



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di FIRENZE

04 Quarta sezione CIVILE

Il Tribunale di Firenze, in persona del giudice onorario dott.ssa Stefania Salmoria, in funzione di Giudice unico, nel procedimento iscritto al n. r.g. 4151/2023, promosso da

Parte_1 e *Parte_2* rappresentati e difesi dall'Avv. [REDACTED]

Ricorrenti

contro

Controparte_1 rappresentata e difesa dall'Avv. [REDACTED]

e dall'Avv. [REDACTED]

Resistente

avente ad oggetto: responsabilità sanitaria

ha pronunciato

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

la seguente

SENTENZA

Concisa esposizione dei motivi in fatto e in diritto della decisione

In data 14.04.2021 *Parte_1* e *Parte_2* hanno notificato all' [...] *Parte_3* ricorso ex art. 696 bis c.p.c., chiedendo all'istituto Tribunale di accertare se la scelta del trattamento applicato a *Parte_2* durante l'assistenza al parto della stessa, e la sua esecuzione, fossero stati adeguati o se la morte del figlio *Persona_1*, nato il 18/10/2017 e deceduto il successivo 20/10/2017, fosse da ricondurre causalmente all'attività dell' *Pt_3* e del suo personale sanitario, con conseguente obbligo risarcitorio.

Il collegio peritale nominato dal Giudice, composto dai dottori *Persona_2* *Persona_3* e *Persona_4* dopo il tentativo di conciliazione tra le parti, non andato a buon fine, ha provveduto redigere perizia, concludendo che:

1- La morte del neonato *Persona_1* è avvenuta presso la Terapia Intensiva Neonatale dell' *Controparte_1* a due giorni dalla nascita, ed è stata determinata da coagulazione intravascolare disseminata instaurata nell'ambito di un grave quadro ipossico-ischemico insorto durante il travaglio di parto.

Il quadro metabolico di acidosi metabolica diagnosticato alla nascita è compatibile con una sofferenza fetale di natura subacuta.

2 - L'ipotesi prospettata dalla parte ricorrente, secondo la quale l'anomalia di presentazione del feto rendesse necessario un taglio cesareo molto prima di quanto effettuato, anche in ragione di una mancata valutazione della pelvimetria materna, non trova riscontro in quanto riportato nelle linee guida nazionali sul taglio cesareo, stante che la presentazione fetale in occipito posteriore non è di per sé una indicazione assoluta al taglio cesareo, ma relativa rispetto ai tempi del travaglio, ed inoltre la pelvimetria non trova spazio nella pratica clinica attuale come sistema predittivo di distocia in travaglio.

3 - La condotta tenuta dai sanitari risulta condivisibile, dal momento che il tracciato relativo al periodo compreso tra le ore 20.25 e 22.30 (quando è stato deciso di eseguire il taglio cesareo), mostra caratteri di normalità. Tali caratteri sono risultati tuttavia incompatibili la condizione di grave acidosi presente alla nascita e, pertanto, possono essere interpretati, ex post, come un artefatto cardiotocografico dovuto al rilievo della frequenza cardiaca materna invece di quella fetale.

Secondo il collegio peritale, i sanitari, anche se appartenenti ad una struttura universitaria di riferimento regionale e nazionale, con un volume di attività di circa 3000 parti l'anno, non potevano sospettare l'occorrenza di un artefatto, non avendo in dotazione un moderno cardiotocografo, con dispositivo in grado di rilevare contemporaneamente sia la frequenza cardiaca fetale che quella materna.

In sostanza, l'assenza di tale strumento ha impedito ai sanitari di intercettare la condizione di ipossia subacuta del feto.

I periti hanno precisato che la dotazione di un cardiotocografo con doppio trasduttore per la sorveglianza intrapartum era raccomandata dalle Linee Guida della FIGO 2015 (adattate alla realtà italiana dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato della *Pt_4* IGO e AGUI, nel 2018) previo alert del 2010 da parte della MHRA britannica.

Tenuto conto che sono note agli specialisti le alterazioni cardiotocografiche associate allo sviluppo di acidosi neonatale, se fosse stato correttamente rilevato il battito cardiaco fetale, con elevata probabilità sarebbe stata posta diagnosi di ipossia neonatale, con possibilità di effettuare tempestivamente il taglio cesareo.

Viceversa, nessuna condizione patologica metabolica è stata diagnosticata al neonato e le condizioni di acidosi metabolica rilevate sono ragionevolmente riconducibili ad una asfissia subacuta.

Con ricorso ex art. 281 undecies c.p.c., depositato il 23.3.2023, Parte_1 e Parte_2 in proprio e quali eredi del figlio Persona_1, hanno convenuto in giudizio l' [...] Controparte_2 per sentirne accertare la responsabilità per il decesso del figlio.

I ricorrenti, facendo proprie le conclusioni di cui alla perizia espletata in sede di A.T.P., hanno dedotto che il decesso del neonato era stato determinato da una gravissima sofferenza ipossico ischemica, non diagnosticata tempestivamente a causa di un artefatto cardiocografico, dovuto al rilievo della frequenza cardiaca materna in luogo di quella fetale, circostanza che non si sarebbe verificata se la struttura sanitaria fosse stata dotata di un cardiocografo a doppio trasduttore.

I ricorrenti hanno inoltre censurato il comportamento dei sanitari per l'errato posizionamento del trasduttore e per l'omessa considerazione di un tracciato patologico già a partire dalle ore 17,07, ovvero in un momento antecedente a quello preso in considerazione dai periti d'ufficio.

I ricorrenti hanno chiesto l'accoglimento delle seguenti conclusioni:

“Voglia l'Ill.mo Giudice adito, contrariis reiectis, stante la natura della controversia e considerata la consulenza tecnica già espletata nel procedimento per ATP ex art. 696-bis c.p.c. RG n. 2325/2021-Tribunale di Firenze:

in via preliminare, avuto riguardo alla natura del giudizio, al valore della controversia ed all'esistenza di questioni di facile e pronta soluzione di diritto, alla luce della documentazione versata in atti ed in particolare della relazione di consulenza tecnica medico-legale redatta nel procedimento per ATP ex art. 696-bis c.p.c. RG n. 2325/2021 Tribunale di Firenze relativa all'accertamento di quanto occorso al neonato Persona_1 ed alla responsabilità della Controparte_2

[...] , formulare una proposta transattiva, ai sensi dell'art.185-bis c.p.c., così come introdotto dal D.L. 69/2013; nel merito, acclarata la responsabilità della struttura resistente ed il nesso di causalità fra la condotta della stessa e/o dei suoi ausiliari e l'exitus del neonato [...]

Per_1 , condannare la resistente Controparte_2

[...] al pagamento nei confronti dei ricorrenti delle somme a titolo di risarcimento dei danni, patrimoniali e non patrimoniali, da questi subito ritenute di giustizia, oltre interessi e rivalutazione monetaria, dal dì del sinistro, sino all'effettivo soddisfo, ed in particolare: 1) della somma di € 970.865,00, ovvero della diversa somma che l'Ill.mo Giudicante riterrà congrua e di giustizia, a titolo di danno non patrimoniale morale, esistenziale e da perdita del rapporto parentale patito dai genitori del piccolo Persona_1 , Sig.ri Parte_1 e Parte_2 in conseguenza della perdita del rapporto parentale con il proprio figlio e risarcibile iure proprio in favore dei ricorrenti

medesimi; 1b) in via del tutto subordinata, nella denegata e non creduta ipotesi di mancato riconoscimento della responsabilità della parte resistente per i danni di cui al precedente punto 1), il risarcimento della somma che l'Ill.mo Giudicante riterrà congrua e di giustizia, a titolo di danno da perdita di chance patito dal piccolo Persona_1 e risarcibile iure hereditatis ai genitori Sig.ri Parte_1 e Parte_2 2) danno patrimoniale (emergente) patito dai Sig.ri Parte_1 e Parte_2 per spese processuali riferite al procedimento ATP RG ATP ex art. 696-bis c.p.c. RG n. 2325/2021-Tribunale di Firenze, da distrarsi direttamente al sottoscritto difensore antistatario; Con vittoria di spese, competenze ed onorari del presente giudizio, da distrarsi in favore del sottoscritto procuratore”.

Pt_3 si è costituita in giudizio ed ha censurato l'elaborato peritale, in quanto i consulenti tecnici d'ufficio: 1) hanno escluso la presenza di una malattia metabolica (che avrebbe giustificato la condizione di gravissima acidosi metabolica al momento della nascita del neonato) senza avere disposto ulteriori esami, come invece richiesto di consulenti di parte convenuta; 2) hanno ritenuto, con valutazione presuntiva e giudizio ex post, che i cardiocitografi in uso alla AOUC fossero obsoleti e avessero rilevato la frequenza materna anziché quella fetale, senza avere mai visionato gli apparecchi e senza considerare adeguatamente il complessivo quadro clinico.

Perciò, contestando la sussistenza di qualsivoglia condotta colposa dei sanitari e, comunque, l'eccessività della pretesa risarcitoria, la convenuta ha chiesto l'accoglimento delle seguenti conclusioni:

“Piaccia all'Ecc.mo Tribunale di Firenze, contrariis reiectis,

CP_3 disporre il rinnovo della CTU, perché nulla per violazione del contraddittorio e della procedura e per manifesta contraddittorietà, illogicità, irragionevolezza delle conclusioni tratte, per tutti i motivi indicati nel corpo dell'atto, prestando attenzione alla presenza, nel nominando Collegio di uno Specialista Neonatologo esperto in malattie metaboliche come da curriculum che si chiede di acquisire in atti.

In Ipotesi: disporre una integrazione di perizia mediante la nomina di un ulteriore e diverso CTU, specialista in malattie metaboliche di neonati, che riesamini il caso alla luce dei quesiti posti dal CTP di Pt_3 Prof. Per_5, poste tutte le criticità rilevate nell'elaborato peritale depositato, esattamente in detta specifica materia, per i motivi esposti cui si rinvia. In ulteriore Ipotesi: chiamare il Collegio Peritale a chiarimenti sui quesiti posti dal CTP di AOUC Prof. Persona_6, altresì chiedendo al medesimo Collegio, risposta scritta ai predetti quesiti.

In denegata ipotesi: dichiarare comunque errata ed eccessiva la quantificazione del danno effettuata dalle controparti. In ogni caso con vittoria di spese ed onorari con condanna della controparte al

pagamento degli oneri riflessi del 23,80% in luogo del CPA e dell'IVA, posto che la difesa dell' CP_2 è effettuata da legali interni”.

Il procedimento è stato assegnato alla dott.ssa Federica Samà e, a seguito del suo trasferimento ad altra sezione, è pervenuto al sottoscritto giudice onorario.

Con ordinanza del 22 giugno 2025, questo Giudice ha disposto integrazione della CTU con il seguente mandato: *“verificare se l'artefatto che i cctuu sostengono abbia impedito ai sanitari di rilevare la sofferenza fetale e procedere tempestivamente al taglio cesareo, possa essere stato causato, in concreto, da un errato posizionamento del trasduttore da parte degli stessi”*. E' stato chiesto altresì di chiarire quanto affermato al primo capoverso a pag. 57 della ctu, ovvero *“se le Linee guida vigenti all'epoca dei fatti prescrivessero la dotazione di un cardiotocografo con doppio trasduttore per la sorveglianza intrapartum e in quali casi, precisando se nel caso in esame fosse previsto”*.

I periti hanno risposto ai quesiti posti loro nel senso che :

- l'artefatto nel tracciato cardiotocografico (CTG) che ha impedito ai sanitari di rilevare la sofferenza fetale e di procedere tempestivamente al taglio cesareo si è verificato perché il trasduttore ha rilevato la frequenza cardiaca materna (MHR) invece di quella fetale. Tale aspetto rappresenta una caratteristica rara ma insidiosa della metodica CTG in quanto non immediatamente individuabile e comunque non determinata da un errato posizionamento del trasduttore da parte degli operatori. La circostanza è stata possibile, nel caso in esame, perché la MHR della madre era di 150 bpm, un valore nel range normale della frequenza cardiaca fetale (110-160 bpm) e corrispondente esattamente a quella registrata sul tracciato, creando una discrepanza tra il tracciato apparentemente normale e la grave asfissia neonatale;
- la letteratura scientifica non attribuisce gli artefatti di origine materna a un errore nel posizionamento del trasduttore, piuttosto evidenzia la necessità di formare adeguatamente gli operatori a riconoscerli e di aggiornare le linee guida;
- nel 2017, epoca dei fatti, le linee guida vigenti (FIGO 2015) non prevedevano l'adozione obbligatoria di un cardiotocografo con doppio trasduttore per la sorveglianza intrapartum, tuttavia le stesse suggerivano che il monitoraggio simultaneo della frequenza cardiaca materna (MHR) venisse considerato durante la registrazione CTG continua, specialmente nel secondo stadio del travaglio, quando il tracciato manifestava: accelerazioni coincidenti con la contrazione uterina e le spinte materne e frequenza cardiaca materna elevata. Entrambe le condizioni raccomandate per considerare il monitoraggio MHR aggiuntivo (accelerazioni coincidenti e MHR elevata) erano presenti nel caso specifico, rendendo teoricamente possibile il sospetto e la rilevazione dell'artefatto con metodiche aggiuntive;

- nonostante la citazione degli artefatti nelle linee guida FIGO 2015 – ossia meno di due anni prima dei fatti - è ragionevole supporre che, data la difficoltà e il tempo richiesto per l'implementazione delle linee guida nella pratica quotidiana, la problematica degli artefatti di origine materna potesse non essere nota dalla maggior parte degli operatori sanitari all'epoca;

- la necessità di introdurre l'uso routinario di trasduttori per registrare contemporaneamente la **Contro** e l'importanza della formazione restano oggetto di discussione e aggiornamento anche in lavori scientifici recenti.

Depositata la relazione integrativa, la causa è stata trattenuta in decisione all'udienza del 6.7.2026 sulla base delle conclusioni riportate nelle note scritte depositate prima della trattazione.

*

Va innanzitutto ricordato che la responsabilità della struttura sanitaria è inquadrata, ormai da tempo, nell'alveo della responsabilità contrattuale (v. Cass. S.U. n. 577/2008), con conseguente applicazione dei correlativi regimi di ripartizione dell'onere probatorio, del grado della colpa e della prescrizione.

In particolare, si è ravvisata la fonte di tale tipo di responsabilità nella conclusione, al momento dell'accettazione del paziente nella struttura sanitaria, di un contratto di prestazione d'opera atipico (contratto di ospitalità), da cui sorge per la struttura sia l'obbligo di adempiere prestazioni principali di natura sanitaria, sia prestazioni secondarie ed accessorie, quali quelle assistenziali e latu sensu alberghiere.

Pertanto, la struttura risponde sia per inadempimenti propri, sia per quelli direttamente imputabili ai medici di cui si avvale, in virtù dell'art. 1228 c.c. in tema di responsabilità per fatti dolosi o colposi degli ausiliari.

Circa la distribuzione dell'onere probatorio *“incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia (o l'insorgenza di una nuova malattia) e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza”* (Cass. n. 18392 del 26/07/2017).

Quindi, una volta dimostrato il nesso causale, grava sulla struttura convenuta dimostrare che l'inadempimento non è fonte di risarcimento del danno ex artt. 1218 o 1228 c.c.

Occorre poi precisare che, laddove si tratti di prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, il rapporto contrattuale che si instaura tra il paziente e la struttura sanitaria ha efficacia *“ultra partes”* (Cass. n. 11320/2022).

Viene in considerazione, in particolare, il contratto stipulato dalla gestante, avente ad oggetto la prestazione di cure finalizzate a garantire il corretto decorso della gravidanza oppure l'accertamento, e correlativa informazione, di eventuali patologie del concepito, anche in funzione del consapevole esercizio del diritto di autodeterminarsi in funzione dell'interruzione anticipata della gravidanza medesima (Cass. n. 11320 del 2022).

L'inesatta esecuzione della prestazione che forma oggetto di tali rapporti obbligatori, infatti, incide in modo diretto sulla posizione del nascituro e del padre talché la tutela contro l'inadempimento deve necessariamente essere estesa a tali soggetti, i quali sono legittimati ad agire in via contrattuale per i danni che da tale inadempimento siano loro derivati.

Al di fuori di queste specifiche ipotesi, poiché l'esecuzione della prestazione che forma oggetto della obbligazione sanitaria non incide direttamente sulla posizione dei terzi, torna applicabile anche al contratto atipico di ospedalità o di assistenza sanitaria la regola generale secondo cui esso ha efficacia limitata alle parti (art. 1372, secondo comma, c.c.); pertanto, per un verso non è predicabile un *"effetto protettivo"* del contratto nei confronti di terzi, per altro verso non è identificabile una categoria di terzi (quand'anche legati da vincoli rilevanti, di parentela o di coniugio, con il paziente) quali *"terzi protetti dal contratto"*. Ciò non vuol dire che i prossimi congiunti del creditore, ove abbiano subito *in proprio* delle conseguenze pregiudizievoli, quale riflesso dell'inadempimento della struttura sanitaria (cc.dd. *danni mediati o riflessi*), non abbiano la possibilità di agire in giudizio per ottenere il ristoro di tali pregiudizi. Il predetto inadempimento, tuttavia, potrà rilevare nei loro confronti esclusivamente come illecito aquiliano ed essi saranno dunque legittimati ad esperire, non già l'azione di responsabilità contrattuale (spettante unicamente al paziente che ha stipulato il contratto), ma quella di responsabilità extracontrattuale, soggiacendo alla relativa disciplina, anche in tema di onere della prova.

La legittimazione all'azione di responsabilità contrattuale residua per i prossimi congiunti nel caso in cui facciano valere pretese risarcitorie *iure hereditario*, già consolidate nella sfera del loro dante causa quali crediti derivanti dall'inadempimento contrattuale e da questi trasmesse *mortis causa* ai suoi eredi.

Nel merito della vicenda che occupa, va ulteriormente rilevato che la posizione della struttura di cura, pubblica o privata, è gravata dall'obbligo di erogare prestazioni sanitarie utilizzando appropriate risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative (art. 1 L. 24/2017, intitolato alla sicurezza delle cure in sanità). Inoltre, l'attività dell'ente va coordinata anche sotto il profilo della formazione con quella dell'Osservatorio nazionale di cui all'art. 3 L. 24/2017, per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, che va adeguata alle linee guida (art. 5, ivi).

La disamina degli accadimenti ha evidenziato che, nel complesso, la condotta dei sanitari intervenuti è stata corretta sotto il profilo professionale, con l'unico elemento problematico relativo all'artefatto incorso nel monitoraggio del battito fetale, che - stando alla perizia - si è verificato nel tracciato CTG relativo al periodo compreso tra le ore 20.25 e 22.30 (quando è stato deciso di eseguire il taglio cesareo), a fronte di un tracciato con caratteri di normalità. Questa, però, si è rivelata incompatibile con una condizione di grave acidosi alla nascita e, pertanto, può essere interpretata, ex post, come un artefatto cardiotocografico dovuto al rilievo della frequenza cardiaca materna invece di quella fetale. Non sembra infatti possibile dare spiegazione plausibile alternativa all'incongruenza tra il carattere di normalità del tracciato e l'esito, opposto, di grave acidosi del neonato¹.

Perciò, l'attenzione si deve appuntare sulla circostanza dell'artefatto come elemento di sviamento del giudizio dei sanitari, i quali, non avendo riscontrato strumentalmente alcuna anomalia, hanno agito congruamente secondo la rappresentazione derivante da tale evidenza, cioè di normalità, mentre la situazione reale, di sofferenza fetale, del tutto falsata dall'artefatto, richiedeva un diverso approccio.

La perizia è chiara sul punto : i sanitari si trovarono nell'impossibilità di *“intercettare la condizione di ipossia subacuta del feto”* a causa *“dell'assenza di un moderno cardiotocografo con dispositivo in grado di rilevare contemporaneamente le frequenze cardiache fetale e materna”*, laddove invece la dotazione di un cardiotocografo con doppio trasduttore per la sorveglianza intrapartum avrebbe consentito di evitare l'artefatto e di rilevare correttamente il battito fetale, con la conseguenza che *“con elevata probabilità sarebbe stata posta diagnosi di ipossia neonatale con possibilità di effettuare tempestivamente il taglio cesareo”* (pag. 58 ctu).

Ora, la condotta dei sanitari, che hanno preso una decisione diversa da quella corretta, cioè di attesa, anziché di immediato TC, a causa dell'evidenza strumentale segnata dall'artefatto in questione, sono stati a ciò determinati dal risultato del cardiotocografo in uso e cioè posto a disposizione dalla struttura ospedaliera.

E' evidente che, nel caso di specie, un diverso macchinario, in grado di monitorare contemporaneamente il battito cardiaco della madre e del feto, avrebbe evitato l'artefatto, quindi la decisione errata dei sanitari, che poi ha condotto all'esito infausto per il neonato. Questo per quanto attiene al rapporto causale tra i fatti salienti e l'evento morte che ci occupa.

In punto di inadempimento, ritiene il Tribunale che la struttura ospedaliera ben avrebbe potuto dotarsi di un macchinario adeguato all'uopo, ovvero un CTG con doppio trasduttore, seguendo un calcolo appropriato di raffronto tra costi e benefici, non meramente economico, ma fondato sulla

¹ V. pag. 57 relazione; v. anche pag. 43 *“Non c'è alcuna risposta logica e scientificamente attendibile alla evidente anomalia/contraddizione rappresentata dalla nascita di un feto asfittico in condizioni di normalità dei tracciati. L'unica risposta è che la ‘normalità’ dei tracciati sia il frutto di un mero errore di rilevazione”*).

considerazione che il rischio di artefatti e delle relative conseguenze, come quelle verificatesi, è un costo operativo maggiore rispetto a quello meramente economico, rappresentato dal prezzo dello strumento più adeguato e progredito tecnologicamente, la cui dotazione era raccomandata dalle linee guida indicate dai periti ed il cui contenuto è condiviso dalle parti in causa.

Solo così si può interpretare, nella specie, il requisito indefettibile della sicurezza delle cure che sono dovute dalle strutture sanitarie, come regola inderogabile che fa da sfondo alle attività degli enti in questione.

È ben vero che le linee guida in proposito non prevedono l'obbligo di dotazione di siffatto macchinario, ma ciò non significa arbitrarietà della scelta, lasciata al metro *si voluero*: questa si deve poggiare su criteri adeguati alla natura dell'attività svolta, che richiede per l'appunto, tra quelli primari, la sicurezza dell'intervento sanitario, che significa non solo efficienza (che evoca anche un criterio economico), ma anche efficacia nella soluzione del problema concreto e congruità dei mezzi a disposizione del personale sanitario, adeguatamente formato, al di là di ogni prospettiva imprenditoriale che riduca quella sanitaria a mera attività produttiva soggetta a rendicontazione economica. Pertanto, la scelta tra dotare il personale di adeguato macchinario o meno deve essere congruamente motivata, sulla base dei criteri legali citati, pena essere tale scelta lasciata al mero arbitrio dell'ente e per esso dei suoi responsabili dell'organizzazione sanitaria, generale e di dipartimento.

Nel caso che ci occupa, la convenuta ha mostrato di non aderire alle indicazioni delle linee guida sul punto, non dimostrando di essere impossibilitata a farlo, né adducendo alcuna ragione giustificativa ma limitandosi a segnalare la non obbligatorietà della dotazione in questione, in base alle stesse linee guida citate, laddove, invece, la diligenza qualificata impone alla struttura di adeguare i propri standard tecnologici alle migliori evidenze scientifiche disponibili al momento della prestazione.

La circostanza che la FIGO, già nel 2015, abbia raccomandato una determinata tecnologia significa che essa costituisce lo standard più sicuro per prevenire un rischio noto (in questo caso, lo scambio del battito materno con quello fetale). Perciò, pur se non qualificata come obbligatoria, l'adozione di quella tecnologia rappresenta la condotta normalmente esigibile dalla struttura ospedaliera, che quindi ha il dovere organizzativo di valutarla e, progressivamente, di adottarla, considerato anche che la convenuta è un'azienda ospedaliera universitaria di dimensioni medio grandi e costituisce punto di riferimento nel panorama sanitario non solo nazionale.

A ciò si aggiunga che non risulta che il personale fosse adeguatamente formato al fine di riconoscere gli artefatti che eventualmente si potessero presentare né che l'ospedale disponesse di protocolli interni alternativi per sopperire alla mancanza del doppio trasduttore (ad esempio, il monitoraggio manuale del polso materno in continuo).

Va, pertanto, riconosciuta la responsabilità della convenuta **Pt_3** nella causazione del decesso del neonato **Persona_7**, per non aver omesso di adottare adeguati strumenti di monitoraggio CTG, onde distinguere il battito materno da quello fetale, evitando artefatti: responsabilità diretta per violazione degli obblighi derivanti dal contratto di ospedalità.

Per ciò che attiene alla liquidazione del danno non patrimoniale derivante dalla perdita del rapporto parentale, non può non considerarsi la specificità della vicenda che impone, con riferimento a tale tipo di danno, di valorizzare l'aspetto della sofferenza morale patita dai genitori (cfr. tra le tante Cass. n. 901/2018 e Cass. n. 25988/2019). La sofferenza morale, allegata e poi provata anche solo a mezzo di presunzioni semplici, costituisce l'aspetto più significativo del danno di che trattasi.

Nel caso in esame, ciò che è venuto meno in conseguenza della morte del neonato è il rapporto di filiazione, inteso come relazione affettiva sorta con la nascita del bimbo - e, per la madre, ancor prima, dato che la relazione fisica con il figlio si è instaurata con la gravidanza - e si è interrotta pochi giorni dopo la nascita.

Per la liquidazione di siffatto pregiudizio deve tenersi conto dei principi di diritto elaborati dalla più recente giurisprudenza della Suprema Corte (Cass. 33005/2021), secondo cui ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale mediante il criterio tabellare il danneggiato ha esclusivamente l'onere di fare istanza di applicazione del detto criterio, spettando poi al giudice di merito liquidare il danno non patrimoniale mediante la tabella conforme a diritto.

Nel caso in esame, gli attori hanno richiesto una liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale pari a complessivi € 970.865,00, che appare parametrata ai valori massimi previsti dalle Tabelle del Tribunale di Roma, espressamente richiamate.

Sulla base dei citati criteri tabellari e, quindi, tenuto conto del punteggio dato dalla sommatoria dei punti previsti dalle Tabelle del Tribunale di Roma (relazione di parentela, età della vittima, età dei congiunti, convivenza e composizione del nucleo familiare), pari a 28,5 per ciascuno dei genitori, moltiplicato per il valore del punto base per il 2025, pari ad € 11.549,20, con l'ulteriore riduzione di 1/3 dovuta all'assenza di convivenza (essendo pacifico che il piccolo è rimasto ricoverato in ospedale dalla nascita al relativo decesso), il risarcimento spettante ai ricorrenti per la perdita del rapporto parentale va così determinato: € 220.000,00 per **Parte_1** ed € 250.000,00 per **Parte_2** (dovendosi ragionevolmente presumere, per quest'ultima, una sofferenza più intensa per avere portato il figlio in grembo sino alla nascita).

Gli indicati importi sono liquidati all'attualità e, pertanto, già comprensivi della rivalutazione monetaria. La somma andrà maggiorata degli interessi annualmente maturati al tasso legale, dalla data dell'evento dannoso (20.10.2017), prendendo come base di calcolo la somma liquidata, devalutata fino

alla data dell'evento e poi, anno per anno, rivalutata fino alla data della presente sentenza, secondo gli indici delle variazioni dei prezzi al consumo annualmente accertati dall'ISTAT (cfr. Cass. S.U. 8521/2007).

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda o eccezione respinta,

- condanna l' *Controparte_1* a corrispondere la somma di € 220.000,00 a *Parte_1* e la somma di € 250.000,00 a *Parte_2* oltre interessi al tasso legale calcolati come precisato in parte motiva;
- pone definitivamente a carico della convenuta le spese di ctu;
- condanna l' *Controparte_1* a rifondere ai ricorrenti le spese del procedimento di ATP ex art. 696-bis c.p.c. (R.G. n. 2325/2021), che liquida in € 1.528,00 a titolo di compensi, oltre € 259,00 per esborsi, e del presente giudizio, che liquida in € 29.194,10 per compensi, oltre € 1.713,00 per esborsi, oltre rimborso forfettario, iva e cap come per legge, che distrae in favore dell'Avv. XXXXXXXXXX, procuratore antistatario.

Firenze, 9.8.2026

Il giudice onorario
Dott. Stefania Salmoia