

[REDACTED]

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Se il Dottor Squicciarini vuole completare o se...

AVV. FORNARI - Avevo una questione solo formale da fare, nel senso che questa udienza è stata fissata per sentire i consulenti sulle consulenze depositate. Ora questo caso non è stato commentato, non è stato oggetto di consulenza né del Dottor Squicciarini né del Professor Sartori, mentre invece lo è stato da parte del Professor Greco e della Dottoressa Pini. Ora mi chiedo se questo implica una rinuncia a questi due consulenti oppure se i consulenti vengono sentiti, solo per capire questo.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - No no, abbiamo... allora Dottoressa Pini non è stata citata tra i consulenti, perché ha fatto un lavoro descrittivo del caso. Il Professor Greco non è potuto venire oggi e quindi sarà sentito delle prossime udienze...

AVV. FORNARI - Quindi anche su questo caso?

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Anche su questo caso, non possiamo... purtroppo, in effetti il Dottor Squicciarini è stato citato su questo caso.

AVV. FORNARI - Ecco, per carità Presidente no non è che ci opponiamo in assoluto a che vengano sentiti i consulenti che non hanno redatto consulenza scritta, però ci chiediamo su quali basi rispondono alle eventuali domande.

PRESIDENTE - Chiediamo se hanno potuto esaminare le cartelle cliniche, se sono in grado di dare una loro valutazione.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Sì, con questa precisazione: nell'integrazione...

AVV. FORNARI - Scusi, si è verificata anche rispetto al paziente [REDACTED] non aveva avevamo fatto opposizione nonostante il Professor Sartori non avesse reso consulenza scritta, però a questo punto vorremmo capire... grazie.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Nell'integrazione della lista Testi ho fatto riferimento a Professor Sartori anche in relazione a questi de casi, gli sono state consegnate evidentemente le cartelle. Per quanto riguarda il Dottor Squicciarini effettivamente non è stato indicato per... non ha fatto la consulenza scritta ma ha visto la cartella clinica.

PRESIDENTE - D'accordo, la Corte prende atto. Dottor Squicciarini lei ha visto le cartelle di questa paziente?

C.T. SQUICCIARINI - Successivamente, certo.

PRESIDENTE - È in grado comunque di fare una sua valutazione?

C.T. SQUICCIARINI - Sì, io faccio una mia valutazione da un punto di vista quello che può essere il discorso... mi metto nella testa di chi, mi permetto di mettermi nella testa di chi è andato a fare questo intervento non considerando in maniera... e questo è già un punto estremamente debole, le condizioni generali da questa paziente, che invece sono fondamentali nella valutazione di un approccio chirurgico. Nel senso che se io voglio andare a cercare un'eventuale variazione sull'immunoistochimica, ma parlo proprio in astratto, della ricerca praticamente di un'espressione di un gene particolare che riguarda il carcinoma della mammella metastatico che è l'Erb non ho soltanto l'immunoistochimica, proprio l'utilizzo in oncologia del farmaco specifico nei paziente in cui c'è l'espressione dell'Erb indica chiaramente nelle metodiche per cui si possa dare questo farmaco come debba essere fatta la diagnosi e la diagnosi può essere fatta attraverso una metodico immunoistochimica, quindi con un prelievo istologico, ma tranquillamente, come ho detto in precedenza nella precedente udienza, con tecniche di immunocitologia, quindi tecniche di ibridazione come la tecnica Fish che permettono di ottenere ugualmente una diagnosi di possibile espressione di questo gene, quindi dell'utilizzo di un farmaco, che è un anticorpo monoclonale, basandosi sulla valutazione citologica. Io

ho un versamento pleurico con la presenza di cellule tumorali maligne, se questo versamento, come invece non risulta essere stato fatto, nell'invio all'anatomopatologo richiedo questa valutazione, quindi una valutazione immunocitologica per la presenza di cellule tumorali maligne, è in grado chiaramente di darmi tutto sulla cellula dal recettore ormonale anche all'espressione dell'oncogene.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Ronchi e Dottoressa Marengi su questo caso.

C.T. RONCHI - Sempre nesso di causalità materiale. Secondo lettera del quesito peritale che ci fu sottoposto parliamo di fattori eziologici alternativi, ve ne erano certo qui come in tutti i casi che abbiamo esaminato. In particolare in questo caso si è verificato un *ab ingestis* come ha ricordato prima la Dottoressa Locatelli. *Ab ingestis* significa che del semolino era penetrato nelle vie respiratorie. Questo fatto può rappresentare effettivamente un evento pericoloso, potenzialmente anche morta per le conseguenze che possono derivare. Ma fu questo un fattore eziologico alternativo? La risposta che assolutamente negativa, perché lo ha ricordato prima la Dottoressa, questo episodio di *ab ingestis* fu superato. Altri fattori eziologici alternativi? Certo la patologia grave di cui era affetta la persona stessa. Per un'altra volta: ma quali erano le sue aspettative di vita in una

persona colpita da neoplasia plurimetastatizzata in sedi ubiquitarie insomma a livello toracico, sede pleuropolmonare, al fegato e probabilmente anche all'encefalo? Le aspettative di vita erano sicuramente ridotte, stimabili in poco mesi, insomma forse anche... poco più, poco meno. Tuttavia va ricordato che quando la paziente giunse in ospedale si trovava in una condizione di discreto compenso respiratorio, tant'è che così recitano gli esami fatti all'ingresso. La sua era una dispnea da sforzo e l'emogasanalisi, su questo tornerà fra poco la Dottoressa Marengi, deponeva appunto per una condizione di discreto compenso respiratorio. È l'intervento chirurgico proprio che cagionò il precipitare della situazione, tanto che la causa della morte va proprio identificata in un'insufficienza cardiorespiratoria in soggetto con tumore della mammella plurimetastatizzato e di recente sottoposta a questo tipo d'intervento. Il quale da una parte porta modificazioni in senso peggiorativo nella dinamica respiratoria, tanto più se si tratta di aggressioni plurime, come in questo caso, della parete toracica e che comporta poi anche una sintomatologia dolorosa importante che limita naturalmente la capacità di respiro, perché si ha proprio una riduzione della possibilità del mantice toracico di espandersi. Dall'altra più specifiche scelte assunte nel caso di specie dagli operatori chirurgici che condussero

ad un prolungamento del tempo operatorio, in particolare l'asportazione di una parte dal parenchima polmonare delle dimensioni di minime di centimetri 5x3x1,5 e poi va considerato anche che l'intervento chirurgico comportò anche il versamento pleurico e tutto questo insieme di fattori sinergicamente negativi appunto portavano a una insufficienza respiratoria grave e mortale che si concluse poi poco giorni dopo.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Dottoressa Marenghi e se può anche riferire se l'episodio d'ingestione del semolino si risolse rapidamente.

C.T. MARENGHI - Anche in questo caso è una paziente estremamente compromessa, anche se arriva in ospedale con quella situazione discreta come viene definita, è una paziente che ha una fibrillazione atriale quindi il cuore del tutto competente, perché lo andiamo a vedere: definisco ritmo atriale caotico che è una maniera di dire fibrillazione atriale, è solo un altro modo di dire. Quindi comunque è una paziente che dal punto di vista cardiologico non è del tutto competente e, come abbiamo visto nel caso precedente, ha una gasanalisi ai limiti: ha 60 di PO2 e un 39 di CO2, quindi riesce a mantenere comunque una PO2 cioè una ossigenazione ematica sufficiente con una non dispnea, cioè non dovendo affaticare il respiro. Però abbiamo detto che 60 di PO2 è il confine che ci dà l'insufficienza respiratoria. È una

paziente oltretutto che sappiamo che cosa abbia, perché è stata già valutata, è stata drenata più volte per il formarsi di questi versamenti pleurici che fanno parte purtroppo della patologia terminale di questa paziente. Quindi viene messa sul tavolo operatorio, viene operata da entrambe le parti, cioè vengono fatte due brecce, una da una parte e una dall'altra e questo ovviamente determina un aumento della possibilità di insufficienza respiratoria, perché se già opero da una parte sola il dolore, il torace... considerate che quando si fan questo tipo d'intervento per un certo periodo si esclude il polmone su cui viene fatto l'intervento chirurgico dalla ventilazione, quindi il polmone in qualche modo di acquatta, si stringe, poi deve essere riespanso. Questo comunque provoca sempre un minimo di problema, anche se il polmone è perfetto quando utilizza questa metodica il polmone viene escluso dalla ventilazione e di conseguenza poi deve essere riespanso. Il fatto poi di fare una resezione su una metastasi, attenzione non sul tumore primitivo, perché se fosse un tumore primitivo il senso potrebbe esserci, ma noi sappiamo che è una metastasi, abbiamo visto che è una metastasi. La paziente è una metastatica, perché devo levargli un pezzo di polmone che comunque determina la funzionalità respiratoria, perché devo operarla da tutte e due le parti? E infatti la paziente muore poi di insufficienza respiratoria. Se

andiamo a vedere la CO₂, cioè l'anidride carbonica che è quella che, vi ricordate avevo detto prima, mi dà un'idea della fatica respiratoria che sta facendo questa paziente, perché non ce la fa più a starci dietro; non è tanto la PO₂, perché la PO₂ il la posso in qualche modo tra virgolette camuffare aumentano la frazione di ossigeno che io somministro alla paziente, ma sulla CO₂ non posso mentire. La CO₂ si accumula perché la paziente non ce la fa più, la paziente non riesce più a respirare tanto che arriva a 92 di CO₂, muore con 92 di CO₂ che è più del doppio di quanto dovrebbe avere, quindi obnubilamento del sensorio, cioè la paziente non è cosciente eccetera eccetera. Il fatto che possa avere avuto un *ab ingestis* in queste condizioni respiratorie si potrebbe aver provocato quello, ma se fosse stato un *ab ingestis* sarebbe morta lì, invece paziente ce la fa, viene fatta tossire. È come quando ci ingozziamo, avete presente, può succedere, si tossisce, magari si tossisce po' e... ma fosse stato l'*ab ingestis* in quel momento, la paziente sarebbe morta lì, poco dopo. Invece la paziente comunque riesce a recuperare in qualche modo, ma la sua insufficienza respiratoria procede in maniera inesorabile e quindi paziente alla fine muore d'insufficienza respiratoria. Questa insufficienza respiratoria è stata scatenata dall'intervento chirurgico, perché se no la paziente sarebbe morta sicuramente della sua malattia

neoplastica, perché questo era scritto oramai, ma non sarebbe morte lì in quel modo e in quel momento.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Sartori.

C.T. SARTORI - Ma è stato detto praticamente tutto. Devo dire che quello che mi colpisce di questo caso è la bilateralità simultanea dell'intervento, cioè sottoporre una paziente con un compenso labile a una doppia videotoracosopia vuol dire farle sei buchi nel torace di regola, poi possono essere quattro, possono essere dieci a seconda di quello che si fa, ma di regola sono tre buchi da una parte e tre buchi dall'altra. Questo comporta che la paziente ne post operatorio dovrò per forza di cose ipoventilare per tutte le ragioni ha detto la Dottoressa Marengi, anestesista. Perché il polmone viene escluso dalla ventilazione prima uno e poi l'altro, perché ci sarà dolore sia a destra sia sinistra, anche se si dice che la videotoracosopia non dà dolore, ma il dolore lo dà perché i drenaggi che restano sono causa di dolore, tanto è vero che la paziente ipoventila ipoventila la CO2 si alza, la paziente muore d'insufficienza respiratoria. Ma quello che colpisce è il voler fare un intervento che poteva anche trovare un sua logica, perché versamento recidivante, con talcaggio io faccio un trattamento in una paziente che non è più curabile per la sua malattia ma si può fare ancora qualcosa per i sintomi, il famoso concetto di malato

terminale dove si smette di curare la malattia e si curano i sintomi, la videotoracosopia qui aveva se non altro lo scopo di fare in modo che questo versamento bilaterale non si riformasse più. Ma la bilateralità simultanea è un indice di un'aggressività che non ha limiti.

PRESIDENTE - Il talcaggio doveva essere fatto sol da una parte o da entrambe le parti?

C.T. SARTORI - No, dal momento che il talcaggio lo si fa lo si poteva fare anche da tutte e due le parti. Anche questo è un trauma eh, il talco non si fa impunemente. Il talco può scatenare reazioni, non è una cosa innocua, il farlo bilateralmente aggrava l'intervento, anche se non si può quantizzare esattamente quale sia questo aggravamento. Comunque il talco in questo caso aveva un senso, perché c'erano metastasi pleuriche e penso anche sulla pleura viscerale, quindi sulla superficie polmonare, e in questo caso poteva mirare a far sì che il versamento non si presentasse più dalle due parti. Certo, in una paziente così il buonsenso suggeriva l'inserzione di un catetere che evacuasse il liquido e basta. Però di suo l'intervento aveva una logica, quello che non ha nessuna logica è farlo contemporaneamente da due parti.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Mi scusi, ma parlando di cose su cui cerchiamo una logica, l'intervento aveva una sua logica e tutte quelle biopsie, tutta quell'asportazione di pezzi

di polmone, di parenchima...

C.T. SARTORI - Ah beh, queste sono... io ormai...

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Quelle invece avevano una logica?

C.T. SARTORI - Io ci sono talmente abituato che non lo sottolineo più, ma sono tutte cose abusive anche perché le cellule avevano già del liquido. Qualora ci fosse stato anche un sospetto vago che tutte le metastasi non dipendevano da quella mastectomia fatta qualche tempo prima, era positivo per cellule il versamento quindi non c'era bisogno di fare altro.

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

C.T. MARENGHI - Io volevo aggiungere un'altra cosa. Il talcaggio pleurico, senza entrare in cose che non sono proprio del mio settore, però il talcaggio pleurico si può fare anche non in videotoracosopia, si può fare in toracosopia e basta. La toracosopia è una procedura estremamente e infinitamente meno invasiva della videotoracosopia. Intanto può essere fatta in anestesia locale più sedazione, intanto non prevede tre buchi, non prevede l'acquattamento del polmone, cioè esistono altre condizioni meno invasive per raggiungere lo stesso scopo, questo volevo sottolineare.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Mi scusi Dottoressa Marenghi, il Policlinico vengono operati dei talcaggi non in videotoracosopia?

C.T. MARENGHI - Certo.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - È una prassi...

C.T. MARENGHI - Normale.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Normale?

C.T. MARENGHI - Sì. Si possono fare... per non fare... fare il versamento, voglio dire un po' banalizzando, si possono fare due cose: la pleurodesi, cioè l'asportazione in parte della pleura, e questo viene fatto di solito in videotoracosopia durante interventi di altro tipo dove si debba fare anche una resezione polmonare, oppure nei pazienti più compromessi dove l'unico scopo è palliativo, cioè faccio non avere questo versamento pleurico grave perché mi peggiora la situazione respiratoria eccetera, lo posso fare in condizioni meno invasive.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - E quindi in anestesia locale...

C.T. MARENGHI - Con sedazione.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - E come viene fatto meccanicamente?

C.T. MARENGHI - Viene fatto un forellino, viene infilato il toracoscopio, il toracoscopio può prelevare e poi... s'infilta, si guarda, si mette il talco e poi si può mettere il drenaggio toracico.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - E questo praticamente evita l'anestesia...

C.T. MARENGHI - Certo, evita l'anestesia generale, evita l'intubazione, evita l'acquattamento del polmone, evita molte cose, è a scopo palliativo. Certo se uno debba fare delle biopsie, non si possono fare le biopsie in questa

cosa, ma in questo caso forse le biopsie non erano necessarie.

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

PRESIDENTE - Dottor Squicciarini prego, voleva aggiungere...

C.T. SQUICCIARINI - Io volevo sottolineare che quando ho introdotto il discorso dell'oncogene era proprio in astratto, perché la prima cosa che da chirurgo toracico, da chirurgo, debbo fare è anche sentire l'oncologo prima di andare a ricercare questo oncogene. Cioè l'oncologo mi deve dire "guarda c'è una possibilità di terapeutica utilizzando l'anticorpo monoclonale" e quindi io mi muovo andando intanto a rivalutare il vetrino di primo intervento. Sappiamo c'è un 10% di mutazione di questo oncogene e quindi posso andare a cercarlo sulle localizzazioni metastatiche ma, come ho detto prima, anche in semplice immunofluorescenza. Forse ho usato il termine ibridazione in situ che è la microistologia o l'istologia, ma l'immunofluorescenza. Però sento prima l'oncologo se ho uno spazio di questo genere oppure no, perché se no ancora a maggior ragione decede tutto.

AVV. BELLANI - No, però Presidente... posso? Chiedo scusa, perché il Dottor Squicciarini sta riferendo alcune cose; forse, siccome è stato rappresentato il caso dai colleghi che l'hanno preceduto, ma dalla cartella clinica risulta, il paziente viene inviato da un oncologo alla Chirurgia Toracica. Io non so se forse il fatto che il Dottor

Squicciarini non abbia visto di recente la cartella clinica, non avendo fatto la relazione su questo caso, abbia potuto incidere - Dottore magari no - sul suo ricordo, perché risulta il dato contrario.

C.T. SQUICCIARINI - Se vuole possiamo vederlo... ma io non dico... l'oncologo me lo può inviare anche per fare semplicemente il talcaggio. Io parlo dell'indicazione a andare a ricercare l'espressione dell'oncogene, dell'Erb, e questo me lo deve indicare precisamente. Perché l'oncologo me lo può inviare semplicemente per il talcaggio.

PRESIDENTE - Va bene.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - La Dottoressa Marengi vuole aggiungere qualcosa?

C.T. CAMPARI - Volevo segnalare, siccome sono io che ho riportato la vicenda clinica, che in realtà risulta annotato nella refertazione dell'accesso in pronto soccorso che la paziente fu inviata dal Dottor Brega Massone per ricovero, non viene fatto alcun riferimento ad oncologi.

PRESIDENTE - Va bene, sarà poi in fase di controesame eventualmente, questo l'aveva detto fin dall'inizio la Dottoressa, prego.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]