

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI MILANO
SEZIONE SECONDA CIVILE

composta dai magistrati

Dott. Carlo MADDALONI

Presidente

Dott. Giovanna FERRERO

Consigliere

Dott. Andrea Francesco PIROLA

Consigliere rel.

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa iscritta la numero di ruolo sopra riportato promossa in grado d'Appello

da

ASST DELLA VALLE OLONA (C.F. 03510190121), elettivamente domiciliato in VIALE LOMBARDIA 47 21013 GALLARATE presso lo studio dell'avv. STELLA ISABELLA, che lo rappresenta e difende come da delega in atti, unitamente all'avv.

APPELLANTE

CONTRO

C. M. (C.F. *omissis*), elettivamente domiciliato in VIA FONTANA, 2 20122 MILANO presso lo studio dell'avv. ZACCARIA PAOLA VIOLA MARIA, che lo rappresenta e difende come da delega in atti, unitamente all'avv. MASSARI ROSA (MSSRSO63A42F205M) VIA SETTEMBRINI, 1 20124 MILANO;

B. A. P. (C.F. *omissis*), elettivamente domiciliato in VIA FONTANA, 2 20122 MILANO presso lo studio dell'avv. ZACCARIA PAOLA VIOLA MARIA, che lo rappresenta e difende come da delega in atti, unitamente all'avv. MASSARI ROSA (MSSRSO63A42F205M) VIA SETTEMBRINI, 1 20124 MILANO;

P. P. (C.F. *omissis*), elettivamente domiciliato in VIA FONTANA, 2 20122 MILANO presso lo studio dell'avv. ZACCARIA PAOLA VIOLA MARIA, che lo rappresenta e difende come da delega in atti, unitamente all'avv. MASSARI ROSA (MSSRSO63A42F205M) VIA SETTEMBRINI, 1 20124 MILANO;

APPELLATI

OGGETTO: Responsabilità professionale

CONCLUSIONI

Per AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALLE OLONA:

Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello di Milano, contrariis reiectis

IN VIA PREGIUDIZIALE E CAUTELARE,

sospendere immediatamente la provvisoria esecutorietà della sentenza impugnata per i motivi tutti meglio dedotti nel presente atto;

IN VIA PRINCIPALE E NEL MERITO,

accogliere per i motivi tutti dedotti in narrativa il proposto appello e, per l'effetto, in riforma della sentenza n. 957/2020 emessa dal Tribunale di Busto Arsizio, Sezione III Civile, Giudice Dott.ssa Francesca Capotorti, nell'ambito del giudizio N.R.G. 8495/2016, pubblicata in data 13 agosto 2020 e notificata a questa difesa in data 30 settembre 2020, accogliere le seguenti conclusioni:

- Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello accertare e dichiarare l'assenza di qualsiasi profilo di responsabilità dell'ASST della Valle Olona in relazione all'oggetto della domanda dedotta dagli attori nel giudizio di primo grado e, per l'effetto, rigettare integralmente la domanda proposta nel giudizio di primo grado dagli attori odierni appellati signori M. C., P. B. A. e P. P. nei confronti dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) della Valle Olona, in quanto infondata in fatto ed in diritto, giusta l'assenza di responsabilità della odierna attrice appellante ASST della Valle Olona per i fatti di causa, per i motivi dedotti in narrativa; in subordine, nella denegata eventualità di rigetto del presente appello, limitare il

risarcimento alle somme liquidate in primo grado o alle minori somme ritenute eque in considerazione dell'entità e della tipologia dei danni che risulteranno accertati all'esito del giudizio quali conseguenze immediate e dirette della prestazione sanitaria sub iudice, tutti gli altri esclusi.

IN VIA ISTRUTTORIA

Si chiede la rinnovazione della CTU, sulla quale interamente si fonda la sentenza di primo grado, in quanto confusa, contraddittoria e insoddisfacente per tutti i motivi dedotti in narrativa.

Con vittoria di spese e compensi, oltre il rimborso forfettario per spese generali oltre IVA e CPA come per legge relativi ad entrambi i gradi di giudizio

Per C. M., B. A. P., P. P. IN PROPRIO ED IN QUALITÀ DI EREDI LEGITTIMI DI A. P.

in via preliminare, dichiarare inammissibile l'appello ex adverso proposto per i motivi come specificati nella comparsa di costituzione e risposta delle appellate; in via principale respingere l'appello ex adverso proposto in quanto del tutto destituito di fondamento in fatto e in diritto, e per l'effetto, confermare integralmente la sentenza n. 957/2020 emessa dal Tribunale di Busto Arsizio e condannare l'ASST Della Valle Olona al pagamento di tutto quanto ancora dovuto agli appellati in forza di tale sentenza, oltre interessi al tasso legale dal giorno della domanda al saldo;

- in via istruttoria respingere l'istanza di rinnovazione della consulenza tecnica di ufficio per mancanza dei presupposti ex art. 196 c.p.c.

In ogni caso: con vittoria di spese, diritti ed onorari e accessori di legge di entrambi i gradi del giudizio.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. Il Tribunale di Busto Arsizio con sentenza n. 975/20 pubblicata il 13.8.2020, accoglieva la domanda di M. C., P. B. A. e P. P. -rispettivamente coniuge e figli di P. A., deceduto in data 10.6.2014-, di risarcimento del danno, iure hereditario, limitatamente al danno biologico temporaneo patito dal de cuius, liquidato in € 1.877,00 ciascuno, oltre interessi e, iure proprio, per la perdita del rapporto parentale liquidato quanto a M. C. e P. B. in € 40.983,04 ciascuna, e quanto a P. P. in € 25.614,41, oltre interessi.

2. ASST Valle Olona ha proposto otto motivi di appello. 2.1 Con il primo motivo deduce l'insussistenza di entrambi i presupposti che secondo il Tribunale rendevano ingiustificata la sostituzione dell'anticoagulante Warfarin- Cumadin -fino a quel momento assunto da P. A.- con il Pradaxa di nuova generazione in quanto: a) non corrisponde al vero che il paziente si trovava a suo agio con il Coumadin, poiché: i) il paziente non era in grado di controllarne l'assunzione come risulta dall'emorragia esofagea verificatasi il 29.1.2014 come conseguenza dell'assunzione di un sovradosaggio di Coumadin derivante dall'assenza dei continuativi controlli ematochimici sui tempi della coagulazione del sangue richiesti dal farmaco che il paziente non era in grado di svolgere – infatti è farmaco che non ha risposta stabile e necessita di controlli ematologici continuativi per regolarne il dosaggio-; ii) la tomografia computerizzata del 28.1.2014 accertava l'esistenza di una “vasta area malacica parietale destra”, espressione di un evento ischemico pregresso, ancorchè silente, che, diversamente da quanto ritenuto dal primo giudice, non si può escludere che non sia avvenuto nel lasso di tempo in cui P. assumeva il Coumadin; b) conseguentemente risulta giustificata la sostituzione del Coumadin con il Pradaxa, più stabile che non richiede controlli ematochimici per regolarne l'assunzione; c) diversamente da quanto ritenuto dal Tribunale non vi era assenza di informazioni riguardo la sicurezza e l'efficacia dell' assunzione del Pradaxa in pazienti con protesi valvolare biologica, in quanto: i) P. era in terapia anticoagulante non in ragione della protesi valvolare biologica -che non la richiede-, ma a causa della fibrillazione atriale cronica che comporta l'elevato rischio di formazione di coaguli; ii) gli studi RE-LY, ROCKET-AF e ARISTOTLE, condotti in relazione alla fibrillazione atriale non valvolare hanno dimostrato che il dabatigram-pradaxa- al dosaggio di 150 mg è superiore al Warfarin nella prevenzione dell'ictus ischemico, mentre nella dose di 110 mg ha pari efficacia ed è più sicuro per la prevenzione dei sanguinamenti;

2.2 Con il secondo motivo deduce l'insussistenza del nesso causale fra la somministrazione del Pradaxa ed il decesso, in quanto non vi è nesso di causalità fra somministrazione del Pradaxa e l'ictus del 15.4.2014, posto che: i) non vi è prova che l'evento sia avvenuto a causa del diverso farmaco anticoagulante e non a causa dell'elevato rischio tromboembolico del paziente -anziano, iperteso con insufficienza renale e fibrillazione atriale- che il farmaco non era comunque in grado di annullare-; ii) non vi è prova che il Coumadin avrebbe fornito una protezione più efficace rispetto al pericolo di ictus ischemico rispetto al Pradaxa; iii) il primo nesso di causa deve essere individuato fra l'emorragia esofagea dovuta all'assunzione non controllata di Coumadin e l'evento ischemico;

2.3 Con il terzo motivo deduce che il Tribunale ha errato nell'affermare che l'ischemia esofagea non fosse stata determinata dall'errata assunzione del Coumadin ma da una infezione di candida, in quanto: i) i ctu si sono limitati a evidenziare che sul paziente vi era la presenza di candidosi che costituisce una delle possibili cause dell'ischemia esofagea, ma non hanno affermato che la causa fosse quella; ii) l'elenco di cause dell'ischemia esofagea indicato dai ctu è riferito a pazienti non in terapia anticoagulante e quindi è inconferente rispetto al caso che occupa

2.4 Con il quarto motivo censura l'illogicità dell'affermazione del primo giudice laddove ritiene che, anche qualora la causa dell'emorragia esofagea fosse stata l'errata assunzione del Coumadin, ciò non escluderebbe che comunque il paziente non fosse a suo agio con quel farmaco, in quanto se così fosse stato tale evento non si sarebbe verificato;

2.5 Con il quinto motivo deduce che il primo giudice non ha considerato il fatto che P. rientrava nei pazienti FANV -portatori di protesi biologiche- per i quali non è previsto il trattamento esclusivamente con gli anticoagulanti tradizionali -TAO- come il Coumadin -previsto invece per i pazienti FAV, portatori di valvole meccaniche- e gli anticoagulanti ad azione diretta come il Pradaxa hanno pari, se non superiore efficacia nel prevenire l'ictus e maggiore efficacia nel ridurre il rischio di sanguinamento -Linee guida di Hull Garcia- e pertanto la sostituzione dell'anticoagulante era giustificata per il sanguinamento causato dal sovradosaggio del farmaco a fronte di un farmaco di nuova generazione più stabile e parimenti efficace;

2.6 Con il sesto motivo deducono l'assenza di prova del nesso di causa, posto che erroneamente il Tribunale ha ritenuto provato che l'ischemia del 15.4.2014 fosse derivata da un tromboembolo a partenza cardiaca, mentre tale derivazione è stata ritenuta solo "probabile", senza considerare il fatto che l'ischemia potesse essere comunque derivata dagli elevati fattori di rischio che la terapia anticoagulante - anche con Coumadin- poteva contenere ma non eliminare;

2.7 Con il settimo motivo parimenti deduce che non vi è prova che la setticemia non fosse derivata dalle condizioni generali di salute precarie del paziente

2.8 Con l'ottavo motivo chiede il risarcimento dei danni nei limiti liquidati dal Tribunale e nella minor somma ritenuta di giustizia

3. M. C., P. B. A. e P. P. hanno chiesto il rigetto dell'appello.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. L'appello deve essere rigettato. 1.1 I primi sette motivi vengono esaminati congiuntamente in quanto connessi.

P. A., di anni 83, era portatore, dall'anno 2005, di una bioprotesi valvolare mitralica -ossia una protesi valvolare biologica- e, contestualmente, affetto da fibrillazione iatrale trattata con terapia anticoagulante orale con il farmaco Coumadin/Warfarin-.

In data 28.1.2014, essendo caduto a terra per un capogiro, mentre era affetto da influenza intestinale, si recava al p.s dell'ospedale di Saronno.

Gli esami ematochimici svolti accertavano un INR pari 5. L'INR è il parametro che misura la coagulazione del sangue: più il valore è elevato, più è indice che il sangue si coagula più lentamente con conseguente maggiore rischio di emorragie. Il paziente veniva dimesso.

Il giorno successivo, 29.1.2014, P. veniva ricoverato d'urgenza allo stesso p.s. per emorragia digestiva esofagea. In quell'occasione l'INR risultava pari a 8. Veniva quindi ricoverato e sospesa la terapia anticoagulante.

Durante il ricovero, in data 4.2.2014, veniva sostituito il farmaco anticoagulante che assumeva da 9 anni -Warfarin/Coumadin- con un farmaco anticoagulante di nuova generazione Pradaxa/Dabigatran.

In data 12.2.2014 veniva dimesso con indicazione di proseguire nell'assunzione del Pradaxa.

Il 12.4.2014, P. veniva ricoverato per sospetto *evento ischemico acuto da probabile cardioembolia*. Ciò comportava la paresi della parte destra del corpo e afasia espressiva.

Il cardiologo quello stesso giorno, interrompeva l'assunzione di Pradaxa e disponeva nuovamente la ripresa dell'assunzione di Coumadin/Warfarin che proseguiva durante tutto il ricovero fino alle dimissioni avvenute il 27.5.2014.

Il giorno 2.6.2014 P. veniva nuovamente ricoverato in ospedale per agitazione psicomotoria, tachicardia,

irrigidimento muscolare. Venivano eseguite emocolture che risultavano positive per E. Faecalis. Venivano intraprese terapie antibiotiche ma il 10.6.2014 decedeva per arresto cardiocircolatorio a causa di uno shock settico “a verosimile partenza dalle vie urinarie”.

La prima parte del primo motivo di appello, il terzo ed il quarto intendono censurare l’affermazione dei periti d’ufficio secondo la quale P. era a suo agio da 9 anni con l’anticoagulante Coumadin/Warfarin e quindi ciò costituiva una delle ragioni per le quali la sostituzione del predetto farmaco con il Dabigatran/Pradaxa, avvenuta durante il ricovero in data 4.2.2014, era, secondo i periti d’ufficio, da ritenersi ingiustificata e quindi integrante una condotta colposa.

Di qui la diversa interpretazione dell’indice elevato di “scoagulamento” di P. al momento del primo ricovero: secondo i ct dell’Asst attribuibile all’incapacità del paziente di gestire la corretta somministrazione del farmaco -che richieda la periodica verifica dell’indice di coagulazione del sangue- e la conseguente conclusione che P. non fosse a suo agio con il Coumadin/Warfarin; secondo i consulenti d’ufficio imputabile invece alla emorragia digestiva esofagea riscontrata nel ricovero del giorno successivo e già in atto e quindi non significativo di una incapacità del medesimo di assumere correttamente il farmaco.

Ciò tuttavia è irrilevante, sia ai fini di determinare se la sostituzione del farmaco integri una condotta colposa, sia sotto il profilo della sussistenza del nesso di causalità fra la stessa e l’evento morte -profilo che si esaminerà al momento della trattazione dei motivi inerenti la sussistenza del nesso di causa-.

Infatti, ciò che è assorbente per ritenere colposa la sostituzione del farmaco anticoagulante è l’assenza di sufficienti indicazioni scientifiche al momento dei fatti -ma anche ora- che indicassero che i farmaci anticoagulanti di nuova generazione e con una diversa modalità di funzionamento fossero indicati anche per i pazienti affetti da fibrillazione iatrale cronica e portatori di valvole biologiche come il P..

Infatti, nel 2012: i) “Per quanto riguarda la terapia anti-trombotica dei pazienti portatori di protesi valvolari cardiache biologiche, le Linee Guida della “Task Force” congiunta della “Società Europea di Cardiologia”

(ESC) dell’”Associazione Europea di Chirurgia Cardio-Toracica” (EACTS) L’anticoagulazione orale è raccomandata per tutta la vita nei pazienti portatori di protesi valvolari cardiache biologiche che hanno altre indicazioni per l’anti-coagulazione ...]”, senza specificare il tipo di anti-coagulazione (se con anti-vitamina K oppure con inibitori orali diretti del fattore IIa o Xa) . Veniva solo segnalato che : “...The substitution of vitamin K antagonists by direct oral inhibitors of factor IIa or Xa is not recommended in patients with a mechanical prosthesis because specific clinical trials in such patients are not available at this time [...*La sostituzione degli antagonisti della vitamina K con inibitori orali diretti del fattore IIa o Xa non è raccomandata nei pazienti con una protesi valvolare cardiaca meccanica dato che “trials” clinici specifici non sono disponibili in questo momento]* -pag. 48 ctu 8.4.2018-; ii) nel 2014: “Le Linee Guida AHA/ACA, pubblicate nel 2014 (17) sul “Management of Patients With Valvular Heart Disease “ , affermavano, invece, a proposito degli anticoagulanti orali inibitori diretti della Trombina (Fattore IIa) o del fattore Xa : “ ...These agents are not recommended due to lack of data on their safety and effectiveness in patients with bioprosthetic valves who require anticoagulation.[... *Questi agenti non sono raccomandati per l’assenza di informazioni riguardo la loro sicurezza ed efficacia nei pazienti con protesi valvolari cardiache biologiche che necessitano una anti-coagulazione]* -pag. 49 ctu 8.4.2018-.

Quindi nel momento in cui il cardiologo dell’ospedale di Saronno il 4.2.2014 ha deciso di sostituire il Coumadin/Warfarin con il Dabigatran/Pradaxa non vi erano indicazioni specifiche che tali nuovi anticoagulanti fossero indicati per i soggetti portatori di valvole cardiache. Al contrario vi era una espressa indicazione contraria per i soggetti portatori di valvole cardiache meccaniche. P. era portatore di una valvola cardiaca biologica. Uno studio coevo, proprio per l’assenza di informazione non raccomandava l’uso degli anticoagulanti di nuova generazione a tali pazienti.

Al contrario nel 2012 -quindi in epoca antecedente al fatto che occupa- lo studio di Witt, Delate, Garcia che esaminava 442 pazienti che avevano avuto un sanguinamento gastro-intestinale mentre erano in trattamento con Warfarin. Rispetto ai 260 pazienti che avevano ripreso il Warfarin -o non lo avevano interrotto-, solo uno entro i tre mesi del periodo di osservazione subì un evento trombotico grave rispetto a 10 dei 182 pazienti che non lo avevano ripreso – “Ricordiamo che quello di Witt e coll. è uno studio di coorte retrospettivo che ha messo a confronto gli “outcomes” in 442 pazienti che presentarono un sanguinamento gastro-intestinale mentre erano in trattamento anticoagulante con Warfarin; 260 (59 %) ripresero il Warfarin (mediana: quattro giorni dopo il sanguinamento) o non l’interruppero mai (41

pazienti; 95) e 182 pazienti non ripresero più nessun trattamento anticoagulante.

Rispetto ai soggetti che non ripresero l'assunzione del Warfarin, coloro che ripresero la terapia con Warfarin presentarono una riduzione del rischio di incorrere in complicanze trombo-emboliche durante i tre mesi del periodo di osservazione. Dei 260 pazienti che ripresero l'anticoagulante Warfarin dopo l'episodio di sanguinamento gastro-intestinale, solo uno (0,4 %) soffrì un evento trombotico (trombosi venosa profonda) rispetto a 10 dei 182 pazienti (5,5 %) che non iniziarono di nuovo la terapia con il Warfarin ($p < 0.01$)” pag. 5 supplemento ctu del 8.2.2020-.

Quindi sulla base delle conoscenze scientifiche e delle indicazioni contenute nelle linee guida esistenti al momento del fatto, posto che P., in quanto affetto da fibrillazione iatrale e quindi a rischio specifico di formazioni di trombi, doveva assumere una terapia anticoagulante, dopo la corretta temporanea sospensione dell'assunzione del Coumadin/Warfarin per ridurre i valori di coagulazione, avrebbe dovuto assumere nuovamente lo stesso anticoagulante.

Infatti, la sostituzione dello stesso con l'anticoagulante di nuova generazione in assenza di espresse indicazioni scientifiche che ne accertassero la compatibilità con i pazienti portatori di valvole cardiache biologiche, costituisce un comportamento gravemente imprudente e quindi colposo in quanto ha aumentato il rischio di formazione del trombo che poi ha causato il grave ictus ischemico.

Infatti, già al momento del fatto, uno studio clinico specifico che concerneva proprio la situazione in cui versava P. aveva constatato che in pazienti che aveva ripreso o non interrotto l'assunzione del Coumadin/Warfarin solo in un caso su 260 si era verificato un evento trombotico, a fronte di un rilevante maggior numero di casi nel gruppo di pazienti che non aveva ripreso la terapia con lo stesso farmaco.

Quindi la condotta improntata alla massima prudenza avrebbe dovuto comportare la conferma del Coumadin/warfarin come anticoagulante da assumere.

A riprova di ciò, dopo il ricovero in seguito all'ictus ischemico, il cardiologo dell'ospedale di Saronno disponeva la sostituzione del Dabigatran con il Coumadin/warfarin.

Su tale condotta, né i consulenti di parte della struttura sanitaria, né la difesa della stessa hanno mai speso una parola.

Non scalfiscono tale ricostruzione neppure gli studi citati nella seconda parte del primo motivo di appello e nel quinto motivo di appello.

Infatti sono studi aspecifici che non concernono pazienti portatori di valvole cardiache - “...L'ormai ampia letteratura internazionale ...” cui fanno riferimento i CTP convenuti “...che ha chiaramente dimostrato come Dabigatran 110 mg x 2 e Warfarin abbiano la stessa efficacia nel prevenire l'ictus...” e che “...riduce esclusivamente l'ictus (per entrambi i farmaci) del 60%-70%...” riguarda i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare con CHA2DS2 -VASc score ≥ 2 che non hanno sofferto in precedenza di episodio di sanguinamento mentre erano in terapia anticoagulante con Warfarin come è accaduto al Sig. P. - pag. 14 ctu dell'8.2.2020-

Inoltre i consulenti della struttura sanitaria non hanno indicato linee guide che neppure ora -a distanza di anni dal fatto- affermino che il Dabigatran/Pradaxa sia indicato per pazienti portatori di valvole cardiache biologiche e ancora oggi non esistono studi scientifici che affermino la sicurezza di tale tipo di anticoagulanti dopo un sanguinamento maggiore - Riguardo alla decisione di ripristinare l'anticoagulazione ricorrendo all'agente anticoagulante orale Dabigatran invece che Warfarin, una volta controllato il sanguinamento gastro-intestinale, i sottoscritti sottolineano che, come recentemente confermato da Hull e Garcia (2) :“The efficacy and safety of these agents (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) following major bleeding has not been evaluated in a clinical trial...[l'efficacia e la sicurezza di questi agenti (Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban) dopo sanguinamento maggiore non è mai stata valutata in un “trial” clinico]” .

Al contrario, l'efficacia e la sicurezza dell'agente Warfarin risulta documentata nello studio di Witt (2) - pag.15 ctu dell'8.2.2020-

I motivi secondo, sesto e settimo, concernenti il nesso di causalità, sono infondati.

In primo luogo, non costituisce un antecedente causale l'eventuale errata gestione del farmaco anticoagulante Coumadin da parte del P.. Infatti, se anche ciò si fosse verificato, la conseguenza derivante da tale condotta era stata neutralizzata dalla corretta sospensione dell'assunzione dello stesso dal 29.1.2014 al 4.2.2014.

È più probabile che non che l'ictus sia derivato da cardioembolia. Ciò risultava già dalla cartella clinica

del P. al momento del ricovero – “sospetto evento ischemico acuto da probabile caridoembolia”. Inoltre, lo stesso era affetto da fibrillazione iatrale che comporta il rischio specifico di formazione di coaguli di sangue nel cuore che possono entrare nel circolo sanguigno.

Proprio per questo, infatti, P. doveva assumere anticoagulanti la cui funzione era quella di contrastare tale rischio.

Sulla base dello studio specifico del De Witt, si può affermare che se a P. fosse stata ripristinata l’assunzione del Coumadin/Warfarin che sarebbe stato più probabile che non che il trombo non si sarebbe formato - Esiste, a tutt’oggi, il solo studio di Witt (1) in base al quale è possibile affermare che se il paziente Armando P. avesse ripreso ad assumere Warfarin dopo la risoluzione del sanguinamento gastro-intestinale l’”ictus ischemico parietale sinistro” di probabile natura cardio-embolica non sarebbe apparso. Tutto ciò ad un livello di probabilità superiore al 50 % durante i tre mesi (“follow-up”) del periodo di osservazione. Infatti, dei 260 pazienti che, nello studio, ripresero l’anticoagulante Warfarin, dopo l’episodio di sanguinamento gastro-intestinale, solo uno (0,4 %) soffrì un evento trombotico nei tre mesi successivi -pag. 15 ctu dell’8.2.2020-

Ciò costituisce un dato certo a cui si oppone un dato assolutamente sconosciuto – assenza di analoghi studi specifici circa l’efficacia ma anche la sicurezza del farmaco somministrato-.

Ma risulta in ogni caso assorbente il fatto che la somministrazione di un farmaco di cui non era stata sperimentata la sicurezza costituisce di per sé un fattore di aumento del rischio specifico da cui desumere la sussistenza del nesso di causalità rispetto alla verifica proprio di quell’evento che il farmaco avrebbe dovuto evitare.

Il forzato allettamento causato dall’ictus -paresi della metà destra del corpo e afasia espressiva- durante il lungo ricovero dal 12.4.2014 al 27.5.2014 e la mancanza di autosufficienza nella cura della propria persona avevano poi causato la setticemia – “a verosimile partenza dalla vie urinarie” come già accertato in ospedale che ne aveva causato il decesso il 10.6.2014 dopo un ulteriore ricovero il 2.6.2014.

Si tratta quindi di eventi che si pongono come diretta conseguenza della condotta colposa del sanitario nell’ambito di un processo causale che deriva dalla stessa e che non si palesano come anomali o eccezionali rispetto alla condotta antidoverosa.

1.2 L’ottavo motivo è infondato.

Lo stesso infatti è del tutto aspecifico, in quanto nessuna censura viene avanzata in ordine al criterio della quantificazione dei danni, limitandosi ad invocare una riduzione degli stessi senza portare nessuna censura alla motivazione della sentenza sul punto.

2. Conseguono quindi il rigetto dell’appello e la condanna dell’appellante, in ragione della soccombenza, al pagamento delle spese processuali del grado, liquidate secondo i valori medi del D.m. n. 37/18, in complessivi € 9.515,00, - di cui € 2.835,00 per studio; € 1.820,00 per la fase introduttiva; € 4.860,00 per la fase decisoria-.

P.Q.M.

La Corte d’Appello, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza, domanda, eccezione disattesa, così decide:

1. **rigetta** l’appello e, per l’effetto,

2. **conferma** la sentenza n. 975/20 resa tra le parti in data 13.8.2020 dal Tribunale di Busto Arsizio

3. **condanna** ASST della Valle Olona nella persona del legale rappresentante pro tempore al pagamento delle spese processuali del grado in favore di M. C., P. B. A. e P. P. che liquida per compensi defensionali in € 9.515,00 oltre spese generali 15%, oltre oneri e accessori se dovuti

4. **dichiara** la sussistenza dei presupposti per il versamento da parte dell’appellante ASST della Valle Olona dell’ulteriore importo a titolo di contributo unificato di cui all’art. 13 comma 1-quater del DPR n° 115/ 2002 così come modificato dall’art 1 comma 17 della L. 24 12 2012 n° 228.

Milano, 1.12.2021

IL CONSIGLIERE est.

Andrea Francesco Pirola
IL PRESIDENTE