

sue valutazioni su questo caso? Ora le mostrerò in particolare proprio l'esecuzione dell'intervento chirurgico come emerge dalla scheda...

C.T. SARTORI - Allora, è forse il tipico caso che andava trattato con la semplice osservazione. Il chirurgo ammettendo che ha evacuato 300 cc di liquido ammette che l'indicazione all'intervento chirurgico non c'era. Forse per il sospetto del pneumotorace, che secondo me non c'era, si poteva mettere un drenaggio. Dico che non c'era perché dal torace non compare un pneumotorace, tra l'altro quel torace, quella descrizione di quella radiografia del torace è di un torace fatto a paziente sdraiato tant'è vero che l'opacità è all'apice e non alla base, mentre invece la radiografia del torace in un paziente traumatizzato per vedere se c'è il liquido va fatta paziente seduto. Per quanto riguarda quindi l'intervento non andava fatto, al più ci voleva un drenaggio e devo dire che ci sono dei gesti abusivi durante l'esecuzione dell'intervento che sono le resezioni atipiche di parenchima, cioè di polmone, collassato o atelettasico, che vuol dire in sostanza un polmone che non contiene aria. Queste resezioni atipiche sono abusive, perché basta chiedere all'anestesista un po' di collaborazione e l'anestesista insufflando aria nei polmoni è in grado di recuperare tutte queste zone collassate o atelettasiche. Come sembrano abusive anche

quelle clampate, quelle operazioni fatte per eseguire delle suture sul polmone, su delle ferite polmonari, che tutto sommato sono ferite che lasciate così guariscono da sole, perché il polmone tende a cicatrizzare con facilità anche perché il polmone è irrorato da una circolazione a bassa pressione. Non so, se noi ci misuriamo la pressione, almeno io mi auguro e vi auguro di avere 120 - 80; ma se ci misuriamo quella polmonare di 10 - 15, quindi la possibilità che ci sia un'emorragia da ferite polmonari che non sono neanche in grado di dare un pneumotorace, quindi di fare passare aria nel cavo pleurico, ripeto suture che si fanno usando delle suturatrici automatiche, che comunque comportano del sacrificio di polmone, sono abusive, non si devono fare.

PRESIDENTE - Mi spiega questo passaggio delle suture, lei ha parlato di suture che vengono fatte con delle suturatrici automatiche...

C.T. SARTORI - Sì.

PRESIDENTE - Tipo il (inc.) queste macchine?

C.T. SARTORI - Sì, sono delle...

PRESIDENTE - E quindi per pressione, la sutura avviene per pressione?

C.T. SARTORI - No no no, sono veri e propri puntini metallici che... ci sono delle suturatrici automatiche che si usano appositamente in endoscopia per fare questo tipo di riparazione su... oppure quando si vuole fare una

biopsia.

PRESIDENTE - E quindi dato che si uniscono i lembi, lei dice, si sacrifica del tessuto polmonare.

C.T. SARTORI - Sì, perlomeno lo si esclude, non è che lo si asporto ma lo si lascia escluso dalla ventilazione.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professore può guardare nello schermo l'esame istopatologico? Mi può spiegare la ragione di questa resezione?

C.T. SARTORI - Allora, intanto non si capisce perché sono state fatte, cioè non... qui si sa che se uno opera un paziente che ha avuto un trauma il liquido che trova dentro è sangue, quindi mandare questo liquido per vedere cosa c'è nel liquido o mandare dei pezzi di polmone, come è fatto in questo caso, per vedere che cosa non lo so. La diagnosi non può che essere quella: emorragia intralveolare associata a congestione ematica acuta, aree di atelettasia, reperto compatibile con eziologia traumatica. Insomma non c'è bisogno di tagliare la coda al cane per sapere che non gli ricresce... qui assomiglio un po' a Bersani, ma perdonate... non c'è nessun bisogno di fare questo tipo d'accertamento di tipo istologico o citologico quando la patologia non è neoplastica. Quindi è una patologia traumatica quindi francamente non capisco perché questa cosa sia stata fatta.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professore, se fosse arrivato questo paziente nel suo reparto lei che cosa avrebbe fatto?

C.T. SARTORI - Ma credo di averlo già detto, probabilmente non gli avrei fatto nulla. Avrei solo raccomandato che di lì a qualche tempo, passati 15 giorni un mese, avesse fatto una terapia riabilitativa perché otto coste rotte possono portare a una deformazione della parete toracica se una persona per il dolore esegue dei respiri superficiali, quindi deve essere costretto a respirare a fondo per un bel po' di tempo fin quando i focolai di frattura costale si solidarizzano nella posizione più corretta possibile, credo che avrei fatto altro. Se durante l'osservazione di 24 - 48 ore il liquido nel torace fosse aumentato a quel punto si poteva eseguire una toracentesi o un drenaggio e vedere come andavano le cose.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Mi scusi, può spiegare che forse prima o l'ho perso io o non l'ho capito la differenza tra toracentesi e drenaggio?

C.T. SARTORI - Beh, diciamo che il drenaggio toracico comporta lasciare in sito, cioè lasciare nello spazio intercostale un drenaggio, un tubo di plastica, che deve essere poi collegato a una valvola unidirezionale, meglio se questa poi è collegata a un'aspirazione; mentre con la toracentesi quando uno ha evacuato il liquido o l'aria l'ago diciamo viene tolto.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Cioè la toracentesi è una specie di siringa?

C.T. SARTORI - La toracentesi si fa sì con un ago e una

siringa, poi attraverso degli aghi speciali che sono stati fatti negli ultimi trent'anni, prima non c'erano, viene inserito un cateterino che consente di evacuare completamente il liquido, poi si toglie sia l'ago che il cateterino.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Mi scusi Professore, dopo l'esecuzione di una VATS in linea di massima viene lasciato posizionato uno o più cateteri... drenaggi?

C.T. SQUICCIARINI - Sì, brava, uno o più drenaggi. Ne vengono lasciati generalmente due, perché siccome ho ricordato che i fori per fare la toracosopia, o videotoracosopia, sono tre, generalmente uno lo si chiude, gli altri due, visto che ci sono, si approfitta per lasciare due drenaggi, uno anteriore e uno posteriore, per assicurare la riespansione del parenchima, come si fa poi per qualsiasi altro intervento a cielo aperto.

PRESIDENTE - Per quanto tempo?

C.T. SARTORI - Ah beh dipende, dipende dal... il drenaggio serve a valutare se ci sono delle perdite aeree e delle perdite di liquido. Una volta che le perdite aeree sono cessate, che le perdite di liquido sono cessate e il polmone è tornato a parete allora a quel punto si possono togliere i drenaggi.

AVV. BELLANI - Chiedo scusa Presidente, posso avere la parola brevemente su una questione? Riterrei che questa questione si possa porre ora, cioè prima del controesame

[REDACTED]

C.T. SARTORI - Prego. Io ho avuto modo di visionare le cartelle cliniche, quindi nelle cartelle cliniche c'è la storia del malato e tutto quello che gli è stato fatto e di visionare i referti degli esame radiologici, non le lastre ma i referti. Quindi basandomi su quel referto io posso dire che non c'era pneumotorace, perché se ci fosse un emopneumotorace si evidenzerebbe un livello idroaereo, cosa che lì non c'era; e posso dire che quella radiografia, in base al referto, è stata fatta a paziente sdraiato, perché l'opacità era all'apice e non alle basi. Vede quante cose s'imparano in cinquant'anni di vita chirurgica?

[REDACTED]