprio la condotta di chi somministra sostanze di varia natura agli atleti che partecipano alla gara e se, ancora, vi è stato pure uno specifico ed autorevole ammonimento alla Commissione affinché in pratica si eliminasse tale espressione dal testo, sostituendola con una differente e più precisa configurazione letterale della disposizione stessa; se ciò nonostante il legislatore non ha invece ritenuto necessario intervenire e pur apportando vari emendamenti in altri punti dell'originario testo del disegno di legge ha lasciato invece invariato a tal riguardo il dettato normativo nel modo in cui fin dall'inizio era stato proposto, si può dire - come è stato detto - che il significato da individuare in tutto questo è quello della volontà inequivoca del legislatore di contrastare unicamente il fenomeno delle scommesse clandestine e della corruzione nelle competizioni sportive? Si può affermare che nei lavori preparatori si sia escluso di introdurre un reato a forma libera, capace di trovare applicazione anche sulla base di comportamenti che prescindessero da fatti di corruzione? Si può sostenere, conseguentemente, che gli atti fraudolenti di cui si tratta possono essere intesi e interpretati solo alla luce delle condotte di corruzione sportiva espressamente descritte nella prima parte della norma in esame?

Si è anche sostenuto, tanto nella memoria difensiva, quanto nel corso della discussione finale, che un ulteriore serio indizio che tutte le condotte riferibili all'art. 1 legge 401/89 debbano avere natura corruttiva è ricavabile dal fatto che, per previsione del secondo comma dello stesso articolo, rimarrebbe esclusa la punibilità per i soggetti che prendono parte alla competizione sportiva in caso di autosomministrazione di qualsivoglia sostanza. Se perciò si accettasse di far rientrare tra le ipotesi di frode sportiva anche quelle di somministrazione di farmaci o sostanze, siffatta esclusione risulterebbe ingiustificabile e potrebbe persino portare a configurare un vizio di legittimità costituzionale.

Il difensore, invero, ha ribadito nel corso della discussione che il secondo comma dell'art. 1 legge 401/89 estende la possibilità di punire con la stessa pena prevista nel primo comma anche il "partecipante alla competizione che accetta il denaro o altra utilità o vantaggio, o ne accoglie la promessa" e ciò, a suo dire, starebbe a significare che tutte le condotte - anche quelle realizzate con altri atti fraudolenti - devono avere natura corruttiva, perché diversamente la riportata disposizione del secondo comma davvero non troverebbe adeguata giustificazione.

Questa diversificazione delle posizioni soggettive operata sul piano normativo, però, deve ritenersi destinata a perseguire altre esigenze e deve essere letta ed interpretata non con il significato e le conseguenze che ad essa si è inteso assegnare, soprattutto perché diversamente si rischierebbe sostanzialmente di affermare che il legislatore ha introdotto con il secondo comma dell'art. 1 legge 401/89 una disposizione poco spiegabile e poco chiara.

A ben vedere, ci si deve chiedere, invece, se davvero con la disposizione del secondo comma si sia ritenuto necessario sancire la punibilità di colui che partecipa alla competizione per tutte le ipotesi di frode in competizioni sportive.

La convinzione della difesa, invero, è appunto nel senso che l'estensione di responsabilità non potrebbe non essere stata piena, giacché diversamente in alcune ipotesi di frode sportiva si avrebbe il coinvolgimento di colui che partecipa alla competizione e in altre no e ciò potrebbe persino integrare un vizio di legittimità costituzionale, con rilevanza maggiore soprattutto nel caso di doping autogeno.

Ma se la tesi della difesa fosse fondata, non sarebbe bastato non disporre nulla a tal riguardo? Non sarebbe stato addirittura più efficace ricuperare la eventuale punibilità dei partecipanti alle competizioni sportive attraverso l'applicazione della disciplina del concorso di persone nel reato? In tutte le ipotesi di corruzione - si è autorevolmente osservato in Dottrina - vi è un corruttore, ma vi è anche un corrotto, quando la corruzione venga realizzata.

E' noto l'orientamento della giurisprudenza della suprema Corte e della prevalente Dottrina a tal riguardo nel considerare la corruzione disciplinata dal codice penale come una fattispecie necessariamente plurisoggettiva, perché se vi è chi riceve deve obbligatoriamente esistere chi offre, sì che molto si è discusso pure sulla natura e sull'efficacia della disposizione contenuta nell'art. 321 del codice penale.

Si potrebbe sostenere, peraltro, che nel caso della frode sportiva, allo scopo di introdurre il fine specifico da raggiungere, il legislatore ha costruito le ipotesi corruttive non dalla parte di chi riceve, ma con riguardo a chi offre o promette e ciò potrebbe aver fatto perdere al reato la caratteristica di fattispecie necessariamente plurisoggettiva, contrariamente a quanto è disposto nei delitti contro la pubblica Amministrazione.

Ai fini di quanto in questa sede rileva, però, pure in questo caso, il comportamento di colui che riceve il denaro, il vantaggio o altra utilità a lui offerti ovvero accolga la promessa in tal senso a lui fatta integrerebbe ugualmente un'ipotesi di concorso eventuale di persone nel reato in ossequio a quanto stabilito dagli articoli 110 e seguenti del codice penale, per aver consentito a colui che offre o promette di poter realizzare il reato di frode sportiva.

Diversamente, del resto, non si distinguerebbe più l'ipotesi del tentativo da quella del delitto realizzato e si finirebbe col punire allo stesso modo l'autore del reato, sia che il denaro o la promessa vengano accolti, sia nel caso di non accoglimento e ciò - come è evidente - contrasta con i principi generali del nostro ordinamento e, soprattutto, risulta incompatibile con il principio di offensività.

Se non si applicassero le regole sul concorso eventuale di persone nel reato, oltretutto, si finirebbe pure con l'escludere in tutte le ipotesi di corruzione la punibilità dei dirigenti della società e degli allenatori - che per quanto si dirà non possono rientrare nella categoria dei partecipanti alla competizione indicata nel secondo comma dell'articolo 1 - salvo a ricuperarne il coinvolgimento nel reato, a norma del primo comma, solo però a condizione che nel loro comportamento sia ravvisabile la commissione o il concorso in atti fraudolenti, il che è molto poco probabile nelle ipotesi di

corruzione sportiva nella posizione di chi si limita ad accogliere l'offerta o la proposta d'altri e, dunque, si finirebbe col creare una riserva di impunità davvero intollerabile ed inammissibile. E, allora, quale ragione avrebbe potuto indurre il legislatore ad introdurre la disposizione del secondo comma se, trattandosi di tutte ipotesi corruttive, ugualmente si sarebbe pervenuti al coinvolgimento del corrotto, quanto meno alla stregua della disciplina prevista dagli articoli 110 e seguenti del codice penale? E perché, in ogni caso, non si è sancita la punibilità di tutti coloro che eventualmente concorrono con il corruttore, ma solo di chi prende parte alla competizione? Proprio il fatto, invece, che il legislatore, nel secondo comma della norma in parola, non abbia sancito la punibilità del corrotto tout court, indifferenziatamente per ogni ipotesi di concorso, ma abbia ritenuto invece di dover espressamente stabilire la punibilità solo per il partecipante alla competizione e, per giunta, negli specifici casi in cui egli riceva denaro, utilità o vantaggio che gli vengono offerti ovvero accetti analoga promessa che a lui viene fatta, pur avendo lo stesso legislatore appena descritte nel primo comma anche altre condotte di frode sportiva, più numerose di quelle poi elencate nel secondo comma, nel quale non viene più fatto alcun riferimento agli altri atti fraudolenti volti al medesimo scopo, non può assumere un preciso significato, da non confondere semplicisticamente con una poco chiara formulazione della disposizione? La tecnica utilizzata, insomma, non può essere interpretata come un ulteriore e chiaro sintomo di una precisa scelta legislativa che, ancorché criticabile, può comunque assumere una specifica valenza e trovare una logica spiegazione? Siffatta scelta del legislatore, poi, non dovrebbe meravigliare più di tanto qualunque interpretazione si voglia dare ad essa.

Con il secondo comma dell'art. 1 in parola, infatti, il legislatore può aver evitato di riferirsi alle ipotesi di frode sportiva diverse da quelle consistenti in comportamenti di corruzione per una duplice ragione.

La prima e, forse, più diffusa interpretazione di tale scelta è riferibile proprio alle ipotesi cosiddette di doping autogeno, come è stato definito nella sentenza della Corte ovvero di autosomministrazione di sostanze, come si legge nella memoria difensiva in atti, fenomeno sul quale nelle repliche il difensore tanto si è accalorato, precisando che è ad esso che i lavori preparatori non avrebbero fatto alcuno specifico riferimento, ipotesi che si verifica quando cioè vengono in considerazione quei comportamenti in cui è direttamente colui che partecipa alle competizioni che assume sostanze o farmaci nell'intento di modificare l'esito della competizione. Secondo questa prima interpretazione, è stato autorevolmente prospettato in Dottrina che la scelta del legislatore si spiega perché a tal riguardo non è necessaria alcuna ulteriore disposizione normativa che stabilisca il coinvolgimento nel reato del partecipante alla competizione, essendo un simile comportamento già atto fraudolento in sé, che perciò rientra nella condotta tipica e comporta la punibilità diretta, come soggetto attivo del reato, di chi eventualmente lo ponga in essere, partecipante o non alle competizioni sportive che sia.

Così come, quale seconda interpretazione, si è sostenuto che la volontà del legislatore può essere intesa proprio nel senso di escludere la punibilità di colui che prende parte alla competizione per le frodi sportive diverse da quelle realizzate mediante corruzione, senza però che siffatta scelta desti scalpore, tanto da ipotizzare questioni di rilevanza costituzionale, anche perché - come meglio si vedrà dal contesto generale di quanto si va motivando - soprattutto quando l'atto fraudolento dovesse consistere nella somministrazione di una sostanza, non è richiesto che si tratti di sostanza strutturalmente e intrinsecamente dopante.

Delle due esposte interpretazioni, si ritiene di poter condividere la seconda, perché - a ben vedere - essa è l'unica che giustifica la necessità dell'intervento legislativo attuato con il secondo comma dell'art. 1 legge 401/89.

Si è già rilevato, infatti, che per punire anche colui che prende parte alle competizioni nelle ipotesi di frode sportiva realizzate con atti corruttivi non vi sarebbe stato bisogno da parte del legislatore di stabilirlo nel secondo comma, essendo già sufficiente l'applicazione della disciplina sul concorso di persone nel reato, così come - proprio alla luce di quanto osservato - non vi sarebbe stato bisogno di

introdurre altre disposizioni neppure per punire chi ricorra ad esempio a fenomeni di doping o di cosiddetto doping autogeno, perché l'assunzione di sostanze o farmaci certamente rientra tra gli atti fraudolenti volti a modificare l'esito della competizione sportiva ed è perciò comportamento che già integra la condotta descritta dal legislatore nel primo comma e, dunque, se essa risulta attribuibile a colui che prende parte alla competizione, questi non può che essere punito come soggetto attivo del reato.

Se, invece, la volontà legislativa espressa attraverso l'introduzione del secondo comma dell'art. 1 di cui si tratta la si interpreta nel senso che si è voluto proprio chiarire e stabilire che colui che prende parte alle competizioni non può essere punito, se non quando egli si lasci corrompere con denaro, utilità, vantaggi o promesse e vada, invece, esente da responsabilità in tutti gli altri casi di frode sportiva, realizzabili con condotte diverse da quelle di corruzione, ecco che la disposizione introdotta nel secondo comma si giustifica appieno ed assume un preciso significato, perché produce appunto l'effetto dell'esclusione della punibilità per colui che prende parte alle competizioni sportive nei casi, ad esempio, di doping autogeno, ma anche negli altri eventuali casi in cui la frode venga realizzata attraverso atti fraudolenti e non attraverso atti di corruzione, punibilità che - in mancanza del secondo comma - non sarebbe certamente rimasta esclusa. Non pare questa la sede, comunque, per approfondire il problema e stabilire quale interpretazione sia da ritenere più corretta, perché, contrariamente a quanto sostenuto dal difensore nelle conclusioni, in questo processo non sono in discussione fenomeni di doping autogeno, che gli stessi difensori nella memoria scritta redatta sulla scorta del parere pro veritate hanno definito casi di autosomministrazione di sostanze dopanti, così utilizzando un termine che ben descrive il fenomeno in parola ma che ovviamente non può in alcun modo essere ricondotto all'intervento del medico sull'atleta, pur a voler applicare i criteri di squadra e di team nella loro massima estensione. Medico e calciatore - evidentemente - sono e rimangono persone diverse e non si può affermare che il medico si autosomministri sostanze e farmaci o ponga in essere comportamenti di autodoping se somministra invece sostanze ad altri soggetti, diversi dalla propria persona, quali appunto i calciatori a lui affidati per ragioni professionali.

Meno che mai può condividersi, poi, l'opinione pure espressa dal difensore, secondo la quale il medico sociale partecipa alla competizione sportiva, perché il significato letterale dell'espressione utilizzata dal legislatore nel secondo comma dell'articolo 1 legge 401/89 non ammette tale interpretazione, in quanto - diversamente - oltre ai diretti partecipanti e, cioè, agli atleti - in questo caso i calciatori - non si saprebbe più quali rappresentanti della società potrebbero rientrare in tale categoria.

Rientrerebbe, ad esempio, il preparatore atletico? e, perché no, l'allenatore o il massaggiatore o persino l'accompagnatore ufficiale della squadra? E, nel caso specifico di Agricola che, pur essendo il responsabile del settore medico non segue mai la squadra in campo, chi sarebbe il partecipante alla competizione, lo stesso Agricola o, per così dire, il medico in seconda che accompagna i giocatori, o tutti e due?

In ogni caso, vi è un ulteriore preciso riferimento normativo che elimina ogni possibile diversa interpretazione, che è costituito dal d.p.r. 26 marzo 1986, n. 157 - Nuove norme di attuazione della legge 16 febbraio 1942, n. 426, recante costituzione e ordinamento del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) - nel quale, tra le tante direttive impartite per le Federazioni e per le società sportive, vengono pure individuati espressamente coloro che partecipano alla gara, e sono unicamente gli atleti (art. 35), e coloro che partecipano allo svolgimento delle manifestazioni sportive, e sono gli ufficiali di gara (art. 36), di tal che - come già osservato - nella previsione del secondo comma dell'articolo 1 legge 401/89, nella categoria dei partecipanti alla competizione sportiva, per rimanere al fatto che qui interessa, rientrano certamente i calciatori e, al più, possono essere compresi pure l'arbitro, i guardalinee e il cosiddetto quarto uomo, ma certamente non i dirigenti delle società e, tra questi il responsabile del settore medico, né l'allenatore, il preparatore atletico, il massaggiatore e così via.

Nella interpretazione che si ritiene di poter condividere, invece, può risiedere proprio una delle ragioni dell'esclusione della responsabilità dell'atleta, perché ad esempio, sulla scorta di quanto previsto nella disciplina sugli stupefacenti, il legislatore, proprio per i casi di frode sportiva realizzati mediante somministrazione di sostanze in generale e, quindi, anche nei casi di doping autogeno, può aver ritenuto meno grave il comportamento di chi assume direttamente la sostanza e, quindi, ne ha escluso l'estensione di responsabilità per frode sportiva.

Senza contare, poi, che pure altre ragioni possono avere indotto il legislatore ad operare tale distinzione di posizioni, con riferimento anche agli altri casi di frode sportiva commessa con il compimento di atti fraudolenti, ad esempio sul presupposto che comunque coloro che partecipano alle competizioni si trovano in posizione di subordinazione rispetto agli organi preposti e ai dirigenti delle società di appartenenza, non sempre si sentono liberi di rifiutare determinate scelte e quindi la relativa posizione è da considerare comunque meno grave di quella di chi magari ha assunto particolari iniziative ed ha maggiori responsabilità e senza contare, ancora, che pure motivi di natura processuale, quale ad esempio quello di non far perdere al partecipante alla gara la qualità di testimone, potrebbero aver indotto il legislatore a stabilire consapevolmente la introdotta distinzione.

Per quanto riguarda poi un ulteriore criterio interpretativo invocato e, cioè, quello ispirato alla ratio legis, operato richiamando quanto stabilito dall'art. 12 delle preleggi al codice civile, è vero che - come si è rilevato - l'iniziale intenzione del legislatore era quella di contrastare il fenomeno delle scommesse clandestine, partendo proprio dagli episodi di corruzione sportiva che si erano verificati negli anni precedenti, ma ciò non significa che il complesso della normativa dovesse esaurirsi soltanto in tale scopo, unicamente con riguardo al divieto di condotte di analoga portata.

Se interpretata in modo così restrittivamente ancorato all'iniziale e dichiarata ragione dell'intervento legislativo, come proposto dalla Corte e dalla difesa, tutta la parte della normativa dedicata alla salvaguardia dell'ordine pubblico e della sicurezza pubblica, che pure costituisce nucleo fondamentale di tale intervento legislativo, soprattutto nella formulazione definitiva che ad essa è stata data, rischierebbe anch'essa di non trovare più alcuna giustificazione.

E' verosimile, come si è visto invece esaminando i lavori parlamentari, che il legislatore abbia preso spunto dal calcio-scommesse per regolare tutte le questioni più urgenti in materia di competizioni sportive, anche quelle connesse al problema della violenza negli stadi, così come quelle riguardanti in generale ogni possibile alterazione del risultato delle competizioni sportive, ricomprendendo, ovviamente - proprio nell'anno della Convenzione di Strasburgo - pure la materia eventualmente derivante dalla somministrazione o assunzione di particolari sostanze ritenute capaci di alterare la prestazione agonistica dell'atleta, soprattutto in un periodo in cui - come si è detto - l'unica normativa esistente a tal riguardo risultava depenalizzata dalla legge 689/81, che aveva modificato in semplice illecito amministrativo quasi tutte le contravvenzioni punite con sola pena pecuniaria e tra queste anche quelle previste dalla legge 1099/71.

In ogni caso, quand'anche nonostante tutto quanto fin qui evidenziato si volesse ugualmente considerare certo invece che il legislatore, conformemente a quanto sostenuto nella sentenza e nella memoria difensiva in esame, anche nella seconda parte del precetto abbia inteso riferirsi a condotte aventi caratteristiche analoghe a quelle di tipica corruzione sportiva, quali descritte nella prima parte della norma, ugualmente - nell'interpretazione della disposizione contenuta nella seconda parte dell'art. 1 legge 401/89 - non si potrebbe e non si dovrebbe prescindere dal dato letterale e dal significato testuale della disposizione stessa.

E' noto, a tal riguardo, il costante indirizzo interpretativo della Corte di cassazione, coincidente con quello della prevalente Dottrina, in ordine alla collocazione gerarchica del criterio interpretativo ispirato alla ratio legis, secondo il quale si deve far ricorso alla ratio o all'intentio legis solo quando il dato letterale non risulti sufficientemente chiaro, evitando - oltretutto - che l'interpretazione fondata sulla ratio legis finisca col contrastare proprio col significato letterale della disposizione stessa.

Una volta, insomma, che una norma giuridica acquista una propria oggettività testuale, è al significato letterale della disposizione che deve darsi prevalenza, anche se esso in qualche modo può apparire poco giustificabile alla luce dell'iniziale intentio legis.

E' sintomatico, del resto, che tale principio risulti riaffermato proprio in una recente sentenza della Corte di cassazione relativa all'art. 9 della legge 376/00 (Sez. 6° - sent. n. 17322 dell'11 aprile 2003 - cc. 20 febbraio 2003, n. 389 - imp. Frisinghelli - rv. 224956/7). In tale decisione, infatti, si sostiene che: "Non è operazione ermeneutica corretta e conforme al principio di legalità, la individuazione degli elementi costitutivi di una fattispecie penale mediante il ricorso alla ratio della legge, prescindendo dal suo testo".

Appare evidente, nel caso qui in esame, che se davvero per individuare gli altri atti fraudolenti ai quali si fa riferimento nella seconda parte del contestato articolo 1 si dovesse rimanere ancorati alle caratteristiche peculiari delle condotte espressamente descritte in precedenza, si finirebbe col vanificare completamente il dettato del legislatore, di fatto rendendone quasi inutile la previsione, perché davvero non si vede in quanti altri comportamenti potrebbe praticamente concretarsi la condotta di chi compia altri atti fraudolenti volti al medesimo scopo.

Né maggior credito può essere assegnato agli esempi che la Corte ha prospettato nella criticata sentenza, per dimostrare la fondatezza del proprio assunto, perché anzi essi convincono esattamente del contrario.

Appare di tutta evidenza, invero, che lo spintone al calciatore in corsa ovvero l'aiuto del gregario ciclista al capitano in difficoltà sono comportamenti scorretti e contrari ai regolamenti sportivi che espressamente li sanzionano, ma non sono riconducibili all'illecito sportivo nel significato che in questo caso esso assume, come inesattamente si afferma in sentenza e, soprattutto, essi non costituiscono affatto atti fraudolenti, tanto è vero che un po' contraddittoriamente la stessa Corte li definisce atti oggettivamente volti a modificare l'esito della gara.

Ciò che ha valenza oggettiva, invero, mal si concilia con il concetto stesso di frode, destinata a non operare in modo così evidente proprio perché tendente a sorprendere la altrui buona fede; così come la modifica del risultato della gara non è effetto richiesto dalla norma in parola sul piano oggettivo e non è neppure richiesto che esso si verifichi in concreto, essendo solo richiesto, invece - sul piano soggettivo - che la condotta posta in essere risulti accompagnata da un dolo specifico in tal senso.

Si ritiene, allora, che - contrariamente a quanto sostenuto nella sentenza e nella memoria esaminate - non si possano stabilire limiti astratti e astratti requisiti di condotta, senza che essi trovino specifico riferimento nel dato normativo della disposizione in esame, se non addirittura con esso contrastanti.

Occorre, invece, di volta in volta verificare - conformemente a quanto testualmente richiesto dalla norma - se i comportamenti presi in considerazione costituiscano atti fraudolenti volti a raggiungere un risultato diverso da quello conseguente al corretto e leale svolgimento della competizione e non può esservi dubbio, sotto questo aspetto, che la somministrazione o l'assunzione di sostanze capaci di modificare la prestazione agonistica dell'atleta, costituiscono comportamenti perfettamente riconducibili al concetto di atti fraudolenti finalizzati ad alterare l'esito della competizione sportiva, proprio come è stato correttamente sottolineato nel corso di più interventi in sede di lavori preparatori.

Fermo restando che rimane, poi, da verificare in concreto quanto realmente accaduto, tenendo conto anche dell'elemento soggettivo degli autori della condotta, per poter stabilire se effettivamente risulti violata la norma presa in esame.

Tanto premesso in termini generali, è necessario chiedersi se e quali rapporti vi siano tra le due normative prese in considerazione, alla luce - soprattutto - delle osservazioni proposte a tal riguardo dalle parti, anticipando peraltro che nell'ambito del presente processo il rapporto tra tali normative non ha prodotto alcun effetto di pratico rilievo.

La legge 376/00 è di ben undici anni successiva alla legge 401/89 ed è entrata in vigore quando l'attuale processo era già in corso da oltre due anni e, anzi, era già praticamente conclusa la fase delle indagini preliminari (il decreto di citazione a giudizio è del luglio 2001).

In che modo, dunque, tale legge avrebbe potuto influenzare il processo in corso che, oltretutto, riguarda fatti commessi dal 1994 fino all'ottobre 1998?

Essa avrebbe potuto costituire elemento determinante per il processo solo se, in virtù dei principi applicabili nel caso di successione di leggi penali nel tempo, avesse prodotto l'effetto dell'abolitio criminis di cui al secondo comma dell'art. 2 del codice penale ovvero quello dell'abrogatio legis di cui al successivo terzo comma, qualora peraltro con tale legge fosse stato introdotto un regime sanzionatorio complessivamente più favorevole all'imputato.

Il pubblico ministero si è preoccupato di esaminare i criteri che presiedono al fenomeno di successione di leggi penali nel tempo, ispirandosi a quelli enunciati nella recente sentenza n. 25887 del 2003 della suprema Corte - S.U., per verificare se tra le due leggi prese in considerazione vi possa essere quella continuità normativa che costituisce indispensabile presupposto perché le leggi penali possano considerarsi tra loro in rapporto di successione.

Non è questa la sede per osservare come tra gli studiosi di diritto tantissime opinioni siano state proposte a tal riguardo, prevalentemente ispirate alla dottrina tedesca. Attualmente la tesi più accreditata in Dottrina sembra essere quella cosiddetta della "continenza", secondo la quale - in estrema sintesi - il più contiene il meno e, pertanto, in modo in qualche misura analoga a quanto si sostiene a proposito del principio di specialità, che nel nostro ordinamento penale è disciplinato dall'art. 15 del codice, si può ravvisare la sussistenza di successione di leggi penali nel tempo se tra le leggi che si succedono, pur non essendovi perfetta e precisa coincidenza, sia almeno riscontrabile un rapporto strutturale di genere a specie.

La giurisprudenza della Corte di cassazione non perviene a conclusioni tanto dissimili da quelle sostenute in Dottrina e nella citata sentenza delle Sezioni unite si passano in rassegna le varie tesi di volta in volta adottate a tal riguardo e, conformemente a quanto accaduto in Dottrina a proposito della tesi cosiddetta della continuità del tipo di illecito, pure le Sezioni unite respingono il criterio della cosiddetta doppia punibilità in concreto, trattandosi di teorie molto simili, che producono risultati di dubbia e poco affidabile interpretazione, fondandosi prevalentemente su valutazioni di tipo soggettivo.

Il supremo Collegio ribadisce, perciò, che il criterio da seguire per stabilire se sussiste continuità normativa tra le leggi è quello della coincidenza strutturale che, come detto, non è tanto diverso - sul piano concreto - da quello della continenza di dottrina estrazione.

La Corte suprema, nel richiamare (anche qui!) ad una maggiore osservanza del testuale dettato dell'art. 2 del codice penale, in pratica, ci ricorda che il presupposto per l'applicazione delle regole in questione si intende sussistente quando un fatto rientri nella previsione di due o più leggi penali applicabili anche in tempi diversi e tra queste non sia ravvisabile rapporto di specialità.

Occorre, in altri termini, la contemporanea sussistenza di un'identità in fatto costituita da comuni caratteristiche della condotta e di un'identità in diritto, costituita dalla coincidenza dell'interesse giuridico protetto; in altri termini - come comunemente viene detto - dalla corrispondenza dell'obiettività giuridica.

Mettendo a confronto le due normative in questa sede prese in considerazione, però, non può sfuggire come nessuno di tali elementi sia sussistente.

Non si può affermare certamente trattarsi di condotte coincidenti, dal momento che si è in presenza - come si è visto - di condotte completamente diverse tra loro, perché è un dato incontrovertibile che il delitto previsto come frode sportiva, pur se con il limite del compimento di atti fraudolenti, è da ritenersi reato a forma libera, mentre la stessa definizione non risulta adeguata alla fattispecie contenuta nell'art. 9 legge 376/00, trattandosi in questo caso di reato a forma vincolata, perché la relativa condotta è descritta in modo analitico e tassativo.

Pure l'ambito di applicazione delle due norme è differente, dal momento che la legge 376 si applica a tutte le prestazioni agonistiche degli atleti, mentre l'articolo 1 della legge 401/89 è riferibile

soltanto alle competizioni sportive organizzate dal CONI e da altri enti sportivi riconosciuti dallo Stato, e la differenza non è di poco conto.

Per non parlare, infine, dell'interesse giuridico protetto dalle due disposizioni, tutt'affatto diverso. Con la legge anti-doping ci si prefigge l'obiettivo della tutela della salute delle persone interessate all'attività sportiva, in genere, e della lotta contro il doping, in particolare, mentre attraverso la previsione del delitto di frode sportiva si intende tutelare la correttezza e la lealtà nello svolgimento delle competizioni sportive organizzate da enti pubblici riconosciuti dallo Stato, con lo specifico obiettivo di evitare che se ne alteri il risultato.

Si può verificare, in verità, qualche caso di parziale coincidenza di condotte e di apparente interferenza tra le due normative e nell'attuale processo si è appunto verificato.

Contrariamente al pensiero più volte manifestato dalla difesa, però, tale coincidenza non sussiste per il solo fatto che l'atto fraudolento previsto dall'art. 1 legge 401/89 sia costituito genericamente dall'uso di sostanze farmaceutiche, peraltro estranee alle classi di sostanze tassativamente indicate nella legge 376/00, perché in tal caso non è riscontrabile alcuna corrispondenza, trattandosi di condotta che - come si è osservato - se è astrattamente idonea ad integrare il reato di frode sportiva, rimane tuttavia del tutto indifferente per la legge anti-doping.

Diversa considerazione deve essere fatta, invece, quando l'atto fraudolento sia costituito dall'uso di una sostanza che rientri specificamente tra quelle elencate dalla legge anti-doping, circostanza sussistente nell'attuale processo, perché come si vedrà meglio alcune sostanze utilizzate nel caso in esame rientrano nelle tabelle stabilite dalla legge 376. In questo caso, il fatto commesso assume penale rilevanza contemporaneamente per entrambe le normative in questione.

Ancora una volta, tuttavia, pare opportuno premettere come nel caso in esame la circostanza risulti del tutto indifferente sul piano pratico, perché i fatti contestati sono stati commessi ben prima dell'entrata in vigore della legge 376, come si è già rilevato, e quest'ultima normativa - per le ragioni esposte - non si pone nei riguardi del delitto di frode sportiva come legge ad essa successiva nel tempo, non ne provoca l'abolizione, né introduce una conforme normativa più favorevole all'imputato.

La legge anti-doping, oltretutto, ha introdotto comunque un sistema sanzionatorio ben più severo e afflittivo di quello previsto dalla frode sportiva, proprio perché evidentemente l'interesse tutelato da tale legge è stato ritenuto ben più rilevante di quello posto a fondamento del reato di frode nelle competizioni sportive.

Non sono fondate, perciò, le perplessità a tal riguardo manifestate dal difensore, preoccupato soprattutto perché - a suo dire - essendo stato contestato suppletivamente nel corso del dibattimento l'uso di una sostanza, quale l'eritropoietina, certamente vietata pure dalla legge 376/00, ciò potrebbe contribuire a determinare una sorta di continuità giuridica dell'illecito.

L'effetto temuto non sarebbe mai possibile, neppure se le due normative si rapportassero tra loro con una relazione di genere a specie, perché se l'uso di eritropoietina - conformemente a quanto contestato - costituisce atto fraudolento, a norma dell'art. 1 legge 401/89, la successiva entrata in vigore della legge anti-doping, punita oltretutto in modo più grave, comunque non determinerebbe alcun effetto giuridico; qualora, invece, la somministrazione di eritropoietina dovesse essere ritenuta idonea ad integrare il reato contestato, circostanza di cui il difensore si è mostrato convinto, a maggior ragione la successiva entrata in vigore della legge 376 non potrebbe determinare alcun effetto giuridico, a meno che non si voglia clamorosamente trascurare i principi di legalità e di irretroattività della legge penale.

L'unico effetto giuridico possibile, conseguente alla riscontrata coincidenza di condotte, avrebbe potuto prodursi soltanto se il fatto contestato fosse stato commesso nella contemporanea vigenza di entrambe le normative in questione.

In tal caso, invero, oltre a ravvisarsi l'applicabilità della disposizione relativa alla frode sportiva a tutte le condotte già oggetto di contestazione, si dovrebbero irrogare pure le sanzioni previste dall'art. 9 della legge 376/00 in ordine all'uso di sostanze rientranti nelle specifiche tabelle introdotte da tale legge, ricorrendo - limitatamente alle predette sostanze - un caso di concorso di reati, per la

differenti obiettività giuridica delle norme in questione che impedisce l'applicazione del rapporto di specialità, rimanendo ovviamente assegnata all'accertamento del fatto in concreto, poi, la verifica della sussistenza del concorso materiale ovvero del concorso formale di reati, qualora - in quest'ultimo caso - ne fosse accertata l'eventuale unicità di condotta.

Alla luce di quanto osservato, ovviamente, non si ritiene di poter condividere l'opinione, espressa pure dalla difesa nella memoria prodotta sulla base del parere pro veritate, secondo la quale l'entrata in vigore della legge 376/2000 e la conseguente tipizzazione delle classi di sostanze vietate avrebbero prodotto l'effetto di depenalizzare, a norma dell'art. 2, comma 2, del codice penale, l'uso di sostanze non più vietate dalla nuova normativa, perché, come si è detto, anche l'uso di sostanze rientranti tra quelle previste dalla legge 376 può costituire atto fraudolento volto a modificare l'esito della competizione sportiva e, dunque, è comportamento che rimane punibile a norma dell'art. 1 legge 401/89, norma che non entra in rapporto di genere a specie con l'art. 9 legge 376/2000.

In ogni caso, solo per esigenze di completezza, è necessario ricordare come la suprema Corte, proprio con una recente sentenza (Sez. 3° - sent. n. 2076 - ud. 4 novembre 2004 - imp. Gillet) abbia ribadito il concetto, già implicitamente affermato in precedenti decisioni (Sez. 3° sent. n. 175 del 20 marzo 2002 - ud. 1 febbraio 2002 - imp. Gariazzo e Sez. 6° - sent. n. 389 dell'11 aprile 2003 - ud. 20 febbraio 2003 - imp. Frisinghelli), secondo il quale la disciplina contenuta nell'art. 9 legge 376/2000 è applicabile pure ai fatti commessi prima dell'emanazione del decreto di ripartizione in classi delle sostanze dopanti previsto dall'art. 2, comma 1, della stessa legge, purché riguardanti la somministrazione o l'assunzione di farmaci inclusi nell'elenco delle classi farmacologiche di sostanze e metodi doping posto in appendice alla legge 29 novembre 1995, n. 522, che - come si è ricordato - è la legge di ratifica della Convenzione di Strasburgo e risulta espressamente richiamata nel primo comma dell'art. 1 e nel primo comma dell'art. 2 della legge 376/2000, quest'ultimo dedicato proprio all'individuazione delle classi delle sostanze dopanti.

Secondo quanto affermato in sentenza dalla suprema Corte, invero, da una parte, al richiamato decreto di cui all'art. 2, comma 1, legge 376/2000 non era stata affatto attribuita natura integrativa del precetto penale e, dall'altra parte, la normativa vigente in materia, autonomamente cogente, aveva già individuato le sostanze costituenti doping sportivo, elencandole per classi (stimolanti, analgesici narcotici, steroidi anabolizzanti, beta bloccanti, diuretici, ormoni peptidici e affini).

Il difensore, come si è osservato, più volte, anche con la presentazione di istanze ovvero con la proposizione di domande rivolte a testimoni o esperti, ha introdotto il tema, ripreso e ribadito nella discussione, secondo il quale si dovrebbe riconoscere una sorta di incompatibilità concettuale nella volontà di distinguere tra sostanze capaci di modificare la prestazione agonistica dell'atleta il cui uso non sia vietato e sostanze espressamente prese in considerazione e classificate nei vari Regolamenti sportivi e nella legge 376/00 proprio perché ritenute in grado di produrre il cosiddetto effetto doping.

Secondo il difensore, in altri termini, appare poco spiegabile che possano esistere sostanze che abbiano caratteristiche analoghe a quelle classificate e considerate doping, senza però che esse rientrino nel divieto normativo e disciplinare, perché in tal caso ci si dovrebbe chiedere come mai tali sostanze non siano state vietate ovvero sulla base di quali studi e sperimentazioni ad esse possano essere riconosciute capacità analoghe a quelle delle sostanze dopanti.

L'osservazione è acuta e suggestiva, soprattutto perché finisce pure col superare il problema della successione delle disposizioni nel tempo, in quanto se è vero, come più volte osservato, che la contestazione riguarda fatti precedenti alla normativa introdotta con la legge 376/2000, è però altrettanto vero che - fatta eccezione per l'uso di eritropoietina e di qualche altra sostanza di cui si dirà - l'imputazione di frode sportiva riguarda anche una serie di altre sostanze la cui somministrazione viene considerata capace di produrre il risultato dell'alterazione agonistica della prestazione dell'atleta che non facevano parte delle sostanze vietate dai Regolamenti sportivi già

esistenti all'epoca, ma soprattutto che non rientrano neppure nelle classi di sostanze elencate dalla legge 376.

Il ragionamento, però, ugualmente non può essere condiviso, perché - a ben vedere - esso di nuovo prende le mosse dalla mancanza di autonomia delle due normative in esame, presupponendo una perfetta coincidenza tra il concetto di doping introdotto dall'art. 1 legge 376/2000 e richiamato nell'articolo 9 della stessa legge ed il fine richiesto dall'art. 1 legge 401/89, quando - ovviamente - la condotta consista nella somministrazione di una determinata sostanza.

Ancora una volta, in altri termini, si finisce col negare la possibilità di una condotta tendente all'alterazione del risultato di una competizione sportiva, che non rientri nella previsione dell'art. 9 legge 376, se attuata attraverso la somministrazione al partecipante alla competizione di particolari sostanze.

Tale assunto, peraltro, in parte non corrisponde al vero e, in parte, deve essere chiarito.

Intanto, ogni riferimento ai Regolamenti CIO, CONI, FIGC e così via può anche avere un certo significato in fatto, ma sotto l'aspetto giuridico è del tutto irrilevante, non essendo consentito alcun raffronto, trattandosi di normative e discipline di diversa fonte e natura.

I due termini di paragone che utilmente devono essere presi in considerazione sono, per l'appunto, le due disposizioni legislative di cui si tratta, per cui non si può fare a meno di richiamare le diversità già a tal riguardo messe in rilievo.

Si deve ancora osservare, sullo specifico problema che si è sollevato, che tra le sostanze che possono produrre l'effetto doping, ad esempio, non rientrano soltanto quelle che siano utilizzate per alterare la prestazione agonistica dell'atleta, ma anche quelle somministrate per eludere i controlli e le verifiche sull'uso di sostanze vietate, ambito - quest'ultimo - assolutamente estraneo alla disposizione dell'art. 1 legge 401/89.

Ciò vuol dire che il campo di applicazione delle norme in parola è ben distinto e differente, senza dimenticare, poi, che la legge antidoping trova applicazione per tutte le competizioni sportive, mentre quella della frode sportiva si riferisce alle sole competizioni organizzate da enti a controllo statale per le evidenti influenze che i relativi risultati possono avere sui concorsi pronostici e senza dimenticare, soprattutto, che l'interesse giuridico tutelato dalla legge anti-doping è quello della salute pubblica.

Alla stregua di tali evidenti differenze, allora, non può sfuggire che anche quando si voglia ottenere l'alterazione del risultato della competizione sportiva attraverso l'uso di una sostanza ritenuta capace di modificare la prestazione agonistica dell'atleta, ugualmente tale ipotesi non necessariamente si identifica e non risulta perfettamente sovrapponibile a quella prevista nell'art. 9 legge 376, e anzi si può produrre sul piano pratico e giuridico un caso di concorso formale di reati, come si è osservato, solo se la sostanza utilizzata rientri tra le classi vietate dalla legge anti-doping.

In caso contrario, infatti, si può affermare che coincida la condotta e che vi sia pure corrispondenza dell'elemento soggettivo, costituito dal dolo specifico di alterare la prestazione agonistica dell'atleta, qualora tale fine venga considerato come il mezzo per ottenere un risultato diverso da quello conseguente al corretto e leale svolgimento della competizione.

Ciò che invece non trova coincidenza tra le due fattispecie è proprio il tipo di sostanza utilizzata.

E' evidente che la legge anti-doping, che si propone il fine della tutela della salute pubblica nelle competizioni sportive, non può che ispirarsi e rimanere ancorata a classi di sostanze che, anche con il conforto della sperimentazione scientifica, possano essere ritenute nocive per la salute dell'atleta e comunque siano idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo. Non va dimenticato che, proprio per questo, essa tiene pure conto dei Regolamenti sportivi internazionali e nazionali e, come detto, è nata con il prevalente intento di adeguarsi ad una Convenzione internazionale tra Stati.

Le classi di sostanze di volta in volta ricomprese negli elenchi predisposti dalla Commissione prevista dalla legge 376 è da ritenere che siano state certamente oggetto di specifici studi da parte di comitati scientifici nazionali e internazionali.

Ciò non vuol dire, però, che al di fuori di tali classi - e si vedrà che alcuni farmaci utilizzati nel caso specifico significativamente invece rientrano proprio tra le classi vietate dalla legge anti-doping - non esistano altre possibili sostanze che, a seconda dei dosaggi, della quantità, delle modalità di somministrazione, della combinazione con altri farmaci ovvero del meccanismo d'azione biofisiologico, non possano essere utilizzate al fine indicato nell'art. 1 legge 401/89, soprattutto se si considera che, da un punto di vista materiale, con la norma in parola si richiede solo la sussistenza di atti fraudolenti, mentre non è richiesto - sul piano oggettivo - che le sostanze eventualmente somministrate debbano avere intrinsecamente e accertatamente capacità di alterare la prestazione agonistica dell'atleta per poter modificare il risultato della competizione.

Tale elemento, nel delitto di frode sportiva, si identifica solo con il dolo specifico richiesto nel soggetto attivo del reato, ma - come pure si è rilevato - non è necessario che esso si verifichi in concreto.

A tal riguardo, soprattutto nella memoria presentata dalla difesa in corso di discussione finale, si è rilevata la necessità che con una norma penale incriminatrice si richieda non solo il rispetto formale del divieto che si impone, ma anche l'offensività del relativo comportamento vietato, che dovrebbe coincidere quantomeno con l'idoneità di esso a realizzare l'offesa dell'interesse protetto.

L'affermazione pare certamente condivisibile, perché l'offensività intesa come capacità di produrre la lesione del bene giuridico protetto è strettamente collegata al concetto stesso di tipicità della condotta, ma non per questo deve ritenersi in qualche modo inficiato il ragionamento che si è esposto.

Risulta evidente che se l'atto fraudolento consiste nella somministrazione di farmaci o altre sostanze a coloro che prendono parte alle competizioni sportive, di fatto emerge necessariamente un problema di tutela della salute di coloro che praticano lo sport, che finisce pure con l'assumere l'aspetto prioritario rispetto alle altre problematiche; è altrettanto evidente tuttavia che, sul piano giuridico, l'interesse protetto dall'art. 1 legge 401/89 - si è rilevato più volte - non è costituito dalla tutela della salute degli atleti, come per la legge 376/2000, bensì consiste nella salvaguardia del regolare svolgimento delle competizioni sportive organizzate da enti riconosciuti dallo Stato e tale interesse - attesa la struttura del reato - è da considerarsi leso dal semplice pericolo concreto che il risultato delle competizioni sportive possa essere fraudolentemente alterato.

Non è necessario, perciò, che le eventuali sostanze utilizzate siano idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo dell'atleta ovvero che siano effettivamente capaci di produrre una lesione alla salute degli atleti, pena l'inoffensività della condotta; questo è richiesto perché sussista l'offensività in ordine alla legge anti-doping.

Nel caso dell'art. 1 legge 401/89, invece, l'offensività della condotta è dettata soltanto dalla concreta capacità dell'atto fraudolento posto in essere di alterare il risultato della competizione sportiva, attraverso la modificazione della prestazione agonistica dell'atleta, indipendentemente dalla classe di appartenenza della sostanza utilizzata e, dunque, quando si tratti di sostanza che non rientri tra le classi espressamente prese in considerazione e vietate dalla legge, la concreta capacità della sostanza di alterare la prestazione agonistica dell'atleta è da individuare nel meccanismo di azione che la sostanza stessa esplica in campo biofisiologico.

Anche l'accertamento che ne consegue sul piano probatorio, dunque, non deve essere teso a dimostrare che l'imputato sia riuscito effettivamente nell'intento di alterare la prestazione agonistica dell'atleta e, quindi, nell'intento di modificare il risultato della competizione, giacché diversamente la dimostrazione dell'alterazione del risultato della competizione sportiva renderebbe impossibile la prova del reato. Il legislatore, invece, ha inteso apprestare una protezione anticipata del bene giuridico di cui si tratta e l'accertamento, perciò, deve essere limitato a verificare che le sostanze somministrate, per modalità, quantità, dosaggi, combinazione con altre sostanze nella somministrazione e per meccanismo di azione in campo biofisiologico, abbiano concreta attitudine a modificare la prestazione agonistica dell'atleta e dunque possano essere state utilizzate come atto fraudolento, anche al fine richiesto sotto l'aspetto soggettivo.

Tale verifica deve essere effettuata al momento dell'accertamento di quanto accaduto in concreto e, dunque, non si identifica astrattamente con la natura e la classe di appartenenza della sostanza. Il paragone prospettato, perciò, non è proponibile, perché non è richiesta alcuna coincidenza concettuale e di fatto tra le sostanze previste dalla legge 376/00 e quelle eventualmente utilizzate come atto fraudolento indispensabile ad integrare la previsione dell'art 1 legge 401/89.

Va osservato, da ultimo, che nell'attuale processo sono state contestate ai capi h) ed i) pure alcune violazioni all'art. 445 cod. pen.

Si è già rilevato come, proprio per la mancanza di una specifica normativa, in passato - prima dell'entrata in vigore della legge 376/00 - si rendesse necessario il ricorso alla contestazione di tale reato per fatti analoghi a quelli per i quali si procede.

Il delitto contestato, in realtà, ha natura di reato di pericolo e riguarda la somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica.

Nel rinviare l'esame della sussistenza del reato al momento della valutazione del fatto, si vuole soltanto anticipare che la sua astratta contestazione non risulta incompatibile con le rimanenti ipotesi di reato addebitate agli imputati, in primo luogo perché in questa sede non avrebbe potuto essere contestato l'art. 9 legge 376/00 per le ragioni ormai più volte ripetute e, in secondo luogo, perché al più tra tali norme si può porre un problema di specialità bilaterale da esaminare, di volta in volta, in concreto, ma che non rende intrinsecamente incompatibili le relative fattispecie di reato.

Alla luce di quanto fin qui considerato, dunque, occorre chiedersi se possa costituire atto fraudolento l'uso delle sostanze, come somministrate ai calciatori della Juventus, per stabilire, appunto, se risulti integrata la condotta descritta dal legislatore nella seconda parte dell'art. 1 legge 401/89.

Il pubblico ministero ha effettuato la relativa contestazione, enunciata nel capo g) dell'imputazione, in modo molto articolato e complesso, individuando tutta una serie di attività fraudolente da parte degli imputati e dividendo in più punti la descrizione delle rispettive condotte tenute.

Come si è detto, in realtà, poiché i fatti contestati si riferiscono comunque alla somministrazione di sostanze ai giocatori della Juventus, si ritiene di poter distinguere i vari comportamenti, raggruppandoli con riferimento alla natura della sostanza utilizzata e, cioè, a seconda che trattasi di sostanze vietate del tutto o solo entro certi limiti ovvero di sostanze di libero uso.

Se certamente la questione pare meno problematica, per quanto riguarda l'uso di sostanze vietate dalla legge e dai Regolamenti sportivi, anche alla stregua di quanto si è già considerato, più complessa risulta invece la soluzione del problema in ordine alla somministrazione di sostanze il cui uso sia libero e lecito.

Occorre chiedersi, in altri termini, se anche nella somministrazione di farmaci, il cui uso non sia vietato o limitato da alcuna legge e da alcun regolamento sportivo, che il medico ritenga di effettuare ai giocatori, sia possibile individuare la condotta fraudolenta richiesta dalla norma in contestazione.

Per dare una risposta a tale domanda, pare preliminarmente necessario verificare e stabilire quali compiti e quali facoltà siano lecitamente da attribuire al medico, e al medico sportivo in particolare, e con quali modalità ed entro quali eventuali limiti possa essere effettuata la somministrazione di farmaci o altre sostanze, ancorché di uso astrattamente libero e lecito.

Ciò, probabilmente, consentirà pure di chiarire un aspetto che non attiene specificamente a questo processo, ma che talvolta è sembrato assumere proporzioni e importanza maggiori del processo stesso.

Dai difensori e dall'imputato interessato, infatti, si è spesso rilevato che questo processo appariva più destinato (o, peggio, predestinato) a giudicare l'intero sistema-calcio, il modo di comportarsi assolutamente comune dei medici sportivi delle società professionistiche, i metodi e le abitudini da tempo in uso presso le squadre di calcio e, a questo scopo, rischiava di passare quasi in secondo

piano il fatto che si trattava, invece, del processo a Riccardo Agricola, e cioè ad un imputato ben individuato, per stabilire se nel suo comportamento - valutato in concreto alla luce delle abitudini, della prassi e delle esigenze del mondo sportivo in cui egli quotidianamente opera - vi possano essere delle responsabilità in relazione ai suoi doveri e compiti di medico sportivo della società Juventus, incarico che egli ha ricoperto con diligenza, passione, professionalità e serietà dal 1994 e che tuttora ricopre.

Il processo, più volte ha osservato il difensore, sarebbe sorto e si sarebbe sviluppato per una preconcetta convinzione dei due iniziali consulenti tecnici del pubblico ministero, professori Adriana Ceci e Gian Martino Benzi, che, a torto o a ragione, dopo aver inutilmente tentato nelle competenti sedi sportive di combattere il sistema che si era instaurato, hanno in pratica convinto il Procuratore della Repubblica ad intervenire con lo strumento del processo penale e, così, per abbattere il sistema, si sarebbe passati sulla pelle dell'imputato.

In questa sede - ovviamente - non si intende affrontare alcuna questione non strettamente necessaria alla soluzione dei problemi rilevanti nel processo, ma occorre far subito presente che proprio perché l'operato dell'imputato deve essere valutato alla stregua della realtà in cui egli normalmente vive, si muove ed opera, necessariamente tale comportamento dovrà essere inquadrato nel mondo del calcio professionistico del quale il dott. Agricola fa parte forse più di quanto egli stesso immagini, visto che in più occasioni l'imputato è sembrato quasi considerarsi estraneo a tale complessiva realtà.

Il dott. Agricola, in quanto medico sportivo della società Juventus, in altri termini, fa parte del sistema calcio, opera all'interno di esso, professionalmente vive ed è calato in tale realtà, accetta e condivide le regole che disciplinano e che consentono al sistema stesso di progredire e di consolidarsi e, dunque, sia pure solo in piccola parte, anch'egli si identifica col sistema.

Il mondo in cui si vive e si opera, insomma, o si accetta o si rifiuta; ma se si accetta, come l'imputato sembra aver fatto col mondo del calcio professionistico, non ce ne si può dissociare nel momento in cui si è chiamati a rispondere dei comportamenti tenuti, lamentandosi di essere stato usato come capro espiatorio.

L'imputato, evidentemente per far fronte alle esigenze della società in cui lavora e lavorava e per corrispondere alle aspettative che da lui evidentemente ci si attendeva, ha operato in un determinato modo ed ha posto in atto alcuni comportamenti di cui col processo è stato chiamato a dar conto, in quanto ritenuti integranti i reati contestati, secondo l'ipotesi d'accusa.

Risulta del tutto legittimo e conforme a quanto previsto dal nostro ordinamento giuridico, quindi, che si vada ad esaminare l'operato del dott. Agricola, soprattutto con riferimento alla specifica qualità da lui ricoperta, di medico sociale della Juventus.

Una seconda doglianza, strettamente collegata e quasi la conseguenza di quella appena menzionata, è pure rimbalzata in modo chiaro e forte di udienza in udienza, fino alla discussione finale, ed essa è sembrata ancor più sentita della prima, perché vissuta dall'imputato come una sorta di ingiustizia. Fino all'ultimo, infatti, la difesa ha tenuto a ribadire che i comportamenti posti in essere dal dott. Agricola sono enormemente diffusi nel mondo sportivo e, in pratica, tutti i medici delle squadre di calcio professionistiche si comporterebbero in modo analogo.

Non vi sono elementi sufficienti per poter condividere o meno l'affermazione del difensore, né è affidato ai compiti di questo giudice dare una risposta a tale quesito. Si vedrà meglio esaminando le singole questioni di fatto, se mai, se davvero siano individuabili elementi che possano in qualche modo confortare, con riguardo all'aspetto umano della vicenda, la tesi esposta e con quali conseguenze pratiche.

Si vuole porre in evidenza a tal riguardo, però, che una volta che - come si è detto - l'imputato sia correttamente chiamato a dar conto dei propri comportamenti, nel processo conta unicamente l'accertamento che ne consegue, che riguarda le eventuali responsabilità solo di chi è chiamato a risponderne e non di altri, per cui sostenere che anche altri si sono comportati nello stesso modo, è circostanza che, al di là della verifica dell'affermazione e quand'anche rispondente al vero,

comunque non può intrinsecamente produrre effetti favorevoli per l'imputato, neppure sul piano soggettivo.

Per ritornare, dunque, all'esame dei compiti del medico, in generale, e del medico sportivo in particolare, occorre ricordare che sul piano giuridico, fin dall'emanazione del testo unico delle leggi sanitarie con r.d. 1 agosto 1907, n. 636 e, successivamente, con r.d. 27 luglio 1934, n. 1265 tuttora in vigore, e poi ancora fin dalle prime leggi sul riordino e sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie (d. lgs. c.p.s. 13 settembre 1946, n. 233; d.p.r. 5 aprile 1950, n. 221, eccetera), è sempre emerso in modo evidente che le attività tipiche e riservate alla professione medica sono costituite dalla diagnosi e dalla terapia.

Le stesse attività tipiche e riservate al medico emergono se si consulta la corposa e frammentata legislazione che a vario titolo si occupa dell'esercizio della professione sanitaria ovvero se si consulta la legislazione altrettanto consistente che disciplina - a contrario - le professioni ausiliarie e affini.

Se si passa dal piano giuridico a quello deontologico, il risultato non cambia, perché nei vari codici deontologici del medico che si sono succeduti nel tempo, a partire dal 1912, per finire al 1998 in cui è stato approvato il codice deontologico in vigore, ma anche nel codice deontologico medico per così dire in vigore all'epoca dei fatti contestati, approvato il 24/25 giugno 1995, si è sempre fatto riferimento ad attività diagnostiche e terapeutiche come espressione della professione sanitaria, né deroghe o ambiti di operatività più ampia vengono riconosciuti al settore della medicina dello sport, perché anzi, proprio in tale specifico settore, il codice deontologico del 1998 prevede che "il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare prestazioni di un atleta, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto".

Tale disposizione è contenuta nell'art. 76 del codice deontologico, articolo intitolato Doping, e in questa sede essa assume particolare importanza, perché da una parte conferma che il medico sportivo deve prestare - se mai - ancora più attenzione nel corretto svolgimento della propria professione, se non altro in virtù dello stretto rapporto che si instaura tra medico e atleta e, in secondo luogo, perché, pur se ci si riferisce nel titolo al concetto di doping (la legge 376, infatti, all'epoca non esisteva, essendo di due anni successiva), la struttura dell'indicato articolo 76 richiama alla mente proprio la seconda parte dell'art. 1 legge 401/89 e ancora una volta - ove ve ne fosse stato bisogno - emerge chiaro, quindi, come sia considerato possibile, pure dal codice deontologico del medico, modificare il naturale equilibrio psico-fisico di un atleta anche con trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterarne le prestazioni diversi da quelli tassativamente elencati nei vari regolamenti sportivi, che nel citato articolo non vengono in nessun modo, né menzionati, né richiamati.

Né si può sostenere che tale previsione non esistesse all'epoca dei fatti, perché nel codice deontologico del 1995, all'art. 92, si rinviene disposizione del tutto analoga e, forse, la terminologia in essa adottata risulta in qualche modo persino più appropriata e conforme all'attuale disciplina normativa di quanto non risulti quella riportata nel codice deontologico del 1998.

L'art. 92, infatti, è intitolato "uso di sostanze dopanti", mentre al doping vero e proprio si accenna solo nel secondo comma.

Ciò che però colpisce in modo particolare in questa sede è che al terzo comma dell'art. 92 del codice deontologico in vigore al tempo dei fatti oggetto del presente procedimento veniva così stabilito: "Il medico deve segnalare all'Ordine professionale ogni prescrizione o suggerimento di assunzione effettuati da medici o da non medici, di farmaci, "integratori alimentari" o sostanze di cui ai primi due commi del presente articolo."

Se dunque è chiaro e pacifico che la funzione del medico si estrinseca necessariamente attraverso le attività di diagnosi e terapia, è sicuramente altrettanto chiaro e pacifico che tali attività risultano esercitabili solo ed unicamente in presenza di uno stato patologico di malattia.

In assenza di una malattia, la diagnosi che ne conseguirebbe non potrebbe che riferirsi ad un soggetto sano e in assenza di una malattia non vi sarebbe ragione di porre in essere alcun trattamento terapeutico, proprio per la mancanza di uno stato patologico da curare.

Non vi è bisogno di altre considerazioni, insomma, per giungere a quello che anche nel comune sentire costituisce un dato assolutamente certo ed acquisito e, cioè, che se non si teme di essere malati, non è necessario il ricorso al medico.

Esiste, in verità, un settore di intervento mirato del medico nel quale egli può disporre l'adozione di misure idonee a prevenire l'insorgenza di alcuni specifici eventi morbosi ed è quello della profilassi. Fuori da tale settore, poi, l'attività sanitaria di prevenzione si estrinseca nei campi espressamente elencati nell'art. 20 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale, con riferimento prevalentemente ai fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di lavoro ovvero con riferimento all'eliminazione dei fattori di rischio e al risanamento di tali ambienti ovvero ancora con riferimento alla tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e alla difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati in relazione a progetti di insediamenti industriali e di attività produttive.

Sempre più sentita, poi, da alcuni anni a questa parte, è anche la cosiddetta medicina predittiva, soprattutto con riferimento all'individuazione precoce di alcune malattie ereditarie ovvero di gravi stati patologici per i quali si è accertato che quanto più tempestivo è l'intervento terapeutico, tanto più alta è la probabilità di evitare eventi nefasti.

Se ci si sposta, poi, dal campo dell'attività del medico a quello della farmacologia, dell'uso del farmaco, della somministrazione dei farmaci e della loro prescrizione da parte del medico, ancor più risulta evidente che tale settore d'intervento è riservato unicamente ed esclusivamente in campo terapeutico, limitatamente alle prescrizioni e alle indicazioni approvate dal Ministero della salute. Pare persino superfluo, a tal riguardo, richiamare tutta la normativa che ha introdotto le regole che disciplinano il commercio e la distribuzione dei farmaci, che distinguono i farmaci in categorie, che dettano regole per la relativa prescrizione in ricetta medica, che assoggettano il medico e il farmacista in particolare al rispetto di taluni obblighi e così via, per ribadire che non esiste nel nostro ordinamento, ma anche nel comune comportamento dell'intera comunità scientifica mondiale, la possibilità che dei farmaci venga fatto un uso diverso da quello terapeutico.

La difesa, in verità, ha ricordato quanto in proposito dichiarato dal proprio consulente, prof. Mario Eandi nell'udienza del 24 marzo 2003 (pagg. 18 e seguenti delle relative trascrizioni), che ha sostenuto: "...questi mezzi, farmaci e alimenti, possono essere usati per prevenire. Abbiamo già visto alcuni esempi: la prevenzione del rischio cardiovascolare, della trombosi con l'aspirina, è un fatto noto. Oggi ci sono molti farmaci usati a questo scopo preventivo ufficialmente. Ovviamente il concetto di prevenzione va chiarito, perché da un punto di vista tecnico in medicina distinguiamo tra una prevenzione primaria, una prevenzione secondaria e addirittura una prevenzione terziaria, dove per prevenzione terziaria si può anche considerare la riabilitazione. Quindi i farmaci e gli alimenti possono avere queste tre funzioni: curare o nutrire, ma entrambi possono contribuire ad un'azione di prevenzione e di riabilitazione."

Ma, come ha chiarito lo stesso consulente, l'importante è intendersi sul significato da assegnare ai termini che si usano. Non ha senso, invero, per il ragionamento che si sta facendo in questa sede, riferirsi alla riabilitazione per dimostrare un uso preventivo dei farmaci e neppure è corretto riferirsi all'uso dell'aspirina, dei vasodilatatori o antiaggreganti in generale per prevenire le trombosi o i rischi cardiovascolari di altro genere, perché in questi casi comunque si parte da un presupposto costituito da una grave patologia pregressa accertata e curata e la terapia, se mai, può servire a prevenire la ricaduta del paziente nella malattia ovvero a prevenire rischi ancora più gravi, ma strettamente connessi e conseguenti alla patologia presofferta ovvero ancora a consentire la completa ripresa del paziente, come nel caso della riabilitazione.

Risulta di evidenza assoluta, insomma, che nei casi trattati in questa sede, riferiti ad atleti di grandissimo livello, calciatori professionisti sontuosamente retribuiti, gli esempi citati dal prof.

Eandi non hanno proprio alcuna attinenza e per fortuna che lo stesso consulente aveva premesso che il significato che si associa agli alimenti è quello di nutrire, mentre ai farmaci si associa il concetto di curare.

La difesa ha ricordato pure quanto dichiarato da un altro consulente, il prof. Gian Pasquale Ganzit, il quale a pag. 191 delle trascrizioni dell'udienza del 20 gennaio 2003 così risulta essersi espresso: "...sono ...aspetti di variazione dello stato di salute rispetto allo stato originario che possono intervenire con la pratica sportiva, e quindi sono delle patologie più banali che possono essere quella di una contusione, perché anche una contusione è una patologia, un'abrasione, fino a quelle più importanti che possono essere le fratture che abbiamo visto prima. Avvengono dopo che è stata rilasciata in una prima fase l'idoneità alla pratica agonistica di quello sport."

Come si vede, a differenza di quella precedente, il tono di questa dichiarazione risulta già attenuato, perché il prof. Ganzit, a differenza del prof. Eandi, non ha più invocato per così dire una farmacologia di uso preventivo, ma ha fatto riferimento a patologie, sia pure di minima entità e, soprattutto, molto ricorrenti per gli sportivi in genere e per coloro che praticano sport da contatto fisico con l'avversario, quali appunto i calciatori, in particolare, ma pur sempre ha posto in relazione l'uso dei farmaci con delle patologie.

Ma un altro consulente della difesa, ancorché il difensore non lo abbia espressamente citato nelle conclusioni, ha chiarito in modo preciso la questione relativa alla somministrazione dei farmaci e, infatti, a tal proposito alle pagine 243-244 delle trascrizioni delle registrazioni dell'udienza del 17 febbraio 2003 il prof. Cesare Bumma, senza che nessuno lo abbia poi smentito, ha dichiarato: "...l'unico farmaco che è stato adoperato in senso preventivo è stato il Nolvadex, nello studio che ha condotto il Professor Veronesi, contestato forse in alcune parti; il Nolvadex, che è un antiestrogeno, è effettivamente un farmaco, ed è un farmaco che va dato alle donne sane, quindi praticamente è quello veramente un segno farmaceutico di una terapia data a sani, per la prevenzione vera. Che poi quello studio così contestato dieci anni fa, eccetera, eccetera, abbia... perché era uno studio mondiale, c'erano 5.000 casi seguiti in Italia dal Professor Veronesi e 5.000 in America, abbia dato non delle certezze matematiche ma dei trend, come si suol dire, di efficacia, è anche un dato importante. Però, come dicevo prima, la vera prevenzione non può essere fatta che io questa mattina prendo una pillola e ho fatto la prevenzione; deve essere inserito in uno studio farmaceutico...

GIUDICE: questo è il punto. Quindi l'uso del farmaco è sempre un uso terapeutico, non è un uso preventivo.

BUMMA: salvo... sì. Salvo per quelle cose... però, torno a ripetere, non è vera prevenzione, è diagnosi di piccolissime patologie che il medico dello sport indica, sulle quali attua delle terapie e loro dicono: "Preventive di patologie peggiori", però secondo me cura già quella piccola patologia." Pare evidente, dunque, che anche per i consulenti della difesa, al di fuori dei casi espressamente disciplinati di cui si è detto e al di là di qualche isolata titubanza, non esiste un campo della medicina cosiddetta preventiva - nemmeno nell'ambito della medicina dello sport - e, soprattutto, non esiste la possibilità di una somministrazione di farmaci in via preventiva, perché il ricorso ai farmaci può trovare giustificazione solo con l'esistenza di una patologia già in atto ovvero pregressa, ancorché piccola o latente.

Alla luce di queste premesse, allora, è necessario esaminare che cosa sia avvenuto presso la società Juventus, per verificare se le contestazioni del pubblico ministero trovino fondamento nei fatti accertati.

Un primo elemento valutabile in chiave accusatoria è costituito dalla straordinaria quantità di specialità medicinali utilizzate presso i locali della società Juventus. Nel decreto di citazione, al capo c), ne sono state indicate 247 dal pubblico ministero, con la precisazione che per alcune di esse risultavano utilizzate anche più confezioni.

Il consulente del pubblico ministero, prof. Gian Martino Benzi, ha ricordato che dagli elementi acquisiti nel corso delle indagini preliminari, anche in considerazione dei documenti consultati e delle dichiarazioni rese dai calciatori alle Autorità sportive in sede di verbali di sorteggio antidoping

ovvero in sede di verbali di sommarie informazioni testimoniali, le specialità medicinali utilizzate presso il magazzino farmaci della società calcistica risultavano in numero di 281 ed ha evidenziato il modo irregolare in cui la maggior parte di esse era stata acquisita: "...Per quanto riguarda il sistema di ricettazione, cioè qual è il regime di acquisizione di questi 281 tipi di medicinali, come sono entrati in un magazzino di uno stadio comunale? Beh, una parte di questi, circa un 25%, potevano entrarci come volevano, più o meno - poi per le norme di detenzione sono altra cosa - perché non avevano obbligo di ricetta oppure erano di automedicazione. Ma il 75% circa aveva obbligo di ricetta ripetibile o obbligo di ricetta non ripetibile, o obbligo di ricetta ospedaliera, quindi... Il 76% di questi medicinali sono stati reperiti in base a semplici ordinativi e non in presenza di ricette mediche debitamente compilate, lo vedremo per alcuni esempi, per non fare per tutti... questo in generale, ma lo vedremo in particolare" (pag. 53 trascrizioni registrazioni dell'udienza del 21 ottobre 2002).

Già alla stregua di tali elementi, dunque, si deve constatare come ai giocatori della Juventus venissero somministrati molti farmaci e che tale somministrazione non avesse alcuna giustificazione di tipo terapeutico.

Ed invero, uno dei comportamenti, che il pubblico ministero ha descritto tra gli atti fraudolenti addebitati agli imputati, è costituito dal modo in cui venivano effettuati gli acquisti dei farmaci, intrinsecamente indicativo che ad essi sarebbe stata attribuita una destinazione diversa dalle necessità terapeutiche di uno specifico soggetto: non esiste, infatti, alcuna prescrizione medica che ne indichi la concreta necessità; nessuna ricetta; nessun documento che ponga in relazione un farmaco con un paziente e con una accertata patologia.

I documenti acquisiti e le dichiarazioni rese da coloro che hanno svolto le indagini, quali i testi Romanazzi, Salvagno, Lantermo, ovvero da coloro che lavoravano presso la Juventus, come il responsabile di magazzino Martini Luca (verbali di sit del 13 e 18 gennaio 1999 e 25 maggio 2000 acquisiti sull'accordo delle parti) o come il responsabile amministrativo Capobianco Maurizio, esaminato come teste nelle udienze del 12 maggio e del 10 novembre 2003, ovvero presso la farmacia Rossano, come Speranza Nicola (verbali sit del 7 gennaio e 1 febbraio 1999 acquisiti), magazziniere, dimostrano in modo chiaro e pacifico che presso i locali in uso alla Juventus era stato predisposto un deposito di farmaci contenuti in un armadio, come se si trattasse di un magazzino o come una sorta di farmacia.

Il consulente del pubblico ministero ha rilevato, in verità, che 281 specialità medicinali di vario tipo e natura, quali quelle rinvenute presso la Juventus, costituiscono la normale dotazione di un ospedale di piccole dimensioni.

Il magazzino era stato organizzato in modo che il numero di confezioni di ciascun farmaco presente nell'armadio non scendesse mai al di sotto di una determinata quantità, sulla base di preventive indicazioni del dott. Agricola, di modo che quando si verificava che la quantità di una specialità medicinale calasse al di sotto della giacenza minima per essa stabilita dal responsabile del settore medico della società, il magazziniere Martini provvedeva ad effettuare l'acquisto delle confezioni di tale specialità medicinale necessarie a reintegrare la giacenza di magazzino.

La procedura di regola seguita per l'acquisto di farmaci presso la Juventus risulta descritta chiaramente da Martini Luca nel verbale di sommarie informazioni testimoniali del 13 gennaio 1999: "...Io gestisco il programma computerizzato delle giacenze di magazzino, verifico che siano sempre presenti i farmaci in elenco, quando risultano esaurite le scorte o quando mi viene richiesto un farmaco non presente informo il dott. Tencone o il dott. Agricola e provvedo a compilare l'apposito modulo per la richiesta. Detto modulo viene da me consegnato al dott. Agricola che controlla e sottoscrive. Solo il dott. Agricola effettua tale controllo e sottoscrizione. Fatto ciò contatto telefonicamente la signora Galliano o il rag. Capobianco in piazza Crimea per farmi assegnare un numero d'ordine, che riporto sul modulo precedentemente firmato dal medico, trasmetto poi l'ordine a mezzo fax alla farmacia Rossano. La farmacia provvede quindi a consegnarmi personalmente i farmaci richiesti che io inserisco nel magazzino, assumendoli poi in carico nel computer."

Dai documenti acquisiti, inoltre, si ricava ulteriore e chiara conferma di come i medicinali fossero trattati al pari di qualsiasi altro materiale di vario genere. Secondo quanto gli era stato detto di fare, invero, il Martini inseriva gli ordinativi di specialità medicinali negli appositi moduli di fabbisogno contrassegnati da un numero d'ordine - che era evidentemente quello che si doveva chiedere in amministrazione (sig.ra Galliano Tiziana e rag. Capobianco Maurizio) - come richiesta di materiali. Tale modulo, poi, veniva di regola sottoscritto dal richiedente (in questo caso lo stesso magazziniere, Luca Martini), dal responsabile di settore (in questo caso il responsabile del settore medico e, cioè, il dott. Agricola), nonché dai responsabili dell'amministrazione della società e, cioè, dal servizio acquisti e dal direttore commerciale.

Come si vede, emerge chiara la situazione a tal riguardo esistente presso la società Juventus: i farmaci non venivano acquistati di volta in volta, sulla base di specifica prescrizione medica, per far fronte ad eventuali esigenze terapeutiche di singoli calciatori; le specialità medicinali, al contrario, venivano acquistate sulla base di un elenco predisposto dallo stesso medico della società che aveva pure indicato la necessaria giacenza minima per ciascun tipo di farmaco ed esse dovevano rimanere nell'armadio dei locali in uso alla squadra, a disposizione del medico che le utilizzava a seconda di quanto eventualmente ritenuto necessario.

Ecco, allora, che occorre dare una risposta ad altri interrogativi: poteva il medico costituire un simile deposito di medicinali? poteva utilizzarli come in ospedale o in altra casa di cura, prelevandoli a sua esclusiva iniziativa, per somministrarli direttamente ai calciatori, per giunta in questo caso senza alcun bisogno di documentazione scritta? e, ancora, le avvenute somministrazioni di farmaci ai calciatori rispondevano ad esigenze terapeutiche o venivano effettuate per migliorare le prestazioni degli atleti o per altri scopi ancora?

La risposta a tali interrogativi assume decisiva importanza nella valutazione dei comportamenti tenuti dal dott. Agricola, perché da essa dipende la eventuale dimostrazione che l'imputato ha predisposto e organizzato l'intero sistema riguardante l'acquisto e la tenuta delle specialità medicinali presso la Juventus, non solo nella piena consapevolezza che tale complessiva attività risultasse non consentita da norme di legge e regolamentari, ma soprattutto allo specifico fine di poter somministrare tutti i medicinali ritenuti necessari senza provvedere alla tenuta della rispettiva documentazione.

La difesa più volte ha sostenuto che il medico, in questo caso, non aveva alcun obbligo di documentare l'attività svolta, non essendo ancora prescritto, all'epoca dei fatti, il dovere per il medico sportivo delle società di calcio della tenuta della cartella clinica, mentre a seguito dell'emanazione del Decreto Ministero della Sanità del 13 marzo 1995, avvenuta peraltro in attuazione di quanto era già stato previsto esattamente quattordici anni prima dall'art. 7 legge 23 marzo 1981, n. 91, anche presso la società Juventus da tale momento in avanti si era provveduto alla tenuta della scheda sanitaria dei calciatori, istituita appunto da tale decreto.

Il difensore, inoltre, confortato da quanto osservato da uno dei propri consulenti, ha pure ricordato che non vi era per l'imputato neppure l'obbligo della ricetta medica, perché non ricade in capo al medico il dovere di prescrivere in ricetta i medicinali al paziente, quando è proprio tale professionista a somministrare direttamente le specialità medicinali.

Se le tesi sostenute dalla difesa si valutano, poi, alla stregua dei diritti più volte accampati dallo stesso imputato nel corso delle dichiarazioni da lui rese, sulla base della insostituibile conoscenza dei calciatori da lui vantata, derivante dalla sua costante presenza accanto a loro, spesso pure di notte, si comprende come in realtà quasi si rivendichi per il medico dello sport, e per il dottor Agricola in modo particolare, un ambito di operatività che immediatamente risulta ingiustificato ed ingiustificabile, tanto alla luce della normativa applicabile a tutti i medici che esercitano tale professione e, quindi, anche ai medici dello sport che non si distinguono dagli altri specialisti che lavorano nei diversi settori della medicina, quanto soprattutto alla luce dei normali criteri di logica e di equità, perché se si ritenessero fondate le argomentazioni che sono state prospettate si finirebbe col legittimare solo per il medico dello sport un ambito di operatività nel quale, a differenza di tutti gli altri colleghi, egli si muoverebbe in pratica in mancanza di ogni forma di possibile controllo.

Come anticipato, il difensore ha più volte sottolineato come il descritto comportamento sia molto diffuso tra i medici sportivi ed ha sostenuto perciò che l'attuale processo sarebbe diretto contro l'intero sistema, intendendosi intervenire sul modo di operare dei medici sportivi, mentre la sede più opportuna per apportare eventuali utili cambiamenti avrebbe dovuto essere il Parlamento, in cui sarebbe stato necessario approvare nuove norme di legge.

La considerazione, però, non è condivisibile, perché il comportamento del dottor Agricola è ed era già vietato dalla disciplina vigente anche all'epoca dei fatti e non necessita di alcuna legge ulteriore, né della prospettata attività di supplenza da parte della Procura della Repubblica che, invece, in ossequio alle usuali regole del nostro Ordinamento, doverosamente ha avviato il procedimento, per verificare se il modo in cui ha operato l'imputato integri esistenti ipotesi di reato.

Occorre - se mai - chiedersi se al medico dello sport, e in particolare a quei medici di società professionistiche di altissimo livello quale è la Juventus, come il dottor Agricola, siano applicabili le stesse regole valide per tutti gli altri medici ovvero - come pare si rivendichi dalla difesa - se a tali professionisti, in nome dei sempre più rilevanti interessi sportivi, commerciali ed economici delle società di appartenenza, debbano essere riconosciuti compiti e poteri del tutto estranei alla funzione del medico, quasi a consacrare il principio secondo il quale il medico sportivo, più che votato ad occuparsi della salute di chi pratica sport, debba invece avere la funzione di assicurare al massimo grado ad ogni atleta della squadra, pur con le ineliminabili caratteristiche personali e soggettive, la capacità di sostenere ritmi e prestazioni ai limiti dell'umana sopportazione, sia con riferimento agli allenamenti, sia con riguardo alle competizioni agonistiche.

I doveri del medico dello sport, invero, emergono dal coordinamento di molti provvedimenti legislativi, a partire dai principi enunciati nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale; essi risultano poi analiticamente enumerati anche nell'art. 9 della legge regionale Regione Piemonte 25 marzo 1985, n. 22 che riguarda la Tutela sanitaria delle attività sportive e appaiono compendati in modo chiaro e preciso nel codice deontologico che stabilisce che: "La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico esprime il relativo giudizio con assoluta obiettività e massima chiarezza, nell'osservanza dei protocolli previsti dalla normativa vigente." (art. 90 codice deontologico medico 1995) e, inoltre: "Il medico è tenuto a far valere in qualsiasi momento e occasione la sua potestà di valutare se un atleta può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica." (art. 91).

Come si vede, si è citato il testo delle relative disposizioni del codice deontologico medico vigente al momento dei fatti, ma disposizioni del tutto analoghe risultano riportate pure negli artt. 74 e 75 del codice deontologico del 1998, attualmente valido, con qualche piccola aggiunta rafforzativa dei concetti espressi.

Tali statuizioni, specifiche per la medicina dello sport, già intrinsecamente molto chiare, vanno poi collegate e integrate con i principi che il codice deontologico dispone in generale, in ordine ai fini dell'attività professionale del medico.

Nell'articolo 5, tanto del codice deontologico del 1995, quanto in quello del 1998, si legge testualmente: "Nell'esercizio della professione il medico deve ispirarsi alle conoscenze scientifiche e ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di altra natura.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga."

Il primo obiettivo del medico dello sport, come per ogni altro medico, dunque, è costituito dalla tutela della salute degli atleti a lui affidati. Il medico dello sport, ovviamente, deve seguire e preoccuparsi pure della bontà della prestazione agonistica dell'atleta, ma tale risultato deve essere raggiunto soltanto con un'adeguata preparazione atletica e con un accurato controllo medico, senza mai anteporre il risultato della prestazione agonistica alla salute dell'atleta.

Ecco, allora che il comportamento dell'imputato, già solo avuto riguardo al modo di procurarsi i farmaci di cui si è detto, viola quanto stabilito dal codice deontologico sotto un duplice profilo: da una parte, invero, la necessità di accumulare e detenere un numero così rilevante di medicinali, per giunta appartenenti pure a particolari classi farmacologiche, indipendentemente da ogni considerazione in ordine alla sussistenza del reato contestato alla lettera c) della rubrica di cui si dirà, non trova alcuna giustificazione e alcuna corrispondenza nel fine prioritario della salute degli atleti; in secondo luogo, il modo in cui tali specialità medicinali sono state procurate non risulta certamente ispirato all' "osservanza dei protocolli previsti dalla normativa vigente".

Nessuna ragione pratica, ad esempio, potrebbe giustificare l'acquisto preventivo di alcuni farmaci tra i quali, ad esempio, il Neoton, il Liposom forte, il Bentelan compresse, ma anche l'Orudis ed il Mepral iniettabili per via endovenosa e altri.

Pur a voler valutare gli acquisti nell'ottica della migliore comodità di gestione dei farmaci in vista di un'utilizzazione in via di urgenza per il medico sportivo, ugualmente non può trovare alcuna giustificazione la detenzione di tali medicinali acquistati e detenuti in via preventiva.

Si è precisato, come si vedrà, ad esempio, che il Liposom forte è stato ritenuto necessario solo per alcuni casi, oltretutto eccezionali, e allora perché non lo si è acquistato di volta in volta, a seconda delle accertate esigenze? Perché detenerlo nell'armadio come se si sapesse già che sarebbe servito, a dispetto della dichiarata eccezionalità dei casi in cui lo si sarebbe utilizzato?

Si è sostenuto pure che un prodotto come il Bentelan è da considerare come un farmaco salvavita, ma tale caratteristica certamente non riguarda la specialità del Bentelan compresse che, in quanto tali, non possono salvare la vita a nessuno.

Si è perciò aggiunto, al momento delle conclusioni, che tali compresse, la cui assunzione oltretutto è vietata in modo assoluto dai regolamenti sportivi, sarebbero state utilizzate per le patologie sofferte dai giocatori nei periodi di accertata inidoneità. Ma anche a tal proposito, come è evidente, c'è da chiedersi allora come mai tali farmaci siano stati acquistati e detenuti in via assolutamente preventiva, anch'essi con la prestabilita regola della giacenza minima, quasi in previsione dell'inidoneità di alcuni giocatori per i quali tali prodotti farmaceutici avrebbero potuto avere una qualche utilità.

In secondo luogo, soprattutto le modalità d'acquisto dei medicinali non corrispondono in alcun modo a quanto la legge stabilisce a tal riguardo.

I farmaci non possono circolare liberamente, per essi la legge impone precise regole, quali ad esempio quelle relative alla obbligatoria prescrizione in ricetta del medico, ad esclusione soltanto per i farmaci cosiddetti da banco o quelli di automedicazione e tali regole devono essere rispettate anche e prima di tutti dal medico.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 539, con il quale il legislatore - in attuazione della direttiva 92/26/CEE - ha disposto, tra l'altro, la classificazione dei medicinali proprio ai fini della loro fornitura, è molto chiaro a tal riguardo e, negli articoli 3 e 4, chiarisce ed enumera le ragioni per le quali, esclusi i medicinali da banco o di automedicazione, essi sono soggetti a prescrizione medica.

Come si può notare, però, l'eventuale intrinseca pericolosità derivante dall'uso del medicinale in mancanza di controllo medico, anche in condizioni normali di utilizzazione, costituisce solo una delle indicate ragioni, che non esaurisce il quadro complessivo dei motivi che hanno indotto il legislatore, in sintonia con la normativa CEE, a rendere obbligatoria la prescrizione medica.

Non a caso, con lo stesso decreto legislativo, sono stati classificati pure medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, e cioè riservata a taluni medici e a taluni ambienti, ovvero medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti ovvero medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile ovvero ancora medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista.

Ciò significa che anche tutti i medici (e i farmacisti) non sono assolutamente liberi nell'acquisto e nella gestione dei medicinali e, soprattutto, sono tenuti al rigoroso rispetto degli obblighi di documentazione nelle prescrizioni, negli acquisti, nelle cessioni e nella distribuzione in genere dei

medicinali, per evitare di vanificare proprio le menzionate regole di circolazione dei farmaci che il legislatore ha ritenuto di stabilire con il decreto legislativo n. 539/92.

Il medico, in particolare, è tenuto allo scrupoloso rispetto dell'obbligo della prescrizione medica che, oltretutto, deve rispondere pure a specifiche caratteristiche formali e sostanziali e riferirsi ad accertate patologie di individuati pazienti, dei quali deve essere riportato il nome in ricetta, unitamente all'indicazione della posologia prescritta dal medico per l'indicato prodotto medicinale. Le caratteristiche formali da rispettare, poi, variano a seconda del tipo di ricetta medica (ripetibile, non ripetibile, limitativa, speciale ministeriale, in triplice copia autocopiante, per preparazioni magistrali, veleni uso umano), ma quelle appena indicate sono sempre necessarie per ciascuna prescrizione del medico, il che comporta che pure il medico, in mancanza di un paziente e di un'accertata patologia da curare, non possa acquistare alcuna specialità medicinale.

Tale obbligo, d'altra parte, assume particolare importanza in modo ancor più evidente se lo si considera e lo si valuta proprio alla luce della complessiva normativa introdotta in materia dal citato decreto legislativo, perché l'osservanza del predetto obbligo non solo consente di evitare che il singolo medico o il singolo paziente possa gestire farmaci al di fuori delle regole dettate per le relative circolazione e somministrazione, ma finisce per assicurare soprattutto un'adeguata documentazione alla circolazione e all'assunzione dei farmaci, in senso corrispondente - del resto - al bene giuridico tutelato dal decreto legislativo n. 539/92, in nome del più generale interesse della salute pubblica.

L'importanza della completa documentazione nella circolazione e nell'assunzione dei farmaci risulta addirittura determinante, poi, in caso di danni al paziente conseguenti appunto dall'assunzione di medicinali. L'inosservanza degli obblighi legislativamente imposti a medici, farmacisti ed infermieri a tal riguardo, infatti, renderebbe praticamente impossibile ricostruire quanto realmente accaduto.

Anche il medico, in altri termini, al pari di chiunque altro, non può liberamente acquistare e detenere medicinali per sua comodità, somministrandoli direttamente ai pazienti che ha in cura. La somministrazione diretta dei medicinali dal medico al paziente - al quale il difensore e il consulente hanno fatto riferimento - può avvenire solo negli ospedali, nelle case di cura, negli ambulatori autorizzati, nei quali l'acquisto dei medicinali avveniva in passato tramite le farmacie a tale scopo autorizzate e attualmente può avvenire anche direttamente con ordinazione alle case farmaceutiche produttrici, e deve seguire, oltretutto, rigide regole di documentazione e ciò proprio in previsione del fatto che il medico, diversamente, non può disporre direttamente di specialità medicinali, né può acquistarne fuori dalle ricordate norme di legge valide per tutti.

L'unica eccezione a tale regola è forse costituita dalle specialità medicinali che le case farmaceutiche, per ragioni pubblicitarie, diffondono, anche presso studi medici a titolo gratuito e che il medico perciò può detenere e, all'occorrenza, fornire al paziente gratuitamente. Ma tale settore, al quale si riferisce in particolare l'art. 15 del codice deontologico del 1995 e l'art. 27 del codice deontologico medico 1998, che - non a caso - prevedono e disciplinano la "fornitura" (e non alla libera e diretta somministrazione) a titolo gratuito da parte del medico al paziente dei medicinali "necessari alla cura", è regolato dal decreto legislativo n. 541 del 30 dicembre 1992, anch'esso emanato in attuazione di una Direttiva CEE, la 92/28/CEE, e riguarda un limitato quantitativo di specialità medicinali che non risultano rilevanti, quindi, nel quadro generale che interessa in questa sede.

I locali in uso alla Juventus, d'altra parte, non costituiscono un presidio ospedaliero, né sono autorizzati come casa di cura e neppure come ambulatorio medico e, dunque, la maggior parte dei farmaci acquistati dalla Juventus avrebbero avuto bisogno di specifica ricetta medica e, quindi, non avrebbero potuto essere acquistati in mancanza di una accertata patologia, di un paziente e di una prescrizione del medico.

A questo punto, pertanto, dopo aver rilevato che già nell'acquisto e nella tenuta dei farmaci l'imputato si è comportato in modo del tutto contrario a quanto stabilito dalla normativa e dal codice

deontologico vigente, si deve aggiungere, poi, la totale mancanza di documentazione sanitaria che il difensore ha abilmente cercato di poter addirittura rivendicare quasi come un diritto, facendo riferimento però prevalentemente alle regole sportive all'epoca esistenti.

Si è visto, infatti, come in atti rispetto all'acquisto dei farmaci esista solo la documentazione commerciale e contabile e per quanto riguarda la conseguente somministrazione non esista evidentemente neppure quella.

La circostanza, già solo dal punto di vista logico e pratico, è parsa immediatamente sospetta e poco convincente, non tanto per sfiducia nelle pur vantate capacità di memoria del dottor Agricola, quanto perché non risponde ai principi di comune logica quello di non documentare in alcun modo, neppure informalmente, le eventuali patologie di tanti giocatori succedutisi nei cinque anni di cui si tratta, i periodi esatti in cui tali patologie si sono manifestate, le rispettive cure praticate, i medicinali somministrati e così via.

Se il dottor Agricola avesse avuto un qualsiasi tipo di *défaillance* ovvero avesse lasciato la società per altri incarichi, per non ipotizzare impedimenti più gravi, come si sarebbe potuta ricostruire la storia clinica dei calciatori nel periodo di loro permanenza alla Juventus?

A ciò, poi, deve aggiungersi il fatto che il teste Verzini (pagg. 79 e seguenti delle trascrizioni registrazioni udienza del 26 settembre 2002) ha rilasciato dichiarazioni diverse da quanto a tal riguardo sostenuto dall'imputato e dal dottor Tencone.

Il dottor Fabrizio Verzini è il medico che ha affiancato il dottor Agricola nell'assistenza alla prima squadra, per così dire il medico in seconda che accompagnava pure i giocatori nel corso delle competizioni, nel periodo che si colloca tra l'agosto 1994 e l'inizio di marzo 1995, periodo in cui a lui è subentrato in tale ruolo il dottor Fabrizio Tencone.

Il dottor Agricola ha mostrato di non aver apprezzato molto la collaborazione con il dottor Verzini quando è capitato di doverne parlare, forse perché non ritenuto troppo affidabile: "...Allora, il problema di Verzini è un problema diverso. Verzini era un sicuro medico di grande avvenire, però... ci sono dei però, dentro di me c'era qualche piccolissima perplessità sul tipo di gestione, soprattutto in un ambiente estremamente nuovo che era tutto da riorganizzare. In questa organizzazione, che spettava ovviamente a me, ma che comunque richiedeva anche l'intensa partecipazione dei miei collaboratori, e in particolare di Verzini, avevo visto Verzini lievemente distratto su questi argomenti. Quindi.....Io vorrei dire semplicemente che, nell'ambito di una riorganizzazione, vedendo il collega che è un po' distratto, non risponde esattamente a quelle che sono le mie - giuste o sbagliate - esigenze rispetto a un collaboratore, è chiaro che mi poneva... gli chiedevo una maggiore trasmissione di notizie rispetto ad altri, per esempio maggiore rispetto a Tencone. Tanto è vero, Dottoressa, che nel mese di febbraio Verzini ci lasciò e se ci lascio vuol dire che forse..." (pagg. 146 e seguenti trascrizioni registrazioni udienza del 17 giugno 2003).

La difesa, nel collocare cronologicamente il periodo che il dottor Verzini ha trascorso come medico in seconda della Juventus, ha tenuto a precisare che si è trattato di un periodo molto breve; che a quell'epoca non esisteva neppure l'obbligo di tenuta della scheda sanitaria ed ha sottolineato come il dottor Verzini, in realtà, abbia riferito di un'agenda che solo lui peraltro usava come pro-memoria personale.

Anche a tal riguardo, perciò, occorre qualche chiarimento, al fine di poter valutare meglio quanto effettivamente riferito dal Verzini.

Intanto, occorre premettere che, se è vero che il dottor Verzini ha svolto un periodo di collaborazione con l'imputato Agricola alquanto breve, durato solo poco più di sei mesi e comunque inferiore ad una stagione agonistica, è tuttavia altrettanto vero che tale collaborazione del Verzini si colloca proprio all'inizio della gestione Agricola, che appunto nel 1994 ha assunto l'incarico di medico responsabile della prima squadra, e quindi essa è avvenuta in un momento di straordinaria importanza per il dottor Agricola (e per la Juventus che in quell'anno aveva mutato gran parte del quadro dirigenziale, aveva ingaggiato un nuovo direttore sportivo, un nuovo allenatore, un nuovo preparatore atletico e, come detto, un nuovo responsabile del settore medico), il quale aveva,

evidentemente, la necessità prioritaria di impostare l'organizzazione del lavoro complessivo, come da lui stesso ricordato.

Se, perciò, proprio in tale periodo fosse stata istituita un'agenda promemoria in cui segnare le patologie di cui soffrivano eventualmente i giocatori, nonché i medicinali che venivano somministrati, la decisione sarebbe stata sicuramente di Agricola e non di Verzini e sarebbe risultata, dal punto di vista logico, assolutamente condivisibile e di grande utilità pratica.

Il dottor Verzini ha pure ricordato come nelle partite organizzate in Europa dall'UEFA vigesse l'obbligo di dichiarare preventivamente tutti i farmaci assunti da ciascun giocatore partecipante alla gara; mentre nelle competizioni organizzate in Italia dalla FIGC, si dichiarassero invece i farmaci assunti dai soli giocatori estratti a sorte per il controllo antidoping.

Si comprende subito, anche in considerazione dell'importanza delle richieste dichiarazioni, che è del tutto poco credibile e verosimile che esse potessero essere effettuate senza alcuna annotazione, senza neppure un appunto, sulla base unicamente della memoria del medico che - secondo il difensore - avendo tutto il giorno e tutti i giorni un costante rapporto con i giocatori, sarebbe stato facilitato nel ricordo.

L'assiduità del rapporto può certamente favorire la memoria, ma i giocatori della rosa della prima squadra sono una ventina e non è assolutamente agevole ricordare, per ciascuno di loro, i farmaci rispettivamente somministrati e, oltretutto, tenuto conto delle eventuali sanzioni degli Organi sportivi in caso di dichiarazioni false o incomplete, si sarebbe trattato di assumere un rischio assolutamente inutile e gratuito, che avrebbe potuto comportare solo danni seri e gravi per la squadra e per la società, senza alcun beneficio.

Nel periodo in cui Verzini affiancava il dottor Agricola, poi, le dichiarazioni agli Organi sportivi circa i farmaci assunti dai calciatori, venivano effettuate proprio dal dottor Verzini che era il medico che accompagnava in campo i giocatori. Lo stesso Agricola, dunque, si sarebbe così fidato della memoria e della precisione del dottor Verzini che, come si è visto, invece, egli riteneva essere un po' distratto?

Passando poi al contenuto effettivo delle dichiarazioni rese dal Verzini, occorre rilevare come il teste sia stato in generale molto vago e, in qualche modo reticente, non solo per quanto riguarda l'esistenza dell'agenda.

Basta rileggere le sue restie dichiarazioni sui medicinali somministrati ai calciatori, smentite oltretutto dalle stesse dichiarazioni rese agli Organi sportivi, per capire che il Verzini non aveva proprio alcuna intenzione di raccontare quanto accadeva negli ambienti della Juventus.

Come si vedrà il Verzini non è stato né l'unico, né il più ostinato tra i testimoni esaminati ad assumere tale posizione che meglio verrà valutata dal pubblico ministero che ha fatto richiesta di copia dei verbali di udienza proprio per poter soppesare le affermazioni dei testi che si sono succeduti nel processo.

In questa sede, ai fini della valutazione della complessiva attendibilità del testimone, pare necessario ricordare soltanto come in tutta la deposizione Verzini risulti ben evidente un atteggiamento molto prudente e chiuso del teste che ha riferito qualche circostanza di fatto, solo quando si è reso conto che non sarebbe stato possibile aggirare l'ostacolo.

Allo stesso modo, egli si è comportato a proposito dell'agenda che interessa in questa sede, della quale egli ha cominciato a riferire, senza neppure rendersi conto, forse, che si trattava di una circostanza che avrebbe potuto assumere una certa rilevanza nel processo.

Egli l'ha definita una normalissima agenda, un diario che: ".....stava in infermeria normalmente.....ehm... che stava... che doveva fare... non so, un ciclo di ultrasuoni e si segnava... più che altro era un promemoria, ecco, diciamo, se stava facendo una cura di antinfiammatori o stava prendendo uno sciroppo per la tosse, perché aveva un po' di bronchite, insomma..." (pag.79 e seguenti trascrizioni registrazioni udienza del 26 settembre 2002).

Poi il pubblico ministero ha fatto un'osservazione che deve aver allarmato il testimone ("...E sì, perché mi sembra che Tencone invece ci ha detto che non venivano segnate da nessuna parte queste terapie.") ed il Verzini si è ancor più chiuso in difesa, affermando e negando al tempo stesso: "...ma

a volte sì, a volte no, cioè dipendeva un pochino dal problema, insomma, nel senso che il più delle volte era l'atleta che si ricordava, altre volte li annotavi...".

Si è dovuto andare avanti abbastanza sull'argomento - come su altri - per sentirsi dire, tra uno "stiramentino" ed una "bronchitella", frasi del tutto inutili ed è per questo che si è reso necessario anche l'intervento di questo giudice, ricordato dal difensore, perché le risposte che il teste forniva, oltre che prive di intrinseca credibilità, risultavano pure contraddittorie con quanto affermato in precedenza dallo stesso Verzini.

Dopo un lungo batti e ribatti, però, il teste è stato costretto a spiegare se l'agenda di cui aveva parlato l'avesse istituita di propria iniziativa ovvero se fosse stato il dottor Agricola, invece, a introdurre tale promemoria e, solo allora, molto malvolentieri, il teste ha risposto: ".....no, mi è venuto in mente adesso che effettivamente io e il dottor Agricola abbiamo..."

GIUDICE: l'avete stabilito d'accordo voi e avete...

VERZINI: sì sì sì.

GIUDICE: e allora, se l'avete stabilito d'accordo e avete iniziato voi a prendere, come dire, questa iniziativa, che cosa avete stabilito che si facesse? Mi dica. Lei se ne ricorderà, a maggior ragione se ha collaborato lei.

VERZINI: niente, è un'agenda che ci serve...

GIUDICE: in cui si segnano tutti i farmaci somministrati?

VERZINI: sì, per darti una mano a ricordarti o...

GIUDICE: o solo alcuni? Questo è il punto. Tutti o...?

VERZINI: no, era d'uso... serviva a me come aiuto. Nel senso, io ho bisogno di un'agenda, ogni tanto scrivo, e ogni tanto no. Ci sono dei momenti in cui si scriveva e momenti in cui non si scriveva, ma, ripeto, è come l'agenda che ho in tasca e che uso...", e, ancora: ".....no, la dichiarazione dei farmaci somministrati... il problema è se un atleta risulta positivo ad una sostanza proibita, nessuno sta a sindacare; se io scrivo: "Voltaren stato preso" e.....cioè, di prassi, segnavamo tutto quello che avevano preso, bon. Si cercava di metter tutto, ma alla fine non stavamo a diventar matti, perché comunque, ai fini del controllo medico..." (pagg. 181 e seguenti trascrizioni citate). Come si vede, il dottor Verzini non si riferiva ad un'agenda ideata ed utilizzata solo da lui come promemoria, come ha preferito ricordare il difensore, ma - sia pure dopo aver tentato di modificare quanto realmente accaduto, così contraddicendo quanto da lui stesso in precedenza riferito - su precise e insistenti domande, ha ammesso e spiegato come mai fosse nata l'idea dell'agenda, chi lo aveva deciso e a quale fine essa avrebbe dovuto servire e, come osservato, alla luce del tenore complessivo della testimonianza, si può certamente ritenere che il teste, se mai, ha riferito meno di quanto a sua conoscenza, ma non certamente di più.

E, allora, se è vero che dalle affermazioni del Verzini si evince che esisteva una sia pur informale documentazione dei trattamenti sanitari effettuati ai calciatori, come del resto risulta conforme ai comuni criteri logici alla stregua di quanto si è osservato a tal riguardo, e se è altrettanto verosimile e ipotizzabile che il sistema non sia assolutamente cambiato pur dopo l'allontanamento del Verzini dalla società e la sua sostituzione con il dottor Tencone, come mai nessuno, in ordine ad un periodo così lungo quale è quello al quale si riferisce la contestazione, ha esibito o prodotto, né nella fase delle indagini preliminari, né nel corso del processo, siffatta documentazione?

Come mai si è preferito far credere, contro ogni logica, che tutto fosse affidato alle infallibili doti di memoria del dottor Agricola, e non si è ritenuto invece di poter esibire qualsiasi tipo di documentazione sanitaria esistente, ancorché composta di soli appunti informali, annotati su varie agende dai medici della squadra?

Sul piano strettamente giuridico, invero, eventuali informali annotazioni dei medici della società non sarebbero certamente risultate sufficienti a legittimare il comportamento tenuto dal dottor Agricola, perché comunque si sarebbe trattato di appunti spontanei, non disciplinati da alcuna normativa e, quindi, privi di giuridica riferibilità e responsabilità.

Essi comunque sarebbero sicuramente serviti per una migliore e più completa valutazione dei fatti e avrebbero potuto contribuire a confortare le affermazioni rese dall'imputato durante il dibattimento.

Il fatto che non si sia ritenuto di dover produrre o esibire alcuna documentazione a tal riguardo, convalida il sospetto che da essa sarebbero stati tratti solo elementi a carico dell'imputato e non a suo favore.

Si è anticipato che il difensore di Agricola, peraltro effettuando una valutazione del comportamento tenuto dal proprio assistito con riferimento quasi esclusivo al profilo della regolarità sportiva, ha rivendicato la legittimità del comportamento dell'imputato, sul presupposto che egli non fosse obbligato a tenere alcuna documentazione relativa all'attività svolta.

E' stato rilevato, in sostanza, che: a) non vi era obbligo di redigere la cartella clinica, perché essa non era richiesta dai regolamenti della Federazione; b) si era provveduto a formare la scheda sanitaria dei calciatori dal momento in cui essa era stata istituita; c) non vi era bisogno di alcuna ricetta perché i farmaci venivano somministrati direttamente dal medico.

Intanto, occorre ribadire come il difensore, nel riferirsi alle regole che disciplinano la tenuta della scheda sanitaria ovvero della cartella clinica, abbia avuto riguardo quasi esclusivamente a quanto in proposito stabilito ai fini della tutela sanitaria degli sportivi professionisti, trascurando la rimanente normativa applicabile ai fatti in esame, così come, nel negare la necessità della ricetta medica per l'avvenuta somministrazione diretta del farmaco da parte del medico, abbia totalmente dimenticato il problema relativo alla liceità dell'acquisto, dell'accumulo e della tenuta di tanti medicinali da parte dell'imputato, comportamenti che hanno successivamente consentito al medico di poter somministrare direttamente tali farmaci.

Ancora una volta, insomma, si ha l'impressione che si sia voluto far passare il principio secondo il quale coloro che operano nel mondo sportivo professionistico e, in questo caso, nelle società professionistiche di calcio, siano tenuti all'osservanza dei regolamenti sportivi e delle regole previste per gli sportivi e solo di tali regolamenti e regole, come se la normativa vigente, valida per tutti i cittadini, non dovesse trovare applicazione nei confronti di tali soggetti.

La riferita impostazione - ovviamente - non può essere assolutamente seguita, perché pur a voler condividere il modo con il quale gelosamente il mondo calcistico professionistico mostra di voler difendere la propria autonomia, soprattutto nella gestione della giustizia sportiva nei riguardi degli affiliati alle società che fanno parte della Federazione, tale sistema può avere un significato accettabile e una giustificazione comprensibile, però, solo se finalizzato a raggiungere il massimo grado di indipendenza e di autonomia del calcio, appunto, nei riguardi del mondo della politica ovvero nei riguardi degli Organi della giustizia ordinaria, ma non può certamente servire a creare delle aree di immunità per coloro che fanno parte di tale mondo, e consentire, in altri termini, a determinati soggetti di ritenersi sciolti dall'obbligo di rispettare le leggi dello Stato valide per tutti gli altri.

Il miglior modo di affermare la propria autonomia da parte degli Organi della giustizia sportiva, anzi, dovrebbe essere costituito proprio dal grado di massima efficienza del relativo sistema, in modo da creare una barriera avanzata a favore di tale autonomia, evitando di offrire qualsiasi ragione alla giustizia ordinaria di doversi occupare di quanto avviene nel mondo del calcio professionistico. In nome della professata autonomia, invece, non si può di certo rivendicare una sorta di totale impunità per gli appartenenti al professionismo calcistico.

Le argomentazioni della difesa, infatti, non tengono assolutamente conto di norme e regole valide al di fuori dell'ambito del calcio professionistico.

Intanto, occorre ricordare come l'introduzione della scheda sanitaria (d.m. 13 marzo 1995) sia avvenuta con circa 14 anni di ritardo rispetto alla legge (23 marzo 1981, n. 91) che ne prevedeva l'istituzione e va pure ricordato come in tale scheda debbano essere riportati soltanto i dati relativi all'effettuazione dei prescritti accertamenti sanitari, una sintetica valutazione medico-sportiva dello stato di salute dell'atleta, nonché una valutazione circa l'esistenza di eventuali controindicazioni, anche temporanee, alla pratica sportiva agonistica professionistica (art. 2).

Tale scheda, insomma, non è un diario clinico, non è una cartella clinica e non contiene annotazioni sul quotidiano stato di salute dell'atleta ovvero sulla somministrazione di eventuali farmaci e sostanze. Con essa ci si limita a far risultare, in pratica, lo stato di salute generale del calciatore,

eventuali infortuni e patologie di una certa gravità, con i rispettivi periodi di inidoneità alla pratica sportiva agonistica e poiché tale scheda segue il calciatore anche negli eventuali trasferimenti ad altra società, da qualcuno (testimonianza Tranquilli nell'udienza del 28 marzo 2002 - pagg. 200 e seguenti: "Io ho sempre avuto l'idea - forse sbagliando, questo non lo so - che la Legge 91 fosse più una legge a tutela del patrimonio piuttosto che della salute dell'atleta, mentre il Decreto Ministeriale dell'82 punta molto come tutti gli altri atleti... cioè non è che un professionista ha una salute diversa dagli altri, quindi la Legge 91 intervenne proprio sul fatto che l'atleta rappresenta un patrimonio reale per la società e che quindi si tendesse soprattutto a valorizzare questo aspetto. Quindi la scheda sanitaria serviva a trasferire notizie da una società all'altra, il più essenziali possibili e il più corrette possibili affinché l'atleta potesse non nasconderle, o anche i medici potessero non nasconderle o le società. Tra una società e l'altra quando si vende un atleta può essere... visto che ci sono in giro, in palio miliardi, può essere a volte...") si è pure osservato che essa è stata istituita più per comodità di informazione delle società stesse nella fase dell'acquisto e dei trasferimenti dei giocatori, che per ragioni di tutela della salute dei calciatori.

Nello stesso decreto ministeriale 13 marzo 1995, del resto, si distingue la scheda sanitaria proprio dalla cartella clinica e si fa carico, peraltro, al medico sociale di provvedere pure alla stesura di una cartella clinica per ciascun atleta (art. 7), anche se poi si rinvia ad un modello di cartella clinica proposto dalla federazione sportiva di appartenenza e approvato dal Ministero della sanità e per questo, in ambito calcistico, è stato necessario un periodo di quasi quattro anni prima che si pervenisse all'effettiva istituzione della cartella clinica del calciatore.

L'obbligo di tenuta della cartella clinica da parte delle società e, per esse, del medico sociale, invero, è stato introdotto con la circolare del 14 gennaio 1999 della FIGC, in un periodo cioè successivo a quello preso in considerazione nella contestazione dei fatti rilevanti nell'attuale processo, cristallizzati a fine ottobre 1998.

Si può sostenere, allora, come voluto dal difensore, che per le esposte ragioni l'imputato non avesse alcun obbligo di documentazione della propria attività sanitaria nei riguardi dei calciatori, con l'unica eccezione - a decorrere dal marzo 1995 - della tenuta della scheda sanitaria, sul cui valore peraltro si sono già evidenziate le necessarie osservazioni?

Se si dovesse aver riguardo in astratto ed esclusivamente alle regole applicabili al calcio professionistico vigenti all'epoca dei fatti contestati, si potrebbe anche concordare con la difesa, sia pure con opportune e necessarie precisazioni in termini di fatto; se invece si ha riguardo al complesso delle regole in vigore, in generale, per tutta la collettività sempre nello stesso periodo, allora il giudizio cambia radicalmente e, ancora una volta, emerge come l'imputato abbia agito in aperta violazione di tali regole.

Il difensore, in verità, ha voluto porre in evidenza, a tal riguardo, una differenza di intitolazione di un articolo del codice deontologico medico per segnalare - a suo giudizio - un obbligo di certificazione in cartella clinica intervenuto dopo l'introduzione del codice deontologico del 1998, che nella vigenza del codice deontologico del 1995 non vi sarebbe stato.

Si è rilevato, invero, come nel codice deontologico del 1995 l'art. 23 risulti intitolato "denunce obbligatorie", mentre il corrispondente articolo del codice deontologico del 1998 è stato intitolato "cartella clinica".

L'osservazione, invero, intrinsecamente non è di gran pregio e non meriterebbe forse neppure di essere presa in considerazione, anche perché non si comprende davvero sulla base di quale accadimento il codice deontologico medico avrebbe dovuto introdurre solo a partire dal 1998 un richiamo alla compilazione delle cartelle cliniche che in precedenza, invece, non si sarebbe ritenuto di dover operare.

Si ritiene, tuttavia, di segnalare ugualmente l'osservazione per rilevare come essa sia solo strumentale e sia stata proposta per perseguire un effetto suggestivo.

Leggendo bene il codice deontologico del 1995, infatti, non può sfuggire che con gli articoli 21-23 ci si sia posto il problema di richiamare l'attenzione dei medici, di tutti i medici, sulle modalità di compilazione della documentazione che necessariamente accompagna la relativa attività

professionale, mentre con gli articoli 9-11 ci si sia preoccupati di disciplinare l'aspetto relativo alla riservatezza a tutela del paziente.

Il codice deontologico del 1998 ha praticamente mantenuto la stessa impostazione, dedicando gli artt. 9-11 alla riservatezza e gli artt. 21-23 alla documentazione clinica, solo che - forse per una migliore disposizione sistematica - pur mantenendo invariato il sostanziale contenuto delle disposizioni, ha modificato il titolo dell'art. 23 chiamandolo, "cartella clinica" anziché "denunce obbligatorie" come era in precedenza, ma ha modificato pure il titolo del precedente articolo 11, definendolo "comunicazione e diffusione dati", mentre l'articolo 11 del codice deontologico del 1995 era intitolato "cartelle cliniche e documentazione".

Il fatto, allora, che il titolo "cartella clinica" sia passato dall'art. 11 del codice deontologico del 1995 all'art. 23 del codice deontologico del 1998, può significare qualcosa di importante in ottica difensiva? Francamente si ritiene proprio di no, ma in ogni caso il difensore avrebbe forse dovuto meglio spiegare il proprio assunto alla luce di tutti gli avvenuti cambiamenti terminologici nel passaggio da un codice deontologico all'altro e non soltanto di quello che è stato ricordato.

Ad un attento lettore del codice deontologico, d'altra parte, non può certamente sfuggire quanto disposto dal quarto comma dell'art. 92 del codice deontologico medico 1995, in vigore all'epoca dei fatti contestati, che, come si è già ricordato, proprio prendendo specificamente in considerazione la medicina dello sport, stabiliva che il medico sportivo segnalasse all'Ordine professionale ogni prescrizione o suggerimento di assunzione effettuati da medici o da non medici, di farmaci, integratori alimentari o di altre sostanze che potessero influenzare la prestazione di un atleta ovvero ne potessero modificare il naturale equilibrio psicofisico ovvero costituissero un vero e proprio trattamento doping.

Alla luce di tale regola prescritta dal codice deontologico, al quale certamente il dottor Agricola aveva il dovere di attenersi, come medico e come medico dello sport, conseguono alcune utili osservazioni.

Innanzitutto, occorre osservare che l'imputato ha reiteratamente e sistematicamente violato tale norma deontologica, perché nessuna segnalazione all'Ordine professionale dei medici è stata mai fatta e, del resto, da parte di chi ha sostenuto che non provvedeva neppure a tenere un diario ad uso proprio, con informali annotazioni circa gli effettuati trattamenti terapeutici ai calciatori, figuriamoci quali segnalazioni all'Ordine professionale ci si poteva aspettare che facesse.

In secondo luogo, risulta importante sottolineare il dato letterale della disposizione contenuta nel codice deontologico, perché da essa devono necessariamente ricavarsi altri elementi di valutazione del comportamento del dottor Agricola.

L'obbligo della segnalazione all'Ordine professionale, infatti, nasceva pure in relazione ai semplici integratori alimentari e si riferiva ad ogni "prescrizione" o "suggerimento" di assunzione di farmaci, integratori alimentari, appunto, o altre sostanze, per così dire dopanti.

Bastava, insomma, che al calciatore venisse effettuata dal medico la sola prescrizione o, da qualunque altro componente dello staff medico e tecnico, rivolto il semplice consiglio riguardante l'assunzione di farmaci, integratori e sostanze che in capo al medico sociale scattasse il dovere di trasmettere la relativa segnalazione all'Ordine professionale dei medici.

Per quanto riguarda, poi, la somministrazione diretta da parte del medico di farmaci e sostanze, in realtà, essa non risulta vietata da alcuna specifica norma, ma non è neppure mai espressamente prevista da disposizioni di legge o regolamentari. Quando in tali disposizioni ci si riferisce e si disciplina il rapporto medico-paziente avendo riguardo alla terapia da praticare si prevede sempre che il medico prescriva la terapia farmacologica, mai che egli la somministri. Alla somministrazione diretta, se mai, si fa riferimento solo quando risulta necessario disciplinarla, solo quando, cioè, essa sia praticamente possibile.

E' vero - come è stato detto - che il medico non ha bisogno di ricetta per somministrare farmaci, ma la ricetta - come pure si è rilevato - è necessaria per acquistare i medicinali. Se il medico non dispone di medicinali - e, di regola, come si è osservato, non può disporre autonomamente - non è neppure in grado di provvedere ad alcuna somministrazione.

Per questo tutte le disposizioni in proposito si riferiscono alla prescrizione dei farmaci da parte del medico, perché il medico, a parte qualche campione gratuito di cui pure si è detto, non può autonomamente disporre di medicinali che, quindi, deve prescrivere al paziente.

Non a caso, infatti, quando sia consentito al medico di avere a disposizione dei medicinali, come avviene nelle strutture appositamente autorizzate, e di trovarsi pertanto in grado di provvedere all'eventuale somministrazione al paziente, ecco che intervengono specifiche disposizioni di legge che regolano e disciplinano la materia e soprattutto introducono particolari obblighi di documentazione, tanto per i medici, quanto per gli infermieri.

Il dottor Agricola, in altri termini, non avrebbe potuto acquistare e detenere presso i locali in uso alla Juventus i medicinali di cui invece disponeva e, di conseguenza, egli non avrebbe potuto provvedere alla somministrazione diretta ai calciatori di tali medicinali. In ogni caso, l'eventuale somministrazione diretta effettuata non avrebbe potuto prescindere dagli obblighi di documentazione per essa previsti.

Anche a questo proposito, diversamente, si perverrebbe alla paradossale e inammissibile conclusione che, proprio perché presso la Juventus si era riusciti a costituire del tutto illegittimamente un deposito di medicinali, oltretutto in locali privi di qualsiasi autorizzazione sanitaria, si sarebbe potuto procedere alla libera somministrazione di essi ai calciatori da parte dell'imputato senza alcun dovere di documentazione, come rivendicato dal difensore, mentre in capo a tutti i medici che legittimamente dispongono di medicinali perché operano all'interno di ambienti protetti e strutture appositamente controllate ed autorizzate, incombono specifici obblighi di documentazione, quasi sempre accompagnata pure da altrettanti obblighi di documentazione che ricadono in capo agli infermieri.

Solo per scrupolo, si possono ricordare le principali normative introdotte in materia di ospedali, case di cura, disciplina del servizio di farmacia presso strutture per assistenza ospedaliera pubblica e privata, disciplina dell'obbligo e della tenuta della cartella clinica e così via, peraltro senza alcuna pretesa di completezza, trattandosi appunto di norme molto numerose, più volte aggiornate e inserite in vari provvedimenti di legge.

Ecco, allora, che si possono ricordare il r.d. 30 settembre 1938, n. 1631 - norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali; la legge 12 febbraio 1968, n. 132 riguardante enti ospedalieri e assistenza ospedaliera; il d.p.r. 27 marzo 1969, n. 128 - ordinamento interno dei servizi ospedalieri; il d.p.r. 27 marzo 1969, n. 129 - Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura; il d.m. 5 agosto 1977 - determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private; la già citata legge 23 dicembre 1978, n. 833 - istituzione del servizio sanitario nazionale; il d.p.c.m. 27 giugno 1986 - Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private, seguito in Piemonte dalla l.r. 14 gennaio 1987, n. 5 - disciplina delle case di cura private; il d.m. 16 giugno 1990 - classificazione delle case di cura private convenzionate nelle fasce funzionali A, B e C; il d. l.vo 30 giugno 1993, n. 269 - riordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, senza neppure prendere in considerazione le norme intervenute successivamente ai fatti in contestazione.

Una gran fetta di tali disposizioni sono state di fatto assolutamente disattese dal dottor Agricola, il cui comportamento, oltretutto, risulta ingiustificato e contrastante pure col particolare regime sanzionatorio che l'ordinamento ha ritenuto invece di riservare alle violazioni dell'obbligo di certificazione e documentazione previsto per l'acquisto, la diffusione e la somministrazione dei farmaci.

Evidentemente, proprio in considerazione dell'importanza assegnata dal legislatore al bene giuridico della salute pubblica, i predetti obblighi di documentazione sono di regola accompagnati dalla previsione di sanzioni penali, anche di una certa gravità.

A conferma di quanto si sostiene, basta ricordare le norme previste dagli articoli 480 e 481 del codice penale, riferibili alle ricette e, in generale, alle certificazioni del medico, e basta ricordare

come le cartelle cliniche, anche quelle redatte in strutture ospedaliere private, siano considerate aventi natura di atto pubblico, con tutto ciò che evidentemente ne consegue, in ordine alle sanzioni penali per le eventuali annotazioni mancanti ovvero per quelle false e incomplete.

Tali regole, del resto, sono in vigore nel nostro Ordinamento - se non da prima - almeno dagli anni '30, a partire dall'approvazione del codice penale e dall'approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. Esse sono state di volta in volta ritoccate e adattate alle mutate esigenze da una produzione normativa particolarmente intensa, ma gli obblighi ai quali si è fatto riferimento risultano sostanzialmente invariati da oltre un settantennio.

Perché, allora, solo il dottor Agricola o, più in generale come si è sostenuto, solo i medici dello sport delle società calcistiche professionistiche dovrebbero essere legittimati a comportarsi diversamente?

Ciò che sicuramente rappresenta motivo di maggiore preoccupazione, poi, è il fatto che il mancato rispetto delle regole deontologiche e delle norme di legge di cui si è detto non può considerarsi fine a se stesso e, proprio per questo, non costituisce il comportamento più grave a tal riguardo addebitabile all'imputato, perché tutto il sistema è stato ideato e realizzato, solo in parte per corrispondere ad esigenze di comodità e di praticità nell'uso dei medicinali da parte del dottor Agricola, esso invece è servito prevalentemente per consentire all'imputato di poter utilizzare e somministrare tali medicinali libero da ogni tipo di controllo e, soprattutto, per finalità non terapeutiche e per ragioni diverse da quelle indicate e autorizzate dal Ministero della sanità.

Per quanto riguarda la mancanza di qualsiasi forma di controllo sull'operato dell'imputato, si è già descritta la situazione esistente e si è pure rimarcato come il dottor Agricola quasi abbia preteso di poter rappresentare l'unica fonte da cui apprendere come i farmaci venissero gestiti, a chi essi venissero somministrati, in quale modo, in quali circostanze, per quali finalità e così via.

In ordine alla somministrazione dei farmaci per finalità non terapeutiche ed all'uso diverso dalle indicazioni ministeriali che di essi venivano effettuati dall'imputato, il difensore si è a lungo soffermato per dimostrare l'insussistenza del primo comportamento e l'inoffensività pratica del secondo.

In realtà, si tratta di più aspetti dello stesso problema per risolvere il quale occorre, appunto, stabilire come e perché i farmaci di cui si discute siano stati somministrati ai calciatori dal dottor Agricola.

Il difensore ha cercato di distinguere lo stato di salute dell'atleta tanto da quello del soggetto sano, quanto dal soggetto malato e si è ispirato a varie considerazioni proposte dai consulenti tecnici che si sono succeduti, anche alcuni del pubblico ministero, ovvero ad affermazioni rese da qualche teste, come quelle del dott. Botré.

Francesco Botré, responsabile scientifico del Laboratorio Antidoping della Federazione Medica Sportiva Italiana, infatti, esaminato come testimone sulle esperienze da lui avute anche come referente della Procura Antidoping del CONI, riferendosi proprio allo stato di salute dei calciatori, ha osservato: ".....e in effetti il calciatore di alto livello non sia diventato un soggetto, tra virgolette, "meno sano" degli altri, per problemi di intensità di sforzo, di infittimento del calendario, di sollecitazioni psicofisiche, e che quindi questo supporto, che non si ha nelle persone comuni, sia comunque richiesto. Allora questo uso abbastanza esteso di questi prodotti c'era. Ciò che noi forse non siamo stati capaci di fare è stato dire perché...."(pag.104 trascrizioni registrazioni udienza del 14 giugno 2002).

Poiché dichiarazioni interpretabili in senso analogo sono state rilasciate pure da alcuni consulenti, come anticipato, il difensore ha ritenuto di poter sostenere che lo stress da intensità di sforzo o da pressioni di vario genere renderebbe il calciatore professionista, non già un soggetto malato, ma neppure un soggetto tanto sano, perché appunto lo indurrebbe al rischio di patologie alle quali una persona per così dire normale non sarebbe esposta.

Questo aspetto è stato affrontato più volte pure dall'imputato, il quale - ad esempio - come si legge alle pagine 17 e seguenti delle trascrizioni delle registrazioni dell'udienza del 10 luglio 2003

(dichiarazioni richiamate anche dal difensore), ha spiegato che: ".....l'aspetto dell'affaticamento patologico che è da intendere uno degli aspetti più importanti dello sport d'alto livello e quindi è la cosiddetta malattia, la patologia dello sport d'élite...una patologia da sport d'élite. È sostanzialmente una diagnosi che viene effettuata clinicamente. Accanto alla diagnosi clinica, che è dovuta al fatto... che è legata al fatto....., per esempio, che ci sono dei sintomi molto chiari, e molto evidenti, che sono per esempio, se vuole gliene dico alcuni, penso anche di dimenticarne altri.....Allora, per esempio uno dei sintomi principali indicativi dell'affaticamento diciamo patologico, che non vuol dire over-training, non vuol dire neppure over-reaching, ecco, uno di questi è per esempio il cambiamento d'umore, un altro è la difficoltà ad addormentarsi pur essendo molto stanchi. Un altro dei sintomi è quello di non riuscire a recuperare da un allenamento all'altro così come fisiologicamente sarebbe pensabile che ciò avvenisse. Un altro sintomo è la prevalenza dell'aspetto, la prevalenza del tono parasimpatico rispetto a quello simpatico per alcune forme, e altre del tipo simpatico rispetto al parasimpatico.

Per spiegare meglio: l'aumento in alcuni casi della frequenza cardiaca a riposo, e in altri della diminuzione della frequenza cardiaca a riposo. Accanto a questi sintomi, che - ripeto - non sono ancora over-reaching, non sono ancora over-training, ci sono molti altri sintomi clinici, che ogni medico dello sport che è in una squadra di alto livello conosce, che sono per esempio l'abulia, la perdita di voglia di allenarsi, la incapacità a reagire agli stimoli che sono propri e tipici dello sport, che sono tipici dell'allenamento e dello sport, e che invece seguono un'altra via.

Tutti questi sintomi sono clinici.....è chiaro che per esempio uno dei sintomi principali dell'affaticamento patologico, che poi vedremo meglio, sarà meglio chiamare "fisiopatologico", comunque sia, i sintomi principali sono: la perdita del sonno, l'incapacità a recuperare di fronte a stimoli uguali, cioè, voglio dire, tutti quanti hanno subito determinati stimoli di allenamento uguali, ma c'è qualcuno che dopo tre giorni non è ancora in grado di aver recuperato e ci sono alcuni che invece, giustamente dopo aver riposato per 24 ore, sono in grado di recuperare. Questi sono i famosi primi livelli dell'affaticamento, in cui ci sono elementi anamnestici uguali per tutti, cioè situazioni ambientali uguali per tutti, che sono: il fatto di sottoporsi agli allenamenti, il fatto di competere e il fatto di essere sottoposti a qualsiasi tipo di stress.

Queste tre componenti - che non sono io che le dico ma c'è tutta la fisiologia e la fisiopatologia dello sport che lo dice - sono presenti in tutti quanti i giocatori d'alto livello. È chiaro che se il giocatore d'alto live... se la squadra, i giocatori che appartengono alla squadra fanno una partita alla settimana e un giocatore gioca una volta ogni due mesi, sicuramente non soffrirà di sindrome di affaticamento patologico. Certamente se si gioca tre volte alla settimana e c'è una certa persona che fa più partite degli altri, e poi ci sono le Nazionali, anche questa persona andrà più incontro" Come si vede, il dottor Agricola, ha chiarito il quadro clinico dello stato in cui può cadere il giocatore d'élite, da lui definito affaticamento patologico, ed ha spiegato che, a suo giudizio, esso si può verificare prima dei più conosciuti stati di over reaching e di over training, considerati come vere patologie derivanti dall'accumulo dei tre fattori ai quali lo sportivo si trova sottoposto e, cioè, allenamento, gara e pressioni di vario genere, che l'imputato appunto ha tenuto distinti dall'affaticamento patologico. In tal modo, a ben vedere, il dottor Agricola non ha fatto altro però che descrivere i sintomi dello stress.

Quella che il dottor Agricola ha chiamato sindrome da affaticamento patologico non è altro, in definitiva, che una sindrome da stress, che non è uno stato tipico ed esclusivo del calciatore professionista, perché può colpire molte altre persone che lavorano, di basso, medio e alto livello, con la differenza che mentre nel calciatore tale stato di stress può essere provocato principalmente dall'affaticamento fisico e dall'esposizione mediatica, in altre categorie di persone, che forse sono pure più sfortunate e peggio retribuite dei calciatori, esso trova origine anche in altre cause lavorative.

Rimane il fatto che la sindrome da stress effettivamente può assumere i caratteri di una vera patologia e, dunque, sarà compito del medico curarla nel modo di volta in volta da lui ritenuto più

appropriato. Quanto ha affermato l'imputato, però, non si concilia e non è in sintonia con quanto sostenuto dalla difesa.

Ed invero, la tesi prospettata dal difensore, intrinsecamente di difficile comprensione, proprio perché finisce coll'introdurre accanto alla categoria del soggetto malato e a quella del soggetto sano anche la categoria del soggetto a rischio, che non è malato e che, però, avrebbe già bisogno di cure, non può certamente essere condivisa, in quanto priva di ogni fondamento scientifico.

Sul piano scientifico non esiste una categoria di "quasi malattia" e neppure l'imputato con la sua sindrome da affaticamento patologico ha fatto una simile affermazione, perché - come si è visto - egli in realtà ha descritto i sintomi di alcuni disturbi accusati dai calciatori.

Analogamente, non esiste un'inedoneità parziale, quale è parsa emergere nelle considerazioni del difensore, perché se l'atleta è inidoneo evidentemente non è in grado di effettuare la competizione, ma se può essere impiegato nella gara senza alcun rischio per la sua salute, allora vuol dire che egli è da considerare idoneo.

E, dunque, o si è sani o si è malati; si può essere stati malati ed essere in fase di convalescenza verso la completa guarigione o in fase di riabilitazione ovvero, a causa di precedenti patologie, si può essere a rischio di ricadute, come si è già rilevato; ma partendo da uno stato di piena salute, quale è quello di persone giovani, atletiche, prive di malattie invalidanti e capaci di sopportare allenamenti anche di una certa intensità, oltre alle competizioni ufficiali, quali sono i calciatori professionisti, non è assolutamente ipotizzabile che, proprio a causa dello sforzo da loro sostenuto, si instauri un rischio malattia che renda necessaria una terapia.

Riprendendo una considerazione del consulente del pubblico ministero, si è messo in evidenza come un ragioniere che dovesse allenarsi e vincere la maratona, non sarebbe più la stessa persona di prima. Risulta evidente, però, che ciò che si è rilevato altro non sarebbe che la necessaria conseguenza dell'allenamento e della pratica sportiva che, soprattutto a certi livelli e con determinata intensità di sforzo, modificano le persone, in quanto nei soggetti interessati si determina un adattamento fisico e mentale alle necessità che ciascuno affronta.

Anche a questo proposito, ancora una volta, occorre mettersi d'accordo sul significato da attribuire alle parole e alle questioni che ci si pone, perché in realtà non si tratta affatto di verificare se i calciatori siano malati, siano sani o siano quasi malati, scomodando addirittura categorie scientificamente non riconosciute, essendo invece necessario stabilire quale compito si debba assegnare al medico dello sport ed il dottor Botré ha sintetizzato bene tale concetto, ricordando il problema affrontato quando faceva parte della Procura Antidoping del CONI: "...cioè il problema era che in effetti apparentemente c'era un uso abbastanza ricorrente di prodotti che per persone normali non sarebbe stato da usare. Ora, la discriminazione, e io mi auguro che insomma sia evidente quanto fosse difficile il compito fra: si usano perché si cerca comunque il miglioramento e si cerca andando a scavare nei meandri di tutto quello che non è vietato per farla franca, per cui se uno trova che l'Aspirina migliora la performance, e l'Aspirina non è vietata, questa scoperta ha quasi la valenza di un brevetto industriale, perché non viola la legge e vado meglio..." (pag. 102 trascrizioni citate).

Il problema, dunque, è proprio quello che si è anticipato e, cioè, stabilire se il compito del medico sportivo sia quello di salvaguardare la salute dell'atleta, come fine prevalente, per non dire unico, della propria attività professionale, ovvero quello di migliorare la performance dell'atleta, come rilevato dallo stesso dottor Botré.

Il concetto che il teste ha evidenziato, peraltro solo problematicamente, infatti, non è compatibile con la tutela della salute dell'atleta, perché se si usano medicinali non per curare, ma per migliorare la performance, anche se si tratta di medicinali non vietati dai regolamenti sportivi, certamente non si tutela la salute del soggetto che li assume.

I medicinali, chi più chi meno, comportano danni e rischi per la salute ed è per questo che il loro uso deve essere controllato e limitato ai casi di assoluta necessità terapeutica, entro i limiti delle autorizzazioni e delle indicazioni rilasciate dal competente Ministero.

Si è già rilevato come tutti i soggetti che nel processo si sono espressi sul punto hanno finito col concordare su tale principio ed hanno finito per essere d'accordo, alcuni subito e altri con un po' di fatica, anche i consulenti della difesa. Pure il dottor Botré, infine, ha ricordato che:

"...L'intendimento dell'Ufficio di Procura era che i farmaci si davano ai soggetti malati..." (pag. 108 trascrizioni citate). Il principio, del resto, è indiscutibile perché è sancito dal legislatore: con il d. l.vo 29 maggio 1991, n. 178 - recepimento delle direttive della Comunità economica europea in materia di specialità medicinali, all'art. 1, si è inteso offrire la definizione di medicinale e si è così stabilito: "Ai fini del presente decreto è da intendersi come medicinale ogni sostanza o composizione presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane o animali, nonché ogni sostanza o composizione da somministrare all'uomo o all'animale allo scopo di stabilire una diagnosi medica o di ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo o dell'animale."

Lo stato di giocatore professionista, allora, non può di per sé giustificare, né consentire l'uso di farmaci, perché sotto questo aspetto, sotto l'aspetto della tutela della salute, non è lecita la contrapposizione proposta dal dottor Botré tra "calciatore" e "persone comuni". Tutti devono essere tutelati in modo adeguato e, soprattutto, per tutti devono trovare applicazione le stesse regole e le stesse norme.

La "medicina" dell'atleta, in quanto tale, è costituita dalla corretta preparazione atletica, dall'allenamento adeguato che, a propria volta, però, non possono essere ritenuti fonte di quasi malattia per giustificare l'assunzione di farmaci, perché dagli sforzi molto intensi, ripetuti e prolungati, ci si riprende eventualmente col riposo e non con trattamenti farmacologici.

Lo stesso imputato, come si è riportato testualmente, ha riconosciuto che se i giocatori fossero meno pressati da impegni sempre più numerosi sarebbero meno esposti alla sindrome da stress. E, allora, si può ritenere giustificato l'uso di farmaci unicamente in rapporto all'aumentato impegno sportivo e agonistico dei giocatori?

Ai calciatori, come a tutte le normali persone comuni, in definitiva, i farmaci possono essere prescritti o somministrati dal medico, ma solo a scopo terapeutico e nel pieno rispetto delle leggi e delle disposizioni che regolano la materia, dopo che sia stato accertato un preciso e ben individuato stato di malattia, che dovrà essere fatto risultare anche con le prescritte forme di documentazione e che - ove possibile - dovrà essere prevenuto dal medico dello sport che, quale suo dovere principale, come si è ricordato, si occupa della salute degli atleti ed è tenuto a far valere in qualsiasi momento e occasione la sua potestà di valutare se un atleta può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica.

Perché, dunque, il dottor Agricola, tanto attento all'insorgere nei calciatori dei sintomi da affaticamento patologico, anziché ricorrere a farmaci dannosi e pericolosi per la salute dell'atleta, non ha provveduto più semplicemente a fermare i calciatori affaticati, come sarebbe stato suo dovere, dichiarandone lo stato di temporanea inidoneità?

La risposta a questa domanda emerge evidente da quanto si è già considerato e, soprattutto, dalle modalità e finalità che hanno accompagnato la somministrazione dei farmaci ai calciatori da parte del dottor Agricola, modalità e finalità che integrano a pieno titolo il delitto di frode sportiva, sia sotto l'aspetto oggettivo, sia sotto il profilo soggettivo.

L'imputato, invero, ha somministrato medicinali non per finalità terapeutiche, bensì al fine di modificare la prestazione agonistica dei calciatori, mettendoli nelle condizioni di poter ottenere risultati agonistici che i calciatori non avrebbero potuto raggiungere con il solo allenamento, con la sola pratica sportiva, e per conseguire tale scopo ha utilizzato farmaci ed altre sostanze, somministrandoli sulla base di indicazioni diverse da quelle autorizzate dal Ministero della Sanità. Per meglio comprendere il complessivo atteggiamento dell'imputato e, per così dire, le sue curiosità e disponibilità verso tutti i possibili espedienti per ottenere miglioramenti nelle prestazioni dei giocatori, è sufficiente ricordare due vicende particolarmente emblematiche.

La prima riguarda la somministrazione di creatina ai giocatori in dosi massicce ed esagerate che, come meglio si vedrà in seguito, essendo essa oggetto di specifica contestazione, si è concretizzata da parte dell'imputato nella scelta, avventata e inadeguata, effettuata nel febbraio 1995 di utilizzare quantità incontrollate di creatina acquistata dalla Svevia da somministrare ai giocatori, per giunta sulla base delle incomplete ed incerte conoscenze dell'epoca; nella decisione, adottata l'anno successivo, di concludere un accordo commerciale con lo sponsor Also-Enervit, sostituendo la creatina svedese con quella fornita direttamente dalla Also e contemporaneamente di allacciare a tal riguardo un rapporto di collaborazione con il dottor Enrico Arcelli, consulente della Also e noto come esperto nutrizionista e studioso di creatina.

La seconda vicenda non è stata approfondita perché non si è riusciti ad ottenere la presenza nella sede del processo dei due personaggi interessati, i quali pur citati più volte dal pubblico ministero non si sono presentati, rifiutando di fatto di trasferirsi rispettivamente dall'Olanda e dalla Spagna per essere esaminati nel corso del dibattimento, dopo che nella fase delle indagini avevano reso dichiarazioni come persone informate sui fatti.

Come anticipato, non si è ritenuto di dover approfondire tale vicenda disponendo rogatorie all'estero che, tutto sommato, sono apparse processualmente antieconomiche in quanto avrebbero gravemente ritardato lo svolgimento del processo, peraltro senza la concreta prospettiva di garantire l'acquisizione di elementi probatori direttamente rilevanti rispetto alle contestazioni mosse all'imputato e, per giunta, in ordine ad un periodo - primavera-estate 1998 - che si colloca ai limiti della contestazione.

L'unico aspetto effettivamente rilevante di tale vicenda è emerso ugualmente chiaro dalle dichiarazioni in proposito rese nel corso del dibattimento dalle persone a conoscenza dei fatti relativi e dallo stesso dottor Agricola e consiste nell'inquietante disponibilità ancora una volta mostrata dall'imputato ad acquisire informazioni, suggerimenti e a costituire sodalizi, pur di individuare sostanze e metodi innovativi per influire sulla prestazione agonistica degli atleti. Si tratta, in realtà, della collaborazione allacciata con due persone nella primavera del 1998, un preparatore atletico olandese, Henk Kraaijenhof, e un medico di origine argentina gravitante in Spagna, Guillermo Laich, quest'ultimo - che dal teste Locatelli Elio è stato definito mentore del Kraaijenhof (v. trascrizioni registrazioni udienza del 26 settembre 2002 - pagg. 40 e seguenti) - è personaggio molto chiacchierato e criticato, soprattutto dalla stampa sportiva anche con riferimento ad altre vicende collegate al giocatore argentino Diego Maradona, e sembra essere noto per la specializzazione che il Laich avrebbe conseguito in ordine alla somministrazione di stimolanti di impossibile individuazione nei controlli antidoping.

Di questi personaggi ha parlato pure l'imputato Giraud, come si legge alle pagine 61 e seguenti delle trascrizioni delle registrazioni dell'udienza del 17 giugno 2003 e l'imputato Agricola così ha riassunto la vicenda: ".....me li ha presentati... non me li ha presentati, me ne ha parlato Locatelli parlandomi di Kraaijenhof, e non di Laich, di Kraaijenhof, e questo avveniva intorno a marzo, quei mesi lì del '98. Nel frattempo sapevo che c'era stata, mi sembra, o stava per avvenire la interruzione del rapporto con la Also-Enervit, perciò mi ero già dato nello stesso momento e mi ero interessato della ricerca di un'altra casa produttrice, che poi si è rivelata essere la Multipower che poi io ho proposto all'ufficio acquisti e poi è stata presa questa.

Nel frattempo Elio Locatelli che all'epoca veniva ogni tanto a parlare con me ma anche al Professor Ventrone per quanto concerne la parte fisica, mi indicò un suo conoscente, io credo un suo amico o un suo... comunque una persona che conosceva bene e che era un top-level a livello della... per quanto concerne la preparazione fisica, non del calcio in modo specifico ma nello sport. Lui era un allenatore-preparatore. Come spesso succede all'estero, questi personaggi, così come un po' Bangsbo adesso, questi personaggi hanno delle lauree o dei diplomi che noi non abbiamo qui in Italia. Forse adesso possono essere equiparati alla laurea in scienze motorie, quelle che hanno loro. Però all'epoca, sono dei biologi, non sono comunque dei medici, comunque sono degli esperti di metodologia dell'allenamento e questo è quello che viene fatto all'estero.

Per cui Locatelli mi parla di questa persona, e siccome volevamo come sempre mettere a punto tutto il nostro programma di miglioramento sempre nel senso del miglioramento della prevenzione, degli infortuni e l'alimentazione e quant'altro, io ho accettato di vedere Kraaijenhof, ne ho parlato coi dirigenti, e quindi abbiamo visto Kraaijenhof. Però Kraaijenhof, senza che Locatelli lo conoscesse, ha indicato a sua volta un medico che si chiamava Laich. Quindi Locatello non lo conosceva, Locatelli conosceva Kraaijenhof, Kraaijenhof ha indicato a Locatelli: "Ma io vorrei perché io sono esperto, per esempio, nella performance, quindi nella metodologia dell'allenamento, invece se Agricola vuole parlare con un medico, cioè un suo corrispettivo, ci sarebbe questo Laich" e così abbiamo accettato e li abbiamo incontrati mi sembra tre volte, due volte, tre volte, in periodi tra marzo e giugno, due o tre volte. Una volta mi ricordo bene a Torino..." (pagg. 68 e seguenti trascrizioni registrazioni dell'udienza del 21 luglio 2003).

Come si vede, dalle sole dichiarazioni di Agricola, oltretutto non perfettamente corrispondenti a quanto sostenuto dal Locatelli, emergono chiari ed inquietanti elementi di perplessità e dubbio circa le effettive ragioni per le quali si era deciso di associare tali persone nella collaborazione con la società.

Elio Locatelli, con un passato da pattinatore, è un esperto della preparazione atletica ed è stato anche commissario tecnico della Nazionale italiana di atletica leggera. Per questi suoi trascorsi e un po' perché egli è amico di Giraud, il Locatelli intratteneva anche con la Juventus rapporti di collaborazione saltuaria in qualità di consulente.

E' stato il Locatelli, dunque, che ha consigliato al dottor Agricola di avvalersi della collaborazione del Kraaijenhof che da giovane il Locatelli aveva personalmente conosciuto presso il centro di atletica di Formia, essendo stato il Kraaijenhof un quattrocentista di buon livello.

Il Locatelli, ovviamente, non lo consigliava come quattrocentista, ma perché il Kraaijenhof, cessata l'attività di atleta, si era specializzato in metodologia di allenamento, facendosi apprezzare negli ambienti sportivi come un esperto conoscitore dei metodi e delle tecniche per la preparazione fisica degli atleti.

Ecco, allora, che risulta del tutto evidente come tale vicenda sia poco spiegabile alla luce di quanto dichiarato da Agricola e, in parte, anche dal Locatelli. Se, infatti, era in scadenza il contratto Juventus-Also-Enervit e se occorreva sostituire conseguentemente pure Arcelli, esperto di nutrizione e di creatina, quale necessità vi era di ingaggiare un esperto di tecniche di allenamento fisico che con Arcelli, ovviamente, non aveva proprio nulla a che vedere?

Quale necessità, oltretutto, aveva la Juventus di servirsi di un esperto del genere, avendo già a disposizione un preparatore atletico del calibro di Giampiero Ventrone, noto come il professor Ventrone, a quell'epoca ampiamente apprezzato in tutto l'ambiente juventino, Agricola compreso, e adeguatamente retribuito?

E, ancora, per quale ragione sarebbe stato necessario ingaggiare pure il "mentore" del Kraaijenhof, dottor Laich, che oltretutto nessuno, neppure il Locatelli, conosceva direttamente ed era invece accompagnato da una pessima fama, come si è detto, spesso ripresa pure dalla stampa sportiva e, quindi, ovviamente nota in ambiente Juventus e nota pure direttamente al dottor Agricola?

Quali rapporti, poi, vi erano tra il Laich e la Multipower, che è la società che ha sostituito la Also-Enervit e quale rapporto vi era tra il Laich e la Natures Energy Sport s.l., meglio nota come Nature's Best, che è la società - guarda caso, spagnola - che ha confezionato le pastiglie di colori e forme varie, pagate dalla Juventus 567.500 pesetas (al cambio dell'epoca meno di 7 milioni di lire), che il dottor Agricola ha somministrato ai calciatori in vista della finale di Coppa dei campioni del 1998? Come mai tali pastiglie sono state ordinate dal dottor Agricola su indicazione del Locatelli che, come riferito in testimonianza dal Capobianco (udienza del 10 novembre 2003), dovrebbe essere colui che ne aveva consigliato l'assunzione?

Perché la collaborazione con Kraaijenhof e Laich, ancora, ha avuto così breve durata ed è cessata - si badi - in epoca non lontana dall'inizio del procedimento penale che ha dato luogo all'attuale processo?

Le spiegazioni a tal riguardo fornite da Agricola sono risultate prive di ogni intrinseca credibilità logica e, in qualche circostanza, persino un po' puerili. Basti solo ricordare - tra l'altro - come l'imputato abbia spiegato la necessità di coinvolgere, e ovviamente retribuire, il dottor Laich, perché - a suo dire - in quanto medico, avrebbe potuto parlare con lui ad un pari livello! Come se Agricola non fosse solito parlare dei metodi di allenamento - e di altro - con il preparatore atletico, con l'allenatore e persino con il massaggiatore, se necessario, perché trattasi di persone che non appartengono alla categoria dei medici.

Nell'udienza del 27 ottobre 2003, su specifica domanda, l'imputato ha cercato di aggiustare un po' il tiro, forse perché è apparso chiaro pure a lui che la spiegazione offerta in precedenza - se non altro perché gli venivano richiesti chiarimenti - non sarebbe stata creduta, ma ugualmente egli non è risultato convincente, sostenendo questa volta che il Kraaijenhof, di sua iniziativa, si sarebbe presentato all'appuntamento in compagnia del Laich, senza peraltro nemmeno spiegare perché la Juventus avrebbe dovuto proporre un contratto di consulenza pure a lui e, soprattutto, con quali specifici compiti e finalità (".....Kraaijenhof rispose a Locatelli che avrebbe avuto necessità di avere, oltre che la sua presenza, anche quella di una persona che, essendo medico esperto in problemi legati alla fisiologia della persona sottoposta allo stress fisico dell'allenamento della gara, conosceva questa persona e ne consigliava l'affiancamento nell'ambito della consulenza.

Quindi quando giunse a Torino Kraaijenhof si fece accompagnare da Laich, perciò io non conoscevo né Kraaijenhof né Laich " - pagina 10 trascrizioni registrazioni dell'udienza del 27 ottobre 2003).

Pure con riferimento alle pastiglie somministrate ai giocatori nel periodo aprile-maggio 1998 l'imputato ha offerto delle spiegazioni poco chiare, coinvolgendo nelle sue dichiarazioni il medico della Nazionale dottor Zeppilli ed affermando che questi avrebbe fatto una specifica richiesta in proposito, ma quanto da lui sostenuto non si è rivelato affatto credibile e convincente. Egli stesso, del resto, dall'udienza del 21 luglio a quella del 27 ottobre 2003, ha in parte limato le precedenti affermazioni, evidentemente per renderle più plausibili.

Le affermazioni dell'imputato, inoltre, non sono apparse neppure in perfetta sintonia con quanto dichiarato dai calciatori circa le ragioni di interruzione dell'assunzione di alcune delle pastiglie prescritte. Nell'aprile-maggio 1998, invero, prima della finale di Coppa dei campioni erano state prescritte dieci pastiglie al giorno per ciascun giocatore, da assumere tutte insieme a giorni alterni, ma per due di esse (l'imputato si è riferito solo ad una) sarebbe stato necessario sospendere l'assunzione con qualche giorno di anticipo. Secondo qualche giocatore, si sarebbe dovuto sospendere l'assunzione di tali pastiglie alcuni giorni prima della gara, mentre l'imputato ha spiegato che la sospensione delle pastiglie era invece indicata per evitare un sovraccarico di certe vitamine e, dunque, non collegata alla data della competizione.

Il dottor Agricola, inoltre, nella circostanza, ha mostrato una disponibilità e una dedizione verso le richieste provenienti dal medico della Nazionale che sono state poi smentite a proposito del caso Conte, di cui si dirà trattando della somministrazione di eritropoietina.

Come osservato, le circostanze alle quali si è accennato non hanno valore di prova con diretto riferimento ai fatti contestati, ma esse denotano in modo chiaro ed inequivocabile che l'imputato Agricola, nella scelta dei sistemi da adottare, anche riguardo a medicinali e farmaci da somministrare ai calciatori, si prefiggeva come intento principale quello del miglioramento della performance e, dunque, non si riteneva assolutamente vincolato all'uso esclusivamente terapeutico delle sostanze di cui si tratta.

Lo stesso imputato, del resto, più volte nel corso delle sue dichiarazioni, ha fatto riferimento a presunte situazioni in cui un atleta avrebbe potuto veder compromesso o fortemente ridotto l'esito della prestazione, quali la deplezione di fosfocreatina, la riduzione di glicogeno, la manifestazione di acidosi metabolica. Tali situazioni - secondo l'imputato - avrebbero potuto rendere anche molto più difficoltoso il recupero del calciatore e, dunque, pur in mancanza di un sicuro accertamento in proposito, che secondo lo stesso dottor Agricola sarebbe stato concretamente impossibile, si procedeva alla somministrazione di integratori e medicinali.

La conferma del fatto che il dottor Agricola non si considerasse vincolato ad un uso esclusivamente terapeutico dei farmaci è data dalle finalità per le quali essi risultano somministrati ai giocatori. Alla luce di quanto si è potuto ricostruire in proposito e alla stregua di quanto lo stesso imputato ha riconosciuto, è emerso infatti che la maggior parte dei medicinali è stata somministrata o prescritta ai calciatori off-label, al di fuori cioè delle indicazioni terapeutiche e delle modalità di somministrazione prescritte dalla scheda tecnica e inserite nel foglio illustrativo approvati dal Ministero della Sanità e, oltretutto, pur a prendere per buone le affermazioni dello stesso Agricola, per finalità che comunque non risultano curative di alcuna riscontrata patologia.

Si è ricordato come sia stata accertata presso la Juventus la detenzione di oltre 200 specialità medicinali di vario genere e si è pure rilevato come per l'acquisto di oltre tre quarti di essi sarebbe stata necessaria la ricetta medica.

Nessuna documentazione, invece, è risultata esistente a tal riguardo e, come osservato, nessuna documentazione è stata rinvenuta pure in ordine all'uso e alla somministrazione di tali medicinali. Si è potuto risalire agli acquisti effettuati solo sulla base dei documenti commerciali; mentre l'effettiva somministrazione dei farmaci si è potuta ricostruire, comunque in modo non completo, in parte, utilizzando le dichiarazioni rese dai calciatori sorteggiati per i controlli antidoping ed in parte mettendo a confronto gli acquisti che risultavano effettuati e le rimanenze riscontrate. A tal proposito, infatti, il pubblico ministero ha disposto pure una consulenza tecnica, eseguita dalla dottoressa Alessandra Pittatore, assistente sanitaria presso la ASL 1 di Torino, esaminata nel corso dell'udienza del 20 gennaio 2003.

Un'altra premessa è necessaria, alla stregua di quanto è emerso nel corso del dibattimento e di quanto in proposito osservato dal pubblico ministero e dalla difesa, in ordine all'uso off-label dei farmaci.

Il difensore più volte ha tenuto a precisare che la medicina dello sport deve adattarsi specificamente al tipo di attività sportiva che viene praticata, rilevando che non esistono medicinali particolari, espressamente utilizzabili dal medico dello sport che, perciò, si deve accontentare di quelli regolarmente in commercio per le comuni patologie.

A dire della difesa, inoltre, le capacità terapeutiche vantate nei foglietti illustrativi dei singoli medicinali, non sempre sono lo specchio fedele delle reali e intrinseche qualità del prodotto e, dunque, sulla base di tali considerazioni, risulterebbe legittimo un uso del medicinale con finalità diverse da quelle specificamente indicate nell'autorizzazione del Ministero della Sanità.

Da un punto di vista normativo, infine, il difensore ha fatto rilevare come solo a seguito della cosiddetta legge Di Bella e con l'introduzione del più recente codice deontologico medico, entrambi datati 1998, siano state introdotte delle limitazioni per il medico in ordine ad un uso off-label delle specialità farmaceutiche. In precedenza, il medico sarebbe stato libero di prescrivere i medicinali anche per un'utilizzazione diversa da quella autorizzata.

Ebbene, pare necessario premettere come le riferite considerazioni del difensore non possano ritenersi assolutamente condivisibili.

Il fatto che non esistano farmaci appositamente previsti ed utilizzabili dal medico dello sport costituisce, se mai, un'ulteriore conferma di quanto fin qui si è affermato e, cioè, che il medico dello sport non deve far ricorso a medicinali per lo svolgimento della normale attività sportiva, ma al pari di ogni altro medico può prescrivere farmaci unicamente nei casi di accertate patologie, per finalità strettamente terapeutiche e secondo le indicazioni autorizzate dal competente Ministero, ma non è circostanza che possa legittimare il medico dello sport ad un uso soggettivo e atipico dei farmaci in commercio.

Ancora una volta, la conclusione alla quale è pervenuta il difensore è frutto dell'intima convinzione che il medico dello sport debba necessariamente distinguersi dagli altri medici e sia svincolato da regole e leggi valide per tutti gli altri.

Come si è visto, però, tale conclusione è assolutamente infondata ed inaccettabile e la mancanza di una produzione farmaceutica ad uso specifico della medicina dello sport costituisce la conferma che

il medico sportivo opera secondo le comuni regole e si avvale dei prodotti comunemente e da chiunque utilizzabili.

Per quanto riguarda, poi, le indicazioni riportate nella scheda tecnica e nel foglietto illustrativo del medicinale, si può anche concordare con le osservazioni del difensore, non potendosi escludere che un determinato farmaco abbia anche intrinseche capacità terapeutiche che si aggiungono a quelle autorizzate. Può darsi, invero, che sia la stessa casa farmaceutica a non avvertire l'interesse di far autorizzare la vendita per tutte le capacità terapeutiche di un determinato prodotto e, quindi, tali capacità pur intrinsecamente esistenti potrebbero non risultare tutte ufficialmente autorizzate.

Il problema, però, rimane quello della sperimentazione clinica e della procedura da seguire per il conseguimento dell'autorizzazione ministeriale ovvero del rinnovo dell'autorizzazione esistente che comunque finiscono per mancare, pur se in conseguenza di una specifica scelta commerciale della società produttrice.

Sulla base di quali procedure, infatti, si potrebbe vantare o continuare a vantare una capacità terapeutica al prodotto farmaceutico senza la sperimentazione, senza la procedura e senza la documentazione richieste per il rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio ovvero per il rinnovo di essa in sede di revisione dell'autorizzazione? E quale potrebbe essere la via di somministrazione più adeguata ed efficace in tal caso? E con quali dosaggi e posologie?

Nessuno, insomma, può arrogarsi il potere di sostituirsi al Ministero della salute che, oltretutto, segue regole e procedure sempre più "europee" per il rilascio dell'autorizzazione al commercio e alla distribuzione dei medicinali.

E, dunque, anche il medico dello sport, al pari di tutti gli altri medici, solo in casi specifici, limitati e documentati, può utilizzare un medicinale per finalità diverse da quelle indicate in autorizzazione, peraltro entro i limiti espressamente consentiti.

Ecco, allora, che occorre affrontare il problema della regolamentazione giuridica di tale fenomeno, che non risulta corrispondere esattamente a quanto in proposito osservato dal difensore.

Effettivamente, con la legge 8 aprile 1998, n. 94 è stato convertito con modificazioni il decreto legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.

Si tratta della cosiddetta legge Bindi, dal nome del Ministro della Sanità dell'epoca, che l'ha proposta in conseguenza delle polemiche sorte a seguito del caso Di Bella, che perciò è l'altro nome al quale pure si associa la richiamata normativa.

Tra le tante disposizioni introdotte, nel secondo comma dell'articolo 3 di tale legge, viene stabilito: "In singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648, qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale."

Conseguentemente, nel codice deontologico medico del 1998, ai commi 7 e 8 dell'articolo 12, si è sancito: "La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità delle cure ed è tenuto a monitorarne gli effetti."

Come risulta evidente, si possono contrapporre numerose considerazioni alle osservazioni che il difensore ha proposto a tal riguardo.

La prima e più immediata è costituita dall'istintivo rifiuto di abbinare e adeguare, sia pure solo concettualmente, una normativa sorta per patologie gravissime e fortemente invalidanti e per casi

quasi disperati, quali quelli in cui normalmente trovava applicazione il cosiddetto protocollo Di Bella, alla medicina dello sport che per sua fortuna è settore che riguarda tutt'altra materia e si commisura a soggetti normalmente giovani, sani e forti.

Certo, si può osservare che la citata disposizione dell'articolo 3 della legge Bindi, al pari delle ricordate regole fissate nell'articolo 12 del codice deontologico medico sono di portata generale e devono trovare applicazione in ogni campo della medicina e non soltanto in quello oncologico, ma rimane il fatto che lo strumento normativo che si è inteso introdurre dopo l'affaire Di Bella, appunto, ha preso le mosse da patologie di estrema gravità che proprio nessuna attinenza possono avere con la normale pratica della medicina dello sport.

Una seconda considerazione, che è la necessaria conseguenza di quanto si è appena rilevato, è relativa al fatto che, pur a voler effettuare richiami e paragoni che, come si è visto appaiono intrinsecamente improponibili, il campo di applicazione delle regole in parola è comunque quello delle patologie, spesso anche molto gravi, e si riferisce dunque ad un uso necessariamente terapeutico dei medicinali.

Un'ulteriore considerazione deriva, poi, dal fatto che il presupposto della problematica nel suo complesso è fondata su un'adeguata documentazione dell'attività del medico, non solo perché espressamente richiesta dalla legge Bindi e dal codice deontologico medico 1998, se non altro sotto forma di consenso scritto del paziente, ma soprattutto perché diversamente da che cosa risulterebbe l'uso del medicinale label o off-label se il medico fosse legittimato ad una somministrazione assolutamente priva di ogni traccia documentale?

E, ancora, visto che in ottica difensiva si è fatto riferimento alla legge Bindi come a voler sostenere che solo da tale momento in avanti al dottor Agricola si sarebbe potuto richiedere di attenersi scrupolosamente alle indicazioni della scheda tecnica dei medicinali e alle relative autorizzazioni ministeriali, perché l'imputato, almeno dal 17 febbraio 1998 data di vigenza del decreto-legge n. 23, successivamente convertito nella legge Bindi, non si è attenuto alle richiamate prescrizioni normative?

Come è evidente, i fatti in contestazione riguardano il periodo che va fino all'ottobre 1998 e, quindi, rispetto ad essi, la richiamata normativa ha trovato applicazione nella parte finale per più di otto mesi, ma nel comportamento del dottor Agricola non risulta essere intervenuto alcun sostanziale cambiamento rispetto al periodo precedente.

Il richiamo alla legge Di Bella che il difensore ha fatto sulla base di alcune osservazioni dei propri consulenti tecnici, in verità, è solo strumentale e non ha proprio nessuna attinenza con il comportamento del dottor Agricola che è oggetto dell'attuale processo, in primo luogo, perché - come rilevato - il dettato normativo si riferisce ad un uso strettamente terapeutico dei medicinali, mentre l'imputato normalmente utilizzava i farmaci per finalità diverse da quella terapeutica e, in secondo luogo, perché non è affatto vero che prima del febbraio 1998 il medico fosse libero di prescrivere e somministrare farmaci prescindendo dalle indicazioni e autorizzazioni ministeriali. Nel primo comma dell'articolo 3 della legge 8 aprile 1998, n. 94 viene ribadito, in modo programmatico, un principio già esistente nel nostro ordinamento, secondo il quale: "...il medico, nel prescrivere una specialità medicinale o altro medicinale prodotto industrialmente, si attiene alle indicazioni terapeutiche, alle vie e alle modalità di somministrazione previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della sanità."

Tale disposizione, ripetesì di carattere generale e programmatico, è stata ritenuta evidentemente necessaria solo perché, come rilevato, l'intera vicenda prendeva le mosse da casi abbastanza clamorosi nei quali si era riscontrato che alcuni principi farmacologici erano stati utilizzati su pazienti gravemente ammalati per indicazioni non contemplate e non autorizzate nella rispettiva scheda tecnica delle specialità medicinali in commercio che contenevano tali principi attivi.

Il legislatore, perciò, deve avere avvertito la necessità di ricordare ai medici il dovere della più rigorosa osservanza delle indicazioni ministeriali, contemporaneamente individuando e disciplinando espressamente pure i casi in cui si sarebbe potuto eccezionalmente derogare alla richiamata regola di carattere generale.

Ma non è vero che prima di tale normativa il medico fosse libero di prescrivere i medicinali indipendentemente dall'atto autorizzativo alla vendita.

Si è già ricordato, infatti, come con il decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178, il Governo sulla base della legge di delegazione 30 luglio 1990, n. 212 abbia dato attuazione ad alcune direttive CEE in materia di specialità medicinali per uso umano ed abbia disciplinato, tra l'altro, proprio a partire dalle definizioni di medicinale che si sono già ricordate, tutto il campo riguardante l'autorizzazione alla produzione, quello riguardante l'autorizzazione all'importazione e quello riguardante l'autorizzazione all'immissione in commercio delle specialità medicinali.

Con il decreto in parola, insomma, sono stati disciplinati rigorosamente tutti i settori relativi alla circolazione dei medicinali, partendo dalla produzione e finendo con l'immissione in commercio di essi. In quest'ultimo settore, in particolare, sono state introdotte rigide regole riguardanti l'ottenimento dell'autorizzazione, le necessarie procedure per il relativo rilascio, la durata e il rinnovo di essa, la sospensione e la revoca dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali, nonché le regole riguardanti la pubblicazione delle specialità medicinali autorizzate. Con gli articoli 23 e 24 del decreto, poi, sono state introdotte sanzioni penali e amministrative che, come è dato rilevare, riguardano alcune violazioni commesse da fabbricanti e commercianti di specialità medicinali, farmacisti compresi, mentre con l'articolo 25 è stato definito l'ambito di applicazione del decreto.

Con tale norma, dopo aver ribadito che il decreto si sarebbe applicato esclusivamente ai medicinali per uso umano ed aver esteso l'ambito di applicazione della normativa anche ai farmaci prodotti precedentemente all'entrata in vigore del decreto, nei commi 3 e 4, il legislatore ha previsto alcune eccezioni e, tra l'altro, ha stabilito che le disposizioni sull'autorizzazione all'immissione in commercio non si applicano ai medicinali industriali: "...preparati su richiesta del medico, scritta e non sollecitata, il quale si impegna ad utilizzare i prodotti su pazienti propri o della struttura alla quale è preposto, sotto la sua diretta e personale responsabilità."

Tale comma è stato sostituito dall'art. 27, comma 1, lettera d), legge 21 dicembre 1999, n. 526 e nella versione attuale risulta parzialmente diverso, anche se per quanto attiene al problema che si esamina in questa sede nulla è cambiato. Per questa ragione, comunque, si è preferito riportare il testo normativo originariamente approvato e in vigore all'epoca dei fatti.

Come si può sostenere, allora, che solo dopo la legge Di Bella sia sorto in capo al medico l'obbligo di osservare scrupolosamente le indicazioni dei medicinali per le quali è stata autorizzata l'immissione in commercio?

E' vero che l'eccezione di cui si tratta, prevista dal quarto comma dell'articolo 25 del decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178, riguarda le richieste di medicinali effettuate dal medico direttamente al produttore, tanto che una delle modifiche apportate dalla legge 526/99 è proprio relativa al richiamo della normativa applicabile alle preparazioni magistrali evidentemente ritenute equivalenti, ma è altrettanto vero che nessuna logica ragione potrebbe giustificare la necessità di una così rigida e severa disciplina al momento della richiesta di produzione di medicinali non autorizzati, addirittura esigendo per essa una richiesta scritta del medico con conseguente riferimento ai pazienti ai quali i farmaci sono destinati, se ogni medico invece fosse già libero di utilizzare i medicinali in commercio per le indicazioni terapeutiche a suo giudizio ritenute più opportune.

Parimenti, sarebbe stato contrario ad ogni regola di logica da parte del legislatore prevedere e stabilire severe regole per l'ottenimento dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali per espresse e specifiche indicazioni terapeutiche, disponendo altresì che tali medicinali possono essere venduti solo dietro presentazione di ricetta del medico e contemporaneamente, per converso, lasciare completamente libero proprio il medico di prescrivere tali medicinali per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate.

Se si controlla, poi, quanto disposto a tal riguardo dal codice deontologico medico del 1995, si può rilevare che nell'articolo 12, intitolato prescrizione e trattamento terapeutico, al comma 1, si stabiliva: "Al medico è riconosciuta piena autonomia nella scelta, nell'applicazione e nella

programmazione dell'iter dei presidi diagnostici e terapeutici, anche in regime di ricovero, fermi restando i principi della responsabilità professionale."

Tale disposizione che, in qualche modo, è valida tuttora, anche se non risulta più testualmente ripetuta dal codice deontologico in vigore, è da intendersi come regola generale a tutela delle scelte del medico che devono essere operate in scienza e coscienza, nel modo più libero e privo di ogni possibile condizionamento, nell'unico interesse della salute del paziente.

Essa, però, non può essere intesa nel senso che il medico, in nome della propria libera valutazione professionale fosse legittimato ad ignorare le indicazioni previste per i medicinali nell'autorizzazione ministeriale, tanto da potersi sentire da esse svincolato, perché - diversamente - non avrebbero alcun pratico significato i due commi successivi dello stesso articolo 12, con i quali testualmente si disponeva: "Ogni prescrizione e ogni trattamento devono essere comunque ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, alla massima correttezza e all'osservanza del rapporto rischio-beneficio.

Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici che prescrive e utilizza."

Tali disposizioni, evidentemente, obbligavano il medico che intendesse discostarsi dalle indicazioni farmaceutiche riportate nell'autorizzazione al commercio, quanto meno a giustificare e documentare la scelta operata nell'interesse del paziente.

E, allora, risponde al vero quanto rilevato dalla difesa e, cioè, che solo con la legge Bindi e con il codice deontologico medico del 1998 sono state espressamente e precisamente disciplinate le modalità da seguire da parte del medico nel caso in cui questi intenda prescrivere un medicinale per indicazioni diverse da quelle contenute nell'autorizzazione; ma non è assolutamente vero invece - diversamente da quanto si è voluto far intendere - che anche prima di tali normative il medico fosse libero di non attenersi alle indicazioni terapeutiche autorizzate per le rispettive specialità medicinali in commercio.

Anche prima del 1998, come si è osservato, infatti, il medico era tenuto a conoscere e a seguire tali indicazioni, potendosene discostare solo sotto la sua personale responsabilità, dando ovviamente conto del suo operato che, perciò, doveva risultare attraverso una adeguata documentazione. Non va dimenticato, ancora una volta, che nel campo della medicina dello sport, inoltre, il codice deontologico del 1995, all'articolo 92, prevedeva addirittura che il medico segnalasse all'Ordine professionale ogni prescrizione o suggerimento di assunzione di farmaci, integratori o sostanze dopanti.

Senza contare, infine, che tutta la normativa presa in considerazione e tutti i codici deontologici citati - come più volte si è rilevato - si riferiscono esclusivamente all'attività lecita e tipica del medico e all'uso strettamente terapeutico dei medicinali, senza neppure prendere in considerazione un uso o una somministrazione di farmaci per finalità diverse da quella terapeutica.

Solo nell'ambito di tale finalità ed entro i limiti delineati, dunque, potrebbe trovare giustificazione da parte del medico un'utilizzazione del medicinale per finalità terapeutiche diverse da quelle indicate nell'autorizzazione all'immissione in commercio e, pertanto, la richiamata normativa, né quella vigente prima del 1998, né quella successiva, non risulta che possa essere legittimamente invocata a proposito dei comportamenti tenuti dal dottor Agricola.

Tornando, perciò, ai farmaci utilizzati dall'imputato, occorre ricordare che in considerazione della quantità delle specialità medicinali, delle caratteristiche farmacologiche e delle forme farmaceutiche di alcune di esse, nonché delle modalità di somministrazione e degli effetti da essa sperati, è stata subito battaglia tra i consulenti del pubblico ministero, che individuavano in tali elementi l'intento dell'imputato di modificare la prestazione agonistica dei calciatori, e quelli della difesa, secondo i quali l'operato del dottor Agricola risultava perfettamente giustificato e lecito.

E' stato necessario, pertanto, disporre una perizia a tal riguardo, soprattutto con riferimento alle sostanze di rilievo numerico maggiore, quali anti-infiammatori non steroidei (FANS), ormoni

corticosurrenali, fosfolipidi, donatori di metili, intermedi della glicolisi, fosfati ad alta energia e creatina.

Il perito ha esaminato in particolare una serie di farmaci e integratori, sui quali ha fermato l'attenzione, conformemente del resto a quanto in precedenza era stato fatto dai consulenti del pubblico ministero e della difesa.

Sono stati presi singolarmente in considerazione, dunque, il Neoton, l'Esafosfina, il Liposom forte e il Tricortin 1000, i corticosteroidi in generale e il Bentelan in particolare, i FANS ed il Voltaren, il Samyr e la creatina.

E' altresì necessario subito chiarire che ogni affermazione tendente a sminuire gli effetti farmacologici di alcuni medicinali, quali in particolare il Neoton, l'Esafosfina e, per qualche verso, anche il Samyr, proposta dalla difesa e dai relativi consulenti tecnici, non può essere condivisa. Si tratta, in realtà, di specialità medicinali che, per quanto si è già osservato, non possono trovare un impiego diverso dalle finalità terapeutiche che risultano autorizzate dal Ministero per le indicazioni riportate sul foglietto illustrativo contenuto nelle rispettive confezioni.

Se il dottor Agricola, del resto, ha ritenuto opportuno acquistare tali prodotti farmaceutici ed ha ritenuto necessario effettuarne la somministrazione ai calciatori, ha evidentemente inteso perseguire degli effetti farmacologici che, perciò, devono essere verificati senza essere né esaltati, né sottovalutati.

Il Neoton (creatina fosfato sale sodico) è una specialità medicinale venduta in più forme farmaceutiche ed acquistata dalla Juventus nella forma di Neoton g. 1 - flebo.

Il perito nominato, professor Eugenio Muller, ha chiarito che si tratta di fosfocreatina che "è una sostanza di natura endogena che svolge un ruolo basilare nel metabolismo energetico dei muscoli scheletrici e cardiaci, intervenendo nella reazione anaerobica catalizzata dalla creatina chinasi consistente nella conversione della fosfocreatina in creatina.....Il processo di conversione della fosfocreatina in creatina ha però una ridotta capacità, per cui deve essere ricaricato dai processi anaerobici ed aerobici: ciò è attuato per l'intermediazione dell'enzima creatina chinasi (CK) e per la presenza di creatina che viene convertita nella forma bioenergeticamente attiva: la fosfocreatina." (pag. 4 della relazione).

Il Neoton risulta essere autorizzato con le specifiche indicazioni, relative alla "cardioprotezione in chirurgia cardiaca, per addizione alle soluzioni cardioplegiche; sofferenza metabolica del miocardio in stati ischemici" (d. m. n. 254/1992 del 13 aprile 1992 - Ministero della Sanità - d. m. A763/1994 del 31 ottobre 1994 - G.U. n. 267 del 15 novembre 1994) (L'ultima indicazione, relativa alla sofferenza metabolica del miocardio in stati ischemici, è stata esclusa in sede di revisione dell'autorizzazione effettuata con d. m. n. 307/2003 del 16 giugno 2003).

Il perito ha anche precisato che : "Studi sperimentali e clinici attribuiscono al Neoton sia un'azione cardioprotettiva in varie condizioni di sofferenza metabolica, sia una riduzione dell'incidenza delle aritmie da ischemia e da riperfusione post-ischemica, sia un miglioramento della situazione contrattile in ischemia e dopo arresto ischemico." (pag. 5).

Per l'acquisto di tale medicinale è prescritta la ricetta medica ripetibile.

Il dato caratteristico comune alla somministrazione del Neoton, come di tutti i prodotti in esame, è costituito, come rilevato più volte, dall'assenza di qualsivoglia documentazione e, pertanto, le somministrazioni accertate riguardano solo i giocatori che nelle loro dichiarazioni, o quelle rese in sede sportiva in occasione di sorteggio antidoping o quelle da loro rese nel corso dell'attuale processo, hanno riconosciuto di aver assunto il farmaco di cui si tratta.

In atti non risultano acquisiti oggettivi elementi per stabilire, però, se la somministrazione avvenisse sistematicamente anche per altri ovvero tutti i giocatori ovvero avvenisse soltanto per alcuni di loro e, ovviamente, per quali specifiche ragioni.

A parte le dichiarazioni dell'imputato e degli interessati, l'unico riscontro oggettivo si ricava dalla comparazione acquisti-rimanenze dei medicinali dalla quale, peraltro, non ci si può attendere, come

è evidente, una risposta completa ed esauriente agli indicati quesiti, potendosi da essa ricavare soltanto elementi utili a stabilire se le dichiarazioni rese siano da considerare più o meno attendibili. Per quanto riguarda il Neoton, il farmaco risulta essere stato dichiarato 19 volte ai controlli antidoping da un totale di 13 giocatori - tre giocatori, infatti, lo hanno dichiarato in più di un'occasione - soltanto nella stagione 1994-95, perché come ha spiegato lo stesso imputato Agricola esso dalla fine di febbraio '95 fu sostituito con la creatina in polvere.

Dall'acquisita documentazione, risultano acquistate 20 fiale Neoton 1 gr. nel novembre 1994 e 15 flebo Neoton 1 gr. nel febbraio 1995.

Non si tratta, dunque, di imponenti somministrazioni, almeno per quel che riguarda il periodo preso in considerazione nell'attuale processo. Ciò che desta, invece, maggiore preoccupazione è la forma farmaceutica adottata e, cioè, quella delle fleboclisi che, come rilevato dal perito, "...indica la volontà di usufruire al massimo dei vantaggi metabolici di una molecola intimamente integrata nei metabolismi bioenergetici.." (pag. 6).

La riferita valutazione, in realtà, trova un'indiretta conferma nel fatto che quando si è sostituito il Neoton con la creatina in polvere, si è passati da un grammo di Neoton ad una vera e propria abbuffata di creatina e la relativa assunzione, come si vedrà, avveniva anche nel corso della partita, nell'intervallo tra il primo e il secondo tempo.

Le somministrazioni di Neoton, al pari di quelle riguardanti altre sostanze, invero, risultano effettuate pure a poche ore dalla gara, in genere in albergo, poco prima di trasferirsi allo stadio.

A tal riguardo, sono state numerosissime le osservazioni in chiave accusatoria, trattandosi effettivamente di un elemento di forte impatto anche psicologico, giacché risulta difficile, per chi evidentemente non fa parte del mondo del calcio, riuscire a capire e giustificare come mai degli atleti professionisti destinati a scendere in campo per sostenere un impegno agonistico di elevatissimo spessore possano trovarsi sottoposti a somministrazioni di medicinali, anche nelle forme di più immediata e impegnativa assunzione, quale appunto la somministrazione per via endovenosa mediante fleboclisi, a poche ore dall'inizio della competizione stessa.

Secondo il perito, tale elemento indica la chiara volontà di sfruttare gli effetti metabolici delle sostanze somministrate in modo diretto con riferimento alla gara agonistica.

La difesa, per parte sua, non ha fornito un'adeguata giustificazione a tale pratica e spesso, anzi, si è voluto un po' pretestuosamente giocare sull'equivoco del prima e del dopo, facendo riferimento ai tantissimi impegni agonistici, alcuni fissati pure a due o tre giorni di distanza l'uno dall'altro, nonché all'intensità di certe fasi di allenamento, ritenute persino più pesanti e dispendiose per l'atleta della competizione stessa, sì che si è osservato come di fatto divenisse difficile stabilire il concetto di dopo o prima, non essendo più certo e ben individuato il momento temporale al quale ci si dovesse riferire.

Un ulteriore tentativo che la difesa ha effettuato per indebolire l'effetto gravemente indiziante costituito dal momento in cui si effettuava la somministrazione e dalla via di somministrazione prescelta è consistito nello sminuire gli effetti farmacologici della sostanza utilizzata e, non a caso, il tentativo ha riguardato soprattutto medicinali come il Neoton, l'Esafosfina ed il Samyr che erano quelli più frequentemente associati, spesso pure insieme all'Epargriseovit, per formare una sorta di cocktail da somministrare ai calciatori per via endovenosa prima della partita.

La difesa, inoltre, ha dovuto persino entrare in contraddizione con se stessa, avendo la necessità, da una parte, di sostenere come per un certo numero di farmaci fosse in corso da parte del Ministero della salute il processo di revisione dell'autorizzazione e, dall'altra parte, rilevando come in passato per alcune di tali specialità medicinali fosse stata concessa autorizzazione all'immissione in commercio pure per finalità terapeutiche non più riportate nelle successive autorizzazioni, di tal che non è apparso chiaro se per la difesa l'autorizzazione ministeriale sia un provvedimento amministrativo importante e vincolante ovvero di essa si debba tener conto soltanto in minima parte ovvero, ancora, si possa persino scegliere a proprio piacimento di quale autorizzazione tener conto tra quelle che eventualmente si sono succedute nel tempo.

Sulla base di tale inaccettabile impostazione, per medicinali come il Samyr, ad esempio, si è sottolineato da parte della difesa come fosse in corso il procedimento di revisione della relativa autorizzazione, quasi a voler imporre cautela nella valutazione delle indicazioni terapeutiche attualmente riportate, non potendosi escludere che in fase di rinnovo dell'autorizzazione qualcosa possa cambiare - in tal modo riconoscendo vincolante importanza all'autorizzazione stessa - e, contemporaneamente, per il Neoton, si è invece passati all'attacco di consulenti e anche del perito per far riconoscere che tale medicinale nelle passate autorizzazioni aveva tra le indicazioni terapeutiche anche quella relativa ad astenie e stati di affaticamento muscolare.

Come è evidente, le due argomentazioni risultano tra loro contraddittorie, perché occorre stabilire una volta per tutte se l'autorizzazione ministeriale all'immissione in commercio di un medicinale abbia la rilevanza vincolante per tutti, che ad essa attribuisce il legislatore, così come si è osservato, ovvero non abbia alcun effetto, di modo che ogni medico possa prescrivere i medicinali sulla base di passate indicazioni oppure di altre proprie intrinseche convinzioni.

Si è rilevato che quest'ultima impostazione è da respingere, non solo perché la normativa successiva al 1998 ha dettagliatamente disciplinato l'uso off-label dei farmaci, ma soprattutto perché si è ricordato come fin dal 1991 almeno e, cioè, dall'entrata in vigore del decreto legislativo n. 178, l'uso dei farmaci in commercio, anche per i medici, dovesse essere vincolato alle indicazioni ministeriali, salvo specifiche e documentate eccezioni.

Se l'opinione della difesa è diversa - e non si vede sulla base di quale fondamento normativo - occorre però concludere che l'autorizzazione del Ministero per il medico non ha mai valore vincolante e, allora, risulta del tutto inutile richiamare i procedimenti di revisione in corso. In ogni caso, le astenie e gli stati di affaticamento muscolare ai quali si riferivano le passate indicazioni terapeutiche del Neoton, definite tradizionali dal difensore, erano comunque dei veri e propri stati patologici che non devono essere confusi con la semplice stanchezza dell'atleta. Se il calciatore fosse affetto da astenia o da affaticamento muscolare tali da richiedere la somministrazione di Neoton (almeno secondo le passate indicazioni) sarebbe un giocatore da giudicare probabilmente inidoneo alla competizione, non potendosi mai trascurare il fatto che il Neoton, al pari degli altri farmaci di cui ci si occupa, è un medicinale e non un semplice integratore. Allo stesso modo, aver ottenuto dal perito l'ammissione che il Neoton possa essere considerato come un ricostituente non ha certamente il valore che a tale affermazione ha voluto attribuire il difensore.

L'opinione del perito, espressa oltretutto al di là dei quesiti che gli erano stati legittimamente assegnati e solamente su insistenti domande poste dal difensore nel corso dell'esame dibattimentale, da una parte, non può avere il valore di superare quanto espressamente stabilito dal Ministero nell'autorizzazione con le riportate indicazioni terapeutiche e, dall'altra parte, non può prescindere neppure dalla natura di medicinale del Neoton, attribuendo al concetto di ricostituente un significato diverso da quello di medicinale che cura uno stato di debilitazione patologica che, ancora una volta, non può essere confuso con la semplice stanchezza fisica che necessita soltanto di riposo e, al più, di qualche integratore alimentare.

Tale aspetto, del resto, era già stato affrontato dallo stesso perito nella relazione scritta (pagina 9), in cui era stata presa in considerazione la possibilità che il Neoton venisse utilizzato come ricostituente alimentare per operare un reintegro di fosfocreatina.

Il perito, però, aveva osservato che: "La fosfocreatina è, tuttavia, un composto altamente energetico il cui uso come integratore alimentare per via venosa attuerebbe nei calciatori della Juventus una sorta di alimentazione parenterale che in clinica si istituisce in pazienti che presentano, ad es., gravi disturbi al tubo digerente, stati cachettici, stati comatosi, ecc. In tali pazienti si opera l'infusione endovenosa discontinua o continua di preparati ricchi di nutrienti, quali preparazioni di proteinidrolisati o di carboidrati: glucosio e levulosio in soluzione fisiologica o in liquido di Ringer. Non rilevandosi queste evenienze patologiche, si desume che nella prescrizione e nella somministrazione del Neoton endovena il medico non risulta verosimilmente essersi ispirato a criteri clinico-terapeutici."

A ciò, infine, va aggiunto il fatto che la somministrazione di Neoton avveniva per via endovenosa e nell'imminenza della partita, in modo che è da escludere ogni altro possibile fine se non quello di consentire al giocatore la possibilità di resistere meglio alla stanchezza della gara e di rendere di più proprio in corso di competizione agonistica. Il momento e la via di somministrazione prescelte, insomma, confermano che non poteva trattarsi di cura, bensì di isolate ancorché ripetute somministrazioni mirate ad alterare la prestazione agonistica dell'atleta, incrementando le naturali capacità di resistenza e di sopportazione della fatica.

Non si può affermare, dunque, che la somministrazione fosse effettuata perché i giocatori stessero meglio, perché da un punto di vista clinico - almeno per quanto riguarda il Neoton - non soffrendo delle miocardiopatie indicate nell'autorizzazione ministeriale, i calciatori stavano già bene e non avevano affatto bisogno di quel medicinale che gli veniva somministrato, invece, affinché giocassero meglio e siffatto comportamento integra perfettamente sia sul piano oggettivo, sia sul piano soggettivo la previsione del reato contestato di frode sportiva.

Il perito, del resto, ha concluso affermando che per le intrinseche caratteristiche del medicinale la somministrazione off-label del Neoton, effettuata nei tempi e con le modalità descritte, "può aver conseguito gli effetti correlati al ruolo bioenergetico che la fosfocreatina gioca nei processi di liberazione di energia utilizzabile ai fini della prestazione motoria." (pagina 10 relazione scritta).

L'Esafosfina è il prodotto farmaceutico contenente 1,6 fruttosio-difosfato ed è commercializzato in polvere liofilizzata e per infusione endovena, in varie formulazioni e in varie concentrazioni.

La specialità medicinale può essere acquistata su presentazione di ricetta medica ripetibile.

All'epoca dei fatti, l'Esafosfina era autorizzata (Ministero della sanità - d. m. 800.4/MI 538/92 del 23 ottobre 1992) per: "ipofosfatemia, oggettivamente accertata, sia in situazioni acute, quali terapie trasfusionali; intervento di circolazione extracorporea, nutrizione parenterale; sia in corso di alcune situazioni o di affezioni croniche, talora associate a deplezione di fosfati, quali etilismo cronico; malnutrizione protratta; insufficienza respiratoria cronica; trattamento delle miocardiopatie ischemiche, non sostitutivo delle terapie cardiocinetiche."

Attualmente l'Esafosfina è autorizzata più semplicemente per "ipofosfatemia accertata" (Ministero della sanità - d. m. n. 363/2003 del 28 luglio 2003), ed il perito con la nota depositata nel corso dell'esame dibattimentale all'udienza del 15 luglio 2004 ha rilevato che in pratica nulla è cambiato, perché l'indicata condizione di ipofosfatemia accertata è "correlata alle stesse alterazioni metaboliche descritte per il periodo 1994-98, anche se non sono singolarmente esplicitate."

Il perito ha osservato (pagina 12 relazione scritta) che: "...vari studi attribuiscono all'Esafosfina sia una interazione con la superficie delle membrane cellulari, sia uno sviluppo della ripolarizzazione cellulare, sia un aumento della captazione del potassio e della liberazione di energia."

Presso la Juventus l'Esafosfina veniva somministrata per fleboclisi e, quindi, in soluzione endovenosa.

I giocatori che hanno dichiarato di averla assunta sono circa una quindicina, ma dalle dichiarazioni rese dallo stesso dottor Agricola e, soprattutto, dalla quantità davvero imponente di confezioni acquistate vi è da ritenere che presso la Juventus moltissimi giocatori, se non tutti, ne facessero largamente uso.

Tra la fine del 1994 ed il giugno 1998, infatti, risultano acquistate dalla Juventus 955 confezioni flebo Esafosfina 5 g., mentre tra le giacenze ne sono state rinvenute 49 confezioni. In poco meno di quattro anni, in altri termini, sono state effettivamente utilizzate e somministrate oltre 900 confezioni di Esafosfina flebo, con una media di circa 250 confezioni l'anno.

Da parte della difesa, ancora una volta, si è voluto invocare in tale farmaco la mancanza di ogni possibile danno per l'organismo, mettendo in evidenza che l'Esafosfina invece svolge una funzione di serbatoio, offrendo all'atleta una giusta quantità di fruttosio in più alla quale il fisico può attingere nel corso della competizione così risparmiando il consumo di glicogeno, sostanza fondamentale nell'organismo come riserva di energia, appunto, per il cui ricupero - diversamente - un atleta può impiegare anche fino a tre giorni.

Secondo quanto sostenuto dallo stesso dottor Agricola: ".....prima della gara perché le nostre conoscenze, giuste, complete o incomplete che siano o fossero, indicano che la quantità di glicogeno viene a depauperarsi durante una gara. Allora nel nostro intendimento, ripeto, noi pensiamo di aver fatto bene nel senso fisiologico del termine, noi abbiamo pensato che fare una flebo di 5 grammi di fruttosio quattro ore prima della gara potesse rappresentare una possibilità di bloccare questa perdita di glicogeno che se no avremmo trovato al 100, o quasi, al 90% persa alla fine della gara. Questo è stato il nostro intendimento, sostanzialmente. Ecco perché prima della gara.....tutte le reazioni biochimiche sono reazioni a feedback, quindi quando lei da un substrato che per esempio è intermedio in una catena biochimica - lo dico malissimo eh, chiedo scusa ma io dico come riesco a dirlo - quando è un intermedio, questo intermedio se c'è già presente impedisce o diminuisce l'utilizzazione di quel precursore, che è il glicogeno, che è messo a monte. Allora, in poche parole, prima viene utilizzato quel fruttosio, poi viene utilizzato il glicogeno, allora in questa maniera durante la gara, alla fine della gara c'è ancora del glicogeno finale che io posso poi utilizzare da una base che non sia zero o 90 o 10, ma che sia già mettiamo 30, per cui il ripristino per la gara successiva con l'alimentazione, con altri mezzi viene favorita nella gara successiva, perché la dimostrazione delle biopsie dimostrano che nei soggetti atletici che si alimentano solo e non fanno nessun tipo di integrazione, alla fine del... dopo 72 ore il glicogeno depauperato nella prima gara non si è ancora ricostituito al cento per cento. Non abbiamo dati che poi questo veramente avvenisse, ma il razionale era questo...." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003, pagine 144 e seguenti).

In altre parole, il concetto espresso dall'imputato e ripreso e ampliato dalla difesa si fonda sulla premessa dell'innocuità del fruttosio derivante dalle flebo di Esafosfina e si giustificerebbe per l'indicato fine di evitare al glicogeno di ridursi quasi del tutto. Una riserva di 5 grammi di fruttosio ottenuta quattro ore prima della gara con una flebo di Esafosfina, infatti, servirebbe non per la sintesi del glicogeno, per la quale invece è necessario il glucosio, ma servirebbe per risparmiare glicogeno che a fine gara risulterebbe diminuito solo in piccola parte e sarebbe, perciò, di più agevole e rapido ricupero, perché il calciatore durante la partita anziché al glicogeno attingerebbe appunto alle riserve di fruttosio immesse con la flebo di Esafosfina.

La tesi sostenuta da imputato e difesa, però, deve essere respinta per una serie di ragioni.

Intanto, se fosse stato vero che l'intento di somministrare l'Esafosfina era quello di evitare ai giocatori il depauperamento di glicogeno, occorre chiedersi allora come mai una fiala da 5 grammi di fruttosio non venisse iniettata a tutti i giocatori, anche nei giorni degli allenamenti che - a dire dello stesso Agricola - quasi sempre erano ben più impegnativi e dispendiosi di energie della partita ufficiale.

Se, dunque, per il ricupero di glicogeno necessario allo sforzo della partita forse non bastavano 72 ore, come ha dichiarato l'imputato, quanti giorni sarebbero stati necessari per il ripristino delle riserve di glicogeno sperperate nel corso di allenamenti ben più faticosi della partita stessa? Perché, allora, concentrare l'attenzione solo sulla partita ed effettuare la flebo di Esafosfina quattro ore prima della gara, come ha spiegato proprio il dottor Agricola?

Ancora una volta, in secondo luogo, è necessario ricordare che si sta trattando di medicinali e non di integratori e come tali i medicinali devono essere utilizzati esclusivamente a fini terapeutici e non possono essere confusi e riciclati come integratori alimentari.

Il fruttosio è presente in una vastissima serie di alimenti, anche di facile assimilazione, quali frutta, miele, marmellata e così via e si trova pure in commercio sotto forma di prodotti specifici per l'integrazione alimentare, per cui immaginare che per formare la riserva di fruttosio a cui attingere da parte dell'atleta durante la competizione si dovesse necessariamente ricorrere alle fleboclisi di un medicinale come l'Esafosfina è argomentazione che, pur a voler credere alle dichiarazioni di Agricola, riesce difficile da comprendere e da condividere.

Il perito, in terzo luogo, nel corso dell'esame dibattimentale è stato invitato ad approfondire quanto dichiarato dall'imputato che aveva anche fatto riferimento ad alcuni recenti studi effettuati su atleti di Paesi del nord-Europa ed egli all'udienza del 1° luglio 2004 (ved. trascrizioni registrazioni -

pagine 10 e seguenti) ha affermato di non aver trovato alcuno studio riguardante atleti o comunque esseri umani e, poi, ha dichiarato: "Però devo aggiungere che in un ultimo lavoro, passando proprio questa bibliografia in esame, ho trovato qualcosa che si può ricollegare a quanto diceva il dottor Agricola, nel senso che - ho anche qui il lavoro - sarebbe stato dimostrato, è stato dimostrato che nell'animale da esperimento - erano dei cani in questo caso - la somministrazione nella "vena porta", in altre parole, o chiamiamola "intraduodenale", di piccole quantità, piccole quantità di fruttosio, è in grado di attivare un sistema enzimatico che aumenta la captazione di glucosio. Quindi....Scusi. Ho sbagliato.....piccole quantità di fruttosio sono in grado di aumentare la captazione di glucosio, con risultato finale che effettivamente aumenta la sintesi di glicogeno a livello epatico...Però la nota di cautela è che se uno, per esempio, fa delle infusioni prolungate e aumenta le dosi, questo effetto si vanifica, scompare...."

Tenuto conto del fatto che l'osservazione del perito è stata ripresa, almeno in parte, pure dal difensore nel corso della discussione quasi per dimostrare che Agricola aveva ragione, anche a tal proposito si impone qualche chiarimento, perché l'imputato non ha ragione.

Intanto, il perito non ha rinvenuto alcun lavoro, alcuno studio pubblicato, che riguardi atleti o esseri umani in generale, come è stato ben chiarito. L'unico studio a tal riguardo che il perito è stato in grado di rinvenire e consultare è relativo ad esperimenti eseguiti sul cane, si riferisce a piccole quantità di fruttosio e non è assolutamente riconducibile né ad attività motorie dell'animale, riguardando le capacità di risintesi di zuccheri in generale, né ad accertate perdite di glicogeno. Gli esperimenti, oltretutto, risultano effettuati con l'animale sempre anestetizzato.

Nessuno studio valido scientificamente, dunque, attesta la perdita di glicogeno da parte degli atleti nel corso di competizioni sportive, anche se si ritiene che così avvenga, né alcuno studio attesta la quantità di glicogeno necessaria agli sforzi fisici di una certa intensità, né ancora il tempo necessario alla naturale risintesi del glicogeno perduto. Pure il dottor Agricola, invero, ha riconosciuto che non si può effettuare la biopsia ai muscoli dei giocatori per conoscere questi dati e - come sopra riportato - lo stesso dottor Agricola ha finito col dover ammettere che: "....Non abbiamo dati che poi questo veramente avvenisse, ma il razionale era questo....".

Il perito, poi, per parte sua molto scettico a tal riguardo, ha ritenuto perciò di dover aggiungere: "....Però voglio dire, non so, volendo fare una piccola divagazione di tipo dietologico-sportivo, è interessante che è riportato che la somministrazione nello sportivo, nella seconda parte della giornata, per esempio, di marmellate, sembra particolarmente efficace a questo livello....Perché dico marmellata? Perché la marmellata contiene sia glucosio che fruttosio, quindi si potrebbe pensare e ipotizzare, meglio, che è proprio la combinazione dei due zuccheri semplici che è in grado di dare un effetto, chiamiamolo così, migliore...."

Non è vero, infine, che l'Esafosfina è un prodotto innocuo, perché al pari di ogni medicinale esso ha delle controindicazioni e può comportare rischi e danni.

Il perito ha ricordato che: "Nell'uso dell'Esafosfina è necessario evitare un eccessivo carico di fosfati. In caso di infusione con velocità superiore a 10 ml/min i pazienti possono accusare rossore, palpitazione, parestesie alle estremità. Sono state segnalate, anche se non frequentemente, reazioni allergiche di vario grado, sino a shock anafilattico.

Per l'insorgenza di reazioni avverse va rilevata la possibilità che l'infusione di elevate quantità di fosfati provochi delle interferenze con il metabolismo del Ca^{2+} , alteri la secrezione di ormoni che ne regolano l'omeostasi e comprometta la funzionalità renale." (pagina 12 relazione).

Ecco, allora che anche in questo caso, richiamando quanto già osservato a proposito del Neoton, non si può che concludere rilevando che l'imputato ha fatto ampiamente ricorso alla somministrazione di Esafosfina unicamente per sfruttarne le capacità bioenergetiche in corso di competizione agonistica del giocatore, all'unico fine - in altri termini - di incrementare surretiziamente la prestazione del calciatore, indipendentemente dalla dimostrazione clinica di tale capacità.

Dimostrazioni cliniche per effetti dopanti, come è naturale, non esistono, perché ogni sperimentazione a tal riguardo risulta vietata dai comitati etici, come tutti gli esperti esaminati in

corso di dibattimento hanno concordemente riconosciuto. Pure nel caso delle capacità bioenergetiche dell'Esafosfina, dunque, occorre accontentarsi del meccanismo d'azione che la sostanza esplica in campo biofisiologico, come ha ribadito il perito anche con le note da lui prodotte nel corso dell'udienza del 15 luglio 2004.

Ciò che risulta particolarmente inquietante, peraltro, è la prontezza con la quale il dottor Agricola, ancora una volta, abbia immediatamente acquisito al proprio protocollo un'altra discutibile pratica che in qualche modo, a torto o a ragione, potesse favorevolmente influire sulla prestazione agonistica dei giocatori.

L'imputato, del resto, mai come in questo caso, forse solo per evitare di dover confessare altri intenti, comunque lo ha praticamente riconosciuto, ammettendo che l'Esafosfina non serviva per curare alcuna malattia, ma in via del tutto preventiva serviva a costituire nell'atleta una riserva di zuccheri che sarebbero tornati utili nel corso della competizione agonistica e, successivamente, per il ricupero delle energie profuse.

Non importava neppure che tale pratica non avesse un serio e valido fondamento scientifico, come ha spiegato il perito in ciò contraddicendo apertamente l'imputato, bastava soltanto che vi fosse anche solo una minima possibilità di incrementare la prestazione e l'imputato acquisiva tale pratica al proprio protocollo, somministrando ai giocatori quantità massicce di medicinali che certamente non possono essere ritenute né innocue, né necessarie.

Il medicinale, infatti, è stato utilizzato al di fuori di ogni intento terapeutico e al di fuori di ogni etichetta e previsione autorizzativa, quindi in modo off-label.

L'unica ragione delle somministrazioni di Esafosfina, per giunta effettuate prevalentemente prima della gara ed esclusivamente per via endovenosa, era certamente quella di conseguire "gli effetti correlati al ruolo bioenergetico che il fruttosio-1,6-difosfato gioca nel processo di liberazione di energia utilizzabile ai fini della prestazione motoria." (pagina 17 relazione scritta del perito, professor Eugenio Muller).

"La S-adenosil-L-metionina è una molecola fisiologica con una distribuzione pressoché ubiquitaria nell'organismo, dove interviene in molti processi biochimici:... come donatore di metili a diversi accettori...; come precursore di composti solforati (tra i quali il glutatone).....; come precursore di poliammine...."

"Il Samyr è una specialità medicinale a base di ademetionina che è un sinonimo della S-adenosil-L-metionina, indicata anche come SAME" (pagina 40 relazione del perito).

Il Samyr si trova in commercio come Samyr 200 compresse o flaconi di liofilizzato e Samyr 400 compresse o flaconi di liofilizzato.

Il Samyr può essere acquistato previa presentazione di ricetta medica ripetibile.

Le indicazioni terapeutiche approvate dal Ministero per tale medicinale variano a seconda dei periodi che si prendono in considerazione.

Negli anni '80 esse riguardavano "gli stati dismetabolici da insufficiente trasmetilazione e transulfurazione e precisamente: steatosi epatica a varia eziologia; artrosi primaria; reumatismi fibrocistici; lombosciatalgie e neuriti a varia eziologia; sindromi depressive."

A seguito di revisioni dell'autorizzazione all'immissione in commercio del prodotto (Ministero della sanità - min. n. 800.4.49.255/4237 del 29 settembre 1989; n. 800.4.49.255/4974 del 23 novembre 1989 e n. 800.4.49.255/238/93 del 14 maggio 1993) è rimasta come sola indicazione terapeutica quella relativa alle "sindromi depressive" tuttora valida, salvo revisioni in corso.

La dichiarazione di assunzione di Samyr è stata effettuata da 23 giocatori della Juventus per un totale di ben 43 dichiarazioni in sede di sorteggio antidoping.

Tra la fine del 1994 ed il giugno 1998, risultano acquistate dalla Juventus 290 confezioni di Samyr 200 fiale e 98 confezioni di Samyr 200 compresse. Tra i farmaci in giacenza non è stata rinvenuta alcuna confezione di Samyr fiale, mentre sono state rinvenute 20 confezioni di Samyr compresse.

Dalle dichiarazioni rese nel processo dagli interessati, le somministrazioni di Samyr risultano avvenute prevalentemente per fleboclisi alcune ore prima della partita, ma anche in periodi lontani dalla gara.

Come si vede, si tratta di un prodotto usato dal dottor Agricola in modo massiccio e, al pari di quanto si è osservato a proposito dell'Esafosfina, anche per il Samyr non è dato capire in che modo, con quali precise modalità e con quale specifica posologia esso venisse somministrato ai giocatori. L'imputato ha dichiarato che esso veniva somministrato normalmente per una settimana ad un paio di giocatori per volta.

Il dottor Agricola ha spiegato che il: "...Samyr ...è un farmaco che ha come principio attivo l'ademetionina, so che qui in questa sede sono state fatte molte discussioni sul sale, che poi ho visto che sono cadute chiaramente anche perché la stessa casa farmaceutica ha creato i due tipi di sale indifferentemente, butandisolfonato, toluensolfonato, ho capito che non c'è nessuna differenza, comunque ciò che rimane valido è che l'ademetionina è considerata una sostanza fisiologica, metabolica, a utilizzo metabolico ubiquitaria in tutto il corpo, che è in grado di utilizzare, o presume di essere in grado, o presume di essere in grado la molecola o l'industria farmaceutica, o presume che sia in grado di provocare alcuni importanti meccanismi, che sono quelli di transmetilazione, quelli di transulfurazione i principali. Ora tutti questi due meccanismi, soprattutto quello di transmetilazione, è il meccanismo più interessante a livello di tutti i vari organi ed apparati, non ultimo quello del fegato, non ultimo quello del muscolo dove assume una funzione come precursore del glutatione che poi non fa così fatica a formare, come ho sentito dire, ma insomma si arrangia abbastanza bene per quanto riguarda nella formazione del glutatione l's-adenosilmetionina e comunque, voglio dire, quindi ha una funzione antiossidante e soprattutto, molto interessante dal nostro punto di vista, sempre ritenendo che sia vero quello che viene detto dall'industria farmaceutica, l'azione disintossicante epatomuscolare. Questasicuramente.....ho sentito - per carità, non sono certamente qui a far finta di non aver sentito nulla - che il Samyr come nome commerciale viene indicato a partire da, questo non lo so, forse me lo può dire lei Dottoressa e la ringrazio, dal 1993? Non so, '94? Ha cambiato le indicazioni in sindromi depressive solo, mentre prima le sindromi depressive erano accompagnate da epatopatie e altre cose. Devo dire che, al di là del cambiamento del foglietto illustrativo, non è che il foglietto illustrativo ti dica: "Stai attento che tutto quello che ti ho detto nel passato... Adesso le epatopatie, per carità, non usarlo più perché se no quello muore", se si usava prima si usa anche adesso, ademetionina. Nel momento in cui usavano il Samyr io ero a conoscenza che esistesse solo il Samyr. Sul serio, non conoscevo né altri farmaci che ho sentito, Donamet, tanto è vero che - e qui mi riallaccio al discorso dell'Informatore Farmaceutico - a un certo punto, mi sembra nel '97, per la prima volta o seconda volta in vita mia, è comparso l'Informatore Farmaceutico, della Knoll se non erro. E questo mi dice: "Lei fa uso di Samyr?" "Eh - dico - sì" "Ebbene, guardi che noi abbiamo il Transmetil" "Ah, bene. Ho capito", prima volta che lo sapevo. Da quel momento controlli gli ordini, visto che questo mi ha spiegato: "Le epatopatie..." cose del genere, ho detto: "Bene, allora perché devo usare il Samyr? Usiamo il Transmetil". Da quel momento ho comprato il Transmetil....." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 luglio 2003 - pagine 119 e seguenti).

Dalle riferite dichiarazioni dell'imputato, riprese e sviluppate dai relativi consulenti tecnici, emerge evidente come si sostenga che l'uso del Samyr sarebbe stato effettuato dall'imputato come disintossicante epatomuscolare, come antiossidante, come precursore del glutatione.

I consulenti tecnici della difesa, poi, hanno sviluppato il concetto solo accennato dall'imputato relativo alle mutate indicazioni terapeutiche del Samyr, per sottolineare, invece, come per farmaci tuttora in commercio quali il Transmetil e il Donamet che hanno composizione praticamente identica a quella del Samyr, le indicazioni terapeutiche autorizzate continuano ad essere riferite pure ad affezioni epatiche. Le indicazioni ministeriali per il Transmetil e per il Donamet sono il "trattamento della colestasi intraepatica negli stati precirrotici e cirrotici ed il trattamento della colestasi intraepatica gravidica", come risulta attestato pure in perizia (pagina 42).

Se il Samyr ha le stesse caratteristiche farmaceutiche di Transmetil e Donamet, si è sostenuto, può essere utilizzato per le indicazioni terapeutiche ministeriali previste per tali prodotti.

Ma qui il problema non è tanto quello di stabilire se il Samyr abbia o meno caratteristiche analoghe al Transmetil o al Donamet, circostanza sulla quale - come si è visto - concorda pure il perito; il problema nasce dal fatto che nessuno dei giocatori della Juventus risulta essere stato affetto da colestasi intraepatica negli stati precirrotici e cirrotici e, dunque, l'uso del Samyr, al pari del Transmetil e del Donamet, risulta del tutto inadeguato e improprio.

Si è osservato, allora, che il Samyr non sarebbe comunque indicato per gli stati cirrotici e precirrotici per l'azione molto blanda di tale medicinale che ha più una funzione di epatoprotettore come detossicante o disintossicante, anche se tale funzione - è stato riferito pure dall'imputato - non ha dignità scientifica e non è riconosciuta perché troppo generica.

Ma, se dal punto di vista scientifico non ha alcun significato parlare di epatoprotettore, di detossicante o di disintossicante, perché bisognerebbe invece prima correttamente stabilire e individuare da quale patologia il farmaco dovrebbe proteggere o disintossicare il fegato, allora quale significato può avere l'affermazione che è stata fatta nel processo secondo la quale il Samyr sarebbe stato utilizzato sui giocatori proprio per tali funzioni? Da che cosa, in altri termini il Samyr avrebbe dovuto proteggere o disintossicare?

Si è precisato, a questo punto, che il Samyr svolgerebbe prevalentemente funzione antiossidante e detossicante per il fegato perché, a causa dello sforzo fisico sostenuto dai giocatori, si intensificherebbe la produzione di radicali liberi e, dunque, il Samyr avrebbe la funzione di antiossidante come precursore del glutatione.

Senonché la vantata funzione di detossicante o di antiradicalico del Samyr non risulta da alcuna scheda tecnica di tale medicinale, neppure di quelle non più rinnovate, né funzione simile risulta dalle schede tecniche dei farmaci Transmetil o Donamet.

Per quanto riguarda poi la funzione del Samyr come precursore del glutatione, occorre ricordare ciò che ha osservato il perito a tal riguardo. Il glutatione, infatti, è sostanza che viene prodotta nel fegato come combinazione di tre aminoacidi; esso è un potente antiossidante che agisce contro i radicali liberi "perché riduce ad acqua sia l'ossigeno molecolare, sia i radicali liberi dell'ossigeno. Tuttavia non è logico che, per realizzare l'effetto antiossidante del glutatione, lo si debba sintetizzare nell'organismo partendo dalla S-adenosil-L-metionina esogena (Samyr) per mezzo di reazioni biochimiche che sono gravate da una forte spesa energetica" (pagina 44 relazione peritale). Un'azione antiradicalica e antiossidante, in altre parole, si può ottenere più agevolmente e senza dispendio energetico per l'organismo semplicemente con l'assunzione orale di vitamine C ed E, eventualmente associate pure a somministrazioni di glutatione per via orale.

Né può assumere rilievo la tesi, suggestivamente sostenuta dal difensore pure a proposito delle considerazioni espresse sui dichiarati metodi sulla base dei quali sarebbe avvenuta l'integrazione del fruttosio, secondo la quale le critiche e le osservazioni che si sono riportate sarebbero destinate a dare una valutazione delle scelte tecniche del medico che, giuste o sbagliate che fossero, non dovrebbero essere censurate in questa sede in quanto tale valutazione risulterebbe totalmente estranea all'imputazione mossa al dottor Agricola.

E' bene ricordare, perciò, che in questo processo non si sta valutando se l'imputato ha fatto bene o male ad operare una certa scelta nell'ambito della sua professione sanitaria ovvero se ne esistevano altre più indicate di quelle effettuate.

Qui si sta valutando, invece, se la giustificazione che l'imputato e i consulenti tecnici della difesa hanno offerto in sede processuale all'uso del Samyr (ovvero all'uso dell'Esafosfina) possa avere un qualche fondamento logico e scientifico e possa, quindi, essere ritenuta attendibile e risulta evidente che la proposta spiegazione è da ritenere solo strumentale, non solo per la riconosciuta competenza tecnica del dottor Agricola, che quindi non avrebbe mai scelto una via così dispendiosa e contorta per ottenere l'effetto antiossidante, ma soprattutto perché sul piano probatorio risulta acquisita in atti la dimostrazione che l'imputato conosceva ed adoperava il glutatione per somministrarlo ai giocatori.

Pur senza tener conto della non indifferente quantità di capsule di glutazione che risultano acquistate dalla società come integratore alimentare, sempre nel periodo preso in considerazione, invero, almeno 10 giocatori della Juventus al sorteggio antidoping hanno dichiarato di aver assunto il Tad e tale medicinale, composto da glutazione ridotto sale sodico, come da scheda tecnica, risulta essere stato acquistato nella forma di Tad 600 fiale per 175 confezioni, mentre tra i farmaci in giacenza sono state rinvenute soltanto 18 confezioni di Tad. Senza contare, poi, che per la sola stagione 1997/98 risultano acquistate 300 confezioni di Glutazione ridotto 500 mg in capsule.

Il dottor Agricola, insomma, somministrava regolarmente il glutazione ai giocatori, così come abitualmente somministrava vitamine di vario genere tra le quali la vitamina C e la vitamina E, come egli stesso ha più volte dichiarato e, dunque, l'imputato non aveva affatto bisogno di utilizzare il Samyr come precursore del glutazione, così come pretestuosamente si è sostenuto.

E, dunque, risulta certo in atti che l'imputato - contrariamente a quanto da lui sostenuto - non ha utilizzato il Samyr come precursore del glutazione, né può averlo utilizzato per combattere affezioni epatiche, dal momento che i giocatori della squadra non soffrivano di disturbi al fegato.

Si è pure fatto intendere, inoltre, che il Samyr potrebbe essere stato utilizzato contro la fatica, ma anche questo tipo di spiegazione risulta generico, ingiustificato e privo di fondamento anche nei fatti.

L'imputato più volte ha affrontato l'argomento e lo ha fatto ampiamente, ad esempio, a proposito degli aminoacidi ramificati e del triptofano, sostanza usata dal cervello per produrre serotonine che - a dire dell'imputato - sarebbero tra le cause principali del senso della fatica.

Il dottor Agricola così si è espresso: "Questo, tra l'altro proprio ieri, riguardando ovviamente tutte le cose, ho letto proprio uno studio fatto dall'Università di Pisa su questo argomento, in cui appunto parlava della fatica e indicava che le cause di fatica sono quelle che ho detto prima, cioè il glicogeno, la deplezione del glicogeno, della creatina, degli ioni... degli idrogenioni e, ultimo, l'ho dimenticato prima, della interferenza del triptofano sulla..... Comunque parliamo di situazioni che sono ai limiti tra la fisiologia e la blanda patologia. Come vengono usati integratori e possono anche non essere usati, così come vengono usati farmaci, ma possono non essere usati perché sono farmaci di basso livello e possono servire, ma comunque non succede nulla di clamoroso se non vengono usati, anche questa evidenza scientifica, tra l'altro non certissima, ma comunque anche questa evidenza scientifica, non significa che se uno non blocca il triptofano e quindi c'è la fatica acuta, allora il soggetto diventi, chissà, malato e non si tuteli la sua salute; è un elemento di arricchimento ulteriore dal punto di vista speculativo, cioè delle nostre conoscenze, circa i meccanismi della fatica. Questo volevo dire. Dal punto di vista poi che uno si affatichi, e beh, vuol dire che sarà affaticato, sappiamo che probabilmente tra le varie componenti c'è anche la serotonina, ecco, possiamo anche pensare quello.....ma io penso che un soggetto... ma un soggetto che non è affaticato stia meglio di uno che è affaticato! Cioè penso che qualsiasi persona che viene da me, cioè non bisogna distinguere la precauzione che si deve avere negli eccessi da allenamento o da gara, da quelli che sono degli affaticamenti anche se fisiopatologici, e che comunque consentano un'attività professionistica del calcio. Quindi si sa, si può sapere che l'aminoacido a catena ramificata, che ribadisco, non è mai stato usato da noi in maniera molto molto... anzi, pochissimo, però è uno strumento che noi sappiamo esistere, quindi non dico, anche oggi possiamo usarlo qualche volta. Lo usiamo qualche volta....." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 luglio 2003 - pagine 249 e seguenti).

Riferendosi, perciò, agli aminoacidi ramificati e a questo tipo di farmaci di cui si sta trattando, tra i quali il Samyr, definiti di basso livello dall'imputato, nonché alla generica stanchezza, valutata come situazione che è indicata ai limiti tra la fisiologia e la blanda patologia, il dottor Agricola ha affermato che occorre distinguere la precauzione che si deve avere nei riguardi degli eccessi da allenamento e da gara dall'affaticamento che invece è controllabile farmacologicamente e che ugualmente consente lo svolgimento dell'attività sportiva professionistica e, in quest'ultimo caso, insomma, è opportuno ricorrere alla somministrazione di integratori e farmaci, dal momento che pur non costituendo la stanchezza una vera patologia, comunque è preferibile non sentirsi stanchi.

Inutile ripetere che non può essere condivisa la esposta filosofia nell'uso dei farmaci e delle sostanze da somministrare ai giocatori, come è inutile ripetere che un uso di medicinali in assenza di accertate patologie, non individuate neppure dall'imputato, è un modo di impiego dei farmaci vietato dalla legge e non può trovare giustificazione nell'elasticità dei termini adoperati per sminuire il valore di medicinale, che diventa di basso livello, ovvero per accentuare una situazione che lo stesso dottor Agricola riconosce essere solo fisiologica, ma che ad arte viene indicata anche ai limiti con la blanda patologia.

Senza contare, poi, che quanto sostenuto dall'imputato non trova alcun conforto di tipo scientifico e, per quel che riguarda il Samyr in particolare, è addirittura smentito dalle conclusioni alle quali è pervenuto il perito.

Anche nei fatti, del resto, non vi è alcuna conferma ad un uso del Samyr genericamente contro la fatica, sia perché come si è visto spesso la somministrazione avveniva qualche ora prima della gara, quando cioè il giocatore era o avrebbe dovuto essere riposato e in condizioni di poter partecipare alla competizione agonistica, sia perché come ha ricordato il pubblico ministero nel corso della discussione ad un giocatore in particolare risulta somministrato Samyr più volte a parecchia distanza di tempo da precedenti prestazioni da lui sostenute.

Il dottor Agricola, che oltre ad avere la specializzazione in medicina dello sport è anche psichiatra, infine, non ha adoperato il Samyr neppure per il trattamento di sindromi depressive. Egli, anzi, ha dichiarato a tal riguardo di non avere mai utilizzato il Samyr come antidepressivo, sostenendo che nessuno psichiatra lo userebbe a tale scopo.

Ecco, dunque, che risulta provato che l'imputato che pure ha somministrato in modo ampio il Samyr ai propri giocatori per via endovenosa e per via orale, prevalentemente nelle ore precedenti la partita, ha fatto un uso assolutamente off-label di tale medicinale, trascurando consapevolmente e sistematicamente le indicazioni terapeutiche riportate nella scheda tecnica e nel foglio illustrativo e, anzi, di fatto rifiutando - come si è visto - l'unica indicazione terapeutica per la quale risulta essere stata rilasciata l'autorizzazione all'immissione in commercio della specialità medicinale di cui si tratta.

Il perito, d'altra parte, ha individuato la ragione della somministrazione di questo medicinale, molto simile peraltro a quella dei medicinali di cui si è già trattato, ed ha osservato che : "...il sistema dopaminergico risulta profondamente attivato dall'adattamento alla prestazione, per cui nei soggetti sani-atleti è postulabile che l'allenamento e le prestazioni incrementino il turnover catecolaminergico che dall'aminoacido fenilalanina porta alla formazione di dopamina, di noradrenalina e - mediante transmetilazione - di adrenalina.

La contemporanea somministrazione del Samyr può indurre una attivazione delle reazioni transmetilative, contribuendo così a rendere più efficiente il turnover in questione e, quindi, le eventuali attivazioni neurofisiologiche ad esso correlate." (pagina 46).

Sulla base di tali osservazioni, il perito ha concluso non solo per una somministrazione di Samyr ai giocatori del tutto off-label, ma ha anche rilevato che essa "può aver avuto l'intento di conseguire effetti farmacologici correlati con l'attivazione dei processi neurobiologici interessanti, ad esempio, il sistema dopaminergico centrale." (pagina 47).

I corticosteroidi sono farmaci che pure l'imputato non ha potuto definire di basso livello e, anzi, la difesa riferendosi ad essi spesso ha parlato di farmaci salvavita.

In realtà, si è già anticipato che è vero che alcuni cortisonici possono salvare la vita, essendo soprattutto utili ad interrompere gli stati di shock o gli attacchi d'asma, ma si è rilevato come per ottenere tale risultato occorra un'assimilazione immediata del farmaco che non si ottiene, quindi, attraverso la somministrazione per via orale, con la conseguente necessità che il prodotto debba essere digerito prima di svolgere la propria funzione.

"Gli effetti dei corticosteroidi sono numerosi e disseminati. Essi includono alterazioni nel metabolismo dei carboidrati, proteine e lipidi, mantenimento del bilancio idrico ed elettrolitico,

preservazione della normale funzione cardiovascolare, del sistema immunitario, del rene, dei muscoli scheletrici, del sistema endocrino e del sistema nervoso centrale (SNC).

In aggiunta, i corticosteroidi consentono all'organismo la capacità di resistere a circostanze stressanti, come stimoli nocivi e cambiamenti ambientali, frenando la secrezione di corticosteroidi endogeni, così che il soggetto non subisce gli effetti limitanti indotti dall'instaurazione di una condizione di stress.....

Concetti più recenti suggeriscono che le azioni anti-infiammatorie e immunodepressive dei corticosteroidi, che sono alla base delle azioni farmacologiche di questa classe di farmaci, forniscono anche un meccanismo protettivo in condizioni fisiologiche, poiché molti dei mediatori immunitari associati con la risposta infiammatoria diminuiscono il tono vascolare e possono condurre a un collasso cardiovascolare se non contrastati dai corticosteroidi." (pagina 30 relazione peritale).

Da un punto di vista terapeutico, i corticosteroidi si comportano come "armi a doppio taglio: se, infatti, possono essere considerati per alcune patologie dei farmaci salvavita (stato anafilattico, asma acuta), il loro uso continuato può lasciare progredire asintomatiche sia una grave infezione, sia un'ulcera gastrica fino alla perforazione." (pagina 31).

Ad eccezione del Flebocortid, "i corticosteroidi sono dei composti di sintesi la cui attività anti-infiammatoria e glucocorticoide è spiccatamente più elevata di quella dell'ormone naturale, il cortisolo." (pagina 32).

I medicinali corticosteroidi possono essere acquistati dietro presentazione di ricetta del medico non ripetibile.

In campo sportivo, secondo i regolamenti CIO e CONI, essi sono considerati farmaci a restrizione d'uso, con riferimento alla forma con cui avviene la somministrazione.

L'uso di corticosteroidi, invero, è sempre vietato, ad eccezione dell'uso locale (otoiatico, oftalmologico e dermatologico), della terapia inalatoria (asma e riniti allergiche) e delle iniezioni intra-articolari e locali. In questi casi, però, è prevista la cosiddetta notifica preventiva e, cioè, la comunicazione che il medico della squadra deve effettuare all'autorità sportiva di riferimento prima della gara, specificando il tipo di somministrazione, il prodotto utilizzato e l'atleta al quale la somministrazione è stata effettuata.

Tra i medicinali in uso presso la Juventus vi sono parecchie specialità di diversi composti corticosurrenali. Si tratta del Deflan (deflazacort), nella forma del Deflan 6 mg compresse e del Deflan 30 mg compresse; del Deltacortene (prednisone) 5 mg compresse; del Flantadin 30 mg compresse; del Flebocortid (idrocortisone) 500 mg fiale. Il numero di confezioni di tali medicinali acquistati dalla Juventus, peraltro, risulta limitato per cui anche il perito si è soffermato poco su di essi.

Maggiore interesse, invece, rivestono il Bentelan (betametasone disodio fosfato) e il Depo-Medrol (metilprednisolone). Di quest'ultimo medicinale risultano acquistate 12 confezioni di fiale e 84 confezioni di Depo-Medrol fiale con lidocaina; di Bentelan invece risultano acquistate oltre 120 confezioni di Bentelan fiale, nella forma da 1,5 mg e 4 mg, e 36 confezioni di Bentelan compresse. Tra i farmaci in giacenza, sono state rinvenute una trentina di confezioni di Bentelan fiale e 4 confezioni di Bentelan compresse.

Dalla sola lettura dei dati riportati, emerge evidente la necessità di dover esaminare due aspetti della questione: a) in primo luogo, occorre accertare perché presso il deposito farmaci della Juventus si è continuato ad acquistare confezioni in compresse di corticosteroidi il cui uso è assolutamente vietato dai regolamenti sportivi, potendo essere somministrati tali prodotti solo per via orale che, come si è visto, è proibita e, conseguentemente, come siano state utilizzate ben 32 confezioni di Bentelan compresse, oltre alle confezioni in compresse di Deflan, Deltacortene e Flantadin, che ancorché in misura minore comunque pure risultano essere state utilizzate; b) in secondo luogo, è necessario verificare quale uso sia stato fatto delle poche fiale di Flebocortid, nonché delle tantissime fiale di Depo-Medrol e di Bentelan e, conseguentemente, se tali prodotti siano stati

utilizzati per gli usi consentiti, nella totale inosservanza della disciplina riguardante la notifica preventiva.

Cominciando proprio da quest'ultimo aspetto della questione, la prima osservazione che viene spontanea è che, al più, i medicinali utilizzati a livello locale o per infiltrazioni intra-articolari sono le 84 confezioni di Depo-Medrol 40 mg + lidocaina che è un anestetico locale, sostanza anch'essa ammessa con determinate restrizioni dai regolamenti sportivi, che viene associata al cortisone proprio per attenuare il dolore dell'iniezione in previsione di un uso locale o intra-articolare.

Le 84 confezioni in parola, utilizzate solo a questo fine, sembrano già tantissime, soprattutto se si considera che non si tratta solo di un anestetico locale, bensì di un cortisonico al quale è associato l'anestetico e che, perciò, va somministrato con iniezioni locali o intra-articolari.

E poi rimangono le oltre 100 confezioni di Depo-Medrol e Bentelan fiale non abbinate ad alcun anestetico di cui pure si è perduta traccia. Né si può trovare facile giustificazione, a tal riguardo, invocando a proprio favore il sistema che non funzionava.

E' vero. Il sistema delle notifiche preventive non funzionava e ciò non era addebitabile al dottor Agricola, anche se come si è anticipato l'imputato accettava tale sistema, era con esso integrato e a pieno titolo ne faceva parte. Il lavoro come medico, diversamente, non gli sarebbe mancato, sia in considerazione delle sue capacità professionali, sia in considerazione del fatto che come psichiatra avrebbe anche potuto continuare a lavorare presso la casa di cura della famiglia di origine.

La Federazione Italiana Giuoco Calcio, invero, in quanto appartenente al CONI che, a sua volta, recepisce le disposizioni emanate dal CIO in materia di sostanze e metodi vietati in quanto dopanti, adotta le disposizioni a tal riguardo approvate dal CONI e, quindi, dal CIO e in tali elenchi i corticosteroidi sono considerate sostanze soggette a determinate restrizioni, conformemente a quanto si è già indicato.

Senonché, nella traduzione della normativa CIO recepita dalla FIGC, almeno dal 1992 e fino a metà degli anni '90, l'obbligo delle notifiche preventive veniva indicato in modo impraticabile per le squadre di calcio, perché in pedissequa conformità a quanto previsto dal testo originale si prevedeva che la notifica preventiva venisse effettuata alla competente autorità medica del CIO, il che ovviamente rendeva inattuabile la disposizione stessa.

Dalla stagione 1995/96 in avanti, però, la traduzione nel recepimento della normativa mutava e veniva stabilito che: "I medici di squadra che desiderino somministrare ad un atleta corticosteroidi mediante iniezione locale o intra-articolare, o mediante inalazione, sono tenuti a darne notifica scritta, prima della competizione, alla competente autorità medica della Federazione sportiva nazionale o del Comitato organizzatore della manifestazione" (delibera FIGC - n. 659/C. F. del 30 luglio 1996).

La FIGC, peraltro, non si è mostrata mai troppo sensibile a tale problema e, pur avendo recepito fin dal 1992 quanto stabilito dal CIO a tal riguardo, non si era mai fatta carico di provvedere ad apprestare la necessaria organizzazione perché al regolamento venisse garantita adeguata attuazione.

Pure dopo il 1996, del resto, quando ormai anche la traduzione del regolamento non avrebbe più dovuto consentire giustificazioni di alcun genere, la FIGC non ha provveduto minimamente ad adeguarsi apprestando la necessaria organizzazione e pretendendo dalle società il rispetto di quanto in esso stabilito a proposito delle notifiche preventive.

Il dottor Tencone, all'epoca medico in seconda della Juventus, ha ricordato che, dopo la modifica della traduzione circa l'obbligo delle notifiche preventive, si era cercato da parte della società di consegnare la dichiarazione prima della gara - nell'occasione la sua squadra giocava a Cremona - ma nessuno era stato incaricato di ricevere tale dichiarazione che, perciò, non fu possibile presentare (v. esame testimoniale del 22 luglio 2002 - pagine 89 e seguenti trascrizioni registrazioni della relativa udienza).

Il teste Petrosino Guglielmo, segretario generale FIGC, non ha ricordato nemmeno che nel regolamento fossero previste delle notifiche preventive prima del 1999 (testimonianza del 14 giugno 2002 - pagine 220 e seguenti delle relative trascrizioni).

Colucci Anna e Varese Carla, dirigenti CONI, entrambe esaminate come testimoni nell'udienza del 28 marzo 2002, non sono riuscite a spiegare il perché dei ritardi e delle inadeguatezze e la prima, tra l'altro, ha riferito dei contrasti sorti tra CONI e FIGC circa la discrezionalità della misura del pH e della densità urinaria, il che impediva l'adozione di adeguata modulistica, mentre la seconda ha pure raccontato in che modo aveva appreso che il laboratorio di analisi dell'Acqua Acetosa, accreditato dal CONI, omettesse di effettuare tutte le analisi richieste.

Ravazzolo Mariano, dirigente CONI, all'udienza del 23 maggio 2002, nel corso dell'esame testimoniale, ha fatto dichiarazioni davvero inquietanti, riuscendo a spiegare persino che l'aggettivo preventivo significa prima della gara, però solo in sede di giochi olimpici, mentre per le Federazioni non si è ben compreso quale significato si sarebbe dovuto assegnare alla locuzione "prima della competizione".

Il teste, poi, è sembrato pure molto preoccupato dell'effetto sulla privacy che le notifiche preventive avrebbero potuto comportare, se esse fossero state genericamente spedite chissà a quale destinazione, e dichiarazioni di analogo tenore ha reso in ordine al laboratorio di analisi, sì che l'immagine complessiva che se ne è ricavata è di totale disinteresse, se non peggio.

Lo stesso dottor Agricola ha parlato della vicenda e, dopo aver confermato il tentativo effettuato da Tencone prima della partita Cremonese-Juventus, ha aggiunto: ".....'95, non ci siamo mica fermati, siamo andati avanti. Allora, per esempio a Torino c'è il Vice Presidente della Federazione Medico Sportiva Italiana, che è il dottor Pezzano, e quindi il dottor Pezzano che fa anche gli antidoping per noi. Quindi la prima volta che siamo andati alla partita successiva, siamo andati a chiedere al dottor Pezzano che in qualità di Vice Presidente della Federmedici era sicuramente una delle persone più informate sull'argomento, e lui ci ha dovuto dire due cose: primo, che non ne sapeva niente e, secondo, che esisteva una... come si può dire, una convenzione - che lui era a conoscenza e questo risultava e risultò poi anche a noi - una convenzione fra Federmedici e FIGC secondo la quale il momento in cui bisognava dichiarare tutti i farmaci, ivi compresi anche quelli da restrizione d'uso, dovevano essere fatti dopo la gara.

Non ancora contenti di questo aspetto, abbiamo fatto una mini-riunione con altri medici sociali. Questo è avvenuto... mah, direi nei primi del '96, ricordo che c'erano i medici, alcuni medici importanti, allora c'era... è venuto Tavana, c'era il medico della Sampdoria, Campini, insomma abbiamo... e tutti quanti han detto: "Boh? Nessuno ne sa niente e nessuno riceve niente".

Abbiamo poi capito, ma questo l'abbiamo capito, che quelli erano regolamenti del CIO, fatti perciò per un'attività che avveniva nell'arco di breve tempo, come le Olimpiadi, dove c'è un ufficio apposta che può ricevere queste notifiche e così era stato fatto. Poi ripercorso pedestremente CIO, FIGC e LEGA, senza minimamente poi provvedere a livello istituzionale di creare, dal punto di vista, così, l'ufficio addetto alla eventuale ricezione. Tant'è vero che alcuni testimoni sono venuti qui a dire - del CONI - che non sapevano cosa farne....." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagine 131 e seguenti).

In realtà, come è emerso in modo chiaro anche da quanto dichiarato dai testi Botré Francesco e Aiello Giacomo, quest'ultimo all'epoca responsabile dell'Ufficio della Procura Antidoping del CONI, esaminato nel corso dell'udienza del 14 giugno 2002, dal 1992 e fino alla stagione 1998/99, la FIGC aveva agito sulla base di una convenzione con la Federazione Medica Sportiva e non era assolutamente organizzata per poter ricevere notifiche preventive, mentre dopo l'inizio del procedimento penale che ha dato luogo all'attuale processo, la Federazione aveva provveduto a creare una struttura adeguata per ricevere tali notifiche presso l'ufficio medico della Nazionale di Coverciano.

Il mancato rispetto del regolamento sportivo, in questo caso, non può essere addebitato, dunque, al dottor Agricola, pur rimanendo immutate le responsabilità dell'imputato in ordine alla gestione dei farmaci e, per qualche verso, risultando addirittura accentuate tali responsabilità relativamente alla gestione dei corticosteroidi.

Si è detto come tutte le società omettessero di presentare le notifiche preventive, in pratica per volontà della FIGC che pur recependo il regolamento antidoping CIO, dal 1992 al 1995, non si era

neppure preoccupata di tradurne il testo in modo che le notifiche potessero essere eseguite ad un organo della Federazione stessa e quando, dopo il 1995, ha modificato il testo della disposizione, essa ugualmente non si è minimamente attivata e preoccupata di creare tale organismo, in modo che effettivamente le società potessero provvedere alla presentazione delle notifiche preventive.

Tale comportamento contraddittorio della Federazione (ma per quel che è emerso nel corso del dibattito non si può dire che il CONI se ne desse maggior pensiero), di fatto ha consentito alle società di omettere ogni notifica preventiva, continuando a dichiarare i medicinali assunti solo per i giocatori sorteggiati in sede di controlli antidoping dopo la partita.

Si è anche osservato che, in fondo, le notifiche preventive non assumevano una decisiva importanza, trattandosi di dichiarazioni che, comunque, avrebbero riguardato solo somministrazioni di farmaci per via inalatoria, locale o intra-articolare e, quindi, di scarsa importanza, tanto che qualche somministrazione di questo tipo - si è rilevato - avrebbe potuto essere effettuata pure in corso di competizione e perciò mai avrebbe potuto essere dichiarata preventivamente.

Rimangono molte perplessità in ordine a quest'ultima affermazione e, cioè, che infiltrazioni locali e intra-articolari di cortisone potessero essere effettuate anche nel corso della partita. Come si è detto, il cortisone è diverso dal semplice anestetico locale e persegue finalità terapeutiche difficili da realizzare in corso di competizione.

Si può concordare, invece, sul fatto che le notifiche preventive non riguardassero somministrazioni particolarmente impegnative proprio per le restrizioni che all'uso di certi farmaci venivano imposte dai regolamenti sportivi.

La rilevanza del problema, però, risiede proprio in questa evidente considerazione, oltre che nella coerenza dei comportamenti che impone, una volta attuate certe scelte, di seguirle fino in fondo per renderle effettive ed efficaci.

Le notifiche preventive, invero, riguardano somministrazioni di scarso interesse solo se la normativa adottata venga rispettata e si tratti davvero di uso molto limitato di certi medicinali, per i quali le normali forme di somministrazione sono proibite.

Se, però, quanto previsto dal regolamento antidoping non viene rispettato, il fatto che l'uso dei corticosteroidi sia comunque ammesso - sia pure con determinate restrizioni - costituisce la giustificazione quanto meno alla detenzione di tale tipo di farmaci.

Ecco perché assume ancora maggior rilievo il fatto che l'imputato abbia acquistato tali specialità medicinali senza osservarne le regole prescritte per l'acquisto e, soprattutto, li abbia somministrati senza alcuna forma di documentazione, neppure nelle schede tecniche di cui si dirà a proposito delle compresse di cortisone.

Né si può più di tanto invocare il principio secondo il quale è l'accusa che fornisce la prova della responsabilità, perché in questo caso di elementi a carico dell'imputato ne esistono parecchi e tutti univocamente diretti nella medesima ottica.

L'imputato non avrebbe potuto costituire una riserva di medicinali, di fatto allestendo un magazzino gestito con il principio della giacenza minima delle varie specialità medicinali; l'imputato non avrebbe potuto somministrare farmaci senza adeguata documentazione e senza attenersi alle indicazioni terapeutiche riportate nell'autorizzazione ministeriale; l'imputato non avrebbe potuto detenere e somministrare tanti corticosteroidi quanti risultano dai documenti che ne attestano l'avvenuto acquisto.

Poiché dunque la maggior parte di tali farmaci non è stata più rinvenuta nelle giacenze di magazzino è evidente che essi sono stati somministrati e, allora, nella descritta situazione, avrebbe dovuto essere il dottor Agricola, a monte responsabile di tale situazione, almeno a giustificare su quali giocatori e per quali patologie siano stati somministrati tanti corticosteroidi, ma l'imputato che pur ha vantato una solida memoria non lo ha fatto e non ha fornito alcuna spiegazione a tal riguardo.

Il pubblico ministero, anzi, ha ricordato come emblematico il caso Torricelli. Il giocatore era stato sentito a sommarie informazioni il 25 novembre 1998, nel corso delle indagini preliminari ed il

relativo verbale è stato acquisito agli atti. In tale verbale, tra le tante dichiarazioni, Torricelli aveva anche affermato: "Non ricordo di aver usato prodotti cortisonici tipo Bentelan, prendo atto che secondo quanto risulta dal verbale di prelievo antidoping relativo alla partita Juve-Parma del 31 marzo 1996 fu dichiarato che avevo assunto del Bentelan. In effetti, ricordo questo farmaco; a prescrivermelo è stato sicuramente il medico della società dottor Agricola. Non ricordo per quale motivo, posso ipotizzare per terapia anti-infiammatoria un po' più forte rispetto al normale Voltaren. Non ricordo se il medico mi diede delle giustificazioni per farmi assumere il Bentelan, quindi non ricordo se il medico mi disse che l'uso del Bentelan poteva essere doping.

Non sono in grado di dire nulla circa i dosaggi di cortisonemia a cui sarei stato sottoposto da parte dello staff medico della Juve.

Prima di assumere il Bentelan non conoscevo questo prodotto.

Escludo che il medico della società mi abbia mai somministrato qualche prodotto dicendomi che a certe condizioni poteva essere doping."

Nel corso del dibattimento, Moreno Torricelli è stato sentito come testimone e gli è stato nuovamente richiesto se nel periodo juventino avesse anche fatto uso di Bentelan ed il giocatore così ha risposto: "Non uso frequente, mi ricordo che l'ho usato una volta, perché avevo una forte infiammazione a una gamba e l'ho fatto a uso locale.

GIUDICE - Con infiltrazioni sul punto?

TORRICELLI - Sì.

GIUDICE - Altre volte non l'ha mai più usato?

TORRICELLI - No, l'ho usato in quella precisa circostanza come terapia, siccome avevo questa forte infiammazione.

GIUDICE - Che cos'era? Un'infiammazione di che cosa?

TORRICELLI - Del cavo popliteo mi sembra, adesso non sono..."

Il pubblico ministero, allora, ha chiesto spiegazioni al teste delle sostanziali differenze tra le prime e le successive dichiarazioni e Torricelli ha fornito delle giustificazioni nel modo che segue:

"P.M. -Lei quando ha parlato del Bentelan, senza che le venisse domandato dal Presidente, ha detto che lo prendeva per uso locale.

TORRICELLI - Sì.

P.M. - Cosa vuole dire "per uso locale"?

TORRICELLI - Mi hanno fatto un'iniezione dove avevo questa infiammazione.

P.M. - Sa la differenza tra uso locale e iniezione intramuscolare?

TORRICELLI - Sì.

P.M. - Ce la può dire?

TORRICELLI - La differenza è che questo farmaco qua, se preso, non lo so, a iniezione intramuscolare, adesso non so bene, può essere doping se non è.....

....quando sono stato dal professor Guariniello che mi ha detto che poteva essere doping se era... io sono uscito da lì e sono andato a informarmi.

P.M. - Da chi si è informato?

TORRICELLI - Mi sono informato dal dottor Agricola.

P.M. - È per questo che oggi riferisce così.

TORRICELLI - Sì, è per quello..." (udienza del 27 ottobre 2003 - pagine 89 e seguenti).

Come è di tutta evidenza, il teste nel corso della testimonianza dibattimentale ha fatto dichiarazioni del tutto diverse da quelle rese al pubblico ministero nel verbale di sommarie informazioni.

Non è il caso di approfondire che cosa gli abbia detto l'imputato con il quale il teste ammette di aver parlato, per stabilire se sia più verosimile la ricostruzione a tal riguardo proposta in sede di discussione dal pubblico ministero ovvero quella effettuata dalla difesa.

E' certo, però, che il teste ha dichiarato il falso: non è vero che egli ha parlato con il dottor Agricola dopo che era stato sentito dal pubblico ministero ("...io sono uscito da lì e sono andato a informarmi.."). Non vi sarebbe stata alcuna ragione per farlo, avendo egli ormai reso le proprie dichiarazioni.

Né risponderebbe a logica pensare che del proprio malanno Torricelli non ricordasse quasi nulla a distanza di circa due anni e mezzo dal fatto (marzo 1996-novembre 1998) e, invece, avrebbe ricordato così bene circa cinque anni dopo quanto a lui sarebbe stato spiegato da Agricola immediatamente dopo la deposizione resa al pubblico ministero (novembre 1998- ottobre 2003). Il teste, inoltre, nel novembre 1998, pur non ricordando esattamente il fatto, comunque ha dimostrato di conoscere abbastanza bene gli effetti del Bentelan, specificando che trattasi di un anti-infiammatorio ben più potente dello stesso Voltaren che come anti-infiammatorio già non scherza. Egli, poi, non è stato in grado di specificare modalità, tempi e dosaggi della terapia pur riferendosi complessivamente ad una cura difficilmente interpretabile come un'unica infiltrazione locale. Nella seconda circostanza, nell'ottobre 2003, invece, il teste è stato precisissimo: ha specificato il tipo di infiammazione di cui avrebbe sofferto; la forma della somministrazione (ovviamente l'unica consentita, se accompagnata da notifica preventiva); ha precisato che si sarebbe trattato di un'unica infiltrazione (miracolo del Bentelan) ed ha saputo specificare, contrariamente a quanto affermato nella prima deposizione, che una diversa somministrazione del cortisone sarebbe stata considerata doping per i regolamenti sportivi, circostanza che giustamente ha tanto allarmato il pubblico ministero.

Risulta evidente, insomma, che indipendentemente dal contenuto della dichiarazione testimoniale di Torricelli, verosimilmente costruita ad arte, il teste comunque non si è rivolto ad Agricola dopo aver reso dichiarazioni al pubblico ministero, ma ha parlato con l'imputato nel corso del dibattimento, dopo aver ricevuto la citazione per testimoniare e nei tempi immediatamente precedenti all'udienza in cui ha reso la propria testimonianza.

Tale scorretto comportamento, oltre ad imporre la necessità di un ulteriore accertamento giudiziario, per quanto riguarda l'aspetto che più interessa in questa sede, mina gravemente l'attendibilità delle complessive dichiarazioni rilasciate dal teste e getta ombre ancora più fosche sulla reale somministrazione di Bentelan che l'imputato ha effettivamente praticato a Torricelli nel marzo 1996.

Se si va a controllare le dichiarazioni rese dai giocatori in sede di sorteggio antidoping, si può facilmente notare come in un periodo di circa quattro anni solo 7 calciatori della Juventus abbiano dichiarato di aver assunto Bentelan, Torricelli compreso, e ovviamente - è da ritenere - per somministrazioni locali o intra-articolari, perché diversamente tali dichiarazioni dovrebbero essere interpretate come confessioni di doping.

Ma, allora, dove sono finite tutte le fiale di Bentelan e di Depo-Medrol di cui nessuno ha mai parlato? Quale uso è stato fatto di tante confezioni di corticosteroidi acquistate e non più rinvenute e, quindi, certamente utilizzate?

Il dottor Agricola che non ha tenuto alcuna documentazione in ordine a questi, come agli altri medicinali da lui utilizzati, non ha fornito alcuna giustificazione a tal riguardo.

Né - passando al secondo aspetto della questione - giustificazione alcuna è stata offerta in ordine alle 32 confezioni di Bentelan compresse, nonché delle compresse delle altre specialità che, sia pure in misura ridotta, sono anche state acquistate ed utilizzate.

Come si è visto, poiché la somministrazione per via orale dei corticosteroidi è assolutamente vietata dai regolamenti sportivi e poiché per tali specialità non può neppure essere invocata la qualità di farmaco salvavita, dei cortisonici in compresse non si giustifica in alcun modo neppure la semplice detenzione.

Il difensore ha provato a giustificare l'uso delle tante compresse di cui si tratta, sostenendo che la somministrazione dei prodotti in parola è vietata solo se gli atleti che li assumono partecipano alla competizione, mentre risulta lecita se tale somministrazione sia effettuata su atleti nei periodi di inidoneità e, quasi rimproverando il perito che non le aveva prese in considerazione ed il pubblico ministero che lamentava ancora una volta la totale mancanza di documentazione, ha rinviato alle schede sanitarie dei giocatori, invitando a consultarle attentamente, perché in esse vengono riportati per ciascun giocatore i periodi e le cause di accertata inidoneità all'attività sportiva agonistica.

Ebbene, in atti risultano acquisite le schede sanitarie di 31 giocatori che dal 1995 in avanti sono stati tesserati per la Juventus. Solo per 18 giocatori sono stati riscontrati periodi di temporanea inidoneità alla pratica sportiva e i casi più gravi riguardano certamente i giocatori Conte e Tacchinardi, dei quali si dirà a proposito degli esami ematologici.

Dei rimanenti giocatori, se si escludono alcune inidoneità assolutamente lievi, come quelle che hanno riguardato i giocatori Dimas (2 giugno 1998) e Iuliano (3 giugno 1998) per settoplastica nasale (i due interventi sembrano programmati in contemporanea) ovvero i giocatori Inzaghi (16 aprile 1998) per trauma contusivo labbra e Davids (23 luglio 1997) per frattura gamba, il numero si riduce a 12 calciatori, oltre ai menzionati Conte e Tacchinardi, relativamente ai quali si può subito premettere che, in ordine al primo, risulta praticato cortisone solo in ambito ospedaliero durante il ricovero subito a maggio 1996 e, per quanto riguarda il secondo, pure dei cortisonici sono stati somministrati ma con prescrizioni mediche specifiche, almeno per quanto riguarda l'episodio di broncopolmonite interstiziale bilaterale del febbraio 1996.

I 12 calciatori ai quali si è fatto riferimento risultano essere rimasti inidonei: Amoruso per 3 mesi (dal 30 novembre 1997) per frattura spiroide del 3° distale perone destro; Del Piero per 30 giorni (dal 29 settembre 1996) per distrazione 2° grado legamento collaterale mediale ginocchio sinistro; Deschamps per 30 giorni (dal 26 novembre 1997) per distrazione muscolare di 2° grado retto femorale coscia destra; Di Livio per 8 giorni (dal 10 novembre 1995) per distorsione ginocchio sinistro e per 60 giorni (dal 22 ottobre 1997) per distorsione di 2° grado preinserzionale del gemello mediale destro; Ferrara per 60 giorni (dal 29 maggio 1996) per distrazione di 2° grado inserzione adduttore lungo coscia sinistra e distrazione di 1° grado inserzione retto addominale sinistro; Fonseca per 15 giorni (dal 20 gennaio 1998) per distorsione tibio-tarsica e per 60 giorni (dal 12 marzo 1998) per lesione muscolo bicipite femorale destro; Montero per 30 giorni (dal 19 ottobre 1997) per distorsione ginocchio destro e meniscectomia selettiva laterale artroscopica; Padovano per 10 giorni (dal 1° agosto 1997) per tendinopatia achillea sx; Peruzzi per 20 giorni (dal 10 settembre 1995) per frattura ossa del naso, per 20 giorni (dal 23 settembre 1996) per frattura V costa emitorace dx, per 20 giorni (dal 22 ottobre 1997) per stiramento muscolo adduttore lungo coscia destra e per 50 giorni (dal 31 maggio 1998 - infortunio avvenuto in Nazionale) per lesione muscolare gemello mediale gamba sinistra; Pessotto per 45 giorni (dal 31 ottobre 1996) per distrazione tendine achilleo destro e per 30 giorni (dal 30 novembre 1997) per stiramento muscolare retto femorale coscia destra; Torricelli per 20 giorni (dal 4 febbraio 1996) per distorsione ginocchio destro con distrazione menisco capsulare postero mediale e distrazione di 1° grado legamento collaterale mediale, per 10 giorni (dal 1° agosto 1996) per distorsione lieve ginocchio destro e per 180 giorni (dal 9 marzo 1997) per distorsione ginocchio destro e lesione legamento crociato anteriore e menisco mediale e, infine, Vierchowod per 20 giorni (dal 7 settembre 1995) per pneumotorace spontaneo a destra.

Occorre ricordare, a questo punto, quali siano le indicazioni terapeutiche dei corticosteroidi in generale e del Bentelan in particolare per le quali tali farmaci risultano immessi in commercio. "Il Bentelan compresse è indicato nel trattamento di: artrite reumatoide; asma bronchiale; colite ulcerosa; collagenopatie; dermatosi infiammatorie; emopatie discrasiche; ileite segmentaria (sindrome di Crohn); miocardite reumatica; pemfigo; neoplasie, specialmente a carico del tessuto linfatico; sarcoidosi; sindrome nefrosica; spondilite anchilosante; gravi allergopatie.

Il Bentelan fiale è indicato nel trattamento di: edema cerebrale; ematopatie riacutizzate; shock chirurgico; shock da trauma o da ustioni; crisi d'insufficienza surrenalica acuta; gravi reazioni allergiche ed asmatiche; reazioni anafilattiche; infarto del miocardio; periartrite delle articolazioni; sostituzione della terapia orale in caso: di vomito, diarrea persistente, interventi di chirurgia maxillo-facciale." (pagina 32 relazione del perito).

Come si vede, l'uso del Bentelan e, in genere dei corticosteroidi, relativamente alle patologie sofferte dai giocatori di cui è stata dichiarata la temporanea inidoneità alla pratica sportiva non risulta specificamente indicato; non si può escludere peraltro che per taluna di tali patologie l'imputato possa ugualmente averne fatto uso, come anti-infiammatorio o per altra ragione, ma

allora lo stesso dottor Agricola avrebbe dovuto precisare bene per quale giocatore, per quale ragione, in quale forma farmaceutica, in quale occasione e in quali dosi la somministrazione sarebbe avvenuta, consentendo a tal riguardo di effettuare tutte le eventuali verifiche.

L'imputato, insomma, avrebbe fatto bene, prima, a rispettare le norme che riguardano l'acquisto, la prescrizione e la somministrazione dei farmaci e, nel corso del processo, quanto meno a fornire una risposta ai quesiti di cui si tratta circa l'uso dei corticosteroidi, anziché attendere che nelle conclusioni fossero i propri difensori a rinviare - peraltro del tutto genericamente e tardivamente - alle schede sanitarie dei giocatori.

E, dunque, a chi sono state somministrate le compresse contenute nelle 32 confezioni di Bentelan? A chi sono state somministrate le altre compresse contenute nelle confezioni di Deflan, Deltacortene e Flantadin? A chi sono state somministrate tutte le fiale di Depo-Medrol e di Bentelan acquistate e utilizzate dal dottor Agricola?

La difesa, inoltre, ha pure ricordato che a questo riguardo, come del resto sugli altri punti del processo, l'imputato si è autodenunciato e il relativo procedimento d'indagine è stato archiviato. L'imputato, invero, ha pensato di rivolgersi alla Procura Antidoping del CONI, con un atto davvero discutibile, che avrebbe potuto anche essere ritenuto irrilevante in questo processo, se tale atto di autodenuncia non fosse stato prodotto dalla difesa, con il relativo provvedimento di archiviazione e se i difensori non avessero più volte ricollegato a tale comportamento la dimostrazione della correttezza e della perfetta buona fede dell'imputato.

Il dottor Agricola, in realtà, il 28 giugno 2000, scriveva al Procuratore Antidoping e al Segretario Generale CONI, raccontando del procedimento penale che lo riguardava da circa due anni e sostanzialmente chiedendo di poter conoscere se il comportamento da lui tenuto fino a quel momento rispondesse ai regolamenti del CIO e della FIGC, per sentirsi in qualche modo confortato nel continuare la propria attività.

Pare superfluo osservare come tale iniziativa sia da ritenere inutile, inopportuna e pretestuosa, perché dall'esito scontato.

Il dottor Agricola si è rivolto ai menzionati Organi del Coni dopo aver appreso che il pubblico ministero riteneva chiusa la fase delle indagini preliminari, tanto che - come lo stesso imputato ha riferito nel proprio scritto - aveva già notificato l'avviso a norma dell'articolo 415-bis del codice di procedura penale.

Trattandosi di procedimento a citazione diretta, non era difficile, a quel punto, ipotizzare che il pubblico ministero avrebbe sicuramente emesso decreto di citazione a giudizio e l'imputato, infatti, ha fatto chiaramente trasparire tale fondata previsione nell'atto di autodenuncia.

Ma, allora, a che cosa avrebbe potuto servire il riferito comportamento, se non a creare indebite interferenze di organi amministrativi, ancorché autorevoli, nel processo penale che si sarebbe instaurato di lì a poco?

Da qui, l'inutilità e l'inopportunità dell'autodenuncia. Se il dottor Agricola fosse stato così sicuro di aver agito con lealtà e correttezza, come da lui vantato nello scritto al CONI, avrebbe dovuto soltanto attendere con fiducia l'esito del processo.

Egli, invece, ha intrapreso tale iniziativa, sicuro del risultato scontato che la denuncia avrebbe avuto e solo per ottenere tale scopo.

Il procedimento penale iscritto a Torino a carico del dottor Agricola, invero, era noto a tutti, perché ampiamente pubblicizzato dai principali organi di informazione e, quindi, anche il CONI e i suoi Organi competenti non potevano non esserne a conoscenza e se avessero voluto agire d'iniziativa non avrebbero avuto certo bisogno dell'autodenuncia di Agricola.

Proprio per evitare interferenze, sempre sgradevoli e inopportune, se mai, sarebbe stato comunque preferibile ed opportuno che gli Uffici competenti del CONI attendessero prima l'esito del processo. Ma, in ogni caso, una volta che l'imputato si fosse autodenunciato, come in realtà è avvenuto, che cosa avrebbe potuto fare la Procura antidoping, se non rimanere nell'ambito delle proprie competenze e chiedere perciò l'archiviazione, prevalentemente sulla base del fatto che non risultavano riscontrate positività ai controlli antidoping degli atleti della Juventus?

A questo riguardo, peraltro, si può osservare che è principio di comune e diffusa esperienza quello secondo il quale per trovare qualcosa (in questo caso le eventuali positività dei giocatori alle sostanze vietate) bisogna prima cercarla, per cui il dottor Agricola che ben conosceva i sistemi e le procedure di controllo di cui si è detto, all'epoca in vigore, era perfettamente consapevole che la propria autodenuncia sarebbe stata destinata solo ad accelerare i tempi di una sicura archiviazione. E così è stato.

Da qui, la pretestuosità del riferito comportamento, che è servito soltanto perché si potesse sostenere nel processo che l'imputato aveva agito con lealtà e correttezza riconosciute pure dai massimi Organi sportivi ed in perfetta buona fede, come l'atto di autodenuncia finiva con l'attestare. A fronte di tali preordinati apprezzamenti, però, rimane il dato oggettivo costituito dal numero e dal tipo di specialità medicinali a base di corticosteroidi che risultano utilizzate dal dottor Agricola e a tal riguardo, anzi, va ancora ricordato come il numero delle confezioni di cui si tratta si evince unicamente dai documenti commerciali rinvenuti presso la società e deve necessariamente essere valutato per difetto, come ha rilevato pure il perito (pagina 34), potendosi ipotizzare l'eventuale incompletezza nella documentazione stessa ovvero l'utilizzazione di campioni gratuiti forniti direttamente ai medici dalle case farmaceutiche produttrici ovvero l'acquisto di medicinali effettuato direttamente dai calciatori o da terze persone e così via (in atti vi è prova documentale di ricette mediche redatte per casi particolari e specifici dallo stesso dottor Agricola o anche dal dottor Giorgio Diaferia o dal dottor Guidalberto Guidi o dal dottor Francesco Coni).

Tali elementi, in aggiunta al fatto che i corticosteroidi di cui si tratta, comprese le confezioni in compresse, risultano acquistati negli anni con sistematica ripetitività, proprio nel pieno rispetto del principio, in vigore per il rinnovo dei medicinali della "farmacia" della Juventus, della giacenza minima dei vari tipi di farmaci e in aggiunta al fatto che le confezioni di medicinali a base di corticosteroidi acquistate erano relative ad un uso sistemico di somministrazione, inducono a ritenere provato che la somministrazione dei corticosteroidi in parola sia avvenuta prevalentemente in forme e per finalità non consentite dai regolamenti sportivi e per indicazioni diverse da quelle riportate nelle autorizzazioni al commercio dei rispettivi farmaci.

Il perito, nel concludere sul punto, ha rilevato che presso la Juventus "le specialità medicinali a base di corticosteroidi per via sistemica sono da intendersi come somministrate o prescritte off-label a calciatori sani ed in attività agonistica" (pagina 35) e la ragione della somministrazione dei farmaci in parola sarebbe da ricercare oltre che nel potenziale e noto effetto psicostimolante dei corticosteroidi che fa sì che essi siano vietati dai regolamenti sportivi, anche "nelle proprietà generali anti-stress di questi ormoni, a fronte di eventi agonistici competitivi o sedute di allenamento gravose." (pagina 31).

Ad inizio pagina 18 della relazione peritale, si legge: "A livello del sistema nervoso centrale un ruolo morfo-funzionale molto rilevante è giocato dai fosfolipidi cerebrali.....Uno dei componenti più significativi dei citati fosfolipidi è la fosfatidilserina, che si trova nella membrana cellulare di una ampia varietà di organismi."

La specialità farmaceutica Liposom forte è "costituita dai liposomi di fosfolipidi ipotalamici, quali fosfatidilserina, fosfatidilcolina, fosfatidiletanolamina, sfingomieline e altri in bassa concentrazione più mannitolo per migliorare la tollerabilità locale." (pagina 19). Il mannitolo appartiene alla classe dei diuretici, proibiti dalle liste CIO, anche se nella specialità Liposom forte la quantità di mannitolo presente è da ritenere "assolutamente inadeguata ad indurre un effetto diuretico".

La specialità Tricortin 1000 "ha come principi attivi i seguenti fosfolipidi cerebrali: fosfatidilcolina, fosfatidiletanolamina, fosfatidilserina, colina, etanolamina, serina, acido fosfatidico.....La specialità medicinale contiene inoltre lidocaina per migliorare la tollerabilità locale." (pagina 20). Come si è già osservato la lidocaina è un anestetico locale che, come tale, è incluso tra le sostanze a restrizione d'uso di cui pure si è detto.

La difesa ha osservato che l'autorizzazione ministeriale del Liposom forte è in corso di revisione, ma intanto occorre ricordare che le indicazioni terapeutiche attualmente autorizzate (AIC

21432024) per tale specialità medicinale sono tuttora quelle in vigore all'epoca dei fatti e, cioè, quelle di: "coadiuvante nella terapia delle alterazioni metaboliche cerebrali conseguenti a turbe neuroendocrine".

Le indicazioni terapeutiche del Tricortin 1000 approvate dal Ministero (AIC 19941020) sono: "stati ipossidotico-dismetabolici del SNC: traumi cranici, sindromi commozionali e stati post-commotivi, encefalomielopatie aterosclerotiche, cefalee vasospastiche o tossiche, intossicazioni endogene ed esogene; sindromi polialgico-neurotiche, polineuriti tossiche alcoliche, poliradicoloneuriti artrosiche, paralisi periferiche del VII, stati polialgico-neurotici senza base organica obbiettivabile." Come si vede, si tratta di due specialità medicinali dalle caratteristiche affini e per questo trattate unitariamente dal perito, anche se occorre rilevare che di Tricortin 1000, tra il 1996 ed il 1997, risultano acquistate dalla Juventus solo 7 confezioni in fiale (2+5) e nessuno dei giocatori ha mai dichiarato di avere assunto tale medicinale.

Per quanto riguarda, invece, il Liposom, dall'elenco degli acquisti effettuati dalla società, risultano acquistate 5 confezioni di Liposom fiale (nel giugno 1997) e ben 51 confezioni di Liposom forte fiale distribuite negli anni, mentre tra i farmaci in giacenza sono state rinvenute 10 confezioni di Liposom forte fiale.

E' bene precisare, come del resto ha fatto lo stesso imputato, che tra il Liposom e il Liposom forte l'unica differenza era costituita dall'eccipiente, che - per quanto riguarda il Liposom - consisteva nella lidocaina, il che rendeva tale farmaco - al pari del Tricortin 1000 - del tutto vietato dai regolamenti sportivi, non potendo essere utilizzata la lidocaina se non per un uso locale.

Il Liposom, inoltre, aveva assunto una certa notorietà nell'ambito del caso Scarpa che aveva denunciato una somministrazione di sostanze vietate. Daniele Scarpa, canoista di notevole livello, è stato sentito a sommarie informazioni testimoniali in data 25 agosto 1999 (il relativo verbale è acquisito agli atti) ed ha confermato che nel 1994, in occasione dei mondiali svoltisi in Messico, gli venne somministrato il Liposom per via intramuscolare, sostanza che egli all'epoca non conosceva e che aveva poi scoperto essere inclusa tra le sostanze proibite.

Il Liposom non è stato mai dichiarato dai calciatori tra i farmaci assunti (anche perché ne è vietata l'assunzione), anche se al pari del Tricortin 1000 se ne è perduta traccia non essendo stato neppure rinvenuto tra i farmaci in giacenza; il Liposom forte, invece, risulta nelle dichiarazioni rese da tre giocatori al sorteggio antidoping: Deschamps e Ravanelli, entrambi il 24 settembre 1995 e Conte l'11 marzo 1998.

Si è sostenuto da parte della difesa che il Liposom forte sarebbe specialità medicinale indicata nel trattamento delle sindromi depressive blande.

Il perito non si è dichiarato d'accordo con tale indicazione che, del resto, contrasta nettamente con le indicazioni terapeutiche riportate nell'autorizzazione ministeriale ed ha osservato che: "...numerosi studi...attuati sia nell'animale da laboratorio, sia nell'uomo documentano le ampie interrelazioni fra i fosfolipidi cerebrali, il sistema dopaminergico e le attività motorie." (pagina 24 relazione scritta). L'imputato, invece, sempre nell'ottica di una limitata azione farmacologica di tale medicinale, ribadendo che esso può essere utilmente impiegato in casi di nevrosi ansiose depressive o in blande situazioni psiconevrotiche, così ha spiegato i tre casi relativi ai giocatori che ne avevano dichiarato l'assunzione: ".....guardi, quelli sono stati tre casi proprio ben definiti eh, dal punto di vista clinico. Perché ci sono anche dei ricordi precisi, cioè Deschamps, tanto per dire, era qualche giorno che veniva a lamentarsi del fatto che soffriva di una situazione di non pieno benessere, prevengo già subito eventuali... che era chiaramente di altro tipo clinicamente di quelli che ho descritto prima. Lamentava di essere blandamente - non molto - depresso, un pochino depresso, lamentava di soffrire di cefalea, tanto è vero che io poi l'ho sottoposto a un esame che ho anche qui. E per cui io ho fatto diagnosi, essendo anche uno specialista seppure non più in grande attività ma comunque non sono diagnosi difficili, ho fatto una diagnosi di blanda sindrome, così, depressiva. Però, siccome soffriva di mal di testa, e questo mal di testa me lo riferiva da alcuni giorni, un certo giorno gli ho effettuato una tac del cervello, perché volevo essere sicuro di non sbagliarmi, che non ci fosse qualcosa. La tac del cervello ha dato esito completamente negativo, e quindi ho, a lui, prescritto

immediatamente il Liposom Forte che ha continuato per 20-30 giorni, una fiala al giorno intramuscolare. Ravanelli aveva una sintomatologia....no, Deschamps è nel '95 mi sembra, mi sembra. Ravanelli mi sembra uguale, anche nel '95, e anche lui, combinazione nello stesso periodo, ma la prescrizione di Liposom è stata talmente limitata che mi permette di ricordarlo benissimo, il Liposom anche Ravanelli ha avuto un periodo di stress. Ricordo che gli era nato il bambino, o la bambina, adesso non ricordo, in quel periodo, e non dormiva la notte. Quindi non erano fattori legati allo sport, ma erano questioni ambientali di tipo familiare, e quindi non dormiva la notte, arrivava al campo, era più stanco di prima, perché non riposava bene e cose del genere, e anche lui ha fatto un ciclo. E infine Conte, che invece è avvenuto mi sembra nel '98, venne un giorno a manifestare a me un suo disagio, adesso molto personale, di tipo comunque familiare, di tipo affettivo....." (trascrizioni registrazioni dell'udienza del 10 luglio 2003 - pagine 186 e seguenti). I difensori hanno ripreso gli argomenti proposti dall'imputato ed hanno cercato di dimostrare che il dottor Agricola aveva dichiarato il vero, assumendo che - almeno in due dei tre casi in questione - vi sarebbe pure un riscontro obiettivo alle affermazioni dell'imputato, costituito - per quanto riguarda Deschamps - da una tac effettivamente da lui eseguita presso la clinica Koelliker in data 15 settembre 1995 e, cioè, nove giorni prima della dichiarazione effettuata dal giocatore di assunzione del Liposom forte e - per quanto riguarda Conte - dalle dichiarazioni che quest'ultimo ha reso in testimonianza a conferma della crisi di tipo affettivo da lui vissuta nella primavera del 1998. Rimane il caso Ravanelli che nel corso dell'esame testimoniale non ha confermato le dichiarazioni del dottor Agricola, ma a tal riguardo - secondo il difensore - il certificato di stato di famiglia prodotto dal pubblico ministero, in cui viene attestata la nascita del primo figlio di Ravanelli, Luca, l'11 gennaio 1995, dimostrerebbe la fondatezza delle affermazioni dell'imputato, in quanto nel settembre successivo il bambino aveva poco più di otto mesi. Ancora una volta, però, le argomentazioni difensive non possono essere condivise e necessitano di un maggiore approfondimento, perché i dati obiettivamente raccolti nel processo non confermano quanto dichiarato dal dottor Agricola e, talvolta, smentiscono apertamente le affermazioni dell'imputato. Cominciando da Deschamps, va rilevato che nessun elemento oggettivo conferma le affermazioni di Agricola e, anzi, vi sono elementi certamente contrari. Intanto, non ha alcun significato, per trovare conferme ad una eventuale blanda depressione del giocatore, ricordare che il predetto era stato sottoposto ad una tac alcuni giorni prima della dichiarazione di assunzione del Liposom forte, perché la necessità di tale tomografia può essere stata determinata dal mal di testa del giocatore, proprio come riferito dall'imputato, così come dalla necessità di verificare eventuali conseguenze di colpi o traumi patiti nello stesso periodo da Deschamps, ma ad essa non può riconnettersi una diretta riferibilità alla depressione del giocatore di cui si sostiene l'esistenza. Il pubblico ministero, dal canto suo, agli evanescenti argomenti della difesa, ha contrapposto i valori di cortisolo e di testosterone accertati al giocatore nel periodo in parola, tutti ampiamente nella norma, rilevando come pure dal livello abbastanza elevato di emoglobina evidenziato all'epoca dagli esami del sangue eseguiti su Deschamps fosse verosimile ricavare uno stato di benessere e non di disagio del giocatore. Ma il dato maggiormente rilevante, a tal riguardo, è costituito dal fatto che Didier Dechamps è stato sentito a sommarie informazioni testimoniali per ben tre volte, il 18 agosto ed il 14 settembre 1998, nonché il 12 marzo 1999 (i relativi verbali sono stati acquisiti sull'accordo delle parti), ed in nessuna di tali circostanze ha mai riferito di aver assunto il Liposom forte. E' vero che non risulta essere stata posta la domanda specifica e, anzi, trattandosi di un giocatore sul quale gravava il sospetto di un valore di ematocrito piuttosto elevato di cui si dirà, l'attenzione magari era stata rivolta più all'assunzione di prodotti che potessero influire sui dati ematologici che altro, ma è altrettanto vero - e ciò si ricava dalle risposte fornite dal calciatore soprattutto nel primo verbale in cui si parla di vitamine, di creatina e di ogni genere di prodotti - che a Deschamps era stato chiesto di riferire quali sostanze gli fossero state somministrate dal medico nel periodo in cui

egli era alla Juve e del Liposom forte non si è mai parlato, così come non si è mai parlato di depressione, di disagio o di altre forme di manifestazione di patologie del genere.

Si potrà pure ritenere che da tali elementi non emerge con certezza che quanto sostenuto dall'imputato sia falso, ma nella descritta situazione affermare che la tac effettuata dal giocatore possa essere elemento a conforto della tesi proposta da Agricola pare veramente eccessivo.

Il secondo caso riguarda Conte e, a questo proposito, occorre ricordare che Antonio Conte, esaminato come testimone nel corso dell'udienza del 21 luglio 2003, effettivamente ha ammesso di aver fatto uso di Liposom forte.

A ben vedere, però, il teste non è stato in grado di chiarire e precisare le proprie affermazioni e, anzi, se si rilegge con attenzione quanto da lui affermato (v. trascrizioni registrazione dell'indicata udienza - volume 2° - pagine 267 e seguenti), non può non rilevarsi come Conte, da una parte, non abbia inteso precisare in alcun modo quale potesse essere stata la situazione di fatto che aveva generato il disagio e il malessere di cui ha parlato, che - a suo dire - ne riduceva pure il rendimento atletico ed agonistico, assumendo trattarsi di eventi particolarmente intimi e dolorosi sui quali egli preferiva mantenere il massimo riserbo e, dall'altra parte, non è stato in grado di ricordare neppure in quale periodo ciò sarebbe accaduto e se altri compagni di squadra fossero venuti a conoscenza della descritta situazione.

Se a ciò si aggiunge, poi, che il testimone, al pari della maggior parte degli altri suoi colleghi esaminati, come meglio si vedrà, è stato certamente vago, impreciso e poco collaborativo in ordine alle domande che gli venivano poste, si ha il quadro completo della situazione nella quale invocare elementi di conforto alla tesi prospettata dall'imputato è operazione che appare davvero azzardata e destituita di fondamento.

Nel terzo caso, infine, l'imputato ha ricevuto una chiara e aperta smentita dalla testimonianza resa da Fabrizio Ravanelli nell'udienza del 19 dicembre 2003.

Il teste, infatti, ha affermato con piena convinzione, non soltanto di non aver mai assunto consapevolmente Liposom forte, ma ha anche ribadito con forza di non aver mai vissuto disagi familiari di nessun tipo.

Quando gli è stato fatto osservare che l'assunzione del Liposom forte da parte sua risultava, in fondo, da un verbale di prelievo antidoping, il giocatore ha mantenuto ferma la sua posizione e, anzi, un po' meravigliato, su specifica domanda, ha precisato che tali dichiarazioni, in sede di sorteggio antidoping, venivano fatte dal medico che accompagnava il calciatore e non dal giocatore. Come si è detto, a tal riguardo, il pubblico ministero - forse per smentire le affermazioni dell'imputato che aveva dichiarato che in quel periodo a Ravanelli era appena nato un figlio - ha prodotto lo stato di famiglia del giocatore da cui si evince che il primo figlio di Ravanelli era nato a gennaio e non a settembre 1995.

Tale circostanza, interpretata in ottica contrapposta, ha consentito al difensore di poter affermare che era dunque vero che Ravanelli poteva avere difficoltà nelle ore di riposo avendo il figlio solo otto mesi e mezzo.

La questione, invero, è discutibile ed interpretabile in vari modi; resta il fatto, però, che l'unico soggetto legittimato a confermare le prospettate difficoltà nel riposare a causa del figlio appena nato o di pochi mesi che fosse sarebbe stato proprio lo stesso Ravanelli che, come si è visto, nulla ha raccontato a tal riguardo, nonostante gli siano state poste ripetute domande in ordine a tale argomento.

Come è evidente, dunque, non solo non sussistono concrete conferme alle affermazioni del dottor Agricola, ma a ben vedere vi sono tanti elementi di segno contrario a quanto si è voluto far credere da parte dell'imputato.

Senza neppure contare che egli avrebbe avuto a disposizione un farmaco adatto per le blande depressioni, come è stato rilevato tanto dal consulente del pubblico ministero, quanto dal perito, ed esso era il Samyr, ma il dottor Agricola non ha usato né il Samyr, né il Liposom forte secondo le indicazioni terapeutiche approvate dal Ministero, preferendo somministrare tali farmaci in modo

off-label, in aperto dispregio di quanto autorizzato dalle competenti Autorità e di quanto previsto dalla normativa vigente.

La prova oggettiva della falsità delle affermazioni del dottor Agricola, comunque, risiede nella quantità delle confezioni di Liposom forte acquistate e nei periodi in cui tali acquisti sono avvenuti. Secondo l'imputato, invero, sia a Deschamps, sia a Ravanelli sarebbe stato praticato un ciclo di iniezioni per via intramuscolare di Liposom forte per un periodo di 20-30 giorni ciascuno, consistente in un'iniezione al giorno. Tali cicli di cura, ovviamente, sarebbero avvenuti a cavallo delle dichiarazioni dei giocatori al sorteggio antidoping, avvenuto il 24 settembre 1995, e cioè tra il settembre e, al più, l'ottobre del 1995.

Occorre ricordare, ancora, come ogni confezione di Liposom forte contenga cinque fiale, per cinque iniezioni. Per effettuare il ciclo di cura a Deschamps e Ravanelli più o meno contemporaneamente, come ha ricordato lo stesso imputato, occorre dunque dalle 40 alle 60 fiale che, calcolate in confezioni, corrispondono ad un numero di scatole variabile da 8 a 12.

In realtà, nel 1995, fino al mese di settembre, sono state acquistate dalla Juventus 11 confezioni di Liposom forte fiale, 5 nel maggio e 6 proprio nel settembre 1995 ed il numero sembrerebbe corrispondere.

Ma perché, allora, il dottor Agricola ha fatto acquistare ancora 5 confezioni di Liposom forte fiale nel novembre 1995, 5 confezioni nel gennaio 1996, 10 confezioni nel luglio 1996, 5 confezioni di Liposom (il farmaco, come evidenziato, vietato dai regolamenti sportivi) e, ancora, 5 confezioni di Liposom forte fiale nel settembre 1997, 5 confezioni nel marzo 1998, in epoca cioè più o meno contemporanea alla dichiarazione di Conte, e addirittura 10 confezioni nel giugno 1998?

Se poi si considera che anche delle confezioni del Tricortin 1000 (anch'esso proibito) non si è saputo più nulla, così come del vietato Liposom acquistato nel giugno 1997, è lecito chiedersi a chi abbia somministrato tutti questi medicinali il dottor Agricola e perché.

La risposta è fornita dal perito che ricorda come nella classificazione ATC del Formulario Terapeutico Nazionale 1995, tanto il Liposom forte, quanto il Tricortin 1000 sono classificati come appartenenti alla classe degli psicostimolanti.

E, dunque, tali specialità medicinali sono state somministrate o prescritte off-label e la relativa somministrazione "potrebbe aver conseguito effetti correlati alla possibile attivazione neurotrasmettitoriale dopaminergica definita, nel Formulario Terapeutico Nazionale del 1995, come azione psicostimolante." (pagina 29 relazione peritale).

I FANS - come è stato spiegato dal perito - sono farmaci anti-infiammatori, analgesici e anti-piretici non steroidei che in genere vengono tra loro accomunati in quanto presentano azioni terapeutiche ed effetti collaterali comuni. L'aspetto principale del relativo meccanismo d'azione è costituito dall'inibizione delle ciclossigenasi (COX).

Le indicazioni terapeutiche dei FANS sono: "affezioni reumatiche infiammatorie o degenerative, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrosi, reumatismo extra-articolare, stati dolorosi da flogosi d'origine extra-reumatica o post-traumatica, trattamento sintomatico della disminorrea primaria." Le fiale, inoltre, sono indicate "nel trattamento sintomatico degli episodi dolorosi acuti in atto nel corso di affezioni infiammatorie dell'apparato muscolo-scheletrico e di spasmi della muscolatura liscia." (pagina 36 relazione peritale).

Soprattutto i FANS non selettivi, poiché bloccano le forme di ciclossigenasi denominate COX-1 e COX-2, "non devono essere somministrati in presenza di ulcera gastrica o duodenale, di turbe gastro-enteriche, di blocco dell'azione protettiva delle prostaglandine, di insufficienza renale e/o epatica grave, in soggetti con emorragia in atto e diatesi emorragica, in caso di alterazioni dell'emopoiesi, in presenza di assunzione di anticoagulanti."

Pare inutile rilevare come presso la Juventus risultino acquistati tantissimi FANS di varie case farmaceutiche e in varie forme. Non considerando le confezioni farmaceutiche minori in crema o in gel e, a parte le 49 confezioni di Brexin bustine o le 15 confezioni di bustine di Brufen e a parte le 211 confezioni di Mesulid bustine, risultano acquistate ancora 25 confezioni di Deflamat 75 mg

compresse, 115 confezioni di Feldene compresse e 168 confezioni di Feldene fiale, 25 confezioni di Orudis compresse, 28 di Orudis retard compresse e 37 confezioni di Orudis fiale, nonché 23 confezioni di Voltaren compresse, 42 confezioni di Voltaren sol compresse, 86 confezioni di Voltaren 50 compresse, 202 confezioni di Voltaren retard compresse e 314 confezioni di Voltaren fiale.

Qualche anti-infiammatorio che pure è stato utilizzato, infine, non risulta neppure tra gli acquisti, come è il caso, ad esempio, dell'Aulin, che lo stesso imputato ha riconosciuto essere l'anti-infiammatorio che Ferrara preferiva e la circostanza dimostra come si usassero anche medicinali non indicati nelle fatture d'acquisto.

L'assunzione di Orudis è stata dichiarata soltanto dal giocatore Montero, ma è da ritenere verosimile che anche altri ne abbiano fatto uso non essendo ipotizzabile che Montero da solo assumesse le 90 confezioni di Orudis acquistate, tra compresse e fiale.

Occorre ricordare, anzi, che l'Orudis endovena, insieme al Mepral iniettabile, è stato acquistato presso la Juventus anche nella forma farmaceutica in vendita soltanto per uso ospedaliero, come meglio si vedrà a proposito dei delitti di falso e, secondo quanto sostenuto dallo stesso imputato, tali farmaci sarebbero stati somministrati proprio a Montero. Il giocatore, invero, ha dichiarato di aver assunto Orudis e Mepral nello stesso momento in sede di sorteggio antidoping del 28 marzo 1998, circostanza che sembrerebbe avvalorare l'ipotesi secondo cui il giocatore si riferiva all'assunzione dei farmaci per uso ospedaliero. Ma, allora, rimane da chiedersi chi abbia fatto uso delle restanti 90 confezioni di Orudis e come mai proprio nella stagione 1997/98 risulta acquistato un numero di confezioni di Mepral inferiore a quello rinvenuto tra i farmaci in giacenza e la circostanza dimostra, da una parte, che le fatture d'acquisto non attestano se non per difetto il numero di farmaci in uso presso la Juventus, come già ipotizzato pure dal perito a proposito dei corticosteroidi e, dall'altra parte, che le dichiarazioni rese dall'imputato non meritano alcuna attendibilità.

L'assunzione di Voltaren al sorteggio antidoping è stata dichiarata da ben 23 giocatori della Juventus, molti dei quali hanno effettuato tali dichiarazioni in più occasioni diverse.

Tra i giocatori di cui si tratta non compare Zidane ed il perito ha spiegato che a causa delle note alterazioni emopoietiche indotte dal Voltaren non risulta consigliabile la somministrazione di FANS a soggetti portatori di beta-talassemia, quale appunto è Zidane.

Il perito, in verità, ha segnalato che per analoghe ragioni la somministrazione di Voltaren, come di altri FANS, è sconsigliata anche per soggetti con tendenza all'anemia, come Tacchinardi, il quale come si è visto è anche a rischio di gastropatia ulcerosa, che invece risulta aver dichiarato di avere assunto il Voltaren in due occasioni, nel gennaio e nel giugno 1997.

Il perito ha rilevato che: "L'approvvigionamento anche anomalo e l'utilizzo in associazione con i FANS di un farmaco gastro-protettore, qual'è il Mepral (usato anche per via venosa), sottintende una pianificazione dell'intervento, una continuità o cronicità della somministrazione dei FANS stessi e non certo un'episodicità." (pagina 37 della relazione scritta).

La continuità nella somministrazione di FANS, invero, era stata rilevata e criticata pure dal consulente del pubblico ministero che, proprio per questo, aveva ipotizzato che dall'uso sistematico di tali farmaci potesse discendere per i giocatori un effetto di fight and fly, colpisci e fuggi, che il perito, però, non ha ripreso, né ha confermato.

Il difensore ha respinto l'osservazione secondo la quale il contemporaneo uso di gastro-protettori, al quale ha fatto riferimento il perito, potesse essere valutato come sintomo di sistematicità della somministrazione di Voltaren o di FANS in genere, sostenendo che ciò, al contrario, risponderebbe soltanto ad un corretto principio di cautela del medico, in considerazione delle controindicazioni dei FANS.

I due rilievi, peraltro, non sembrano tra loro incompatibili, perché se è vero che lo scrupolo del medico gli impone ogni possibile precauzione, è però altrettanto vero che quanto più frequente e massiccio è l'uso dei FANS, tanto più risulta necessaria la precauzione del gastro-protettore. Senza

contare che proprio l'utilizzazione in generale dei FANS da parte del dottor Agricola non è sembrata principalmente ispirata a regole di cautela e prudenza.

A tal proposito, il perito ha osservato che: "L'uso del Voltaren nei tempi immediatamente antecedenti la partita esclude l'esistenza di una finalità terapeutica..." e, ancora: "Esiste la concreta possibilità che l'azione antalgica dei FANS sia stata utilizzata per mascherare l'effetto algico di una lesione contusiva che non si manifestava con evidenti lesioni muscolari. Il dolore fisico provoca nell'atleta, a seconda della sua intensità, una condizione di inabilità, ma l'attenuazione o soppressione del dolore indotta dai FANS espone l'atleta a comportarsi come se fosse in una condizione di normalità, ponendolo a rischio di peggiorare la sua condizione. Ciò determina una situazione analoga alla soppressione dei segni e dei sintomi della infiammazione da parte degli ormoni corticosteroidici che oscurano i segnali di allarme indotti da una situazione algica." (pagina 38 relazione).

L'imputato ha spiegato le ragioni per le quali i FANS e il Voltaren in particolare venivano usati: ".....ma non so, tutte le patologie postraumatiche, dolorose, come antinfiammatorio e terapia antalgica di tutti gli stati post-traumatici così come sono riportati nel foglietto illustrativo.....a seconda della necessità, se ci sono tutte le varie opzioni. C'è l'opzione del giocatore che fa una terapia antinfiammatoria in associazione alla fisioterapia, che può essere in un momento di inidoneità temporanea, il giocatore che ha dei postumi di intervento, o del giocatore che ha un postumo o che ha una frattura in corso, al giocatore che ha una malattia da sovraccarico, una tendinopatia, e che quindi possa essere in un momento di riaccensione della malattia ma le nostre... il fatto come noi lo vediamo clinicamente e la capacità sua, comunque, di fare allenamento non gli dia l'inidoneità temporanea ma gli consenta di rimanere in attività. Ci sono tutte le varie opzioni: dalla inidoneità più totale alla idoneità totale, perché le patologie, la patologia da cui è affetto il giocatore non è assolutamente di tipo invalidante.....Devo dire la verità, cioè noi abbiamo sempre usato il Voltaren.....noi però certamente l'abbiamo utilizzato come antinfiammatorio, come riporta il nome della sua sigla, cioè FANS, Farmaco Antinfiammatorio Non Steroideo, quindi lo dice il nome stesso, e poi per un'azione comunque che è sempre da gradire in ogni caso e che è quella della funzione antalgica..." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 luglio 2003 - pagine 234 e seguenti). Sulla base delle affermazioni dell'imputato, il difensore ha ribadito che il farmaco è stato sempre utilizzato per le finalità terapeutiche autorizzate, respingendo l'ipotesi di un uso indiscriminato e sistematico dei FANS.

Si è fatto notare dal pubblico ministero, però, che il giocatore Viali, tra la fine del 1994 e l'inizio del 1996, in poco più di un anno, tutte le 11 volte che è stato sorteggiato per i controlli antidoping, ha dichiarato di aver assunto Voltaren.

Tale circostanza, invero, impone due tipi di considerazione: la prima, che è difficile ipotizzare che Viali assumesse il Voltaren sempre e soltanto in occasione dei sorteggi antidoping e la seconda, che è anche difficile immaginare che in siffatta ripetitività di assunzione si potesse trattare di somministrazioni non mirate alla partecipazione alla partita, bensì di veri e propri trattamenti terapeutici, perché diversamente occorrerebbe concludere che Viali in quell'anno ha praticamente assunto Voltaren quasi tutti i giorni.

Il dottor Agricola così ha spiegato quanto accaduto: ".....VIALI era un giocatore che aveva, in quell'anno lì io penso.....'95, era l'anno in cui lui ha sofferto di due patologie in modo specifico. La prima è una tendinopatia rotulea, che gli è venuta tre giorni dopo dall'inizio del ritiro del '94 e se l'è portata avanti per parecchi, parecchi mesi; la prima. La seconda, una condropatia del ginocchio sinistro, la tendinopatia era a destra e la condropatia era a sinistra. Tutto questo è testimoniato dagli esami ecografici, di risonanza magnetica che noi abbiamo. E quindi queste due patologie, come ho forse maldestramente detto la volta precedente, ma provo a dirlo meglio ancora adesso, sono patologie che di per sé intanto è il quadro clinico che definisce, è solo la clinica che definisce... la clinica quindi mia personale o del mio consulente ortopedico, che definiscono l'entità di che tipo, di quale tipo di tendinopatia si tratti, quali rischi ci possono essere, se ce ne sono, se non ce ne sono. Analoghe considerazioni si possono fare per quanto riguarda la condropatia.....Ecco, allora, alla luce

di tutto quello, è molto frequente che quando si instaura, soprattutto inizialmente una tendinopatia, questa tendinopatia abbia delle fasi di riaccensioni perché è una malattia capricciosa, tende a comparire, tende a scomparire, tende a migliorare, tende a non migliorare, non sempre la clinica percorre lo stesso... lo stesso, come si può dire? Lo stesso.....la stessa strada degli esami strumentali. Tante volte l'esame strumentale, la risonanza magnetica amplifica le cose, che clinicamente invece dimostrano essere minori. La tendinopatia... l'importante è che quando noi sottoponiamo un giocatore a degli accertamenti, a delle valutazioni cliniche, e a tutto un insieme di situazioni, noi siamo tranquilli che malgrado ci sia una determinata patologia, questa patologia non infici la sua capacità e la sua idoneità al gioco del calcio, né nel momento attuale, né naturalmente con minore incertezza, perché non siamo dei... non abbiamo la sfera di cristallo, negli anni a seguire. Devo dire la verità, sempre in grado di essere smentito ma comunque non credo, devo dire la verità, che nessun giocatore che è stato da noi e che poi è andato via ha mai smesso di giocare per motivi di salute, per patologie che aveva presentato da noi. Se devo dire la verità, noi abbiamo sempre favorito anche un suo recupero delle patologie di cui poi si sono avvalsi anche altre squadre. Questo lo dico così...." (trascrizioni citate dell'udienza del 10 luglio 2003).

Dalle dichiarazioni dell'imputato, dunque, si rileva come la somministrazione di Voltaren nel caso di Viali non avesse scopo terapeutico, non potendosi illudere di curare tendinopatia e condropatia rotulea che - se mai - richiedono riposo per poter guarire, con una iniezione di Voltaren prima della partita; veniva invece sfruttata al massimo l'azione antalgica del medicinale che consentiva al giocatore di scendere in campo e di partecipare più serenamente alla partita.

L'imputato ha fatto riferimento ai problemi che Viali in quel periodo accusava alla cartilagine del ginocchio sinistro e al tendine della gamba destra; mentre il diretto interessato non ha precisato il tipo di malanni di cui soffriva, però ha fatto capire che c'era sempre qualcosa che non andava nelle sue condizioni fisiche.

Gianluca Viali, infatti, nel corso dell'esame testimoniale reso all'udienza del 27 ottobre 2003, ha ricordato: ".....Il Voltaren, sì. Mi capitava prima della partita a volte di ricevere una puntura di Voltaren e di accompagnarla con un prodotto che poi aiuta lo stomaco ad assorbire meglio l'antinfiammatorio.....Mah, usavo il Voltaren perché preferivo, anche quando avevo magari un piccolo dolore, un piccolo fastidio, che comunque sapevo che non era niente di grave, però preferivo magari scendere in campo senza doverci pensare, quindi il Voltaren magari mi aiutava un attimo a alleviare qualche piccolo fastidio, potevo scendere in campo senza avere nessun problema....." e, ancora: ".....Invalidanti? Che vuole dire che senza Voltaren non avrei potuto fare la partita? No, il Voltaren non è, per la mia esperienza, così forte da potere coprire una situazione invalidante. Se lo prendevo dieci volte, nove volte mi è capitato di prenderlo per un motivo soprattutto psicologico e una volta magari mi è capitato di prenderlo perché, sì, in effetti c'era un problema, ma non era un problema così grave da avermi impedito di giocare la partita senza il Voltaren...." (trascrizioni registrazioni dell'indicata udienza - pagine 59 e seguenti).

Come si vede, il giocatore non si è riferito a vere e proprie patologie e neppure alla condropatia o alla tendinopatia di cui ha parlato il dottor Agricola. Egli ha indicato in qualche piccolo dolore o in qualche piccolo fastidio la ragione dell'assunzione del Voltaren che, però, come lo stesso giocatore ha riconosciuto avveniva sistematicamente - tanto che egli assumeva pure il Maalox come gastroprotettore - solo prima della partita, evidentemente proprio per consentire l'effetto psicologico di cui lo stesso Viali ha parlato. Il calciatore, insomma, si sentiva più sicuro e senza la preoccupazione derivante dal dolore.

Si può discutere, allora, sul fatto che tale situazione, ben descritta da Viali, ma sostanzialmente ammessa pure dall'imputato che ha anche fatto riferimento ad un uso esclusivamente antalgico del Voltaren, sia da ricondurre ad "una condizione non lontana dalla dipendenza psichica" di cui ha parlato il perito oppure, più genericamente, la si debba ritenere solo una sorta di conforto psicologico come indicato dal giocatore; il dato che se ne ricava, però, è che siffatte somministrazioni di Voltaren non rispondono ad esigenze terapeutiche e possono effettivamente provocare, nell'immediato, il danno di impedire al dolore di esercitare la sua funzione tipica di

allarme e, nel futuro, altri eventuali danni correlati ad un uso continuo e indiscriminato di tali farmaci, così come ha evidenziato il perito.

L'uso del Voltaren proprio in funzione della partita, poi, è emerso con evidenza ancora maggiore nella testimonianza resa da Fabrizio Ravanelli nell'udienza del 19 dicembre 2003, perché nelle sue dichiarazioni non è emerso il supporto di tipo psicologico del Voltaren, bensì è stata descritta un'efficacia di natura fisica di tale medicinale.

Il testimone così si è espresso: ".....il Voltaren un'ora..., quarantacinque minuti prima di entrare in campo.

P.M. Quindi faceva l'iniezione, quindi, sempre prima della partita comunque.

RAVANELLI E sì, perché...

P.M. in vista della partita, il giorno stesso della partita.

RAVANELLI Il giorno stesso della partita.

P.M. Quindi alcune volte - quando? - alcune ore prima e altre volte proprio un'ora prima, un'ora...?

RAVANELLI No, un'ora prima solo il Voltaren.

P.M. Solo il Voltaren un'ora prima.

RAVANELLI Solo il Voltaren. Sì, sì, solo il Voltaren.

P.M. Eh! Ma in che occasioni faceva queste iniezioni?

RAVANELLI Quando avevo... quando avevo un problema al mio tendine d'Achille.

P.M. Ma problemi in che senso?

RAVANELLI Sono stato operato poi.

P.M. Eh, ma che problemi aveva poi?

RAVANELLI Eh, non riuscivo poco..., avevo un sperone che mi dava fastidio sul piede e non mi permetteva di... di correre bene. E, niente, e infatti saltai gli ultimi due mesi di... dell'ultimo campionato per prepararmi alla Champions League, e non riuscivo più a... andare avanti, allora decisi di fermarmi e di curarmi bene bene e poi, però, posticipai solo il problema, perché poi, a seguire, mi... mi dovetti operare....." e, ancora:

".....P.M. per giocare doveva fare queste iniezioni?

RAVANELLI La domenica... Sì, la domenica dovevo fare le iniezioni.

P.M. La domenica doveva farle.

RAVANELLI Sì, le iniezioni di Voltaren.

P.M. Ma altrimenti?

RAVANELLI Come altrimenti?

P.M. Cioè, se non faceva l'iniezione?

RAVANELLI Eh, non potevo giocare al 100%.

P.M. Non poteva giocare.

RAVANELLI perché il Voltaren mi dava... mi dava la possibilità di affrontare la partita senza dolore.

P.M. Cioè le toglieva il dolore.

RAVANELLI Mi toglieva il dolore, certo....." (trascrizioni registrazioni udienza indicata - pagine 94 e seguenti).

Nel caso di Ravanelli, dunque, sembra essersi trattato di somministrazioni effettuate per rimuovere una sostanziale inidoneità del calciatore.

In ogni caso, si può verosimilmente ipotizzare che indipendentemente dall'idoneità o inidoneità dei giocatori ai quali venivano somministrati i FANS e indipendentemente dalla forma di somministrazione di volta in volta utilizzata, presso la Juventus si utilizzassero Voltaren e FANS effettivamente per uso terapeutico, come è normale che possa avvenire presso una squadra di calcio, con tanti atleti, tanti infortuni e tanti traumi.

Ma è altrettanto evidente che, sulla base degli elementi acquisiti, risulta accertato che il dottor Agricola faceva ricorso ai FANS e al Voltaren soprattutto in modo programmato, sistematico, per finalità strumentali e non terapeutiche, con grave rischio per la salute dei giocatori, come meglio si

dirà in modo ancora più immediato trattando del caso Tacchinardi che risulta essere stato ricoverato in data 15 ottobre 1997 per ulcera sanguinante provocata da assunzione di FANS e trova piena giustificazione, perciò, l'affermazione del perito che, anche a proposito dei FANS, ha rilevato "che nella prescrizione e nella somministrazione il medico non risulta verosimilmente essersi ispirato a criteri clinico-terapeutici e che la somministrazione dei FANS può aver conseguito effetti diversi dagli effetti terapeutici sperimentati ed attesi per il tipo di specialità medicinale utilizzata, siano tali effetti label od off-label." (pagina 39 relazione scritta).

La creatina è sostanza endogena, naturalmente presente nei muscoli scheletrici in quantità variabile tra i 3 grammi e i 4,5 grammi per chilogrammo muscolare. Il perito ha ricordato che, poiché la massa muscolare è di regola pari al 38-40% della massa corporea, in un soggetto di 70 kg la quantità di creatina può variare dagli 80 ai 120 grammi, a seconda che si tratti di un vegetariano ovvero di un soggetto che segue una dieta completa.

Il ricambio fisiologico giornaliero di creatina è pari all'1,6% della quantità totale e, quindi, sempre in un soggetto di 70 kg, il turnover giornaliero di creatina è pari a 2 grammi, dei quali, normalmente, uno viene ricostituito per sintesi endogena e uno viene reintegrato attraverso la dieta. Come si è già osservato a proposito del Neoton, un aumento di creatina dovrebbe incrementare la riserva di creatinfosfato nei muscoli, per cui garantirebbe una maggiore potenza e una più elevata resistenza.

L'imputato ha ricordato che non tutti i giocatori gradivano le flebo di Neoton, per cui su consiglio di Locatelli si decise di passare all'assunzione di creatina in polvere che lo stesso Locatelli procurava dalla Svezia. La decisione venne comunicata ai giocatori e a tutto lo staff nel corso di una trasferta di Coppa UEFA a Francoforte, nel febbraio 1995.

L'imputato stesso ha spiegato le ragioni della decisione: "...dal punto di vista del metabolismo biochimico, per cui per poter risintetizzare dell'adenosintrifosfato, che nel frattempo è andato scemando, ma teniamo conto che è una catena che avviene praticamente con un continuum, per poter risintetizzare l'adenosintrifosfato, che nel frattempo si è trasformato in adenosindifosfato, è necessario che ci sia la possibilità, attraverso il creatinfosfato di creare la possibilità di acquisire un fosforo, un fosforo che può, attraverso un sistema enzimatico particolare che è molto importante, che è quello della creatinfosfochinasi, in questa maniera determina la ricostituzione dell'adenosintrifosfato; che rientra, l'adenosintrifosfato a cosa serve? Serve sostanzialmente alla contrazione muscolare e di particolari tipi di contrazione quando queste debbono avvenire. È chiaro che, siccome tutti noi ci muoviamo, tutti noi facciamo una vita di movimento, anche nell'individuo sedentario questa perdita di creatina è fisiologicamente prevista; tuttavia viene abbastanza facilmente sostituita, integrata dall'alimentazione, tenendo anche conto che una componente di questa creatina persa viene poi sintetizzata direttamente e naturalmente dall'organismo. Se noi passiamo...l'atleta è presumibile, soprattutto in funzione dell'attività che appunto dicevo prima che è nettamente diversa da quella del sedentario, sicuramente è possibile che ne perda di più. Le ricerche a questo proposito, la letteratura vastissima che esiste, direi... veramente universale, afferma che nello sportivo la perdita di creatina possa essere per una certa quota, certamente non molto elevatissima rispetto a quello che ho detto precedentemente, ma comunque superiore soprattutto in relazione a quello. Rimaniamo però sempre....rimaniamo sempre nell'ambito dei 3-4 grammi, ecco. Questo sicuramente. Quindi allora una quota viene sintetizzata...." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagine 4 e seguenti).

L'imputato, poi, ha spiegato pure i dosaggi adottati, ricordando che - secondo le conoscenze dell'epoca - vi era una dose, per così dire, d'attacco e una dose di mantenimento. La prima consisteva nell'assunzione di circa 20 o più grammi al giorno (e lo stesso Agricola ha ricordato che nell'ambiente dello sci alpino, ad esempio, si raggiungevano pure dosi di 30-40 grammi al giorno), mentre quella di mantenimento si aggirava intorno ai 5-6 grammi al giorno.

D'accordo con Locatelli, però, si sarebbe deciso di evitare la dose d'attacco e di passare direttamente a quella di mantenimento, perché era un momento in cui la stagione agonistica era in pieno corso e,

soprattutto, come ha spiegato lo stesso Agricola: ".....perché ho sempre saputo che per esempio la cosa più sfavorevole della creatina, l'unica io direi, a quanto so io naturalmente, l'unica cosa è l'incremento di peso, che l'incremento di peso è dose-dipendente,...e siccome l'incremento di peso è puramente legato a una ritenzione idrica, perché la creatina monoidrata non fa altro che richiamare acqua dal punto di vista del bilancio idrico, ora lei capisce che questo è sicuramente una situazione che è sfavorevole per l'atleta. Altro che incrementare la prestazione! Cioè, voglio vedere: avere uno che pesa 3-4 chili in più, 2 chili in più ma non di muscolo, perché non è pensabile che entro tre giorni la creatina abbia fatto muscolare quel signore di "x" muscoli; no, solo di acqua. E alloranoi l'altro ieri abbiamo fatto tutta la valutazione della massa magra e della massa grassa sui nostri giocatori, e appena ci siamo accorti che questi hanno due chili di più li abbiamo messi immediatamente a regime. Quindi si immagina se noi andiamo a dare 20 grammi di creatina, il che voleva dire chiaramente, chiaramente, che avrebbe comunque nel giro di qualche giorno provocato un aumento di peso. Questo aumento di peso può servirci per lo sport? Ma manco per idea. Abbiamo... quindi abbiamo accettato di integrare, ma con dosaggi che sicuramente o non provocavano aumento di peso o comunque lo limitavano moltissimo, a differenza di quello che veniva fatto da molte altre squadre, dove invece hanno utilizzato i dosaggi alti, questi sì, e hanno avuto aumenti di peso veramente importanti, tanto è vero che poi hanno dovuto ricredersi, cosa che noi non abbiamo mai fatto....." (trascrizioni citate).

Il difensore ha osservato che Agricola a tal riguardo avrebbe commesso un errore, consistente appunto nel ritenere infondatamente che l'uso di creatina potesse provocare, determinando ritenzione idrica, un aumento di peso in misura proporzionale alla dose assunta, perché ciò non corrisponderebbe al vero e sarebbe stato escluso pure dal perito.

L'affermazione non risponde esattamente a quanto accertato, perché il perito ha osservato che l'effetto dell'aumento del peso corporeo in conseguenza di assunzione di creatina è largamente evidenziato in vari studi con riferimento alla durata dell'assunzione, alla quantità della dose assunta ed al meccanismo d'azione (pagina 49 relazione).

Proseguendo nelle proprie considerazioni e dopo aver premesso peraltro che le aziende farmaceutiche non hanno mai sottoposto la creatina a studi controllati secondo i protocolli di farmacologia clinica, il perito ha rilevato che: "...la creatina con notevole frequenza dà origine ad un aumento di peso, senza che si possano stabilire delle relazioni con la durata dell'assunzione e con la quantità totale della dose assunta..." e poi: "...Malgrado in una ricerca non siano state riscontrate tali capacità proteino-sintetiche, i dati di molte ricerche attribuiscono, invece, alla creatina la capacità di incrementare le sintesi proteiche muscolari.

In tal caso, la creatina svilupperebbe un effetto simile a quello degli steroidi anabolizzanti, i quali aumentano le sintesi proteiche muscolari e determinano ritenzione idrica, con conseguente aumento di peso...." (pagine 50-52 relazione scritta). E non è forse ciò di cui ha parlato il dottor Agricola? Tale effetto, che secondo il difensore sarebbe stato ritenuto sussistente per errore dall'imputato, del resto, risulta riportato pure dal consulente farmacologo della difesa, professor Mario Eandi, a pagina 88 delle osservazioni scritte da lui depositate: "La somministrazione a dosi superiori a quelle del fabbisogno giornaliero (circa 1,5 grammi) comporta un progressivo aumento del contenuto intracellulare di creatina-fosfocreatina fino al raggiungimento di un livello massimale compatibile con la buona funzionalità della cellula. A questo accumulo si correla l'aumento di acqua intracellulare, responsabile del lieve aumento ponderale che si può osservare nei soggetti che fanno uso di dosi elevate di creatina."

Secondo il consulente della difesa, insomma, ad un uso a dosi elevate di creatina corrisponde un aumento ponderale che il consulente stesso ha definito lieve, ma che egli dà per certo che si verifichi.

E dunque, pur nella mancanza di studi sulla creatina controllati secondo i protocolli della farmacologia clinica e perciò privi di piena validità scientifica, in che cosa, tuttavia, il processo avrebbe dimostrato l'errore del dottor Agricola di cui ha parlato il difensore?

Il dottor Agricola, in realtà, se mai ha sbagliato nel 1995, ha sbagliato per la ragione esattamente opposta a quella indicata dal difensore: egli, infatti, alla luce degli studi dell'epoca e sulla base dei consigli che evidentemente gli provenivano da Locatelli, come da altri appartenenti al mondo sportivo che aveva "scoperto" la creatina, non ha tenuto conto del fatto che la creatina, soprattutto se assunta in dosi elevate, provocasse l'immediato aumento del peso corporeo e questo, invece, avrebbe dovuto essere un effetto certamente da evitare, come lo stesso imputato ha spiegato. Il dottor Agricola, però, evidentemente suggestionato dagli studi dell'epoca che presentavano la creatina come una sostanza capace di creare un accumulo di energia, di aumentare la potenza e di accrescere la resistenza muscolare degli atleti e vittima della propria inclinazione a sperimentare qualsiasi sistema che potesse essere utile ad incrementare la prestazione agonistica dei giocatori, inclinazione che come si è visto nel 1998 ha portato l'imputato ad allacciare contatti pure con Laich e Kraaijenhof che avrebbe fatto meglio a lasciar perdere, tale effetto non lo ha considerato nel 1995 oppure non ne ha tenuto il debito conto e, quando si è accorto di aver commesso un errore, ha cercato di porvi rimedio e, soprattutto, se ne è avvalso nell'attuale processo, sfruttando tale elemento logico, per dimostrare che già solo per evitare l'indesiderato aumento di peso egli mai avrebbe potuto decidere di somministrare massicce dosi ai propri calciatori.

La verità, come rilevato dal perito, è che non vi è una stretta correlazione tra la quantità di creatina assunta e l'incremento del peso corporeo, non potendosi escludere che anche dosi minime di creatina, soprattutto se protrate nel tempo, possano ugualmente portare ad un aumento del peso corporeo di chi le assume. E tale considerazione mina gravemente il ragionamento logico che l'imputato ha utilizzato per spiegare e rendere convincente la sua dichiarata scelta che lo avrebbe indotto al rifiuto delle dosi d'attacco di creatina.

L'imputato non ha rifiutato un bel niente ed ha somministrato dosi elevate di creatina ai propri giocatori, come molti elementi univocamente e concordemente dimostrano.

La difesa, da parte sua, ha avuto necessità di negare che la creatina produca l'indicato effetto soprattutto in stretto riferimento alla dose assunta, perché risulta agli atti che quasi tutti i giocatori della Juventus, se non proprio tutti, dopo aver iniziato ad assumere creatina, avevano accusato, chi più chi meno, un sensibile aumento di peso e poiché tale effetto si era verificato già nei primi tempi dell'assunzione di creatina, esso sta pure a dimostrare che le dosi somministrate erano particolarmente massicce.

Basterebbe, a tal riguardo, richiamare le dichiarazioni rese da Ravanelli nel corso della sua testimonianza.

Anche Ravanelli, sia chiaro, al pari di quasi tutti gli altri giocatori esaminati come testimoni, è risultato un teste difficile, non collaborativo, sfuggente e, in qualche caso, con buona probabilità falso o reticente.

Come si è rilevato già a proposito della testimonianza Verzini ovvero di quella di Torricelli saranno necessari ulteriori accertamenti in ordine alle dichiarazioni rese da alcuni testimoni ed il pubblico ministero, che ha richiamato al proprio Ufficio la copia dei verbali di udienza, avrà modo di rivalutare tali dichiarazioni per individuare la sussistenza di eventuali elementi di reato.

Anche Ravanelli ha assunto analoga posizione nel processo, facendo trasparire in modo evidente e chiaro la sua difficoltà, la sua ritrosia nel riferire correttamente e completamente fatti riguardanti il mondo al quale ancora appartiene e relativi a personaggi che sono stati e in gran parte sono tuttora colleghi, amici, dirigenti e via di questo passo.

Già solo per quanto riguarda la creatina, basta notare da quale posizione di chiusura totale sia partito il testimone, che inizialmente ha negato pure di sapere se altri suoi compagni di squadra assumessero tale sostanza, per avere conferma del suo atteggiamento, per così dire, di istintiva chiusura.

Il teste, però, sia pure rispondendo quasi per monosillabi a specifiche e ripetute domande, ha dovuto riconoscere alcune circostanze di fatto, delle quali peraltro aveva già parlato nel verbale di sommarie informazioni rese nel corso delle indagini preliminari ed ha dovuto perciò confermare che

la dose giornaliera di creatina da lui all'epoca assunta era di 6-8 grammi e che tutti i giocatori della squadra erano aumentati di peso.

Sul punto, la testimonianza ha avuto il seguente andamento:

".....P.M. Senta, lei prima ha detto che ha interrotto l'uso della creatina - no? -

RAVANELLI Sì.

P.M. perché era aumentato di peso e perché non aveva avuto grossi benefici. Giusto?

RAVANELLI Sì.

P.M. Quali benefici si aspettava dalla creatina?

RAVANELLI Eh, non lo so. Magari di... di avere più resistenza in campo o di... di magari... La creatina è stata sempre detto magari che aiutava - come si dice? - non a giocare meglio, ma la... a..., la prestazione a farla durare. Ma io, quello che ho costruito, ho costruito la mia...

P.M. Quindi, ecco, ci spiega un po' bene che cosa le era stato detto sulla efficacia e la funzione della creatina?

RAVANELLI Io le dico subito... le dico subito una cosa: che la creatina, da quello che posso sapere io, non è che aumenta la prestazione, ché uno, magari come me che fa l'attaccante, fa dieci goal a partita. Questo senz'altro.

P.M. Mah, questo...

RAVANELLI Escludiamolo! [ride]

GIUDICE Se ci fosse, la prenderebbero tutti.

RAVANELLI [parla ridendo] La prenderebbero alcuni, se fosse così. No, in pratica poteva..., mi è stato detto che magari poteva aiutare la... la durata della resistenza fisica.

P.M. Cioè, in funzione della partita?

RAVANELLI Della partita, dei 90 minuti, certo.

P.M. Ecco, ma questo chi glielo ha detto?

RAVANELLI Il dottore.

P.M. Il dottor Agricola. Ecco, quando gliel'ha detto?

RAVANELLI Quando si..., quando abbiamo iniziato a prendere la creatina.

P.M. Ecco, si ricorda il periodo in cui avete iniziato?

RAVANELLI No, no.

P.M. Non se lo ricorda. Si ricorda se avete fatto una riunione?

RAVANELLI No, non me lo ricordo.

P.M. No. Ci ha parlato lei a quattr'occhi col...?

RAVANELLI Non me lo ricordo. Adesso non mi ricordo se ho parlato a quattrocchi o il dottore è venuto a parlare alla squadra. Io so che la creatina era stata somministrata. Per quanto... per quanto mi riguarda me personalmente, ho preso la creatina per 15 giorni, come ho detto, nel '98. E' stata presa per 15 giorni dai 4 ai 6 grammi - adesso non mi ricordo precisamente - per 15 giorni. Poi io, Fabrizio Ravanelli ha interrotto la... di prendere la creatina e non mi sono più neanche informato e non ho voluto neanche sapere più niente della creatina.

P.M. Oh! E come mai?

RAVANELLI E' la verità!

P.M. E come mai?

RAVANELLI Perché non m'importava.

P.M. Mah, si è arrabbiato?

RAVANELLI No no. No no.

P.M. No. Senta, e gli altri suoi compagni la prendevano?

RAVANELLI Non so se la prendevano.

P.M. Beh, non lo vedeva nello spogliatoio, scusi?!

RAVANELLI [ride] Non lo so. Gliel'ho detto che i giocatori che rientravamo negli spogliatoi qualcuno avrà fatto anche uso, però non lo so, non me lo ricordo. Uno quando rientra dalla partita non è che...

P.M. E beh, ma scusi - eh? - scusi, eh? - però lei l'ha preso 15 giorni, è aumentato di peso.

RAVANELLI Sì, sì.

P.M. non ha avuto grossi benefici e ha detto: "Io basta!"

RAVANELLI Sì.

P.M. beh, scusi, l'avrà notato se altri invece lo prendevano.

RAVANELLI Altri l'avranno preso, non lo so!

P.M. Eh! Ma solo..., ma li ha visti?

RAVANELLI Eh?

P.M. Li ha visti?

RAVANELLI Io? A prenderla?

P.M. Eh! Eh!

RAVANELLI No, non lo so.

P.M. Non c'era? Lei non c'era negli spogliatoi? Dov'era?

GIUDICE Ma anche di questa spiegazione, cioè di questa sua decisione, ha avuto modo di parlarne con qualcuno?

RAVANELLI No, infatti. Ho preso proprio una mia decisione.

GIUDICE E non ne ha parlato con nessuno?

RAVANELLI No. No. Io ho parlato, ho detto al dottore che non prendevo più la creatina e che non mi andava più.

GIUDICE Ecco, ma gli ha spiegato le ragioni?

RAVANELLI No, no, no, no, no. Io ho detto che non... non mi sentivo così di continuare a fare questa cura, e basta.

GIUDICE Il medico sapeva che lei era aumentato di due chili?

RAVANELLI Come no?!

GIUDICE Eh, certo che lo sapeva, perché la segue, quindi è prevedibile che se ne fosse accorto.

RAVANELLI Certo.

GIUDICE E non ha spiegato che era per quello? Non ne ha parlato col medico?

RAVANELLI [non si rileva risposta verbale]

GIUDICE Non ne ha parlato nemmeno con il preparatore atletico? Che ne so? Non ne ha parlato con nessuno? Con qualche suo compagno, con nessuno?

RAVANELLI Di cosa, della mia...?

GIUDICE Di questi problemi. Dice: "Guarda, la creatina mi sta creando il problema del sovrappeso"...

RAVANELLI No, noi abbiamo... noi abbiamo... Ma non era una cosa sola a me personalmente. Quando abbiamo iniziato il ciclo, penso che tutti avevano... eh... la creatina.

GIUDICE Problemi di...

RAVANELLI problemi di aumentare di... di aumentare di peso.

GIUDICE di aumentare di peso.

RAVANELLI Io l'ho... l'ho interrotta e basta, e niente.

GIUDICE Quindi era un problema comune questo qui del sovrappeso.

RAVANELLI Certo, certo.

GIUDICE Ma a lei risulta che qualche altro suo compagno di squadra fosse aumentato di peso?

RAVANELLI Come no?!

GIUDICE Per esempio, ho sentito Vialli l'altra volta, Vialli ci ha detto che era aumentato di peso.

RAVANELLI Certo che era aumentato di peso.

GIUDICE E a lei risulta questo?

RAVANELLI Sì!

GIUDICE Cioè, se non gliel'avessi detto io, lo sapeva che Vialli era aumentato di peso per la creatina?

RAVANELLI Certo. No, non Vialli... Vialli... So che c'era un aumento. Adesso non so proprio l'individuo, Vialli, il giocatore.

GIUDICE E come lo sa, scusi, che c'era un aumento?

RAVANELLI Perché il sabato mattina c'era abitudine che tutti i giocatori dovevano andare sopra la bilancia e vedere..., ma non perché era stata presa la creatina.

GIUDICE Ho capito.

RAVANELLI perché tutti i sabati

GIUDICE Perché si pesano.

RAVANELLI si pesano prima della..., ci si pesa.

GIUDICE Oh! Ho capito. E lei aveva riscontrato che tutti gli altri pesavano di più o, almeno, quelli che vedeva lei?

RAVANELLI Sì, quelli che vedevo io... vedevo io erano aumentati di peso anche loro.

GIUDICE Ma quindi ricordava il peso dei suoi colleghi?

RAVANELLI No, il peso no.

GIUDICE Come faceva a sapere se erano aumentati?

RAVANELLI Perché mi..., parlavano con me, dice: "Tu sei aumentato di peso"?

GIUDICE Oh! Ha visto? E' la prima domanda che le ho fatto, dico: "Non ne parlava?". Evidentemente si parlava.

RAVANELLI Certo.

GIUDICE E con chi ne ha parlato? Questo le sto chiedendo.

RAVANELLI Tra i compagni di squadra. Quando si era dentro lo spogliatoio ci si...

GIUDICE Ricorda con chi? Perché "compagni" ancora è una indicazione generica.

RAVANELLI No, no, non me lo... non me lo ricordo qual è il com...

GIUDICE Io se le chiedessi qualche nome e cognome - dico - lei me lo saprebbe fare?

RAVANELLI No.

GIUDICE Non se lo ricorda?

RAVANELLI Non me lo ricordo. Dentro lo spogliatoio penso che il 90%... saremo aumentati di peso quasi tutti.

GIUDICE Io perciò le ho parlato di Vialli che aveva avuto questo problema e che ci ha detto lui. Lei ricorda - per esempio - se ha parlato con Vialli?

RAVANELLI Non me lo ricordo.

GIUDICE Lei ricorda con chi altri ha parlato?

RAVANELLI No, io avrò parlato...

GIUDICE Con chi eventuali altri. Eh?

RAVANELLI Era... in pratica su..., la squadra era..., quasi il 90% di chi la prendeva eran quasi aumentati tutti di peso.

GIUDICE Ecco, ma lei come dice questo?

RAVANELLI Perché io mi ricordo che..., però non posso dire magari il Tal Tizio...

GIUDICE Ravanelli, lei ci fa anche una statistica, dice: "Il 90%", o quasi, diciamo così...

RAVANELLI O quasi tutti i giocatori, o quasi tutti.

GIUDICE - Oh! - che prendevano la creatina era aumentata di peso.

RAVANELLI Sì.

GIUDICE Allora, mi dice sulla base di che cosa lei può fare un'affermazione del genere? Perché l'ha sentito, perché l'ha riscontrato, perché ne ha parlato con i compagni? Cioè, sulla base di che cosa lei mi dice addirittura anche una statistica, il 90% o giù di lì?

RAVANELLI Mah, no, io ade... adesso non lo so. Io penso che quando scendevamo lì alla pesa, a pesarci, quasi tutti i giocatori pesavano qualche... qualche grammo in più, chilogrammo in più. C'era..., in pratica c'eravamo trovati... Quando ti vai a pesare, di solito alle 10 (per le 10 e mezza ho allenamento), alle 10 arrivava, passava il responsabile per il peso - adesso non mi ricordo se era...

GIUDICE Sì, ma non importa. Io capisco che... Eh! E allora?

RAVANELLI E allora avevamo riscontrato che tutti eravamo aumentati di peso, però adesso non gli posso dire Marocchi o Khöler era aumentato di peso, perché direi una bugia.

GIUDICE Questo lo capisco, ma mi dice allora sulla base di che cosa? Perché se ne lamentavano? Cioè, come fa a dire allora: "Tutti avevano riscontrato un aumento di peso"?

RAVANELLI No, perché, prendendo questa creatina, tutti avevano riscontrato che si aumentava di peso.

GIUDICE Eh! E questa sua affermazione: "Tutti avevano riscontrato"

RAVANELLI Sì.

GIUDICE a lei da che risulta? Questo le sto chiedendo.

RAVANELLI Da quando prend... prendevamo il peso.

GIUDICE Ho capito. Ma a lei da che risulta? Perché lei può parlare del suo peso, no?

RAVANELLI Certo.

GIUDICE Se io le chiedessi adesso: "Oggi quanto pesa?", lei più o meno lo sa.

RAVANELLI Certo.

GIUDICE perché, se non si è pesato oggi, si è pesato ieri o dieci giorni fa. Come devo dire?

RAVANELLI Certo, certo, certo.

GIUDICE Ma se io le chiedessi quanto peso io non lo sa.

RAVANELLI Certo.

GIUDICE Oh! Come faceva a sapere che anche gli altri erano aumentati? Questa è la domanda.

RAVANELLI Perché lo sentivo... perché lo sentivo dentro gli spogliatoi.

GIUDICE Oh! Questo le sto dicendo. Allora, lei sentiva dagli altri suoi compagni che...

RAVANELLI Certo, certo, certo.

GIUDICE che si lamentavano del fatto che prendevano chili insomma.

RAVANELLI Certo, certo.

GIUDICE Oh! E lo riferivano all'assunzione di creatina quest'aumento di peso?

RAVANELLI Certo, certo.

GIUDICE Davano la colpa alla creatina insomma.

RAVANELLI Certo, certo.

GIUDICE Ho capito. Non sa dire da chi lo ha sentito?

RAVANELLI No.

GIUDICE Lo sentiva, ma non ricorda da chi. Ecco!

RAVANELLI Lo sentivo, ma non... non so...

GIUDICE Però lo sentiva da quasi tutti, visto che parla del 90...

RAVANELLI Certo, certo.

GIUDICE Ho capito. Va bene. Andiamo avanti." (trascrizioni registrazioni udienza del 19 dicembre 2003 - pagine 74 e seguenti).

Risulta del tutto evidente che si è trattato di un teste ostile e per nulla contento di essere stato chiamato a testimoniare. Ciò nonostante, Ravanelli, come si è visto, da una parte, ha contraddetto quanto sostenuto da Agricola a proposito del Liposom forte e, per quanto riguarda la creatina, ha finito col riconoscere che quasi tutti i giocatori la prendevano e tutti accusavano un incremento di peso corporeo.

Il teste, inoltre, ha affermato pure che la quantità di creatina che egli assumeva era di 6-8 grammi, che - ancora una volta - non è una grande e veridica ammissione, perché il dottor Agricola somministrava ai giocatori dosi ben più elevate e consistenti di creatina, ma essa serve a rompere il limite che l'imputato ha ritenuto di indicare come quantità massima somministrata dal febbraio 1995 fino a fine stagione '94/95, individuata in 4-5 grammi.

Quasi tutti gli altri giocatori esaminati durante il dibattimento, come si vedrà, si sono comportati persino peggio e soprattutto nell'intento di non contraddire quanto sostenuto dal dottor Agricola hanno finito per rendere dichiarazioni intrinsecamente prive di ogni credibilità logica, smentite dagli elementi probatori assunti e tra loro contraddittorie. Se non fossero state rese in un contesto estremamente serio quale è la testimonianza e persino drammatico, come soprattutto per gli imputati è il processo, si potrebbe pure cogliere l'aspetto quasi buffo di alcune affermazioni rese dai giocatori.

A fine stagione '94/95, la situazione mutava perché come sponsor interveniva l'Also-Enervit che produce, tra l'altro, pure creatina, la creatina complex in bustine.

Presso la Juve, perciò, si passava dalla creatina acquistata in Svezia a quella della Also e Agricola così ha spiegato il passaggio: ".....All'inizio della stagione '95/96 c'era... non abbiamo più usato la creatina svedese, di cui adesso chiedo scusa ma non ricordo il nome vero, mi sembra But...

Strength, qualcosa del genere, e invece è entrata la sponsorizzazione con la Also Enervit. E la Also Enervit produceva delle comodissime bustine monodose che erano di 3 grammi l'una, quindi la casa produttrice consigliava, era scritto dappertutto a livello di Also Enervit, 9 grammi di dose iniziale e poi 6 grammi nella fase di mantenimento. Noi, sempre con la nostra filosofia che era quella di non determinare... che non avevamo bisogno di fare nessuna dose di carico perché a noi serviva unicamente, quindi non di riserva, non di energia, ma semplicemente di reintegro, ed essendo difficile fare i 5 grammi che ci era sembrato un dosaggio buono essendo delle bustine, abbiamo dato 6 grammi. Ecco, quindi questo è stato il cambiamento, per esempio, dal febbraio-maggio del '95 al luglio del '95...." e ancora: ".....nei momenti in cui era previsto il doppio allenamento, quindi c'era un allenamento durante la settimana, o il giorno prima o il giorno dopo in cui c'erano lavori di forza; là quando c'erano dei lavori di forza, quindi quando il dispendio probabilmente e la perdita era presumibilmente superiore per l'utilizzo muscolare che se ne faceva, quindi intorno al martedì, mercoledì e giovedì delle settimane in cui non c'erano le partite infrasettimanali, attenzione, allora in quelle settimane, da febbraio a giugno veniva data la disponibilità ai giocatori di assumere questo tipo di integratore, questo fino fine maggio, diciamo; la stagione agonistica è finita l'11 di giugno quell'anno lì. Quindi è stata una stagione molto lunga, molto faticosa, abbiamo avuto due finali, una di Coppa UEFA, abbiamo vinto lo scudetto, abbiamo vinto la Coppa Italia giocando col Parma l'11 di giugno. Questo è quanto. Finita questa stagione, arriva la Also Enervit. La Also Enervit....No, quell'epoca lì il fatto di somministrarla nell'intervallo del primo tempo, posso anche sbagliarmi adesso, i ricordi non sono così, posso anche averla data nell'intervallo del primo tempo, ma mi sembra che invece l'introduzione - e le spiego poi anche perché - l'introduzione nell'intervallo tra il primo e il secondo tempo sia avvenuto prevalentemente - non escludo con questo che sia avvenuto anche prima - ma prevalentemente nell'anno successivo. Questo è quanto mi ricordo...ho ricordo perché - anche questo è un dato di letteratura - cioè mi aveva interessato un lavoro di Carmelo Bosco e di Tranquilli, Carmelo Bosco, che avevano utilizzato - ed era di quegli anni, '95 mi sembra che fosse proprio - avevano utilizzato la creatina nell'ambito delle squadre di calcio, anzi loro erano stati i primi a utilizzare la creatina mi sembra in una squadra di serie C, che non vorrei dire, non voglio fare nomi magari che... ma forse il Crevalcuore, qualcosa del genere, ammesso che ci sia una squadra di Serie C che..., mi sembra. E comunque mi aveva interessato questo aspetto metabolico. Cioè, sostanzialmente noi sappiamo da sempre che l'acidità muscolare è colei che determina la inibizione della sintesi dei substrati metabolici. Cioè più aumenta l'acidità muscolare e più viene inibita la capacità di sintetizzare a) il glicogeno e la fosfocreatina stessa. Quindi la presenza di idrogenioni che sono legati all'attività fisica e che si formano sicuramente a livello muscolare, sono coloro che sono limitanti in senso sfavorevole, di recupero intendo dire, di rapido recupero di questi substrati metabolici. A parte quella... allora avevo letto questa situazione, la spiegazione scientifica la so io, invece Bosco e Tranquilli l'hanno appena accennata in questo lavoro e hanno chiaramente indicato come una delle cose più interessanti della somministrazione di creatina fosse quella di utilizzare il meccanismo tampone proprio della creatina. Cioè la creatina sarebbe utile anche e soprattutto per la questione tampone sull'acidità muscolare. Questo mi aveva interessato in modo precipuo, e per questo motivo, per tutte le considerazioni che avevo fatto l'altra volta, quindi del sicuro depauperamento del glicogeno, del sicuro depauperamento della fosfocreatina durante l'attività di una partita, avevo deciso allo scopo di favorire dopo il secondo tempo, abbattendo l'acidità, quindi non durante il secondo tempo dove peraltro è assolutamente inutile somministrare creatina agli scopi prestazionali e incrementativi, ma dato solo nel mio intendimento per favorire successivamente l'abbassamento del pH e la diminuzione degli idrogenioni muscolari...."

(trascrizioni registrazioni citate del 21 luglio 2003).

Dalle riferite affermazioni emerge evidente l'uso di creatina non come semplice integratore, bensì come sostanza capace di influenzare il metabolismo del giocatore e, in quanto tale, da somministrare più in funzione dello sforzo fisico sopportato o da affrontare, che dell'ordinaria quantità quotidianamente consumata dal fisico dell'uomo e dell'atleta.

Risulta chiaro, in altri termini, che il dottor Agricola, anche per quanto riguarda la determinazione della quantità di creatina da assumere e del momento in cui assumerla, si ispirava agli studi che egli stesso ha citato e alle proprie convinzioni e non certamente alla funzione di integratore da assegnare a tale sostanza.

A conferma di tale considerazione, si deve ricordare che nel corso dell'udienza del 6 maggio 2002 è stato esaminato Colli Roberto, che è un preparatore atletico, un esperto di metodologia dell'allenamento, che ha avuto modo di prestare la propria attività per atleti di vari sport e di varie federazioni sportive. Egli è stato pure stretto collaboratore del Carmelo Bosco, da lui chiamato professor Bosco, di cui ha parlato e ai cui studi ha dichiarato di essersi ispirato il dottor Agricola. Il teste ha riferito come il professor Bosco, che peraltro tendenzialmente condivideva la tesi della somministrazione delle dosi massicce d'attacco di creatina, almeno nel 1995, differenziasse il ricorso a tale sostanza a seconda del tipo di sport praticato, del tipo di allenamento svolto e così via. Il testimone ha ricordato pure gli esperimenti effettuati con l'équipe di cui faceva parte pure il professor Bosco su alcune cicliste ovvero su pesisti ed ha anche riferito l'esito di tali esperimenti, con le relative percentuali di incremento della prestazione.

Per quanto riguarda il calcio, in particolare, il Colli ha dichiarato: "...allora, sicuramente il Professor Bosco non so se li ha fatti riferiti all'allenamento, quanto sicuramente riferi... come una ricerca di tipo trasversale per identificare i valori ormonali, e risultavano che i valori dei calciatori, in generale, erano abbastanza alti e comunque legati ai livelli di esplosività. Lui ha tirato fuori una relazione, una correlazione, tra i livelli di esplosività del giocatore e i suoi livelli di testosterone, tant'è che ha costruito sopra una teoria in cui il testosterone per lui è più legato alla componente esplosiva rispetto ai criteri di forza massima, come mediatore chimico della pompa del calcio nella contrazione muscolare. Questa è la teoria che è stata formulata dal Professor Bosco....." (trascrizioni registrazioni udienza citata - pagine 194 e seguenti).

Il dottor Agricola, che come si vedrà ha sostenuto che uno degli scopi della somministrazione di creatina è quello di favorire l'anabolismo, spiegando che cosa egli intenda per anabolismo, ha precisato: ".....l'anabolismo significa, allora, la situazione è in questi termini: nella fase di allenamento, per motivi ormonali, ma questo lo dico indipendentemente dal libro, questa è una concezione fisiologica. Durante, per i motivi ormonali che ho detto precedentemente, quando i carichi di allenamento sono particolarmente elevati, l'ormone che incrementa l'anabolismo, che è il testosterone, incomincia a calare, come mi sembra di aver detto diffusamente la scorsa volta e quindi non so se devo ritornarci. Ora, quindi questa fase viene chiamata catabolica. Favorire la fase anabolica significa semplicemente fermare l'abbassamento dell'ormone che determina il catabolismo, e quindi favorire l'anabolismo..." (trascrizioni citate).

Si può notare la sintonia delle opinioni espresse dall'imputato e quelle riferite dal teste Colli come risultati degli studi su calciatori eseguiti da Carmelo Bosco e non è difficile concludere, dunque, che la creatina nell'uso che di essa faceva l'imputato solo in piccola parte svolgeva la funzione di integratore, mentre veniva prevalentemente utilizzata per influire sulla prestazione dell'atleta. Anche a tal riguardo, in verità, il dottor Agricola ha espresso il proprio pensiero, rilevando che: "...migliorare la performance non significa incrementare in modo surrettizio la prestazione agonistica, è un'altra cosa. Perché anche l'allenamento migliora la performance, perché non ho mai visto che uno si alleni per peggiorare la performance....." ma il rilievo, ancorché suggestivo, non può essere condiviso.

Si creerebbe, diversamente, un circolo vizioso in conseguenza del quale, per migliorare la performance, si deve necessariamente ricorrere all'allenamento e, per incrementare e sostenere ritmi mano a mano più impegnativi di allenamento, che servono sempre più a migliorare la performance, si devono somministrare farmaci e sostanze di vario genere.

Come si è già rilevato, non si condivide tale impostazione, perché contraria all'interesse della salute dell'atleta e anche ai principi di correttezza e lealtà sportiva, in quanto potrebbe produrre l'effetto di premiare chi si avvale dei migliori medici e farmacologi e non chi ha in squadra atleti più forti e più bravi.

L'adattamento all'allenamento deve avvenire attraverso un processo biologico naturale e non deve essere indotto o realizzato attraverso pratiche esogene di trasformazione bio-chimica.

Proprio per sfruttare al meglio le possibilità che si riteneva offrisse l'uso di creatina, la Juventus dalla stagione '95/96 offrì un contratto di consulenza pure al dottor Enrico Arcelli che, come rilevato, all'epoca era il responsabile scientifico della Also-Enervit, l'ispiratore della politica di mercato di quell'azienda, ritenuto a torto o a ragione uno dei massimi studiosi dei problemi di nutrizione e della creatina in particolare.

Si è osservato da parte del difensore, sostenendo che il dottor Arcelli sarebbe stato l'unico in questo processo a rendere false dichiarazioni testimoniali, che egli per molto tempo, anche negli anni successivi all'inizio del procedimento penale, pure attraverso scritti e interventi, è stato assertore di una dose iniziale di 10 grammi di creatina e per questo la Also avrebbe strutturato la dose di creatina in ciascuna bustina in 3 grammi, proprio per dare la possibilità, consumando tre bustine, di avvicinarsi a tale dose iniziale, assumendo in pratica 9 grammi, per poi proseguire il programma con una o due bustine al giorno.

Arcelli, dunque, non avrebbe dichiarato il vero, avendo invece sostenuto nel processo di avere invitato più volte Agricola e Tencone ad abbassare le dosi di creatina somministrate ai giocatori.

Mettendo per un attimo da parte ciò che hanno dichiarato nel processo Arcelli e Tencone che, come anticipato, sono pure stati messi a confronto tra loro nell'udienza del 27 ottobre 2003, ciò che però deve essere subito messo in chiaro è che la Juventus conosceva bene e fin dall'inizio le tesi sostenute da Arcelli e proprio per questo - è da ritenere - si era rivolta a lui e alla Also-Enervit.

E, allora, dov'è la novità nella scoperta delle convinzioni del dottor Arcelli? Questi, se invitava i responsabili dello staff medico della Juve a mantenere più basse le dosi di creatina da somministrare ai giocatori, cercava evidentemente di contrastare quanto avveniva nell'ambiente della Juve in cui le dosi superavano abbondantemente pure i 10 grammi coincidenti con le sue convinzioni.

Se dunque Arcelli ha dichiarato il falso nel processo è solo perché non ha ritenuto di precisare e riferire le circostanze di cui era a conoscenza ed ha atteso di essere convocato più volte prima di riferire qualche elemento in più.

Nel corso del confronto Arcelli-Tencone, così come del resto nel corso dei rispettivi esami testimoniali, nessuno dei due testimoni è risultato sincero e convincente. Valuterà il pubblico ministero se tale posizione assunta nel processo possa essere stata dettata da interessi personali, quali quello dell'eventuale concorso nei reati contestati ad Agricola, da parte di Tencone, ovvero quelli di cui era portatrice la Also-Enervit, condivisi da Arcelli oppure possa essere stata ispirata soltanto ad evitare di contraddire le tesi e le affermazioni sostenute dal dottor Agricola.

Rimane il fatto che Arcelli ha preferito presentarsi come un autentico smemorato, costretto a fare voli pindarici, come ha osservato il difensore, per poter individuare una quantità di creatina che si collocasse tra i 10 e i 20 grammi, oltretutto senza riuscire più a collocare nel tempo gli eventi nei vari momenti in cui essi sono davvero accaduti e, per quanto riguarda i suoi rapporti con lo staff medico juventino, almeno per ciò che attiene agli inizi del rapporto, egli ha fatto intuire di sapere molte più cose di quelle dichiarate, senza però mai precisare bene direttamente i fatti, limitandosi a richiamare - in qualche occasione - il libro scritto da Massimo Lodi, in collaborazione con Giampiero Ventrone, preparatore atletico della Juventus, all'inizio del 1998, intitolato "Sul campo con la Juve", con introduzione dello stesso Arcelli, nel quale - a suo dire - risulterebbero ben riportate le circostanze oggetto della sua testimonianza.

Tencone, dal canto suo, ha continuato a ripetere ciò che ha sempre sostenuto Agricola, pur rimarcando che egli nell'ambito Juve era solo un esecutore, perché era Agricola che assumeva le decisioni e impartiva le direttive.

Per quanto riguarda la creatina, in particolare, è risultato d'accordo con Arcelli solo sul fatto che dalla fine del 1996 in poi la Also-Enervit proponeva una dose di attacco di creatina di 9 grammi per 7-10 giorni e, successivamente, una dose giornaliera di 3 grammi da assumere a cicli di alcuni mesi. Egli, però, ha dichiarato che la Juve non avrebbe mai aderito alla dose iniziale di 9 grammi proposta dalla Enervit e da Arcelli, somministrando dosi iniziali massime di 5-6 grammi per proseguire con i 3 grammi giornalieri.

Tencone, poi, ha fatto autonome dichiarazioni sulla durata dei cicli, contraddicendo in parte anche quanto sostenuto da Agricola e, soprattutto, non ha spiegato e precisato bene i motivi della strategia di somministrazione di creatina che a suo dire sarebbe stata adottata, in modo difforme oltretutto proprio dalla linea di intervento proposta dalla casa produttrice e dal responsabile scientifico di tale azienda che invece la stessa Juventus aveva liberamente scelto.

Il testimone, inoltre, ha anche affermato con sicurezza che nella stagione '94/95 e, cioè, al momento in cui si utilizzava la creatina svedese, la cui casa produttrice tra l'altro consigliava dosi iniziali da 20 grammi di creatina, veniva somministrata a ciascun giocatore una dose di 5 grammi che proprio il dottor Tencone preparava, prelevando dal grande barattolo a disposizione negli spogliatoi cinque misurini per volta, essendo il misurino da 1 grammo e sciogliendo la sostanza in bibite che porgeva ai vari giocatori al loro rientro negli spogliatoi dopo l'allenamento.

Su specifica domanda, il dottor Tencone ha ribadito che la dose era di 5 misurini da 1 grammo, uguale per tutti e che i giocatori, anzi, non erano neppure in condizioni di stabilire quanti grammi di creatina assumessero, perché ovviamente nessuno controllava ciò che il dottor Tencone preparava, fidandosi di ciò che faceva il medico.

I giocatori, poi, hanno fatto dichiarazioni tutte diverse tra loro. Di Torricelli e Ravanelli già si è detto.

Tacchinardi, che era già alla Juve nella stagione '94/95, non ha ricordato quasi nulla della creatina, ha fatto confusione tra bustine e misurino, assumendo che all'epoca, giocando poco, prendeva meno creatina di altri, non ha ricordato nulla delle pastiglie assunte nell'aprile-maggio 1998 ed ha affermato che il suo ricovero del 1997 era stato provocato da una bibita ghiacciata.

Pessotto, anch'egli già alla Juve nel febbraio 1995, ha dichiarato di aver assunto 3 grammi di creatina e così si è espresso:

GIUDICE: lei ha fatto uso anche di creatina?

PESSOTTO: sì.

GIUDICE: continua a farne uso?

PESSOTTO: no.

GIUDICE: non ne fa più uso?

PESSOTTO: no.

GIUDICE: e come mai?

PESSOTTO: non ne faccio più uso perché non ne faccio più uso.

GIUDICE: eh, ma non è una risposta.

PESSOTTO: perché...

GIUDICE: c'era una ragione per cui ne facesse uso prima?

PESSOTTO: ...mi reintegro in altro modo.

GIUDICE: cioè?

PESSOTTO: con acqua.

GIUDICE: con acqua?! Al posto della creatina?

PESSOTTO: o gli integratori che la società, il medico ci consiglia di prendere.

GIUDICE: e che integratori vi consiglia al posto della creatina? Perché adesso...

PESSOTTO: ma non lo so al posto della creatina, gli integratori che ci consiglia sono: l'Enervit, Gatorade, questi qui, l'R2.

GIUDICE: ma che tipo di integratori? Per i sali?

PESSOTTO: sì, sali minerali.

GIUDICE: e la creatina è a parte?

PESSOTTO: no.
GIUDICE: e come no?
PESSOTTO: non lo so questo.
GIUDICE: la creatina è creatina.
PESSOTTO: non lo deve chiedere a me.
GIUDICE: ma proprio stamattina mi diceva il vostro medico che si continua a fare uso di creatina. Però è il secondo a cui lo chiedo, due su due, a Tacchinardi non l'ho chiesto, ma due su due che mi dice che non ne fa più uso, né lei né Birindelli.
PESSOTTO: io rispondo per quanto riguarda me.
GIUDICE: e lo so, e io le sto dando questa notizia, anche BIRINDELLI dice che non ne fa più uso.
PESSOTTO: non lo sapevo.
GIUDICE: e appunto glielo dico.
PESSOTTO: beh, non ci trovo niente di male.
GIUDICE: no, io non è una questione di male o di bene, io posso trovare nulla di male se uno l'assume, come nulla di male se uno non l'assume, vorrei però come in tutte le cose che mi si spiegasse perché uno l'assume se la prende e perché uno smette se smette di prenderla. È tutto lì. Ha capito? Qua non è il problema di "male", il problema è di dare una spiegazione.
PESSOTTO: ci sono dei medici che decidono cosa dobbiamo assumere e noi ci atteniamo a quello.
GIUDICE: e quindi è il dottor Agricola che vi ha detto di non prendere più creatina?
PESSOTTO: io prendo quello che mi danno.
GIUDICE: allora ripeto la domanda in un altro modo: è il dottor Agricola che non le dà più creatina?
PESSOTTO: no. Se non ritiene opportuno non me la dà.
GIUDICE: e quindi non gliela sta dando?
PESSOTTO: no.
GIUDICE: e che cosa le dà?
PESSOTTO: e ho detto prima...
GIUDICE: degli integratori?
PESSOTTO: sì, abbiamo il Gatorade, l'R2 e l'acqua...." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagine 231 e seguenti).
Di Conte pure si è parlato ed è necessario aggiungere che egli ha dichiarato di non sapere neppure che cosa fosse la creatina, in quanto assumeva solo vitamine, aminoacidi e pappa reale, né si è dichiarato in grado di dire se altri suoi compagni assumessero creatina.
Anche l'affermazione di non essere a conoscenza di ciò che avviene negli spogliatoi, per non riferire nulla dei comportamenti di compagni di squadra, medici, massaggiatori e così via è stato un atteggiamento comune ai calciatori che lo hanno assunto talvolta anche in modo sfacciato, come è il caso di Birindelli che, oltre alle risposte generiche fornite sui prodotti medicinali da lui assunti, una volta poi che si è passati alla creatina, ha mostrato praticamente di vivere da solo: ".....ma sapevo cosa mettev... Non vedevo la scatola ma io sapevo quello che c'era nelle fiale.
GIUDICE: ma non ha dichiarato questo, però.
BIRINDELLI: mi sarà sfuggito in quella...
GIUDICE: non lo ha dichiarato. Lei ha detto...
BIRINDELLI: mi sarà sfuggito in quell'occasione.
GIUDICE: "...il prodotto, la flebo vedevo quale prodotto usavo se capitava che fosse lì vicina, in vista, la scatola. A volte capitava che non ci fosse la scatola in vista, in tal caso io non so...", non "non ricordo", "...io non so quale prodotto mi fosse somministrato". Oggi lei dice una cosa diversa perché dice che lo sapeva comunque, indipendentemente dalla scatola, solo che magari non è in grado di ricordare di quale prodotto si trattasse, ma quella dichiarazione - ed è per quello che mi ha colpito - quella dichiarazione vuol dire un'altra cosa. Vuol dire che se lei non leggeva il prodotto

sull'etichetta della scatola, sulla scatola o, insomma, da qualche parte, faceva la flebo senza sapere neppure di che cosa...

BIRINDELLI: no, assolutamente!

GIUDICE: che cosa stesse facendo.

BIRINDELLI: assolutamente.

GIUDICE: chi è che glielo diceva che era necessario, se glielo diceva, e se era necessario fare le flebo?

BIRINDELLI: il dottor Tencone.

GIUDICE: lei con il dottor Agricola parlava?

BIRINDELLI: certo.

GIUDICE: capitava, o parlava solo con Tencone?

BIRINDELLI: no no no no, capitava. Erano loro due i medici e quindi capitava di parlare sia con l'uno che con l'altro.

GIUDICE: senta, lei quindi non è in grado di stabilire se oltre all'Epargriseovit vi fossero altri prodotti che le venissero somministrati così, con flebo?

BIRINDELLI: no, che ricordi no.

GIUDICE: solo vitamine?

BIRINDELLI: sì.

GIUDICE: la creatina continua a prenderla?

BIRINDELLI: no.

GIUDICE: non la prende più?

BIRINDELLI: no.

GIUDICE: e perché?

BIRINDELLI: no... a parte che mi ha... cioè non ne ho fatto più uso perché i carichi di lavoro sono diminuiti, quindi non ho sentito più la necessità di prenderla.

GIUDICE: ma lei prima perché la prendeva allora?

BIRINDELLI: perché in fase di preparazione... i carichi di lavoro nel '97 era diverso da quello che facciamo adesso. Adesso è molto più personalizzato, è molto più specifico, quindi sono altri carichi di lavoro.

GIUDICE: cioè adesso sono diminuiti i carichi di lavoro o lei si è abituato ai carichi di lavoro?

BIRINDELLI: no no no, sono...

GIUDICE: no?

BIRINDELLI: non è che sono diminuiti, sono più particolareggiati e quindi distribuiti meglio.

GIUDICE: e quindi questo fa sì che lei non abbia più bisogno di creatina?

BIRINDELLI: no, io adesso non prendo creatina.

GIUDICE: ma i suoi compagni di squadra la prendono?

BIRINDELLI: no. Almeno, a mia vista no, assolutamente.

GIUDICE: guardi che questa mattina, proprio questa mattina, AGRICOLA, il dottor Agricola ha detto che continua a fare uso di creatina.

BIRINDELLI: ma io Le dico, a mia vista...

GIUDICE: non credo personale.

BIRINDELLI: no. Le dico, a vista mia no, perché io non ho visto nessuno. Poi se qualcuno la prende sono cose loro, non è che io vado a vedere...

GIUDICE: se lo fanno loro... lo spogliatoio è quello, no?

BIRINDELLI: no, io non vado a vedere cosa fa un compagno.

GIUDICE: lo so che non va a vedere, però vive negli spogliatoi con gli altri, no?

BIRINDELLI: sì sì, ma siccome l'allenamento è personalizzato, quindi io posso finire prima di un altro rispetto a...

GIUDICE: ma dopo l'allenamento il medico le prepara qualcosa?

BIRINDELLI: no, assolutamente.

GIUDICE: neppure un bicchiere d'acqua se ha sete?

BIRINDELLI: no, noi abbiamo le bevande. Abbiamo il frigo: c'è il Gatorade, c'è acqua, c'è tutto...

GIUDICE: quindi dal frigo le prendete dopo? No, non credo dal frigo.

BIRINDELLI: c'è Gatorade, acqua, questa roba...

GIUDICE: ma dal frigo le prendete, dopo l'allenamento?

BIRINDELLI: sì.

GIUDICE: non credo che facciano bene, no?

BIRINDELLI: beh, non è che le beviamo tutte di un sorso....." (trascrizioni registrazioni udienza citata - pagine 196 e seguenti).

Per quanto riguarda Del Piero, le osservazioni che si possono fare sono di tipo diverso. Non che il giocatore si sia discostato dal complessivo tenore delle deposizioni dei colleghi che lo hanno accompagnato, perché anch'egli si è detto sicuro di aver assunto soltanto 2 o 3 grammi di creatina, pur non ricordando che capacità avesse il misurino adottato nel 1995, è stato molto abbottonato sulle sostanze assunte ed ha fatto dichiarazioni poco verosimili in ordine all'aumento di peso, che il giocatore ha attribuito al naturale invecchiamento, accompagnato dai carichi di lavoro.

Nel caso di Del Piero, il problema non riguarda il contenuto delle dichiarazioni da lui rese, inattendibili al pari di quelle rilasciate dagli altri giocatori esaminati il 21 luglio 2003, ma è relativo al fatto che il giocatore era stato iscritto nel registro degli indagati il 17 luglio 1999 e per lui, come per altri, il pubblico ministero aveva presentato richiesta di archiviazione accolta dal giudice per le indagini preliminari in data 30 agosto 2000.

La testimonianza di Del Piero, perciò, deve essere considerata l'equivalente di dichiarazioni rese dall'imputato, per cui nessun effetto giuridico può discendere da eventuali false o incomplete affermazioni.

Solo per amore di correttezza, peraltro, va rimarcato come le parti fossero perfettamente a conoscenza della riferita circostanza relativa all'iniziale iscrizione di Del Piero nel registro degli indagati, ma la notizia nel processo è stata riportata da una nota del Cancelliere competente presso la Procura della Repubblica di Torino, dottoressa Zammuto, prodotta dal pubblico ministero nella stessa udienza in cui si procedeva all'audizione dei testimoni.

Il diretto interessato ha dichiarato di non aver mai saputo nulla di tale incriminazione, ricordando di essere stato solo esaminato come persona informata sui fatti del procedimento, mentre gli stessi difensori - come si legge nelle trascrizioni delle registrazioni dell'udienza, da pagina 262 a pagina 265 - alla domanda se la circostanza fosse stata mai comunicata al giocatore, hanno risposto: "no, mai comunicato" e: "è una notizia inedita" e, subito dopo, su richiesta del giocatore che ha anche indicato in uno dei difensori del dottor Agricola presenti l'Avvocato da cui intendeva essere assistito, il testimone ed il difensore così individuato si sono appartati per poter conferire e decidere la strategia processuale eventualmente da adottare, mentre uno dei difensori dell'imputato Giraudò dichiarava: "però l'avessimo saputo prima".

In realtà, in data 27 giugno 2000, il difensore che all'epoca assisteva entrambi gli indagati Agricola e Giraudò, così almeno egli risulta essersi qualificato, già sapeva perfettamente che Alessandro Del Piero era stato iscritto nel registro degli indagati e sapeva pure che in data 8 gennaio 2000 dall'iniziale processo (n. 28415/98 r.g.n.r.) era stato disposto stralcio delle posizioni di Gay Romolo Maria, Agricola Riccardo, Moggi Luciano, Giraudò Antonio, Bettega Roberto, Di Livio Angelo, Deschamps Didier e Del Piero Alessandro, perché ne faceva oggetto di un'istanza rivolta al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Torino e, del resto, non avrebbe potuto non saperlo proprio la difesa che ha criticato la scelta effettuata dal pubblico ministero di stralciare alcune posizioni dal processo iniziale, perché in tal modo - a suo dire - il pubblico ministero avrebbe potuto scegliere gli atti da depositare nel proprio fascicolo così creato.

Il procedimento stralciato, infatti, nel quale compariva pure Del Piero come indagato era proprio quello (n. 63/2000, iscritto in data 10 gennaio 2000) che ha dato origine all'attuale processo, perché il pubblico ministero, nell'estate del 2000, da una parte, chiedeva ed otteneva l'archiviazione della posizione relativa a Gay, Moggi, Bettega, Di Livio, Deschamps e Del Piero e, dall'altra parte, rinviava a giudizio i rimanenti imputati.

Come è possibile, dunque, che il giorno dell'udienza gli interessati dichiarassero di non saperne nulla, tanto che, come detto, veniva pure richiesto un periodo di pausa per consentire al teste e al difensore di valutare la situazione che, invece, almeno per loro non avrebbe dovuto avere il carattere della novità?

Se il giudice però l'avesse saputo prima, si sarebbe proceduto quanto meno con maggiore celerità. Che dire, poi, dei giocatori esaminati come testimoni nelle altre udienze? Solo Zidane è apparso meno in difficoltà, anche se ha cercato di far passare il proprio messaggio, sostenendo che non si possono giocare a certi livelli 70 partite l'anno senza l'apporto di alcune sostanze, peraltro non precisate o meglio da lui genericamente definite vitamine.

Pure Lombardo è stato evanescente in ordine ai medicinali assunti alla Juve, pur se ha ricordato che in Inghilterra non gli veniva somministrato nulla.

Analoga affermazione l'ha fatta anche Vialli, che nel campionato inglese ha giocato ed ha allenato. Della sua testimonianza fumosa, in parte si è già detto; basti ricordare che è stato necessario far ritornare il teste una seconda volta, perché successivamente all'esame testimoniale reso la prima volta, Vialli ha poi rilasciato un'intervista radiofonica, riportata dai quotidiani, in cui di fatto modificava alcune affermazioni che lui stesso aveva reso in udienza. Egli, ancora, è risultato del tutto poco convincente sulla quantità di creatina assunta - a suo dire limitata a soli 5 grammi in un breve periodo - sul conseguente aumento del peso corporeo e via dicendo.

Considerazioni analoghe, infine, vanno fatte per le dichiarazioni rese da Amoruso, da Baggio, da Ferrara, da Inzaghi, da Montero e da Peruzzi, anche se quest'ultimo è stato ricordato dal difensore perché il teste ha riferito di aver assunto 5 grammi di creatina, al pari di Torricelli e Vialli, e questa affermazione è stata evidentemente ritenuta come un riscontro alle dichiarazioni di Agricola probante, attendibile e convincente.

E' compito del pubblico ministero valutare gli ulteriori effetti di tali testimonianze che, nell'ambito di questo processo, per le ragioni di cui si è detto, sono risultate tutte inadeguate e inattendibili.

E' stato persino impossibile comprendere se ed entro quali limiti il dottor Agricola avesse effettivamente informato i giocatori in ordine alle specialità medicinali somministrate. La maggior parte dei testimoni ha dichiarato che aveva piena fiducia nel dottor Agricola ed ha fatto riferimento soltanto all'assunzione di integratori e vitamine, in aggiunta alle striminzite spiegazioni che si sono rese necessarie per giustificare l'assunzione dei farmaci risultanti dalle dichiarazioni precedentemente effettuate in sede di sorteggio antidoping.

Il difensore ha sostenuto che all'epoca dei fatti l'informazione del paziente da parte del medico era regolamentata soltanto dall'articolo 29 del codice deontologico medico del 1995. L'affermazione, in realtà, pur esatta, non è però completa, in quanto la normativa penalistica non è cambiata rispetto a quegli anni e il concetto di consenso informato elaborato nella giurisprudenza della suprema Corte risale all'inizio degli anni '90. In ogni caso, ancora una volta va ribadito che l'informazione del "paziente" presuppone comunque un uso terapeutico dei medicinali, non essendovi al di fuori di tale ambito nessun consenso che ne avrebbe potuto legittimare la somministrazione.

Nel caso in esame, l'impressione che se ne è ricavata dalle testimonianze dei calciatori è che non venissero loro fornite complete e adeguate informazioni, anche se - ovviamente - coloro che si sono presentati a testimoniare hanno cercato di ridimensionare pure le informazioni di cui erano a conoscenza.

La verità, insomma, è che tutti i giocatori sono venuti a riferire fatti e circostanze in modo assolutamente contrastante con gli elementi logici e probatori emergenti in atti e nell'unico intento di confortare le affermazioni sostenute dall'imputato.

Basti considerare che già solo a proposito della creatina, sentendo le loro testimonianze, secondo le quali pochi giocatori assumevano creatina, in dosi straordinariamente contenute, per periodi estremamente limitati e, sentendo inoltre che molti di coloro che avevano cominciato ad assumerla avrebbero addirittura smesso dopo un breve periodo iniziale, non si comprende più perché tanta creatina sia stata acquistata dalla Svezia (in pochi mesi risultano pagate alla Streng Sport Nutrition 6.634.800 lire di creatina solo per la prima squadra, come da documentazione prodotta dall'imputato

Giraudò nell'udienza del 10 luglio 2003), chi ne avrebbe fatto così largo uso, perché tutti i giocatori sarebbero aumentati di peso, perché sarebbe stato stipulato successivamente il contratto con la Also-Enervit per la fornitura di altra creatina, la creatina complex appunto (creatina fornita a costo zero, nella stagione '95/96 nell'ambito della complessiva sponsorizzazione e pagata dalla Juventus, invece, circa 10 milioni e mezzo di lire per la stagione '96/97 e una somma non documentata che verosimilmente costituisce una buona fetta degli oltre 36 milioni e mezzo di lire pagati alla Also-Enervit per la sola prima squadra per la stagione '97/98), perché sarebbe stato concluso pure un contratto di consulenza con Arcelli e, ancora, perché successivamente si sarebbe continuato ad acquistare creatina, la creatina istant della Multipower e così via.

A fronte di tali elementi oggettivi, le dichiarazioni dei giocatori perdono ogni possibile credito di attendibilità, mentre acquista credibilità quanto, sia pure molto faticosamente e nascostamente, è stato fatto trasparire da Arcelli, il quale - come tutti gli altri del resto - non aveva alcuna intenzione di sconfessare le tesi difensive sostenute da Agricola, ma alla fine ha un po' ceduto e timidamente ha dichiarato che solo dopo la sponsorizzazione della Also e dopo la collaborazione di Arcelli presso la Juventus le dosi di creatina somministrate ai calciatori si sono sensibilmente ridotte. Né si può sostenere - come pure si è ventilato - che, in fondo, la questione creatina, rispetto agli altri temi del processo, assume una posizione marginale e, dunque, le eventuali dichiarazioni dei testimoni a tal riguardo dovrebbero essere valutate con molta elasticità e bonomia, intanto perché non è vero che il problema relativo alla creatina possa essere considerato secondario e, in secondo luogo, perché nelle testimonianze non esistono affermazioni di serie A e di serie B, tanto per utilizzare il linguaggio calcistico, ma esistono aspetti rilevanti del processo ed aspetti irrilevanti sui quali le domande ai testimoni non devono addirittura essere poste.

Sui temi rilevanti - e i fatti relativi all'assunzione di creatina presso la Juventus sono assolutamente rilevanti nell'attuale processo e riguardano più aspetti della contestazione - il testimone ha sempre il dovere giuridico di rispondere e di riferire tutto ciò che sa in modo conforme al vero e, oltretutto, si sa che chi è capace di dire falsità in qualche frangente non è più controllabile e non mette più chi l'ascolta in condizioni di capire quando dice il vero e quando invece mente.

Ogni altra considerazione di tipo diverso, non solo sarebbe sbagliata e non avrebbe alcun fondamento giuridico, ma risulterebbe pure estremamente diseducativa.

La prova principale della falsità delle dichiarazioni rese da Agricola, da Tencone e dai calciatori relativamente alla creatina, infine, è costituita dal già menzionato libro "Sul campo con la Juve". Si tratta, invero, di una pubblicazione frutto della collaborazione di Giampiero Ventrone, preparatore atletico della Juventus, che ne ha verosimilmente curato l'aspetto tecnico, e di Massimo Lodi che con un taglio a lui congeniale, essendo un giornalista, ha cercato di raccontare il modo in cui una squadra come la Juventus si allenasse e si preparasse da un punto di vista atletico, nell'arco del quadriennio in cui appunto Ventrone aveva lavorato presso tale società.

Oltre alla descrizione delle varie tecniche d'allenamento a seconda delle gare da affrontare, dei momenti della stagione e delle diverse caratteristiche personali riferite alla tipologia dei giocatori, e oltre alla introduzione di Enrico Arcelli di cui si è detto e alla prefazione di Gianluca Vialli, la pubblicazione è stata arricchita, da giornalista, pure da una serie di interviste realizzate da Lodi, tra le quali quella all'allenatore dell'epoca, Marcello Lippi e quella al responsabile del settore medico della squadra, dottor Riccardo Agricola.

L'intervista all'imputato - che a quell'epoca non poteva sapere che sarebbe stato processato, perché il procedimento penale non era iniziato - è lunga e articolata e riguarda molti temi. Ma che cosa ha risposto il dottor Agricola alla domanda posta proprio sulla creatina?

L'intervista a tal riguardo così si sviluppa (pagine 113 e seguenti del libro):

LODI: "Si parlò molto, a suo tempo, dell'importanza che avrebbe avuto la creatina come integratore principe della dieta dei calciatori juventini. Fu davvero così importante? E ne fate ancora uso?"

AGRICOLA: "Procurò certamente benefici, ma non in misura decisiva per le sorti della squadra.

Oggi la creatina viene somministrata ai giocatori in dosi diverse nelle differenti fasi della stagione. Durante il ritiro precampionato, allo scopo di favorire l'anabolismo di cui s'è detto, essi ne

assumono una decina di grammi al giorno. Nel resto della stagione il massimo della dose è di tre grammi e viene distribuito solo negli intervalli delle partite. Alcuni studi consigliano questa metodologia perché la creatina aiuta a compensare le perdite di creatinfosfato stimate nella misura media di due grammi che si verificano durante la gara.

Devo aggiungere, a proposito di creatina, che le dosi di cui ci serviamo oggi sono decisamente inferiori a quelle di quattro anni fa, quando ne facemmo uso la prima volta: anche se non si arrivò mai a toccare punte di trenta o quaranta grammi giornalieri, esse erano infatti senz'altro superiori. Abbiamo ritenuto opportuno modificarle per evitare eventuali sovraccarichi epatici o renali."

Non è forse questa la conferma a quanto alla fine dichiarato da Arcelli e, cioè, che prima della sua consulenza alla Juve venivano somministrate dosi di creatina ben superiori ai 10 grammi che il teste, sempre per una forma di cautela nei riguardi di Agricola, ha quantificato nella misura tra i 10 e i 20 grammi?

Lo ha dichiarato Agricola a Lodi che lo intervistava: pur senza arrivare ai 30 o 40 grammi di creatina si somministravano dosi senz'altro superiori ai 10 grammi. E ciò che cosa vuol dire: 15? 20? 25 grammi? In che cosa, perciò, avrebbe dichiarato il falso Arcelli?

E, ancora, perché si deve indicare quasi come scandalosa la posizione di Arcelli quale sostenitore dell'adozione di una dose iniziale di creatina di 9-10 grammi, accusandolo di aver pure ribadito tale sua convinzione con scritti diretti all'imputato o apparsi su Internet anche nel 1999 o nel 2000, quando lo stesso imputato ha fatto analoga e pubblica dichiarazione nell'intervista rilasciata a Lodi nel febbraio 1998?

Come si è già evidenziato, se Arcelli nel processo ha dichiarato il falso è perché egli non ha riconosciuto che alla Juventus le dosi di creatina somministrate ai giocatori consistevano in 10 grammi, ma ha cercato di assecondare la tesi difensiva secondo la quale non si sarebbero superati i 6 grammi e, cioè, le due bustine di creatina complex ed è perché egli non ha precisato subito che prima della sponsorizzazione della Also-Enervit le dosi di creatina somministrate dal dottor Agricola ai giocatori erano in pratica il doppio. In questo, sono da ritenersi false le dichiarazioni rese dal dottor Arcelli e non sulla base delle argomentazioni del tutto prive di ogni sostegno logico e probatorio indicate dal difensore che, a conferma dell'assunto difensivo, ha avuto bisogno di invocare il riscontro delle testimonianze di Tencone e dei tre giocatori ai quali si è già fatto riferimento.

Come spiegano, poi, il difensore e lo stesso Agricola le riferite dichiarazioni rilasciate nell'intervista in parola?

Massimo Lodi, giornalista professionista, è stato sentito a sommarie informazioni testimoniali il 18 aprile 2000 ed il relativo verbale è stato acquisito agli atti sull'accordo delle parti.

Né l'imputato, né la difesa, in verità, hanno mai posto in dubbio la genuinità dell'intervista ovvero la fondatezza di quanto dichiarato dal dottor Lodi nel verbale di sommarie informazioni testimoniali.

Diversamente, del resto, la difesa non avrebbe evidentemente prestato il consenso all'acquisizione del relativo verbale e, comunque, se fossero sorte questioni sul contenuto di quanto da lui affermato, si sarebbe provveduto a citare il giornalista in dibattimento affinché riferisse i fatti in testimonianza, nel contraddittorio delle parti.

L'imputato ed il suo difensore, invece, sostengono essersi trattato di un errore, di un'incomprensione, di un "fraitendimento" come lo ha definito testualmente il dottor Agricola, mentre il difensore ha posto pure l'accento sulla natura della fonte probatoria, definita extra-processuale, perché le dichiarazioni di Agricola sono state rilasciate, appunto, fuori dal processo. A dimostrazione della tesi secondo la quale le dichiarazioni riportate nell'intervista sarebbero stato frutto di errore o fraintendimento, il difensore ha rilevato che Agricola, parlando della creatina, ha detto che quattro anni prima si sarebbe comportato diversamente e ciò non può essere frutto di un'affermazione dell'imputato che sapeva bene che quattro anni prima si somministrava il Neoton e non la creatina e l'imputato ha citato una frase a lui riferita a pagina 114 del libro, in ordine ad uno studio che sarebbe stato fatto presso la Juventus sugli aminoacidi a catena ramificata, che

corrisponderebbe ad un errore tecnico che - a suo giudizio - egli non avrebbe mai potuto commettere.

Partendo dalla fonte, si può osservare come risulti di tutta evidenza che l'affermazione della difesa è infondata.

Le dichiarazioni riferite nell'intervista in parola all'imputato Agricola, infatti, sono state confermate in un verbale di sommarie informazioni testimoniali dal giornalista che aveva realizzato l'intervista ed il verbale in questione è stato acquisito agli atti del processo anche con il consenso della difesa, come si è già osservato.

Lo stesso, imputato, del resto, ha ammesso di aver rilasciato quell'intervista e quelle dichiarazioni, anche se ha sostenuto che esse in qualche punto sarebbero state riportate nel libro in modo non perfettamente conforme a quanto da lui effettivamente affermato.

Il verbale di sommarie informazioni rese da Lodi e acquisito legittimamente agli atti del processo e le dichiarazioni rese dall'imputato nel corso dell'esame dibattimentale o nel corso di dichiarazioni spontanee sono elementi probatori acquisiti nel processo e, dunque, non è corretto parlare di tali dichiarazioni come provenienti da fonte extra-processuale.

Nel processo, anzi, emerge se mai un contrasto tra quanto sostenuto da Agricola e quanto ribadito da Lodi, che nel verbale di sommarie informazioni ha escluso ogni errore o fraintendimento ed ha confermato che le dichiarazioni da lui attribuite ad Agricola nel libro "Sul campo con la Juve" sono esattamente quelle che l'imputato ha rilasciato.

Il problema, perciò, non riguarda la natura della fonte probatoria, trattandosi di dichiarazioni che emergono da più fonti processuali legittimamente e ritualmente acquisite; il problema, invece, è di attendibilità e, cioè, consiste nello stabilire se sia vero - come preteso dall'imputato - che colui che ha realizzato l'intervista abbia travisato e modificato per errore alcune dichiarazioni rese da Agricola e come mai, in ogni caso, in testimonianza il predetto intervistatore abbia ribadito e confermato invece di aver riportato fedelmente tali dichiarazioni.

Cominciando dagli elementi che sono stati indicati da imputato e difesa come riportati erroneamente, al fine di poter sostenere la complessiva inattendibilità del contenuto dell'intervista, va rilevato come il riferimento ad essi risulti solo strumentale e insussistente.

Il dottor Agricola, invero, effettivamente si è riferito alla creatina parlando delle differenti dosi somministrate "quattro anni fa" e l'espressione non è frutto di alcun errore, né di Agricola, né di Lodi, perché se si guarda alle stagioni calcistiche e non all'anno solare, si può facilmente notare come Agricola si riferisse al quarto anno e, cioè, alla quarta stagione in cui veniva utilizzata la creatina presso la Juventus, tanto è vero che, con straordinaria precisione, subito dopo aver detto "quattro anni fa", il dottor Agricola nell'intervista ha pure aggiunto "quando ne facemmo uso per la prima volta". Basta, allora, fare il conto, cominciando dal 1994/95 stagione in cui ha avuto inizio l'uso di creatina, per concludere che nella stagione 1997/98, quando cioè è stata rilasciata l'intervista, si era al quarto anno di uso di creatina presso la Juventus, la prima stagione con la creatina svedese e le tre stagioni successive con la creatina complex della Also-Enervit.

Per quanto riguarda la frase riportata a pagina 114 del libro che sarebbe stata pronunciata da Agricola nel corso dell'intervista, l'imputato ha osservato: ".....io avrei fatto delle esperienze sugli aminoacidi ramificati alla Juventus volte, in sintesi, a valutare il triptofano che si lega agli acidi grassi e che supera la barriera ematoencefalica. Questo nel libro viene riferito a me, cioè come detto da me. Ora io le chiedo: forse per lei, che non è chiaramente un medico, lei sa cosa vuol dire fare una valutazione del triptofano? Fare una valutazione legata agli acidi grassi che superano o meno la barriera ematoencefalica? Questo è un dato che è assolutamente impossibile che io gli abbia potuto dire, per quanto mi riguarda...." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagina 17).

Nell'intervista, a tal proposito, si legge: ".....Per quanto riguarda gli integratori, ci serviamo di prodotti, tutti assolutamente naturali, usati oggi da chiunque faccia sport. Mi riferisco ad una gamma che va dal comunissimo fruttosio alle maltodestrine, agli aminoacidi a catena ramificata.

Questi ultimi meritano forse un cenno a parte. La loro utilità è triplice, poiché servono per migliorare l'aspetto plastico dell'atleta, per fornirgli energia, infine per ridurre i danni

dell'affaticamento. Da uno studio che proprio qui alla Juve abbiamo fatto, è infatti emerso che essi, legandosi al triptofano ne riducono il passaggio attraverso la barriera ematoencefalica. Ciò è importante poiché il transito del triptofano è la causa della produzione di serotonina che origina l'affaticamento acuto, e impedire quest'operazione fisiologica significa dunque risentire meno della fatica..."

E, dunque, va subito fatta una prima e istintiva considerazione: ma chi può aver riferito siffatti ragionamenti di tipo medico-biologico se non il dottor Agricola? Lodi è un professionista di informazione, non di medicina e probabilmente, quando ha intervistato l'imputato, non sapeva neppure se il triptofano appartenesse alla categoria delle proteine, degli aminoacidi oppure fosse un pesce o un altro tipo di animale.

Seconda considerazione: può darsi che un'imprecisione vi sia stata, nel senso che lo studio al quale si riferiva Agricola probabilmente lasciava solo supporre che uno degli effetti riferibili agli aminoacidi potesse essere quello descritto con riguardo al triptofano, senza peraltro che esso fosse stato verificato con sicurezza. Sarebbe forse stato meglio precisare che gli aminoacidi legandosi al triptofano potrebbero avere l'effetto di ridurre il passaggio attraverso la barriera ematoencefalica oppure altre espressioni del genere che facessero trasparire solo la probabilità dell'indicato effetto e non la certezza che effettivamente sembra emergere dalla frase riferita ad Agricola.

Ma chi dice che tale imprecisione l'ha commessa Lodi? L'imputato anche nell'attuale processo ha riferito analoghi effetti agli aminoacidi e si è espresso nel modo seguente: ".....Poi a questo successivamente si è dato meno credito e invece la letteratura ha riportato degli interessanti studi, che avrebbero gli aminoacidi ramificati rappresentato una buona misura di blocco di quella che è la fatica acuta, per una interferenza, dunque, prima per un legame dell'aminoacido ramificato con gli acidi grassi contenuti nel sangue, e in conseguenza di questo, adesso con un meccanismo che è un po' complesso per me da ricordare, comunque con blocco sostanzialmente a livello della barriera ematoencefalica del triptofano. Il quale triptofano - che questi sono miei ricordi precedenti - è un precursore della serotonina, e quindi il triptofano avrebbe... sarebbe stata causa dei sintomi, prevalentemente di tipo psicofisico, della fatica. Bloccando il triptofano a livello di barriera ematoencefalica attraverso questo meccanismo di blocco da parte degli aminoacidi a catena ramificata, si sarebbe diminuito e ripristinato più facilmente una situazione di benessere. È stato un aspetto che mi aveva interessato dalla letteratura. Noi li abbiamo usati gli aminoacidi ramificati, anche se devo dire in quantità veramente bassa, veramente... cioè non abbiamo mai avuto questa grande propensione agli aminoacidi a catena ramificata...." e, ancora: "...nel senso che siccome c'è la liberazione di triptofano nella parte fisica, nell'allenamento fisico e siccome il triptofano bypassa, cioè meglio, passa facilmente la barriera ematoencefalica, ho inteso questi lavori come possibilità di impedire, di diminuire il passaggio del triptofano e quindi di ridurre il senso di fatica...." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 luglio 2003 - pagine 248 e seguenti).

Ebbene, tali dichiarazioni rese in dibattimento dal dottor Agricola non corrispondono forse a quanto a tal riguardo risulta da lui dichiarato nell'intervista?

L'imputato nella indicata udienza, ancora una volta con sostanziale certezza, ha affermato che gli studi, i lavori scientifici ai quali egli si riferisce dimostrano che gli aminoacidi hanno la capacità di impedire, di diminuire il passaggio del triptofano attraverso la barriera ematoencefalica.

Quasi cinque anni e mezzo dopo, insomma, l'imputato ha ribadito la stessa convinzione espressa nel corso dell'intervista rilasciata a Lodi e, allora, in che cosa consisterebbero l'errore, l'incomprensione, il fraintendimento che l'imputato accampa a propria scusa per smentire quanto da lui effettivamente dichiarato?

Il secondo rilievo di imprecisione, forse, riguarda il fatto che gli studi scientifici in parola, nella frase dell'intervista, sono riferiti come effettuati presso la Juventus e non invece presso l'Università di Pisa o altrove, ma l'imputato non sembra essersi lamentato in particolare di quest'aspetto e, in ogni caso, da esperienze vissute presso la Juventus, si sarebbe potuta avere evidentemente conferma degli effetti di cui si tratta, né è immaginabile pure a tal riguardo che il giornalista potesse equivocare e riferire come effettuati presso la Juve studi o ricerche se Agricola gli avesse parlato di

lavori scientifici realizzati da altri, per cui neppure su tale aspetto vi è ragione di ritenere che tra l'intervistato e l'intervistatore si siano create incomprensioni di sorta.

Massimo Lodi, del resto, ha chiarito come si era sviluppata l'intervista con Agricola e nel verbale di sommarie informazioni egli ha riferito: "Ricordo l'intervista rilasciata dal dottor Agricola, mi pare che sia stata fatta nel gennaio/febbraio del '98, non erano presenti altre persone e l'intervista si è svolta nella sede della Juventus in piazza Crimea.

Quanto ai dosaggi di creatina utilizzati dalla Juventus non mi è stata fornita altra indicazione se non quella riportata nel libro. Sono certo che quanto scritto corrisponde alle dichiarazioni rese dal dottor Agricola in quanto dopo aver elaborato l'intervista ho sottoposto il testo al dottor Agricola, ottenendo l'approvazione."

Nel corso del dibattimento, d'altra parte, pure l'imputato ha confermato che il testo dell'intervista pronto per la pubblicazione gli era stato inviato da Lodi, ma ha sostenuto di non aver dato molta importanza al contenuto dell'intervista, non ritenendo particolarmente impegnative le proprie dichiarazioni circa i dosaggi di creatina.

La proposta spiegazione, però, non giustifica assolutamente il fatto di accettare di vedersi attribuite delle affermazioni che egli non aveva fatto e, comunque, l'imputato avrebbe sottovalutato pure altri aspetti dell'intervista, quale è appunto quello relativo agli aminoacidi e al triptofano di cui si è detto, così rischiando di apparire impreciso su questioni di carattere tecnico, oppure quello relativo alla dichiarazione che a lui viene riferita in ordine ai criteri alimentari seguiti presso la Juventus che, secondo l'intervista e contrariamente a quanto si è sostenuto nel processo, corrispondevano esattamente allo schema predisposto dal dottor Arcelli con il quale evidentemente si andava d'amore e d'accordo, ovvero, ancora, quello relativo alla quantità di creatina che un calciatore verosimilmente perde nel corso di una partita di calcio, indicata nell'intervista in 2 grammi, ma sulla quale come è emerso in dibattimento il dottor Agricola, ancorché non abbia smentito tale affermazione, sembra aver cambiato idea e così via.

L'imputato, in pratica, non avrebbe riletto proprio nulla di quanto risultava da lui dichiarato a Lodi e, allora, vi è da chiedersi perché si sarebbe invece preoccupato, tanto da farsi inviare il testo, con l'accordo con l'intervistatore, appunto, che esso avrebbe avuto bisogno della sua approvazione prima di essere pubblicato.

L'imputato, insomma, non è credibile e, d'altra parte, mentre nel febbraio 1998, quando ha rilasciato l'intervista, egli poteva esprimersi con una certa sincerità e poteva ritenersi evidentemente libero di riferire fatti e circostanze relative alla somministrazione di creatina ai giocatori senza che da ciò per lui conseguissero effetti negativi, attualmente - quale imputato nell'attuale processo in cui la somministrazione di creatina, come di altre sostanze, rappresenta uno dei capi d'accusa - egli ha tutto l'interesse a smentire quelle dichiarazioni.

Proprio questo aspetto, forse, aveva in mente il difensore, quando ha parlato di fonte extra-processuale.

Il dottor Agricola, invero, quando ha rilasciato l'intervista, ha reso verosimilmente dichiarazioni sincere, non permeate e filtrate dalla preoccupazione e dalla cautela imposte dalla sua posizione processuale di imputato. Ciò non vuol dire, però, che tali dichiarazioni non possano entrare a pieno titolo nel processo, essendo state richiamate da fonti processuali, né che ad esse si debba assegnare minor credito di quanto non spetti alle affermazioni che l'imputato ha poi effettuato nel processo. Per le ragioni indicate, anzi, le dichiarazioni di Agricola riportate nell'intervista pubblicata nel libro "Sul campo con la Juve" risultano perfettamente attendibili e confermate dagli elementi probatori acquisiti nel processo, mentre le successive smentite e correzioni dell'imputato, intrinsecamente prive di conforto logico e probatorio, trovano qualche sbiadito riscontro solo nelle deposizioni di Tencone e di alcuni giocatori, deposizioni a loro volta fortemente gravate dal sospetto di falsità. E, pertanto, rinviando al momento della trattazione della sussistenza del reato previsto dall'art. 445 del codice penale la questione relativa alla natura della creatina, tendente a stabilire, cioè, se tale sostanza debba essere considerata un farmaco o ritenuta un integratore ed entro quali eventuali limiti e rinviando altresì a quella sede pure la necessità di affrontare il problema della eventuale

tossicità del prodotto, elementi questi ultimi necessari ad integrare il delitto contestato al capo i) della rubrica, ma non indispensabili per la sussistenza degli atti fraudolenti richiesti per l'integrazione del reato previsto dall'articolo 1 legge 401/89, occorre ancora una volta rilevare, a proposito della frode sportiva, come la creatina, indipendentemente dalla natura di farmaco o integratore da attribuire ad essa e indipendentemente da un'eventuale intrinseca pericolosità, sia stata utilizzata e somministrata da Agricola non per finalità di integrazione alimentare, al limitato fine cioè di ricostituire le riserve di creatina perse dai giocatori, bensì per finalità del tutto diverse e tali da poter influire sulla prestazione agonistica degli atleti.

Richiamando quanto già considerato in ordine agli elementi costitutivi del reato di frode sportiva, dunque, è opportuno ricordare che il dottor Agricola ha somministrato i medicinali e le sostanze specificamente presi in considerazione per finalità diverse dalla rispettiva naturale destinazione: non certamente per finalità terapeutiche; non secondo le indicazioni autorizzate dal Ministero e neppure ai fini di una naturale e limitata integrazione e supplementazione.

Al contrario, egli ha agito sempre con lo specifico e chiaro intento di influire sul rendimento e sulla performance dei giocatori, in modo da poterne surrettiziamente modificare la prestazione agonistica, con il conseguente effetto di influire e modificare il risultato della competizione stessa. Tutto ciò - come è evidente - integra perfettamente il reato contestato, sia da un punto di vista materiale, sia sotto l'aspetto soggettivo.

L'idoneità in concreto a modificare la prestazione agonistica degli atleti dei medicinali utilizzati, d'altra parte, è attestata dalle conclusioni del perito che si sono ampiamente richiamate, mentre per quanto riguarda la creatina, come si è visto, è l'imputato stesso che ben ne ha messo in evidenza tale qualità, riferendosi alla concreta capacità di tale sostanza di influire sui processi di metabolismo dei giocatori, in sintonia - del resto - con quanto osservato in ordine al meccanismo d'azione di tale sostanza dal medesimo perito, sia pure con le cautele imposte dalla mancanza di una sperimentazione scientificamente valida e riconosciuta.

Come si è già rilevato, l'imputazione di frode sportiva, oltre alla somministrazione delle sostanze fin qui specificamente considerate e oltre alle specialità farmaceutiche vendibili solo per uso ospedaliero, alle quali si è fatto cenno a proposito degli anti-infiammatori e di cui si dirà più approfonditamente esaminando il delitto contestato al capo b) della rubrica, riguarda pure le specialità medicinali atte a stimolare l'eritropoiesi ovvero le pratiche trasfusionali.

Queste ultime, in verità, solo in qualche caso sono state seriamente prese in considerazione nel processo, peraltro in alternativa all'uso di sostanze che stimolano l'eritropoiesi, in quanto previste dai regolamenti sportivi e dalla legge come pratiche mediche capaci di produrre l'effetto doping e, quindi, vietate, ma elementi che inducano a ritenere concretamente che tali pratiche siano state effettivamente poste in essere dagli imputati non emergono, fatta eccezione per quanto si dirà a proposito del caso Conte, in cui la risalita dell'emoglobina risulta così repentina, almeno in una certa ricostruzione della vicenda, da poter ipotizzare che neppure l'eventuale uso di eritropoietina avrebbe potuto produrre tale effetto in così poco tempo.

Il ricorso all'eritropoietina umana ricombinante è una pratica illecita, peraltro molto in uso nel mondo dello sport mondiale da alcuni anni a questa parte.

La capacità di stimolare l'eritropoiesi e di consentire, quindi, la produzione di nuovi globuli rossi che aumentano la capacità di ossigenazione dei muscoli e attenuano la sensazione della fatica, così migliorando la performance, ha reso appetibile, in una certa ottica, l'uso dell'eritropoietina in molte specialità sportive, soprattutto in quelle in cui è richiesto uno sforzo prolungato dell'atleta, definite appunto attività aerobiche.

Il dottor Pasquale Bellotti, medico sportivo, Direttore della Scuola dello Sport del CONI, esaminato come testimone nell'udienza del 6 maggio 2002, nel riferire che il CONI, come del resto le Federazioni e gli altri Organismi sportivi, fossero perfettamente consapevoli di tale pratica illecita che, anzi, si cercava di combattere e di far cessare, perché ritenuta pericolosa per la salute dell'atleta, ha però commentato: "...L'eritropoietina è una di quelle sostanze che trasforma i brocchi

in campioni, chi ha a che fare con l'allenamento sportivo sa che cosa vuol dire questo, eh!..." (pagina 79 trascrizione dell'indicata udienza).

Ebbene, il ricorso all'eritropoietina è stato preso in considerazione nell'imputazione del pubblico ministero fin dalla stesura iniziale, anche se l'accusa mossa agli imputati a tal riguardo è sostanzialmente cambiata nel corso del processo e anche l'iniziale imputazione è stata modificata attraverso la contestazione di condotte originariamente non descritte.

I consulenti tecnici del pubblico ministero, invero, avevano concentrato prevalentemente la propria attenzione su alcuni valori di ematocrito, che comparivano negli esami del sangue di qualche calciatore, considerati anomali e ciò aveva fatto nascere un certo tipo di sospetto che, appunto, era stato riprodotto nell'iniziale formulazione dell'imputazione.

Per completezza, in verità, va detto che i consulenti si erano occupati - perché erano rimasti colpiti - pure della quantità di farmaci a base di ferro somministrati presso la Juventus (Ferro-Grad, Legofer e Losferron) e della ripetitività delle dichiarazioni rese in proposito dai giocatori della Juve al sorteggio antidoping o rese in sede di sommarie informazioni testimoniali in corso di procedimento (almeno 16 giocatori della Juventus dichiaravano di aver assunto prodotti farmaceutici a base di ferro) e, per questa ragione, i consulenti pure nella valutazione degli esami ematologici dei calciatori che avevano a disposizione si erano sempre più orientati nel considerare e mettere a confronto i valori di ematocrito, di ferritina, di volume globulare medio (MCV) e di concentrazione globulare media di emoglobina (MCHC), giungendo alla conclusione che la terapia marziale praticata ad alcuni giocatori, quali Del Piero, Deschamps, Di Livio, Torricelli e Zidane, non trovava adeguata giustificazione.

I consulenti del pubblico ministero, poi, appuntavano altresì dei sospetti su alcuni esami di laboratorio, a loro giudizio eseguiti senza un'apparente giustificazione, puntando il dito soprattutto su alcuni controlli ormonali, riguardanti l'ormone follicolostimolante (FSH), l'ormone luteinizzante (LH), la prolattina (PRL) e poi ancora l'ormone della crescita (GH), oltre al testosterone e al cortisolo.

Si trattava, insomma, di considerazioni di carattere molto generale che inducevano ad un certo sospetto circa la possibile effettuazione del cosiddetto doping ematico, considerazioni che venivano nettamente contrastate e respinte dai consulenti della difesa e, in particolare dall'allora consulente ematologo, tanto che nell'udienza del 10 novembre 2003, si svolgeva un duro confronto dibattimentale tra il professor Gianmartino Benzi, consulente del pubblico ministero ed il professor Mario Cazzola, consulente ematologo della difesa.

Nel corso di tale confronto, durante il quale i due protagonisti non hanno concordato praticamente quasi su niente, emergeva in modo particolare un contrasto di vedute in ordine ai valori di ematocrito emersi relativamente al giocatore Deschamps nel maggio 1995 e al giocatore Di Livio nell'agosto 1997 e, ancor più, in ordine ad un elemento che il consulente del pubblico ministero individuava come probabilmente indicativo dell'uso di eritropoietina, consistente nel disomogeneo andamento dei valori di MCHC, da una parte, ed ematocrito, dall'altra, fondato sul presupposto che ematocrito ed emoglobina potessero far emergere andamenti anche tra loro non consensuali.

Il consulente della difesa, inoltre, sempre nel corso del confronto, a conferma delle tesi sostenute, si avvaleva dei dati emersi nel lavoro effettuato in Australia da uno studioso, Robin Parisotto e da alcuni suoi collaboratori, pubblicato sulla rivista Haematologica 2000, diretta dallo stesso professor Cazzola. Nel riferire tali dati, però, il professor Cazzola ne riportava pure due che non risultavano dalla pubblicazione e che il consulente della difesa dichiarava di aver ricevuto personalmente e privatamente dal Parisotto.

Il descritto comportamento provocava le reazioni del consulente del pubblico ministero, infastidito e insospettito dal fatto che si potessero riferire e utilizzare dati non pubblicati e non verificabili, tanto che il professor Cazzola si riservava di ottenere l'autorizzazione dall'Autore alla pubblicazione anche dei dati fino a quel momento da lui conosciuti in via riservata.

Risultava indispensabile, insomma, pure con riferimento ai dati ematologici, ricorrere ad un accertamento peritale per superare i contrasti che erano emersi.

Veniva nominato il professor Giuseppe d'Onofrio che, però, è stato molto criticato dalla difesa che, per certi versi, ha assunto toni e atteggiamenti nei confronti del perito apparsi eccessivi e ingiustificati, indipendentemente dalle conclusioni tecniche alle quali il perito è pervenuto che, evidentemente, costituivano lo specifico oggetto della prova da assumere nel corso dell'esame dibattimentale del perito e andavano dibattuti in contraddittorio tra le parti.

E' comprensibile, in altre parole, che le conclusioni riferite dal perito, in conformità alle quali il pubblico ministero ha modificato l'imputazione originaria, potessero non essere condivise dalla difesa che, quindi, si adoperava per contrastarle con tutti gli strumenti processuali appositamente previsti.

L'effetto che si è verificato, invece, è che, al di là della normale dialettica processuale, la difesa si è rivolta al perito in modo aggressivo ovvero ne ha parlato come di persona prevenuta nei confronti del dottor Agricola o della Juventus ovvero come di uno studioso che non aveva ben compreso il quesito a lui posto e che, insomma, aveva iniziato a svolgere l'incarico peritale già condizionato più dalla necessità di pervenire a certe conclusioni - non è stato peraltro mai precisato da chi o da che cosa sarebbe stata dettata tale necessità - che dalle proprie effettive convinzioni scientifiche.

Come si è detto, insomma, l'approccio della difesa nei riguardi del perito non è risultato né corretto, né soprattutto in alcun modo fondato e giustificato e tale posizione è sembrata coincidere perfettamente con quella dell'imputato Agricola che si è sempre comportato come se la sua condanna fosse già stata decisa prima del processo e, per quanto riguarda il perito, non ha mai mostrato nei suoi riguardi alcuna fiducia, né mai un segnale di possibile apertura dialettica.

La descritta situazione si è protratta fino alla fine e, per farla ben emergere da un esempio, si può citare un caso tra i tanti che meglio rende evidente quanto si è fin qui considerato.

All'udienza del 20 settembre 2004, il difensore di Agricola, nel commentare il comportamento del perito, attraverso l'esame delle osservazioni da lui presentate, così si esprimeva a proposito di un dato che evidentemente non lo aveva convinto, nonostante già da qualche udienza se ne discutesse e, quindi, vi fosse stato tutto il tempo per consultarsi approfonditamente con i propri consulenti:

".....Qui devo fare un inciso e una parentesi, perché il professor D'Onofrio continua ostinatamente a sbagliare un dato, che ha riportato nella sua perizia e che è sicuramente un errore materiale, ma che, siccome continua a riportarlo, dobbiamo dirlo una volta per tutte in modo che risulti chiaro e che nessuno possa poi utilizzare questo dato contro di noi, che è un marchiano errore.

Il marchiano errore è il valore di 97,5 di coefficiente di variazione della ferritina che ancora nell'ultima integrazione che il professor D'Onofrio le invia, e invia in qualche modo anche a noi, viene indicata e addirittura confrontata con i lavori di Malcovati.

E' un errore gravissimo perché, essendo che il più alto coefficiente di variazione è 80, non può essere il totale 97,5, perché quello è una media.

E allora scrivere all'interno di pagina 5 di queste osservazioni che è 97,5, e questo sarebbe in teoria il dato da confrontare, 59% interindividuo con i dati di Malcovati, è sicuramente un errore, perché non è 97,5, è sbagliato e, se invece andiamo a fare il coefficiente corretto, vediamo che il coefficiente corretto è simile a quello di Malcovati...." (trascrizioni registrazioni udienza citata - pagine 31 e 32).

Il perito, invero, aveva già risposto su tale questione che gli era stata posta in corso d'esame all'udienza del 28 giugno 2004 ed aveva rilevato: "..... quella media del coefficiente di variazione della ferritina non è la media delle medie, è la variabilità totale su tutta la popolazione. Cioè, tutti i risultati messi insieme, ma è un dato che non ha nessuna rilevanza comunque nelle statistiche.....non è la media di queste medie, maè il C. V. totale di tutti quanti i valori, quindi è chiaramente maggiore dei singoli...." (trascrizioni registrazioni udienza citata - pagine 130 e 131).

In realtà, il coefficiente di variazione è una misura statistica che esprime in percentuale la variabilità dei valori di una popolazione intorno alla media. Esso si calcola come rapporto tra la deviazione standard (che è la radice quadrata della media dei quadrati degli scostamenti dei singoli valori dalla media) e la media dei valori stessi. Nella Tabella 3 riportata a pagina 24 della relazione peritale scritta, quindi, il valore di 97,5% non è la media dei coefficienti di variazione dei singoli atleti

(intra-individuo) riportati nelle righe soprastanti, bensì il coefficiente di variazione medio di tutta la popolazione (inter-individui). Tale valore, pertanto, risulta calcolato correttamente.

La difesa, però, non è rimasta convinta dalla risposta ricevuta e, anzi, sempre più si è radicata sulle proprie posizioni, riferendosi nelle udienze successive ad un errore marchiano commesso dal perito e ad un perito che continua ostinatamente a sbagliare, come si è visto.

E non è finita, perché il difensore, sempre nell'udienza del 20 settembre 2004, ha insistito nel ripetere: "... è sicuramente un errore, perché non è 97,5, è sbagliato e, se invece andiamo a fare il coefficiente corretto, vediamo che il coefficiente corretto è simile a quello di Malcovati....", per poi proseguire nella successiva udienza del 7 ottobre, in cui la difesa in modo ancor più battagliero ha riproposto la questione: "...Non è la valutazione, è il dato; noi gli abbiamo detto che ha sbagliato un numero apposta e risponde perché non l'ha sbagliato.

GIUDICE - Ecco, questo già è molto grave che voi dite che lo abbia sbagliato apposta.

AVV. CHIAPPERO - Per forza, perché per tre volte lo ha scritto dopo che gliel'abbiamo detto, è una media, scrive 97 e 5, questo ci deve spiegare...."e, ancora:

"GIUDICE - Quindi non dobbiamo chiedergli neppure conto di questo errore?

AVV. CHIAPPERO - Può solo chiedere scusa.

GIUDICE - No, ecco, ho capito e lasciamoglielo dire.

D'ONOFRIO - Guardi che io le scuse le pretendo, perché questo dato non è sbagliato, questo dato è correttissimo...." e, addirittura:

"AVV. CHIAPPERO - Ma su! Ma dottor Guariniello dica qualcosa anche lei!....".

Se si rileggono integralmente le trascrizioni della registrazione di quell'udienza, da pagina 57 in poi, si rileva con chiarezza, insomma, che il tono usato dalla difesa è stato molto duro, aspro e provocatorio nei riguardi del perito e la questione è stata portata avanti per parecchio tempo, con grave difficoltà per il professor d'Onofrio che evidentemente non sapeva come districarsi e uscire da quella situazione, nella quale egli, da una parte, era evidentemente convinto di aver riportato un dato corretto e quindi non aveva alcuna intenzione di riconoscere un errore non commesso e, dall'altra parte, però non sapeva neppure come sottrarsi ad una situazione che offriva al difensore la possibilità di accusarlo di errori ripetuti, ostinati, se non addirittura voluti.

Quel che è peggio (si fa per dire) è che il perito aveva completamente ragione, tanto che lo stesso difensore, nel corso della discussione (trascrizioni registrazioni udienza del 4 novembre 2004 - pagina 11), con disinvoltura davvero disarmante, pur dando atto di questo e, anzi, quasi rivendicando merito per la propria capacità di cambiare opinione, ha però tralasciato e dimenticato tutte le accuse che a tal riguardo erano state ingiustamente e infondatamente rivolte contro il professor d'Onofrio.

Accuse di analogo tenore, poi, sono state mosse al perito a proposito della Tabella di Goodman e Gilman e del caso Tachinardi, di cui ci si occuperà più avanti, mentre il complessivo atteggiamento della difesa nei riguardi del professor d'Onofrio è prevalentemente consistito nell'attaccarne il modo di lavorare, il modo di impostare la ricerca, nell'evidenziare al massimo i presunti errori da lui commessi, nel delegittimarne globalmente la figura, insomma, più che controbattere con argomenti scientifici alle specifiche risposte offerte dal perito ai quesiti a lui posti.

E la vicenda che si è richiamata, relativa al dato del coefficiente di variazione della ferritina, fa emergere bene tale situazione, dal momento che in quel caso si trattava oltretutto di un dato che lo stesso perito aveva dichiarato non assumere alcun pratico rilievo nel processo e che, se la difesa non fosse stata mossa dall'atteggiamento che si è descritto, avrebbe ben potuto verificare, direttamente o consultando i propri consulenti, molto tempo prima della discussione finale, senza attendere quasi cinque mesi per accorgersi che il perito aveva ragione.

Analogamente, non sembrano assolutamente sussistere le altre critiche di ordine, per così dire generale, che pure sono state mosse al professor d'Onofrio, che si possono sintetizzare in tre punti principali: la non perfetta comprensione dei quesiti che il giudice aveva posto; il rapporto con i

consulenti della difesa nel corso dello svolgimento dell'incarico e il metodo utilizzato nell'affrontare la questione relativa all'eritropoietina.

Cominciando dal primo punto, si deve subito rilevare che il perito ha compreso perfettamente tutti i quesiti che gli sono stati affidati, terzo quesito incluso che - come è evidente - è quello sul quale maggiormente si discute. E la relativa dimostrazione del fatto che il perito bene ha compreso l'oggetto dell'incarico è data dalle risposte che egli ha fornito al giudice, precise e pertinenti ai quesiti e dal metodo, di cui si sta per dire, da lui utilizzato per pervenire alle risposte stesse liberamente da lui presentate, argomentate e dibattute in sede di esame dibattimentale in modo sereno, lucido e coerente.

Come si può accertare facilmente dalla lettura delle integrali trascrizioni delle udienze in cui più volte si è fatto intervenire il perito, risulta evidente come il predetto abbia sempre tenuto un atteggiamento di assoluta pacatezza e disponibilità, anche nel rilevare eventuali errori che egli avrebbe potuto commettere soprattutto nell'esecuzione di numerosi calcoli ovvero nella riproduzione dei dati contenuti in tavole e tabelle e, come si è avuto modo di riportare a proposito di quanto accaduto nell'udienza del 7 ottobre 2004, egli è rimasto sereno e pacato pure quando si è sentito attaccare senza giustificazione alcuna.

Il professor d'Onofrio, infine, ha sempre risposto a tutte le domande in modo articolato e preciso e non risulta, contrariamente a quanto apoditticamente sostenuto dal difensore nelle conclusioni, che egli abbia cambiato opinione a seconda delle circostanze.

Il perito è sempre rimasto fermamente ancorato alle proprie convinzioni fondate su accertati dati scientifici e non si è spostato neppure quando, come pure si è rilevato, forse avrebbe potuto essere tentato di assumere un atteggiamento più possibilista, da una parte, in considerazione dell'irrelevanza del dato del quale in quel momento si discuteva (coefficiente di variazione della ferritina) e, dall'altra parte, sulla spinta della convenienza di sottrarsi ad una situazione per lui certamente non piacevole e non gradita. Il perito, invece, è rimasto pacatamente fermo e convinto di quanto da lui affermato, nella certezza di aver agito con precisione e correttezza.

Il professor d'Onofrio, insomma, ha compreso perfettamente i quesiti che gli sono stati posti ed ha fornito risposte puntuali e adeguate.

La seconda lamentela della difesa riguarda il mancato rispetto degli accordi che sarebbero intercorsi tra perito e consulenti tecnici.

In atti, allegato alla relazione scritta, vi è il verbale della riunione svoltasi in Roma presso l'Università Cattolica, Policlinico Gemelli, in data 30 aprile 2004, tra il professor d'Onofrio e i consulenti delle parti, professor Giovanni Melioli, consulente del pubblico ministero e i professori Pier Mannuccio Mannucci e Alberto Grossi, consulenti tecnici della difesa.

Nel verbale, tra l'altro, si legge che si è svolta tra i presenti una discussione circa l'impostazione dell'esecuzione dell'incarico peritale da un punto di vista metodologico e scientifico.

All'esito di tale discussione, nella quale, oltre alla verifica del materiale a disposizione, veniva esclusa la necessità di ulteriori indagini sperimentali e si affrontava appunto il problema del metodo scientifico da utilizzare nella risposta ai quesiti, si verificava non esserci "accordo sull'utilizzo dei dati di riferimento pubblicati nel protocollo 'Io non rischio la salute', proposta dai consulenti della difesa. Si concorda invece sulla massima rilevanza del parametro emoglobina rispetto all'ematocrito e sull'importanza dei parametri del bilancio marziale."

Dopo circa tre ore e mezza, la riunione veniva sciolta ed il perito ha riferito verbalmente di non avere avuto più rapporti diretti con i consulenti tecnici, se non attraverso lo scambio di qualche comunicazione via e-mail.

Ebbene, a parte il fatto che non è assolutamente richiesto che vi sia accordo tra i periti e i consulenti circa il materiale da utilizzare e i criteri scientifici da seguire nella risposta ai quesiti e a parte il fatto che, se mai, devono essere i consulenti tecnici a dover prendere contatti con il perito e non il contrario, in ossequio a quanto disposto dagli articoli 220-230 del codice di procedura penale, nel caso in esame è stato addirittura raggiunto un accordo sui parametri da valorizzare da parte del perito, dovendosi preferire il parametro dell'emoglobina rispetto a quello dell'ematocrito e

dovendosi dare importanza ai parametri del bilancio marziale e non solo. Perito e consulenti, infatti, sono risultati pure d'accordo nel non utilizzare i risultati del lavoro di Parisotto, pur dandosi concordemente atto della certificazione di provenienza dei dati riferiti dal professor Cazzola, ancorché non pubblicati, e sono stati d'accordo nel ritenere di non dover tener conto del referto ematologico riguardante Di Livio datato 28 agosto 1997.

Non è stato raggiunto un accordo sull'utilizzo dei dati di riferimento pubblicati nel protocollo "Io non rischio la salute", che veniva proposto dai soli consulenti tecnici della difesa. Su tale protocollo, invocato talvolta pure dal difensore, si tornerà tra un momento parlando del metodo utilizzato dal perito, ma a proposito dei rapporti tra perito e consulenti della difesa, va rilevato come, ad eccezione di questo unico aspetto e - si ripete - pur non essendo richiesto che vi fosse alcun accordo, vi è stato invece accordo su tutto ed il perito, come si metterà in rilievo esaminando il lavoro da lui svolto, si è scrupolosamente attenuto agli accordi intercorsi con i consulenti tecnici nella riunione di cui è verbale.

Non si vede, insomma, nessuna seria ragione di lamentele da parte della difesa. Se, poi, ci si è voluti lamentare del fatto che dopo la prima ed unica riunione non ne erano seguite altre, in un primo momento evidentemente non ritenute necessarie in quanto nel verbale non si dà atto di ulteriori appuntamenti, tale lamentela non è riferibile ad atti o ad omissioni del perito, perché avrebbero dovuto essere, se mai, i consulenti a mettersi in contatto con il perito, cosa che non è avvenuta e, in ogni caso, anche nel corso del dibattimento e, cioè, nella fase di esposizione dei risultati peritali assunti con l'esame del perito, i consulenti hanno comunque potuto svolgere tutte le facoltà previste dal codice di procedura penale, per cui, anche se riferita a tale fase, ogni lamentela non risulta avere alcun giuridico fondamento.

E veniamo al problema del metodo utilizzato dal perito che è il punto che ha ricevuto da parte della difesa le critiche maggiori, perché a questo proposito si è voluta presentare la perizia d'Onofrio come frutto di un metodo bizzarro, quasi come se il perito avesse voluto seguire un percorso del tutto personale, secondo un metodo anomalo e creato ad hoc e, in ogni caso, privo di fondamento scientifico.

Il messaggio che è stato lanciato, anche a tal riguardo, non è basato sulla verifica approfondita e concreta di quanto rilevato dal perito, quanto piuttosto - in sintonia con il descritto atteggiamento complessivamente assunto dalla difesa - è consistito nella delegittimazione completa e globale delle risposte del perito, assumendo che ad esse si sarebbe pervenuti attraverso un metodo inusuale e inaffidabile. Tale messaggio non corrisponde al vero e merita, dunque, di essere chiarito e rettificato.

Un primo criterio di scelta è stato operato dal perito a proposito dei dati ematologici da prendere in considerazione. Molti calciatori risultano sottoposti ad esami del sangue in più occasioni, talvolta eseguiti anche in tempi ravvicinati (qualcuno addirittura lo stesso giorno), presso laboratori diversi tra loro, quali quello della Banca del Sangue, della clinica Fornaca, dell'Istituto di Medicina dello Sport e altri ancora. Poiché le differenti modalità di analisi seguite presso più laboratori quasi sempre danno luogo pure a differenti risultati, in certi casi anche di consistente significato, il perito, pur non rilevando in concreto significative differenze, ha comunque preferito utilizzare soltanto i dati ematologici riportati negli esami eseguiti dai calciatori presso la clinica Fornaca di Torino, ritenuti più affidabili, in quanto più completi, essendo tali esami presenti in atti in numero di gran lunga maggiore rispetto a tutti gli altri.

Tale scelta risulta condivisa - o comunque non criticata - pure dalla difesa e, pertanto, almeno a tal riguardo, non sussistono problemi da risolvere, sempre che non si voglia ritenere critico, anche a questo proposito, il rilievo del difensore che in via generale ha lamentato la mancata utilizzazione da parte del perito dei tabulati utilizzati dal dottor Agricola, acquisiti dalla dottoressa Lantermo. La difesa ha rilevato che in tali tabulati c'era tutto, "tutta la storia del sangue degli atleti bianconeri" e, dunque, non sarebbe chiaro perché il perito che - come si vedrà ha preferito scegliere solo dei giocatori - non si sia basato invece su tali tabulati, accantonandoli "con una semplice e lapidaria frase."

Per la verità, la frase del perito, riportata a pagina 18 della relazione scritta, è certamente semplice, neppure tanto lapidaria, ma sicuramente molto chiara. Il perito, invero, ha osservato: "Le valutazioni statistiche e le considerazioni ematologiche sono state effettuate sui referti originali rinvenuti negli atti del procedimento. I tabulati sequestrati (rectius: acquisiti) presso la sede della Juventus, infatti, costituiscono solo un sottoinsieme selezionato e parziale degli esami effettuati. Da essi sono escluse infatti situazioni critiche o francamente anomale, legate ad eventi patologici o meno. Contengono inoltre errori ed omissioni anche per i dati trascritti."

Con l'affermazione del perito, dunque, si può concordare o meno, ma se l'aggettivo lapidario si è voluto utilizzare come sinonimo di sbrigativo, come sembra potersi ricavare dal contesto generale dell'affermazione difensiva, allora si è commessa un'imprecisione di carattere concettuale, oltre che di carattere semantico.

Nell'affermazione del perito, invero, sono espresse chiaramente le ragioni per le quali egli non ha ritenuto di dover utilizzare i tabulati del dottor Agricola: perché essi, contrariamente al rilievo del difensore, non rappresentano la storia del sangue degli atleti bianconeri, essi sono incompleti, ("sottoinsieme selezionato e parziale degli esami effettuati"), lacunosi ("da essi sono escluse infatti situazioni critiche o francamente anomale") e neppure affidabili per le indicazioni in essi riportate ("contengono inoltre errori ed omissioni anche per i dati trascritti").

Dall'uso dell'aggettivo "selezionato" utilizzato dal perito e dal contemporaneo rilievo di incompletezza che il perito pone in evidenza anche relativamente ai dati trascritti, emerge chiaro pure il sospetto che i dati riportati nei tabulati del dottor Agricola siano stati scelti seguendo un preciso criterio, anche se il perito non si è soffermato ad esaminare a quale criterio ci si fosse ispirati, anche perché non gli era stato affidato questo specifico compito.

Se si controlla il verbale della riunione svoltasi tra perito e consulenti tecnici, poi, si può rilevare che pure il consulente del pubblico ministero aveva avanzato dubbi e perplessità a proposito dei tabulati del dottor Agricola, né risulta che a tal riguardo i consulenti della difesa abbiano avuto osservazioni da fare.

Il difensore, del resto, non ha ribattuto nel merito alle affermazioni del perito, genericamente etichettate come frase lapidaria, né ha spiegato ad esempio perché nei tabulati dell'imputato in alcuni giorni i referti di qualche giocatore siano stati lasciati in bianco ovvero perché non risultino riportate alcune situazioni critiche o anomale, di cui pure ci si occuperà ovvero, ancora, perché alcuni calciatori, come Lombardo, Carrera, Fusi, Marocchi, Porrini, Baggio, Jugovic, Ravanelli, Sousa, pur inseriti nelle tabelle informalmente denominate "sintesi risultati esami effettuati", non compaiano, poi, a differenza di tutti gli altri giocatori, nei tabulati riguardanti i "riepiloghi per giocatore". Si può immaginare che ciò sia dipeso dalla decisione di modificare gli schemi precedentemente usati e di passare, ad un certo punto, a schemi riguardanti i singoli calciatori, per cui non sarebbero stati redatti i tabulati dei giocatori che non facevano più parte della Juventus.

Riesce comunque difficile una verifica esatta di quanto accaduto, perché non si conosce se e soprattutto quando l'ipotizzata decisione di cambiare modulo di classificazione dei dati sarebbe stata presa, anche se viene persino di pensare che i nuovi tabulati siano stati redatti dopo l'inizio del procedimento penale che ha dato luogo all'attuale processo, in quanto i dati delle cartelle riepilogative per giocatore sono stati riportati retrospettivamente, ove possibile a partire dal novembre 1994.

Alla luce di tali elementi, dunque, quanto rilevato dal perito a proposito dei tabulati in parola risulta comprensibile e spiegabile e non può essere inficiato da critiche di apodittica genericità.

In ogni caso, perché il perito avrebbe dovuto utilizzare dei dati raccolti e messi insieme dall'imputato, quando egli aveva a disposizione la fonte originale dalla quale quei dati erano stati tratti e "selezionati"? Perché, insomma, il professor d'Onofrio avrebbe dovuto accontentarsi di riproduzioni, per giunta di parte in quanto provenienti dall'imputato, quando egli poteva liberamente consultare i documenti originali che, oltretutto, offrivano certamente massima garanzia di completezza e genuinità, senza alcun pericolo di lacune o manipolazioni?

Si è pure osservato che il perito ha scelto 20 giocatori e, invece, avrebbe dovuto individuare un numero più ampio di calciatori, soprattutto se si considera l'arco temporale al quale si riferisce l'indagine, in cui molti più giocatori risultano essere stati tesserati per la società e si è anche rilevato come nella stesura delle medie altri avrebbero dovuto essere i criteri da seguire, richiamandosi a tal riguardo il lavoro di Malcovati che, in verità, viene talvolta ricordato pure dal perito.

Se si rilegge, però, il terzo quesito che è stato posto al perito, si può notare come tutte le osservazioni difensive non stiano in piedi e, anzi, il perito indicando categorie di giocatori e andamenti stagionali si è già forse spinto verso i limiti estremi dell'ambito entro il quale era legittimo che egli potesse muoversi.

Il quesito, infatti, era così formulato:

"Dica il perito, soprattutto alla luce della documentazione acquisita relativamente agli esami del sangue effettuati periodicamente dai calciatori della Juventus,

c) se le riscontrate variazioni nei valori di alcuni degli indicati parametri siano da considerarsi fisiologiche e siano compatibili con la normale e intensa attività fisica svolta dai calciatori negli allenamenti e nelle partite ovvero siano invece indicative del fatto che tutti o soltanto alcuni dei calciatori presi in esame possano aver assunto eritropoietina, preparati a base di ferro o altre sostanze ovvero possano aver posto in essere altre pratiche per ottenere l'incremento dei valori in parola."

Risulta subito evidente, insomma, che nessuna media è stata richiesta al perito, nessun andamento per categoria di calciatori o per stagione calcistica. E' stato richiesto, anzi, di partire dalle "riscontrate variazioni nei valori di alcuni degli indicati parametri", per giungere al risultato di stabilire se "tutti o soltanto alcuni dei calciatori presi in esame possano aver assunto..." e così di seguito.

La scelta dei 20 giocatori effettuata dal perito, dunque, conformemente al quesito a lui posto, è stata operata sulla base di due principali criteri: il periodo di più lunga appartenenza temporale dei calciatori alla Juventus, con conseguente numero più cospicuo di esami del sangue da poter valutare; b) l'osservazione di variazioni nei parametri di tali giocatori ritenute maggiormente degne di approfondimento.

Sono stati scelti, così, 15 atleti (Amoruso, Birindelli, Conte, Del Piero, Deschamps, Di Livio, Ferrara, Iuliano, Montero, Peruzzi, Pessotto, Rampulla, Tacchinardi, Torricelli e Zidane) sulla base del primo criterio, mentre alla stregua del secondo criterio Falcioni - la cui scelta tanto ha colpito la difesa - è stato individuato a causa di un elevato valore di emoglobina (17,7), Padovano e Pecchia perché risultavano avere valori insolitamente bassi e Dimas e Vialli sono stati verosimilmente scelti per i loro parametri dall'andamento particolare.

Si può dire, allora, che il perito abbia operato in modo anomalo e non si sia invece attenuto scrupolosamente al quesito con il quale, facendosi esclusivamente riferimento agli esami del sangue ai quali risultavano sottoposti i giocatori e alle riscontrate variazioni nei parametri riportati in tali esami, si chiedeva al perito di dare determinate risposte?

Che cosa c'entrano le medie? Che cosa c'entrano gli andamenti? E i centrocampisti? E che cosa c'entra lo stesso lavoro di Malcovati con il quesito che era stato posto al professor d'Onofrio?

Si può osservare che è stato proprio il perito che ha talvolta richiamato il lavoro di Malcovati ovvero che ha fatto riferimento ad alcune medie, ad alcuni andamenti stagionali ovvero ad alcune categorie di giocatori, quali i centrocampisti. Tali riferimenti, però, dei quali meglio si dirà nel dettaglio, sono stati riportati dal perito solo per confermare e convalidare certi ragionamenti e certe conclusioni alle quali egli era già pervenuto e, come si è detto, sono da considerare elementi di contorno, collocabili ai margini di quanto fosse consentito dal quesito posto. Essi, dunque, non possono essere sfruttati ed utilizzati per stornare l'attenzione da ciò che era e rimane l'oggetto principale ed unico della perizia, che è costituito dall'esame dei dettagli non delle medie generali e spersonalizzate.

Il processo non è uno studio scientifico che deve produrre risultati di ordine generale ed astratto; nel processo, al contrario, si parte da situazioni ben individuate e definite e si studiano e si

approfondiscono esclusivamente quelle che per le peculiari caratteristiche che presentano si identificano con lo specifico oggetto dell'indagine processuale.

Le statistiche, le medie, gli andamenti sono tutti elementi che possono contribuire al raggiungimento del risultato che si persegue, ma devono essere utilizzati - se mai - come strumenti e non possono essere confusi con il fine stesso da raggiungere e, pertanto, non possono e non devono costituire elemento di disturbo e di sviamento dall'accertamento in parola. Come si è ricordato richiamando testualmente il quesito posto al perito, il risultato dell'accertamento processuale consisteva nello stabilire se tutti o soltanto alcuni giocatori della Juventus avessero assunto sostanze stimolanti l'eritropoiesi.

Per effettuare tale verifica, il perito avrebbe ben potuto servirsi di tutti gli elementi utili e quindi anche di quelli derivanti da studi, statistiche o altri lavori, tenendo sempre ben presente tuttavia che il fine da raggiungere non consisteva nell'individuazione di statistiche o nella formazione di medie o nello stabilire in astratto andamenti più o meno oscillanti nei parametri dei giocatori, bensì si sarebbe dovuto verificare, alla luce di ogni elemento utile e indicativo, se e quale giocatore della squadra avesse eventualmente fatto uso delle sostanze proibite di cui si tratta.

Il tanto invocato lavoro di Malcovati, che oltretutto dovrebbe essere familiare alla difesa, perché ad esso oltre a Luca Malcovati e a Cristiana Pascutto, ha partecipato anche Mario Cazzola che, come si è visto è stato nel processo consulente tecnico della difesa, è un pregevole studio che però è nato con uno scopo assolutamente inconciliabile con l'oggetto dell'accertamento che si intende effettuare con l'attuale processo e, oltretutto, esso è partito e si è basato su presupposti altrettanto diversi e non paragonabili con quelli esaminati dal perito.

La casistica presa in esame da Malcovati e collaboratori ha riguardato 2506 determinazioni, la maggior parte delle quali provenienti dal protocollo "Io non rischio la salute" 1999/2000. Il totale degli atleti esaminati è stato di 923 da complessive 39 squadre della FIGC, ma solo per 25 di loro erano a disposizione parecchi esami (anche 16 in un triennio, settembre 1999/luglio 2002, con una media di circa tre esami per ogni anno), mentre per tutti gli altri i dati erano molto più scarsi. Lo scopo dello studio era costituito dalla verifica delle variazioni ematologiche negli atleti in conformità, del resto, alla strategia fondata sul cosiddetto concetto di passaporto ematologico, caro proprio al professor Cazzola che anche nel corso del processo lo ha più volte citato come progetto finanziato dalla Wada (World Antidoping Agency), basato sul controllo periodico dei parametri ematici degli atleti.

Come si vede, il lavoro di Malcovati è diverso in tutto dall'accertamento eseguito nell'attuale processo: è diverso nella quantità e nella qualità dei dati esaminati; è diverso nella tipologia, nel numero e nella provenienza degli atleti studiati; è diverso nel tipo e nelle modalità di esecuzione degli esami ematici presi in considerazione; è diverso per i laboratori che tali esami hanno eseguito; è diverso per gli scopi che ci si prefiggeva e così di seguito. In comune, come emerge evidente, vi sono però i parametri sui quali sono state fondate entrambe le indagini, almeno per quanto è stato consentito dai dati che si avevano a disposizione e che è stato possibile utilizzare; negli esami ematologici dei giocatori della Juventus, ovviamente, quasi mai compaiono i dati relativi ai reticolociti e al recettore solubile della transferrina, parametri che invece risultano essere stati valutati nell'indagine di Malcovati.

Si tratta, insomma, certamente di uno studio serio e interessante, per cui è giusto tener conto di alcuni dati in esso acquisiti, come indicati dallo stesso perito che ha richiamato più volte il lavoro di Malcovati e collaboratori, ma si può sostenere fondatamente che nell'attuale processo si sarebbero dovuti seguire lo stesso metodo e gli stessi criteri valutativi, nonostante tutte le rilevate diversità? Basterebbe, una volta per tutte per ribadire la assoluta improponibilità del paragone, ricordare che lo studio di Malcovati, al pari di altri studi scientifici, è uno studio inter-individuale e, cioè, teso a rilevare e confrontare dati tra i vari soggetti presi in considerazione, mentre come si è messo in rilievo più volte l'accertamento che si è inteso effettuare nell'attuale processo riguarda l'esame intra-individuale, tendente a verificare se le variazioni registrate nei singoli soggetti, nei singoli calciatori presi in considerazione potessero essere significative di anomale stimolazioni eritropoietiche.

Il richiamato rilievo, da solo, fa emergere differenze e diversità tali da rendere inconciliabile e improponibile ogni paragone tra i metodi e i criteri per la valutazione di dati e per il raggiungimento di finalità così divergenti tra loro.

Un cenno, come si è anticipato, lo merita anche la campagna "Io non rischio la salute" promossa dal CONI pure più volte invocata dalla difesa e i cui dati di riferimento chiedevano di utilizzare i consulenti tecnici della difesa nell'ormai famosa riunione tra perito e consulenti svoltasi il 30 aprile 2004.

Tale campagna ideata dalla Commissione scientifica antidoping e approvata per la prima volta dal Consiglio Nazionale del CONI il 27 novembre 1997, si prefiggeva gli scopi di sensibilizzare gli atleti, i medici, i tecnici e i dirigenti sui rischi derivanti dal doping e contemporaneamente di scoraggiare l'uso di sostanze vietate e di metodi illeciti.

Come si legge testualmente a pagina 13 dell'opuscolo pubblicato dal CONI nel 2000: "...la Campagna 'Io non rischio la salute' rappresenta la concreta attuazione di un programma di monitoraggio dello stato di salute dell'atleta, rispetto ai rischi derivanti da eventuale abuso di farmaci. In questo, essa si propone di reiterare, nel corso dell'anno, l'accertamento dell'idoneità annuale, attraverso la diagnosi precoce di eventuali patologie e il riconoscimento tempestivo dei segnali biologici di possibili danni, derivanti dall'uso improprio dei farmaci, non giustificato da documentate patologie, bensì finalizzato all'ottenimento di più elevate prestazioni sportive."

Come si vede, tra gli scopi principali della campagna promossa dal CONI, vi era soprattutto quello di evitare l'uso improprio dei farmaci, non giustificato da documentate patologie, bensì finalizzato all'ottenimento di più elevate prestazioni sportive e, cioè, di contrastare proprio i comportamenti analoghi a quelli tenuti dall'imputato, che si sono ampiamente descritti, anche se i fatti del processo coincidono solo in piccola parte con il periodo di applicabilità della campagna "Io non rischio la salute" che, in pratica, ha cominciato ad essere operativa nel corso del 1998.

Senonché, nel protocollo del CONI i criteri inizialmente fissati per l'individuazione di situazioni non consentite subivano molte critiche, tra le quali anche quelle del dottor Agricola, sia perché di fatto finiva per assumere rilievo quasi esclusivo il parametro dell'ematocrito, sia perché l'introduzione di un criterio rigido, con fissazione di un limite massimo (50%) al di sotto del quale l'atleta sarebbe stato considerato in regola e al di sopra del quale invece sarebbe stato fermato, veniva ritenuta inadeguata e inidonea a conseguire gli scopi che lo stesso protocollo si prefiggeva. Nasceva così nel 2000 una riedizione del protocollo, come dire la campagna "Io non rischio la salute" - 2, nella quale, come ha ricordato lo stesso dottor Agricola nell'udienza del 10 novembre 2003 (pagine 208 e seguenti), venivano modificati i precedenti parametri; venivano distinti parametri ematochimici fondamentali (ematocrito, emoglobina, reticolociti, recettore solubile della transferrina, ferritina sierica) e parametri ematochimici complementari (ne risultano individuati ben sette); venivano eliminati i rigidi limiti del primo protocollo e venivano introdotti i limiti di variabilità individuale di ematocrito e di emoglobina, con conseguente individuazione del criterio di valore individuale medio di tali parametri.

Si stabiliva, infatti, che: "...il valore medio di Hct e di Hb del singolo atleta scaturisce dalla media, continuamente aggiornata, di tutti i valori raccolti e comprovati dalla normalità degli altri parametri (reticolociti, recettore solubile della transferrina e ferritina sierica)." (pagina 52 dell'opuscolo citato).

I limiti di variabilità individuale rispetto al valore medio venivano fissati nel +/-10%.

Nella elencazione degli esempi (pagina 54), viene ribadito a tal riguardo che: "Il valore di ematocrito o di emoglobina rilevato durante il controllo viene utilizzato per il calcolo del valore individuale medio, solo se associato a valori normali degli altri tre parametri (reticolociti, recettore solubile della transferrina e ferritina sierica)" e, ancora: "Il valore di ematocrito o di emoglobina rilevato durante il controllo non viene, invece, utilizzato per il calcolo del valore individuale medio, se almeno uno degli altri tre parametri (reticolociti, recettore solubile della transferrina e ferritina sierica) si colloca al di fuori dell'ambito di riferimento normale."

I cinque parametri fondamentali sono stati distinti in parametri maggiori (ematocrito ed emoglobina) e parametri minori (reticolociti, recettore solubile della transferrina e ferritina sierica) e sono state previste tre possibili situazioni.

Queste, dunque, le conseguenze ai controlli fissati dal secondo protocollo CONI:

A) Se i cinque parametri fondamentali risultano normali, l'atleta prosegue l'attività.

B) Se due dei cinque parametri fondamentali risultano anormali e almeno uno dei due è un parametro maggiore, l'atleta è sospeso.

C) Se vi è un aumento di un solo parametro maggiore con valori normali degli altri parametri ovvero vi sono alterazioni anche multiple dei tre parametri minori ma con valori normali di ematocrito ed emoglobina (e, cioè, anche con scostamenti inferiori al 10%), l'atleta prosegue l'attività.

E' superfluo osservare che le innovazioni apportate dalla seconda campagna del CONI sono particolarmente importanti, proprio per l'individuazione e la valorizzazione dei parametri ematici che sono state operate.

E' stato adeguatamente valorizzato, ad esempio, il parametro dell'emoglobina, che ha assunto un'importanza almeno pari a quella dell'ematocrito (entrambi infatti sono considerati i parametri maggiori tra i cinque parametri ematochimici fondamentali), e sono stati introdotti altri parametri, in precedenza assolutamente ignorati, quali quello relativo ai reticolociti, che avrebbero dovuto essere addirittura determinati con metodi di conteggio automatico e, laddove possibile, avrebbero dovuto essere raccolti pure i cosiddetti parametri reticolocitari, in particolare CHr ed MCVr, ovvero contenuto di emoglobina e volume dei reticolociti stessi e, ancora, è stata valorizzata adeguatamente la valutazione completa dello stato del ferro corporeo: sideremia, TIBC, saturazione della transferrina, ferritina sierica, recettore solubile della transferrina.

Il tutto in sintonia, insomma, con i criteri di ricerca che, di lì a poco, sarebbero stati adottati nello studio di Malcovati & C. e nel lavoro australiano di Parisotto.

E' stato fatto notare dallo stesso dottor Agricola, sempre nel corso dell'udienza del 10 novembre 2003 (pagina 213), che dai parametri fondamentali presi in considerazione nella campagna "Io non rischio la salute"-2 è scomparso quello dell'MCHC.

Questa breve e sintetica premessa circa la disciplina introdotta dal protocollo "Io non rischio la salute" si è resa necessaria per valutare bene la richiesta che i consulenti tecnici della difesa hanno avanzato, peraltro un po' furbescamente, in sede di riunione con il consulente del pubblico ministero e del perito che bene hanno fatto, evidentemente, a non consentire che il metodo proposto fosse accolto.

La circostanza non è espressamente indicata, ma certamente i consulenti della difesa intendevano utilizzare come metodo di indagine nell'attuale processo i dati di riferimento previsti dalla campagna "Io non rischio la salute"-2, perché il primo protocollo del CONI non solo era stato superato dal secondo, ma risultava rifiutato e criticato - come si è visto - dallo stesso Agricola.

E, del resto, anche in corso di discussione, il difensore dell'imputato Agricola, ha lamentato il fatto che non si fosse tenuto conto di tale metodo, che non si fosse individuato per ciascun giocatore della Juventus il valore basale secondo i parametri indicati nella campagna "Io non rischio la salute"-2 e via di questo passo, concludendo, come peraltro è avvenuto con riferimento al lavoro di Malcovati, che i metodi di indagine seguiti nella campagna del CONI ovvero nello studio di Malcovati avevano validità scientifica (bontà del difensore, perché la patente di accertata scientificità a tali metodi - sia detto con tutto il rispetto che studi e campagne antidoping molto seri come quelli in parola meritano - non si sa però da che cosa deriverebbe, se non dalle sole affermazioni dello stesso difensore), mentre al criterio utilizzato dal professor d'Onofrio non si sarebbe mai potuto riconoscere alcun fondamento scientifico.

Ciò che risulta strano, però, è che tanto il difensore, quanto i consulenti tecnici non si siano resi conto che i dati di riferimento della campagna "Io non rischio la salute"-2 sono inapplicabili nel processo in corso, perché, pur a voler trascurare i tempi e le modalità di esecuzione dei prelievi e delle analisi, che - secondo il protocollo - avrebbero dovuto essere effettuati con preavviso molto

ridotto, presso laboratori ben individuati e nelle condizioni prestabilite, mentre per i giocatori della Juve sono stati effettuati con modi, tempi, e laboratori scelti e individuati dalla società, all'epoca in cui si sono svolti i fatti, come si è già avuto modo di osservare, negli esami ematochimici dei giocatori alcuni parametri non venivano assolutamente richiesti e riportati.

Nell'esame emocromocitometrico dei giocatori vengono riportati, di regola, il numero dei globuli rossi (RBC), l'emoglobina (Hb), l'ematocrito (Hct), il volume corpuscolare medio (MCV), il contenuto emoglobinico corpuscolare medio (MCH) e la concentrazione emoglobinica corpuscolare media (MCHC); mentre per quanto riguarda il ferro o, per dir meglio, il bilancio marziale, sono di regola riportati i valori relativi alla ferritina (che rappresenta i depositi di ferro dell'organismo), alla sideremia (che indica la concentrazione di ferro nel sangue), alla transferrina (che è responsabile del trasporto del ferro dai depositi al sangue) e alla percentuale di saturazione della transferrina, anche se quest'ultimo parametro non sempre è riportato direttamente nei referti, ma - come ha rilevato il perito - viene calcolato dal rapporto (sideremia/transferrina) x 100.

Nei referti dei giocatori della Juventus, dunque, mancano completamente i parametri indicati come complementari nel protocollo di indagini ematochimiche della campagna "Io non rischio la salute"-2 e, soprattutto, non risultano quasi mai riportati ben due parametri tra quelli definiti fondamentali, ancorché inclusi tra i tre parametri considerati minori e, cioè, i reticolociti e il recettore solubile della transferrina.

Alla luce di quanto si è ricordato, però, la mancanza di tali parametri rende impossibile il calcolo del cosiddetto valore basale individuale, perché è vero che esso scaturisce dalla media, continuamente aggiornata, dei valori di ematocrito o di emoglobina, ma è altrettanto vero che tali valori, intanto possono avere validità, in quanto risultino accompagnati dalla normalità dei parametri minori.

Se dunque non si conosce il valore dei reticolociti e del recettore solubile della transferrina e, cioè, di ben due dei tre parametri minori, non si potrà utilizzare il valore di ematocrito o di emoglobina per il calcolo del valore individuale medio.

Come si è ricordato, anzi, il valore di emoglobina o di ematocrito - secondo il protocollo di indagine in parola - non può essere utilizzato per il calcolo del valore individuale basale se già uno solo dei tre parametri minori si colloca al di fuori dell'ambito di riferimento normale e, pertanto, la mancata conoscenza di ben due di tali parametri rende inutilizzabili tutti gli altri dati e, di fatto, impedisce il calcolo del valore individuale medio dei giocatori della Juventus.

Come si può chiedere, allora, che il protocollo in parola venga applicato pure al processo in corso? In base a quale criterio si potrebbe calcolare il valore individuale medio dei singoli calciatori per poter poi valutare i limiti di variabilità individuale dei singoli?

Senza contare, ancora, che neppure la gravità degli scostamenti dei giocatori si riuscirebbe a calcolare. Si è rilevato, infatti, che se i valori di ematocrito ed emoglobina rientrano nella norma, tutto viene considerato regolare e si è anche ricordato che tali valori vengono considerati nella norma con l'approssimazione di +/- 10% rispetto al valore basale.

Se, però, almeno uno di tali valori eccede la variabilità individuale consentita e si pone fuori dalla normalità, ecco che rientrano in gioco i parametri ematochimici minori, perché in questo caso la anormalità di un parametro maggiore, se accompagnata dalla anormalità anche di un solo parametro minore, comporta la sospensione del giocatore, oltre alla necessità di tutte le conseguenti indagini ai fini dell'applicazione delle relative sanzioni.

Nel caso in esame, come si è appena osservato, con i dati ematochimici di cui si dispone non si riuscirebbe a calcolare il valore basale dei calciatori della Juventus, ma se - quasi per gioco - si volessero ritenere tutti buoni i parametri di ematocrito e di emoglobina riscontrati nei referti e su di essi, con un atto di fede, supponendo normali i valori dei parametri minori, due dei quali non noti, si volesse calcolare la media per ottenere il valore basale di emoglobina e di ematocrito dei singoli giocatori, ugualmente ci si troverebbe nell'impossibilità di sapere se alcuni di tali giocatori andavano fermati oppure no, pure in applicazione del protocollo previsto dalla campagna "Io non rischio la salute"-2.

Sempre solo per ragioni esemplificative e per far comprendere meglio come la pretesa difensiva risulti solo strumentale e destituita di ogni fondamento, a voler ritenere perciò pienamente utilizzabili i parametri di ematocrito e di emoglobina che risultano dai referti in atti, può risultare tutto sommato agevole, anche se con un certo margine di errore (si è anticipato, però, che questo è quasi un gioco) verificare come, ad esempio, per Amoruso, il cui valore basale di emoglobina risulterebbe 14.5, in un prelievo (11.6.96: 16.4) vi sarebbe stato uno scostamento superiore al 10% e, così, continuando, per Birindelli - con un valore basale Hb calcolato in 14.5 - in un prelievo (10.10.96: 12.9) si sarebbe avuto uno scostamento superiore al -10%; per Conte, valore basale 15.2 (ematoma a parte) si sarebbe avuto un scostamento (6.12.96: 13.1) maggiore di -10%; per Del Piero (valore basale 15.4) il limite di variabilità individuale consentito risulterebbe superato in un prelievo (18.6.93: 17.3); per Dimas, valore medio 15.8, in un prelievo (18.11.96: 13.6); per Falcioni (valore basale Hb 15.9) in un prelievo (14.6.96: 17.7); per Ferrara (valore basale 15.1) in due prelievi (13.6.95: 13.4 e 3.6.96: 16.7); per Torricelli (valore basale 13.6) in quattro prelievi (27.6.92: 15, 7.6.93: 11.2, 24.4.96: 15.3 e 25.3.98: 15.5) e per Vialli (valore basale 14.1) in un prelievo (27.4.96: 15.5).

Ebbene, in tutti questi casi, sarebbe stato necessario conoscere i parametri ematochimici minori, perché se anche uno solo di essi, o quello relativo ai reticolociti o quello riferibile al recettore solubile della transferrina, non fosse risultato nei limiti ritenuti di normalità i giocatori di cui si è detto sarebbero stati fermati.

Per questo, la richiesta difensiva risulta strumentale, perché è evidente che senza conoscere i parametri dei reticolociti e quello del recettore solubile della transferrina e non potendosi quindi stabilire se essi rientravano o meno nei valori di normalità, non si può valutare se i calcolati scostamenti, in alcuni casi anche significativi e ripetuti, potessero o meno essere ritenuti leciti. Applicando il principio della prova processuale, si dovrebbe pervenire ad un giudizio di liceità quanto meno perché la prova a carico risulta insufficiente (in questo si ritiene che la richiesta dei consulenti fosse maliziosa), ma la sede in cui il problema si è posto è antecedente al momento della valutazione della prova; la prova processuale, infatti, è costituita dalla perizia, mentre la sede in cui si poneva il problema era quello di verificare preventivamente se il protocollo di indagine istituito dagli Organi di giustizia sportiva fosse utilizzabile o meno proprio nello svolgimento dell'incarico peritale.

Risulta evidente, perciò, che - oltre a quanto rilevato a proposito di modalità dei prelievi e di esecuzione delle analisi conseguenti - principalmente la mancanza di conoscenza dei predetti parametri impediva e impedisce di ricorrere a tale protocollo del CONI, che non può essere applicato a metà e se lo si utilizza, lo si deve utilizzare nella sua interezza e completezza, perché altrimenti si finisce col creare e adottare un protocollo tutt'affatto diverso.

E, allora, si può ritenere corretto da parte dei consulenti tecnici della difesa chiedere al perito l'applicazione del protocollo di indagine ematochimica prevista dalla campagna "Io non rischio la salute"-2 ben sapendo che i dati acquisiti al processo non avrebbero mai consentito di pervenire all'individuazione del valore individuale medio dei giocatori e di valutare la portata degli eventuali scostamenti? E, ancora, risulta corretto insistere nell'affermare che se si fosse applicato tale protocollo di indagine i dati acquisiti al processo avrebbero dimostrato che i giocatori della Juventus risultavano perfettamente in regola?

Né si potrebbe sostenere che il protocollo non era chiaro o non era ben conosciuto, perché il dottor Agricola lo ha spiegato a tutti con chiarezza nell'udienza del 10 novembre 2003: "...Cosa dice la campagna "Io Non Rischio La Salute"2000? ...dice sostanzialmente questo: 'Se tu hai tutti e due i parametri di emoglobina che superano insieme il 10% cosa succede? Fermi il signore, fermi l'individuo, gli rifarei dopo 15 giorni, farai degli approfondimenti, per esempio sulla ricerca dell'eritropoietina o di quello che vuoi fare, se dopo 15 giorni questo qui continua a essere non a posto lo manderai a un centro ematologico di riferimento e questo prenderà le sue decisioni operative. Nel caso uno solo dei due parametri o emoglobina o ematocrito superano il 10%, in questo caso in assenza di altre alterazioni sui parametri cosiddetti minori o secondari, che sono il

recettore solubile della transferrina, la ferritina o reticolociti, il giocatore può continuare a fare la sua attività senza alcuna fermata, sia essa l'emoglobina ovvero l'ematocrito', questo è quanto dice...." (trascrizioni registrazioni udienza citata - pagine 211 e seguenti). L'imputato, poi, ha ripetuto lo stesso concetto anche nel corso dell'udienza del 26 gennaio 2004 (trascrizioni registrazioni di tale udienza - pagine 120 e seguenti).

Così come era ben chiaro a tutti, perché è stato sostenuto da difensore e imputato (trascrizioni registrazioni udienza del 20 settembre 2004 - pagine 180 e seguenti), che i reticolociti nel periodo al quale si riferisce l'attuale processo, da un punto di vista clinico, erano del tutto indifferenti ed essi hanno assunto primario rilievo solo nell'ambito dell'individuazione dell'eventuale stimolazione eritropoietica esogena e, quindi, tale parametro non veniva assolutamente richiesto dal medico negli esami del sangue dei giocatori, prima del 1998 e considerazioni analoghe devono essere fatte per il recettore solubile della transferrina.

Se tutto questo, dunque, risulta accertato in atti, se a tutti era ben chiaro che non esistevano agli atti i dati necessari per la corretta e completa utilizzazione dei dati di riferimento del protocollo di cui si tratta, è consentito accusare il perito di non aver utilizzato il metodo di indagine previsto dal protocollo CONI "Io non rischio la salute"-2, come per far credere che da ciò potesse essere derivato un ingiusto danno per gli imputati?

Vediamo, allora, che cosa ha fatto in concreto il perito, come ha operato, quale metodo egli ha scelto e utilizzato per la sua indagine, al fine di poter rispondere ai quesiti che gli erano stati posti. Il dottor d'Onofrio ha scelto il metodo scientifico più antico e collaudato del mondo: egli ha operato un'osservazione empirica dei dati che aveva a disposizione, basata sugli esami del sangue dei giocatori, documentati dai referti dei rispettivi laboratori di analisi e sugli altri dati ematologici che pure risultavano, rilevabili dalle cartelle cliniche (poche, in verità) di qualche giocatore che era stato sottoposto a ricovero.

Avrebbe potuto comportarsi diversamente il perito? Certamente no, perché il quesito che gli era stato affidato era chiaro in proposito: "...dica poi il perito, soprattutto alla luce della documentazione acquisita relativamente agli esami del sangue effettuati periodicamente dai calciatori della Juventus...." e, per quanto riguarda la scelta di attenersi ai documenti direttamente riferibili agli esami del sangue effettuati dai giocatori e non invece ai tabulati elaborati dal dottor Agricola, che comunque pure dai predetti esami del sangue erano stati tratti e selezionati, si è già detto e non è necessario aggiungere altre osservazioni.

Si è pure rilevato come sempre in ossequio al terzo quesito che gli era stato affidato il perito avesse scelto i 15 giocatori - tutti peraltro inseriti pure nei tabulati di Agricola - che risultavano aver effettuato il maggior numero di esami del sangue, nonché gli altri 5, pure prima ricordati, secondo i criteri che allo stesso perito erano sembrati interessanti e indicativi e dei quali egli ha dato atto. Si è osservato, contrariamente a quanto invece imponeva il quesito, che egli non avrebbe dovuto scegliere, perché se no, così facendo, si andava quasi a costruire la prova e si è osservato che il perito avrebbe equivocato, ritenendo in qualche modo di interpretare nel quesito del giudice la chiara indicazione di dover per forza cercare l'eritropoietina (".....qui è stato frainteso il quesito del Giudice, perché altrimenti non si riesce ad arrivare a capire perché.....il quesito non era... il quesito non era: 'Dimostrami che è stata assunta eritropoietina', il quesito era chiaro, era: 'Ci sono delle variazioni, valutale'. Perché noi non siamo intervenuti sul quesito? Non siamo intervenuti sul quesito perché più ampio di così cosa può dire la difesa? Meglio di quel quesito non c'era niente, era un quesito amplissimo, dava la possibilità al perito di fare tutto quello che voleva fino ad un certo punto, cioè usando i canoni scientifici. Ma perché si deve concludere quella parte dicendo: 'Non è su questo che si può basare l'ipotesi di un trattamento stimolante'?....." - pagine 114 e seguenti trascrizioni registrazioni udienza del 4 novembre 2004), ma anche a tal proposito si è già rilevata l'insussistenza dell'assunto difensivo, dal momento che il perito ha scelto i 20 giocatori, perché così gli è stato chiesto di fare ed aveva il dovere, dunque, di controllare proprio i valori che gli sembravano più interessanti nell'ottica dell'accertamento, dovendo effettuare un'analisi individuale

o, se si preferisce, intra-individuale dei dati e non inter-individuale, dovendo occuparsi di singoli giocatori e non di medie o andamenti, come pure già si è ribadito.

Se lo stesso difensore ha affermato che il quesito era chiaro ed era posto correttamente, sì che la difesa nulla ha ritenuto di osservare al momento dell'affidamento dell'incarico al perito, allora le critiche che sono state mosse risultano ancora più inspiegabili.

Il difensore, oltretutto, a parte altri secondari elementi di cui comunque ci si occuperà quando verranno specificamente esaminati i fatti ai quali essi si riferiscono, nel sostenere l'assunto secondo cui il perito avrebbe equivocato il quesito, ha preso soprattutto spunto da un'affermazione del perito a proposito dei dati ematologici di Deschamps e di Di Livio.

Si è detto che nei referti relativi all'emocromo effettuato in data 22 marzo 1995 da Deschamps e in data 28 agosto 1997 da Di Livio venivano riportati valori di ematocrito nettamente superiori al 50% (51,9% per Deschamps e 51,2 per Di Livio) e si è anche ricordato come principalmente su tali dati si basassero i consulenti tecnici del pubblico ministero in ordine ai sospetti di stimolazione eritropoietica non consentita.

Tali dati, poi, erano stati pure oggetto di forte dibattito - soprattutto quello relativo all'ematocrito di Di Livio - nel corso del confronto tra i consulenti Benzi e Cazzola, sostenendo il consulente della difesa che il valore di ematocrito riportato era frutto di un chiaro errore preanalitico.

Si è ricordato altresì come dati di questo tipo fossero in realtà sufficienti anche in applicazione del primo protocollo "Io non rischio la salute" per far scattare il sospetto di stimolazione esogena con eritropoietina nel soggetto al quale fosse riscontrato un valore di ematocrito superiore al 50%. Il CONI, come si è visto, solo nel 2000 ha modificato tale criterio di valutazione.

Del caso Di Livio, per così dire, si era parlato anche tra consulenti tecnici e perito nell'unica riunione che avevano avuto e - come da verbale - si era stabilito di non utilizzare l'emocromo del 28 agosto 1997 ai fini della perizia.

A questi aspetti il professor d'Onofrio ha dedicato ben due pagine della propria relazione scritta (pagine 14 e 15) per spiegare come il dato riportato nell'emocromo di Di Livio fosse il risultato di un errore di laboratorio, in perfetta adesione, del resto, alla tesi sostenuta in udienza dal professor Cazzola, consulente della difesa.

A ben vedere, anzi, oltre agli argomenti utilizzati dal professor Cazzola a dimostrazione della tesi dell'errore di laboratorio, il perito risulta averne individuato anche altri, da lui riportati con chiarezza nella relazione peritale.

Non solo, perché il perito ha preso poi in considerazione pure il valore di ematocrito di 51,9 attribuito a Deschamps nel marzo 1995 per rilevare - questa volta in mancanza di accordi con i consulenti e senza alcuna particolare sollecitazione da parte di altri - come pure a proposito di tale valore si potesse fondatamente prospettare un errore analitico.

E c'è di più, perché senza che nessuno ne avesse mai parlato prima, consulenti della difesa compresi, il professor d'Onofrio ha individuato un altro referto emocromocitometrico (doc. 1077 VI) riferito al giocatore Padovano (nel quale è riportato un valore di ematocrito di 48,9% che è pur sempre un bel valore, ancorché inferiore al 50%), apparentemente eseguito nella stessa data di quello di Di Livio, un minuto prima (ore 6,55), e anche a proposito di tale referto egli ha evidenziato gli elementi che - a suo parere - dimostravano l'errore analitico.

Tale ulteriore elemento, oltretutto, andava ad assumere notevole importanza in ottica difensiva, non tanto per vanificare i valori riportati nell'emocromo di Padovano, dei quali come si è osservato, nessuno aveva mai parlato forse perché rientranti nella percentuale-soglia, quanto piuttosto perché per le intrinseche caratteristiche e, soprattutto, per la quasi perfetta coincidenza di luogo e di tempo con l'emocromo di Di Livio, esso andava a confortare non poco quanto da tempo era andato sostenendo il professor Cazzola, senza peraltro che in precedenza gli si fosse dato tanto ascolto.

Dopo avere svolto tutte le proprie osservazioni a proposito dei tre emocromi di cui si tratta ed aver sostenuto che in questi casi erano riscontrabili errori analitici di laboratorio, così confortando in pieno le tesi che aveva sostenuto la difesa soprattutto nel dibattito circa l'emocromo di Di Livio, il

professor d'Onofrio ha concluso questa parte della relazione peritale, rilevando: "Non è su questo che si può basare, a mio avviso, l'ipotesi di un trattamento stimolante l'eritropoiesi."

Tale frase, dunque, è stata estrapolata dal difensore come emblematica della volontà del perito di voler individuare a tutti i costi il trattamento con eritropoietina nei giocatori della Juventus, quasi che con la riferita frase il perito avesse voluto manifestare la propria delusione nel non potere utilizzare quegli elementi che aveva appena trattato, per sfruttarli a vantaggio della tesi che comunque nella stessa perizia si sarebbe poi preoccupato di dimostrare.

Non si ritiene vi sia bisogno di rilevare come, invece, il perito con la sua osservazione finale abbia solo inteso chiudere una lunga polemica che si era protratta per tanto tempo tra i consulenti delle parti e che aveva impegnato anche una cospicua parte dell'istruzione dibattimentale. Con la riportata affermazione, in altre parole, il perito ha inteso chiarire definitivamente i sospetti che erano stati utilizzati nel processo e che erano fondati, appunto, quasi esclusivamente sui dati di ematocrito che ad avviso del professor d'Onofrio non avrebbero potuto invece confortare la tesi - che era stata sostenuta - di un trattamento stimolante l'eritropoiesi.

Il significato dell'espressione utilizzata dal perito, insomma, è così evidente che fa perdere alle osservazioni del difensore non soltanto ogni obiettivo fondamento, ma per fortuna anche lo spiacevole, intrinseco contenuto offensivo che necessariamente ne deriverebbe per il perito.

Se, infatti il perito non avesse ben compreso il quesito a lui posto (e la prospettiva, evidentemente, già non è favorevole per chi viene indicato come persona che non è in grado di capire, per giunta in campo tecnico in cui gli viene affidato un incarico peritale) e avesse effettivamente equivocato, ritenendo che il giudice (chissà poi mai perché) gli aveva chiesto comunque di trovare l'eritropoietina, egli ugualmente non avrebbe potuto pronunciare l'indicata frase nel senso che ad essa ha voluto assegnare il difensore.

Ed invero, se, da una parte, il perito fosse stato convinto che l'eritropoietina non era stata utilizzata dai giocatori della Juventus, non avrebbe dovuto adeguarsi a nessuna opinione, a nessuna tesi preconcepita, anche se eventualmente (e molto gravemente) proveniente proprio dal giudice, perché diversamente egli sarebbe venuto meno al suo dovere di onestà e lealtà che è contenuto pure nella formula del giuramento previsto a pena di nullità all'atto dell'assunzione dell'incarico peritale; in secondo luogo, se il perito proprio avesse voluto aderire alla tesi che nella prospettazione del difensore, per così dire, sarebbe stata interpretata come gradita a chi gli aveva affidato l'incarico, ugualmente allora il professor d'Onofrio sarebbe risultato sprovveduto e incauto nell'evidenziare, prima, così bene tutti i riscontri, che neppure i consulenti della difesa avevano saputo così efficacemente rilevare, per dimostrare l'infondatezza di quelli che fino ad allora erano stati utilizzati significativamente come elementi d'accusa, contraddittoriamente manifestando, subito dopo, la propria delusione nel non potersene servire.

Né si potrebbe sostenere che il perito sia stato quasi necessitato a pervenire alle riportate conclusioni dall'evidenza dei dati, perché prima dell'intervento del professor d'Onofrio i dati non erano così evidenti, come è dimostrato dal fatto che essi continuavano ad essere utilizzati come forti elementi d'accusa, dal fatto che di Padovano nulla era mai stato detto e dal fatto che lo stesso imputato non aveva apportato grandi argomenti per chiarire la questione Di Livio.

Come ha spiegato, infatti, il dottor Agricola l'emocromo di Di Livio? L'imputato ha dichiarato: ".....Se lei vuole osservare, quell'esame riportato, ma è una mia ipotesi, pronto ad essere smentito da qualsiasi altra fonte, purché sia riconosciuta valida, questo esame è stato fatto, cioè il prelievo sicuramente è stato fatto il 28 di luglio, il 28 di luglio, su quell'esame lì ci sono le date, non solo di Di Livio, ma di tutta la squadra, benissimo, su quell'esame lì sono state fatte tutte le valutazioni. Ipotesi mia. Il dottor Giusto non butta via tutto, ma rimangono dei flaconcini, combinazione alla fine delle vacanze qualche biologo alle 6.56 di mattina, questo sarebbe da capire perché, ha effettuato un esame emocromocitometrico di un esame prelevato un mese prima, questa è la mia ipotesi, atteso che nessuno di noi ha mai mandato Di Livio a fare un prelievo e tanto meno lo avremmo mandato, perché glielo avremmo fatto noi, e comunque nessuno di noi ha fatto un prelievo al 28/8. La dimostrazione, signor Presidente, è che nessun altro emocromocitometrico, di

nessun altro giocatore della squadra, è stato effettuato nella data 28/8, ma soltanto tutti quanti il 28/7, questo secondo me, a parte la mia asserzione che è di spiegazione del fatto, perché io sono presente e quindi lo so, quello è un esame prelevato il 28/7, nessuno di noi ha mai fatto l'esame il 28/8, qualche laboratorista ha trovato il nome Di Livio e avrà detto: "Facciamolo perché se è qui...". Quando arrivano coloro che fanno l'esame materialmente, conoscono la nostra procedura, sanno che se vedono un esame lo fanno anche indipendentemente dal fatto che ci sia il responsabile, quindi hanno ritenuto probabilmente di farlo..." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 novembre 2003 - pagine 198 e seguenti).

Come si vede, non si tratta di una grande spiegazione, capace di far cadere ogni contraria supposizione; si tratta di una semplice ipotesi, in parte confortata da elementi logici, soprattutto per quel che riguarda la data e l'ora in cui risulta effettuata l'analisi, in parte contraddetta tuttavia dal fatto che i risultati dell'emocromo di Di Livio del 28 luglio 1997 risultano acquisiti agli atti e sono riportati pure nei tabulati di Agricola e, dunque, è ben strano che una provetta del sangue prelevato a Di Livio il 28 luglio, dopo che le altre erano state regolarmente utilizzate, sia stata abbandonata a parte, rimanendo per un mese in laboratorio senza che nessuno se ne accorgesse, tanto da consentire che si verificasse ciò che l'imputato ha ipotizzato. L'ipotesi dell'imputato, invero, sarebbe risultata più verosimile e accreditata se il referto di Di Livio del 28 luglio non fosse stato proprio redatto, in modo che si potesse immaginare che le provette del sangue di tale giocatore fossero completamente sfuggite agli analisti in quell'occasione, per essere magari occasionalmente rinvenute un mese dopo. Oltre alla prospettazione di tale ipotesi, il dottor Agricola poi si è sbilanciato, sostenendo che la dimostrazione della sua fondatezza, sarebbe consistita appunto nel fatto che in data 28 agosto 1997 non era stato effettuato alcun altro esame emocromocitometrico di giocatori della Juve, al di fuori di quello di Di Livio.

Ebbene, in questa situazione, il perito, che secondo la difesa avrebbe avuto lo scopo di assecondare il quesito che a suo parere il giudice gli aveva posto, per raggiungere il risultato di dimostrare che comunque qualcuno della Juventus aveva fatto uso di eritropoietina, avendo trovato l'emocromo di un altro giocatore, quale era Padovano (i cui esami ematici del 27 luglio pure erano stati regolarmente effettuati e refertati e i cui valori erano stati inseriti nei tabulati di Agricola), che risultava effettuato proprio nello stesso momento di quello di Di Livio, un minuto prima, che cosa avrebbe fatto? Non lo avrebbe forse utilizzato per dimostrare che l'ipotesi del dottor Agricola per giustificare il valore di ematocrito di Di Livio era inconsistente e infondata, tanto che pure l'elemento sul quale l'imputato stesso aveva fatto leva per offrire in qualche modo la dimostrazione logica della sua ipotesi era venuto meno, perché risultava che vi era un altro giocatore della Juventus che invece aveva effettuato l'emocromo presso la Fornaca insieme a Di Livio proprio il 28 agosto 1997?

Il perito, invece, liberamente e correttamente, non solo non ha sfruttato tale elemento contro l'imputato ma, seguendo il filo delle proprie convinzioni scientifiche ha dimostrato che pure l'emocromo di Padovano era frutto di un errore di laboratorio.

Non si ritiene, per carità, che per questo il professor d'Onofrio meriti un riconoscimento particolare, avendo egli fatto, in fondo, solo il proprio dovere, peraltro seriamente e scrupolosamente come era richiesto che facesse, ma almeno sarebbe risultato opportuno evitare ingiustificate e immeritate critiche al suo comportamento, le quali, oltretutto, non sono state riferite al contenuto delle specifiche risposte date dal perito, che soprattutto in questo caso come si è visto erano assolutamente adesive e rafforzative della tesi della difesa, quanto piuttosto dirette a screditare complessivamente l'operato del professor d'Onofrio, facendolo apparire poco sereno e capace di subire gravi condizionamenti, oltre che anche un poco sprovveduto, alla stregua di quanto si è considerato.

Si è passati, praticamente, dall'accusa al perito di avere sbagliato reiteratamente e quasi consapevolmente il coefficiente di variazione della ferritina all'ipotesi non meno sgradevole di non aver compreso il terzo quesito formulato dal giudice, il che - francamente - non è un grande passo

avanti da parte di chi, rivolgendosi proprio al perito, del quale sosteneva l'errore, pretendeva con forza che chi aveva sbagliato chiedesse scusa.

Occorre a questo punto verificare su quali parametri il perito abbia focalizzato la propria attenzione e la propria osservazione.

Di questo si dà atto nel verbale della riunione che il perito e i consulenti tecnici hanno tenuto il 30 aprile 2004, perché in esso risulta annotato che "...si concorda ...sulla massima rilevanza del parametro emoglobina rispetto all'ematocrito e sull'importanza del bilancio marziale."

Il perito, in realtà, nella relazione scritta afferma di aver preso prevalentemente in considerazione l'emoglobina che "è il parametro principale su cui è stato basato lo studio della variabilità, essendo meno suscettibile di oscillazioni nella qualità analitica; questa scelta è stata concordata con i Consulenti tecnici e corrisponde alle esigenze di ridurre al minimo le interferenze e le imprecisioni" (relazione scritta - pagina 18) e nel corso dell'esame dibattimentale il professor d'Onofrio ha più volte spiegato e ribadito che le risposte da lui fornite erano basate per oltre il 90% sul parametro dell'emoglobina (per tutte, trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagina 74: "...Ripeto che secondo me - per tornare sullo specifico - l'aspetto variabilità analitica dei parametri è stato superato, nella mia opinione, dalla ripetitività delle osservazioni e dalla coerenza di alcune osservazioni in alcuni contesti, e ribadisco che il 90% delle mie osservazioni riguardano l'emoglobina e una minoranza riguardano il variare del bilancio marziale, anche se magari è più lunga la descrizione, perché ci vuole più tempo per spiegare...").

Di emoglobina si è parlato tantissime volte e anche a lungo nel corso dell'istruzione dibattimentale e in ogni occasione è emersa l'importanza di tale parametro.

Già il dottor Tencone, nella sua testimonianza (udienza del 22 luglio 2002 - pagine 30 e seguenti delle relative trascrizioni) si riferiva all'emoglobina come ad un parametro che, a differenza dell'ematocrito, avrebbe dovuto essere considerato come elemento di grande stabilità e affidabilità. Considerazioni analoghe risultano essere riferibili al professor Cazzola (in particolare, all'udienza del 17 febbraio 2003), il quale - come pure si è ricordato - ha richiamato il lavoro di Parisotto e collaboratori, mentre ha partecipato direttamente allo studio di Malcovati e in tali studi il parametro dell'emoglobina assume un ruolo di assoluta e primaria importanza.

Lo stesso imputato ha sottolineato l'importanza dell'emoglobina, anche con riferimento alle competizioni sportive (udienza del 21 luglio 2003), fino ad arrivare ad affermare che: "...Dal punto di vista sportivo l'emoglobina è l'unico valore che si guarda..." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 novembre 2003 - pagina 209).

Del rilievo che ha assunto l'emoglobina nel protocollo del CONI "Io non rischio la salute", tanto nella prima campagna quanto nella seconda, si è già ricordato, e altrettanto si è ricordato come, oltre al perito, anche tutti i consulenti tecnici delle parti nella riunione del 30 aprile 2004 fossero stati d'accordo nell'assegnare proprio all'emoglobina il ruolo di parametro fondamentale dell'indagine peritale, senz'altro da preferire al parametro dell'ematocrito, ritenuto molto meno stabile e meno affidabile.

Il perito, insomma, nello scegliere l'emoglobina come il parametro sul quale fondare almeno il 90% delle proprie osservazioni, non ha solo mantenuto fede all'impegno assunto con i consulenti delle parti; non ha scelto soltanto un metodo unanimemente riconosciuto come di massima affidabilità e ritenuto indispensabile da tutti gli studiosi che lo ponevano a base dei rispettivi protocolli seguiti nei lavori scientifici effettuati, ma anche a tal riguardo ha finito in pratica con l'accontentare proprio la difesa.

Come si è visto tanto l'imputato, quanto i rispettivi consulenti tecnici ritenevano affidabile tale parametro e persino il difensore si mostrava, anzi, un po' stizzito con l'allora consulente tecnico del pubblico ministero, professor Benzi, quando nell'udienza del 10 novembre 2003, nel formulare le domande, quasi rimproverava al professor Benzi di non aver adeguatamente considerato e valutato il parametro dell'emoglobina, avendo invece utilizzato - a giudizio del difensore in modo errato - prevalentemente il parametro dell'ematocrito, ponendo in evidenza, in sintonia con quanto aveva

rilevato pure il dottor Tencone, il fatto che l'emoglobina, oltretutto, viene misurata direttamente e non in via indiretta sulla base di altri parametri.

Ci si sarebbe pure potuto attendere che la difesa, perciò, non avanzasse critiche e riserve sul metodo utilizzato dal professor d'Onofrio e invece no, perché il difensore ha sostanzialmente lamentato il fatto che il rimanente 10% dell'accertamento del perito non è vero che avesse assunto importanza tanto marginale nelle risposte che il perito stesso aveva fornito; ha lamentato che pur essendovi stata un'intesa tra perito e consulenti della difesa nella riunione di aprile sull'importanza del bilancio marziale, sicuramente essa era fondata su un equivoco in ordine ai criteri in concreto da utilizzare; ha lamentato che con originalità il perito aveva scoperto il parametro della saturazione della transferrina al quale di fatto nessuno aveva mai assegnato in precedenza altrettanto rilievo.

Per quanto riguarda il peso che può avere esercitato nelle risposte del perito l'osservazione del bilancio marziale dei giocatori, non si potrà stabilire mai con certezza se ha ragione il perito nell'assegnare ad essa non più del 10% di rilevanza ovvero ha ragione la difesa, secondo la quale l'esame dei parametri marziali ha svolto nella perizia un ruolo sicuramente più determinante.

Si tratta, in realtà, di una valutazione soggettiva che ovviamente può variare a seconda di chi la effettua, anche se poiché è lo stesso perito che in modo autentico ha valutato nel 10% l'importanza svolta dal bilancio marziale nelle conclusioni da lui assunte in perizia, non dovrebbero esserci tante ragioni per non credergli, non ravvisandosi - oltretutto - sostanziali differenze di risultato se lo stesso perito avesse dichiarato che l'esame dei parametri marziali potesse magari aver influito nel 30 o anche nel 40 per cento delle convinzioni raggiunte.

Certamente l'esame dei valori marziali un'importanza l'ha avuta e, anche a tal riguardo, occorre rilevare come non avrebbe potuto essere diversamente. Si è ricordato, infatti, come i consulenti del pubblico ministero nell'impostazione inizialmente data all'accusa ritenessero ingiustificate le terapie con ferro praticate a parecchi giocatori, non risultando in atti secondo il loro parere i segnali che le rendessero necessarie.

E, inoltre, i dati biochimici di carenza funzionale di ferro e di riduzione della ferritina, accompagnati, invece, a valori alti o a improvvisi cali di emoglobina, possono essere ritenuti indicativi di stimolazione esogena dell'eritropoiesi e tale constatazione non è da attribuire solo al perito, perché essa risulta più o meno evidente pure nelle affermazioni rese dal professor Cazzola, si evince dallo studio di Parisotto e collaboratori e risulta convalidata pure dalle dichiarazioni che in varie occasioni ha reso a tal riguardo l'imputato.

Non l'ha scoperta il professor d'Onofrio, insomma, l'importanza dello studio dei parametri marziali nell'ambito di indagini tendenti ad accertare eventuali pratiche dopanti.

Con i consulenti tecnici, evidentemente, si era concordato proprio questo nella riunione del 30 aprile 2004. Passando, infatti, alla seconda perplessità manifestata dal difensore, in ordine ad eventuali equivoci che si sarebbero creati tra i consulenti ed il perito a proposito del bilancio marziale, occorre rilevare come, pure a tal riguardo, non solo il difensore non dispone di alcun obiettivo elemento per confortare la prospettata tesi dell'equivoco, ma anzi vi sono chiari elementi contrari in atti, perché oltre alle considerazioni appena svolte circa la obiettiva rilevanza dei parametri marziali in indagini tendenti ad accertare l'uso di eritropoietina ed oltre a quanto risulta in proposito riportato nel verbale della riunione, esiste anche una breve nota inviata, dopo la riunione, dal professor Grossi, consulente tecnico della difesa al perito, non sottoscritta ma spedita per posta elettronica, in cui - tra l'altro - il consulente, al termine delle proprie considerazioni (6° e ultimo foglio trasmesso), dopo cioè che era stata ribadita l'importanza del parametro dell'emoglobina e dopo che si era dato come scontato il fatto che il trattamento con eritropoietina è accompagnato da somministrazione di prodotti a base di ferro, il professor Grossi affermava: "Gli esami degli atleti in questione mostrano, nella grande maggioranza, la presenza di un bilancio del ferro ai limiti inferiori della normalità o sotto la norma, anche in assenza di anemia (ma il giocatore Tacchinardi era anche anemico).

Quindi la somministrazione di ferro era assolutamente giustificata per evitare l'anemizzazione, e da non considerare off-label, perché...."

Ebbene, rinviando ogni considerazione sul merito di tali osservazioni al momento in cui si esamineranno le conclusioni del perito, le riportate affermazioni del consulente della difesa non costituiscono forse l'ulteriore dimostrazione del fatto che nella riunione di aprile ci si era posti il problema di esaminare i parametri marziali dei giocatori, per verificare se le riscontrate terapie marziali che risultavano effettuate fossero giustificate da esigenze fisio-biologiche ovvero potessero essere ritenute eseguite in accompagnamento invece a stimolazione esogena eritropoietica, che anche secondo il professor Grossi viene sempre praticata unitamente a prodotti contenenti ferro? Se a ciò poi si aggiunge che anche il professor Melioli, consulente del pubblico ministero, aveva fatto pervenire al perito altra e-mail nella quale pure era contenuta una parte significativa in cui il consulente svolgeva considerazioni riguardanti il bilancio marziale, si ha allora il quadro chiaro e completo che giustifica la frase annotata nel verbale di riunione senza che possa rimanere alcuna ombra di dubbio o di possibile equivoco.

E passiamo alla "scoperta" della percentuale di saturazione della transferrina da parte del professor d'Onofrio.

Si è ricordato che il parametro dell'emoglobina è da ritenere pacificamente - come si è dimostrato - di grande stabilità, non solo analitica, ma anche biologica. L'emoglobina, infatti, è la proteina che trasporta l'ossigeno ed è presente nei globuli rossi o eritrociti (RBC); risulta perciò evidente come essa debba essere considerata il principale misuratore del livello di produzione dei globuli rossi (pagina 4 relazione del perito).

La ferritina è una molecola che viene utilizzata dall'organismo quasi a protezione dei depositi di ferro, come ha spiegato il perito (udienza del 28 giugno 2004 - pagine 11 e seguenti delle relative trascrizioni) e quindi è ritenuta indicativa delle riserve di ferro di cui l'organismo può disporre, de "la quantità di ferro presente nei depositi" (pagina 5 relazione scritta), mentre la transferrina indica la quantità di strumenti che trasportano il ferro nel sangue ("la quantità delle barche che trasportano il ferro nel sangue") dai depositi al midollo osseo, dove il ferro è necessario per la formazione dei globuli rossi.

La sideremia, poi, "esprime la quantità delle molecole di ferro che circolano nel plasma legate alla transferrina", mentre la percentuale di saturazione della transferrina che, come si è visto, si calcola dividendo il valore di sideremia per il valore della transferrina e moltiplicando il risultato di tale divisione per cento, "esprime l'affollamento delle barche, vale a dire qual'è la proporzione di molecole di transferrina saturate dal ferro".

Il perito ha pure spiegato che quando diminuiscono le riserve di ferro, ovviamente la ferritina diminuisce e la percentuale di saturazione della transferrina diminuisce dopo che si sono esauriti i depositi di ferro e la ferritina plasmatica è calata al minimo.

La progressiva riduzione delle riserve di ferro nell'organismo può provocare varie fasi di tipo patologico il perito ha descritto nelle pagine 5 e 6 della relazione, fino all'anemia sideropenica, in cui la carenza di ferro finisce col compromettere pure la produzione dei globuli rossi: in questi casi richiamati dal perito si è in presenza di fenomeni di carenza di ferro, di carenza marziale effettiva.

La ferritina cala e anche il valore di emoglobina si riduce, mentre la transferrina tende ad aumentare, perché se c'è meno ferro l'organismo cerca di formare più barche per il trasporto. La sideremia dovrebbe calare, ma come ha rilevato il perito tale parametro non sempre è un buon indicatore della effettiva presenza di ferro nell'organismo, giacché in molte malattie tende a diminuire pure se c'è molto ferro nei depositi.

Il perito, poi, ha descritto pure un altro tipo di carenza marziale, che viene definito "carenza funzionale di ferro".

Tale situazione è presente quando nell'organismo non è carente il ferro, perché vi è una buona quantità di ferro nei depositi, ma ugualmente il ferro non arriva a sufficienza al midollo osseo che perciò non è in condizioni di produrre globuli rossi. Si tratta, appunto, di una carenza di ferro solo funzionale, ma non effettiva. In questi casi, la saturazione della transferrina diminuisce, mentre la ferritina rimane su valori normali, se non addirittura elevati.

A conferma di quest'ultima affermazione, riportata a pagina 7 della relazione scritta, il perito ha richiamato un lavoro di Cazzola e coll. del 1997.

Il professor d'Onofrio prosegue: "Ciò avviene quando la formazione dei globuli rossi è talmente accelerata che le 'barche', cioè le molecole di transferrina, non riescono a trasferire efficacemente ferro dai depositi al midollo, perché vengono svuotate (per il rapidissimo utilizzo del ferro da parte del midollo osseo) a una velocità maggiore di quella con cui riescono a riempirsi nei depositi. Questa condizione è stata descritta per la prima volta nei pazienti con anemia da malattie renali croniche trattati con eritropoietina. Per evitarla, la somministrazione con eritropoietina viene molto spesso associata a somministrazione di ferro per bocca o per via endovenosa, allo scopo di fornire per un'altra via il ferro che la transferrina non fa in tempo a trasportare. Il test migliore e più precoce per diagnosticare la carenza funzionale di ferro è considerato ormai da tempo la percentuale di saturazione della transferrina, che in questi casi scende al di sotto di 16-20% (MacDougall e coll., 1992; Horl e coll., 1996). Più recentemente è stato descritto anche il valore diagnostico di altri parametri eritrocitari e reticolocitari, che non sono tuttavia stati analizzati negli atleti in oggetto e non verranno quindi considerati in questa sede."

In altre parole, un trattamento con eritropoietina può provocare la carenza funzionale di ferro. L'eritropoietina, come si è visto, è l'ormone che stimola l'eritropoiesi e, cioè, quella funzione che l'organismo esercita quasi esclusivamente all'interno del midollo osseo, con la quale vengono prodotti nuovi globuli rossi.

L'eritropoietina è una sostanza che produce lo stesso organismo (attraverso i reni o, in misura minore, dal fegato), di regola in presenza della necessità di maggiore ossigeno; una volta prodotta, essa viene trasportata nel sangue al midollo osseo e stimola l'eritropoiesi. E' evidente che dinanzi ad una produzione endogena di eritropoietina, il sistema organico è in grado di autoregolarsi, perché la produzione cessa quando l'organismo non ha più bisogno di nuovi globuli rossi.

Se, invece, la stimolazione eritropoietica avviene attraverso la somministrazione esogena di eritropoietina, allora normalmente si verifica che la produzione dei globuli rossi viene effettuata dall'organismo in modo molto accelerato rispetto ai tempi naturalmente impiegati e ciò fa sì che il ferro venga utilizzato più velocemente di quanto l'organismo stesso non sia in grado di trasportarlo dai depositi al midollo osseo.

Questa condizione organica determina la carenza funzionale di ferro, che comporta un calo anomalo della percentuale della saturazione della transferrina che, come indicato dal perito, normalmente è pari al 30% (20-40%) e si riduce quando nell'organismo si crea carenza di disponibilità di ferro. La percentuale di saturazione della transferrina, perciò, si riduce - a giusta ragione - al di sotto degli indicati valori, quando nell'organismo si determina una carenza effettiva di ferro perché la ferritina scende sotto il minimo; ma la percentuale di saturazione della transferrina scende pure quando vi sia per l'organismo la difficoltà di utilizzare il ferro che è presente nei depositi, quando cioè si verifica la descritta situazione di carenza funzionale del ferro e, in questo secondo caso, il calo della percentuale di saturazione della transferrina risulta anomalo, perché il valore della ferritina rimane sui livelli di normalità.

Il perito, dunque, ha spiegato che da tempo ormai la percentuale di saturazione della transferrina, unitamente al parametro della ferritina, viene utilizzata come rivelatrice della stimolazione esogena dell'eritropoiesi.

Non risponde al vero, dunque, l'affermazione del difensore, secondo la quale la percentuale di saturazione della transferrina è parametro scarsamente indicativo, che in nessuna indagine seria è mai stato utilizzato, al quale il professor d'Onofrio ha avuto la brillante idea di far ricorso per usarlo nell'indagine contro i giocatori della Juventus.

E' dall'inizio degli anni '90, almeno, che esso viene indicato ed utilizzato negli studi citati dal perito come test migliore e più precoce per l'individuazione della carenza funzionale di ferro e, anzi, più di recente esso è stato messo relativamente in disparte solo perché sono stati individuati altri sintomi eritrocitari e reticolocitari che possono offrire anche una risposta più efficace, ma i cui parametri

non essendo stati cercati negli esami del sangue dei giocatori della Juventus, non compaiono nei relativi referti.

Il perito ha citato pure uno studio del professor Cazzola in cui si sosteneva appunto quanto il professor d'Onofrio ha descritto e nell'ambito del processo non è neppure necessario riprendere tale studio del 1997 per avere conferma dell'affermazione del perito, perché il professor Cazzola ha fatto analoga affermazione anche nel corso del dibattimento: "....La risposta non può essere: "Sì, sempre", la risposta è: "Varia da soggetto a soggetto", tanto per darle un'idea in quello studio che le ho fatto vedere, pubblicato su British Journal of Haematology di quest'anno, circa un terzo dei pazienti è stato trattato con ferro, il criterio con cui si decide il trattamento è che se, a parte la ferritina, si abbassa la sideremia e la saturazione della transferrina, elementi che indicano che c'è poco ferro di trasporto al midollo per la sintesi dell'emoglobina, allora è giustificato un trattamento..." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 novembre 2003 - pagine 188-189).

Non è vero, allora, che quello utilizzato dal professor d'Onofrio è un parametro che nessuno conosce e nessuno usa e non è neppure vero che esso non è stato utilizzato nel protocollo "Io non rischio la salute" 2000, perché se si va a leggere l'opuscolo pubblicato dal CONI, si può facilmente notare come della saturazione della transferrina si parli a pagina 41, a pagina 50 e alle pagine 57 e 58, sempre come parametro di riferimento, peraltro insieme ad altri, indicativo della carenza di ferro.

La ragione per la quale la percentuale di saturazione della transferrina nella campagna "Io non rischio la salute" non ha forse avuto la rilevanza che ad essa è stata attribuita in perizia è individuabile solo nel fatto che tale protocollo è stato istituito nel 2000, mentre altri studi che pure sono stati richiamati per ribadire che essi fondavano la ricerca su elementi diversi da quelli usati in perizia, quali quelli di Malcovati e coll. e di Parisotto e coll., sono addirittura successivi, e pertanto in essi sono stati utilizzati anche parametri più moderni ed efficaci che però non erano a disposizione del professor d'Onofrio, in quanto i relativi dati, come si è osservato, non venivano ricercati all'epoca in cui sono stati effettuati gli esami del sangue dei giocatori, sui quali il perito ha dovuto fondare la propria indagine.

Come esempio, basti citare l'importanza intanto assunta dai parametri reticolocitari, sui quali è principalmente basato pure lo studio di Parisotto e collaboratori ovvero dal recettore solubile della transferrina, molto gettonato nel protocollo "Io non rischio la salute"-2, per avere il quadro esatto dell'evoluzione che si è verificata, per cui l'attenzione degli studiosi, nel tempo e alla luce delle nuove esperienze, è andata via via spostandosi da alcuni parametri ad altri.

Ciò non significa, però, che quanto avveniva in precedenza non assuma più alcun valore scientifico, soprattutto poi se si considera che non è possibile tornare indietro e far ripetere gli esami del sangue ai giocatori con conseguente individuazione anche di quei parametri che all'epoca, di regola, non venivano richiesti ai laboratori di analisi.

Il perito ha dovuto lavorare ed eseguire l'indagine con il materiale che gli è stato messo a disposizione e perito e consulenti sono stati d'accordo nel non ritenere necessaria l'esecuzione di indagini sperimentali, come è attestato nel verbale della famosa riunione di aprile. Anche sotto questo aspetto, perciò, si ha la conferma che pure i consulenti delle parti concordavano con i parametri da utilizzare nell'indagine peritale e per la stessa ragione nel verbale di riunione si è indicato che perito e consulenti convenivano sull'importanza dei parametri del bilancio marziale, tra i quali sicuramente rientra pure la percentuale di saturazione della transferrina.

Fatta questa premessa per così dire sul "metodo d'Onofrio", è necessario passare all'esame delle risposte che il perito ha fornito ai quesiti che gli sono stati posti.

Con il primo quesito, si tendeva ad accertare in pratica se e quali sostanze fossero capaci di modificare i parametri ematologici ed il perito ha risposto con precisione.

Sulle risposte fornite, oltretutto, si può rilevare come sia stato registrato un accordo circa le modificazioni che possono derivare per l'eritropoiesi dalla somministrazione di eritropoietina di cui si è detto, che è sostanza in grado di modificare - a seconda della dose e del tempo in cui viene

somministrata - l'emoglobina, i reticolociti, l'ematocrito, i globuli rossi, in pratica, tutti i parametri ematologici; ma accordo è stato registrato anche in ordine all'effetto derivante dalla somministrazione di vitamina B12 e di acido folico o di ormoni androgeni, come il testosterone, o persino dal soggiorno in altitudine, tutti ritenuti elementi capaci di facilitare in qualche modo l'eritropoiesi; così come accordo è stato registrato in ordine all'effetto derivante da emotrasfusione e autotrasfusione, che determinano l'aumento di globuli rossi, emoglobina ed ematocrito.

Per quanto riguarda la capacità di influire sui parametri ematologici attraverso la somministrazione di preparati a base di ferro, in verità, pure si è registrato un iniziale accordo tra perito e consulenti, che però di fatto è risultato venir meno a proposito degli specifici fatti trattati, e cioè relativamente ai casi riguardanti i giocatori Conte e Tacchinardi.

Per quanto riguarda la somministrazione di preparati a base di ferro, invero, il perito ha concluso: "1) i preparati di ferro da soli non modificano i parametri ematologici di soggetti sani; 2) essi modificano la ferritina e la saturazione della transferrina; 3) l'uso di ferro è utile nelle carenze marziali dopo averne individuato le cause; 4) la somministrazione preventiva è utile e consigliata nei soggetti non anemici con deplezione delle riserve marziali, sempre dopo una diagnosi; 5) nella terapia con eritropoietina in ambito clinico il ferro viene somministrato molto spesso per evitare la carenza funzionale di ferro." (relazione scritta - pagina 10).

Secondo il perito, dunque, la somministrazione di preparati a base di ferro in soggetti sani non produce alcuna modificazione dei parametri ematologici, essa non è in grado cioè di influire sui valori di emoglobina, ematocrito e così via.

Il perito, anzi, ha specificato con chiarezza che tali preparati - da soli - non modificano i parametri ematologici, non solo se somministrati a soggetti sani, ma anche se somministrati a soggetti non sani, che però non siano affetti da anemia sideropenica (pagine 8 e seguenti relazione).

Il professor d'Onofrio ha poi riferito che anche i consulenti della difesa si erano dichiarati d'accordo su tale affermazione e, infatti, quando è sembrato che il professor Mannucci, a proposito del caso Conte, sostenesse una tesi diversa, il perito (udienza del 15 luglio 2004 - pagine 185 e seguenti delle relative trascrizioni) gli ha ricordato di essere stati tutti d'accordo sul fatto che la somministrazione di ferro a pazienti non affetti da anemia da carenza di ferro non può produrre alcuna modificazione dei parametri ematologici ed il professor Mannucci, come meglio si vedrà valutando il caso Conte, pur non contraddicendo tale affermazione, ha sostenuto che, a suo giudizio, l'emorragia che si era verificata aveva in realtà fatto perdere al giocatore anche del ferro.

Il perito, come anticipato, poiché per quanto attiene ai parametri marziali ha focalizzato la propria attenzione prevalentemente su ferritina e saturazione della transferrina, e poiché - come si è ampiamente rilevato - egli ha fondato la propria indagine tenendo conto prevalentemente dei dati relativi all'emoglobina, ha predisposto dei grafici in perizia, nei quali per ciascuno dei venti giocatori prescelti vengono evidenziati a confronto, da una parte, i valori di ferritina e di emoglobina e, dall'altra, i valori di emoglobina e di saturazione della transferrina e ciò anche al fine di individuare se si potesse giustificare un trattamento con preparati a base di ferro nei singoli calciatori presi in esame.

Il secondo quesito riguardava la consensualità di ematocrito ed emoglobina, di cui tanto si era discusso nel corso del confronto tra il professor Benzi ed il professor Cazzola, per stabilire se fosse vero o no che i due parametri di cui si tratta si modificano in modo concorde o meno.

Il perito, praticamente dando ancora una volta ragione alla tesi in precedenza sostenuta dalla difesa, ha chiarito che tendenzialmente i valori di tali parametri, in situazioni di normalità, sono soggetti ad oscillazioni consensuali ed ha spiegato pure che l'ematocrito, che indica il rapporto tra il volume della parte solida del sangue (globuli rossi, piastrine, ecc.) ed il volume della parte liquida (plasma), non viene più calcolato come una volta per centrifugazione, ma si calcola attraverso una formula matematica moltiplicando il numero dei globuli rossi per il loro volume medio e dividendo il prodotto per dieci $[(RBC \times MCV)/10]$ o con altre formule simili.

Il perito, pertanto, ha concluso: "...e quindi, una volta avendo questi tre parametri (emoglobina e MCV, che è il volume medio dei globuli rossi), emoglobina e globuli rossi e loro volume, è logico

che, se non intervengono modificazioni di tipo patologico, quindi alterazioni del volume dei globuli rossi, questi tre parametri sono strettamente correlati.

Emoglobina ed ematocrito tendono ad essere..., quindi a mutare in maniera consensuale, a meno che non ci fosse, non ci sono delle modificazioni morfologiche dei globuli rossi...." (trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagina 21).

Sulla riportata conclusione del perito, i consulenti delle parti non hanno formulato osservazioni contrarie, anche se - per completezza - va ricordato che il difensore di Agricola neppure questa volta ha mostrato di condividere le risposte del perito, ancorché tutto sommato adesive alle tesi sostenute dal professor Cazzola nel confronto con il professor Benzi ed ha ritenuto ugualmente di dover precisare (trascrizioni registrazioni udienza del 4 novembre 2004 - pagine 136 e 137) che il professor Cazzola avrebbe affermato che in presenza di carenza funzionale di ferro - unico caso - si sarebbe potuta registrare una dissociazione, una non consensualità tra andamento dell'emoglobina e andamento dell'ematocrito, nel senso che l'ematocrito avrebbe potuto aumentare, non avendo bisogno del ferro, mentre l'emoglobina avrebbe potuto rimanere esattamente come prima.

Ebbene, questa affermazione - che oltretutto non pare neppure scientificamente tanto corretta - il professor Cazzola, non l'ha fatta, ma in ogni caso, se davvero l'allora consulente tecnico della difesa avesse prospettato un'opinione del genere, avrebbe sostanzialmente creato le condizioni per evitare il netto contrasto di opinioni che, al contrario, si è manifestato nel corso del confronto tra i due consulenti.

Il professor Benzi, invero, si riferiva alla dissociazione dei due parametri in parola proprio come sintomo di stimolazione esogena dell'eritropoiesi. La somministrazione di eritropoietina provoca una stimolazione esogena dell'eritropoiesi e tale stimolazione provoca la carenza funzionale di ferro.

Se, dunque, il professor Cazzola avesse sostenuto - come il difensore inesattamente gli attribuisce - che in presenza di carenza funzionale di ferro e, quindi, in occasione di somministrazione di eritropoietina, si verifica la dissociazione tra i valori di emoglobina e di ematocrito, avrebbe finito col trovarsi più o meno d'accordo col professor Benzi che proprio tale principio andava affermando. Il professor Cazzola, invece, ha fatto affermazioni contrarie a quelle del proprio contraddittore, che risultano peraltro molto simili a quelle sostenute dal perito, avendo così dichiarato:

"CAZZOLA - Assolutamente impossibile che l'emoglobina rimanga alta e l'ematocrito tenda a scendere, nel senso che l'emoglobina è contenuta nei globuli rossi e l'ematocrito è semplicemente il volume occupato dai globuli rossi. La dissociazione che potrebbe aversi tra i due parametri riguarda una situazione che si chiama "carenza funzionale di ferro", vale a dire se il ferro che arriva al midollo per la produzione dell'emoglobina non è sufficiente potrebbe aumentare di più l'ematocrito rispetto all'emoglobina, ma non è possibile o che aumenti l'ematocrito non aumenti l'emoglobina o che aumenti l'ematocrito e diminuisca l'emoglobina, ci possono essere situazioni in cui uno dei due aumenta più dell'altro, ma che l'andamento sia consensuale, vale a dire nello stesso senso, è un sine qua non.

GIUDICE - Ma anche con differenze sostanziali in percentuali?

CAZZOLA - Io queste differenze sostanziali non le ho mai viste personalmente, è possibile che se vengano date dosi molto alte di eritropoietina a un soggetto che abbia già una carenza di ferro e non viene dato ferro, aumenti molto di più l'ematocrito e l'emoglobina, questo è possibile, ma nello studio degli australiani in cui veniva dato ferro per bocca ed eritropoietina quella differenza non si vede..." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 novembre 2003 - pagine 170 e seguenti).

Se poi si rileggono le osservazioni che il professor d'Onofrio ha fatto prima di accingersi ad esaminare i valori di ematocrito di Deschamps e di Di Livio, di cui si è ampiamente detto, si ha la conferma della assoluta coincidenza di opinioni tra il perito ed il professor Cazzola a proposito del problema della consensualità dei due parametri di cui si tratta, perché infatti il professor d'Onofrio ha affermato: "...Abbiamo un lavoro molto semplice e pulito che ci fa vedere che questo parametro MCHC, sotto la somministrazione di eritropoietina, un po' diminuisce, molto poco: vedete, da 34 tende ad arrivare a 36. Che vuol dire? In realtà c'è un lieve aumento dell'ematocrito maggiore di quello dell'emoglobina, l'ematocrito sale del 10%, l'emoglobina sale del 7.....

...Io quindi in questo senso ritengo di poter dire che è vero che c'è una minima non consensualità o sembra che ci sia, ma veramente di un livello molto basso e certamente non tale, entrando nello specifico, da giustificare quelle alterazioni che sono state poi l'oggetto del processo, a queste alterazioni io penso di poter dare un parere tecnico legato alla mia esperienza molto chiaro e molto netto sul fatto che sono legate ad artefatti.

Abbiamo due referti ematologici in cui il valore di ematocrito supera 50....." (trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagine 23 e 24).

Il terzo quesito che è stato posto al perito è certamente quello più impegnativo, perché si chiedeva se in base alla variabilità di alcuni valori riscontrati negli esami del sangue dei giocatori si potessero rilevare i dati di una variabilità fisiologica ovvero se essa fosse riconducibile a somministrazione di eritropoietina, preparati a base di ferro o altre sostanze ancora ovvero fosse conseguenza di altre pratiche mediche vietate.

In ordine all'eventuale incidenza della somministrazione dei preparati a base di ferro si è già detto, in quanto il perito ha ribadito in concreto ciò che aveva in precedenza affermato in astratto, negando che i preparati in ferro potessero aver avuto, da soli, un'incidenza sulla variabilità dei dati ematologici dei giocatori.

Alla seconda parte del quesito, il perito ha risposto osservando che: "...La risposta a questo quesito è che molte, diverse osservazioni coincidono a indicare che non tutte le variazioni riscontrate sono fisiologiche e compatibili con l'attività, per quanto intensa, dei calciatori...." (trascrizioni citate - pagina 30).

Come si è rilevato, il perito ha fondato il proprio studio sui referti di analisi (acquisiti agli atti) eseguite dai venti giocatori di cui si è detto, selezionati secondo i criteri di cui pure ci si è già ampiamente occupati, presso vari laboratori: Clinica Fornaca di Sessant di Torino, Istituto di Medicina dello sport di Torino, Istituto di Scienza dello sport - CONI di Roma, Banca del Sangue di Torino c/o ospedale Molinette, oltre alle cartelle cliniche attestanti gli avvenuti ricoveri dei giocatori.

Si è pure ricordato come il perito, tenuto conto della buona qualità generale dei risultati riportati nei referti che, secondo il professor d'Onofrio, "appare accettabile in termini di precisione e riproducibilità, come anche di omogeneità delle procedure e dei metodi utilizzati", abbia dato rilevanza prevalente, se non esclusiva, ai dati riportati nei referti del laboratorio della Clinica Fornaca, per le ragioni che pure sono già state specificate.

L'affermazione del perito, secondo la quale le variazioni dei dati ematologici riscontrate nei giocatori della Juventus presi in esame non sono da ritenere tutte fisiologiche è fondata, da una parte, sull'esame particolare di situazioni riguardanti due giocatori in occasione delle quali, in coincidenza con eventi patologici di una certa importanza da cui i giocatori in questione sono risultati colpiti, sono emersi iniziali cali di emoglobina, seguiti dalla risalita dell'emoglobina che a dire del perito "è stata talmente rapida da non essere, secondo me, giustificabile, non essere corrispondente a quella che si vede spontaneamente nei nostri ospedali, nei nostri pazienti." (trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagina 32) e, dall'altra parte, su una valutazione del quadro complessivo dei dati riguardanti tutti gli atleti presi in considerazione, soprattutto se esaminati e messi a confronto a seconda delle diverse stagioni agonistiche.

Le situazioni particolari riguardano i giocatori Antonio Conte e Alessio Tacchinardi.

Come si è già ricordato, durante la finale di Coppa dei Campioni Ajax-Juventus del 22 maggio 1996, Antonio Conte subiva un infortunio al quadricipite della coscia sinistra e alle ore 5 del giorno dopo si recava al pronto soccorso dell'ospedale Molinette dove, a seguito della visita del medico, veniva ricoverato nel reparto di Chirurgia d'urgenza del professor Ferraris.

Dalla lettura degli esami del sangue eseguiti da Conte in condizioni di normalità, si evince che il giocatore normalmente è accompagnato da valori medio-alti di emoglobina, dal momento che essi si aggirano nell'ordine di 15-16 g/dl.

Il trauma riportato al quadricipite, però, aveva provocato anche un ematoma e, pertanto, il conseguente versamento che si era avuto nella coscia sinistra del giocatore aveva prodotto l'effetto di un abbassamento dei valori di emoglobina normalmente fatti registrare da Conte.

Il calciatore, perciò, all'atto del primo esame eseguito a seguito di prelievo effettuato tramite pronto soccorso (23 maggio - ore 5,29) faceva registrare un valore di Hb di 14.3, già più basso del solito e, nel pomeriggio della stessa giornata, nel reparto ove era stato intanto ricoverato (23 maggio - ore 16,37) un valore di Hb di 12.9.

Il giorno successivo (24 maggio - ore 8), Conte faceva registrare un valore di emoglobina di 12.8, che scendeva a 12.3 il giorno dopo (25 maggio - ore 6,46), per calare ancora a 9.6 il giorno 27 maggio, alle ore 6,19.

A questo punto iniziava la risalita dell'emoglobina che veniva misurata in 11.1 g/dl (28 maggio - ore 6,51), il giorno della dimissione del giocatore dalle Molinette.

Antonio Conte veniva ricoverato nella stessa giornata del 28 maggio, alle ore 15,46 presso la Casa di cura Fornaca e, al primo controllo eseguito presso tale clinica (29 maggio - ore 14,29 evidentemente il prelievo di sangue è avvenuto prima della registrazione del ricovero del giocatore), faceva rilevare un valore di Hb di 13 g/dl.

Il giocatore veniva dimesso dalla clinica Fornaca il giorno 31 maggio, ma in atti non si rinvengono referti ematologici relativi ai giorni 30 e 31 maggio.

L'emoglobina di Conte, però, continuava ad aumentare, perché il giorno 4 giugno 1996 (ore 14,34) veniva registrato un valore di 13.2, finché completava la risalita fino al giorno 20 giugno (ore 13,5), in cui al calciatore veniva registrato un valore di emoglobina di 16.2 g/dl.

Come si vede, si tratta di un ricupero davvero rilevante, perché il giocatore risulta essere stato in grado di recuperare un grammo e mezzo di emoglobina in un giorno, tra il 27 e 28 maggio; ancora quasi due grammi (1.9 g/dl) in un altro giorno, tra il 28 e il 29 maggio; per arrivare al ricupero totale del 20 giugno (Hb 16.2), che equivale ad un aumento di emoglobina di grammi 6.6 in 24 giorni, se si calcola la differenza col 9.6 g/dl fatto registrare il 27 maggio ovvero di grammi 5.1 in 23 giorni, se ci si riferisce al valore di 11.1 del 28 maggio e, ancora, di grammi 3.2 in 22 giorni, se ci si rapporta al valore di 13 g/dl del 29 maggio e, infine, di 3 grammi di emoglobina in 16 giorni se si fa riferimento al valore di 13.2 fatto registrare il 4 giugno 1996.

Le risalite che però maggiormente hanno allertato il perito sono quelle fatte registrare, da una parte, tra il 27 ed il 29 maggio, di grammi 3.4 di emoglobina in due giorni e, ancor più, dall'altra parte, tra il 4 giugno ed il 20 giugno, di grammi 3 di emoglobina in 16 giorni, partendo però da un valore di 13.2 g/dl che si colloca su livelli di assoluta normalità.

In un primo momento, peraltro, il perito non si era accorto dell'emocromo del 27 maggio, proprio quello riportante il valore (9.6) più basso di emoglobina fatto registrare da Conte in questa vicenda, e non ne ha dato atto nella relazione scritta. Egli lo ha notato successivamente e ne ha parlato in corso di esame dibattimentale, senza peraltro cambiare il proprio giudizio circa l'inspiegabilità di una simile risalita di emoglobina, se riguardata da un punto di vista clinico.

Il professor d'Onofrio così ha dichiarato: ".....Comunque, se vogliamo limitarci..., c'è questo 9.6, che è un valore di franca anemia, seguito il giorno successivo (28/5/) da 11.1, quindi c'è una risalita discreta.

Nel giorno successivo ancora, da 11.1 a 13, c'è una risalita di 1,9 grammi di emoglobina, che è un valore anche percentualmente elevato, che supera nettamente la variabilità diciamo compresa nel concetto di differenza critica e che deve prevedere un intervento terapeutico significativo o trasfusionale oppure eritropoietina, che però avrebbe dovuto essere iniziata nei giorni precedenti, non proprio in quel giorno lì, perché è una modifica realmente elevata e che non può, a mio avviso, essere neanche spiegata con le modificazioni dello stato di idratazione, anche se l'atleta faceva uso di liquidi. Non c'è nessun dato che indica terapia, che non sia appunto soluzione glucosata o preparati vitaminici di supporto, per spiegare questo aumento. Anche importante è... Dunque, dopo i primi giorni di ricovero nell'ospedale pubblico, è stato poi ricoverato nella clinica privata credo, e poi, il giorno 20, a distanza di - 14, 15 - 16 giorni ancora un incremento molto notevole, di 3

grammi. Un incremento di questo genere, ancora una volta, non è..., non fa parte della normale evoluzione di un andamento clinico della ripresa da un episodio di anemia, per quanto supportato con preparati vitaminici e, quindi, deve far presupporre un intervento esogeno, che può essere eritropoietina o può essere una trasfusione...." (trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagine 33 e seguenti).

Il perito, in verità, nelle sue iniziali risposte, non ha collocato cronologicamente neppure il referto riportante il valore di emoglobina di 12.9, questa volta per una scelta volontaria, perché, in effetti, esso è privo di data e riporta soltanto l'orario in cui l'analisi è stata effettuata che, come si è visto, corrisponde alle ore 16,37.

Proprio su questa circostanza è stato disposto l'esame testimoniale del professor Carlo Maria Ferraris, che all'epoca dei fatti era il primario del Reparto di Chirurgia d'urgenza nel quale era avvenuto il ricovero di Conte.

Il testimone non è stato per niente capace di chiarire la situazione e, anzi, ha fatto dichiarazioni che, ad essere benevoli, si possono definire del tutto ingiustificate, oltre che fuori tema.

Su richiesta della difesa, invero, è stata disposta la testimonianza del professor Ferraris per cercare di attribuire una data all'emocromo che ne risultava privo. Il teste, invece, più che come primario del Reparto di chirurgia d'urgenza, ha preferito riferirsi alla propria qualità di presidente dell'Associazione volontari donatori di sangue, per parlare dell'esperienza accumulata in materia di medicina trasfusionale.

E così il teste, esaminato nell'udienza del 15 luglio 2004, ha fatto affermazioni assolutamente prive di ogni riscontro sia logico, sia scientifico. Egli ad esempio ha dichiarato che un donatore di sangue che si presenta con un valore di emoglobina di 12.5-13 g/dl, dopo aver provveduto alla donazione di sangue, fa registrare un valore di emoglobina di 9.5 g/dl.

L'affermazione è stata contraddetta pure dal professor d'Onofrio, presente in quel momento in aula, il quale, oltre che ematologo, è anche il direttore del Servizio di Emotrasfusione del Policlinico Gemelli, Università Cattolica di Roma, che con non poco imbarazzo ha ribadito che un donatore mediamente non perde più di 0,7-0,8 g/dl, massimo 1 g/dl di emoglobina per donazione e proprio per questo è previsto che egli non possa essere sottoposto ad altre successive donazioni, se non dopo un periodo di almeno tre mesi.

Si è chiesto al professor Ferraris di far conoscere la fonte scientifica delle proprie affermazioni, ma il teste non ha dato alcuna risposta precisa, limitandosi ad osservazioni vaghe e improprie.

Si è chiesto, allora, di documentare almeno in fatto il riferimento al calo riscontrato nei donatori, precisando se fosse a sua conoscenza che ad un donatore venisse effettuato un altro prelievo subito dopo la donazione per verificare quale fosse stato il calo di emoglobina registrato ed il professor Ferraris, dopo aver fornito altre risposte incerte e non documentate, ha finito per affermare che ciò avviene con una media di un donatore su 1000, quando cioè si teme che possano esservi conseguenze per il donatore e, in questo modo, come è evidente, ha finito per peggiorare la situazione già non piacevole.

In ordine all'unica circostanza per la quale invece il teste era stato ammesso, il professor Ferraris non ha ricordato quando fosse stato eseguito l'emocromo privo di data, ipotizzando anzi che esso potesse essere stato richiesto nel pomeriggio del 27 maggio, in quanto evidentemente era sorta una certa preoccupazione in ordine al valore di 9.6 di emoglobina fatto registrare da Conte la mattina di quel giorno, così oltretutto contraddicendo quanto da lui affermato in precedenza, avendo egli appunto appena sostenuto la assoluta normalità di tali valori di emoglobina in soggetti che effettuavano donazioni di sangue, per cui la situazione di Conte, che aveva patito un'emorragia di una certa gravità, non avrebbe dovuto destare alcuna preoccupazione.

Persino sulle circostanze della dimissione di Conte, il teste è risultato confuso e contraddittorio, affermando in un primo momento che il giocatore era stato dimesso su richiesta dell'interessato che preferiva ottenere una migliore sistemazione di tipo alberghiero che in ospedale non gli si poteva offrire e, successivamente, facendo emergere che comunque da un punto di vista clinico non vi erano esigenze che continuassero a giustificare il ricovero, inserendo in tutto questo anche il dato

riferito allo stato personale di Conte, che il testimone ha ricordato vivere da solo e perciò meglio assistito in clinica, particolare che però - proseguendo le domande - il professor Ferraris ha dichiarato di aver appreso dai giornali dopo che Conte era stato ricoverato alla Fornaca.

E, pertanto, senza tener conto di quanto affermato dal teste, si può convenire con la difesa, nel ritenere che molti elementi inducono a collocare l'emocromo senza data nel pomeriggio del 23 maggio, come del resto si è già riportato.

E' vero che nella stessa giornata il giocatore era stato sottoposto ad un precedente prelievo di sangue che aveva dato luogo alle analisi eseguite alle ore 5,29, ma è altrettanto vero che ciò era avvenuto per disposizione del medico del pronto soccorso, mentre dopo il ricovero in reparto non erano state ancora eseguite analisi e nella cartella clinica di quel giorno vi è l'annotazione "richiesta esami urgenti ore 16" e alle ore 16,1..(il secondo numero è illeggibile) risulta ripetuta l'analisi del siero che pure era stata eseguita una prima volta tramite pronto soccorso.

Senza contare, poi, che il riscontrato valore di 12.9 g/dl di emoglobina risulta spiegabile e perfettamente integrato con gli altri valori registrati, se riferito al pomeriggio del giorno 23 maggio, mentre se collocato dopo il 9.6 registrato la mattina del 27 maggio, non solo risulterebbe indicativo di un aumento di emoglobina di grammi 3.3 nella stessa giornata, spiegabile forse solo con una trasfusione di sangue, ma indurrebbe pure a registrare, dopo una simile imponente risalita, anche un calo altrettanto inspiegabile di grammi 1.8 nel volgere di un giorno, dal momento che il giorno 28 maggio al giocatore è stato registrato un valore di emoglobina di 11.1 g/dl.

Il difensore ha valutato negativamente il fatto che il perito non abbia voluto assegnare una collocazione all'emocromo senza data e, secondo consuetudine, ha interpretato tale atteggiamento in modo negativo, anche questa volta attribuendo al perito chissà quale intento nascosto ("ci serve per capire con chi abbiamo a che fare..." - pagina 26 trascrizioni registrazioni udienza del 4 novembre 2004), mentre risulta oggettivamente evidente che il professor d'Onofrio si è attenuto esclusivamente ad una regola di prudenza e non ha ritenuto di prendere alcuna posizione in ordine ad un emocromo che non recava la data di esecuzione e che lo avrebbe esposto a gravi critiche se egli lo avesse collocato in un momento sbagliato attraverso una sua personale interpretazione cronologica dei dati a disposizione.

Ciò risulta in modo inequivocabile dal fatto che quando il perito non aveva notato il valore di emoglobina di 9.6 del 27 maggio mattina, egli si è riferito al "recupero del livello di emoglobina, che passa da 11.1 (emocromo eseguito al S. Giovanni Battista il 28/5, prima del trasferimento) a 13.0, il giorno successivo alla Clinica Fornaca" (pagina 40 della relazione scritta), mentre dopo aver notato che la mattina del 27 maggio era stato registrato il valore di 9.6 di emoglobina, il perito nel corso dell'esame dibattimentale ha fatto rilevare come l'aumento fosse stato da 9.6 a 11.1 in giorno e in un altro giorno, poi, si fosse passati a 13 ("..c'è questo 9.6, che è un valore di franca anemia, seguito il giorno successivo 28/5 da 11.1, quindi c'è una risalita discreta....Nel giorno successivo ancora, da 11.1 a 13, c'è una risalita di 1.9 grammi di emoglobina...").

Come è del tutto evidente, il perito non ha tenuto in nessun conto il valore di 12.9 trascritto nell'emocromo senza data e non ne ha fatto menzione solo perché gli era sembrato poco prudente prendere posizione.

Né si può sostenere che la posizione difensiva sia rimasta in qualche modo danneggiata dal comportamento assunto dal perito, perché i commenti del difensore avrebbero potuto trovare una giustificazione se il perito, collocando il valore di 12.9 nello stesso giorno del 9.6, avesse valutato in modo sfavorevole il dato rilevandone la straordinaria anomalia, ma il professor d'Onofrio, come si è visto, ha ignorato completamente il 12.9 nella sua analisi dei dati e, del resto, tale valore se collocato, come è verosimile che si faccia, nel pomeriggio del 23 maggio, non assume proprio alcuna rilevanza né in ottica accusatoria, né in chiave difensiva, perché come si è osservato si integra con gli altri dati e diviene assolutamente ininfluenza, esattamente come esso è stato per il professor d'Onofrio che non ha ritenuto di attribuirgli una collocazione cronologica.

Se il perito, dopo la testimonianza Ferraris, ha aggiunto altre osservazioni a tal riguardo, ancora una volta il suo atteggiamento deve essere attribuito unicamente a prudenza e non ad altro intento,

perché egli si è limitato a commentare delle affermazioni di un teste che non poteva sapere quale peso esse avrebbero avuto nella decisione della questione e si è limitato ad osservare: "...Qui è un po' chiave quell'emocromo senza data, quindi è difficile forse fare - per quei quattro giorni del ricovero nell'ospedale pubblico - è forse difficile..., a meno che non diamo un valore alla sequenza e alla testimonianza che fosse l'emocromo del pomeriggio, se è l'emocromo del pomeriggio 9,6 e 12,9 non è possibile senza..., non è possibile senza un intervento o uno scambio di provette, un errore comunque grave.

Però diciamo che, al di là dei quattro giorni, che è il massimo incremento dei valori di emoglobina, quello che realmente mi ha portato a dire quello che ho detto, è che appunto il giorno ancora successivo (il 28/5) ultimo emocromo dell'ospedale 11,1; il 29/5, primo emocromo della Fornaca, 13.

Il 20 giugno, quindi a distanza di 20 giorni..., di 21 giorni, se non sbaglio, 16,2. Ecco, questa secondo me è una sequenza che non è realistica..." (trascrizioni registrazioni udienza del 15 luglio 2004 - pagina 166).

Il professor d'Onofrio, insomma, nonostante la testimonianza Ferraris, ha dimostrato di essere convinto che se l'emocromo riportante il valore di emoglobina di 12.9 davvero fosse stato riferibile al pomeriggio del 27 maggio, allora esso sarebbe stato frutto di un errore grave o di uno scambio di provette ed ha continuato a far presente che il proprio giudizio era invece fondato sugli altri dati che erano stati registrati al giocatore, soprattutto quelli attestanti la risalita finale di emoglobina del 20 giugno.

Analoghe considerazioni il perito ha fatto a tal riguardo nelle osservazioni del 20 settembre e, del resto, non avrebbe potuto sostenere in proposito una tesi diversa a distanza di due mesi e se egli ha nuovamente ipotizzato che il 12.9 fosse dello stesso giorno del 9.6, ciò è dovuto soltanto alla testimonianza del professor Ferraris che il perito non poteva far finta che non ci fosse stata. Pure il consulente della difesa, professor Mannucci, del resto, ha preso molto seriamente in considerazione le affermazioni del professor Ferraris e dopo tale testimonianza ha reso dichiarazioni più o meno analoghe a quelle del perito, rimanendo anche lui evidentemente incredulo rispetto alle affermazioni che aveva fatto il teste, ma prendendole contemporaneamente in seria considerazione, tanto da ipotizzare, al pari del professor d'Onofrio, che potesse essersi trattato di un errore commesso presso il laboratorio delle Molinette.

Il professor Mannucci, infatti, così ha affermato: "Secondo me, io vedendo quegli esami seriamente..., mentre probabilmente l'esame della mattina del 9,6 era attendibile, faceva parte di una evoluzione di un'emorragia, che probabilmente si era fermata ma che era, diciamo così, in evoluzione, io penserei: lui ha fatto bene a ripetere l'esame il pomeriggio, però secondo me ha fatto bene a ripeterlo il giorno dopo, perché l'esame del pomeriggio è un esame artefattuale, a cui io non darei nessun particolare rilievo..." (pagina 177 trascrizioni citate).

Il difensore ha a lungo messo a confronto le opinioni manifestate a tal riguardo dal perito e dal consulente tecnico della difesa, assumendo - forse in modo un po' campanilistico - di preferire la posizione del professor Mannucci, che a suo dire da ottimo clinico quale egli è avrebbe battuto la logica 2 a 0 (come se la clinica dovesse necessariamente contrapporsi alla logica), ma francamente non si riesce a comprendere dove siano le differenze e, soprattutto, che cosa avrebbe dovuto fare di più il professor d'Onofrio per far emergere con chiarezza che non credeva che il 12.9 fosse un valore di emoglobina effettivamente registrato nel pomeriggio del 27 maggio, essendo egli arrivato ad ipotizzare addirittura uno scambio di provette.

La difesa, in verità, ha valutato negativamente pure il fatto che il professor d'Onofrio, dopo che si è accorto dell'emocromo riportante il 9.6 come valore di emoglobina che in un primo momento gli era sfuggito, non abbia modificato il proprio giudizio, continuando a rimanere convinto che la risalita di emoglobina manifestatasi in Conte fosse fisiologicamente poco spiegabile e la lamentela del difensore è derivata dalla valutazione, secondo la difesa non adeguata, che il perito ha adottato nei confronti di un calo di emoglobina più netto dell'11.1 che in precedenza risultava essere il valore più basso, così mostrando di non tenere conto del principio secondo il quale quanto più grave è il

calo di emoglobina che si registra, tanto più massiccia e rapida è la naturale ripresa che ne consegue.

La tesi difensiva contraria a quella ipotizzata dal perito, in realtà, si fonda sulla capacità dell'organismo di reagire naturalmente ad una situazione di anemizzazione, attraverso il naturale potenziamento della funzione eritropoietica.

Si è perciò sostenuto che in presenza di un calo di emoglobina come quello fatto registrare da Conte, il cui valore è sceso fino a 9.6 g/dl la mattina del 27 maggio, la risalita che si è successivamente verificata deve essere considerata normale e naturale e non autorizza ad ipotizzare stimolazioni esogene che, a dire dei consulenti della difesa, non sarebbero state necessarie per giustificare quanto accaduto.

Il difensore ha prodotto le cartelle cliniche, reperite dal proprio consulente in tre ospedali diversi, relative a tre persone che risultano aver prestato il consenso all'utilizzazione di tali cartelle, dalle quali - a dire della difesa - si ricaverebbero gli elementi per poter verificare che quanto accaduto a Conte avviene pure in altri pazienti, anche se non frequentemente. Il professor Mannucci ha chiarito che le situazioni non sono perfettamente corrispondenti, ma solo per la ovvia difficoltà di reperire un paziente che avesse un valore di partenza di emoglobina di 9.6 g/dl esattamente come Conte. Si tratta, invero, delle cartelle cliniche relative al paziente GD ricoverato presso l'ospedale Maggiore di Milano nel giugno 2004, alla signora SCM ricoverata presso il CTO di Torino nell'agosto 2004 e al paziente LV ricoverato presso l'ospedale Unico Versilia di Viareggio nel luglio 2004.

Il primo paziente, emofilico ed ematopatico cronico, colpito da una grave anemia secondaria, anche a lui causata da un ematoma all'arto inferiore sinistro, parte da un valore di emoglobina di 5.3 g/dl; la seconda paziente, affetta da anemia post-traumatica e post-chirurgica, parte da un valore di emoglobina di 7.1 g/dl; mentre il paziente LV, anch'egli affetto da anemia da trauma, parte da un valore di emoglobina di 7 g/dl.

I consulenti della difesa, con una memoria presentata, tra l'altro, a commento di tali dati, depositata all'udienza del 15 ottobre 2004, hanno fatto rilevare come l'incremento di emoglobina di grammi 7.4 fatto riscontrare da GD in 25 giorni e l'incremento di emoglobina di grammi 6.1 fatto riscontrare da SCM in 20 giorni siano paragonabili, se non superiori, all'incremento di emoglobina di grammi 6.6 fatto riscontrare da Conte in 24 giorni (i consulenti indicano tale termine in 26 giorni, ma applicando la vecchia regola, da loro stessi seguita per i pazienti di cui sono state prodotte le cartelle cliniche, secondo la quale non si calcola il giorno di partenza, mentre si calcola quello d'arrivo, i giorni del ricupero di Conte sono indubabilmente 24) e, infine, come l'incremento di emoglobina di grammi 1.7 fatto registrare dal paziente LV in 21 ore sia paragonabile all'incremento di emoglobina di grammi 1.5 fatto registrare da Conte in 24 ore.

Le situazioni che sono state proposte, però, non sono affatto paragonabili a quella in esame del giocatore Conte.

A parte le diversità di età, di sesso, di condizioni fisiche delle persone poste a confronto e a parte le sostanziali differenze nella terapia praticata a tali soggetti nel periodo di ricovero, per nulla riconducibile alla terapia praticata a Conte, al quale in sostanza sono stati iniettati solo dei liquidi, almeno sulla base di quanto risulta in cartella clinica, ogni paragone tra le situazioni rappresentate dalle cartelle cliniche prodotte e la situazione di Conte è improponibile proprio perché si tratta di casi così diversi tra loro che non possono essere confrontati.

Per la verità, qualche precisazione andrebbe fatta pure sui dati riportati dai consulenti della difesa nella memoria citata perché, a parte la durata del periodo di risalita dell'emoglobina di Conte di cui si è detto, andrebbe rivisto pure qualche dato relativo ai tre pazienti di cui è stata allegata la cartella clinica in quanto risulta diverso da quelli rilevabili nella documentazione che è stata prodotta, come ha fatto pure osservare il perito nella sua integrazione della relazione scritta del 7 ottobre 2004.

In ogni caso, si è detto che il perito ha appuntato la propria attenzione in modo particolare su due momenti del ricupero di emoglobina fatto registrare da Conte e da lui ritenuto non fisiologico e, cioè, la prima parte di tale risalita, nella quale al giocatore in due giorni in pratica si registra un

aumento di grammi 3.4 del valore di emoglobina e la seconda parte, nella quale Conte, pur partendo da un valore emoglobinico di normalità (13.2 g/dl), ottiene un incremento di 3 grammi di emoglobina in 16 giorni.

Tenendo ben presenti questi due momenti e pur a voler concordare con il professor Mannucci, non essendo effettivamente possibile trovare due situazioni tra loro esattamente speculari, è necessario tuttavia notare come la situazioni proposte non possano essere assolutamente ricondotte a quanto si è verificato a proposito di Conte.

Una prima considerazione va fatta in ordine al valore di emoglobina raggiunto dai pazienti proposti come paragone e non può sfuggire come i predetti non pervengano a valori di emoglobina superiori a grammi 13.2. Per l'esattezza, anzi, il paziente GD raggiunge - secondo i consulenti della difesa - il livello di 12.4 g/dl (di tale valore non vi è traccia nella documentazione prodotta), mentre la paziente SCM è l'unica che, appunto, raggiunge il valore di 13.2 g/dl di emoglobina. Il paziente LV si ferma addirittura ad un valore massimo di 9.2 g/dl, ma ad esso ci si è riferiti solo per paragonare la pretesa rapidità di ricupero, come si è anticipato.

Da tale prima osservazione, allora, occorre concludere che nessuno dei pazienti presi come esempio risulta aver raggiunto i livelli di emoglobina ai quali è invece pervenuto Conte e, pur essendo partiti tutti da livelli molto più bassi di quello di Conte hanno impiegato più o meno il tempo che è servito al giocatore per far registrare il valore di grammi 16.2 di emoglobina, per fermarsi invece - e per giunta in un solo caso sui tre prescelti - al valore di 13.2 g/dl, valore che Conte ha raggiunto praticamente in tre giorni, oltretutto partendo da un minimo di 9.6 g/dl di emoglobina.

Si può sostenere, allora, come hanno fatto i consulenti della difesa, che in tali casi si sarebbe riscontrato un ricupero analogo a quello avuto da Conte, se non addirittura superiore?

Anche se si sposta la prospettiva, il paragone è improponibile. I consulenti tecnici della difesa, invero, nella loro memoria hanno osservato che nei pazienti di cui è stata allegata la cartella clinica la verifica dei risultati di emoglobina ad un certo punto si è interrotta e non si è più accertato se e quando tali pazienti abbiano raggiunto valori di emoglobina superiori a quelli attestati nelle cartelle cliniche. Per questa ragione, il paragone sarebbe stato fondato non tanto sulla base dei risultati raggiunti in assoluto, quanto piuttosto sulla base della quantità di emoglobina recuperata in tempi più o meno analoghi.

Se però il paragone viene impostato in questo modo, esso risulta ancor più strumentale e anche incoerente e contraddittorio proprio alla luce delle tesi sostenute dagli stessi consulenti della difesa. Questi ultimi, all'udienza del 15 luglio 2004, hanno prodotto delle osservazioni scritte in ordine alla perizia d'Onofrio ed hanno correttamente sostenuto che il naturale meccanismo di ricupero eritropoietico è tanto più intenso, quanto più grave è lo stato di anemia nel quale un soggetto si trovi ed hanno anche allegato il grafico elaborato dal Miller & Miles in uno studio del 1990, richiamando altresì lavori, quali quelli di Beguin e altri, 1993 e di Cazzola e altri, 1993, in cui si sostiene lo stesso principio.

Il principio richiamato, del resto, sembra essere condiviso da tutti e risponde pure ad un criterio per così dire di logica biologica: più grave è l'anemia, più rapida e imponente è la risposta che l'organismo naturalmente appresta nella produzione di nuovi globuli rossi.

Se tutto ciò è vero e, ripetesi, sono stati gli stessi consulenti della difesa che lo hanno ricordato per primi, allora proprio non si vede come possano essere messi a confronto i dati dei pazienti riportati nelle cartelle cliniche che sono state prodotte e quelli di Conte.

I valori di emoglobina da cui sono partiti i tre pazienti risultano essere 7.1, 7 e addirittura 5.3 g/dl (che nel grafico da loro predisposto i consulenti della difesa indicano oltretutto come 5 g/dl) e, alla luce del principio di cui si è detto, essi risultano inevitabilmente non paragonabili ad una situazione di partenza di 9.6, quale quella fatta registrare da Conte, perché la risposta dell'organismo che si è attivata nei rispettivi casi è così diversa che non consente di mettere a confronto tali situazioni.

Ciò nonostante, se si va attentamente ad esaminare quanto accaduto, si noterà come il paziente GD, pur partendo da un minimo di 5.3 (o secondo i consulenti della difesa di 5, come si è visto), risale in tre giorni di una quantità di emoglobina pari a grammi 0.9 (ovvero 1.2 se il minimo era di 5),

mentre Conte che partiva da un valore minimo di 9.6, ha recuperato in due giorni grammi 3.4 di emoglobina, quando sempre il paziente GD, sempre partendo da 5 o 5.3 che si voglia, per risalire di 3.3 g/dl di emoglobina ha impiegato 10 giorni.

La sproporzione assoluta si nota pure nel raffronto dei dati di Conte con quelli della paziente SCM, anche se in modo forse meno appariscente, perché in questo caso va messa a confronto la risalita di Conte, per giunta da 9.6 a 16.2, con quella di SCM da 7.1 a 13.2, così potendosi rilevare come, pur mettendo a confronto valori che in assoluto sono tra loro non paragonabili alla luce di quanto si è osservato, vi sia stata comunque una ripresa di Conte di grammi 6.6 di emoglobina in 24 giorni, a fronte di una risalita di SCM di grammi 6.1 di emoglobina in 22 giorni, ancorché i consulenti della difesa forse per errore di calcolo abbiano indicato in 26 giorni il periodo di risalita di Conte e in 20 giorni quello della ripresa di SCM (pagina 3 delle osservazioni prodotte il 15 ottobre 2004).

Per quanto riguarda, infine, il paziente LV, il paragone è ancora più improprio, tanto in considerazione delle gravi condizioni di salute in cui risulta essersi trovato tale paziente, quanto per la terapia praticatagli. In ogni caso, partendo da un valore minimo di grammi 7 di emoglobina, LV è risalito in un giorno di grammi 1.7, ma il giorno successivo ha avuto un calo di 0.6 g/dl, per risalire faticosamente nei giorni successivi di un altro 1.1 g/dl, facendo registrare come si è visto una risalita complessiva di grammi 2.2 di emoglobina in dieci giorni. Conte, pur partendo da un valore minimo di 9.6, come più volte rilevato, ha fatto registrare una risalita di emoglobina di grammi 3.4 in due giorni.

Meno che mai, poi, il paragone può essere effettuato se, come pure si è già osservato, si volesse far riferimento ai valori assoluti messi a confronto: occorre considerare in tal caso che Conte, partendo da un valore comunemente considerato di normalità di 13.2 g/dl di emoglobina fatto registrare il 4 giugno, ha ottenuto un ulteriore incremento di 3 grammi in 16 giorni che risulta ancora meno spiegabile dell'aumento di emoglobina registrato nel giocatore in precedenza.

Sempre in applicazione della regola secondo la quale la risposta eritropoietica dell'organismo è più forte, quanto più grave è lo stato di anemia, infatti, deve dedursi che in condizioni di quasi normalità il midollo osseo venga stimolato davvero in misura minima, anche nell'ottica di raggiungere il livello di normalità che per il giocatore si collocava tra i 15 e i 16 grammi di emoglobina.

In questo caso la risalita naturale sarebbe risultata molto lenta ed il recupero di 3 grammi di emoglobina in 16 giorni non può che essere la conseguenza di una stimolazione esogena eritropoietinica.

Il perito nelle sue osservazioni scritte del 7 ottobre 2004, alle pagine 9 e 10, ha riportato due grafici, indicati rispettivamente come figura 2 e figura 3, e a commento di essi ha osservato quanto segue: "Figura 2. Grafico riportato in tutte le edizioni di uno dei più importanti trattati di ematologia, quello di M.M. Wintrobe, come esempio tipico di un recupero dopo emorragia acuta. Seguendo la curva tratteggiata dell'emoglobina (Hb) nel periodo rilevante (quadrato rosso), si nota come, partendo da un valore inferiore a 6 g/dl, il recupero dopo 3-4 settimane sia solo parziale, con un evidente rallentamento dopo che i valori di emoglobina sono saliti al di sopra di 9 g/dl. Questo è il normale andamento della rigenerazione eritropoietica, che ha una velocità inversa al livello di emoglobina. Quello che succede quando la perdita di sangue è modesta è illustrato da uno studio classico, citato da Wintrobe (1976): in donatori ai quali veniva prelevata una quantità media di 555 ml di sangue (100 ml più di una donazione standard) si osservava un calo medio di emoglobina pari a 2.3 g/dl; il ritorno ai valori di partenza era completato solo dopo 50 giorni (Fowler WM. Barer AP. Rate of hemoglobin regeneration in blood donors. Am J Med Sci 1943, 205:9).....Figura 3. Grafico riportato in tutte le edizioni del Trattato di ematologia di M.M. Wintrobe in cui sono illustrate le differenti velocità di recupero in pazienti con anemia sideropenica trattata con ferro a dosi ottimali a seconda del valore di partenza (linee nere). Anche se né Conte né i tre pazienti erano affetti da anemia sideropenica conclamata, l'andamento illustra efficacemente il concetto che la rigenerazione eritropoietica ha una velocità differente a seconda del valore di emoglobina di partenza (da Wintrobe: "L'emoglobina aumenta più velocemente a valori bassi che alti e ci vogliono

circa due mesi per tornare ai valori normali, a prescindere dai valori di partenza"). La sovrapposizione, per quanto schematica e grossolana, della curva di Conte (rosso tratteggiato) e dei tre pazienti (blu tratteggiato) illustra come il primo sia fuori e gli altri dentro i limiti della rigenerazione eritropoietica fisiologica. (Traduzione della didascalia: Cambiamento dell'emoglobina ematica dopo terapia ottimale con ferro. Più severa è l'anemia, più rapida è la risposta. Di solito valori normali sono raggiunti dopo otto settimane, qualunque sia il livello di partenza.)...."

I casi dei pazienti dei quali sono state allegate le cartelle cliniche, dunque, risultano non paragonabili a quanto accaduto al giocatore Conte ed è piuttosto inspiegabile come pure i consulenti tecnici della difesa non si siano accorti di tale improponibilità del confronto, pur avendo loro per primi - come ricordato - proposto il grafico di Miller & Miles.

Analogamente, pure il difensore avrebbe dovuto immediatamente accorgersi che si trattava di dati non confrontabili, dal momento che - come pure si è visto - egli si è indignato per il fatto che il perito, dopo che si era accorto che tra i valori di Conte vi era il 9.6 che in un primo momento gli era sfuggito, non avesse rivisto e corretto le proprie osservazioni, proprio in applicazione, evidentemente, del principio secondo il quale quanto più basso è il valore di emoglobina di partenza, tanto più elevata è la risposta eritropoietica dell'organismo, nonostante il valore di 9.6 non fosse così basso come quello dei pazienti citati dalla stessa difesa e che, tutto sommato, la differenza con l'11.1 che al perito era sembrato il valore più basso di Conte fosse soltanto di 1.5 g/dl.

La difesa si è lamentata del fatto che il perito negli esami del sangue di Conte del 29 maggio 1996 e del 4 giugno 1996, eseguiti in corso di ricovero presso la clinica Fornaca, non abbia tenuto conto dell'elevato valore di MCHC.

Il difensore, anzi, un po' indignato, si è chiesto come mai il perito abbia potuto non accorgersi di tale dato, dopo che: a) proprio in funzione di valori poco spiegabili di MCHC, registrati al di fuori del range ritenuto di normalità, lo stesso perito ha concordato con i consulenti tecnici di parte di non dover valutare i risultati dell'emocromo di Di Livio del 28 agosto 1997; dopo che: b) sempre il perito ha spiegato che tutta una serie di esami del sangue dei calciatori della Juventus - quelli eseguiti nella primavera del 1996 - meritava minore attendibilità, proprio in conseguenza del valore fuori norma dell'MCHC e dopo che: c) sempre il perito ha rilevato con "pignoleria da laboratorista" come il valore di emoglobina allegato alla cartella clinica di uno dei tre pazienti che la difesa ha ritenuto di produrre affinché servissero come termine di paragone con il caso Conte, e precisamente il valore di emoglobina di 8.7 relativo all'emocromo del giorno 8 luglio 2004 del paziente L.V., sia contrassegnato, al pari di altri valori, da un asterisco forse proprio perché ritenuto poco attendibile in conseguenza dell'elevato valore di MCHC, che è di 34.9, secondo il perito vicino ai limiti superiori di normalità.

Il prof. d'Onofrio, in realtà, riferendosi in perizia all'MCHC, che è la sigla con cui si indica nel sangue la concentrazione emoglobinica globulare media, si è espresso sostenendo che: "è considerato un indice prezioso di stabilità analitica e quando esso si allontana dal valore di 32-35 g/dl indica quasi sempre un malfunzionamento delle apparecchiature, suggerendo che c'è una sovrastima o una sottostima dell'emoglobina o dell'ematocrito."

Sempre secondo il perito, esiste un altro "semplice sistema empirico, in uso nei laboratori da tempi ormai lontani per individuare anomalie analitiche: se MCV è normale, l'ematocrito corrisponde a un valore molto vicino al triplo dell'emoglobina" - pag. 12 relazione peritale d'Onofrio).

Alla luce di tali valutazioni (e di altre che, come ricordato, sono riportate in perizia alle pagine 14 e 15 della relazione scritta, nelle quali il perito, oltre ad occuparsi dell'emocromo di Di Livio, si è occupato pure di situazioni analoghe riguardanti Deschamps e Padovano), dunque, il perito ha deciso di non tener conto dell'emocromo di Di Livio di cui si è detto, di non considerare nelle tabelle elaborate gli esami del sangue effettuati dai calciatori nella primavera del 1996 ed ha sollevato qualche dubbio di attendibilità anche in ordine ai valori ematici riportati nella cartella clinica del paziente L.V., di cui si è parlato.

Come mai - allora - si è chiesto il difensore, il perito ciò nonostante ha ugualmente utilizzato gli esami del sangue eseguiti da Conte presso la clinica Fornaca di Torino?

In essi, infatti, il valore di MCHC è sicuramente fuori dal range di normalità, sia che si condividano i valori proposti dallo stesso perito (32-35 come si è visto), sia che si assumano come limite i valori (32-36) indicati a tal riguardo dal consulente della difesa, prof. Cazzola, a pagina 33 delle trascrizioni della registrazione dell'udienza del 17 marzo 2003.

L'osservazione merita un articolato esame, perché - ancora una volta - essa produce un immediato impatto suggestivo che, a ben vedere però, in nulla incide sul problema che in questa sede si va esaminando.

I profili da considerare sono due: il primo, come al solito, riguarda il perito ed il complessivo giudizio di serenità e correttezza circa il metodo utilizzato nell'affrontare i problemi sui quali è stato chiamato a dare delle risposte; il secondo, attiene alla concreta e pratica rilevanza che può assumere il rilievo difensivo ai fini della soluzione, per così dire, del caso Conte-eritropoietina.

In ordine al primo aspetto, non vi è alcun dubbio che il perito, anche in questo caso, si sia comportato in modo assolutamente corretto e coerente e, a tal riguardo, si rendono necessarie alcune osservazioni.

Occorre rilevare, intanto, come nell'emocromo di Di Livio in questione il valore di MCHC, al contrario di quanto si rileva nei valori riferibili allo stesso giocatore nei precedenti esami ematochimici, risulta estremamente basso, tanto da poter far ipotizzare, se esso fosse stato corrispondente al vero, una forte anemia nel giocatore; tale valore, inoltre, risulta del tutto ingiustificato e contrastante con il quadro complessivo dei rimanenti parametri. Si pensi che a fronte di un valore di concentrazione emoglobinica globulare media che avrebbe portato a considerare il giocatore come soggetto fortemente anemico, contemporaneamente si riscontrano - nello stesso emocromo - valori medio-alti di emoglobina e valori molto alti di ematocrito, tanto che proprio tali valori avevano allertato il pubblico ministero, che su di essi aveva focalizzato la sua attenzione. Risulta evidente, insomma, che i valori che erano stati registrati dovevano essere frutto di errori preanalitici o analitici, tanto che anche in considerazione di altri elementi di cui si è dato atto in precedenza, correttamente il perito, del resto in sintonia con i consulenti della difesa e del pubblico ministero, ha deciso di non prendere in considerazione l'esame del sangue di cui si tratta.

Lo stesso imputato, come pure si è rilevato, ha parlato dell'emocromo di Di Livio di cui si tratta come di un esame effettuato in condizioni di anormalità, ipotizzando che la relativa provetta sarebbe rimasta abbandonata per un mese nel laboratorio della clinica Fornaca e sarebbe stata analizzata, dunque, con notevole ritardo, sì che il risultato che ne era derivato avrebbe dovuto ritenersi inattendibile.

Per quanto riguarda la cartella clinica del paziente L.V. e i valori in essa riportati a proposito dell'esame del sangue eseguito l'8 luglio 2004, presso l'ospedale Versilia di Viareggio, occorre rilevare come il perito non abbia affermato che essi dovessero ritenersi inattendibili per il valore di MCHC, che comunque è nei limiti, anche di quelli indicati dal prof. d'Onofrio, ancorché vicino al limite massimo, ma ha segnalato - con pignoleria da laboratorista - la presenza di alcuni asterischi sull'emocromo, e di quello accanto al valore di emoglobina in particolare, che starebbero ad indicare che chi ha letto, interpretato e allegato alla cartella tali parametri si è posto il problema della relativa attendibilità e - a tal punto - ha solo ipotizzato che ciò potesse essere dipeso dal valore elevato dell'MCHC.

Il perito, però, non ha tenuto conto soltanto del valore di MCHC riportato nell'emocromo dell'8 luglio 2004, ore 16, ma ha soprattutto messo in evidenza come esso contrastasse in modo netto e poco spiegabile con l'analogo valore di MCHC registrato nello stesso paziente solo la sera prima, 7 luglio, ore 19,20, quando l'MCHC corrispondeva a 31.6.

Poiché il prof. d'Onofrio ha spiegato che proprio l'MCHC è indice straordinario di stabilità analitica, la sua inspiegabile variazione nel giro di poche ore nello stesso paziente deve averlo molto meravigliato.

Egli, peraltro, non ha operato alcun'altra deduzione a tal riguardo, né ha messo minimamente in dubbio che la ripresa dell'emoglobina del paziente L.V. potesse aver avuto un andamento diverso da quello risultante dai dati riportati in cartella, per via dell'inutilizzabilità di tale valore.

Il perito - come si è ampiamente illustrato - ha ritenuto che tutti e tre i casi proposti dalla difesa come paragone con quanto capitato a proposito di Conte fossero assolutamente irrilevanti e non riconducibili scientificamente a quanto avvenuto nel caso Conte, per ragioni però di sostanza e non certamente per una presunta inutilizzabilità di un dato.

Passando ad esaminare gli esami del sangue eseguiti sui calciatori nella primavera del 1996, è opportuno ricordare che il perito, che si accingeva ad elaborare delle tabelle che - tra l'altro - tenevano conto proprio dei valori di emoglobina e di MCHC, in assoluta onestà e con grande senso di garantismo, ha rilevato (pag. 34 della relazione peritale d'Onofrio) che: "La valutazione dei valori di MCHC, riportati nella Tabella 5 (che si trova nella stessa pagina), consente di individuare un moderato effetto di variabilità analitica nella primavera 1996: il valore di MCHC medio più elevato del 4,4% indica una lieve sovrastima di emoglobina, come se in quel periodo ci potesse essere un piccolo errore di calibrazione che ha influito su tutte le misure. Questo effetto è escluso per l'aumento di emoglobina del 1997/98, quando il valore di MCHC è risultato uguale a quello medio." In conseguenza di tale osservazione, il professor d'Onofrio, come ha ripetuto più volte nel corso del dibattimento, non ha tenuto conto dei risultati di tali esami del sangue nella predisposizione delle relative tabelle.

Come si può affermare, allora, che il perito si è comportato in modo scorretto o in modo gravemente negligente nel non considerare che gli emocromi di Conte presi in considerazione avevano un elevato valore di MCHC?

Gli emocromi di cui si sta parlando, del 29 maggio 1996 e del 4 giugno 1996, eseguiti presso la clinica Fornaca al pari di tutti gli altri esami valutati dal perito, cadono in un periodo che, se non si identifica, è comunque molto vicino a quello indicato come primavera 1996 e, cioè, esattamente nel periodo in cui lo stesso perito, di sua iniziativa e sulla base della riferita sensibilità, ha segnalato che tutti i valori di MCHC indicati nelle analisi della clinica Fornaca risultavano riportare una sovrastima massima di MCHC del 4,4% e, dunque, anche quelli di Conte dei quali ci stiamo occupando.

Né, del resto, per questa stessa ragione il perito avrebbe dovuto astenersi dal segnalare il caso Conte, che lo ha interessato e colpito, invece, per la straordinaria e inspiegabile risalita dei valori di emoglobina e che, dunque, egli aveva il dovere di mettere in evidenza, sia perché l'importanza di tale circostanza era sicuramente prevalente sugli eventuali dubbi che avrebbero potuto derivare dalla lettura dei valori un po' più elevati di MCHC, sia soprattutto perché tali valori - in definitiva - risultavano assolutamente ininfluenti rispetto al problema che il perito si accingeva a segnalare al giudice.

A tal riguardo, viene in considerazione, infatti, il secondo aspetto della questione e, cioè, l'assoluta irrilevanza di tali valori ematici nella valutazione del caso Conte.

Intanto, occorre rimarcare come tale giocatore sia stato sempre naturalmente accompagnato da valori di MCHC molto alti, quasi costantemente riportati come superiori al valore di 35 presso qualsiasi laboratorio d'analisi. A questo fine, per fare solo qualche esempio, basti notare come già nel corso del ricovero presso l'ospedale S. Giovanni Battista di Torino - Molinette, immediatamente prima di trasferirsi alla Fornaca, il calciatore Conte presentasse valori di MCHC pari a 37.2 il giorno del ricovero 23 maggio 1996; 36 il giorno 24 maggio; 36.4 il giorno 25 maggio; 35.4 il giorno 27 maggio, quando è stato registrato il valore di emoglobina più basso; 35.9 il 28 maggio 1996, ultimo giorno di ricovero alle Molinette.

Come si può vedere, sono tutti valori di MCHC che superano il limite massimo indicato dal perito e quasi sempre sono pure fuori dal range, per così dire, Cazzola.

Ciò nonostante, non pare si possano liquidare tali dati, tutti tra loro straordinariamente concordanti, sostenendo semplicisticamente anche in questo caso (come per la Fornaca) un ipotetico e non dimostrato errore di calibratura degli strumenti utilizzati presso il laboratorio delle Molinette,

perché il valore elevato di MCHC nel giocatore è un dato ricorrente e costante, pur nella diversità dei laboratori di analisi, tanto che Conte ha fatto registrare la media di MCHC più elevata di tutti gli altri suoi compagni.

Non devono suscitare molta meraviglia, allora, i valori di MCHC registrati al giocatore Conte nei giorni di ricovero presso la clinica Fornaca, soprattutto alla luce di quanto osservato dallo stesso prof. d'Onofrio e, cioè, che in quel periodo i valori di MCHC rilevati presso tale clinica apparivano tutti sovrastimati fino ad un massimo del 4.4%.

In ogni caso, a solo titolo di esercitazione, anche a voler prendere per buono il valore più basso di MCHC registrato da Conte presso l'ospedale Molinette, che corrisponde al 35.4 del giorno 27 maggio, quando il valore di emoglobina era sceso al livello più basso e quando risulta quasi del tutto rispettata pure la regola del pollice o regola del tre (Hct a 27.1 e Hb a 9.6), se si rifanno i calcoli dei valori di emoglobina in questo modo, si vedrà che ugualmente il problema rimane invariato.

Poiché, dunque, l'MCHC si calcola dividendo il valore di emoglobina per il valore di ematocrito e moltiplicando per 100 il risultato così ottenuto ($MCHC = Hb/Hct \times 100$ ovvero $Hb = MCHC \times Hct/100$), prendendo come valore fisso di MCHC quello di 35.4 e tenendo conto dei valori di ematocrito che di volta in volta sono stati rilevati e che, come detto, non si ha motivo di ritenere che siano errati, si avranno i seguenti valori di emoglobina:

- 27 maggio: Hb = 9.6
- 28 maggio: Hb = 10.9 (invece di 11.1)
- 29 maggio: Hb = 11.8 (invece di 13.0)
- 4 giugno: Hb = 13.0 (invece di 13.2) e, infine,
- 20 giugno: Hb = 15.6 (invece di 16.2).

Come si vede, pur a voler ammettere che il valore di MCHC più basso registrato al giocatore Conte, pari a 35.4, sia quello da considerare corretto - il che, tenuto conto dei valori normalmente fatti registrare dal calciatore, già è molto discutibile - ugualmente le conclusioni relative ad una innaturale risalita dell'emoglobina, non spiegabile con la sola funzione eritropoietica endogena, certamente non cambia.

Verrebbe solo a mancare, se mai, il salto fortissimo di 3.4 g. di emoglobina in due giorni, tra il 27 ed il 29 di maggio, ma rimarrebbero ugualmente da spiegare, però, l'innaturale risalita di emoglobina di Conte di 2.2 g/dl in due giorni, di 3.4 g/dl in otto giorni e di altri 2.6 g/dl nelle successive due settimane.

A conclusioni analoghe, poi, proseguendo nell'accademica esercitazione, si perverrebbe pure se a tutti i valori registrati in quel periodo presso la clinica Fornaca si volesse effettuare la riduzione del 4.4%, quale percentuale massima di sovrastima indicata dal perito, perché in tal caso si passerebbe da un valore di emoglobina di 9.6 del giorno 27 maggio 1996, nel quale come si è visto il valore di MCHC è di 35.4, ad un valore di emoglobina di 11.1 del giorno 28 maggio (valori accertati durante il ricovero del calciatore presso l'ospedale Molinette e dunque da non potersi ritenere sovrastimati neppure in ipotesi), e poi ad un valore di emoglobina di 12.4 del giorno 29 maggio (primo giorno di ricovero presso Fornaca), ad un valore di emoglobina di 12.6 del giorno 4 giugno e, per finire, ad un valore di emoglobina di 15.4 del giorno 20 giugno 1996.

Pur a voler ritenere, dunque, che tutti i dati di cui si tratta - compresi quelli del 20 giugno 1996 - ricadano nell'ambito del periodo di errata calibratura degli strumenti di analisi utilizzati presso la clinica Fornaca, che nella primavera del 1996 hanno indotto il perito a rilevare una maggiorazione massima del 4.4%, ugualmente rimarrebbe inspiegabile nel giocatore Conte l'innaturale incremento di emoglobina di quasi 5.8 g/dl in 24 giorni, quelli, cioè, che vanno appunto dal 27 maggio al 20 giugno 1996.

Lo stesso dottor Agricola, del resto, a differenza di quanto da lui dichiarato a proposito dell'emocromo di Di Livio di cui si è detto, dei valori del sangue registrati a Conte ha tenuto perfettamente conto e, pur non trascrivendoli nei tabulati da lui predisposti, a conferma ulteriore che non tutti i dati ematochimici dei giocatori sono ricopiati nei tabulati, si è riferito a tali valori nei

fogli aggiuntivi di suo pugno redatti e allegati alla scheda sanitaria del giocatore Conte, in cui l'imputato ha annotato: "22/5/96 Durante la partita Ajax-Juventus riportava contusione muscolare a livello del m. quadricipite sinistro. Al controllo effettuato presenza di muscolo duro, teso, dolente con impotenza funzionale. Nelle ore successive, al rientro a Torino, ricovero presso l'ospedale Molinette (reparto di chirurgia d'urgenza del prof. Ferraris). Eseguita Ecografia e RMN con diagnosi di infarcimento emorragico profondo a livello prevalente del m. vasto intermedio e m. vasto laterale.

Il ricovero è durato fino al 27/5 per monitorare il quadro ematologico (parzialmente alterato per anemia).

Dal 27/5 al 31/5 ricovero per prosecuzione delle cure alla Clinica Fornaca di Torino.

Essendo migliorate le condizioni generali ed ematologiche, il pz. inizia fisioterapia che continua per circa 60 giorni.

Durante tale periodo vengono effettuati controlli in RMN che evidenziano un progressivo miglioramento dell'infarcimento emorragico.

20/7/96 Dopo nuovo controllo RMN ripresa della preparazione atletica con la squadra."

Come si vede, il dottor Agricola ha ritenuto perfettamente attendibili i valori riportati negli esami ematologici eseguiti da Conte nel corso del ricovero del maggio 1996 e ne ha tenuto conto per le proprie diagnosi e terapia.

Come si è rilevato, d'altra parte, l'imputato nel corso del processo ha fatto osservare come il parametro dell'MCHC negli anni sia andato perdendo di rilevanza, tanto da assumere un valore secondario tra i parametri utilizzati nel protocollo "Io non rischio la salute"-2 e in questa sua osservazione è risultato praticamente d'accordo con quanto spiegato dal professor d'Onofrio, sempre a proposito dell'MCHC nell'udienza del 28 giugno 2004: "...Questo valore è un valore che è stato abbastanza valutato negli anni Trenta-Quaranta, ma da quando abbiamo i contaglobuli non viene più praticamente utilizzato per la diagnostica, perché è quasi diventato una costante. Ci sono dei lavori che si chiamavano..., intitolati 'epitaffio' per l'MCHC negli anni..., mi pare i primi anni Ottanta, in cui si diceva: "Ormai non ci serve più".

Lo usiamo nei laboratori perché serve proprio a rispondere alla Sua domanda. Cioè se le vado a dire: "Ma il nostro contaglobuli è calibrato bene per l'emoglobina e per l'ematocrito?", se noi vediamo un MCHC che sballa, che va sotto a 31 o 30, o sopra a 36-37, vuol dire che questi..., uno di questi due parametri è stato misurato male nella maggior parte dei casi.

Ci sono poi singole eccezioni in patologie, per esempio nelle gravi mancanze di ferro, ma molto gravi, ma di solito no...." (trascrizioni udienza citata - pagine 22 e seguenti).

Nel caso di Conte, dunque, non si trattava di contaglobuli calibrati male, perché come si è visto il giocatore in qualunque laboratorio d'analisi andasse faceva registrare valori elevati di MCHC che, quindi, non potevano essere considerati frutto di errore analitico, tanto che Agricola ha utilizzato tutti i dati ematologici registrati a Conte, come si è visto, e neppure i consulenti tecnici della difesa hanno eccepito nulla a tal riguardo, né hanno fatto richiesta di non utilizzare tali dati.

E, dunque, perché proprio il perito non avrebbe dovuto utilizzare i dati che compaiono nelle relative cartelle cliniche del giocatore?

Tutte le considerazioni della difesa espresse a tal riguardo, perciò, devono essere ritenute infondate e pretestuose e tese soltanto a screditare dati e risultati che dimostrano, invece, che il perito si è comportato in modo serio e corretto e che il giocatore Conte ha registrato una risalita di emoglobina che non può in nessun modo essere giustificata con una naturale reazione endogena dell'organismo. Per la verità un estremo tentativo per spiegare la straordinaria risalita di emoglobina registrata nel giocatore è stato fatto dal professor Mannucci, il quale ha ipotizzato che il ricupero di Conte, come si è anticipato, fosse stato favorito dalla somministrazione di ferro e, per superare pure il principio, sul quale i consulenti tecnici della difesa si erano mostrati d'accordo, secondo il quale la somministrazione di preparati a base di ferro contribuisce a far aumentare il valore di emoglobina solo nei pazienti affetti da anemia sideropenica, il professor Mannucci ha sostenuto che il versamento emorragico verificatosi in Conte avrebbe prodotto, almeno inizialmente, anche una

perdita di ferro, che sarebbe stato sicuramente riassorbito, ma che in quel momento rendeva il giocatore carente di ferro.

L'affermazione, invero, risulta veramente disperata, proprio come resa da chi si aggrappa ad un'ultima chance e, oltretutto, è nettamente contraddetta dalle motivate osservazioni del perito che, al contrario, oltre a ribadire che Conte non risultava avere sintomi di anemia da carenza di ferro, ha pure ampiamente dimostrato che in un paziente come Conte la somministrazione di ferro sarebbe stata addirittura controproducente.

La difesa, ovviamente, si è mostrata di tutt'altro avviso ed ha aderito pienamente alla tesi ipotizzata dal proprio consulente tecnico, sottolineando con entusiasmo, per non dire trionfalismo, che il professor Mannucci, ancora una volta, avrebbe avuto un'intuizione che trovava riscontro nei documenti acquisiti, perché la sua ipotesi sarebbe risultata convalidata dalla lettura della cartella clinica della Casa di cura Fornaca.

Ed invero, secondo il difensore, nell'ultima pagina compilata (foglio agli atti 192 V4) della cartella clinica relativa al ricovero di maggio 1996 del giocatore Conte presso la clinica Fornaca, in corrispondenza del giorno 30 maggio, sotto la voce terapia, risulterebbero annotate delle somministrazioni di ferro effettuate per flebo.

Il difensore, nel corso della discussione, ha proiettato pure la diapositiva riprodotte la pagina della cartella clinica in parola ed ha ben evidenziato la scritta che - a suo dire - dovrebbe leggersi, alla prima ed alla terza riga, come: "flebo ferro 100 cc. 1fl", così rimarcando la giustezza di quanto sostenuto dal proprio consulente tecnico.

Il problema è presto superato, perché dalla cartella clinica originale in atti, in corrispondenza del 30 maggio 1996, si legge in modo inequivocabile, sotto la casella relativa alla terapia praticata al paziente:

"flebo fisio 100 cc 1fl
Rocefin 2 g 1fl
flebo fisio 100 cc 1fl
Reparil + Prociclido 1f
Reparil c 1 x 2
Prociclido 1 c
Centelle 1 c x 2
Centelle tub pomat 1".

Come si vede, a parte le compresse e la pomata riportate nelle ultime quattro righe, le prime annotazioni indicano con assoluta evidenza che al giocatore sono state somministrate una fiala di Rocefin da 2 g diluita in un flacone di fisiologica da 100 cc e una fiala di Reparil più Prociclido diluita in un flacone di fisiologica da 100 cc.

Nessuna annotazione in cartella si riferisce a somministrazioni di ferro, né le affermazioni articolate e documentate della difesa possono poi essere liquidate con disinvolta noncuranza, quasi sul presupposto di aver confuso fisio con ferro, come sembra aver accennato il difensore in sede di replica, oltretutto dimenticando l'originalità dell'intuizione a tal riguardo attribuita al professor Mannucci, perché una siffatta giustificazione risulterebbe troppo semplicistica e poco convincente. Non è possibile, infatti, che si sia pensato ad una somministrazione di ferro al giocatore Conte sulla base di un semplice equivoco o di un errore, perché un errore del genere non può trovare giustificazione sotto nessuna prospettiva.

In primo luogo, esso non sarebbe giustificato alla luce della decantata memoria del dottor Agricola, che ha rivendicato la capacità di ricordare tutto di tutti e sarebbe ben strano che possa aver fatto confusione proprio a proposito della terapia praticata a Conte in una situazione di accertata e non breve patologia.

In secondo luogo, l'errore non è giustificato nelle stesse dichiarazioni del professor Mannucci che non è ipotizzabile che non si sia reso conto che il giocatore Conte non ha mai manifestato segnali di carenza di ferro, né si è mai trovato in condizioni di vera anemia, perché se è vero che un soggetto si considera anemico - a tutto concedere - quando il valore di emoglobina scende almeno sotto i 13

o 12 g/dl, è altrettanto vero che Conte solo il giorno 27 maggio ha fatto registrare un valore di emoglobina di tal fatta, per giunta di pochissimo inferiore a 10 g/dl e oltretutto immediatamente recuperato, perché nel volgere di 24 ore l'emoglobina è risalita di grammi 1.5 e nel giro di soli due giorni ha raggiunto il valore di 13 g/dl. Il consulente, insomma, solo strumentalmente ha ritenuto di poter prospettare il miraggio di una miracolosa terapia marziale effettuata in un soggetto anemico e carente di ferro.

E, ancora, neppure nella semplice lettura dei dati riportati nella cartella clinica è ipotizzabile l'errore derivante dalla confusione di fisio con ferro, perché se davvero fosse stato somministrato un preparato a base di ferro, nella cartella clinica sarebbe stato annotato il nome commerciale del farmaco e non la generica dicitura ferro e la relativa dose sarebbe stata indicata in milligrammi e non in centimetri cubici.

I preparati a base di ferro disponibili per uso endovenoso, poi, sono costituiti in genere da fiale da 5 cc e non da flaconi da 100 cc.

Tutti questi numerosi elementi, insomma, rendono impossibile la tesi dell'errore, perché non è verosimile che imputato, difensori e consulenti tecnici si siano comunemente e grossolanamente sbagliati a tal riguardo.

Ma la tesi dell'errore non risulta credibile neppure se si fa caso al momento in cui si assume che sarebbe stato somministrato il ferro. Come si è ricordato, il giocatore era rimasto infortunato nella finale di Coppa dei campioni, giocata la sera del 22 maggio; all'alba del giorno successivo Conte era stato sottoposto ad un primo ricovero, presso l'ospedale Molinette, protrattosi dal giorno 23 alla mattina del 28 maggio ed era stato sottoposto ad un secondo ricovero, questa volta presso la clinica Fornaca, dal pomeriggio del 28 alla mattina del 31 maggio.

Durante questo periodo di tempo, come pure si è ricordato, al giocatore era stato riscontrato un infarcimento emorragico al muscolo vasto della coscia sinistra e il livello di emoglobina era andato via via calando, fino a raggiungere l'ormai famoso valore di 9.6 g/dl del giorno 27 maggio, dopo di che ha cominciato la risalita ed il giocatore è andato gradualmente riprendendosi, tanto che il dottor Agricola nella relativa scheda tecnica annotava che le condizioni generali ed ematologiche del paziente erano migliorate, sì che si iniziava la fisioterapia per circa 60 giorni, fino al 20 luglio, data in cui il dottor Agricola attestava la ripresa degli allenamenti con la squadra da parte di Conte.

Ebbene, a fronte di una situazione del genere, se davvero fosse stato necessario somministrare del ferro, si sarebbe atteso che passassero quasi otto giorni, quando ormai il giocatore aveva recuperato quasi del tutto sul piano delle condizioni generali ed ematologiche, come ha attestato lo stesso dottor Agricola nella scheda tecnica, tanto che risultava giustificata la dimissione di Conte avvenuta la mattina del 31 maggio?

E davvero si è potuto voler far credere che due flaconcini di ferro, somministrati poche ore prima che Conte venisse definitivamente dimesso da ospedali e cliniche avessero avuto il magico effetto vantato dal consulente tecnico? E, soprattutto, se il professor Mannucci aveva individuato nella somministrazione del ferro, insieme alle soluzioni di liquidi, il segreto per spiegare la prodigiosa risalita di emoglobina registrata nel giocatore, sì che il difensore gli ha attribuito per questo grandi meriti, che significato avrebbe potuto avere una somministrazione effettuata il pomeriggio del giorno 30 maggio? Essa non sarebbe servita di certo a spiegare la risalita di emoglobina che si era verificata prima di tale data, perché il giocatore aveva già fatto registrare un valore di emoglobina di 13 g/dl e presentava valori di MCV del tutto normali e non sarebbe servita neppure a spiegare quella successiva, perché Conte, il giorno 4 giugno, quando cioè avrebbe già potuto abbondantemente assorbire il ferro asseritamente somministrato il 30 maggio, ha fatto registrare un valore di emoglobina di 13.2, mentre solo dopo tale data ha realizzato un ulteriore e straordinario balzo, facendo segnare un valore di emoglobina di 16.2 g/dl il 20 giugno successivo.

Risulta evidente, insomma, non solo che a Conte non è stato mai somministrato alcun preparato a base di ferro, come da sempre ha sostenuto il professor d'Onofrio, ma anche che una somministrazione del genere non avrebbe potuto neppure essere astrattamente ipotizzata, né - meno che mai - essere ritenuta avvenuta sulla base di un'errata lettura della cartella clinica della Fornaca.

Da parte della difesa, allora, si è cercato di scardinare gli elementi d'accusa da un punto di vista logico e si è osservato che non vi sarebbe stata proprio alcuna ragione di somministrare a Conte una sostanza proibita in un periodo in cui la stagione agonistica della Juventus era finita, perché si era a fine campionato e anche la finale di Coppa dei campioni, durante la quale il giocatore appunto si era infortunato, si era già giocata. Vi sarebbe stato, perciò, tutto il tempo di aspettare la naturale ripresa del calciatore senza necessità di dover ricorrere a pratiche illecite.

Il perito ha ritenuto di dover rispondere a questa obiezione e si è preoccupato, evidentemente attraverso la consultazione di una rassegna stampa dell'epoca, di ricordare come a giugno fossero fissati i Campionati europei ai quali avrebbe preso parte la Nazionale che, a quell'epoca era allenata da Sacchi, il quale riteneva fondamentale per il modulo di gioco che intendeva realizzare un giocatore dalle caratteristiche tecniche di Conte.

L'obiezione è stata ripresa pure dal pubblico ministero, il quale ha ricordato come sia emerso evidente l'interessamento della Nazionale e di Sacchi per Conte, dimostrato pure dal fatto che durante il periodo di ricovero del giocatore alle Molinette al professor Ferraris era pervenuta una telefonata dal medico della Nazionale, che uno o due giorni dopo si recava di persona in ospedale per verificare le condizioni del giocatore.

Si è replicato da parte della difesa che l'interessamento del medico della Nazionale ha carattere usuale, perché previsto dal regolamento, e viene effettuato di routine per tutti i giocatori convocati in Nazionale che non rispondono alla convocazione adducendo impedimenti di carattere patologico.

In ogni caso - si è fatto notare - all'impegno in Nazionale per partecipare agli Europei probabilmente teneva molto il giocatore, ma la società, e di conseguenza il medico sociale, non avrebbe avuto alcun interesse ad accelerare i tempi di guarigione di Conte per amore di Nazionale.

L'osservazione è stata riproposta pure dallo stesso dottor Agricola il quale in tal modo ha però parzialmente contraddetto quanto aveva affermato in precedenza, sia pure riferendosi ai Mondiali del 1998, relativamente alla sua dichiarata disponibilità ad accogliere le richieste provenienti dal dottor Zeppilli e dalla Nazionale, come si è anticipato a proposito delle pastigliette somministrate ai giocatori nel maggio 1998.

Senonché la difesa, rileggendo ciò che il perito aveva scritto nelle sue note del 2 settembre 2004 e rilevando che il perito potesse aver consultato i giornali sportivi dell'epoca dei fatti, si è lamentata di tale iniziativa del professor d'Onofrio, ritenendola espressione di un ingiustificato accanimento.

Effettivamente, la cura dimostrata dal perito nella ricerca di informazioni che in sostanza si sarebbero poi rivelate come utilizzabili in chiave accusatoria, per giunta in un campo non strettamente tecnico bensì sportivo, sì che il difensore ha ritenuto di poter sintetizzare la descrizione di tale comportamento con l'espressione "lo scienziato scende al bar", avrebbe anche potuto destare una certa meraviglia.

A ben vedere, però, lo zelo mostrato in quest'occasione dal professor d'Onofrio non era motivato da accanimento, ma è stato frutto dell'atteggiamento tenuto nei suoi confronti dallo stesso imputato che a proposito di alcune affermazioni fatte dal perito in ordine agli andamenti stagionali di cui si dirà, di fatto lo ha rimproverato per non essersi adeguatamente documentato e di non aver tenuto conto, in sostanza, delle modalità e dei tempi della preparazione in relazione agli impegni della squadra, che - a dire dell'imputato - il perito non aveva verificato.

Il dottor Agricola, nel corso dell'udienza del 15 luglio 2004, rivolgendosi ad un certo punto al perito, infatti, così lo ha catechizzato: "...Le cose che dico io non sono straordinarie, perché di fronte a un processo così importante - soprattutto per me, se mi... se mi viene consentito - e prima di dire certe cose, magari andare a prendersi l'annuario del Calcio Italiano e Internazionale di Salvatore Lo Presti - eh, signur! - non è poi una cosa così complicata, visto che le affermazioni sono molto importanti e determinano dei cambiamenti gravi della vita delle persone.

Allora, di fronte a una situazione del genere, prendere l'annuario di Salvatore Lo Presti forse è una cosa.... E allora che scopriamo? Scopriamo che nell'anno '96-'97 la Juventus ha fatto delle cose diverse, ma obiettive, non sono io che le dico, obiettive. Ha quindi giocato il 26 novembre di quell'anno la Coppa Intercontinentale a Tokyo.

Ma non ancora, non basta, non è sufficiente.

A gennaio, il 15 gennaio del 1997, ha effettuato la partita d'andata della Supercoppa Europea che si è giocata a Parigi; in questa partita è stata giocata..., 6 a 1, se il Signor Presidente me lo consente, abbiamo vinto 6 a 1.

Il 7 di febbraio dello stesso anno '97 la Juventus ha effettuato a Palermo la partita di ritorno col Paris-Saint-Germain e ha conseguito la vittoria a Tokyo il 26 novembre e Coppa, la Supercoppa Europea, nelle partite che le ho indicato.

Infine ha fatto le altre partite, ha poi fatto..., ha vinto poi ancora lo scudetto. Questo è la stagione.

Se noi andiamo a esaminare questi avvenimenti calcistici, ci rendiamo conto che anche a livello di preparazione e a livello di successivi allenamenti, certamente questa situazione che chiamiamo "anomala" dal punto di vista sportivo, quindi in una partita il 26 novembre e successivamente due partite tra gennaio e febbraio, hanno cambiato una determinata situazione che invece si è verificata sempre..., mai... mai più, cioè voglio dire, non si è mai verificata negli altri anni, in cui non abbiamo mai avuto bisogno di prepararci in maniera molto più lieve per quanto concerne l'utilizzo della forza....." (trascrizioni udienza citata - pagine 208 e seguenti).

Si può ritenere, pertanto, che il professor d'Onofrio al bar sia stato invitato, se non quasi trascinato, proprio dall'imputato e, dunque, egli ha ritenuto doveroso in questa occasione documentarsi adeguatamente. Il fatto che le notizie da lui assunte dai giornali siano poi state utilizzate in chiave accusatoria, non è intento che si può attribuire al perito aprioristicamente.

E, dunque, per fermarsi alla sostanza delle obiezioni, risulta difficile stabilire se davvero il medico della Nazionale si rechi a verificare le condizioni di tutti gli atleti infortunati che non siano in grado di rispondere alla convocazione oppure si comporti così su sollecitazione del commissario tecnico solo nei casi di maggiore rilievo, in quanto il regolamento della Federazione prevede l'obbligo per il giocatore che si dichiara inabile di tenersi a disposizione del medico, non per quest'ultimo di recarsi a visitarlo, così come riesce difficile poter stabilire se ed in quale misura la Juventus fosse disposta ad assecondare l'eventuale volontà del giocatore di partecipare agli Europei, tenendo conto che effettivamente non si trattava di un impegno diretto e ufficiale della società.

Rimane però il fatto che la somministrazione di eritropoietina, come è stato ben spiegato dal perito, ma anche dal professor Cazzola, non provoca reazioni organiche immediate e comincia a produrre i suoi effetti dopo alcuni giorni e inizialmente soltanto con l'aumento dei reticolociti.

Il professor d'Onofrio, a tal riguardo, ha chiarito: "....Su questo esistono degli studi. Io ho utilizzato uno studio molto semplice, che è tra i primi effettuati, studio effettuato da un collega francese, che ha somministrato eritropoietina a nove soggetti - e vedete - e fa in..., a una dose relativamente bassa ma quotidiana. E' logico che il discorso della dose è estremamente variabile e cambia moltissimo (ci sono oggi nuovi preparati), e vedete come l'emoglobina, da una media di 15.1 dei nove soggetti, arriva a un valore massimo di 15.9-16.5; questo è il 27° giorno dall'inizio della somministrazione. Quindi aumenta in maniera abbastanza diciamo lenta; c'è una certa latenza prima di questo effetto, cioè c'è un effetto immediato e poi continua ad essere alta, e rimane alta fino a anche un paio di settimane dopo la cessazione della somministrazione.

I reticolociti, che sono i nuovi globuli rossi, aumentano molto più rapidamente; dopo 10 giorni sono quasi triplicati (questo è un valore assoluto) e rimangono elevati fino ai primi giorni dopo la sospensione, per poi abbassarsi.

Quindi l'eritropoietina ha questo effetto netto, riproducibile e, in assenza di una mancanza di ferro reale o funzionale, direi ripetitivo, riproducibile, prevedibile....." (trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagine 18 e seguenti).

Tale fondamentale rilievo serve per poter osservare come non sia affatto detto che Conte, che cinque o sei giorni dopo l'infortunio, e cioè tra il 27 e il 29 maggio, aveva già registrato un fortissimo incremento di emoglobina di grammi 3.4, dovesse necessariamente aver cominciato ad assumere eritropoietina solo dopo l'infortunio.

Gli studi citati dal perito, anzi, dimostrerebbero il contrario, salvo ad ipotizzare un trattamento a dosi massicce di eritropoietina alquanto improbabile, e perciò il giocatore potrebbe aver iniziato la "terapia" ben prima e in previsione della finale della Coppa dei campioni ed aver continuato a risentire degli effetti delle somministrazioni di eritropoietina anche dopo l'infortunio, magari proseguendo in tale pratica vietata per accelerare i tempi della ripresa, essendosi intanto verificato l'evento emorragico.

Ma c'è di più, perché oltre a tutto quanto si è considerato, vi è un elemento che assume valore assolutamente decisivo nel convincere circa la sussistenza della prova che a Conte sia stata somministrata eritropoietina ed esso è costituito dal parametro dei reticolociti.

I reticolociti sono i globuli rossi più giovani, quelli da poco prodotti dal midollo osseo e, dunque, come è stato fatto osservare dagli esperti, sono proprio i reticolociti che aumentano per primi quando si attiva nell'organismo la funzione eritropoietica, sia che essa venga attivata per ragioni endogene e naturali, sia che essa venga stimolata in modo esogeno.

In quest'ultimo caso, però, l'aumento dei reticolociti si realizza in misura diversa e molto maggiore di quella a cui normalmente dà luogo la naturale eritropoiesi e, pertanto, come si è anticipato, gli studiosi hanno sempre più attribuito proprio alla quantità dei reticolociti un valore fondamentale nella ricerca e nella individuazione della stimolazione esogena eritropoietica.

Si è ricordato, infatti, come i reticolociti siano stati considerati un elemento imprescindibile di ricerca negli studi di Malcovati e coll. e di Parisotto e coll., così come si è pure ricordato il grandissimo rilievo assunto dai reticolociti nel protocollo "Io non rischio la salute"-2 attuato dal CONI e, ancora, come tale parametro sia entrato di diritto nel più recente protocollo "on-off", al quale pure si accennerà.

Si può dire, insomma, che allo stato delle attuali conoscenze scientifiche, il parametro dei reticolociti costituisca pacificamente uno degli indici più importanti ed affidabili per l'individuazione di stimolazione eritropoietica esogena.

In qualche misura, anzi, si è pure avvertita nel processo la mancanza di conoscenza di tale parametro da parte del perito per il lavoro che egli era stato chiamato a svolgere, perché se fosse stato possibile conoscere anche il parametro dei reticolociti dagli esami del sangue ai quali si erano sottoposti i giocatori della Juventus, certamente molte delle questioni che si sono poste non avrebbero proprio avuto ragione di sorgere.

Il perito, però, non ha potuto utilizzare tale parametro, ovviamente non per ragioni a lui ascrivibili, ma soltanto perché, come pure si è rilevato, all'epoca dei fatti la ricerca della quantità di reticolociti non veniva effettuata perché tale parametro non risultava ancora inserito nei protocolli di controllo degli atleti.

Ebbene, nel caso di Conte straordinariamente, invece, si conosce la quantità di reticolociti riscontrata al giocatore, almeno in un esame del sangue (in atti doc. 24 V2), quello al quale egli si è sottoposto in data 29 maggio 1996, due giorni prima di essere dimesso dalla Clinica Fornaca.

In tale circostanza, invero, sul foglio di richiesta degli esami di laboratorio, come di consueto costituito dallo stampato recante tutte le voci dei parametri da ricercare con le analisi oltre all'emocromo completo, sul quale appunto si barrano con una ics solo le voci ritenute necessarie per lo specifico caso, si può notare come accanto alle voci segnate, sia stato pure riportato il relativo risultato dell'analisi, come solitamente avviene per prassi dei laboratori, in quanto non sempre di tutti i parametri di cui è stata richiesta l'analisi si dà poi atto nel relativo referto stampato.

Nella richiesta effettuata il 29 maggio relativamente al giocatore Conte, dunque, è stato inserito pure il parametro dei reticolociti e conseguentemente ne è stato annotato il risultato, indicato nel 6%.

La circostanza, come si è avuta occasione di rilevare, assume grandissima importanza, anche se paradossalmente - essa era sfuggita al perito che così ha riferito l'accaduto: "...Un'ultima cosa a questo proposito. Siccome ho dovuto rientrare nei materiali, sono dovuto andare a ricercare le cartelle per cercare di non fare errori e di trascrivere le cose esattamente, visto che di errori di trascrizione ce ne sono stati diversi in questo processo, ho rinvenuto una seconda copia di un

emocromo effettuata da Antonio Conte il 29 maggio 1996, foglio 24V(2) e 25V(2) allegati in copia al documento che poi vi darò.

Questa copia è stata sequestrata presso la casa di cura Fornaca. Diversamente da quella che c'è nella cartella clinica, questa copia contiene nella prima pagina il foglio di richiesta inviato al laboratorio di analisi, nel quale sono, come spesso veniva fatto, si riportano manualmente i risultati di diverse analisi. Andando a rivedere questa carta ho visto che in alto a sinistra c'è un valore di 6% e questo 6% non può che essere, a mio avviso, che riferito alla conta dei reticolociti. Se questo è vero, devo dire che questo è un valore che, per un paziente che ha 13 grammi di emoglobina, una conta di reticolociti del 6% è assolutamente non pensabile; viene anche da pensare perché sia stato fatto questo controllo della conta dei reticolociti in questo momento in questo atleta, in realtà eravamo in un'epoca, il '96, in cui la conta dei reticolociti non veniva richiesta quasi mai in questa casistica e oltretutto non è che per il recupero di un'anemia è abituale usare la conta dei reticolociti, nelle cartelle che abbiamo avuto non mi sembra che ce ne siano particolarmente abbondanti.

Quindi questo dato di questa conta dei reticolociti mi sembra essere un altro elemento che conferma le conclusioni della perizia...." (trascrizioni registrazioni udienza del 7 ottobre 2004 - pagine 44 e seguenti).

In effetti, in un soggetto che presenta un valore normale di emoglobina, quale può essere considerato quello di 13 grammi registrato a Conte nelle analisi del 29 maggio, la contemporanea presenza di una quantità del 6% di reticolociti è un valore straordinariamente elevato e così ingiustificabile che neppure il consulente della difesa si è sentito di azzardare una spiegazione scientifica, preferendo ipotizzare, ancora una volta, la possibilità che il dato potesse essere frutto di errore di annotazione.

Rispetto a tale dato, infatti, il professor Mannucci ha inopinatamente dichiarato: "...Mah, guardi, la storia dei reticolociti, io non ho visto questo dato, è un po', da quello che ha detto lui, io poi vorrei vedere da dove ha tirato questo dato, insomma se si trova un 6% scritto, da quello che ho capito, in una cartella, bisogna vedere se è 6% e non è 6 per mille, a volte i reticolociti vengono espressi per mille, invece di essere la barretta con uno zero di sotto e uno zero di sopra ci sono due zeri di sotto, che possono facilmente sparire, comunque vorrei vedere il dato, quello... comunque mi sembra un dato anche quello assolutamente puntiforme e comunque è una sua supposizione, lui l'ha ammesso che quello fosse un dato dei reticolociti..." (trascrizioni registrazioni udienza del 7 ottobre 2004 - pagina 110).

Come si vede, pure il consulente della difesa è rimasto colpito dalla straordinaria consistenza del parametro registrato a Conte, perché effettivamente già un sei per mille di reticolociti e, cioè, uno 0.6%, avrebbe potuto ritenersi normale nella situazione di Conte.

Il livello di normalità dei reticolociti, infatti, in un soggetto comune raggiunge al più lo 0.7-0.8, massimo 1 per cento. Per gli atleti in attività, poi, la percentuale dei reticolociti riferita alla quantità di globuli rossi è considerata non patologica se varia tra lo 0.4 ed il 2%, pur con tutte le garanzie di cui i protocolli sportivi di controllo hanno sempre voluto tener conto con larga approssimazione.

A pagina 58 dell'opuscolo del CONI relativo alla campagna "Io non rischio la salute" 2000, a proposito dei reticolociti si legge: "- reticolociti: tale parametro va espresso, sia come % degli eritrociti totali, sia come valore assoluto ($10^9/L$), ed il conteggio dei reticolociti si considera patologico, se si colloca al di fuori del rispettivo ambito di riferimento, vale a dire da 0,4 a 2% per il valore percentuale, e da 20 a $100 \times 10^9/L$, per il valore assoluto."

Nel caso di Conte, il valore assoluto dei reticolociti non è stato calcolato, ma è stato calcolato il valore percentuale che, dunque, si colloca straordinariamente fuori dal limite massimo del 2% individuato dal CONI perché si possa essere considerati all'interno di un ambito di riferimento non patologico.

Il professor Mannucci ha dichiarato di non aver visto tale dato e la circostanza è sorprendente perché esso risulta riportato negli atti che il difensore gli avrà ben messo a disposizione e, oltretutto, il consulente avrebbe anche potuto ricontrollare direttamente il documento in udienza, dopo che di esso si era parlato.

Il professor Mannucci, invece, ha preferito liquidare l'argomento servendosi del più comodo e conveniente sistema dell'indicazione dell'errore altrui.

Anche per poter sostenere che l'annotazione era sbagliata, però, il consulente della difesa avrebbe fatto bene a pronunciarsi con il documento alla mano, perché avrebbe notato meglio, in tal caso, che non vi è possibilità alcuna che errore vi sia stato, in quanto sul documento che riguarda la richiesta in parola si vede con assoluta certezza che è barrata la voce relativa ai reticolociti e non altre (il perito a tal proposito ha espresso una minima titubanza forse derivante dalla lettura della copia che gli era stata messa a disposizione, ma l'originale non ammette dubbi).

La richiesta degli esami da eseguire, oltretutto, è riportata anche in cartella clinica (fondo pagina relativa al giorno 28 maggio, dopo che si dà atto dell'avvenuta consulenza ematologica - agli atti: foglio 168/F1) con espressa indicazione dei singoli parametri da verificare, tra i quali i reticolociti e, dunque, risulta veramente poco credibile che il consulente non abbia controllato neppure la cartella clinica di Conte.

Con altrettanta certezza, infine, si nota come in corrispondenza della voce "reticolociti" sia scritto bello grosso e chiaro il risultato di 6%, proprio come se si fosse voluta richiamare l'attenzione su questo dato che campeggia in modo che non possa sfuggire all'occhio di chi legge il documento, con lo zero posto in alto, alla sinistra della sbarra indicante la percentuale, segnato più piccolo e un po' più chiuso e lo zero posto in basso, alla destra della sbarra, scritto chiaro ed evidente, senza alcuna possibilità di errore, e non in modo "puntiforme" come, con singolare dichiarazione, lo ha immaginato il professor Mannucci, mentre sosteneva di non averlo visto.

Il parametro dei reticolociti riportato nelle analisi del giocatore Conte del 29 maggio 1996, dunque, indica con innegabile evidenza che il calciatore era stato sottoposto a stimolazione eritropoietica esogena e solo in questo modo si spiega l'enorme quantità di reticolociti prodotta dall'organismo. Tale dato dei reticolociti, oltretutto, a dimostrazione ulteriore che non vi è stato alcun possibile errore, è indirettamente confermato dalla altrettanto straordinaria risalita di emoglobina fatta registrare da Conte nel periodo immediatamente successivo, perché dal valore di 13 g/dl del giorno 29 maggio, il giocatore ha fatto solo un piccolo passo avanti dopo cinque giorni (13.2 g/dl il 4 giugno), ma nei 16 giorni successivi ha realizzato un balzo davvero prodigioso, come si è ampiamente chiarito.

Pure la difesa, del resto, si è guardata bene dal toccare l'argomento e solo in un'occasione, forse per distrazione, si è lasciata sfuggire un accenno al dato del 6% (trascrizioni registrazioni udienza del 4 novembre 2004 - pagina 59), ma non per commentarlo nel merito e neppure per invocare improbabili e fantomatici errori, bensì solo per indicare al tecnico che in quel momento collaborava nella scelta delle diapositive da proiettare, quale diapositiva scegliere, trovandosi a parlare del problema dei livelli di MCHC di Conte di cui si è abbondantemente detto.

L'imputato, da parte sua, avendo parlato praticamente di tutto nel corso del processo, perché, oltre a sottoporsi all'esame, ha effettuato pure una nutrita serie di interventi per rendere di volta in volta dichiarazioni spontanee, peraltro tutte legittimamente rilasciate e sempre tecnicamente pertinenti, ha affrontato anche l'argomento relativo ai reticolociti, di cui egli ha parlato più volte per spiegare i meccanismi del protocollo "Io non rischio la salute"-2 e i parametri sui quali tale protocollo si basava (v. trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagina 119; udienza del 10 novembre 2003 - pagine 213-214; udienza del 21 gennaio 2004 - pagina 157; udienza del 26 gennaio 2004 - pagine 124, 126 e 128) e dei quali ha parlato per sostenere, come si è ricordato, che prima del 1998 tale parametro non interessava a nessuno, perché ad esso non si assegnava alcuna valenza clinica ed aveva assunto notevole importanza solo dopo l'introduzione delle varie campagne antidoping, proprio per l'intrinseca capacità di individuazione della stimolazione del midollo osseo di cui si è detto.

All'udienza del 20 settembre 2004, a tal proposito il dottor Agricola ha espressamente dichiarato: "...Perché a questo problema, come diceva il consulente adesso del pubblico ministero, che uno abbia 2,5 di reticolociti, ovvero 2,6, al medico pratico non gliene importa assolutamente niente, perché è una situazione proprio ininfluente dal punto di vista clinico.

Se tu mi vuoi far le pulci dal punto di vista dell'antidoping, allora puoi trovare qualsiasi cosa, si capisce!...." (trascrizioni udienza citata - pagina 182).

L'imputato, dunque, pur avendo più volte affrontato il tema reticolociti sotto vari aspetti, non ha mai ritenuto di dover accennare al valore di reticolociti riscontrato a Conte presso la clinica Fornaca a fine maggio 1996; egli non ne ha parlato spontaneamente, né ne ha parlato nella stessa udienza in cui il professor d'Onofrio ha indicato tale dato come enormemente indiziante, pur avendo l'imputato, a conclusione della stessa udienza del 7 ottobre 2004, effettuato un ulteriore intervento per rendere dichiarazioni spontanee proprio su quanto di nuovo era emerso in quella udienza.

Il dottor Agricola non ne ha parlato, evidentemente, perché non avrebbe mai potuto dare una spiegazione convincente, non solo per cercare di giustificare il riscontrato valore percentuale del 6% che, come si è visto, è pari al triplo del tetto massimo consentito, già con eccessiva abbondanza, dal protocollo CONI e dalla campagna "on-off", ma anche perché - diversamente - si sarebbe visto esposto a dover spiegare perché tale richiesta era stata fatta nelle analisi di Conte del 29 maggio 1996, né avrebbe potuto cavarsela semplicemente attribuendo al consulente ematologo (del quale peraltro non è riportato il nome in cartella) la paternità di siffatta richiesta, perché comunque avrebbe dovuto spiegare per quale ragione si era ritenuto necessario controllare il parametro dei reticolociti.

Ed infatti, se è vero - come hanno spiegato proprio il dottor Agricola ed il suo difensore - che prima del 1998 nessuno si preoccupava di richiedere il valore dei reticolociti, perché essi non sono di alcuna utilità da un punto di vista clinico, ma servono principalmente a stabilire se e quale stimolazione eritropoietica esogena vi sia stata, perché allora tale parametro è stato richiesto per Conte a fine maggio 1996? La conta dei reticolociti non serviva forse in quell'occasione al dottor Agricola unicamente per verificare la risposta che si era avuta da parte di Conte alla stimolazione eritropoietica esogena che gli era stata praticata?

Il secondo episodio rilevato dal perito che ha visto come protagonista lo stesso giocatore Conte si è verificato dopo circa sei mesi, nei primi giorni di dicembre 1996.

Non si può dire, in verità, che il 1996 per Antonio Conte si sia rivelato anno fortunato, perché il calciatore, dopo l'infortunio subito durante la finale di Coppa dei campioni, come si è ricordato, ha ripreso la normale preparazione con la squadra il 20 luglio, ma il 9 ottobre successivo, nel corso dell'incontro Italia-Estonia, ha riportato una distorsione al ginocchio sinistro che lo ha tenuto lontano dai campi di gioco per circa sei mesi ancora.

Il dottor Agricola così ha descritto l'accaduto nella scheda sanitaria del giocatore o, meglio, nei fogli ad essa allegati da lui personalmente redatti:

"9/10/96: Distorsione ginocchio sin. (Italia-Estonia). Nei giorni successivi RMN: lesione intrasinoviale LCA e frattura menisco mediale.

Tentato recupero riabilitativo fino al 14/11/96.

16/11/96: perdurando instabilità e quadro clinico di lassità legamentosa del ginocchio sinistro, intervento di ricostruzione artroscopica (Kenneth Jones) LCA e meniscectomia selettiva mediale. Inizia fisioterapia.

13/4/97: ripresa agonistica (Juventus-Udinese)."

Il giocatore, infatti, è stato ricoverato presso la clinica Fornaca il giorno 15 novembre 1996, alle ore 18,40 e l'intervento chirurgico di meniscectomia e di ricostruzione del legamento crociato anteriore è stato eseguito in artroscopia il giorno successivo, 16 novembre, alle ore 10,15, dal professor Flavio Quaglia.

Subito dopo l'intervento chirurgico, alle ore 12,33, al giocatore è stato riscontrato un valore di emoglobina per lui leggermente più basso del solito (14.6 g/dl) e un valore di ematocrito di 42.60. Il mattino del giorno dopo, 18 novembre 1996, il paziente è stato dimesso.

Circa venti giorni dopo l'intervento, però, dagli esami eseguiti in data 6 dicembre 1996, si è registrato nel giocatore un anomalo calo dell'emoglobina scesa a 13.1 g/dl e, in modo ancor più clamoroso, si è riscontrato un aumento della ferritina, misurata in 347 ng/ml, con contemporanei cali della sideremia e, soprattutto, della percentuale di saturazione della transferrina che è scesa ad

un valore di 3.8%, che è da considerare davvero straordinario se solo si ricorda che il valore di normalità di tale parametro dovrebbe aggirarsi tra il 20 ed il 40% e che è da considerare in ogni caso anomala e allarmante già una discesa della percentuale di saturazione della transferrina al di sotto del 16%.

Come si è avuta occasione di ricordare, il perito ha rilevato che un forte calo di percentuale di saturazione della transferrina, quando cioè essa scende al di sotto del 16% appunto, accompagnato da valori normali o elevati di ferritina - e in questo caso il valore della ferritina di Conte era molto elevato, come si è osservato - sono sintomo sicuro, in mancanza di cause patologiche, di carenza funzionale di ferro, che è il fenomeno che si verifica per il rapidissimo consumo di ferro, determinato dalla stimolazione acuta dell'eritropoiesi a seguito di trattamento con eritropoietina.

La sfortuna di Conte nel corso del 1996, però, non si misura solo con riferimento ai due infortuni piuttosto seri capitati al giocatore tra maggio e ottobre, ma anche per il fatto che essi si sono verificati in periodi che precedevano impegni agonistici per i quali il giocatore sarebbe stato molto utile, con un intreccio tra squadra di appartenenza e squadra nazionale che sembra sapientemente architettato.

Si è visto, infatti, come dopo la finale di Coppa dei campioni per Conte si avvicinava l'impegno (poi saltato) dei campionati europei di inizio giugno con la Nazionale.

Ad ottobre, invece, l'infortunio di Conte si è verificato nel corso di una partita giocata con la Nazionale, mentre non lontano vi era un impegno importante della Juventus.

Non c'è nemmeno bisogno di scomodare l'annuario del calcio o gli amici del bar sport per ricordare che la Juve quell'anno avrebbe dovuto giocare a Tokio il 26 novembre la Coppa Intercontinentale, perché proprio nelle esternazioni di rimprovero al perito per non aver consultato l'annuario di Salvatore Lo Presti, effettuate dall'imputato nell'udienza del 15 luglio 2004, si rileva che è stato lo stesso dottor Agricola che lo ha ricordato, rimarcando pure il fatto che la sua squadra era riuscita ad aggiudicarsi tale Coppa.

Anche l'allenatore della Juventus di allora, Marcello Lippi, teneva molto alla partecipazione di Conte a tale finale e, forse per questo, per oltre un mese si è tentato un ricupero riabilitativo del giocatore, come ha attestato lo stesso dottor Agricola nella scheda sanitaria, per cui Conte è stato sottoposto ad intervento chirurgico quando evidentemente si è avuta certezza che proprio non si sarebbe riusciti in altro modo a superare le conseguenze dell'infortunio.

La circostanza va ricordata perché il dottor Agricola, nel negare ovviamente di aver sottoposto il giocatore a trattamenti vietati, tra i motivi addotti a conferma della tesi difensiva, ha utilizzato pure - come argomento logico - il rilievo derivante dall'inutilità pratica di un trattamento con eritropoietina ad un giocatore di cui si prevedeva l'inabilità per almeno cinque o sei mesi, in quanto sottoposto ad intervento di ricostruzione del legamento crociato anteriore.

Anche in questo caso, al contrario, sussistevano evidenti ragioni perché trattamenti di ricupero di efficienza fisica del giocatore potessero essere praticati prima di assumere la decisione di sottoporre Conte ad intervento chirurgico, proprio al fine di tentare ogni possibile rimedio per evitare di dover rinunciare definitivamente alla partecipazione del giocatore alla partita valevole per l'aggiudicazione della Coppa Intercontinentale.

La difesa ha cercato di giustificare i dati che avevano allarmato il perito, assumendo che in conseguenza dell'intervento di ricostruzione del legamento crociato anteriore sarebbe sorta, come complicazione per il giocatore, una artrite settica, utile a spiegare il forte rialzo della ferritina.

A tale complicanza, in verità, ha fatto cenno, un po' timidamente, il consulente della difesa, professor Grossi, nel corso dell'udienza del 28 giugno 2004, durante la quale si è svolto l'esame del perito professor d'Onofrio.

Il consulente, contrariamente al solito atteggiamento di grande sicurezza normalmente ostentata, in tale circostanza, invece, non senza qualche titubanza, ha sostenuto che il dottor Agricola gli aveva comunicato privatamente che il giocatore, appunto, sarebbe rimasto colpito da artrosinovite settica (pagine 86 e 87) in conseguenza dell'intervento chirurgico al quale era stato sottoposto e il suo imbarazzo, nel riferire una circostanza per nulla risultante in atti, è emerso evidente pure dalla

preoccupazione che il consulente ha subito avuto di far implicitamente rilevare che vi era qualcuno che, avendo provveduto a curare il giocatore, in sostanza, avrebbe potuto confermare quanto da lui riferito a tal riguardo, ancorché egli si sia semplicemente e genericamente riferito ai "medici delle malattie infettive", senza specificare alcun nome.

Nel corso della stessa udienza, il secondo consulente della difesa, professor Mannucci, evidentemente non informato di tale importantissima circostanza, non ha fatto alcun cenno a infezioni o artrosinoviti patite dal giocatore, ma si è più semplicemente intrattenuto (pagine 97 e seguenti) sui temi - a lui più cari - della variabilità dei dati analitici, della possibilità degli errori che si possono verificare, riferendo anche, a titolo di esempio, di qualche caso a suo dire analogo capitato a pazienti da lui avuti in cura.

Più baldanzosamente, l'imputato - che nella stessa udienza ha fatto un intervento per rendere dichiarazioni spontanee - ha ricordato essersi trattato per Conte di "complicazioni artritiche settiche...che ne hanno messo in dubbio la sua ripresa agonistica..." (trascrizioni udienza indicata - pagina 164), ma pur avendo ripreso e, a lungo, la parola per commentare le affermazioni del perito e gli altri elementi emersi in udienza, a proposito dell'artrite settica non ha ritenuto di dover aggiungere altri particolari.

Solo nell'udienza successiva, il dottor Agricola, nel richiedere che venissero sentiti come testimoni i tre medici che, a suo dire, avevano avuto in cura i giocatori di cui si tratta (nel primo episodio di Conte, il medico interessato era il professor Ferraris di cui si è detto ed il terzo medico, dottor Coni, era relativo ad uno dei due episodi riguardanti Tacchinardi di cui si dirà), ha precisato che l'infezione di Conte era stata curata dal professor Paolo Gioannini.

Il professor d'Onofrio, una volta appresa in udienza la patologia da cui sarebbe stato affetto Conte, si è mostrato abbastanza possibilista in ordine al fatto che l'artrite settica fosse stata causa dell'alterazione della ferritina ("...perché un dato che era interessante era quello della artrite settica, che poteva effettivamente spiegare quel valore di ferritina, mi sembra molto alto..."), quando però il perito ha fatto presente che tale elemento di fatto non risultava dalla documentazione in atti ("...Quello non era presente nella documentazione che io avevo, però - ecco - io questo tipo di elementi..."), il consulente professor Grossi immediatamente ha replicato: "...No, no, no! Scusa, era presente, perché hai scritto nella perizia che tu hai fatto, quindi..." (trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagine 103 e seguenti), riferendosi evidentemente al fatto che lo stesso perito aveva indicato nella propria relazione scritta che un processo infiammatorio avrebbe potuto far apparentemente aumentare la ferritina ("...Anche se in linea teorica un processo infiammatorio può determinare falsi incrementi della ferritina..." - pagina 41) e non comprendendo, come dopo è stato chiarito, che il professor d'Onofrio si riferiva invece al fatto che negli atti mancasse qualsiasi riferimento all'artrite settica di cui Conte sarebbe rimasto vittima, a suo dire emersa per la prima volta nell'udienza del 28 giugno 2004.

Il professor Paolo Gioannini è stato esaminato come testimone nel corso dell'udienza del 15 luglio 2004.

All'epoca dei fatti, egli era il Direttore della Clinica delle malattie infettive dell'Università di Torino, attualmente - ormai ottantenne - in pensione da qualche anno.

Il teste così ha ricordato l'accaduto: ".....Dunque, io ricordo che eravamo a cavallo tra la... della metà di novembre del 1996 - non ricordo il giorno preciso, ma giorno più giorno meno, non lo so - io ero di ritorno da Roma dov'ero stato al Ministero o per una riunione di universitari, questo non lo ricordo; appena arrivato il mio assistente, dottor Cariti, mi raggiunse e mi disse che dovevamo immediatamente andare a vedere il giocatore Conte della Juventus, perché, a seguito di un intervento ortopedico (aveva avuto una lesione del legamento crociato, eccetera) si era sviluppato un processo infettivo.

Andammo immediatamente, la sera stessa, e io rimasi francamente colpito quando lo incontrai: prima di tutto era altamente febbrile, aveva oltre 40 di febbre e aveva quell'aspetto che i vecchi medici dicevano la "faccia esser settica"; aveva un polso non posso dire filante, come si diceva una volta, ma molto molto frequente; il ginocchio era enormemente tumefatto, praticamente aveva credo

raddoppiato le proprie dimensioni, era molto caldo, arrossato, intensamente arrossato, cioè era in corso una artrite settica, una vera e propria artrite settica.

Probabilmente c'è stata anche una piccola gittata batteriemica, questo non lo escludo, perché aveva avuto mi pare anche un brivido, eccetera.

Confesso che io questo non lo dissi all'interessato, non lo dissi neanche al dottor Agricola, che era presente, per non buttarlo giù di morale, ma mi tenni questa riflessione per me; pensai, dico: 'Quest'uomo qui non torna più a fare il giocatore di football'....Istituimmo una terapia antibiotica, la dettai io stesso, allora era appena entrato in uso il Meropenem, io lo usai a dosi molto grandi; associavi anche un aminoglicoside, non ricordo quale, se la gentamicina o la antimicina o che, e iniziammo la terapia immediatamente la sera stessa, la sera stessa.

Nonostante le mie preoccupazioni, direi che fummo fortunati, perché, sia pure dopo un decorso abbastanza lungo, la situazione migliorò, migliorò notevolmente e lui poi fece la fisioterapia e, come tutti sanno, ha ripreso anche la sua attività. Fu insomma quello che, secondo me, si può dire un caso fortunato, un caso fortunato. La divina provvidenza ci ha assistito veramente in quel caso lì, perché io nella mia lunga carriera - io ci ho 50 anni di professione alle spalle - francamente non l'avevo mai vista una cosa di quel genere lì.....Ed era un'infezione sicuramente batterica, allora non pensammo neanche di fare le indagini che eh... avrebbero..., probabilmente non avrebbero dato risultato o risultato molto aleatorio; iniziammo immediatamente la terapia antibiotica, non c'era da perdere neanche un minuto..." (trascrizioni udienza citata - pagine 157 e seguenti).

Il testimone ha chiarito pure che le cure a Conte erano state apprestate presso la di lui abitazione, dove lo stesso professor Gioannini si era recato per effettuare la visita e, quando gli è stato chiesto se egli avesse controllato gli esami del sangue del calciatore che gli erano stati effettuati in occasione dell'intervento ortopedico, il teste subito ha risposto: ".....Mah, guardi... No, c'era sicuramente un conteggio dei globuli bianchi, questo..., io adesso francamente....Probabilmente era... certamente c'era una leucocitosi spiccata, e altri esami francamente io non... non ne ho visti e non ne ho richiesti, perché quelle cose lì si seguono clinicamente, non....".

E' stato chiesto pure specificamente al professor Gioannini se egli avesse controllato la ferritina del paziente ed il teste ha prontamente risposto: "No, anche perché a me avrebbe detto niente, perché ero sicuro che era alle stelle. La ferritina è una delle cosiddette proteine dell'infiammazione acuta eh..., sono tante queste proteine, sono almeno una quarantina, ehm... e sicuramente era alle stelle, perché è una di quelle che si alzano prima e raggiungono i livelli maggiori. Non mi avrebbe detto niente dal punto di vista clinico.....".

L'aspetto che maggiormente colpisce della descritta vicenda è la mancanza assoluta nei documenti acquisiti e più in generale negli atti del processo assunti prima dell'esame del professor d'Onofrio di qualsiasi riferimento riconducibile ad essa, ad eccezione di un unico accenno effettuato dall'imputato.

In atti, come ha rilevato il perito ricordandolo al consulente della difesa, non vi è proprio alcun elemento che faccia supporre che il giocatore Conte possa essere stato colpito da una forma di artrite settica così grave e violenta, come è stata descritta in giudizio, tanto da mettere addirittura in pericolo la prosecuzione della carriera del giocatore, che tuttora fa parte della rosa della prima squadra.

Neppure nella scheda sanitaria di Conte, il dottor Agricola ne ha dato atto e, tutto sommato, una patologia del genere rientrava, invece, tra quelle che si sarebbero dovuto annotare nella cartella, potendo direttamente incidere non soltanto sull'inidoneità temporanea del giocatore, ma persino sulla possibilità di un definitivo abbandono dell'attività agonistica.

Come si è visto, invece, il dottor Agricola ha riferito pure in udienza di questo serio e concreto pericolo per il giocatore, ma stranamente egli non ne ha assolutamente dato atto nella scheda sanitaria di Conte.

Il dottor Agricola nella documentazione sanitaria di Conte ha preso in considerazione l'infortunio di cui si tratta in ben tre distinte schede sanitarie, contraddistinte rispettivamente dai numeri progressivi 5, 6 e 7.

Nel primo caso, egli ha descritto l'infortunio ("Distorsione ginocchio sinistro con lesione intrasinoviale LCA e meniscopatia mediale"), nella seconda scheda (progressivo n. 6) ha descritto l'intervento chirurgico eseguito al giocatore ("Intervento di ricostruzione artroscopica LCA e menisco mediale del ginocchio sinistro") e nella scheda progressivo n. 7, infine, il dottor Agricola ha fatto riferimento alla fase successiva all'intervento ("Esiti di ricostruzione LCA e meniscectomia mediale ginocchio sinistro"). Alla pretesa artrite settica non vi è alcun riferimento.

Neppure si può ritenere che l'imputato sottovalutasse l'importanza di tale patologia, perché ad esempio, se si va a controllare la documentazione sanitaria di Tacchinardi, si nota come il dottor Agricola, invece, proprio nella scheda sanitaria di tale giocatore contraddistinta dal numero progressivo 1, abbia dato atto nell'anamnesi patologica dell'atleta di "Artrosinovite iperplastica ginocchio destro", così dimostrando di assegnare giustamente adeguato rilievo a tale patologia. Lo stesso Conte, del resto, è stato sentito per ben tre volte, due volte in sede di indagini preliminari e una volta come testimone, e non ha mai fatto il benché minimo cenno ad una patologia così seria e pericolosa per la propria carriera, pur avendo parlato dei vari problemi accusati alle articolazioni, delle varie infiammazioni di volta in volta accusate alle ginocchia e della relativa terapia anti-infiammatoria.

Il professor Quaglia, analogamente, esaminato come testimone nell'udienza del 14 giugno 2002, non ha riferito di alcuna complicazione avvenuta dopo l'intervento chirurgico da lui eseguito sul giocatore.

Eppure, egli si è riferito ai vari problemi di Conte di cui aveva avuto occasione di occuparsi, ha riferito della condropatia del giocatore, ha parlato dell'intervento chirurgico eseguito, ha ricordato di aver seguito il paziente anche successivamente nella fase della riabilitazione - come è normale che sia - ed ha genericamente fatto riferimento solo ad una terapia anti-infiammatoria.

Né sarebbe immaginabile che il professor Quaglia non fosse stato messo a conoscenza della artrosinovite settica patita da Conte, che è patologia oltretutto per la quale l'infettivologo non basta, richiedendosi per le cure specifica competenza ortopedica, ovvero che egli non se ne fosse comunque accorto pur continuando a seguire il giocatore nella fase della convalescenza e della riabilitazione, come lo stesso testimone ha ricordato.

La seconda stranezza è costituita non tanto dall'inusuale titubanza mostrata dal professor Grossi, quando ne ha parlato per la prima volta, quanto ancor più dalla prontezza con la quale il consulente ha obiettato al perito, peraltro in modo inopportuno e inappropriato, che dello stato infiammatorio si dava atto nella relazione peritale.

Si potrebbe persino ricavare la sensazione, insomma, che sia pure inconsapevolmente sia stato proprio il perito che, nell'intento di non tralasciare alcun aspetto utile a chiarire la situazione e, dunque, nell'ipotizzare astrattamente un processo infiammatorio come causa di apparente aumento della ferritina, avesse finito per fornire lo spunto o l'idea di invocare l'artrite settica, ovviamente descritta in modo molto più grave di quanto in realtà non fosse stata, quale possibile giustificazione dell'elevato valore di ferritina di Conte.

Dell'artrite settica di Conte, invero, prima del 28 giugno 2004, ne aveva parlato solo una volta l'imputato nell'udienza del 17 giugno 2003 (pagine 233 e seguenti delle relative trascrizioni) per spiegare al pubblico ministero che lo interrogava sull'impiego di farmaci di esclusivo uso ospedaliero che in occasione dell'artrite settica di Conte, appunto, sarebbe stato usato un antibiotico da poco immesso in commercio, utilizzabile solo in ospedale.

L'imputato ha mostrato di avere ben presente il caso, perché ha dichiarato il nome del medicinale, da lui più volte indicato come Merrem; ha sostenuto che si trattava di farmaco di esclusivo uso ospedaliero; ha ricordato che tale antibiotico era stato prescritto dal professor Gioannini; ha affermato di aver comprato tale farmaco ("..che mi arrivò.."), a suo dire pure regolarmente pagato, anche se egli non ha saputo poi precisare come fosse stato pagato.

Le riferite affermazioni dell'imputato, però, non hanno trovato conferma nelle dichiarazioni testimoniali del professor Gioannini che, in proposito, si è espresso in modo sostanzialmente diverso, come si è visto ("...Istituimmo una terapia antibiotica, la dettai io stesso, allora era appena

entrato in uso il Meropenem, io lo usai a dosi molto grandi; associavi anche un aminoglicoside, non ricordo quale, se la gentamicina o la antimicina o che, e iniziammo la terapia immediatamente la sera stessa, la sera stessa....").

A parte il nome del farmaco, che non coincide ed è già elemento non di poco conto, visto che il dottor Agricola intendeva proprio citare un medicinale di esclusivo uso ospedaliero, occorre rilevare come non sia possibile ciò che l'imputato ha poi aggiunto in ordine all'acquisto di tale farmaco e conseguentemente al fatto che esso gli sia arrivato dietro regolare pagamento.

Il professor Gioannini, infatti, ha sostenuto di aver prescritto la terapia e, soprattutto, di averla anche personalmente iniziata "immediatamente la sera stessa" e poiché il teste ha fatto analogha dichiarazione pure in ordine al momento in cui si sarebbe recato a casa di Conte per la visita ("Andammo immediatamente, la sera stessa"), occorre ritenere che in quella stessa sera egli abbia visitato Conte e gli abbia immediatamente praticato la cura.

Tale affermazione, che si contrappone a quella di Agricola, può voler dire due cose: o che in proposito ha ragione l'imputato ed il teste ha ricordato male, perché l'antibiotico non è stato immediatamente somministrato a Conte, ma allora la artrite del giocatore non era così grave, non meritava cure tanto urgenti ed il teste e lo stesso imputato hanno ingigantito la serietà della patologia di cui si tratta; oppure che ha ragione il professor Gioannini, ma allora vuol dire che egli il medicinale lo aveva con sé o comunque se l'è procurato in tempi brevi dall'ospedale e, quindi, il dottor Agricola certamente non lo ha somministrato lui come invece aveva voluto far credere e certamente non ha pagato un bel niente, perché il professor Gioannini non avrebbe potuto farsi pagare un farmaco che somministrava direttamente, né da Conte, né da Agricola, né dalla Juventus, ma allora c'è da chiedersi solo come mai l'imputato abbia fatto tante fantasiose dichiarazioni.

Se si esclude tale riferimento effettuato dall'imputato, peraltro in modo poco convincente, l'artrite settica di Conte è emersa chiara per la prima volta all'udienza del 28 giugno 2004 e neppure i consulenti della difesa ne erano direttamente a conoscenza, perché il professor Grossi ha sostenuto che a riferirglielo era stato il dottor Agricola ed il professor Mannucci non ne ha neppure parlato, cercando di spiegare in altro modo il dato relativo alla ferritina.

L'artrite settica di Conte, insomma, è entrata nel processo, da una parte, attraverso il riferimento diretto, peraltro generico e impreciso, che ad essa ha fatto l'imputato, che però non risulta che ne avesse dato atto in altro modo negli specifici documenti nei quali invece egli sarebbe stato tenuto a documentarla e, dall'altra parte, attraverso la sola testimonianza del professor Gioannini, ancorché quest'ultimo abbia fatto riferimento anche ad altro collega, il dottor Cariti, che ne sarebbe stato in qualche modo a conoscenza, in tal modo rafforzando le proprie affermazioni, come puntualmente ha rilevato il difensore.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, va subito rilevato che il semplice riferimento fatto dal professor Gioannini ad un suo assistente dell'epoca che, al ritorno da Roma lo avrebbe immediatamente contattato ed accompagnato dalla Stazione a casa di Conte per la visita al giocatore che dopo l'intervento chirurgico sarebbe stato colpito da un processo infiammatorio, è circostanza che non ha alcun valore probatorio autonomo.

Il dottor Cariti non è stato esaminato come testimone, né la sua testimonianza è stata richiesta dalla difesa, neppure dopo la contestazione suppletiva del pubblico ministero. E, d'altra parte, non è risultato necessario esaminare il dottor Cariti come testimone, dal momento che non è nemmeno chiaro se e di quali circostanze egli avrebbe dovuto essere a conoscenza ovvero su quale tipo di infiammazione sopravvenuta a Conte avrebbe dovuto essere in grado di riferire, se cioè si trattasse di vera e propria artrosinovite settica ovvero di una banale e passeggera infiammazione e, inoltre, a distanza di quasi nove anni dal fatto è verosimile che egli poco o nulla potesse ricordare e, anzi, sarebbe risultato sospetto il contrario, esattamente come è capitato per la testimonianza Gioannini. Questi, invero, nonostante il lunghissimo periodo di tempo trascorso e pure a dispetto dell'età non più giovane, ha ricordato perfettamente l'episodio; ne ha descritto i particolari, straordinariamente ricordando la faccia e il colorito del giocatore, la temperatura corporea, le dimensioni e il colore del ginocchio e persino il polso, da lui definito non filante, ma molto molto frequente. Se il professor

Gioannini avesse visitato Conte il giorno prima della testimonianza, chissà che cosa sarebbe stato in grado di riferire di più.

Le testimonianze "concilianti" in questo processo, del resto, hanno costituito un elemento spesso ricorrente, come si è avuto modo di rilevare. Si è ricordato, da ultimo, che cosa sia riuscito a riferire il professor Ferraris ed il professor Gioannini, oltretutto, è stato per anni un consulente della Juventus, come si evince dagli elenchi acquisiti.

In ogni caso, al di là della complessiva inverosimiglianza della testimonianza del professor Gioannini, nelle affermazioni che egli ha fatto si riscontrano specifici aspetti che risultano contraddetti dagli altri elementi raccolti in atti.

Intanto, appare molto strano che Conte con una infezione così acuta e grave fosse stato curato in casa. Quando il professor Gioannini ha riferito di aver visitato a casa il giocatore, in aula riecheggiano ancora le considerazioni del professor Ferraris che solo poco prima aveva commentato lo stato di Conte che viveva da solo e che, pertanto, il chirurgo riteneva che sarebbe stato meglio che rimanesse ricoverato per essere meglio assistito, pur avendo contemporaneamente affermato che il giocatore, in sostanza, non aveva più bisogno di alcuna terapia.

L'episodio al quale si è riferito il professor Gioannini, in fondo, è avvenuto solo circa cinque mesi e mezzo dopo e non emergono elementi che fanno supporre che la situazione personale dell'interessato fosse tanto cambiata e, inoltre, nel novembre, il calciatore - a dire del testimone - avrebbe avuto necessità di seguire un'intensa terapia antibiotica in considerazione della gravità della patologia che ne metteva a rischio la prosecuzione dell'attività. Occorre somministrare antibiotici a Conte senza un minuto da perdere, ha ricordato il professor Gioannini e, ciò nonostante, il giocatore sarebbe rimasto tranquillamente a casa, con una gamba praticamente inutilizzabile e con una temperatura superiore a 40 gradi, e non si sa da chi sarebbe stato curato e assistito.

In secondo luogo, si è visto come al testimone sia stato espressamente domandato se egli avesse richiesto delle analisi ovvero avesse controllato quelle eseguite sul giocatore qualche giorno prima in occasione dell'intervento chirurgico e si è pure ricordato come egli abbia prontamente risposto alla domanda, ma in modo alquanto generico ("... No, c'era sicuramente un conteggio dei globuli bianchi, questo..., io adesso francamente....Probabilmente era... certamente c'era una leucocitosi spiccata, e altri esami francamente io non... non ne ho visti e non ne ho richiesti, perché quelle cose lì si seguono clinicamente, non..."), negando con certezza soltanto di averne richieste altre, ben conscio che la ferritina sarebbe stata alle stelle, affermazione quest'ultima molto apprezzata dal difensore come espressione di grande esperienza e professionalità da parte del professor Gioannini. Il teste, in realtà, è stato un ottimo infettivologo, professionalmente apprezzato e stimato, ma non certamente per le risposte da lui fornite in testimonianza che, forse, avrebbero richiesto maggiore cautela da parte sua.

Innanzitutto, non si è compreso bene se il testimone intendesse riferire di aver controllato che nel giocatore Conte era riscontrabile una leucocitosi spiccata oppure se, al pari di quanto il teste ha riferito a proposito della ferritina, egli lo abbia solo immaginato alla luce della propria esperienza. La risposta fornita a tal riguardo non è molto chiara, anche se tra un probabilmente e un certamente il professor Gioannini ha finito con l'affermare che "c'era una leucocitosi spiccata", così praticamente sostenendo di aver controllato che effettivamente vi era una leucocitosi in atto e anche spiccata.

La circostanza, poi, sembra pure confermata dal prosieguo della frase, in cui il teste ha aggiunto "altri esami io non ...ne ho visti e non ne ho richiesti..", così ulteriormente inducendo a ritenere che, a differenza degli altri esami non visti e non richiesti, quelli relativi alla leucocitosi spiccata, se anche non richiesti, il teste li avesse almeno visti e controllati.

In realtà, in atti non vi è traccia di altri esami di Conte, a parte quelli già citati, eseguiti in data 16 novembre, giorno dell'intervento chirurgico e del 6 dicembre, questi ultimi oltretutto successivi alla visita effettuata a Conte dal professor Gioannini, da lui stesso cronologicamente collocata verso la metà di novembre, qualche giorno dopo l'intervento artroscopico subito dal giocatore, al ritorno da un suo viaggio a Roma.

Poiché il teste ha escluso di aver richiesto altri esami, si deve dunque ritenere che se il professor Gioannini ha visto dei referti ematologici di Conte, non può che aver visto quelli del 16 novembre ai quali il giocatore era stato sottoposto in occasione dell'intervento chirurgico, quando cioè certamente non vi era alcun processo infiammatorio in corso, in quanto diversamente il professor Quaglia non avrebbe eseguito l'intervento stesso.

Occorre, allora, concludere che il teste, pur non avendo consultato alcun referto, ha dato comunque per certo che "c'era una leucocitosi spiccata". L'affermazione è già intrinsecamente grave e sostanzialmente falsa, perché effettuata da un testimone che ha dato per sussistente un dato di fatto, senza averlo preventivamente controllato, ma quel che è peggio è che nessun elemento in atti consente di poter ipotizzare la leucocitosi di cui ha parlato il professor Gioannini.

Nei due esami del sangue eseguiti da Conte nel periodo interessato (come si è visto, gli unici ai quali il giocatore si è sottoposto), si può notare come la quantità di leucociti registrata al calciatore sia di 5090 mmc nel referto del 16 novembre e di 6350 mmc nel referto del 6 dicembre 1996.

Come si vede, si tratta di valori assolutamente normali, se si considera che di regola fino a 6-7000 mmc il valore dei leucociti viene considerato ampiamente nella norma.

Se, invece, si vogliono prendere in considerazione in modo specifico i valori riferibili proprio a Conte, allora occorre ricordare come il giocatore parecchie volte abbia presentato valori di leucociti ben più alti di quelli in discussione. Basta ricontrollare ciò che Conte ha fatto registrare a tal riguardo nel periodo di ricovero alle Molinette nel maggio 1996, in cui il valore di leucociti era di 8500 mmc ovvero il valore risultante nel referto della clinica Fornaca del 29 maggio 1996, nel quale a Conte sono stati riscontrati leucociti per ben 10790 mmc.

Se, infine, si vanno a ricontrollare gli altri esami di Conte, quando cioè il giocatore si trovava in condizioni per così dire di normalità, si può notare come egli abbia fatto registrare sempre una quantità di leucociti variabile tra i 5000 e i 6000 mmc, esattamente come nei due referti in esame che, dunque, rientrano nei valori di normalità anche individuale del giocatore.

Tale rilievo, non solo conferma che il professor Gioannini ha riferito in testimonianza come certe circostanze di fatto che invece risultano insussistenti, ma induce ulteriormente a ritenere che a Conte, dopo l'intervento chirurgico del novembre 1996, non si sia verificato un processo infiammatorio così grave, almeno, come si è voluto far credere e i valori straordinariamente alti di ferritina e straordinariamente bassi di sideremia e di percentuale di saturazione della transferrina, concomitantemente al forte calo di emoglobina, fatti registrare dal giocatore, non possono essere spiegati se non nel modo in cui sono stati interpretati dal professor d'Onofrio, di cui si è detto.

Il secondo giocatore che in particolare ha attirato l'attenzione del perito è Alessio Tacchinardi.

Si tratta, in realtà, di un giocatore che ha quasi sempre manifestato problemi, di carattere ematologico, trattandosi di soggetto che, almeno in passato, tendeva all'anemia; di carattere gastroenterico e di carattere ortopedico.

Su di lui risulta redatta una dettagliata relazione medica, in data 21 aprile 1994, da parte del dottor Agricola, indirizzata all'Amministratore delegato della società, in cui si dà atto dei principali problemi fisici del giocatore accusati dal 1989, quando Tacchinardi era tesserato per l'Atalanta, fino appunto all'aprile 1994, passando attraverso il luglio 1993, periodo in cui il giocatore per la prima volta era stato sottoposto a visita di idoneità a Torino (il passaggio ufficiale alla Juventus è avvenuto dalla stagione 1994/95).

Il perito è rimasto colpito dall'andamento dell'emoglobina di Tacchinardi perché, a parte le situazioni precedenti in cui talvolta il giocatore presentava condizioni di anemia determinate soprattutto dai sanguinamenti gastrici, dal 1995 in poi ha notato almeno cinque episodi di calo improvviso di ematocrito e di emoglobina, registrata a valori inferiori a 14 g/dl, con successivi repentini e innaturali ricuperi.

Il perito ha osservato, invero, come il 10 maggio 1995 l'emoglobina di Tacchinardi sia inspiegabilmente scesa a grammi 13.6, per risalire nel giro di un mese a grammi 14.6 il 13 giugno 1995 e, il 30 ottobre 1995, l'emoglobina di Tacchinardi risulta nuovamente scesa a grammi 13.5,

mentre il 3 gennaio 1996, a distanza cioè di circa due mesi è di nuovo risalita a grammi 15.4, quasi due grammi in più.

Nel febbraio del 1996 si è verificato un episodio che il perito ha giudicato chiave nel giudizio complessivo sui dati di emoglobina fatti registrare dal giocatore, perché si tratta di un'oscillazione davvero importante.

Il professor d'Onofrio così lo descrive nella relazione scritta (pagina 64): "Un episodio chiave è il successivo calo di emoglobina registrato il 2/2/1996, quando si passa in un mese da 14.5 a 13.4 con MCV normale, ferritina al limite basso e saturazione della transferrina stranamente in eccesso; soprattutto è sorprendente il recupero dell'emoglobina a 15.9 g/dl dopo solo 10 giorni (aumento del 18.7%, confermato da un contemporaneo referto della Banca del sangue che riporta 16.2 g/dl). In questo controllo così ravvicinato non sono stati determinati i parametri marziali. Dopo soli altri 4 giorni si osserva un nuovo emocromo con emoglobina confermata a 15.6. Ad aprile la ferritina è 26 e la saturazione della transferrina è crollata a 9.6%: di nuovo, in presenza di risalita di emoglobina, il ferro nel plasma viene consumato rapidamente. I valori di emoglobina restano alti fino a luglio, con saturazione della transferrina sempre molto bassa."

Nella documentazione predisposta dal dottor Agricola, si rinviene una scheda sanitaria, datata 7 febbraio 1996, attestante broncopolmonite bilaterale interstiziale e un periodo di inidoneità per il giocatore di 60 giorni e nel foglio allegato risulta annotato: "Febbraio '96 - Sintomatologia bronchiale acuta. Eseguite visita specialistica, TAC, broncoscopia con diagnosi di broncopolmonite interstiziale bilaterale."

La visita specialistica, la TAC e la broncoscopia delle quali il dottor Agricola ha dato atto sono state eseguite dal dottor Francesco Coni, broncopneumologo dell'ospedale Molinette, che è stato esaminato come testimone nell'udienza del 20 settembre 2004. Lo specialista ha ricordato di aver effettuato la visita presso l'ambulatorio dell'ospedale, dove il giocatore era stato accompagnato dal dottor Tencone, verso la fine di gennaio 1996 (il teste ha collegato l'evento al compleanno del figlio), perché Tacchinardi aveva una forte tosse da una decina di giorni.

La TAC - a dire del dottor Coni - ha consentito una diagnosi precisa, mentre la broncoscopia ha reso possibile l'individuazione del batterio (*Haemophilus*) che aveva determinato la polmonite, in modo da poter somministrare l'antibiotico adatto, visto che il calciatore era già stato sottoposto a due cicli di cure antibiotiche senza alcun giovamento.

Sempre secondo il testimone, il giocatore si è ripreso dalla polmonite nel giro di una decina di giorni, ma è stato colpito da bronchite (non più polmonite), tanto che si è reso necessario un nuovo intervento del dottor Coni.

Il teste ha fatto riferimento a tempi relativamente lunghi di guarigione, ma in realtà il giocatore ha ripreso l'attività agonistica anche prima dei 60 giorni indicati nella scheda sanitaria del dottor Agricola del 7 febbraio 1996 e indipendentemente dall'attestato di idoneità della ripresa agonistica effettuato dall'imputato nella scheda sanitaria del 5 aprile 1996.

In sostanza, Tacchinardi - se le notizie giornalistiche dell'epoca non ingannano - dopo aver seguito la prima squadra a Madrid il 6 marzo, pur senza essere stato schierato neppure in panchina nella partita d'andata di Champions League con il Real Madrid e dopo che dalla Spagna era tornato febbricitante, Champions League a metà marzo giocava buona parte di un'amichevole contro la Carrarese e il 20 marzo 1996 era tra i giocatori in panchina nella gara di ritorno della contro il Real Madrid.

Può darsi che tutto questo non valga a considerare come ripresa l'attività agonistica da parte del giocatore, ancorché sia difficile immaginare che in panchina in una partita ufficiale e importante di Champions League sieda un giocatore inidoneo, certamente tuttavia gli effettuati tentativi di far giocare il calciatore dimostrano la comune volontà di recuperare Tacchinardi ben prima della partita del 20 aprile 1996 nella quale il giocatore è stato poi schierato in Campionato contro l'Inter a Milano.

Ancora una volta, perciò, non si può sostenere, come invece ha puntualmente fatto l'imputato, che solo uno sprovveduto avrebbe potuto somministrare eritropoietina ad un giocatore che si sapeva che

sarebbe rimasto fermo per 60 o addirittura 90 giorni, perché i tentativi di ripresa effettuati da Tacchinardi, con l'ovvio consenso di tutto il gruppo, dimostrano che si sperava che il giocatore riprendesse l'attività molto prima dei preventivati 60 giorni, altrimenti davvero non si spiegano la sua partecipazione all'amichevole del 15 marzo (a solo poco più di un mese dall'attestato di inidoneità del 7 febbraio che, però, era stato predisposto per 60 giorni) e la sua partecipazione, sia pure in panchina, alla partita di ritorno con il Real Madrid di soli cinque giorni dopo, 20 marzo 1996.

La difesa, sulla scorta di quanto affermato dai propri consulenti, ha cercato di spiegare la risalita di emoglobina da 13.4 a 15.9 g/dl in 10 giorni, sostenendo che Tacchinardi è da considerare come affetto all'epoca da anemia sideropenica, per cui - come ha dichiarato il professor Grossi - con una adeguata somministrazione di preparati a base di ferro il ricupero di emoglobina che ha fatto registrare il giocatore deve apparire normale.

A conferma di tale assunto, il difensore ha richiamato pure la tabella allegata alle osservazioni presentate dai propri consulenti tecnici all'udienza del 15 luglio 2004; ha ricordato poi come i consulenti tecnici iniziali del pubblico ministero, professori Ceci e Benzi, avessero a loro volta riconosciuta l'importanza del trattamento con ferro, con il conforto in questo caso del professor Cazzola ed ha ricordato che Tacchinardi nel periodo indicato assumeva anche Bentelan come attestato nel certificato medico del 7 febbraio del dottor Guidi, di cui ha dato atto pure il perito nelle sue note scritte del 7 ottobre 2004, per cui si può ritenere che egli avesse il sistema elettrolitico alterato.

Nessuna delle prospettate giustificazioni, però, può essere ritenuta fondata.

Cominciando dal Bentelan, occorre rilevare come in atti manchi una precisa documentazione delle terapie effettivamente praticate al giocatore, in sintonia del resto con l'intera vicenda oggetto del processo, dal momento che in alcun modo, neppure in questo caso, è stata tenuta dall'imputato la prescritta documentazione medica.

Dalle dichiarazioni testimoniali del dottor Coni, peraltro, si deve ritenere che al giocatore, fino a fine gennaio, fossero stati praticati due cicli di antibiotici, perché a lui così sarebbe stato riferito dagli interessati e che il dottor Coni abbia prescritto una nuova terapia antibiotica, dopo aver individuato attraverso la broncoscopia il batterio responsabile della polmonite di Tacchinardi. Secondo i consulenti, poi, sarebbe stata praticata al calciatore una terapia a base di ferro, quella cioè a loro dire capace di favorire la risalita dell'emoglobina e, infine, secondo il certificato medico del dottor Guidi, al giocatore sarebbe stato somministrato il Bactrim, la cui somministrazione tale medico avrebbe appunto sospeso, ed il Bentelan che il dottor Guidi invece avrebbe prescritto ancora per un giorno o due.

Come si vede, la situazione risulta fortemente confusa e la prima osservazione che scaturisce porta a chiedersi come mai vi fossero prescrizioni e terapie del dottor Guidi del 7 febbraio, in un periodo cioè in cui il giocatore avrebbe dovuto essere seguito invece dal dottor Coni che era lo specialista che lo aveva in cura.

In questo caso, oltretutto, si avrebbe la prova che il dottor Agricola somministrava o consentiva la somministrazione di farmaci corticosteroidi per via orale, assolutamente vietati dai regolamenti sportivi, a giocatori idonei per l'attività agonistica, se è vero che il certificato di inidoneità del giocatore Tacchinardi firmato dal dottor Agricola riporta la data del 7 febbraio 1996 e cioè proprio la stessa data del certificato medico del dottor Guidi in cui peraltro si dà atto che in quel momento era già in corso la terapia cortisonica che il medico consigliava di proseguire ancora per qualche giorno.

In ogni caso, anche a voler ritenere che effettivamente Tacchinardi in quel periodo avesse assunto qualche compressa di Bentelan, certamente una siffatta terapia cortisonica, praticata per qualche giorno, non giustifica assolutamente la risalita di emoglobina di grammi 2.5 in dieci giorni.

Per quanto riguarda, poi, le condizioni generali di Tacchinardi, il perito ha considerato che si tratta di un soggetto con tendenza all'anemia, ma ha anche precisato come in una sola occasione, in realtà, egli abbia accusato i sintomi che potessero ricondurre ad una diagnosi di anemia sideropenica. Ciò è

accaduto nel luglio 1993, al momento delle prime visite mediche di Torino da parte del giocatore, in quanto il valore basso di emoglobina risultava pure accompagnato da una riduzione di MCV.

Il professor d'Onofrio ha spiegato che, quando in un soggetto vi è carenza di ferro, anche il volume dei globuli rossi diminuisce ed il valore di MCV, che indica il volume corpuscolare medio, necessariamente scende, per cui non è possibile diagnosticare un'anemia da carenza di ferro in un soggetto che manifesti valori normali di MCV.

Il 12 febbraio 1996, quando Tacchinardi ha fatto registrare la risalita di emoglobina da grammi 13.4 di dieci giorni prima a grammi 15.9, il valore di MCV era assolutamente normale e, quindi, il giocatore certamente non era sideropenico.

Il perito, anzi, a fronte di tali valori, ha osservato che: "Una siffatta ripresa di 2.5 g/dl in dieci giorni non è fisiologica, né naturale, neanche come eventuale risposta ad una terapia marziale: anche nei pazienti con gravissima anemia sideropenica trattati con dosi massimali di ferro la risalita è di 2 grammi in 3-4 settimane. Per spiegarla si può ipotizzare il ricorso ad una terapia con eritropoietina a dosi piene o a trasfusioni di globuli rossi: la prima ipotesi sembra più coerente con la stabilità dei risultati ottenuti nei mesi successivi." (relazione scritta - pagina 64).

Come si vede, il perito ha negato che Tacchinardi fosse affetto da anemia sideropenica, presentando valori di MCV di assoluta normalità, ma ha dato comunque atto che anche ad un sideropenico trattato con dosi massicce di ferro l'emoglobina non sarebbe risalita come nel caso di Tacchinardi in esame.

Né vale ricordare, come ha fatto il difensore in sintonia con il professor Grossi, la tabella di Goodman & Gilman, relativa al trattamento con ferro per via orale a soggetti affetti da anemia sideropenica, secondo la quale, pur ipotizzando una somministrazione di ferro tra i 160 e i 240 milligrammi al giorno, ugualmente occorrerebbero 13 giorni per ottenere il risultato che Tacchinardi ha ottenuto in dieci giorni, se non meno.

A proposito di questa tabella, invero, si è registrata un'altra forte critica al perito da parte dei consulenti della difesa, perché il professor d'Onofrio aveva rilevato come alla stregua della tabella in parola la risalita di emoglobina non avrebbe potuto che essere pari a 0.07 g/dl al giorno, per cui per recuperare grammi 2.5 di emoglobina sarebbero stati necessari giorni 35,7, e cioè più delle 3-4 settimane alle quali aveva fatto riferimento lo stesso perito.

Il professor d'Onofrio, in realtà, aveva citato l'incremento riportato nell'unica riga della tabella riprodotta nella copia depositata agli atti dai consulenti della difesa. La tabella in questione, infatti, si compone - in originale - di più ipotesi, ciascuna connessa a diverse dosi di ferro da somministrare quotidianamente, ma i consulenti della difesa - nella copia della memoria depositata in atti - avevano riprodotto solo la prima riga di tale tabella che si riferisce alla somministrazione della dose minima di 35 milligrammi di ferro al giorno, probabilmente per un errore di copia o di impaginazione.

Il perito, in realtà, avrebbe fatto bene a ricontrollare la tabella in originale prima di esprimersi su di essa, ma anche gli stessi consulenti tecnici della difesa erano stati disattenti, loro per primi, nel riprodurre una tabella incompleta, evidentemente senza più ricontrollarla.

Ciò nonostante, nell'udienza del 20 settembre 2004, senza dare atto del proprio errore, il professor Grossi ha accusato il perito di aver utilizzato il dato sbagliato, così quasi facendo intendere che l'errore non era avvenuto per caso.

La critica così manifestata, poi, risulta ancora più ingiusta e inopportuna se si considera che al di là degli specifici dati, la tabella di Goodman & Gilman non può trovare alcuna utile applicazione nel caso concreto, perché in essa sono riportati dati e valori che si riferiscono a soggetti trattati con ferro, ma affetti da anemia sideropenica, mentre Tacchinardi non era né anemico, né sideropenico. Senza considerare, ancora, che la tabella si riferisce alla somministrazione di specifiche dosi di preparati in ferro che, come si è visto, il consulente della difesa ha ipotizzato essere avvenuta nel caso di Tacchinardi in misura, se non massima, certamente molto consistente, mentre in atti non vi è alcun elemento che possa far ritenere effettivamente praticata al giocatore tale somministrazione giornaliera di ferro.

Il richiamo che i consulenti della difesa hanno fatto a tale tabella a proposito di Tacchinardi, dunque, era e rimane del tutto inappropriato.

Né deve essere esaltata la funzione di un trattamento marziale, se non in soggetti anemici e carenti di ferro, perché a tal riguardo pure i consulenti della difesa sono risultati d'accordo, come si è già avuto modo di rilevare e come emerge fin dalla prima nota di osservazioni da loro stessi spedita al perito per posta elettronica. Lo stesso dottor Agricola, del resto, parlando della supplementazione di ferro negli atleti (v. trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagine 119-120 e 183-184), ha chiarito che la somministrazione di ferro, in mancanza di anemia, non serve ad aumentare l'emoglobina, mentre può servire per far aumentare la ferritina.

Né può sostenersi validamente, come pure è stato fatto, che l'incremento di emoglobina di Tacchinardi possa essere stato favorito da una buona ripresa post-infettiva, perché l'aumento di emoglobina nel giocatore è stato registrato tutto tra il 2 ed il 12 febbraio, quando cioè Tacchinardi, da pochi giorni visitato dal dottor Coni, assumeva numerosi medicinali, non era affatto guarito e non era neppure in ripresa, perché - come pure ha ricordato il dottor Coni - il giocatore non era ancora guarito dalla polmonite, quando veniva colpito da una bronchite, per la quale lo stesso medico prescriveva un'ulteriore terapia con antibiotici e antistaminici per via orale e con un cortisonico per aerosol.

Il fatto poi che il difensore abbia ricordato le osservazioni che sono state fatte a proposito dell'apporto marziale in ordine all'incremento di emoglobina dai consulenti del pubblico ministero, dal professor Cazzola e persino da questo giudice a commento finale di quanto i consulenti stessi avevano appena affermato nell'udienza del 10 novembre 2003, oltretutto dopo che sullo specifico punto è stato posto un preciso quesito al perito che, con l'accordo dei consulenti, ha fornito una puntuale risposta, è operazione che non può essere né condivisa, né ritenuta corretta, perché il contesto in cui tali affermazioni sono state fatte era quello della carenza funzionale di ferro e del trattamento con eritropoietina e si affermava, appunto, in quel contesto, che per aumentare l'efficacia della stimolazione eritropoietica esogena è sempre necessario sottoporre il soggetto a contemporaneo trattamento con preparati a base di ferro.

A meno che, dunque, il difensore non intendesse ammettere che a Tacchinardi era stata effettivamente somministrata eritropoietina, a tal riguardo rilevando il fondamentale ruolo della contemporanea somministrazione di ferro - ma l'ipotesi sembra doversi escludere - il richiamo da lui effettuato alle affermazioni rese da coloro che hanno partecipato all'indicata udienza del 10 novembre 2003, è da considerare improprio, impreciso e non corretto, in quanto - come si è già messo in evidenza - non si possono confondere due situazioni tra loro del tutto diverse, quali la carenza effettiva e reale di ferro, da una parte, e la carenza funzionale di ferro, dall'altra.

Per concludere, pertanto, sulla riscontrata risalita di emoglobina di Tacchinardi, è opportuno richiamare quanto su di essa ha convincentemente osservato il professor d'Onofrio, nelle sue note scritte del 2 settembre 2004, esprimendosi nel modo seguente: ".....in data 2 febbraio 1996 il giocatore non risultava affetto da anemia sideropenica, come evidenziato dalla normalità dei valori di MCV e MCH: l'anemia da carenza marziale è infatti immancabilmente microcitica, con MCV inferiore a 80 (qui è 89, non diverso dagli altri esami dello stesso atleta). L'unico dato clinico presente è una sideropenia pre-latente (riduzione della ferritina al di sotto di 30, ma ancora al di sopra di 15); la sideremia è elevata e anche volendo correggere l'errore di laboratorio ipotizzato dagli estensori la percentuale di saturazione della transferrina resterebbe ben al di sopra di 16%. E' una nozione elementare che, in assenza di anemia sideropenica, l'emoglobina non può variare in seguito alla somministrazione del ferro, che serve solo a reintegrare i depositi. Sull'ipotesi che il ferro abbia favorito il sorprendente recupero dell'emoglobina di Conte e Tacchinardi, secondo quanto riportato nelle "Osservazioni" e affermato dai Consulenti Tecnici in udienza, vale la pena di richiamare come gli stessi Consulenti della Difesa abbiano scritto testualmente, a proposito del ferro, nella breve nota che mi hanno fatto pervenire a fine maggio che 'non vi sono dati né è plausibile che esso possa incrementare un'eritropoiesi normale in presenza di normali quantità e depositi di questo elemento'. L'eritropoiesi di Conte e Tacchinardi non era affatto carente di ferro;

la loro anemia era legata, almeno in due episodi, a perdita di sangue acuta (e non cronica), non a sideropenia. Quindi la risposta non può essere stata accelerata dal ferro...." (note citate - pagina 12). Ad agosto 1996, si è registrato un quarto apprezzabile e inspiegabile calo di emoglobina in Tacchinardi, al quale il 24 agosto è stato riscontrato un valore di emoglobina di 13.7 g/dl, che successivamente è risalita tra un valore di 14 e 14.9 g/dl, rimanendo su tali livelli per l'intera stagione 1996/97 che, come si vedrà, è stata la stagione che in molti giocatori ha registrato bassi livelli di emoglobina.

Nell'aprile 1997 si è verificato poi un episodio di emartro nel giocatore, che il dottor Agricola ha segnalato pure nei fogli allegati alla relativa scheda sanitaria, ma ciò non ha comportato sostanziali variazioni nei valori di emoglobina di Tacchinardi.

Nell'ottobre 1997, si è verificato il quinto ed ultimo calo di emoglobina segnalato dal perito. Il 15 ottobre di quell'anno, infatti, Tacchinardi ha avuto un brutto malore, perché dopo la gara serale di Coppa Italia giocata con il Lecce il giocatore si è sentito male, ha accusato dolori allo stomaco, vomito, febbre, tanto da rendere necessario il ricovero in ospedale.

Nel foglio allegato alla scheda sanitaria del giocatore, il dottor Agricola così ha descritto l'accaduto: "Il 15/10/97, dopo una gara serale, dolori addominali e melena. Ricoverato presso l'ospedale Molinette e successivamente presso la Casa di Cura Fornaca (dottor Casalegno) viene posta diagnosi di gastropatia ulcerosa acuta. Trattata farmacologicamente."

Tacchinardi, invero, alle ore 23,50 del 15 ottobre 1997, si è presentato al Pronto Soccorso dell'ospedale Molinette per un episodio di melena ed è stato subito dopo ricoverato presso il Reparto di Chirurgia generale del professor Dei Poli, seguito dal dottor Agostino Casalegno, che risulta essere consulente esterno della Juventus e che è colui che, in occasione della broncopolmonite, aveva indirizzato Tacchinardi dal dottor Coni.

All'atto del ricovero, è stata riportata una diagnosi di melena ed ematemesi dopo assunzione di FANS e all'atto della dimissione del giocatore, avvenuta il giorno dopo, 16 ottobre, alle ore 19, la diagnosi è stata di "Ulcera gastrica sanguinante da FANS - Duodenite cronica"

I valori di emoglobina registrati al giocatore nei due emocromi che sono stati effettuati alle Molinette il 16 ottobre alle ore 0,11 e alle ore 8,36, sono risultati rispettivamente di 14.7 e 14.4 g/dl. Subito dopo la dimissione dall'ospedale Molinette, Tacchinardi è stato ricoverato presso la clinica Fornaca, anche se a tal proposito nella cartella clinica deve essersi verificato un errore, perché sembra che il giocatore sia stato ricoverato il 16 ottobre 1997 alle ore 9,53, mentre - come si è visto - il giocatore quel giorno è rimasto alle Molinette fino alle ore 19. Se si fa riferimento al diario clinico risultante dalla cartella, invero, si osserva che le annotazioni riportate si riferiscono a terapie effettuate dalle ore 19 in poi.

Così come, sempre nell'intestazione della cartella clinica, è riportato nello stampato come medico curante il dottor Guidalberto Guidi (lo stesso del certificato medico rilasciato a Tacchinardi il 7 febbraio dell'anno precedente), ma in realtà risulta annotato a mano il nome del dottor Casalegno che ha avuto in cura il giocatore, come lo stesso imputato ha scritto sulla scheda sanitaria.

Tacchinardi, se questa volta l'annotazione in cartella è corretta, è stato dimesso dalla clinica Fornaca il 19 ottobre 1997, alle ore 9. Anche presso tale Casa di cura sono stati eseguiti due emocromi al calciatore, il primo stampato nel pomeriggio del 17 ottobre, in cui l'emoglobina è risultata a 13.7 g/dl ed il secondo stampato alle ore 9,55 del 19 ottobre (evidentemente poco dopo la dimissione del giocatore), in cui l'emoglobina è stata accertata in 14.1 g/dl.

E' importante osservare, alla luce di quanto annotato nella cartella clinica, come nel corso del ricovero al giocatore sia stata praticata una terapia a base di folati e vitamina B12, oltre agli immancabili Esafosfina, Samyr e così via, ma non risulti essere stata registrata alcuna somministrazione di preparati in ferro, ad ulteriore conferma che Tacchinardi non veniva trattato come un soggetto anemico e sideropenico.

La risalita di emoglobina, anche in questo caso, è stata rapida e poco spiegabile e, oltretutto, come si è osservato, per l'episodio in parola non si possono invocare in aiuto neppure le somministrazioni

di preparati in ferro o di cortisonici, ai quali ci si è votati in precedenza, perché farmaci di questo tipo non risultano essere stati somministrati.

E, tuttavia, a distanza di poco meno di un mese e mezzo, il 4 dicembre a Tacchinardi è stato riscontrato un valore di emoglobina di 15.3 g/dl, di oltre un grammo e mezzo superiore a quello precedente e il 29 dicembre 1997 la risalita di emoglobina ha completato il suo corso, facendo registrare il valore di 15.6 g/dl.

I valori di emoglobina di Tacchinardi rimarranno poi alti per tutta la stagione 1997/98, come si vedrà anche per altri calciatori, raggiungendo un massimo di 16.2 g/dl il 29 maggio 1998 e facendo registrare valori di ferritina nei limiti, con percentuale di saturazione della transferrina sempre bassa e con due punte addirittura al di sotto del fatidico limite del 16%, indicato dal perito come fortemente sintomatico di stimolazione eritropoietica esogena.

Il ricupero agonistico di Tacchinardi, poi, è stato rapidissimo. A questo riguardo, in verità, il dottor Agricola ha dedicato due annotazioni nella scheda sanitaria, quelle contrassegnate dai numeri progressivi 8 e 9.

Nella prima delle due, che risulta redatta in data 16 ottobre 1997, sulla base di una diagnosi di "gastropatia ulcerosa acuta - ricovero ospedaliero", viene individuato un periodo di inidoneità all'attività agonistica del giocatore di dieci giorni a decorrere dal 15 ottobre ed invero, in data 25 ottobre 1997, è stata redatta la seconda scheda nella quale, sotto l'annotazione "postumi stabilizzati di gastropatia acuta", viene attestata dal dottor Agricola l'idoneità di Tacchinardi alla ripresa dell'attività.

Ancora una volta, però, il problema che emerge consultando gli almanacchi è che il giocatore non ha affatto rispettato il periodo di inattività prescritto e stabilito dal medico della società e ci si deve perciò chiedere, non soltanto a che cosa effettivamente servano le schede sanitarie di cui si tratta, con quale serietà esse vengano redatte e conservate e in quale ottica esse debbano essere lette e interpretate, ma soprattutto quale sia in pratica il ruolo svolto dal dottor Agricola, se egli non è neppure in grado di far valere e rispettare il suo giudizio medico-scientifico di inidoneità temporanea per fermare i giocatori, che come si è anticipato è il compito precipuo per il medico dello sport, anche alla luce di quanto disposto dal codice deontologico medico.

Nel caso in esame, oltretutto, non si tratta neppure di partecipazioni a partite amichevoli o soltanto a presenze in panchina, perché risulta che Tacchinardi il giorno 22 ottobre 1997 ha preso parte alla trasferta a Kosice e in tale data ha giocato la partita ufficiale della fase eliminatória di Champions League, partendo da titolare, che la Juventus ha vinto contro la squadra di casa.

Un'ultima considerazione va fatta a proposito di questo episodio del 15 ottobre 1997 ed è relativa al modo in cui esso, da una parte, è stato presentato dai quotidiani dell'epoca e, dall'altra parte, è stato riferito da Tacchinardi, prima al pubblico ministero in sede di sommarie informazioni testimoniali e, dopo, in giudizio nel corso dell'esame dibattimentale.

L'improvviso ricovero di Tacchinardi, infatti, era stato attribuito dalla stampa sportiva, sulla base di dichiarazioni rilasciate dal medico della società, come è stato scritto, per un attacco di gastrite acuta in conseguenza dell'eccessivo stress al quale si sarebbe trovato sottoposto il giocatore.

A tal proposito, e questa volta opportunamente, il difensore potrebbe rilevare che si tratta di elementi extra-processuali, privi di fondamento probatorio, tutti da verificare, perché dal punto di vista dell'incidenza probatoria diretta sui fatti del processo con riferimento al dottor Agricola il dato che si è riferito, infatti, non può assumere alcun rilievo.

Esso, però, serve a dimostrare, se non che il dottor Agricola avesse fornito false indicazioni ai giornalisti, che pur sostenevano di averlo sentito, quanto meno che tutti gli interessati si sono guardati bene dal far trapelare la vera causa della gastropatia ulcerosa accusata dal giocatore, non essendo assolutamente verosimile che gli organi di informazione sportiva potessero aver indicato concordemente una causa diversa da quella vera, se fossero stati a conoscenza della diagnosi ospedaliera.

Un collegamento a tale tipo di atteggiamento sviante, del resto, si è registrato più volte anche nel processo, attraverso le false dichiarazioni rese dal giocatore Tacchinardi, anche se in questo caso,

ovviamente, la gravità del comportamento dell'interessato è di gran lunga maggiore, perché si tratta di comportamenti che integrano estremi di reato.

La volontà di evitare che si conoscesse la vera ragione di quanto capitato, però, ha ugualmente indotto il giocatore agli inammissibili comportamenti tenuti. Egli, infatti, pur avendo avuto un malore di grande rilievo, con forti dolori, durante il quale ha vomitato sangue e altro sangue ha perduto attraverso le feci, tanto da doversi ricoverare d'urgenza, ha trovato il modo di spiegare bellamente l'episodio al pubblico ministero che lo interrogava nel corso delle indagini preliminari sostenendo essersi trattato dell'effetto dell'ingestione di una bibita ghiacciata. Né si può ipotizzare che il giocatore non fosse venuto a conoscenza dell'esatta diagnosi, perché essa risulta riportata sui documenti ospedalieri tanto delle Molinette, quanto della clinica Fornaca ed il giocatore potrebbe non averli letti solo se qualcuno glieli avesse volutamente tenere nascosti, circostanza che non risulta né sussistente, né verosimile.

Comportamento analogo è stato tenuto da Tacchinardi nel corso dell'udienza del 21 luglio 2003 quando, esaminato come testimone, ha confermato la circostanza dell'assunzione della bibita ghiacciata senza aggiungere, modificare o chiarire alcunché. Eppure, il fatto è rilevante e grave, perché non solo si è cercato di nascondere l'abuso di medicinali, ma soprattutto di evitare che emergesse che tali farmaci erano FANS, per giunta somministrati in abbondanza ad un soggetto che il dottor Agricola conosceva benissimo, non solo perché egli approfondisce la conoscenza di tutti i giocatori che gli vengono affidati, ma anche perché di Tacchinardi egli aveva finito col doversene occupare persino prima che il giocatore fosse acquistato dall'Atalanta, a proposito della relazione da lui inviata all'Amministratore delegato nell'aprile 1994 e sapeva trattarsi di persona affetta tra l'altro da gastrite e soggetta a perdite di sangue dal retto, come da lui stesso scritto, ragioni per le quali il calciatore era stato sottoposto a endoscopia gastrica e a visita proctologica.

Sarà compito del pubblico ministero quello di approfondire quanto accaduto, per individuare eventualmente anche chi abbia consigliato al giocatore di comportarsi nel modo descritto, inducendolo a gravi quanto puerili affermazioni non vere; in questa sede, basta il rilievo che si è fatto per confermare, ove ancora ce ne fosse stato bisogno, l'assoluta inattendibilità delle dichiarazioni rese da Tacchinardi, come del resto dalla maggior parte dei suoi compagni di squadra.

Questi i casi che maggiormente hanno colpito il perito, in considerazione delle obiettive oscillazioni nei parametri di emoglobina dei giocatori Conte e Tacchinardi che non trovano giustificazione nella possibile variabilità fisiologica.

Il professor d'Onofrio ha esaminato anche i parametri degli altri giocatori presi in considerazione ed ha pure spiegato che comunque si è trattato di analisi eseguite in modo intra-individuale, consistenti cioè nel confrontare i dati di ogni singolo calciatore, in modo da poter valutare le eventuali oscillazioni dei valori, tutte con riferimento allo stesso atleta di volta in volta considerato.

Poiché non si è potuto far ricorso all'applicazione del concetto di valore basale o di valore medio individuale, per le evidenti ragioni che si sono già indicate, il perito ha utilizzato come metodo - peraltro dimostratosi del tutto indicativo - quello della cosiddetta differenza critica, calcolata secondo la formula riportata a pagina 35 della relazione scritta, definita per questo dal difensore la pagina più importante della perizia.

Il professor d'Onofrio ha spiegato che: "Ogni differenza fra due successivi valori osservati nello stesso paziente, in tempi diversi, che superi il valore previsto dalla formula sopraindicata può essere attribuito quindi, con buona probabilità, a una modificazione non fisiologica intervenuta nel paziente: ad esempio l'insorgenza o l'evoluzione di una malattia, oppure l'assunzione di farmaci..." ed ha continuato ribadendo la stabilità del valore dell'emoglobina che, in sostanza, può modificarsi o per malattie o per l'esecuzione di trasfusioni o per l'assunzione di eritropoietina.

Quali sono, allora, le variazioni che superano il valore previsto dalla formula che il perito ha richiamato e che, quindi, danno luogo alla differenza critica e cioè ad una variazione che non trova giustificazione nella modificazione fisiologica del soggetto?

Sulla base degli studi presi in considerazione dal professor d'Onofrio, da lui specificamente citati, si deve ritenere sussistente la differenza critica ogniqualvolta nello stesso soggetto si verificano variazioni nel breve e medio termine (da giorno a giorno a da un mese all'altro) pari al 13% di emoglobina o al 12% di ematocrito e nel lungo periodo (nell'anno, con l'aggiunta della variabilità stagionale) variazioni pari al 16% di emoglobina o al 15% di ematocrito.

Si è già detto delle critiche della difesa a tale criterio e si è osservato come esse risultino del tutto infondate, proprio sulla base della validità e della coerenza dei criteri da adottare che, in definitiva, dati alla mano, impedivano al perito di sceglierne altri e di comportarsi in modo diverso.

Se poi si guarda alla sostanza e all'effetto pratico che da esso deriva, allora, le critiche rivolte al criterio adottato risultano ancor più infondate, perché la variabilità tollerata prima che si individui la differenza critica è sicuramente maggiore degli scostamenti consentiti e ritenuti non patologici dalla campagna "Io non rischio la salute"-2 che, come si è visto, sono stati individuati nel 10% e, cioè, in una percentuale più bassa rispetto a quella utile ad individuare la differenza critica, sia che si prenda in considerazione il breve o il medio termine, sia che si guardi al lungo periodo.

Né si può sostenere che il risultato potrebbe essere influenzato dalle modalità del prelievo, in quanto se tali modalità in assoluto possono in qualche modo influire sull'esito dell'esame, nei casi concreti di cui ci si sta occupando risultano del tutto ininfluenti.

Intanto, si è già precisato che i prelievi ai quali si riferisce il protocollo "Io non rischio la salute" sono da eseguire presso centri ben individuati e predeterminati e non scelti dalle società e, soprattutto, nelle condizioni di luogo e di tempo previste nello stesso protocollo e non individuate a piacimento delle società interessate. Questi elementi già distinguono nettamente i prelievi del protocollo CONI dai prelievi effettuati ai giocatori della Juventus e non certamente in senso sfavorevole ai calciatori.

In secondo luogo, tutti i prelievi dei giocatori in questione, salvo rarissime eccezioni, sono stati effettuati presso l'infermeria della società e, quindi, non si dovrebbero riscontrare sostanziali differenze tra loro, quanto a modalità di esecuzione.

In terzo luogo, chi ha detto che i prelievi eseguiti presso i locali in uso alla società non avrebbero potuto rispettare le modalità e le condizioni per essi previsti dal protocollo CONI?

Tali modalità sono riportate alle pagine 48 e 49 dell'opuscolo CONI di cui si è detto e consistono nei seguenti criteri: a) prelievo da effettuarsi di mattina a digiuno (idealmente tra le ore 7 e le 9); b) il soggetto da controllare prima del prelievo deve rimanere 10 minuti seduto in ambiente a temperatura confortevole; c) il prelievo va fatto preferibilmente da una vena cubitale; d) si deve usare il laccio per l'individuazione della vena, ma poi il laccio va sciolto al momento del prelievo; e) bisogna usare aghi grossi; f) bisogna scartare i prelievi dubbi.

Ebbene, forse alla Juventus non si facevano così? Non era forse sempre un medico che effettuava materialmente il prelievo ai giocatori? E lo stesso dottor Agricola, parlando dei farmaci di esclusivo uso ospedaliero, non ha forse affermato che l'infermeria della società non aveva nulla da invidiare agli ospedali già di un certo livello?

Il perito, inoltre, ha pure fatto presente come il descritto criterio della differenza critica abbia trovato applicazione solo per l'emoglobina (e l'ematocrito, di fatto però quasi mai considerato) proprio per la stabilità di tale parametro, mentre non si è mai applicato ai parametri del bilancio marziale, perché ritenuti più variabili e meno affidabili e per i quali, pertanto, si è tenuto conto dei valori di ordinaria variabilità comunemente ritenuti normali.

Sempre a proposito dei parametri del ferro, il professor d'Onofrio, rispondendo al professor Mannucci che appunto gli chiedeva se si potesse considerare affidabile la percentuale di saturazione della transferrina che è frutto di un calcolo che, come si è visto, tiene conto di altri due parametri marziali, il secondo dei quali, la sideremia (l'altro è la ferritina), comunemente ritenuto molto variabile, ha risposto che la variabilità analitica di tali dati è controllabile e di essa normalmente si tiene conto soprattutto se, come nel caso di specie, non si valuta un unico esame di laboratorio, ma se ne prendono in considerazione tanti insieme, riguardanti pure più atleti ben individuati, sì che l'eventuale variabilità analitica possa immediatamente emergere in modo evidente.

Il professor d'Onofrio, inoltre, ha fatto presente che tutti i protocolli di utilizzo clinico dell'eritropoietina prevedono che venga somministrato ferro a pazienti con saturazione della transferrina inferiore al 20%, a dimostrazione che di tale parametro si tiene diffusamente conto nella comune pratica clinica.

In ogni caso, occorre ribadire che i parametri marziali ai quali ha fatto riferimento principalmente il perito e, cioè, quelli della ferritina e della percentuale di saturazione della transferrina, sono stati comunque utilizzati solo nell'ambito di un semplice riscontro alla variazione dell'emoglobina, mentre essi, da soli, in mancanza di variazioni apprezzabili dell'emoglobina, non sono mai stati considerati dal perito. Proprio per questo, evidentemente, il professor d'Onofrio ha affermato che l'indagine da lui svolta era fondata al 90% sul parametro dell'emoglobina e lo ha chiaramente spiegato e precisato in più occasioni (per tutte, v. trascrizioni registrazioni udienza del 28 giugno 2004 - pagine 65 e seguenti).

Altra critica che pure è stata fatta al modo di operare del professor d'Onofrio riguarda l'effetto derivante dal criterio appena descritto, secondo il quale è possibile individuare caratteri di anormalità pure nell'ambito di valori che in assoluto rientrerebbero invece nel range ordinariamente considerato di normalità.

Ebbene, l'obiezione non ha alcuna ragione di essere proposta e, anzi, risulta anche in antitesi con le convinzioni che lo stesso dottor Agricola ha più volte manifestato, pure nel corso del processo. Se, infatti, si guardasse ai soli valori per così dire di normalità assoluta o laboratoristica dei vari parametri, occorrerebbe ritenere rilevanti solo gli scostamenti che, ad esempio, si riferiscano a valori superiori a 51-53 per l'ematocrito e 17-17.5 per l'emoglobina, comunemente ritenuti come limiti massimi accettabili.

Si ritornerebbe in pratica ai criteri del protocollo "Io non rischio la salute" edizione 1998 e alle polemiche che hanno caratterizzato la prima parte del processo, quando appunto venivano specificamente considerati negli esami ematologici dei giocatori gli "sforamenti" del limite del 50% per l'ematocrito.

Tale sistema è stato abbondantemente contrastato proprio dall'imputato, sia in ambito esterno al processo, sia nel corso del giudizio.

Il dottor Agricola, invero, dopo l'introduzione del primo protocollo "Io non rischio la salute" ha manifestato per iscritto ai propri dirigenti le sue critiche in ordine alla validità dei criteri adottati, affinché esse fossero comunicate alla Federazione che deve pure averne tenuto conto, tanto è vero che il protocollo è stato cambiato proprio nel senso indicato dal dottor Agricola.

Nel corso del processo, l'imputato ha ripetuto in pratica la ragione delle sue critiche ed ha spiegato: "...Abbiamo notato che venivano eventualmente fermati giocatori, sarebbero... io mi interessavo del calcio, sia ben chiaro, sarebbero stati fermati giocatori che superavano il 50% sulla presunzione che questi... per la tutela della salute è una parola di cui ci si ammantava facilmente per invece nascondere la ricerca assoluta integralista di vedere invece il doping là dove magari non esiste. E allora, alla luce di questo, sarebbero stati fermati giocatori che superavano il 50% e magari non venivano fermati dei giocatori che facevano doping e quindi utilizzavano l'eritropoietina e arrivavano a 49.9 e se la cavavano; se questo era un metodo attendibile io mi chiedo come - e garantista - io mi chiedo come sia possibile!..." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003- pagina 115).

Il consulente della difesa, professor Cazzola, poi, è stato ancora più esplicito, perché ha spiegato pure i danni che possono derivare da un uso per così dire misurato dell'eritropoietina. Egli riferendosi all'epoca del primo protocollo CONI, così ha dichiarato: "...Il mio problema invece era diverso; la mia critica di membro della Commissione Scientifica della Federazione Italiana Gioco Calcio a quel protocollo era un'altra: che se si analizza quello che è successo da quando il protocollo, il primo protocollo, è stato introdotto, da allora fino al momento di cui stiamo parlando, e cioè '99/2000, il limite superiore di ematocrito aveva avuto un effetto paradossale: di indurre un doping generalizzato, ovviamente più ..., per cui la maggior parte degli atleti di questi sport di endurance fondamentalmente usava eritropoietina, portava l'ematocrito intorno ai 50, ovviamente sotto, lo controllava costantemente - e questo può farLe capire perché in alcuni casi gli atleti

girassero con al seguito questi strumenti per misurare l'ematokrito - e quindi inducesse proprio l'atleta a fare doping con eritropoietina stando sotto il 50%. C'era anche un effetto paradossale psicologico, perché l'atleta ipotetico che aveva 49.9 di ematokrito, anche se in condizioni basali il suo ematokrito sarebbe stato 40, diceva: "Ma io non sono dopato. Voi avete fissato un limite del 50%, io sono sotto e quindi sono perfettamente in regola". Se pensa ad alcuni episodi del passato, vedrà che questo tipo di critica da parte degli atleti era stato fatto.

Ora, è vero che stare al di sotto del 50% poteva comunque essere da un punto di vista medico un vantaggio, perché gli effetti trombotici che sono stati osservati in passato, sono stati osservati per valori molto più alti, ma il problema degli effetti collaterali dell'eritropoietina non è tanto in questo; è quello che è emerso negli ultimi anni proprio, che purtroppo una parte dei pazienti che vengono trattati con questo farmaco, una piccola parte, e che ne traggono comunque un grande beneficio, sviluppa anticorpi contro il farmaco ricombinante che inattivano l'eritropoietina prodotta dallo stesso paziente e sviluppa una malattia che si chiama aplasia eritroide selettiva, diventando totalmente - totalmente dico - dipendente dalle trasfusioni...." (trascrizioni registrazioni udienza del 17 marzo 2003 - pagine 12 e 13).

Il perito, del resto, ha spiegato e dimostrato come studi molto seri, quale quello di Audran e collaboratori 1999, di cui è riportata una sintesi nella tabella 1 (pagina 13 della relazione scritta) o anche quello dello stesso Parisotto e collaboratori, abbiano evidenziato che la somministrazione di eritropoietina, effettuata in dosi terapeuticamente efficaci, non abbia prodotto variazioni nei parametri ematici iniziali maggiori del 10%. Lo stesso uso clinico dell'eritropoietina, d'altra parte, di regola determina inizialmente il raggiungimento di valori di emoglobina considerati nella norma, con somministrazioni che, successivamente, consentano il mantenimento di tali valori.

Quale significato può avere, dunque, la lamentela avanzata dalla difesa, secondo la quale in questo processo il perito sarebbe andato straordinariamente a scovare la anomalia all'interno dei valori di normalità dei parametri ematologici?

Il quesito che gli era stato affidato non imponeva, infatti, di individuare se fossero stati superati negli esami dei giocatori i valori comunemente ritenuti normali, essendo stato richiesto al perito, invece, di dare una valutazione delle variazioni eventualmente riscontrate nei valori ematologici di tutti o di alcuni giocatori.

Ed il professor d'Onofrio si è comportato, in pratica, come normalmente ha dichiarato di comportarsi proprio il dottor Agricola per le sue indagini interne, dal momento che lo stesso imputato ha ricordato che i dati aggiornati dei giocatori da lui di volta in volta aggiunti nel computer vengono trasformati automaticamente in una media per ciascun giocatore.

Riferendosi in generale ai vari parametri da cui ricavare lo stato di salute dei calciatori, il dottor Agricola prima ha spiegato a quali parametri si riferiva: "...allora, non so, tanto per dire, parametri più interessanti possono essere, per valutare lo stato fisico del paziente... del paziente, del giocatore, e beh, allora si può guardare l'emoglobina, che si chiama Hb; poi possiamo guardare la CPK, la creatinfosfochinasi; poi possiamo guardare la bilirubina totale, la bilirubina diretta; possiamo vedere le gamma-GT; possiamo vedere... che so io, le GOT e le GPT; possiamo vedere il... gli elettroliti e poi ovviamente il cortisolo e il testosterone, e poi ultimo....le sottopopolazioni linfocitarie. Tutte le sottopopolazioni linfocitarie..." e, dopo, su sollecitazione del pubblico ministero che chiedeva ulteriori spiegazioni circa le variazioni di cui veniva tenuto conto, l'imputato ha aggiunto: "mah, alterazione nel senso come ho detto io, cioè variazione anche nel range di normalità....è come ho inteso io prima: cioè nell'ambito del range di normalità anche del laboratorio la variazione dalla media, dalla media dell'individuo, pur essendo ancora nell'ambito del range di normalità. Questo è chiaro...." (trascrizioni registrazioni udienza del 10 luglio 2003 - pagine 72 e seguenti).

Nell'udienza successiva, riferendosi proprio all'emoglobina, il dottor Agricola ha ripetuto il concetto in modo ancora più chiaro: "...nella valutazione di tutti, dei valori, l'emoglobina è quello che indica se c'è una situazione di malattia, che è l'anemia, oppure di incremento dell'emoglobina nell'altro senso, che allora potrebbe essere legata a somministrazione di eritropoietina, e quindi da questo punto di vista è importante; poi dal punto di vista sportivo è chiaramente importante poter avere

sulla media del soggetto un'emoglobina che più o meno sia quella sua e quindi che non ci siano delle situazioni di grande abbassamento dell'emoglobina, pur nei range di normalità, perché se non chiaramente il giocatore sta meno bene, questo è sicuro....." e quando è stato chiesto all'imputato: "...anche dell'emoglobina lei ricavava il valore medio per giocatore indipendentemente dagli indici, così, astratti?", il dottor Agricola ha risposto: " sì, certo, sì sì." (trascrizioni registrazioni udienza del 21 luglio 2003 - pagina 187).

Il primo in questo processo a parlare di anormalità all'interno della normalità è stato, dunque, il dottor Agricola e non il professor d'Onofrio.

Tutte le critiche rivolte al perito a tal riguardo dalla difesa, dunque, hanno il carattere della strumentalità, perché il professor d'Onofrio si è attenuto nella sua indagine ad un metodo e a criteri che il dottor Agricola conosceva, auspicava ed applicava e anche sull'importanza da assegnare al parametro dell'emoglobina l'imputato è risultato assolutamente in sintonia con il perito, tanto che si può rilevare con assoluta evidenza che quanto ha affermato il professor d'Onofrio a proposito dell'emoglobina nella famosa pagina 35 della sua relazione scritta ("Ogni differenza fra due successivi valori osservati nello stesso paziente, in tempi diversi, che superi il valore previsto dalla formula sopraindicata può essere attribuito quindi, con buona probabilità, a una modificazione non fisiologica intervenuta nel paziente: ad esempio l'insorgenza o l'evoluzione di una malattia, oppure l'assunzione di farmaci...") risulta in totale sintonia con quanto, come si è visto, aveva già dichiarato il dottor Agricola nell'udienza del 21 luglio 2003 ("l'emoglobina è quello che indica se c'è una situazione di malattia, che è l'anemia, oppure di incremento dell'emoglobina nell'altro senso, che allora potrebbe essere legata a somministrazione di eritropoietina, e quindi da questo punto di vista è importante").

Si è osservato, pertanto, come il perito abbia segnalato i casi Conte e Tacchinardi, in quanto ritenuti i più rilevanti e significativi, perché dalle risalite rapide e ingiustificate dei valori di emoglobina, emerge un uso che il perito ha definito acuto di eritropoietina, nel senso che la somministrazione di eritropoietina risulta effettuata ai due giocatori per brevi periodi e nelle specifiche occasioni indicate.

Ma l'indagine del professor d'Onofrio ha portato a riscontrare anche un uso per così dire cronico di eritropoietina sulla scorta di elementi riguardanti tutti o gran parte dei giocatori presi in considerazione.

Intanto, va subito rilevato come tutti e due i periti, il professor Muller ed il professor d'Onofrio, abbiano autonomamente messo in evidenza l'intrinseca e sostanziale sproporzione esistente tra le numerose e frequenti indagini di laboratorio, da una parte, e la sommarietà delle documentazioni cliniche, nonché la mancanza quasi assoluta di prescrizioni terapeutiche, dall'altra. Tale rilievo risulta effettuato dal professor d'Onofrio a pagina 20 della propria relazione scritta, ma si legge pure in modo analogo a pagina 2 della relazione del professor Muller.

Il perito farmacologo ha individuato in tale dato una gestione da parte del dottor Agricola, oltre che non organizzata, anche poco trasparente della propria attività.

Il professor d'Onofrio, inoltre, ha considerato tale dato come elemento di forte sospetto pure in una diversa ottica, ritenendo sostanzialmente che le frequenti indagini ematologiche effettuate, peraltro non accompagnate da osservazioni cliniche e terapeutiche, fossero in realtà destinate a monitorare situazioni ben determinate, più che a perseguire fini terapeutici per i giocatori.

La frequenza con cui sono stati effettuati i controlli sui giocatori è effettivamente molto intensa, anche se si è osservato che il protocollo di controllo previsto per gli atleti è predefinito in via generale e viene eseguito abitualmente con una cadenza bimestrale, sì che quando i campioni di sangue prelevato ai calciatori vengono trasmessi alla clinica Fornaca, gli analisti di tale Casa di cura sanno già perfettamente quali sono le analisi da eseguire, senza bisogno di ripetere ogni volta pure la richiesta.

Si è anche fatto rilevare come tale prassi dell'esecuzione di controlli frequenti e periodici sia seguita pure da altre squadre e non deve essere ritenuta una caratteristica riferibile solo alla Juventus, ma si

ritiene di poter concordare col perito nel constatare a tal riguardo che, indipendentemente dalla verifica di siffatta affermazione, rimane obiettivamente il dato di controlli molto fitti sui giocatori. Il criterio della cadenza bimestrale comporta già intrinsecamente il ripetersi di esami in misura che effettivamente pare sproporzionata, se considerata come precauzione destinata soltanto a salvaguardare la salute degli atleti. Gli attestati di idoneità alla pratica agonistica, ad esempio, sono eseguiti con cadenza semestrale.

Se ai controlli bimestrali, poi, si aggiungono magari gli esami che si rendono necessari al momento del raduno dopo la pausa estiva ovvero in occasione delle convocazioni in Nazionale ovvero per altri motivi contingenti, come pure l'imputato ha spiegato, allora emerge con assoluta evidenza che i controlli eseguiti sui calciatori travalicano sicuramente il semplice interesse terapeutico e risultano finalizzati, quanto meno, alla verifica del perfetto stato di forma del calciatore con diretto riferimento all'impegno agonistico da sostenere.

A ben vedere, poi, in alcune occasioni e per determinati giocatori, gli esami ematochimici sono stati ripetuti a distanza di qualche settimana o addirittura di pochi giorni, come è capitato, ad esempio, per Amoruso in aprile-maggio 1998; Birindelli nel maggio 1998; Conte in agosto 1996 e marzo 1997; Del Piero in gennaio 1996; Deschamps in agosto-settembre-ottobre 1995, nel luglio 1997 e in dicembre '97-gennaio '98; Di Livio per il quale compaiono esami con cadenza in pratica mensile; Ferrara nel marzo 1998 e, ancora, Iuliano, Montero, Pessotto e Zidane, come si evince dagli esami eseguiti, riportati pure nelle tabelle del perito.

Le spiegazioni che sono state offerte a tal riguardo dall'imputato e dalla difesa per alcuni casi - pochi per la verità - possono anche risultare verosimili, come per i prelievi effettuati nell'agosto 1998, anche se in questo caso forse un esame solo poteva essere già sufficiente, ovvero per i controlli effettuati su Conte ad inizio settembre 1998. Relativamente a tutti gli altri esami ravvicinati, però, le spiegazioni offerte non risultano convincenti e appaiono persino un po' sbrigative.

Si è visto, ad esempio, come il pubblico ministero abbia fatto osservare, che non ha fondamento sostenere che la ripetizione degli accertamenti sarebbe stata giustificata dalla richiesta dei medici della Nazionale in previsione degli impegni da affrontare con tale selezione, quando poi gli esami risultano ripetuti a giocatori neppure convocati.

Analogamente, il perito ha rilevato che non ha molta credibilità logica sostenere che la ripetizione ravvicinata degli esami potrebbe trovare giustificazione nella presenza di alcuni valori alterati che perciò andavano ricontrrollati, quando però non risulta neppure effettuata una diagnosi o iniziata una terapia che, oltretutto, in periodi così ravvicinati non avrebbe comunque potuto ottenere effetti miracolosi.

Neppure grande rilievo si può dare, infine, alla spiegazione secondo cui alcune ripetizioni ravvicinate di esami sarebbero state giustificate dalla necessità di verificare alcuni incrementi di CPK, perché tale parametro della creatinfosfochinasi, che come si è visto è molto caro ad Agricola (come lo è a Locatelli), risulta spesso negli esami di altri giocatori per i quali tuttavia non emergono verifiche ravvicinate.

Le giustificazioni fornite, insomma, pur se possono servire a spiegare alcune ripetizioni di esami effettivamente motivate da specifiche ragioni - e forse per questo si è preferito da parte della difesa allargare il campo degli esempi da considerare, non limitandosi a quelli segnalati dal perito - non risultano però idonee a convincere della necessità di rinnovare gli accertamenti in tempi ravvicinati proprio nei casi specificamente presi in esame dal perito, quando cioè è stato contemporaneamente riscontrato pure un valore di emoglobina poco spiegabile o perché elevato o perché in rapida diminuzione.

Il perito, dunque, ha esaminato i valori di emoglobina dei giocatori di cui si tratta e, a questo proposito, va fatta un'ulteriore osservazione perché, guardando i dati relativi ai giocatori selezionati, si nota che la tendenza è quella ad un progressivo aumento dei valori di emoglobina. Riguardando i vari esami, si può osservare, infatti come il valore di emoglobina iniziale, nel periodo

di permanenza alla Juventus, tenda nettamente a crescere, anche se in alcuni si registra un lieve calo nei primi mesi, possibile conseguenza pure del differente sistema di allenamento.

Dopo un apprezzabile periodo di permanenza nella società del dottor Agricola, però, l'emoglobina dei giocatori di norma si assesta su valori più alti di quelli riscontrati al giocatore al momento del suo arrivo in squadra. Il caso più clamoroso, e probabilmente anche inspiegabile, è quello che riguarda Dimas che in un solo anno di Juventus ha fatto registrare un incremento di emoglobina di tre grammi: 13.6 g/dl nel novembre 1996 - 16.6 g/dl nel dicembre 1997.

Sempre con riferimento ai dati presi in esame, il perito ha predisposto delle tabelle dei parametri ematologici dei venti giocatori (tabella n. 2 - pagina 22 della relazione), dei coefficienti di variazione della ferritina (tabella 3 - pagina 24) e della percentuale di saturazione della transferrina (tabella n. 4 - pagina 25).

Dall'osservazione complessiva di tali dati, il professor d'Onofrio ha rilevato come siano ben individuabili degli andamenti stagionali e, cioè, dei periodi in cui i dati ematologici dei giocatori concordemente manifestino valori più alti ovvero periodi in cui tali valori risultino in declino.

Il professor d'Onofrio ha individuato due precisi periodi in cui i valori ematologici dei giocatori appaiono in netto rialzo, ma di uno di essi, corrispondente all'aprile 1996, egli non ne ha tenuto comunque conto, perché i dati relativi a tale periodo sono sembrati al perito sovrastimati, come si è già anticipato a proposito dell'analisi dei valori riscontrati al giocatore Conte.

Si è rilevato, peraltro, che per la stagione 1996-97 i valori ematologici della maggioranza dei giocatori sono stati più bassi rispetto a quelli fatti registrare nella stagione precedente (1995/96) e in quella successiva (1997/98).

Il dottor Agricola ha attribuito tale fenomeno al fatto che nella stagione 1996/97 gli impegni agonistici, tutti di alto livello, sono stati numerosi e soprattutto distribuiti in maniera diversa dalle altre stagioni (si è detto della Coppa Intercontinentale del novembre 1996 e, inoltre, nel gennaio 1997 la squadra avrebbe dovuto giocare pure la Supercoppa europea), per cui in quel periodo sono state necessariamente modificate le modalità di allenamento, riducendo i tempi di preparazione basata sulla forza. Ciò avrebbe prodotto come conseguenza un consumo maggiore di globuli rossi, aumentando gli effetti della cosiddetta emodiluizione da allenamento, e quindi un abbassamento complessivo dei valori ematologici.

Il perito, però, ha spiegato che il fenomeno al quale ha fatto riferimento l'imputato può essere utile per giustificare solo variazioni che si verificano in brevi periodi di tempo. Il professor d'Onofrio, infatti, ha ricordato come l'espansione del volume plasmatico provocata dall'esercizio aerobico ha in genere effetto solo per pochi giorni o, al più, qualche settimana, ma non può durare un'intera stagione calcistica, che si sviluppa in molti mesi, perché la moderata diminuzione di emoglobina che si verifica nella fase iniziale degli allenamenti cessa spontaneamente con la naturale produzione di un numero maggiore di globuli rossi, tale da ristabilire l'equilibrio tra plasma e globuli rossi. In questo modo, pure il valore di emoglobina - ovviamente - si riporta su livelli di normalità individuale.

Proprio per questa ragione, anzi, il perito non ha tenuto conto dei valori fatti registrare dai giocatori nel mese di luglio, in quanto luglio è il mese in cui normalmente si riprende la preparazione della squadra dopo la sosta estiva, per cui ricominciando gli allenamenti nei giocatori possono prodursi, appunto, le modificazioni di cui si è detto. Il perito, pertanto, ha considerato per ogni stagione il periodo che va dall'inizio di agosto alla fine del successivo mese di giugno.

Sempre con riferimento alla stagione 1997/98, poi, il professor d'Onofrio ha messo in evidenza come in tale periodo si sia verificato mediamente l'aumento dei valori di emoglobina più sensibile, anche se confrontato con i dati della stagione 1995/96 e come tale aumento, inoltre, abbia finito col coincidere con la fine dell'anno 1997 e l'inizio del 1998.

Le critiche della difesa alle osservazioni del perito, in questo caso, hanno riguardato nuovamente il modo in cui sarebbero stati scelti i giocatori, in quanto la media sarebbe stata ricavata sulla base di dati selezionati in modo non completo e sfavorevole all'imputato.

Non si può che ripetere, ancora una volta, peraltro, che in questa sede non interessa l'esatta redazione di medie, bensì di trovare una spiegazione valida e convincente alle variazioni riscontrate nei singoli giocatori ed è indubitabile, a tal riguardo, come nella maggior parte dei calciatori presi in esame i valori di emoglobina fatti registrare mediamente (media individuale, ovviamente) nella stagione 1997/98 siano superiori a quelli della stagione precedente e, in gran parte, anche a quelli della stagione 1995/96, come si può facilmente ricavare dai referti in atti.

L'aumento, invero, si riscontra in Conte, Del Piero, Di Livio, Ferrara, Pessotto, Tacchinardi, Torricelli, Dimas, Iuliano, Montero, Zidane. In tutti questi giocatori la media dei valori di emoglobina fatta registrare da ciascuno di loro nella stagione '97/98 è maggiore della rispettiva media riscontrata nella stagione '96/97 e della media relativa alla stagione '95/96, tenendo ovviamente conto che per Dimas, Iuliano, Montero e Zidane non vi sono dati relativi alla stagione '95/96.

Occorre ricordare, ancora, che sempre nel periodo dicembre 1997-marzo 1998, come ha segnalato il perito nelle note scritte del 7 ottobre 2004, Dimas, Iuliano e Montero hanno presentato il loro valore più elevato di emoglobina su un numero di 13, 21 e 22 esami rispettivamente effettuati; Amoruso il terzo valore più alto su 20 esami; Birindelli il quarto su 16; Del Piero il terzo su 32; Deschamps il terzo su 30; Ferrara il quarto su 41; Peruzzi il quinto su 36; Rampulla il secondo più alto su 23 e Tacchinardi il sesto su 47.

Poiché lo stesso imputato - come si è visto in perfetta sintonia con il perito - si è mostrato convinto del fatto che, in assenza di ragioni patologiche l'emoglobina aumenta solo per stimolazione esogena di eritropoietina, occorre allora concludere rilevando che, non essendovi alcuna ragione per ritenere che i giocatori in esame fossero affetti da particolari patologie da invocare a giustificazione delle avvenute variazioni di emoglobina, i riscontrati aumenti devono essere ricondotti e spiegati solo con la somministrazione di eritropoietina.

Il professor d'Onofrio, ancora, oltre alla variabilità stagionale di emoglobina di cui si è detto, ha rilevato una variabilità per ruolo nei giocatori esaminati.

L'osservazione ha suscitato molte reazioni da parte della difesa, tra le quali le maggiori hanno riguardato il modo in cui sarebbero stati individuati i centrocampisti, con critiche al perito anche di ordine calcistico, per non aver saputo scegliere bene i giocatori ai quali attribuire tale ruolo. Se si verificano, però, le considerazioni del perito, si può non concordare con lui forse solo riguardo al ruolo di Dimas, definito centrocampista nelle osservazioni di carattere individuale svolte sul giocatore, ma non inserito nella tabella dell'allegato 5 della relazione scritta, nella quale figurano inseriti i dati di Conte, Deschamps, Di Livio, Pecchia e Tacchinardi, sui quali il perito ha svolto le proprie considerazioni.

In ogni caso, talvolta non è facile neppure per i professionisti del calcio, soprattutto con la moderna concezione, assegnare rigidi ruoli a campioni con caratteristiche di grande adattabilità a più fasi di gioco. Basti notare come già solo tra i giocatori prescelti, ad esempio, ci sarebbe molto da discutere sul ruolo da assegnare a campioni come Del Piero o Zidane (che peraltro il perito ha considerato attaccanti).

Ancora più difficile, poi, risulta individuare differenze tra i giocatori, perché come si è detto ragioni tattiche e di organizzazione di gioco sempre più impongono a tutti i giocatori di partecipare alla fase difensiva, come a quella offensiva e, perciò, molto spesso è pure difficile stabilire chi sperperi più energie ad esempio tra un centrocampista ed un giocatore di fascia. Nel caso in esame, inoltre, si tratta di giocatori della stessa squadra che svolgono insieme gli allenamenti quotidiani con criteri più o meno simili, ancorché personalizzati.

Per questa ragione, non si ritiene di poter considerare decisive le differenze rimarcate a tal riguardo, sulla base dell'individuazione astratta e schematica per ruolo.

Ciò nonostante, va comunque ricordato che tutti gli studi che sono stati effettuati, quello di Malcovati compreso, hanno rilevato che nei centrocampisti i valori medi di emoglobina sono i più bassi. Il principio, del resto, è quello sul quale - si ritiene - tutti concordano e, cioè, che coloro che

sono sottoposti ad uno sforzo aerobico maggiore, consumano più globuli rossi e, di conseguenza, fanno registrare livelli di emoglobina più bassi.

Le differenze, ovviamente, risultano minime proprio in considerazione del fatto che, indipendentemente dal ruolo svolto in partita, tutti i giocatori devono comunque sottoporsi a severi e impegnativi allenamenti e tutti alla fine conseguono un adeguato adattamento, ma esse sono nette e riconoscibili in funzione dello sforzo aerobico sostenuto.

Come ha ricordato il perito a pagina 32 della relazione scritta, proprio dallo studio di Malcovati, ad esempio, è emerso non solo che la media dei valori di emoglobina dei centrocampisti è la più bassa (14.5 g/dl), ma anche che i portieri, che evidentemente ricoprono il ruolo più statico, hanno la media più alta (14.9 g/dl) pure se confrontata con quella fatta registrare dagli attaccanti (14.8 g/dl) o dai difensori (14.7 g/dl), che come si vede hanno valori tra loro molto simili.

I valori medi di emoglobina riscontrati nei giocatori che il perito ha considerato come centrocampisti, che comunque per le proprie caratteristiche di gioco si sottopongono ad uno sforzo aerobico certamente maggiore degli altri compagni di squadra, risultano, invece, più elevati di quelli degli altri giocatori, come è dimostrato pure graficamente dal perito nella figura 5 riportata a pagina 32 della relazione. Ci si sarebbe atteso, al contrario, che tali valori risultassero più bassi, proprio per le ragioni indicate o, al più, di pari livello di quelli degli altri compagni di squadra, se si vuol considerare prevalente l'elemento degli allenamenti comuni, ma il fatto che essi abbiano fatto registrare livelli più alti non trova proprio alcuna plausibile giustificazione.

Il perito, allora, ha fatto ricorso alla verifica della ferritina, per confrontare pure tale parametro a quello degli altri giocatori ed ha ottenuto come risultato, anch'esso sintetizzato graficamente (nella figura 6 di pagina 33 della relazione), che la ferritina dei centrocampisti è costantemente e nettamente su valori più bassi degli altri giocatori. E anche tale dato, soprattutto in presenza di valori tutti normali di MCV, è da ritenere non spiegabile con ragioni di variabilità fisiologica.

Il professor d'Onofrio, come si è anticipato, ha svolto un'analisi dei dati in modo individuale, giocatore per giocatore, e i risultati che ne sono conseguiti confermano perfettamente il quadro già emerso sulla base delle considerazioni fin qui svolte.

Si è detto di Conte e di Tacchinardi e per tali giocatori deve solo aggiungersi, in ordine al primo, che è stata pure riscontrata in ben nove occasioni una percentuale di saturazione della transferrina oltre il 45% e, cioè, stranamente elevata, come ha rimarcato il perito e, in ordine al secondo, che la complessiva e continua variabilità dei dati si va ad aggiungere a quanto descritto in precedenza, rendendo la situazione ancora più allarmante. Senza dimenticare, oltretutto, che Conte e Tacchinardi a pieno titolo entrano nella categoria dei centrocampisti di cui si è detto.

Per quanto riguarda gli altri giocatori, si rinvia alle considerazioni espresse dal perito nella relazione, nella quale come pure si è ricordato per ogni giocatore sono stati redatti dei grafici che mettono a confronto l'andamento dell'emoglobina, da una parte, con la ferritina e, dall'altra parte, con la saturazione della transferrina.

In questa sede, basta ricordare che per Amoruso i valori di emoglobina hanno superato in un'occasione (il 5 giugno 1997) la differenza critica; per Birindelli la differenza critica risulta superata in almeno cinque occasioni e, inoltre, in due occasioni la percentuale di saturazione della transferrina è stata registrata al di sotto dell'indicata soglia del 16%, con valori buoni di ferritina; per Del Piero la ferritina è risultata sempre su valori normali, ma in due occasioni la percentuale di saturazione della transferrina è scesa su valori bassi, fino a far registrare, il 29 dicembre 1997, il livello più basso (12%), con ferritina normale ed emoglobina al livello più alto (16 g/dl), situazione che, secondo quanto descritto dal perito, corrisponde perfettamente ad una condizione di carenza funzionale di ferro e, cioè, di stimolazione esogena di eritropoietina.

Passando, poi, a Deschamps, occorre rilevare come i valori ematologici di questo giocatore risultino poco chiari e poco spiegabili, indipendentemente dal famoso 51.9% di ematocrito che il perito ha ritenuto di non dover considerare per le ragioni che si sono spiegate.

Deschamps in più occasioni ha superato la differenza critica e, tra giugno e settembre 1995, è passato addirittura da un valore di 13.9 g/dl ad un valore di 16 g/dl di emoglobina. Egli ha sempre

manifestato dati di ferritina tendenti verso il basso, ma soprattutto in ben 10 occasioni ha fatto registrare una percentuale di saturazione della transferrina inferiore alla soglia limite del 16%. Pure l'andamento del bilancio marziale stagionale è stato individuato dal perito come strano e sospetto, così come non è apparsa giustificata la terapia di ferro praticata al giocatore in periodi in cui i depositi di ferro apparivano normali, per il ristabilito livello di ferritina.

Valori di grande variabilità, con conseguente frequentissimo monitoraggio, ha mostrato pure Di Livio, nel quale è stata riscontrata spesso dal perito la dissociazione tra i livelli di ferritina e quelli di saturazione della transferrina, quest'ultima quasi sempre attestata sui valori più bassi in coincidenza con le risalite più sensibili di emoglobina.

Di Dimas già si è detto, ricordando il complessivo incremento di 3 grammi di emoglobina da lui fatto registrare nel primo anno di permanenza alla Juventus, ma il perito ha messo pure in luce l'anomalo andamento altalenante del parametro di emoglobina, caratterizzato da cali improvvisi e riprese sostanziose, con coincidente basso valore della percentuale di saturazione della transferrina proprio con il momento di risalita di emoglobina.

Di Falcioni non vi è nulla da rilevare, anche in considerazione della sua brevissima permanenza alla Juve, a dimostrazione che la sua scelta non ha avuto alcuna altra finalità se non quella di segnalare l'elevato valore di emoglobina registrato (17.7 g/dl), più alto di tutti in assoluto.

Per Ferrara sono stati osservati valori di percentuale di saturazione della transferrina inferiori alla norma in ben due occasioni e in tre occasioni, invece, essi sono risultati superiori alla norma.

Per Iuliano, nella generale variabilità del parametro di emoglobina, è stato registrato un solo valore di saturazione della transferrina inferiore al 16%, in coincidenza con un valore per il giocatore alto di emoglobina; per Montero occorre segnalare il variabile e poco convincente andamento dei livelli di ferritina, oltre alla risalita di emoglobina tutta concentrata tra fine ottobre e fine dicembre 1997, quando il giocatore ha fatto registrare il valore massimo di 16.9, con un aumento di 1.7 g/dl in due mesi.

Padovano non ha manifestato significative variazioni, ma ha messo in mostra anzi valori normalmente bassi di emoglobina e sintomaticamente i valori più alti di tale parametro sono stati fatti registrare dal giocatore nell'aprile 1996, in coincidenza con la stagione in cui egli ha segnato più reti.

Pecchia è risultato anch'egli caratterizzato da valori bassi di emoglobina, senza significative risalite, anche se ha manifestato valori non sempre normali di saturazione della transferrina.

Peruzzi ha fatto riscontrare una variabilità limitata, anche se i valori di ferritina sono stati quasi sempre elevati, con percentuale della saturazione della transferrina anch'essa elevata.

Analogamente, vi è poco da segnalare a proposito di Rampulla, portiere come Peruzzi e Falcioni, che ha quasi sempre fatto registrare valori rientranti nei limiti di normale variabilità.

Per quanto riguarda Torricelli, emergono alcuni dati da segnalare, in quanto i valori di emoglobina risultano particolarmente variabili. Il perito ha rilevato un vecchio calo, del giugno 1993, di quasi 4 grammi (3.7 g/dl) di emoglobina in 20 giorni, con valore finale di grammi 11.2, senza però che in atti si riscontrino le ragioni di tale calo.

Anche il dato di emoglobina dell'anno dopo, 7 giugno 1994, è analogo, perché Torricelli ha fatto registrare sempre 11.2 g/dl, senza che risultino in atti elementi che possano giustificare tale valore davvero basso. Dopo circa sei mesi, l'emoglobina è risalita, fissandosi su valori tra 13 e 14 g/dl, fino a fine aprile 1996 quando essa è improvvisamente risalita a 15.3, facendo registrare un incremento di grammi 2.3 rispetto al gennaio '96.

Dal mese successivo l'emoglobina di Torricelli si è nuovamente fissata su valori intorno ai 14 grammi per risalire nuovamente a 15.1 nel mese di marzo 1998, dopo di che il valore è ancora sceso fino a 13.1 g/dl nel giugno '96. La saturazione della transferrina per ben sette volte ha fatto registrare valori inferiori al 16%.

Per Viali non sono emerse molte rilevazioni e i dati riscontrati risultano piuttosto stabili, ad eccezione di un unico picco di emoglobina e di un'unica discesa della percentuale della saturazione della transferrina al di sotto del 16%.

Zidane è portatore di beta-talassemia, per cui i valori a lui riscontrati devono essere valutati in tale ottica e manifestano un andamento compatibile con una variabilità normale.

Pessotto è un altro giocatore che si colloca tra coloro i cui dati risultano poco spiegabili fisiologicamente e, del resto, è anch'egli, se non un centrocampista, certamente un notevole cursore, impiegato in diversi ruoli, sempre aerobicamente dispendiosi.

Nel giocatore il livello di ferritina è costantemente risultato ben rappresentato, con valori tra 40 e 111. Egli in tre occasioni ha manifestato elevati valori di emoglobina, anche superiori alla propria media: il 13 giugno 1995 ha fatto segnare 16.2 g/dl; il 27 aprile 1996 ha fatto registrare 15.9 g/dl ed il 14 ottobre 1998 ha nuovamente raggiunto il valore di 16.2 g/dl, ma questa volta addirittura con una risalita di un grammo in meno di tre settimane in piena stagione agonistica. La saturazione della transferrina almeno in quattro occasioni si è ridotta al di sotto della soglia del 16% con ferritina normale, il che corrisponde alla situazione che denota stimolazione esogena di eritropoietina.

E' sintomatico, del resto, quanto accaduto proprio con riferimento alla segnalata risalita di emoglobina del 14 ottobre 1998, perché in tale occasione l'emocromo è stato ripetuto dopo 13 giorni e l'emoglobina di Pessotto è risultata scesa di due grammi (14.2 g/dl) senza alcuna apparente ragione.

Ciò, da una parte, costituisce la conferma che la ripetizione degli esami del sangue molto spesso aveva come unica ragione quella di monitorare il soggetto per la concomitante sottoposizione a terapie e pratiche vietate e, dall'altra parte, dimostra che la diminuzione improvvisa di due grammi di emoglobina in poco più di 10 giorni di Pessotto non può essere spiegata se non con l'interruzione della stimolazione esogena che prima era in corso.

In realtà, quest'ultima vicenda è ancora più significativa di quanto non appaia in un primo momento, perché Pessotto tra agosto e ottobre 1998 è stato sottoposto ad esami del sangue ben quattro volte in meno di tre mesi: in data 7 agosto, 27 agosto, 14 ottobre e 27 ottobre.

I risultati relativi agli esami del 7 agosto, pur non segnalando anomalie particolari almeno per quanto riguarda i parametri maggiori dell'emoglobina (15.2 g/dl) e dell'ematocrito (47%), riportano tuttavia un dato che risulta invece molto, molto allarmante. Sul foglio numero due dello stampato relativo ai risultati degli esami del sangue di Pessotto, infatti, si legge - tra gli altri valori - reticulociti 2.70%.

Come è evidente, ci si trovava ad inizio agosto, con la preparazione cominciata da circa un mese (previsione effettuata sulla base dei periodi di normale raduno delle squadre, senza appositamente consultare né almanacchi, né rassegne stampa) e la campagna "Io non rischio la salute", la prima ovviamente, non ancora operativa, anche se proprio in quel periodo se ne discuteva perché ne era imminente per così dire l'entrata in vigore.

In ogni caso, nel protocollo di tale campagna CONI, come si è anticipato, veniva assegnato prevalente rilievo ai parametri dell'ematocrito e della creatininuria, ritenuta evidentemente utile indice per la verifica dell'eventuale emodiluzione mascherante.

Ma perché, allora, il dottor Agricola ha richiesto la verifica in Pessotto del parametro dei reticulociti? E come mai Pessotto aveva una percentuale così alta di reticulociti? Si è ricordato come il limite massimo non ritenuto patologico sia stato normalmente fissato dagli Organi sportivi competenti, già con grande elasticità, entro un tetto del 2%.

La risposta a tali interrogativi è nei fatti stessi, perché senza altra apparente ragione, il 27 agosto è stata ripetuta l'analisi del sangue a Pessotto e l'unico dato che non risultava normale nelle precedenti analisi, proprio quello relativo ai reticulociti, che dunque si poteva avere ragione di ricontrollare, non è stato richiesto e non compare nei risultati. In queste seconde analisi, emoglobina (15.1 g/dl) ed ematocrito (46.80%) risultano in lievissima flessione.

Gli esami sono stati ripetuti ancora il 14 ottobre, a distanza di poco più di un mese e mezzo, e questa volta si è registrato il "boom", perché sono emersi 5960 mmc di globuli rossi, 16.2 g/dl di emoglobina e 49.9% di ematocrito. Questa volta, sul foglio di richiesta, compare pure il valore dei

reticolociti 1.8%, in calo, ma ancora parecchio alto ancorché nei limiti regolamentari, e viene riportato il valore di clearance creatinica (34.8 mg/Kg/24h).

Gli esami sono stati ripetuti, per la quarta volta, dopo 13 giorni, il 27 ottobre, e in questa occasione si è verificato il segnalato calo di 2 grammi di emoglobina, con ematocrito pure sceso al 44% e reticolociti indicati nell'1%.

Come si vede, si tratta di una situazione allarmante, non solo per l'elevato valore dei reticolociti, ma perché tutti gli altri elementi di valutazione sono indicativi di una stimolazione esogena con eritropoietina del giocatore.

Il contestuale e consistente aumento di emoglobina e di ematocrito, la inspiegabile ripetizione ravvicinata degli esami del sangue, la caduta di notevole livello registrata in pochi giorni dei valori di emoglobina e di ematocrito e la progressiva riduzione della percentuale di reticolociti sono tutti elementi che concordemente possono trovare adeguata spiegazione solo con la somministrazione di eritropoietina al giocatore nella fase della preparazione estiva, somministrazione interrotta successivamente, magari proprio in presenza del dato elevato di reticolociti.

Soltanto così, oltretutto, si spiega la richiesta di tale parametro nelle analisi del 7 agosto e solo così si spiega l'andamento di tutti i parametri interessati, prima consensualmente e sensibilmente rivolti verso l'alto, secondo i tempi richiesti perché l'eritropoietina potesse esplicare i propri effetti e, dopo la sospensione della stimolazione, tutti velocemente tendenti verso il basso. Il tutto seguito dalla assidua monitorizzazione del giocatore, attraverso i tanti esami del sangue ravvicinati.

Solo per completezza, va ricordato che in siffatta situazione, anziché cercare di dare una spiegazione a quanto era accaduto e una giustificazione ai tanti interrogativi che ancora in questa sede, come si è visto, richiedono una risposta, da parte della difesa si è trovato il modo, invece, di cercare di inquadrare la condizione in cui era venuto a trovarsi Pessotto nella formula "off" del protocollo introdotto dagli Organi sportivi in occasione delle Olimpiadi di Atene 2004 per valutare le situazioni ematologiche degli atleti.

In realtà, nell'udienza del 29 settembre 2004, sul punto ha subito replicato il consulente del pubblico ministero, professor Melioli, spiegando: "...Allora, per fare le formule on e offbisogna fare l'emocromo, quindi l'emoglobina,...la percentuale di reticolociti, il dosaggio del recettore solubile della transferrina e il dosaggio dell'eritropoietina.

Quindi, facendo questi 4 analisi noi possiamo fare le due formule on e le due formule off.

D'accordo?

In questa situazione noi ci troviamo che abbiamo l'emoglobina, ma abbiamo solamente i reticolociti, che possono essere utilizzati solamente in una formula, che è off, cioè quella che dice: è verosimile, o non è verosimile, che ci sia stata assunzione di eritropoietina diciamo nelle due o tre settimane precedenti.

E questo qua, come dire, è tutto quanto perfettamente regolare.

Il problema è che nell'ultima pagina, nella discussione, gli autori stessi dicono che questa formula qua può essere utilizzata molto bene, ma ha bisogno di valori bassi di reticolociti, perché con valori alti non ha nessun tipo di significato, perché con valori alti di reticolociti noi avremmo dovuto avere o il recettore... [sovrapposizione di voci]

GIUDICE Altri due elementi che non abbiamo. Questo...

MELIOLI Esattamente, che non abbiamo....." (trascrizioni registrazioni udienza citata - pagine 135 e seguenti).

Pure il perito ha esaminato la questione, sia pure nella successiva udienza e con le note scritte del 7 ottobre 2004, non essendo stato presente nell'udienza precedente. Egli così ha spiegato la formula di cui si tratta: "...L'applicazione della formula OFF-hr proposto da Gore e coll. (2003) agli esami ematologici dell'atleta Pessotto rappresenta un errore metodologico difficile da giustificare.

Lo sviluppo di formule denominate ON e OFF trae origine dalla pubblicazione di Parisotto e coll. (2000), che è stata oggetto di ampio approfondimento nel corso di questo processo, come metodo indiretto per lo screening del doping ematologico. Le formule sono state successivamente modificate e semplificate sulla base dell'esperienza acquisita (Gore e coll. 2003).

Il concetto portante di questo approccio è che con le formule denominate ON si cerca di individuare la somministrazione in atto o molto recente di eritropoietina, mentre con le formule denominate OFF si cerca di individuare i soggetti in cui tale somministrazione è stata sospesa da diversi giorni. La formula OFF-hr diventa positiva in presenza di una conta reticolocitaria inferiore al normale associata a un valore di emoglobina elevato. La reticolocitopenia dopo sospensione di un trattamento con eritropoietina esogena è legata alla temporanea depressione della produzione di eritropoietina endogena (vedi Perizia, Tabella 1 a pagina 13, colonne A14 e A25).

Il referto di Pessotto mostra una reticolocitosi (2,7%) e come tale ad esso andrebbe eventualmente applicata la formula ON che mira a svelare le stimolazioni in atto o recenti (per la quale peraltro non sussistono qui i parametri). Come si può pensare di applicare una formula che diventa positiva in caso di reticolocitopenia a un referto con reticolocitosi? E' chiaramente una contraddizione in termini che indica la scarsa familiarità degli estensori del documento con l'argomento del doping da eritropoietina....." (pagine 12 e 13 di tali note scritte).

Con una percentuale di reticolociti così alta, insomma, al più si sarebbe potuto inquadrare la situazione di Pessotto nella formula ON e non in quella OFF e, comunque, anche quest'ultima formula è indicativa dell'avvenuta assunzione di eritropoietina, ancorché cessata da qualche settimana.

In ogni caso, come per la campagna "Io non rischio la salute"-2, anche il protocollo ON-OFF è inapplicabile ai fatti dell'attuale processo, perché in atti non si dispone di tutti i parametri ematologici sui quali tali protocolli fondano l'indagine.

Il dottor Agricola pure ha parlato del caso Pessotto dell'ottobre 1998, nel corso delle dichiarazioni spontanee rilasciate nell'udienza del 7 ottobre 2004 e, sia pure riferendosi alla campagna del CONI "Io non rischio la salute", così lo ha ricordato: "....comunque contesto personalmente presso i miei dirigenti la campagna Io non rischio la salute, perché nel frattempo Carraro mi aveva... aveva, attraverso il dottor Giraud, aveva richiesto di dare l'adesione, io avevo consigliato il dottor Giraud di non dare l'adesione, non darla, su due parametri, perché i due parametri erano inefficaci e inattendibili; in particolare in quel momento arriva Pessotto, eravamo penso nel mese di ottobre, ma non arriva, nel senso che arrivano gli esami fatti a tutti e mi trovo di Pessotto un 49 e 9 o, di un altro laboratorio, 51 e 1; per cui prendo Cazzola e gli dico: "Porca miseria, qui c'è un 49 e 9, cosa dobbiamo fare?" cioè "cosa possiamo fare?", io dico: "Proviamo a fare su questi esami, proviamo a fare quello che anche questo famoso spot della creatininuria, vediamo se c'è una emodiluizione? Vediamo!". Ha avuto 32 la prima... o 18 la prima volta e 32 la seconda, quindi enormemente lontano e questo è stato un modo anche A: di valutare quello che poi ho detto a Giraud: questa campagna non ha nessun significato, perché la creatininuria o l'ematokrito non hanno nessun significato.

Nel frattempo ho approfondito la questione, è venuto fuori che i parametri dovevano essere non quelli, ma cinque, perché ci vuole un po' di garanzia nel mondo, perché se no tutti possono dire qualsiasi cosa! Perché può venire qui chiunque a dire qualsiasi cosa e allora bisogna avere delle regole! Le regole devono essere che se hai uno spostamento del più 10%, vuoi renderlo più stretto? Fai l'8%, non è questa la questione, ma ci vuole una regola, ci vuole qualcuno che dia delle certezze, delle certezze, soprattutto in campo penale!

Questo è per spiegare perché ho completamente disatteso la campagna Io non rischio la salute, ho fatto la creatininuria su Pessotto, ho valutato che questo era tanto un esame assolutamente inutile, l'ho contestato e ho appoggiato la campagna Io non rischio la salute 2, in cui c'erano tutte delle altre questioni....." (trascrizioni registrazioni udienza citata del 7 ottobre 2004 - pagine 223 e seguenti). Come si vede, il dottor Agricola, nel raccontare che nell'ottobre 1998 egli sconsigliava al proprio Amministratore delegato di dare l'adesione alla campagna "Io non rischio la salute", ha spiegato le ragioni di tale sua posizione, riassumibili nell'assoluta sfiducia nei due parametri su cui si fondava quel protocollo e, cioè, l'ematokrito e la creatininuria, che non avevano - a suo giudizio - alcun significato e dall'imputato definiti inefficaci e inattendibili. In tale contesto, l'imputato ha ricollegato l'esame del sangue di Pessotto a tali affermazioni, quasi a dimostrazione che quanto

capitato nell'ottobre 1998, a proposito delle analisi del sangue del giocatore, potesse essere la conferma della fondatezza di quanto l'imputato in quel momento andava affermando.

Le analisi di cui si tratta sono quelle riportate nel referto di Pessotto del 14 ottobre, perché il dottor Agricola ha fatto riferimento al valore di ematocrito di 49.9% che appunto compare in tale referto. L'imputato ha sostenuto che, dopo aver visto tale valore elevato, avrebbe telefonato al professor Cazzola e, su consiglio di quest'ultimo, per effettuare un'ulteriore verifica, avrebbe fatto richiesta pure della creatininuria, che nel protocollo del CONI che stava appunto per entrare in vigore serviva come secondo parametro di riferimento.

Il pubblico ministero ha rilevato che in questo modo il dottor Agricola avrebbe realizzato un duplice autogol, in primo luogo, per aver sostenuto una circostanza a suo dire chiaramente smentita dai fatti, perché la creatininuria era stata riportata nello stesso referto in cui compariva il 49.90% di ematocrito e, quindi, l'imputato non avrebbe avuto il tempo, prima, di verificare tale dato e, poi, di chiedere che cosa fare al professor Cazzola, perché in realtà la creatininuria egli l'avrebbe già chiesta contestualmente a tutti gli altri esami e, in secondo luogo, perché avendo richiamato proprio il caso Pessotto per dimostrare che la campagna "Io non rischio la salute" era fondata su due parametri che non avevano alcun significato, ma che per Pessotto erano risultati tutto sommato favorevoli, perché la creatininuria era stata registrata nella norma, ciò sarebbe stato indicativo del fatto che il dottor Agricola sapeva che Pessotto aveva fatto uso di eritropoietina e, dunque, solo così avrebbe potuto avere conferma dell'inefficacia del protocollo CONI.

Il difensore, nel confortare le dichiarazioni dell'imputato, ha fatto presente che la richiesta di effettuare pure l'esame della creatininuria sarebbe stata fatta dal dottor Agricola per le vie brevi, appena conosciuto informalmente l'esito dell'ematocrito, sì che il laboratorio di analisi era riuscito ad eseguirla in quello stesso contesto, pur essendo stata chiesta dopo.

Può darsi che il difensore su questo punto meriti credito e, d'altra parte, alcuni elementi sembrano indicativamente dargli ragione, come ad esempio il fatto che sul modulo della richiesta delle analisi è sì riportato a mano l'esito della clearance creatinica, ma la relativa casella, a differenza di tutte le altre per le quali pure è annotato il risultato, non risulta barrata.

Un altro elemento in base al quale si potrebbe ritenere possibile la tesi del difensore è costituito dal momento in cui risulta stampato il referto e, cioè, il 16 ottobre alle ore 11,34, a fronte della iniziale richiesta di circa due giorni prima. Ciò renderebbe possibile, in via teorica, quanto sostenuto dall'imputato e ribadito dal difensore, anche se comunque andrebbe verificata la concreta utilizzabilità del campione delle urine per l'effettuazione dell'ulteriore indagine che - come si sostiene - sarebbe stata richiesta in un secondo momento.

Si può anche credere, in altri termini, che effettivamente la richiesta di creatininuria sia stata aggiunta successivamente, quando ancora le analisi erano in corso e non ne erano stati stampati i risultati, ma allora occorre chiedersi se per tutte le analisi del sangue il dottor Agricola viene anticipatamente a conoscenza dell'esito di esse che successivamente sarà ufficializzato e per quale ragione ovvero, se come pare verosimile la risposta a tale domanda dovesse essere negativa, come mai il dottor Gianluigi Giusto del laboratorio della Fornaca proprio in questo caso abbia immediatamente preso contatti con l'imputato per avvertirlo dell'esito delle analisi di Pessotto, pur non risultando alcun parametro a livelli superiori a quelli ritenuti di normale accettabilità.

Per quanto riguarda la seconda osservazione del pubblico ministero, quella di ordine logico, essa invece risulta insuperabile, perché se è vero quanto l'imputato ha dichiarato e se è soprattutto vero che egli, a distanza di circa sei anni, ancora ricordi esattamente come si erano svolti i fatti a proposito delle analisi di Pessotto dell'ottobre 1998 e comunque le associ nel ricordo alla asserita inutilità ed inefficacia dei parametri sui quali si basava la campagna del CONI sulla quale veniva chiesta l'adesione delle società calcistiche, vuol dire che non vi è una spiegazione diversa da quella indicata dal rappresentante della pubblica Accusa: Pessotto aveva fatto uso di sostanze vietate e, ciò nonostante, dai risultati relativi ai parametri della campagna "Io non rischio la salute" egli risultava in regola.

A ben vedere, poi, a questa conclusione si perviene pure sulla scorta di altre considerazioni, la più importante delle quali consiste nel domandarsi come mai Agricola - a suo dire - si sarebbe tanto allarmato dal 49.90% di ematocrito del 14 ottobre, risultato molto elevato, ma comunque al di sotto del 50% fissato come limite di presunta regolarità, e non si sarebbe invece minimamente scomposto dinanzi ad un valore di 2.7% di reticolociti del 7 agosto, parametro che lui stesso, ancorché in modo inusuale, aveva richiesto, sì che rispetto a tale risultato, intrinsecamente molto elevato e superiore ad ogni limite di accettabilità, il dottor Agricola non ha fatto nulla e non ne ha neppure reiterato la richiesta nelle successive analisi di venti giorni dopo.

Il giocatore, del resto, nella fase di preparazione dopo la pausa estiva, era stato evidentemente sottoposto a carichi di lavoro molto intensi e molto pesanti, come si può desumere pure dal livello di CPK (913 U.I.) che lo stesso imputato più volte ha affermato essere parametro importante, che va controllato e che negli esami del sangue di Pessotto del 7 agosto dimostra che il giocatore presentava un notevole affaticamento muscolare. Per questo gli esami andavano complessivamente ripetuti e per questo l'elevato valore di reticolociti non ha destato nell'imputato alcuna reazione.

La risposta al quesito che ci si è posti, insomma, è obbligata e risiede nella perfetta consapevolezza dell'imputato che Pessotto assumeva eritropoietina già da qualche tempo ed era perciò assolutamente normale che egli manifestasse un elevato numero di reticolociti.

Quando, successivamente, in coincidenza degli esami del sangue del 14 ottobre, in Pessotto sono saliti i livelli dei parametri ematologici, come è naturale che fosse, essendosi registrata poco più di un mese prima una popolazione reticolocitaria così numerosa, situazione che l'imputato - del resto - si aspettava soprattutto se è vero che egli si è fatto preventivamente e immediatamente avvertire dei relativi risultati dal dottor Giusto, allora il dottor Agricola ha voluto fare la prova della creatininuria, proprio in previsione del nuovo protocollo al quale si doveva decidere se aderire oppure no e, in tal modo, ha avuto la certezza della totale inefficacia e inaffidabilità dei parametri sui quali tale campagna di basava. Per questo il ricordo di quanto accaduto è rimasto nell'imputato vivo e attuale.

Come si può notare da tutto quanto osservato, dunque, anche a proposito dell'eritropoietina, al pari degli altri farmaci e sostanze di cui si è detto in precedenza, vi è la prova in atti che l'imputato li ha utilizzati in modo fraudolento, al fine di modificare la prestazione agonistica dei giocatori con conseguente alterazione del risultato della competizione sportiva.

Si è ricordato come da parte della difesa si siano utilizzati argomenti di ogni genere per contrastare tale conclusione.

Ci si è spinti fino al punto da richiedere al perito con quale forma di somministrazione e in quali dosi si sarebbe dovuto far ricorso all'eritropoietina per poter ottenere il risultato di poter graduare e controllare la risalita di emoglobina ed ematocrito, senza che i relativi livelli assumessero proporzioni patologiche.

Il professor d'Onofrio, in sintonia col risultato di vari studi del resto, ha spiegato che l'effetto dell'eritropoietina è dose-dipendente, ma non ha potuto e saputo precisare, ovviamente, in quale forma e in quali dosi l'eritropoietina sarebbe stata somministrata ai giocatori della Juventus. Ciò non inficia in alcun modo, però, le rimanenti considerazioni del perito, perché tanto l'imputato, quanto il professor Cazzola, come si è visto, hanno affermato nel corso del processo che è possibile ottenere come risultato della stimolazione esogena con eritropoietina quello di mantenere emoglobina ed ematocrito su livelli alti ma, per così dire, consentiti.

Il dottor Agricola, come si è visto, nell'udienza del 21 luglio 2003 (trascrizioni pagina 115), ha fatto riferimento a somministrazioni di eritropoietina che producono addirittura il risultato di stabilizzare il livello di ematocrito su un valore del 49.9% (che è poi quello fatto registrare da Pessotto nell'ottobre 1998) ed il professor Cazzola ha anche accennato al pericolo che una simile pratica può comportare, mettendo in guardia contro i rischi dell'aplasia eritroide selettiva (come ricordato, udienza del 17 marzo 2003). Entrambi, insomma, hanno chiaramente lasciato intendere di essere perfettamente a conoscenza della possibilità di ottenere il risultato di cui si tratta e, verosimilmente,

di essere soprattutto a conoscenza dei metodi praticamente da seguire per ottenerlo. Non c'è bisogno, insomma, di farlo dire al perito che, oltretutto, per sua esperienza personale - come egli stesso ha dichiarato - è difficile che lo sappia.

Si è osservato pure che il dottor Agricola, per sue ragioni personali, non pratica direttamente iniezioni, né intramuscolari, né endovenose e neppure sottocutanee, per cui non avrebbe potuto somministrare eritropoietina ai giocatori nemmeno se avesse voluto, ma l'obiezione risulta davvero di poco pregio, perché allora neppure della somministrazione degli altri farmaci il dottor Agricola dovrebbe rispondere e non soltanto della stimolazione con eritropoietina.

L'imputato è il responsabile del settore medico della società che, come si è visto, si avvale della collaborazione di altri medici, uno dei quali, almeno, stabilmente al fianco dell'imputato a disposizione della prima squadra che per il periodo in contestazione è da individuarsi, prima nel dottor Verzini e dal marzo 1995 nel dottor Tencone.

Come si è avuto modo di notare erano appunto Verzini e soprattutto Tencone, che è rimasto per più tempo e che oltretutto godeva della fiducia del dottor Agricola, che di regola effettuavano tutte le somministrazioni di farmaci ai giocatori; erano loro che accompagnavano anche i giocatori in campo e nel sorteggio antidoping e, come pure si è visto, era Tencone che provvedeva alla preparazione delle bibite contenenti integratori, creatina compresa.

Anche la somministrazione dell'eritropoietina, evidentemente, è stata materialmente praticata dal dottor Tencone (la cui posizione soggettiva, appunto, andrebbe valutata come quella di un concorrente nel reato) ovvero anche da altro medico collaboratore del dottor Agricola, soprattutto quando essa sia stata eventualmente effettuata presso ospedali o case di cura.

Ciò non vuol dire, però, che il dottor Agricola non fosse consapevole o non fosse responsabile di quanto avveniva, perché tanto il dottor Verzini, quanto il dottor Tencone - quest'ultimo più volte - non hanno mancato di ricordare come la propria collaborazione avvenisse totalmente in regime di subordinazione, perché chi prendeva ogni decisione era appunto il dottor Agricola.

La circostanza, del resto, ha trovato conferma pure nelle dichiarazioni dell'imputato il quale ha ricordato che, se necessario, si consultava con i propri collaboratori o anche con i consulenti esterni, ma alla fine assumeva ogni decisione in prima persona.

Il dottor Agricola ha ricordato pure come, proprio per questo, egli era praticamente a disposizione della squadra 24 ore su 24, rendendosi disponibile per i giocatori anche di notte e persino nel periodo di vacanza estiva, durante il quale ai calciatori veniva raccomandato di telefonare al dottor Agricola per consultarlo su qualsiasi tipo di problema riguardante la salute e, soprattutto, l'eventuale necessità di assumere farmaci o altre sostanze.

Alla luce di tali considerazioni, cade anche la perplessità sollevata dalla difesa (dell'imputato Giraud), secondo la quale non vi sarebbe alcuna prova che sia stato proprio il dottor Agricola a decidere di somministrare l'eritropoietina, potendosi ipotizzare che, se assunzione di epo vi era stata, essa potesse essere avvenuta per iniziativa degli stessi calciatori.

Secondo quanto emerso nel corso del dibattimento, come si è visto, ciò non è assolutamente ammissibile, neppure in via di astratta ipotesi, perché il dottor Agricola controllava assiduamente sia i giocatori, sia i propri collaboratori e persino il magazziniere nella richiesta dei farmaci, sì che neppure la somministrazione di un'Aspirina gli sarebbe sfuggita e anche a proposito dei ricoveri di Conte e Tacchinardi di cui si è trattato è apparso evidente come l'imputato sia rimasto assiduamente in contatto con i giocatori, seguendoli in ogni fase e in ogni momento della malattia e della conseguente convalescenza.

Un'ulteriore osservazione, poi, va fatta a proposito del metodo seguito dal professor d'Onofrio, non per ripetere quanto si è già abbondantemente considerato a tal riguardo - si spera anche in modo chiaro e definitivo - ma solo perché nel parere pro veritate richiamato dalla difesa in sede di discussione si è fatto riferimento anche a tale aspetto, ma il ragionamento che si è sviluppato in proposito sembra viziato da una doppia contraddizione.

In tale parere, invero, da una parte, si è riconosciuto - né avrebbe potuto avvenire diversamente - che al fine di accertare la somministrazione o l'assunzione di eritropoietina "tutti i metodi usati e

riconosciuti validi dalla esperienza scientifica sono stati in tutto o in parte di tipo induttivo" e, dall'altra parte, dopo aver brevemente accennato a tali metodi, si è affermato che: "Elemento comune di tutte queste metodologie è stato da un lato la validazione di comitati e commissioni scientifiche, dall'altro la circostanza che esse hanno individuato tutte indirettamente l'epo attraverso la determinazione di un parametro oggettivo consistente nel superamento di un limite determinato." Come si vede, si è finito con l'affermare la scientificità del metodo induttivo, che è già concetto difficile da condividere, ma soprattutto si è finito col sostenere che la validazione del metodo utilizzato dai vari Organi sportivi o Antidoping sarebbe fondata sulla determinazione di un parametro oggettivo consistente nel superamento di un limite determinato

L'affermazione - risulta evidente - non risponde al vero e nell'unico caso in cui ciò è avvenuto (vedasi primo protocollo "Io non rischio la salute") è stato lo stesso dottor Agricola che come si è visto si è dissociato, ritenendo il criterio inutile ed inefficace.

Per quanto riguarda, infine, la pretesa validazione dei comitati e delle commissioni scientifiche effettuata su tali metodologie, appare evidente come il concetto risulti in aperta contraddizione, non solo con l'intrinseca induttività del metodo di cui si è detto, ma soprattutto col fatto che nessuno di tali protocolli ha resistito oltre un certo tempo, venendo quasi subito accantonato.

Dal 1998 in avanti, i protocolli CONI ai quali si è fatto riferimento sono: "Io non rischio la salute" prima edizione, durato in pratica poco più di anno; "Io non rischio la salute"-2000 che ha resistito più o meno un analogo periodo; "La mia vita prima di tutto", di fatto già superata da una nuova procedura tendente all'individuazione diretta nelle urine dell'eritropoietina che però fin dall'origine ha presentato il limite di poter essere efficace solo se l'epo sia stata assunta uno o due giorni prima dell'analisi e, quindi, a propria volta in corso di sostituzione.

In campo internazionale ha trovato applicazione questo stesso protocollo, negli anni 2003-2004 e, come si è visto, dalle Olimpiadi di Atene dello scorso agosto, è stato utilizzato pure il protocollo legato alle formule ON-OFF.

Parlare di validazione scientifica in questa situazione sembra quanto meno esagerato, per non dire del tutto inappropriato; sarebbe meglio riconoscere che, a seconda del periodo in cui tali protocolli hanno trovato o ancora trovano applicazione, essi hanno rappresentato e rappresentano dei tentavi, peraltro molto seri, fondati sugli elementi e sulle conoscenze a disposizione nelle rispettive epoche. Come si è riconosciuto pure nel parere pro veritate, non esiste ancora un criterio di determinazione diretta dell'assunzione o della somministrazione di eritropoietina, ma ciò non significa che non si possano individuare segni ed elementi che, sia pure induttivamente, portino a stabilirne ugualmente l'avvenuta assunzione.

Esattamente in questo modo si sono sempre comportate le varie commissioni scientifiche degli Organi Antidoping nazionali e internazionali ed è esattamente ciò che ha fatto pure il professor d'Onofrio il quale, sulla base degli elementi che aveva a disposizione nel processo, ha sfruttato l'esperienza di tutti i protocolli e di tutte le procedure antidoping adottate fino ad oggi, servendosi in pratica anche dei risultati ottenuti dagli altri studi di settore che sono stati pure richiamati dallo stesso perito.

La validazione del metodo d'Onofrio che la difesa ha in più occasioni richiesto, insomma, è costituita dal fatto che il perito ha utilizzato - per quanto gli era consentito dagli elementi a sua disposizione - il meglio di procedure e protocolli che la difesa stessa ha definito e ritenuto validati scientificamente.

A ben vedere, anzi, il professor d'Onofrio ha fatto ancora di più, perché ha utilizzato le procedure e i parametri già collaudati di cui si è detto e lo ha fatto secondo uno schema e un'organizzazione di dati che, come si è visto, erano stati di fatto utilizzati ed auspicati dallo stesso dottor Agricola, basandosi non su limiti e valori fissi, astratti e predeterminati, ma analizzando i dati individuali di ciascun giocatore, proprio secondo l'impostazione automatica dei dati giocatore per giocatore che il dottor Agricola aveva preteso per il proprio computer di lavoro. Il perito ha operato in assoluta sintonia con l'imputato, sulla base del comune riscontro del prevalente parametro dell'emoglobina, da esaminare alla luce della media abitualmente fatta registrare da ciascun giocatore stesso.

Il criterio al quale il professor d'Onofrio si è attenuto, in definitiva, non è né nuovo, né sperimentale, bensì ampiamente diffuso e collaudato, pure dallo stesso dottor Agricola.

Non ha nessun significato, in questa situazione, cercare di delegittimare il modo di operare del professor d'Onofrio e sostenere che esso manca di validata scientificità. In realtà, le affermazioni difensive in tal senso sono state effettuate solo strumentalmente per contrastare, invece, l'evidenza dei risultati ai quali il perito è stato in grado di pervenire, per poter contemporaneamente sostenere che sul piano processuale tali risultati non possono essere assunti con valore di prova.

Su questo piano, la difesa ha chiesto addirittura che si conferisse un nuovo incarico, nominando un collegio di periti e nel parere pro veritate si è andati anche alla ricerca dei termini utilizzati dal perito ("prova quasi certa", "indizi significativi", "forte rilievo indiziario", "elementi che su queste basi suggeriscono" e così via) per analizzarli e dimostrarne l'insufficiente consistenza come prova di responsabilità dell'imputato.

Si tratta, in realtà, di un tentativo inutile e inopportuno, perché ci si è evidentemente dimenticati che il perito fornisce al giudice le risposte ai quesiti, mentre la valutazione di tali risposte e la conseguente decisione di assegnare ad esse la qualità di semplici elementi indiziari ovvero di prova piena della responsabilità dell'imputato sono operazioni che spettano al giudice e non certo al perito, senza dimenticare ovviamente che è la perizia stessa che ha valore di prova e i risultati in essa emergenti sono rimessi alla libera valutazione del giudice come qualsiasi altra prova.

Il linguaggio utilizzato dal perito, che in questo caso ancora una volta ha messo solo in mostra la prudenza e la pacatezza con cui egli si è comportato ed ha operato, non può vincolare il conseguente giudizio del giudice che, invece, si attiene ai risultati tecnici ottenuti e non ai commenti o al linguaggio con cui gli stessi vengono presentati. Su questo principio, si è certi, concordano pure gli stessi difensori, ancorché strumentalmente si siano invece appigliati ai termini prudenzialmente utilizzati dal perito e, a tal riguardo, basterebbe immaginare quali avrebbero potuto essere i commenti della difesa se ad esempio il perito avesse detto che quanto da lui accertato costituiva prova certa e sicura di responsabilità dell'imputato.

La prudenza e la cautela del professor d'Onofrio, oltretutto, sono state imposte dal fatto che, come si è detto, sul piano scientifico non esiste la prova diretta dell'assunzione o della somministrazione di eritropoietina, a maggior ragione in un'indagine retrospettiva di parecchi anni, quale quella affidata alle cure del perito, ma tale circostanza non impedisce sul piano processuale di ritenere, invece, ugualmente raggiunta la prova piena della responsabilità dell'imputato.

Si sono analizzati, infatti, tutti gli elementi emersi, sulla base dei quali non vi è altra spiegazione ai dati oggettivi che emergono dai documenti in atti, diversa dalla somministrazione di eritropoietina ai giocatori nelle circostanze e nei momenti che sono stati individuati in perizia, per cui non può esservi alcun dubbio circa la sussistenza di responsabilità dell'imputato.

E, dunque, alla luce di tutto quanto si è fin qui considerato e alla stregua delle perizie in atti, tanto quella di carattere farmacologico eseguita dal professor Muller, quanto quella di natura ematologica eseguita dal professor d'Onofrio, si ritiene raggiunta prova piena e diretta di responsabilità penale del dottor Agricola in ordine al reato di frode sportiva come contestato al capo g) dell'imputazione; altro che prova indiretta, come preteso dalla difesa.

Il delitto di frode sportiva è stato contestato non soltanto al dottor Agricola, ma anche ad Antonio Giraudò, quale amministratore delegato della Juventus, in concorso con Agricola.

Il ragionamento sul quale si basa l'imputazione risponde ai canoni della comune logica, perché il dottor Agricola non ha agito per un interesse esclusivamente personale. Egli non ha somministrato farmaci e sostanze in quantità certamente considerevoli a quasi tutti i giocatori della Juventus, a chi più e a chi meno, a seconda delle circostanze, degli impegni, delle stagioni e, come si è osservato, anche a seconda delle caratteristiche di gioco individuali, solo per ottenere un risultato personale. Certamente, mantenere i giocatori in perfetto stato di forma e in condizioni di garantire al meglio il proprio apporto alla squadra quando le scelte tecniche dell'allenatore lo richiedano è risultato che gratifica il medico sociale ed al quale egli di sicuro si ispira nel lavoro svolto quotidianamente.

Ma il dottor Agricola ha fatto di più. Egli ha fatto ricorso a somministrazioni di farmaci e sostanze, alcune - come si è visto - astrattamente di libero uso, altre limitatamente consentite e talune del tutto vietate, non per ragioni terapeutiche, non perché necessarie per la salute dei giocatori, ma perché in questo modo - e solo così - egli ha ottenuto il risultato di potenziare fraudolentemente e non fisiologicamente la prestazione agonistica dei calciatori, così conseguentemente influenzando anche sul risultato della competizione sportiva nella quale i giocatori stessi venivano schierati, alla quale cioè prendeva parte la società Juventus.

In tale ottica, tenuto conto che il descritto modo di operare del dottor Agricola è finito necessariamente col ripercuotersi sulla complessiva prestazione dei giocatori, sui risultati della squadra e, quindi, della società che, appunto, è rappresentata dall'amministratore delegato, è difficile ipotizzare che proprio il dottor Giraudo non fosse a conoscenza dei comportamenti del dottor Agricola, anche perché una strategia sbagliata, per così dire, intrapresa in via autonoma dal medico della società, senza che i vertici sociali fossero informati e condividessero le scelte attuate, certamente avrebbe potuto costare molto cara ad Agricola.

Se questo, dunque, è lo sviluppo del ragionamento accusatorio, che sul piano logico è assolutamente condivisibile, occorre verificare allora quali elementi in concreto emergano, a carico di Giraudo, sul piano processuale e probatorio.

Un primo e generale elemento, lo si è anticipato, è per così dire di ordine gerarchico e di rapporti personali tra i due imputati.

Il dottor Giraudo, invero, è l'amministratore delegato della società, è al vertice massimo della gestione e dell'amministrazione della stessa e, in tale veste, rischia persino di mescolare la propria immagine con quella della società Juventus e della squadra relativa, come ha sottolineato il difensore.

Egli, inoltre, è giunto alla Juventus poco prima che il dottor Agricola sostituisse il predecessore, dottor Bergamo e, anzi, proprio Giraudo ha in pratica affidato ad Agricola la responsabilità dello staff medico, chiamandolo contemporaneamente dal settore giovanile ad occuparsi della prima squadra.

L'imputato, ancora, da quanto è emerso nel corso del processo, è amministratore che svolge il proprio compito con grande attenzione ed è difficile che a lui possano sfuggire elementi di apprezzabile rilievo, soprattutto per quanto riguarda la parte gestionale e, più precisamente, economico-patrimoniale dell'amministrazione.

Si è visto anche in corso di giudizio come tutte le spese sostenute dalla Juventus, anche quelle di importo apparentemente non elevato (superiori alle 100 mila lire) dovessero essere specificamente, se non autorizzate, quanto meno controllate, perché comunque la relativa pratica non si sarebbe considerata definitivamente esaurita in mancanza del visto dell'amministratore delegato.

E, proprio a questo proposito, si passa al secondo elemento che grava a carico dell'imputato e che merita di essere esaminato separatamente, a seconda che si tratti di medicinali e sostanze acquistate tramite fatture commerciali da rivenditori autorizzati, come farmacie, grossisti o società produttrici ovvero si tratti di sostanze, come l'eritropoietina, relativamente alla quale non si rinvenivano documenti che ne attestino l'acquisto.

In ordine ai medicinali in genere, l'imputato è chiamato oltretutto a rispondere del reato contestato al capo c) della rubrica, che riguarda in particolare le condotte relative all'acquisto ed alla detenzione indebita di farmaci, di cui si dirà e, dunque, egli era perfettamente a conoscenza degli acquisti di tali prodotti, relativamente ai quali apponeva pure il proprio visto sulle singole ordinazioni che di volta in volta venivano effettuate attraverso la compilazione dei moduli di fabbisogno o di richiesta di materiali, di cui si è detto, sottoscritti dal magazzino, da Agricola, da un responsabile dell'area amministrativa e vistati, appunto, dal dottor Giraudo.

Poiché, peraltro, l'imputato è un amministratore attento, il pubblico ministero ha fatto pure osservare come la spesa, solo per farmaci ed esclusivamente per la prima squadra, sia andata sensibilmente aumentando negli anni, pur essendosi progressivamente ridotti gli infortuni e i periodi di inabilità dei giocatori, come ha dichiarato in testimonianza il preparatore atletico Ventrone.

Il pubblico ministero, in verità, ha affermato che la spesa per tali farmaci si sarebbe praticamente quadruplicata in quattro anni, con riferimento proprio al quadriennio in contestazione, ma la difesa ha negato la fondatezza di tale dato assumendo che i documenti a tal riguardo prodotti dallo stesso imputato nell'udienza del 10 luglio 2003, dimostrerebbero che la quadruplicazione della spesa per farmaci sarebbe invece relativa al periodo compreso tra gli anni 1992-1998.

Pur volendo prescindere dalla specifica quantificazione, che come si è detto non è risultata pacifica tra le parti, è certo e incontestato che la spesa per farmaci è andata aumentando negli anni, così come è andata aumentando - come pure si è rilevato - la spesa per creatina, sali minerali e integratori vari e l'amministratore delegato ne era perfettamente a conoscenza.

Egli, del resto, non lo ha negato e - come detto - ha anche fornito documentazione a tal riguardo. L'imputato, però, da una parte, ha fatto osservare che negli anni il numero di atleti di vario livello facenti capo alla società è aumentato, al pari del costo dei farmaci, anch'esso in aumento e, dall'altra parte, che il controllo da lui esercitato in tale settore è stato strettamente di carattere patrimoniale. Presso la Juventus - ha spiegato Giraudo - vengono effettuate previsioni di bilancio a lungo e a breve termine. Relativamente a queste ultime, anche il settore medico è tenuto a presentare e discutere un budget annuale che è appunto redatto su una previsione di spesa proposta dal dottor Agricola. Approvato tale budget, il controllo sulla spesa che esercita l'amministratore delegato è solo finalizzato al rispetto della previsione che si è approvata, ma non attiene al merito e al contenuto delle specifiche richieste d'acquisto.

L'imputato ha precisato, ancora, che il settore medico, in quanto strutturalmente inquadrato nell'area sportiva, è alle dirette dipendenze gerarchiche del direttore generale, Luciano Moggi e quest'ultimo è gerarchicamente dipendente dall'amministratore delegato.

L'imputato, inoltre, ha sostenuto di non essere in grado di rendersi conto della natura e del tipo dei medicinali acquistati, né della funzione ai quali essi sono destinati, non essendo un medico e non avendo competenza tecnica adeguata.

Il pubblico ministero, in verità, a sostegno della tesi d'accusa, ha rilevato che il dottor Giraudo è persona che si è occupato di doping per ragioni connesse alla sua attività, sia presso la Juventus, sia nel corso di precedenti incarichi da lui ricoperti e, ancora, che egli seguiva da vicino lo stato di salute dei giocatori, come la relazione su Tacchinardi dell'aprile 1994 redatta dal dottor Agricola e a lui diretta dimostrerebbe. Pure sulla scorta di tali elementi, insomma, non avrebbe potuto sfuggire all'imputato il modo fraudolento con il quale Agricola somministrava farmaci e sostanze ai giocatori.

Anche tali ulteriori argomenti utilizzati dal pubblico ministero non possono non contribuire a convincere, sul piano logico, della piena consapevolezza da parte di Giraudo del modo di operare di Agricola.

I giocatori costituiscono oltretutto il patrimonio principale di una società di calcio ed è evidente che colui che amministra è portato a prestare massima attenzione affinché tale patrimonio non vada spercato. Poiché l'imputato è persona che si occupa e si è occupata in passato del problema doping, figuriamoci poi se egli non abbia avuto un'attenzione particolare verso i giocatori anche sotto questo specifico aspetto.

Rimane, però, il fatto che a fronte di tali ragionamenti logici, sul piano giuridico, si contrappone la mancanza di una prova piena e diretta a carico di Giraudo.

E' vero, infatti, che egli non è un medico e che, in ogni caso, mai avrebbe potuto interferire con il settore medico nel campo specifico del dottor Agricola e si può credere, perciò, all'imputato quando egli ha sostenuto che il controllo su tale settore veniva da lui esercitato solo sotto il profilo della gestione patrimoniale.

L'interesse e l'attenzione nei riguardi della cura e della salute dei giocatori, del resto, non necessariamente impongono un controllo diretto, perché anzi in settori di specifica competenza tecnica questo non avviene quasi mai, in quanto un attento amministratore a questo fine sceglie e si serve di persone capaci e fidate.

Proprio per questo, risulta credibile che il dottor Girauo non svolgesse nessun controllo di ordine tecnico sull'acquisto di sostanze e di medicinali - entro i limiti del budget ovviamente - per la evidente fiducia che egli riponeva in Agricola e, più in generale, nei propri collaboratori.

Per la stessa ragione, però, appare molto meno credibile che il dottor Agricola non tenesse costantemente informato l'amministratore delegato del proprio modo di operare nei riguardi dei calciatori, anche per evitare - come si è già rilevato - di subire eventuali contraccolpi negativi se le cose non fossero andate nel modo desiderato.

Ciò nonostante, non può escludersi che Agricola, tradendo magari la fiducia in lui riposta da Girauo, avesse agito nel modo che si è descritto senza informare e spiegare bene al coimputato le specifiche modalità di tale modo di gestire farmaci e sostanze, omettendo di rappresentargli anche sul piano pratico quali conseguenze ne sarebbero effettivamente derivate.

Come si è osservato, una prova diretta a carico di Girauo a tal riguardo non risulta acquisita e le affermazioni di Agricola, per quel che possono valere, sono comunque orientate nel senso di non aver mai parlato di questioni mediche con Girauo.

A carico di quest'ultimo, in verità, sussiste un solo specifico indizio che porta direttamente a lui ed è costituito dall'amicizia intrattenuta con Locatelli che ha determinato una sorta di sua diretta intermediazione tra Locatelli ed Agricola relativamente alla creatina, prima, e ai rapporti intrattenuti con Laich e Kraaijenhof, successivamente.

Ma, anche a questo riguardo, non essendo stata approfondita tale ultima vicenda, non si può assegnare più di tanto valore a tale circostanza, se non si vuol correre il rischio di affermare la responsabilità dell'imputato prevalentemente per il fatto di essere stato amico di Locatelli.

Per quel che riguarda, invece, l'acquisto e la somministrazione di eritropoietina, la questione deve essere esaminata anche sotto un altro profilo. Qui non si tratta più, invero, di medicinali e specialità acquistate regolarmente, sia sotto l'aspetto della regolarità fiscale, sia con riferimento alla regolarità contabile-amministrativa.

Nel corso delle indagini preliminari, accertamenti in questa direzione non sono stati fatti, né si è proceduto a cercare e ad acquisire altri elementi utili a tal riguardo, forse perché la contestazione relativa all'eritropoietina risultava più sfumata, ancorché comunque ne venisse ipotizzato l'uso.

Per questa ragione, in atti non vi è prova di acquisto di eritropoietina, anche se - come si è visto - vi è invece la prova piena e certa della sua somministrazione ai giocatori.

L'eritropoietina è stata sicuramente acquistata ed è stata somministrata ai giocatori, così come si è ampiamente messo in evidenza, in forma acuta nei segnalati casi riguardanti Conte e Tacchinardi e nelle altre circostanze, in forma cronica, ai vari calciatori pure specificamente presi in esame, con particolare riferimento a quelli destinati ad uno sforzo più intenso dal punto di vista aerobico e con riferimento a particolari periodi, rispetto ad altri.

Anche in questo caso e, anzi, a maggior ragione con riguardo all'eritropoietina, il dottor Agricola non può aver fatto tutto da solo, né può aver provveduto direttamente alla spesa - anche di una certa consistenza, trattandosi di prodotti molto costosi - per il relativo acquisto, né ancor più può avere agito senza la preventiva approvazione dei suoi superiori, se non altro per i gravissimi effetti che l'uso di eritropoietina avrebbe potuto comportare per la salute dei giocatori e per la responsabilità disciplinare anche della società stessa, qualora tale somministrazione fosse stata individuata ed accertata in sede sportiva.

Per converso, tutti gli eventuali successi sportivi conseguiti dalla squadra sarebbero stati certamente graditi all'amministratore delegato più di tutti. La società che egli amministra è pur sempre una società di calcio professionistica e gli interessi che devono essere gestiti sono sempre più rilevanti e numerosi e strettamente collegati pure ai risultati che la squadra consegue.

Anche a tal riguardo, dunque, si può logicamente ipotizzare, sotto vari profili, che Girauo avesse autorizzato e finanziato l'operazione, garantendo ad Agricola ogni utile copertura e mettendogli a disposizione i fondi necessari per l'acquisto.

Il problema è che in atti, come si è visto, non emergono elementi obiettivi, né di tali acquisti, né dei fondi ai quali si sarebbe attinto per effettuare i pagamenti.

Il difensore ha ricordato che la Juventus è una società per azioni e l'eventuale utilizzazione di denaro da parte dell'amministratore delegato o per finalità diverse da quelle autorizzate o attraverso il ricorso a fondi occulti appositamente costituiti integrerebbe la condotta costitutiva di reati pure di una certa gravità.

Senza neppure contare, in via di stretta ipotesi, che il dottor Agricola possa aver agito con la copertura del direttore generale della società, che come si è visto è stato indicato da Giraudo come il diretto superiore di Agricola ed al quale pur deve essere riconosciuta una certa autonomia di gestione finanziaria, se non altro in occasione di acquisti e vendite dei giocatori con riferimento al calcio-mercato.

Si è visto, però, che la posizione di Moggi, inizialmente sottoposto ad indagini, è stata successivamente archiviata nell'agosto del 2000.

In mancanza di elementi diretti che possano almeno portare all'individuazione della forma utilizzata per i relativi pagamenti per l'acquisto dell'eritropoietina, dunque, non si ritiene che possa essere affermata con certezza la responsabilità penale dell'imputato Giraudo, per cui, nella descritta situazione, l'imputato Giraudo merita di essere assolto perché la prova a suo carico non risulta completa e sufficiente.

Solo per affinità di materia, per così dire, con quanto posto in rilievo nel corso dell'esame del reato di frode sportiva, si ritiene di dover prendere in considerazione i due delitti descritti ai capi h) ed i) dell'imputazione, contestati tanto ad Agricola, quanto a Giraudo.

Le modalità e i tempi di somministrazione e la quantità e il tipo dei medicinali somministrati ai giocatori dal dottor Agricola si sono già ampiamente descritti e non è il caso di ritornare sull'argomento, se non per ribadire come si sia sempre trattato di somministrazioni off-label, effettuate per scopi non terapeutici e per conseguire effetti farmacologici diversi da quelli indicati nell'autorizzazione al commercio delle rispettive specialità medicinali e si è abbondantemente rilevata la gravità e la pericolosità dei descritti comportamenti.

Occorre, ciò nonostante, qualche precisazione sia in diritto che in fatto, perché la difesa ha sostenuto l'inapplicabilità del reato previsto dall'articolo 445 del codice penale a casi come quelli che si esaminano, conformemente del resto anche ad una decisione della suprema Corte intervenuta proprio con riferimento a casi analoghi (Sez. 5 - sent. 2681 del 24 gennaio 2002 - ud. 22 novembre 2001 - imp. Vasario più altre).

La Corte di cassazione, invero, è sempre stata orientata nel ritenere che la norma in parola descriva un'ipotesi di aliud pro alio nell'ambito della somministrazione di medicinali.

Si tratta, in altri termini, di un'ipotesi, in parte, più ristretta della frode in commercio, perché applicabile esclusivamente ai medicinali, ma per altro verso, nello specifico settore dei medicinali, più ampia della frode in commercio stessa, perché si riferisce alla condotta di chi somministra.

L'interpretazione secondo la quale la fattispecie in parola non sia limitata ai soli farmacisti o commercianti di medicinali, del resto, appare pacificamente condivisa. Quando il legislatore ha voluto far riferimento al commerciante o al farmacista lo ha espressamente stabilito, come si evince da numerose disposizioni alcune delle quali contenute proprio nell'articolo 23 decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178, che si è già richiamato.

Anche il dato testuale, inoltre, contribuisce a rafforzare tale interpretazione, perché il reato può essere commesso da chiunque eserciti, "anche abusivamente", il commercio di sostanze medicinali. Se a ciò, poi, si aggiunge il testuale dettato con il quale viene descritta la condotta, che consiste nel somministrare sostanze medicinali in specie, qualità o quantità non corrispondente alle ordinazioni mediche, o diversa da quella dichiarata o pattuita, si ha l'ulteriore conferma che non si tratta di ipotesi di reato applicabile solo al farmacista ovvero solo a colui che professionalmente eserciti il commercio di specialità medicinali, perché il complessivo tenore della disposizione induce ad una correlazione diretta tra soggetto attivo del reato e condotta tipica.

Anche la giurisprudenza della suprema Corte, d'altra parte, è orientata in tale direzione; basti considerare che da tempo viene equiparato alla sostanza medicinale anche il sangue umano per uso trasfusionale

Se è vero, dunque, che non solo il commerciante autorizzato può commettere il reato, perché esso trova applicazione pure nei casi di commercio abusivo, allora il problema interpretativo deve essere individuato e risolto con riferimento al significato da assegnare al verbo "somministrare". Occorre stabilire, in altri termini, che cosa si intenda per somministrazione di medicinali nell'ambito di tale fattispecie e una prima indicazione deriva proprio dal fatto che, pur avendo il legislatore con l'articolo 445 previsto un'ipotesi speciale di aliud pro alio, non abbia limitato peraltro il campo di applicazione della disposizione in parola alla sola ipotesi della consegna del medicinale, come è invece previsto per la frode nell'esercizio del commercio, disciplinata dall'articolo 515 del codice penale.

In questa ottica, il verbo somministrare deve essere interpretato nel significato più ampio possibile e cioè nel senso di fornire, distribuire ovvero, come è stato autorevolmente affermato in Dottrina fin dall'entrata in vigore del codice, nel senso di "dare altrui ciò che gli fa bisogno". La somministrazione, in altri termini, deve essere intesa come "un momento successivo e più progredito di quello della semplice detenzione o della messa in commercio"; l'attività del somministrare, insomma, è da ritenersi perfezionata quando il medicinale viene consegnato al consumatore finale.

Nel caso in esame, peraltro, non è neppure necessario aderire ad un'interpretazione così ampia - ancorché corretta a giudizio di chi scrive - del significato di "somministrare" e ci si può persino limitare ad un'interpretazione per così dire "medica" del termine, perché il dottor Agricola, da una parte, ha agito come medico, sì che la stessa difesa, proprio in tale qualità, ne ha pretesa la capacità di somministrazione di farmaci, addirittura senza alcuna forma di documentazione, come si è visto e, dall'altra parte, egli ha provveduto a propinare se non direttamente, comunque in via definitiva i farmaci ai calciatori, che sono da considerare i consumatori finali della somministrazione, con la collaborazione di altri medici della società da lui diretti. L'imputato, in altri termini, ha sommato in sé la doppia funzione di prescrivere i medicinali quale medico sociale addetto alla cura dei calciatori e di fornirli ai fruitori finali, somministrandoli direttamente ai giocatori (peraltro in modo ingannevole).

Come si vede, risulta integrata in questo caso l'ipotesi della somministrazione di sostanze medicinali in specie, quantità o qualità diverse da quelle dichiarate o pattuite, proprio per la diretta relazione tra l'imputato e i giocatori ai quali è stata effettuata la somministrazione.

Né a tal riguardo si possono condividere le osservazioni proposte dalla difesa con l'autorevole conforto della giurisprudenza citata, secondo le quali riferire la diversità in specie, qualità o quantità delle sostanze medicinali da quelle dichiarate o pattuite non necessariamente ad un'attività strettamente o professionalmente commerciale, bensì all'atto del somministrare tali sostanze, risulterebbe operazione vietata dal principio di stretta legalità in quanto attuerebbe un'indebita estensione analogica, perché invece essa sembra rispondere ad un corretto criterio interpretativo del dettato letterale della disposizione stessa nella quale, come si è visto, non è stato utilizzato il verbo consegnare per descrivere la condotta, bensì il verbo somministrare. Tale scelta del legislatore non troverebbe praticamente spiegazione alcuna se interpretata in modo comunque necessariamente ancorato ad una strutturale attività commerciale.

Nel caso che qui interessa, oltretutto, occorre ricordare che il dottor Agricola ha scavalcato persino la farmacia, procurandosi anticipatamente i medicinali e si è comportato, oltre che come medico, anche da farmacista, prelevando e fornendo direttamente i farmaci nell'ambito della somministrazione di cui si tratta.

Che poi il comportamento del dottor Agricola sia stato ingannevole nei riguardi dei calciatori è dimostrato dalle dichiarazioni rese dagli stessi interessati, soprattutto con riferimento ai farmaci asseritamente utilizzati, perché quasi tutti, fatta eccezione per i farmaci dichiarati all'antidoping, concordemente hanno affermato essersi trattato di vitamine e persino Birindelli, che in un primo

momento aveva sostenuto che non sempre egli era stato messo a conoscenza della specialità farmaceutica che gli veniva iniettata per flebo, ha poi modificato tale versione assumendo di aver sempre saputo che cosa gli veniva somministrato. Ebbene, tanto nell'uno, quanto nell'altro caso, il giocatore ha riferito essersi comunque trattato di Epargriseovit e, dunque, di un complesso vitaminico e, al più, di Esafosfina, come disintossicante.

Per quanto riguarda, infine, i farmaci dichiarati a seguito di sorteggio antidoping, occorre ricordare come sia risultato del tutto pacifico che le relative dichiarazioni agli Organi competenti venivano rese dal medico che accompagnava i giocatori, ancorché alla presenza di questi ultimi e, cioè, dal dottor Verzini e dal dottor Tencone per i periodi di rispettiva permanenza alla Juventus.

Questo oltretutto spiega pure come mai in sede di dichiarazioni rese dai giocatori nel corso del procedimento o addirittura in corso di esame testimoniale sia spesso capitato che il calciatore non ricordasse subito di aver assunto un certo farmaco ovvero non ne ricordasse l'assunzione neanche dopo che gli era stata fatta presente l'avvenuta dichiarazione antidoping ovvero addirittura che negasse di aver assunto il medicinale nonostante la dichiarazione stessa, come è capitato per Ravanelli ed il Liposom forte.

Come si è già avuto modo di osservare, insomma, gli elementi acquisiti a tal riguardo agli atti consentono di poter ritenere che il dottor Agricola non informasse correttamente i giocatori in ordine ai prodotti che somministrava e, anzi, forniva delle indicazioni di massima, quasi sempre riferendosi a farmaci di tipo vitaminico, per i medicinali di più largo uso come il Neoton, l'Esafosfina o il Samyr che anche nel corso del dibattimento l'imputato ha preteso di far passare come integratori o antiossidanti e ricostituenti, mentre non informasse assolutamente i giocatori relativamente a tutti gli altri farmaci che somministrava e comunque faceva intendere ai calciatori che la somministrazione dei prodotti medicinali che veniva loro effettuata serviva per combattere la stanchezza e per agevolare il ricupero della fatica.

In questo si è concretata la decettività in ordine alle sostanze medicinali che il dottor Agricola ha somministrato in specie, per qualità e quantità diversa da quella dichiarata, e in qualche caso pattuita.

Il fatto, poi, che a questo riguardo, il difensore abbia richiamato, come pure si è ricordato, l'articolo 29 del codice deontologico medico del 1995, precisando che in esso si prevedeva un tipo di informazione generica e soprattutto adeguata al livello di cultura e di emotività dei pazienti, quasi per sottolineare come potesse ritenersi sufficiente, con giocatori di calcio, qualsiasi tipo di spiegazione che il medico avesse ritenuto opportuno di fornire, è affermazione allarmante e non adeguata, in primo luogo, perché essa non risponde al vero, come si è rilevato precedentemente e, soprattutto, perché un conto è informare genericamente e un conto è ingannare e, cioè, far credere una cosa per un'altra, esattamente come il dottor Agricola ha fatto con i giocatori nella maggior parte dei casi esaminati.

Del tutto irrilevante è pure il fatto che si è trattato di somministrazione gratuita, perché proprio a proposito di aliud pro alio e, in particolare, relativamente al delitto di frode nell'esercizio del commercio, più volte la Corte di cassazione ha rilevato come, a differenza del delitto di truffa, nel caso di consegna di una cosa per un'altra non sia richiesto un danno patrimoniale per l'integrazione del reato, perché diverso è il bene giuridico protetto dalla norma. In questo caso, come è evidente, oltre alla salvaguardia del principio di lealtà e correttezza negli scambi e nei rapporti in genere, con la norma in parola si intende tutelare il superiore interesse della salute pubblica.

Sulla pericolosità e nocività dei farmaci utilizzati, soprattutto se riferita alle dosi praticate ed alle forme di somministrazione prescelta si è già ampiamente detto e non occorre ripetersi. Basta solo ricordare come quella contestata sia fattispecie di pericolo e per quanto riguarda la somministrazione di medicinali il pericolo è insito nel concetto stesso del prodotto, soprattutto poi se utilizzato per finalità non terapeutiche e diverse dalle indicazioni riportate nell'atto di autorizzazione.

Senza contare, poi, che tra i casi di cui si è potuta avere notizia, ancorché si sia cercato di evitare che essa emergesse, quale quello di Tacchinardi, con riferimento al ricovero dell'ottobre 1997, in atti vi è la prova che non soltanto di pericolo si è trattato, bensì di vero e proprio danno. Nessun dubbio, pertanto, può esservi in ordine alla responsabilità dell'imputato Agricola relativamente al reato contestato al capo h) dell'imputazione in cui si fa riferimento alla somministrazione dei medicinali effettuata dall'imputato ai calciatori.

La violazione dell'articolo 445 del codice penale, peraltro, è stata contestata pure nel successivo capo i) d'imputazione, con riferimento alla somministrazione di creatina e a questo riguardo la difesa ha fatto pure presente che la creatina è sostanza che non può integrare la fattispecie contestata, perché non può essere considerata un medicinale e perché manca di intrinseca nocività. Per quanto riguarda il primo punto, la difesa - ancorché si sia sostenuto sempre da parte dell'imputato il criterio della somministrazione di creatina in dosi minime, col costante rifiuto delle cosiddette dosi d'attacco - ha puntualizzato ugualmente che, a proprio giudizio, una sostanza o ha natura di medicinale o non ce l'ha, ma non si può considerare uno stesso prodotto, che a basse dosi è un integratore, come un medicinale solo perché somministrato a dosi più elevate. La difesa, anzi, ha pure sostenuto che un medicinale è tale soltanto dopo il riconoscimento ufficiale che ad esso venga attribuito dal competente Ministero.

L'affermazione, però, non è corretta, perché con essa si confonde la nozione di medicinale con quella di specialità medicinale e, oltretutto, si finisce col superare il dato normativo.

L'autorizzazione ministeriale è indispensabile, infatti, per l'immissione in commercio di una specialità medicinale, a norma dell'articolo 8 decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178, ma non serve assolutamente a qualificare come medicinale una sostanza.

Si è ricordato come la definizione di medicinale sia contenuta, invece, nello stesso decreto legislativo, all'articolo 1, e come essa prescindendo totalmente da riconoscimenti ufficiali, essendo invece direttamente collegata alle intrinseche capacità della sostanza stessa, sì che si deve definire come medicinale, ad esempio, quando si tratti di "...sostanza.... da somministrare all'uomo....allo scopo di....correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo...".

La definizione di medicinale riportata nel decreto legislativo, del resto, è frutto del recepimento delle Direttive CEE in materia di specialità medicinali e oltretutto si attaglia perfettamente a quanto stabilito - circa un mese prima dell'entrata in vigore del decreto legislativo - proprio da una sentenza della Corte di Giustizia che il 16 aprile 1991, nella causa n. 112/89 intrapresa dalla Upjohn Company, industria farmaceutica produttrice del "minoxidil", farmaco che ha avuto momenti di notorietà anche per la sua efficacia contro la caduta dei capelli, in cui tra l'altro si legge: "...Un prodotto che non ha proprietà curative e profilattiche delle malattie umane o animali è un medicinale se può essere somministrato allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche....".

Va rilevato, per quel che può valere, che l'enunciato principio risulta inconsapevolmente condiviso pure dal consulente della difesa professor Eandi. Questi, alle pagine 40 e 41 della propria relazione scritta, nell'occuparsi della definizione di medicinale, è partito dall'opposta convinzione, secondo la quale una sostanza si caratterizzerebbe come medicinale solo in quanto essa sia destinata sin dal momento della sua produzione ad essere impiegata con finalità terapeutiche.

A conforto di tale convinzione interpretativa e nonostante il decreto legislativo 178/91 che il consulente pur ha espressamente preso in considerazione e ha richiamato, il professor Eandi, in modo singolare, non ha trovato di meglio evidentemente che ricorrere alla citazione di una sentenza del Consiglio di Stato del 1970 e di una più giovane (il concetto è relativo) sentenza della Corte di cassazione del 1981 e cioè anche quest'ultima decisione di 10 anni precedente il decreto legislativo che ha introdotto la definizione di cui si discute.

In ogni caso, proseguendo nel suo non sempre chiaro excursus, il professor Eandi, contraddicendo quanto affermato in precedenza e quanto riportato a conclusione del ragionamento, ha sostenuto: "La logica sottesa alla nozione di medicinale, come definita dal più volte richiamato decreto

legislativo, porta ad escludere che un prodotto contenente un principio farmacologicamente o terapeuticamente attivo (caratteristiche sostanziali), debba essere assoggettato in ogni caso alla disciplina restrittiva prevista per i medicinali. Infatti se la quantità di tale sostanza è inferiore a quella capace di determinare una risposta terapeutica e purché non si faccia cenno a tali proprietà, farmacologiche o terapeutiche nella presentazione o comunque nel messaggio che raggiunge il consumatore (caratteristiche formali), il preparato può essere assegnato ad altra e diversa categoria merceologica...". Che cos'altro il professor Eandi avrebbe potuto dire o fare, allora, per convincere che la dose di somministrazione può assumere un rilievo molto importante e che - contrariamente a quanto in apparenza egli è andato ancora affermando - non è vero che una sostanza si definisce medicinale solo se fin dalla produzione essa viene impiegata per finalità terapeutiche?

Ciò vuol dire, però, che se una somministrazione a basse dosi di una sostanza non consente di ottenere l'indicato scopo, mentre una più massiccia somministrazione è in grado di poter correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo, allora quella stessa sostanza dovrà essere considerata o meno medicinale proprio in ragione delle dosi prescelte per la relativa somministrazione.

E' quanto si verifica appunto con la creatina che non può essere immessa in commercio come specialità medicinale, perché come è stato ricordato dal professor Muller nessuna casa farmaceutica ha ritenuto necessario avviare la relativa sperimentazione e intraprendere l'iter per ottenere l'autorizzazione ministeriale alla vendita di tale sostanza come medicinale.

Essa, allo stato, può essere venduta come integratore dietetico, previa notifica al Ministero ovvero come alimento per sportivi, previa autorizzazione del Ministero, a norma di quanto rispettivamente disposto dagli articoli 7 ed 8 decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111. Il Gruppo misto presso tale Ministero, costituito dal Dipartimento degli Alimenti e dal Dipartimento del Farmaco-Commissione Unica del Farmaco, ha stabilito che una somministrazione di creatina fino a 3 grammi al giorno, qualifica la sostanza come integratore dietetico, mentre una somministrazione maggiore di 3 e fino a 6 grammi al giorno, rende la creatina alimento utile "ad un intenso sforzo muscolare soprattutto per gli sportivi".

Attraverso l'esame di periti e consulenti, d'altra parte, anche nell'attuale processo è emerso evidente che il normale turnover di creatina nell'uomo è da individuare in circa 2 grammi giornalieri, se non addirittura meno e si è visto altresì come il consumo di creatina per coloro che praticano sport sia di poco superiore. Persino il dottor Agricola ha cambiato opinione in ordine alla quantità di creatinfosfato che ciascun giocatore di calcio normalmente perde durante una partita, quantità da lui indicata comunque in 2 grammi nell'intervista contenuta nel libro "Sul campo con la Juve".

Come si vede, una dose giornaliera di creatina fino a 6 grammi è già adeguata e abbondantemente capace di reintegrare e ristabilire qualsiasi tipo di perdita di creatinfosfato e, dunque, con dosi maggiori ci si prefigge - a torto o a ragione - il raggiungimento di un fine diverso da quello dell'integrazione dietetica o della supplementazione alimentare particolare.

Le dosi maggiori, infatti, perseguono lo scopo di aumentare resistenza e potenza (ne ha parlato Ravanelli in testimonianza come spiegazione ricevuta dall'imputato sull'impiego della creatina), di favorire il deposito di ATP (adenosin trifosfato), che è la principale sostanza che trasporta energia nell'organismo, di provocare la metabolizzazione in ADP (adenosin difosfato), di convertire la creatina in fosfocreatina e così via, concetti che oltre agli esperti, sono stati pure spiegati dallo stesso dottor Agricola nell'udienza del 21 luglio 2003, come si è già testualmente riportato.

L'imputato, poi, si è spinto oltre ed ha ricordato che, avendo preso spunto dallo studio di Carmelo Bosco di cui pure ha parlato, ha utilizzato la creatina allo scopo di influire sulla funzione metabolica ed ormonale dei giocatori e, evidentemente al pari del professor Bosco, l'ha utilizzata in quantità massiccia, come si è visto, tanto è vero che nel quarto anno di utilizzazione, pur avendo dimezzate le dosi, il dottor Agricola ne somministrava ancora 10 grammi al giorno come egli stesso ha dichiarato nell'intervista rilasciata a Massimo Lodi.

Che cosa si deve ancora aggiungere per dimostrare che l'imputato ha somministrato la creatina come sostanza capace di correggere o modificare funzioni organiche e, cioè, come medicinale? E,

del resto, non è stato proprio il dottor Agricola che ha introdotto l'uso della creatina al posto di un altro medicinale come il Neoton?

Un'ultima osservazione deve essere fatta sulla nocività della creatina e, a questo proposito, c'è davvero poco da dire, in parte, perché - come ha ricordato il perito - mai sono stati effettuati sulla creatina studi e sperimentazioni scientifiche serie e affidabili - e, in parte, perché ciò nonostante il concreto pericolo che essa possa comportare effetti tossici, soprattutto se assunta in dosi elevate risulta pacifico.

Non solo questo è stato affermato dal perito, ma è stato riconosciuto anche dal consulente della difesa professor Eandi ("La nefrotossicità da creatina è stata segnalata come possibile evento avverso, ma è stato registrato in rarissimi casi e l'attribuzione di causalità è assolutamente incerta" - pagina 89 relazione in atti) e persino dallo stesso imputato, il quale sempre nell'intervista liberamente rilasciata nel libro "Sul campo con la Juve" ha spiegato che la necessità di passare a dosaggi inferiori di creatina era stata determinata proprio per evitare eventuali sovraccarichi epatici o renali, espressione che altro non significa se non che lo stesso dottor Agricola temeva che l'uso eccessivo di creatina potesse provocare danni al fegato e ai reni dei giocatori.

Si è già ricordato, del resto, che il delitto previsto dall'articolo 445 del codice penale è strutturato come reato di pericolo ed è evidente, trattandosi oltretutto di fattispecie a tutela della salute pubblica, che non occorre una sperimentazione scientifica che attesti la nocività del medicinale, per ritenere integrato il delitto, per la sussistenza del quale basta ampiamente anche il solo pericolo del pericolo.

Anche a proposito di tali reati, che oltretutto sono i più gravemente puniti tra quelli contestati, trattandosi di delitti per i quali si applicano le pene congiuntamente, con un minimo di sei mesi di reclusione, la responsabilità penale dell'imputato Agricola non può essere messa in discussione e risulta provata in modo certo e chiaro.

Per quanto riguarda l'imputato Girauco, invece, vanno integralmente richiamate le considerazioni espresse relativamente al reato di frode sportiva. Pure questi ultimi due reati sono stati commessi, al pari del primo, attraverso la somministrazione di sostanze medicinali e, dunque, anche a questo riguardo, pur sussistendo una serie di argomenti di ordine logico che portano a ritenere che l'amministratore delegato della società sapesse perfettamente ciò che avveniva, manca comunque sul piano processuale la prova certa e diretta del coinvolgimento nel reato di tale imputato.

Per poter esaminare il primo reato contestato agli imputati Agricola e Girauco, descritto nel capo a) dell'imputazione in rubrica, occorre preventivamente verificare la sussistenza dei delitti di falso contestati al capo b), originariamente al solo imputato Rossano Giovanni la cui posizione, come anticipato, è stata separata.

L'accusa, in realtà, riguarda due acquisti effettuati dalla farmacia Rossano tra il marzo ed il giugno 1998, relativi alle specialità medicinali Orudis iniettabile ad uso endovenoso e Mepral iniettabile, medicinali dei quali è riservato ai soli ospedali e alle case di cura l'acquisto, la conservazione e l'uso.

Speranza Nicola, magazziniere presso la farmacia Rossano, nel verbale di sommarie informazioni rilasciate il 1° febbraio 1999, ha spiegato che da parte della Juventus era pervenuta la richiesta dell'Orudis e del Mepral in confezioni riservate agli ospedali ed il magazziniere telefonava alle due case farmaceutiche produttrici, rispettivamente la Rhône-Poulenc Rorer e la Bracco, per ottenere la fornitura, ma riceveva risposta negativa, a suo dire perché si trattava di ordinativo di importo troppo basso.

Lo Speranza, allora, ne parlava con il farmacista che lo autorizzava ad usare un ordine proveniente dalla casa di cura Villa Cristina, nel quale si sarebbero potuti aggiungere anche i farmaci richiesti dalla Juventus.

E così lo Speranza utilizzava un vecchio ordine proveniente da Villa Cristina, probabilmente in origine recante la data del 24/4/97, corretto in 24/3/98, sul quale veniva aggiunta la scritta

"urgentissimo" e ai farmaci originariamente indicati veniva pure associato l'ordine di 10 confezioni di Mepral fiale.

L'ordine veniva trasmesso al deposito della Bracco per fax e la società produttrice il giorno successivo provvedeva alla consegna, mentre in data 26 marzo 1998, e cioè quando la farmacia Rossano aveva ormai ricevuto il Mepral, veniva formalizzato l'ordine di fabbisogno da parte della Juventus, predisposto verosimilmente nel momento stesso della ricezione del medicinale.

In data 8 giugno 1998 gli ordini diventavano addirittura due, confezionati in modo lievemente meno rozzo del primo e sulla base di un ordinativo proveniente da Villa Cristina proprio in data 7 giugno e, cioè, del giorno prima. In questo caso, utilizzando l'ordine originale, con l'ausilio di un computer o di una fotocopiatrice, praticamente lo si tagliava in due proprio a metà dell'elenco dei farmaci richiesti effettivamente dalla casa di cura e, da una parte, si aggiungeva la richiesta di 15 confezioni di Mepral fiale e, dall'altra, si inseriva la richiesta di 30 confezioni di Orudis fiale per endovena, spedendo per fax i due ordini così realizzati rispettivamente al deposito della Bracco ed alla Profarco, deposito della Rhône-Poulenc Rorer.

Tutti e tre i fax, sia quello di marzo, sia i due di giugno, risultano accompagnati da un appunto allegato, redatto su carta intestata e timbrata della farmacia Rossano in cui si dava atto che si trattava di ordini di prodotti ospedalieri per la casa di cura Villa Cristina.

Anche in questo secondo caso, ovviamente, i medicinali "aggiunti", una volta pervenuti alla farmacia Rossano, sono stati separati da quelli da consegnare effettivamente a Villa Cristina e sono stati inviati alla Juventus con fattura dell'11 giugno successivo.

Il pubblico ministero nella descritta attività di contraffazione degli ordini di acquisto di farmaci provenienti da Villa Cristina, nei quali, come si è visto, sono stati falsamente aggiunti dei farmaci facendoli apparire come richiesti dalla casa di cura, mentre essi erano già destinati alla Juventus, ha individuato il delitto di falso in certificati e, poiché i farmaci così ottenuti, provento del delitto di falso sono stati ricevuti dalla Juventus, ha inizialmente contestato ai due imputati il delitto di ricettazione di tali medicinali.

Il difensore ha sostenuto l'insussistenza del reato, rilevando la mancanza nei documenti contraffatti dei requisiti richiesti perché essi possano essere considerati come dei certificati, appuntando principalmente l'attenzione sulla mancanza della sottoscrizione di un medico e sulla mancanza di un documento originale, in quanto come si è detto la contraffazione è stata eseguita sulla fotocopia delle richieste provenienti da Villa Cristina, successivamente trasmesse per fax alle rispettive case farmaceutiche interessate.

Gli ordini provenienti da Villa Cristina, invero, risultano firmati da Giuseppe Rossano, fratello del farmacista, che presso la casa di cura si occupa della gestione degli approvvigionamenti e degli acquisti in genere.

Sentito a sommarie informazioni, Giuseppe Rossano ha riconosciuto come propria la sottoscrizione apposta agli ordini di medicinali di cui si tratta, confermando che i farmaci Mepral e Orudis non erano stati richiesti da Villa Cristina.

E' stato sentito a sommarie informazioni anche il dottor Remo Urani, Direttore sanitario presso la casa di cura Villa Cristina, il quale ha precisato che per quanto riguarda gli acquisti dei medicinali, l'iniziativa veniva assunta dai vari medici di reparto che segnalavano alla Capo sala i medicinali da acquistare e la Capo sala formava un elenco che consegnava a Giuseppe Rossano che si preoccupava di trasformarlo in un ordine per la farmacia Rossano.

Il dottor Urani non ha saputo precisare se tali ordini venissero controfirmati pure da personale medico, anche se egli ha dichiarato che essi avrebbero comunque dovuto essere almeno vistati da un medico, trattandosi di documenti che avevano anche valore di ricetta.

Negli ordini di cui si tratta, in realtà, non si rinvenivano altre sottoscrizioni o sigle oltre a quella di Giuseppe Rossano, che risulta apposta per esteso in quello la cui data è stata modificata e con una semplice sigla in quello del 7 giugno 1998. Poiché Giuseppe Rossano non è un medico e comunque non svolge compiti di ordine sanitario presso la casa di cura, occupandosi come detto del settore commerciale, ecco che il difensore ha ritenuto che la contraffazione dei due documenti in parola,

per giunta materialmente avvenuta utilizzando le rispettive fotocopie e neppure gli originali, mai potesse integrare il delitto contestato.

Le obiezioni della difesa, però, non possono essere condivise, perché se è pur vero che su un certificato di provenienza da una casa di cura, che ha pure valore di ricetta, come correttamente ha ricordato il dottor Urani, la sottoscrizione di un medico è indispensabile, è altrettanto vero che questo aspetto riguarda prevalentemente l'ente presso il quale tale ricetta viene emessa e, cioè, in questo caso la clinica Villa Cristina.

Se il dottor Urani fosse stato davvero convinto, come ha dichiarato, che gli ordini di acquisto di medicinali, in quanto sostanzialmente ricette mediche, avrebbero dovuto almeno essere vistati da un medico della clinica, allora avrebbe fatto bene a pretendere, quale Direttore sanitario di tale struttura, che Giuseppe Rossano gli trasmettesse tali ordini, dopo averli predisposti, ma prima che gli stessi fossero inoltrati, affinché il Direttore sanitario, o altro medico da lui delegato, potesse controfirmare l'ordine anche in relazione ad un più accurato controllo circa la fornitura che la clinica si appresta a richiedere alla farmacia.

Una volta però che l'ordine dei medicinali esce dalla sfera di disponibilità della casa di cura e apparentemente reca tutti gli elementi di riconducibilità a tale struttura, perché esso è redatto su carta intestata della clinica, è sottoscritto da persona abilitata e riconoscibile e perché oltretutto di regola viene trasmesso dal fax della casa di cura al fax della farmacia presso la quale la casa di cura stessa è solita appoggiarsi per l'acquisto di medicinali, allora non può valere il rilievo della mancata sottoscrizione del medico, perché - allo stesso modo - conserverebbe natura di ricetta medica una ricetta redatta su carta intestata del medico, che sia di chiara provenienza dello studio medico di competenza e che ciò nonostante - per disposizione dello stesso medico - venga poi sottoscritta dalla segretaria, dall'infermiera o da altro incaricato.

Anche in quest'ultimo caso, infatti, sarebbe se mai problema del medico spiegare come mai l'organizzazione dello studio consentisse l'emissione di ricette autentiche non sottoscritte dal medico titolare, bensì da parte di persone non abilitate, ma all'esterno dello studio l'ipotizzata ricetta avrebbe piena validità ed efficacia, oltretutto non essendo semplice per nessuno accorgersi che la sottoscrizione non è di un medico e non essendo neppure facilmente sindacabile, se non da parte del farmacista o delle ASL per le ricette convenzionate, la mancanza di un siffatto requisito.

Più delicato, forse, è l'aspetto relativo alla mancanza di un originale, trattandosi in realtà di copia di una copia e così via, tenendo oltretutto presente che il documento originale (sarebbe meglio dire l'ordine che viene inoltrato per primo) è costituito da un fax che a propria volta è una fotocopia che viene teletrasmessa.

Probabilmente l'aspetto della mancanza di un vero e proprio originale avrebbe potuto assumere una rilevanza maggiore se la contestazione del pubblico ministero avesse riguardato l'attività di alterazione di un documento, il che avrebbe richiesto maggior rigore nell'individuazione dell'originale, ma l'accusa inizialmente rivolta a Giovanni Rossano riguarda la contraffazione di prescrizioni mediche limitative, quali appunto devono intendersi gli ordini in parola, come ha ricordato pure il dottor Urani, trattandosi di acquisto di specialità medicinali ad esclusivo uso ospedaliero e, a tal riguardo, è sufficiente la formazione di un documento di prescrizione contenente le caratteristiche necessarie perché esso potesse essere ritenuto come proveniente dai medici della casa di cura Villa Cristina.

Nella contraffazione, a differenza dell'alterazione, non è richiesta l'esistenza di un originale da alterare, ma è necessario solo formare un atto che risulti simile e compatibile all'ipotetico originale e capace, in quanto tale, di sorprendere l'altrui buona fede.

In applicazione di tale criterio e soprattutto in considerazione del mutamento delle comuni abitudini nelle modalità di comunicazione e di trasmissione di atti e documenti, ormai basati sulle più recenti innovazioni telefoniche - alla cui sfera è riferibile il fax - e telematiche, soprattutto per quanto riguarda i rapporti commerciali, ma non solo, non si può ignorare che il concetto di atto originale si avvia sempre più ad essere inteso nel senso della riconducibilità dell'atto al soggetto che risulta averlo formato e spedito.

A questa interpretazione sostanziale, del resto, risulta essersi ispirata la più recente giurisprudenza della Corte di cassazione in materia di contraffazione documentale, stabilendo che per l'integrazione del reato è sufficiente anche un'imitazione del documento che si intende falsificare, purché apparentemente sussistano tutte le caratteristiche formali richieste perché l'atto possa ritenersi venuto ad esistenza (da ultimo, Sez. 5 - sent. 9366 del 13 agosto 1998 - udienza del 22 maggio 1998 n. 1055 - imp. Celestini G. ed altro).

In tale ottica, dunque, perdono efficacia le obiezioni difensive, di ordine formale, mentre assume decisivo rilievo il fatto, di natura sostanziale, che le case farmaceutiche interessate, Bracco e Rhône-Poulenc Rorer, che pure si erano inizialmente rifiutate di fornire gli stessi prodotti sulla base della telefonata effettuata dal magazziniere della farmacia, appena ricevuto l'ordine scritto trasmesso per fax, hanno invece provveduto alla consegna immediata dei medicinali.

E, a tal riguardo, perde pure ogni rilievo la ragione dell'iniziale rifiuto di fornire i medicinali sulla base della telefonata dello Speranza, da quest'ultimo intesa e riferita come relativa al basso costo della richiesta fornitura. Sembra verosimile ipotizzare, al contrario, che le case farmaceutiche preferissero avere un ordine scritto di un ente di tipo ospedaliero, essendo appunto necessaria la ricetta limitativa per i farmaci richiesti, ma - in ogni caso - quand'anche la ragione dell'iniziale rifiuto delle case farmaceutiche fosse stata davvero quella riferita da Nicola Speranza, rimane il fatto che dinanzi alla richiesta scritta esse immediatamente vi hanno dato corso, così dimostrando di non aver dubitato neppure un momento dell'autenticità della richiesta.

I delitti contestati al capo b) dell'imputazione a Rossano Giovanni, dunque, sono da ritenere perfettamente integrati.

Il pubblico ministero, peraltro, nel corso della requisitoria non ha confermato che Agricola e Girauco fossero giudicati per aver ricevuto i medicinali provento di tali delitti, ma ha chiesto - a sostanziale modifica dell'originaria imputazione - che i due imputati venissero ritenuti concorrenti nei delitti stessi commessi dal Rossano, con conseguente condanna per l'imputato Agricola ed assoluzione per l'imputato Girauco, sia pure perché per quest'ultimo mancherebbe la prova dell'elemento soggettivo.

La richiesta di modifica dell'imputazione del reato descritto al capo a) a carico dei due imputati risulta accoglibile, sia per ragioni processuali, sia per ragioni sostanziali.

Per quanto riguarda le prime, occorre ricordare che, secondo la costante giurisprudenza della Corte di cassazione, non deve ritenersi violato il principio di correlazione tra accusa e sentenza, disciplinato dagli articoli 521 e 522 del codice di procedura penale, quando in pratica ricorrano due fondamentali condizioni: a) che gli elementi di fatto sui quali si fonda la diversa definizione giuridica del reato - sia che essa consegua ad iniziativa del pubblico ministero che si avvalga degli strumenti di contestazione previsti dagli articoli 516 e 517 del codice di rito, sia che essa venga autonomamente decisa dal giudice sulla base di quanto a lui consentito dall'articolo 521 - fossero sostanzialmente già contenuti nell'imputazione originaria; b) che su tali elementi di fatto, conseguentemente, all'imputato sia stata consentita ampia facoltà di difesa e gli sia stato concesso di proporre le proprie giustificazioni nell'interrogatorio o in corso di esame dibattimentale.

Tali condizioni nel caso in esame risultano rispettate, in quanto inizialmente il falso materiale in certificati contestato al capo b) è stato considerato quale delitto presupposto del reato di ricettazione enunciato al capo a) e, pertanto, esso risulta essere stato integralmente richiamato e contestato agli imputati in ogni suo elemento di fatto. Entrambi gli imputati, inoltre, si sono difesi su tali elementi, espressamente presi in considerazione pure durante l'esame dibattimentale, come risulta evidente dai rispettivi verbali e trascrizioni.

La vera novità si può dire che sia costituita proprio dall'ipotesi del concorso, ma anche a tal riguardo, se non altro con riferimento ai rapporti intrattenuti con la farmacia Rossano, gli imputati hanno fornito numerose risposte e spiegazioni.

Sotto l'aspetto sostanziale, poi, la nuova formulazione dell'imputazione sembra meglio adattarsi in concreto al fatto descritto e contestato dal pubblico ministero, se non altro perché elimina la difficoltà, comportata dall'originaria accusa, di dover ritenere, da una parte, che gli imputati fossero

consapevoli della delittuosa provenienza dei farmaci al momento dell'acquisto, perché diversamente mancherebbe l'elemento soggettivo richiesto per il delitto di ricettazione e, dall'altra parte, che tale consapevolezza, tuttavia, fosse stata acquisita in tempi successivi agli accordi intercorsi circa la fornitura dei medicinali in parola con la farmacia e comunque in un momento tale da escludere l'ipotesi del concorso nel reato. Se, a questo proposito, si tiene conto del fatto che, nella prima occasione, e cioè nel marzo 1998, relativamente al primo acquisto di Mepral iniettabile, tra richiesta del dottor Agricola e consegna dei medicinali non sono trascorsi neppure due giorni e nessun altro contatto risulta esservi stato tra farmacia Rossano e società Juventus, a maggior ragione non può non condividersi la richiesta del pubblico ministero di modifica dell'imputazione nel senso che si è indicato.

Pure la difesa, del resto, nulla ha eccepito a tal riguardo, per cui si ritiene di poter esaminare la posizione degli imputati alla stregua della nuova definizione giuridica in parola.

Secondo l'Organo dell'accusa, molti elementi inducono a ritenere che il dottor Agricola sia da considerare concorrente del farmacista nella contraffazione dei certificati.

Intanto, gli stretti rapporti personali e la commistione di interessi esistenti tra i due che intrinsecamente li predispongono alla complicità.

Il dottor Agricola ha sempre considerato Villa Cristina la clinica di famiglia, presso la quale egli, giovane medico, è professionalmente cresciuto e si è specializzato imboccando la strada della neuropsichiatria. Lo stesso imputato non ha fatto mistero di questo, anche se egli forse, se non altro in nome degli impegni che avrebbero reso insostenibile il doppio incarico, ha fatto credere di aver lasciato il lavoro in clinica prima di quanto in realtà non sia accaduto.

Come si è visto, fin dal 1994, il dottor Agricola è stato chiamato ad occuparsi della prima squadra e a dirigere il settore medico e, anzi, Giraud ha pure precisato che una delle principali ragioni del passaggio dal dottor Bergamo, che oltretutto non abitava a Torino, al dottor Agricola risiedeva proprio nell'intenzione di garantire un'assistenza alla squadra, per così dire, a tempo pieno. Ciò nonostante, secondo le dichiarazioni del dottor Urani, l'imputato Agricola ha atteso ben quattro anni, fino a fine giugno 1998, prima di dare le dimissioni da medico della clinica.

E, del resto, che egli fosse affezionato a tale casa di cura è perfettamente lecito e comprensibile per le ragioni che si sono ricordate e, non ultimo, anche perché nella clinica continuano a ricoprire incarichi il padre, Agostino, e la sorella, Elvira, rispettivamente presidente e vice presidente del consiglio di amministrazione.

Giovanni Rossano, titolare della farmacia di corso Monte Grappa, n. 55 di Torino è il fiduciario, come è stato definito, per la fornitura dei medicinali alla predetta casa di cura. Egli ricopre, presso Villa Cristina, anche la carica di amministratore delegato e pure il di lui fratello, Giuseppe, come si è visto, lavora presso la stessa clinica, proprio in qualità di addetto agli approvvigionamenti.

E' stato il dottor Agricola, in realtà, a proporre la farmacia Rossano come fornitrice dei farmaci alla Juventus, dopo aver assunto la carica di responsabile del settore medico della società nel 1994.

Come si vede, l'intreccio di rapporti tra i due - sarebbe meglio dire tra le due rispettive famiglie - è saldo e fitto ed è evidente che, in una situazione del genere, in cui amicizia e interessi comuni, confidenza, familiarità e assiduità nelle frequentazioni assumono certamente l'aspetto prevalente del rapporto, risulta poi molto difficile, se non praticamente impossibile, che le regole continuino ad essere rispettate.

Non deve meravigliare, allora, che la Juventus riuscisse a farsi consegnare tutte le medicine ritenute necessarie senza neppure una prescrizione del medico (bisognerebbe, se mai, in caso di accertamento, verificare come ne avrebbe giustificato la vendita la farmacia Rossano, non disponendo delle ricette relative ai farmaci consegnati al deposito della Juventus sulla base di una richiesta di fabbisogno o di materiali) e non deve neppure meravigliare che il dottor Agricola abbia pensato di chiedere dei medicinali ad esclusivo uso ospedaliero, perché per essi si sarebbe seguita la stessa procedura di tutti gli altri farmaci.

L'imputato, in altri termini, alla luce degli stretti rapporti intrattenuti con Rossano Giovanni, sapeva che avrebbe potuto richiedere qualsiasi cosa, sicuro che il farmacista si sarebbe adeguatamente attivato per poterlo accontentare.

Se il dottor Agricola, insomma, non avesse avuto la possibilità di contare sul completo appoggio del farmacista, avrebbe certamente faticato molto di più per avviare e rendere operativo l'intero sistema che, di fatto, lo ha messo in condizioni, come si è osservato, non solo di acquisire la disponibilità di tutte le specialità medicinali ritenute necessarie senza specifiche prescrizioni mediche, ma anche di poterle successivamente utilizzare e somministrare senza alcuna documentazione.

Per questo, l'imputato non ha avuto problemi neppure a far richiesta di farmaci per l'acquisto dei quali sarebbe stata necessaria una ricetta limitativa e, per la stessa ragione, egli non si è limitato alla sola richiesta ma ne ha preteso pure la consegna con urgenza.

Il pubblico ministero, invero, pure dall'urgenza della fornitura ha tratto elementi per rilevare come Agricola dovesse essere considerato concorrente con Rossano ed ha ricordato che il giocatore Montero, già in occasione della partita del 28 marzo, due giorni dopo la consegna del medicinale di cui si tratta, in sede di sorteggio antidoping aveva dichiarato di aver assunto il Mepral.

Sulla base di tale circostanza, d'altra parte, pure il dottor Agricola ha sostenuto di aver effettuato l'acquisto del Mepral iniettabile per curare proprio Montero che - a suo dire - soffriva di gastroduodenite con reflusso esofageo.

In realtà, le osservazioni che a tal riguardo ha espresso il pubblico ministero convincono dell'inconsistenza della giustificazione fornita dall'imputato, perché non si somministrano a chi effettivamente sia sofferente di gastroduodenite con reflusso esofageo tutti gli altri medicinali, prevalentemente FANS e corticosteroidi, che pure Montero nella stessa occasione ha dichiarato di aver assunto e, inoltre, le giacenze delle confezioni di tale medicinale non corrispondono a quelle che la Juventus ha ottenuto tramite la farmacia Rossano, né con riferimento ai tempi in cui gli acquisti di Mepral sono avvenuti, né con riferimento alla quantità delle confezioni.

La spiegazione maggiormente plausibile, invero, è quella della volontà del dottor Agricola di servirsi di un medicinale gastroprotettore più potente di quelli normalmente usati in precedenza, che nel caso del ricovero di Tacchinardi dell'ottobre 1997 non si erano evidentemente mostrati adeguatamente efficaci, visto che il giocatore era finito in ospedale. Ciò vuole anche dire, però, che l'imputato, neppure dopo il grave episodio del precedente ottobre, aveva smesso di imbottire i calciatori di farmaci di tutti i generi, molti dei quali particolarmente nocivi per il sistema gastrointestinale.

Anche la vicenda relativa ai medicinali di esclusivo uso ospedaliero, insomma, serve a confermare, da una parte, che i farmaci utilizzati dall'imputato non sono stati somministrati per finalità terapeutiche e, dall'altra, che non si è certamente riusciti nell'attuale processo ad individuare tutte le specialità medicinali di cui si è servito Agricola, somministrandole ai giocatori.

E' difficile, però, individuare in tali elementi e in tali rapporti la prova piena del concorso del dottor Agricola nello specifico delitto di falso materiale in certificati commesso da Rossano.

Si sarebbe potuto disegnare, in realtà, in un'ottica più allargata, una forma di accordo tacito e complessivo, basato sui descritti rapporti tra i due interessati e, perché no, pure sugli interessi e sui vantaggi che ciascuno di loro traeva da tale sostanziale legame, in conseguenza del quale, perciò, ciascuno dei due protagonisti avrebbe dovuto essere chiamato a rispondere di tutti i reati realizzati, anche se materialmente eseguiti solo dall'altro.

Si sarebbe potuto ipotizzare, insomma, che ciascuno dei due fosse perfettamente consapevole che la propria collaborazione quanto meno servisse ad agevolare la realizzazione delle condotte criminose altrui e, in quest'ottica allargata, approfondire le indagini anche al fine di verificare se pure altri avessero stabilmente e strutturalmente collaborato a realizzare i reati commessi e con quale forma di organizzazione, con quali altri eventuali coperture, utilizzando quali fondi e così via. In tale contesto, probabilmente, sarebbero state pure individuate le modalità di pagamento dell'eritropoietina, il conto dal quale le somme erano state prelevate e via di seguito.

La scelta del pubblico ministero, alla luce degli elementi di indagine acquisiti, invece, è stata quella di individuare eventuali ipotesi di concorso di persone nel reato con riferimento alle singole e specifiche ipotesi criminose contestate.

In tale ottica, certamente gli elementi probatori acquisiti inducono a sospettare fondatamente che il dottor Agricola, nell'accingersi a richiedere al farmacista dei medicinali ad uso esclusivo ospedaliero, almeno in via di ipotesi, si fosse rappresentato che Rossano, per acquistarli, avrebbe dovuto procurarsi in qualche modo, magari attraverso la commissione di un reato, la prescrizione limitativa di cui vi sarebbe stato bisogno. Ciò renderebbe il dottor Agricola concorrente nei delitti di materiale contraffazione dei certificati di cui si tratta, quanto meno a titolo di dolo eventuale.

In atti, però, non vi è una prova completa e sufficiente in tal direzione e, anzi, vi è un elemento di forte dubbio, perché secondo le dichiarazioni del magazziniere della farmacia, per ottenere i medicinali richiesti, lo Speranza avrebbe addirittura pensato di potervi riuscire con una semplice e informale telefonata e, così, soltanto il diniego opposto da parte dei rappresentanti delle case farmaceutiche, avrebbe fatto sorgere la necessità di ricorrere alla contraffazione di cui si tratta.

In questo secondo caso, ovviamente, non si può avere la certezza che il dottor Agricola avesse invece agito rappresentandosi la necessità di doversi procurare un documento contraffatto, neppure con riferimento alla seconda richiesta del giugno 1998, perché anche relativamente a tale secondo caso, pur essendo molto probabile che l'imputato fosse venuto a conoscenza di quanto era esattamente accaduto nel marzo, non c'è comunque prova certa che egli davvero l'avesse saputo, per cui si ritiene di poter assolvere l'imputato dai reati a lui contestati al capo a) della rubrica, riquilibrati secondo quanto si è anticipato, perché non vi è assoluta certezza probatoria che egli vi abbia partecipato e, dunque, che egli abbia commesso il fatto.

La posizione dell'imputato Girauda a tal riguardo si presenta più semplice, perché nell'ottica prescelta di cui si è detto, di inquadrare cioè nell'ambito delle specifiche fattispecie criminose contestate le eventuali ipotesi di concorso di persone nel reato, allora occorre rilevare che per Girauda non vi è neppure la prova che l'imputato sapesse che Agricola aveva fatto richiesta di medicinali di esclusivo uso ospedaliero alla farmacia Rossano, né egli sarebbe stato in grado di accorgersene da solo vistando la richiesta di fabbisogno, per cui egli deve essere assolto per non aver commesso il fatto.

Oltre ai delitti di cui si è detto, nel capo di imputazione sono riportate pure quattro reati contravvenzionali, contestati i primi due - lettere c) e d) - al solo imputato Girauda e gli altri due ad entrambi gli imputati in concorso.

In ordine a tali ultimi reati, vi è poco da osservare, se non che gli imputati devono essere assolti perché il fatto non sussiste.

Per quanto riguarda la contravvenzione descritta al capo f) della rubrica, infatti, è stata ipotizzata la violazione dell'articolo 5 dello Statuto dei lavoratori che, però, per l'espressa esclusione contenuta nell'ottavo comma dell'articolo 4 legge 23 marzo 1981, n. 91 non può trovare applicazione nel caso del lavoro subordinato sportivo.

Il reato contestato al capo e) della rubrica riguarda, invece, le visite e gli accertamenti preventivi e con esso si ipotizza che, in tale contesto, sarebbe stata commessa la violazione di sottoporre i giocatori all'accertamento dello stato di sieropositività all'A.I.D.S.

Il difensore ha rilevato che i giocatori che sono stati interrogati su tale specifica questione si sono mostrati non solo a conoscenza dell'esame che era stato loro effettuato, ma anche sostanzialmente d'accordo sul fatto che esso venisse eseguito e la circostanza è certamente rilevante.

Si tratta, peraltro, comunque di casi di lavoro subordinato, sia pure ad elevatissima e straordinaria remunerazione e, dunque, la possibilità da parte del datore di lavoro di influire e orientare l'eventuale volontà o consenso del lavoratore è da ritenersi insita nel rapporto stesso, per cui il requisito dell'esistente consenso, ancorché importante, non eliminerebbe peraltro l'illiceità della condotta.

Il problema, in questo caso, è che si tratta di attività sportiva professionistica in una disciplina, per giunta, in cui il contatto fisico tra atleti della stessa squadra - se si fa riferimento alla vita da spogliatoio e agli allenamenti - e con avversari, non solo è da ritenersi possibile, ma è anzi certo e frequente, senza addirittura che si possa escludere che due giocatori possano entrare in contatto tra loro mentre uno dei due o entrambi sono feriti e sanguinanti.

L'accertamento per la verifica dell'eventuale stato di sieropositività, perciò, deve essere considerato una doverosa precauzione e non va interpretato nel senso della violazione della dignità e della riservatezza dei soggetti interessati, bensì come eseguito a tutela delle generali condizioni di salute e sicurezza nell'ambito dello svolgimento dell'attività sportiva.

E, dunque, gli imputati Agricola e Girauo devono essere assolti dai reati loro contestati ai capi e) ed f) della rubrica perché il fatto non sussiste.

Solo all'imputato Girauo, ancora, sono stati contestati i reati riportati ai capi c) e d) della rubrica. Partendo da quest'ultimo, occorre rilevare come esso riguardi la mancata redazione del documento relativo alla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute durante il lavoro, in violazione dell'obbligo a tal riguardo introdotto dall'articolo 4, comma 2, decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626.

Anche in questo caso si tratta di reato di natura contravvenzionale e, alla luce del tempo trascorso, esso risulta estinto per prescrizione. A ben vedere, però, l'imputato deve essere assolto con formula di merito.

Egli, invero, si è difeso su tale punto, sostenendo che l'adempimento del predetto obbligo non spettava a lui, in quanto vi era stata una delega che il Consiglio di amministrazione della società aveva espressamente assegnato a Gai Romolo Maria, dirigente presso la stessa Juventus, affinché egli - tra l'altro - si occupasse degli adempimenti previsti "nel decreto legislativo 626/94 e delle altre disposizioni di legge in materia", come testualmente si legge nel verbale del Consiglio di amministrazione del 22 novembre 1995.

Il dirigente interessato, che oltretutto risulta tra coloro che inizialmente, insieme a Moggi, Del Piero e altri erano stati iscritti nel registro degli indagati, con relativa posizione un po' inspiegabilmente separata e successivamente archiviata, sapeva perfettamente di tale procura, perché proprio l'amministratore delegato gli aveva trasmesso copia del verbale del 22 novembre 1995, con lettera di due giorni dopo, sottoscritta dallo stesso Romolo Gai per ricevuta.

L'operato del Consiglio di amministrazione della Juventus, del resto, non risulta *ictu oculi* incompatibile con quanto in proposito previsto nel decreto legislativo 626/94 in materia di deleghe di gestione, soprattutto alla luce di quanto stabilito dalla suprema Corte di cassazione: "Nel caso di imprese gestite da società di capitali, gli obblighi concernenti l'igiene e la sicurezza del lavoro gravano su tutti i componenti del consiglio di amministrazione. La delega di gestione in proposito conferita ad uno o più amministratori, se specifica e comprensiva dei poteri di deliberazione e spesa, può ridurre la portata della posizione di garanzia attribuita agli ulteriori componenti del consiglio, ma non escluderla interamente, poiché non possono comunque essere trasferiti i doveri di controllo sul generale andamento della gestione e di intervento sostitutivo nel caso di mancato esercizio della delega." (Cass. Sez. 4 - sent. 988 del 14 gennaio 2003 - ud. 11 luglio 2002 - imp. Macola e altro - rv. 226999).

Al dirigente Gai Romolo Maria, inoltre, dal consiglio di amministrazione era stata anche concessa autorizzazione ad avvalersi del "supporto di strutture esterne alla Juventus F.C. S.p.A. che abbiano una particolare e specifica competenza nel settore dell'igiene e della sicurezza del lavoro, con le quali potrà stipulare specifici contratti di consulenza."

Ciò non vuol dire, ovviamente, che ogni problema risulta superato a tal riguardo, perché - in ogni caso - sarebbe stato necessario verificare se la delega di gestione fosse ammissibile anche se rilasciata a favore di un dirigente e non di un amministratore; verificare se la formula utilizzata nel verbale del consiglio di amministrazione fosse da ritenersi sufficiente a trasferire in capo al delegato anche i necessari poteri di spesa e, infine, verificare perché il delegato non avesse ottemperato

all'indicato obbligo della valutazione dei rischi e se fossero comunque riscontrabili residue responsabilità per i singoli componenti del consiglio di amministrazione.

E' certo, però, che in siffatta situazione, in cui anche sotto l'aspetto soggettivo Giraudo - a torto o a ragione - avrebbe potuto ritenersi esonerato dall'obbligo in parola, l'accusa non avrebbe potuto essere immediatamente mossa solo contro l'amministratore delegato, la cui posizione, al più, avrebbe potuto essere interessata solo in un momento successivo ed eventuale, in qualità di componente del consiglio di amministrazione, come stabilito dalla suprema Corte.

L'imputato Giraudo, perciò, deve essere assolto dal reato a lui contestato al capo d) della rubrica, per non aver commesso il fatto.

L'ultimo reato che rimane da esaminare è la contravvenzione contestata al capo c) della rubrica al solo imputato Giraudo, quasi a sancire un ritorno alle origini del fatto.

Pure in questo caso, il tempo trascorso è servito a far decorrere per intero il termine di prescrizione del reato, ma da una parte la richiesta di assoluzione e non di semplice proscioglimento, legittimamente avanzata dalla difesa e, dall'altra, l'importanza della questione relativa alla astratta configurabilità di tale reato impongono di doversene occupare, sia pure brevemente.

L'importanza della questione, d'altra parte, è emersa subito evidente nel corso di tutte le considerazioni che si sono proposte a proposito dell'acquisto dei medicinali da parte della Juventus, ma essa assume ancora maggior rilievo perché la stessa contestazione risulta essere stata mossa pure all'amministratore della seconda squadra di calcio professionistica di Torino in altro processo che, dopo tre gradi di giudizio, si è concluso con la sentenza della Corte di cassazione in modo favorevole all'imputato.

In realtà, pare necessario chiarire alcune premesse di ordine generale che riguardano la fattispecie in parola.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 538 - Attuazione della direttiva 92/25/CEE riguardante la distribuzione all'ingrosso dei medicinali per uso umano - come si evince dalla riportata intitolazione, è stato emanato per dare attuazione alla direttiva comunitaria del 31 marzo 1992 in materia di distribuzione all'ingrosso di medicinali per uso umano.

Questa banale ed evidente considerazione serve, però, a richiamare l'attenzione su due generali e fondamentali elementi che non possono essere trascurati, poi, nel passaggio all'esame della singola disposizione da applicare: a) il bene giuridico tutelato da tale normativa è costituito dalla salute pubblica e non dalla necessità di assicurare un regolare svolgimento alle attività commerciali di settore; b) il campo di applicazione del decreto e la definizione a tal riguardo contenuta nell'articolo 1 sono sempre frutto dell'adeguamento alla direttiva 92/25/CEE e, perciò, ad essa risultano vincolate e conseguentemente, in tale ottica, devono essere interpretate.

La questione, invero, nasce proprio dalla particolare formulazione della disposizione da applicare, perché l'articolo 15 di tale decreto, intitolato "sanzioni", nel primo comma stabilisce che: "Il titolare o il legale rappresentante dell'impresa che inizia l'attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali senza munirsi dell'autorizzazione di cui all'art. 2, ovvero la prosegue malgrado la revoca o la sospensione dell'autorizzazione stessa, è punito....".

Risalendo, dunque, all'articolo 2 per verificare il requisito dell'autorizzazione, si nota che in esso è stabilito che: "La distribuzione all'ingrosso dei medicinali per uso umano è subordinata al possesso di un'autorizzazione della Regione o della provincia autonoma."

Come si vede, già emerge qualche elemento in più che possa chiarire l'ambito di applicazione della disposizione e, soprattutto, nell'articolo 2, si trova la conferma del fatto che con la normativa in parola si è inteso assegnare tutela alla salute pubblica e non alla disciplina dell'esercizio del commercio in materia di medicinali, perché gli Enti individuati come titolari del potere di rilascio della prescritta autorizzazione sono gli stessi ai quali, di regola, sono affidati, sotto vari aspetti, l'organizzazione, la gestione e il controllo della salute dei cittadini e non delle comuni licenze di commercio.

Con un ulteriore passo indietro, poi, si ha il quadro completo della disciplina normativa che si è intesa introdurre nel nostro Ordinamento, che non sembrerebbe dare spazio a libere interpretazioni. Nel primo comma dell'articolo 1 del decreto in parola, infatti, si effettua un richiamo generale alla disciplina in materia di medicinali già introdotta col decreto legislativo 178/91 ed alle materie prime farmacologicamente attive e nel secondo comma, soprattutto, si stabilisce che: "...per <<distribuzione all'ingrosso di medicinali>> s'intende qualsiasi attività consistente nel procurarsi, detenere, fornire o esportare medicinali, salvo la fornitura di medicinali effettuata dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti."

Si tratta, come si vede, della descrizione di una serie di condotte, tutte previste disgiuntamente tra loro, ciascuna delle quali finisce, dunque, con l'integrare il reato in parola.

In altri termini, è un po' come se il legislatore avesse stabilito che il titolare o il rappresentante legale dell'impresa che inizia l'attività consistente nel procurarsi medicinali ovvero l'attività consistente nel detenere medicinali ovvero l'attività di fornire o esportare medicinali, salvo la fornitura di medicinali effettuata dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti, senza munirsi dell'autorizzazione.....è punito...con le pene dell'articolo 15.

I problemi interpretativi, allora, riguardano un doppio ordine di direzioni: da una parte, stabilire chi possa assumere la qualità di soggetto attivo del reato e, in secondo luogo, definire con esattezza i limiti della condotta.

La Corte di cassazione, nella sentenza relativa ai farmaci rinvenuti presso la società Torino calcio (Sez. 3 - sent. 2601 del 26 gennaio 2004 - ud. 26 novembre 2003 - imp. Palazzetti - rv. 228487), attraverso un ragionamento molto articolato, ha finito con lo stabilire, però, trattarsi di un reato proprio, perché il soggetto attivo della contravvenzione in parola non può che essere il gestore di un'impresa che in concreto svolga attività nello specifico settore della fornitura e distribuzione dei medicinali.

Tale conclusione, però, non pare convincente, soprattutto perché - almeno nella seconda parte - essa risulta svincolata dal dettato normativo e, tutto sommato, contraria all'interesse giuridicamente tutelato.

Certamente, sembra debba escludersi che il soggetto attivo del reato possa essere individuato in una persona che agisca a titolo privato e personale, non essendo stato utilizzato il pronome "chiunque" del quale pure il legislatore si serve nel secondo comma dell'articolo 15. Come si può facilmente notare, il legislatore, anche nel decreto in parola ha adottato tecnica normativa e linguaggio del tutto analoghi a quelli utilizzati nel decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178, anch'esso riguardante specialità medicinali e anch'esso frutto del recepimento di direttive della Comunità economica europea ed è sintomatico osservare come la formulazione dell'articolo 15 decreto 538/92 sia perfettamente corrispondente a quella dell'articolo 23 decreto 178/91.

Alla luce della testuale espressione utilizzata dal legislatore che ha individuato colui che può essere chiamato a rispondere del reato di cui si tratta nel titolare o nel legale rappresentante dell'impresa che inizia l'attività di distribuzione all'ingrosso di medicinali, risulta innegabile che il soggetto attivo del reato possa essere individuato solo in un imprenditore.

In tale ottica, ad un primo impatto, la disposizione può apparire orientata a disciplinare le attività di imprese di distribuzione di medicinali, a maggior ragione se poi si ha riguardo alla non semplice procedura prevista per l'ottenimento dell'autorizzazione, procedura e requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione che in modo particolare hanno indotto la suprema Corte a ritenere che dovesse trattarsi di attività di distribuzione di farmaci volta verso l'esterno e non per uso e fini interni all'impresa stessa.

A ben vedere, però, se interpretata in questo modo, da una parte, l'intera normativa finisce per essere prevalentemente destinata a disciplinare attività commerciali in materia di distribuzione di medicinali e solo in modo indiretto e residuale a tutelare l'interesse della salute pubblica e, in secondo luogo, rimarrebbe priva di pratica e completa spiegazione la definizione contenuta nell'articolo 1 dello stesso decreto legislativo.

Non si riuscirebbe, in altri termini, a dare alcun significato al fatto che il legislatore, contrariamente a quanto affermato nella sentenza della Corte di cassazione, abbia invece ricompreso nella definizione di distribuzione all'ingrosso di medicinali anche attività quali quelle di procurarsi o semplicemente detenere medicinali che certamente non risultano proiettate verso l'esterno e, al contrario, definiscono precisamente l'attività di colui che intenda costituire una sub-farmacia o un deposito di medicinali per fini vari, anche soltanto interni all'impresa stessa, proprio perché nel testo normativo non risulta richiesto altro requisito al di fuori della condotta del procurarsi o detenere medicinali al fine dell'integrazione del reato.

La sentenza Palazzetti, in realtà, contiene l'affermazione di alcuni principi condivisibili che, però, attraverso le argomentazioni per pervenire alla decisione finale, sono stati sostanzialmente disattesi. La Corte, ad esempio, prendendo spunto da una precedente decisione (Sez. 3 - sent. 11322 dell'1 ottobre 1999 - ud. 5 luglio 1999 - imp. Guadagnoli - rv. 214635) che in questo processo è stata oggetto di contrapposte interpretazioni, da una parte, dal pubblico ministero e, dall'altra, dalla difesa e dalla stessa Corte di cassazione, che nella sentenza Palazzetti, anzi, sembra aver condiviso ed essere partita proprio dai principi fissati nella sentenza Guadagnoli, ebbene, la Corte ha riconosciuto che la normativa in parola è destinata unicamente a tutelare la salute umana che potrebbe essere messa in pericolo da una detenzione incontrollata di medicinali ed ha rilevato altresì come tale detenzione incontrollata possa verificarsi quando l'acquisto di medicinali, in quantità non irrisoria, avvenga senza il tramite della farmacia, senza alcuna ricetta del medico, in violazione delle disposizioni di legge previste appunto per l'acquisto dei medicinali.

Per evitare, dunque, di pervenire a conclusioni contrastanti col dato letterale della definizione di distribuzione all'ingrosso di medicinali imposta dallo stesso legislatore sulla scorta della direttiva CEE e per cercare di assegnare il giusto significato che sempre il legislatore ha inteso dare alle forniture di medicinali effettuate dalle farmacie a norma delle disposizioni di legge, pare opportuno partire proprio dai concetti condivisi per verificare il ragionamento che si è sviluppato nella sentenza Palazzetti.

La Corte, invero, non risulta convincente quando cerca di superare proprio i due punti interpretativi più importanti della questione e, cioè, che cosa si debba intendere per deposito illegittimo di medicinali, ipotesi che integrerebbe il reato de quo sotto l'aspetto del "procurarsi" e/o del "detenere" medicinali e che cosa si debba intendere per "fornitura di medicinali effettuata dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti", perché tale concetto costituisce il limite del primo, risiedendo in esso il requisito dell'illegittimità del procacciamento o della detenzione dei medicinali richiesto dal legislatore.

Ebbene, la Corte ha affrontato il problema e, in entrambi i casi, finendo col superare il dettato testuale, ha fatto ricorso ad un sostanziale, ma molto soggettivo concetto di offensività della violazione, in tal modo pervenendo a conclusioni che, francamente, paiono inaccettabili, proprio se doverosamente si ha riguardo alla letterale interpretazione della disposizione.

Come si è già anticipato a proposito dei criteri interpretativi da seguire con riguardo al reato di frode sportiva, l'offensività è elemento di sicura importanza perché intrinsecamente compresa nello stesso concetto di tipicità: il fatto è tipico non solo quando è conforme al modello descritto dal legislatore, ma anche quando sia in grado di produrre la violazione dell'interesse giuridico tutelato. Senza l'offensività, perciò, è da ritenere che manchi l'intero reato, non potendosi riconoscere quanto in concreto verificatosi come fatto tipico.

Ciò non vuol dire, però, che in nome dell'offensività si possano far rientrare nella fattispecie dei requisiti non richiesti dal legislatore, perché tale operazione non solo è sbagliata, ma non corretta e non consentita.

E, allora, non si può sostenere che manca l'offensività se il deposito di farmaci viene gestito sotto il controllo di un medico, perché l'affermazione è del tutto estranea alla norma introdotta dal legislatore e, anzi, si è già ampiamente rilevato come proprio in tema di circolazione di medicinali il legislatore abbia ben definito i campi di rispettiva competenza, imponendo pure al medico specifici obblighi nell'acquisto e nella gestione dei medicinali.

Si è visto come il controllo medico sia solo in piccola parte la ragione ispiratrice della normativa che riguarda la circolazione e la distribuzione dei farmaci e si è visto pure come il legislatore abbia distinto tra medico, medico specialista e strutture ospedaliere, assegnando rispettivamente valore a ciascuna di tali figure a seconda dei medicinali da gestire, distinguendo - di conseguenza - pure il tipo di ricetta. Si è visto, insomma, come in materia di circolazione e distribuzione di farmaci, il bene della salute dei cittadini venga salvaguardato dal legislatore attraverso la previsione di una serie di reati di pericolo (la contravvenzione in esame non è l'unica in materia, basti ad esempio ricordare quelle previste dall'articolo 23 decreto legislativo 178/91) il cui bene giuridico, dunque, viene violato per il solo fatto che la situazione descritta nella disposizione, che il legislatore ha previsto e stabilito che si dovesse evitare, venga invece ad esistenza.

Non si può semplicisticamente ricondurre, insomma, il problema della pericolosità intrinseca della circolazione dei medicinali per la salute dei cittadini alla pretesa presenza di un medico, oltretutto di fatto privo di controlli, per dimostrare che nel fatto preso in esame mancherebbe l'offensività.

Proprio perché offensività e tipicità coincidono, alla stregua di quanto si è considerato, è negli elementi descritti dal legislatore che l'offensività deve essere ricercata, senza ipotizzare liberamente situazioni nuove e non previste dal testo della disposizione.

Il legislatore, anche a tal riguardo, ha fatto esclusivo riferimento alle disposizioni di leggi vigenti in materia, richiedendone il pieno rispetto e non si comprende davvero il rilievo che a tal riguardo la Corte ha ritenuto di dover effettuare, ricordando che si tratta di violazioni di carattere amministrativo autonomamente sanzionabili a carico del farmacista, perché tale considerazione non riconduce di per sé a liceità ciò che invece rimane indebito.

E' nel momento della costituzione del deposito o della sub-farmacia che devono essere rispettate tutte le norme previste per l'acquisto, la fornitura e la circolazione dei medicinali. Se esse non vengono rispettate, vuol dire che il deposito o la sub-farmacia sono da considerare costituiti in violazione di quanto previsto dal contestato articolo 15 e a nulla rileva se le violazioni commesse a tal riguardo possano essere a loro volta autonomamente individuate e sanzionate, perché questo è un aspetto del tutto estraneo alla disposizione in parola e giuridicamente inammissibile.

Sarebbe come dire che non si può punire la ricettazione, perché il ladro che ha ceduto il bene e che ha consentito che esso venisse ricettato può essere autonomamente punito per furto.

Così come davvero non si comprende come possa essere equiparato all'acquisto dei medicinali in farmacia l'esercizio di una professione sanitaria in cui è implicita la possibilità di gestire medicinali. Medico e farmacista, non solo sono due professioni ben distinte, ma sono pure tra loro incompatibili, quand'anche lo stesso soggetto avesse i requisiti richiesti per l'esercizio di entrambe tali professioni. I rispettivi Ordini professionali non possono accettare la contemporanea iscrizione della stessa persona, proprio perché si tratta di competenze diverse e di settori completamente distinti, tra loro non conciliabili e che spesso, anzi, comportano attività di reciproco controllo.

Il fatto che il medico in determinate circostanze sia legittimato dalla legge, nello svolgimento della propria attività professionale, a gestire direttamente i farmaci senza dover preventivamente passare dalla farmacia, non significa che egli si comporta da farmacista, perché - come si è visto - si tratta di casi particolari e specificamente disciplinati, nei quali il medico comunque non è libero nella gestione dei medicinali, perché egli deve ottemperare alle regole imposte dalle strutture in cui egli opera e lavora, perché egli è tenuto a collaborare col personale infermieristico, perché è sottoposto al controllo della Direzione sanitaria e, soprattutto, perché è tenuto ad osservare e rispettare precise e rigide regole di documentazione della propria attività che, proprio per quanto riguarda l'uso dei farmaci, dovrà trovare riscontro, oltretutto, pure nel diario infermieristico.

Se perciò si parte dai principi condivisi e si analizza il dettato normativo, in aderenza assoluta al dato testuale della disposizione, conformemente, del resto, con quanto richiesto pure dalla difesa, si deve concludere che soggetto attivo del reato non può che essere un imprenditore e non pare possa dubitarsi neppure del fatto che tanto in ordine alle ipotesi previste dall'articolo 15 decreto 538/92, quanto in ordine alle ipotesi previste dall'articolo 23 decreto legislativo 178/91, il legislatore deve

aver prevalentemente pensato ad imprese operanti professionalmente nel campo della produzione, dell'importazione e della fornitura dei medicinali.

Lo stesso legislatore, però, evidentemente proprio in ragione del superiore interesse della salute pubblica che intendeva tutelare, non ha limitato il campo di applicazione della disposizione al solo imprenditore professionale, come si evince da una serie di elementi.

Il primo è proprio quello letterale, perché pur avendo descritto il soggetto attivo come il titolare o il legale rappresentante dell'impresa, il legislatore però non ha qualificato di quale impresa si debba trattare e non ha specificato affatto che essa debba avere le caratteristiche che nella sentenza Palazzetti le sono state invece attribuite.

In secondo luogo, come si è visto, il legislatore ha introdotto ipotesi di condotta che certamente non si addicono ad imprese professionistiche di settore, quali appunto le attività consistenti nel procurarsi o nel detenere medicinali.

In terzo luogo, poi, il limite finale della fornitura effettuata dalle farmacie risulterebbe addirittura incomprensibile se riferito ad imprese professionalmente operanti nel campo dei medicinali che difficilmente si riforniscono tramite farmacia.

Il testo complessivo della disposizione, insomma, non consente di condividere le conclusioni assunte dalla suprema Corte nella sentenza Palazzetti, perché diversamente gli indicati, precisi e testuali riferimenti normativi rimarrebbero privi di ogni rilevanza.

Sembra, invece, si possa concludere nel ritenere che qualsiasi imprenditore, anche non direttamente e professionalmente impegnato nel settore del commercio dei medicinali, qualora intenda svolgere attività consistente nel procurarsi o nel detenere medicinali, ancorché destinati ad uso esclusivamente interno all'impresa stessa, debba preventivamente munirsi dell'autorizzazione della Regione, sempre che non si tratti di fornitura di medicinali effettuata dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti.

Proprio le particolari condizioni e gli specifici requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione, però, rendono di fatto impraticabile l'ottenimento di tale provvedimento di autorizzazione da parte di chi non operi stabilmente e professionalmente nel campo del commercio dei medicinali. Ciò non vuol dire che il soggetto attivo del reato, allora, deve essere solo l'imprenditore che sia in condizioni di ottenere l'autorizzazione; significa, al contrario, che all'impresa che non sia in condizioni neppure di potersi procurare l'autorizzazione regionale non è assolutamente consentito lo svolgimento di alcuna delle attività elencate nel secondo comma dell'articolo 1 del decreto legislativo 538/92, nemmeno quelle consistenti soltanto nel procurarsi o nel detenere medicinali, sempre che la fornitura di tali medicinali non venga effettuata dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti.

Il fatto che il legislatore, attraverso il meccanismo della complessa e articolata procedura per l'ottenimento dell'autorizzazione per la distribuzione all'ingrosso di medicinali, sostanzialmente abbia posto pochi e specifici imprenditori nelle effettive e concrete condizioni per poter ottenere l'autorizzazione, non significa - in altri termini - che tutte gli altri imprenditori debbano essere ritenuti svincolati da tale obbligo, perché invece proprio la tutela dell'interesse giuridico protetto richiede di considerare come non consentite tutte le attività da svolgere negli specifici settori descritti dalla disposizione in parola che per qualsiasi ragione non siano autorizzabili.

L'offensività, invece, deve essere di volta in volta accertata in concreto in relazione alle caratteristiche della condotta e del fatto.

Ecco, allora, che la disposizione risulta perfettamente applicabile al caso di specie.

In questo caso, si tratta invero di società calcistica che non opera nello specifico settore della distribuzione e vendita di medicinali, ma che, al pari di altre società calcistiche, quali quella appunto giudicata nel processo Palazzetti, di certo pone in essere attività consistenti nel procurarsi e nel detenere medicinali perché nello sport professionistico e nel calcio in particolare è sempre maggiore la ricerca dell'incremento surretizio della prestazione, attraverso l'uso di sostanze ritenute farmacologicamente capaci di migliorare la performance degli atleti, come i fatti del presente processo ampiamente dimostrano.

Non si tratta, ovviamente, di utilizzazione di medicinali rivolta verso l'esterno, bensì di utilizzazione destinata ad esigenze interne alla società stessa, ma non per questo consentita, dal momento che il legislatore non ha operato a tal riguardo alcuna utile distinzione.

Nessuna importanza, ancora, può avere il fatto che nella struttura della società siano previsti uno o più medici che di fatto dispongono e utilizzano tali medicinali, perché anche a questo riguardo nessuna distinzione è stata operata dal legislatore e perché come si è già avuto modo di rilevare la circostanza non incide minimamente sulla concreta pericolosità per la salute pubblica.

I fatti dell'attuale processo, del resto, dimostrano come la gestione da parte del medico della società di calcio dei farmaci in deposito sia stata causa principale dei reati contestati e come si è più volte finito per mettere in evidenza, si è creato persino un circolo vizioso e perverso, perché di sicuro il medico ha utilizzato i farmaci di cui si è detto in modo improprio e non consentito, ma è ugualmente vero che se egli non avesse potuto disporre di tali specialità medicinali l'intera attività criminosa da lui posta in essere sarebbe risultata certamente rallentata e meno praticabile.

La costituzione di una farmacia interna alla Juventus, in altri termini, non solo è da considerare come attività che ha integrato il reato contestato al capo c) che in questo momento si esamina, ma ha costituito pure il necessario e indispensabile presupposto per la commissione degli altri reati descritti ai capi g), h) ed i) dell'imputazione.

Sarebbe difficile, francamente, ipotizzare un esempio più emblematico della pericolosità del reato di cui si tratta, pur con l'affidamento della gestione dei medicinali ad uno staff medico e ad un medico dello sport in particolare, di quanto non emerga direttamente dai fatti dell'attuale processo. Grande rilievo, infine, assume il modo in cui l'approvvigionamento dei medicinali è avvenuto, perché se si trattasse di fornitura effettuata dalle farmacie a norma delle disposizioni vigenti, per la clausola di preclusione espressa dell'ultima parte della disposizione in esame, il reato contestato dovrebbe considerarsi insussistente.

Nel caso in questione, invece, è vero che quasi sempre si è trattato di fornitura effettuata da farmacie, ma mai essa è avvenuta nel rispetto delle disposizioni vigenti, neppure per sbaglio.

Assume, infatti, fondamentale importanza il fatto che i medicinali - con la complicità di Rossano - siano stati considerati al pari di materiali e siano stati ordinati ed acquistati sulla base di ordini di fabbisogno.

Se nell'acquisto dei medicinali vi è stato un certo ordine o un certo controllo, ciò è avvenuto solo per esigenze interne di organizzazione della sub-farmacia e per le esigenze di bilancio imposte da Girauda, ma non certamente perché si ritenesse di dover assegnare alla circolazione e all'approvvigionamento dei farmaci l'importanza ed il rigore che ad essi invece risultano attribuiti dal legislatore.

Mai vi è stata una ricetta medica, mai una prescrizione o un certificato, mai una documentazione circa il loro conseguente impiego, senza voler ancora aggiungere altre considerazioni a quanto già osservato a proposito dell'approvvigionamento dei medicinali ad uso esclusivo ospedaliero e alla totale mancanza di ogni forma di documentazione relativa alla conseguente somministrazione, sia pure tenuta in via informale.

Pure le famose agende di verziniana memoria sono del tutto sparite. Si è preferito far credere, in questo processo, ciò che nessuno avrebbe mai potuto ritenere possibile e verosimile, pur di sfuggire ad ogni controllo sul modo di impiego dei medicinali accumulati.

Si dovrebbe ritenere, dunque, il fatto contestato privo di pratica offensività e conseguentemente si dovrebbe concludere per l'insussistenza del reato?

Ci si dovrebbe se mai chiedere come mai a risponderne non sia stato chiamato pure il dottor Agricola che è vero che non è il responsabile legale della società, ma ha commesso il reato come e più dell'amministratore delegato a titolo di concorso di persone.

Il maturato termine di prescrizione, peraltro, risolve ogni problema a tal riguardo.

Occorre definire, da ultimo, il trattamento sanzionatorio in ordine ai reati per i quali si è riconosciuta la responsabilità dell'imputato Agricola. Come si è visto, egli è colpevole dei reati

contestati ai capi g), h) ed i) che, alla luce delle considerazioni svolte, risulta evidente che sono stati commessi in esecuzione del medesimo disegno criminoso, per cui deve trovare applicazione l'istituto della continuazione. Si tratta, peraltro, di reati che sono frutto di una serie di condotte criminose, costanti e ripetute, che non ne consentono - proprio per questo - un'esatta individuazione, sotto il profilo della quantificazione dei comportamenti e dei conseguenti aumenti di pena. L'aumento in continuazione, perciò, sarà operato globalmente in considerazione della complessiva gravità dei reati.

Il fatto è di notevole gravità, proprio per le ragioni che si sono indicate in relazione alla pericolosità dei comportamenti tenuti per la salute dei giocatori e in relazione alla reiterazione dei comportamenti stessi, da cui è dato ricavare anche un dolo di elevata intensità. Ciò nonostante, tenuto conto dell'incensuratezza dell'imputato, si ritiene di potergli riconoscere le circostanze attenuanti generiche.

Considerati, pertanto, gli elementi dell'articolo 133 del codice penale, si stima equo condannare Agricola Riccardo alla pena di anni uno e mesi dieci di reclusione ed euro 2.000,00 di multa in ordine ai reati di cui si è detto (pena base, per uno dei reati previsti dall'articolo 445 del codice penale che, come si è visto, costituiscono la violazione più grave: anni uno di reclusione ed euro 1000,00 di multa, ridotta a mesi otto di reclusione ed euro 700,00 di multa per le riconosciute circostanze attenuanti generiche e definitivamente fissata come stabilito, per l'aumento dovuto alla ritenuta continuazione con gli altri reati contestati).

Le spese processuali seguono la condanna ex lege, così come conseguono le pene accessorie della pubblicazione della sentenza, nonché dell'interdizione temporanea dalla professione medica. La prima è imposta dall'articolo 448 del codice penale e la seconda dagli articoli 30 e 31 del codice penale, dal momento che i reati contestati sono stati commessi dall'imputato con abuso dei poteri e in violazione dei doveri inerenti la professione medica.

Nella previsione che l'imputato si asterrà in futuro dal commettere altri reati, si ritiene di poter concedere il beneficio della sospensione condizionale della pena.

P.Q.M.

Visto l'art. 530 c.p.p.,
assolve GIRAUDO Antonio dai reati a lui ascritti ai capi e) ed f) perché il fatto non sussiste, assolve l'imputato dal reato a lui ascritto al capo d) della rubrica per non aver commesso il fatto ed assolve l'imputato dal reato contestato al capo a) della rubrica, riqualificato come concorso nel delitto di falso contestato al capo b) a ROSSANO Giovanni, previsto e punito dagli artt. 81 cpv., 110, 477 e 482 c.p., così modificata l'originaria imputazione, per non aver commesso il fatto.

Visto l'art. 531 c.p.p.,
dichiara non doversi procedere contro GIRAUDO Antonio in ordine alla contravvenzione a lui ascritta al capo c) della rubrica perché tale reato è estinto per prescrizione.

Visto l'art. 530, 2° comma, c.p.p.,
assolve GIRAUDO Antonio dai reati a lui ascritti ai capi g), h) ed i) per non aver commesso il fatto.

Visto l'art. 530 c.p.p.,
assolve AGRICOLA Riccardo dai reati a lui ascritti ai capi e) ed f) della rubrica perché il fatto non sussiste.

Visto l'art. 530, 2° comma, c.p.p.,
assolve AGRICOLA Riccardo dal reato a lui ascritto al capo a) della rubrica, riqualificato come concorso nel delitto di falso contestato al capo b) a ROSSANO Giovanni, previsto e punito dagli artt. 81 cpv., 110, 477 e 482 c.p., così modificata l'originaria imputazione, per non aver commesso il fatto.

Visti gli artt. 533 e 535 c.p.p.,
dichiara AGRICOLA Riccardo colpevole dei reati a lui ascritti al capo g) della rubrica, tenuto conto a tal riguardo della contestazione suppletiva del pubblico ministero effettuata all'udienza del 15 luglio 2004, nonché colpevole dei reati a lui ascritti ai capi h) e i) della rubrica e, unificati gli stessi sotto il vincolo della continuazione e riconosciute all'imputato le circostanze attenuanti generiche, lo condanna alla pena di anni uno e mesi dieci di reclusione ed euro 2.000,00 di multa, nonché al pagamento delle spese processuali.

Visto l'art. 448 c.p.,
ordina che la presente sentenza venga pubblicata a spese dell'imputato AGRICOLA Riccardo, per una volta e per estratto, sul giornale La Repubblica -edizione nazionale.

Visti gli artt. 30 e 31 c.p.,
dispone l'interdizione temporanea di AGRICOLA Riccardo dalla professione medica per un periodo corrispondente alla pena inflitta.

Visto l'art. 163 c.p.,
ordina che la pena inflitta rimanga condizionalmente sospesa per il periodo di anni cinque.

Visto l'art. 544 c.p.p.,
indica in giorni novanta il termine per il deposito della sentenza.

Torino, il 26 novembre 2004

IL GIUDICE
Dr. Giuseppe Casalbore

Depositata in Cancelleria il _____