

[REDACTED]

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Olivieri, questo paziente come abbiamo visto è stato sottoposto a due VATS, può dare il suo commento su questo caso? E poi anche il

Professor Sartori.

C.T. P.M. OLIVIERI - Se posso limitarmi a delle considerazioni piuttosto sommarie, visto che il Dottor Squicciarini ha analizzato dettagliatamente tutti i passaggi. Questo è un paziente di 49 anni che si ricovera per versamento pleurico, versamento addominale o ascitico, febbre e dolori addominali, riferendo nell'anamnesi di avere subito un trauma, una violenza sessuale e lamenta i dolori addominali con una certa insistenza. Effettivamente da clinico io all'inizio sarei molto preoccupato perché può essere qualunque cosa. Può essere esclusivamente trauma, può essere un'infezione conseguente al trauma, può essere lacerazione interna, può essere tutto. Può essere un'infezione che successivamente si instaura sul trauma e si diffonde in più organi perché interessa sia la pleura che l'addome, quindi in realtà all'inizio è un caso tutt'altro che scontato e tranquillo. Quindi un'anamnesi molto dettagliata, la ricostruzione precisa, una serie di esami indispensabili da quelli ematologici banali, alla Mantoux, ad altri esami, credo che andavano fatti rapidamente per escludere o per confermare, se fosse possibile, una eventuale diagnosi per esempio di malattia infettiva. Il torace è interessato perché c'è sia lo sfumato addensamento basale destro, sia il versamento pleurico, ma naturalmente il versamento pleurico è sempre

una manifestazione secondaria. L'interessamento della pleura con formazione di liquido o è dovuto ad un processo polmonare, oppure ad un interessamento sistemico, quindi sia addome che intestino. Se proprio preoccupa perché dà una certa compressione sul torace, provoca quell'addensamento che poi dà la cosiddetta immagine di compressione con broncogramma aereo, cioè si vede il bronco ma non si vede il polmone, al massimo si fa una puntura con un ago e si tira via il liquido che c'è in grande abbondanza. Ma prima di arrivare, anzi cercando di non arrivare ad una toracosopia, una resection lobare e avere biopsie che in effetti poi dopo hanno confermato che non c'era nessuna necessità di eseguirle, effettivamente lo ritengo piuttosto pericoloso per il paziente. In più poi questa VATS, cioè questo esame viene ripetuto una seconda volta, non c'è davvero nessuna giustificazione per dire "era rimasto poco chiaro un qualche aspetto". Quindi, voglio dire, proprio facendo seguito a quello che dicevamo nella parte introduttiva sulla opportunità di avere un percorso semplice, sicuro per il paziente, andare a fondo ma graduando le indagini, in questo caso non è sicuramente stato seguito.

P.M. - Professor Sartori, prego.

C.T. P.M. SARTORI - Io accanto a questo caso ho segnato in rosso "Professor Olivieri" per dire che questo non è un caso di competenza chirurgica, anche perché se io

chirurgo toracico mi vedo trasferire un paziente che ha un versamento ascitico e un versamento pleurico dico "ma cosa me l'avete mandato a fare? Questo non è un paziente chirurgico". Qui il paradosso è che è il chirurgo che vede questo malato e se lo trasferisce nel suo reparto. Ovviamente non c'era indicazione né al drenaggio, né alla videotoracosopia perché, come ha già detto il Professor Olivieri, bastava una toracentesi per asportare il liquido. La toracentesi è estremamente meno aggressiva di un drenaggio intercostale. Quindi sostanzialmente sono d'accordo, non potevo fare altro con quello che ha detto il Professor Olivieri. Se posso, volevo fare una considerazione sul consenso informato che vale poi per tutti gli altri casi. Io sul consenso informato non sono tanto d'accordo, o meglio è ovvio che ci debba essere, però oggi il consenso informato nella stragrande maggioranza dei casi è un foglio che viene messo sul letto del malato con un invito pressante, più o meno larvato a firmarlo e questo su una supposta autonomia del paziente che in quanto adulto è in grado di intendere e di volere, è in grado di ragionare con la sua testa, di prendere delle decisioni e di esserne in qualche modo responsabile. In realtà questo è un inganno perché con la malattia grave l'autonomia va a farsi benedire, quindi il malato non è autonomo. Ecco perché il Professor Olivieri ha molto insistito che il consenso informato

deve essere firmato dopo un lungo colloquio chiarificatore col malato che deve comprendere esattamente cosa si sta a fare, deve diventare responsabile insieme al medico e quindi quando firma deve essere in grado di capire quello che sta firmando. In questo caso se non si fa così il consenso informato garantisce il medico, non garantisce il malato.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sulle wedges non c'era il consenso informato, eh.

C.T. P.M. OLIVIERI - Non so se posso fare un ultimo commento che riguarda la prognosi di questo paziente oggi.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Scusi?

C.T. P.M. OLIVIERI - La prognosi, cioè le previsioni di salute di questo paziente. Aveva 49 anni, ma gli sono stati portati via dei pezzi di polmone a destra e a sinistra; era un processo tubercolare e non so se è stato poi seguito adeguatamente, forse sì successivamente, però effettivamente...

P.M. - Sì, Presidente, è uno dei casi segnalati dalla Commissione ASL.

C.T. P.M. OLIVIERI - ...c'è un danno anatomico irreversibile, c'è un parenchima polmonare che è ridotto non so se a metà, a due terzi, non lo so, ma comunque è ridotto male a due terzi perché tra cicatrici, adesioni, sinfisi pleuriche e talcaggio che oltretutto di per sé... talcaggio significa che si mette del borotalco perché

così aderisce meglio. Però si è visto anche che a volte è cancerogeno. Lo stimolo del talco equivale allo stimolo delle polveri inerti inalate. Quindi sono tutte decisioni che vanno valutate, vanno pesate. Quindi in questo caso sarei curioso, anche se non entusiasta, di sapere che fine ha fatto e che fine farà nei prossimi anni.

PRESIDENTE - Quindi precisava il Dottor Squicciarini che però il consenso informato è incompleto e non riguarda tutto l'intervento.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì, se volete lo possiamo anche vedere.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Sì sì, l'abbiamo già mostrato mentre il Dottore parlava.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì, non riguarda le wedges, quindi qui non si tratta di un consenso informato, come diceva giustamente il Professor Sartori, in cui vai al letto del malato poco prima che scenda in sala operatoria e glielo fai firmare, è proprio assente. C'è solo per la parte pleurica.

PRESIDENTE - Anche perché il consenso informato dovrebbe anche prevedere delle modifiche in corso d'opera, se fosse un consenso...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì, certo. Ma per giunta qui c'era un esame al congelatore intraoperatorio sulla pleura parietale che è la sede... se io devo pensare alla tubercolosi pleurica è la pleura e quindi già il

congelatore mi diceva che (*fuori microfono*) verso un processo infiammatorio di natura aspecifica.

C.T. P.M. OLIVIERI - Se posso, se ho colto la sua interlocuzione lei dice che una cosa è essere informati di fare una prima biopsia o addirittura una wedge, una cosa è farne una seconda, cambia completamente. Cioè, l'informazione deve essere aggiornata di parecchio.

C.T. P.M. SARTORI - Se posso aggiungere...

PRESIDENTE - Professor Olivieri, mi scusi, ci può indicare - perché se l'ha detto non l'abbiamo colto - quali esami escludevano o indicavano di non fare la VATS la prima volta?

C.T. P.M. OLIVIERI - La prima volta...

PRESIDENTE - Cioè, se ci può specificare nel dettaglio, perché noi non l'abbiamo compreso, quali esami la prima volta indicavano o sconsigliavano o escludevano di fare la VATS.

C.T. P.M. OLIVIERI - In realtà nel procedimento diagnostico, quindi nella valutazione del paziente prima clinica e poi strumentale - diagnostica non è stato seguito assolutamente un approccio graduale, è stata adottata una metodica che autonomamente con tutta la sua invasività e senza una categorica indicazione "devo fare la VATS perché così risolvo questo quesito". Probabilmente non si sarebbe neanche arrivati, bastava una Mantoux positiva o bastava un espettorato positivo per...

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Olivieri, quello che la Corte le sta chiedendo è: la VATS e i percorsi diagnostici erano plausibilmente alternativi o io dovevo fare un determinato percorso diagnostico per poi arrivare alla VATS?

C.T. P.M. OLIVIERI - No, se la domanda è questa non erano alternativi, non sono percorsi diversi. E' un procedimento al quale si arriva gradualmente per completare una serie di risposte.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - E allora qual è questo percorso in concreto?

C.T. P.M. OLIVIERI - Clinico, non invasivo e poi invasivo. In questo caso c'erano tutti i motivi per la clinica e per la non invasività, perché probabilmente la diagnosi sarebbe arrivata anche esclusivamente da una TAC del torace o da una intradermoreazione positiva, una tubercolina positiva.

C.T. P.M. SARTORI - Se posso aggiungere, in un caso come questo c'è il criterio dell'attesa. Qui ad aspettare un mese a fare la diagnosi non si perde niente. C'è in una malattia di questo tipo, anche se non sappiamo qual è, una necessaria evoluzione. Oltre agli esami di laboratorio, oltre a tutti gli esami non invasivi possibili e immaginabili c'è un'evoluzione. A fare una videotoracosopia o VATS c'è sempre tempo. Non dobbiamo mai farla con i criteri dell'urgenza, con i criteri



dell'immediatezza. Abbiamo la possibilità di vedere l'evoluzione spontanea della malattia prima di decidere di fare un accertamento mini invasivo in videotoracosopia.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Io ho una TAC che mi orienta verso una interstiziopatia, lo dice. Be', questo è un parere del radiologo che aggiunge un dato in più.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Ma è stato fatto l'esame dell'escreato, Professore?

C.T. P.M. SQUICCIARINI - La broncoscopia è stata fatta intraoperatoria...

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - No, ovviamente prima dell'operazione.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - No, intraoperatoria al secondo intervento. Ma io mi permetto di dire: io ne ho visti... io ho avuto tre casi di tubercolosi nel mio studio e nessuno è andato a fare una VATS.

[REDACTED]