

112  
11/11/16



Regione Puglia  
Il Presidente

Regione Puglia  
Gabinetto del Presidente

AOO\_021  
29/01/2016 - 0000503  
Provincia Regionale Puglia - Direzione Generale

Al Presidente del  
Consiglio regionale  
[presidente@consiglio.puglia.it](mailto:presidente@consiglio.puglia.it)

Sede

Oggetto: Risposta ad Interrogazione urgente numero 112, presentata dai Consiglieri regionali CONCA, GALANTE.

Con l'allegata nota, di cui si fa proprio il contenuto, si risponde all'interrogazione di cui all'oggetto riguardante: "Decesso di Valeria Lepore: evidente caso di malasanità".

Distinti saluti

Emiliano  




DIREZIONE GENERALE

Regione Puglia  
Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale  
d dello Sport per Tutti  
Al Direttore  
Dott. Giovanni Gorgoni

**OGGETTO:** Interrogazione n. 112 Movimento 5 Stelle Consiglieri Regionali Conca e Galante. Decesso della Sig.ra L.A.V.

In riscontro all'interrogazione n. 112 Movimento 5 Stelle Consiglieri Conca e Galante riguardante il decesso della Sig.ra Valeria Lepore, pervenuta a mezzo mail in data 14 gennaio u.s., si inoltra in allegato le considerazioni medico-legali relative al decesso della Sig.ra L.A.V. del Dirigente Responsabile U.O. Rischio Clinico - Medicina Legale Dott. Marcello Chironi.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale  
Avv. Stefano ROSSI

005 22 GEN. 2016 32



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA/I  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PUGLIA  
74100 TARANTO, VIALE VIRGILIO, 31 - TEL. 0997786111  
C.F. - P.I. 02026690731

U. O. Rischio Clinico- Medicina Legale

Ta17.04.2015

Egr.  
Dott. Stefano Rossi  
Direttore Generale  
ASL/TA

Ogg: considerazioni medico-legali relative al decesso della Sig.ra L.A.V.

In riferimento agli accertamenti avviati da questa U.O. al fine di valutare l' adeguatezza del percorso diagnostico-terapeutico attuato dai Sanitari che ebbero in cura la Sig.ra L.A.V. nel corso del breve ricovero iniziato presso il PS dell' Ospedale di Manduria in data 11 Luglio 2014, seguito dal trasferimento presso l' Ospedale SS Annunziata di Taranto e conclusosi con l' ulteriore trasferimento in data 14 Luglio presso il Policlinico di Bari dove si è verificato il decesso, si comunica che lo scrivente ha raccolto sia la relativa documentazione clinica che le relazioni dei medici delle SSCC di Urologia e di Rianimazione dell' Ospedale SS Annunziata.

Occorre premettere che appare sufficientemente motivato attribuire il decesso della Sig. ra L. ad un grave stato settico originatosi da una flogosi acuta del rene destro, evoluto rapidamente in uno shock irreversibile.

Si ritiene pertanto che tale condizione settica abbia avuto un decorso tumultuoso con una rapida ed inesorabile compromissione poliviscerale, come frequentemente si verifica nelle infezioni acute dell' apparato urinario.

Per una necessaria valutazione di eventuali criticità che potrebbero aver avuto ruolo nella tragica evoluzione del caso clinico si ritiene opportuno sintetizzare i dati salienti evinti dalla documentazione esistente.

In data 12 luglio 2014 la sig.ra L.A. giungeva presso la S.C. di Urologia proveniente dall' Ospedale di Manduria dove un esame ecografico aveva evidenziato una idronefrosi da calcolo ureterale ed una falda liquida perirenale; si rieseguiva esame eco e si somministrava antibiotico (Rocefim), sospeso poco dopo per riferita, ma non riportata in cartella, comparsa di nausea e vomito, verisimilmente attribuiti ad una dichiarata allergia all' Ampicillina; la temperatura corporea era di 38,7°, PA non riportata; si somministrava Parafalgan (antipiretico) con successiva riduzione della temperatura corporea.

Alle ore 21,30, avvenuto il cambio turno medico ed infermieristico, la pz presentava una grave ipotensione; in considerazione di una alterazione degli indici della coagulazione fu richiesta consulenza cardiologica nel sospetto di una embolia polmonare ( ore 23.30 ) ; alle ore 1.30 consulenza internistica per persistenza di ipotensione; alle ore 2.15 era eseguito ecocardiogramma per il citato sospetto di embolia polmonare, con esito negativo; alle 4.10 consulenza chirurgica con riscontro di addome dolente ma nessuna competenza chirurgica; alle 4.30 Tac con riscontro di bolle gassose nel contesto del rene dx, edema del grasso periurterale e versamento peritoneale, tutti elementi indicativi di un grave stato settico; parimenti si rilevava un alto valore di procalcitonina (ulteriore indice di stato settico in atto).

Alle ore 9 circa la pz era sottoposta ad intervento chirurgico di posizionamento di stent ureterale; si precisa che un primo stent è per errore risalito nell' uretere e pertanto si è dovuto procedere al posizionamento di un secondo stent.

Terminato l' intervento si manifestava una grave crisi respiratoria con desaturazione che rendeva necessario trasferimento in Rianimazione con reintubazione e ventilazione meccanica.

Veniva formulata diagnosi di grave sepsi da infezione delle vie urinarie e sindrome multi organo ( frequente complicanza degli stati settici avanzati).

Successivamente le condizioni generali subivano un rapido e progressivo peggioramento per il diffondersi dello stato settico.

In data 14.07 si decideva per il trasferimento presso la Rianimazione del Policlinico di Bari, dove è notizia che si sia verificato l' exitus.

Ciò posto si ritiene che la sig.ra L.A. sia deceduta a seguito di un grave stato settico insorto rapidamente e progredito tumultuosamente.



Tuttavia, nonostante la gravità del caso induca a far ritenere che l' esito infausto sia stata la drammatica evoluzione di una malattia a decorso rapidamente ingravescente, si deve precisare che, a parere dello scrivente, il percorso diagnostico-terapeutico attuato dai medici della SC di Urologia sia stato caratterizzato da alcune criticità, responsabili di un ritardo nel formulare diagnosi di stato settico.

Tale giudizio trova la sua motivazione nei seguenti aspetti clinici:

- la presenza di una *sottile falda liquida perirenale* rilevata all' ecografia eseguita in Manduria, se pur non successivamente riscontrata dall' Urologo di Taranto, avrebbe dovuto indurre l' esecuzione di una Tac in tempi più rapidi e non dopo circa 16 ore dal ricovero;
  - la diagnosi di sospetta embolia polmonare appare infondata in quanto non suffragata dagli esami eseguiti (emogas);
  - non adeguata fu la terapia antibiotica, se pur sospesa per una lipotimia forse erroneamente ricondotta ad una riferita allergia, di contro probabilmente determinata dallo stato febbrile da sepsi; solo alle 4,30 si procedeva ad esame Tac con riscontro di segni inconfutabili di sepsi renale e tuttavia l' intervento veniva eseguito alle ore 9 circa, con ulteriore ritardo e conseguente aggravamento delle condizioni cliniche della pz;
  - poco condivisibile è l' intervento di introduzione di uno stent ureterale in quanto un reperto Tac così grave (*bolle gassose e versamento endoaddominale*) avrebbe reso più opportuno un drenaggio della raccolta renale mediante nefrostomia (abboccamento dell' uretere alla cute dell' addome), non suffragata dagli esami eseguiti (emogas).
- L' insieme di tali elementi, come detto, induce a far ritenere non del tutto condivisibile l' iter clinico attuato nella prima fase del ricovero, pur dovendo ribadire che, a parere dello scrivente, le chance di sopravvivenza della pz, in considerazione della gravità del processo patologico in oggetto, comunque sarebbero state estremamente limitate.

Dott. Marcello Chironi