MEDIOLANEN.

BEATIFICATIONIS ET CANONIZATIONIS

SERVI DEI

ALOISII BIRAGHI

SACERDOTIS DIOECESANI

FUNDATORIS INSTITUTI SORORUM A SANCTA MARCELLINA

(1801-1879)

R E L A Z I O N E

sulla Seduta della C.M. della Congregazione delle Cause dei Santi
dell'8 ottobre 2003
sul caso clinico proposto per la Beatificazione del suddetto
Ven. Servo di Dio

Il giorno 8/10/03 alle ore 10,30 nella Sala del Congresso della Congregazione delle Cause dei Santi si è riunita la Consulta Medica per l'esame della guarigione di Suor Pasqualina Calvi.

La seduta si è tenuta alla presenza di S. E. Rev.ma Mons. Edward Nowak, Segretario della Congregazione, del Rev.mo Mons. Michele Di Ruberto, Sottosegretario, e del Rev.mo Mons. Sandro Corradini, Promotore Generale della Fede.

La Consulta Medica era composta dal Presidente Prof. Lorenzo Bonomo e dai Proff. Marciani Armando, Morocutti Cristoforo, Introna Francesco. È assente il Prof. Casciani. Segretario il Dr. Ennio Ensoli.

a) *Fattispecie*

Nata il 3/I/1937, Sr. Pasqualina presenta in anamnesi il padre deceduto per tumore del fegato e la madre morta per ictus. Nella primavera del 1991, all'età di 54 anni, inizia a soffrire di dolori alla gamba destra con limitazione funzionale, interpretati come derivanti da una sindrome artrosica in soggetto con media obesità.

Da esami radiografici e visita ortopedica nell'ottobre '91 venne confermata la presenza di artrosi delle anche e ginocchia, con un sospetto di ernia discale in sede dorsale. Le terapie mediche antinfiammatorie con infiltrazioni al ginocchio destro non portarono alcun beneficio alla difficoltà deambulatoria. La sintomatologia persistette con progressiva intensità dei dolori nel 1992 e 93.

Nell'ottobre 1993 la suora fu ricoverata all'Istituto Besta di Milano. Una TAC e una RM rilevarono una lesione espansiva tumorale in sede D3-D4; si trattava di un tumore primitivo vertebrale, un probabile Osteocondrosarcoma che comprimeva il midollo spinale. Il 17 novembre la paziente fu operata: il tumore vertebrale non venne asportato completamente. L'esame istologico mostrò trattarsi di un Osteoblastoma benigno. Fu eseguita una laminectomia D3-D5.

Ai primi di dicembre 1993 comparvero serie complicanze postoperatorie. Prima una crisi ipertensiva; poi si manifestò una paraplegia agli arti inferiori con blocco degli sfinteri e vescica neurologica. Venne praticata terapia medica e applicato un catetere tipo Foley a permanenza. La prognosi era sfavorevole; il 16 dicembre la suora venne trasferita in una Casa di riposo a Cernusco. Si escludeva una possibile ripresa delle funzioni neurologiche lese; la situazione clinica non sembrava potersi avviare al miglioramento. Si era anche manifestato un versamento pleurico.

Durante il ricovero comparvero piaghe da decubito. Venne comunque iniziata una terapia riabilitativa. Fu disposta 1a rimozione del catetere a permanenza, sostituendolo con un catetere intermittente per tentare il recupero della funzione del detrusore vescicale.

Inaspettatamente nella mattina dell'8 gennaio 1994 avviene la ripresa spontanea della minzione; inoltre si avverte un netto recupero della motilità degli arti inferiori, soprattutto a destra; a sinistra permane una certa spasticità. Il miglioramento prosegue gradualmente con la riabilitazione motoria per quanto riguarda la deambulazione.

Nel febbraio '94 si verifica un versamento pleurico destro per una infezione da Pseudomonas aeruginosa; viene eliminato con una toracente-

si. Nel frattempo migliora la funzione deambulatoria; a maggio la suora cammina con un solo bastone. La successiva evoluzione è buona e la suora può riprendere le sue occupazioni.

Nel gennaio 1997 viene operata di isterectomia per fibromatosi uterina ed ernia ombelicale.

Da un controllo del Dr. Sghirlanzoni del 9/9/97[1] si rileva ancora la presenza di una paraparesi che condiziona una deambulazione falciante a sinistra, una ipostenia degli arti inferiori e una ipoestesia bimamillare. Tale esito viene definito come "parziale sindrome di Brown-Sequard".

Nel periodo giugno luglio 1998 i due Periti "ab inspectione" visitano la suora. Il I° Perito Dr. Barbi conclude che la suora, di anni 60 (altezza cm. 159, peso kg. 100) è in buone condizioni generali; "le poche lievi limitazioni funzionali sono imputabili allo stato di obesità". Il 2° Perito Dr. Marchetti afferma una obbiettività clinica negativa, pur in presenza di un quadro artrosico degenerativo con cifoscoliosi dorsale. Egli conclude per una "perfetta guarigione clinica" delle precedenti affezioni.

Un controllo urologico del 2/9/98 eseguito dal Dr. Spinelli mostra una "situazione di assoluta normalità".

b) *Parere dei Periti "ex officio".*

I° Perito. Il Perito sintetizza la storia clinica del caso e in particolare sottolinea il fatto che 1'Osteoblastoma, tumore benigno insorto in corrispondenza di D3-D4 come tumore primitivo vertebrale, non è stato asportato completamente in quanto la grossa massa neoplastica invadeva il canale midollare e infiltrava la pleura. L'intervento chirurgico fu pertanto incompleto e insufficiente per l'ablazione del tumore.

Il Perito aggiunge che in tali casi, anche trattandosi di tumori benigni, è possibile un ulteriore accrescimento della neoplasia che può dare altri segni di compressione midollare. La prognosi era quindi sfavorevole "quoad valetudinem". Inspiegabile secondo il Perito è la completa ripresa delle funzioni sfinteriali in data 8 e 10 gennaio 1994; nonché il contemporaneo netto miglioramento della motilità e sensibilità negli arti inferiori. Infatti la paraplegia, comparsa a pochi giorni di distanza dall'intervento di laminectomia del 17/2/93, insieme ad altre complicanze, faceva supporre l'esistenza di una ischemia midollare non rapidamente risolvibile.

---

[1] N.B. = a pag. 352 del *Summ*. si: legge una certificazione dell'Ist. Besta del 24/10/97 sempre a firma del Dr. Sghirlanzoni.

Anche se la ripresa motoria non è stata immediata, vista la sofferenza midollare dovuta alla compressione da parte del la massa tumorale, il Perito dichiara la sua convinzione circa l'inspiegabilità della guarigione, in particolare per quanto attiene alla ripresa sfinteriale.

2° Perito. Data l'assenza del 2° Perito, vengono lette le conclusioni della sua relazione. Nel giudicare il caso il Perito basa le sue considerazioni soprattutto sul rapidissimo ritorno della funzione dei due sfinteri, con improvvisa scomparsa dell'incontinenza che prima sembrava irreversibile. Di norma in tali casi la ripresa della funzione sfinteriale può avvenire ma solo molto lentamente e con l'ausilio di adeguate terapie. Ciò è pertanto inspiegabile. Invece appare spiegabile la ripresa della funzione motoria degli arti inferiori.

c) *Parere degli altri Componenti la C.M.*

Un Perito, dopo aver riepilogato le fasi della malattia, si sofferma ad individuare quali potrebbero essere state le cause che hanno dato origine alle complicanze post-operatorie dei primi di dicembre 1993. Tra le varie ipotesi egli prospetta la possibilità che si sia trattato di un ictus spinale; ma in tali casi la risoluzione delle lesioni vascolari del midollo è generalmente molto lenta.

Altra ipotesi da tenere presente è quella formulata dall'Istituto Besta di Milano nell'ottobre 1997 con la diagnosi di "parziale sindrome di Brown-Sequard", con permanenza di postumi neurologici bene descritti (*Summ*. p. 352).

Inoltre il Perito mette in rilievo una discrepanza nella descrizione clinica tra il quadro attribuito a tale sindrome e la completa assenza di postumi asserita, dal Dr. Barbi (Perito "ab inspectione") con la visita del giugno 1998. Sarebbe trascorso un periodo di tempo troppo breve per la scomparsa dei disturbi dovuto alla sezione parziale del midollo spinale.

Per tale motivo il Perito ritiene necessario effettuare una visita specialistica attuale con eventuale nuova RMN, per giudicare correttamente l'effettivo recupero motorio sensitivo della paziente.

Un Perito pone in risalto la disparità della risoluzione delle due espressioni patologiche verificatesi dopo l'improvviso aggravamento nei primi di dicembre 1993: una a livello sfinteriale, l'altra a livello motorio e sensitivo negli arti inferiori.

Per quanto riguarda la repentina scomparsa dei disturbi sfinteriali, il Perito fa rilevare che, mentre la malata si trovava nella Casa di riposo di Cernusco, la stessa fu sottoposta ad un particolare trattamento riabilitativo per recuperare la funzione del detrusore vescicale (secondo il protocollo del Centro di Unità spinale di Magenta), sostituendo il catetere a permanenza con uno ad intermittenza.

Problematica appare la graduale ripresa dei deficit sensitivo-motori degli arti inferiori; ripresa non completa nel gennaio 1994, ma resasi manifesta nel maggio successivo quando la suora riuscì a camminare con un solo bastone. Dall'insieme della situazione patologica i1 Perito ritiene che l'iter clinico, visto a posteriori, può essere ascritto ad uno shock spinale, dovuto sia alla durata della compressione midollare per il volume della massa neoplastica, sia per le manovre operatorie e per gli accertamenti strumentali dell'immediato periodo postoperatorio.

Infine, il Perito giudica incompleta la Cartella clinica del ricovero presso l'Istituto Besta di Milano, in quanto non è evidenziata la diagnosi di dimissione, né una EMG. Sarebbe quindi molto utile esaminare la cartella clinica integrale. In definitiva il Perito esprime perplessità. sulla straordinarietà del recupero delle patologie postoperatorie, iniziatosi dall'8 gennaio ma poi proseguito lentamente.

Il Presidente giudica il caso certamente complesso, sia per il volume e per la sede della massa tumorale, non interamente asportata, sia perché il midollo è stato a lungo compresso e perciò ha indubbiamente risentito di uno stato di sofferenza clinicamente bene evidente.

Il Presidente ritiene inoltre che non è da trascurare la differente valutazione clinica emersa tra l'ottobre 1997 e il giugno 1998.

d) *Discussione collegiale*

Nella discussione collegiale vengono ribadite dai vari Periti le argomentazioni già esposte in precedenza. Si conviene pertanto di sospendere momentaneamente il giudizio sul caso, e di sottoporre la suora ad una nuova visita, anche perché sono trascorsi 5 anni dall'ultimo controllo clinico.

Tale visita verrà effettuata di concerto dal Prof. Bonomo e dal Prof. Morocutti. In tale circostanza si deciderà sulla necessità o meno di una nuova RMN.

Infine la C.M., ritiene opportuna l'acquisizione della cartella clinica integrale del ricovero avvenuto presso l'Istituto Besta di Milano nel periodo ottobre-dicembre 1993.

Il Segretario della C.M.
(Dott. PIGNATARO GIOVANNI B.)

Il Presidente della C.M.
(Prof. BONOMO LORENZO)

REVISA N. 963/1212
Roma, 27 ottobre 2003

Mons. MICHELE DI RUBERTO
Sottosegretario