



frattura sternale ed un minimo versamento pleurico di sinistra.

AVV. FURLAN - Il Policlinico ha una Chirurgia Toracica e una Pneumologia, che lei sappia?

IMP. PRESICCI - So che ha una Chirurgia Toracica.

AVV. FURLAN - Prese accordi con la Pneumologia o con la Chirurgia Toracica, se lo sa, della Santa Rita?

IMP. PRESICCI - No, io so che in pratica gli accordi furono presi con il Pronto Soccorso. Infatti "Paziente proveniente dal Policlinico come da accordi con la Chirurgia Toracica per ricovero per frattura sternale da incidente stradale per prosecuzione accertamenti e cure".

AVV. FURLAN - Quale anamnesi aveva il paziente e se le fratture riportate erano composte?

IMP. PRESICCI - Il paziente aveva un'anamnesi di anemia megaloblastica, esiti chirurgici di gastrectomia per ulcera e oltre a questa frattura completa del terzo prossimale dello sterno erano presenti anche delle fratture costali sinistre in corrispondenza della terza, quarta e quinta costa.

AVV. FURLAN - Viene accettato al Pronto Soccorso del Policlinico il 16 settembre 2007 e fa questi esami che dice, poi quali esami vengono eseguiti quando giunge in Santa Rita?

IMP. PRESICCI - In Santa Rita viene in pratica ripetuta la...

PRESIDENTE - Avvocato, queste sono cose che abbiamo sentito e sono documentali, quindi è inutile chiedere al Dottore che tra l'altro le deve leggere perché non può andare a memoria.

AVV. FURLAN - Qual è il mutamento del quadro tra la data del 16 settembre, quindi quando entrò al Pronto Soccorso del Policlinico, rispetto a quando arriva all'attenzione dei sanitari in Santa Rita?

IMP. PRESICCI - Rispetto a quella che era stata la TAC realizzata c'era effettivamente una TAC che fu ripetuta il 18 settembre che dimostrava un aumento del versamento basale sinistro con iniziale compressione del parenchima adiacente non esistente sulla prima TAC. Quindi descrivo in cartella che metto al corrente il paziente del suddetto quadro radiologico e pongo l'indicazione alla videotoracosopia evacuativa e per un eventuale wedge polmonare. Tenuto conto che il paziente aveva un'anemia megaloblastica, tenuto conto anche che tra l'ingresso al Policlinico e gli esami eseguiti in Santa Rita c'era stata la perdita di un punto di emoglobina, che non è una cosa così importante ma comunque c'era stata una caduta di un punto di emoglobina, a questo punto questo era un paziente che presentava oltre all'emotorace anche una anemizzazione lieve pur mantenendo dei parametri emodinamici stabili, perché la VATS viene eseguita nei pazienti che da un punto di vista emodinamico sono

stabili.

AVV. FURLAN - La VATS venne eseguita il 19 settembre 2007, quindi quale fu in questo caso visto il quadro che si presentava e dopo quanti giorni dall'iniziale ingresso in Pronto Soccorso sul paziente viene eseguita la VATS?

IMP. PRESICCI - Dopo praticamente tre giorni. L'intervento mi consentì di visualizzare che cosa? Che c'era un emotorace anteriore paramediastinico. La posizione proprio anteriore fa capire che era in corrispondenza della frattura sternale e di quelle fratture costali che poi vengono descritte - mi correggo, erano la quarto, la quinta e la sesta di sinistra - in corrispondenza proprio dell'evento traumatico. Il fatto che io ritrovo un emotorace anteriore paramediastinico proprio questa zona qui, l'emotorace anteriore paramediastinico, è una zona che non posso raggiungere né con la toracentesi perché, come ho detto, la toracentesi viene fatta posteriormente, né con un drenaggio toracico perché bisogna andare a prelevare la parte parasternale che in questo caso invece riscontrai attraverso l'intervento chirurgico. Oltretutto durante l'intervento riscontrai macroscopicamente la presenza di una contusione post-traumatica e di lacerazione superficiale del parenchima, cioè la conseguenza del trauma aveva comportato che uno di questi frammenti ossei aveva lacerato superficialmente il parenchima sul quale ho eseguito "Sulle zone descritte

viene realizzata wedge resection, controllo dell'aerostasi ed emostasi". Cioè, dopo l'esecuzione di queste resezioni viene chiesto all'anestesista di gonfiare delicatamente il polmone per vedere se ci sono delle perdite residue ematiche e aeree prima naturalmente poi di terminare l'intervento posizionando il drenaggio toracico.

AVV. FURLAN - Il Toradol in questo caso venne somministrato dall'ingresso in Santa Rita o era già somministrato prima?

IMP. PRESICCI - Al paziente all'ingresso del 16 era già stato somministrato il Toradol a scopo antidolorifico.

AVV. FURLAN - Quindi dal Policlinico?

IMP. PRESICCI - Sì.

AVV. FURLAN - La glicemia si alza in Santa Rita o era già alta in Policlinico?

IMP. PRESICCI - No, c'era già un valore abbastanza elevato al Policlinico di glicemia. Aveva 181 di glicemia il paziente il 24 settembre il giorno in cui fu dimesso, ma all'ingresso al Policlinico il valore era più alto. Io l'ho segnato come documento alla pagina 171 della cartella clinica e faccio presente che l'affolliazione che io ho considerato nelle mie relazioni fa riferimento al faldone e all'impaginazione secondo il PDF. Non mi ricordo qual era l'impaginazione esatta della cartella clinica.

AVV. FURLAN - Nel caso in esame il paziente aveva un enfisema?

IMP. PRESICCI - Guardi, nel caso in esame l'enfisema fu una diagnosi istologica, cioè al microscopio. Non era evidente macroscopicamente l'enfisema né alla TAC, né alla visione endoscopica intraoperatoria, perché l'enfisema è una malattia che si manifesta macroscopicamente con delle bolle oppure con una sua alterazione strutturale del parenchima polmonare senza dare prima segni evidenti né a livello clinico, né a livello radiologico, né a livello macroscopico.

AVV. FURLAN - Nel caso di un emotorace l'indicazione alla VATS è riconosciuta in caso di grandi quantità di liquido raccolto nel cavo pleurico o dalla tipologia di liquido?

IMP. PRESICCI - Innanzitutto è in relazione al trauma, la visualizzazione degli esami, il decorso del paziente. Io consultando i lavori dell'epoca e anche quelli un po' più attuali ho visto che ci sono dei pazienti che vengono portati in sala operatoria anche con dei quantitativi inferiori a quelli che sono stati ritrovati. Oltretutto c'è anche da dire che il quantitativo che viene aspirato è anche correlato alla costituzione del paziente. Cioè, un paziente che è alto 1 metro e 90 è normale che un versamento basale possa avere un quantitativo che influisce di meno sulla sua capacità respiratoria; un paziente che invece ha una costituzione più bassa un

versamento anche di 300 cc che possa essere giudicato come modico può avere però una funzione compressiva sul parenchima polmonare. In base anche alla costituzione proprio del paziente.

AVV. FURLAN - Quale fu il decorso post-operatorio del paziente?

IMP. PRESICCI - Il decorso post-operatorio del paziente comportò naturalmente il trasferimento in Riabilitazione, sempre previa visita fisiatrica, e fu un decorso regolare. Ci fu la necessità di trasfondere il paziente in quanto ci fu un calo dell'emoglobina a 7.4, ma dopo la trasfusione di sangue - malgrado continuasse il trattamento con gli antidolorifici e con la Fraxiparina - non ci fu alcun segno di anemizzazione. Se l'anemizzazione fosse anche stata... o in sanguinamento era da correlare all'intervento chirurgico era sempre possibile accorgersene non solo dalla radiografia del torace ma dal drenaggio, perché il drenaggio è collegato ad una camera di raccolta dove gli infermieri e i medici ogni giorno devono segnalare i quantitativi che giornalmente vengono prodotti e le caratteristiche macroscopiche. Per questo si descrive: sieroso, sieroematico, francamente ematico.

AVV. FURLAN - Nel caso di emotorace non è importante la quantità di liquido, ma la tipologia di liquido perché il sangue cosa può sviluppare?

