

**Abstract.** *La responsabilità della struttura sanitaria per errori commessi dai medici nell'esercizio della propria attività professionale ha natura contrattuale e trova la sua fonte in un contratto atipico, il cd. «contratto di ospitalità», in virtù del quale sorgono a carico dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente non soltanto obblighi di natura alberghiera, bensì anche di messa a disposizione del personale medico e paramedico e di tutte le attrezzature necessarie per fronteggiare eventuali emergenze. La natura contrattuale di tale responsabilità, ex art. 1228 c.c., per inadempimento e/o erroneo adempimento della prestazione professionale da parte del sanitario implica che, ai fini dell'onere probatorio, spetti al paziente la prova dell'esistenza del contratto e dell'insorgenza o dell'aggravamento della malattia, mentre resta a carico del medico e/o della struttura di pertinenza la dimostrazione che non vi sia stato alcun inadempimento, ovvero che lo stesso non sia stato causa del danno. La valutazione relativa alla sussistenza del nesso di causalità deve essere compiuta secondo il criterio della «preponderanza dell'evidenza» ed implica un giudizio in merito alla idoneità della condotta del medico, cui si richiede una diligenza qualificata, a causare il danno lamentato dal paziente, tenuto conto delle condizioni del medesimo nella loro irripetibile singolarità.*

\* \* \* \* \*

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO di PERUGIA**  
*Ex giudici togati verso GOT CIVILE*

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. P.P. ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. (...)/2009 promossa da:

R.G. (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. R.L. e dell'avv. M.M. (...) C.SO (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO; elettivamente domiciliato in VIA (...), N. (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO, presso il difensore avv. R.L.

V.L. (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. R.L. e dell'avv. M.M. (...) C.SO (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO; elettivamente domiciliato in VIA (...), N. (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO, presso il difensore avv. R.L.

A.L. (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. R.L. e dell'avv. M.M. (...) C.SO (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO; elettivamente domiciliato in VIA (...), N. (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO, presso il difensore avv. R.L.

D.L. (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. R.L. e dell'avv. M.M. (...) C.SO (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO; elettivamente domiciliato in VIA (...), N. (...) 06012 CITTA' DI CASTELLO, presso il difensore avv. R.L.

ATTORE/I

Contro

AZIENDA OSPEDALIERA DI (...) (C.F. ...), con il patrocinio dell'avv. C.L., elettivamente domiciliato in VIA (...), n. (...), PERUGIA, presso il difensore avv. C.L.

CONVENUTO

OGGETTO: responsabilità professionale

Conclusioni delle parti come da verbale di udienza del (...)

## SVOLGIMENTO DEL PROCESSO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione regolarmente notificato gli attori convenivano in giudizio l'Azienda ospedaliera di (...) per sentire accogliere le seguenti conclusioni: Voglia l'Ecc.mo Tribunale di Perugia: 1) accertare e dichiarare la responsabilità dei sanitari dell'azienda ospedaliera di (...) operanti presso l'Ambulatorio specialistico per Sindromi demielizzanti nei confronti della sig.ra R.G. per l'imperizia e la negligenza con cui hanno operato nei suoi confronti in relazione ai fatti di cui in premessa e, per l'effetto, condannare la stessa società Azienda Ospedaliera di (...), in persona del Direttore e legale rappresentante *pro-tempore*: a) al pagamento della somma di € 587.640,00, o al pagamento della somma, maggiore o minore, che risulterà di giustizia, anche in via equitativa, quale risarcimento di tutti i danni subiti e subendi dalla sig.ra R.G., comprensivi delle voci di danno biologico, morale, esistenziale, patrimoniale e delle spese sostenute a seguito della vicenda; b) al pagamento della somma di € 60.000,00, o al pagamento della somma, maggiore o minore, che risulterà di giustizia, da quantificarsi anche in via equitativa, quale risarcimento di tutti i danni subiti e subendi dal sig. V.L. a titolo di danno morale ed esistenziale riportato a seguito della vicenda; c) al pagamento della somma di € 60.000,00, o al pagamento della somma, maggiore o minore, che risulterà di giustizia, da quantificarsi anche in via equitativa, quale risarcimento di tutti i danni subiti e subendi dal sig. A.L. a titolo di danno morale ed esistenziale riportato a seguito della vicenda; d) al pagamento della somma di € 60.000,00, o al pagamento della somma, maggiore o minore, che risulterà di giustizia, da quantificarsi anche in via equitativa, quale risarcimento di tutti i danni subiti e subendi dal sig. D.L. a titolo di danno morale ed esistenziale riportato a seguito della vicenda. Il tutto, oltre interessi dalla notifica della presente domanda sino all'effettivo saldo, con vittoria di spese, funzioni ed onorari del giudizio, oltre Iva e Cap come per legge.

Assumevano gli attori che la sig.ra R.G., in data 01.08.2003, presentando problemi di salute, dopo essersi sottoposta a visite mediche, veniva ricoverata presso l'Ospedale di (...) con la diagnosi di "sospetta sindrome demielizzante".

Lo *staff* medico, effettuati gli accertamenti ritenuti del caso, e pur in attesa del loro responso, già nella giornata successiva al ricovero aveva dimesso la sig.ra G. con la diagnosi di "Sindrome demielizzante possibile".

All'esito dei suddetti accertamenti clinici, la prima valutazione dei medici di (...) si è, successivamente confermata esatta, tanto che in data 29.09.03, eliminando ogni dubbio in ordine all'origine della malattia che affliggeva (ed affligge) l'attrice, l'U.O. di Neurologia del medesimo nosocomio certificava che la sig.ra G. era affetta da "Sclerosi Multipla".

Non potendo intervenire direttamente in ordine alla cura, sulla base delle leggi vigenti dell'epoca, i medici della U.O. della neurologia dell'Ospedale di (...) indirizzavano la sig.ra G. presso l'Ambulatorio specialistico per sindromi demielizzanti dell'Azienda ospedaliera di (...), al tempo struttura preposta e competente alla somministrazione dei farmaci per tale patologia.

Assumevano gli attori che nonostante la diagnosi in possesso della sig.ra G. presentata alla struttura (...), all'attrice veniva praticata una terapia antiemicranica e non veniva sottoposta al trattamento sanitario previsto per la cura della sindrome demielizzante. I farmaci che aveva assunto in tale periodo la sig.ra G., sulla base delle prescrizioni mediche ricevute presso l'Azienda ospedaliera di (...), non avevano, risolto i problemi di salute della sig.ra G. che, avvertendo sintomi sempre più invalidanti e non ottenendo alcun beneficio dalla terapia che le veniva somministrata nel maggio del 2004, decideva autonomamente di recarsi presso l'Istituto neurologico "(...)" di Pavia, avendo avute notizia che tale struttura era all'avanguardia per il tipo di malattia dalla medesima contratta.

Lo *staff* medico di Pavia confermava la diagnosi di "Sclerosi multipla" e consigliava l'utilizzo della terapia con Interferone Beta.

A questo punto, la sig.ra G. è effettivamente tornata all'Azienda Ospedaliera di (...), dove consegnava al medico curante dell'Ambulatorio specialistico la lettera di dimissioni del predetto Istituto neurologico di Pavia, in cui era riportato il consiglio in ordine al trattamento farmacologico, da praticare.

Assumevano gli attori che nemmeno in quella occasione, il medico dell'Azienda Ospedaliera di (...), che aveva in cura la sig.ra G., riteneva di seguire la terapia suggerita, consistente nella

somministrazione di Interferone Beta, continuando a trattare l'odierna attrice con farmaci idonei a curare l'emicrania; solo in data 01.12.2004, a quasi un anno e mezzo di distanza dalla diagnosi, con le condizioni della sig.ra G. che si erano nel tempo progressivamente aggravate, iniziava la terapia con Interferone Beta, e già dalle prime applicazioni l'odierna attrice mostrava benefici effetti, aumentando, così, il rimpianto per avere iniziato la cura giusta solo a distanza di circa un anno e mezzo dalla diagnosi.

Pertanto a causa dell'aggravamento del proprio stato di salute, solo parzialmente contenuto dalla tardiva somministrazione di Beta Interferone, ed imputandolo per l'appunto al ritardo nella somministrazione della terapia adeguata alla diagnosi di sclerosi multipla, la sig.ra G., con lettera del 21.03.2006, tramite il sottoscritto difensore avv. L.R., inoltrava all'Azienda Ospedaliera di (...) una richiesta di risarcimento danni, riscontrata con lettera del 26.06.2006 dalla Compagnia di Assicurazioni (...) s.p.a., che assicura l'Azienda Ospedaliera per la RCP; detta compagnia di assicurazioni, con la citata lettera, respingeva ogni addebito, negando la sussistenza di responsabilità dei sanitari intervenuti nel caso *de quo*.

Si costituiva in giudizio l'Azienda Ospedaliera di (...), eccependo, in via pregiudiziale, l'incompetenza del giudice adito per inosservanza delle disposizioni dell'ordinamento giudiziario che regolano la ripartizione tra la Sezione Distaccata (...) e la Sede Principale (...), dal momento che Perugia, e non Città di Castello, era il foro individuato alla stregua dei criteri di cui agli artt. 19 c.p.c. (luogo in cui aveva ed ha sede l'Azienda Ospedaliera convenuta) e 20 c.p.c. (luogo in cui è sorta o doveva eseguirsi l'obbligazione dedotta in giudizio, ossia la somministrazione della cura idonea a trattare la malattia della paziente).

Nel merito, contestava l'avversa domanda risarcitoria, sia nell'*an* che nel *quantum*, rilevandone la totale infondatezza per insussistenza tanto del nesso di causalità tra l'evento e il danno lamentato, quanto dell'elemento psicologico. In subordine ha chiesto la riduzione del suo eccessivo ammontare.

Pertanto precisava le seguenti conclusioni: "Voglia l'On.le Tribunale adito in composizione monocratica, disattesa e respinta ogni diversa e contraria istanza, domanda, eccezione e deduzione:

In via principale: rigettare tutte le domande risarcitorie degli attori perché infondate in fatto ed in diritto, oltre che sfornite di supporto probante;

In via subordinata: nella denegata ipotesi di accoglimento delle avverse domande, ridurre l'esorbitante ammontare sia con riferimento al danno patrimoniale che a quello non patrimoniale, che dovranno essere liquidati previo rigetto delle voci non dovute o che duplicano la pretesa risarcitoria o non provate, decurtando, con riguardo al danno patrimoniale, il danno da lucro cessante ed i costi del collaboratore rivendicati dall'attrice R.G., mentre il danno non patrimoniale dovrà essere liquidato per tutti gli attori unitariamente, senza ulteriori distinzioni, con esclusione di quello derivante dall'inevitabile aggravamento e progressione della malattia che affligge l'attrice G.;

In via ulteriormente subordinata: nella denegata ipotesi di accoglimento delle domande risarcitorie, ridurre l'esorbitante ammontare sia con riferimento al danno patrimoniale che a quello non patrimoniale, decurtando il relativo importo dai danni imprevedibili, non risarcibili per mancanza di dolo ai sensi dell'art. 1225 c.c.

In ogni caso, con vittoria di spese, competenze ed onorari di lite".

Con ordinanza del 15.09.2010, veniva ammessa la CTU medico-legale chiesta da parte attrice.

La causa veniva trattenuta in decisione il 21.11.2016, successivamente rimessa sul ruolo ed in data 20.03.2017 la causa veniva assegnata a questo giudice che tratteneva la stessa in decisione.

Essendo questo giudice assegnatario del giudizio, solo in data 20.3.2017, brevemente si riporta all'ordinanza riguardante la eccezione di rito emessa in data il 14.4.2009 che ha dichiarato la non manifesta infondatezza, dell'eccezione sollevata da parte convenuta.

Conseguentemente è stata disposta la trasmissione degli atti al Presidente del Tribunale di Perugia, il quale, con provvedimento del 20.4.2009, ha assegnato alla Sede centrale la causa, che è stata rubricata con progressivo R.G. n. (...)/2009.

Passando al merito l'istruttoria si è svolta tramite espletamento di consulenza tecnica d'ufficio, ponendo il quesito di cui all'ordinanza 15.09.2010 con la quale veniva posto il seguente quesito: "Valuti il ctu il nesso causale fra le attuali condizioni della patologia da cui è affetta la sig.ra G.R. e

le terapie cui è stata sottoposta dall'Azienda di (...) fin dal suo primo esame clinico; in particolare al fine di verificare l'epoca dell'insorgenza della malattia e se le terapie poste in essere dai sanitari della convenuta siano state tempestive rispetto all'accertamento della patologia o se vi fosse un ritardo consapevole nelle cure del caso;

in ipotesi di risposta positiva il ctu indicherà il danno subito dalla G. sotto il profilo del danno biologico e l'eventuale esistenza di postumi permanenti e l'incidenza sulla capacità lavorativa". Veniva nominato il dott. A.S., Azienda Ospedaliera Universitaria (...) di Bologna.

In via generale è opportuno ricordare che l'adempimento delle obbligazioni da parte dell'esercente la professione medica, deve essere valutato in relazione ai doveri inerenti lo svolgimento dell'attività professionale e, nello specifico, avuto riguardo al dovere di diligenza qualificata, commisurato alla natura dell'attività esercitata, *ex art. 1176, comma 2, cc.*

La diligenza qualificata, parametro del corretto adempimento del professionista alle obbligazioni assunte nei confronti del paziente, è correlata alla natura dell'attività svolta e non può non implicare una scrupolosa attenzione ed un'adeguata preparazione professionale.

Perché una prestazione sanitaria sia correttamente adempiuta è necessario che vengano rispettate le regole tecnico-scientifiche che costituiscono la conoscenza della professione medica.

Nell'obbligazione professionale del medico, dunque, la diligenza non è semplicemente il parametro da utilizzare per valutare l'esattezza dell'adempimento, ma diventa criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione. Una diligenza, quindi, che comprende anche la perizia: la conoscenza e la concreta attuazione delle regole tecniche di arte o di una professione.

Trova applicazione anche agli esercenti una professione sanitaria, il disposto dell'art. 2236 cc. che limita la responsabilità del prestatore d'opera, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, al dolo o alla colpa grave del professionista.

Ancora in via generale si ricorda che secondo gli ormai consolidati orientamenti della giurisprudenza di legittimità la responsabilità della struttura sanitaria per errori, omissivi o commissivi, dei sanitari nei confronti del paziente è da ricondurre allo schema della responsabilità di natura contrattuale che trova la sua origine nel cd. contratto di ospedalità. Il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura (o ente ospedaliero) ha la sua fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben può essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal servizio sanitario nazionale o da altro ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "*latu sensu*" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze (cfr. fra le tante, Cass., Sez. 3, Sentenza n. 18610 del 22/09/2015 Rv. 636984). Inoltre una limitazione della responsabilità del professionista è prevista sempre dall'art. 2236 c.c., il quale prevede che nel caso in cui il professionista sia chiamato a risolvere problemi tecnici di particolare difficoltà, questo risponde solo in caso di dolo o di colpa grave. La conseguenza di questa considerazione è che mentre nel contratto d'opera in generale il rischio ricade sul prestatore d'opera, nel caso di prestazioni effettuate dal professionista intellettuale, questo grava sul cliente. La libertà di scelta del professionista è un'altra peculiarità della professione intellettuale che si manifesta con la facoltà di assumere o meno un incarico, la possibilità di scegliere le modalità reputate più adatte a realizzare l'oggetto del contratto, l'assenza di vincoli di subordinazione rispetto al cliente.

La responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c. e dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario non solo in presenza di un rapporto di lavoro subordinato ma anche in sua assenza, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale.

La natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria comporta delle ripercussioni in tema di ripartizione dell'onere della prova. Alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento.

Secondo giurisprudenza di legittimità costante in tema di responsabilità per danni derivanti da attività medica, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto ed allegare l'inadempimento del professionista, restando a carico dell'obbligato l'onere di provare l'esatto adempimento, con la conseguenza che la distinzione fra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non vale come criterio di ripartizione dell'onere della prova, ma rileva soltanto ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, spettando, invece al sanitario (ovvero alla struttura ospedaliera) la prova della particolare difficoltà della prestazione, in conformità con il principio di generale "*favor*" per il creditore danneggiato ispirato al criterio cd. della "vicinanza" della prova.

Nel giudizio di risarcimento del danno, il paziente ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale), l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia ed ha l'onere di allegazione dell'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. Ne consegue che qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore. Infatti, la distribuzione "*inter partes*" dell'onere probatorio riguardo al nesso causale deve tenere conto della circostanza che la responsabilità è invocata in forza di un rapporto obbligatorio corrente fra le parti ed è dunque finalizzata a far valere un inadempimento oggettivo.

Pertanto grava sul paziente l'onere probatorio in ordine alla ricorrenza del nesso di causalità materiale quando l'impegno curativo sia stato assunto senza particolari limitazioni circa la sua funzionalizzazione a risolvere il problema che egli presentava: nella prova che l'esecuzione della prestazione si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta la prestazione, o dal suo aggravamento, fino ad esiti finali costituiti dall'insorgenza di una nuova patologia o dal decesso del paziente. (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 21177 del 20/10/2015; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 22222 del 20/10/2014; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 20547 del 30/09/2014).

L'accertamento del nesso causale - da compiersi secondo il criterio della "preponderanza dell'evidenza" (altrimenti definito anche del "più probabile che non") - implica una valutazione della idoneità della condotta del sanitario a cagionare il danno lamentato dal paziente che deve essere correlata alle condizioni del medesimo, nella loro irripetibile singolarità. In ogni caso, il sanitario è gravato dall'onere di provare l'insussistenza di un nesso causale tra l'atto medico e l'esito peggiorativo dello stato di salute solo qualora non sia riuscito a dimostrare di avere correttamente eseguito la propria prestazione. (Cass. Sez. 3 n. 18497 del 21/09/2015 - Cass. Sez. 3, n. 3390 del 20/02/2015).

Passando alla valutazione del merito della specifica vicenda, la domanda proposta dagli attori, dopo un'approfondita analisi della documentazione clinica in atti, sull'esame obiettivo della paziente, svolta con l'ausilio di specialista di Neurologia con motivazioni fondate su corretti criteri tecnici e scientifici e conclusioni che questo Giudicante ritiene di dover condividere, escludendo qualsiasi violazione dei criteri di diligenza, prudenza e perizia che disciplinano l'attività medica.

In particolare il C.T.U., dopo aver ricostruito dettagliatamente la "storia clinica" della G., ha valutato adottando i criteri diagnostici correnti e universalmente accettati proposti nel 2001 da Mac Donald e recentemente rivisti gli stessi prevedono che la diagnosi di SM sia sempre definitiva, gli stessi criteri pertanto operativi nel periodo oggetto di causa precisava che la sclerosi multipla della G. era diagnosticabile dal 2003 come sclerosi multipla con supporto di laboratorio, essendo soddisfatti i criteri di difetti neurologici multifocali. Nella perizia veniva precisato che forse il primo episodio isolato poteva risalire al 1994, successivamente la malattia assumeva un decorso recidivante remittente nel 2003 evolutasi successivamente nel 2005 in una forma secondaria progressiva.

La prima valutazione presso l'azienda ospedaliera di (...), la paziente aveva già avuto almeno 2 episodi acuti nell'anno 2003 (marzo e agosto), entrambi in corso di cefalea, con caratteristiche compatibili con ricadute di malattia demielinizzante.

Nel diario clinico la paziente aveva ricevuto un trattamento di steroidi da parte dei sanitari di (...), pur in presenza di una loro diagnosi ancora dubitativa. Presso il centro SM di (...) in data 18.10.2003 l'esame neurologico presentava "lieve disequilibrio" verosimile postumo dell'ultimo attacco e ad una successiva visita risultava "sostanzialmente negativo"; successivamente si verificava una recidiva trattata con steroidi ed altro episodio l'estate.

Precisava il ctu che nel periodo 2003-2004 la paziente soffrì di una forma recidiva-rimettente di S.M. con 4 attacchi e in contestuale soffrì di una malattia emicranica con frequenza mensile.

Il ctu nelle risposte alle osservazioni del ctp di parte attrice precisava che nel dicembre del 2004 la paziente iniziava il trattamento di interferone su indicazione del Centro di (...) in presenza di una obiettività neurologica caratterizzata da "lieve disequilibrio, ipoestesia profonda rotula dx, configurante un EDSS 1-1,5 (= assenza di disabilità, segni di interessamento di 1 o più sistemi funzionali, quindi essendosi concretizzati i criteri dell'allora vigente normativa)".

Evidenziava il ctu che dopo l'inizio della terapia con interferone le condizioni neurologiche della paziente non subirono un miglioramento per quanto riguardava SM, tanto che nell'anno 2006 veniva introdotta in terapia del mitoxantone per documentata mancanza di risposta all'interferone (anche riportato nella perizia del ctp di parte attrice).

Il ctu a pag 13 della relazione riferiva che la mancanza di un apprezzabile effetto sul decorso della malattia è purtroppo un evento non frequente nel singolo paziente affetto da SM. La letteratura clinica afferente ai tempi della vicenda già indicavano una modesta efficacia del interferone sulle esacerbazioni e sulla progressione della malattia nei pazienti con SM recidivante remittente come nel caso di specie, con una elevata percentuale di non *responders*.

Specificava inoltre il ctu circa la terapia con interferone nella SM, secondo le indicazioni della AIFA, in risposta alle osservazioni del ctp di parte attrice, che il medico è richiamato all'attenzione sul fatto che tale farmaco ha questa o quella indicazione scientificamente riconosciuta e il Servizio Nazionale (SSN) si fa carico di rimborsare le spese e che ogni medico deve obbligatoriamente rispettare per poter prescrivere i farmaci a carico della SSN.

La AIFA ha pertanto la finalità di garantire ai cittadini un uso appropriato dei farmaci, promuovendo tra i medici e tra pazienti l'impiego corretto dei medicinali secondo prove di efficacia consolidate. Pertanto all'epoca dei fatti non esistevano in letteratura dati così convincenti sull'efficacia della terapia con interferone della SM da spingere i medici a prescrivere e dispensare tale terapia alla paziente prima che si concretizzassero tutti i criteri previsti dalla normativa AIFE all'epoca vigente. Facendo, come sopra detto, proprie le conclusioni del ctu, non esiste un nesso causale fra le attuali condizioni della patologia da cui è affetta la sig.ra G.R. e le terapie cui è stata sottoposta presso l'Azienda Ospedaliera all'epoca dell'insorgenza fin dal suo primo esame clinico; non è precisabile l'epoca di insorgenza della malattia SM; si conclude inoltre che le terapie poste in essere dai sanitari sono state adeguate e tempestive in base alla conoscenza medica dell'epoca rispetto all'accertamento della patologia e non vi fu ritardo colpevole nelle cure del caso.

Le conclusioni del C.T.U., pienamente condivisibili per le ragioni sopra evidenziate, e le considerazioni effettuate alla luce degli atti di causa consentono, ad avviso di questo giudice di ritenere insussistente la invocata responsabilità dell'Azienda Ospedaliera di (...) per assenza di nesso causale tra la condotta dei sanitari e l'aggravamento delle condizioni di salute lamentate dal paziente ed assenza di condotte dei sanitari di violazione degli obblighi di diligenza, prudenza, perizia loro imposti sicché la domanda deve essere rigettata.

La ritenuta infondatezza in relazione all'*an* dell'invocata responsabilità risarcitoria esimo il giudice da qualsivoglia valutazione relativa ai danni lamentati dagli attori, diretti e riflessi.

La complessità tecnica "in fatto" della controversia giustifica la parziale compensazione delle spese di lite nella misura del 1/3 mentre la restante parte deve essere posta a carico degli attori e liquidata, tenuto conto del valore della causa.

Le spese di C.T.U. già liquidate provvisoriamente in corso di causa vengono poste in via definitiva a carico solidale delle parti in causa nella misura del 20% e per la restante parte del 80% a carico degli attori.

**P.Q.M.**

Il Tribunale di Perugia in composizione monocratica nella persona della Dr. P.P. definitivamente pronunciando sulla domanda istanze ed eccezioni tutte così decide:

Rigetta le domande formulate dagli attori.

Dichiara parzialmente compensate le spese di lite nella misura del 1/3 e condanna in solido gli attori al pagamento della somma residua in favore dell'Azienda Ospedaliera di (...), che liquida in euro 11.000,00 compensi professionali oltre iva cap e 15 % forfettario.

Pone definitivamente a carico degli attori le spese di C.T.U. liquidate provvisoriamente in corso di causa nella misura del 80% e a carico solidale di tutte le parti nella restante misura del 20%.

Perugia 22.07.2017

Il Giudice