N. R.G. 1374/2025

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

CORTE DI APPELLO DI FIRENZE

QUARTA SEZIONE CIVILE

La Corte di Appello di Firenze, Sezione Quarta Civile, in persona dei magistrati:

Dott. ssa Carla Santese	Presidente
Dott.ssa Giulia Conte	Consigliere Estensore
Dott.ssa Ada Raffaella Mazzarelli	Consigliere

Ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. 1374/2025 promossa da:

Parte_1 (c.f. *P.IVA_1* , con il patrocinio dell'avv. [redacted], elettivamente domiciliata come da procura in atti

APPELLANTE

contro

CP_1 (c.f.: *C.F._1*), in proprio ed in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sulla figlia minore *Persona_1* (c.f.: *C.F._2*), con il patrocinio dell'avv. [redacted], elettivamente domiciliata come da procura in atti

APPELLATA

CONCLUSIONI

Per parte appellante:

"Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello adita, contrariis reiectis e per le ragioni tutte di cui al presente atto, in riforma dell'impugnata decisione e previa sospensione dell'efficacia

esecutiva della sentenza, nonché previa rinnovazione delle indagini peritali, anche, ma non solo, in accoglimento del motivo di appello n.1 rigettare, in accoglimento del motivo di appello n. 2, la domanda risarcitoria delle odierne parti appellate perché non sussistente o comunque non provata la colpa medica o comunque il nesso causale fra la condotta medica contestata e i danni riportati da *Persona_1* .

Con condanna alla refusione delle spese di lite di ambedue i gradi di giudizio e con pronuncia che ordini alle parti appellate la restituzione in favore dell'appellante delle somme eventualmente versate in esecuzione della sentenza maggiorate degli interessi legali dalla data del pagamento a quella della effettiva restituzione."

Per parte appellata:

"Voglia il Tribunale (*rectius*: la Corte) adito, contrariis reiectis, così provvedere:

1) IN VIA PRELIMINARE / PREGIUDIZIALE, dichiarare l'inammissibilità dell'atto di appello per contrasto all'art. 342 c.p.c. per tutti i motivi indicati nel paragrafo sub I);

2) IN VIA PRELIMINARE, dichiarare la rinuncia della parte appellante alle domande ed eccezioni non espressamente riproposte;

3) IN VIA PRINCIPALE, NEL MERITO, rigettare integralmente le motivazioni e conclusioni formulate dalla parte appellante, con la conseguente conferma delle decisioni assunte dal Giudice di prime cure nella Sentenza n. 388/2025 (R.G. n. 3026/2022 – Tribunale di).

4) IN VIA ISTRUTTORIA, rigettare la richiesta di rinnovazione della CTU;

5) con vittoria di spese e compensi oltre il rimborso forfettario per spese generali oltre IVA e CPA come per legge, da distrarsi in favore del procurator e dichiaratosi antistatario."

OGGETTO: appello avverso la sentenza n. 388/2025 del Tribunale di , in materia di responsabilità medica.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. I fatti di causa e le domande proposte

Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato il 16.11.2022, *CP_1* in proprio e quale genitore esercente la responsabilità genitoriale sulla figlia minore *Persona_1* nata il 28.08.2016 presso l' di , aveva adito il Tribunale di per ottenere l'accertamento della responsabilità dell *Controparte_2* *[…]* e il risarcimento dei danni, patrimoniali e non, subiti da lei e dalla figlia a seguito della condotta colposa dei sanitari, tenuta durante il travaglio e il parto della bambina.

A supporto del ricorso, aveva esposto che:

- all'epoca dei fatti, la Sig.ra CP_1 alla sua prima gravidanza, era stata ricoverata per l'induzione del travaglio alla 41ª settimana + 5 giorni, a seguito di una gravidanza fino ad allora fisiologica;
- dopo la somministrazione di prostaglandine per l'induzione del travaglio si erano manifestati chiari segnali di sofferenza fetale (tachisistolia, alterazioni del tracciato CTG, vomito, nausea), che tuttavia non avevano indotto i sanitari a ricorrere a un cesareo d'urgenza;
- il parto, avvenuto solo dopo oltre 15 ore, era stato vaginale e spontaneo, con riscontro alla nascita di gravi condizioni cliniche della neonata (Apgar 1 e 2, assenza di respiro spontaneo, ipotonia, encefalopatia ipossico-ischemica);
- trasferita d'urgenza al [redacted], la piccola Per_ era stata sottoposta a ipotermia terapeutica e, nei giorni seguenti, erano emersi gravi danni cerebrali permanenti;
- negli anni successivi, la bambina aveva sviluppato un quadro clinico fortemente invalidante, comprendente epilessia resistente, ritardo neuromotorio e del linguaggio, ipotonia generalizzata, con necessità di assistenza continua nelle attività quotidiane; era stata inoltre ricoverata più volte, anche per crisi epilettiche prolungate, e gli esami strumentali avevano confermato danni cerebrali compatibili con una grave sofferenza perinatale.

Premesso di aver promosso ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. - e che i consulenti tecnici Dott. Per_2 specialista in medicina legale e delle assicurazioni, e Dott. Persona_3 , specialista in ginecologia ed ostetricia, avevano riscontrato omissioni e negligenze rilevanti nella gestione del travaglio, tra cui un inadeguato monitoraggio del benessere fetale e un intervento intempestivo a fronte di indici oggettivi di una situazione patologica, stimando esiti permanenti causalmente riconducibili alla condotta dei sanitari dell Parte_1 pari al 90% - aveva quindi chiesto per la minore Per_ il risarcimento del danno biologico, morale ed esistenziale, nonché di quello da perdita della capacità lavorativa, da calcolarsi secondo il criterio del triplo della pensione sociale, e per sé stessa il risarcimento del danno morale, esistenziale e da lesione del rapporto parentale, per la radicale trasformazione della propria vita, nonché il ristoro delle spese necessarie per l'assistenza della figlia ed il danno conseguente alla mancata assistenza futura per essa madre da parte della figlia. Aveva infine domandato la condanna al rimborso delle spese, legali e tecniche, dell'ATP e del giudizio di merito.

Si era costituita in giudizio l Parte_1 eccependo in via preliminare l'improcedibilità della domanda ex art. 8 L. 24/2017 in quanto il ricorso ex art. 702 bis c.p.c. era stato depositato oltre i 90 giorni successivi alla scadenza del termine perentorio

di sei mesi per il deposito della consulenza tecnica d'ufficio, ciò che a suo dire aveva determinato anche la nullità e/o l'inutilizzabilità della ctu; nel merito, aveva escluso ogni *malpractice* e contestato il *quantum debeatur*.

Nel corso del giudizio erano stati disposti il mutamento del rito da sommario a ordinario e, acquisito il fascicolo relativo al procedimento ex art. 696 bis c.p.c. (RG n. 31/2021), un supplemento di CTU, a cura del collegio peritale già nominato, per una ulteriore e più approfondita disamina delle critiche tecniche mosse dall'Azienda convenuta alla CTU.

All'esito il tribunale, accertata la *malpractice* in nesso causale con l'ipossia, e riconosciuti, sulla scorta della ctu, postumi in capo alla bambina gravissimi, nella misura del 90%, condannava l *Parte_1* al pagamento delle somme di: • € 1.286.673,00, oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione delle sentenza al saldo, in favore di *CP_1* quale genitore esercente la responsabilità genitoriale sulla figlia minore *Persona_1* , a titolo onnicomprensivo di danno non patrimoniale; • € 946.728,56, oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione delle sentenza al saldo, in favore di *CP_1* quale genitore esercente la responsabilità genitoriale sulla figlia minore *Persona_1* , a titolo di danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa; • € 189.778,36, oltre interessi al tasso legale dalla data di pubblicazione delle sentenza al saldo, in favore di *CP_1* in proprio, a titolo di danno non patrimoniale da lesione del rapporto parentale (oltre alle spese di lite e tecniche).

L *Parte_1* ha appellato tale sentenza, della quale ha chiesto anche la sospensiva ex art. 283 c.p.c., facendo valere i seguenti motivi:

I. Col primo, ha lamentato l'erroneità della decisione di non accogliere l'eccezione di nullità/inutilizzabilità, per decadenza, della ctu svolta in sede di atp e depositata ben oltre il termine perentorio di legge entro il quale doveva concludersi il procedimento – con violazione dell'art. 8 L. 24/2017 e degli artt. 152 e 153;
II. Col secondo, ha stigmatizzato il riconoscimento di una colpa medica e di un nesso causale fra essa e le condizioni della neonata, conseguenti a suo dire ad un cattivo uso del potere di apprezzamento delle prove e all'adesione acritica alle conclusioni dei consulenti di ufficio, frutto di suggestioni e del senno del poi e contrastanti con le indicazioni delle Linee Guida in materia e con la letteratura scientifica internazionale.

Essa ha dunque chiesto la rinnovazione della ctu.

Le appellate si sono costituite, preliminarmente eccependo l'inammissibilità dell'impugnazione, ex art. 342 c.p.c., perché non puntualmente motivata e mera reiterazione delle argomentazioni formulate dai ctp dell'azienda nel procedimento di

primo grado, e comunque la sua infondatezza, ed opponendosi alla rinnovazione della ctu.

Con ordinanza del 28/11/2025, la Corte ha respinto l'istanza di inibitoria, confermando il decreto presidenziale di rigetto *inaudita altera parte*.

La causa, che segue il nuovo rito civile "Cartabia", è passata quindi in decisione all'udienza cartolare del 20.10.2026 mediante ordinanza emessa dal Cons. istruttore ex art. 127 ter cpc in data 21.10.2026, sulle conclusioni delle parti come trascritte in epigrafe.

2. L'eccezione di inammissibilità dell'appello per violazione dell'art. 342 c.p.c.

Preliminarmente, va respinta l'eccezione d'inammissibilità dell'appello ex art. 342 c.p.c., per mancata specifica e puntuale formulazione dei motivi di impugnazione, sollevata dall'appellata.

Invero, per la formulazione del gravame, anche alla luce della nuova normativa, non si può ritenere che sussistano formule sacramentali ma occorre verificare che vengano investiti di censura, sia pure specifica e circostanziata, singole parti della decisione impugnata e che se ne chieda di conseguenza la modifica con l'indicazione della pronuncia che dovrà andare a sostituire quella censurata e, nella specie, l'appello risponde a tali requisiti, come si andrà a dire esaminando i singoli motivi di gravame.

Secondo l'ormai consolidata giurisprudenza della Suprema Corte, il rispetto dalla norma non esige lo svolgimento di un "progetto alternativo di sentenza", né una determinata forma, né la trascrizione integrale o parziale della sentenza appellata, ma, solo, impone all'appellante di individuare, in modo chiaro ed inequivoco, il *quantum appellatum*, formulando, rispetto alle argomentazioni adottate dal primo giudice, pertinenti ragioni di dissenso che consistono, in caso di censure riguardanti la ricostruzione dei fatti, nell'indicazione delle prove che si assumono trascurate o malamente valutate, ovvero, per le doglianze afferenti questioni di diritto, nella specificazione della norma applicabile o dell'interpretazione preferibile, nonché, in relazione a denunciati *errores in procedendo*, nella precisazione del fatto processuale e della diversa scelta che si sarebbe dovuta compiere (cfr. *ex multis* Cass. n°10916/2017; Cass n. 2143/2015).

Tanto premesso, nella fattispecie l'appellante ha evidenziato le proprie doglianze, ponendosi nell'ottica dialettica richiesta dalla norma; se poi ciò abbia fatto efficacemente o meno è valutazione che attiene al merito, e non all'ammissibilità, dell'appello.

3. Il primo motivo d'appello: l'inutilizzabilità della ctu

Il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. è stato depositato dalla sig. *CP_1* in data 14/01/2021 e la consulenza d'ufficio è stata depositata in data 04/5/2022; il ricorso di merito, ex art. 702 bis c.p.c., è stato invece proposto il 16/11/2022.

Sulla base di tali scansioni temporali, fin dalla costituzione nel giudizio di primo grado (v. pp. 3-5 del ricorso), dunque del tutto tempestivamente (contrariamente a quanto paventato dall'appellata), l Controparte_2 aveva eccepito la nullità e/o inutilizzabilità della ctu espletata ex art. 696 bis c.p.c. (nonché l'improcedibilità della domanda, ma tale questione è estranea al giudizio d'appello).

Il tribunale aveva respinto la suddetta eccezione rilevando che: "*Pur essendo documentato che parte attrice abbia promosso il presente ricorso oltre i 90 giorni dalla scadenza del termine semestrale previsto dall'art. 8 L. 24/2017 per la conclusione del procedimento ex art. 696-bis c.p.c. non appare condivisibile l'interpretazione che parte convenuta fornisce tale norma e degli effetti dell'inosservanza di tale termine.*

Occorre evidenziare che l'art. 8, co. 3, della legge n. 24/2017, stabilisce che "Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'art. 281-undecies del codice di procedura civile (…)" e dunque la norma su richiamata precisa che la domanda giudiziale diventa procedibile, una volta instaurato il procedimento di accertamento tecnico preventivo previsto dalla legge "Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso", ed il successivo termine di giorni 90 indicato dalla norma rileva ai soli fini della salvezza degli effetti della domanda, e non ai fini della sua procedibilità.

Né l'inosservanza del termine semestrale sopra indicato appare inficiare l'utilizzabilità dell'elaborato peritale depositato nel procedimento ex art. 696-bis c.p.c. nel successivo giudizio di merito.

La tesi contraria, sostenuta dalla parte convenuta, oltre a non trovare specifico riscontro normativo, risulta anche non compatibile con i principi di economia processuale, poiché imporrebbe di dover disporre la rinnovazione della consulenza d'ufficio nel giudizio di merito, con evidente prolungamento dei tempi processuali e moltiplicazione dei costi, ogni volta che l'elaborato peritale sia depositato nel procedimento di ATP oltre il termine di sei mesi dal deposito del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. e solo per tale motivazione, in assenza di altre ragioni giustificative attinenti all'incompletezza o alla nullità dell'elaborato. Le eccezioni di parte convenuta sul punto vanno pertanto disattese".

Col primo motivo d'appello, l Pt_1 ha censurato tale giudizio, contestando che la tesi della nullità/inutilizzabilità per inosservanza del termine semestrale non trovasse specifico riscontro normativo, e deducendo che la previsione di perentorietà del termine semestrale significava proprio che, una volta spirato il termine, non fosse più possibile

effettuare l'attività processuale richiesta, con conseguente inutilizzabilità dell'elaborato. Ha inoltre sostenuto che la scelta legislativa era volta ad evitare che l'introduzione dello strumento deflattivo potesse trasformarsi in un aggravamento della durata del contenzioso, essendo necessario imporre un tempo massimo di durata dell'accertamento tecnico, e che ove il ricorrente avesse voluto l'attività peritale svolta nel procedimento ex art. 696 bis avrebbe dovuto depositare, nel termine di 90 gg., il ricorso ex art. 702 bis cpc e con esso istanza di completamento delle indagini peritali, chiedendo che la consulenza potesse proseguire e la successiva acquisizione della relazione nel giudizio di merito.

Il motivo è infondato.

Il citato art. 8 testualmente dispone: "*1. Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente. 2. La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento. (…) L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice, ove rilevi che il procedimento di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dinanzi a sé dell'istanza di consulenza tecnica in via preventiva ovvero di completamento del procedimento. 3. Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 702-bis del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti; si applicano gli articoli 702-bis e seguenti del codice di procedura civile*".

La lettura di tale norma chiarisce con ogni evidenza che la perentorietà del termine dei 6 mesi è sancita al limitato scopo di impedire il protrarsi della condizione d'improcedibilità oltre di esso.

Attribuire a tale inosservanza il venir meno del potere per i ccttuu di portare a compimento la perizia sarebbe contrario ad ogni logica, sia perché lederebbe il ricorrente, irresponsabile del protrarsi delle operazioni peritali - che la previsione di tale termine vuole invece tutelare, evitando che la previsione dello strumento deflattivo gli impedisca l'accesso alla tutela giurisdizionale oltre un tempo ragionevole - sia perché comporterebbe di fatto la revoca agli ausiliari del giudice dell'incarico ricevuto pur non

essendo venuto meno il vincolo fiduciario tra i medesimi e il giudicante (tanto più che in cause spesso complesse quali quelle mediche il trascorrere dal ricorso - e non dall'incarico – di un tempo superiore ai 6 mesi è del tutto fisiologico e affatto sintomatico di negligenza dei periti).

Ipotizzare, poi, che per evitare tale esito il ricorrente dovrebbe introdurre la causa di merito entro i 90 giorni dallo scadere dei 6 mesi e chiedere al giudice che la consulenza possa proseguire appare privo di ogni supporto normativo, inutilmente macchinoso e finanche in contrasto con l'assunto iniziale dell'appellante, posto che i termini perentori ex art. 153 c.p.c. non sono prorogabili.

Come ben osservato dal tribunale, d'altro canto, pensare che il lavoro svolto possa andare perduto sarebbe contrario al principio d'economia processuale, perché imporrebbe di disporre la rinnovazione della consulenza d'ufficio con evidente prolungamento dei tempi processuali e moltiplicazione dei costi.

Non solo: proprio perché l'accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c. ha una funzione deflattiva, costringere il ricorrente a proporre una causa di merito "al buio" contraddirebbe tale funzione.

Dunque, in ultima analisi, l'elaborato peritale non è affetto da alcun vizio formale e, solo, in forza del secondo motivo d'appello e della correlata richiesta istruttoria di rinnovazione della consulenza d'ufficio, si deve verificare se esso sia adeguatamente motivato e condivisibile e possa quindi essere recepito, così come ritenuto dal primo giudice.

3. **Il secondo motivo d'appello: il giudizio medico-legale e la valutazione di sussistenza della colpa medica e del nesso causale tra essa e le gravi lesioni patite dalla neonata**

Nel valutare la ctu posta a fondamento della decisione (e dunque la decisione medesima) appare opportuno partire dalla lettura che dell'elaborato peritale ha dato il primo giudice, perché particolarmente analitica e fedele.

Il tribunale sul punto ha così argomentato: "*Quanto alla vicenda oggetto di causa occorre muovere dalle risultanze della CTU medico-legale espletata nel procedimento di ATP e successivamente integrata nel presente giudizio con il deposito di un supplemento di CTU.*

Dalla CTU è emersa la sussistenza di gravi profili di criticità nella gestione clinico-assistenziale del travaglio e del parto di CP_1 *che si sono tradotti in gravi danni permanenti per la figlia* Persona_1

La gravidanza della Sig.ra CP_1 *primigravida alla 41ª settimana + 5 giorni, si presentava come fisiologica e veniva gestita presso l'* [redacted] *di* [redacted] *mediante induzione farmacologica del travaglio il 27.08.2016.*

Alla prima applicazione di gel vaginale (Prepidil) alle ore 9:50, seguiva una seconda somministrazione alle ore 16:37, nonostante fosse presente un'attività contrattile già valida.

A tal proposito, i consulenti hanno osservato che "non risulta condivisibile la scelta effettuata dal medico di guardia di prescrivere l'applicazione di ***una seconda dose*** *di Prepidil [...] poiché in quel momento era ancora presente attività contrattile valida quale esito della prima applicazione", rilevando inoltre la mancanza del relativo referto ecografico che, sebbene citato a margine del tracciato CTG, "non risulta riportato nel diario clinico e neppure allegato in cartella" (cfr. pag. 24, CTU di ATP).*

I CTU hanno rilevato altresì che, pur in presenza di tachisistolia, ovvero contrazioni uterine particolarmente frequenti, il ***monitoraggio cardiotocografico veniva sospeso*** *per oltre un'ora. Al contrario, sarebbe stato necessario un monitoraggio continuo, come previsto dalle linee guida SIGO, AGOI, AGUI 2016.*

I periti infatti hanno evidenziato che "pur presente una evidente tachisistolia viene interrotto, discostandosi quindi dalle indicazioni delle linee guida che richiedono monitoraggio CTG continuo, il tracciato dalle ore 17:50 alle ore 19:00 circa" (cfr. pag. 24, CTU di ATP).

A seguito del riposizionamento del cardiotachigrafo alle ore 19:00, il tracciato iniziava a mostrare segnali di ***alterazione del benessere fetale, che – secondo i CTU – non furono adeguatamente valutati né gestiti dal personale sanitario****.*

Nel tracciato effettuato dalle ore 19:00 alle 20:30 circa, i CTU rilevano che le contrazioni uterine erano "ipovalide" e che il battito cardiaco fetale (BCF) presentava una variabilità ridotta, giudicata "leggermente ristretta".

Tali decelerazioni del BCF sono, secondo i consulenti, di particolare rilevanza ("sono inoltre evidenti due decelerazioni del BCF una alle ore 19:25, una alle ore 19:30, entrambe verificatesi in assenza di attività contrattile" – cfr. pag. 12, CTU di ATP).

Le ***riduzioni del battito cardiaco fetale, non legate a contrazioni uterine in atto****, sono, secondo quanto riferito dal collegio peritale, di per sé indicative di sofferenza fetale, e per tale ragione considerate allarmanti dalla letteratura scientifica e dalle linee guida. Queste, inoltre, avrebbero dovuto essere valutate con ulteriore attenzione atteso che, in contemporanea al riposizionamento del cardiotachigrafo, alle ore 19.00 è documentata non solo la rottura del sacco amniotico con fuoriuscita di "abbondante liquido* ***amniotico tinto*** *(1°)", ma anche che la parte presentata fosse ancora a stazione -3 con collo uterino appianato all'80%. (pag. 11, CTU di ATP).*

Secondo il collegio peritale, si tratta di indicatori clinici che, nel contesto di induzione farmacologica in atto, avrebbero dovuto imporre un'attenta sorveglianza.

La situazione non migliorava nella fascia oraria successiva. Tra le 20:20 e le 20:25, infatti, venivano registrate "alcune decelerazioni […] tardive rispetto ad una modesta attività contrattile" (pag. 12, CTU di ATP), il che rafforzava ulteriormente il quadro di sofferenza fetale incipiente.

Alle ore 20:30 circa, veniva disposto il trasferimento della paziente in sala parto.

Nel periodo successivo, il tracciato registrato dalle 21:00 alle 21:08 mostrava "tre decelerazioni isolate, tardive" (pag. 12, CTU di ATP). Tuttavia, anche in questa fase, non veniva presa alcuna decisione in ordine all'espletamento del parto, che restava affidato all'evoluzione spontanea del travaglio. Tali alterazioni non erano oggetto di tempestiva valutazione né inducevano all'adozione di misure idonee a interrompere il travaglio o a procedere all'espletamento del parto cesareo in tempi utili.

In tal modo, il tracciato – già non rassicurante – continuava a essere sottovalutato, con un atteggiamento attendista che, secondo i CTU, ha contribuito all'evoluzione patologica del decorso clinico fetale.

Infatti, nonostante nell'intervallo compreso tra le 21:08 e le 23:30 in cui il tracciato è descritto come "nei limiti nella norma" (pag. 12, CTU di ATP), i CTU evidenziano come le anomalie precedenti non fossero state affrontate con la dovuta attenzione e come la mancata progressione della parte presentata ferma a -3 (indice di assenza di avanzamento del feto lungo il canale del parto durante il travaglio, nonostante la presenza di contrazioni), costituisse un ulteriore indice di anomalia evolutiva del travaglio.

Infine, il quadro presenta ***un ulteriore peggioramento*** *quando "a partire dalle ore 23:30 il tracciato diventa simil-sinusoidale fino alle 00:05 del 28/8/2016, e da quel momento diventa francamente patologico fino all'espletamento del parto che avviene alle ore 00:45" (pag. 12, CTU di ATP). Ciononostante, non si procedeva a cesareo d'urgenza e, alla nascita, la neonata presentava "un indice di Apgar di 1 ad un minuto e 2 a cinque minuti, seguito da arresto respiratorio con grave bradicardia e necessità di intubazione oro-tracheale effettuata dall'anestesista immediatamente allertato ed intervenuto" (pag. 13, CTU di ATP).*

Il quadro clinico nell'immediato post-partum evidenziava una grave compromissione neurologica, rapidamente diagnosticata come encefalopatia ipossico-ischemica severa.

La documentazione clinica successiva, compresa quella della Clinica pediatrica dell'[redacted], ha confermato che la minore ha sviluppato "una grave

encefalopatia anossico-ischemica con conseguenze di carattere permanente che sono ampiamente documentate in atti e caratterizzate da epilessia parziale e ritardo neuromotorio e del linguaggio" (pag. 14, CTU di ATP).

I CTU, dopo aver ripercorso dettagliatamente la cronologia degli eventi, hanno evidenziato plurime criticità, che configurano un discostamento dalle buone pratiche cliniche e dalle linee guida specialistiche, che secondo il collegio peritale nominato si pongono – secondo valutazione specialistica ex ante – in rapporto causale diretto con l'evento lesivo occorso alla neonata, tra cui:

i. il mancato monitoraggio delle condizioni materne come previsto dalle linee guida SIGO-AGOI AGUI vigenti al tempo dopo applicazione del gel vaginale (Prepidil);

ii. la somministrazione della seconda dose di Prepidil, nonostante l'attività contrattile fosse già valida;

iii. la sospensione del tracciato dalle ore 17.50 alle ore 19.00 circa in presenza di tachisistolia con evidente discostamento rispetto alle linee guida che richiedono monitoraggio CTG continuo;

iv. la sottovalutazione della mancata progressione della parte presentata che rimane costante a -3, indice di assenza di avanzamento del feto lungo il canale del parto durante il travaglio, nonostante la presenza di contrazioni;

v. la mancata valutazione tempestiva del tracciato che assumeva caratteri non rassicuranti a partire dalle 23:00, diventando poi francamente patologico;

vi. il ritardo nell'espletamento del parto, che avveniva solo alle 00:45, quando ormai era chiaro il quadro di sofferenza fetale.

Dalla documentazione sanitaria e dal complesso accertamento peritale, i CTU rilevano che: "non risulta essere stato effettuato il dovuto monitoraggio delle condizioni materne come previsto dalle linee guida SIGO-AGOI AGUI del 2016 dopo applicazione del gel vaginale [...] Non risulta condivisibile la scelta [...] di prescrivere una seconda dose di Prepidil alle ore 16:37, poiché in quel momento era ancora presente attività contrattile valida quale esito della prima applicazione; [...] Pur presente una evidente tachisistolia, viene interrotto, discostandosi quindi dalle indicazioni delle linee guida che richiedono monitoraggio CTG continuo, il tracciato dalle ore 17:50 alle ore 19:00 circa". Alle ore 19:00 veniva inoltre documentata la rottura del sacco amniotico con "abbondante liquido amniotico tinto" e stazione fetale ancora a -3, elemento che, in un contesto di induzione farmacologica attiva, avrebbe richiesto stretta sorveglianza clinica e strumentale. Nei minuti successivi si verificavano "due pagina 8 di 28 decelerazioni del BCF, una alle ore

19:25, una alle ore 19:30, entrambe verificatesi in assenza di attività contrattile" e, successivamente, "alcune decelerazioni [...] tardive rispetto ad una modesta attività contrattile" (cfr. pag. 24 e 25, CTU).

Secondo i CTU, si trattava di segnali inequivoci di ipossia fetale incipiente, che non vennero tuttavia valorizzati né determinarono l'adozione di alcuna misura operativa.

A partire dalle ore 23:30, il tracciato assunse caratteri sinusoidali, diventando infine "francamente patologico" (pag. 12, CTU di ATP) fino all'espletamento del parto, avvenuto alle ore 00:45. Anche in questa fase, i CTU hanno evidenziato l'assenza di una reazione clinica adeguata, rimarcando che la mancata valutazione di un tracciato non rassicurante a partire dalle ore 23:00, poi divenuto patologico, costituisce profilo di censura.

Non appaiono idonee a condurre a una diversa conclusione le critiche sollevate dai Consulenti Tecnici di Parte della Pt_2 alle risultanze della CTU, e in particolare: a) in ordine all'interpretazione del tracciato cardiotocografico (CTG); b) ai valori emogasanalitici rilevati alla nascita; c) alla prospettazione di ipotetiche cause alternative del danno neurologico; d) alla ricostruzione del nesso causale.

Va, infatti, rilevato come – sia alla luce delle conclusioni rassegnate nella CTU espletata in sede di ATP, sia sulla base dei successivi chiarimenti resi nel corso del presente giudizio – le suddette censure non appaiono fondate e non conducano a ritenere né l'assenza di colpa da parte dei sanitari che ebbero in cura la Sig.ra CP_1 durante il travaglio e il parto, né l'esistenza di fattori sopravvenuti, imprevedibili o inevitabili tali da poter interrompere il nesso eziologico tra la condotta omissiva dei sanitari e le gravi conseguenze dannose subite dalla minore Persona_1 come di seguito si va ad esporre.

6.1. Sull'interpretazione del tracciato cardiotocografico

I CTP della Pt_2 hanno criticato l'interpretazione fornita dai CTU in merito al tracciato CTG registrato durante il travaglio, sostenendo che tale lettura fosse eccessivamente allarmistica e priva di un adeguato fondamento clinico. A loro avviso, infatti, le anomalie evidenziate nel tracciato potevano rientrare nei limiti di una fisiologica variabilità e non costituivano necessariamente segni di una sofferenza fetale imminente.

In particolare, i CTP hanno osservato che i tracciati CTG non presentavano caratteri di patologicità, poiché le decelerazioni evidenziate dai CTU sarebbero state, secondo la loro valutazione, isolate, non prolungate né associate a contrazioni significative e dunque non tali da configurare un tracciato di tipo III secondo le linee guida.

Per tale ragione, ritenevano che non sussistessero i presupposti per un intervento d'urgenza. Quanto al tracciato delle ore 23:00, contestavano la definizione di tracciato sinusoidale utilizzata dai CTU, sostenendo invece che si trattasse di un pattern "pseudo-sinusoidale", riconducibile a condizioni cliniche benigne e transitorie. A sostegno di

questa tesi, i CTP hanno allegato figure tratte dalle linee guida ostetriche per evidenziare le differenze tra i due tracciati (cfr. memoria n. 2 ex art. 186, comma 3 c.p.c.)

I CTU hanno replicato puntualmente e specificamente a tali obiezioni (cfr. pag. 8-12 del supplemento di CTU), chiarendo che la loro valutazione non si è basata su percezioni soggettive, ma su criteri diagnostici oggettivi e riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale e, soprattutto, su una interpretazione complessiva dei dati.

A tal proposito, hanno affermato che il tracciato CTG, tra le ore 19:00 e le ore 23:00, mostrava "decelerazioni seppur isolate", un "tracciato sinusoidale" e una persistente "mancata progressione della parte presentata"; elementi che, valutati nel loro complesso, avrebbero dovuto indurre ad anticipare il parto con modalità operative (pag. 9, chiarimenti a CTU), riferendo inoltre che il tracciato "simil sinusoidale" fosse espressione di un quadro CTG progressivamente deteriorato, la cui evoluzione avrebbe dovuto essere riconosciuta e affrontata in modo tempestivo (cfr. pag. 8-9 supplemento di CTU: "A questo punto, rispetto alle osservazioni formulate dalla parte resistente, due sono le ipotesi: o i CCTTPP possono provare che l'interpretazione del tracciato cardiotocografico come "tranquillizzante" è un dato certo, condiviso dalla letteratura, riproducibile ed esente da errori valutativi "soggettivi", ed allora perde di significato tutto quanto dagli stessi articolato (pagina 12 e seguenti), oppure, nel caso di specie, la presenza di alcune decelerazioni seppure isolate (ma in assenza di attività contrattile) e ritardate alle ore 19:25, 20:20 e 21:05, la mancata progressione della parte presentata fino ai momenti immediatamente precedenti il parto, la presenza di un tracciato sinusoidale a partire dalle ore 23:00, avrebbe dovuto, per massima cautela, imporre la decisione di effettuare un taglio cesareo.").

Secondo i CTU, pertanto, tali evidenze erano chiaramente suggestive di ipossia fetale e richiedevano una risposta tempestiva. La mancata reazione del personale sanitario di fronte a questo quadro clinico è stata pertanto qualificata dalla consulenza tecnica come una condotta omissiva rilevante, ribadendo nuovamente che l'analisi era basata su una attenta contestualizzazione clinica, e non su un giudizio retrospettivo influenzato dall'esito neonatale (pag. 12, chiarimenti CTU: " Il Collegio, nel caso di specie, ha inteso valutare i tracciati non già con criterio ex-ante o in favor della parte lesa, ma, ha ritenuto di utilizzare la massima cautela per non "correre il rischio" (peraltro poi purtroppo concretizzatosi) di sottovalutazione de dato cardiotocografico, alla luce del caso clinico nel suo complesso (primipara alla 41^ settimana di gestazione e 5 giorni, sottoposta ad

induzione conprostaglandine, mancata progressione della testa fetale, ecc.). Sotto il profilo medico-legale, dunque, il giudizio è stato espresso a mente del criterio del più probabile che non, potendosi formulare chiaramente la ipotesi controfattuale per la quale nel caso in cui il tracciato fosse stato valutato tenendo a mente il caso nel suo complesso a fronte di aspetti quantomeno non rassicuranti, la scelta di procedere a taglio cesareo avrebbe potuto evitare (in termini di probabilità qualificata) la sofferenza fetale").

Con specifico riferimento al tracciato CTG, i CTU hanno riconosciuto una variabilità interpretativa, presupponendo la quale sarebbe comunque non condivisibile la prospettazione di parte convenuta, secondo cui ad essere corretta sarebbe solo ed esclusivamente l'interpretazione del CTG fornita dai CTP dell Pt_1 *(cfr. pag. 11-12 supplemento di CTU: "Orbene basta semplicemente analizzare quanto indicato dagli Autori per formulare un giudizio di assoluto dissenso rispetto alle apodittiche affermazioni della parte resistente per cui quanto essi affermano in merito al tracciato rappresenta la realtà dei fatti e costituisce la interpretazione autentica della lettura di quel tracciato e sbaglia colui che, CTU o CTP avversario, afferma il contrario" , "(...) nel caso di specie non si possa affermare, come assume controparte, che la interpretazione dei tracciati allegati in cartella effettuata dal Collegio risulta errata poiché ad affermarlo sono i CCTTPP di parte resistente in quanto proprio in ragione della grande variabilità interpretativa dei tracciati").*

I CTU hanno invece sottolineato come le linee guida, delle quali hanno richiamato ampi e pertinenti passaggi motivazionali, richiedano sempre una valutazione integrata dei dati clinici complessivi, che è esattamente ciò che ha fatto nel caso di specie il collegio peritale, giungendo a conclusioni medico legali fondate su dati oggettivi e puntualmente motivate.

6.2. Sui valori emogasanalitici alla nascita

Una ulteriore contestazione sollevata dai CTP di parte convenuta riguarda l'interpretazione dei valori di pH rilevati alla nascita, che i CTU avevano considerato indicativi di un'acidosi metabolica severa. Secondo i CTP, invece, tali parametri non sarebbero, di per sé, sufficienti a fondare una diagnosi di encefalopatia ipossico-ischemica, né costituirebbero prova certa di un danno neurologico immediato. La parte convenuta, infatti, ha sostenuto che non vi fosse acidosi alla nascita, rilevando che i valori di pH del cordone (7,28) e BE (-8,7) non rientrano nei parametri previsti dalle linee guida internazionali per definire un'acidosi metabolica grave, e quindi escluderebbero una

sofferenza ipossico-ischemica acuta verificatasi durante il travaglio (cfr. pag. 18, memoria n. 2 ex art. 183, co. 6 c.p.c.). Tuttavia, in sede di chiarimenti, i CTU hanno ulteriormente precisato che, pur non raggiungendo i valori di soglia per una acidosi franca al momento del parto, le successive analisi sulla neonata documentano un rapido e significativo deterioramento metabolico. Infatti, sottolineano che "se pur vero che tali valori si ponevano appena al di sopra dei limiti indicati in letteratura come di franca acidosi non si può non rilevare una pressione parziale di O2 gravemente patologia (19,84 mmHG – v.n. 80 100), un gravissimo indice di Apgar (1 ad 1 minuto e 2 a 5 minuti) ed una EGA francamente patologia e chiaramente dimostrativa di acidosi/ipossia appena 15 minuti dopo la nascita (cfr. cartella della Terapia Intensiva) con pH di 7.129 ed eccesso basi (BE) pari a – 17.8 mmol/L." (pag. 9, supplemento di CTU).

Tali valori, interpretati alla luce di una valutazione complessiva della condizione clinica della neonata — ipotonia generalizzata, depressione dei riflessi, necessità di intubazione — secondo i CTU risultano pienamente coerenti con un insulto ipossico-ischemico perinatale. L'insieme dei dati clinici e laboratoristici, ha precisato il collegio peritale, non solo consente, ma anzi rafforza la diagnosi di encefalopatia neonatale correlata all'ipossia intrapartum.

6.3. Sulle cause alternative del danno neurologico

Parte resistente ha ipotizzato l'esistenza di cause alternative all'origine del danno neurologico riportato dalla minore, indipendenti dalla condotta dei sanitari. In particolare, i CTP di parte convenuta hanno prospettato la possibilità di infezioni intrauterine non diagnosticate o di patologie genetiche o metaboliche non ancora identificate, che avrebbero potuto determinare una encefalopatia neonatale anche in assenza di sofferenza intrapartum (pag. 13, memoria n. 2 ex art. 183, co. 6 c.p.c. "La nozione di Encefalopatia Neonatale -Paralisi Cerebrale I Infantile (EN-PCI) "legata al parto" è sbagliata ed eccessiva da un punto di vista eziologico ed eleva il rischio del contenzioso medico-legale. II danno cerebrale che si realizza durante il parto può, infatti, rappresentare la slatentizzazione di una preesistente condizione patologica". Il danno cerebrale che si determina ha quindi soltanto un "legame temporale" e non causale").

Quanto alla dinamica del travaglio, i CTP della convenuta hanno escluso anomalie nella progressione, affermando che la sua durata — inferiore alle tre ore — rientrava nei limiti fisiologici per una primipara. Ritengono, inoltre, che la dedotta mancata progressione della parte presentata non sarebbe fondata su elementi clinici oggettivi (pag. 11, memoria n. 2 ex art. 183, co. 6 c.p.c. "La progressione della testa fetale, come si evince dal partogramma, è stabile a -3 fino alle ore 23. Successivamente si assiste a una

graduale progressione della stessa sino alla nascita. Il periodo espulsivo ha una durata di 35 minuti. La letteratura Nazionale e Internazionale concorda nell'indicare tale tempistica come assolutamente fisiologica").

A tali affermazioni i CTU hanno risposto in maniera netta e circostanziata.

I consulenti d'ufficio hanno escluso categoricamente che sussistano basi cliniche o documentali per sostenere l'ipotesi di patologie alternative, affermando che non emergono elementi, nella documentazione clinica o nella storia anamnestica, che possano far sospettare patologie genetiche o infettive. Il quadro clinico è invece in tutto e per tutto compatibile con un danno ipossico acuto perinatale (cfr. pag. 16, supplemento di CTU: "Tutto quanto sopra ha orientato il Collegio nel ritenere che la causa della ipossia cerebrale fosse da rinvenire durante l'espletamento del parto non essendo emerse altre cause cui attribuire valenza causale").

I CTU hanno sottolineato, infatti, che non sono stati rilevati dati clinici o di laboratorio che possano supportare l'ipotesi di infezioni o disordini genetici; né vi sono indizi che possano configurare altre condizioni predisponenti. Al contrario, la successione cronologica degli eventi — tracciato CTG progressivamente compromesso, scelta di non praticare un cesareo urgente, gravi condizioni neonatali alla nascita — è stata definita coerente e lineare con un danno ipossico acuto perinatale, con esclusione di altre eziologie.

6.4. Sulla valutazione del nesso causale

Una ulteriore censura avanzata dai CTP della parte resistente riguarda il nesso causale tra la condotta sanitaria e il grave danno encefalico riportato dalla neonata. Secondo i consulenti della Pt_2 *infatti, non vi sarebbe una dimostrazione sufficientemente solida del legame eziologico tra l'omessa condotta e l'evento lesivo: anche in caso di parto cesareo tempestivo, il danno — a loro dire — avrebbe potuto verificarsi comunque, per cause indipendenti dall'operato dei sanitari.*

I CTU hanno respinto tale rilievo, affermando che il nesso causale tra l'azione omissiva e l'esito dannoso è da ritenersi altamente probabile, ritenendo che un corretto e tempestivo riconoscimento della sofferenza fetale avrebbe consentito di interrompere il travaglio con taglio cesareo, evitando o almeno attenuando il danno cerebrale (pag. 9, chiarimenti a CTU: "Per rispondere all'ultimo dei punti richiesti dai CCTTPP il momento nel quale doveva, a parere del Collegio, essere effettuato il taglio cesareo è proprio alle ore 23:00 quindi un'ora e 45 minuti avanti il parto spontaneo, periodo questo nel quale il tracciato si mostra pressoché costantemente quantomeno non rassicurante).

A ciò hanno aggiunto che, secondo i criteri propri della responsabilità civile, la condotta alternativa lecita avrebbe verosimilmente determinato un esito diverso, così da superare la soglia del "più probabile che non".

Parte convenuta ha evidenziato che i CTU avrebbero interpretato i tracciati CTG con un pregiudizio retrospettivo, cioè lasciandosi condizionare dall'esito infausto del parto, anziché adottare una lettura ex ante secondo i criteri della medicina basata sull'evidenza.

Tale affermazione è stata decisamente respinta dal Collegio peritale, che ha ribadito l'adozione di una metodologia fondata su criteri cautelativi e standardizzati, confermando le risultanze emerse già in sede di ATP, ritenendo che: i. ii. la lettura dei tracciati sia stata contestualizzata rispetto al quadro clinico complessivo, in linea con le raccomandazioni delle linee guida; la mancata sorveglianza continua, l'assenza di interventi tempestivi nonostante segni premonitori evidenti, e la sottovalutazione del CTG abbiano contribuito in modo determinante alla sofferenza ipossica neonatale; iii. il nesso causale sia provato secondo il criterio del 'più probabile che non', con esclusione di fattori alternativi altrettanto plausibili.

In conclusione, secondo quanto affermato nella consulenza d'ufficio, il danno neurologico della minore Persona_1 *risulta eziologicamente riconducibile a un'insufficiente gestione del travaglio, caratterizzata da ritardo nell'esecuzione del parto operativo, nonostante la presenza di chiare evidenze cliniche e strumentali che ne avrebbero imposto l'esecuzione con tempestività.*

L'elaborato depositato dal collegio medico-legale nel procedimento di ATP e i successivi chiarimenti richiesti in questa sede di merito risultano essere esenti da vizi logici perché motivati, anche in ordine alle osservazioni dei consulenti di parte, delle quali si è dato puntualmente conto, riportando le specifiche censure mosse all'elaborato peritale e la relativa risposta del collegio peritale, di talché anche il contraddittorio tecnico risulta garantito ed attuato. Non si ravvisano quindi motivi obiettivi né per discostarsi dalle argomentazioni e dalle conclusioni raggiunte dal collegio peritale nelle due relazioni depositate né, tantomeno, per rinnovare la consulenza così come richiesto anche in sede di conclusioni da parte convenuta.

Pertanto, le risultanze della CTU ben possono essere poste a base della decisione (cfr. Cass. n. 33742/2022: "Il giudice di merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento, e non deve necessariamente soffermarsi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte, che, sebbene non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili, senza che possa configurarsi vizio di motivazione, in quanto le critiche di parte, che tendono al riesame degli elementi di

giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive"). Considerato quanto sopra, può dirsi raggiunta la prova sull'an della responsabilità per la quale l'attrice ha fondato le domande risarcitorie dispiegate".

***

L'appellante ha ribadito anche in questo grado quanto già sostenuto dai suoi ctp innanzi al tribunale, ovvero che i consulenti di ufficio avevano concluso per la sussistenza di una ipossia fetale quale causa della encefalopatia a fronte di un tracciato cardiotocografico che secondo le chiare indicazioni delle Linee Guida non era mai stato del tipo 3, ovvero indicativo di una possibile ipossia fetale; non solo: anche i valori dell'Emogasanalisi del cordone ombelicale non consentivano scientificamente di ritenere che si fosse verificata una ipossia fetale.

Partendo dalla prima censura, relativa al tracciato CTG, è vero, ed ammesso anche dai cctuu, che l'interpretazione del CTG ha dei limiti e sconta una certa soggettività di lettura (salvi gli estremi opposti del tracciato normale e di quello gravemente patologico) e tuttavia ciò non significa affatto che esso sia privo di validità clinica, tanto che l'utilizzo della cardiotocografia è raccomandato e diffuso, per lo meno nei paesi occidentali.

D'altro canto, come ben evidenziato dai ccttuu, nel caso di specie a dover allarmare i sanitari erano una pluralità di elementi, che se presi isolatamente – come fa parte appellante al fine di ridimensionarne la portata – potevano essere non del tutto univoci, ma che se letti tutti insieme assumevano, nel loro complesso, tutt'altra portata.

In particolare, in continuità con quanto evidenziato dal primo giudice, appare opportuno sottolineare come il tracciato CTG, tra le ore 19:00 e le ore 23:00, mostrava "decelerazioni seppur isolate", in assenza di attività contrattile, o comunque ritardate rispetto ad essa, ciò che è anomalo e di per sé avrebbe dovuto destare una qualche preoccupazione. Non solo: vi era una persistente "mancata progressione della testa fetale", nonostante la ripetuta somministrazione di prostaglandine e, in contemporanea al riposizionamento del cardiotachigrafo, alle ore 19.00, si aveva la rottura del sacco amniotico con fuoriuscita di abbondante liquido amniotico "tinto".

A partire dalle ore 23:00, poi, subentrava anche la presenza di un tracciato sinusoidale. Tale complessivo quadro poteva essere sintomatico di un ostacolo meccanico all'impegno e alla progressione, o comunque di sofferenza fetale, e per questo avrebbe prudenzialmente, almeno dalle 23, dovuto indurre alla scelta del cesareo, tanto più che si trattava di primipara alla 41^ settimana di gestazione e 5 giorni.

Parte appellante in ordine a tutti tali fattori d'allarme ha, intanto, cercato di evidenziare una contraddittorietà dei ccttuu, che prima avevano affermato che il tracciato aveva assunto caratteri non rassicuranti a partire dalle ore 23,30 (tracciato sinusoidale), e poi indicato le ore 23,00 come momento in cui eseguire il cesareo, ma in realtà tale discrasia

era stata già emendata dai ccttuu in sede di atp - ed in particolare di replica alle osservazioni degli attori (che per primi avevano rilevato il contrasto di orari) – posto che i periti avevano riconosciuto l'errore ed avevano chiarito che il tracciato era diventato sinusoidale alle 23,00 – con ciò evidenziando un aggravarsi del quadro clinico e l'esigenza d'intervenire.

Gli appellanti, poi, hanno rilevato che la presenza di meconio nel liquido amniotico (il cd. liquido "tinto") si verificava in circa il 10- 15% di tutte le gravidanze, con percentuali maggiori con il progredire dell'età gestazionale (fino al 30% a 40 settimane e al 50 % a 42 settimane di gestazione), e anche in assenza di ipossia.

Ora, se certamente il solo liquido amniotico tinto non era indicativo d'ipossia (neppure i ccttuu lo affermano e del resto se fosse stato altrimenti non vi sarebbe ragione di discutere ulteriormente del caso), tuttavia si trattava di un ulteriore campanello d'allarme - che unito agli altri avrebbe prudenzialmente dovuto indurre, quantomeno alle 23, col comparire del tracciato sinusoidale, a praticare il cesareo.

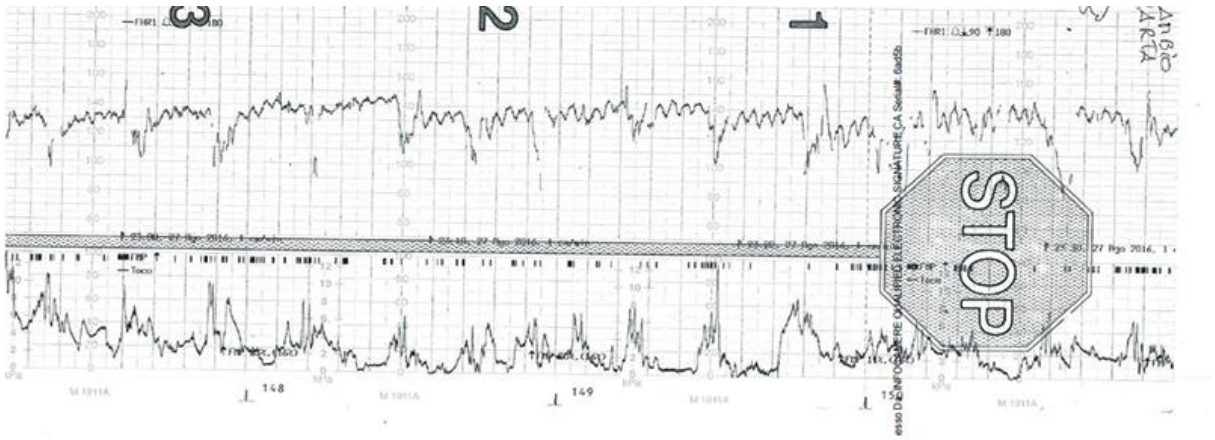
Ciò perché, e questo appare importante sottolinearlo, per procedere a tale intervento non vi doveva essere l'assoluta certezza di un'ipossia del feto, ma era sufficiente che vi fossero elementi obiettivi di sospetto, posto che se certamente non si deve abusare del cesareo, neppure si deve rischiare che un bambino nasca con gravi danni permanenti solo per evitarlo. Ovviamente esso non va praticato in situazioni tranquillizzanti – ovvero nella maggior parte dei travagli – ma se vi è un pericolo di ipossia il contegno prudente è quello d'intervenire, perché senza dubbio è preferibile un cesareo che poi si riveli superfluo rispetto alla compromissione gravissima della salute di una bambina che avrebbe potuto nascere sana.

L'appellante, inoltre, ha anche contestato che il tracciato dalle 23 fosse divenuto sinusoidale, e sostenuto che fosse piuttosto pseudosinusoidale, ovvero avente un *pattern* simile, ma non uguale, che in letteratura veniva "*descritto in seguito a somministrazione di terapia antalgica alla madre, e sembra correlato ai movimenti della bocca fetale tra cui il succhiare*", concludendo che tale tracciato "*correlato ai movimenti della bocca fetale tra cui il succhiare, rappresenta quindi un aspetto di normalità di un tracciato cardiotocografico e niente affatto un indicatore di sofferenza fetale da trattare con un cesareo d'urgenza*".

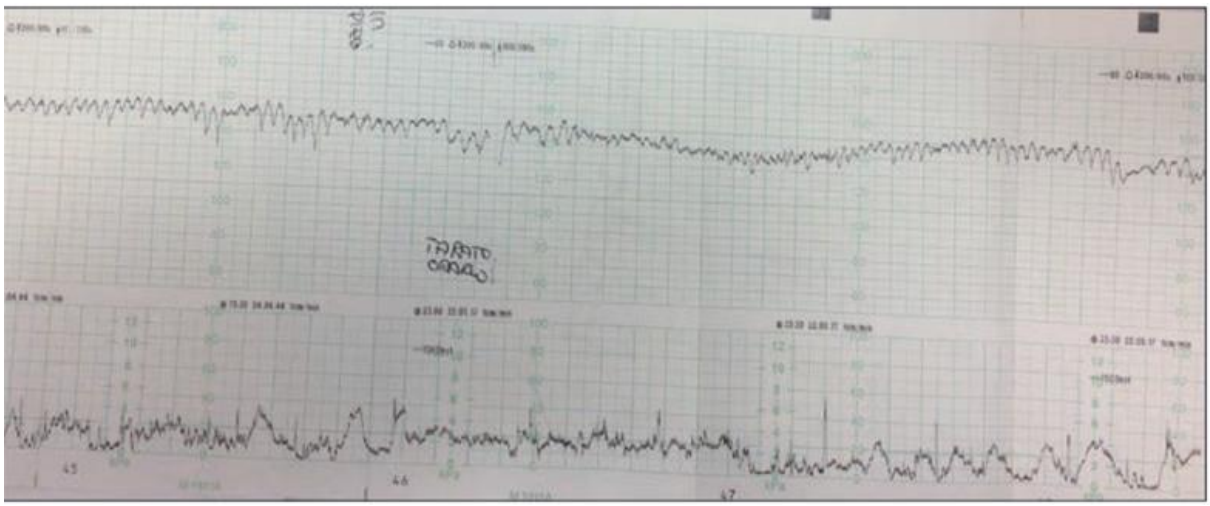
Tuttavia, proprio dalle immagini dei tracciati riportate nelle note dei ctp dell'azienda (v. pp. 4 e 5) allegate alla relazione supplementare dei ccttuu, s'evince piuttosto il contrario rispetto a quanto sostenuto dai medesimi.

In particolare, quello sottostante, che è il tracciato effettuato durante il travaglio per cui è causa, appare *ictu oculi* ben più simile al primo *pattern*, di tracciato sinusoidale, che al secondo, di tracciato pseudosinusoidale:

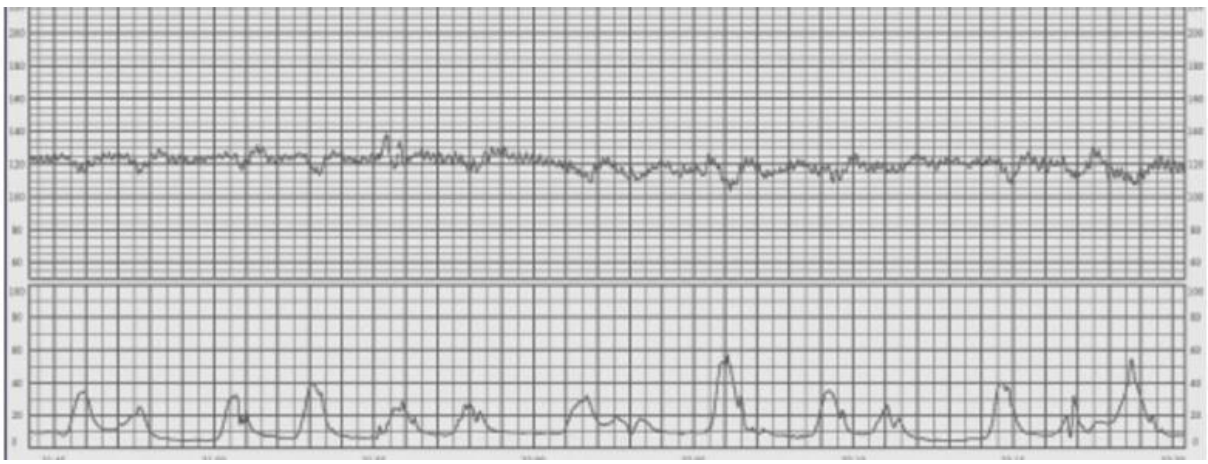
tracciato per cui è causa



Pattern sinusoidale



Pattern pseudo-sinusoidale



Infine, l'appellante insiste molto sul fatto che le Linee Guida darebbero indicazione per l'esecuzione di un taglio cesareo stante la possibilità di asfissia fetale soltanto in presenza

di un tracciato di tipo III, mentre nel caso in esame tale livello non sarebbe mai stato raggiunto, ma a parte che i ccttuu hanno evidenziato come molti studi abbiano valutato la capacità di un tracciato tipo 2 e 3 di identificare uno stato di ipossia/acidosi, soprattutto non si deve dimenticare che lo stesso art. 5 della legge 24/17 dispone sì che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie, si devono attenere alle raccomandazioni previste dalle linee guida, ma precisa altresì che vanno fatte salve le specificità del caso concreto. E, appunto, proprio gli ulteriori elementi evidenziati dai ccttu andavano ad arricchire il quadro complessivo e a delineare una situazione che, unita al tracciato medesimo, comunque non tranquillizzante, appariva obiettivamente a rischio e che prudenzialmente almeno alle ore 23,00 avrebbe imposto il cesareo – che come sottolineato dai ccttuu più probabilmente che non avrebbe evitato le gravissime lesioni riportate dalla neonata.

Sotto altro profilo, infine, l'appellante arriva a sostenere che, in realtà, non vi sarebbe neppure dopo la nascita la prova di un'intervenuta sofferenza fetale (*intrapartum*) per ipossia perché l'emogas eseguito sul cordone ombelicale, che sarebbe l'unico esame che consentirebbe di valutare lo stato di ossigenazione *intrapartum*, nel caso in esame avrebbe fornito dati tali da escludere categoricamente una acidosi in corso di travagliova, posto che i valori che configurano l'acidosi grave erano "pH > 7 e un BE > a -12 mmol/l", e il dato documentale, incontestato, era che dall'emogas eseguito sul cordone ombelicale erano risultati un pH di 7,28 e un valore di eccesso basi BE pari a - 8 mmol.

Anche in questo caso, tuttavia, i ccttuu hanno ben spiegato come l'emogas sul cordone ombelicale sia esame di difficile esecuzione, in cui si verificano errori di campionamento nel 18-39% dei casi, e dunque molti falsi negativi. Al contempo – hanno rilevato i ccttuu - se pur sia vero che tali valori si ponevano appena al di sopra dei limiti indicati in letteratura come di franca acidosi non si poteva non rilevare una pressione parziale di O2 gravemente patologica (19,84 mmHG – v.n. 80-100), un gravissimo indice di Apgar (1 ad 1 minuto e 2 a 5 minuti) ed una EGA francamente patologica e chiaramente dimostrativa di acidosi/ipossia appena 15 minuti dopo la nascita (cfr. cartella della Terapia Intensiva) con pH di 7.129 ed eccesso basi (BE) pari a – 17.8 mmol/L. Tale conclusione peritale, contrariamente a quanto sostenuto dall'Azienda, non è apodittica né personale dei soli ccttuu, ma trova suffragio in studi scientifici espressamente citati nella relazione medico-legale (in particolare, i ccttuu citano un articolo comparso su "gyneco aogoi" numero 2 – 2020, pagg. 22-24).

Proprio sula base dei suddetti complessivi dati, ed in modo coerente e logico con essi, i ccttuu hanno quindi concluso che "*Su tali basi, dunque, il Collegio non può che rilevare che al momento della nascita la neonata mostrava i segni di una gravissima sofferenza che non può che essere spiegata, sulla base di tutto quanto articolato e secondo un*

criterio del "più probabile che non", con una sofferenza ipossica intervenuta nel corso del travaglio di parto e che è "più probabile che non" potesse essere evitata se fosse stata presa la decisione di intervenire con un taglio cesareo al più tardi nei minuti successivi alle ore 23:00".

D'altra parte, l'Azienda non spiega affatto perché le analisi effettuate dopo solo un quarto d'ora dalla nascita documentino un rapido e significativo deterioramento metabolico, e si limita ad ipotizzare che le lesioni cerebrali vadano ricondotte ad altre cause, che possono essere genetiche, metaboliche, infettive e malformative, in particolare rilevando che i ctu non avrebbero indagato, nonostante la sollecitazione dei consulenti di parte, la presenza, documentata dall'esame istologico placentare, di un'infezione endouterina (deciduite acuta essudativa con depositi di fibrina perivillosi e sottocoriale).

Tuttavia, i consulenti d'ufficio hanno espressamente escluso che sussistano elementi, nella documentazione clinica o nella storia anamnestica, che possano far sospettare patologie genetiche o infettive, affermando, nello specifico (v. p. 20 del supplemento di perizia): "*Non si ritiene infine, come già indicato, di poter condividere quanto affermato dai CCTTPP circa la genesi della sofferenza a causa di una infezione endouterina in quanto NON sono stati mai descritti segni o sintomi né materni né fetali di alcun tipo di infezione né hanno mai spiegato quale possa essere stato il meccanismo fisiopatologico inducente una sofferenza fetale che si è verificata in epoca perinatale senza ulteriori o diverse manifestazioni e soprattutto senza altro risultato che quello di una sofferenza acuta fetale".*

Per converso, le ipotesi che l'appellante ha fornito per spiegare, alternativamente, la causa delle gravi lesioni sono formulate in modo cumulativo, e senza alcuno sviluppo di un percorso logico che renda davvero plausibile – più plausibile dell'ipossia *intrapartum* – una di tali diverse spiegazioni.

Conclusivamente, anche il secondo motivo d'appello va respinto e – in difetto di ogni doglianza in merito alla quantificazione del danno – la sentenza di primo grado va integralmente confermata.

5. Le spese di lite.

Le spese dell'appello devono seguire la soccombenza e pertanto essere rifuse all'appellata dall'appellante.

Dunque, sulla base del D.M. 55/14 come modificato dal D.M. 147/22, applicato lo scaglione da 2.000.001 a 4.000.000, in considerazione del *quantum appellatum*, secondo i valori medi, stante la complessità media della controversia, salvo che per la fase di trattazione-istruttoria, da liquidare secondo i valori minimi (essendo essa consistita unicamente nell'esame degli atti avversari e nella redazione del foglio d'udienza),

dev'essere riconosciuta in favore dell'appellata la somma di euro 37.742,00, oltre accessori.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Firenze, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da *Parte_1* **avverso la sentenza n. 388/2025 del Tribunale di , ogni altra domanda, istanza, eccezione, deduzione disattesa od assorbita, così provvede:**

respinge l'appello;

condanna l'appellante a rifondere all'appellata le spese del secondo grado di giudizio, che liquida nella somma di euro 37.742,00, oltre rimborso spese generali, iva e cap come per legge.

Dà atto che, per effetto della odierna decisione, sussistono i presupposti di cui all'art. 13 comma 1-quater d.P.R. 115/2002 per il versamento, ove dovuto, da parte dellappellante dell'ulteriore contributo unificato previsto dall'articolo stesso.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 21.10.2026.

Il Consigliere estensore **Il Presidente**

dott.ssa Giulia Conte **dott. ssa Carla Santese**

Nota

La divulgazione del presente provvedimento, al di fuori dell'ambito strettamente processuale, è condizionata all'eliminazione di tutti i dati sensibili in esso contenuti ai sensi della normativa sulla privacy ex D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni e integrazioni.