



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

TRIBUNALE DI LECCE
SEZIONE I CIVILE

Il Tribunale di Lecce, prima sezione civile, in composizione monocratica, in persona del giudice unico dott. Francesco De Leo, pronuncia la seguente

S E N T E N Z A

nella controversia iscritta al n. 2038/2020 del ruolo generale affari contenziosi, avente ad oggetto “responsabilità professionale” e vertente

T R A

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentato e difeso, in virtù di procura in atti, dall’Avv. Marcello De Laurentiis;

Attore

CONTRO

Controparte_1 (P.IVA: *P.IVA_1*, corrente in Lecce, in persona del suo legale rappresentante pro tempore, e Dott. *Controparte_2* (C.F.: *C.F._2*) rappresentati e difesi, in virtù di procura in atti, dall’avv. Carlo Stasi;

Convenuti

E

Controparte_3 (P.IVA *P.IVA_2*, con sede legale in Milano, alla Via Traiano 18, in persona del Dirigente procuratore e legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa, in virtù di procura generale alle liti rilasciata giusta scrittura privata autenticata dal Notaio *Persona_1* di Torino in data 27.04.2017 (rep. 81957/38077), dall’Avv. Raffaele Plenteda;

Terzo chiamato

La causa, sulle conclusioni delle parti come precisate, ai sensi dell'art. 281 sexies comma 3, c.p.c., modificato dall'art. 7, comma 3, d.lgs. 164/24, nel verbale di udienza del 28.01.2026, è stata riservata per la decisione nella medesima udienza.

FATTO E DIRITTO

Con atto di citazione notificato in data 28.02.2020, l'attore ha convenuto in giudizio la [...]

Controparte_1 struttura sanitaria privata accreditata, nonché il dott. Controparte_2 quale primario responsabile del reparto di Psichiatria, esponendo:

- di essere stato ricoverato presso la predetta Casa di Cura in data 26 maggio 2018, nel reparto di Terapia Intensiva Gravi Cerebrolesi Acquisiti – Neuroriabilitazione – Psichiatria, a causa di una grave sindrome depressiva, con necessità di approfondimenti diagnostici;
- che, il giorno successivo al ricovero, alle ore 9:30, dopo l'inizio della terapia farmacologica a base di psicofarmaci e una volta effettuato un elettrocardiogramma con rilevazione di QT e QTc, mentre si trovava nel corridoio del reparto, nei pressi dell'ambulatorio, a seguito di uno svenimento era caduto rovinosamente a terra, urtando il viso sul pavimento;
- che a seguito della caduta era stata redatta una scheda di segnalazione, riportante la diagnosi di contusione al naso con escoriazione e piccolo taglio al labbro, nonché la presenza di mobilità ed effrazione di due elementi dentari;
- che, stando a quanto riportato dal referto della visita neurologica effettuata il 01.06.2018, l'episodio di caduta era stato *“di probabile tipo comiziale (si può ipotizzare che sia la febbre che farmaci psicotropi come escitalopram ne favoriscano l'insorgenza)”*;
- che, in data 11.06.2018, il proprio odontoiatra di fiducia certificava la mobilità degli elementi dentari 11 e 21 e la necessità di applicazione di due capsule in ceramica, per una spesa pari ad euro 2.700,00;
- di aver inoltrato, in data 25.01.2019, richiesta risarcitoria a mezzo PEC alla Controparte_1 [...] reiterata il 05.11.2019, senza ricevere riscontro.

Sulla scorta di tali circostanze ha chiesto accertarsi la responsabilità della struttura sanitaria e del primario dott. CP_2 per omessa vigilanza e inadempimento degli obblighi di protezione, invocando la responsabilità contrattuale ex artt. 1218 e 1228 c.c. e, per l'effetto, la condanna dei convenuti, in solido, al risarcimento del danno complessivamente quantificato in euro 13.513,25 (di cui € 10.813,25 a titolo di danno biologico, a fronte di una invalidità permanente pari al 6%, ed € 2.700,00 a titolo di danno patrimoniale), oltre interessi e rivalutazione, nonché al pagamento delle spese di lite.

Si sono costituiti in giudizio i convenuti, eccependo preliminarmente l'improcedibilità della domanda per difetto dei termini dilatori di comparizione e per mancato previo esperimento obbligatorio del procedimento di accertamento tecnico preventivo, ex art. 696-bis c.p.c.

Nel merito hanno resistito deducendo come risultasse dalla cartella clinica che la caduta era stata imprevedibile e non prevenibile, non correlata né alla patologia né alla terapia praticata. Hanno contestato, inoltre, l'esistenza di lesioni dentarie riconducibili all'evento nonché l'entità del danno allegato.

La Struttura sanitaria ha chiesto, altresì, di essere autorizzata a chiamare in garanzia la propria compagnia assicurativa, *Controparte_3*

Con ordinanza del 23.02.2021, il Giudice ha disposto l'esperimento del procedimento di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. quale condizione di procedibilità della domanda ed il relativo subprocedimento è stato promosso dall'attore in data 29.02.2021.

A seguito della disposta autorizzazione alla chiamata dal terzo, si è costituita in giudizio [...] *Controparte_3* esponendo di essere tenuta alla manleva della struttura assicurata nei limiti e alle condizioni di polizza, ma contestando la copertura per la responsabilità personale del dott. *CP_2* in difetto di prova del rapporto di dipendenza.

Quanto alla domanda risarcitoria principale, dichiarandosi interventore adesivo dipendente, si è associata integralmente alle difese espresse dalla *Controparte_1* sia in ordine all'assenza di inadempimento, sia con riferimento al difetto di nesso causale tra l'attività della struttura e l'evento dannoso dedotto dall'attore.

Ha rilevato, inoltre, l'insussistenza e l'eccessiva quantificazione dei danni lamentati, con particolare riferimento alle asserite lesioni dentarie e al dedotto danno biologico permanente.

Ha concluso, pertanto, chiedendo il rigetto della domanda attorea e, in subordine, la limitazione dell'eventuale obbligo di manleva nei limiti contrattuali.

Il giudizio è stato istruito mediante acquisizione dei documenti prodotti dalle parti.

La domanda risulta infondata.

Il *thema decidendum* attiene, in estrema sintesi, al danno patito dall'attore a seguito di una caduta all'interno della struttura clinica convenuta e, dunque, alla responsabilità di carattere omissivo di quest'ultima, legata alla mancata adozione di tutte le precauzioni di carattere clinico richieste in favore di un paziente affetto da patologia psichica.

In tal senso l'indagine giudiziale, da condursi sulla scorta dei principi elaborati dalla giurisprudenza in tema di responsabilità medica e, di conseguenza, dei criteri probatori al suo accertamento sottesi, va incentrata sulla verifica della sussistenza della responsabilità della struttura sanitaria nonché del medico direttore del reparto di psichiatria nell'ambito della predisposizione delle cautele necessarie ad evitare, nel corso di un ricovero, pregiudizi di carattere psico-fisico.

Pertanto la domanda in esame, circoscrivendo l'oggetto del giudizio, ne delinea i confini nell'ambito della responsabilità sanitaria, escludendosi ogni altra forma di responsabilità speciale prevista dal codice civile.

Orbene, in via preliminare, va osservato come la dichiarazione di morte del convenuto CP_2 effettuata dal relativo difensore, non imponeva alcuna declaratoria di interruzione del giudizio, essendo stata espressa con il fine dell'esclusione proprio dell'evento processuale interruttivo e, al più, con l'intento di comunicare l'impossibilità di procedere all'interrogatorio formale del convenuto.

Sull'esclusione dell'effetto interruttivo non sussistono dubbi, atteso che secondo la Suprema Corte (v. Cass. civ., Sez. III, Ord., 11/11/2024, n. 29042) *“la dichiarazione resa ai sensi dell'art. 300 cod. proc. civ., avente ad oggetto l'evento interruttivo, deve supporre la volontà del dichiarante di provocare l'interruzione stessa, con la conseguenza che quest'ultima non si realizza allorché la causa interruttiva (nella specie, la morte della parte) sia stata esposta per fini diversi; è dunque necessario, ma anche sufficiente, che si integri tale supposizione, mentre non occorre necessariamente che la dichiarazione abbia formalmente ad oggetto la predetta finalità, potendo essere circoscritta, stante il disposto testuale della norma processuale, all'esposizione dell'evento idoneo a produrla;”*.

Ciò premesso, nel merito, rientrando il caso in esame nell'alveo applicativo della l. 24/2017 (c.d. legge Gelli-Bianco), giova richiamare quanto statuito dalla giurisprudenza di legittimità (v. Cass. civ., Sez. III, Ordinanza, 05/05/2025, n. 11804) secondo cui *“In materia di responsabilità sanitaria, il giudizio regolato dall'art. 8 della legge n. 24/2017 è composto da due procedimenti distinti (il primo a cognizione sommaria, il secondo a cognizione piena), funzionalmente collegati dalla finalità di istruzione preventiva propria dell'istanza di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis cod. proc. civ.; tale relazione, pur implicando la reciproca autonomia strutturale dei procedimenti, determina che la verifica della competenza debba avvenire nel corso del giudizio di merito ex art. 281-undecies cod. proc. civ., previa eccezione del convenuto nella comparsa di risposta, se la questione riguarda la competenza territoriale derogabile.”*

Posto che il primo segmento del giudizio in esame, mancante al momento della notifica dell'atto di citazione, è stato oggetto di integrazione attraverso l'avvio del procedimento disciplinato dall'art. 696 bis c.p.c., giova osservare, in punto di diritto sostanziale, come, a seguito dell'introduzione dell'impianto normativo citato, la responsabilità della struttura sanitaria abbia ormai pacificamente natura contrattuale ex art. 1218 c.c., come espressamente previsto dalla L. n. 24 del 2017, ed è soggetta pertanto ad un regime probatorio privilegiato e al termine di prescrizione ordinario decennale.

Nel dettaglio la responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata (sia essa parte del CP_4 o una impresa privata non convenzionata) assume natura contrattuale sia che si ritenga che l'obbligo di adempiere le prestazioni per la struttura sanitaria derivi dalla legge istitutiva del S.S.N.,

sia che si preferisca far derivare tale obbligo dalla conclusione del contratto atipico di “spedalità” o “assistenza sanitaria” con la sola accettazione del paziente presso la struttura.

Dall’illustrato contratto atipico a prestazioni corrispettive (cosiddetto “contratto di spedalità”), che si conclude all’atto dell’accettazione del paziente presso la struttura con pagamento del corrispettivo (da parte del paziente, dell’assicuratore ovvero del Servizio Sanitario Nazionale), discendono, a carico della struttura sanitaria, oltre a quelli *lato sensu* alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze (cfr., all’uopo, anche Cass. civ., sez. III, 14 giugno 2007, n. 13593, Cass. civ., sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698; Cass. civ., sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066; Cass. civ., sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103). *“L’accettazione del paziente in una struttura (pubblica o privata) deputata a fornire assistenza sanitario-ospedaliera, sia ai fini del ricovero che di una visita ambulatoriale, comporta comunque la conclusione di un contratto di prestazione d’opera atipico di spedalità con la medesima”* (cfr.: Cass. civ. sent. n. 24791/2008), risultando *“irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico, in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi”* (Cass. S.U. 577/2008).

Una distinta analisi va di contro condotta, sotto il profilo ontologico e del regime della prova, rispetto all’attività del medico e alla relativa responsabilità, essendo stata definita *ex lege* la natura giuridica di quest’ultima in termini aquiliani.

Prima del *revirement* normativo corrispondeva a principio di diritto consolidato che l’onere della prova in capo all’attore-paziente avesse ad oggetto non solo il danno, ma anche la relativa eziologia, sulla scia dell’orientamento della Suprema Corte (v. sul punto Cassazione civile sez. III, 05/03/2024, n.5922) secondo cui *“con precipuo riferimento alle fattispecie di inadempimento delle obbligazioni professionali - tra le quali si collocano quelle di responsabilità medica - questa Corte ha da tempo chiarito che è onere del creditore-attore dimostrare, oltre alla fonte del suo credito (contratto o contatto sociale), l’esistenza del nesso causale, provando che la condotta del professionista è stata, secondo il criterio del “più probabile che non”, la causa del danno lamentato (Cass. 07/12/2017, n.29315; Cass. 15/02/2018, n. 3704; Cass. 20/08/2018, n. 20812), mentre è onere del debitore dimostrare, in alternativa all’esatto adempimento, l’impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l’inadempimento (o l’inesatto adempimento) è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l’ordinaria diligenza, e dunque sia oggettivamente non imputabile all’agente (ex aliis, tra le più recenti, Cass. 29/03/2022, n.10050; Cass.27/02/2023, n. 5808).”*

L'attuale assetto normativo traccia, di contro, un doppio binario probatorio in forza del quale sussistono due distinte forme di responsabilità, l'una contrattuale della struttura sanitaria e l'altra, tipica dell'esercente la professione sanitaria, di natura extracontrattuale.

In tale quadro l'individuazione del soggetto su cui ricade l'onere della prova dell'inadempimento, del danno e del relativo nesso causale si declina diversamente a seconda del soggetto passivo preso in considerazione.

In altri termini se la responsabilità della struttura sanitaria ex art. 1218 c.c. importa che sia quest'ultima a fornire la prova del proprio esatto adempimento (o l'impossibilità dello stesso), nell'ambito della responsabilità del sanitario, che soggiace al diverso regime aquiliano, è il danneggiato ad essere onerato della prova di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità.

Ciò posto, nella specie, dovendo l'indagine giudiziale muoversi lungo il versante dell'esecuzione della prestazione sanitaria in primis da parte della struttura nonché del danno non patrimoniale lamentato dall'attore, quest'ultimo non ha fornito la dimostrazione del rapporto eziologico esistente tra essi.

In particolare, come anticipato, l'attore ha eccepito l'omissione della struttura sanitaria convenuta nonché del direttore del reparto di psichiatria nell'adozione di condotte di cautela, in specie di sorveglianza sanitaria, che la sua condizione di salute avrebbe imposto.

Ha sostenuto, infatti, che essendo stato ricoverato in ragione di una grave sindrome depressiva presso il reparto di "Terapia intensiva gravi cerebrolesi – Neuroriabilitazione – Psichiatria" sarebbe dovuto essere sottoposto, anche alla luce della terapia farmacologica somministrata, a controlli tali da evitare ogni rischio di pregiudizio, tra cui quello derivante da caduta.

Sul punto, ai fini della decisione, risulta determinante l'elaborato peritale redatto dal consulente tecnico d'ufficio nell'ambito del procedimento avviato ex art. 696 bis c.p.c.

Occorre sin d'ora precisare come la eccepita incompatibilità del ctu, in disparte la riconducibilità o meno di tale profilo ad un'ipotesi di nullità, sia sfornita di prova atteso che la denominazione della compagnia assicurativa convenuta "*Controparte_5*" risulta evidentemente distinta rispetto a quella indicata nel curriculum del ctu, ovvero Gruppo Reale Mutua-Italiana-Piemontese Ass.ni Spa, presso la quale sarebbe stata esercitata attività di consulenza di parte.

In ogni caso, come sottolineato nell'ordinanza del 4 Marzo 2025, depositata nel procedimento ex 696 bis c.p.c., il rilievo di incompatibilità risulta formulato tardivamente ai sensi dell'art. 192 c.p.c. e il ctu ha dichiarato che il proprio rapporto di collaborazione con Gruppo Reale Mutua Ass.ni, peraltro non continuativo bensì "a chiamata", era cessato nel 2022 prima dell'udienza di giuramento del 26.01.2023.

Per tali ragioni l'eccezione va rigettata.

In tema di utilizzabilità del citato elaborato occorre precisare che *“la relazione conclusiva dell'accertamento tecnico preventivo espletato ante causam è un documento che può essere validamente prodotto nel successivo giudizio di merito ed è liberamente valutabile dal giudice, che può trarne elementi di prova, anche se ad esso partecipino soggetti che non sono stati presenti nel procedimento di accertamento preventivo.*

Pur essendo privo di ogni efficacia di prova privilegiata nel successivo giudizio di merito, esso costituisce comunque un documento pienamente utilizzabile dal giudice come elemento di prova nei confronti di tutte le parti del giudizio di merito. Esso entra a far parte del materiale probatorio regolarmente prodotto e sottoposto al contraddittorio, è quindi liberamente apprezzabile dal giudice ed utilizzabile per fondarvi il proprio convincimento nei confronti di tutte le parti del giudizio, anche di quelle che non ebbero a partecipare all'accertamento tecnico (Cass. n. 18567 del 2018).

Ciò in quanto nel vigente ordinamento processuale, improntato al principio del libero convincimento del giudice, la decisione può fondarsi anche su prove non espressamente previste dal codice di rito, purché idonee a fornire elementi di giudizio sufficienti, se ed in quanto non smentite dal raffronto critico con le altre risultanze del processo (v. in tal senso Cass. n. 13229 del 2015).

In particolare, la relazione conclusiva dell'ATP al quale una delle parti non abbia partecipato, che sia stata ritualmente acquisita al giudizio di cognizione, può essere valutata dal giudice come prova atipica, e quindi idonea a fondare il convincimento del giudice nel raffronto con le altre risultanze istruttorie acquisite, adeguatamente motivato (v. Cass. n. 25162 del 2020, sulla possibilità di valorizzare e porre a base del convincimento del giudice, come prova atipica, anche la parte della consulenza d'ufficio eccedente i limiti del mandato, ma non sostanzialmente estranea all'oggetto dell'indagine in funzione della quale è stata disposta)” (v. Cassazione civile sez. III, 24/03/2023, n. 8496).

In particolare, essendo incontestato l'evento caduta, il ctu, con riguardo alle facoltà deambulatorie in maniera autonoma anche in considerazione del trattamento farmacologico praticato, nonché alla prevedibilità della caduta alla luce delle condizioni psicofisiche del paziente e alla terapia in atto, ha osservato testualmente: *“Non sono descritti, né riferiti, deficit della deambulazione, né disturbi della stazione eretta e dei passaggi posturali. Anzi, l'esame obiettivo generale all'ingresso riporta “condizioni generali buone, vigile, stato di nutrizione buono, decubito indifferente, masse muscolari normotoniche, normotrofiche, apparato scheletrico apparentemente indenne...”*”.

Il trattamento farmacologico in corso era composto, come detto, da Escitalopram1 (appartenente alla classe degli antidepressivi, inibitori selettivi del re-uptake della serotonina), Delorazepam2 (appartenente alla categoria farmacoterapeutica degli ansiolitici, derivati benzodiazepinici) e Samyr3 (categoria farmacoterapeutica: aminoacidi). L'escitalopram può avere, tra gli effetti

indesiderati, capogiri, disturbi del movimento, convulsioni. Le reazioni avverse si manifestano più frequentemente durante la prima o seconda settimana di trattamento, per poi diminuire d'intensità e frequenza con la continuazione del trattamento. Le benzodiazepine possono manifestare effetti indesiderati quali sonnolenza, vertigini, debolezza muscolare, che si presentano principalmente all'inizio della terapia e solitamente scompaiono con le successive somministrazioni. Il Per_2 può determinare, con frequenza non comune, capogiri.

Ciò premesso, trattandosi di terapia cronicamente assunta dal paziente, è assai improbabile che la caduta possa essere stata conseguente all'uso dei farmaci in terapia.

All'ingresso in struttura era stata compilata la scheda di Per_3 la scala di Conley è uno strumento il cui scopo è quello di prevedere il rischio di cadute del paziente con età > 65 anni (all'epoca il paziente aveva 57 anni). È composta da 6 fattori da compilare. Le prime tre domande sono da porre al paziente o eventualmente alla fonte secondaria (solo se il paziente non è oggettivamente in grado di rispondere). Le ultime tre domande sono valutazioni basate sull'osservazione infermieristica. Un punteggio tra 0-1 indica un rischio minimo, compreso tra 2 e 10 indica un rischio di caduta progressivo, da basso ad alto. Ogni risposta o valutazione si somma ad un punteggio finale che indica l'effettivo rischio di cadute del paziente. Nel caso in esame il punteggio totale era pari a 1, ossia il rischio di caduta era molto basso.

In conclusione, il rischio di caduta del paziente era assolutamente imprevedibile, ancor più perché, alla dimissione, furono consigliati ulteriori accertamenti diagnostici, proprio allo scopo di chiarire, ove possibile, le cause della improvvisa caduta.

In sintesi, alla luce della terapia farmacologica in atto e dell'anamnesi effettuata, al momento del ricovero non era prevedibile alcun tipo di caduta. Ancorchè tra gli effetti collaterali dei farmaci ci fossero anche capogiri e vertigini, la datata assunzione dei farmaci indicati, quali escitalopram, delorazepam e Per_2 non lasciava supporre che ci fosse un pericolo di caduta.

Con particolare riguardo al primo dei farmaci elencati ha ancora evidenziato il ctu, a fronte delle osservazioni formulate dal consulente di parte dell'attore, che, pur essendo possibile che il capogiro fosse un effetto indesiderato del farmaco Escitalopram, quest'ultimo - già al momento del ricovero - veniva assunto da tempo e, soprattutto che, in sede di operazioni peritali, il CP_6 aveva riferito di non aver accusato capogiri.

A tale ricostruzione scientifica si affiancano altresì ulteriori osservazioni secondo cui la scheda di Per_3, invero facoltativa per i pazienti infrassessantacinquenni come l'attore, non rivelava rischi di caduta; peraltro, dovendo redigersi al momento dell'accettazione, la data del 27 maggio 2018, impressa sui documenti relativi all'accettazione, non assume rilievo essendo stata la relativa analisi

evidentemente effettuata il 26 Maggio, ovvero il giorno del ricovero in cui si provvede alla valutazione del rischio caduta.

Dalle considerazioni medico-scientifiche esposte emerge come le generali condizioni psico-fisiche del paziente, vagliate unitamente alla terapia farmacologica assunta, non imponessero, secondo criteri medici, l'adozione di particolari cautele in punto di sorveglianza sanitaria, non essendo prevedibile un rischio di caduta al di fuori di quello fortuito.

In definitiva, considerato - nell'analisi del rapporto causale - l'onere probatorio ricadente sul danneggiato tenuto a provare il nesso eziologico tra evento lesivo e condotta, alcuna relazione causale sulla scorta del criterio del "più probabile che non", può dirsi esistente o quantomeno provata tra la lamentata omissione e il danno patito, legato – come detto – ad un evento repentino e imprevedibile e, dunque, non controllabile.

Per tali ragioni la domanda non risulta fondata.

Quanto alle spese di lite, la particolarità del caso in esame sotto il profilo fattuale e scientifico, con particolare riguardo alla possibile riconducibilità del danno, prima dell'espletamento dell'attività peritale, ad un'ipotesi di omessa sorveglianza anche in ragione della tipologia di terapia farmacologica assunta, costituisce ragione idonea a giustificarne la compensazione.

Le spese del giudizio avviato ai sensi dell'art. 696 bis c.p.c. vanno poste a carico dell'attore.

P.Q.M.

IL TRIBUNALE DI LECCE

prima sezione civile, in composizione monocratica, in persona del giudice unico Francesco De Leo, così provvede:

- a) Rigetta la domanda;
- b) compensa le spese di lite;
- c) pone definitivamente le spese del procedimento *ex* 696 bis c.p.c. a carico dell'attore.

Manda alla Cancelleria per la comunicazione telematica alle parti costituite del presente provvedimento in forma integrale.

Così deciso in Lecce, lì 30/01/2026

Il Giudice unico
Francesco De Leo

Il presente provvedimento è stato redatto con la collaborazione della dott.ssa Giulia Valentini – funzionario UPP.