

[REDACTED]

C.T. P.M. OLIVIERI - Io vorrei aggiungere solo un commento a

questo caso dicendo che noi ai nostri studenti di Medicina già dal terzo - quarto anno spieghiamo che i versamenti pleurici hanno grosso modo due origini: una è quella infiammatoria infettiva, se c'è una polmonite spesso c'è anche una pleurite; gli altri versamenti che non sono correttamente da definire pleuriti, ma versamenti pleurici, sono dovuti a insufficiente cardiocircolatoria. Se non c'è un circolo sufficiente c'è il ristagno di liquido e formazione di liquido dentro la pleura. Ora, in questo caso un soggetto di 90 anni con fibrillazione atriale, un episodio pregresso di embolia, porta il pace maker ed è in terapia anticoagulante è chiaramente un cardiopatico e quindi la prima cosa alla quale provvedere è riequilibrare questo circolo per cercare di evitare la prosecuzione del versamento pleurico. Successivamente se il versamento pleurico, se la pleurite è un essudato, cioè è un liquido infiammatorio e magari infetto, la terapia antibiotica deve essere graduata e calibrata in rapporto all'infezione. Quindi prima ancora di pensare se lui a 90 ha un certo grado di fibrosi o enfisema polmonare per cui è diagnosticabile anche come PCO qui il problema urgente è: è un cardiopatico. E' entrato d'urgenza, ha un versamento pleurico, il primo provvedimento deve essere medico, deve essere terapeutico, si può al massimo provare ad evacuare con un ago il versamento pleurico se

veramente è così abbondante, ma ancora una volta io non riesco a trovare una plausibile motivazione per sottoporre il paziente a wedge resection di un lobo inferiore, a talcaggio pleurico e a varie biopsie. Non c'è neanche il minimo sospetto che possa essere utile un procedimento del genere.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Mi scusi, Professor Olivieri, come ha spiegato il Dottor Squicciarini rifacendosi ad una frase riportata dal Dottor Pansera, il paziente si sarebbe staccato il drenaggio da solo. Ma, scusi, in questi casi si può rimettere un drenaggio?

C.T. P.M. OLIVIERI - Ripeto, il versamento pleurico è solo una conseguenza della situazione clinica. Il paziente se è un cardiopatico avrà il versamento pleurico fino a che non si interrompe l'insufficienza cardiocircolatoria. Quindi è quella la causa verosimile più urgente, più importante da trattare. E' uno degli esempi nei quali il giudizio collegiale fa emergere la decisione più opportuna. Qui il cardiologo se fosse stato intervistato subito, se avesse potuto seguire il paziente...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - *(Fuori microfono)*.

C.T. P.M. OLIVIERI - Poi non l'ha seguito. Se non si segue nei giorni successivi...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - *(Fuori microfono)*.

PRESIDENTE - Però la domanda del Pubblico Ministero era: posto che risulta dalla cartella clinica che il paziente si sia

rimosso...

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Se meccanicamente è possibile rimettere il drenaggio.

C.T. P.M. OLIVIERI - Sì. Ecco, ho perso io il senso della domanda. Il drenaggio lascia prevedere che quel liquido si riformerà sempre. Io metto il drenaggio e lo lascio lì perché mi tiri via il liquido nei giorni successivi, ma può non essere necessario un drenaggio una volta tirato via il liquido che si è già formato se io riequilibrio il circolo. Quindi il fatto che se lo sia strappato può anche darsi che non ne avesse più bisogno nel caso fosse stato compensato lo squilibrio cardiocircolatorio. Quindi c'è proprio un approccio clinico che è assolutamente unilaterale, ecco, un giudizio autoreferenziale che secondo me porta fuori strada dalla reale diagnosi e dalla reale urgenza.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Sartori, a lei il commento. Le rappresento, perché l'ha chiesto prima, che la classe ASA non è indicata dall'anestesista.

C.T. P.M. SARTORI - Come ha detto giustamente il Professor Olivieri se proprio si voleva evacuare quel versamento pleurico bastava una toracentesi. Ho insistito molto sulla gradualità, come del resto ha insistito il Professor Olivieri, sulla gradualità degli interventi che devono essere dai meno invasivi ai più invasivi, quindi toracentesi, o niente, drenaggio, videotoracosopia.

Questa è la scaletta. In questo caso è stato fatto il drenaggio e poi la videotoracosopia, quindi secondo me due cose assolutamente inutili. Questo è un caso molto delicato per me perché torniamo alla famosa questione della valutazione del rischio operatorio, cioè quanto ha influito l'intervento eseguito sull'evoluzione della patologia fino al dodicesimo giorno. Qui non è possibile dire che l'intervento per quanto definito mini invasivo è senza conseguenze.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Intende senza conseguenze sul decesso?

C.T. P.M. SARTORI - *(Nds, non si rileva risposta verbale)*.

AVV. PONZONI - Presidente, c'è una consulenza tecnica specifica sulla verifica del nesso di causalità dell'intervento con la morte. Poi sentiremo il Consulente che ne ha riferito.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - No no, perché il Consulente Tecnico che riferisce solo sul nesso di causalità si è basato anche sul parere del Professor Sartori, quindi io sto chiedendo a lui...

AVV. PONZONI - E ha concluso in senso opposto però.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Non ha concluso in senso opposto, è un po' diverso.

PRESIDENTE - Va bene, è registrato.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Comunque è stata una sua opinione e io come questa opinione la chiedo. E comunque, lo dico

per tranquillità di tutti, il Professor Ronchi sarà sentito ancora con il Professor Sartori. Quindi se la penseranno diversamente avranno modo di spiegarsela.

[REDACTED]