

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

PRESIDENTE - Possiamo passare ora all'esame di [REDACTED] Per cortesia chiedo la scheda anestesiologicala. Questa scheda che cosa ci descrive in relazione al cuore e al circolo? E poi ha definito, se non ricordo male, il paziente ASA 3. Iniziamo con la pressione arteriosa, cosa ci dice? Perché non sono di facile lettura.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - 116 su 40.

PRESIDENTE - È un ASA 3?

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Guardi, in questi pazienti la definizione ASA 3, in questo tipo ASA 4, è proprio *border line*, nel senso che una paziente così vuol dire che ha un circolo comunque un'attività cardiaca... perché questa paziente se non ricordo male... okay, stavo un attimo memorizzando perché questo caso non l'ho periziato.

PRESIDENTE - Va beh, ma stiamo commentando.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Però lo stiamo vedendo, sì. Vuol dire che ha un circolo periferico non sostenuto dal cuore. Toni parafonici, esiti flebitici, frequenza cardiaca 91, per cui non compensa neanche benissimo dal punto di vista dell'attività cardiaca, ma questo è ovvio in questo caso, perché dovrebbe essere un po'... cioè già sta cercando di compensare, perché una frequenza cardiaca 91... teniamo

presente che questa era una paziente che prendeva un farmaco anti ipertensivo in anamnesi.

PRESIDENTE - Ce lo può leggere...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Pressione arteriosa 116/40, frequenza cardiaca 91, ipertensione arteriosa, io lo leggo così; toni parafonici, esiti fleblitici dell'arto... non riesco a capire...

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Attualmente in terapia.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Ecco, attualmente in terapia con eparina sottocutanea iniziata circa 12 giorni fa.

PRESIDENTE - L'eparina è un antitrombotico.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì, perché aveva una flebite, quando hai una flebite tendenzialmente dai anche...

PRESIDENTE - Possiamo proseguire. Apparato respiratorio...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì, questa è la prima saturazione d'ossigeno che era 88 in aria; fibrobroncoscopia in sala operatoria, poi viene fatta alla notte sul tardi dell'intervento chirurgico se non sbaglio, prima dell'intervento chirurgico una emogasanalisi che ha una maggiore attendibilità e abbiamo una saturazione d'ossigeno del 93%, quindi non certamente ottimale, però una situazione comunque dignitosa, considerando che non era in ossigenoterapia, questa paziente non ha mai assunto ossigeno.

PRESIDENTE - Rene...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Epatomegalia lo leggo...

PRESIDENTE - Fegato, pancreas...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Stomaco eccetera. Epatomegalia è la parte... però non riesco a correlare l'altra parte... lieve, lieve epatomegalia, caspita che sforzi.

PRESIDENTE - Terapie attuali...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Enapren mezza compressa, Valpres, che un farmaco per la pressione; chemioterapia da circa 12 giorni in terapia con eparina sottocute.

PRESIDENTE - Poi c'è scritto sulla destra: in attesa di risonanza TAC.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Questo per la TAC...

PRESIDENTE - In attesa risonanza TAC.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Questa scheda probabilmente è stata fatta prima, però sicuramente c'è un problema... in attesa TAC, quindi l'anestesista non ha visto nulla di tutto questo.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Eseguita il 10, era già eseguito e non ha visto il referto.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - E non ha visto il referto.

PRESIDENTE - Cioè quindi in attesa risonanza nel senso che l'anestesista non ha letto il referto.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - In attesa... sì, visione, avrà letto magari il referto può darsi, ma in attesa visione TAC.

PRESIDENTE - Ah, in attesa visione TAC.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì.

PRESIDENTE - Quindi il referto l'ha visto?

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Può darsi che si siano sentiti con i radiologi, come era abitudine, però non lo possiamo sapere.

PRESIDENTE - Questo non possiamo saperlo. Quindi c'è in attesa visione TAC.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Sì, eseguita il 10.

PRESIDENTE - Non sarebbe stata attendere l'esito, cioè la visione della TAC tenendo presente che quando c'è fegato, pancreas c'è scritto lieve epatomegalia?

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Ma perché la funzionalità epatica di questa paziente, lo vediamo dalla pseudocolinesterasi che è un dato importantissimo, è okay. Quindi per l'anestesista il valutare, valuta la funzione dell'organo non diciamo il danno legato ad un eventuale metastasizzazione sull'organo. Per cui dal punto di vista funzionalità epatica è una funziona epatica ottima al contrario, vedremo, di altri casi.

PRESIDENTE - Avrebbe inciso la visione dell'esito della TAC sulla classificazione dell'ASA?

C.T. P.M. SQUICCIARINI - A mio parere avrebbe inciso più la valutazione della risonanza magnetica cerebrale. Perché la TAC che poi farà la paziente mostra una lesione probabilmente unica cerebrale e consiglia di fare una risonanza magnetica. Perché consiglia di fare la risonanza magnetica? Perché a livello cerebrale la presenza di eventuali lesioni meningeae la TAC non le

vede, le vede esclusivamente la risonanza magnetica, è quindi il correlare ASA 4, cioè un paziente che comunque ha un pericolo di vita eccetera, ha poca importanza ai fine dell'addormentare il paziente; ha importanza invece per quello che fai al paziente dal punto di vista chirurgico, questo sicuramente.

PRESIDENTE - Professor Sartori, ci perdoni se non abbiamo capito, ma ormai lei deve avere un sacco di pazienza, all'udienza del 10 giugno lei aveva detto che l'intervento - stiamo sempre parlando di [REDACTED] - poteva avere una sua logica, quello che non ha nessuna logica era l'eseguirlo contemporaneamente dalle due parti. La domanda è: che cosa intende quando ha detto che poteva avere una sua logica l'intervento?

C.T. P.M. SARTORI - Allora, se non ricordo male questa è una paziente stata mastectomizzata a suo tempo e nella quale compare questo versamento pleurico bilaterale. Ora fare una VATS da una parte le sola con l'intento di fare un talcaggio al di evitare che il versamento in futuro si ripresentasse poteva avere una logica, non ho detto che ce l'avesse, poteva avere una logica. Quello che non ha assolutamente logica è fare una VATS bilaterale che vuol dire mettere fuori uso tutti e due gli emitoraci contemporaneamente in una paziente che ha già una situazione cardiorespiratoria compromessa.

PRESIDENTE - Quindi, mi scusi, quando lei dice che poteva

avere una sua logica, poteva avere e in astratto non si può escludere che quell'intervento fosse in astratto indicato, salvo poi verificare...

C.T. P.M. SARTORI - Lo dico perché probabilmente se avesse fatto una VATS della parte dove c'era più versamento eccetera probabilmente la signora non sarebbe...

PRESIDENTE - Cioè non ci sarebbe stato l'esito infausto.

C.T. P.M. SARTORI - Esatto.

PRESIDENTE - Tenendo quindi presente il tipo di versamento che la signora aveva, che era bilaterale e un versamento così importante e aggressivo, se fosse stato fatto un intervento solo su un polmone, al di là che avesse una logica in astratto, poteva risolvere la problematica, la questione, l'intervento da una parte sola?

C.T. P.M. SARTORI - Poteva risolvere il problema legato al versamento pleurico, certo sì, da quella parte.

PRESIDENTE - E non avrebbe avuto l'esito che poi di fatto si è verificato.

C.T. P.M. SARTORI - Probabilmente no. Perché la VATS bilaterale mette fuori d'uso entrambe le due pareti toraciche contemporaneamente, i due emitoraci perché limita grandemente il movimento della gabbia respiratoria. Siccome i nostri polmoni respirano, incamerano aria perché la nostra gabbia toracica si espande, siamo noi volontariamente a espanderla, oppure abbassando il diaframma questo involontariamente, la

gabbia toracica si espande e richiama aria dall'esterno. Se questo meccanismo non avviene la situazione respiratoria della persona si aggrava; si aggrava in modo modesto se noi facciamo un intervento monolaterale, si aggrava in modo grave se facciamo un intervento bilaterale. Non è tanto nella VATS dire "ma tanto io asporto un pezzo di polmone piccolissimo, non le faccio nessun danno", il danno si fa nel momento in cui la si opera e si provoca dolore e si diminuisce l'escursione respiratoria di quell'emitorace.

PRESIDENTE - Quali sono gli esami che si devono fare o gli esami che danno l'indicazione per fare o no decorticazione e quando è utile?

C.T. P.M. SARTORI - Allora, per decorticazione oggi come oggi s'intende l'asportazione foglietto parietale, anche se una volta si chiamava pleurectomia parietale e si capiva meglio, mentre il termine decorticazione veniva lasciato soltanto all'asportazione non della pleura viscerale, che non si può asportare perché è appiccicata al parenchima e c'era il famoso discorso che ho già ho fatto della mela e dell'arancio. Allora la decorticazione sulla pleura viscerale consiste nell'asportare quello che gli americani chiamano *peel* che non è altro che la fibrina che si deposita sulla pleura viscerale e se questo strato di fibrina che si deposita sulla pleura viscerale nel tempo mantiene un clivaggio con pleura viscerale stessa è

possibile eseguire la decorticazione, cioè asportare tutto ciò che si è depositato sulla pleura viscerale. Quando si fa la pleurectomia parietale? Tutte le volte che per esempio abbiamo da asportare un polmone o un pezzo di polmone che è attaccato alla parete o si fa, se si riesce, una lisi delle aderenze che tengono attaccato il parenchima polmonare alla parete stessa, se non si riesce perché le aderenze sono compatte, corte, se non si riesce a fare questo tipo di lisi delle aderenze si fa l'asportazione di quel pezzo di polmone che si vuole asportare per via extra pleurica, cioè asportando in parte o totalmente la pleura parietale. La decorticazione unita all'asportazione di quel peel che si va a depositare sulla pleura viscerale si fa tutte le volte che si ha un versamento cronicizzato, cioè tutte le volte che asportando il liquido che si è fermato all'interno cavo pleurico noi non otteniamo la riespansione del polmone perché quella sacca che ha contenuto liquido per tanto tempo non permette al polmone di riespandersi. Allora l'intervento consiste nell'asportare questa cotenna doppia che consente poi al polmone di riespandersi. Quindi si fa per gli empiemi cronici o in via di cronicizzazione, per gli emotoraci che non sono stati opportunamente drenati che sono a loro volta cronicizzati e per le volte dove inserendo un drenaggio o facendo una VATS si vede che la decorticazione non è possibile allora



bisogna passare ad un intervento a cielo aperto.

PRESIDENTE - E quali esami ci danno l'indicazione di fare o no la decorticazione?

C.T. P.M. SARTORI - Non esiste.

PRESIDENTE - Non esiste?

C.T. P.M. SARTORI - Non esiste la possibilità di sapere prima se riusciamo a decorticare un polmone o no. O meglio, quando noi sappiamo che l'aggressione, diciamo la causa dell'infezione viene dall'esterno, per esempio un emotorace che si è empiematizzato, cronicizzato eccetera, siamo quasi certi di riuscire a farla la decorticazione. Quando invece l'aggressione avviene dall'interno, per esempio una caverna tubercolare che si è perforata nel cavo pleurico, lì siamo quasi certi di non poterla fare perché manca quel famoso clivaggio che ci consente di farla. Quindi in base al tipo di patologia noi possiamo in qualche modo prevedere se la decorticazione riusciamo a farla o no. Ma non esiste un esame, PET, TAC, risonanza e balle varie che consenta di dire: si qui la decorticazione la potete fare, qui no.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Se posso aggiungere, riguardo a [REDACTED] stavo rivedendo perché io [REDACTED] come le dicevo non l'avevo periziata. Quando ho detto della... abbiamo visto la scheda anestesiologicala la PCO2 e la PO2 ho detto "di notte", in realtà questo dato non c'è e comunque è fatto il giorno prima dell'intervento

chirurgico, anche perché se no l'anestesista non avrebbe potuto riportarlo nella scheda anestesiologicala l'emogasanalisi. Per la precisione cioè, è comunque stato fatto chiaramente prima dell'intervento.

PRESIDENTE - Bene abbiamo terminato, la Corte ringrazia i Consulenti. Cinque minuti di sospensione.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]