

[REDACTED]

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Sartori, questo è un caso nella sua consulenza scritta, già in possesso della Corte, segnato con tre asterischi. Può spiegare alla Corte, perché non gliel'ho ancora chiesto, che cosa nelle sue prime due consulenze indicavano gli asterischi, i tre

asterischi?

C.T. SARTORI - Sì, io così... per me, per comodità, segnavo con i tre asterischi i casi che ritenevo molto gravi e questo è uno di quelli. I motivi sono che... io voglio rimanere sui fatti tecnici, perché io ho fatto il chirurgo e quindi sono, così, più portato a commentare questi. Questo signore aveva avuto un precedente bypass aortocoronarico e questo fa sì che il cuore si attacchi tenacemente al polmone, perché viene aperto il pericardio e non c'è più una barriera fra cuore e polmone. La lisi di aderenze fra polmone e parete toracica intesa in senso classico, cioè la parte ossea, è sempre molto semplice; ma la lisi di aderenze verso il mediastino - abbiamo parlato l'altra volta di che cos'è il mediastino e nel mediastino c'è anche il cuore - diventa estremamente delicata quando si vuole separare il polmone dal cuore. È molto probabile l'incidente sia intervenuto proprio in questa fase, quando si tentava di separare il lobo superiore sinistro, che era quello che si voleva asportare, dal cuore e l'emorragia si è verificata in questo frangente. Mi pare che si sostenga, in modo assai improbabile, che la rottura spontanea del cuore appunto sia avvenuta spontaneamente senza che nessuno ci mettesse le mani, mi sembra improbabile. Altrettanto grave, come ha detto il Squicciarini, che in un caso del genere, dove tra l'altro non si è neanche accertata la presenza del

tumore, non sia stata richiesta l'autopsia.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Ronchi e Dottoressa Marenghi.

C.T. RONCHI - Dunque, il signor [REDACTED] era una persona che versava in un rischio ASA 3 - 4, era in una situazione molto labile, una persona che correva elevati rischi nel dover affrontare un intervento chirurgico di questo tipo. Il chirurgo che operava ben sapeva che avrebbe potuto andare incontro a delle complicanze mortali, ma quali? Dobbiamo porci questa domanda. Quelle che sono tipiche di una persona che versa in una condizione di assai labile compenso e quindi insufficienza cardiorespiratoria in primis. In realtà poi il signor [REDACTED] non viene a morte per nessuna di queste complicanze che erano ampiamente prevedibili dal chirurgo operatore, ma viene a morte per causa completamente diversa, per quello che potremmo definire un incidente intraoperatorio. Nel senso che va incontro purtroppo ad una lacerazione del cuore che provoca una gravissima emorragia che non si riesce più poi a dominare. Sul perché, il percome, quale sia la sede esatta della lacerazione del cuore si possono dire molte cose, probabilmente il Professor Sartori potrà essere anche più preciso. Se si sia lacerato l'atrio sinistro, piuttosto che l'atrio destro o un ventricolo, credo più difficilmente, se tutto ciò sia legato ad un'azione diretta dello strumento chirurgico piuttosto che a una

lacerazione nel tentativo di liberare aderenze a fronte di un tessuto miocardico fragile come può essere l'atrio, tutto sommato credo sia cosa forse utile a titolo di completezza dello studio del caso, ma forse non particolarmente utile sotto il profilo del nesso causale. Scusate, ho cercato di essere sintetico per evitare delle inutili ripetizioni.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Dottoressa Marenghi.

C.T. MARENGHI - Dal punto di vista dell'anestesista. Questo è un paziente di 85 anni, quindi è un paziente anziano, che ha problema cardiologico che è stato in parte superato con un intervento di bypass anni prima, quindi era un paziente ischemico, un paziente che aveva avuto un infarto. È un paziente con una funzionalità cardiologica diminuita, anche se non a livelli minimi, è un paziente che è un broncopneumopatico perché è un ex fumatore, è un paziente che comunque ha un compenso soddisfacente. A questo punto è comunque messo in una condizione, come dice l'anestesista, ASA 3 - 4, sarei portata a pensare ad un ASA 3, cioè un paziente con una malattia sistemica importante, ma che non condiziona la capacità di vita. Però da questo punto di vista abbiamo un altro problema, abbiamo il problema che il paziente è già stato operato al torace e il paziente operato al torace ti pone comunque, dal punto di vista dell'intervento chirurgico, a un rischio superiore. Perché i reinterventi nella

stessa... anche se non proprio nella stessa zona, perché per fare un bypass coronarico si fa una sternotomia, mentre qui si va in toracotomia laterale, ma come dicevano i colleghi prima e aderenze vanno dove vogliono, cioè non è che sono circoscritte e noi possiamo saperlo, questo paziente è in condizioni, sia per le sue condizioni di base sia proprio per una condizione locale, a un rischio operatorio superiore. A questo punto per mettere un paziente sul tavolo operatorio in queste condizioni io devo essere assolutamente sicuro di quello che faccio e di conseguenza il suggerimento che il radiologo aveva dato di fare una agobiopsia per essere certi che si trattasse di una formazione neoplastica, e poi ancora, una volta determinato il fatto che fosse una formazione neoplastica in un paziente grande anziano l'opzione chirurgica non è l'unica opzione di cura, ci sono altre opzioni che possono essere fatte: dalla radioterapia, eventualmente una volta saputo il tipo di neoplasia, alla chemioterapia. Cioè ci sono una serie di opzioni che possono essere se non... se non portare a guarigione comunque portare in avanti il paziente, ricordiamoci che è un paziente di 85 anni. Quindi il rischio - beneficio andava in questo caso secondo me valutato, ma soprattutto alla base di un dato certo, cioè ha la neoplasia o non ce l'ha? Noi non lo sappiamo.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Un chiarimento ulteriore Professor

Sartori, in base a quello che lei ci ha detto quindi un chirurgo che opera una paziente che precedente ha avuto un'operazione di bypass normalmente trova delle aderenze?

C.T. SARTORI - Sì, è la regola.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Ed è obbligatoria la lisi di queste aderenze per poter intervenire?

C.T. SARTORI - Certamente.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Scusi, chiarimento da profana: una lisi vuol dire che tagliano, si che scollano, cos'è la lisi esattamente?

C.T. SARTORI - La lisi vuol dire che tagliano, che si scollano.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Entrambe le cose?

C.T. SARTORI - Tutte e due. Più la lisi è complicata, è delicata e meno ovviamente bisogna fare uso del bisturi elettrico, ma bisogna fare ricorso a strumenti di taglio: la forbice, tanto per essere chiaro.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Quindi nel discorso che lei ci faceva la volta scorsa sul fatto che il chirurgo calcola il rapporto rischio - beneficio, un chirurgo che opera un soggetto che ha già avuto un'operazione di bypass aortocoronarico come ha fatto, nei rischi che accetta di correre mette anche la certezza di dover tagliare delle aderenze?

C.T. SARTORI - Non credo, perché intanto deve saperlo. Non è

che capiti tutti i giorni di operare un paziente a sinistra, di lobectomia superiore sinistra che ha fatto un bypass aortocoronarico, non è un'evenienza così frequente, quindi immaginarla prima dell'intervento può essere anche difficile. Se uno ha una grossa esperienza sì, ma se uno ha un'esperienza limitata no. Poi quando uno ci si è trovato una volta sa cosa vuol dire fare una lisi di cuore che non ha più il pericardio, è sempre una cosa estremamente delicata, anche perché il cuore si muove.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Ronchi quando lei si esprime in termini positivi sul nesso di causalità tra l'intervento e la morte ha tenuto presente la possibilità di queste tenaci aderenze che si erano formate in seguito all'intervento di bypass aortico?

C.T. RONCHI - Certo che sì, sicuramente. La (inc.) del cuore si è verificata molto probabilmente proprio in ragione delle aderenze e delle necessarie manovre di lisi delle aderenze stesse.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - La ringrazio.

PRESIDENTE - Prima passare al prossimo capo, facciamo cinque minuti di sospensione.

SOSPENSIONE

PRESIDENTE - Riprendiamo, prego i Pubblici Ministeri.