Deliberazioni Rep. n.967/2026 Prot. n. 0065131 del 24/10/2026 - UOR: 00.02.0

All'udienza del 12.02.2026 viene aperto il verbale e il Giudice accerta la regolare comunicazione alle parti del verbale di udienza del 24.10.2024, con cui è stata disposta la trattazione scritta mediante il deposito e lo scambio in telematico di note scritte.

Prende atto delle note conclusive e delle note scritte depositate ex art. 127 ter c.p.c. dall'attore, queste ultime da valere come presenza all'udienza, e che non sono, allo stato, visibili note scritte della convenuta.

IL G.O.P.

provvede come di seguito, ad ore 15.28.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Palermo - III Sezione Civile

in composizione monocratica, nella persona del giudice onorario ***Dott.ssa Francesca Taormina***, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. **6539** del Ruolo Generale degli Affari Contenziosi Civili dell'anno **2023**

TRA

[redacted] (Avv. Sergio Di Gerlando)

ricorrente

E

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "POLICLINICO PAOLO GIACCONE" DI PALERMO, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, (Avvocatura Distrettuale dello Stato di Palermo)

resistente

Oggetto: Domanda di risarcimento di danni.

Il Tribunale di Palermo - III Sezione Civile,

in persona del giudice onorario, ogni contraria istanza ed eccezione respinta e definitivamente pronunziando nel contraddittorio delle parti, così provvede:

- In accoglimento delle domande spiegate da [redacted] con ricorso notificato il 22.05.2023, condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Paolo Giaccone" di Palermo, in persona

del rappresentante legale *pro-tempore,* al pagamento in favore del ricorrente della complessiva somma, liquidata all'attualità, di € 8.910,00, oltre interessi al saggio legale dal fatto al soddisfo;

- Condanna la resistente al pagamento in favore del ricorrente delle spese di lite, liquidate d'ufficio in complessivi € 3.817,00, oltre Iva e Cpa come per legge e spese generali nella misura del 15% del compenso totale della prestazione, oltre alle spese di ctu, liquidate come da decreto in atti e poste provvisoriamente a carico del ricorrente medesimo.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con il ricorso ex art. 281 undecies c.p.c. depositato in data 09.05.2023 e notificato il 22.05.2023 [redacted] agisce in giudizio per ottenere il ristoro di tutti i danni sofferti in conseguenza di un sinistro asseritamente verificatosi in data 23.10.2018, presso la U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico del Policlinico Giaccone di Palermo, allorquando, al termine di un intervento chirurgico, mentre veniva trasferito dal lettino operatorio alla barella di trasporto dai sanitari di turno, cadeva per terra.

Svolte le superiori premesse in fatto, è da dire, in diritto, che l'accettazione in ospedale del paziente ai fini del ricovero determina la conclusione di un contratto di natura atipica con la struttura ospedaliera (contratto di spedalità).

Il rapporto che lega il paziente all'istituzione sanitaria, pubblica o privata che sia, ha natura contrattuale: nell'ambito di tale rapporto atipico assumono rilievo, oltre alle prestazioni mediche, quelle di carattere "latu senso" alberghiero e le obbligazioni accessorie di sicurezza e/o protezione.

La responsabilità contrattuale dell'ente può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni che sono direttamente a carico dell'ente medesimo, ma anche, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione sanitaria svolta direttamente da un soggetto terzo, che assume la veste di ausiliario necessario del debitore.

Ne deriva, quindi, che la responsabilità della struttura nei confronti del paziente che ha subito lesioni a seguito di caduta all'interno dell'ospedale ha natura contrattuale e può sussistere a prescindere dalla possibilità o meno di accertare e/o identificare il comportamento colposo di un singolo soggetto operante all' interno della struttura stessa.

In punto di onere della prova, va osservato che la presunzione contenuta nell'art. 1218 c.c. solleva il creditore dall'onere di provare la colpa del debitore, ma non anche dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore e il danno di cui si domanda il risarcimento.

In buona sostanza, il paziente che agisce per il risarcimento deve limitarsi a provare: l'esistenza del contratto (id est il ricovero o la prestazione sanitaria); il danno e il nesso di causalità tra quest'ultimo e la caduta avvenuta all'interno della struttura.

Dal canto suo, la struttura ospedaliera, per liberarsi dalla responsabilità, deve dimostrare che la caduta è avvenuta per causa a lei non imputabile e di aver rispettato tutte le regole di diligenza e sicurezza.

Nel caso che ci occupa, non soltanto la rappresentazione fattuale del ricorrente non è mai stata contestata dall'azienda ospedaliera resistente ma ha trovato documentale avallo nella produzione del ricorrente medesimo.

Dalla cartella clinica allegata al fascicolo attoreo si ricava, invero, che, dopo avere subìto un intervento di tiroidectomia totale, "*alla fine della procedura chirurgica, dopo il risveglio del paziente, nelle more del passaggio dal lettino operatorio alla barella di trasporto, questi accidentalmente cadeva…"* (cfr. pgg 34, 44, 52).

Dunque, se, da un lato, [redacted] ha adempiuto all'onere probatorio sullo stesso incombente; dall'altro, la resistente nulla ha fatto per offrire la prova liberatoria del cui onere era gravata.

Vero è, si ribadisce, che l'ospedale risponde per la colpa del personale e che la struttura deve garantire misure di sicurezza adeguate, inclusa la sorveglianza e l'uso di barelle funzionanti, essendo essa responsabile anche di eventuali manovre negligenti durante il trasporto del paziente.

Così stando le cose, non può che acclararsi la responsabilità dell'ente sanitario nei confronti del ricorrente per le lesioni riportate a seguito della caduta verificatasi durante il periodo della degenza, a causa del negligente operato del personale, che curò il passaggio del [redacted] ancora stordito dopo l'importante intervento chirurgico subìto, da un lettino all'altro.

Tutto ciò posto, spetta al ricorrente il ristoro dei danni subiti in connessione causale con il sinistro *de quo*: sul punto, vanno accolte e condivise le conclusioni – neppure contestate da alcuna delle parti – cui è pervenuto, all'esito di un'indagine coerente e lineare, condotta sulla base di precise

risultanze dell'esame obiettivo, avvalorate dal tenore dei documenti clinici in atti e sorrette da argomentazioni coerenti e immuni da errori logici e scientifici, il nominato consulente d'ufficio, che ha ritenuto residuati a carico del [redacted] postumi di lieve entità quantificati con la percentuale del 4%.

Il Ctu ha concluso nel senso di ritenere che l'attore ha riportato, in occasione del sinistro, *"un trauma cranico con ferita lacero contusa all'antelice dell'orecchio sinistro ed un trauma toracico con frattura dell'arco posteriore della 5° e della 7° costa di sinistra*", ritenendo sussistente il nesso di causalità tra il politrauma riportato e il sinistro per cui è lite.

Le argomentazioni e conclusioni del Ctu sono condivisibili anche in punto di quantificazione della durata del periodo di inabilità temporanea procurata al ricorrente dalle lesioni patite (60 giorni di I.T.P. al 50%).

Passando alla quantificazione del danno non patrimoniale, mette conto premettere che, recentemente intervenuta sulla questione, la Suprema Corte ha ribadito il principio secondo cui, in tema di liquidazione del danno, la fattispecie del danno morale, da intendersi come "voce" integrante la più ampia categoria del danno non patrimoniale, trova rinnovata espressione in recenti interventi normativi (e, segnatamente, nel D.P.R. 3 marzo 2009, n. 37 e nel D.P.R. 30 ottobre 2009, n. 181), che distinguono, concettualmente, ancor prima che giuridicamente, tra la "voce" di danno c.d. Biologico, da un canto, e la "voce" di danno morale, dall'altro, con la conseguenza che di siffatta distinzione, in quanto recata da fonte abilitata a produrre diritto, il giudice del merito non può prescindere nella liquidazione del danno non patrimoniale (Cass. Civ., sez. III, n. 18641/11).

Secondo l'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. Offerta dal Supremo Collegio, nella sua più autorevole composizione (Cass. Civ., S.U., nn. 26972-26975/2008), invero, il danno non patrimoniale costituisce una categoria generale unitaria, non suscettibile di suddivisione in sottocategorie, tipicamente configurabile, oltre che nei casi espressamente previsti dalla legge, anche nei casi di lesione di interessi o valori della persona di rilievo costituzionale non suscettibili di valutazione economica, e cioè in presenza di un'ingiustizia costituzionalmente qualificata.

E così, merita certamente ristoro il danno c.d. Biologico, inteso quale pregiudizio del diritto inviolabile e costituzionalmente protetto (art. 32 Cost.) Alla salute o integrità psicofisica della

persona in sé considerata, suscettibile di accertamento medico-legale e che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato indipendenti da eventuali ripercussioni sulla capacità reddituale, e, dunque, nella sua accezione pluridimensionale, comprensivo, anche in accordo alle argomentazioni delle succitate Sezioni Unite, degli aspetti esistenziali e dinamico-relazionali della vita della persona danneggiata, al fine di evitare duplicazioni risarcitorie.

Poste dette premesse in diritto, con riferimento al danno biologico permanente, considerata l'esigenza di una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale biologico e di ogni altro danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute, conseguente all'indirizzo giurisprudenziale di cui alle citate sentenze del novembre 2008 delle Sezioni Unite, questo Decidente ritiene di doversi conformare ad un criterio equitativo e di prendere, per la sua liquidazione, a parametro i valori elaborati in base alla liquidazione fatta dall'osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano, facendo applicazione delle tabelle milanesi, in ossequio al principio di recente consacrato dalla III sezione della Corte di Cassazione nella pronuncia del 7 giugno 2011 n. 12408: con la statuizione in parola, infatti, il Supremo Consesso ha affermato che nella liquidazione del danno biologico, quando manchino criteri stabiliti dalla legge, l'adozione della regola equitativa di cui all'art. 1226 c.c. Deve garantire non solo un'adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi, essendo intollerabile e non rispondente ad equità che danni identici possano essere liquidati in misura diversa sol perché esaminati da differenti uffici giudiziari, aggiungendo che tale uniformità di trattamento viene garantita dal criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, essendo esso già ampiamente diffuso sul territorio nazionale e rispetto al quale la Cassazione medesima, in applicazione dell'art. 3 Cost., riconosce la valenza, in linea generale, di parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c., salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono.

In particolare, secondo la Corte, il principio di diritto cui attenersi è quello secondo cui, poiché l'equità va intesa anche come parità di trattamento, la liquidazione del danno non patrimoniale alla persona da lesione dell'integrità psico-fisica presuppone l'adozione da parte di tutti i giudici di merito di parametri di valutazione uniformi che, in difetto di previsioni normative (come l'art. 139

del codice delle assicurazioni private, per le lesioni di lieve entità conseguenti alla sola circolazione dei veicoli a motore e dei natanti), vanno individuati in quelli tabellari elaborati presso il tribunale di Milano, da modularsi a seconda delle circostanze del caso concreto (Cass. Civ., sez. III, n. 12408/11).

Alla luce delle chiare indicazioni contenute nella recente sentenza della Cassazione n. 12408/2011 – che esclude, peraltro, in caso di lesioni micro-permanenti, per sinistri non connessi alla circolazione stradale, la possibilità di ricorrere, in via analogica, ai valori dettati dal codice delle assicurazioni per i sinistri stradali –, il danno non patrimoniale da lesione del diritto inviolabile alla salute, c.d. Danno biologico, va liquidato secondo il "sistema tabellare", con particolare riferimento alle tabelle elaborate ed in uso presso il Tribunale di Milano, che ricomprendono e liquidano congiuntamente al biologico anche il c.d. Danno morale soggettivo, ossia le sofferenze psichiche, la sofferenza morale determinata dal non poter fare quelle attività, la frazione c.d. Morale del danno biologico, del quale ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua natura intrinseca costituisce componente (Cass. Civ., S.U., n. 26972/08).

E così, in concreto, tenuto conto dei postumi permanenti accertati (4%), sulla base del valore-punto adeguato all'età (69 anni) del soggetto all'epoca del fatto e al livello dell'invalidità, e considerato che non risultano allegate né provate né una peculiare sofferenza morale né circostanze soggettive comportanti una personalizzazione del danno biologico -, essendo rimasta del tutto indimostrata (e, ancor prima, dedotta) la sofferenza soggettiva interiore, che sarebbe derivata al ricorrente in connessione causale con il sinistro -, compete al [redacted] la somma, riconosciuta all'attualità, di € 5.460,00 a titolo di danno non patrimoniale da invalidità permanente.

Quanto al danno derivante dall'inabilità temporanea, alla luce dei su richiamati criteri ed in considerazione della quantificazione operata nelle citate tabelle del Tribunale di Milano (recentemente aggiornate e riferite all'anno 2024) in una forbice giornaliera da un minimo di € 115,00 ad un massimo del +50%, tenuto conto della modesta entità dei postumi – ben contenuti nei limiti delle micro-invalidità –, appare equa una quantificazione giornaliera corrispondente all'importo minimo di € 115,00: spetta, dunque, al ricorrente a ristoro di tale profilo di danno l'importo di € 3.450,00 per I.T.P. al 50%, sempre con valutazione all'attualità.

Non sono stati chiesti né tantomeno documentati esborsi sostenuti in connessione causale con il sinistro, di guisa che nulla può essere riconosciuto a parte ricorrente a detto titolo.

La somma da liquidare in favore del ricorrente ammonta complessivamente ad ***€ 8.910,00*** (liquidata all'attualità), sulla quale vanno calcolati, al tasso legale e con decorrenza dalla data del sinistro (23.10.2018), commisurandoli alla somma medesima previamente devalutata e poi rivalutata di anno in anno, gli interessi compensativi, a ristoro del cd. "danno da ritardo".

In ossequio al principio della soccombenza, l'Azienda Ospedaliera resistente va condannata a rifondere al ricorrente le spese sostenute in giudizio, che vanno liquidate, in difetto di notula, sulla base dei parametri introdotti (in attuazione dell'art. 13, VI co., L. 247/12) dal D.M. 55/14, aggiornati al D.M. n. 147/22, e applicabili a tutte le liquidazioni successive alla data di entrata in vigore (23.10.22), in complessivi € 3.817,00, di cui € 264,00 per spese, oltre Iva e Cpa come per legge e spese generali nella misura del 15% del compenso totale della prestazione, oltre alle spese relative alla ctu, liquidate come da decreto in atti e poste provvisoriamente a carico dello stesso.

Così deciso in Palermo alla udienza odierna del 12 febbraio 2026

Il G.o.p.

Dr.ssa Francesca Taormina