

[REDACTED]

AVV. FURLAN - Capo quinto: [REDACTED] anni 61. La contestazione è di una VATS sinistra, di una wedge resection del lobo superiore e di una sutura del lobo inferiore. La VATS da quale lato fu eseguita?

IMP. PRESICCI - Il paziente presenta delle fratture costali multiple a destra, quindi l'intervento fu realizzato a destra.

AVV. FURLAN - Il paziente entra in Pronto Soccorso l'11 marzo del 2007 ed effettua una RX torace e dell'emicostato di destra, quali fratture emergono in quella data e il referto che firma porta?

IMP. PRESICCI - Il paziente giunge in Pronto Soccorso la sera dell'11 di marzo e la radiografia per coste dimostra "frattura composta della nona e decima costa sulla linea ascellare posteriore, non segni di pneumotorace omolaterale"; RX torace "accentuazione della trama vascolo connettivale alle basi bilateralmente, ispessimento della pleura parietale a destra in sede

basilare”.

AVV. FURLAN - Quali fratture quindi emergono?

IMP. PRESICCI - Quarta... nona e decima costa di destra e la sera dell'11 alle 22.25 viene visto dal Dottor Pansera che descrive "Paziente caduto ieri accidentalmente - quindi il trauma era presente da un giorno prima - riportando trauma nell'emicostato di destra contro il water di casa, condizionante frattura della ottava, nona e decima costa di destra con intensa...".

AVV. FURLAN - Quindi una frattura in più rispetto a quella che era emersa nel referto Saccheri?

IMP. PRESICCI - Sì, una frattura in più rispetto a quella che emerge dalla radiografia. "...con intensa algia in regione toracica destra. Si consiglia e si propone al paziente ricovero per fratture costali multiple di destra".

AVV. FURLAN - Viene in effetti ricoverato in Chirurgia Toracica il 12 marzo.

IMP. PRESICCI - Sì, indicazione che il paziente accetta perché è anche riportato sul bollettone di Pronto Soccorso "Ore 12.00 del 12 marzo, per valutazione chirurgo toracica conferma l'indicazione al ricovero che il paziente accetta".

AVV. FURLAN - Dal 12 al 14 di marzo il paziente rimane in osservazione e alla data del 14 vengono effettuate una TAC torace, una TAC addome e degli esami ematochimici.

Cosa emerge?

IMP. PRESICCI - Innanzitutto emerge questo, che il paziente al momento in cui arriva in reparto in virtù di questo dolore presenta anche una dispnea a riposo, come si vede anche nella cartella clinica, con delle saturazioni che erano comprese tra 86 e 91% in aria ambiente e nei giorni a seguire a questo ricovero c'è anche la comparsa di un ematoma. Gli esami del sangue si mantengono, diciamo, stabili e la TAC del torace descrive un "parenchima polmonare a parete con rilievo di modesta falda di versamento pleurico e destra, non addensamenti parenchimali in atto, strie fibrotiche alla base di destra, pregresse fratture costali a destra".

AVV. FURLAN - Questo al 14 marzo, emerge la modesta falda di versamento pleurico a destra. Era presente al 12 di marzo?

IMP. PRESICCI - Alla radiografia no, non era presente.

AVV. FURLAN - L'emoglobina dagli esami del 14 marzo 2007 rispetto alla data d'ingresso del 12 marzo si stava abbassando?

IMP. PRESICCI - L'emoglobina di questo paziente ricordo che si mantenne stabile.

AVV. FURLAN - Come descrive lei in cartella alla data del 14 di marzo la comparsa del versamento a destra guardando la TAC fatta quel giorno?

IMP. PRESICCI - Questa è una consulenza che viene poi

riscritta, se non ricordo male, dal Dottor Brega. Sì, infatti il 14 marzo io scrivo "Condizioni generali discrete, persiste toracodinia. In attesa di TAC torace". Successivamente a firma del Dottor Brega si legge "Ha eseguito TAC torace e addome con mezzo di contrasto, presenza di versamento pleurico destro, verosimile emotorace. In virtù del sanguinamento extratoracico, ematoma di parete ed intratoracico si programma controllo evoluzione con successiva TAC torace eseguibile lunedì 19 marzo. Per le condizioni generali del paziente, forte fumatore, per la dispnea da sforzo all'atto del ricovero si programma trasferimento in Riabilitazione in preparazione ad eventuale intervento di evacuazione di emotorace e sintesi emostatica parenchimale in VATS. Si informano i familiari ed il paziente del programma terapeutico e diagnostico e del possibile intervento mininvasivo di necessità".

AVV. FURLAN - Sono alla data del 14 marzo 2007, viene visionato un versamento modesto ed un sanguinamento verosimile, quindi alla data del 15 marzo mi dice "lo trasferiamo nel reparto di Fisiocinesiterapia".

IMP. PRESICCI - Sì.

AVV. FURLAN - Rimane in osservazione fino al 19 marzo 2007, quali risultati diede la TAC torace del 19 marzo 2007?

IMP. PRESICCI - La TAC del torace viene descritta come un quadro sovrapponibile, viene descritta questa dal

radiologo, rispetto alla precedente.

AVV. FURLAN - Del 14 marzo.

IMP. PRESICCI - Del 14 marzo.

AVV. FURLAN - Che era uguale o diversa da quella del 12 marzo?

IMP. PRESICCI - La TAC del... l'ultima TAC che il paziente realizza, quella del 20 di marzo, se non ricordo male come data, riporta un referto sovrapponibile alla prima con un paziente che aveva realizzato una fisioterapia.

AVV. FURLAN - Alla data del 19 marzo la TAC è sovrapponibile a quella del?

IMP. PRESICCI - Del 14 marzo.

AVV. FURLAN - Che presenta un versamento aumentato...

IMP. PRESICCI - Che presenta un versamento.

AVV. FURLAN - ...o un quadro identico a quello del 12 marzo?

IMP. PRESICCI - Il radiologo me lo descrive come quadro sovrapponibile all'esame del 14 di marzo, ma naturalmente il Dottor Brega riporta l'indicazione all'intervento.

AVV. FURLAN - Quindi paziente forte fumatore, un versamento che durante il trasferimento in Fisiocinesiterapia non regredisce.

IMP. PRESICCI - Sì.

AVV. FURLAN - Se non vi fosse stato l'emotorace ragionevolmente poteva regredire quel versamento?

IMP. PRESICCI - Il paziente se quel versamento fosse regredito non sarebbe stato operato. Oltretutto durante la degenza

in Riabilitazione il paziente in anamnesi ci aveva riferito di essere un forte fumatore e ci disse anche che era portatore di un polipo laringeo per il quale fu sottoposto ad una visita ORL. L'ORL consigliò, visto appunto l'asportazione, l'exeresi chirurgica del polipo laringeo, dopo che il paziente sarebbe stato dimesso. Questo completava in un certo senso il quadro anamnestico del paziente di forte fumatore e portatore di un polipo laringeo. Ritenemmo opportuno sottoporlo a questa visita specialistica in virtù del fatto di consentirgli un approfondimento diagnostico di questo polipo laringeo.

AVV. FURLAN - Quindi l'intervento fu eseguito in data 21 marzo 2007 dopo nove giorni di osservazione?

IMP. PRESICCI - Sì, dopo nove giorni di osservazione fu eseguito...

AVV. FURLAN - Nel consenso informato sono descritte come eventuali anche delle biopsie pleuropolmonari, per quale ragione? Quali erano le caratteristiche del paziente che vi facevano ritenere...?

IMP. PRESICCI - Le caratteristiche erano quelle dettate da un versamento che non si era ridotto, dalla presenza... perché di eventuali biopsie pleuriche? Perché sia la radiografia che mostrava degli ispessimenti pleurici, la TAC mostrava un aspetto fibroso, potevano in qualche modo farci trovare di fronte ad un reperto macroscopico di possibili aderenze e conseguenza di vecchi fenomeni

pachipleuritici che, ripeto, erano stati già descritti alla TAC. Oltretutto il paziente è un forte fumatore ed è portatore di un polipo laringeo.

AVV. FURLAN - Il versamento emorragico alla data dell'intervento era presente?

IMP. PRESICCI - Il versamento emorragico alla data dell'intervento è presente, viene descritto come modesto, ma quello che invece poi si presenta al momento dell'intervento chirurgico che ne ha costituito la parte predominante è stata la presenza inaspettata di queste diffusissime aderenze pleuropolmonari che, ripeto, erano già state in qualche modo preannunciate dalla radiografia, viste come strie fibrotiche alla TAC, ma nei casi che fino adesso abbiamo esaminato dei traumi del torace non viene mai descritta questa cosiddetta pachipleurite, cioè questo ispessimento pleurico diffuso che ha reso che cosa? L'intervento più lungo del previsto perché il polmone non si è rapidamente, scusate il termine, scollato nel momento in cui il cavo pleurico è stato aperto. Siamo dovuti entrare cautamente con gli strumenti prima per liberare il parenchima polmonare, quindi fare questa lisi di aderenze perché effettivamente c'era questa diffusissima reazione infiammatoria. Effettivamente l'esecuzione dell'intervento è stata in parte l'evacuazione dell'emotorace, ma in parte, soprattutto la parte predominante è stata la

decorticazione del parenchima polmonare onde consentire che cosa? Una regolare riespansione del polmone. E' chiaro che nel momento in cui mi trovo di fronte ad un aspetto che mi è stato già preannunciato da una radiografia, da una TAC che è macroscopicamente anomalo rispetto a quella che è la normalità ed io tenendo conto del fatto che il paziente è un forte fumatore, è portatore di un polipo laringeo e considerato che le neoplasie del tratto respiratorio superiore hanno lo stesso tipo di epitelio del tratto respiratorio inferiore, di fronte ad un reperto macroscopicamente non dico patologico, ma anormale, mi sembra doveroso una volta che io ho liberato queste aderenze e per necessità le ho dovute comunque tagliare, togliere dal campo operatorio e in pratica metterle, tra virgolette, da parte, mi sembra normale che venga fatta anche un'indagine istologica su un tessuto che non è normalmente presente in un paziente che è portatore di un emotorace, assolutamente.

[REDACTED]