

Intestazione

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE D'APPELLO DI BOLOGNA
II SEZIONE CIVILE

La Corte, riunita in camera di consiglio nelle persone dei seguenti Magistrati:

dott. Giampiero Fiore - Presidente

dott.ssa Anna Maria Rossi - Consigliere

dott.ssa Bianca Maria Gaudio - Consigliere Relatore

sentito il relatore, sulle conclusioni precisate dalle parti all'udienza, tenutasi con modalità cartolare in data 8.10.2024 ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa d'appello iscritta al R.G. n. 518/2022 promossa da:
S.S.

Avv.ti OMISSIS

CONTRO

Azienda U.S.L.D.F.

Azienda U.S.L.D.R.

Avv. OMISSIS

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

Con ricorso *ex art. 702 bis* c.p.c. notificato nell'anno 2017, S.S. convenne dinanzi al Tribunale di Forlì l'Azienda U.S.L.D.F. e l'Azienda U.S.D.R., chiedendo di accertarne la responsabilità contrattuale e di condannarle al risarcimento dei danni subiti, quantificati in Euro 1.500.000, a seguito del sinistro occorsogli in data 10.10.2008 presso il C.S.M. (C.) di Forlì.

Espose l'attore che, all' inizio del 2007, a seguito della separazione personale dalla moglie, aveva intrapreso un percorso di psicoterapia con la dott.ssa E.L.C., per "*sintomatologia ansioso-depressiva di media-grave intensità, associata a conflitti emozionali e relazionati (sospettosità e diffidenza nei confronti degli altri; ritiro; chiusura e riduzione di mza e produttività lavorativa; aggressività verbale; acting-out verso famigliari e durante le sedute*".

Il 14.8.2008, visti i pochi benefici ottenuti e su consiglio della specialista, aveva effettuato una prima visita presso lo psichiatra dott. S.M.C. il quale, a fronte di diagnosi di "Disturbo Depressivo Maggiore", gli aveva prescritto una terapia farmacologica a base di P. e L.

In seguito, aveva comunicato telefonicamente al dott. C. la propria volontà di sospendere la terapia farmacologica, visti i miglioramenti ottenuti, decisione non condivisa dallo specialista.

L'8.10.2008 si era nuovamente rivolto al dott. C. il quale, notando un viraggio in senso psicotico del quadro clinico, aveva confermato la terapia precedente ed aggiunto un regolatore dell'umore, esortando inoltre lo S. a rivolgersi al C. di Forlì.

Il 10.10.2008, accompagnato dai genitori, in regime di libero accesso, si era recato presso l'indicato C. ove era stato visitato dalla specialista dott.ssa L.B. con la quale il colloquio si era svolto come dalla stessa di seguito riportato: "10/10/2008 - Si presenta al C. in libero accesso durante il turno di accettazione accompagnato dai genitori. Composto nell'aspetto e nel comportamento. Riferisce un periodo di difficoltà affettiva, economica e nei rapporti sociali. Separato due anni fa dopo due anni di matrimonio, recentemente ha avuto una storia che descrive intensa e destabilizzante.

S. chiede di essere aiutato ad essere reinserito socialmente attraverso l'ingresso in una comunità (mi parla di Fornò). Motiva questa richiesta definendosi incostante, prepotente ed arrogante.

Ha alla guida comportamenti irresponsabili e pericolosi con vari incidenti e perdita di punti alla patente. Racconta di avere aggredito i genitori sabato scorso e di averli picchiati dando spiegazioni vaghe di "malessere".

Ad una più attenta analisi e da quanto riferito dalla madre emerge che S. era convinto che la madre la pagasse per stare con lui. S. minimizza tale idea D. esprimendo tuttavia idee di riferimento nel racconto di come ha conosciuto questa ragazza. I genitori riferiscono che S. manifesta spesso il timone o la condizione di essere tradito. A questo proposito il paziente esprime forti timori ipocondriaci con accesso recente in PS.

L'anamnesi psichiatrica è negativa, ha effettuato in passato una psicoterapia di tre sedute settimanali con la dott.ssa C. ed un mese e mezzo fa è stato visitato presso il centro "P." dal dott. C. che aveva prescritto E., C., D. Non li ha mai assunti se non una sera ½ cp di D. sospesa poiché si sentiva bene. I genitori confermano che non vi è aderenza nei trattamenti farmacologici. S. al paziente che prima della richiesta di ingresso in Comunità occorre un inquadramento dei bisogni e del quadro clinico più preciso e che in considerazione di questa richiesta, del malessere da lui espresso, dei recenti agiti eterosoppressivi avvenuti su base D. (la madre ha un occhio tumefatto) e sulla scarsa aderenza alla terapia, propongo un ricovero. Il paziente rifiuta definendosi lucido e consapevole.

Gli propongo la somministrazione e di terapia i.m. e l'assunzione di terapia orale presso il nostro Servizio. Il paziente rifiuta, accettando solo di assumere a casa i farmaci prescritti dallo specialista privato, peraltro ad oggi non assunti ed a mio parere non sufficienti a contenere lo stato di malessere attuale.

Il paziente chiede un giorno a casa per pensarci. Rispondo che è necessario che si ricoveri e che ci può pensare durante la mia assenza per effettuare le telefonate di verifica del posto letto. Avverto il paziente e i famigliari che in alternativa chiederò la valutazione da parte di un secondo medico per attivare un TSO.

Alla richiesta del paziente di fumare una sigaretta fuori gli viene permesso di fumarla nell'ambulatorio dell'accettazione. Esco dall'ambulatorio per fare le telefonate avvertendo l'IP di accettazione, C.P. che sto cercando un posto letto per il paziente e che gli ho permesso di fumare in ambulatorio e che controlli che non esca.

In attesa di trovare la linea dell'SPDC libera incontro il paziente appoggiato al braccio del padre nei pressi del bagno del 1/0 piano. Il piano al bagno terra è occupato e S. esprime il desiderio di camminare perché durante il ricovero teme di non poterlo più fare.

Lo rassicuro rispetto alle prerogative del reparto e gli propongo una terapia ansiolitica che sembra accettare di buon grado. Tornata in accettazione per telefonare all'SPDC e dare indicazioni sulla terapia sento il colpo della caduta fuori in strada. Accorsa il paziente era vigile, il respiro ed il polso carotideo presenti, si lamentava. Viene chiamato subito il 118 e forniti i primi soccorsi finalizzati soprattutto all'immobilizzazione del paziente.

In considerazione della clamorosità del gesto sono sopraggiunte successivamente le forze dell'ordine (Polizia di Stato) che hanno raccolto la testimonianza del padre. Diagnosi orientativa: Stato paranoide in disturbo Borderline di Personalità".

A seguito del forte impatto, era stato trasportato al Pronto Soccorso dell'Ospedale *Omissis*, con successivo ricovero d'urgenza presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione di *Omissis* con diagnosi di *“Politrauma da precipitazione: ematoma subdurale occipito-temporale, ferita lacero-contusa Intracranico di 10mm lateralmente alla sella turcica, pneumoencefalo occipitale bilaterale; emorragiasubaracnoidea frontale bilaterale; frattura della teca occipitale bilaterale; esile fa/da di pneumotorace bilaterale; addensamento parenchima/e bilaterale; frattura della scapola sinistra, del soma D7-D8-D9 e apofui traversa di D10”*.

Dunque, mentre la dott.ssa L.B. era fuori dall'ambulatorio per cercare telefonicamente la disponibilità di un posto letto, egli si era gettato dalla finestra ed aveva riportato lesioni.

L'attore affermò la sussistenza della responsabilità contrattuale della struttura sanitaria sulla base del contratto di ospedalità, da identificarsi nell'insufficiente organizzazione e nell'inefficienza dei servizi e delle attrezzature della struttura psichiatrica (danno da disorganizzazione), evidentemente sprovvista di idoneo apparato tecnico di sicurezza, tra cui inferriate alle finestre, di personale sufficiente, di ambulatori custoditi, di assistenza ai pazienti e di protocolli di sicurezza, oltre ad una generale malagestione della struttura, in quanto le finestre risultavano aperte ed ai pazienti veniva data la possibilità di circolare nella struttura liberamente.

Si costituì l'Azienda U.S.L.D.R. contestando ogni profilo di responsabilità e chiedendo il rigetto delle domande, perché infondate.

In particolare, evidenziò che il Centro di Salute Mentale (C.) non era equiparabile ad un reparto di Psichiatria, trattandosi di una sorta di poliambulatorio ove operavano medici psichiatri, psicologi, assistenti sociali e educatori, all'interno del quale le persone avevano totale libertà di movimento e non potevano essere sottoposte a forme di contenimento, neppure ambientale.

Il C., infatti, svolgeva attività di accettazione, accoglienza, filtro e prima risposta alla domanda psichiatrica, anche urgente, e ad esso il cittadino aveva libero accesso. Non vi erano norme che imponessero la predisposizione di presidi di sicurezza, né era possibile limitare in maniera coercitiva la libertà di movimento dei pazienti all'interno della struttura. Inoltre, quanto alla prospettata omessa vigilanza, sottolineò che l'attore era stato lasciato nell'ambulatorio con entrambi i genitori e, quanto all'evento, che doveva essere inquadrato non già come un tentativo suicidiario/autolesivo dell'attore, bensì come lucido tentativo di fuga dal trattamento che egli, diffidente e affetto da spunti persecutori, aveva rifiutato.

L'adito Tribunale, mutato il rito da sommario ad ordinario di cognizione ed istruita la causa documentalmente ed attraverso CTU medico-legale, con sentenza n. 963/2021, ritenne corretto l'inquadramento giuridico della fattispecie nell'alveo della responsabilità contrattuale, come individuato da parte attrice, ma rigettò le domande affermando che l'azienda sanitaria aveva *“provato di non aver potuto impedire il fatto nonostante il diligente esercizio della sorveglianza impiegata in relazione alle circostanze di fatto concrete; non sussistono pertanto profili di colpa addebitabili alla struttura sanitaria per non aver adeguatamente vigilato sul suo paziente, laddove si è invece in presenza di un pregiudizio derivante da comportamento imprevedibile, frutto cioè di una decisione improvvisa dello stesso danneggiato, ed inevitabile, che ha reso impossibile l'erogazione della prestazione da parte della convenuta*.

Sul piano della non esigibilità del comportamento diverso da quello tenuto quale fattore esonerativo della responsabilità per l'inadempimento, si evidenzia come nel caso di specie non sussistesse nemmeno alcun obbligo di apprestare precauzioni di tipo organizzativo e strutturale, quale le invocate inferriate alle finestre, che potessero scongiurare gesti come quello poi drammaticamente verificatosi”.

Il giudice, da ultimo, compensò interamente le spese di lite tra le parti, ritenendo la sussistenza di gravi ed eccezionali ragioni, e pose le spese di CTU a carico di entrambe le parti al 50% ciascuna.

S.S. ha proposto appello alla sentenza affidandolo a cinque motivi ed insistendo per la rinnovazione della CTU e per l'ammissione della prova per testimoni.

Si è costituita l'Azienda U.S.L.D.R. contestando il fondamento dell'appello di cui ha chiesto il rigetto. All'udienza del 13.9.2022, la Corte ha rigettato le istanze istruttorie riproposte dall'appellante. Precisate le conclusioni, la Corte ha assegnato alle parti i termini *ex art.* 190 c.p.c.

Ragioni della decisione

L'appello censura la sentenza per i seguenti motivi:

1) È errato l'inquadramento giuridico della vicenda laddove il primo giudice la riconduce ad un'ipotesi di responsabilità extracontrattuale citando giurisprudenza che riguarda il danno cagionato da persona incapace di cui alla disciplina dell'art. 2047 c.c., ponendosi peraltro in contrasto con altra parte della motivazione in cui dichiara corretto l'inquadramento giuridico di tipo contrattuale allegato dall'attore.

La Corte ritiene il motivo inammissibile.

Il riferimento all'art. 2047 c.c. effettuato dal Tribunale in via indiretta, ossia con il richiamo a giurisprudenza in merito a tale astratta fattispecie extracontrattuale, potrebbe apparire in contrasto con quanto sostenuto in altra parte della motivazione. Tuttavia, il giudice ha correttamente inquadrato la fattispecie concreta in decisione in quella astratta della responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, espressamente concordando con la qualificazione giuridica prospettata dall'attore, ed ha coerentemente proceduto nell'indicare il criterio di riparto dell'onere della prova nella fattispecie in esame e nel valutare, in base a quel criterio, la dedotta responsabilità della struttura sanitaria convenuta.

Il richiamo giurisprudenziale, dunque, se anche non pertinente, non incide minimamente sulla decisione, né rende meno chiara la motivazione. Le enunciazioni poste prima e dopo tale richiamo, infatti, sono corrette, esaustive e pertinenti, talché non vi è incertezza sulla motivazione della sentenza.

La censura, quindi, è priva di effetto. Per questa ragione, il motivo non è sorretto da interesse giuridicamente rilevante, in quanto non porta ad alcuna riforma dell'impugnata decisione.

2) L'interpretazione e la valutazione da parte del primo giudice di quanto verbalizzato dalla dott.ssa B. il giorno del sinistro sono errate; in particolare, la sentenza descrive lo S. come "adeguato, pacato e composto..." evidenziandone una condizione meno grave rispetto alla realtà e ritenendo che il paziente non avesse opposto un netto rifiuto al ricovero, mentre risulta chiara un'opposizione espressa dallo S. per ben due volte. Allo stesso modo, il giudice descrive una situazione di "apparente tranquillità", condizione opposta a quella che si desume dalla verbalizzazione della specialista, secondo la quale la situazione del paziente era particolarmente grave, tanto da richiedere un intervento urgente come lo è il ricovero od un TSO.

Dunque, afferma l'appellante, "La condizione psico-fisica dello S., fin da subito è apparsa grave alla Dott.ssa B. che ha correttamente inquadrato la complessità della situazione, ma è stata inadempiente, scarsamente diligente, non attenta, nel momento in cui, raccomandato all'infermiere di controllare

che lo S. non uscisse, non gli aveva spiegato la gravità del caso ed pericolo di comportamenti alterati, tanto da prevedere fin da subito un TSO in itinere.”

Il motivo contesta altresì la circostanza, ritenuta dal giudice di primo grado, per cui lo S. sarebbe stato affidato alla sorveglianza dei genitori – che, peraltro, non avrebbero avuto alcun titolo o competenza in merito – mentre dal verbale risulta che la dott.ssa L.B. lo aveva affidato unicamente all’Infermiere Professionale. Sulla base dei farmaci prescritti, poi, in particolare a causa dell’assunzione di paoksetina (“E.”), il paziente avrebbe dovuto essere posto sotto stretta sorveglianza a causa della “possibile insorgenza di una sindrome serotoninergica che suscita idee e comportamenti violenti nel paziente”, il che è stato invece completamente disatteso dai sanitari.

Il motivo è infondato.

Il Tribunale non ha affatto omissso di considerare la gravità della patologia – per la quale la dott.ssa B. era giunta a raffigurare al paziente l’ipotesi del TSO in difetto di ricovero volontario – né l’ha sottovalutata, ma ha doverosamente valutato la responsabilità della struttura sanitaria secondo un giudizio *ex ante*, essendo risultato dal colloquio, sopra riportato, fra la psichiatra, il paziente e i suoi genitori – terminato pochi minuti prima del defenestramento – che sì la patologia dello S. necessitava di un ricovero urgente, ma anche che l’agito aggressivo fino a quel momento dal medesimo manifestato era stato unicamente eterodiretto e che nessun elemento faceva sospettare un gesto autolesionistico e financo suicidiario. Infatti, il giudice, sulla base del verbale dell’incontro redatto dalla dott.ssa L.B., ha correttamente osservato:

- che l’accesso dello S. al centro di salute mentale era il primo contatto presso una struttura sanitaria pubblica per problematiche di tipo psichiatrico e, dunque, il paziente era quindi sconosciuto al servizio e tali circostanze sono pacifiche;
- che il paziente si era presentato in orario diurno ed accompagnato dai genitori, circostanza ugualmente pacifica;
- che il paziente non recava con sé documentazione medica o referto specialistico attestante precedenti ricoveri per disturbi della personalità. Nell’occasione, infatti, il paziente riferì alla dott.ssa L.B. di avere effettuato in passato psicoterapia di tre sedute settimanali con la dott.ssa C. e di essere stato visitato, un mese e mezzo prima, dal dott. C. che gli aveva prescritto terapia farmacologica, ma nel verbale non risulta che il paziente (o i suoi genitori) abbia mostrato alla specialista precedenti diagnosi, prescrizioni o cartelle cliniche, talché la dott.ssa B. nel verbale annota “L’anamnesi psichiatrica è negativa”;
- che, come chiaramente risulta dal predetto verbale, né lo S. né i suoi genitori avevano riferito di precedenti tentativi di suicidio o di contenuti o ideazioni di morte – e, si aggiunge, nemmeno ad atti, in senso lato, autolesionistici – laddove invece avevano fatto riferimento soltanto ad episodi etero aggressivi nei confronti della madre;
- che il contegno assunto dal paziente in occasione dell’accesso alla struttura e del colloquio risultava adeguato, pacato, lucido, composto e tale valutazione è del tutto corretta. Infatti, l’atteggiamento descritto dal Tribunale – all’opposto di quanto sostiene l’appellante – emerge in modo inequivocabile nel verbale della visita dal quale risulta la partecipazione molto attiva ed interessata dello S. il quale, in modo pacato e lucido, riferì alla dott.ssa B. di un periodo di difficoltà affettiva, economica e nei rapporti sociali, di essersi separato dalla moglie due anni prima e di avere avuto recentemente una relazione intensa e destabilizzante; chiese poi alla dott.ssa B. di aiutarlo ad essere reinserito socialmente attraverso l’ingresso in una comunità (addirittura indicandone una specifica, quella di Forno) sulla base di motivazioni che indicò in modo molto chiaro e che la dott.ssa B. riporta nel verbale annotando la lucida, precisa e chiara descrizione che lo S. aveva fatto di sé definendosi come incostante, prepotente e arrogante, riferendo di tenere “alla guida comportamenti irresponsabili e pericolosi con vari incidenti e perdita di punti alla patente”, raccontando che il sabato precedente aveva aggredito

e picchiato i genitori a causa di un vago “malessere”, replicando al racconto della madre riguardo al suo rapporto con una ragazza ed esprimendo timori ipocondriaci.

Dunque, del tutto correttamente il Tribunale ha ritenuto che il contegno assunto dallo S. in occasione dell’accesso – il primo – alla struttura e del colloquio con la dott.ssa B. fosse stato adeguato, pacato, lucido e composto.

La condotta della dott.ssa B. fu, pertanto, coerente e consequenziale al quadro generale del paziente, compresi i suoi legami sociali e familiari, da cui risultava, come precisa il CTU, che lo S. non aveva una storia di abuso di sostanze, né vi erano precedenti tentativi suicidari – né, si aggiunge, atti autolesivi – e che l’ambiente sociale e familiare appariva sufficientemente “supportivo e collaborante”.

Dunque, tenuto conto delle circostanze emerse in sede di anamnesi e del comportamento sino a quel momento tenuto dallo S. e dai suoi genitori e, in particolare, della violenza mai agita contro di sé, ma solo nei confronti degli altri, e della massima attenzione e cura mostrata dai genitori, nonostante gli atti di violenza lo S. li avesse compiuti solo a loro danno, se ne conclude, secondo una valutazione rigorosamente *ex ante*, che è immune da ogni profilo di responsabilità la condotta della dott.ssa B. la quale, uscita dall’ambulatorio, affidò il paziente alla vigilanza dei genitori, mostratisi molto accudienti, ed a quella dell’infermiere per il tempo, necessariamente limitato, occorrente per verificare la disponibilità di un posto letto in una struttura al fine di garantire al paziente la possibilità di ricevere cure adeguate alla sua condizione e non già per impedirgli di tentare il suicidio o di compiere atti autolesionistici.

Come afferma il CTU dott. *Omissis* – che è stato coadiuvato da un medico specialista in psichiatria, dott.ssa M.C., e dalle cui valutazioni non vi sono ragioni per discostarsi, in quanto esito di un’analisi approfondita degli atti, dei documenti di causa e dell’esame diretto eseguito sull’attore nel contraddittorio delle parti ed immuni da vizi logici – “Il confine tra agito impulsivo autolesivo, nell’accezione appena sopra ricordata, e vero tentativo di suicidio, è spesso difficile da definire ed individuare. Questi soggetti, spesso, non sono in grado di motivare e descrivere la catena emozionale e cognitiva che ha preceduto l’evento, a dimostrazione del fatto che, sovente, vi è una sottostante dimensione di impulsività piuttosto che la manifestazione di una deliberata, intenzionale volontà autolesiva o suicidaria. ... Nel caso specifico va infatti rilevato che – anche prima dell’accesso al C. il 10.10.2008 – nessuno dei sanitari che aveva valutato S.S. (la psicoterapeuta, Dott.ssa C. e lo psichiatra Dott. C.) avevano mai evidenziato e segnalato la presenza di una ideazione autolesiva e tantomeno di una volontà suicidaria e a ben vedere neppure avevano ipotizzato un qualsivoglia rischio suicidario in capo al periziando, sottolineandone invece la dimensione etero aggressiva che sembrava discendere da una condizione D. paranoidea, a carattere persecutorio.”

Il comportamento più preoccupante posto in essere dallo S. prima dell’accesso al C., infatti, è riconducibile ad una dimensione etero-aggressiva piuttosto che auto-aggressiva, come dimostra il motivo stesso che lo portò a tale accesso, ovvero l’aggressività nei confronti dei propri genitori. Per tali ragioni, ovvero per il fatto che non era rintracciabile alcuna espressione di volontà autolesionistica, quale è il gettarsi dalla finestra, non era esigibile dai sanitari un comportamento diverso da quello posto in essere, atteso che il gesto dall’appellante è stato del tutto imprevedibile, repentino ed inevitabile.

Il CTU, prima di affrontare nello specifico il caso concreto, ha dato conto della letteratura sanitaria in materia, evidenziando in particolare come, con la normativa del 1978, scompare il fine custodialistico tra quelli perseguibili dello psichiatra nell’ambito della salute mentale e, di conseguenza, anche l’obbligo di custodia e di difesa sociale, consolidandosi invece un obbligo di cura

dello specialista rispetto al paziente. L'unico obbligo che sussiste in capo allo specialista è dunque un obbligo terapeutico, derivante da una posizione di garanzia nei confronti della salute del paziente stesso.

Con particolare riferimento al suicidio, poi, evento particolarmente multi-determinato e destinato a presentare intrinsecamente una percentuale di imprevedibilità, *“non si può inoltre cedere alla presunzione che a determinate misure terapeutiche (restrittive della libertà della persona) corrispondano determinati esiti, come può essere impedire un gesto suicidario. L'esperienza di oltre 70 anni di psichiatria manicomiale ci dice proprio il contrario. In nessun modo si può sostenere e dimostrare che la degenza, anche la più chiusa, costituisca per un paziente con caratteristiche di gravità, di autodistruttività e di potenzialità suicidaria, fortemente determinato al gesto, un elemento di garanzia e di protezione verso la realizzazione di condotte autolesive.”* (p. 58 CTU).

Dunque, la dott.ssa B. ha adempiuto correttamente al dovere di vigilanza sul paziente, tenendo conto del contesto, delle manifestazioni unicamente eteroaggressive fino a quel momento espresse e della necessità di agire in modo proporzionato alla condizione in cui questo versava, permettendogli di fumare una sigaretta all'interno dell'ambulatorio, avvertendo l'Infermiere Professionista di vigilare sul paziente – peraltro accompagnato dai genitori per tutta la durata della visita, trovandosi quindi, in qualche modo, in una posizione di tutela rispetto al figlio – e verificando immediatamente la disponibilità di un posto letto per consentirgli di ottenere le cure di cui aveva bisogno. Un comportamento diverso da parte dei sanitari non era esigibile vista la situazione dello S. e lo sviluppo della scienza e della normativa in materia; né, come affermato dal CTU, misure restrittive della libertà avrebbero necessariamente portato ad un risultato diverso.

Da ultimo, ma non certo per importanza, il Tribunale ha ragionevolmente ritenuto meno probabile l'ipotesi che il gesto sia riconducibile ad un'effettiva volontà suicidaria – con ogni conseguente irrilevanza delle contestazioni dell'appellante circa il difetto di vigilanza e di presidi atti ad impedire il gesto suicida – quanto, piuttosto, ad una fuga.

Infatti, il padre stesso dello S. – come riportato nelle sommarie informazioni rese alla Polizia di Stato intervenuta nell'immediatezza dell'evento – non era affatto certo della natura suicidaria del gesto compiuto dal figlio, suggerendo che potesse essere ricondotto ad un tentativo di fuga. Allo stesso modo, la madre dello S., in sede di valutazione peritale, ha escluso la possibilità che la condotta del figlio possa essere letta come un tentativo di suicidio, bensì come un tentativo di fuggire dal ricovero ormai imminente (*“andava letta come un tentativo di scappare e di sottrarsi al ricovero non già come espressione di una volontà di darsi la morte o un tentativo suicidario”*).

Tali evidenze appaiono ancora più chiare se si considera che, nel caso in cui lo S. avesse davvero voluto tentare il suicidio, verosimilmente non si sarebbe gettato dal primo piano della struttura, ma sarebbe salito a piani più alti.

Infine, per quanto concerne il farmaco assunto dallo S. per il quale, a suo dire, avrebbe dovuto essere sottoposto a stretta sorveglianza, la doglianza è inammissibile in quanto introduce tardivamente un tema del tutto nuovo. Peraltro, è assorbente osservare che lo S., come ammesso da lui stesso e dai genitori in sede di visita, non stava attivamente assumendo la terapia farmacologica prescrittagli dallo specialista privato.

3) Il terzo motivo di appello censura la sentenza laddove giudica imprevedibile il gesto del defenestramento senza fornirne un'oggettiva spiegazione; sostiene l'appellante che ove la dott.ssa B. avesse dato adeguate informazioni spiegando le condizioni del paziente, l'infermiere, anch'egli tenuto all'obbligo di protezione, avrebbe probabilmente adottato maggiore attenzione e prudenza e valutato

diversamente la richiesta dello S. di andare in bagno; inoltre, il motivo contesta la circostanza, affermata dal giudice di primo grado, per cui il paziente non era stato ancora stato visitato completamente, quando, invece, il colloquio era terminato, come si desume dalla scelta della specialista di prevedere un ricovero necessario ed immediato.

Il motivo è infondato.

Richiamate le considerazioni sopra espresse circa l'imprevedibilità dell'evento, è vero che l'esame del paziente da parte della dott.ssa B. era effettivamente terminato, in quanto la stessa lo aveva visitato. Tuttavia, la visita specialistica non era affatto conclusa, perché se la fase dell'anamnesi e della diagnosi erano state espletate, ancora era ancora in corso quella – ineludibile, avendo la specialista accertato una grave patologia in corso – della terapia. La specialista, infatti, era giunta alla conclusione che lo S. necessitava di un intervento medico urgente, ma non aveva ancora definito le modalità di tale intervento, in particolare se potesse procedersi con un ricovero volontario o se fosse necessario intervenire in modo coattivo. Risultava ancora necessario esperire un tentativo di convincimento dello S. che, nonostante un'iniziale avversione, sembrava aver compreso la necessità del ricovero (*“sembra accettare di buon grado la terapia ansiolitica e vuole camminare perché ha paura che una volta ricoverato non potrà più farlo”*).

La specialista aveva infatti dato al paziente un po' di tempo per pensarci, gli aveva concesso di fumare una sigaretta all'interno dell'ambulatorio e si era assentata con l'unico scopo di raccogliere informazioni circa la disponibilità di un posto letto.

Data le repentinità, correttamente il Tribunale ha anche accertato come il gesto compiuto dallo S. fosse, oltre che imprevedibile, anche inevitabile.

4) Con il quarto motivo, l'appellante lamenta l'omessa valutazione dei requisiti minimi di organizzazione e protezione e sorveglianza dei pazienti psichiatrici presso le strutture C., posto che quest'ultime rientrerebbero a pieno titolo nelle strutture psichiatriche, comportando l'applicazione di precauzioni di tipo organizzativo, strutturale e antinfortunistico, oltre all'applicazione dei protocolli attuati dal Servizio Sanitario Regionale.

Il motivo è infondato.

I C. sono strutture territoriali, non rientrano nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e non sono strutture ospedaliere. Come descritto nei “Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di psichiatria adulti” (doc. 5 appellante), essi svolgono la funzione di centro di accesso e centro di integrazione delle attività terapeutiche e di verifica dell'efficacia dei trattamenti, favoriscono l'utilizzo appropriato di strutture e risorse, svolgono attività di diagnosi e terapia in regime ambulatoriale e domiciliare anche in integrazione con il Dipartimento delle Cure Primarie, senza in effetti costituire un luogo adibito al ricovero dei pazienti. Per l'accreditamento è previsto, quanto ai requisiti tecnologici, unicamente che il centro sia dotato di test per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica che ci sia un impianto telefonico con certe caratteristiche e, con specifica riguardo alle caratteristiche degli ambienti, è prescritto unicamente che “gli arredi devono avere caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort”.

Sono, pertanto, del tutto infondate le doglianze dell'appellante secondo cui la struttura avrebbe dovuto essere dotata di strumenti e misure di protezione o contenimento come le inferriate invocate.

Il C. non è assimilabile ad una struttura ospedaliera per malattie mentali, con la conseguenza che la normativa presa in riferimento dall'appellante non risulta applicabile al caso in esame, perché nel caso in decisione non è possibile parlare di paziente “ospedalizzato”, posto che lo S. non era

ricoverato presso la struttura del C. e quella visita rappresentava la sua prima interazione con il medico del C., talché è del tutto infondata ogni censura alla sentenza in merito ad un'errata valutazione dell'inadempimento al "contratto di ricovero all'interno del centro di salute mentale".

Per quanto riguarda il D.P.R. 14 gennaio 1997, ovvero i "Requisiti minimi per le strutture psichiatriche", allegato dall'appellante al doc. 4, non è chiaro a quali disposizioni egli faccia riferimento, perché non ne richiama una specifica e pertinente con il caso in esame in base alla quale si possano individuare carenze organizzative e strutturali della struttura sanitaria in questione.

Altrettanto genericamente l'appellante fa riferimento a "specificativa normativa", che non indica, per la quale i C. sarebbero sottoposti a precisi obblighi di apprestare precauzioni di tipo organizzativo e strutturale e anti-infortunistico, senza indicare quali violazioni – in nesso causale con l'evento di cui è causa – avrebbe commesso l'A. appellata; aggiunge che "non erano seguiti i protocolli attuati dal Servizio Sanitario Regionale", ma in nessun modo indica quali sarebbero le effettive carenze strutturali del C. di Forlì e quale disposizione sarebbe stata violata, o, ancora, quale protocollo non sarebbe stato attuato, talché risulta del tutto sfornito di prova il nesso causale fra violazioni e danno.

Di contro, il CTU, all'esito di una approfondita disamina, condivisa dal Tribunale, ha accertato che "i principi che hanno guidato il percorso di presa in carico e trattamento del Sig. S. nel suo Percorso di Cura all'interno delle articolazioni del Dipartimento di salute Mentale di Forlì sono stati conformi a quanto previsto dalle prassi di buona pratica clinica così come recepite peraltro nei documenti Regionali cui si uniformano attualmente le pratiche di gestione dei pazienti psicotici nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna e ai principi etici previsti dalle attuali normative in vigore".

5) Infine, con il quinto motivo l'appellante lamenta l'insufficienza della CTU effettuata dal dott. Fortuni, atteso che quest'ultimo si è dichiarato incompetente sulla maggior parte dei quesiti, con particolare riferimento all'assenza di risposta sui quesiti n.ri 2-3-4-5, ed insiste quindi per la sua rinnovazione.

Il motivo è infondato, in quanto la risposta del dott. F. agli altri quesiti rende di fatto irrilevante la risposta al quesito 2), atteso che se anche ci fossero stati i presidi, non ci sarebbero stati i presupposti per attivarli, come sopra già motivato.

Come previsto anche dall'art. 32 del Codice di Deontologia medica del 2014, "Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona", che dimostra chiaramente come nel caso in esame alcuna misura diversa da quella posta in essere fosse in effetti non solo richiedibile, ma neanche attuabile. La perizia e la prudenza richieste allo specialista devono cioè essere proporzionate alla gravità della situazione e ai rischi che è consapevole di dover gestire.

L'appellante, inoltre, si limita a contestare l'omessa pronuncia del giudice circa l'eccezione di nullità della CTU sollevata all'udienza del 21.11.2019, senza tuttavia riproporla in questo grado.

Per completezza, si osserva che, anche se fosse stata riproposta, in ogni caso l'eccezione sarebbe infondata, perché nessuno dei rilievi sollevati dal difensore dello S. nel citato verbale d'udienza costituisce motivo di nullità della CTU.

Si legge, infatti, in detto verbale che il difensore eccepiva la nullità della CTU in quanto il consulente aveva affermato che esulava dalle competenze medico-legali la valutazione su stato e adeguatezza della struttura, presidi e apparecchi di sicurezza; perché "mancava nell'elaborato la puntuale disamina dei quesiti posti dal Giudice; perché il sinistro era riportato solo in termini di svolgimento del procedimento come emergente dagli atti ma le modalità del sinistro come descritte nel quesito non

sono state esaminate”; perché “l’ intero elaborato peritale è riportato come un solo capitolo senza risposta precisa ai quesiti ed ha carattere prevalentemente giuridico”.

In conclusione, l’appello è infondato e deve essere rigettato.

Le spese processuali del presente grado seguono la soccombenza *ex art. 91 c.p.c.* e sono liquidate, nel dispositivo, *ex D.M. n. 55 del 2014* in relazione alla natura e al valore della causa, al tasso di difficoltà della stessa, nonché in base all’attività e alle fasi processuali effettivamente svolte ed ai parametri tutti indicati nel citato decreto.

P.Q.M.

La Corte d’Appello, definitivamente pronunciando:

- rigetta l’appello proposto da S.S. contro la sentenza emessa dal Tribunale di Forlì n. 963/2021;
- condanna S.S. alla rifusione a favore dell’Azienda U.S.L.D.R. delle spese processuali del presente grado di giudizio che liquida in Euro 17.000 per compensi, oltre spese forfettarie e accessori di legge se dovuti;
- dà atto della sussistenza dei presupposti di cui all’art. 13 comma 1 quater D.P.R. n. 115 del 2002 per il pagamento di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per l’impugnazione.

Conclusione

Così deciso dalla seconda sezione civile della Corte d’Appello di Bologna il giorno 11 marzo 2025.
Depositata in Cancelleria il 22 aprile 2025.