



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DI APPELLO DI PALERMO
PRIMA SEZIONE CIVILE

composta dai sigg.ri Magistrati

dr. Antonio Novara Presidente
dr. Antonino Di Pisa Consigliere
dr. Tania Hmeljak Consigliere rel.

riunita in camera di consiglio, ha emesso la seguente

SENTENZA

nelle cause civili riunite iscritte ai nn. 114/2017 R.G., 167/2017 R.G. e 172/2017 R.G. di questa Corte di Appello, promosse in questo grado

da

AMISSIMA ASSICURAZIONI s.p.a. (già CARIGE ASSICURAZIONI s.p.a.), in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Alberto Infantino, giusta procura in atti

appellante (causa n. 114/2017)

CONTRO

[REDACTED], nato a F [REDACTED] (AG) l' [REDACTED]
rappresentato e difeso dall'avv. Davide Tedesco, giusta procura in atti

appellante o appellante incidentale (causa n. 167/2017)

e nei confronti di

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Vincenza Gaziano, giusta procura in atti

appellante o appellante incidentale (causa n. 172/2017)

e di

[REDACTED], nato a [REDACTED] il [REDACTED]
[REDACTED], nato ad [REDACTED] [REDACTED], L. [REDACTED]

è L. nato ad
l'1.09.1958, tutti in qualità di eredi di L. preceduta in data
rappresentati e difesi dall'avv. Gabriele Dara, giuste pro-
cure in atti

appellati

Conclusioni

Le parti hanno concluso come in atti.

Fatto e svolgimento del processo

1. Il Tribunale di Agrigento – dopo avere accertato, con sentenza non definitiva n. 1154/2011 del 16 novembre 2011, il diritto di [redacted] a ottenere da parte di [redacted] e dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento il risarcimento del danno patito in occasione e in conseguenza dell'intervento medico al quale era stata sottoposta presso l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Dio in data 17.04.2002, rimettendo la causa sul ruolo per la sua quantificazione - con sentenza definitiva n. 1732/2016 del 21.11.2016, ha condannato in solido il

e l'ASP a pagare alla parte attrice la somma complessiva di € 91.000,00 (di cui € 68.000,00 per danno biologico permanente, € 6.000,00 per invalidità temporanea ed € 17.000,00 per danno morale), oltre interessi legali sulle somme rivalutate dalla domanda al soddisfo, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale conseguente al suindicato intervento, con diritto di rivalsa da parte de [redacted] nei confronti della compagnia di assicurazione Carige s.p.a.

A sostegno della decisione assunta con la sentenza non definitiva, il Tribunale ha osservato che:

- non era contestato fra le parti che, nel corso dell'intervento di cataratta all'occhio sinistro, a cui la [redacted] era sottoposta presso l'Ospedale di Agrigento il 17.04.2002, era intervenuta la rottura della capsula posteriore del cristallino, con lussazione di un frammento di nucleo in camera vitrea, e l'intervento era stato sospeso, per essere completato in altro nosocomio;

- mentre l'attrice aveva attribuito al medico la responsabilità per la rottura, a seguito della quale aveva avuto una riduzione del visus, il medico aveva allegato che si trattava di una complicanza ordinaria dell'intervento di cataratta, della quale la paziente era stata informata, avendo prestato il consenso informato all'esecuzione dell'intervento, ritenuto dall'Azienda Sanitaria di speciale difficoltà ai sensi dell'art. 2236 c.c.;
- il CTU aveva rilevato che dalla documentazione prodotta non erano desumibili dati sufficienti in ordine alle condizioni preintervento della cataratta, necessari per valutarne lo stato e il grado e, quindi il rischio di complicanze intraoperatorie, e che nella cartella mancava ogni indicazione in ordine alla causa della rottura, anche a livello di ipotesi o dubbio diagnostico;
- il predetto consulente – che aveva indicato la rottura della capsula posteriore del cristallino come una tra le complicanze maggiormente descritte in letteratura – aveva elencato una serie di possibili cause, quali la scarsa esperienza dell'operatore nell'utilizzo degli strumenti, i movimenti improvvisi del paziente, un malfunzionamento delle apparecchiature, l'assottigliamento della capsula, la durezza del nucleo;
- le carenze della cartella clinica – da cui non si poteva desumere se le condizioni soggettive dell'attrice fossero tali da evidenziare il rischio di complicanze - e la mancata allegazione a opera delle parti di una diversa causa della complicanza intervenuta nel corso dell'intervento (quali una condotta maldestra della stessa paziente o il malfunzionamento delle apparecchiature mediche), consentivano di ritenere la ricostruzione offerta dalla parte attrice quella più probabile e, pertanto, la sussistenza di una responsabilità per colpa del medico, posto che, vertendosi in materia di responsabilità contrattuale, era onere del medesimo dimostrare l'esatto adempimento ovvero l'accadimento di un evento imprevedibile;

- la lacunosità dei dati contenuti nella cartella clinica e delle allegazioni dei convenuti consentivano di escludere che il caso in esame implicasse la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà in relazione alla natura dell'intervento, ex art. 2236 c.c.;
- sulla base di tali principi, non potevano essere condivise le conclusioni rassegnate dal CTU in ordine all'assenza di comportamenti di imperizia, negligenza o imprudenza, ascrivibili

Con la sentenza definitiva il [redacted] le ha quantificato in € 68.000,00 il risarcimento spettante alla [redacted] a titolo di danno biologico permanente, accertato dal CTU nella misura oscillante tra il 22% e il 25%, in € 6.000,00 il danno da invalidità temporanea (cinque giorni di invalidità temporanea assoluta e 92 giorni di invalidità parziale al 50%), e in € 17.000,00 il danno morale.

2. L'Amissima Assicurazioni s.p.a. (già Carige Assicurazioni s.p.a.) proponeva tempestivo appello, con citazione notificata in data 12.01.2017 (appello iscritto al n. 114/2017 R.G.), avverso entrambe le sentenze, stante la riserva di gravame formulata (unitamente agli altri convenuti) contro la pronuncia non definitiva all'udienza del 20.12.2011.

Si costituiva [redacted], che proponeva, a sua volta, appello avverso le medesime sentenze con citazione notificata in data 16.01.2017 (appello iscritto al n. 167/2017 R.G.).

Avverso le predette decisioni proponeva impugnazione anche l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento con citazione notificata in data 16.01.2017 (appello iscritto al n. 172/2017 R.G.).

Si costituiva nei suindicati procedimenti [redacted] chiedendo il rigetto di tutte le impugnazioni.

Disposta la riunione dei tre procedimenti, all'udienza dell'1.07.2020 veniva dichiarata l'interruzione del processo, per il sopravvenuto decesso della [redacted]

La causa veniva riassunta dall'Amissima Assicurazioni s.p.a. con ricor-

so depositato in data 3.07.2020 e da [REDACTED] con ricorso depositato in data 30.10.2020.

Con comparsa depositata in data 15.01.2021 si costituiva l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

In data 29.01.2021 si costituiva [REDACTED] idio e in data 9.06.2021 si costituivano [REDACTED], [REDACTED] e La [REDACTED] pe, tutti in qualità di [REDACTED].

La causa è stata, in data [REDACTED], rimessa all'udienza del 30.06.2021 e assunta in pari data in deliberazione sulle conclusioni trascritte in epigrafe, con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali ed eventuali memorie di replica.

3. L'appello proposto dalla Amissima Assicurazioni s.p.a. avverso la sentenza non definitiva è articolato in cinque motivi.

Con il primo e il secondo motivo, si duole che il primo giudice abbia disatteso le conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio - che aveva escluso la responsabilità del [REDACTED] nella causazione del danno subito dalla [REDACTED] - senza fornire al riguardo alcuna giustificazione scientifica, senza indicare l'errore logico compiuto dal consulente e senza fornire i dati dai quali abbia tratto il proprio diverso convincimento.

Con il terzo motivo, censura la qualificazione della responsabilità del medico ai sensi dell'art. 1218 c.c., sostenendo che, anche alla luce della previsione normativa dell'art. 3 della L. n. 189/2012, essa andava valutata come responsabilità extracontrattuale, per cui l'onere di provare la colpa del danneggiante era a carico della parte attrice danneggiata.

Con il quarto motivo, lamenta la mancata applicazione dell'art. 2236 c.c., atteso che l'intervento di cataratta presenta, per la complessità e la delicatezza dell'organo sul quale viene eseguito, nonché per le frequenti complicità intraoperatorie e postoperatorie, un livello molto alto di difficoltà.

Con il quinto motivo, si duole della mancata considerazione che la Licata aveva firmato il consenso informato ad eseguire l'intervento, avendo accettato il rischio di eventuali complicità.

Con il sesto, subordinato motivo, proposto avverso la sentenza definitiva, invece, censura la quantificazione del danno, sostenendo che il danno biologico permanente andava accertato nella misura del 22%, come indicato dal CTU, e che non poteva essere liquidato il danno morale come voce autonoma, essendo contrastante con il più recente orientamento giurisprudenziale e avendo il consulente già considerato nel danno biologico il probabile aggravamento della sindrome depressiva di cui l'attrice già soffriva prima dell'intervento.

Lamenta, inoltre, l'errato calcolo degli interessi sul capitale rivalutato, anziché sulla predetta somma devalutata alla data del sinistro.

Il Tribunale ha articolato tre motivi avverso la sentenza non definitiva, con i quali la censura, anche sotto il profilo del difetto di motivazione, per avere riconosciuto la sua responsabilità in ordine alla lesione subita dalla [redacted], disattendendo le opposte conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio.

Con il quarto motivo, invece, si duole della errata quantificazione del danno e, in particolare, della autonoma liquidazione del danno morale, effettuata con la sentenza definitiva.

Anche l'ASP di Agrigento ha proposto appello avverso la sentenza non definitiva sulla base di cinque motivi, che ricalcano i primi cinque motivi dell'appello della Amissima Assicurazioni, mentre con il sesto motivo, proposto con riferimento alla sentenza definitiva, si duole della eccessiva quantificazione del danno e dell'errato calcolo degli interessi.

Motivi della decisione

4. I primi tre motivi di tutti e tre gli appelli sono infondati.

Come ha correttamente affermato il Tribunale, poiché è stata dedotta la responsabilità contrattuale del sanitario per l'inadempimento della prestazione, era onere della danneggiata provare, anche a mezzo di presunzioni, il nesso di causalità fra l'aggravamento della situazione patologica (o l'insorgenza di nuove patologie) e la condotta del sanitario, mentre era onere della parte debitrice dimostrare la causa imprevedibile e inevitabile dell'impossibilità dell'esatta esecuzione della prestazio-

ne (Cass. n. 28991/2019).

In altri termini, il paziente è tenuto a provare, anche attraverso presunzioni, il nesso di causalità materiale tra condotta del medico in violazione delle regole di diligenza ed evento dannoso, consistente nella lesione della salute (ovvero nell'aggravamento della situazione patologica o nell'insorgenza di una nuova malattia), non essendo sufficiente la semplice allegazione dell'inadempimento del professionista, mentre è onere della controparte, ove il paziente abbia dimostrato il predetto nesso di causalità materiale, provare o di avere agito con la diligenza richiesta o che il suo inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile (Cass. n. 26907/2020).

Contrariamente a quanto sostenuto dall'Amisima Assicurazioni, infatti in tema di responsabilità sanitaria, i criteri di accertamento della colpa e di valutazione della diligenza, previsti dagli artt. 3, comma 1, del D.L. n. 158 del 2012, convertito dalla legge n. 189 del 2012, e, successivamente, dall'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017, in assenza di norme *ad hoc*, non hanno efficacia retroattiva e, conformemente all'art. 11 delle disp. prel. cod. civ., non sono applicabili ai fatti verificatisi anteriormente alla loro entrata in vigore (Cass. n. 28811/2019).

Ciò posto, nella specie non è contestato che, nel corso dell'intervento di cataratta all'occhio sinistro di ██████████, eseguito dal ██████████ in data 17.04.2002 presso l'Ospedale San Giovanni di Dio di Agrigento, si è verificata la rottura della capsula posteriore del cristallino, con lussazione di un frammento di nucleo in camera vitrea, e che l'intervento è stato, di conseguenza, sospeso e poi completato presso altra struttura ospedaliera.

Dalla relazione della CTU emerge che la cartella clinica della paziente era del tutto carente di dati e di informazioni circa le condizioni in cui si trovava la cataratta prima dell'intervento.

E' noto che l'eventuale incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito

dal paziente, quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia, comunque, posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare il danno (Cass. n. 27561/2017).

Orbene, la documentazione disponibile è assolutamente carente, tanto che lo stesso consulente d'ufficio ha evidenziato l'impossibilità di stabilire quale fosse lo stato della cataratta prima dell'intervento e, quindi, l'eventuale rischio di complicanze operatorie. Dalla cartella, peraltro, non si evince neppure la causa della rottura e della conseguente lussazione di un frammento di nucleo del cristallino nella camera vitrea.

Poiché tra le possibili cause di una simile complicanza, lo stesso CTU ha indicato anche la scarsa esperienza dell'operatore nell'utilizzo degli strumenti e gli appellanti (convenuti in primo grado) non hanno allegato una diversa causa della complicanza intervenuta durante l'intervento (quali un malfunzionamento delle apparecchiature mediche, fattori anatomici, movimenti del paziente durante l'operazione, assottigliamento della capsula, durezza del nucleo), giustamente il Tribunale ha ritenuto provata, in via presuntiva, la ricostruzione causale offerta dalla danneggiata, per cui la condotta del sanitario – che ha posto in essere una condotta astrattamente idonea a causare il danno - va ritenuta causa del danno, secondo il criterio del "più probabile che non" (ex plurimis, Cass. n. 3847/2011 e n. 29315/2017), tanto che lo stesso consulente d'ufficio ha precisato che la complicanza della rottura della capsula *"è maggiormente presente in operatori con poca esperienza in quanto determinata da un poco delicato uso degli strumenti atti a frantumare il nucleo del cristallino e nelle manovre di asportazione o di pulizia del sacco atto ad accogliere il cristallino artificiale"*.

Sicché, provato il nesso di causalità materiale, gli odierni appellanti avrebbero dovuto dimostrare che l'operatore aveva agito con la diligenza richiesta o che l'inadempimento fosse dipeso da un evento imprevedibile.

Poiché tale prova non è stata fornita, la causa più probabile della com-

plicanza va individuata, come già detto, in una negligente manovra del medico. Peraltro, il fatto che, oltre alla rottura della capsula posteriore del cristallino, si sia verificata anche la caduta di parte del nucleo nel vitreo lascia a maggior ragione ipotizzare una manovra scorretta dell'operatore.

Dalla cartella clinica, inoltre, non si evince in alcun modo che l'intervento in esame implicasse la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà. Lo stesso consulente d'ufficio ha riferito che l'intervento di cataratta *"è diventato nell'opinione comune un intervento semplice e veloce, opinione certamente veritiera, ma applicabile solo ad una percentuale di interventi"*.

Sul punto occorre, tuttavia, evidenziare che un intervento di natura routinaria, come quello in esame, non può mai ritenersi "di speciale difficoltà", ai sensi dell'art. 2236 c.c., per il solo fatto che nel corso di esso si verificano delle complicanze (Cass. n. 20586/2012).

Del resto, nell'escludere la negligenza del sanitario, il consulente d'ufficio ha incentrato la sua valutazione sulla gestione della fase successiva alla rottura e alla caduta del nucleo (quando l'intervento è stato interrotto e la paziente è stata inviata presso un altro centro specializzato), limitandosi ad includere l'evento precedente *"tra le complicanze maggiormente descritte in letteratura nell'intervento di cataratta e che in mancanza di un video che ci possa fare rivedere l'intervento possiamo solo ipotizzare come possa essersi realizzata."*

Si tratta di un'affermazione apodittica, sulla base della quale non può certamente escludersi la colpa dell'operatore sanitario nella causazione dell'evento dannoso.

Pertanto, anche il quarto motivo del gravame proposto dalla Ammissima Assicurazioni e dall'Azienda Sanitaria è infondato.

Quanto al quinto motivo delle impugnazioni, poi, riguardante l'asserito esonero di responsabilità, per avere la paziente firmato il consenso informato, occorre precisare che la *ratio* del c.d. consenso informato in materia di responsabilità per attività medico-chirurgica è quella di con-

sentire al paziente di decidere se sottoporsi o meno all'intervento sulla base di una sua imponderabile valutazione personale, comparativa dei rischi che ne derivano per la salute. Nel momento in cui il consenso viene acquisito, il paziente decide di accollarsi il rischio dell'alea fisiologica dell'intervento, ma non certamente quello dell'errore del medico.

L'acquisizione del consenso informato del paziente, da parte del sanitario, costituisce, dunque, prestazione altra e diversa rispetto a quella avente a oggetto l'intervento terapeutico, di tal che l'errata esecuzione di quest'ultimo dà luogo ad un danno suscettibile di ulteriore e autonomo risarcimento rispetto a quello dovuto per l'eventuale violazione dell'obbligo di informazione, anche in ragione della diversità dei diritti - rispettivamente, all'autodeterminazione delle scelte terapeutiche e all'integrità psicofisica - pregiudicati nelle due differenti ipotesi (Cass. n. 2854/2015).

Anche la predetta doglianza si rivela, dunque, senza fondamento e la sentenza non definitiva va, di conseguenza, va integralmente confermata.

Parzialmente fondati sono, invece, il sesto motivo degli appelli della Amissima Assicurazioni e dell'Azienda Sanitaria di Agrigento e il quarto motivo dell'impugnazione proposta dal ~~XXXXXX~~, che, investendo la sentenza definitiva, censurano la quantificazione del danno.

Va innanzitutto respinta la lagnanza sollevata dalla società assicuratrice e dall'Azienda Sanitaria con riferimento alla determinazione del danno biologico permanente.

Il CTU ha stimato l'invalidità permanente (derivante sia dalla perdita permanente della visione binoculare, per l'elevata anisometropia e la conseguente esclusione funzionale dell'occhio sinistro, sia dal modico aggravamento cronico della sindrome depressiva da cui la ~~XXXXXX~~ era già affetta) nella misura percentuale oscillante tra il 22% e il 25%.

Il primo giudice ha ritenuto di quantificarla nella misura massima del 25%, in considerazione della evidente gravità delle conseguenze dannose subite dalla paziente per la perdita del visus.

Gli appellanti non hanno indicato il motivo per cui ritengono erronea questa decisione, ma si sono limitati a richiedere la riduzione del *quantum*.

Risulta fondata, invece, la doglianza relativa alla quantificazione del danno morale in € 17.000,00, quale autonoma e specifica voce di danno.

Sebbene il principio dell'unitarietà del danno non patrimoniale imponga una liquidazione "unitaria" ai fini della liquidazione del danno biologico, che consegue alla lesione dell'integrità psico-fisica della persona, devono formare oggetto di autonoma valutazione il pregiudizio da invalidità permanente (con decorrenza dal momento della cessazione della malattia e della relativa stabilizzazione dei postumi) e quello da invalidità temporanea (da riconoscersi come danno da inabilità temporanea totale o parziale, ove il danneggiato si sia sottoposto a periodi di cure necessarie per conservare o ridurre il grado di invalidità residuo al fatto lesivo o impedirne l'aumento, inteso come privazione della capacità psico-fisica in corrispondenza di ciascun periodo e in proporzione al grado effettivo di inabilità sofferto), mentre, ai fini della liquidazione complessiva del danno non patrimoniale, deve tenersi conto altresì delle sofferenze morali soggettive, eventualmente patite dal soggetto in ciascuno degli indicati periodi (Cass. n. 7126/2021).

E' stato anche affermato che *"costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione del "danno biologico" e del c.d. "danno esistenziale", appartenendo tali categorie (o voci) di danno alla stessa area protetta dall'art. 32 Cost., mentre non costituisce duplicazione risarcitoria, la differente ed autonoma valutazione compiuta con riferimento alla sofferenza interiore patita dal danneggiato in conseguenza della lesione del diritto alla salute"* (Cass. n. 23469/2018).

Il giudice, in sostanza, ha l'obbligo di tenere conto pur sempre di tutte le peculiari modalità di atteggiarsi del danno non patrimoniale nel singolo caso, tramite l'incremento della somma dovuta a titolo risarcitorio in sede di c.d. personalizzazione della liquidazione (Cass. n.

21716/2013).

Nel caso in esame, è indubbio che l'evento lesivo abbia provocato alla [redacted] oltre a una significativa invalidità permanente, anche un'indiscutibile sofferenza interiore, per la perdita parziale del visus.

La quantificazione in tal senso effettuata dal primo giudice, tuttavia, appare eccessiva, visto che la paziente era già affetta da sindrome depressiva.

Al fine di liquidare correttamente la sofferenza morale conseguente alle lesioni subite a causa dell'intervento chirurgico, pertanto, è sufficiente aumentare del 10% l'importo del danno biologico, determinato dal primo giudice in complessivi € 74.000,00 (di cui € 68.000,00 per invalidità permanente ed € 6.000,00 per invalidità temporanea).

A seguito di tale personalizzazione, il risarcimento del danno non patrimoniale complessivo spettante alla [redacted] (e, per essa, agli eredi costituiti) è pari ad € 81.400,00 (anziché € 91.000,00).

Anche la doglianza sulle modalità del calcolo degli interessi è fondata, per cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento e Γ [redacted] vanno condannati in solido al pagamento della somma di € 81.400,00, oltre interessi, calcolati sulla sorte capitale devalutata all'epoca del fatto e rivalutata anno per anno, secondo gli indici ISTAT, fino al deposito della presente decisione. Da quest'ultima data, poi, sono dovuti gli interessi legali fino al soddisfo.

5. Avuto riguardo all'esito complessivo della controversia, sia le spese del giudizio di primo grado, come liquidate nella sentenza definitiva appellata, sia quelle di questo grado del giudizio, liquidate nell'intero in dispositivo, vanno compensate per un terzo, gravando il residuo, in solido, su [redacted], sull'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento e sulla Amissima Assicurazioni s.p.a.

Vanno interamente compensate, invece, le spese del grado tra gli appellanti.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Palermo, Prima Sezione Civile, sentiti i procura-

tori delle parti, definitivamente pronunciando sull'appello principale proposto da Amissima Assicurazioni s.p.a. (già Carige Assicurazioni s.p.a.) nei confronti di [redacted], in qualità di eredi di [redacted], nonché nei confronti di F [redacted], dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento con citazione notificata il 12.01.2017, e sugli appelli incidentali proposti da [redacted] e dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, con citazioni notificate in data 16.01.2017, conferma la sentenza non definitiva n. 1154/2011 del 16 novembre 2011 del Tribunale di Agrigento e, in parziale riforma della sentenza definitiva n. 1732/2016, resa dal medesimo Tribunale in data 21.11.2016, condanna in solido il [redacted] e la predetta Azienda Sanitaria Provinciale, in persona del legale rappresentante pro tempore, a pagare a La [redacted], La [redacted], La [redacted] nella qualità di eredi di [redacted] la somma di € 81.400,00 (in luogo della somma di € 91.000,00), oltre interessi calcolati secondo le modalità indicate in motivazione; condanna, in solido, [redacted] e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, in persona del legale rappresentante pro tempore, a rifondere a La [redacted], La [redacted], La [redacted] nella qualità di eredi di [redacted] due terzi della spese del primo grado del giudizio, come determinate nel loro complesso nella sentenza definitiva impugnata, e dichiara compensato il restante terzo; conferma, nel resto, la predetta sentenza definitiva e condanna, in solido, l'Amissima Assicurazioni s.p.a., [redacted] e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento a rifondere ai [redacted] qualità di eredi di [redacted], due terzi delle spese di questo grado del giudizio, che liquida, nell'intero, in complessivi € 5.000,00 per compenso, oltre spese generali (15% sul compenso), CPA e IVA, compensando il residuo terzo; compensa interamente fra le altre parti le spese di questo grado del giudi-

zio.

Così deciso nella camera di consiglio della Prima Sezione Civile della Corte di Appello di Palermo l'1 dicembre 2021.

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Presidente del collegio dr. Antonio Novara e dal consigliere relatore dr. Tania Heljak.