

[REDACTED]

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Sartori, anche questo caso è da lei ritenuto da contrassegnare con tre asterischi.

C.T. SARTORI - Sì, dunque qui come è già stato detto la diagnosi si poteva e si doveva raggiungere con l'agobiopsia in sede sopraclaveare destra, perché c'era una grossa massa e quindi se non riusciva il primo tentativo sarebbe riuscito probabilmente il secondo o il terzo, il quarto o il quinto, insomma si doveva continuare a pungere fin quando non si otteneva la

diagnosi. La presenza di 900 cc di liquido di versamento pleurico suggeriva l'esecuzione di una toracentesi semmai, dal momentaneamente che non era dispnoica si poteva anche sopassedere, ma se si voleva fare qualche cosa, una toracentesi avrebbe consentito di asportare questo liquido e una volta visto che all'interno del liquido non c'erano neoplastiche non si doveva fare altro. Fatta la VATS poi non si capisce il significato di resezioni polmonari e pleuriche e addirittura il talcaggio. È incredibile poi che alla fine dei conti questa signora sia deceduta senza avere una diagnosi.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Mi scusi, perché usa "addirittura talcaggio", queste espressione?

C.T. SARTORI - Ma sì, perché il talcaggio si usa nel forme neoplastiche pleuriche che danno una recidiva del versamento. Qui era evidente facendo la VATS che il chirurgo guardando non ha visto né alterazioni di tipo pleurico né alterazioni di tipo polmonare, quindi poteva tranquillamente supporre che il versamento non si sarebbe ripetuto.

P.M. - Professor Ronchi e Dottoressa Marenghi.

C.T. RONCHI - Per un'altra volta io vado avanti con il mio sistema della sintesi ad evitare inutili ripetizioni. Comunque qualunque fosse l'origine di questa neoplasia, probabilmente un linfoma, però aveva anche una proliferazione endoluminale bronchiale, forse era anche

una neoplasia broncogena, era un cancro broncopolmonare insomma, è possibile. Comunque stiano le cose noi siamo di fronte ad un'anziana signora in condizioni di cachessia neoplastica, che significa? Un gravissimo deterioramento organico della persona, legato proprio al tumore maligno. La signora arriva in ospedale che pesa 40 chili, avendo perso 15 chili negli ultimi dodici mesi e avendo perso di questi 15, 11 chili negli ultimi sei mesi. Come non bastasse, aveva anche dei trascorsi, dei pregressi di carattere cardiologico e respiratorio importanti tant'è che a fronte di un'indicazione da rischio ASA non riportata in cartella clinica il convincimento che ci siamo fatti noi consulenti del Pubblico Ministero, su questo vi intratterrà sicuramente meglio la Dottoressa Marenghi, tant'è che a noi sembra che si potesse parlare di un rischio almeno ASA 3 forse, forse anche 4, insomma adesso poi ne parleremo. In ogni caso una persona che è in queste condizioni ha un'aspettativa di vita in termini di buona ragionevolezza direi che è inferiore a un anno, forse anche poco mesi, ma non cinque giorni, non cinque giorni. Perché la signora viene a morte cinque giorni dopo l'intervento chirurgico che non ha mai superato. È questo che va, a nostro avviso, in tema di nesso di causalità materiale che va sottolineato e evidenziato bene. Qui si tratta da un brevissimo periodo di poche ore in cui grazie a un

supporto ossigeno terapeutico, e vi intratterrà di nuovo meglio la Dottoressa Marenghi, ha delle condizioni cliniche definite letteralmente nella cartella clinica discrete, discrete stabili, un periodo di poche ore, una ventina di ore. Ma alle 12.30 del primo giorno del post operatorio, quindi meno di 24 ore prima, ha una gravissima situazione di scompenso cardiorespiratorio e di lì in avanti, nei quattro giorni successivi di sopravvivenza, per lei è stata solo, diciamo così, una battaglia purtroppo che non ha vinto contro gli effetti diretti dell'intervento chirurgico, ampiamente concausati anche dalle pregresse patologie, ma ben si sapeva quali potevano essere le gravissime complicazioni cui sarebbe andata incontro se avesse subito un intervento chirurgico del tipo di quello che ha subito.

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

C.T. MARENGHI - Allora, è una paziente grande anziana. È una paziente grande anziana in condizioni generali pessime e noi lo vediamo da tutti gli esami che vengono fatti all'ingresso. È una paziente che ha l'albumina, che è un indice di crasi di... di nutrizione insomma per intenderci importante: è bassissima. Abbiamo una situazione respiratoria che è ai limiti della sopravvivenza, la paziente probabilmente non è che potesse andare in giro e fare chissà che cosa, era una paziente estremamente cachettica quindi è chiaro che non

aveva dispnea da sforzo in senso stretto, non è una paziente che andava fuori a fare la spesa in queste condizioni, sicuramente no e questo possiamo affermarlo con certezza anche se non c'è scritto, perché una paziente in queste condizioni... è una paziente che ha perso 15 chili in un anno, insomma credo sia ovvio. A questo punto che cosa succede? Se noi andiamo a vedere la prima gasanalisi noi vediamo che è una paziente che è ai limiti della ossigenazione normale, perché ha un 62 di PO<sub>2</sub>. Qui non sappiamo se gli sia stato dato ossigeno o meno, ma mettiamo pure che sia in aria, cioè in aria ambiente con una frazione di ossigeno del 21%, cioè tanto è la quota, la percentuale d'ossigeno nell'aria rispetto agli altri gas. Quando noi cerchiamo di aiutare una persona gli forniamo ossigeno in più e quindi la frazione d'ossigeno aumenta. Questa frazione d'ossigeno aumenta per tenere l'ossigenazione del sangue a livelli compatibili con la vita. 60 di PO<sub>2</sub>, 62 PO<sub>2</sub> è ai limiti inferiori, noi stiamo già dicendo che la paziente è una paziente ipossiémica, al di sotto di questo è necessaria la supplementazione in continuo di ossigeno quindi questo ci fa capire che la paziente parte con una situazione di compenso labilissimo, va bene? Quindi la paziente ha già un problema respiratorio dovuto probabilmente anche al fatto che, anzi sicuramente al fatto che avesse dei versamenti pleurici, ma questi versamenti pleurici sono

giustificati probabilmente dalla malattia neoplastica e potevano essere risolti non con una VATS ma con degli atteggiamenti terapeutici molto meno invasivi, per esempio in anestesia locale facendo una toracosopia, applicando direttamente un catetere per toracentesi, che sono delle cose che si fanno regolarmente per far stare meglio il paziente, farlo respirare meglio. Certo non sono risolutive di malattia, ma la malattia non la risolvi drenando l'acqua che si forma praticamente nei polmoni, la risolvi eventualmente curando la causa che ha portato a questo, in questo caso questo tumore, che era un tumore avanzatissimo però. Di conseguenza questo tipo di atteggiamento che poi non si capisce, perché dalla TAC non c'erano segni di nodulazioni polmonari tali da essere asportate quindi che cosa abbia asportato poi alla fine... un pezzo di polmone così. Cioè non era andato direttamente... io avrei capito se ci fossero state dalla TAC una cosa che si andava a cercare, qualche cosa di specifico che io potevo vedere dall'immagine toracica potevo andare ad asportare. Ma così, asportare pezzi di polmone in una paziente che è già compromessa, senza avere nessun tipo di certezza che la paziente potesse avere un tumore polmonare, ma che più probabilmente aveva un tumore generalizzato di tipo linfatico e a questo punto si poteva fare con la biopsia sovraclavare che costava molto poco dal punto di vista dei termini

generali della paziente, perché si poteva fare un ago aspirato, si poteva aiutare la paziente certo con un drenaggio toracico. La paziente poi di cosa muore? Andiamo a vedere, muore di insufficienza respiratoria, perché se noi andiamo a vedere le gasanalisi che vengono fatte la paziente ha sempre un livello di ossigenazione sempre più basso, sempre più basso, sempre più basso fino ad arrivare a 64% di saturazione d'ossigeno, che è incompatibile con la vita questo ci dice che la paziente alla fine è morta d'insufficienza respiratoria, non d'altro. Quindi è entrata che aveva un compenso labile, è stata operata e l'insufficienza respiratoria si è manifestata sempre peggiore, sempre peggio, sempre nonostante la supplementazione d'ossigeno: attenzione arriviamo ad avere 7 litri d'ossigeno al minuto, quindi una supplementazione estremamente importante di ossigeno e la paziente comunque ha una saturazione d'ossigeno nel sangue bassissima. Questo significa che i suoi polmoni non avevano scambiato più. Allora qual è il nesso tra una paziente che entra in una condizione seppure labile, respiratoria, e poi piano piano si deteriora: è stato l'intervento chirurgico, che peraltro che non aveva ragione d'essere. Certo il drenaggio del versamento pleurico poteva avere un senso, la resezione no.

P.M. DOTTORESSA PRADELLA - Professor Sartori mi scusi, ma che senso... come sono state fatte queste resezioni

guardando...

C.T. SARTORI - Ma anche senza guardare: a caso, perché non c'era niente. Biopsie multiple attraverso due orifizi toracoscopici... sì, beh comunque si parla di biopsie multiple ma non si specifica cosa si va a biopsiare perché non c'è niente. "Precision resection" non vuol dire niente, perché "precision resection" lascia supporre che uno veda qualche cosa e lo asporti alla domanda, cioè asportando la minor quantità di parenchima sano che c'è intorno. Ma siccome qui non c'era niente non esiste "precision resection", esistono solo delle *resections*. E non c'era nulla neanche sulla pleura eh, perché mi pare che sia stata fatta anche... biopsie pleuriche e resezione polmonare, quindi non c'era nulla neanche sulla pleura.

PRESIDENTE - Dottor Squicciarini prego, voleva aggiungere qualcosa?

C.T. SQUICCIARINI - Volevo aggiungere sulle *core biopsy*, cioè sulle agobiopsie che danno dei microfrustoli per l'istologia sulla massa sovraclaveare. Non vorrei che passasse il messaggio che nei fai più di una in tempi staccati, cioè con l'unica puntura che fai, con l'unico ingresso con l'ago muovendolo fai molte biopsie arrivi anche, sulla mammella, a farne 20 e lo stesso chiaramente in sovraclaveare. La possibilità, intanto non dimentichiamo che ci segnala delle zone necrotiche,

quindi sai perfettamente che le zone centrali non le dovrai andare e prendere, perché lì trovi necrosi, sono le zone meno vascolarizzate. Le zone periferiche pur vascolarizzate in presenza dell'uso della *core biopsy* il sanguinamento è comunque modesto e tamponabile in ogni momento sia con la semplice compresse o se fai, come ha fatto invece il collega, utilizzando non la *core biopsy* ma diciamo una vera e propria biopsia chirurgica anziché usare l'elettrobisturi usi chiaramente il bisturi poi puoi tranquillamente elettrocoagulare, quindi l'uso proprio dell'elettrobisturi non è comprensibile.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Dottoressa Marenghi una precisazione. La signora, ho capito esattamente che lei ha definito che era in una situazione di scompenso cardiaco?

C.T. MARENGHI - No, io... mi scusi, forse non mi sono spiegata bene.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Infatti era quello che volevo capire.

C.T. MARENGHI - Io sto parlando di un compenso respiratorio labile, okay? Perché il compenso respiratorio io lo vedo, parte con 60 di PO<sub>2</sub> e 33 di CO<sub>2</sub>, questo mi dice anche un'altra cosa che non affermato prima. La CO<sub>2</sub> normalmente è sopra il 35, cioè il tasso di anidride carbonica nel sangue. L'anidride carbonica viene lavata dalla frequenza respiratoria. Quando io ho una situazione di ipossiemia,

cioè di diminuzione di ossigeno nel sangue il primo compenso che io metto in atto è quello di ventilare più velocemente e quindi si abbassa la CO<sub>2</sub>; paradossalmente più è bassa la CO<sub>2</sub>, più è bassa la PO<sub>2</sub>, più l'insufficienza respiratoria è grave. Quindi questa persona partiva già con una situazione estremamente labile perché aveva una CO<sub>2</sub> bassa e questo mi diceva che la paziente stava ventilando velocemente per cercare comunque di mantenere una PO<sub>2</sub> ai limiti.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Le ho fatto questa domanda per capire. La paziente, è tratto dalla cartella, si presentava tachicardica e con lieve rialzo termico. All'elettrocardiogramma, la mia domanda è proprio questo, viene evidenziato ritmo atriale buono, sovraccarico ventricolo sinistro, possibili esiti di Ima, infarto del miocardio acuto.

C.T. MARENGHI - Sì, però la situazione circolatoria della paziente mi diceva che comunque il compenso circolatorio era buono, era un po' tachicardica...

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Quindi l'Ima non era attuale...

C.T. MARENGHI - No.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Era un infarto...

C.T. MARENGHI - Pregresso.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Era quello che volevo capire.

C.T. MARENGHI - Mi sta dicendo comunque dicendo la paziente è tachicardica, quando l'ossigeno è basso la prima cosa,

uno dei primi compensi che si mettono in atto è proprio quello di tachicardizzarsi.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Quindi si aumenta il ritmo del respiro e anche...

C.T. MARENGHI - Sì anche del cuore, quindi questo... comunque la paziente teneva una buona pressione, quindi dal punto di vista circolatorio... la paziente è morta d'insufficienza respiratoria, non di problema (inc.).

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Quindi questo l'ha esiti

C.T. MARENGHI - Poteva essere pregresso, sì.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Vuol dire che era un infarto che aveva avuto prima.

C.T. MARENGHI - Sì sì.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Grazie.

[REDACTED]