

[REDACTED]

Difesa Brega Massone - Avvocato Bellani

AVV. BELLANI - Paziente [REDACTED] Una domanda per la Dottoressa Marenghi: nel caso della paziente [REDACTED] qual era il rationale dell'intervento chirurgico che è stato fatto e che è contestato?

C.T. P.M. MARENGHI - Non lo so, lo deve chiedere... il rationale non lo so io.

AVV. BELLANI - Sì, dall'esame, dalla cartella clinica che lei ha valutato naturalmente.

C.T. MARENGHI - Dunque, la paziente aveva dei versamenti pleurici recidivi che erano sempre stati trattati con drenaggio e la paziente era sempre andata bene. Arriva con una dispnea da sforzo assolutamente imputabile ai versamenti e viene operata per una VATS bilaterale, cioè

da tutte e due le parti. E' una paziente che si sa già che è una paziente metastatica e non solo si fa la VATS e si talca eventualmente, ma si fa anche un'asportazione di una parte di parenchima polmonare, quindi anche una resezione di minima, ma si fa una resezione. Lo scopo io non lo so, perché la diagnosi era fatta, era una paziente plurimetastatica recidiva, non c'era nessuna obiettività di fare una cosa del genere. Purtroppo il destino della paziente era in qualche maniera segnato e sicuramente non era la resezione che avrebbe cambiato la terapia o comunque l'aspettativa di vita.

AVV. BELLANI - Che cosa vuol dire aveva fatto dei drenaggi ed era sempre andata bene?

C.T. P.M. MARENGHI - Nel senso che era sempre stata drenata e l'insufficienza respiratoria che evidentemente si poneva per questi versamenti era sempre stata risolta e la paziente era andata avanti. Certo, drenando, ma è la storia di questi pazienti.

AVV. BELLANI - Quindi aveva una recidiva?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì, aveva una recidiva.

AVV. BELLANI - Senta, quindi lei esclude un'utilità dell'indicazione di tipo diagnostico che infatti non era...?

C.T. P.M. MARENGHI - Non c'è.

AVV. BELLANI - Ma infatti non era...

C.T. P.M. MARENGHI - E quindi non si capisce per quale motivo

abbia fatto resezione polmonare.

AVV. BELLANI - Torno alla domanda, lei dagli atti e dalla documentazione clinica che ha valutato il razionale e l'indicazione dell'intervento in VATS lo ha ricavato?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì.

AVV. BELLANI - E che tipo d'indicazione era?

C.T. P.M. MARENGHI - Secondo me si poteva... non era un'indicazione, soprattutto alla resezione non c'era indicazione.

AVV. BELLANI - Quanto hanno evacuato in VATS alla signora?

C.T. P.M. MARENGHI - Non mi ricordo francamente.

AVV. BELLANI - Lo può verificare?

C.T. P.M. MARENGHI - Però guardi che l'evacuazione si può fare... 800 cc, si può fare in qualsiasi modo, anche soltanto drenando, non c'è bisogno di fare la VATS.

AVV. BELLANI - La signora infatti aveva fatto ripetute toracentesi ed era arrivata...

C.T. P.M. MARENGHI - Si poteva continuare e probabilmente avrebbe vissuto ancora un po'.

AVV. BELLANI - Certo, si poteva continuare a fare toracentesi.

C.T. P.M. MARENGHI - Sì.

AVV. BELLANI - Ecco. Per la signora [REDACTED] continuare a fare ripetute toracentesi era a suo giudizio la scelta migliore dal punto di vista curativo, palliativo in questo caso per la paziente?

C.T. P.M. MARENGHI - In un bilancio di rischio - beneficio sicuramente sì.

AVV. BELLANI - Le ripeto la domanda: può rispondere quanto è stato drenato alla signora?

C.T. P.M. MARENGHI - 800.

AVV. BELLANI - E poi?

C.T. P.M. MARENGHI - 1.000 poi da una parte e 1.000 dall'altra.

AVV. BELLANI - E' stato fatto l'intalciamento?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì.

AVV. BELLANI - Quindi abbiamo una paziente in recidiva metastatica a cui è fatto un intalciamento in VATS bilaterale.

C.T. P.M. MARENGHI - Sì.

AVV. BELLANI - Lei ha parlato ancora l'altra volta di brecce chirurgiche, perché viene operata...

C.T. P.M. MARENGHI - Bilaterale qua eh, da una parte e dall'altra.

AVV. BELLANI - Bilaterale è da una parte e dall'altra, sì. La signora era da evacuare e da talcare da entrambe le parti o da una sola?

C.T. P.M. MARENGHI - No, era da evacuare sicuramente da entrambe le parti, la cosa è... però, ripeto, l'evacuazione può essere fatta...

AVV. BELLANI - Era da intalciare da una parte sola o da tutte e due?

C.T. P.M. MARENGHI - Da tutte e due possibilmente, sì. In questo caso io credo che la wedge resection più che il talcaggio sia stata una scelta assolutamente opinabile.

AVV. BELLANI - Quindi il talcaggio... cioè, il talcaggio come atto dovuto, la wedge resection, cioè la biopsia una volta dentro lei non l'avrebbe fatta?

C.T. P.M. MARENGHI - Assolutamente no. Il versamento oltretutto non serve proprio a niente, perché il versamento si rifà subito, quindi... anche col talcaggio si ripete il versamento.

AVV. BELLANI - Non ho capito, scusi.

C.T. P.M. MARENGHI - Il talcaggio viene fatto, ma il versamento si ripete.

AVV. BELLANI - Questa è un'opzione in effetti considerata dalla Letteratura, oppure no?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì, questo sta a dire proprio che evidentemente neanche il talcaggio poteva essere risolutivo in questo caso, soprattutto poi se cruenti anche il parenchima polmonare, perché non soltanto...

AVV. BELLANI - Ma era prevedibile, Dottoressa, che il talcaggio non avrebbe funzionato? In una paziente recidiva con pregresse toracentesi.

C.T. P.M. MARENGHI - No no no, c'è la possibilità che non funzioni, ma sicuramente se tu vuoi farlo funzionare non ti metti anche a resecare il parenchima.

AVV. BELLANI - Quale connessione ha, Dottoressa Marenghi, la

biopsia con...?

C.T. P.M. MARENGHI - La biopsia, mi stia a sentire...

AVV. BELLANI - Scusi scusi, quale connessione ha la biopsia pleurica, se in questo caso è stata fatta pleurica, con l'efficacia del talcaggio?

C.T. P.M. MARENGHI - Ma voglio dire, se io ho una parte che devo cruentare per chiudere, eccetera, e faccio delle manovre in più sicuramente peggioro la situazione, quindi l'efficienza della manovra potrebbe anche essere messa... io non posso dire che questo abbia peggiorato o non peggiorato, ma sicuramente io posso dire che non ha migliorato e sicuramente non è stato risolutivo e sicuramente era inutile. Scusi, io perché vado a prelevare dei pezzi? Mi faccia capire. Piccolo o grosso che sia io devo avere uno scopo in tutta questa vicenda e qui lo scopo qual era? La diagnosi era fatta, la paziente era una paziente terminale, era una paziente che aveva dei problemi sicuramente di recidive di versamento, ma non c'era bisogno di andare a resecare. Mi chiedo quale fosse il rationale di un intervento del genere, non c'è.

AVV. BELLANI - Be', ha appena detto che il talcaggio andava fatto e che quindi è un rationale all'intervento.

C.T. P.M. MARENGHI - Il talcaggio può essere... le ripeto, sì, però può essere fatto, le ripeto, in altri modi. Possiamo farlo con la VATS, ma sicuramente è un tipo d'intervento che è stato sovrabbondante rispetto al problema e di

conseguenza sicuramente quando in una paziente di un certo tipo, con delle caratteristiche, si fanno delle azioni che non sono assolutamente relative allo stato di salute e nemmeno alla terapia e nemmeno alla diagnosi è sbagliato.

AVV. BELLANI - Dottoressa, chiedo scusa, però le pregresse toracentesi erano state fatte senza risultato e quindi...

C.T. P.M. MARENGHI - Anche questa è stata fatta senza risultato, però il risultato c'era: che nelle pregresse toracentesi era sopravvissuta la paziente.

AVV. BELLANI - Dottoressa, qual era fra la toracentesi e la VATS se esiste l'intervento che avrebbe dovuto farsi?

C.T. P.M. MARENGHI - Io avrei fatto una toracentesi di nuovo a quella paziente.

AVV. BELLANI - Un'altra, certo, un'altra.

C.T. P.M. MARENGHI - E sarebbe probabilmente sopravvissuta. E poi si possono lasciare piccoli cateteri a permanenza, voglio dire, sono molto sottili, molto piccoli, si fa. Vanno anche a casa i pazienti con questa roba, soprattutto se sono terminali.

AVV. BELLANI - Grazie.

Difesa Brega Massone - Avvocato Fornari

AVV. FORNARI - Dottoressa Marenghi, sotto quale aspetto definisce questa paziente come terminale?

C.T. P.M. MARENGHI - Una paziente plurimetastatica lei come la chiama?

AVV. FORNARI - Lo chiedo a lei.

C.T. P.M. MARENGHI - E' una paziente plurimetastatica, quindi ha un'aspettativa di vita, visto che era stata chemioterapizzata, eccetera eccetera, e operata, eccetera, il tumore aveva invaso praticamente tutto, probabilmente aveva anche metastasi cerebrali, non saprei come altro chiamarla.

AVV. FORNARI - Quindi il paziente che ha più metastasi lei lo definisce terminale?

C.T. P.M. MARENGHI - Be', sì, è un paziente sicuramente che...

AVV. FORNARI - No no, ci mancherebbe.

C.T. P.M. MARENGHI - Poi se è terminale nel senso che muore dopo due giorni o che muore dopo due mesi questo io non lo so.

AVV. FORNARI - Ma sopravvivere due mesi è compatibile con la nozione di malato terminale?

C.T. P.M. MARENGHI - Ma sì, certo.

PRESIDENTE - Allora a questo proposito chiediamo al Collegio: malato terminale cosa significa? Che ha una scadenza di vita o è la sua condizione, tipo non può assolutamente guarire? Cosa intendete dal punto di vista clinico malato terminale, non che ha sei mesi, quattro mesi, un anno, o è legato invece alla patologia? E' chiara la domanda?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì. E' legato sia alla patologia che alla scadenza di vita, cioè io posso presumere che una patologia di questo tipo, intrattabile, perché ormai è intrattabile, porti a morte. Però non avendo la sfera di cristallo non posso dire se porta a morte in due mesi o tre mesi.

PRESIDENTE - Quindi è l'intrattabilità della malattia.

C.T. P.M. MARENGHI - Esatto, anche e non solo. Oltretutto, posso dire, se io tratto le complicanze, per esempio le... è chiaro che io allungo in pratica la vita del paziente, però è ovvio che devo trattarle con un costo, un rischio - beneficio, perché se il trattamento della complicanza mi pone ancora più a rischio della malattia stessa allora non ha più senso intervenire in questo senso.

AVV. FORNARI - A pagina 75 della trascrizione del suo esame de 10 giugno lei ha detto: "La paziente è metastatica, perché devo levargli un pezzo di polmone che comunque determina la funzionalità respiratoria? Infatti la paziente muore poi d'insufficienza respiratoria". Ecco, da questa frase di cui chiederei un'interpretazione... quindi lei attribuisce la morte della paziente al fatto che è stato asportato quello che lei chiama un pezzo di polmone?

C.T. P.M. MARENGHI - No, la conseguenza della VATS e dell'intervento chirurgico in toto, oltre che

dell'asportazione. E' chiaro, l'asportazione fa parte...

AVV. FORNARI - Quindi non solo dell'asportazione.

C.T. P.M. MARENGHI - No, è l'intervento in toto. Faccio subire un'anestesia generale alla paziente, acquatto tutti e due i polmoni, faccio un certo tipo di cose in una paziente che ha pochissima stoffa o comunque è già una che è dispnoica, che se la lasci stare se la cava, se la tocchi diventa dispnoica, io faccio un intervento chirurgico bilaterale, bilaterale, quindi il dolore, il drenaggio, eccetera eccetera, che sicuramente impattano sulla funzionalità respiratoria... perché qui possiamo produrre della Letteratura di tutti i tipi, per esempio, che dice che quando tu fai un interveneto toracico per quanto piccolo tu hai una diminuzione della funzione respiratoria. Addirittura lei pensi che addirittura se la si fa sull'addome alto, neanche se si tocca il torace, diminuisce la funzionalità respiratoria, perché in parte la compromissione della funzionalità e della possibilità respiratoria viene diminuita. Questo fa sì che il paziente respiri peggio, che il paziente abbia dolore, che il paziente formi atelettasia, perché se io non riesco ad espandere bene il polmone, il polmone è stato acquattato, sicuramente ci sono delle secrezioni, io peggioro la funzionalità polmonare. Quindi è chiaro che l'intervento chirurgico peggiora di per sé la funzionalità polmonare. Addirittura, ripeto, anche gli

interventi sull'addome alto possono procurare un deficit respiratorio e lo sappiamo bene noi che andiamo in sala operatoria regolarmente. Quindi di conseguenza è evidente che l'insufficienza respiratoria... questa paziente entra con le sue gambe, ha una dispnea da sforzo, viene operata e muore d'insufficienza respiratoria, mi sembra che il... viene operata ai polmoni bilateralmente con un costrutto che ancora devo capire e muore. Mi sembra evidente, si va a vedere perché l'insufficienza respiratoria si presenta subito, ha la CO2 che sale, è ipossiémica, eccetera eccetera, quindi tutti segni d'insufficienza respiratoria, mi sembra che sia evidente. A che altro può essere dovuta l'insufficienza respiratoria?

AVV. FORNARI - Be', non è stata l'asportazione del pezzo di polmone comunque a determinare...

C.T. P.M. MARENGHI - Anche quella, ho detto anche quella, certo.

AVV. FORNARI - E' diverso da quello che ha detto il 10 giugno, Dottoressa.

C.T. P.M. MARENGHI - No, io ho detto... lo preciso adesso. Allora, anche l'asportazione sicuramente non ha giovato, ma ha peggiorato la situazione. L'intervento chirurgico di per sé è peggiorativo sulla funzione respiratoria; l'asportazione della parte di polmone è assolutamente inutile e peggiorativa.

AVV. FORNARI - Senta, lei ha detto durante l'esame che si

sarebbe potuto fare talcaggio con toracosopia; poi poco fa ha detto anche che si poteva proseguire a fare delle altre toracentesi alla signora. Una domandina preliminare: ma la toracentesi è un'esperienza dolorosa o un'esperienza...?

C.T. P.M. MARENGHI - No, pochissimo dolorosa se è molto piccolo il catetere perché la cosa è fluida. Si possono addirittura mettere i cateteri per evacuazione, quelli che si usano per la vena centrale, che è un intervento che si fa in locale, si fa un po' di anestesia locale, che è come quella del dentista, quindi il disagio del paziente è che sente pungere e un po' bruciare, insomma l'esperienza che abbiamo dal dentista, che - per carità di Dio - non è un'esperienza piacevole, ma non è neanche una cosa... Quindi, voglio dire, sì, comunque è un intervento invasivo e come qualsiasi intervento invasivo è sicuramente un intervento... ma insomma un conto è avere dei drenaggi grossi così, un conto è mettere un drenaggino ed evacuare piano piano il versamento.

AVV. FORNARI - Senta Dottoressa, lei conosce Letteratura sul talcaggio tramite toracosopia?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì.

AVV. FORNARI - E' fatto quindi in anestesia locale?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì.

AVV. FORNARI - Ci può citare qualche riferimento?

C.T. P.M. MARENGHI - No, a memoria non cito proprio niente.

AVV. FORNARI - Quindi non conosce dei dati relativi alla comparazione di efficacia fra il talcaggio in VATS e il talcaggio con toracosopia?

C.T. P.M. MARENGHI - Allora, il talcaggio in VATS soprattutto si fa quando ci sia sicuramente un problema per esempio benigno. Vi faccio un esempio: sono quei pazienti che hanno delle distrofie bollose, hanno una malformazione bollosa, sono giovani, hanno dei pneumotoraci, recidivano. Allora al paziente si fa la VATS, si leva la bolla e si fa anche un talcaggio pleurico in maniera che il paziente sia così, e questo è un tipo di cosa. E' chiaro che la VATS la puoi fare anche sul paziente neoplastico, però dipende sempre dalla stoffa del paziente e da quanto tu presumi di tirarne fuori dal paziente, perdonatemi la brutalità, è chiaro. Nel caso del paziente che non abbia stoffa io mi limito a fare la cosa meno invasiva possibile, quand'anche non sia la migliore. Non è detto che il trattamento che io devo applicare su un paziente debba essere forzatamente quello che è migliore, deve essere migliore per quel paziente. Ritorniamo sempre a vedere qual è l'aspettativa di vita e qual è la situazione del paziente in esame, non la Letteratura. Qui continuiamo a parlare di Letteratura, Letteratura, Letteratura. Io lo ripeto un'altra volta: non esiste che uno possa fare una scelta basandosi esclusivamente sulla Letteratura e non guardando il

paziente, né le aspettative del paziente, è un errore. L'applicazione dei presidi terapeutici, diagnostici e terapeutici dipendono dal paziente.

AVV. FORNARI - Ecco, però magari non guarda la Letteratura, però prenderà in considerazione le linee guida. Ci sono dei riferimenti specifici sull'alternativa toracosopia - talcaggio in VATS nelle linee guida?

C.T. P.M. MARENGHI - Certo, certo.

AVV. FORNARI - Se ce le può citare.

C.T. P.M. MARENGHI - Questa è una scelta che eventualmente poi fa il chirurgo anche di scegliere una cosa più l'altra, infatti Greco dice "qualsiasi possibilità di ottenere beneficio per la paziente (inc.) solamente come puro accanimento". Questo lo dice il chirurgo anche, non lo dico solo io.

AVV. FORNARI - Ma è un chirurgo toracico il Professor Greco?

C.T. P.M. MARENGHI - Lo diceva anche Squicciarini. Io faccio l'anestesista e le posso dire una cosa: il rischio operatorio di mettere un paziente sul tavolo senza avere un beneficio c'è un rischio sempre, perché non c'è nessun rischio zero. Allora, io devo vedere che cosa voglio ottenere. In questo caso l'ottenere quello che si sarebbe potuto ottenere si sarebbe potuto ottenere con altre strade meno invasive che evidentemente non avrebbero peggiorato la situazione della paziente che comunque era una paziente che aveva...

AVV. FORNARI - Allora le faccio una domanda diversa: l'inserimento del talco nella zona del versamento è più efficace facendo la VATS o facendo la toracosopia in cui il paziente è sveglio e sono ventilati i polmoni?

C.T. P.M. MARENGHI - Ma lasci perdere questo, le ho già spiegato...

AVV. FORNARI - No no, scusi, risponda. Non lascio perdere.

C.T. P.M. MARENGHI - Ma certo che con la VATS se ho il polmone giù e il paziente che dorme faccio una cosa diversa, ma dipende se il paziente lo può sopportare, perché allora io posso fare un intervento perfettamente riuscito ma il paziente è morto. Che cosa vuol dire?

AVV. FORNARI - Questo è chiaro, ma il talco penetra più facilmente se il paziente è addormentato o se il paziente invece è in anestesia locale?

C.T. P.M. MARENGHI - Il talco penetra in tutti e due i modi. Guardi, il talco è talco, uno lo spruzza e va dappertutto. Tra le altre cose c'è anche una scuola di pensiero che dice che più la zona è cruentata più il talco potrebbe andare in circolo, che non è una roba bellissima. Quindi diciamo che c'è anche questa scuola di pensiero che dice che il talcaggio, o meglio la pleurodesi... con la VATS si fa la pleurodesi e non il talcaggio, ma comunque questa è una cosa che le può sicuramente rispondere un chirurgo toracico meglio di me.

AVV. FORNARI - Lei conosce l'articolo che vorrei citare esattamente di Gasparri ed altri sulla, traduco "Gestione videoassistita dei versamenti pleurici maligni nel carcinoma del seno?"

C.T. P.M. MARENGHI - No.

AVV. FORNARI - E' un articolo del 2006, sul Cancer del 2006.

C.T. P.M. MARENGHI - No.

AVV. FORNARI - Questa casistica riguarda delle pazienti operate per metastasi pleuriche da carcinoma mammario. Lei sa che in questi casi o comunque ritiene possibile, non facciamo riferimento a questo articolo che non conosce, ma ritiene possibile e plausibile che durante questi interventi in VATS vengano eseguite delle biopsie pleuriche?

P.M. DOTTOSSA PRADELLA - C'è opposizione. Io capisco che ci si appoggi alla Letteratura, però le domande devono essere poste in modo completo perché qui ci troviamo di fronte a una paziente plurimetastatica e non solo che aveva metastasi pleuriche, ma - come potete vedere - metastasi al cranio che da quello che so io è l'ultimo stadio della metastasi.

C.T. P.M. MARENGHI - Mi ha levato la parola di bocca. Cioè, lei sta parlando di metastasi pleuriche, qui abbiamo una paziente, ripeto, che è plurimetastatica, ha metastasi dappertutto questa paziente.

AVV. FORNARI - Ma anche i pazienti di Gasparri erano

plurimetastatizzati con versamenti recidivi. Quindi le risulta che non si possano fare, non si debbano fare biopsie pleuriche rispetto a questo tipo di pazienti?

C.T. P.M. MARENGHI - No, io dico solo che bisogna controllare paziente per paziente e bisogna vedere lo scopo, bisogna vedere paziente per paziente e anche lo scopo. Qui non ce n'era.

AVV. FORNARI - Ma è ovvio che bisogna vedere paziente per paziente. Che cosa deve guardare? Non ho altre domande.

AVV. BELLANI - Produciamo l'articolo che ha appena citato l'Avvocato Fornari: Gasparri, Leo, Veronesi, De Pas, Colleoni, Maisonneuve, Pelosi, Galimberti, Spaggiari, il titolo è quello che vi ha dato. 2005, American Cancer society. E' integrale.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Non abbiamo opposizione, salvo che parla solo di metastasi pleuriche.

PRESIDENTE - La Corte acquisisce.

Difesa Pansera - Avvocato Gualtieri

AVV. GUALTIERI - Secondo lei questa paziente aveva una valutazione... cioè, lei la considera una paziente terminale, ma aveva una prospettiva di vita intorno ai due - tre mesi, se ho capito.

C.T. P.M. MARENGHI - Io non ho detto due o tre mesi, ho detto che è una paziente che non ha aspettativa di vita lunga perché... come ho detto, se lei cura e tratta le

complicanze, per esempio questo, e le tratta in un certo modo sicuramente allunga la vita perché questa paziente senza i drenaggi pleurici sarebbe morta prima. Ora, come io faccio il drenaggio pleurico? E' questo il busillis, non tanto che serva il drenaggio pleurico, non è questo il problema. Il problema è come io tratto la complicanza e il rischio - beneficio che io ho dal trattamento. Siccome ci sono varie maniere per trattare questa complicanza, io devo vedere qual è la stoffa del paziente e che cosa è meglio fare in quel momento.

AVV. GUALTIERI - Questo l'ho capito, forse non sono stato in grado di formulare correttamente la domanda, ma la mia domanda era: considerando un trattamento corretto lei ritiene che questa paziente avesse di fronte a sé una prospettiva di vita, seppur minima, nell'ordine di due o tre mesi?

C.T. P.M. MARENGHI - Sì, certo. Assolutamente sì.

AVV. GUALTIERI - Questa qui era la prima domanda. La seconda è in generale al Collegio: se io ho ben capito voi nell'ambito della relazione, però penso sia un errore, fate riferimento per quanto riguarda la sussistenza dell'indicazione chirurgica a una consulenza del Professor Sartori. Se ho ben capito, il vostro riferimento è esclusivamente alla consulenza del Professor Greco con riguardo al profilo dell'indicazione chirurgica sotto il profilo ovviamente toracico.

C.T. P.M. RONCHI - Abbiamo tenuto conto anche di quello.

AVV. GUALTIERI - Ma voi siete a conoscenza dell'esistenza su questo caso di una consulenza del Dottor Sartori o del Dottor Squicciarini?

C.T. P.M. RONCHI - No. Sì, abbiamo preso visione, scusate, andando a memoria.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - (*Fuori microfono*) possiamo contestargli le dichiarazioni del Professor Sartori...

AVV. GUALTIERI - Non ho capito.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - ...che ha fatto in udienza.

AVV. GUALTIERI - Ma siccome a me non risulta che esista una relazione del Professor Sartori e una relazione del Dottor Squicciarini, non mi risulta che ci siano. Siccome viene citata nella relazione scritta, vorrei che fosse chiaro al Collegio che in realtà il riferimento è quella...

C.T. P.M. RONCHI - Senta, è passato molto tempo, noi a pagina 9 abbiamo scritto che abbiamo perso visione della relazione Squicciarini e Greco. Può essere che sia un errore materiale, come può essere che in effetti le abbiamo lette entrambe e abbiamo riportato solo quella di Greco. Non siamo in grado di ricordare con precisione, insomma è passato molto tempo.

AVV. GUALTIERI - Grazie.

AVV. FORNARI - Il Dottor Brega Massone voleva fare una dichiarazione.

PRESIDENTE - Prego.

SPONTANEE DICHIARAZIONI IMPUTATO – BREGA MASSONE PIER PAOLO –

IMP. BREGA MASSONE - Io volevo solamente focalizzare un paio di punti. Va be', a parte la Letteratura e a parte quella che è l'esperienza personale vissuta all'Istituto dei Tumori, quella che qui si va a contestare fondamentalemente è la palliazione per una paziente nell'ultimo periodo della sua vita. Allora, tutte le pazienti sono plurimetastatiche perché ovviamente non è che viene una metastasi pleurica e non viene la metastasi al fegato. Anche lì anatomicamente se la via è quella del sangue ha determinate stazioni, la può saltare una volta ma sempre sono quelle. Quindi tutte le pazienti sono plurimetastatiche, basta solo leggere, cioè su questo è una cosa molto semplice. Allora, il fatto che si valuti una paziente terminale o non terminale è una cosa un po' difficile da dire. Non parlo tanto per me quanto per gli anestesisti che hanno addormentato la paziente perché diciamo che fondamentalemente in questo caso sono più tirati in ballo loro di me. Io posso proporre la videotoracosopia, però se loro mi dicono "questa è una paziente che non può sopportarla" io non faccio l'intervento. E questo il Professor Gattinoni l'ha

spiegato benissimo. Qui ci sono un po' delle cose differenti rispetto a quelle che abbiamo sentito oggi. Il fatto che la paziente venga talcata o venga fatta la toracosopia viene fatto proprio per quanto è espresso in tantissima Letteratura, ma viene fatta per un motivo. La toracentesi è un ago che viene infilato nella schiena, nonostante si parli di aghi sottili si parla di determinati aghi, che poi mostreremo, che sono molto dolorosi. Perché è stata mandata la signora [REDACTED]. Allora bisogna fare veramente un passo indietro. La signora [REDACTED] ormai era stato detto al primo processo, quindi non è più una novità, fu mandata dal Dottor [REDACTED] dell'Oncologia medica di Casalpusterlengo. Fu mandata proprio perché non era possibile dopo ripetute toracentesi, dopo dolori mostruosi che accusava la paziente, recidive di versamento e quindi, chiamiamo, quello che è rimasto anche al tempo della toracosopia, cioè 800 ml da una parte e 1.500 dall'altra, andare avanti con le toracentesi perché la paziente non le sopportava più. Quando mi fu mandata questa paziente l'obiettivo era duplice: uno è quello che avevano messo loro, forse senza... dell'esame istologico che è quello di cui Gasparri e tutti riguardo alle mammelle dicono. Cioè, fondamentalmente esistono delle differenze di trattamento tra sospette o chiamiamole sicure metastasi da mammella e sicuramente quelli che sono gli altri tipi

di metastasi. Poi ci sono delle patologie in cui l'immunoistochimica è molto importante, il melanoma e tante altre patologie. Si parla molto spesso di interventi fatti così, il primo punto è palliazione perché una persona può anche morire, però almeno deve morire dignitosamente e non continuamente bucata, non continuamente con un drenaggio che non può neanche andare in giro perché se si scollega questo drenaggio si trova in mezzo alla gente tutta bagnata, perché queste sono non quello che dice il Dottor Brega Massone, queste sono le ragioni per cui è nata una corrente che è fortissima sulle videotoroscopie per talcaggio per palliazione. E' dimostrato dai lavori anche un'altra cosa che è completamente contraria a quanto ho sentito, cioè che per esempio in lavori vengono fatti paragoni tra decessi di videotoroscopia e decessi col drenaggio toracico e muoiono esattamente dopo due, tre, quattro, cinque giorni allo stesso identico modo. Cioè, non è la VATS a modificare la situazione, ma è la patologia della paziente, le patologie concomitanti e tante situazioni. In questa paziente personalmente io ho solamente esclusivamente potuto dare un aiuto all'oncologo medico... avevo parlato, il figlio è venuto, loro sanno, ci eravamo espressi chiaramente, era una cosa da fare prima forse perché sicuramente prima si previene questa situazione, cioè dell'avanzamento della malattia, della

recidiva del versamento e questo è dimostrato, ripeto, ancora da migliaia di lavori, e prima si ottiene il risultato. Cioè, meglio è la sopravvivenza... non la sopravvivenza intesa come sopravvivenza della malattia, come sopravvivenza della palliazione, quello che può essere il tempo che rimane alla paziente da vivere. Cioè, qui non bisogna fare un conto sul fatto se la paziente ha guadagnato qualcosa da un punto di vista di sopravvivenza, assolutamente no. La paziente può guadagnare qualcosa di essere senza versamento pleurico per due mesi, tre mesi, anziché quindici giorni, dodici giorni. La sopravvivenza media pubblicata da Solli va da un mese a neanche sei mesi per i pazienti con tumore del polmone, ma di queste situazioni ne abbiamo tantissime. Io presenterò tutta la mia casistica operatoria, non quella che solamente... questi casi. Però indipendentemente da questo volevo solo far notare due cose: la toracentesi provoca dolore e difatti ad un certo punto diventa insopportabile; il drenaggio non drena e lascia dentro il versamento perché ad un certo punto smette di funzionare. La toracosopia che ha proposto la Dottoressa, intesa come toracosopia... credo che lei intendesse... perché videotoracosopia o toracosopia cambia solo esclusivamente il video, ma il toracoscopio più o meno è sempre lo stesso. Il problema di poter posizionare il talco è legato al fatto che comunque

quelle in anestesia locale sono state pressoché abbandonate per un motivo: sono molto dolorose, il paziente respira, quindi il polmone è espanso, il paziente si muove durante l'intervento e si rischiano di avere lacerazioni, situazioni... Questo è pubblicato anche sul lavoro dell'Istituto dei Tumori, di sono tutte cose senza... come dire, comprovate. Per cui se è stata effettuata una tecnica o se è uscita una tecnica che è ritenuta il gold standard le ragioni non sono perché la facevo io, ma perché effettivamente poteva dare in quanto a qualità di vita qualcosa di meglio alla paziente. La sopravvivenza sarebbe stata comunque la stessa. Ho sentito... scusi, l'ultimo punto perché a questo punto non posso non rispondere. Allora, prima di tutto l'immunoistochimica, che è una cosa importantissima ed è la ragione per cui mi fu mandata la paziente. Io ho tolto nei frammenti che erano di 4 millimetri e 5 millimetri e una sola resezione che è di 5 centimetri in lunghezza e di 3 centimetri in spessore. Perché? Perché fondamentalmente l'immunoistochimica ha un procedimento molto lungo e ha bisogno dei tessuti. Pertanto quella fu fatta solo ed esclusivamente per l'immunoistochimica, come è scritto in tutta la Letteratura per quanto riguarda la senologia. Poi si è parlato, adesso si è confuso addirittura il talcaggio, la pleurodesi nel pneumotorace o in quello che può essere un talcaggio

invece che è tutta un'altra cosa. Allora, esistono due tipi di pleurodesi: la pleurodesi meccanica che è quella che si fa in un pneumotorace, cioè si toglie la pleura, quindi quando troverà negli esami istologici la pleura, la pleura non è tolta a scopo bioptico, è tolta solo ed esclusivamente per creare aderenze al livello dell'apice e non far più cadere il polmone che si è bucato e che quindi può avere anche delle bolle; la pleurodesi chimica in quello che può essere un paziente che ha delle bolle, se è un paziente giovane assolutamente non si fa. Cioè, la pleurodesi chimica non ha nessuno senso. La pleurodesi chimica viene fatta in quei pazienti con una distrofia bollosa, nei pazienti recidivanti, in determinati tipi di pazienti ed è ben definita. Per cui non è che se uno ha una bolla o un (inc.) gli si mette la pleurodesi chimica. C'è una bella differenza tra pleurodesi meccanica e quella chimica. Almeno, qui è stata confusa e quindi era giusto sottolinearlo. Grazie.

C.T. P.M. MARENGHI - Ho parlato di pazienti giovani con pneumotorace recidivante, non ho parlato di patologia tumorale. Ho detto che ci sono delle differenze e si possono... la stessa cosa si può raggiungere, cioè l'accollamento del polmone si può raggiungere in varie strade, quindi ho fatto un esempio di patologia assolutamente benigna. Detto questo, per ribadire il concetto, il problema che ci sia un gold standard, ripeto

sempre, dipende da questo. Nessuno pensava di aumentare la sopravvivenza della paziente, però questa cosa ha diminuito la sopravvivenza della paziente perché ha fatto venire un'insufficienza respiratoria che è assolutamente in rapporto con l'intervento chirurgico.

PRESIDENTE - Va bene, prego.

[REDACTED]