

N. R.G. 2773/2019

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI MILANO**

Sezione seconda civile

nelle persone dei seguenti magistrati:

dr. Walter Saresella

Presidente

dr.ssa Gabriella Anna Maria Schiaffino

Consigliere rel.

dr.ssa Cesira D'Anella

Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. r.g. **2773/2019** promossa in grado d'appello

DA

M. L. G. (C.F. *omissis*), elettivamente domiciliata in VIA CARDINAL TOSI, 8/D 21052 BUSTO ARSIZIO presso lo studio dell'avv. MISURELLI ANTONIO, che la rappresenta e difende come da delega in atti, unitamente all'avv. SIGNORELLI LAURA (SGNLRA71C48A390Q) VIA VOLTA, 6 21100 VARESE;

APPELLANTE

CONTRO

ASST DELLA VALLE D.V.O. (C.F. OMISSIS), elettivamente domiciliata in VIALE LOMBARDIA 47 21013 GALLARATE presso lo studio dell'avv. STELLA ISABELLA, che la rappresenta e difende come da delega in atti

APPELLATA

avente ad oggetto: Responsabilità professionale

CONCLUSIONI

Per M. L. G.

Piaccia all'Ill.ma Corte d'Appello, contrariis rejectis, così giudicare e decidere:

1. In via preliminare: concedere l'immediata sospensione della provvisoria esecutorietà della sentenza impugnata n.867/19 ricorrendone tutti i presupposti richiesti ai sensi e per gli effetti degli artt. 283 e 351 c.p.c.;
2. In via principale nel merito: accertata e dichiarata la responsabilità contrattuale e/o extra contrattuale dell' Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle D.V.O., P. IVA/C.F. OMISSIS, in persona del legale rappresentante pro-tempore, con sede in Busto Arsizio (VA), Via A. Da Brescia, 1, nella sospensione della terapia corticosteroidea cronica in capo alla signora G. M. L. durante il ricovero presso il predetto nosocomio avvenuto nell'aprile 2013 conseguente all'inescusabile errore professionale derivante dal comportamento imperito, negligente e imprudente dei clinici che l'ebbero in cura presso il reparto infettivo dell'ospedale di Busto Arsizio e che vi è nesso causale tra la predetta condotta e i postumi invalidanti accertati e/o accertandi in capo all'odierna attrice ;
3. condannare l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle D.V.O., in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento di tutti i danni (patrimoniali e non patrimoniali) subiti dalla signora G. M. L. nella misura che verrà

accertata in corso di causa o che la Corte d'Appello riterrà equa, oltre agli interessi dalla data del sinistro al pagamento effettivo;

4. condannare i convenuti al pagamento delle spese e competenze di entrambi i gradi di giudizio.

In via subordinata: nella denegata ipotesi di rigetto delle domande formulate dall'appellante, a parziale riforma della sentenza impugnata, in considerazione della natura delle parti, della obiettiva difficoltà della controversia, compensare integralmente le spese di lite di entrambi i gradi di giudizio.

In via istruttoria si insiste per la rinnovazione della CTU così come specificato in premessa e per l'ammissione delle prove testimoniali dedotte in primo grado e, in particolare:

1) Vero che la signora G. M. L., all'epoca dei fatti (aprile 2013), di anni 78, era soggetto in ottime condizioni generali, vedova, che viveva in autonomia;

2) vero che, infatti, l'anamnesi patologica remota era caratterizzata dalla presenza di artroprotesi bilaterale delle anche, ipertensione arteriosa non complicata e artrite reumatoide trattata da molti anni (almeno sei) con una bassa dose di corticosteroide e bassa dose settimanale di methotrexate;

teste: G. A. Via *omissis* Busto Arsizio (Va); Dott. A. L. medico di base con studio in Busto Arsizio Via *omissis*;

3) vero che all'inizio di aprile la ricorrente cominciò a lamentare sintomatologia lombalgica frequentemente irradiata all'arto inferiore sinistro;

4) vero che a seguito dell'accentuarsi del dolore e della comparsa di edema alla gamba destra, la ricorrente, in data 12/04/2013, fu accompagnata al Pronto Soccorso dell'ospedale Humanitas – Mater Domini di Castellanza dal figlio Alberto;

5) vero che a seguito di accertamenti che escludevano la presenza di una trombosi venosa profonda, il medico del PS somministrò alla signora G. una flebo di terapia antidolorifica e rinviò la ricorrente al medico curante con la seguente diagnosi: "Lombocrualgia sx e sospetta flebite gamba dx", suggerendo di sottoporre la paziente ad ecodopler venoso arti inferiori e visita chirurgo vascolare;

6) vero che tuttavia a causa del persistere della sintomatologia lombalgica, in data 15/04/2013 la signora G. fu accompagnata al P.S. dell'Ospedale di Busto Arsizio. Anche in questo caso non furono eseguiti esami radiografici e, dopo la somministrazione di FANS e miorilassanti veniva dimessa con la diagnosi di "Lombalgia acuta", suggerendo di proseguire la terapia e di far rivalutare il quadro clinico al medico curante;

7) vero che in data 18/04/2013, dopo essere stata visitata dal proprio medico curante, la signora G. veniva accompagnata al P.S. di Legnano (Mi) con la seguente diagnosi: "Inviata dal medico curante con proposta di ricovero per grave insufficienza venosa arti inferiori con linfedema.....In terapia cortisonica per artrite reumatoide da 6 anni aumentata da 5 mg a 25 mg per lombosciatalgia. Riferisce difficoltà di deambulazione." Furono eseguiti rx torace e rx rachide lombo-sacrale e la ricorrente venne trattenuta in osservazione durante la notte, dimessa al mattino con la seguente diagnosi: "Dolori arti inferiori in accertamento" suggerendo "Controllo dal curante. Eseguire R.M.N. dorso lombare in urgenza differibile. Successiva valutazione

ortopedica. Utile anche controllo reumatologico ambulatoriale. Calza elastica bilaterale.” In data 24/04/2013 la signora G. fu sottoposta a R.M.N. dorsale + lombo sacrale così repertata: “...I rilievi descritti propendono verso processo flogistico sacrale in possibile spondilodiscite di S1 – S2..”; Testi: A. G. Via *omissis* Busto Arsizio (Va); N. G. Via *omissis* Busto Arsizio (Va);

8) vero che a seguito di tali esami la ricorrente, in data 24/04/2013 veniva valutata dalla Dott.ssa Patrizia Marinoni, internista dell’ospedale di Busto Arsizio, la quale suggeriva ricovero per approfondimento diagnostico presso la S.C. di Medicina II ospedale di Busto Arsizio;

9) vero che al momento del ricovero, in data 26/04/2013 la signora G. fu visitata dal Dott. Riccardo Capra il quale nell’“anamnesi patologica prossima” raccolta scriveva: “Dai primi giorni di aprile lombalgia con blocco articolare....Notevole uso di Desametazone durante questa settimana...Terapia domiciliare: Unipril, Methotrexate, Deltacortene 5 mg” ma soprattutto: “ Condizioni generali: normali. Cosciente e orientata nello spazio e nel tempo,...Stato psicologico: normale,...Funzioni psichiche: normali....” E la diagnosi fu: “Spondilite batterica in immunodepresso”;

10) vero che durante i primi giorni di ricovero presso l’ospedale di Busto Arsizio la signora G. effettuò i seguenti accertamenti, per il cui referto si fa espresso rinvio alla documentazione in atti e alla consulenza di parte prodotta (pag.3): R.M.N. lombo sacrale del 28/05/2013; Colonscopia del 29/05/2013 e Visita neurochirurgia del 29/05/2013;

11) vero che, nel suddetto periodo la ricorrente fu trattata oltre che con una terapia antidolorifica, con terapia corticosteroidica (Deltacortene 25 mg: 1/2 cp/die, che in data 30/04/2013 fu sostituita con Urbason 20 mg/die ev, somministrato solo per quel giorno); 12) vero che, stante il quadro clinico in data 30/04/2013 la signora G. fu trasferita per competenza presso la S.C. Malattie Infettive dello stesso Ospedale di Busto Arsizio;

13) vero che nonostante nell’anamnesi patologica prossima raccolta in reparto fosse indicato “...Notevole uso di Desametazone durante queste settimane....”, al trasferimento della ricorrente nel reparto di Malattie Infettive, la terapia corticosteroidica fu interrotta; 14) vero che, dopo alcuni giorni in cui il quadro clinico rimase pressoché stabile, a decorrere dal 27/05/2015 le condizioni cliniche della signora G. cominciarono a peggiorare (pag. 4 perizia Dott. Gelmi: “si andò incontro ad un progressivo obnubilamento del sensorio, fino a che la perizianda divenne difficilmente contattabile”);

15) vero che soltanto in data 31/05/2015 dopo oltre un mese dall’interruzione della terapia corticosteroidica, la specialista endocrinologa disponeva il ripristino della stessa (pag. 10 diario clinico reparto malattie infettive – doc.1 difesa ricorrente – in cui si legge chiaramente: “rivalutata la condizione clinica con specialista endocrinologa con cui si concorda di ripristinare terapia corticosteroidica”);

16) vero che, tuttavia, dai primissimi giorni di giugno fino alla data delle dimissioni, avvenute in data 02/07/2013, le condizioni di salute della signora G. furono gravemente compromesse dall’interruzione della terapia di cortisone, come peraltro si evince dalla semplice lettura del diario clinico (“paziente sempre assopita”) e dai referti degli esami

e delle visite eseguite nel periodo compreso tra il 03/06/2013 ed il 02/07/2013; Testi: A. G. e Dott.ssa Patrizia Marinoni c/o ASST della Valle D.V.O.;

17) vero che infatti la signora G. fu dimessa in data 02/07/2013 con la diagnosi di “Spondilodiscite L5-S1, in paziente immunodepressa con artrite reumatoide e grave osteoporosi, frattura rachide sacrale, herpes zoster addominale. Encefalopatia con stato comatoso e colon adinamico da iposurrenalismo e ipotiroidismo. Leucopiastrinopenia” e, stante le sue condizioni di salute, direttamente trasferita presso la struttura riabilitativa “Fondazione Raimondi Francesco” di Prospiano;

18) vero che presso la predetta struttura fu iniziato un trattamento riabilitativo, purtroppo fortemente limitato dalla persistenza di importante astenia e rallentamento ideo-motorio (come si legge nella lettera di dimissioni del 07/10/2013 pag. 2), fino al 07/10/2013;

19) vero che in data 07/10/2013, la ricorrente veniva quindi ricoverata presso la Casa di Cura Le Terrazze di Cunardo (Va) specializzata in riabilitazione neuromotoria;

20) vero che nonostante il severo ed intenso piano riabilitativo impostato presso Le Terrazze, i risultati furono piuttosto deludenti, tanto che in data 13/11/2013 la signora G. fu dimessa con la seguente diagnosi: “Grave disturbo della deambulazione in paziente con critical illness in esiti spondilodiscite complicato da peggioramento severo fino allo stato di coma per 3 giorni (da probabile causa iatrogena; ipercorticosurrenalismo da sospensione steroidea”;

21) vero che il quadro clinico, da un punto di vista funzionale era il seguente: “Sempre dipendente, anche se collaborante, nell’esecuzione dei passaggi posturali e delle attività della vita quotidiana”;

22) vero che non essendo gestibile neanche con l’assistenza di una badante, la signora G. fu nuovamente ricoverata presso la RSA della Fondazione Raimondi di Prospiano, dapprima come utente privato e, successivamente, dal 13/12/2013 in regime di RSA;

23) vero che attualmente la signora G. è ricoverata presso la RSA Fondazione Raimondi.

24) Vero che prima dell’evento dannoso il reddito della signora G. era di € 6076,46 annui, derivante dalla pensione di reversibilità del marito (circa € 470,00 mensili);

25) Vero che successivamente, e precisamente dal febbraio 2014, a seguito del riconoscimento della pensione di accompagnamento, la signora G. percepisce un importo di € 1095,00 mensili di cui € 587,06 a titolo di pensione di reversibilità ed € 508,55 a titolo di indennità di accompagnamento;

Teste A. G.

26) Vero che la retta giornaliera per la degenza della ricorrente presso la RSA Fondazione Raimondi, ammonta ad € 73,00/die, con un costo annuo di € 26.572,00 come da contratto e fatture che si producono; - Teste A. G. e legale rappresentante RSA Fondazione Raimondi;

27) Vero che l’importo mensile della retta della Fondazione Raimondi viene anticipato dal signor G. A. al quale sono formalmente intestate le relative fatture;

28) Vero che la signora G. M. L., prima del ricovero dell’aprile 2013 viveva in un appartamento a fianco a quello del figlio Alberto in Busto Arsizio Via Mentana 20; Testi: F. G. e G. N. entrambi residenti a Busto Arsizio Via *omissis*.

Per ASST DELLA VALLE D.V.O.

Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello adita, disattesa ogni diversa domanda, eccezione e deduzione:

In via preliminare: dichiarare l'inammissibilità dell'appello ex art. 348 c.p.c. per mancanza di ragionevole probabilità di accoglimento dello stesso.

In via principale: rigettare le domande formulate dalla signora G. mediante l'atto di citazione in appello avverso la sentenza impugnata n. 867/2019 emessa dal Tribunale di Busto Arsizio in quanto infondate in fatto ed in diritto per i motivi indicati in atti, con conferma della sentenza di primo grado in ogni sua parte e condannare l'appellante a rifondere alla ASST della Valle D.V.O. le spese e le competenze professionali di entrambi i gradi di giudizio, oltre rimborso forfettario, IVA e C.p.A. come per legge.

IN VIA ISTRUTTORIA: ci si oppone alla richiesta di rinnovazione della CTU e alle istanze istruttorie formulate, con riserva di ulteriormente produrre e dedurre nei termini di legge.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari, oltre spese generali ed accessori di legge.

FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione ritualmente notificato, M. L. G. conveniva innanzi al Tribunale di Busto Arsizio l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Valle D.V.O. (da ora ASST o l'Azienda) chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patiti assumendo di aver avuto una cura inadeguata nel corso del ricovero ospedaliero da lei subito presso l'Ospedale di Busto Arsizio. In particolare, l'attrice lamentava di essere stata ricoverata quando le proprie condizioni generali erano ancora di autonomia e di essersi, invece, trovata, al momento delle dimissioni, invalida al 100% a causa della condotta negligente dei medici della struttura ospedaliera, consistente principalmente nella decisione da loro assunta di sospendere senza alcuna ragione e in maniera repentina la terapia corticosteroidica cui era sottoposta da diversi anni. Ad avviso di M. L. G. tale grave scelta terapeutica giustificava la domanda di risarcimento del danno patito da lei articolata all'esito dell'assunzione di prove orali.

Si costituiva in giudizio l'ASST della Valle D.V.O., la quale negava qualsivoglia nesso causale tra la sospensione della terapia corticosteroidica all'epoca disposta e il peggioramento delle condizioni di salute di controparte, così come contestava l'esistenza di condotte negligenti in capo ai medici che l'avevano avuta in cura.

Nel corso dell'istruttoria, il Giudice non ammetteva le prove orali richieste dall'attrice e disponeva una CTU medico-legale. In sede di precisazione delle conclusioni la CTU veniva contestata dalla difesa di M. L. G., che ne chiedeva la rinnovazione, disattesa dal Giudice, che tratteneva la causa in decisione.

Il Tribunale di Busto Arsizio, con sentenza n. 867/2019, pubblicata il 31/05/2019, rigettava tutte le domande dell'attrice, condannandola al pagamento delle spese di lite. Escludeva, infatti, la sussistenza di qualunque profilo di responsabilità a carico dei sanitari dell'Ospedale, attesa l'inesistenza del nesso causale fra le cure praticate alla paziente e il suo stato di salute finale, condividendo le conclusioni esposte nell'elaborato che aveva ritenuto l'assoluta irrilevanza della sospensione della terapia corticosteroidica effettivamente all'epoca decisa, rispetto al peggioramento delle condizioni psico-fisiche di M. L. G..

Avverso la decisione proponeva appello detta parte, articolando quattro motivi di censura. Lamentava, in particolare, la mancata rinnovazione della CTU in primo grado e l'insufficiente e/o contraddittoria motivazione della sentenza impugnata, che, a suo avviso, aveva recepito acriticamente le risultanze della CTU; riproponeva le istanze istruttorie non ammesse nel grado precedente e, in via subordinata, censurava la decisione nella parte in cui non aveva disposto l'integrale compensazione delle spese di lite.

Nel gravame si costituiva l'ASST della Valle D.V.O., contestando integralmente i motivi d'appello proposti dalla difesa appellante.

All'udienza del 03/12/2019 venivano avviate trattative tra le parti, in ragione della disponibilità manifestata dall' ASST a rinunciare integralmente al carico delle spese legali relative a entrambi i gradi di giudizio, a fronte della rinuncia al gravame da parte dell'appellante. Non essendo stato, peraltro, raggiunto successivamente alcun accordo, le parti precisavano le rispettive conclusioni, nella forma della trattazione scritta, il 28/09/2021 e la Corte, concessi termini di giorni cinquanta per il deposito delle comparse conclusionali e di ulteriori giorni venti per repliche, tratteneva la causa in decisione.

Al fine di un corretto inquadramento della vicenda in esame, ritiene questa Corte che sia necessario ripercorrere, anzitutto, nelle linee essenziali, la storia clinica di M. L. G., di anni 78 all'epoca dei fatti, richiamando la cronologica seguita dal CTU sulla base della documentazione clinica in atti nella quale si descriveva, quanto alle condizioni pregresse dell'appellante, in sede di anamnesi: *"intervento di artroprotesi d'anca bilaterale per coxartrosi (anni 2008 e 2012); ipertensione arteriosa; artrite reumatoide. Quest'ultima trattata con terapia corticosteroidica (Deltacortene 5 mg/die).*

Per quanto attiene ai fatti oggetto di discussione risulta quanto segue.

All'inizio del mese di aprile del 2013 comparsa di intense lumbalgie con blocco articolare ed irradiazione del dolore all'arto inferiore di sinistra. Per tale ragione in data 12/04/2013 venne accompagnata al Pronto Soccorso dell'Istituto Humanitas Mater Domini di Castellanza (VA) da cui venne rinviata con diagnosi di: " lombocruralgia sinistra, sospetta flebite gamba destra ". Persistendo le lumbalgie, in data 15/04/2013 venne accompagnata al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Busto Arsizio ove venne annotato sul verbale di visita: " blocco articolare da 10 giorni con dolore ". Venne quindi dimessa con diagnosi di: " lumbalgia acuta ". Persistendo forti dolori lombari, in data 18/04/2013 venne accompagnata al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Legnano, ove trattenuta in osservazione durante la notte, venne dimessa il giorno

seguito con diagnosi di: " dolore arti inferiori in accertamento" e consiglio di eseguire RMN del rachide dorso-lombare. In data 24/04/2013 si sottopose alla prescritta RMN del rachide lombosacrale con rilievo di: " processo flogistico sacrale in possibile spondilodiscite di S1-S2 ... ". In data 26/04/2013 veniva disposto ricovero presso la S.C. di Medicina II dell'Ospedale di Busto Arsizio per approfondimenti diagnostici ed inizio terapia.

Di seguito viene riportato quanto di significativo ai fini del presente giudizio:

Anamnesi fisiologica: alimentazione regolare, alvo regolare, diuresi regolare.

Esame obiettivo: peso kilogrammi 80, altezza centimetri 160 (BMI 31,2), deambulazione non valutabile, ipoestesia faccia laterale coscia sinistra, riflessi ridotti a sinistra, stazione eretta non valutabile, marcia non valutabile, condizioni generali scadenti, igiene personale: totalmente dipendente, non deficit cognitivi, capacità motoria parziale.

Valutazione del rischio cadute: osservazione: compromissione della marcia; passo strisciante; ampia base d'appoggio. Marcia instabile: sì. Provvedimenti: si posizionano spondine al letto.

Diario medico del 26/4/13: " attualmente benessere se sdraiata ".

Diario medico del 27/4/13: " notte riposata. Paziente apirettica. Buon controllo della sintomatologia dolorosa a riposo. Ore 16,29: riferisce eccessiva sonnolenza e allucinazioni visive dopo somministrazione di Palexia che viene sospeso ".

Diario medico del 28/4/13: " non novità ".

Diario medico del 29/4/13: " addome disteso, trattabile, ipertimpanico con peristalsi accentuata senza toni metallici. Oggi clistere di pulizia ".

Diario medico del 30/4/13: " peggiorata la peristalsi che ha assunto toni metallici, addome ipertimpanico, non riesco con la semeiotica a localizzare il livello. Chiedo TAC

addome con mezzo di contrasto nel sospetto di briglia o di ernia ombelicale strozzata. Oggi TAC addome con riscontro di ileo dinamico. Alla TAC: frattura sacrale ".

Dal diario infermieristico del 26/4/13: " lucida, completamente dipendente, portatrice di pannolone .. "

Dal diario infermieristico del 27/4/13 ore 13,43: " 12:00 la paziente si alimenta sdraiata, dopo circa un'ora episodi di vomito alimentare, riferisce malessere generale 21:00: persona tranquilla, asintomatica".

Dal diario infermieristico del 29/4/13: " ore 1,15 la paziente lamenta nausea e difficoltà a digerire ore 3,15 la paziente lamenta peso gastrico ore 10,15 paziente tranquilla ore 13,39 episodi di vomito dopo assunzione di Movicol, terapia praticamente non assunta fisiologica 100 ml con una fiala di Plasil ore 14, 15 nonostante infusione di Plasil episodi ripetuti di vomito biliare, paziente decisamente astenica ore 18,32 eseguita eco in reparto. 18:00 la paziente riferisce che il malessere è dovuto alla Tachipirina e quindi la rifiuta categoricamente ".

Dal diario infermieristico del 30/4/13: " ore 0,20 lamenta nausea ore 11,16 dalla TAC non stenosi " posizionata sonda rettale con fuoriuscita di gas e feci liquide ore 15,09 trasferita in malattie infettive ".

Dalla scheda terapeutica risulta somministrazione di Deltacortene 25 mg mezza compressa dal 27/4 al 30/4/2013 e Halcion 1 compressa dal 29/4 al 30/4/2013.

Ricovero presso la Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale di Busto Arsizio dal 30/04/2013 al 2/07/2013.

Di rilievo si segnala:

Diario medico del 30/4/13: " paziente trasferita dalla locale Medicina II con diagnosi di sospetta spondilodiscite. In anamnesi segnalata artrite reumatoide con necessità di terapia immunosoppressiva (steroidi più methotrexate). Eseguita stamane

TAC che documenta inoltre: sottile falda di versamento pleurico bilaterale distensione meteorica sia del piccolo che del grosso intestino estesa sino a livello anale con presenza di plurimi livelli idroaerei in quadro occlusivo. Falda di versamento liquido endoperitoneale peri epatico e lungo le docce parietocoliche. Frattura a decorso longitudinale di entrambe le ali sacrali. Interruzione della corticale a livello del corpo sacrale in sede anteriore a livello S1- S2 con modesto di disassamento dei monconi. Frattura dei processi trasversi di L5 di entrambe i lati. Segnalati in apparente miglioramento i segni di occlusione intestinale dopo posizionamento di sonda rettale.

Diario medico dell'1/5/13: " addome meno disteso e più trattabile anche se estremamente meteorico

Diario medico del 2/5/13: " soggettivamente meglio. Eseguito radiogramma addome diretto che mostra un sostanziale miglioramento della situazione addominale ".

Diario medico del 4/5/13: " lamenta nausea...addome globoso meteorico ma trattabile ed indolente valutata dalla collega chirurga che posiziona tubo Foley con beneficio ".

Diario medico del 5/5/13: " alvo aperto ai gas, addome meno disteso ma sempre fortemente meteorico posizionata sonda rettale con notevole riduzione del meteorismo addominale ".

Diario medico del 6/5/13: " da ieri pomeriggio comparsa di lesioni erpetiche al fianco e addome a destra addome ancora disteso e meteorico per cui si posiziona sondino nasogastrico e più tardi eseguirà clistere ".

Diario medico del 7/5/13: " soggettivamente meglio alvo aperto a feci e gas con stimolazione di lassativi e clisteri. Addome trattabile ieri rialzo febbrile in corrispondenza di fioritura di herpes

Diario medico dell'8/5/13: " prosegue con clisteri con parziale beneficio addome trattabile anche se sempre teso per meteorismo ".

Diario medico del 9/5/13: " addome trattabile e lievemente meno meteorico ma sempre disteso. Ieri sera ulteriore rialzo febbrile richiesta visita gastroenterologiche nell'ipotesi di eseguire colonscopia ".

Diario medico del 10/5/13: " apparentemente in lieve miglioramento clinico con addome meno disteso e più trattabile. Sempre febbricola serotina rientrata dopo posizionamento catetere venoso centrale ".

Diario medico dell'11/5/13: " seduta in poltrona, conferma il miglioramento soggettivo ".

Diario medico del 12/5/13: " netto miglioramento clinico con dissequestro di liquidi dall'addome che appare ora meno teso e molto più trattabile. In miglioramento anche la cenestesi globale e il tono dell'umore ".

Diario medico del 13/5/13: " a dispetto dell'apparente miglioramento generale riscontrato nella giornata di ieri la paziente riferisce sensazione di peggioramento della situazione gastroenterica con ripresa di nausea e riduzione delle emissioni di gas. L'addome appare teso, non dolente e trattabile... Diuresi sempre elevata come da dissequestro di liquidi addominali ".

Diario medico del 14/5/13: " apparente lieve miglioramento anche se permane nausea,

addome trattabile, non dolente alla palpazione profonda, meno teso e meteorico ".

Diario medico del 15/5/13: " persistono episodi di conati di vomito. Addome sempre teso con suono metallico ".

Diario medico del 16/5/13: " persiste nausea ma non lamenta dolore. Lievemente più trattabile l'addome dove si apprezza lieve peristalsi ".

Diario medico del 17/5/13: " persiste vomito... Addome trattabile, meno teso e meteorico. Deambula per brevi tratti in corridoio con l'ausilio di deambulato ".

Diario medico del 18/5/13: " meglio la nausea e vomito... Addome teso, meteorico ".

Diario medico del 19/5/13: " non più vomito, permane solo lieve nausea. Esame obiettivo addome globoso, teso, non dolente la palpazione ".

Diario medico del 20/5/13: " lievemente più controllata la nausea e vomito. Addome sempre estremamente teso per meteorismo ".

Diario medico del 21/5/13: " nulla di rilevante all'indagine colonoscopica soggettivamente meglio ... ".

Diario medico del 23/5/13: " soggettivamente e obiettivamente molto meglio. Deambula in corridoio con l'ausilio e supervisione ... ".

Diario medico del 24/5/13: " in progressivo miglioramento clinico soggettivo e obiettivo ".

Diario medico del 27/5/13: " nella notte ripetuti abbondante episodi di vomito biliare. Obiettivamente addome teso per meteorismo e feci concordato posizionamento di sondino nasogastrico a caduta e di sonda rettale all'esame emocromocitometrico odierno riscontro di leucopiastrinopenia per cui si sospende temporaneamente terapia antibiotica ".

Diario medico del 28/5/13: " soggettivamente meglio... Eseguita RMN che conferma le note fratture precedentemente segnalate ma esclude un processo spondilodiscitico in atto per cui si mantiene sospesa la terapia antibiotica ".

Diario medico del 29/5/13: " addome meno teso rispetto ieri, sempre timpanico incontinenza vescicale con diuresi marcatissima riposizionare catetere vescicale nel primo pomeriggio praticata nuova colonoscopia che ha confermato un quadro compatibile con colon adinamico ".

Diario medico del 30/5/13: " alvo chiuso a feci ma aperto a gas. Addome sempre globoso, meteorico, trattabile si concorda con neurologo esecuzione di potenziali evocati del plesso pudendo nonostante sia assonnata risponde attualmente a tono alle domande ed è orientata ".

Diario medico del 31/5/13: " rivalutata la condizione clinica con specialista endocrinologa con cui si concorda di ripristinare terapia steroidea sospesa prima del ricovero stamane addome trattabile, meno globoso e meteorico ".

Diario medico dell'1/6/13: " paziente assopita ma risvegliabile agli esami ematici miglioramento della leucopiastrinopenia la paziente ha avuto delle clonie fugaci agli arti superiori si presenta apatica ma sollecitata risponde a tono e riesce ad eseguire un esame neurologico ove non appaiono grossolani deficit di forza ma una ipoestesia agli arti inferiori ".

Diario medico del 2/6/13: " paziente sempre astenica e soporosa ma risvegliabile. Riferisce miglioramento soggettivo non più clonie durante la notte ".

Diario medico del 3/6/13: " paziente sempre soporosa ma facilmente risvegliabile. Lucida anche se non perfettamente congrua nell'eloquio inefficaci tre tentativi di eseguire rachicentesi si avvia terapia steroidea ad altissimi dosaggi valutata da rianimatore per lo stato di sopore con marcatissimo rallentamento ideomotorio. Praticato Flunazernil 0,5 mg in bolo endovena con temporanea risposta sempre soporosa seppur risvegliabile viste l'ipocalcemia e le clonie degli ultimi giorni si somministra calcio ".

Diario medico del 4/6/13: " ore 0,51 condizioni generali invariate, risvegliabile allo stimolo verbale e alla mobilitazione stamane lucida e orientata anche se tendente al sopore. Risponde a tono alle domande. Mobilizza agli arti anche se permane difficoltà per esaurimento muscolare. In apparente miglioramento del quadro clinico neurologico generale ore 17,49 paziente in recupero sul piano neurologico ".

Diario medico del 5/6/13: " stamane soporosa ma risvegliabile, orientata nello spazio-tempo. Fatica a controllare il tronco ma non mostra risparmio nei movimenti degli arti. Episodi di conati di vomito. Addome trattabile, globoso e meteorismo ore 17,50 sempre tendente al sopore ma lucida e collaborante se stimolata. Addome sempre globoso, timpanico ".

Diario medico del 6/6/13: " stazionarietà del quadro clinico neurologico ".

Diario medico del 7/6/13: " stamane apparente miglioramento clinico neurologico con capacità di attenzione più prolungata e mantenimento della posizione seduta nel letto per circa 30 minuti con correzione spontanea del tronco. Lucida e orientata ".

Diario medico dell'8/6/13: " ieri sera febbricola. Stamane apirettica, assopita ma risvegliabile. Al risveglio paziente lucida, vigile, orientato nello spazio apprezzabile corda colica ai quadranti addominali di destra alvo chiuso da circa 7 giorni ".

Diario medico del 9/6/13: " apparente progressivo miglioramento clinico soggettivo e obiettivo. Più sveglia, mantiene l'attenzione per lungo tempo senza tendere al sopore ... ".

Diario medico del 10/6/13: " apparentemente sempre più lucida e orientata ".

Diario medico dell'11/6/13: " mobilizzata in comoda, è sveglia e collaborante. Non febbre ".

Diario medico del 16/6/13: " paziente più reattiva e presente rispetto a valutazione precedente. Eloquio fluido e congruo. Alvo aperto a feci ".

Diario medico del 18/6/13: " completato ciclo di 2 settimane con Meropenem e Acyclovir impostate nel sospetto di una concausa infettivologica dell'encefalopatia che attualmente sembra quasi completamente risolta. La paziente è infatti lucida, collaborante, interattiva e ben motivata l'eloquio è fluido e congruo addome meno globoso e meno meteorico ".

Diario medico del 19/6/13: " alvo aperto a feci e gas. Si conferma inoltre il netto miglioramento dell'obiettività a carico dell'addome per riduzione del meteorismo... ".

Diario medico del 20/6/13: " rivalutata da neurologo: rimane ignota la causa dell'encefalopatia (metabolica?) che comunque è attualmente risolta ".

Diario medico del 25/6/13: " lucida, orientato, collaborante nulla da segnalare a carico di addome e torace ".

Dalla lettura del diario infermieristico si evince che la paziente rimase a letto per tutta

la durata del ricovero, a parte qualche breve mobilitazione sempre con l'aiuto esterno.

Durante il ricovero venivano, quindi, eseguite numerose visite specialistiche e, in particolare:

. 28/5/13 visita chirurgica: " quadro di distensione addominale con sospetto ileo paralitico. Ieri dopo il posizionamento della sonda rettale si è parzialmente canalizzata con aria ".

28/5/13 RMN lombosacrale: " si conferma frattura a decorso longitudinale di entrambe le ali sacrali frattura a decorso lungo la limitante somatica inferiore di S1 e sotto la limitante somatica superiore di S2 con conseguente angolazione S1-S2 compatibile con frattura (terapia cortisonica cronica?). Frattura dei processi trasversi di L5 da entrambi i lati con fenomeni riparativi. Netta riduzione dello spessore del disco L4-L5 Le sequenze dopo mezzo di contrasto non si evidenziano focolaio di impregnazione dei dischi ".

29/5/13 colonscopia: " esame condotto fino al colon ascendente a tale livello il liquame fecale non consente la progressione. Si possono escludere fatti ostruttivi e grossolane lesioni mucose.

Conclusioni: quadro compatibile con colon adinamico ".

3/6/13 visita neurologica: " da quarantott'ore la paziente appare meno responsiva agli stimoli esterni, controlla il tronco in posizione seduta con una certa difficoltà. All'esame clinico la paziente si presenta vigile e collaborante, risponde correttamente alle varie sollecitazioni. Non presenta fenomeni dispercettivi mobilita gli arti superiori in posizione di Mingazzini I senza asimmetrie. Mobilita singolarmente gli arti inferiori contro gravità....RCP in flessione a destra, scorretto a sinistra. ROT presenti, simmetrici agli arti superiori, spenti agli inferiori prove cerebellari: T-G eseguito con lieve

impaccio a sinistra. Nervi cranici: nistagmo di 2° grado in bilateralità con persistenza di sguardo verso destra. Se non stimolata la paziente tende infine ad assopirsi ".

3/6/13 visita rianimatore: " paziente saporosa ma risvegliabile, ritardo nell'esecuzione di ordini specifici. Riferiti TSH e T3 inibiti. Somministrato Halcion in terapia abituale. Somministrato Anexate con buona risposta neurologica ".

3/6/13 visita neurologica: " nelle ultime 72 ore la paziente è peggiorata: più saporosa, confabulante, disfasica con verosimile deficit visivo corticale. Mobilita con netta difficoltà i 4 arti senza asimmetrie evidenti. RCP in flessione bilaterale ".

3/6/13 TAC encefalo senza mezzo di contrasto: " non iperdensità emorragiche non segni d'effetto massa. Plurime ipodensità della sostanza bianca biemisferica in sede nucleocapsulare, alle corone radiate e ai centri semi ovali in prima ipotesi da stato lacunare. Regolare rappresentazione del sistema ventricolare, in asse.

Ampliamento degli spazi liquorali periencefalici per atrofia ".

3/6/13 EEG: " disfunzione cerebrale ".

5/6/13 visita endocrinologica: " da circa una settimana ha ripreso corticosteroidi per via venosa e da tre giorni a boli di 1 g al giorno per via venosa; rilievo di TSH inibito e ormoni tiroidei bassi come si osserva negli stati di defecazione gravi. È stata iniziata terapia con L-tiroxina alla dose di cento gamma al giorno. Stamane la paziente

si presenta più sveglia rispetto due giorni fa e risponde a domande semplici anche se tende sempre ad addormentarsi ".

5/6/13 RMN encefalo: " il controllo odierno non documenta la presenza di lesioni espansive in sede ponto-mesencefalica e in sede sovratentoriale bilateralmente plurime alterazioni di segnale in sede il nucleo-capsulare, alle corone radiate e i centri semi ovali espressione di focolai di gliosi, verosimilmente cicatriziali da esiti ischemici su base vasculopatica cronica ".

19/6/13 visita fisiatrica: " controllo in paziente nota per allettamento in esiti fratture ali sacrali, infrazione corticale anteriore S1-S2 e processo trasverso di L5 bilateralmente. Durante il ricovero episodio riconducibile a sospetta encefalopatia metabolica. Attualmente lucida, rallentata, motricità conservata ma ipostenia globale. Rispetto alle precedenti valutazioni prosegue la lenta ripresa stenico-funzionale ".

20/6/13 visita neurologica: " vigile e collaborante. Non deficit fasici. Mobilizza i 4 arti senza asimmetrie contro gravità con maggiore difficoltà agli arti inferiori. ROT deboli ovunque. RCP in flessione bilaterale. Sensibilità: non deficit grossolani Nervi cranici indenni. Ipotesi clinica: sindrome da allettamento in paziente con encefalopatia da causa ignota attualmente risoltasi ".

26/6/13 EEG: " segni lievi di disfunzione cerebrale ".

28/6/13 visita endocrinologica: " paziente nota per artrite reumatoide in terapia da anni con corticosteroide sospeso per un mese circa durante la degenza. È comparso poi stato cognitivo deficitario fino al sopore. Ripreso il corticosteroide e associata anche L-tiroxina alla dose di 100 gamma al giorno si è notata una importante ripresa clinica ".

Trasferita in data 2/7/13 presso Struttura Riabilitativa Fondazione Raimondi Francesco.

Dalla lettera di dimissione: "...diagnosi: " spondilodiscite L5-S1 in paziente immunodepressa con artrite reumatoide e grave osteoporosi, frattura rachide sacrale, herpes zoster addominale, encefalopatia con stato comatoso e colon adinamico da iposurrenalismo e ipotiroidismo. Leucopiastrinopenia... In anamnesi segnalata artrite reumatoide con necessità di terapia immunosoppressiva (steroidi+methotrexate) da circa sei anni... dai primi giorni di aprile lombalgia con blocco articolare... TAC addome... distensione meteorica sia del piccolo che del grosso intestino estesa sino a livello anale con presenza di plurimi livelli idroaerei in quadro occlusivo.... Attualmente la paziente presenta parametri vitali stabili, miglioramento clinico neurologico con

capacità di attenzione continua, mantenimento della posizione seduta per periodo prolungato con correzione spontanea del tronco e tendenza alla latero e retropulsione. Persiste astenia e flaccidità arti inferiori. Lucida e orientata... eloquio fluido congruo... alvo aperto a feci e gas...".

Il ricovero presso la struttura riabilitativa si protrasse sino al 7/10/13 quando venne dimessa con diagnosi di: " recente ricovero ospedaliero per spondilodiscite L5-S1 e frattura sacrale e di L5 ". Alla relazione fisioterapica alla dimissione: " la paziente se aiutata è in grado di mantenere la verticalizzazione per qualche minuto alle parallele i passaggi letto/carrozzina vengono ancora eseguiti con il sollevatore anche se

ultimamente è riuscita in alcune occasioni ad effettuare passaggi con minor aiuto

".

Dal 7/10/13 al 13/11/13 ricovero presso il Reparto di Riabilitazione Neuromotoria della Clinica Le Terrazze di Cunardo (Varese):

All'ingresso: " paziente vigile, collaborante, orientata presentava ridotta elevazione ai massimi gradi delle scapolo omerali e dell'articolari delle anche, ipostenia della muscolatura del cingolo pelvico e della coscia destra e sinistra (FM 3), ROT assenti, RCP scorretta, torbida, sensibilità superficiale conservata, deficit della profonda ai 4 arti, venne mantenuta la Mingazzini I, non valutabile la Mingazzini II, normotono, parziale controllo del tronco per comparsa di lateropulsione sinistra, non disfagia. Al rachide dolore alla digitopressione delle spinose e dei muscoli paravertebrali in sede cervico-dorsale. Presenti movimenti segmentari grossolani ai quattro arti non funzionali per la deambulazione e l'esecuzione dei movimenti fini delle mani. Necessaria assistenza nell'esecuzione dei passaggi posturali e delle attività della vita quotidiana. Deambulazione impossibile ". Il quadro clinico alla dimissione fu di: " discreto recupero stenico e articolare degli arti inferiori e superiori. Presenti movimenti segmentari non funzionali agli arti inferiori con conseguente impossibilità ad effettuare anche con assistenza lo schema del passo. Sempre dipendente anche se collaborante nell'esecuzione dei passaggi posturali e delle attività della vita quotidiana

". Diagnosi di dimissione: " grave disturbo della deambulazione in paziente con critica illness in esiti di spondilodiscite complicato da peggioramento severo fino allo stato di coma per tre giorni (la probabile causa iatrogena: ipercorticosurrenalismo da sospensione steroidea) "

In data 13/12/13 ricovero presso la RSA Fondazione Raimondi Francesco di Prospiano, presso la quale è tuttora ospite."

Così inquadrato l'iter clinico di M. L. G. presso l' ASST, la sua difesa nel presente grado con il primo motivo critica la decisione nella parte in cui il Tribunale ha ritenuto di aderire alla CTU, sebbene l' esperto nominato avesse acquisito un documento non autorizzato prodotto dall'Ospedale, costituito da un parere preventivo redatto il 24 giugno 2017, dai suoi consulenti, dott. Genovese e dott. Franzetti. Ad avviso dell'appellante tale documento sarebbe stato acquisito al processo in palese violazione dei principi del contraddittorio e addirittura prima del deposito della bozza di CTU, compromettendo l'imparzialità del consulente nominato che il Giudice avrebbe, pertanto, dovuto sostituire.

La Corte ritiene che il motivo così esposto debba essere certamente respinto. Come anche evidenziato dalla difesa di parte appellata, le valutazioni contenute nel parere così censurato esposte dai consulenti dell'ASST della Valle D.V.O. non possono essere in alcun modo qualificate come integranti un documento nuovo inammissibile, prodotto in violazione del principio del contraddittorio, trattandosi solamente dell'esposizione in forma scritta del parere oralmente espresso dai consulenti di una parte nell'ambito dell'espletamento delle operazioni peritali. In altre parole, detto breve elaborato non consta di materiale probatorio ulteriore acquisito in violazione del contraddittorio, dal consulente tecnico d'ufficio, trattandosi di mere valutazioni di tipo

medico-legale, espresse dai consulenti di una parte, ritualmente da lei nominati, uno dei quali non presente all'inizio delle operazioni per altro impedimento. Inoltre, si deve rilevare come l'appellante non sia rimasta all'oscuro di tali valutazioni, avendo, anzi, ampiamente

ribattuto nelle proprie osservazioni alla bozza di CTU (si vedano le pp. 8 e 9 delle osservazioni ex art. 195, c. 3, c.p.c. del dott. Demori), circostanza che ulteriormente conferma come anche con riguardo a detto parere (che si assume di opposto tenore rispetto a quanto inizialmente valutato tra gli esperti) si sia svolto un adeguato contraddittorio. Ne consegue la correttezza della sentenza di primo grado, che così statuiva: *“le [...] inosservanze contestate al ctu non appaiono idonee a contrastare il dato essenziale, ossia del contraddittorio fra le parti, in particolare i ctu e i ctp, che hanno potuto liberamente esprimere le loro osservazioni critiche all'elaborato peritale”*. Tale valutazione non risulta, inoltre, smentita dalle considerazioni del dott. Demori, riportate nell'atto d'appello, in merito al fatto che il contraddittorio sugli argomenti trattati nelle osservazioni preliminari del 24/06/2017 non si fosse svolto in forma orale al momento dell'inizio delle operazioni, ma solo successivamente, in forma scritta. Infatti, appare del tutto legittimo che i consulenti di parte, possano modificare in un secondo momento il punto di vista espresso in forma orale all'inizio delle operazioni peritali, in particolare laddove la vicenda oggetto d'esame presenti aspetti di complessità. Ciò è stato ben messo in evidenza dal dott. Candotti, ausiliario del Tribunale, nei chiarimenti formulati in risposta alle osservazioni del CT di M. L. G., nella parte in cui ha precisato che: *“al momento della CTU non era stato ancora possibile effettuare una disamina approfondita di tutta la corposa documentazione medica e solo dopo tale disamina è stato possibile prospettare una diversa patogenesi per lo stato soporoso”* (CTU, p. 44). Pertanto, oltre a non essere provato, risulta irrilevante anche quanto affermato dal consulente di parte appellante in merito alla posizione critica nei confronti dell'operato degli infettivologi bustesi espressa dal dott. Genovese, consulente dell'Ospedale, al momento dell'esame della sig.ra G., posizione che sarebbe poi mutata nelle citate osservazioni preliminari del 24/06/2017.

All'esito delle valutazioni svolte, la Corte ritiene pertanto, sotto il profilo del rispetto del contraddittorio, pienamente valida l'espletata ctu, imponendosi, il rigetto del primo motivo d'appello.

Con il secondo e con il terzo motivo di censura, che atteso il tema unitario, il Collegio ritiene di esaminare congiuntamente, M. L. G. critica la sentenza a suo avviso viziata da insufficiente e/o contraddittoria motivazione, avendo recepito in modo acritico le risultanze della CTU. La decisione si sarebbe cioè limitata a “copiare” svariati passaggi della CTU senza prendere in adeguata considerazione le critiche e le puntuali osservazioni formulate dal CT dell'appellante e fatte proprie dal suo difensore nella comparsa conclusionale. Tali contestazioni, qualora adeguatamente esaminate, avrebbero evidenziato la presenza di gravi inesattezze nell'operato del CTU, consistenti principalmente nella mancata considerazione da parte sua di alcune omissioni contenute nella cartella clinica assolutamente rilevanti ai fini di una corretta applicazione dei principi in materia di onere della prova con riguardo al nesso di causalità materiale intercorrente fra l'operato dei sanitari e l'attuale condizione di

disabilità di M. L. G.. Ad avviso dell'appellante in modo assolutamente ingiustificato il ctu avrebbe valorizzato quanto contenuto nel diario clinico della parte, trascurando, per quanto assolutamente significativo, il diario infermieristico in atti. Evidenzia, ulteriormente come lo stesso ctu avesse rilevato come negli atti non fosse stato in alcun modo spiegato per quale ragione i sanitari all'epoca avessero deciso di sospendere per un mese la terapia cortisonica che la paziente assumeva da anni, omissione che, ad avviso della sua difesa, avrebbe causalmente determinato il drastico peggioramento delle sue condizioni di salute non più emendabili, con l'insorgere di episodi di pre coma e di perdita di coscienza. Nell'ambito del medesimo motivo assume, ancora, l'insufficienza della espletata ctu anche nella parte in cui non avrebbe adeguatamente considerato, sempre sotto il profilo della negligente condotta dei sanitari, l'incidenza del trattamento farmacologico deciso comportante la somministrazione a M. L. G. di Halcion e di Levopraid responsabili dell'insorgere di un grave stato soporoso della stessa, apparendo al contempo evidente il ritardo con il quale i medici avevano poi ripreso a somministrare alla paziente la terapia con tiroxina orale consigliata dalla specialista endocrinologa. Ad avviso dell'appellante tutti tali elementi sarebbero indubbia

espressione della carenza dell'elaborato, idonei a giustificare una differente valutazione, non adottata, da parte del Tribunale, che avrebbe dovuto assolutamente disattendere le conclusioni raggiunte nella ctu che aveva escluso qualsivoglia profilo di negligenza dei sanitari, con necessità di integrale rinnovazione della stessa.

Tanto precisato, la Corte ritiene opportuno anzitutto, attese le censure articolate, richiamare i principi di diritto enunciati dalla Corte di Legittimità sul punto, sia con riferimento alla possibilità per il Giudice di motivare la propria decisione richiamandosi integralmente al contenuto della CTU, sia con riferimento alla più ampia tematica della ripartizione dell'onere della prova nell'ambito della responsabilità medica, con particolare riguardo all'ipotesi in cui sia riscontrabile una condotta omissiva dei sanitari, consistente nella lacunosa tenuta della cartella clinica, come nel caso di specie lamentato.

Orbene, con riguardo al primo profilo, appare costante la giurisprudenza di Legittimità nell'affermare che: *“qualora il giudice del merito aderisca al parere del consulente tecnico d'ufficio, non è tenuto ad esporne in modo specifico le ragioni poiché l'accettazione del parere, delineando il percorso logico della decisione, ne costituisce adeguata motivazione, non suscettibile di censure in sede di legittimità, ben potendo il richiamo, anche “per relationem” dell'elaborato, implicare una compiuta positiva valutazione del percorso argomentativo e dei principi e metodi scientifici seguiti dal consulente”*. La Corte di Cassazione ha, quindi, anche puntualizzato come *“diversa è l'ipotesi in cui alle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio siano state avanzate critiche specifiche e circostanziate, sia dai consulenti di parte che dai difensori: in tal caso il giudice del merito, per non incorrere nel vizio ex art. 360 n. 5 c.p.c., è tenuto a spiegare in maniera puntuale e dettagliata le ragioni della propria adesione all'una o all'altra conclusione”* (Cass.n. 11917/2021; Cass.n. 4352/2019; Cass. n. 15147/2018;). Ne consegue, pertanto, che il mero richiamo testuale alla CTU non appare sufficiente nei casi in cui alla consulenza d'ufficio siano state mosse critiche specifiche e

circostanziate dalle parti e dai loro consulenti. In siffatta ipotesi, infatti, il Tribunale non

si può limitare a richiamare le risultanze della CTU, ma deve illustrare le ragioni di adesione alla stessa nonostante le critiche sollevate, facendo, ad esempio, riferimento ai chiarimenti forniti dall'esperto nominato ai consulenti di parte in risposta alle loro osservazioni.

Con riguardo al secondo profilo, occorre anzitutto ricordare come la responsabilità dell'Ente ospedaliero si inquadri nell'ambito della responsabilità contrattuale. Ne consegue, pertanto, l'esonero del paziente dall'onere di fornire la prova della specifica condotta dannosa ascritta all'operatore sanitario, così come della addebitabilità di essa a titolo di dolo o di colpa dovendo solo allegare la condotta negligente, fornendo, invece, rigorosa prova, anche attraverso presunzioni, del nesso di causalità materiale sussistente tra la condotta del medico e l'evento dannoso, mentre sarà onere della controparte provare di avere agito con la diligenza richiesta o che il suo inadempimento è dipeso da causa a lei non imputabile (Cfr. Cass. n. 26907/2020; Cass. n. 28991/2019; Cass. n. 26700/2018; Cass. n. 20812/2018; Cass. n. 3704/2018).

Con specifico riguardo, quindi, al tema della tenuta della cartella clinica la giurisprudenza di legittimità ha chiarito come l'incompletezza di essa non possa determinare un aggravio dell'onere probatorio del paziente. Si è così, in più occasioni, affermato il principio per cui, in tema di responsabilità medica, *“la lacunosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui, per il principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato: tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento della colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente* (Cass. n. 26428/2020; Cass. n. 6209/2016; Cass. n. 10060/2010, Cass. n. 1538/2010, Cass. n. 11316/2003). L'incompletezza della cartella clinica diventa, quindi, elemento che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente, purchè a condizione

che *“proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo legame eziologico, e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno”* (Cass. n. 14261/2020; Cass. n. 29498/2019; Cass. n. 27561/2017). Ne consegue che siffatta carenza non è di per sé circostanza idonea a esonerare automaticamente il paziente danneggiato dall'onere di provare la sussistenza del nesso di causalità materiale tra la condotta del sanitario e il danno patito: occorrendo pur sempre che la lacunosa tenuta della cartella clinica si inserisca *“in un contesto specifico che è proprio la fonte della sua rilevanza”*, da cui deriva che *“la conformazione della condotta del sanitario nel senso di astratta idoneità alla causazione dell'evento dannoso, è logicamente il primo elemento da vagliare, mentre soltanto se, al contrario, la condotta del sanitario fosse astrattamente ovvero assolutamente inidonea a causarlo, non occorrerebbe alcuna ulteriore ricostruzione fattuale”* (Cass. n. 26428/2020).

Una volta richiamati siffatti fondamentali principi, procedendo all'esame della fondatezza o meno delle censure articolate dall'appellante con i due motivi in precedenza sintetizzati, la Corte ritiene che pur dovendosi rilevare come nella sentenza impugnata il Tribunale non abbia richiamato in modo analitico le risposte date dal ctu alle osservazioni mosse dalla difesa di M. L. G., essendosi limitato ad un richiamo complessivo e di condivisione alle conclusioni esposte nella relazione, tali carenze ben possano trovare superamento nel presente grado. Il giudizio d'appello, infatti, in quanto giudizio di merito, consente che la Corte ben possa integrare, se del caso, una insufficiente motivazione della sentenza censurata, all'esito della ritenuta portata esaustiva dei chiarimenti medesimi, valutazione che nel caso di specie deve essere formulata avendo l'esperto nominato fornito puntuale risposta alle critiche mosse alle sue conclusioni (Cass. n. 11917/2021).

Ciò precisato il Collegio ritiene, diversamente da quanto censurato, che alcun fondamento debba essere riconosciuto, anzitutto, alla critica mossa dall'appellante alla metodologia seguita dall'esperto il quale, a suo avviso, avrebbe omissso qualsivoglia esame del diario infermieristico relativo al periodo di ricovero di M. L. G. così giungendo a conclusioni del tutto arbitrarie limitate ad un esame parziale dei documenti sanitari.

Ed, invero, sul punto, siffatta censura deve essere certamente disattesa non appena si consideri, non solo come l'appellante non abbia neppur precisato quali specifiche omissioni avrebbe commesso l'esperto sul punto, ma, soprattutto, come questi, come chiarito nelle sue osservazioni, abbia precisato, non solo di aver riportato nel suo elaborato, come in precedenza ampiamente esposto, sia il diario clinico che infermieristico, ma abbia anche fornito puntuale spiegazione della prevalenza data a quanto riportato nel primo piuttosto che nel secondo. Il ctu, infatti, ha evidenziato come essendo redatto il primo dal medico, l'attendibilità di quanto in esso descritto sia indubbiamente maggiore di quanto annotato nel secondo, giustificandosi, pertanto, una maggior valorizzazione dei relativi contenuti.

Se, dunque, la metodologia seguita appare del tutto immune da censure, in quanto coerente, si osserva che, anche nel presente giudizio, si sono riproposte due differenti ricostruzioni delle emergenze in atti, quella elaborata dal ctu che ha escluso qualsivoglia rilevanza alla intervenuta pacifica sospensione per la durata di trenta giorni della somministrazione di cortisone all'appellante durante il ricovero, non essendo tale evento causa delle conseguenze dalla stessa riportate alle dimissioni, rispetto a quanto sostenuto dal CT di parte appellante e, quindi, dalla sua difesa, secondo la quale tale sospensione del tutto ingiustificata, assieme ad altre condotte concorrenti, avrebbe invece avuto un rilievo dirimente, dovendo essere pertanto affermata la responsabilità dell'ASST.

In particolare, nelle osservazioni proposte ai sensi della previsione di cui all'art. 195, comma 3, c.p.c., il CT di parte appellante assume che M. L. G., ricoverata per sospetta spondilodiscite avrebbe riportato per la durata di almeno sette giorni una gravissima compromissione dello stato di coscienza, qualificabile come "coma mixedematoso", ovvero una forma di severo ipotiroidismo che conduce a un deterioramento dello stato mentale, quale conseguenza dell'inibizione ipofisaria

sofferta dalla paziente a causa della brusca sospensione del trattamento steroideo avvenuta in data 30/04/2013 e protrattasi fino al 03/06/2013 senza alcuna giustificazione neppur riportata nella cartella clinica. Dunque, nella ricostruzione del consulente di parte così proposta, fatta propria dalla difesa dell'appellante, si dovrebbe ravvisare un sicuro nesso di causalità materiale tra la sospensione della terapia corticosteroidica e la compromissione dello stato di coscienza patita dalla paziente tra la fine del mese di maggio e i primi giorni di giugno del 2013, circostanza quest'ultima che avrebbe inficiato in maniera irreparabile il buon esito del percorso riabilitativo intrapreso nei mesi successivi con scarso successo, avendo detta sospensione causato un lungo ingiustificato periodo di allettamento. In tale ottica, anche la somministrazione dei farmaci Halcion e Levopraid, per quanto in dosi eccessive e per un periodo di tempo più lungo del dovuto, avrebbe avuto a sua volta un ruolo concausale nell'induzione dello stato di coma. In definitiva, secondo la prospettazione di parte appellante, l'attuale condizione di disabilità al 100% di M. L. G. sarebbe diretta conseguenza dell'approccio terapeutico negligente posto in essere dagli infettivologi dell'Ospedale di Busto Arsizio, i quali, oltre a sospendere indebitamente la terapia corticosteroidica, avrebbero errato nel non aver diagnosticato tempestivamente l'ipotiroidismo e nel non averlo trattato in maniera adeguata.

Differente è stata, invece, la ricostruzione effettuata dal ctu, e fatta propria dal Tribunale a riguardo. L'esperto, infatti, ha evidenziato come già al momento del ricovero presso l'Ospedale di Busto Arsizio in data 26/04/2013, la parte non si trovasse in condizioni di salute di totale autonomia, essendo già affetta da un subentrato stato di disabilità motoria, a causa delle patologie e lesioni pregresse tanto da non riuscire a muoversi autonomamente, come descritto all'atto della sua accettazione. In tale contesto, ad avviso del ctu, la sospensione della terapia corticosteroidica, per quanto non giustificata in cartella clinica, non avrebbe avuto alcun ruolo di aggravamento dello stato

di salute della paziente, né avrebbe comportato la comparsa ex novo di ulteriori quadri patologici, quale, in ipotesi l'emergere di una condizione di ileo paralitico, dovendosi evidenziare come il peggioramento della stessa si fosse poi manifestato a distanza di molti giorni dalla sospensione del trattamento effettuato negli anni sempre con dosaggio assolutamente contenuto (Deltacortene mg 5 in paziente affetto da artrite reumatoide). Ciò in particolare varrebbe con riferimento allo stato soporoso, riportato anche nel diario clinico e infermieristico, peraltro mai descritto come "pre coma" o "coma". A riguardo il ctu ha sottolineato come tale situazione di brevissima durata si fosse manifestata a distanza di un mese dalla sospensione della terapia, intervallo cronologico, incompatibile con qualsiasi correlazione di tipo causa effetto tra i due eventi. L'eziopatogenesi dello stato di temporaneo sopore, mai involuto in una condizione di coma, sarebbe, invece, da ricondursi alla somministrazione congiunta di triazolam (Halcion) e levosulpiride (Levopraid), entrambi giustificati da una condizione di insonnia lamentata dalla paziente, nonché dall'alterazione della motilità intestinale che avrebbe avuto un effetto ipnoinducente sulla paziente. La controprova di tale affermazione sarebbe attestata dalla risposta neurologica ottenuta con la somministrazione di Anexate (antagonista specifico degli effetti sedativi delle

benzodiazepine) seguita da completo recupero dello stato di vigilanza alla sospensione di entrambi i farmaci. Inoltre, sarebbe da escludere un ruolo attivo sull'insorgenza dello stato di sopore della condizione di ipotiroidismo, in quanto rilevata dopo oltre un mese dal ricovero e cinque giorni dopo l'insorgenza dello stato soporoso. Infine, quanto alla genesi dell'ipotiroidismo, essa sarebbe rinvenibile nel protratto stato di malattia già presente. A giudizio del CTU e del suo ausiliario non sarebbe, quindi, configurabile alcun profilo di responsabilità in capo ai medici dell'Ospedale di Busto Arsizio in riferimento alla vicenda clinica di M. L. G. e al suo attuale stato di disabilità.

La Corte ritiene che le conclusioni raggiunte in sede di elaborato dal ctu, anche all'esito dei puntuali chiarimenti forniti dall'ausiliario endocrinologo, fondino pienamente il rigetto dell'impugnazione sul punto proposto, avendo l'esperto risposto a tutte le critiche di natura tecnica mosse al suo elaborato, senza nulla trascurare.

In particolare il ctu, esaminando le singole argomentazioni dell'appellante che ha più volte sottolineato la natura di coma mixedematoso, dello stato in cui sarebbe caduta per alcuni giorni M. L. G., riconducibile alle carenze terapeutiche del Nosocomio, si rileva che il dott. Candotti, endocrinologo, proprio all'esito della lettura dei documenti in atti, con motivazione che merita integrale condivisione, in risposta alle critiche sollevategli, ha ribadito come: *“leggendo tutto il diario clinico [...] non si fa mai cenno ad uno stato di coma”* (CTU, p. 43).

Ed, invero, dalla lettura del diario clinico emerge il riferimento ad uno stato talora saporoso della paziente, sempre risvegliabile o allo stimolo vocale ovvero allo stimolo doloroso (vedasi diario infermieristico). Gli unici documenti in cui si fa riferimento allo stato di coma sono le sopra riportate lettere di dimissioni del 02/07/2013 e del 13/11/2013. Poiché tali documenti non contengono rilievi strumentali o attestazioni di fatto, ma valutazioni complessive compiute *ex post* dai medici che hanno avuto in cura M. L. G., appare del tutto condivisibile quanto valutato sul punto dal ctu che è giunto ad escludere la sussistenza di siffatta condizione dopo aver puntualmente analizzato l'intera documentazione sanitaria con i relativi accertamenti strumentali, motivatamente discostandosi da tali valutazioni sintetiche non corroborate da dati oggettivi.

A riguardo, infatti, il ctu ha precisato: *“a conferma della neutralità del ruolo affidatomi, non si sono accettate a priori le ipotesi patogenetiche proposte dai vari medici che hanno avuto in cura la signora ma si è esaminato a fondo il completo iter clinico della vicenda esaminando e riportando tutte le informazioni utili a spiegare quanto accaduto durante quel ricovero. Per questa ragione sono stati trascritti con precisione i diari clinici, gli esami strumentali e laboratoristici, le visite specialistiche, le terapie e i valori dei parametri vitali. Tutto questo scrupoloso lavoro ha portato a conclusioni che sono certamente diverse da quelle dei medici dell'ospedale di Busto ma che poggiano su dati clinici, laboratoristici, strumentali, farmaceutici e su evidenze di fisiopatologia endocrinologica incontestabili”* (CTU, pp. 42-43).

Ed, ancora, diversamente da come prospettato dalla difesa appellante, che ha particolarmente insistito su tale condizione, l'esistenza di uno stato di coma subito nel corso del ricovero indotto dalla sospensione della terapia cortisonica neppure potrebbe essere desunto, come invece argomentato dall'appellante, da quanto riferito dal figlio,

A. G., al consulente di parte dott. Demori, a detta del quale lo specialista rianimatore, convocato per un consulto, si sarebbe rifiutato di trasferire la paziente nel reparto di terapia intensiva, avendone rilevato le condizioni disperate. Tali dichiarazioni, infatti, non poggiano su alcuna evidenza documentale, né possono avere alcun valore probatorio nel giudizio, tanto più ove si consideri che, in esito alla consulenza specialistica svoltasi in data 03/06/2013, all'interno del Nosocomio, il rianimatore, dott. Chiarello, annotava nella cartella clinica: “*Non attuali indicazioni a terapia intensiva*” (doc. 1 - fascicolo di I grado di parte appellante, p. 4 di 223).

Proseguendo nell'esame delle censure mosse alla sentenza, si rileva, quindi, che l'appellante lamenta il fatto che, a fronte della presenza di numerose lacune nella cartella clinica, il CTU abbia, a suo avviso, utilizzato il criterio della presunzione a favore, non del paziente danneggiato, ma dei medici curanti così procedendo ad un'applicazione *contra legem* del principio di presunzione in materia di “condotte omissive dei sanitari”, così come delineato dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione. In particolare, la cartella clinica sarebbe lacunosa in quanto non sarebbero stati effettuati esami ematici e/o urinari del cortisolo dopo la sospensione della terapia corticosteroidica e, inoltre, sarebbe mancata l'effettuazione del dosaggio degli ormoni tiroidei ai fini della tempestiva diagnosi dell'ipotiroidismo poi accertato. Secondo la ricostruzione del CT di parte appellante, ove tali accertamenti fossero stati posti in essere dai medici, al contrario non effettuati e comunque non riportati in cartella, si sarebbe potuto provare che la condizione di ipotiroidismo riscontrata a M. L. G. era insorta non a

giugno, bensì già nei primi giorni di maggio, quale conseguenza anch'essa della repentina sospensione della terapia corticosteroidica, ed era andata via via aggravandosi fino allo stato di “coma mixedematoso” essendo espressione dell'ipotiroidismo anche la condizione di ileo paralitico riscontrata sulla persona della paziente fin dai primi giorni del suo ricovero. Avendo, invece, i medici omesso di compiere gli esami necessari secondo un criterio di ordinaria diligenza, la parte appellante si troverebbe ora nell'impossibilità di provare l'esistenza del nesso causale intercorrente tra la sospensione del cortisone e la condizione di ipotiroidismo rilevata solo nel mese di giugno. Per tale ragione, il principio di “vicinanza alla prova” e l'orientamento della Cassazione sul punto, in tema di responsabilità medica, in riferimento al particolare caso di incompletezza della cartella clinica, avrebbero dovuto portare il CTU prima e il Giudice poi ad applicare il principio di presunzione a favore di M. L. G., e ritenere provata la sussistenza del nesso di causalità materiale.

La Corte ritiene che anche la censura nei termini esposta debba essere disattesa all'esito dei chiarimenti forniti dal ctu.

Premesso che la giurisprudenza di Legittimità ha ribadito che, affinché in presenza di una cartella medica incompleta operi l'inversione dell'onere della prova, sono necessarie due condizioni, e cioè che “[l']incompletezza [della cartella clinica] *abbia reso impossibile l'accertamento del relativo legame eziologico*” e che “*il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno*” (Cass. n. 14261/2020; Cass. n. 29498/2019; Cass. n. 27561/2017), si deve evidenziare che, nel caso in esame, nessuna di queste due condizioni si è

verificata. Il CTU, infatti, non solo non ha riscontrato l'impossibilità di ricostruire il nesso eziologico, ma, al contrario, sulla base della documentazione presente in atti e delle proprie conoscenze scientifiche, ha ritenuto con certezza che dovesse escludersi un rapporto di causalità materiale tra la sospensione della terapia corticosteroidica e, in sequenza, la condizione di ipotiroidismo, lo stato soporoso e il fallimento del percorso riabilitativo dell'appellante.

In particolare, occorre evidenziare che il consulente d'ufficio ha fondato il proprio convincimento, che questa Corte ritiene di condividere per la precisione ed esaustività dei chiarimenti sul punto forniti, su considerazioni di ordine farmacologico e chimico effettuate dall'ausiliario endocrinologo dott. Candotti, ben illustrate nelle risposte date ai consulenti di parte, valorizzando anche il fattore temporale. Il ctu, infatti, dopo aver richiamato la tesi del consulente dell'appellante così osserva. *“Il dr. Demori dunque imputa alla brusca sospensione della terapia steroidea la comparsa di una inibizione ipofisaria con conseguente ipotiroidismo secondario e individua nell'ipotiroidismo secondario la causa dello stato soporoso. Questa è una tesi che non ha alcun fondamento scientifico e che contrasta con le più elementari conoscenze dell'endocrinologia.*

Ancor prima di spiegare il più chiaramente possibile come questa ipotesi non possa essere presa in considerazione perché in totale contrasto con tutti i ben noti meccanismi fisiologici di regolazione della secrezione ormonale, si deve sottolineare un primo importante errore fatto dal dr. Demori quando sostiene che l'ipotiroidismo secondario sia stato conseguenza dell'inibizione ipofisaria legata alla brusca interruzione del trattamento steroideo. Questo non solo non corrisponde al vero ma anzi, quello che succederebbe in presenza di brusca interruzione di una terapia cortisonica sarebbe l'esatto contrario di quanto ipotizzato dal dr. Demori. Per capire l'errore bisogna ricordare che nei sistemi ormonali coinvolti in questo caso (tiroide e corticosurrene) il primo e più potente fattore inibitorio sulla secrezione ormonale a livello ipofisario è l'eccesso dell'ormone stesso. Questo vuol dire che un eccesso di cortisolo o di una sostanza equivalente come il Deltacortene tendono ad inibire la secrezione ipofisaria mentre la sospensione del Deltacortene stimola la secrezione ipofisaria il che è esattamente il contrario di quanto prospettato dal dr. Demori. Nel caso in esame, alla brusca sospensione del Deltacortene sarà sicuramente conseguita una ripresa della secrezione ipofisaria e non una inibizione. Già solo questo incontestabile dato di fatto

sarebbe sufficiente ad escludere con certezza che l'ipotesi patogenetica prospettata dal dr. Demori possa essere presa in considerazione. Ma c'è di più.

Quando il dr. Demori parla di inibizione ipofisaria senza ulteriori specificazioni si deve presumere che intenda una inibizione di tutti i 6 ormoni secreti dall'ipofisi anteriore (ACTH-FSH-LH-TSH-GH e PRL) e questo non può assolutamente accadere dato che la terapia cortisonica cronica è in grado di inibire solo ed esclusivamente la secrezione del suo specifico fattore stimolante e cioè dell'ACTH. Tutti gli altri cinque ormoni ipofisari non potranno mai essere inibiti da una terapia cortisonica cronica poiché hanno propri e del tutto indipendenti fattori di stimolo e di inibizione. Cade così un ulteriore elemento della ipotesi patogenetica prospettata dal dr. Demori e cioè

quello che vede la comparsa di un ipotiroidismo secondario per inibizione della secrezione ipofisaria di TSH causato dalla brusca sospensione della terapia cortisonica.

Per passare ora a valutare la presenza o meno di ipotiroidismo nel caso in esame, appare necessario chiarire meglio cosa si intenda per ipotiroidismo primario, secondario e terziario. La funzionalità della tiroide vede due fattori stimolanti rappresentati dal TRH di origine ipotalamica e dal TSH di origine ipofisaria e un fattore inibente rappresentato dalla eccessiva concentrazione degli ormoni tiroidei (T3 e T4) nel sangue. L'ipotiroidismo è caratterizzato da una ridotta secrezione degli ormoni tiroidei e può essere conseguenza di una patologia a livello tiroideo (ipotiroidismo primario) o a livello ipofisario (ipotiroidismo secondario) o a livello ipotalamico (ipotiroidismo terziario). Va subito detto che l'ipotiroidismo secondario e terziario sono patologie estremamente rare e sempre conseguenti a precise cause specifiche che possono essere mutazioni genetiche, processi infiltrativi o infiammatori (sarcoidosi, istiocitosi, ipofisiti, granulomatosi, emocromatosi), processi infettivi (TBC, pneumocisti, istoplasmosi, aspergillosi, toxoplasmosi, citomegalovirus), vascolari (aneurismi, arteriti, diabete, apoplezia, grave ipotensione, emorragie cerebrali). Ovviamente le gravi patologie più sopra elencate danno chiari segni della loro presenza che vanno ben oltre la ridotta funzionalità ipotalamica e/o ipofisaria, segni che mai si sono riscontrati

nella signora G.. Dobbiamo infine ricordare che l'ipotiroidismo primario (quello da malattia della tiroide) è sempre caratterizzato da un aumento più o meno marcato del TSH e da una riduzione di entrambi gli ormoni tiroidei. A fronte di quanto più sopra detto, come si possono spiegare le alterazioni degli esami di funzionalità tiroidea rilevate in data 3-6-13: FT3 < 1 (v.n. 1,8-5); FT4 0,9 (v.n. 0,8-1,7); TSH 0,05 (v.n. 0,3-4), alterazioni che ad un osservatore inesperto o disattento potrebbero far pensare ad un ipotiroidismo secondario o terziario? Prima di passare alla spiegazione si sottolinea un dato fondamentale e cioè che il valore dell'FT4 agli esami del 3-6-13 è un valore normale e già questo rilievo esclude in maniera assoluta la presenza di un coma mixematoso, patologia che può insorgere solo in presenza di una gravissima riduzione di entrambe gli ormoni prodotti dalla tiroide. Per poter spiegare il significato dei risultati degli esami del 3-6-13 bisogna ricordare che la T4 è totalmente prodotta dalla tiroide e svolge un ruolo di "scorta" a livello ematico mentre la T3 è l'ormone effettivamente attivo e viene prodotta solo per il 20% direttamente dalla tiroide mentre il restante 80% proviene dalla degradazione della T4. Alla luce di tutto ci siamo di fronte non ad un quadro di ipotiroidismo classico ma alla fisiologica risposta della tiroide in presenza di un quadro di forte debilitazione come quello presentato durante tutto il mese precedente dalla signora G.. Questo è un quadro clinico ben noto e denominato "Low T3 syndrome" o "Euthyroid sick syndrome" o "Nonthyroid illness" dagli autori anglosassoni ed è una risposta difensiva dell'organismo che riduce la secrezione tiroidea in presenza di patologie molto debilitanti. Nella sostanza, viene fortemente ridotta la concentrazione ematica di T3 per ridurre il più possibile gli effetti stimolanti che questo ormone svolge a livello di tutto l'organismo e viene contestualmente ridotta la secrezione di TSH per ridurre al

massimo la produzione di ormoni tiroidei, ormoni che comunque vengono seppur in minima parte prodotti (vedi il valore normale ma minimo di T4) perché indispensabili alla vita. Questa ipotesi è stata avanzata anche dall'endocrinologa dell'ospedale di Busto in occasione della sua visita

del 5-6-13: "...rilievo di TSH inibito e ormoni tiroidei bassi come si osserva negli stati di defedazione gravi..." (CTU, pp. 45-47).

Se, dunque i chiarimenti così resi appaiono assolutamente coerenti e esaustivi, si deve ulteriormente evidenziare che, con riferimento al momento di insorgenza della condizione di ipotiroidismo, già presente secondo il CT di parte appellante fin dai primi giorni di maggio, in ragione del manifestarsi di due sintomi ad esso correlabili, e cioè l'ileo paralitico e l'iponatremia, il dott. Candotti ha reso ulteriori precisazioni. Ha, infatti, affermato: *“Per quel che riguarda il primo punto, è vero che un marcato ipotiroidismo può dare alterazioni dell'alvo ma è altrettanto vero che comporta anche una molto più vasta sintomatologia (bradicardia, ipotensione, riduzione della temperatura corporea, colorito giallastro della cute, alterazioni del tono di voce) che mai sono state segnalate in cartella e quindi utilizzare un solo sintomo in assenza di molti altri non può essere considerato un approccio corretto. Inoltre, come specificato dallo stesso dr. Demori, l'ileo paralitico non è patognomonico dell'ipotiroidismo ma può essere conseguente anche a molte altre cause. Per quel che riguarda il secondo punto (l'iponatremia) basta consultare la tabella allegata alla mia relazione per rendersi conto che bassi valori di sodio sono stati rilevati solo in data 17 - 30 e 31 maggio mentre prima e dopo tali date i valori di sodio sono sempre risultati normali. Anche qui, è lo stesso dr. Demori a ricordarci che "...in circa la metà dei pazienti affetti da ipotiroidismo è presente iponatremia...". Anche in questo caso il sintomo non è patognomonico e infine non dobbiamo dimenticare che in presenza di ileo adinamico è sempre presente un importante sequestro di liquidi e di ioni all'interno dell'intestino.”* (CTU, pp. 47-48).

A chiusura dei propri chiarimenti, il dott. Candotti ha aggiunto una considerazione di ordine clinico, che lo ha portato a escludere in maniera definitiva l'ipotesi eziopatologica avanzata dal dott. Demori e dal suo ausiliario endocrinologo dott. Trotti: *“il Deltacortene è stato sospeso in data 30/4 e l'obnubilamento del sensorio è comparso in data 30/5 e cioè un mese dopo la sospensione del Deltacortene. Poiché tale farmaco ha una emivita di 18-36 ore, se proprio doveva presentarsi qualche disturbo legato alla sua sospensione questo si sarebbe dovuto presentare nell'arco di 3-4 giorni (e sono stato molto abbondante nella mia stima tenendo conto di eventuali rallentamenti nel catabolismo del farmaco). Questo è un dato di fatto incontestabile che elimina ogni dubbio sulle presunte conseguenze della brusca interruzione del Deltacortene.”* (CTU, p. 49).

Avendo escluso che la sospensione del cortisone, per le articolate ragioni esposte, avesse avuto alcun rilievo causale rispetto all'aggravamento delle condizioni di salute della paziente, così come la condizione di ileo paralitico, in quanto già presente prima della sospensione del farmaco, il CTU ha ritenuto, pertanto, correttamente, di non dare rilevanza alla circostanza, pacifica, di non aver i sanitari indicato in cartella clinica le ragioni della temporanea sospensione del farmaco, (verosimilmente decisa per il timore

che esso potesse ulteriormente agevolare fenomeni infettivi) risolvendosi tale omissione in una carenza irrilevante ai fini della esatta individuazione del nesso causale.

Procedendo, quindi, all'esame di ulteriori profili di censura articolati dalla difesa di M. L. G. si osserva che, a suo avviso, sarebbe comunque censurabile la decisione fondata sulla ctu, anche per altre ragioni, in quanto l'esperto, in modo non condivisibile, non avrebbe, infatti, sufficientemente considerato come la scelta di sospendere per un mese la terapia corticosteroidica sia stata *“assolutamente imprudente in considerazione del fatto che la paziente da oltre 8 anni era sottoposta a terapia cortisonica (seppure a bassa dose – 5 mg -) e da circa tre settimane, come certificato dal referto del 26.04.13 del Dott. Capra (che è lo specialista della convenuta che raccolse l'anamnesi patologica prossima al momento del ricovero nel reparto di Medicina II) con dosi quattro volte superiori”* (atto di citazione in appello, p. 22). Inoltre, il comportamento dei medici si sarebbe posto in contrapposizione con quanto prescritto della letteratura medica, nonché dai protocolli del produttore del farmaco e di

AIFA. Il CTU avrebbe quindi errato nel non valutare adeguatamente questi elementi e nell'escludere di conseguenza eventuali profili di colpa dei medici curanti.

La Corte ritiene che anche tale assunto non possa essere condiviso per giungere a qualsivoglia affermazione di responsabilità della Struttura ospedaliera all'esito dei chiarimenti resi dall'esperto. Da un lato infatti, occorre considerare che il dott. Capra, nel referto del 26/04/2013, non ha certificato la quantità di cortisone assunto nelle settimane precedenti dalla paziente, né da quanti giorni fosse stato aumentato il dosaggio, ma si è limitato a riportare genericamente: *“notevole uso di desametasone durante queste settimane”*. A fronte di ciò si deve sottolineare come dagli atti risulti con certezza solo che la paziente è stata trattata con Deltacortene 25 mg mezza compressa die solo dal 27/04/2013 al 30/04/2013. Si deve, inoltre, sottolineare che il CTU, pur non conoscendo le ragioni della sospensione del cortisone, ha correttamente evitato di indagare in ordine ad eventuali profili di negligenza in relazione ad essa, avendo escluso sulla base di tutti i rilievi già esaminati, la sussistenza di un nesso causale tra tale iniziativa e il peggioramento delle condizioni di salute della parte. A riguardo, infatti, l'esperto ha chiaramente affermato, con motivazione pienamente condivisibile, che: *“se è vero che da un lato non è dato sapere le motivazioni che hanno indotto i medici ad interrompere il suddetto trattamento, poiché sulla cartella clinica nessuna annotazione scritta viene riportata in tal senso, dall'altro possiamo inequivocabilmente affermare - ed in ciò supportati dai fondamenti della conoscenza clinica e scientifica in tale ambito facendo riferimento alla temporalità degli eventi, così come scandita ed obbiettata nella stessa cartella clinica - che alla suddetta sospensione della terapia corticosteroidica non possa essere attribuito nessun ruolo di aggravamento dello stato di salute della paziente né la comparsa ex novo di quadri patologici.”* (CTU pp. 30-31).

Se, dunque, va esclusa, come già ritenuto in sentenza, la sussistenza di qualsivoglia nesso causale tra l'allegazione sul punto svolta dall'appellante e il successivo peggioramento delle sue condizioni di salute, la Corte ritiene che analoghe conclusioni si impongano anche con riferimento ad altro profilo di censura articolato dalla sua

difesa

consistente nella, a suo avviso, errata decisione dei sanitari di somministrare alla paziente due farmaci Halcion e Levopraid assunti in asserite dosi eccessive e in modo non giustificato e a loro volta responsabili dello stato soporoso nel quale M. L. G. sarebbe caduta per alcuni giorni, errore terapeutico che avrebbe esplicato un ruolo concausale nell'alterazione dello stato di coscienza della parte e, quindi, nelle gravi limitazioni motorie nelle quali si sarebbe poi trovata una volta riacquistata lucidità.

Ed, invero, anche la censura nei termini articolati deve essere disattesa una volta richiamati i chiarimenti resi dal ctu sul punto il quale ha argomentato in termini negativi. L'esperto ha, anzitutto, osservato che *“l'eziopatogenesi dello stato di sopore (e di questo possiamo parlare e non di uno stato di coma quest'ultimo mai registrato) va dunque ricercata in un'altra possibile causa. Focalizzandosi sui dati clinico-metabolici, laboratoristici e farmacologici, desunti dall'analisi della cartella clinica, possiamo formulare la seguente e più probabile ipotesi: trattamento terapeutico a base di triazolam (Halcion) e levosulpiride (Levopraid), condizionante una sommatoria di effetto ipnoinducente. La controprova di tale affermazione troverebbe il suo riscontro nella risposta neurologica ottenuta con somministrazione di Anexate (antagonista specifico degli effetti sedativi delle benzodiazepine) seguita da completo recupero dello stato di vigilanza alla sospensione di entrambi i farmaci.”* (CTU, pp. 31-32).

Affrontando, quindi, il tema del nesso causale il CTU anche sul punto non ha peraltro ravvisato un comportamento negligente dei medici curanti, ritenendo al contrario che: *“Si tratta comunque di farmaci correttamente introdotti e con posologia altrettanto congrua - come si evince dalla lettura dello schema terapeutico della paziente - allo scopo di contrastare importanti problematiche quali l'insonnia (Halcion) e le alterazioni della motilità intestinale (Levopraid) sicuramente fonte di disagio per la paziente.”* (CTU, p. 32). L'esperto ha, quindi, precisato, a comprova della sostanziale ininfluenza di tale trattamento, che *“occorre però spiegare perché il suddetto farmaco (Halcion) assunto sin dall'inizio del ricovero non abbia mai causato evidenti disturbi sino al 30/05/2013. Si ricorda, come si evince dalla documentazione clinica, che l'unico farmaco iniziato pochi giorni prima della comparsa dello stato di sopore è Levosulpiride (Levopraid) prescritto per migliorare le alterazioni della motilità intestinale ma nella cui scheda AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) è specificato che il farmaco, ad alti dosaggi, può causare sonnolenza. Va ricordato che il dosaggio prescritto dai medici della Medicina II è corretto per la terapia dei disturbi intestinali (XV gtt x 3) e non si possa ritenere eccessivo, è tuttavia molto probabile che si sia trattato di un effetto sinergico vale a dire la bassa capacità ipnoinducente del Levopraid sommata al forte effetto ipnoinducente dell'Halcion abbia determinato lo stato di sopore. A supporto di tali considerazioni è la risoluzione in pochi giorni dello stato di sopore avvenuta dopo la sospensione dei due farmaci (avvenuta in data 2/06/2013 per l'Halcion ed in data 3/06/2013 per il Levopraid).”*

Il CTU ha, pertanto, risposto in maniera esaustiva anche a quest'ultima critica sollevatagli, escludendo qualunque profilo di responsabilità dei medici in relazione alla somministrazione dei farmaci Halcion e Levopraid, attesa la correttezza della loro iniziale assunzione, e, soprattutto, le limitazioni motorie poi accertate all'esito del

ricovero. Ugualmente l'esperto non ha ravvisato alcun nesso causale tra la somministrazione in data 5 giugno 2013 della terapia di L-Tiroxina consigliata dall'endocrinologo due giorni prima, il 3 giugno 2013, e le difficoltà di riabilitazione motoria poi accertate.

All'esito delle valutazioni esposte, attesa la esaustività dei chiarimenti puntualmente forniti dal ctu alle osservazioni critiche mosse dalla difesa di M. L. G., la Corte ritiene che, non avendo la stessa assolto al rigoroso onere della prova del nesso causale tra l'operato dei sanitari e il peggioramento delle sue condizioni di salute, su di lei gravante, avendo, anzi il ctu motivatamente escluso che le prospettazioni sul punto formulate avessero fondamento di sorta, si imponga il rigetto delle sue pretese anche nel presente grado, una volta integrata nei termini in precedenza articolati, la sentenza impugnata. A fronte delle emergenze così vagliate la richiesta di rinnovazione della ctu appare, infatti, del tutto ultronea e superflua.

Parimenti devono essere respinte anche le ulteriori istanze istruttorie avanzate dalla difesa della sig.ra G.. Infatti, sui capitoli di prova riproposti in appello il Tribunale ha già provveduto con l'ordinanza emessa in data 08/03/2017, a scioglimento di riserva, ritenendoli inammissibili in quanto relativi a questioni documentali o valutative. Per ottenerne l'ammissione in appello, sarebbe stato necessario, diversamente da come dedotto, l'articolazione di un motivo specifico, che indicasse la rilevanza di ciascun capitolo di prova richiesto -ad esempio in ragione di specifiche carenze nella CTU- al fine di una diversa decisione della controversia. In termini appare, infatti, dirimente la costante giurisprudenza di Legittimità che ha affermato il principio secondo il quale nell'ipotesi in cui il Tribunale provveda con apposita ordinanza sulle istanze istruttorie l'appellante deve farne espresso motivo di impugnazione, argomentando in relazione alla loro ammissibilità e rilevanza (Cass. n. 1532/2018).

Con il quarto ed ultimo motivo M. L. G. censura, infine, la sentenza anche nella parte in cui, pur rigettando tutte le sue domande, non ha disposto l'integrale compensazione delle spese sostenute per il giudizio di primo grado, valutazione che, a suo avviso, il Tribunale avrebbe ben potuto formulare in considerazione della difficoltà della ricostruzione della vicenda processuale e della natura delle parti, valutazione che chiede venga svolta anche con riguardo alle spese del presente grado. Il giudice, inoltre, avrebbe erroneamente quantificato in favore della difesa dell'ASST i compensi liquidati in dispositivo, vertendosi nell'ambito di una causa di valore indeterminato, per la quale si dovrebbe applicare un compenso secondo i valori medi nella misura di euro 8030,00 e non già il compenso del tutto eccessivo di euro 12.000,00 ritenuto in dispositivo.

Il Collegio ritiene che anche il motivo così articolato non possa trovare accoglimento. Secondo il principio della soccombenza del tutto correttamente il Tribunale non ha ritenuto di compensare le spese di lite, integrando siffatta valutazione una ipotesi del tutto eccezionale e residuale che presuppone l'esistenza di gravi motivi e ciò tanto più in presenza di una consulenza tecnica d'ufficio articolata ed esaustiva.

Deve essere anche disattesa la censura inerente alla errata quantificazione delle spese di lite non appena si consideri come il Tribunale, considerando il valore indeterminato della domanda svolta e l'indubbia complessità degli accertamenti espletati, ha liquidato

il compenso in misura appena superiore ai valori medi (pari ad euro 10.343,00) e ciò tanto più ove si consideri che l'appellante sul punto non ha neppure specificato secondo quali differenti calcoli il compenso liquidabile a suo carico dovrebbe essere contenuto nella minor somma di euro 8030,00.

Parimenti, ritiene questa Corte che non sussistano i presupposti neppure per compensare le spese di lite relative al presente grado, atteso l'integrale rigetto dell'impugnazione, e considerata anche la scelta processuale dell'appellante di non accettare la proposta conciliativa di controparte proprio in tema di riparto delle spese processuali. Le spese di lite del presente grado devono essere integralmente poste a carico dell'appellante e vengono liquidate in dispositivo, secondo i criteri di cui al D.M. n. 37/2018 (scaglione di riferimento: valore indeterminabile - complessità media) e tenuto conto delle attività difensive effettivamente prestate.

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Milano,
seconda sezione civile,
definitivamente pronunciando, così dispone:

RIGETTA

l'appello proposto da M. L. G. nei confronti della ASST DELLA VALLE D.V.O. e per l'effetto

CONFERMA

la sentenza emessa dal Tribunale di Busto Arsizio n. 867/2019, pubblicata in data 31/05/2019;

CONDANNA

M. L. G. al pagamento in favore della ASST DELLA VALLE D.V.O. delle spese di lite del presente grado liquidate in euro 8.066,00 per compensi oltre contributo spese generali nella misura del 15%, IVA e CPA;

DICHIARA

la sussistenza dei presupposti per il versamento da parte dell'appellante dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato di cui all'art 13 comma 1 *quater* del DPR 115/2002 così come modificato dall'art 1 comma 17 della Legge 24 dicembre 2012 n. 228.

Così deciso in Milano nella camera di consiglio del 22 dicembre 2021

Il Presidente

Dott. Walter Saresella

Il Consigliere rel.

dott.ssa Gabriella Anna Maria Schiaffino