

## TRIBUNALE di ROMA – (inosservanza del protocollo di mobilitazione terapeutica: responsabilità per piaghe da decubito)

E' ravvisabile il comportamento negligente del personale della struttura sanitaria ove gli operatori abbiano ommesso le misure preventive dirette ad evitare l'insorgenza delle piaghe da decubito.

Tale patologia, nel caso concreto, era estremamente prevedibile in ragione della età avanzata del paziente, delle sue condizioni di salute nonché alla specifica patologia di cui lo stesso era affetto.

Il quadro clinico, evidenziando un elevato rischio di insorgenza delle piaghe, avrebbe dovuto determinare secondo il protocollo di mobilitazione terapeutico, una cura assidua del soggetto mediante tecniche di posizionamento per ridurre pressioni e cedimenti dei tessuti.

**Tribunale di Roma Sezione II, Sent. del 09.06.2009**

*omissis*

### **Svolgimento del processo**

Con atto di citazione ritualmente notificato Ca.Lu., Po.Pa. e Po.Gi., rispettivamente moglie e figli di Po.Lu., hanno convenuto in giudizio innanzi a questo Tribunale l'Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Gi.", per sentir dichiarare tale struttura sanitaria responsabile delle inadeguate cure nonché del decesso del loro congiunto. In forza di tale statuizione hanno chiesto la condanna dell'Azienda Ospedaliera al risarcimento di tutti i danni subiti, sia jure proprio che jure hereditatis.

A sostegno delle domanda hanno riferito che Po.Lu. era stato ricoverato in data 19/9/2003 presso l'ospedale Gi. per essere sottoposto ad un intervento chirurgico di asportazione del condrioma toracico D8/D9, poi eseguito in 7/10/2003.

Pur essendo tale intervento perfettamente riuscito sarebbero comparse durante il ricovero post operatorio gravissime lesioni da decubito in sede sacrale e calcaneare sinistra che si erano evolute fino ai piani muscolari ed ossei.

In data 7/11/2003 il Po. era stato trasferito presso il Centro di riabilitazione "Me." dello stesso ospedale. Durante la permanenza in tale struttura le piaghe da decubito avevano subito un rapido peggioramento senza che i sanitari del reparto fossero stati in grado di approntare terapie idonee.

Gli attori, pertanto, in data 26/11/2003, erano stati costretti a trasferite il loro congiunto presso la Casa di Cura Ma. per essere sottoposto in data 2/12/2003 ad un intervento chirurgico di asportazione dell'ampia ulcera sacrale.

Il Po., quindi, dimesso in data 16/12/2003 dalla stessa struttura con diagnosi di "decubito sacrale con esposizione di visceri" per essere sottoposto a medicazioni domiciliari, era deceduto in data 9/2/2004 a causa della gravissima compromissione delle condizioni di salute.

Ciò premesso, gli attori hanno lamentato che le lesioni da decubito ed il conseguente decesso di Lu.Po. erano ricollegabili alla scarsa assistenza sanitaria ed al mancato utilizzo dei necessari strumenti di prevenzione da parte dei sanitari dell'Ospedale Sa.

Si è costituita l'Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Gi." concludendo per il rigetto della domanda attorca perché infondata in fatto ed in diritto.

La causa, istruita anche mediante l'escussione di testi, è stata trattenuta in decisione sulle conclusioni precisate dalle parti.

### **Motivi della decisione**

La vicenda che interessa l'odierno giudizio è incentrata sul comportamento tenuto dai sanitari dell'Azienda Ospedaliera "S.Gi." di Roma, durante la degenza della signor Lu.Po. nel suddetto nosocomio nel periodo che va dal 19/9/2003 al 26/11/2003.

Si tratta, in particolare, di accertare l'eventuale colpa professionale del personale medico che ebbe in cura la paziente e, dunque, l'eventuale difformità del trattamento diagnostico e/o terapeutico a cui la stessa fu sottoposta rispetto ai principi consolidati e condivisi dell'attuale scienza medica.

Si tratta, altresì, di accettare la riconducibilità, sul piano causale, del decesso del sig. Lu.Po. alla condotta negligente e/o imprudente dei medici della struttura ospedaliera convenuta.

Questo giudice, peraltro, richiamandosi ai più recenti orientamenti della giurisprudenza di legittimità, qualifica come contrattuale la responsabilità del medico dipendente ospedaliero, al pari di quella dell'ente gestore del servizio sanitario, con tutto quello che ciò comporta in termini prescrizione, grado della colpa, ripartizione dell'onere della prova.

D'altra parte, la giurisprudenza ha ormai da tempo elaborato un sistema ad hoc in materia di responsabilità medica, contrattuale o extra - contrattuale che la si voglia considerare, nella prospettiva di rafforzare la tutela del paziente, soggetto debole per definizione: per quanto riguarda, in particolare, la disciplina processuale dell'onere della prova, colui che lamenti di aver subito un danno ingiusto dall'attività professionale del sanitario è tenuto a provare esclusivamente la propria condizione precedente all'intervento medico, il nesso causale tra il peggioramento dello stato di salute e la prestazione del sanitario - o comunque il mancato raggiungimento del risultato programmato - e, ove eccepito, la non speciale difficoltà dell'intervento ex art. 2236 c.c. In presenza di tali elementi, infatti, è possibile argomentare in via presuntiva l'imputabilità dell'evento pregiudizievole alla condotta colposa del sanitario sul quale, pertanto, ricade l'onere di provare di aver eseguito la prestazione con diligenza, ossia che l'esito negativo dell'intervento è derivato da un evento impreveduto o imprevedibile o comunque non accettabile secondo l'ordinaria diligenza professionale ex art. 1176, secondo comma, c.c.

In ogni caso, l'ente gestore del servizio sanitario può essere chiamato a rispondere - così come è stato fatto dall'odierna attrice - del danno cagionato dal medico dipendente dal momento che la responsabilità di entrambi "..... ha radice nell'esecuzione non diligente o errata della prestazione sanitaria da parte del medico, per cui, accertata la stessa, risulta contestualmente accertata la responsabilità a contenuto contrattuale di entrambi" (Cass. n. 103/99). Ciò consegue al fatto che il ricovero in una struttura deputata a fornire assistenza sanitaria avviene generalmente sulla base di un contratto di natura mista tra paziente e soggetto gestore e l'adempimento di tale contratto, per quanto riguarda le prestazioni di natura sanitaria - assicurate dal personale medico inserito nell'organizzazione dell'ente ospedaliero - è regolato dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del singolo medico nell'ambito del contratto di prestazione d'opera professionale, cosicché l'ente ospedaliero (pubblico o privato che sia) risponde dei danni derivati al paziente da trattamenti sanitari praticati con colpa, alla stregua degli artt. 1176, secondo comma, c.c. e 2236 c.c.

Tanto premesso, è da rilevare che Po.Gi. di anni 77 era stato ricoverato in data 19/9/2003 presso la struttura convenuta ove in data 7/10/2003 era stato sottoposto ad un intervento di cordoma toracico. Prima di tale ricovero aveva già subito due interventi di asportazione di cordomi: il primo sacrale (nel 1997) ed il secondo cervicale (nell'anno 2000). Il paziente, inoltre, era affetto da paraparesi degli arti inferiori ed incontinenza ed aveva subito nel corso dell'intervento effettuato nel 1997 un intervento demolitivo di asportazione di un vasto cordoma che aveva interessato la regione sacrale.

Un tale quadro clinico, pertanto, evidenziava di per sé un elevato rischio di insorgenza di piaghe da decubito che, secondo il protocollo di mobilitazione terapeutico, avrebbe dovuto determinare una cura assidua del soggetto mediante tecniche di posizionamento per ridurre pressioni e cedimenti dei tessuti.

Ciò nonostante dalla cartella clinica non risulta che tali precauzioni siano state adottate. In essa, infatti, quanto, meno fino 17/10/2003 - e, quindi, a distanza di ben dieci giorni dall'intervento - non vi è alcun cenno alla mobilitazione.

Risulta, inoltre, che gli esercizi di fisioterapia erano stati praticati solo in data 21/10/2003 con frequenza giornaliera fino 31/10/2003.

Le conseguenze delle incongrue cure praticate in sede postoperatoria sono evidenti essendo stato accertato che, all'atto dell'ammissione presso il "Me.", i decubiti calcaneari avevano raggiunto il II stadio. Il decubito sacrale aveva, invece, raggiunto il III stadio e, quindi, la sottocute.

Solo in quella, sede, poi, risulta essere stato impiegato un materasso antidecubito e quando la lesione sacrale aveva ormai già raggiunto il IV stadio che corrisponde ad una degenerazione massiva con necrosi dei tessuti e danni alle ossa, ai muscoli ed alle strutture di sostegno.

L'esistenza, la natura e la consistenza delle piaghe sono state confermate anche dai testi escussi.

La situazione era andata ulteriormente a peggiorare essendo stato il Po. ricoverato in data 26/11/2003 presso la Casa di Cura Ma., con la diagnosi di "decubito sacrale con esposizione di visceri", per essere sottoposto ad un intervento chirurgico di asportazione di una vasta ulcera sacrale.

Al momento del decesso, avvenuto in data 9/2/2004, il Po. era affetto da estesi decubiti sacrali, coxofemorali sia a sinistra che a destra e decubiti ai talloni. La circostanza è stata confermata dal medico curante dott. An.Va. il quale ha anche evidenziato che all'atto del decesso erano compromessi i parametri biochimici alla luce della continua perdita di tessuto e di sostanze bio umorali.

È, pertanto, ravvisabile il comportamento negligente del personale sanitario della struttura convenuta avendo gli operatori ommesso le misure preventive che avrebbero potuto evitare l'insorgenza delle piaghe da decubito. Tale patologia, del resto, era estremamente prevedibile avuto riguardo all'età avanzata del paziente, alle sue condizioni di salute nonché alla specifica patologia di cui lo stesso era affetto che aveva, tra l'altro, determinato la necessità di procedere al pregresso intervento demolitivo in sede sacrale.

Con riguardo alla liquidazione del danno iure hereditario è da considerare che l'iter peggiorativo derivante dal decubito, pur contribuendo a determinare la morte del Po., è intervenuto su un paziente già fisicamente compromesso dalle gravi malattie preesistenti quali anche il cordoma toracico che è un tumore maligno che erode le ossa e si propaga ai tessuti adiacenti.

È, quindi, opportuno ricordare che il consolidato orientamento giurisprudenziale della Suprema Corte (che ha ricevuto conferma anche dalla sentenza n. 372/1994 della Corte costituzionale) richiede, perché possa riconoscersi il danno biologico della vittima di un evento letale (con conseguente trasmissione del relativo diritto patrimoniale in capo agli eredi), che tra la lesione del bene salute e la lesione del bene vita sia intercorso "un tempo apprezzabile che consenta di configurare un'effettiva ripercussione delle lesioni sulla sua (della vittima) complessiva qualità della vita" con la conseguenza che l'esito letale "intervenuto immediatamente o a breve distanza - di tempo dall'evento lesivo" non è suscettibile di determinare oltre alla soppressione del bene vita anche un danno biologico, inteso quest'ultimo come modificazione peggiorativa dello "stato" somato - psichico ed esistenziale del soggetto antecedente il sinistro (comprensivo di tutte le funzioni vitali, culturali, sessuali, ricreative, estetiche volte all'esplicazione della personalità umana negli ambienti sociali in cui l'individuo opera) indipendente da un effettivo pregiudizio alla capacità, di guadagno: Corte cost. 14/7/1986 n. 184; Cass. III sez. 13/1/1993 n. 357.

Tale orientamento (cfr. ex multis: Cass. III sez. 29/9/1995 n. 10271; id. 12/10/1995 n. 10628; id. 28/11/1995 n. 12299; id. 14/3/1996 n. 2117; id. 29/5/1996 n. 4991 e Cass. III sez. 25/8/1997 n. 7975 che correlano esplicitamente il danno biologico all'elemento della "apprezzabilità" della durata temporale tra la lesione e la morte che non può rinvenirsi in "quell'intervallo di tempo che pur sempre, anche se minimo e se comporta sofferenza per l'individuo, intercorre tra la causa della morte e la morte stessa"; id. 25/2/1997 n. 1704; id. 30/6/1998 n. 6404; id. 10/2/1999 n. 1131; id. 25/2/2000 n. 2134) non sembra sia stato oggetto di revisione da parte della sentenza della Cass. III sez. 2/4/2001 n. 4783 che, in relazione alla sussistenza, di uno "spatium vivendi" come indispensabile presupposto per l'accertamento del danno biologico patito dal soggetto poi deceduto, non ha inteso riconoscere sempre e comunque il diritto della vittima al risarcimento di tale voce di danno ma ha voluto piuttosto richiamare l'esigenza di una motivazione "sulla rilevanza ed incidenza del fatto - durata in ordine alla valutazione dell'esistenza (an) e della consistenza (quantum) del danno", precisando che solo se detta valutazione è positiva può riconoscersi la trasmissibilità "iure hereditatis" del credito risarcitorio.

Tanto premesso, deve sicuramente apprezzarsi il consistente intervallo tra l'evento e la morte configurandosi, pertanto, un danno biologico risarcibile, da liquidarsi in relazione alla effettiva menomazione della integrità psicofisica patita dal danneggiato per il periodo di tempo indicato nonché il diritto del danneggiato a conseguire il risarcimento che è trasmissibile agli eredi.

È tuttavia da ritenere (v. Cass. 3549/2004) che, nel caso in cui il decesso sia conseguenza delle lesioni, l'unico danno biologico risarcibile è quello correlato dall'inabilità temporanea, in quanto per definizione non è in questo caso concepibile un danno biologico da invalidità permanente.

Infatti, secondo i principi medico - legali, a qualsiasi lesione dell'integrità psicofisica consegue sempre un periodo di invalidità temporanea, alla quale può conseguire talora un'invalidità permanente. Per l'esattezza l'invalidità permanente si considera insorta allorché, dopo che la malattia ha compiuto il suo decorso, l'individuo non sia riuscito a riacquistare la sua completa validità. Il consolidarsi di postumi permanenti può quindi mancare in due casi: o quando, cessata la malattia, questa risulti guarita senza reliquati; ovvero quando la malattia si risolva con esito letale. Ne consegue che quando la morte è causata dalle lesioni, dopo un apprezzabile lasso di tempo, il danneggiato acquisisce (e quindi trasferisce agli eredi) soltanto il diritto al risarcimento del danno biologico da inabilità temporanea e per il tempo di permanenza in vita.

È, in definitiva da riconoscersi un "danno biologico terminale" inteso come danno di entità ed intensità tali da condurre a morte un soggetto in un limitato lasso di tempo (v. anche Cass. 7632/2003).

È, infatti, da considerare che, pur non rilevando di per sé ai fini del risarcimento l'evento morte, deve essere comunque riconosciuto la perdita subita per effetto della lesione al bene salute nonché il tempo di durata di detta perdita: mentre il primo fattore è circoscritto necessariamente al periodo tra l'evento lesivo e la morte successiva conseguente, (per cui se esso è pari o prossimo allo zero, finisce per azzerare il risultato finale risarcitorio), il fattore della lesione del bene salute deve invece essere valutato nella sua espressione massima, per entità ed intensità, avendo essa avuto come esito proprio la morte.

Tenuto, pertanto, conto della estrema intensità del danno biologico da inabilità temporanea assoluta che ha contribuito a portare alla morte Po.Lu., il quale all'epoca aveva anni 77, stimasi, equo liquidare un importo giornaliero di tre volte superiore a quello previsto dalle tabelle in uso presso questo tribunale per il periodo 7/10/2003 - 9/2/2004.

L'importo dovuto a titolo di danno biologico iure hereditatis è pertanto di Euro 15.646,32 (Euro 42,06 x 3 x 124).

Compete, altresì, il danno morale, risultando configurabili nella fattispecie i presupposti previsti dall'art. 2059 c.c. A tale titolo, avuto riguardo alle caratteristiche della malattia e delle sue conseguenze a carico del danneggiato, si ritiene equo liquidare la somma di Euro 5.000,00.

Al credito risarcitorio come sopra determinato pari ad Euro 20.646,32 va ad aggiungersi l'ulteriore importo spettante al danneggiato (e, per esso, agli eredi) a ristoro del danno da lucro cessante conseguente alla mancata disponibilità dell'equivalente monetario del danno per il periodo intercorso dalla data dell'illecito alla presente decisione.

Tale voce di danno viene liquidata equitativamente (Cass. SS. UU. n. 1712/95) in Euro 3.289,00 utilizzando come base di calcolo il valore del danno - capitale al tempo del fatto illecito (ricavato in base all'indice medio Istat del costo della vita anno 2004) ed applicando, in assenza di elementi che consentano di presumere un impiego maggiormente remunerativo della somma, un tasso di interesse del 3,33% corrispondente al rendimento medio degli interessi sui titoli di Stato (Bot, CCT) nel periodo di riferimento, detratta dalla capitalizzazione di tale importo la rivalutazione monetaria.

Sul complessivo ammontare del credito risarcitorio pari ad Euro 23.935,32 decorrono interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo.

Il danno patrimoniale rapportato alle spese mediche e di assistenza è pari ad Euro 16.736,18 somma questa che, rivalutata alla data odierna, è di Euro 18.312,00.

Anche con riguardo a tale somma spetta il ristoro del lucro cessante che è pari ad Euro 2.917,00.

La somma complessiva di Euro 45.164,32 è dovuta jure hereditario nei limiti delle quote ereditarie di ciascun attore.

Gli attori hanno, altresì, chiesto la corresponsione dei danni subiti iure proprio.

È, quindi, da ricordare che Ca.Lu., Po.Pa. e Po.Gi., rispettivamente moglie e figli di Po.Lu. hanno chiesto il ristoro dei danni da loro subiti ricollegabili alla morte del loro congiunto.

È al riguardo da ritenere che il danno non patrimoniale da uccisione di congiunto, consistente nella definitiva perdita del rapporto parentale, incide su un interesse giuridico diverso sia dal bene salute (la cui tutela ove risulti intaccata l'integrità biopsichica si esprime mediante il risarcimento del danno biologico) sia dall'integrità morale (la cui tutela, ove sia determinata una ingiusta sofferenza contingente si esprime mediante il risarcimento del danno morale soggettivo).

L'interesse fatto valere nel caso di danno da uccisione di congiunto è, infatti, quello alla intangibilità della sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia oltre alla inviolabilità della libera e piena esplicazione delle attività realizzatrici della persona umana nell'ambito di un interesse protetto di rilievo costituzionale.

In merito ai criteri di liquidazione di tale danno, vertendosi in tema di lesione di valori inerenti alla persona, in quanto tali privi di contenuto economico, il quantum deve essere determinato in via equitativa tenendo conto, del vincolo familiare, della situazione di convivenza e di ogni ulteriore utile circostanza quali anche la consistenza più o meno ampia del nucleo familiare le abitudini di vita, l'età della vittima e dei singoli superstiti.

La liquidazione dello stesso danno non patrimoniale deve essere, inoltre, onnicomprensivo in quanto, come di recente osservato dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con sentenza del 11 novembre 2008 n. 26972, il danno non patrimoniale costituisce una categoria ampia ed omnicomprensiva, all'interno della quale non è possibile ritagliare ulteriori sottocategorie, se non con valenza meramente descrittiva.

Nel caos concreto, poi, deve essere applicata una percentuale di abbattimento considerando che la patologia da decubito è stata una concausa tra quelle che hanno determinato il decesso.

Avuto, pertanto, riguardo alle tabelle in uso presso questo tribunale (numero di punti, x 8.477), applicata la percentuale di abbattimento pari al 90% - in considerazione, appunto, dell'apporto causale fornito dalla patologia concomitante rispetto ad altre gravi patologie ed avendo il CTU quantificato la percentuale di invalidità permanente esclusivamente riferibile alla patologia da decubito nella misura del 10% - ed applicati i criteri nei limiti degli elementi di valutazione forniti dagli

attori, criteri questi che possono essere sintetizzati nel solo rapporto di parentela e di convivenza con il coniuge, stimasi equo liquidare le seguenti somme per il danno derivante da perdita del rapporto parentale:

- in relazione al decesso di Po.Lu.: Euro 20.345,00 per la moglie Ca.Lu. ( $24 \times 8.477 = 203.448,00 - 90\% (183.103,00)$ ), Euro 17.802,00 per la figlia Po.Pa. ( $21 \times 8.477 - 178.017 - 90\% (160.215)$ ) ed Euro 18.650,00 per il figlio Po.Gi. ( $22 \times 8.477 = 186.494 - 90\% (167.844)$ ).

Ai crediti risarcitori come sopra determinati, può aggiungersi l'ulteriore importo di Euro 3.242,00 in favore di Ca.Lu., Euro 2.836,00 in favore di Po.Pa. ed Euro 2.971,00 in favore di Po.Gi. spettante ai danneggiati, a ristoro del danno da lucro cessante determinato equitativamente (Cass. SSUU n. 1712/95) con i parametri in precedenza evidenziati.

Le spese incluse quelle relative alla consulenza tecnica disposta d'ufficio, seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo.

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, così provvede:

- condanna l'Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Gi.", al pagamento della somma di Euro 45.164,32, oltre interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo, in favore di Ca.Lu., Po.Pa. e Po.Gi., quali eredi di Po.Lu.;

- condanna l'Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Gi.", al pagamento delle seguenti ulteriori somme in relazione al decesso di Po.Lu.: Euro 23.587,00 in favore di Ca.Lu., Euro 20.638,00 in favore di Po.Pa., ed Euro 21.621,00 in favore di Po.Gi. oltre interessi in misura legale dalla pubblicazione della sentenza al saldo;

- condanna l'Azienda Ospedaliera "Complesso Ospedaliero S.Gi." al pagamento delle spese relative alle consulenze tecnica disposta d'ufficio nonché delle ulteriori spese in favore degli attori che si liquidano in Euro 576,00 per spese, Euro 1.986,00 per competenze ed Euro 5.900,00 per onorari, oltre IVA, CPA e spese generali come per legge.

Così deciso in Roma l'8 giugno 2009.

Depositata in Cancelleria il 9 giugno 2009.