



Sent 103/2024

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA LIGURIA

Composta dai signori magistrati:

Emma ROSATI

Presidente

Alessandro BENIGNI

Consigliere Relatore

Benedetto BRANCOLI BUSDRAGHI

Primo Referendario

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nel giudizio di responsabilità iscritto al n. **21439** del registro di segreteria, promosso dalla Procura Regionale presso la Sezione nei confronti di:

VECCHIA Roberto Alessandro, generalizzato in atti, contumace;

TANGANELLI Paolo, generalizzato in atti, elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. Gian Carlo Soave, del Foro di Genova, in Genova, Via Palestro n. 2/7, da cui è rappresentato e difeso;

BISIO Nicoletta, generalizzata in atti, contumace; uditi, nella pubblica udienza del 27 giugno 2024, il relatore, Cons. Alessandro Benigni, l'Avv. Soave per il Dott. Tanganelli e il rappresentante del Pubblico Ministero, nella persona del Vice Procuratore generale, Silvio Ronci;

F A T T O

1. Con atto di citazione, regolarmente notificato, il Procuratore Regionale, a seguito della denuncia di sinistro per risarcimento danni a terzi derivanti da responsabilità medica e della successiva contestazione degli addebiti, ha convenuto in giudizio innanzi a questa Sezione il Dott. Roberto Alessandro Vecchia, il Dott. Piero Tanganelli e la Dott.ssa Nicoletta Bisio, chiedendo la condanna del primo al pagamento della somma di **€ 945.000,00**, del secondo al pagamento della somma di **€ 270.000,00** e della terza al pagamento della minore somma di **€ 135.000,00**. A tali somme deve aggiungersi, per tutti, quella dovuta a titolo di rivalutazione monetaria e interessi legali.

2. Oggetto della contestazione è la perdita patrimoniale di **€ 1.350.000,00** subita dall'ASL 3 Genovese il 6 luglio 2017 a seguito della liquidazione della somma di **€ 1.250.000,00** in favore del Sig. (Omissis), concordata in sede transattiva, a titolo di risarcimento dei danni conseguenti alla subita invalidità civile al 100%, comportante necessità di assistenza continua, ivi compreso il licenziamento dalla società cooperativa presso cui lavorava e della somma di **€ 50.000,00 ciascuno**, in favore dell'Avv. Paolo Lavagnino e dello Studio Legale Pedemonte Menti, i quali avevano assistito il Sig. (Omissis) nella fase delle trattative stragiudiziali e nel sottostante processo penale intercorso, chiusosi con una sentenza di proscioglimento per avvenuta remissione di querela.

	L'Ufficio requirente ha prodotto il fascicolo dell'ASL	
	relativo al sinistro ospedaliero e gli atti del giudizio penale di cui	
	sopra, da cui si evincerebbe la grave negligenza diagnostica e	
	terapeutica, consistente nell'esecuzione di un intervento di	
	rachicentesi non necessitato dalla sintomatologia del paziente,	
	cui non era stato richiesto di manifestare il consenso, e,	
	soprattutto, in condizioni di salute che lo sconsigliavano, senza	
	che, successivamente, si facessero gli esami strumentali	
	necessari e propedeutici per cercare di decomprimere l'ematoma	
	interno formatosi a seguito del medesimo; conseguenza di tale	
	erroneo trattamento sanitario é stata una gravissima paraplegia	
	con perdita integrale dell'organo della deambulazione ed	
	indebolimento permanente degli apparati digerenti ed	
	uroproteico della persona offesa.	
	3. In seguito alla notifica dell'invito a dedurre e	
	dell'atto di citazione, il Dott. Tanganelli, Primario del reparto di	
	Neurologia dell'Ospedale Antero Micone di Sestri Ponente	
	all'epoca dei fatti, ha depositato deduzioni difensive.	
	3.1 Nelle medesime, dopo avere esposto di essere	
	stato all'epoca dei fatti solo Primario "a scavalco" (una sorta di	
	assegnazione aggiuntiva) al Reparto dell'Ospedale " <i>Antero</i>	
	<i>Micone</i> " di Sestri Ponente in attesa della nomina del suo	
	successore, essendo egli nel frattempo stato nominato Primario	
	dello stesso reparto presso l' Ospedale " <i>Villa Scassi</i> " di	
	Sampierdarena, sede del Dipartimento di Emergenza e del	
	3	

Centro ictus unità semintensiva (necessitante pertanto di una presenza costante), ha rappresentato di:

- non essere stato informato, nei giorni in cui prestava servizio presso Villa Scassi della rilevanza del caso, delle sue complicazioni e della necessità di eseguire con urgenza una risonanza magnetica nucleare;
- non essere stato informato, neppure per un consulto, della necessità di effettuare una rachicentesi, né della sua effettiva esecuzione, nonostante avesse dato precise disposizioni al Dott. Vecchia di essere informato di qualsiasi problema diagnostico o terapeutico si fosse verificato nei giorni di assenza dal reparto;
- essere stato presente in reparto solo nella giornata del 13 maggio 2014, come risulta dal diario clinico, mentre l'intervento di rachicentesi era stato effettuato il precedente 9 maggio;
- non avere cercato di contattare immediatamente il Primario del corrispondente reparto dell'Ospedale S. Martino di Genova, perché si trattava di ottenere una cartella clinica depositata nell'archivio generale dell'Ospedale, per cui i tempi burocratici non sarebbero, in ogni caso ,stati brevi e, comunque, indipendenti dalla volontà del Primario della struttura suddetta;
- avere disposto con urgenza una Tomografia Assiale Computerizzata cervicale al fine di appurare l'esistenza di

	una emorragia o di un ematoma subdurale.	
	In via subordinata, ha chiesto una riduzione nella	
	quantificazione del danno che sia corrispondente al proprio	
	modesto apporto causale, costituito dal solo omesso controllo	
	sull'esaustività dei referti.	
	3.2 Con la successiva comparsa di costituzione e	
	risposta, il Dott. Tanganelli, dopo avere riaffermato la propria	
	estraneità ai fatti contestati, ha chiesto la definizione del giudizio	
	con rito abbreviato con il parere favorevole del Pubblico	
	Ministero, manifestando la propria disponibilità ad effettuare il	
	versamento, a favore dell'ASL 3 Genovese, della somma di €	
	90.000,00.	
	In presenza dei presupposti di legge, la Sezione, ha	
	accolto tale richiesta, separando la sua posizione processuale e	
	rinviano la definizione del giudizio per lui, all'udienza del 24	
	ottobre 2024. La causa perciò è proseguita oggi nei confronti dei	
	dottori Roberto Alessandro VECCHIA e Nicoletta BISIO.	
	7. Nell'odierna discussione orale il P.M. ha	
	confermato le conclusioni esposte in citazione.	
	Esaurita la discussione, la causa è stata trattenuta in	
	decisione.	
	DIRITTO	
	1. In via preliminare, il Collegio ha verificato la	
	regolarità delle notificazioni nei confronti dei due soggetti	
	convenuti, oggi contumaci.	
	5	

	L'invito a dedurre e l'atto di citazione sono stati notificati	
	all'indirizzo della Dott.ssa Nicoletta Bisio risultante dall'anagrafe	
	comunale il 9 febbraio 2024, cui era già stato notificato l'avviso,	
	ricevuto, di apertura del procedimento disciplinare per gli stessi	
	fatti oggetto del presente giudizio, ai sensi dell'art. 140 c.p.c.	
	L'invito a dedurre e l'atto di citazione sono stati notificati	
	all'indirizzo p.e.c. del Dott Roberto Alessandro Vecchia	
	(roberto.vecchia.etdb@ge.omceo.it) presente nell'anagrafe dei	
	domicili digitali verificato il 12 giugno u.s.	
	Il rapporto giuridico processuale, pertanto, è stato	
	correttamente instaurato nei confronti di entrambi i convenuti.	
	2. L'azione risarcitoria promossa dalla Procura	
	contabile deve ritenersi fondata.	
	3. La vicenda riguarda l'iter diagnostico,	
	gravemente superficiale e altamente censurabile, del Sig.	
	(Omissis) il quale, a seguito di algie all'emitorace sinistro, si era	
	recato il 22 aprile 2014 al Pronto Soccorso dell'Ospedale " <i>Antero</i>	
	<i>Micone</i> " dove era stato ricoverato nel Reparto di Medicina	
	interna; al momento dell'accettazione aveva dichiarato di avere	
	avuto in passato la sostituzione di una valvola mitralica e di	
	assumere i farmaci " <i>Approvel</i> " " <i>Coumadin</i> " e " <i>Sequator</i> "	
	(costituenti una terapia anticoagulante orale) fino a poco più di	
	sei mesi prima; veniva quindi immediatamente prescritta	
	assunzione quotidiana di " <i>Coumadin</i> " e di " <i>Clexane 6000</i> ",	
	avendo valori di INNR inferiori ai minimi.	
	6	

	Durante il ricovero in tale reparto le condizioni del	
	(Omissis), descritto come relativamente sereno, appaiono	
	migliorare.	
	Il successivo 6 maggio, a seguito di consulenza	
	neurologica, era stato trasferito al Reparto di Neurologia dove	
	era stato visitato dalla Dott.ssa Bisio, cui aveva confermato di	
	essere portatore di valvuloprosi mitralica (non sapendo	
	indicare se fosse meccanica o biologica) in terapia	
	anticoagulante orale.	
	La terapia farmacologica era stata confermata con	
	aumento progressivo dell'assunzione di "Coumadin" fino a due	
	compresse e mezzo al giorno e sarebbe proseguita fino al 12	
	maggio.	
	L'8 maggio, a seguito di studio elettrofisiologico, era stata	
	diagnosticata una "Polineuropatia sensori-motoria di grado	
	severo associata a segni di denervazione attiva". Dopo avere letto	
	il referto, il Dott. Vecchia aveva deciso di aumentare il dosaggio	
	del Coumadin e di sottoporre il paziente, il giorno successivo ad	
	un intervento di "rachicentesi in decubito seduto", senza renderlo	
	edotto delle controindicazioni ed assumerne il consenso.	
	Il Dott. Tanganelli ha dichiarato di non essere stato	
	consultato sull'opportunità di procedere alla medesima.	
	L'11 maggio successivo, il Sig. (Omissis) mostrava	
	difficoltà a muovere gli arti inferiori e a mantenersi in posizione	
	eretta; contemporaneamente, la Dott.ssa Bisio aveva notato	
	7	

l'insorgenza di un globo vescicale con ritenzione urinaria ed algie, con valori INNR superiore ai massimi (5,08 invece di 3,00) e deficit deambulatorio.

Il Dott. Vecchia aveva deciso di non eseguire risonanze magnetiche nucleari (analisi strumentale principale in queste situazioni) essendo ancora ignota la natura, biologica o meccanica, della valvola cardiaca impiantata nel corpo del paziente, chiedendo informazioni su questo specifico punto all'Ospedale "S. Martino" di Genova, presso cui il Sig. (Omissis) era stato operato.

In attesa di tale risposta erano state disposte due tomografie assiali computerizzate (TAC), risultate negative.

Il giorno successivo, il Dott. Vecchia aveva verificato la sopravvenuta insensibilità del plantare con mancanza assoluta di riflessi e livelli di INNR sempre più elevati fino al punto di dovere iniziare una "controterapia" mediante la somministrazione di "Konakion" utilizzato proprio nei casi di sovradosaggio eccessivo di anticoagulanti.

La Dott.ssa Bisio aveva ipotizzato una possibile sofferenza ischemica, ma si era deciso ugualmente di non fare la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) in attesa della risposta dell'Ospedale S. Martino sul materiale di cui era composta la valvola mitralica.

Il 13 maggio, il Sig. (Omissis) veniva visitato per la prima volta dal Primario del Reparto – il Dott. Tanganelli - il quale

aveva confermato la decisione di Vecchia di attendere l'attestazione di magnetocompatibilità della valvuloprotesi, inserita anni prima, prima di procedere alla RMN.

Il 14 maggio compariva un'ernia inguinoscrotale. Intanto continuava la somministrazione di *Clexane*.

Il 16 maggio, essendo pervenuta l'attestazione di cui sopra, si era proceduto, finalmente, alla RMN che dimostrava la lesione ischemica ormai divenuta irreversibile.

Il 22 maggio il Sig. (Omissis) veniva dimesso dall'Ospedale *Padre Antero* con la diagnosi di «*infarto midollare dorsale in cardiopatico distiroideo con polineuropatia*» e trasferito all'Ospedale «*S. Corona*» di Pietra Ligure – Unità Spinale per la terapia riabilitativa che, però, non ebbe esiti positivi.

A seguito di esposto/querela presentata da quest'ultimo il 26 maggio 2014, si è instaurato un processo penale, conclusosi con la sentenza di proscioglimento degli attuali convenuti, per intervenuta remissione della medesima (Trib. Genova, 11.10.2016, n. 5310).

Oggi (Omissis) è una persona priva di ogni capacità di deambulazione, con un indebolimento permanente dell'apparato uroproteico che lo costringe a svuotamento manuale della vescica mediante ampolla ed a cateterismo intermittente.

4. La perizia assunta in contraddittorio tra le parti, mediante incidente probatorio, nel giudizio *de quo* ha confermato come il querelante fosse da giorni in trattamento

anticoagulante orale, con un Valore INNR, addirittura superiore al livello massimo, nel giorno dell'intervento. Si trattava quindi di un paziente che **non avrebbe potuto subire alcun tipo di trattamento invasivo** qual'è appunto la *rachicentesi* che comporta un frequente rischio di sanguinamento. Si è trattato, pertanto, di una scelta medica incomprensibile che ha comportato un esito prevedibile in considerazione della liquidità del sangue del soggetto passivo.

5. Il Dott. Vecchia, nella sua Relazione clinica del 15 luglio 2014, ha affermato di avere ritenuto necessaria la "*rachicentesi*" in quanto la severa polineuropatia appena accertata aveva fatto ipotizzare la presenza di una neuropatia demielinizzante infiammatoria che, se non affrontata con la massima tempestività, avrebbe comportato effetti irreversibili. Di ciò aveva informato il paziente, seppure solo oralmente.

Aveva deciso consapevolmente di aumentare il dosaggio di *Coumadin*, in quanto il livello di INR non si alzava sufficientemente.

Solo l'11 maggio, quindi due giorni dopo la puntura lombare, il valore si era innalzato improvvisamente.

Non si era preoccupato dei dolori riferiti dal (Omissis) il giorno successivo, perché compatibili con il tipo di intervento.

6. L'analisi del caso sottoposto all'esame di questa Sezione presuppone, per chiarezza espositiva, una breve descrizione dell'intervento subito dal danneggiato, e dei suoi

presupposti, nonché quella degli elementi necessari per verificare la sussistenza di una condotta colposa e del comportamento concretamente tenuto dagli odierni convenuti, alla luce di quanto veniva suggerito dalla letteratura specialistica aggiornata all'epoca dell'intervento.

7. La polineuropatia è una forma di neuropatia in cui i nervi danneggiati o malfunzionanti sono più di uno e viene diagnosticata mediante un particolare esame, l'elettromiografia (esame sulla conduzione dei segnali nervosi lungo la zona manifestante i sintomi), unito agli esami di sangue e urine che possono fare comprendere la possibile origine della patologia (diabete, insufficienza renale o ipotiroidismo); solo in un secondo tempo, qualora gli esami abbiano escluso tali cause, diventa opportuno procedere ad eventuali biopsie, nervose o muscolari o, eventualmente, una rachicentesi per scoprire il fattore originante la patologia.

7.1 La rachicentesi è la manovra necessaria per il prelievo di una parte del *liquor* cerebrospinale, consistente nell'introduzione di un ago di adeguate dimensioni nello spazio compreso tra due vertebre; è una procedura che va fatta con particolare attenzione in quanto ha come possibile noto effetto collaterale l'ischemia midollare (ciò che è successo nel caso odierno). Quest'ultima è sicuramente favorita in presenza di *deficit* coagulativo che è sicuramente facilitato da una terapia anticoagulante in corso: per queste ragioni, l'intervento deve

	essere preceduto da una idonea sospensione della medesima.	
	Non a caso, le note informative emesse da varie ASL per	
	l'acquisizione del consenso informato al trattamento, nella	
	specie non assunto, prevedono come espressa	
	controindicazione all'intervento la presenza di una terapia	
	anticoagulante in atto.	
	Qualora, comunque, si dovesse verificare un'emorragia	
	interna, occorrerebbe fare una "laminectomia decompressiva"	
	entro otto ore dalla comparsa dei sintomi, per ottenere lo	
	scioglimento del grumo sanguigno.	
	7.2 Sin dal suo accesso al Pronto Soccorso il 22	
	aprile 2014, il Sig. (Omissis) era stato sottoposto ad un	
	trattamento intensivo costituito dall'assunzione contemporanea	
	di <i>Coumadin</i> " (fino a due compresse e mezzo al giorno) e di	
	" <i>Clexane 6000</i> " (due fiale al giorno), che si sarebbe protratto non	
	solo fino al giorno dell'intervento (9 maggio 2014, in presenza di	
	un INRR pari a 2.67), ma anche oltre (12 maggio 2014) fino al	
	momento in cui, in presenza di un'accertata paraplegia e di un	
	valore INNR > 6, sarebbe stata disposta la sospensione della	
	somministrazione dei due anticoagulanti con l'inizio di una	
	terapia opposta (con il " <i>Konaktion</i> "), nel tentativo di neutralizzare	
	gli effetti di quella precedente.	
	Occorre sottolineare che lo stesso foglio di indicazioni	
	terapeutiche e di controindicazioni (il c.d. "bugiardino") del	
	" <i>Clexane</i> " indica la necessità di uno stretto controllo medico	
	12	

	se assunto in concomitanza con il <i>Coumadin</i> e che secondo le	
	raccomandazioni ACCP (<i>American College of Chest Physician</i>) del	
	2022, richiamate nella perizia penale, « <i>se il paziente viene</i>	
	<i>sottoposto a procedure diagnostiche/chirurgiche ad elevato</i>	
	<i>rischio di sanguinamento</i> [il carattere in grassetto si rinviene	
	nel testo delle raccomandazioni] ... <i>l'anticoagulante deve essere</i>	
	<i>interrotto 5 giorni prima della procedura».</i>	
	Se il medico decide, comunque, di somministrare la	
	terapia anticoagulante nel contesto una puntura lombare,	
	diviene necessario un monitoraggio frequente per rilevare	
	eventuali segni e sintomi di danno neurologico come deficit	
	sensitivi e motori (intorpidimento o debolezza degli arti inferiori)	
	e/o disfunzioni della vescica, i quali possono essere	
	tempestivamente curati, fino alla loro reversibilità, mediante la	
	decompressione del midollo spinale.	
	7.3 L'INNR è un esame di laboratorio che permette	
	di valutare il tempo di protrombina (PT) ossia il periodo	
	necessario affinché il sangue formi un coagulo.	
	Un valore alto indica una coagulazione troppo rapida, che	
	espone al rischio di formazione di coaguli e la necessità di una	
	Terapia Anticoagulante Orale (TAO); un valore basso, viceversa,	
	indica una coagulazione troppo lenta con rischio di emorragia e	
	necessità di diminuire, se non addirittura sospendere la dose di	
	anticoagulante .	
	I valori di normalità oscillano tra lo 0.8 e 1.2.	
	13	

	8.	La conoscenza di questi profili unitamente a
		quella dei fatti così come si sono svolti consente di ritenere
		provata la sussistenza di un livello elevatissimo di colpa, fin
		quasi a lambire il dolo eventuale, nel complessivo trattamento
		clinico del Sig. (Omissis) fin dal suo ingresso nel Reparto di
		Neurochirurgia, e che giustifica pienamente l'elevata
		quantificazione scelta e l'accorta soluzione transattiva effettuata
		dal soggetto pubblico.
	8.1	Preliminarmente, si osserva che durante la
		sua degenza nel reparto di medicina generale (22 aprile – 6
		maggio 2014) non aveva manifestato alcun malessere,
		apparendo in buone condizioni, se non addirittura euforico.
		All'ingresso nel Reparto di Neurochirurgia il futuro
		danneggiato comunica alla Dott.ssa Bisio, primo medico a
		visitarlo, di avere sofferto in passato di tossicodipendenza (da
		cannabis, cocaina ed eroina), di essere attualmente portatore di
		una valvuloprotesi mitralica (non sapendo indicare se di natura
		meccanica o biologica) e di essere, per questo motivo, sotto
		terapia anticoagulante orale (TAO) nonché, infine, di soffrire di
		ipotiroidismo, da tempo non curato.
		Il successivo 8 maggio, dopo la lettura del referto
		attestante la presenza di una Polineuropatia di grado severo, non
		vi è nessun approfondimento e nessuna diagnosi differenziale,
		decidendo immediatamente di procedere con la rachicentesi,
		senza neppure sospendere la TAO.

	In particolare, già <u>il 23 aprile</u> , il (Omissis) presentava i	
	seguenti, preoccupanti, valori, attestanti un forte ipotiroidismo	
	in atto:	
	TSH 44,93 (valori di riferimento 0,35 – 5.5);	
	FT3 0,41 (valori di riferimento 2.30 – 4.20);	
	FT4 0,28 (valori di riferimento 0,89 – 1.76);	
	<u>Il 5 maggio</u> i valori migliorano di pochissimo ma attestano	
	inequivocabilmente una grave forma di ipotiroidismo:	
	TSH 28,21 (valori di riferimento 0,35 – 5.5);	
	FT3 1,06 (valori di riferimento 2.30 – 4.20);	
	FT4 0,63 (valori di riferimento 0,89 – 1.76);	
	Tali valori non saranno più verificati sino alla data di	
	dimissione del (Omissis) (TSH 17,87 FT4 0,78, FT3 neppure	
	eseguito), a dimostrazione del fatto che siano stati del tutto	
	trascurati in sede di diagnosi di origine della patologia in atto,	
	nonostante lo stesso Dott. Vecchia, nella sua relazione clinica	
	del 15 luglio 2014, avesse evidenziato la presenza di uno	
	« spiccato ipotiroidismo » non oggetto però di alcuna particolare	
	attenzione se, addirittura in sede di dimissione non si esegue un	
	esame fondamentale in materia quale il livello di secrezione	
	di triiodotironina libera (il c.d. FT3).	
	Non vi era, quindi alcuna necessità di anticipare la	
	procedura invasiva, tantopiù effettuata con una TAO non	
	sospesa ed in presenza di un valore di INRR pari a 2,67 , del	
	tutto incompatibile con la medesima (Relazione CTU Dott.	
	15	

Roberto Testi del 29 giugno 2015, pag. 10; Relazione interna del Dott. Tito Capuzzo del 17 marzo 2015, il quale rileva che «**la diagnostica è stata condotta in modo incompleto**» e, soprattutto, che «*si è proceduto allo studio liquorale dopo discussione dei risultati degli esami elettrofisiologici, **senza indicare reperti significativi per sospette patologie degenerative o infiammatorie che ne giustificassero il prelievo***»

Quindi l'intervento, che notoriamente può provocare l'insorgenza di un ematoma peridurale (come ha evidenziato il perito nell'udienza penale del 1° ottobre 2015) non doveva essere fatto in assoluto in quel momento e, soprattutto, doveva essere **preceduto dalla sospensione della somministrazione di farmaci anticoagulanti per almeno cinque giorni.**

8.2 Tale ultimo aspetto, peraltro sarebbe potuto emergere qualora si fosse proceduto ad assumere il consenso informato del paziente con serietà e approfondimento.

A parere del Vecchia, il (Omissis) sarebbe stato consapevole del tipo di procedura, avendo assistito nei giorni precedenti allo stesso esame, eseguito sul paziente degente nel letto a lui di fronte; quest'ultimo, viceversa, ha dichiarato in più sedi che non gli era stato detto nulla sui possibili rischi connessi all'esame.

Appare indubbio che, ove si fosse proceduto ad una illustrazione completa dell'intervento con un documento scritto

che avesse previsto come espressa controindicazione un trattamento con anticoagulanti (tanto più nel caso di specie in cui la somministrazione contemporanea di Coumadin e di Clexane richiedeva continua attenzione e monitoraggio dei valori), il Dott. Vecchia – o chi per esso – avrebbe potuto/dovuto rivalutare la situazione determinandosi in altro modo o, comunque, rendendo edotto il paziente del rischio di paralisi (con la possibilità per il medesimo di rifiutare l'intervento).

Situazione non verificatasi perché la procedura di assunzione del consenso si è risolta in una semplice chiacchierata in reparto.

Anche queste circostanze sono indicative della sconcertante leggerezza che ha caratterizzato la degenza ospedaliera del soggetto danneggiato.

8.3 Infine, e forse ha costituito l'aspetto più grave, vi è stata una condotta del tutto inerte da parte del reparto a fronte dell'immediato peggioramento della condizione del Sig. (Omissis), che, nell'arco dei tre giorni successivi all'intervento, ha perso la capacità di deambulazione per mancanza assoluta di riflessi con contemporanea difficoltà ad urinare, ha subito la comparsa di un globo scrotale mutatosi in edema allo scroto destro e la successiva comparsa di un'ernia inguinoscrotale, per terminare con l'innalzamento del valore di **INRR** a **> 6** (ricordando che i valori di normalità oscillano tra lo 0.8 e 1.2) e la paradossale necessità di somministrare un anti -

anticoagulante come il *Konakion* per cercare di stabilizzare la situazione.

L'esame per eccellenza per verificare l'esistenza di una probabile emorragia interna è la RMN, non eseguita fino all'ultimo per il rischio che la medesima potesse incidere sulla protesi valvolare inserita a suo tempo, formando turbolenze e manifestazioni di calore tali da bruciare i tessuti interni. La medesima sarà effettuata solo il 16 maggio (sette giorni dopo la rachicentesi), dopo la ricezione di un fax proveniente dall'Ospedale S. Martino di Genova, attestante la compatibilità magnetica della valvola inserita.

La RMN evidenzierà la presenza di un'ischemia midollare irreversibile cagionata dall'eccessivo e irragionevole intervallo temporale intercorso, sottolineato dal perito nella sua testimonianza all'udienza penale del 1° ottobre 2015 (*«la cosa che più difficilmente è spiegabile è: a fronte di una sintomatologia che clinicamente è drammatica, cioè questo paziente perde le gambe, **non viene fatto tutto il possibile per fare l'esame indicato, cioè, la risonanza immediatamente** ... in una situazione di quel genere, dove ovviamente i clinici sanno che la finestra per un'eventuale possibile intervento è molto breve, bisogna ottenere la dichiarazione di compatibilità in tempi rapidissimi, piuttosto anche telefonicamente»*).

A chiusura di tale aspetto non si può non rilevare, paradossalmente, che la letteratura specialistica aveva già

evidenziato come l'ingresso sul mercato delle nuove valvole meccaniche, a partire dagli anni Ottanta, avesse fatto **venire meno** gli effetti negativi del campo magnetico sulle protesi valvolari (danneggiamento dei vasi ematici e bruciature di tessuti) rilevati con l'utilizzazione delle vecchie protesi costruite fino agli anni Settanta.

In altre parole, poiché l'intervento di sostituzione valvolare aortica con impianto di protesi meccanica e chiusura di effetto intrariale era stato effettuato il 16 settembre 2004, era **praticamente impossibile** che il Sig. (Omissis) fosse portatore di valvole incompatibili con esami radiomagnetici.

Si è trattato di un atteggiamento di medicina difensiva e di deresponsabilizzazione che ha comportato effetti gravissimi e irreparabili e, come tale, deve essere del tutto stigmatizzato.

9. Quanto all'apporto causale della Dott. ssa Bisio, presente in reparto nel periodo di degenza del (Omissis), da cui aveva direttamente appreso di essere portatore di valvuloprotesi e di stare assumendo terapia anticoagulante orale, dopo la rachicentesi, procedura scelta dal Vecchia cui ella non aveva partecipato, l'11 maggio nota la presenza di un globo vescicale con ritenzione urinaria ed algie, con valori INR =5,08 (max. 1.2) e deficit deambulatorio iniziato il giorno prima.

Pur sospettando da subito la possibilità di una emorragia interna (quindi due giorni dopo l'intervento), non si oppone alla scelta operata dal Primario e dall'Aiuto primario di non

procedere ad alcuna risonanza magnetica (ultimo esame veramente utile) limitandosi a fare eseguire una TAC che non avrebbe fornito alcuna indicazione, come prevedibile.

Sono così trascorsi cinque giorni decisivi per la futura salute di (Omissis).

Ove la Dott.ssa Bisio, **anche assumendosene la piena responsabilità se necessario**, avesse disposto una RMN, la situazione clinica non sarebbe degenerata, come invece accaduto.

La colpa grave, nel suo caso, è quella di non avere agito autonomamente, quando la gravità di una situazione lo richiedeva, a prescindere dalla circostanza che non lo avesse fatto per timore reverenziale nei confronti dei suoi Superiori, ovvero che non conoscesse l'evoluzione che si era succeduta nella costruzione delle valvole cardiache.

10. La consapevolezza della propria responsabilità amministrativa, da parte del Dott. Vecchia e della Dott.ssa Bisio, trova, del resto, ulteriore indizio a conferma nella circostanza che i medesimi, a differenza del Prof. Paolo Tanganelli, non hanno neppure ritenuto di presentare deduzioni difensive né di costituirsi in giudizio, essendo evidentemente consapevoli dell'assenza di margini effettivi, concreti e ragionevoli di difesa, dalla contestazione sollevata.

11. Pertanto, si considera accertata la responsabilità amministrativo – contabile del Dott. Roberto

	Alessandro Vecchia e della Dott.ssa Nicoletta Bisio, i quali	
	devono essere condannati al pagamento rispettivamente della	
	somma di € 945.000,00 e della somma di € 135.000,00 , in	
	favore dell'ASL 3 Genovese.	
	Tali somme sono soggette a rivalutazione monetaria, a	
	decorrere dalla data 6 luglio 2017, giorno dell'effettuato	
	pagamento in favore di (Omissis) e degli avvocati che lo hanno	
	seguito nel procedimento transattivo, con successivo calcolo	
	degli interessi legali sulla somma via via rivalutata.	
	Le spese di giudizio seguono la soccombenza.	
	P.Q.M.	
	la Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Liguria,	
	disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione,	
	definitivamente pronunciando, in accoglimento della domanda	
	attore,	
	C O N D A N N A	
	VECCHIA Roberto Alessandro , contumace, al pagamento, in	
	favore dell'ASL 3 Genovese, della somma di € 945.000,00	
	(novecentoquarantacinquemila/00), con rivalutazione	
	monetaria, secondo gli indici ISTAT, a decorrere dal 6 luglio 2017	
	fino alla pubblicazione della presente sentenza e interessi legali	
	dalla pubblicazione della sentenza, fino all'effettivo pagamento.	
	C O N D A N N A	
	BISIO Nicoletta , contumace, al pagamento, in favore dell'ASL 3	
	Genovese, della somma di € 135.000,00	
	21	

(centotrentacinquemila/00), con rivalutazione monetaria, secondo gli indici ISTAT, a decorrere dal 6 luglio 2017 fino alla pubblicazione della presente sentenza e interessi legali dalla pubblicazione della sentenza, fino all'effettivo pagamento.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate a cura dell'Ufficio di Segreteria con nota a margine, ex art. 31, 5° comma c.g.c.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

Così deciso in Genova, nella camera di consiglio del 27 giugno 2024.

Il Giudice estensore

Il Presidente

(Alessandro Benigni)

(Emma Rosati)

F.to digitalmente

F.to digitalmente

Depositato in Segreteria il 25 novembre 2024

Il Direttore della Segreteria

~~(Elena Asta)~~

F.to digitalmente