

## TRIBUNALE di MILANO – consenso informato: ingiusta modifica dell'intervento concordato

Il Tribunale di Milano ha affermato la responsabilità del medico che aveva sottoposto una paziente ad un intervento necessario ma non urgente senza avere chiara cognizione della situazione; si accertava, in corso di causa, che la (presunta) prospettazione dell'intervento effettivamente eseguito come alternativo a quello per cui la paziente sottoscriveva il consenso informato, veniva in realtà valutata solo durante il trattamento, allorché la donna era già anestetizzata.

Si riteneva che il medico avesse modificato - ingiustificatamente - una scelta concordata, effettuando atti chirurgici molto più invasivi per modalità esecutive e conseguenze senza autorizzazione dell'interessata.

Secondo il Tribunale ciò costituirebbe un innegabile ed autonomo titolo di inadempimento con conseguente lesione del diritto di autodeterminazione del paziente produttivo, nel caso concreto, di conseguenze sulla integrità psicofisica delle quali l'autore deve rispondere.

### **Tribunale di Milano - Sez. V, Sent. n. 09.02.2009**

*omissis*

#### **Svolgimento del processo**

Con atto di citazione ritualmente notificato G. C. conveniva in giudizio l'Istituto S. M. del S. C. di G. - Casa di cura C. e il dott. M. R. esponendo che in data 19/9/2000, si era rivolta al M. lamentando una claudicatio intermittens a comparsa variabile, con irrigidimento della muscolatura del polpaccio destro e della parte posteriore della coscia; effettuati esami angiografici, il medico aveva proposto una soluzione chirurgica denominata "TEA iliaco femorale destra" in relazione alla quale l'attrice aveva prestato il consenso;

l'intervento eseguito era stato in realtà di altro tipo, non aveva risolto il problema, persistendo la claudicatio come manifestatasi in epoca pre intervento e, per di più aveva determinato cicatrici inaspettate rispetto all'informazione ricevuta;

la situazione era stata aggravata dall'insorgere di problemi sia di natura psichica (ansia, insonnia, tensione ecc.ra) che estetica, a causa delle cicatrici estese, devastanti e deturpanti elle avevano richiesto un intervento di chirurgia plastica, peraltro non risolutivo.

Concludeva pertanto l'attrice chiedendo il risarcimento dei danni alla salute, morali e materiali subiti.

Si costituiva il dr. M. asserendo di avere prospettato alla paziente due tipi di intervento in via alternativa e di avere poi valutato più indicato uno di essi allorché la paziente era già anestetizzata, per cui non era stato tecnicamente possibile ottenere uno specifico consenso, stante l'indifferibilità dell'esecuzione; contestava il convenuto la responsabilità e l'entità del danno, asserendo che la prestazione si era conclusa con esiti certamente positivi, e concludeva chiedendo il rigetto della domanda nei suoi confronti ed eventualmente l'accertamento della responsabilità della Casa di Cura C., ove il preteso danno si era verificato.

Si costituiva la convenuta Casa di cura eccependo la propria carenza di legittimazione passiva, stante la natura libero professionale dell'attività svolta dal M., dipendente dell' Azienda Ospedaliera S. di Ga. M.se con cui in data 18/12/00 la Casa di Cura aveva stipulato una convenzione in base alla quale si era impegnata a consentire lo svolgimento di prestazioni medico chirurgiche dei medici dell'Ospedale, mettendo a disposizione le attrezzature e le camere di degenza. Chiedeva pertanto il rigetto della domanda, nonché la chiamata in causa della propria assicurazione per la responsabilità civile.

Autorizzata la chiamata e regolarmente citata si costituiva la spa M., che eccepeva la inoperatività della garanzia assicurativa sia perché il contratto assicurativo stipulato dalla Casa di cura escludeva la garanzia per la responsabilità civile dei medici non dipendenti, sia perché l'intervento era stato eseguito da personale dipendente dell'Ospedale S., che doveva ritenersi dunque la struttura sanitaria eventualmente responsabile per l'operato del proprio personale. In subordine chiedeva il riconoscimento del limite della garanzia alla quota del 67% come da contratto assicurativo, e proponeva infine domanda di manleva nei confronti del M. ex art. 1916 cc.

Interveniva volontariamente in giudizio L. O. L. - Rappresentanza Generale per l'Italia compagnia assicuratrice dell'Azienda ospedaliera "G. S." aderendo a tutte le difese e conclusioni del dr. M. e riconoscendo l'obbligo di manleva nei suoi confronti.

In istruttoria veniva disposta ctu medica, dopo di che, sulle conclusioni delle parti come in epigrafe, il G.I. tratteneva la causa in decisione

#### **Motivi della decisione**

L'intervento chirurgico per cui è causa risulta effettuato il 28/10/2000 presso la Casa di Cura C. di Milano ad opera del dr. M. e della sua equipe, professionisti tutti dipendenti dell'Azienda ospedaliera G. S. di Ga. M.se, ma che nell'occasione agivano in regime libero professionale.

La peculiarità del coinvolgimento di soggetti diversi, a titolo diverso nello svolgimento della prestazione ha comportato un acceso contraddittorio tra le parti e l'intervento adesivo di un terzo in ordine alla titolarità dell'eventuale obbligo risarcitorio, con l'effetto di rendere più lunga e complessa l'istruttoria e con il rischio di distogliere l'attenzione da quello che costituisce l'oggetto principale della causa: la qualità e la correttezza delle cure terapeutiche effettuate sull'attrice e quindi le ragioni poste a base della pretesa risarcitoria.

Iniziando pertanto la disamina da queste, premessa l'assoluta infondatezza dell'eccezione di nullità dell'atto introduttivo sollevata dal convenuto, si rileva che il consulente tecnico ha accertato, dopo una accurata e scrupolosa indagine ed un approfondito esame delle risultanze mediche documentali ed obiettive, che C. G. nell'estate 2000 si era rivolta al dr. M. accusando dolore alla gamba destra in fase di deambulazione. L'esame angiografico aveva evidenziato stenosi estesa dell'arteria iliaca esterna e femorale destra, così che il M. aveva formulato indicazione ad intervento di "TEA" (tromboendoarteriectomia), proposta che l'attrice aveva condiviso sottoscrivendo il relativo modulo di consenso. In fatto, il 28/10/00, presso la Casa di Cura all'attrice fu realizzato "by pass in safena invertita femoro femorale destra", intervento del tutto diverso per sede, modalità, invasività, come sinteticamente ammesso dallo stesso chirurgo operatore "L'intervento di by pass è più invasivo e comporta esiti cicatriziali più evidenti, nonché l'utilizzo di un tratto di vena safena che è stato prelevato dallo stesso arto" (cfr pag.4 comp. conclus M.).

Sostiene il convenuto di avere prospettato alla paziente l'alternativa chirurgica, ma la circostanza è smentita dal tenore letterale del documento sottoscritto dall'attrice che si riferisce esclusivamente all'intervento TEA. Peraltro la smentita è implicitamente desumibile nelle giustificazioni del M. che, sostenendo di non aver potuto materialmente procurarsi il consenso ad eseguire l'opzione chirurgica prescelta essendo la paziente ormai anestetizzata, ammette sostanzialmente di non averlo richiesto ed ottenuto in precedenza.

Accertato che l'attrice è stata sottoposta ad un intervento diverso da quello concordato, ai fini di valutare la condotta del convenuto alla luce dei criteri di cui agli artt. 1176 e 1218 cc gli ulteriori interrogativi che si pongono sono i seguenti

- se, in relazione alla patologia, sussisteva effettivamente indicazione chirurgica alternativa, come sostiene il convenuto, e se l'opzione prescelta in fase chirurgica può ritenersi corretta;

- quali sono stati gli esiti rispetto allo stato quo ante;

Il ctu ha premesso che, era indubbia la presenza di patologia vascolare ischemica sulla persona dell'attrice all'epoca dell'intervento, ma l'entità dei sintomi a quell'epoca non è chiara (l'attrice ha dichiarato al ctu che prima dell'intervento avvertiva dolore dopo una deambulazione di 200 metri; i suoi consulenti hanno sostenuto che la claudicatio non era tale da impedirle le proprie attività quotidiane e sportive, come il golf, in relazione al quale era in grado di compiere un percorso completo di 18 buche, in cartella clinica risulta indicato dolore dopo 30 metri), che, in ogni caso, sarebbe stato opportuno procedere con maggiore cautela, considerato che non sussistevano urgenze chirurgiche e che si trattava di intervento di elezione, e dunque, si potevano approfondire gli accertamenti diagnostici anche con un controllo ecodoppler, non sostitutivo, ma complementare all'angiografia, così da verificare con precisione l'entità e le caratteristiche delle lesioni e valutare l'entità oggettiva della sintomatologia.

Alla luce di queste osservazioni del ctu deve ritenersi altresì che una maggiore cautela preliminare ed un più approfondito esame del caso avrebbe anche evitato il verificarsi di quanto descritto dal M., che cioè solo durante l'intervento si rese conto che il problema stenotico funzionalmente rilevante era, secondo il suo apprezzamento, a carico dell'arteria femorale, piuttosto che dell'iliaca, valutazione che lo fece optare per una soluzione di by pass piuttosto che di disostruzione. Secondo il ctu l'intervento era necessario ma non urgente e dunque ci sarebbe stato tutto il tempo per pianificare e concordare con la paziente le modalità.

In ordine alla scelta effettuata dal M. il ctu ha manifestato notevoli perplessità: l'angiografia aveva evidenziato severe stenosi in entrambi i segmenti arteriosi (iliaca esterna e femorale superficiale) di cui una a monte e l'altra a valle dell'albero arterioso, ma poi venne eseguito intervento sulla femorale. Non fu errore tecnico, ha spiegato il ctu, ma una scelta del chirurgo, tecnicamente opinabile: la stenosi dell'iliaca destra all'origine avrebbe richiesto secondo l'arte medica di effettuare un trattamento disostruttivo. In tale sede, cioè a monte (come peraltro correttamente prospettato al paziente e concordato), e poi, eventualmente, sulla femorale, in tal modo si sarebbe ottenuto un risultato emodinamicamente più apprezzabile perché si sarebbe liberato il tratto iniziale dell'arteria. L'intervento effettuato invece ha liberato il vaso a valle ed ha lasciato inalterato il problema rilevante della stenosi dell'iliaca a monte che nel futuro potrebbe progredire e richiedere il trattamento non eseguito (e secondo il ctu tale evenienza non è aleatoria o ipotetica giacché le stenosi vascolari sono destinate per loro intrinseca evoluzione ad una progressiva riduzione del calibro del vaso interessato).

Si è trattato quindi di una soluzione precaria che ha risolto solo parzialmente il problema non avendo eliminato la stenosi dell'iliaca, in relazione alla quale era stato prospettato l'intervento, per di più, è stata utilizzata la vena safena, pregiudicandone un futuro impiego.

La condizione clinica attuale è stata giudicata di buon compenso emodinamico: vi era stenosi alla femorale e quindi il by pass ha portato giovamento a tale distretto vascolare, ma è rimasta inalterata la stenosi iliaca che in futuro potrebbe progredire e richiedere un nuovo intervento, oltre che annullare gli effetti positivi del by pass

In definitiva, benché vi sia stato un innegabile esito favorevole del trattamento eseguito, l'aver liberato il tratto a valle della vascolarizzazione non ha inciso sulla causa che condiziona tuttora il flusso a valle (la stenosi dell'iliaca) e che potrebbe determinare una ostruzione; a quel punto anche il by pass femoro popliteo potrebbe occludersi per la scarsità del flusso da monte.

La valutazione circa la correttezza dell'intervento va effettuata, secondo il ctu, in proiezione futura, che, si rileva, non si basa su valutazioni ipotetiche e presuntive, ma sull'osservazione della naturale evoluzione dei processi emodinamici e dunque ha un rigore scientifico e un'attendibilità elevata.

Secondo il M. poiché sussistevano due alternative entrambe possibili, valide ed entrambe non risolutive per la patologia da cui l'attrice era affetta, egli avrebbe effettuato la scelta sulla base di quanto constatato al campo operatorio, dunque nessuna negligenza o imprudenza potrebbe essergli ascritta.

Tale ricostruzione della vicenda appare oltre che semplicistica, fuorviante, non risulta che il chirurgo abbia preventivamente informato la paziente delle due possibili opzioni e del risultato in entrambi i casi precario e non risolutivo della patologia, inoltre: il ctu ha spiegato che essendo presenti due stenosi arteriose riguardanti due diversi vasi, ognuna di esse avrebbe richiesto un intervento disostruttivo, ma, ha aggiunto la buona arte medica, era nel senso di effettuare senz'altro l'intervento sull'iliaca, così come prospettato alla paziente, che era quello idoneo ad assicurare un risultato emodinamicamente più apprezzabile (costituendo l'ostruzione a monte), il che significa che in realtà non esistevano due alternative chirurgiche indifferenti, perché una sola e specifica avrebbe dovuto avere indicazione prioritaria e attuazione.

La conclusione del ctu non appare inficiata dalle contestazioni delle parti e dei loro consulenti, non idonee a superare il rigore logico - scientifico e la completezza dell'accertamento eseguito dal perito d'ufficio.

Dunque il convenuto non solo ha sottoposto la paziente ad un intervento senza avere una chiara cognizione della situazione (la pretesa "alternativa", per sua stessa ammissione l'ha riscontrata e valutata solo durante l'intervento) ma ha altresì modificato - ingiustificatamente - una scelta concordata, effettuando atti chirurgici molto più invasivi per modalità esecutive e conseguenze senza autorizzazione dell'interessata.

Costituisce questo un innegabile ed autonomo titolo di inadempimento che si è risolto nella lesione del diritto di autodeterminazione del paziente e che ha determinato conseguenze sulla sua integrità psicofisica delle quali l'autore deve rispondere.

Per quanto finora esposto sia sotto un profilo tecnico che di correttezza relazionale non può ritenersi la prestazione resa improntata a quella diligenza, prudenza e perizia che il caso concreto richiedeva.

Passando alla valutazione del danno, va innanzitutto rilevato che i nuovi indirizzi giurisprudenziali dettati dalla sentenza della Corte di Cassazione S.U. n. 26972 del 11/11/08 collocano il risarcimento nell'ottica del sistema bipolare danno patrimoniale/danno non patrimoniale, con la precisazione, e qui è la novità, dell'esclusione nell'ambito di questa seconda categoria generale di sottocategorie. Secondo la Corte il danno non patrimoniale è tipico ed è liquidabile nei soli casi previsti dall'art. 2059 cc. per cui concetti quali danno morale, danno esistenziale ecc. ra finora abitualmente utilizzati nella liquidazione, non devono avere la finalità di individuare autonome sottocategorie, ma di descrivere la sussistenza di un tipo di pregiudizio che, per essere risarcibile, deve però attenersi a diritti inviolabili secondo Costituzione, la cui intensità e durata noti è suscettibile di incidere sull'esistenza del danno (anzi se l'intensità e la durata sono minimi, ne escluderebbero in radice l'esistenza in nome di un dovere di tolleranza che la convivenza impone), ma eventualmente sull'entità del risarcimento.

In definitiva, e per quel che qui interessa, la liquidazione deve essere effettuata procedendo ad una personalizzazione del danno, valutato, qualora sussistano i presupposti per il risarcimento, nelle sue componenti fondamentali (patrimoniale e non) e, con riferimento al danno non patrimoniale, nelle sue conseguenze sulla sfera fisica e psichica del soggetto leso, ma con una stima unitaria.

Nella fattispecie considerato che mentre l'intervento autorizzato si sarebbe dovuto limitare alla disostruzione dell'arteria iliaca, quello eseguito, oltre a produrre cicatrici profonde ed estese come descritte in ctu (una dall'inguine per tutta la coscia per la lunghezza di 22 cm, altra al III medio inf. della coscia fino a raggiungere la faccia interna del ginocchio) ha utilizzato un tratto di vena safena, pregiudicandone un eventuale utilizzo futuro.

I pregiudizi alla persona derivati dall'intervento sono stati perciò individuati dal ctu come segue: rilevanti esiti cicatriziali obiettivamente tuttora sussistenti, malgrado l'effettuazione di un intervento di revisione chirurgica; possibilità che si verifichi una seconda ostruzione per riduzione del flusso arterioso a monte causata dal progredire della stenosi iliaca e conseguente necessità di un secondo intervento; mancata possibilità di utilizzo futuro della vena safena; sindrome depressiva ansiosa causata dalla vicenda clinica e dagli esiti cicatriziali (cfr. pag. 4 della relazione peritale) che ha richiesto interventi neurologici e terapia ansiolitica e che non risulta ancora risolta.

Il ctu ha riassunto l'entità del pregiudizio biologico complessivo nel 11 - 12%, pertanto, utilizzando nella liquidazione i criteri tabellari, ma tenendo conto della effettiva entità del pregiudizio e dei suoi evidenti risvolti sulla sfera psichica ed emotiva, appare equo riconoscere all'attrice un danno non patrimoniale complessivo (dovuto, integrando il fatto il reato di lesioni colpose, la violazione dei diritti inviolabili e costituzionali alla salute ed alla libertà personale) e certamente sussistente considerato che l'attrice è stata costretta a subire un nuovo intervento chirurgico per rimediare, almeno parzialmente, alle vistose cicatrici e che è esposta al rischio di doverne subire un altro per ostruzione arteriosa, con notevole allungamento dei tempi di guarigione ed immaginabili sofferenze psichiche e stress, di E. 30.000,00.

L'attrice ha poi richiesto il rimborso delle spese mediche sopportate.

In proposito si ritiene che non sia dovuta la restituzione delle spese per l'intervento chirurgico, atteso che la patologia in atto avrebbe comunque richiesto un intervento e che quello effettuato non è stato qualificato come errato ed ha comunque prodotto esiti migliorativi, sia pure di carattere non definitivo, sono invece dovute in restituzione tutte le altre spese sopportate e documentate in atti (cfr. doc. in fase di parte) pari ad E. 13.308,00, importo che risalendo al 2000 - 2002 va rivalutato alla data odierna sulla base di indici ISTAT intermedi (considerato che le spese sono state sostenute in un arco temporale di alcuni anni) e che si determina perciò in E. 15.000 00

Il risarcimento dovuto è pari ad E. 45.000,00 complessive, oltre interessi legali al tasso medio ponderato del 3,5% dal 27/9/2000 al saldo.

Nessun'altra voce di danno va riconosciuta, in particolare il richiesto danno patrimoniale, in assenza di prova, non potendo il criterio equitativo supplire all'onere probatorio di parte relativo alla lamentata diminuzione patrimoniale subita per effetto della durata della malattia. Non emerge infatti dagli atti alcuna prova in ordine al nesso causale fra l'intervento subito (che comunque avrebbe dovuto essere effettuato) e la messa in liquidazione dell'attività commerciale.

Passando ad esaminare le eccezioni della struttura sanitaria convenuta si rileva

L'eccezione di carenza di legittimazione passiva è fondata sull'inesistenza di un vincolo di subordinazione o dipendenza del professionista nei confronti della Casa di cura, nonché sulla esistenza di una convenzione con l'Azienda ospedaliera S..

Secondo l'elaborazione giurisprudenziale l'accettazione ed il ricovero di un paziente in una struttura deputata a fornire assistenza sanitaria determinano la stipulazione di un contratto tra paziente e struttura (cd. contratto atipico di ospedalità) il cui adempimento resta regolato con riguardo alle prestazioni di natura sanitaria dalle norme che disciplinano la corrispondente attività del medico nell'ambito della prestazione d'opera professionale, con la conseguenza che la struttura risponde ex artt. 1176 e 2236 cc. dei danni derivati al paziente dai trattamenti sanitari praticatigli con colpa da personale che, indipendentemente dalla natura del proprio rapporto con l'ente, comunque, di fatto, presta la propria attività sanitaria all'interno dello stesso e ne utilizza a qualsiasi titolo la dotazione tecnica.

La struttura sanitaria nella quale viene praticata una prestazione sanitaria risponde a titolo contrattuale ex artt. 1218 e 1228 cc. del danno provocato dagli operatori, anche nel caso in cui costoro non siano inseriti nella organizzazione aziendale, neppure rilevando la circostanza della scelta del professionista da parte del paziente.

Si tratta di un indirizzo giurisprudenziale ormai consolidato e pienamente condivisibile, sulla base delle seguenti considerazioni

Un ente organizzato per fornire prestazioni sanitarie, in altre parole, non è assimilabile o riducibile ad una struttura alberghiera, né può limitarsi ad "affittare" la sala operatoria a chiunque ne faccia richiesta, come se si trattasse di una qualsiasi locazione di locali e beni strumentati.

Inderogabili esigenze di protezione di carattere pubblicistico connesse alla natura dell'attività sanitaria impongono un'accurata scelta e sorveglianza del personale che all'interno presta tali servizi da parte del Direttore sanitario, la cui funzione di rappresentanza dell'ente implica anche l'obbligo di controllare la qualità e la correttezza dell'operato di coloro che, a qualsiasi titolo, vi esercitano la professione sanitaria e le modalità con le quali vengono utilizzate le strutture messe a disposizione di costoro. Tale obbligo rappresenta un aspetto dell'adempimento del contratto stipulato con l'accettazione del paziente ed il pagamento del corrispettivo.

Nella fattispecie in esame va altresì rilevato, che, sulla base dei principi generali di cui agli artt. 1321 e ss. c.c. l'accordo intervenuto fra la Casa di Cura e l'A.O. S. ai fini della regolamentazione dell'attività c.d. intra moenia dei medici dipendenti di quell'ospedale non sarebbe comunque opponibile al soggetto ricoverato che vi è rimasto estraneo e che neppure risulta essere stato portato a conoscenza del suo contenuto specifico limitativo della responsabilità.

Altro discorso va invece effettuato per quanto riguarda i rapporti interni fra i due obbligati solidali M. e Casa di Cura C.: non vi è dubbio che il danno come emerso sia ascrivibile interamente alla condotta del chirurgo operatore e che, invece, non sono emerse carenze o inadempimenti direttamente ascrivibili o in qualche modo riferibili alla struttura, dunque, anche prescindendo dalla Convenzione fra Casa di Cura e A.O. S. non può trovare applicazione la presunzione di cui all'art. 1298/2 cc. dovendosi ritenere la responsabilità, esclusiva di uno di essi.

Questa conclusione è ulteriormente rafforzata dall'accordo suddetto in base al quale la Casa di Cura si è impegnata a fornire copertura assicurativa - e dunque implicitamente a garantire - i rischi relativi alle strutture, all'utilizzo dei propri spazi e delle proprie apparecchiature, mentre sull'A.O. incombe l'onere di garanzia per i rischi derivanti dall'atto medico.

Nell'art. 5 della Convenzione la regolamentazione e la ripartizione degli obblighi di copertura assicurativa fanno ritenere implicita altresì la volontà dei contraenti di ripartire in egual modo anche la responsabilità civile verso i terzi per gli esiti delle terapie.

È evidente che tale accordo regola validamente (anche se forse troppo superficialmente ed incautamente) i soli rapporti fra i contraenti, ma non può derogare a quelli che sono i principi generali in tema di responsabilità civile sanitaria desumibili dalle norme civilistiche e dalla giurisprudenza.

In definitiva la Casa di cura convenuta è solidalmente responsabile insieme al dr. M. per i danni causati all'attrice, mentre nei rapporti fra i debitori solidali va riconosciuta l'intera obbligazione risarcitoria a carico del M..

Per quanto riguarda i soggetti intervenuti quali obbligati alla garanzia la protesta di manleva della Casa di Cura nei confronti della spa M. A. è infondata, atteso il contenuto della polizza che esclude la copertura assicurativa per medici, consulenti e personale sanitario che non risulti alle dirette dipendenze dell'assicurato: La chiamata in causa si giustifica in considerazione della peculiarità della fattispecie.

La domanda dell'intervenuto adesivo L. non può che essere accolta, avendo la compagnia stessa riconosciuto il proprio obbligo assicurativo in favore del M.

Le spese di causa seguono la soccombenza nei confronti dell' attrice

#### **P.Q.M.**

il Tribunale, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta con atto di citazione notificato da G. C. nei confronti dell'Istituto S. M. del S. C. di G. - Casa di cura C. e del dott. M. R., con l'intervento della spa M. A. e degli Assicuratori dei L. Rappresentanza generale per l'Italia, così provvede:

dichiara la responsabilità dei convenuti per i danni subiti dall'attrice e li condanna in solido al risarcimento del danno liquidato nella complessiva somma di E. 45.000,00 complessive, oltre interessi legali al tasso medio ponderato del 3,5 % dal 27/9/2000 al saldo, oltre al pagamento delle spese di ctu e processuali che liquida in E. 8.900,00 di cui E. 3.400,00 per spese e diritti ed E. 5.500,00 per onorari, oltre maggiorazioni di legge;

rigetta la domanda di M. R. nei confronti della Casa di Cura C. e accerta che nell'ambito della solidarietà passiva sussistente fra le parti la quota del M. è pari al 100%

condanna gli Assicuratori dei L. a garantire M. R. di tutte le somme che dovrà versare all'attore in relazione all'accertata responsabilità, ponendone direttamente a loro carico il pagamento e dichiarando non ripetibili le spese di intervento

rigetta la domanda di manleva proposta da Istituto S. M. del S. C. di G. - Casa di cura C. nei confronti di spa M. A. e dichiara compensate le spese tra le parti

Milano, 5/2/2009

Depositata in cancelleria il 09 febbraio 2009.