



N.30908

Sent. 64/2026

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**CORTE DEI CONTI SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA LOMBARDIA**

composta dai Magistrati:

Vito TENORE

Presidente rel.

Gabriele VINCIGUERRA

Giudice

Pia MANNI

Giudice

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nel giudizio di responsabilità, ad istanza della Procura Regionale, iscritto al numero 30908 del registro di segreteria, nei confronti di:

**G. R.** (Omissis), nato a Omissis (Omissis) il Omissis e residente in Omissis, via Omissis n. Omissis, rappresentato e difeso, come da procura in atti, dall'avv. Vittoria Luciano (LCNVTR66A41F537M), ed elettivamente dom.to presso lo Studio legale Avolio e associati in Milano, Viale Gian Galeazzo n. 16 e domicilio digitale al seguente indirizzo pec: vittoria.luciano@milano.pecavvocati.it.

ascoltata, nell'odierna udienza del 18.2.2026 *per relationem*, su consenso delle parti, la relazione del Magistrato designato Pres. Vito Tenore e udito l'intervento del Pubblico Ministero nella persona del Sost. Procuratore Generale dr.ssa Valentina Papa e dell'avv. Vittoria Luciano per il convenuto; viste le leggi 14 gennaio 1994, n. 19, 20 dicembre 1996, n. 639 e 7 gennaio 2026 n.1.

**FATTO**

1. Con atto di citazione 19.5.2025, regolarmente notificato, la Procura regionale citava in giudizio il dr. R. G. per il 70% (medico di II guardia in servizio presso la Azienda Ospedaliera A.S.S.T. ...Omissis...Omissis...di Milano all'epoca dei fatti, intervenuto in ritardo solo alle ore 22.45) e la dr.ssa P. B. (medico di I guardia che intervenne solo alle ore 23.30) per il restante 30%, per i danni patiti dall'Azienda in ragione del pagamento, a seguito di sinistro frutto di malpractice medica del 25.3.2008, della franchigia contrattuale rimborsata dall'Azienda alla compagnia assicuratrice ... Omissis... pari a € 100.000/00 quale quota del più ampio complessivo importo liquidato dall'assicuratore dell'Azienda a fini risarcitori ai sigg. D.F. G. e A. M., in qualità di genitori, della minore D. F. S. nata il Omissis con gravi patologie indicate in citazione (neonata affetta da sofferenza fetale acuta con sindrome asfittica, insulto cerebrale e conseguente grave danno neurologico, patologie addebitabili ad una inescusabile e gravemente colpevole condotta del personale sanitario che ebbe ad assistere la sig.ra A. M. nel corso del ricovero attuato nell'immediatezza del parto) a causa di una valutazione non congrua dei tracciati cardiocografici che avrebbe dovuto indurre ad un immediato parto operativo con estrazione immediata del feto con parto cesareo in luogo di ventosa non riuscita e poi parto cesareo d'urgenza.

La minore aveva riportato grave ritardo di sviluppo, ipoacusia percettiva bilaterale con necessità di protesi, disturbi del linguaggio e della comunicazione importanti.

2. La difesa della sola dr.ssa B. con atto del 26.9.2025 formulava richiesta di rito abbreviato, ribadita in comparsa di costituzione del

17.11.2025, con offerta di pagamento della somma di € 10.000,00 (diecimila euro/00), pari a 1/3 della somma contestata (30.000 euro), comprensiva di rivalutazione monetaria ed interessi. Il Collegio, visto il parere positivo della Procura e la congruità dell'offerta, ammetteva l'istante alla procedura ex art.130 c.g.c. e definiva la stessa con sentenza Omissis n. Omissis che dichiarava che nulla era più dovuto dalla convenuta dr.ssa B. in relazione alla fattispecie di responsabilità amministrativa di cui all'atto di citazione.

**3.** In ordine alla posizione del dr. R. il giudizio proseguiva invece nel merito e la Procura, ravvisando colpa grave nell'operato del convenuto sulla base di perizia svolta in data Omissis (prot. nr. Omissis) dell'U.M.L. del Ministero della salute (doc. 8) e di successivo supplemento peritale Omissis (doc. Omissis e doc. Omissis) e dell'audizione personale, quale persona informata sui fatti, della prof.ssa A. M. M., Direttore della Struttura Complessa di Ginecologia e Ostetricia del Presidio ... Omissis... – A.S.S.T. ...Omissis...Omissis...(doc. Omissis e doc. Omissis), ne chiedeva la condanna al pagamento di euro 70.000.

**4.** Il convenuto dr. R. si costituiva eccependo:

*a)* che il Omissis la sig. M. A. era stata accettata al PS dell'allora Azienda Ospedaliera ... Omissis... in travaglio di parto e ricoverata alle Omissis nel reparto di Ostetricia e ginecologia, ove, alle 23.30 era stato tentato un parto operativo con ventosa, fallito il quale, alle 23.50, si era deciso per un taglio cesareo d'emergenza in presenza di sofferenza fetale e che la piccola era nata alle Omissis con tre giri di cordone al collo ed uno a bandoliera e condizioni generali complessivamente critiche, sicché era stata immediatamente

trasferita dapprima in Clinica pediatrica e quindi all'Unità di Terapia

intensiva neonatale dell'Ospedale ... Omissis..., dal quale era stata dimessa

con diagnosi di "ipossia intrauterina e asfissia alla nascita – asfissia grave";

*b)* che il. Omissis (ad oltre sette anni di distanza dai fatti) i genitori della

piccola, M. A. e G. L. D. F., avevano fatto pervenire al Omissis per il tramite

di un legale di fiducia richiesta di risarcimento per tutti i danni, patrimoniali

e non, sofferti da loro e dalla figlia per le gravi condizioni in cui la piccola

versava, danni dovuti, si sosteneva, all'inadeguata assistenza al parto prestata

dai sanitari che assistettero la sig.ra A. (all. 2);

*c)* che sulla pratica aperta dall'ospedale erano state interessate, con

rispettive relazioni indicate a p.2 della comparsa di costituzione, la prof.ssa

M. e i dottori C., G., P. e C., che avevano evidenziato come non risultassero

in cartella i tracciati cardiocografici effettuati;

*d)* che sulla base delle relazioni sub *c)*, il Comitato Valutazione Sinistri

aziendale (al quale hanno partecipato anche rappresentanti della Compagnia

assicurativa Omissis) aveva chiarito che "L'ASST avrebbe messo a

disposizione la franchigia ed il contributo tecnico del professionista ad

Omissis", franchigia dell'importo di 100.000 euro, poi rimborsata il Omissis

alla Compagnia, che già nell'Omissis aveva concluso con i genitori della

piccola un accordo stragiudiziale che riconosceva loro l'importo complessivo

di 1.160.000 euro (all. 9);

*e)* che di tale avvenuto pagamento l'Azienda Omissis aveva dato

comunicazione alla Procura regionale il 29/7/2019 e, con nota del 14/3/2024,

aveva messo in mora, tra gli altri, il convenuto dr. R.;

f) che la Procura, sulla base di parere reso dall'Ufficio Medico legale, cui erano stati inviati anche i tracciati cardiocografici effettuati e acquisiti presso l'Azienda Ommissis, aveva inoltrato invito a dedurre al dr.R. unitamente alle colleghe B. e T., per poi archiviare la posizione della dr.ssa T. e citare il dr. R. e la dr.ssa B. che aveva poi optato per il rito abbreviato;

g) che tali tracciati, ritenuti decisivi dall'UML e dalla Procura attrice ai fini della contestate responsabilità dei due sanitari convenuti (dai tracciati sarebbe emersa la situazione di criticità che già alle 21.20 del 25/3/2008 avrebbe imposto il parto cesareo), erano stati dati in visione all'ULM (all. 13) in mera copia ed oltretutto non autentica, con conseguente non configurabilità di una prova genuina utilizzabile in sede contabile ed anzi suscettibile di essere stata manomessa (pp.13 e 14 comparsa);

h) che il dr. R. non era stato coinvolto nel 2015 nella procedura valutativa del sinistro occasionata dalla richiesta risarcitoria dei genitori della bambina predetta e che aveva appreso della stessa solo a seguito di invito a dedurre della Procura;

i) che, contrariamente a quanto sostenuto in alcune delle perizie in atti, ivi compresa quella dell'UML ministeriale, il dr. R., di guardia dalle 20:00 del 25/3/2008 alle 08:00 del giorno successivo, risultava aver assistito (evidentemente perché chiamato) la sig.ra A. dalle 22.45 e non prima, tanto desumendosi dal partogramma di cui alle pgg. 36 e 37 della cartella clinica, dove si dà atto per la prima volta della sua presenza e che alle 22.45 il travaglio della paziente si era correttamente evoluto sin dalle 19.45, registrandosi da quell'ora una dilatazione cervicale di almeno 1 cm/h<sup>2</sup>, completa, appunto, alle 22.45, benchè la testa fetale fosse posizionata a -2 e

che ciò spiegava ragionevolmente il motivo per il quale il dr. R. era stato chiamato dalla sala parto alle 22.45 (perché la sig.ra A. aveva raggiunto la massima dilatazione, ma il feto non si presentava in posizione favorevole per un parto naturale), non essendo altrimenti comprensibile, se la chiamata fosse davvero avvenuta alle 21.27 (come ritenuto a pag. 13 della perizia dell'UML ove si afferma che il medico di guardia sarebbe stato allertato alle 21.27 in ragione della presenza di decelerazioni del feto), come riportato nella copia dei tracciati CTG il fatto che il convenuto abbia raggiunto la sig.ra A. ben 75 minuti dopo la chiamata, tempistica impensabile, considerato altresì che l'abnorme ritardo dell'arrivo del dr. R. avrebbe senz'altro indotto il personale presente in sala parto ad allertare l'altro medico di guardia, cosa che invece non fu fatta, visto che la dr.ssa B. risultava presente solo dalle 23.30;

j) che, essendo la partoriente una primipara, e considerato che la signora aveva ancora contrazioni, il dr. R. aveva atteso il tempo sufficiente ad offrire alla paziente un'ultima *chance* per il parto naturale, sfumata la quale, deve aver avvisato la collega in I guardia della necessità di una rivalutazione per un eventuale parto operativo, dopo di che, anche secondo quanto "certificato" dalla prof.ssa M., fu la dr.ssa B. a gestire la paziente (*"In questa occasione visionò per la prima volta il CTG della sig.ra A. e prese i successivi provvedimenti in merito"*), ciò escludendo qualsiasi coinvolgimento del R. nella scelta, corretta o no che sia stata, di tentare il parto operativo vaginale;

k) che comunque, quanto ai tempi occorsi per l'espletamento del cesareo, come emergente dall'Accordo Stato-Regioni (doc. 21 difesa), per i punti nascita con un numero superiore o uguale a 1000 parti annui (tale era il Omissis) era prevista una sala operatoria operante H24 nel blocco parti, sala

operatoria in effetti presente al Omissis, ma che in ragione della notoria

carenza di personale non era attiva durante il turno notturno;

*l)* che, inoltre, che il Servizio di anesthesiologia del Omissis garantiva

durante il turno notturno un solo anestesista per tutto l'ospedale ed un altro

dedicato alla terapia intensiva e che tale organizzazione ben potrebbe

giustificare il tempo (ritenuto eccessivo) occorso tra la decisione di

intervenire chirurgicamente ed il parto, considerato non solo e non tanto che

la paziente doveva essere trasportata nel blocco operatorio centrale, ben più

distante dalla sala parto, ma che oltretutto l'unico anestesista di guardia

allertabile ed allertato ben avrebbe potuto essere impegnato in altre

concomitanti attività;

*m)* che il nesso causale tra la condotta attendista che si imputava (anche)

al dr. R. e l'encefalopatia di cui soffre la minore non era stato sufficientemente

indagato, in quanto alla piccola era stata diagnosticata il giorno successivo al

parto una cardiopatia congenita data da "ventricolo destro a doppia uscita con

concomitante coartazione dell'aorta all'istmo ipoplasia dell'arco aortico,

difetto interventricolare perimembranoso" (pg. 31/34 della relazione del

collegio UML) circostanza che, a detta degli stessi periti del Ministero,

unitamente agli esiti della RM (non presente tra la documentazione agli atti)

ed alla microcefalia assoluta segnalata in una visita specialistica pediatrica a

tre anni d'età della bambina, avrebbe potuto ricondurre la paralisi cerebrale

ad un'eziologia genetica, essendo in letteratura ben 450 le mutazioni geniche

all'origine della microcefalia e dell'assottigliamento del corpo calloso: la

microcefalia e l'assottigliamento del corpo calloso potevano dunque

causalmente imputarsi anche ad una condizione genetica del feto precedente

al parto escluda dall'UML;

n) che l'intervento chirurgico si sarebbe imposto già alle 18.00, allorché

(come da partogramma) la dilatazione cervicale dalle 08.20 alle 18.00

appunto (ossia per 10 ore) era progredita di un solo cm. E se il cesareo fosse

stato fatto, visto che ne ricorrevano le condizioni, entro le 18:00, la sofferenza

del feto, poi nato con tre giri di cordone al collo e uno a bandoliera, non si

sarebbe protratta per oltre cinque ore: dunque al momento del suo intervento

(22.45) la dilatazione cervicale era ormai completa, sicché l'attesa di un

posizionamento fetale favorevole sino alle 23.30 non poteva aver

compromesso la salute della piccola più di quanto abbia potuto farlo il

mancato cesareo che avrebbe dovuto essere eseguito quasi cinque ore prima;

o) che i sanitari del Omissis, e quindi il dr. R., non erano a conoscenza

(da parte del medico curante della partoriente) della malformazione cardiaca

del feto, di complessità tale che non sarebbe potuta sfuggire ad una

valutazione anche approssimativa delle ecografie ostetriche (ben cinque in

totale) cui la paziente era stata sottoposta, ivi compresa quella morfologica

della 20ma settimana: ove vi fosse stata tale conoscenza, la paziente già dalle

prime fasi del travaglio sarebbe stata senz'altro indirizzata al cesareo senza

indugio;

p) che, sempre a proposito di nesso causale, studi più recenti di quelli

richiamati in talune delle perizie in atti, riportano che in un numero davvero

esiguo di casi le neuropatologie originano da asfissia *intra-partum*, in quanto

*“nel 90% dei casi, la paralisi cerebrale ha cause diverse dall'ipossia*

*intrapartum e, nel restante 10%, i segni compatibili con danno da ipossia*

*durante il travaglio possono avere origine in momenti precedenti della gravidanza, con un insulto asfittico manifestatosi probabilmente in modo transitorio e silente prima del travaglio di parto”;*

q) che, in ogni caso, la quota parte del danno, pari al 70%, era eccessiva rispetto al prevalente contributo della dr.ssa B., cui era stato ascritto il solo 30%.

Tutto ciò premesso, la difesa chiedeva il rigetto della domanda e, in via gradata, la riduzione del *quantum* contestato.

3. All’udienza del 18.2.2026 le parti ribadivano e sviluppavano i rispettivi argomenti. Quindi la causa veniva trattenuta in decisione.

#### DIRITTO

1. Stante la chiusura con rito abbreviato, con sentenza Omissis n. Omissis ex art.130 c.g.c., della posizione della dr.ssa B., iniziale co-evocata in giudizio, il presente contenzioso concerne la sola posizione del dr.G. R., medico di guardia in servizio presso la Azienda Ospedaliera A.S.S.T. ...Omissis...Omissis...di Milano all’epoca dei fatti descritti nella parte in fatto.

2. Il dr. R., pur non avendo partecipato (in quanto non invitato) alla chiusura in sede transattiva/assicurativa della vicenda risarcitoria azionata dai genitori della piccola D. F. S., non operando all’epoca dei fatti (2008) le sopravvenute ed assai opportune disposizioni della legge Gelli n.24/2017 ispirate al rispetto del contraddittorio anche in sede preprocessuale, ha in questa sede ampiamente e pienamente sviluppato le proprie argomentazioni difensive.

3. Ritiene tuttavia il Collegio che la Procura abbia adeguatamente comprovato l’ipotesi accusatoria (colpa grave nelle condotte tenute dai

sanitari che prestarono assistenza al travaglio alla sig.ra A. M.) relativa ai danni patiti dalla minore D. F. S. e risarciti a seguito di transazione, con accollo di quota parte dell'esborso, nei limiti del contratto assicurativo aziendale, in capo all'A.S.S.T. ...Omissis...Omissis...di Milano.

Ed invero, la accurata perizia dell'U.M.L. del Ministero della Salute, organo terzo di elevata competenza tecnico-sanitaria, ha acclarato che la nascita della neonata affetta da sofferenza fetale acuta con sindrome asfittica, insulto cerebrale e conseguente grave danno neurologico, sia causalmente addebitabile ad una inescusabile e gravemente colpevole condotta del personale sanitario che ebbe ad assistere il Omissis la sig.ra A. M. nel corso del ricovero.

Sintomi e dei segni di allarme clinico desumibili dell'andamento dei tracciati cardiocografici, che sono parte integrante della cartella clinica (ovvero dello strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero) avrebbero dovuto determinare infatti i medici del reparto di ostetricia ad intervenire tempestivamente con parto operativo.

Parte convenuta contesta tuttavia l'utilizzabilità di tali tracciati cardiocografici in fotocopia, che evidenziano come il medico di guardia (*ergo* il dr. R., v. *infra*) fosse stato chiamato in reparto per la partoriente alle 21.27 tramite cercapersone ospedaliero in dotazione, mentre la difesa del dr. R. ritiene che il convenuto sia stato chiamato dalla sala parto solo alle 22.45 (perché la sig.ra A. aveva raggiunto la massima dilatazione, ma il feto non si presentava in posizione favorevole per un parto naturale) come desumibile dal partogramma di cui alle pgg. 36 e 37 della cartella clinica.

	L'utilizzo o meno di tali tracciati cardiocografici in fotocopia	
	assume innegabile rilevanza ai fini del decidere, pur gravando comunque sui	
	medici di guardia una vigilanza autonoma e periodica delle partorienti	
	presenti in ospedale a prescindere dall'essere chiamati dal personale	
	infermieristico.	
	Secondo pacifica giurisprudenza, le attestazioni contenute in una	
	cartella clinica (e relativi allegati quali i tracciati cardiocografici), redatta	
	da un'azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il	
	servizio sanitario pubblico, hanno natura di certificazione amministrativa, cui	
	è applicabile lo speciale regime di cui agli artt. 2699 e segg. c.c., per quanto	
	attiene alle sole trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o	
	di un intervento, restando, invece, non coperte da fede privilegiata le	
	valutazioni, le diagnosi o, comunque, le manifestazioni di scienza o di	
	opinione in essa espresse (Cass. n. 27471 del 2017; n. 27288 del 2022; n.	
	16737 del 2024).	
	La difesa del convenuto ritiene tuttavia che i monitoraggi	
	cardiocografici in mera fotocopia presenti in cartella clinica non sarebbero	
	con certezza riconducibili alla sig.ra A. ed ipotizza una non ben chiara	
	possibile "manomissione" degli stessi da parte dei genitori della minore,	
	circostanza poi smussata in sede di discussione orale. Sembrerebbe dunque	
	ipotizzare la difesa un disconoscimento di tale centrale allegato alla cartella	
	clinica per desumerne, conseguentemente, la sua inutilizzabilità.	
	Osserva tuttavia il Collegio che secondo pacifica giurisprudenza	
	l'onere, ex articolo 2719 del codice civile, di disconoscere "espressamente" la	
	copia fotostatica di una scrittura implica che il disconoscimento sia fatto in	

modo formale e specifico, con una dichiarazione che, in relazione ad uno o più determinati documenti prodotti in copia, contenga una non equivoca negazione della loro conformità all'originale e la precisazione degli aspetti per i quali si assume tale difformità. La contestazione, pur non richiedendo formule sacramentali o vincolate, deve comunque rivestire i caratteri della specificità e della determinatezza e non risolversi in espressioni di stile; è inidonea una contestazione generica oppure implicita, perché frammista ad altre difese o meramente sottintesa in una diversa versione dei fatti e, in ogni caso, la contestazione della conformità della copia fotostatica all'originale non produce le conseguenze tipiche del disconoscimento della scrittura privata di cui all'art. 215, comma 1, n. 2, c.p.c., in quanto non determina l'inutilizzabilità del documento ma consente al giudice il potere di accertarne la genuinità attraverso qualsiasi mezzo istruttorio, comprese le presunzioni (Cass., sez. II, 25/11/2025, n. 30933; Cass. 4912/2017; Cass. 16557/2019; Cass. 27633/2018; Cass. 12448/2012; Cass. 17313/2021).

Orbene, nella specie, la difesa non ha espresso una inequivoca negazione della non conformità all'originale dei monitoraggi cardiocografici in mera fotocopia, ma ha formulato in chiavi ipotetica e dubitativa una loro possibile non conformità.

Quanto, poi, alla invocata dubbia riferibilità dei tracciati consegnati dall'Azienda Ospedaliera alla partoriente, come ben rimarca la Procura, il fatto che si tratti di tracciati inequivocabilmente riferiti alla persona della A. è attestato dalla corrispondenza tra alcune annotazioni ivi riportate e quanto scritto nei diari clinici orari (ad esempio l'inizio dei tracciati alle 09.10, l'ingresso della partoriente in vasca alle ore 14:00 e l'uscita da questa alle ore

15:20, la infusione di ossitocina - Syntocinon- alla velocità di 4 gocce al minuto iniziata alle ore 16:00, poi aumentata alla velocità di 8 gocce al minuto alle 16:30, la stessa interruzione della registrazione alle ore 24:10 del 26 marzo), tutti elementi che univocamente attestano che si tratta dei tracciati riferibili alla madre di D. F. S..

Tali documenti sono in conclusione ben utilizzabili ai fini del decidere e correttamente le risultanze peritali li hanno ben valutati sul piano psicologico e causale.

4. Venendo a tali risultanze istruttorie e peritali, pare evidente che nel caso *sub iudice* si trattava di un travaglio dall'andamento non fisiologico. Ciò è stato acclarato dal dott. C., specialista in ostetricia e ginecologia: *“trattandosi di una primigravida, la progressione della dilatazione e la discesa della parte presentata indicano un andamento non fisiologico del travaglio. Già all'inizio del travaglio il livello della parte presentata (cefalica) è anomalo poiché nel travaglio fisiologico di una primigravida si dovrebbe trovare l'estremo cefalico tendente all'impegno”* (doc. 1, all. 7, pag. 4 Procura)

Ma, soprattutto, l'elaborato peritale depositato dall'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute (doc.8 Procura), integrato – nella sua composizione - anche da un membro esperto esterno, Dr.ssa R. L., specialista in Ginecologia ed Ostetricia, chiarisce, alla luce delle indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Società Lombarda di Ginecologia ed Ostetricia e dopo aver doviziosamente descritto gli stadi del travaglio ed i fenomeni che caratterizzano il parto fisiologico, come il mancato avanzamento della dilatazione, bloccata a poco più di 3 cm, era un indicatore

chiaro di un parto “*distocico*”, ovvero alterato nella sua fisiologia meccanica e/o dinamica. Difatti, nonostante l’aumento progressivo del dosaggio della ossitocina, la cui somministrazione era iniziata alle ore 16:20, la dilatazione completa si raggiungeva solo alle 21:45, dopo cinque ore e 25 minuti dall’inizio della stimolazione ossitocica. Tale condizione avrebbe dovuto determinare secondo l’UML maggiore attenzione nel monitoraggio del tracciato cardiocografico della sig.ra A. da parte dei sanitari che si alternavano nel servizio di guardia, tra i quali il convenuto dr R..

Soggiunge l’Ufficio medico legale del Ministero della Salute come la lettura e l’interpretazione dei tracciati cardiocografici suddetti (e qui utilizzabili, v. sopra) forniscono un quadro di regolarità fino alle ore 18:14 “*quando inizia una tachicardia con frequenza non valutabile per mancanza di quadrettatura nella carta di registrazione, così come non valutabile la durata dell’episodio tachicardico per il medesimo motivo. Poi, alle ore 21:00, un’ora e tre quarti dopo, comparsa di decelerazioni anche queste non ben valutabili. Alle ore 21:10 ancora presenza di decelerazioni tanto che alle ore 21:27 viene avvisato il medico di guardia. Dalle 21:40 compaiono decelerazioni (se si pone riga sopra, la frequenza cardiaca appare essere di circa 120 battiti/minuto). Le decelerazioni vi sono e potrebbero essere tardive (difficoltà ad una lettura precisa dovuta alla mancanza di quadrettatura). Il tracciato patologico franco inizia proprio dalle 21.10. All’interno del tracciato oltre alle decelerazioni vi è una variabilità estremamente ridotta, specie dalle ore 22:40. Le decelerazioni si protraggono fino a mezzanotte. A mezzanotte manca il tracciato tocografico che registra l’attività contrattile. Alle 00:25 avviene il parto cesareo” (relaz. UML in doc. 8 Procura).*



In conclusione, l'esito sfavorevole neonatale è da considerare un evento del tutto prevedibile, in considerazione delle caratteristiche altamente e persistentemente patologiche del tracciato cardiocografico (rimaste tali per almeno 3 ore) che da normale diventava francamente patologico a partire dalle ore 21:10/21:40, evidenziando un manifesto stato di sofferenza fetale. Difatti, solo alle 23:30, dopo almeno 2 ore di decelerazioni variabili gravi ripetitive, quando il tracciato cardiocografico esprimeva una situazione ipossica fetale critica, il dott. R. e la dott.ssa B. cercavano di risolvere il caso con un'applicazione di ventosa senza esito, e poi con parto cesareo tardivo. Il parto cesareo, secondo le condivisibili risultanze peritali, doveva essere espletato quanto meno a partire dalle ore 21:20, con tre ore di anticipo rispetto a quanto effettivamente fatto.

Tale condotta costituisce colpa grave secondo i criteri giurisprudenziali e logici da sempre seguiti da questa Corte e non incisi, nel caso in esame, dal novellato art.1, co.1, l. n.20 del 1994 come modificato dalla l. n.1 del 2026: la tipizzazione della colpa grave ivi effettuata con riferimenti a condotte provvedimentali e procedimentali, come già rimarcato dalla Sezione con sentenza Omissis, mal si attaglia a condotte materiali, quali quella di un medico, da valutare secondo criteri più elastici e duttili di diligenza, prudenza, perizia, negligenza nel caso concreto ed alla stregua di parametri scientifici (linee guida, protocolli, parametri fissati dalla comunità scientifica e dalla letteratura etc.) utilizzati dai consulenti espressi sulla vicenda. Come ben rimarcato nella cennata sentenza n. Omissis di questa Sezione, *“un'interpretazione “costituzionalmente orientata” impone, onde evitare conflitti con svariate previsioni costituzionali (in particolare con gli*

artt. 3 e 24 della Costituzione) di considerare la nuova tipizzazione, particolarmente restrittiva, della colpa grave, limitata all'attività "provvedimentale" della Pubblica Amministrazione [...]. L'opposto approccio interpretativo comporterebbe, quale inevitabile conseguenza, l'improponibilità di gran parte delle azioni esercitabili dalla Corte dei conti in caso di "comportamenti" dannosi": sicché "è da ritenere che una conseguenza così drastica (non dichiarata dal legislatore) fuoriesca dalla ratio della legge 1/2026, dichiaratamente ispirata a vincere la c.d. "paura della firma" (vera o presunta) in capo ai dipendenti pubblici, ciò che nulla ha a che vedere con fattispecie comportamentali".

Tale lettura costituzionalmente orientata appare preferibile ad una rimessione alla Consulta prospettando una possibile incostituzionalità della sopravvenuta norma del 2026, come accaduto in altri analoghi giudizi ad opera di altre Sezioni (C. conti, Sez. Puglia, ord. 25 febbraio 2026, n. 11).

Gli approdi peritali sopra richiamati rilevano anche in punto di causalità omissiva, come acclarato dall'UML che, a confutazione delle difese del dr. R., ha chiarito, in ordine alla eccepita presenza concomitante di ipoacusia neurosensoriale bilaterale grave e di cardiopatia congenita a carico della minore, che tali patologie non possono aver avuto alcun ruolo concausale nella genesi del danno cerebrale della D. F.: "Ciò che si può di certo dire è che i "numerosi esiti malacici in parte confluenti a carico della sostanza bianca periventricolare e sottocorticale di entrambi gli emisferi che si estendono in regione sottocorticale coinvolgendo sia i lobi frontali che quelli parietali con relativo risparmio di quelli temporali" documentati alla RM di cui sopra sono inequivocabile prova che la D. F., a seguito della

*asfissia intra partum acuta, ha avuto dei danni neurologici permanenti, che si sarebbero potuti evitare con un parto cesareo tempestivo e non ritardato, non di pochi minuti ma di qualche ora” (relaz.UML in doc. 8 Procura).*

5. In ordine al *quantum* ascrivibile al convenuto del danno di euro 100.000 patito dalla Azienda sanitaria a fronte del pagamento del sinistro, in via transattiva/assicurativa, ai genitori della minore, giova premettere che nella audizione da parte della Procura della prof.ssa M. e nella relazione redatta dalla stessa prof.ssa (doc. 12, all.2 Procura), versata in atti dalla iniziale convenuta B. (che ha fatto ricorso a rito abbreviato), è stata descritta l'organizzazione del servizio di guardia attivo presso il predetto reparto, operativo 24/24 ore, 7/7 giorni e composto da due dirigenti medici, uno di I<sup>^</sup> (B.) e uno di II<sup>^</sup> guardia (R.), oltre ad un medico specializzando: dalle 08:00 alle 14:00, dal 31 lunedì al venerdì, il dirigente medico di II<sup>^</sup> guardia presidiava il pronto soccorso mentre quello di I<sup>^</sup> guardia presidiava la sala parto con lo specializzando di sala parto, nel corso delle guardie successive (14:00-20:00 e 20:00-08:00); il dirigente medico di II<sup>^</sup> guardia con lo specializzando, rispondeva, in prima battuta, alle chiamate con cicalino del personale ostetrico mentre quello di I<sup>^</sup> guardia veniva chiamato dal dirigente di II guardia con cicalino, in seconda battuta, se presenti criticità assistenziali. Il dirigente di I guardia durante il suo turno, se non chiamato, si occupava di questioni burocratiche (controllo cartelle; compilazione delle schede di dimissione ospedaliera; redazione di protocolli o percorsi assistenziali, eccetera).

La chiamata effettuata alle ore 21.27 dal personale che aveva in cura la partoriente, testualmente presente nei predetti tracciati qui utilizzabili, in

ragione della presenza di decelerazioni del feto è da riferire quindi al dott. R.

(a pag. 22 dei tracciati viene riportata la dicitura “Avv MDG”, che sta per

“avvisato il Medico di Guardia”) ed è dunque evidente che l’intervento del

medico fu tardivo e solo dopo la ulteriore chiamata delle 22.45.

Pertanto appare corretto sul piano psicologico e causale ascrivere al

dr R. il 70% della responsabilità (pari ad euro 70.000), mentre il residuo 30%

è da imputare alla dr.ssa B. (optante per il giudizio *ex art.130 c.g.c.*) con

riferimento alla scelta di tentare un parto operativo con ventosa e, quindi, di

procrastinare il parto cesareo.

Tuttavia tale importo va rideterminato alla luce del sopravvenuto art.1,

co.1-*octies*, l. n.20 del 1994 introdotto dalla l. n.1 del 2026, che impone una

riduzione dell’addebito obbligatoria nei limiti del c.d. “*doppio tetto* (30% del

danno accertato e comunque non oltre il *duplum* della retribuzione lorda

percepita dal convenuto all’inizio della condotta dannosa). Tale criterio

prevale, ad avviso del Collegio, necessariamente, in base ad una lettura

costituzionalmente orientata in punto di ragionevolezza, sul più alto importo

fissato dalla legge Gelli n.24 del 2017 (art.9) per i medici pubblici, pari al

triplo della retribuzione lorda annua. Quest’ultimo tetto, nato a tutela dei

sanitari per prevenire la “medicina difensiva” e la “paura del bisturi”, nacque

in epoca in cui le condanne dei sanitari, e di qualsiasi dipendente pubblico,

non avevano limiti. Essendo stato oggi però fissato, in via generale e senza

eccezioni settoriali, un tetto più basso, lo stesso va logicamente applicato

anche ai sanitari, a pena di incostituzionalità dell’art.9, l. n.24 del 2017

ancorchè *lex specialis*. Ma la lettura costituzionalmente orientata a cui questa

Sezione aderisce supera tale possibile dubbio di costituzionalità.

Tale conteggio (ancorato al 30% del danno, essendo inipotizzabile un trattamento retributivo annuo più basso di tale importo quale ulteriore tetto “di chiusura”) porta alla ascrizione al dr R. della somma di euro 21.000 (30% di 70.000), riducibile ad euro 15.000,00 ad oggi già rivalutati tenendo conto, sul piano concausale, di qualche carenza organizzativa eccepita dalla difesa del convenuto senza repliche di parte attrice o comunque logicamente desunte dal Collegio dalla sequenza dei fatti (carenza nel risollecitare una seconda volta da parte del personale infermieristico l’arrivo più tempestivo del dr. R. o, in sua indisponibilità immediata, della dr.ssa B. a fronte della allarmante situazione ben percepibile; nel non avere un anestesista prontamente disponibile; nella mancanza di una sala operatoria operante H24 nel blocco parti, sala operatoria in effetti presente al **Omissis**, ma che in ragione della notoria carenza di personale non era attiva durante il turno notturno) che connota la vicenda *de qua*, ben valutabile *ex art.1, co.1-bis, l. n.20 del 1994*, che impone una valutazione dell’eventuale concorso dell’amministrazione danneggiata nella produzione del danno.

Né appare trascurabile, quale concausa eccepita dalla difesa senza repliche della Procura, che i sanitari del **Omissis**, e quindi il dr. R., non erano a conoscenza (da parte del medico curante della partoriente) della malformazione cardiaca del feto, di complessità tale che non sarebbe potuta sfuggire ad una valutazione anche approssimativa delle ecografie ostetriche (ben cinque in totale) cui la paziente era stata sottoposta, ivi compresa quella morfologica della 20ma settimana: ove vi fosse stata tale conoscenza, la paziente già dalle prime fasi del travaglio poteva indirizzata al cesareo senza indugio.

6. In conclusione, il convenuto va condannato al pagamento della somma, ad oggi già rivalutata, di euro 15.000,00, oltre interessi legali dalla data del deposito della sentenza al saldo effettivo. Le spese vengono liquidate come da dispositivo seguendo la soccombenza.

**P. Q. M.**

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia, definitivamente pronunciando, ogni altra pretesa respinta, condanna **G. R. (Omissis)**, nato a **Omissis (Omissis) il Omissis**, al pagamento della somma, ad oggi già rivalutata, di euro 15.000,00, oltre interessi legali su tale somma dal deposito della sentenza al saldo effettivo, ed oltre spese di lite, liquidate in complessivi euro 77,10 (settantasette/10).

Ai sensi dell'art. 52, D. Lgs. n. 196 del 2003, in caso di diffusione della sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, omettere le generalità e gli altri elementi identificativi, anche indiretti, del convenuto e di terzi

Così deciso in Milano il 18.2.2026.

Il Presidente relatore

Vito Tenore

*Firmato digitalmente*

DEPOSITATA IN SEGRETERIA il 13/04/2026

Il Direttore di Segreteria

Ai sensi dell'art. 52, D. Lgs. n. 196 del 2003, in caso di diffusione della

sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, omettere le generalità e gli altri elementi identificativi, anche indiretti, del convenuto e di terzi.

Milano, 13/04/2026

Il direttore della Segreteria

*Firmato digitalmente*