

Il ruolo della medicina generale nella tutela della professione

Le nuove direzioni della giurisprudenza cosa
cambia con gli ultimi decreti

Avv. Mario Coppola

Prima di dar contezza della evoluzione della giurisprudenza alla luce degli ultimi interventi del legislatore (con particolare riferimento al “decreto Balduzzi” art. 3 legge 189/2012) bisogna, seppur in maniera estremamente sintetica e compendiata definire la cornice entro cui va ad individuato il tema della responsabilità civile del medico.

All'interno di questo perimetro più ampio, focalizzare poi i caratteri di responsabilità civile del MMG.

Fatta questa doverosa premessa devesi chiarire che la responsabilità civile del medico puo essere:

Responsabilità civile contrattuale

si realizza quando un paziente richiede una prestazione sanitaria ad un determinato medico o ad un Ente, che accetta di fornirla. L'inadempienza comporta una responsabilità contrattuale. Se in seguito all'inadempienza si verifica anche un danno o la morte del paziente si ha concorso anche di responsabilità extracontrattuale.

Responsabilità civile extracontrattuale

Si realizza quando una prestazione è fornita in via occasionale, in virtù di un turno di lavoro o in situazioni di urgenza. Se in seguito a tale intervento viene provocata la morte o una lesione al paziente si incorre in una responsabilità extracontrattuale.

L'inquadramento della responsabilità medica nell'alveo della responsabilità contrattuale o extracontrattuale incide

- sulla **prescrizione** dei diritti risarcitori del paziente, che nel primo caso (natura contrattuale) seguono il termine ordinario decennale anziché quello quinquennale,
- sull'**onere della prova**,
- sul **nesso causale**,
- e sul **criterio di determinazione dei danni**.

Prima del Decreto Balduzzi era ormai acquisita in giurisprudenza la natura contrattuale della responsabilità medica anche nei confronti del medico, dipendente ospedaliero.

Ed infatti Secondo la Suprema Corte a carico del medico si configurerebbe sempre una responsabilità contrattuale in quanto sicuramente sul medico gravano gli obblighi di cura impostigli dall'arte che professa, il vincolo con il paziente esiste e la violazione di esso si configura come culpa in non faciendo, la quale dà origine a responsabilità contrattuale (Cass. Civ., sez III, 22.1.99, n. 589).

Si è parlato anche di responsabilità da semplice **“contatto”** tra le parti perché il medico assuma il generale obbligo di garanzia della salute del paziente.

L'art. 3 ("Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie"), primo comma, legge 189/2012, che ha convertito con modifiche il c.d. decreto Balduzzi (13.09.2012 n. 158), ha statuito che:

L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

Ratio della norma

Contrasto della medicina “difensiva”

ovvero un contrasto alla adozione di scelte diagnostiche terapeutiche finalizzate non tanto alla erogazione della migliore prestazione sanitaria quanto alla riduzione delle possibili cause di denunce e contenziosi (medicina difensiva di contenimento e di evitamento)

Detto obiettivo il legislatore intendeva realizzarlo attraverso l’adesione al modello di responsabilità civile medica come disegnata anteriormente al 1999, quando in assenza di contratto, il paziente poteva richiedere il danno iatrogeno esercitando l’azione aquiliana” ovvero extracontrattuale.

La giurisprudenza di merito

Sulla norma in esame, dalla sua entrata in vigore si è formata una giurisprudenza contrastante.

Tale contrasto interpretativo si è palesato in tutta la sua asprezza all'interno delle sezioni del Tribunale di Milano.

In particolare, nella **Sentenza n. 9693/2014, del Tribunale di Milano, Sezione I**, si legge :

“Il tenore letterale dell’articolo 3 comma 1 della Legge Balduzzi e l’intenzione del legislatore conducono a ritenere che la responsabilità del medico per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d’opera venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito ex articolo 2043 del codice civile e che, dunque, l’obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell’illecito aquiliano (che il danneggiato ha l’onere di provare). In ogni casola norma non ha alcuna incidenza sulla distinta responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata (sia essa parte del S.S.N. o una impresa privata non convenzionata), che è comunque di tipo “contrattuale” ex articolo 1218 del codice civile.”

In sostanza secondo questa interpretazione il paziente che intenda agire sia contro il sanitario che contro la struttura deve intentare due azioni, basate su due diversi titoli (fonte extracontrattuale per il primo, fonte contrattuale per la seconda).

Detta pronuncia peraltro faceva seguito ad un orientamento formatosi in altri Tribunali di merito come il **Tribunale di Torino (26 febbraio 2013)** ed il **Tribunale Varese, sez. I, 26/11/2012, n. 1406**.

Quest’ultimo così si pronunciava: **“L’art. 3 l. n. 189 del 2012 - prevedendo che nei casi in cui il medico non risponda penalmente, comunque sia tenuto all’obbligazione civile del risarcimento, ai sensi dell’art. 2043 c.c. - suggerisce l’adesione al modello di responsabilità civile medica come disegnato anteriormente al 1999, in cui, come noto, in assenza di contratto, il paziente poteva richiedere il danno iatrogeno esercitando l’azione aquiliana.”**

Tuttavia, detti orientamenti giurisprudenziali non sono stati pacifici ed infatti lo stesso **Tribunale di Milano**, in un'altra sezione, fornisce una diversa interpretazione della norma ; ed infatti la sezione V così si pronuncia:

“**Anche alla luce dell'art. 3, legge 189/2012, deve ritenersi che sia l'obbligazione del nosocomio nei confronti del paziente, sia quella del medico ivi operante, ancorché non fondate, talvolta l'una, talvolta l'altra, su una stipulazione negoziale, ma su un mero contatto sociale, rivestano comunque natura contrattuale.**” (Tribunale di Milano, Sezione V, n. 13574/2013).

Altri Tribunali di merito, sulla stessa onda, continuano ad interpretare in chiave contrattuale la responsabilità del sanitario: in particolare, **Tribunale Brindisi (18/07/2014)** secondo cui : “...**Nonostante la novella legislativa da contatto sociale, secondo il pdi cui al decreto Balduzzi (l. n. 189 del 2012), nulla impedisce all'interprete di ritenere che, a fronte di una responsabilità medica anche per colpa lieve, sia tuttora esperibile l'azione extracontrattuale, da sola od in alternativa a quella contrattuale** principio generale della **cumulabilità dei due rimedi**, quando venga in rilievo la lesione di diritti della persona.” ;

Tribunale Bari sez. V (30/04/2014) secondo cui : “**..... atteso che il richiamo all'art. 2043 c.c. è limitato all'individuazione di un obbligo** ("obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile", che equivale a dire "**obbligo di risarcimento del danno**"), **senza alcuna indicazione in merito ai criteri da applicare nell'accertamento della responsabilità risarcitoria** (se non che deve tenersi "debitamente conto" del rispetto delle linee guida e delle buone pratiche), **a parere di questo giudice non sussistono ragioni per ritenere che la novella legislativa possa aver inciso direttamente sull'attuale costruzione della responsabilità medica secondo il diritto vivente e che debba imporre un revirement giurisprudenziale nel senso del ritorno ad un'impostazione aquiliana, con le consequenziali ricadute in punto di riparto degli oneri probatori e di durata del termine di prescrizione**”

Ed ancora Tribunale di Arezzo (14/2/2013); Tribunale di Cremona (1/10/2013); Tribunale di Rovereto (29/12/2013).

La giurisprudenza di legittimità

- Pur essendo evidente come alcuni Tribunali di merito hanno intravisto nel Decreto Balduzzi l'opportunità per superare il filone della 'medicina difensiva' ed andare incontro alle esigenze dei sanitari, sempre più tartassati da cause civili (stando alle statistiche) la stessa Suprema Corte di cassazione si sia espressa in maniera tale da ritenere sussistente comunque ed in ogni caso anche una responsabilità contrattuale in capo ai medici.
- Ed infatti così si pronuncia:
- **L'art. 3, comma 1, legge 189/2012**, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", **non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve.**
- Cassazione civile, sez. VI, 17/04/2014, n. 8940
-
- Ed ancora ed in maniera ancora più esplicita
- **.....La novella contenuta nella l. n. 189 del 2012 dunque si limita a indicare una particolare evoluzione del diritto penale vivente, col fine di agevolare l'utile esercizio dell'arte medica, evitando il pericolo di pretestuose azioni penali, senza modificare tuttavia la materia della responsabilità civile che segue le sue regole consolidate, non solo per la responsabilità aquiliana del medico, ma anche per la cosiddetta "responsabilità contrattuale" del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale.**
- Cassazione civile, sez. III, 19/02/2013, n. 4030

In conclusione

Prescindendo dall'ambito penale dove vi è stato un fenomeno di *parziale abolitio criminis in presenza di colpa lieve*, in ambito civile non si è affatto realizzato quell'annunciato contrasto alla medicina difensiva attraverso la qualificazione della responsabilità del medico ex art. 2043 c.c. ovvero responsabilità aquiliana.

La novella legislativa in sostanza non sembra aver inciso direttamente sull'attuale costruzione della responsabilità medica secondo il diritto vivente tale da imporre un ripensamento giurisprudenziale nel senso del ritorno ad un'impostazione aquiliana, con le consequenziali ricadute in punto di riparto degli oneri probatori e di durata del termine di prescrizione”

Tracciato e illustrato il corso seguito dalla giurisprudenza, che, per quanto espresso, sembra considerare del tutto marginale se non sovrapposto l'impatto di cui all'art. 3 del decreto Balduzzi con "l'assetto" preesistente, potrebbe essere di utilità e di interesse ulteriore compiere una analisi ermeneutica seppur compendiata sul ruolo e sulla responsabilità del MMG tra tagli alla spesa sanitaria, richieste risarcitorie, limiti alla prescrivibilità di prestazioni specialistiche -diagnostiche a carico del SSN come da ultimo riproposti.

Prima ancora va chiarita quale responsabilità per il MMG?

**La responsabilità del MMG è sempre una
responsabilità contrattuale diretta in
ragione del rapporto fiduciario che si
instaura con il paziente.**

Al fine di assumere comportamenti tutelanti e soprattutto preventivi rispetto ad un potenziale contenzioso possiamo cercare di dare risposta a interrogativi che spesso ci vengono posti

Quali strumenti?

Quali rimedi?

Quali indicazioni?

È indubbio che SCUDO MEDICO rappresenta una formidabile opportunità offerta al MMG che si veda destinatario di una richiesta risarcitoria da parte di un paziente.

Poter beneficiare di un network legale che abbia competenza, professionalità e distribuzione territoriale è una novità assoluta per la medicina generale.

Tuttavia nella fase immediatamente antecedente la richiesta risarcitoria di quali suggerimenti deve tener conto il MMG al fine di prevenire il contenzioso? .

È indubbio che la fonte primaria di responsabilità per il MMG è la Prescrizione e la certificazione

“La prescrizione è lo strumento che garantisce al cittadino l’accesso al farmaco (rectius – medicinale) ovvero alla prestazione diagnostico-specialistica a carico del SSN e non attraverso l’**autorizzazione** scritta che il medico dà”

Secondo la giurisprudenza (Cass. Pen. Sez. VI 8/2/2011 - 13315) la prescrizione medica ha natura di atto complesso cioè:

- Di certificato nella parte in cui il medico attesta dati da lui rilevati (essenzialmente l’esistenza di una patologia)
- Di autorizzazione amministrativa, nella parte in cui autorizza il farmacista a consegnare al paziente il medicinale, la cui distribuzione è sottratta al libero commercio. *(lo stesso dicasi per le prescrizioni specialistiche –diagnostiche)*

Pertanto è necessario che nell'esercizio delle proprie prerogative il MMG ponga la massima attenzione nell'essere:

- 1. Coerente**
- 2. Appropriato**
- 3. Lineare ovvero non contraddittorio.**

Tanto soprattutto in presenza di prescrizioni indotte.

Le ipotesi di responsabilità per il MMG possono scaturire in maniera prevalente ma non esaustiva da:

1. Erronea o omessa prescrizione
2. Erronea e/o omessa diagnosi
3. Omesso percorso diagnostico (non ancora pienamente percepito)
4. Errore chirurgico (meno frequente)

È in questo ambito che bisogna prestare la massima attenzione perché in buona sostanza la responsabilità del MMG può emergere dallo stesso diario o cartella clinica di ogni assistito laddove non si rispettino le linee guida e le pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Al fine di evitare tutto ciò bisogna necessariamente approfondire e far propri, acquisendo piena consapevolezza del ruolo, i concetti di:

1. Autonomia del MMG;
2. Discrezionalità del MMG;
3. Responsabilità del MMG.

Il pericolo concreto è quello di dover fronteggiare e gestire non tanto e non solo una medicina difensiva (che preoccupa l'esecutivo solo ed unicamente sotto il profilo del taglio alla spesa farmaceutica) ma soprattutto una MEDICINA DI CONFLITTO (tra MMG e pazienti)

Presentazione di un caso infondato di denuncia

**Sentenza TRIBUNALE DI NAPOLI 8 SEZIONE CIVILE N.
9336/2015 PUBBL. IL 25/06/2015**



Motivazione testuale della sentenza

.....passando alla disamina della res controversa, preme evidenziare che con atto notificato il 12-14/01/2010 ..tizio...conveniva innanzi al Tribunale di Napoli la dottoressae la Asl Napoli 1 al fine di ottenere la condanna solidale degli stessi al risarcimento dei danni patrimoniali e non subiti, il tutto come meglio descritto in citazione.

In particolare l'istante imputa alla convenuta di avergli prescritto, quale suo medico di base, l'assunzione congiunta, per le patologie meglio descritte in citazione, di due farmaci alfa bloccanti ("Cardura" e "Omnice"), unitamente al Coversyl (il tutto secondo la posologia indicata in citazione), a suo dire causa del fenomeno di fibrillazione atriale diagnosticato all'attore il giorno 30 marzo 2009, ciò nei termini indicati nell'atto introduttivo e nella ctp a firma del dott., presente nella produzione di parte, e che si intende richiamata.

Il danno iatrogeno, nei precedenti atti, veniva individuato in 40 giorni di ITT (periodo intercorrente tra l'insorgenza della fibrillazione atriale e la stabilizzazione della stessa a mezzo congrua terapia farmacologica) e 30 giorni di ITP al 50%, oltrech  in postumi permanenti (meglio descritti nella ctp cui si rinvia) quantificabili nella misura del 30%.

La responsabilit  del convenuto medico di base veniva fondata, oltrech  sulla negligenza ed imperizia nella prescrizione dei farmaci, nella violazione dei principi in tema di consenso informato.

Venivano, infine, esplicitati i principi in ragione dei quali la Asl Napoli 1 era chiamata a rispondere dell'inadempimento della convenuta dott.ssa, quale medico di base.

Si costituiva la convenutala quale, sulla base di una diversa ricostruzione dei fatti di causa (nei termini indicati in comparsa cui si rinvia), contestava sia l'inadempimento che il nesso di causalit  con i paventati danni. Chiedeva ed otteneva, infine, l'autorizzazione alla chiamata in causa dellaAssicurazioni, societ  presso cui era assicurata, al fine di essere mallevata in caso di condanna.

Si costituiva la Asl Napoli 1 la quale si associava alla difese svolte dalla dott.ssa, chiedendo il rigetto della domanda attorea.

- occorre preliminarmente chiaramente individuare le condotte, imputabili alla convenuta, che l'attore assume essere causa **della affermata responsabilità** nonché dei danni di cui chiede il ristoro.
- Ed invero dalla lettura dell'atto di citazione pare emergere che l'attore imputi alla convenuta un incongruo trattamento farmacologico (abbinamento di Coversyl con due farmaci afablocanti, quali Cardura ed Omnic), a suo dire causa della fibrillazione atriale diagnosticata in data 31 marzo 2009 dal Prof. all'esito di visita cardiologica, completa di esame ECG (cfr. pag. 6 della ctp a firma del dottor
- Ed invero il **consulente assume che nel mese di marzo 2009 la convenuta**, all'esito di una visita dell'attore "per trattare terapeuticamente oltre all'ipertensione arteriosa anche la patologia ostruttiva urinaria riferitagli dal paziente, gli prescrisse di assumere, oltre al Coversyl al mattino, alla dose di 5 mg, anche l'Omnic ed il Cardura, alla dose, rispettivamente, di 0,4 mg e di 4 mg"; a dire del ctp e dell'attore, inoltre, la avrebbe altresì rassicurato il in ordine alla possibilità di assumere insieme il Cardura e l'Omnic, atteso che quest'ultimo era dotato di una blanda azione terapeutica.
- Sempre secondo il racconto dell'attore, quest'ultimo avrebbe iniziato ad assumere entrambi i farmaci, osservando, però, la cautela di aumentare in modo progressivo la dose del Cardura, in modo da passare lentamente dalla dose di mezza compressa a quella di una compressa intera da 4 mg.
- Il ctp evidenzia che, una volta iniziata l'assunzione dei farmaci alle dosi indicate ed in particolare il giorno 22 marzo 2009, dopo poco detta assunzione, l'attore manifestò una improvvisa crisi sincopale, curata dai familiari pur in presenza di più episodi di perdita di coscienza dello stesso.
- Dopo tale evento il decise **autonomamente di sospendere** l'assunzione di Omnic e di continuare solo l'assunzione del Cardura, alla dose di ½ compressa alla sera, unitamente al Coversyl al mattino.
- Dopo di ciò l'attore decise di sottoporsi a visita cardiologica ed esame eco-doppler del cuore e dei tronchi arteriosi sopra-aortici (TSA). La visita effettuata in data 30 marzo 2009 presso il dottor, **rilevava la presenza di fibrillazione atriale** con normale risposta ventricolare, senza, peraltro, **poter risalire alla data di insorgenza di detta patologia in quanto il paziente era asintomatico, sebbene rivelasse valori pressori bassi al pomeriggio**. Lo stesso sanitario, sulla base dell'episodio sincopale riferito, da lui ricondotto alla assunzione congiunta di Omnic e Cardura, prescriveva esami diagnostici strumentali e terapia anticoagulante per la profilassi antitrombotica della fibrillazione atriale.
- **Alle pagine da 13 a 17 della ctp il dottor svolge articolate considerazioni di carattere medico-scientifico**, che si intendono in tale sede richiamate, per **sostenere che la assunzione congiunta di detti farmaci abbia determinato la denunciata fibrillazione atriale**, ciò tramite un rilevante e concreto potenziamento dell'attività antiipertensiva, discendente da un sinergismo farmacodinamico moltiplicativo di tipo vasodilatatorio, secondo lo schema causale meglio descritto in ctp (cfr. in tal senso pag. 18 della consulenza).
- Orbene tale ricostruzione e tali valutazioni non hanno trovato conferma nella ctu disposta in corso di causa ed affidata alla dottoressa Ed invero il ctu correttamente incentra la valutazione su questioni che lo stesso assume dirimenti:
 - a) la prima investe il se possa dirsi provato che la convenuta ebbe a prescrivere all'attore l'assunzione congiunta dei due farmaci incriminati;
 - b) la seconda afferente l'esistenza di un nesso di causalità tra tale eventuale prescrizione ed il manifestarsi della fibrillazione atriale.
- È evidente come la soluzione negativa fornita al quesito sub b) rende del tutto superfluo qualsivoglia approfondimento del quesito sub a).

- Ebbene il ctu, a pagina 15 dell'elaborato peritale, evidenzia come “**il nesso causale tra l'insorgenza della fibrillazione atriale e la crisi sincopale, a nostro parere ed in relazione alle Linee Guida della Società Italiana di Cardiologia, risulta alquanto dubbio.**
- Il ctu si cura altresì di analiticamente esaminare l'ipotesi ricostruttiva, in termini di eziologia della fibrillazione atriale, come prefigurata dal ctp dott., evidenziandone la non condivisibilità, atteso che “**nel caso di specie, a nostro avviso, invece è più probabile che l'instaurarsi della fibrillazione atriale sia associata alla cardiopatia ipertensiva ed alla miocardiosclerosi da cui il soggetto, ultraottantenne, era ormai affetto da anni, e l'ipertrofia atriale (conseguente alla ipertensione arteriosa) rappresenta il substrato anatomico-patologico necessario per l'instaurarsi della patologia in questione. La dimostrazione di ciò è data dal fatto che, nell'esame ecocardiografico effettuato in data 1 aprile 2009 (nei giorni immediatamente successivi l'episodio sincopale) risulta “ipertrofia simmetrica del ventricolo sx. dilatazione biatriale. Ectasia aorta ascendente. Sclerosi mitro aortica con insufficienza aortica lieve e mitralica lieve moderata. Pattern mitralico non quantizzabile per presenza di onda unica....”**
- **Nei pazienti con tale quadro clinico, la fibrillazione atriale rappresenta una delle complicanze più frequenti.** Per tale ragione è verosimile che l'episodio sincopale si è manifestato in data 22 marzo 2009 ha rappresentato solo un momento rivelatore della patologia in questione (FA), **ma privo di alcuna efficacia causale.** Anzi, la fibrillazione atriale, già presente ma non ancora accertata, potrebbe essere, in ipotesi, la causa, e non l'effetto, dell'episodio sincopale.
- **E' da escludere totalmente che a seguito di un malore, tra l'altro nemmeno documentato (può trattarsi di sincope, o di episodio lipotimico o semplicemente di ipotensione posturale) il ricorrente abbia manifestato un danno ipossico a carico del tessuto cardiaco, che rappresenterebbe la causa dell'instaurarsi della fibrillazione atriale. Inoltre la dimostrazione che non si è verificato alcun danno ipossico del tessuto cardiaco, è evincibile dal certificato del Prof.del 31-3-2009 il quale pone diagnosi di aritmia da fibrillazione atriale sine danno ipossico.**
- Stabilito che la fibrillazione atriale non è conseguenza di un meccanismo ipossico e quindi di danno ischemico del tessuto cardiaco, è molto più probabile che tale infermità si sia manifestata come diretta conseguenza della ipertrofia atriale che a sua volta è secondaria alla cardiopatia ipertensiva. **Si esclude, pertanto, con criterio di alta ed elevata probabilità, il nesso di causa tra la somministrazione di farmaci antipertensivi Cardura ed Omnic e l'insorgenza di fibrillazione atriale”.**Assolutamente inconferenti appaiono, una volta escluso qualsivoglia nesso di causalità tra il presunto inadempimento ed i danni di cui si chiede il ristoro, le argomentazioni in tema di violazione del dovere di adeguata informativa.

- In ordine ai profili concernenti l'onere della prova relativo al nesso di causalità, vale, naturalmente, il principio, più volte affermato dalla Suprema Corte, secondo cui in tema di responsabilità per inesatto adempimento della prestazione sanitaria, inquadrabile **nella responsabilità contrattuale**, è a carico del danneggiato la **prova dell'esistenza del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica** (o dell'insorgenza di nuove patologie), nonché **del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari**, restando a carico di questi **ultimi la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile** (cfr. tra le tante Cass. sent. 975/2009).
- È evidente, pertanto, come l'attore non abbia soddisfatto, alla luce delle conclusioni cui è giunto il ctu e che si intendono integralmente richiamate, l'onere probatorio appena individuato.
- Da ciò discende il rigetto della domanda nei confronti della convenuta le spese di lite tra l'attore e le convenute seguono il principio della soccombenza, ex art. 92, comma 1, cod. proc. civ. e si liquidano come da dispositivo, ai sensi del D.M. Giustizia n°55 del 10.03.2014, in relazione all'attività concretamente esercitata dai difensori costituiti **rapportata anche al tenore delle difese svolte ed alla complessità della lite, facendo riferimento al valore indeterminato (con complessità alta) della domanda**. Le spese di ctu vanno poste definitivamente a carico dell'attore. Infine la soccombente parte attrice deve essere condannata a rifondere non solo le spese delle convenute, ma anche le spese del terzo chiamato in causa UGF Assicurazioni S.p.A..

P.Q.M.

- IL TRIBUNALE DI NAPOLI – VIII SEZIONE CIVILE -, definitivamente pronunciando nella causa civile promossa come in narrativa, disattesa ogni altra istanza ed eccezione, così provvede:
- • rigetta le domande proposte danei confronti die della Asl Napoli 1 Centro, in persona del l.r.p.t.;
- • condanna l'attore**al pagamento in favore della convenutadelle spese di lite che si liquidano in euro 70,00 per spese ed euro 7.800,00 per onorari, oltre rimborso forfettario per spese generali, iva e cpa;**
- • condanna l'attoreal pagamento in favore della convenuta Asl Napoli 1 Centro, in persona del l.r.p.t., delle spese di lite che si liquidano in **euro 50,00 per spese ed euro 7.800,00** per onorari, oltre rimborso forfettario per spese generali, iva e cpa;
- • condanna l'attoreal pagamento in favore della chiamata in causa UGF Assicurazioni delle spese di lite che si liquidano in **euro 30,00 per spese ed euro 2.500,00** per onorari, oltre rimborso forfettario per spese generali, iva e cpa
- • pone le spese di ctu definitivamente a carico di parte attrice, con obbligo di rivalere le altre parti delle somme eventualmente corrisposte in via provvisoria al nominato ctu.

Verrebbe da aggiungere così sia sempre ed in ogni causa contro i MMG!!!! Grazie per la attenzione