



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PALERMO

Il Tribunale di Palermo- Sezione III civile – in composizione monocratica in persona del Giudice dott. Cristina Denaro, ha pronunciato ai sensi dell'art. 281 sexies ult. co. cod. proc. civ. (aggiunto dal D.lgs. 10 ottobre 2022 n. 149) la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 2888 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi dell'anno 2024 vertente

tra

[REDACTED] nata [REDACTED] in data [REDACTED]
[REDACTED] e [REDACTED], nato a [REDACTED] in data [REDACTED],
[REDACTED], elettivamente domiciliate in VIA ENZO ED EL-
VIRA SELLERIO 34 PALERMO , presso lo studio dell'Avv. VIZZINI LUIGI MARCEL-
LO, che li rappresenta e difende per mandato in atti;

– parte attrice –

contro

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIAC-
CONE"** , nato/a a , in data (C.F. 05841790826), elettivamente domiciliato in VIA VIA V.
VILLAREALE 6 90141 PALERMO, presso la sede dell' AVVOCATURA DELLO STATO
DI PALERMO che la rappresenta e difende;

– parte convenuta –

Conclusioni delle parti: all'udienza del 23-4-267/2024 le parti concludevano come da ver-
bale in pari data al quale si rinvia. Vedi note di trattazione scritta alle quali si rinvia.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, [REDACTED] hanno
convenuto in giudizio L'azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" (



d'ora in poi solo Policlinico) al fine di ottenere l'accertamento della responsabilità della Struttura per la morte [REDACTED] (rispettivamente moglie e madre degli attori), deceduta a seguito di tentativo di suicidio in data 13-3-17, chiedendo la conseguente condanna dell'Azienda al risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti iure proprio e, per quanto attiene [REDACTED] anche di quelli patiti atti dalla vittima primaria e trasmessi iure hereditatis alla figlia.

In particolare, gli attori hanno esposto che :

- in data 5 marzo 2017 la [REDACTED], accusando un forte stato d'ansia – sintomatologia insorta circa un anno prima in occasione della malattia del marito- aveva deciso di recarsi, accompagnata dal di lei figlio, al l P.S. del Policlinico “Giaccone”
- nel corso del colloquio con lo specialista psichiatra del detto Policlinico la donna aveva riferito *di anamnesi familiare positiva per pregresso suicidio della madre ed insorgenza di deflessione del tono dell'umore, sensazione di inadeguatezza, astenia, ipobulia, anedonia, iporessia, instabilità emotiva, elevate quote di ansia libera e somatizzata ed ancora disturbi del sonno associati ad un dimagrimento fisico di circa 10 kg negli ultimi mesi;*
- la paziente veniva ricoverata (con ricovero volontario) nella locale UO di Psichiatria, ove veniva sottoposta a raccolta anamnestica e colloquio specialistico, con diagnosi di ingresso di “depressione”;
- nel corso della degenza, la [REDACTED] veniva sottoposta a terapia psicofarmacologica con antidepressivi e colloqui clinici, presentando umore alternante con: *“ansia libera e somatizzata”, “... sentimenti di sconforto...”, “a tratti appare teatrale”, “... tesa ...”, “...umore orientato sul versante depressivo...”;*
- la mattina del 9/03/2017 la [REDACTED] era allontanata dal reparto di psichiatria dove si trovava ricoverata, uscendo attraverso una porta aperta, non allarmata e non vigilata, per poi salire al secondo piano della palazzina dove era ubicato il reparto di Medicina dello Sport e da qui, stante l'assenza di porte, recarsi nel tornino della scala; dal tornino la donna si era recata, infine, attraverso una porta, anche questa non chiusa, in cattivo stato di manutenzione e danneggiata, sul terrazzo del reparto e si era lanciata nel vuoto;



- alle ore 6:50, un infermiere aveva trovato la [REDACTED] riversa al suolo nei pressi del portone di ingresso del reparto di medicina dello sport (con ancora indosso pigiama e vestaglia), con una ferita lacero contusa al capo, fuoriuscita di sostanza ematica dal viso, nonché in uno stato confusionale, sofferente, cosciente e vigile ma lamentosa;
- veniva, quindi, allertato il personale medico ed infermieristico del Reparto di Psichiatria e, dopo le prime cure, veniva richiesto l'intervento del personale del Servizio Ambulanze. Gli operatori giunti sul posto avevano provveduto al trasferimento della paziente al locale Pronto Soccorso, ove la donna veniva sottoposta ad esame TAC total body con riscontro di fratture multiple in varie regioni del cranio e del corpo, ferite lacero contuse, con versamenti ematici dal volto ed altre gravi lesioni interne; in esito al detto esame la [REDACTED] a trasferita nella sala operatoria dell'UOC di Chirurgia d'Urgenza, ove veniva sottoposta ad intervento di splenectomia (asportazione della milza) ;
- di seguito la paziente veniva ricoverata nella UO di Terapia Intensiva Polivalente per il prosieguo delle cure, nonostante le quali il 13/03/2017 alle ore 7:45 veniva constatato il decesso conseguente ad insufficienza multiorgano in paziente con esiti di politrauma;
- in conseguenza del decesso, il Pubblico Ministero aveva aperto il fascicolo n. 4871/2017 r.g.n.r. mod 44, nei confronti di ignoti, poi proc. Pen. 164369/2020 R.G.N.R. MOD. 21, per la iniziale ipotesi di reato di cui all'art. 580 c.p. (Istigazione o aiuto al suicidio), imputazione successivamente riqualificata in cooperazione nel delitto di omicidio colposo ex artt. 40, 113 e 589 c.p.
- all'esito delle indagini preliminari veniva instaurato il procedimento penale nn. 16439/2020 R.G. N.R. e 5225/2021 R.G. G.I.P. con la seguente imputazione (Doc. 04) : *"...Per il delitto p. e p. dagli artt. 40 cpv, 113 e 589 c.p. perché, in cooperazione tra loro, anche in tempi diversi, nelle loro rispettive qualità pro tempore di dirigenti della struttura sanitaria e dunque titolari di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti del Reparto di Psichiatria dell'A.O.U.P "Paolo Giaccone" di Palermo - in particolare: - (... segue indicazione nominativa dei Direttori Sanitari dell'A.O.U.P., Dirigente Amministrativo, capo dipartimento Patologie Emergenti e Continuità Assistenziali, Responsabile del SIPP - Servizio Interno di Prevenzione e Protezione, Diret-*



tore pro tempore dell'U.O.C. di Psichiatria), i quali - pur essendo a conoscenza delle croniche criticità strutturali ed organizzative insistenti presso il reparto U.O.C. di Psichiatria in quanto già oggetto di molteplici denunce e segnalazioni- direttamente od indirettamente ricevute o promosse, pure potendo e dovendo intervenire con sollecitudine per il miglioramento delle condizioni di sicurezza e il superamento delle riferite criticità della struttura, ciascuno nei limiti dell'esercizio dei loro poteri e delle loro specifiche funzioni, pure essendo nelle predette funzioni da tempo certamente idoneo a consentire la doverosa valutazione e risoluzione delle molteplici criticità strutturali del reparto, tra cui a titolo meramente esemplificativo: • Il Reparto di Psichiatria era stato allocato in locali inadeguati dal punto di vista impiantistico strutturale; • L'unica porta di Ingresso/uscita dal Reparto non era una porta allarmata; • Non era stato istituito un sistema di video-sorveglianza ovvero sistema di vigilanza interna; • La porta di accesso al Reparto era sempre aperta; • La porta di accesso al secondo piano dello stabile era non chiusa in cattivo stato di manutenzione e danneggiata; • Le finestre non erano a norma; • Vi era l'ubicazione di sedie in prossimità e/o addossate alle finestre; per negligenza, imprudenza ed imperizia, consistite nel: • ignorare, non valutare e comunque nel sottovalutare le molteplici segnalazioni pervenute circa le predette criticità; • nel non attivarsi per pianificare, organizzare e provvedere al superamento delle disfunzioni ed inadeguatezze strutturali del reparto connesse ai rischi per la salute e l'incolumità dei degenti; • nell'omettere e di adottare tutte le misure strutturali e/o tecnologiche di sicurezza idonee a prevenire l'allontanamento non autorizzato dei pazienti fragili dal reparto; • nel non avviare per tempo alle predette inadeguatezze impiantistico strutturali; • nell'omettere di disporre la sospensione dei ricoveri nelle more della ristrutturazione del reparto di Psichiatria, in assenza dell'individuazione di altri idonei locali in cui trasferire temporaneamente il predetto reparto in condizioni impiantistico strutturali carenti; • nell'omettere di disporre, per garantire la sicurezza dei degenti, che la porta di accesso e uscita al reparto così come le porte di accesso ai piani superiori del reparto fossero presidiate da personale in grado di verificare ingressi, spostamenti e uscite dal reparto evitando allontanamenti improvvisi o ingressi indesiderati; cagionavano la morte della [REDACTED] che, allontanandosi dal reparto di psichiatria attraverso



una porta aperta e non allarmata, dopo essere salita al secondo piano attraverso una porta anche questa non chiusa, in cattivo stato di manutenzione e danneggiata accedeva al terrazzo del reparto ove era degente e poneva in essere una condotta anticonservativa gettandosi nel vuoto. In Palermo il 9.3.2017”.

- all’esito dell’udienza preliminare veniva infine disposto il rinvio a giudizio di tutti gli indagati coinvolti (Doc. 05).

Ciò premesso , gli attori, deducendo che il decesso della congiunta era riconducibile “*alle criticità strutturali della Azienda convenuta, e nella specie alla inidoneità della porta di accesso al reparto ad evitare l’allontanamento non autorizzato dei pazienti, alla mancata vigilanza sugli stessi, nonché alla errata diagnosi di accettazione e di successivo ricovero della paziente ed a tutte le criticità individuate nel sopra trascritto capo di imputazione*”, hanno chiesto la condanna del Policlinico al risarcimento :

- dei danni iure proprio patiti da [REDACTED] da perdita del rapporto parentale;
- del danno terminale e catastrofe patito dalla [REDACTED] e trasmesso iure hereditatis [REDACTED];
- del danno patrimoniale sub spese funerarie pagate da [REDACTED] pari a euro € 775,00.
- Del danno patrimoniale patito dal [REDACTED] sub specie spese sostenute per le case di cura e di riposo ed il lucro cessante per il mancato apporto della [REDACTED]

Sulla Base di tali premesse gli attori hanno rassegnato le seguenti conclusioni (cfr note conclusive)

- *In via principale e nel merito, accertare e dichiarare, la responsabilità esclusiva dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", in persona del legale rappresentante pro tempore, per i fatti di cui in narrativa, all’esito dei quali il 13/03/2017 a Palermo è deceduta la [REDACTED] per tutte le causali, inadempienze, criticità strutturali e organizzative e comportamenti di cui alla superiore parte in fatto ed in diritto, per responsabilità contrattuale e da inadempimento ex artt. 1176 c.c., 1218 c.c., 1228 c.c. e/o per responsabilità extracontrattuale ex artt. 2043 c.c., 2049 c.c. e 2059 c.c., e/o per ogni e qualsiasi altra disposizione normativa o regolamentare ritenuta applicabile, il tutto come sopra meglio specificato;*



- - accertare e dichiarare che, a seguito dei detti fatti e responsabilità della convenuta, sono derivati agli attori, iure proprio e iure hereditatis come sopra specificati, danni di natura patrimoniale e non patrimoniale meglio descritti in narrativa;
- - conseguentemente, condannare l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", in persona del legale rappresentante pro tempore, al risarcimento, in favore degli attori, di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali, iure proprio e iure hereditatis, diretti e indiretti, subiti e subendi, come sopra rispettivamente specificati e che si quantificano come segue :
- - in favore del Sig. [REDACTED] € 399.990,00, di cui € 351.990,00 a titolo di danno non patrimoniale iure proprio quale danno parentale subito per la morte della moglie; € 43.000,00 per la quota delle spese di casa di cura e di ricovero sopra indicate; € 5.000,00 quale lucro cessante per il pregiudizio subito per la perdita dell'apporto domestico e assistenziale della defunta nel compendio familiare;
- - in favore della Sig.ra [REDACTED] € 329.650,50, di cui € 312.880,00 a titolo di danno non patrimoniale iure proprio quale danno parentale subito per la morte del genitore; €15.995,50 quale quota del danno biologico terminale subito dalla Sig.ra [REDACTED] € 775,00 a titolo di danno patrimoniale per la quota di spese funerarie sostenute; o, per tutti i sopra detti danni, le somme maggiori o minori, ovvero altre somme ritenute di giustizia, anche in via equitativa, oltre rivalutazione monetaria ed interessi dalla data del sinistro fino all'effettivo soddisfo.
- - Con vittoria di esborsi, compensi, oltre rimborso spese generali al 15% ex. art. 2 D.M. 147/2022, C.P.A. ed I.V.A., e delle spese ed i compensi inerenti la procedura obbligatoria di mediazione esperita per la fase di attivazione e primo incontro, per quanto riguarda il Sig. [REDACTED] mentre, per quanto riguarda la Sig.ra [REDACTED] da distrarsi in favore dell'Erario essendo quest'ultima ammessa al patrocinio a spese dello Stato.

Con comparsa di risposta del 29.4.24 si è costituito in giudizio il Policlinico chiedendo il rigetto della domanda .



L'azienda ha, in primo luogo, evidenziato l'assenza di profili di colpa in capo al personale dirigente e medico del Policlinico ed, in ogni caso, la carenza di nesso causale con l'evento morte, precisando che:

- la sintomatologia depressiva della [REDACTED] era stata correttamente qualificata come di entità lieve-media, in assenza di turbe del pensiero; i fattori riconosciuti in letteratura come indicativi di un rischio suicidario non erano sufficienti per ritenere la Tavo-lacci una paziente a rischio di suicidio; invero, *la presenza di un disturbo psichiatrico non è una causa sufficiente per spiegare un comportamento suicidario (Waaserman et al 2020), la presenza di malattia mentale non può essere correlata in maniera diretta alla presenza di un rischio suicidario (Nivoli) e infine rispetto ai fattori di rischio individuali, la sola familiarità per suicidio della madre non è considerata in letteratura sufficiente per ritenere il paziente a rischio di suicidio;*
- la donna, durante il ricovero, era stata trattata farmacologicamente con ansiolitici e antidepressivi, a dosaggi progressivamente modulati in linea con le indicazioni previste per la corretta valutazione dei suddetti farmaci, con primo episodio depressivo e anamnesi negativa per precedenti episodi depressivi e assunzione di terapia specifica. Inoltre, durante il ricovero, nonostante la persistenza di deflessione timica e sensazione di sconforto, era emerso un miglioramento dell'umore e della sintomatologia ansiosa nonché una adeguata risposta alla terapia, con atteggiamento di buona relazione, sia con i suoi familiari che con il personale sanitario, con progressiva apertura al dialogo;
- pertanto, come pure confermato anche dal dott. Capaci, psichiatra nominato quale consulente del PM nel procedimento penale, non si ravvedeva all'epoca dei fatti un rischio per suicidio, tale da richiedere una sorveglianza differente rispetto a quella concretamente messa in atto nel caso de quo;
- l'evento suicidario in definitiva non era affatto prevedibile né era comunque evitabile considerato che: 1) le precauzioni messe in atto dai sanitari, in termini clinico-assistenziali erano state congrue rispetto al caso concreto (*invero, il D.A. n. 890/2002 (recante "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana"), al punto "Requisiti Organizzativi Strutturali Tecnologici specifi-*



ci per le strutture che erogano prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno in fase post acute” prevede specificatamente sistemi di chiusura di sicurezza delle porte e/o sistemi di videosorveglianza; anzi , in merito alla sicurezza sul lavoro e alle vie di esodo ed emergenza del reparto, occorre evidenziare come dall’Allegato IV del d.lgs. n. 81/2008 preveda che le porte di emergenza non devono essere chiuse a chiave.) ; 2) è ragionevole ritenere che, essendo ferma la volontà sul suicidio, anche la messa in atto di specifiche strategie non avrebbe evitato più probabilmente che non il verificarsi dell’evento.

In ultimo, l’ Azienda ha comunque rilevato il difetto di prova del danno , contestando anche l’ammontare della pretesa risarcitoria.

La domanda è fondata nei termini che seguono .

In punto di diritto, va osservato come la qualificazione della domanda sia diversa a seconda che venga fatto valere un danno iure proprio da perdita del rapporto parentale ovvero un danno iure hereditatis.

Infatti, come è stato osservato dalla S.C., prima dell’introduzione della legge Gelli Bianco non applicabile ratione temporis al caso di specie , è necessario distinguere la responsabilità della struttura nei confronti del paziente psichiatrico dalla responsabilità della struttura nei confronti dei terzi (Cass. n. 14258/2020).

Va qualificata in termini contrattuali la domanda proposta iure hereditatis.

In particolare, come più volte ribadito dalla Suprema Corte la *"responsabilità per omessa vigilanza di una struttura sanitaria nei confronti di persona ospite di un reparto psichiatrico non interdetta né sottoposta ad intervento sanitario obbligatorio, va ricondotta nell'ambito contrattuale, ed in particolare nell'ambito di quel contratto atipico di assistenza sanitaria che si sostanzia di una serie complessa di prestazioni che la struttura eroga in favore del paziente, sia di natura medica che «lato sensu» di ospitalità alberghiera, obbligazioni tutte destinate a personalizzarsi in relazione alla patologia del soggetto"* (così, in motivazione, Cass. Sez. 3, sent. 16 maggio 2014, n. 10832, Rv. 631006-01).

In termini ancora più specifici, si è affermato – sempre con riferimento a danni patiti da malato psichiatrico a causa di comportamenti autolesionistici - che *qualsiasi "struttura sanitaria, nel momento stesso in cui accetta il ricovero d'un paziente, stipula un contratto dal quale discendono naturalmente, ai sensi dell'art. 1374 cod. civ., due obblighi: il primo è quello di ap-*



prestare al paziente le cure richieste dalla sua condizione; il secondo è quello di assicurare la protezione delle persone di menomata o mancante autotutela, per le quali detta protezione costituisce la parte essenziale della cura" (Cass. Sez. 3, sent. 22 ottobre 2014, n. 22331, Rv. 6333104-01),

Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospedalità, va inquadrata nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni — esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario — e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, sicchè neppure rileva la circostanza che il medico che eseguì l'intervento chirurgico fosse o meno inquadrato nell'organizzazione aziendale della casa di cura (ovvero dell'ospedale), né che lo stesso fosse stato scelto dal paziente ovvero fosse di sua fiducia (cfr., in tal senso, Cass., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593; Cass. 26 gennaio 2006, n. 1698), posto che la prestazione del medico è comunque indispensabile alla casa di cura ovvero all'ospedale per adempiere l'obbligazione assunta con il paziente e che, ai fini qualificatori predetti, è sufficiente la sussistenza di un nesso di causalità (rectius, di occasionalità necessaria) tra l'opera del suddetto ausiliario e l'obbligo del debitore (cfr., in tal senso, tra le tante, Cass., sez. III, 17.5.01 6756; 24.1.2007 n. 1516; vds. anche Cass., S.U., n. 9556/2002, cit.).

La responsabilità che dall'esplicazione dell'attività del terzo direttamente consegue in capo al soggetto che se ne avvale riposa invero sul principio *cuis commoda et eius incommoda* o, più precisamente, nell'appropriazione o avvalimento dell'attività altrui per l'adempimento della propria obbligazione, comportante l'assunzione del rischio per i danni che al creditore derivano.

La struttura sanitaria risponde quindi direttamente di tutte le ingerenze dannose che ai dipendenti, ai terzi preposti e in generale ai soggetti della cui opera si è comunque avvalsa sono state rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che i medesimi hanno potuto arrecare in ragione di quel particolare contatto cui sono risultati



esposti nei loro confronti i creditori/danneggiati (cfr. Cass. 20.4.2016 n. 7768; Cass. 26.6.2012 n. 10616).

Una volta ricondotta la salvaguardia dell'incolumità del paziente psichiatrico tra quegli obblighi di protezione destinati ad integrare il contenuto del contratto ex art. 1375 cod. civ., si è affermato come, ai "fini della ripartizione dell'onere probatorio, il paziente debba abitualmente provare solo l'avvenuto inserimento nella struttura e che il danno si sia verificato durante il tempo in cui egli si trovi inserito nella struttura (sottoposto alle cure o alla vigilanza del personale della struttura), nonché il nesso causale tra il danno e l'inadempimento mentre spetta alla controparte dimostrare di avere adempiuto la propria prestazione con la diligenza idonea ad impedire il fatto.

Viceversa in relazione alla richiesta di risarcimento del danno patito "iure proprio", per perdita del rapporto parentale, dagli stretti congiunti di un paziente affetto da problemi psichici, l'iniziativa autolesionistica del malato, risoltasi in un atto suicidario portato a compimento a causa dell'omessa vigilanza da parte della struttura sanitaria presso la quale era ricoverato, non è riconducibile alla previsione dell'art. 1218 c.c., poiché il rapporto contrattuale è intercorso solo tra la menzionata struttura ed il paziente; ne consegue che l'ambito risarcitorio è necessariamente di natura extracontrattuale, poiché gli stretti congiunti non rientrano nella specie dei "terzi protetti dal contratto", se non quando sono portatori di un interesse strettamente connesso a quello già regolato nella programmazione negoziale intercorsa tra il nosocomio ed il paziente.

Pertanto, la domanda proposta iure proprio deve essere qualificata in termini responsabilità extracontrattuale; ne consegue la necessità che i danneggiati provino non solo il nesso causale ma anche la colpa.

Così precisati la natura della responsabilità e la ripartizione dell'onere della prova, è necessario chiarire quale debba essere il criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente.

In proposito, i giudici di legittimità hanno di recente affermato: «In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano – ad una va-



lutazione "ex ante" – del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio".

Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ. n. 16123/2010).

Come precisato da una precedente pronuncia della Suprema Corte: «In questo modo, il nesso causale diviene la misura della relazione probabilistica concreta (e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (quel comportamento e quel fatto dannoso) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (o, se si vuole, di previsione e prevenzione, attesa la funzione – anche – preventiva della responsabilità civile, che si estende sino alla previsione delle conseguenze a loro volta normalmente ipotizzabili in mancanza di tale avvedutezza) andrà più propriamente ad iscriver-si entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito»(così la citata Cass. civ. n. 21619/2007, in motivazione).

Prima di procedere all'esame dei presupposti fondanti la responsabilità della struttura occorre, sotto il profilo probatorio, precisare che :

- *in mancanza di una norma di chiusura sulla tassatività dei mezzi di prova, il giudice civile può legittimamente porre a base del proprio convincimento le prove "atipiche" (tra cui anche le risultanze di atti delle indagini preliminari svolte in sede penale), se idonee ad offrire sufficienti elementi di giudizio e non smentite dal raffronto critico con le altre risultanze istruttorie, senza che sia configurabile la violazione del principio ex art. 101 c.p.c., dal momento che il contraddittorio sui mezzi istruttori si instaura con la loro formale produzione nel giudizio civile e la conseguente possibilità per le parti di farne oggetto di valutazione critica e di stimolare la valutazione giudiziale. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, la quale aveva ritenuto che la prova dell'origine dolosa di un incendio fosse stata le-*



gittimamente desunta dagli elementi precedentemente acquisiti nel procedimento penale e, in particolare, dalle dichiarazioni rese in sede di sommarie informazioni testimoniali e dalle risultanze delle intercettazioni telefoniche che ne avevano confermato. (Cass. Civ. sez. 3, Ordinanza n. 2947 del 01/02/2023);

- il giudice di merito può utilizzare, in mancanza di qualsiasi divieto di legge, anche prove raccolte in un diverso giudizio fra le stesse o anche fra altre parti, come qualsiasi altra produzione delle parti stesse, e può quindi trarre elementi di convincimento ed anche attribuire valore di prova esclusiva ad una perizia disposta in sede penale, tanto più se essa sia stata predisposta in relazione ad un giudizio avente ad oggetto una situazione di fatto rilevante in entrambi i processi. (Cass. Civ. Sez. L, Sentenza n. 11426 del 16/05/2006);

- le prove assunte in un precedente processo penale (anche tra parti diverse) e le sentenze ivi pronunciate, ancorché prive di formale efficacia di giudicato ex artt. 651 e 652 c.p.p., sono liberamente valutabili nel giudizio civile di danno quali prove precostituite e atipiche - se ritualmente prodotte e sottoposte al contraddittorio tra le parti (le quali, oltre alla ritualità della produzione, possono contestare pure i fatti accertati in sede penale) - ai fini dell'accertamento dell'illecito civile e il giudice, potendo scegliere le prove ritenute più idonee a dimostrare la verità dei fatti, ha anche facoltà escludere la concreta inferenza probatoria di talune di esse (Cass. Civ. Sez. 3 - , Sentenza n. 9957 del 16/04/2025).

Ne consegue la piena utilizzabilità delle prove orali e documentali raccolte nel procedimento penale al fine di fondare il convincimento del giudice nel contesto del giudizio civile risarcitorio.

Sempre in via preliminare, sotto il profilo della ricostruzione fattuale, occorre premettere che non sussiste contestazione (115 c.p.c) sulla ricostruzione svolta dagli attori in atto di citazione secondo cui :

- la mattina del 9/03/2017, la [REDACTED] allontanata dal reparto di psichiatria dove si trovava ricoverata, uscendo attraverso una porta aperta, non allarmata e non vigilata, per poi salire al secondo piano della palazzina dove è sito il reparto di Medicina dello Sport e da qui , stante l'assenza di porte, recarsi nel tornino della scala ; dal tornino la donna si era recata, infine, attraverso una porta, anche questa non chiusa, in cattivo stato di manutenzione e danneggiata, sul terrazzo del reparto e si era lanciata nel vuoto;



- alle ore 6:50, un infermiere aveva trovato la [REDACTED] al suolo nei pressi del portone di ingresso del reparto di medicina dello sport (con ancora indosso pigiama e vestaglia), con una ferita lacero contusa al capo, fuoriuscita di sostanza ematica dal viso, nonché in uno stato confusionale, sofferente, cosciente e vigile ma lamentosa;

Tale ricostruzione ha trovato avallo anche nella sentenza penale di condanna del primario del responsabile del reparto, ove si legge *“In definitiva da complesso dei dati fin qui esposti come pure dalla stessa relazione di D'Amico può fin da adesso concludersi che : a) la vittima si sia in effetti allontanata dal reparto di psichiatria riuscendo a non farsi notare dal personale di turno di guardia) B aveva seguito l'unico percorso praticabile per raggiungere l'unica porta semiaperta che adduceva sul tetto in tempi irragionevoli e a giudizio del tribunale senz'altro compatibili con l'intervallo tra le 06:40 e le 06:50 ; c) si era inoltrata sul terrazzo praticabile viene a soffermarsi sugli spazi immediatamente sovrastanti il portone di medicina del lavoro per poi saltare nel vuoto fino al punto di impatto sul suolo seguendo una traiettoria perpendicolare rispetto alla superficie di avvio del salto”*.

Ciò precisato, in ordine alla domanda formulata iure proprio dagli attori, il riconoscimento della responsabilità impone l'esame dei due aspetti:

- il primo relativo all'omessa, colposa, adozione delle misure di protezione imposte avuto riguardo alla posizione di garanzia assunta dalla struttura nei confronti del paziente, vieppiù ritenuto a rischio suicidario
- il secondo inerente all'accertamento del nesso causale tra la condotta omissiva e l'evento, anche alla luce del cd giudizio controfattuale.

Venendo all'esame del primo profilo, giova ricordare che, come detto, *qualsiasi struttura sanitaria, nel momento stesso in cui accetta il ricovero d'un paziente, stipula un contratto dal quale discendono naturalmente, ai sensi dell'art. 1374 c.c., due obblighi: il primo è quello di apprestare al paziente le cure richieste dalla sua condizione; il secondo è quello di assicurare la protezione delle persone di menomata o mancante autotutela, per le quali detta protezione costituisce la parte essenziale della cura*" (Cass. Sez. 3, sent. 22 ottobre 2014, n. 22331).

L'estensione ed il contenuto dell'obbligo di vigilanza variano in funzione delle circostanze del caso concreto: sarà tanto più stringente, quanto maggiore è il rischio che il degente possa causare danni, o patirne. Tuttavia né la capacità di intendere e di volere, né l'assoggettamento del paziente ad un trattamento sanitario obbligatorio, sono presupposti necessari perché sorga



l'obbligo di vigilanza, scaturendo quest'ultimo ipso facto dall'accettazione del paziente. Anche una persona perfettamente capace di intendere e di volere, infatti, può necessitare vigilanza e protezione per evitare condotte auto e eterolesionistiche; né, infine, un malato di mente può ritenersi non pericoloso per sé o per gli altri sol perché non abbia perduto la capacità di intendere e di volere. La capacità di intendere e di volere consiste infatti nella possibilità di autodefinirsi, e non è affatto concetto sovrapponibile a quello di "salute mentale": dunque ben possono aversi casi in cui il degente sia malato di mente, ma capace di intendere e di volere, così come casi in cui sia sano di mente, ma incapace di intendere e di volere. La eterogeneità di questi concetti rende evidente che l'obbligo di vigilanza e protezione del degente grava sulla struttura sanitaria nei confronti di tutti i pazienti: malati di mente e malati di corpo, capaci od incapaci di intendere e di volere, con estensione e contenuto correlati alle circostanze del caso concreto.

Ciò precisato, va, in primo luogo, valorizzata la situazione in cui si trovava la [REDACTED] all'ingresso al PS.

Sul punto, occorre richiamare in dati riportati nella cartella clinica nonché quelli desumibili dagli esami strumentali, da cui emerge che la [REDACTED] in data 5 Marzo 2017, veniva accompagnata presso il pronto soccorso del Policlinico Giaccone, lamentando il riaccutizzarsi di una sintomatologia insorta circa un anno prima in occasione della malattia del marito; nel corso del colloquio con lo specialista psichiatra la donna aveva riferito di anamnesi familiare positiva per pregresso suicidio della madre ed insorgenza di deflessione del tono dell'umore, sensazione di inadeguatezza, astenia, ipobulia, anedonia, iporessia, instabilità emotiva, elevate quote di ansia libera e somatizzata ed ancora disturbi del sonno, associati ad un dimagrimento fisico di circa 10 chili negli ultimi mesi.

Per tale motivo, la donna veniva ricoverata in regime di ricovero volontario presso l'U.O di psichiatria; con diagnosi di depressione. Nel corso della degenza la paziente veniva sottoposta a terapie psicofarmacologiche con antidepressivi e colloqui clinici presentando "umore altalenante con ansia libera e somatizzata sentimenti di sconforto "a tratti appare teatrale tesa, umore orientata sul versante depressivo.

Il dott. Miceli, consulente del PM escusso all'udienza dibattimentale, ha precisato che la [REDACTED] [REDACTED] da depressione con anamnesi familiare di madre suicida, precisando



poi che la donna , in assenza di ulteriori indici che potessero denotare il rischio elevato di atti di autolesionismo , era stata correttamente qualificata a basso rischio suicidio.

Nella specie il dott. Miceli ha precisato, in ordine al rischio generico di suicidio connaturato a soggetti depressi , che siffatto rischio generico connesso alla patologia depressiva si acuisce nelle fasi iniziali della cura “ *Perché io posso stare benissimo con i farmaci, però ad un certo punto mi scatta... no? Un (inc.) out prevedibile e per cui posso commettere... quindi il rischio è basso ma c'è sempre, quindi loro hanno classificato un rischio basso, perché hanno incrociato tutti i vari dati... Rid di aiuto, quindi si ricovera, ha un ottimo colloquio con la collega che la ha... che l'ha presa in carico, aveva forti note di ansia e quindi nel... nella classificazione poi, appena accede a Reparto del rischio suicidario, perché stiamo parlando di un Reparto Psichiatrico, quindi il rischio suicidario generico in un Reparto Psichiatrico c'è sempre...omissis Accade che in alcuni soggetti scatta un out and out, un momento imprevedibile in cui c'è da un lato una lucidità psichica dove c'è un'analisi che la vita non ha più valore di essere vissuta, il dolore... chiamiamolo dolore morale, dolore interno, è talmente forte, non si vede nessuna via d'uscita, per cui lucidamente uno vuole morire, questo lo si vede molte volte in corso d'opera nella cura dei depressi, però cosa accade? Che la depressione oltre ad avere questi... queste idee di suicidio, di farla finita, voi psicotica con sensi di colpa, deliri eccetera, ha un altro aspetto che forse madre natura ha dato per frenare, che è la incapacità... il rallentamento psicomotorio, no? Nel senso che pur se io ho la voglia di farla finita, non riesco a metterlo in atto perché c'ho una inibizione psicomotoria. Cosa può accadere? Può accadere che certe volte la... l'impulso psicomotorio si attiva prima che ancora diminuisca l'idea di farla finita e lì può scattare il grilletto in cui... il flash mentale, non prova più l'inibizione psicomotoria, ma trova l'attività motoria pronta, senza critica, non c'è la critica dell'azione, ma c'è la messa in atto di un qualcosa che prima era frenato dalla riduzione dell'impulso psicomotorio, dopo invece... P.M – E sono diciamo così ugualmente così forti e saldi? Cioè, quello che le chiedo di spiegare dal punto di vista tecnico al Giudice, possiamo sostanzialmente dire che un paziente come la ██████████ dove abbiamo capito che il rischio suicidario era comunque latente, deve essere in un qualche modo come dire, deve potersi ritenere in un ambiente che... che la protegga tutto sommato da questa possibilità diciamo... TESTIMONE – Di fatti... di fatti... di fatti nella mia relazione in calce alla fine, no? L'unico vulnus diciamo, l'unico elemento che mi ha un pochettino devo dire lasciato perplesso è che*



tutto rientra in un canone di correttezza, dalla terapia farmacologica, i colloqui psichiatrici, l'attenzione infermieristica, non ho visto nulla di scorretto in tutto...in tutto questo di qua, l'unica cosa che mi ha lasciato perplesso era la porta del Reparto, la porta del Reparto aperta. Ora, in un Reparto... almeno, la mia valutazione e anche l'esperienza vecchia che c'ho in altre strutture no? Io per esperienza, dove ho lavorato, la porta di entrata e di uscita deve essere sempre allertata; cosa vuol dire allertata? Non semplicemente che io suono, ammacco il pulsante e si apre, ma che ci sia un Operatore che veda chi entra, chi esce, veda la paziente che entra, che esce, quindi se questo è messo in essere, se io mi trovo in quello che abbiamo detto pocanzi, in una situazione dove dall'esterno non è visibile nessun item che mi dica attento, per cui io ci sto sopra, ma rientra in quella situazione muta in cui però può scattare sempre l'out and out no, allora in quel momento se io mi ritrovo la porta chiusa oppure per uscire devo dire mi apri la porta per favore, allora in quel momento io che gli apro la porta gli dico ma dove devi andare alle sei del mattino? “)

Tali conclusioni hanno trovato conferma anche nella deposizione della dott.ssa Clemente (PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Si... è corretto dire nel disturbo depressivo possono albergare comunque pensieri di morte e programmazione suicidaria non espressa, non verbalizzata, alle volte celata da apparente calma? TESTIMONE – Sì, lo abbiamo detto pocanzi, certo. PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Un'ultima specificazione le chiedo, con riferimento alla terapia farmacologica che era stata prescritta alla signora [REDACTED] antidepressivi serotoninergici? TESTIMONE – Sì, (inc.) serotoninergici. PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Si... è corretto dire che questa tipologia di farmaco ha necessità... ha un periodo di latenza per la efficacia, cioè ha un periodo in cui nella prima parte di assunzione di questi farmaci c'è una risposta non ancora al 100%? TESTIMONE – Allora, qui la letteratura scientifica fa dei passi avanti, no? Perché addirittura oggi come oggi il (Inc.) nella sua descrizione psicofarmacologica definisce un... diciamo un... come dire, una sorta di (inc.) dire che ci vogliono otto giorni, dieci giorni, quindici giorni nell'azione dell'antidepressivo... PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Sì. TESTIMONE – Comunque è certo che gli antidepressivi, di qualsiasi natura esse siano, triciclici, quadriciclici, serotoninergici, duali, eccetera per agire hanno bisogno almeno di una settimana, almeno di una settimana, ma è ovvio perché chiaramente non è l'acqua di Lourdes, è chiaro che devono inserirsi in un contesto neuro... diciamo di neuromodulatori chimici, di neuromodulatori, devono agire a livello ricettoriale, deve riequilibrare dei



settori che non è soltanto il serotoninergico, perché poi c'è una controreazione dei vari sistemi dopaminergici, colinergici, muscarinici, staminici e tutto un sistema che deve trovare un equilibrio, avevo detto che c'è sempre una latenza. PARTE CIVILE, AVV. VENTO – E con riferimento invece alla... al ricovero della signora [REDACTED] ricorda questo evento lesivo a che giorno di ricovero si è verificato? TESTIMONE – Ma lei si è ricoverata mi pare il giorno 06 e la mattina del 09 se ricordo... se ricordo... non mi ricordo bene ah, però mi pare la mattina del 09 poi è successo... PARTE CIVILE, AVV. VENTO – E il... TESTIMONE – Non so quanto, due giorni, tre giorni sono... PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Sì... ed è anche corretto dire che in questi casi soprattutto nella prima parte del ricovero da parte del personale sanitario della Struttura diciamo Ospedaliera occorre per i ricoverati in ambiente Ospedaliero Psichiatrico un'attenzione maggiore? Proprio per questa... TESTIMONE – Un attimo... PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Per questo periodo di latenza? TESTIMONE – No, no, un attimo, questo sì, questo però è come dire, base line, è base line, questo è come dire l'attività quotidiana di qualsiasi soggetto che afferisce ad un Reparto di Psichiatria, non è un qualco... un plus, quindi l'osservazione, l'attenzione, guardare eccetera, è ovvio... è ovvio, poi chiaramente se noi poi portiamo in avanti i diagrammi di rischio, chiaramente aumentando il rischio aumenta la vigilanza, però c'è una base line che al di sotto del quale non ci si può andare. PARTE CIVILE, AVV. VENTO – Va bene, non ho nessun'altra domanda.... anzi mi perdoni, ed è anche corretto dire che il rischio di suicidio è massimo nei primi giorni di ricovero? TESTIMONE – E allora, questo... non è così lapidario e dogmatico, il rischio di suicidio può avvenire nei primi giorni... ha dei picchi... non massimi, ha dei picchi in un diagramma nei primi giorni di ricovero, alla dimissione del ricovero o anche a sei mesi dopo il ricovero, sono dei picchi di frequenza.

In definitiva, il suicidio era evento prevedibile in quanto il rischio di compimento di atti autolesionistici è normalmente connesso alla depressione, di cui soffriva la [REDACTED] alla anamnesi familiare (madre suicida); la sussistenza del rischio, per altro, è attestata dalla circostanza, non contestata ed emersa dell'istruttoria dibattimentale, che, al momento del ricovero, era stato chiesto al figlio della paziente di controllare che la madre non avesse lamette o strumenti atti al taglio.

La circostanza che la donna fosse a basso rischio suicidio non elide la prevedibilità dell'evento ma giustifica la mancata predisposizione di misure protettive più stringenti,



quale l'adozione della sorveglianza continua, non esimendo, di certo, la dirigenza dall'adozione delle minime misure di sicurezza funzionali ad evitare che i pazienti ricoverati in Psichiatria possano, durante il ricovero, lasciare liberamente il reparto e recarsi, attraverso le scale, in terrazzo.

Venendo, quindi, al tema dell'omessa colposa adozione delle misure di protezione dei pazienti ricoverati in reparti psichiatrici, giova premettere come sia circostanza pacifica, emersa dalla istruttoria dibattimentale e comunque documentale, che porta del reparto di psichiatria:-

- fungesse sia da porta di accesso e che da uscita di emergenza, con maniglia antipánico che consentiva l'apertura dell'interno e quindi l'allontanamento volontario di pazienti,
- fosse, la mattina del 9 marzo 2017 - e comunque usualmente - aperta.

Ed ancora, dagli atti risulta che anche la porta del terrazzo era in cattivo stato di manutenzione e danneggiata, e pertanto non idonea a impedire l'accesso al terrazzo di pazienti.

Ora, come precisato dal consulente del PM nella consulenza versata in atti, confermata nel corso della deposizione testimoniale, le Raccomandazioni Ministeriali n. 4 del 2008 per la prevenzione di Suicidio in ambiente ospedaliero, dopo aver premesso che *l'idoneità ambientale e strutturate dei luoghi di ricovero dei pazienti rappresenta una delle strategie preventive del suicidio in ospedale unitamente alla messa in atto di adeguati processi organizzativi ed alla formazione degli operatori sanitari e che sebbene l'evento suicidario possa essere posto in essere dai pazienti in tutto il contesto ospedaliero, vengono considerati maggiormente a rischio i Reparti di Psichiatria (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio (art 3), all'art 4, paragrafo 4.2.1 precisano "... è opportuno che l'ospedale disponga di : dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, ringhiere; infissi di sicurezza, ove possibile, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punii luce/finestre dei piani alti); misure che impediscano alla persona a rischio di accedere a mezzi per togliersi la vita (cfr dep Spagnolo "la raccomandazione numero 4 è una delle raccomandazioni emanate dal ministero della salute a seguito degli eventi sentinella. Nell'elenco degli eventi sentinella rientra il suicidio del paziente in ambiente ospedaliero. Quindi in relazione a questo la raccomandazione esplicita tutta una serie di*



accorgimenti che devono essere posti in essere dalle strutture ospedaliere al fine di impedire che si possa verificare l'evento sentinella, cioè quell'evento particolarmente grave che si verifica una volta per indicare un grave malfunzionamento del sistema e una sfiducia dei pazienti nei confronti del sistema sanitario. Viene meno perché si parla di attenzionare quelle che sono porte, finestre, suppellettili e tutta una serie di punti. In particolare, vengono esplicitati nel paragrafo 4.2.1 della raccomandazione. Tutto questo non viene attuato. Non viene attuato e in realtà che noi ritorniamo alla primitiva domanda che lei mi ha posto le criticità che sono emerse").

Anche il dottor Miceli ha confermato le criticità esposte dalla Spagnolo avuto riguardo alla possibilità di aprire la porta del reparto dell'interno (*Dalle testimonianze raccolte si evince chiaramente che la porta di accesso al reparto era sempre aperta, tranne che nelle ore notturne o quando erano presenti pazienti con particolari esigenze di sorveglianza. L'allegato 8-21 relativo ai requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture psichiatriche relative allo SPDC così recita;" deve essere presente un sistema di funzionamento delle porte di accesso al reparto che risponda sia ai requisiti di sicurezza della I.626/94 che alla necessità di salvaguardia e protezione delle persone ricoverate con alterazioni delle funzioni cognitive"...."/"gli ambienti devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e di confort". Ciò vale soprattutto per ambienti che ospitano pazienti psichiatrici a rischio evidente, come quelli in trattamento TSO, ma anche per ambienti ove il rischio è celato da calma apparente e quindi difficilmente individuabile. In un depresso non sempre è percepibile la messa in opera di una idea suicidaria non espressa, a maggior ragione quando persiste o quando appare come pensiero vissuto in modalità impulsiva dopo la diminuzione della inibizione psicomotoria(momento spesso imprevedibile). La libertà individuale, come quella di muoversi, non viene inibita da una attenta prevenzione. Una porta allertata,sempre chiusa ^prevede la presenza di un operatore che controlli chi esce e possa quindi cogliere momenti critici inibendoli nei limiti del possibile. In ambiente di ricovero psichiatrico, oltre la prevenzione degli operatori che ogni mezz'ora controllano i pazienti riconosciuti a rischio, necessita la prevenzione primaria della struttura, che renda ancor più difficile la messa in opera di atti impulsivi o comportamenti a grilletto non facilmente prevedibili. Ciò non è in contrasto con la libertà individuataela risponde alta necessità di salvaguardia delle persone ricoverate con alterazioni delle funzioni cognitive, che possono non essere presenti al momento del ricovero, ma comparire in modali-*



tà non sempre prevedibile. E' palese che se in un campione di persone con svariate turbe psichiche, senza apparente manifestazione auto o etero aggressiva, allerto una vigilanza con modalità routinaria, conservando la conativa per quelli ove gli indici di rischio sono palesi, prevengo che un atto impulsivo possa trovare realizzazione. Se statisticamente il rischio di suicidio o di tentato suicidio ha una sua frequenza, bassa in ambienti di ricovero ospedaliero), in quello psichiatrico, per la concentrazioni di patologie che ne aumentano la frequenza, anche se ai momento del ricovero sono silenti, il rischio aumenta e il comportamento impulsivo del momento rende una persona, in quell'istante, con alterazione della funzione cognitiva. Infatti, dopo l'evento nefasto, la dirigenza sanitaria del policlinico ha deciso di tenere sempre chiusa la porta del reparto.

Ed ancora , il teste Brancati Marco, all'epoca dei fatti specializzando, ha evidenziato l'anomalia derivate dalla possibilità di aprire la porta dell'interno (*"facemmo per segnalare dei deficit, diciamo, delle problematiche strutturali a carico del reparto di Psichiatria. Ora, io ricordo che erano diverse le problematiche che noi abbiamo segnalato, in particolare quella, diciamo, che poi chiaramente, sulla base di quello che è avvenuto dopo, fece più scalpore, diciamo, successivamente, era appunto il problema della porta, nel senso che non era possibile, sostanzialmente, almeno per quello che io ricordo, ma, ripeto, sono passati tanti anni, però io ricordo, appunto, che il problema era che non era possibile chiudere la porta del reparto perché la porta, sostanzialmente, coincideva con l'uscita di emergenza, non c'era una porta e separatamente un'uscita di emergenza, quindi erano entrambe... coincidevano, quindi, diciamo, sostanzialmente non era possibile chiuderla. Nell'SPDC dove lavoro io adesso, l'SPDC di Partinico, noi abbiamo una porta, dalla quale normalmente entrano tutte le persone, pazienti, operatori, parenti, che è sempre chiusa, e poi c'è un'uscita di emergenza a parte, mentre in quel reparto questa cosa non c'era, quindi c'era questo problema. Ora, io non mi ricordo esattamente, sinceramente non mi ricordo come fosse proprio la struttura, l'architettura cioè nel senso del reparto, però mi ricordo precisamente che c'era questo problema con la porta e per cui noi ritenevamo, appunto, che ci potesse essere questo pericolo che qualche paziente potesse uscire, visto che questa porta era sempre aperta, sostanzialmente. Questo è quello che io ricordo*)

Infine , i testi D'amico ,Zuccarello e Palazzolo, pur distinguendo il profilo relativo al rispetto della normativa antinfortunistica da quello inerente alla prevenzione del rischio suicidio, han-



no rilevato che siffatto pericolo ben avrebbe potuto essere eliminato o attenuato attraverso la previsione della sorveglianza a vista ; *“tale presidio tra l'altro non prevedeva la necessità di nuove modifiche a strutture e impianti già esistenti né ulteriori spese a meno che di non voler ricorrere a sistemi ancor più super fisicati qua di quello di installare in aggiunta ovvero separatamente un impianto di sorveglianza esterna con telecamere puntate sulla porta e termina le video a distanza da collocarsi ad esempio nella sala infermieri in tale ultimo caso tuttavia pur trattandosi di spesa non particolarmente elevata è affrontabile per le vie brevi (cfr sentenza penale in atti)* .

Lle criticità su evidenziate in ordine alle porte di accesso al reparto e al terrazzo emergono poi con tutta evidenza anche:

- dai documenti versati in atti e segnatamente ; 1) la nota protocollo 99) Psin/16 del 23/06/2016 a firma del professore [REDACTED] con la quale si lamentava *“ la presenza di una sola porta di accesso provvista di maniglie antipánico che consente l'allontanamento volontario dei pazienti fragili e che d'altra parte se è chiusa a chiave rende impossibile l'allontanamento del reparto dal reparto in caso di emergenza non essendo disponibili altre vie di fuga; 2) la nota del 7.7.16 con la quale gli specializzandi avevano segnalato la medesima criticità in ordine alla porta di accesso al reparto 3) gli ordini di servizio , successivi al fatto per cui è causa, con cui si evidenziavano le criticità del reparto e si imponeva la chiusura della porta di ingresso al reparto (cfr all. 03.20 nota del 20.3.17 ; 4) la nota 155 del 24-3-27 a firma della dott.ssa Laddeca , responsabile SIPP , nella quale si evidenziava la porta che immetteva nel vano scala presentava un sistema di chiusura dall'interno non efficiente in quanto non impedivae del tutto la possibilità di un'eventuale allontanamento non autorizzati di pazienti del reparto “proponendosi al contempo di “ *prevedere la sostituzione modifica della porta che dal vano scala immette nell'attuale locale destinato ai fumatori dotandoli di un idoneo sistema di chiusura dall'interno al fine di impedire la possibilità di un di un allontanamento non autorizzati di pazienti la porta deve essere tenuta chiusa a chiave è dotata di un sistema di allarme sonoro che ne segnali l'apertura essendo la stessa installata lungo la via di fuga dovrà essere prevista e condivisa da tutto il personale una procedura scritta non accessibile ai pazienti sulla gestione della chiave in maniera ta-**



le che in caso di emergenza la porta possa essere tempestivamente sta per garantire l'esodo".

Risulta, quindi, accertata l'omissione colposa di una regola di cautela imposta in primo luogo dalle raccomandazioni ministeriali su menzionate (colpa specifica derivante dalla omessa adozione di *dispositivi di sicurezza, quali serrature di sicurezza, video a circuito chiuso, allarmi, rin-gchiere; infissi di sicurezza, ove possibile, assicurandone una manutenzione adeguata (con particolare riguardo ai punii luce/finestre dei piani alti)*; ma in generale dai canoni di prudenza e diligenza che impongono di evitare che i pazienti con problemi psichiatrici possano, in modo incontrollato, uscire dal reparto, accedendo a scale e a luoghi, quali appunto i terrazzi, ove è altissimo il rischio di concretizzazione dei latenti intenti autolesionistici.

In ordine alla condotta doverosa omessa essa, come emerso dalla istruttoria dibattimentale (dep Spagnolo) ma anche dalla documentazione in atti (nota dott.ssa Laddec) consisteva:

- nella dotazione di un sistema sonoro di allarme che consentisse di segnalare l'uscita dei pazienti;
- nel presidio dell'ingresso con personale paramedico (cfr sul punto pag. 54 della sentenza penale in atti la cui motivazione deve intendersi qui integralmente richiamata)

Accertata l'omissione colposa delle cautele imposte dalla normativa di settore e dai canoni di prudenza e diligenza per evitare il rischio di suicidio in ambiente ospedaliero, va affermato il nesso casuale tra la condotta omissiva e l'evento (defenestrazione della paziente) e tra quest'ultimo e il decesso, avvenuto tre giorni dopo.

Occorre in proposito ricordare che *"in qualsiasi ipotesi di colpa omissiva consistita nel non avere impedito un evento che si era obbligati ad impedire, l'avverarsi stesso dell'evento costituisce in tesi prova dell'esistenza del nesso di causa tra la condotta omissiva ed il danno", potendo la struttura sanitaria esonerarsi da responsabilità "dimostrando di avere tenuto una condotta diligente", consistita "in una adeguata sorveglianza del degente"* (Cass. Sez. 3, sent. n. 22331 del 2014, cit.), ovvero provando la ricorrenza di una *"causa imprevedibile e inevitabile che ha reso impossibile la prestazione"*, tale da porsi quale fattore esonerativo della sua responsabilità per l'inadempimento (Cass. 28991 del 2019; 25288/2020).



In siffatti casi, infatti, per escludere l'esistenza del nesso di causa tra omissione e danno, è necessario dimostrare che l'evento dannoso abbia avuto una causa diversa dall'omissione, indicando quale sia stata.

In sede civile, in particolare, nell'imputazione di un evento dannoso per omissione colposa, il giudizio causale assume come termine iniziale la condotta omissiva del comportamento dovuto; il giudice, pertanto, è tenuto ad accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alternativi. L'accertamento del rapporto di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato (cfr. Cass., sez. III, 18 luglio 2011, n. 15709), il tutto secondo un criterio di "credibilità razionale" o "probabilità logica", in base alle effettive circostanze fattuali (cfr. sul punto Cass. Pen., Sez. IV, 12 novembre 2013, n. 8073).

Si tratta di uno standard di "certezza probabilistica" non ancorato "esclusivamente alla determinazione quantitativa - statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente", ma che deve essere "verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana).

Nello schema generale della probabilità come relazione logica va verificata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (c.d. evidence and inference nei sistemi anglosassoni)" (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana)". (sulla valorizzazione del criterio dell'alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica quale regola che presiede al giudizio qualificatorio del nesso eziologico cfr., tra le tante, Cass., sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619; Cass., sez. Un. 10 gennaio 2008, n. 576; Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 582; Cass., sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 584; Cass., n. 10741/2009, cit.; Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123).

Nel caso in esame, l'accertamento del nesso di causalità ipotetica passa attraverso l'enunciato "controfattuale " che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde



verificare se la condotta avrebbe evitato il danno lamentato dal danneggiato secondo il criterio del più probabile che non. Individuato dunque il comportamento alternativo (a quello omissivo) nell'adozione di adeguate misure di sorveglianza (porta con allarme sonoro o vigilanza della porta di ingresso al reparto, appare del tutto verosimile ritenere che siffatto presidio ne avrebbe scongiurato l'allontanamento dal reparto scongiurando il verificarsi dell'infortunio poi verificatosi.

Ora è evidente che , l'adozione dei presidi su indicati- allarme sonoro o vigilanza del personale avrebbe consentito, come affermato dal Tribunale “ *di prevenire ogni possibile tentativo di superare l'ultima soglia Fuori controllo punto e in ogni caso un presidio stabile e costante avrebbe che consentito al personale di accorgersi di quanto accadeva all'interno del locale intermedio posto a ridosso della seconda porta che adduceva al reparto di psichiatria in senso stretto e infine allo stesso tempo avrebbe consentito al personale di controllo di avvalersi della facoltà di praticare in concreto ogni opportuna attività di dissuasione*” (pag 54 sentenza in atti).

Affermata la sussistenza della relazione eziologica tra omesse cautele e decesso, va rilevato poi come l'azienda non abbia assolto l'onere della prova liberatoria su essa gravante , non avendo dimostrato che l'evento dannoso abbia avuto una causa diversa dall'omissione, indicando quale sia stata.

Sicchè all'Azienda convenuta va certamente fatto carico delle conseguenze dannose del proprio inadempimento.

Né potrebbe escludersi il nesso causale sulla base dell'osservazione che i pazienti ricoverati nel reparto di psichiatria avessero libertà di movimento e che la donna, essendosi ricoverata in regime volontario , in ogni momento avrebbe potuto firmare le proprie dimissioni e tornare al domicilio, ivi concretizzando il proprio intento autolesionistico.

Invero, quanto a primo aspetto , tutti i medici escussi hanno precisato che i pazienti erano liberi di muoversi all'interno del reparto ma non certamente di allontanarsi dallo stesso di utilizzare le scale e di raggiungere il terrazzo.

La seconda osservazione è puramente ipotetica e non tiene conto, per altro ,della possibilità di cura – e dunque di miglioramento - connesse al ricovero prolungato (che la donna aveva accettato) .



Affermato il nesso causale tra condotta omissiva colposa e evento, del pari va rilevato come il decesso della donna, sebbene non avvenuto nell'immediatezza, è causalmente riconducibile al lancio nel vuoto (cfr relazione dott.ssa Triolo) .

Ne consegue che va affermata la responsabilità della struttura per il decesso della [REDACTED] (ex 1228 cc e 2049).

Accertato l'an debeatur, passando alla disamina delle conseguenze dannose, va riconosciuto ai ricorrenti il chiesto risarcimento del danno parentale, che si produce in capo agli stretti congiunti della vittima di un illecito; il medesimo fatto illecito lede, infatti, in pari tempo le situazioni giuridiche dei diversi soggetti legati dal vincolo di parentela: l'uccisione della vittima causa non solo il massimo danno configurabile in capo alla stessa, ma anche e simultaneamente, l'estinzione del rapporto parentale con gli stretti congiunti che a loro volta subiscono immediatamente e direttamente la compromissione del loro interesse all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che connota la vita familiare.

Come è noto *"In ordine alla prova del danno conseguenza – sub specie perdita del rapporto parentale – va ricordato che in tema di danno non patrimoniale, il pregiudizio patito dai prossimi congiunti della vittima va allegato, ma può essere provato anche a mezzo di presunzioni semplici e massime di comune esperienza, dato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare superstite, ferma restando la possibilità, per la controparte, di dedurre e dimostrare l'assenza di un legame affettivo, perché la sussistenza del predetto pregiudizio, in quanto solo presunto, può essere esclusa dalla prova contraria, a differenza del cd. "danno in re ipsa", che sorge per il solo verificarsi dei suoi presupposti senza che occorra alcuna allegazione o dimostrazione (Cass. Civ. Sez. 3 - , Sentenza n. 22397 del 15/07/2022).*

Ora, nel caso di specie, può ritenersi acclarato, appunto per presunzioni - il danno morale, tenuto conto del legame di parentela esistente tra i ricorrenti (figli, marito, genitori e sorella) e il de cuius (madre, moglie, figlia e sorella).

Quanto invece alla componente dinamico relazione – va ricordato poi che *" In tema di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, la presunzione iuris tantum di esistenza del pregiudizio - configurabile per i membri della famiglia nucleare "successiva" (coniuge e figli) - si estende ai membri della famiglia "originaria" (genitori e fratelli), senza che assuma ex se rilievo il fatto che la vittima ed il superstite non convivessero o che fossero distanti; tale*



presunzione impone al terzo danneggiante l'onere di dimostrare che vittima e superstiti fossero tra loro indifferenti o in odio, con conseguente insussistenza in concreto dell'aspetto interiore del danno risarcibile (c.d. sofferenza morale) derivante dalla perdita, ma non riguarda, invece, l'aspetto esteriore (c.d. danno dinamico-relazionale), sulla cui liquidazione incide la dimostrazione, da parte del danneggiato, dell'effettività, della consistenza e dell'intensità della relazione affettiva (desunta dalla coabitazione o da altre allegazioni fornite di prova - Cass. Civ Sz. 3 - , Ordinanza n. 5769 del 04/03/2024).

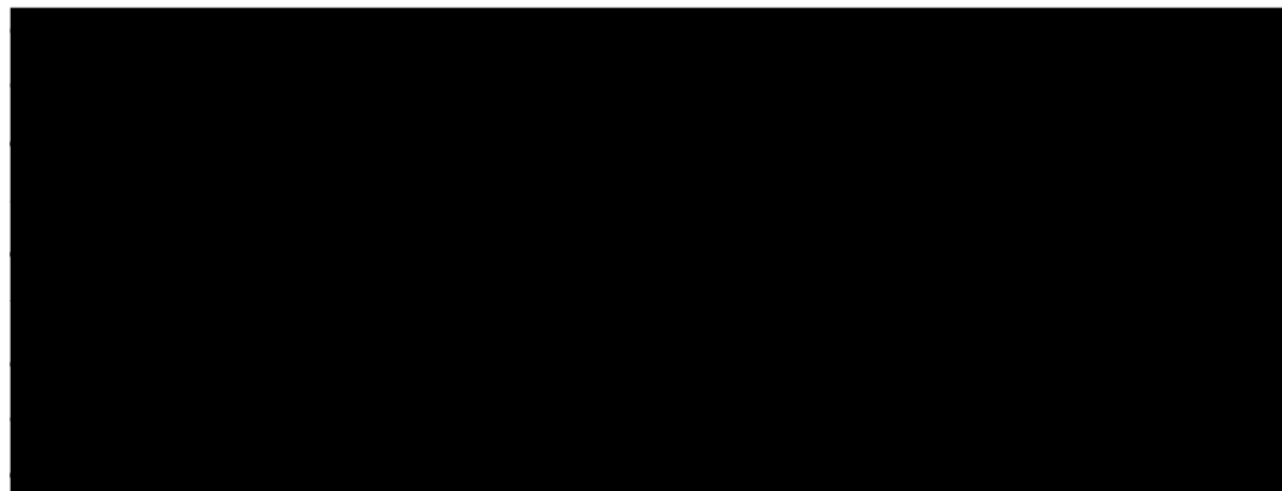
Ora , con riguardo alla famiglia (coniuge e figlia) va certamente ritenuto provato lo stravolgimento delle abitudini di vita del coniuge e dei figli della donna deceduta tenuto conto:

1) della coabitazione; (per il coniuge) nonché , sempre avuto riguardo alla posizione di [REDACTED] della perdita del supporto della moglie, la quale , da quando l'odierno attore era stato colpito da ictus , si occupava quasi esclusivamente del marito ; la circostanza che la [REDACTED] fosse in via esclusiva del marito getta luce sulla intensità del rapporto tra i due (cfr dep R. Errante Parrino "conosco gli attori da tanti anni – almeno da quando avevo dieci anni perché loro avevano una casa di villeggiatura [REDACTED] eravamo vicini di casa Cap 87: il [REDACTED] avuto un ictus o comunque una patologia che lo ha reso non auto sufficiente ; deambulava male , doveva essere sempre accompagnato e non muoveva un braccio; ciò accadde quando ancora la [REDACTED] vita; era lei che si occupava in maniera esclusiva del marito ; ricordo che una volta l'ho vista a [REDACTED] ne guidava l'autovettura; la circostanza mi stupì perché non l'avevo mai vista guidare ; desumo che fosse la [REDACTED] già lavorava fuori; per altro quando io incontravo i due coniugi sp [REDACTED] e quindi da ciò ho desunto che fosse al [REDACTED] parsi del marito ; ricordo che quando il [REDACTED] avuto l'ictus il figlio [REDACTED] con loro a [REDACTED] 88: confermo: io i quegli anni studiavo giur [REDACTED] e avevo con [REDACTED] al quale chiedevo notizie del padre; io andai anche a trovare la [REDACTED] presso la casa di riposo; so che [REDACTED] viveva fuori e [REDACTED] problemi a gestire da solo il padre, che e necessitava si assistenza continua anche per lavarsi , non era autosufficiente,; perciò > [REDACTED] a volta [REDACTED] per dare il [REDACTED] capitava anche che quando [REDACTED] era a [REDACTED] si a trovare a casa [REDACTED] confermo; dopo l'università sono andato a vivere nella mia abitazione [REDACTED] si trova a poche



centinaia di metri [REDACTED] di inverno il posto è poco popolato quindi io lo andavo a trovare il [REDACTED] anche perché sapevo che i figli vivevano lontani”)

2) della rilevante modifica delle abitudini di vita di [REDACTED] la quale, dopo il decesso della madre, più volte era stata costretta a fare rientro in Sicilia per aiutare il fratello nell'accudimento del padre, circostanza questa che aveva negativamente inciso nel suo ren-



.Ciò detto, in applicazione dei criteri già in uso presso il Tribunale di Milano (Tabelle edizione 2024), considerata [REDACTED] l'età dei superstiti, la natura del rapporto parentale e conseguentemente la presunzione sia dello stravolgimento di vita in capo al marito e alla figlia i, sia dell'intensità di sofferenza patita anche in rapporto alle modalità del decesso e al comprovato stravolgimento della vita connesse al decesso dalla congiunta deve liquidarsi un risarcimento come di seguito calcolato:

- A [REDACTED] (anni al tempo decesso: 69) la somma di euro 332.435 così determinata: punti 16 per il parametro A (età della vittima primaria), punti 16 per il parametro B (età della vittima secondaria), punti 16 per il parametro C (convivenza), punti 12 per il parametro D (2 figli), punti 25 per il parametro E (in ragione della tipologia di legame, da cui desumere la componente morale del danno e delle circostanze su evidenziate attestative dello stravolgimento di vita dell'uomo), per un totale di 85 punti da moltiplicarsi per il valore punto di € 3.911,00.

- A [REDACTED] la somma di euro 293.325 così determinata: punti 16 per il parametro A (età della vittima primaria), punti 22 per il parametro B (età della vittima secondaria), punti 0 per il parametro C (convivenza), punti 12 per il parametro D



(sopravvivenza di altri familiari padre e fratello), punti 25 per il parametro E (in ragione della tipologia di legame, da cui desumere la componente morale del danno e delle circostanze su evidenziate attestative dello stravolgimento di vita della giovane) un totale di 75 punti da moltiplicarsi per il valore punto di € 3.911,00.

Infine, in favore di [REDACTED] coerede testamentaria di Tavolacci, va riconosciuto, il risarcimento per danno biologico terminale e catastrofico patito dalla de cuius e trasmissibile agli eredi.

In proposito va ricordato che, come statuito dalla Suprema Corte *“Il diritto al risarcimento del cd. danno biologico terminale è configurabile, e conseguentemente trasmissibile "iure hereditatis", ove intercorra un apprezzabile lasso di tempo (nella specie, dieci giorni) tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse, essendo irrilevante, al riguardo, la circostanza che, durante tale periodo di permanenza in vita, la vittima abbia mantenuto uno stato di lucidità, il quale costituisce, invece, il presupposto del diverso danno morale terminale.”* (Cass. 21060/2016 vedere anche Cass. n.22451/2017).

Più recentemente la Suprema Corte ha chiarito che *“la persona ferita che non muoia immediatamente può acquistare e trasmettere agli eredi il diritto al risarcimento sia del danno biologico temporaneo - che di regola sussiste solo per sopravvivenze superiori alle 24 ore e deve essere accertato senza riguardo alla circostanza se la vittima sia rimasta o meno cosciente - sia del danno non patrimoniale consistito nella "formido mortis", che andrà verificato di caso in caso e che ricorrerà esclusivamente ove la vittima abbia avuto la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente* (Cass. Sez. 3 -, Ordinanza n. 16272 del 08/06/2023)

Per quanto concerne la liquidazione del danno biologico terminale, la Suprema Corte, con la sentenza appena menzionata, ha in particolare precisato che *“il danno alla salute che può patire la vittima di lesioni personali, la quale sopravviva per uno spazio di tempo e poi deceda a causa della gravità delle lesioni, dal punto di vista medico-legale può consistere solo in una invalidità temporanea, mai in una invalidità permanente. Il lemma "invalidità", infatti, per secolare elaborazione medico-legale, designa uno stato menomativo che può essere transeunte (invalidità temporanea) o permanente (invalidità permanente). L'espressione "invalidità temporanea" designa lo stato menomativo causato da malattia, durante il decorso di questa. L'espressione "invalidità permanente" designa invece lo stato menomativo che residua dopo la cessazione d'una malattia. L'esistenza d'una malattia in atto e l'esistenza di uno stato di in-*



validità permanente non sono tra loro compatibili: sinché durerà la malattia, permarrà uno stato di invalidità temporanea, ma non v'è ancora invalidità permanente; se la malattia guarisce con postumi permanenti si avrà uno stato di invalidità permanente, ma non vi sarà più invalidità temporanea; se la malattia dovesse condurre a morte l'ammalato, essa avrà causato solo un periodo di invalidità temporanea (oltre alla già citata Cass. n. 18056 del 2019 v., tra le altre, Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 32372 del 13.12.2018; Sez. 3, Sentenza n. 5197 del 17/03/2015, Rv. 634697 - 01; così pure Sez. 3 Sentenza n. 7632 del 16/05/2003, Rv. 563159, § 3.3 dei "Motivi della decisione"). Per le ragioni fin qui esposte, nel caso di morte sopraggiunta dopo le lesioni personali, e da esse provocata, un danno biologico permanente è inconcepibile. Quanto al danno biologico temporaneo, per potersene predicare l'esistenza sarà necessario che la lesione della salute si sia protratta per un tempo apprezzabile, normalmente superiore alle 24 ore, perché solo un tempo apprezzabile consente quell' "accertabilità medico legale" che costituisce il fondamento del danno biologico temporaneo. Lo stabilire se la vittima abbia patito un danno biologico "suscettibile di accertamento medico legale" è un giudizio di fatto riservato al giudice di merito, e non sindacabile in questa sede. Va in proposito puntualizzato anche che, una volta accertata la sussistenza di un danno biologico temporaneo provocato da una lesione mortale, esso sarà risarcibile a prescindere dalla consapevolezza che la vittima ne abbia avuto, dal momento che quel pregiudizio consiste nella oggettiva perdita delle attività quotidiane (Sez. 3 - , Sentenza n. 21060 del 19/10/2016, Rv. 642934 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 2564 del 22/02/2012, Rv. 621706 - 01).

Nella specie, [REDACTED] lanciata nel vuoto la mattina del 9 marzo 2017 ed è deceduta quattro giorni dopo, ovvero il 13 marzo 2017; ne consegue che va riconosciuta, la risarcibilità del danno biologico c.d. "terminale", in quanto è trascorso un apprezzabile lasso di tempo tra il fatto lesivo e il decesso.

Per quanto concerne la risarcibilità del danno morale c.d. "catastrofale", essa è, parimenti, ammissibile, ricorrendo, nel caso di specie, lo stato di coscienza in capo alla vittima dell'avvicinarsi della propria morte nella progressione dello scadimento delle condizioni cliniche

A tal fine devono sottolinearsi non soltanto le modalità del decesso - la donna si è lanciata nel vuoto sicché certamente ha avuto la percezione di morte - ma anche il fatto che la [REDACTED]



██████████ n è deceduta sul colpo ma , dopo l'impatto, è rimasta cosciente in una pozza di sangue (cfr sit Amato e Sammartano) .

Ne consegue che, sulla base dei dati appena evidenziato , deve concludersi che la ██████████ ebbe la chiara percezione dell'imminenza della sua fine .

Il diritto risarcitorio del danno biologico terminale e morale "catastrofale", si è configurato, quindi, come sopra illustrato, in capo al suo titolare, la paziente danneggiata , ██████████ volacci , e si è trasmesso, con la sua morte, iure hereditatis agli eredi superstiti ██████████ .

La liquidazione di tale voce di danno viene effettuata applicando le Tabelle di Milano, aggiornate al 2024 che prevedono per i primi tre giorni una liquidazione massima di euro 35.247,00 nonché euro 1.175 dal quarto giorno.

In particolare, tenuto conto della peculiarità della situazione , ovvero della massima intensità della paura di morire connessa all' evento suicidario, poi inevitabilmente scemata per effetto della progressiva perdita di coscienza, occorre riconoscere per i primi tre giorni la somma di euro 30.000 e l'importo di euro 1175, per il quarto giorno, per un totale di euro 31.175,00 , la cui metà (euro 15.587,50) va liquidata in favore della La Barbera.

A quest'ultima va poi riconosciuto il rimborso delle spese funeraria pari a € 775,00 (metà dell'importo speso))

Ne consegue che il Policlinico va condannato a corrispondere in favore di ██████████ la somma di euro 332.435,00 e in favore di ██████████ la somma di euro 309.687,50 (15.587,50+775+ 293.325)

Trattasi di somme liquidate secondo le tabelle milanesi che tengono già conto del fenomeno inflazionistico sicchè non deve procedersi a ulteriore rivalutazione .

Sulle somme riconosciute e liquidate all'attualità non spettano, invece, gli interessi c.d. compensativi.

Invero, come è noto , «l'obbligazione risarcitoria da illecito aquiliano costituisce un debito di valore che deve essere liquidato tenendo conto non solo dell'esigenza di reintegrare il patrimonio del creditore danneggiato di una somma che equivalga al danno a suo tempo subito, ma anche di ristorarlo della mancata disponibilità della stessa nel tempo intercorso tra il sinistro e la liquidazione; pertanto, oltre alla rivalutazione, potranno essere liquidati gli interessi cd. "compensativi",.



La determinazione dei quali non è però automatica, né presunta "iuris et de iure", occorrendo che il danneggiato provi, anche in via presuntiva, il mancato guadagno derivatogli dal ritardato pagamento, analogamente a quanto richiesto, sul piano probatorio, per la dimostrazione del maggior danno nelle obbligazioni di valuta, ma secondo criteri differenti» (Cass. 8-11-2016, n. 22607). «Nella obbligazione risarcitoria da fatto illecito, che costituisce tipico debito di valore, è possibile che la mera rivalutazione monetaria dell'importo liquidato in relazione all'epoca dell'illecito, ovvero la diretta liquidazione in valori monetari attuali, non valgano a reintegrare pienamente il creditore, il quale va posto nella stessa condizione economica nella quale si sarebbe trovato se il pagamento fosse stato tempestivo. In tal caso, è onere del creditore provare, anche in base a criteri presuntivi, che la somma rivalutata (o liquidata in moneta attuale) sia inferiore a quella di cui avrebbe disposto, alla stessa data della sentenza, se il pagamento della somma originariamente dovuta fosse stato tempestivo. Tale effetto dipende prevalentemente, dal rapporto tra remuneratività media del denaro e tasso di svalutazione nel periodo in considerazione, essendo ovvio che in tutti i casi in cui il primo sia inferiore al secondo, un danno da ritardo non è normalmente configurabile. Ne consegue, per un verso che gli interessi cosiddetti compensativi costituiscono una mera modalità liquidatoria del danno da ritardo nei debiti di valore; per altro verso che non sia configurabile alcun automatismo nel riconoscimento degli stessi» (Cass. 13-7-2018, n. 18564; anche Cass. n. 19063/2023). «Nei debiti di valore il riconoscimento dei cd. interessi compensativi costituisce una mera modalità liquidatoria del possibile danno da lucro cessante, cui è consentito al giudice di far ricorso, con il limite costituito dall'impossibilità di calcolare gli interessi sulle somme integralmente rivalutate dalla data dell'illecito, senza che sia tenuto a motivarne il mancato riconoscimento, salvo non sia stato espressamente sollecitato mediante l'allegazione della insufficienza della rivalutazione ai fini del ristoro del danno da ritardo» (Cass. 20-1-2020, n. 1111).

Nella specie, il ricorrente non ha assolto gli oneri di allegazione e prova a suo carico, nulla avendo allegato, prima ancora che provato né in ordine all'impiego che avrebbe fatto delle somme né al rapporto tra i tassi.

Dalla pronuncia della sentenza, per effetto della trasformazione del debito di valore in debito di valuta, sono dovuti gli interessi al tasso legale, che reputa il Tribunale debba individuarsi in quello di cui all'art. 1284 c 4 cc tenuto conto che:

- gli interessi dovuti dalla sentenza non hanno natura compensativa ma moratoria;



- la somma è esigibile e liquida ;
- la condanna è conforme alla ratio deflattiva della norma(quantomeno nella prospettiva del giudizio di secondo grado)

Va invece rigettata domanda di risarcimento del danno patrimoniale.

Invero, quanto alle spese sostenute e da sostenere per il ricovero in pensione , difetta la prova del nesso causale ; infatti, tenuto conto della condizione di salute della Tavolacci, con diagnosi di depressione, per altro insorta contemporaneamente all'insorgenza dalla patologia invalidante del marito – e dunque certamente connessa anche all'attività di caregiver del marito - non può affermarsi , secondo un giudizio probabilistico, che la stessa avrebbe potuto continuare a prendersi cura in via esclusiva del coniuge.

Quanto alle spese derivanti dal mancato apporto dell'attività di casalinga della defunta nel compendio familiare, non vi è prova né che [REDACTED] occupasse delle incombenze domestiche né che dopo il decesso della donna [REDACTED] sia avvalso di una collaboratrice domestica alla quale avrebbe versato gli importo oggetto della domanda .

Le spese di lite seguono la soccombenza.

Esse vanno determinate come previsto della Suprema Corte (Sez. 3 - , Ordinanza n. 10367 del 17/04/2024) applicando i parametri medi relativi allo scaglione sino a 520.000 che va preso come punto di riferimento sulla base del valore più alto della liquidazione resa in favore di una delle parti , aumentato per il numero delle parti e abbattuti del 30% in ragione della omogeneità delle difese , pervenendosi all'importo di € 20.435,87per il presente giudizio, la metà della quale va versata in favore dell' Erario

Non deve darsi luogo autonoma liquidazione dei compensi per la mediazione .

Come chiarito dalla Suprema Corte (cass. Civ . . 2 - , Ordinanza n. 28327 del 10/10/2023) ai sensi l'art. 18 del d.m. n. 55 del 2014 (nel testo anteriore alle modifiche introdotte dall'art. 4, comma 1, d.m. n. 147 del 2022, da), i compensi liquidati per prestazioni stragiudiziali sono onnicomprensivi in relazione ad ogni attività inerente l'affare. IL comma 1 dell'art. 4 del dm 147/22 ha aggiunto un secondo comma a questo articolo, prevedendo la possibilità di una



liquidazione per ciascuna fase o parte» quando però l'affare si componga «di fasi o di parti autonome in ragione della materia trattata».

Quel che dunque emerge evidente nel raffronto tra il testo applicabile alla fattispecie e la nuova formulazione è il permanere tendenziale del principio di onnicomprensività: la liquidazione di un compenso per fasi o parti è infatti possibile purché, in ragione della materia trattata, la fase o la parte dell'affare per cui è stata prestata l'attività stragiudiziale sia individuabile come «autonoma»; conferma questa ricostruzione la persistenza di un'unica voce nella tabella 25 che individua i parametri di liquidazione.

Ciò precisato, deve allora considerarsi che già l'originario unico comma dell'art. 18, per sua formulazione, consentiva di ritenere, nell'ipotesi di attività stragiudiziale resa per uno stesso affare, la spettanza di più compensi per differenti segmenti temporali nell'ipotesi in cui l'avvocato dimostrasse che l'affare fosse distinguibile in più fasi, nel senso che si fosse concluso e poi fosse stato riaperto; ugualmente, separato compenso spettava se, nell'ambito di quello stesso affare, l'attività da retribuire si connotasse come autonoma per sua specifica funzione.

Questa interpretazione era – ed è - necessitata dal principio di correlazione tra il compenso e l'effettività della prestazione professionale resa e può ora trovare conferma proprio nella aggiunta, all'art. 18, come riportata, del secondo comma, di più esplicita formulazione: in tal senso può ritenersi che questo nuovo precetto assolveva una funzione interpretativa, chiarendo il senso e la portata del primo comma.

Ebbene, nel caso di specie, deve escludersi il carattere di autonomia della prestazione stragiudiziale, rispetto a quelle successiva e giudiziale .

Va riconosciuto il rimborso delle spese vive , ivi comprese quelle di mediazione pari a 100 euro .

In relazione al disposto degli artt. 59 lett. d) e 60 co. 2 T. U. sull'imposta di registro, deve indicarsi nei resistenti, la parte obbligata al risarcimento del danno derivante da un fatto costituente reato

PQM

Il Tribunale di Palermo, definitivamente decidendo e respinta ogni diversa domanda eccezionale e difesa:



Condanna l'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" al pagamento in favore di [REDACTED] della somma di euro 332.435,00 oltre interessi al tasso di cui all'art. 1284 c 4 cc dalla sentenza al soddisfo;

Condanna l'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" al pagamento in favore di [REDACTED] della somma complessiva di euro 309.687,50 oltre interessi al tasso di cui all'art. 1284 c 4 cc dalla sentenza al soddisfo;

Condanna l'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" al pagamento delle spese di lite che si liquidano in euro 545 per spese vive, oltre a euro 100 per spese di mediazione e complessivi euro € 20.435,87 per compensi, oltre a spese Generali al 15% iva e cpa nella misura di legge, la cui metà (con riferimento ai compensi) va versata in favore dell'Erario stante l'ammissione di [REDACTED] al patrocinio a spese dello Stato.

Indica ai sensi degli artt. 59 e 60 del T.U. Imposta Registro, nei convenuti i soggetti nei cui confronti deve essere recuperata l'imposta prenotata a debito.

Palermo il 30 aprile 2026

il Giudice
Cristina Denaro

IL presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dr. Cristina Denaro, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.

