



**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PISA
SEZIONE CIVILE**

in persona del giudice monocratico dott.ssa Teresa Guerrieri ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

Nella causa civile iscritta al n. 868 del RGAC dell'anno 2020 avente ad oggetto: responsabilità sanitaria vertente

TRA

Parte_1 , *Parte_2* , *Parte_3*
rappresentate e difese dall'avv. [REDACTED] e dall'avv. [REDACTED],
presso il cui studio in Pisa piazza del Pozzetto n. 9, sono elettivamente
domiciliate;

ATTRICI

E

Controparte_1 rappresentata e
difesa dall'avv. [REDACTED] e dall'avv. [REDACTED], ed elettivamente
domiciliata in Pisa via Roma n. 67;

CONVENUTA

CONCLUSIONI

All'udienza del 4.12.2025, sulle conclusioni rassegnate dinanzi al mutato giudice istruttore, con ordinanza del 4.2.2026 la causa veniva assegnata a sentenza, con la concessione ai sensi dell'art. 190 c.p.c. del termine di giorni 60 per il deposito delle comparse conclusionali e del termine di giorni 20 per il deposito delle memorie di replica.

FATTO E DIRITTO

- 1 Con atto di citazione notificato il 20 febbraio 2020, *Parte_1* *Parte_3* e
Parte_2 rispettivamente moglie e figlie del sig. *Persona_1* nato
a [REDACTED] il 19 aprile 1938 e deceduto a Pisa il 14 gennaio 2018 presso il presidio
ospedaliero di [REDACTED] dell' *Controparte_1* , convenivano
in giudizio l' *CP_2* chiedendo che ne fosse accertata la responsabilità per il decesso
del proprio congiunto, con conseguente condanna al risarcimento di tutti i danni subiti.
A fondamento della domanda, le attrici esponevano che:

- a) il sig. *Persona_1* all'epoca settantanovenne, in data 1° gennaio 2018 accedeva al Pronto Soccorso dell' *CP_2* lamentando dolore addominale in ipocondrio sinistro;
- b) all'esito degli accertamenti eseguiti, consistiti in rx diretto addome ed ecografia, il paziente veniva dimesso nella medesima giornata con diagnosi di "dolore addominale in coprostasi", prescrizione di terapia domiciliare e indicazione a fare ritorno in Pronto Soccorso in caso di ricomparsa della sintomatologia dolorosa;
- c) nella notte tra il 1° e il 2 gennaio 2018, persistendo il dolore, il sig. *Per_1* faceva nuovamente accesso al Pronto Soccorso. L'ecografia evidenziava una falda di versamento tra le anse, in corrispondenza della flessura splenica; veniva quindi eseguita d'urgenza TAC dell'addome con e senza mezzo di contrasto, il cui referto documentava affastellamento di anse ileali distese da liquido, con accentuazione del disegno plicare nell'emiaddome sinistro, aspetto edematoso delle pareti di alcune anse, livelli idroaerei, abbondante versamento libero sottodiaframmatico sinistro e tra le anse del tenue, collasso dell'ultima ansa ileale e della cornice colica sinistra.
- d) Secondo la prospettazione attorea, tali dati radiologici erano già pienamente compatibili con un quadro di occlusione intestinale con sofferenza delle anse; nonostante ciò, il chirurgo consultato alle ore 11:32 del 2 gennaio 2018 escludeva la sussistenza di indicazioni chirurgiche urgenti e consigliava il ricovero in reparto di medicina interna, con successiva rivalutazione. Il sig. *Per_1* veniva pertanto ricoverato presso il reparto di Medicina Generale 4°. Nel corso della degenza il dolore addominale persisteva, risultando refrattario alle ripetute somministrazioni di analgesici, tra cui *Per_2* e Toradol;
- e) in data 3 gennaio 2018 il sondino nasogastrico drenava 500 c.c. di materiale biliare denso, mentre la radiografia dell'addome documentava un ulteriore incremento della distensione delle anse intestinali rispetto al precedente controllo;
- f) il 4 gennaio veniva richiesta una nuova consulenza chirurgica; anche in tale occasione, pur a fronte del dolore persistente, del ristagno gastrico fecaloide e degli esami radiologici che, nella prospettazione delle attrici, documentavano una distensione intestinale progressiva, il chirurgo escludeva la necessità di intervento chirurgico

urgente e prescriveva la somministrazione di Gastrografin tramite sondino nasogastrico. La successiva radiografia, eseguita alle ore 16:54, documentava la permanenza del mezzo di contrasto in sede gastrica, senza transito verso il tenue, circostanza allegata dalle attrici quale indice di blocco completo del transito intestinale; ciononostante, non veniva adottato alcun provvedimento chirurgico d'urgenza;

- g) nella notte tra il 4 e il 5 gennaio 2018 le condizioni cliniche del paziente subivano un rapido peggioramento, con comparsa di sudorazione, confusione mentale, estremità fredde, pressione arteriosa pari a 80 mmHg, tachicardia a 130 bpm e desaturazione all'88% nonostante ossigenoterapia;
- h) nella mattina del 5 gennaio, ormai in stato di shock settico conclamato, il sig. Per_1 veniva trasferito in chirurgia d'urgenza e sottoposto a intervento operatorio. Il primo intervento, eseguito tra le ore 12:50 e le ore 13:30, evidenziava, secondo quanto allegato dalle attrici, abbondante emoperitoneo, anse intestinali dilatate, edematose e ischemiche per circa 150 cm, nonché una briglia aderenziale a partenza dal colon sinistro, ritenuta responsabile dello strangolamento; venivano quindi eseguite lisi della briglia, resezione del tenue ischemico e laparostomia con sistema VAC. Seguivano ulteriori tre interventi, eseguiti il 5 gennaio alle ore 19:20, il 7 gennaio e il 13 gennaio 2018, resisi necessari in ragione della necrosi ischemica estesa a gran parte dell'intestino e dell'emorragia post-operatoria.
- i) Alle ore 00:50 del 14 gennaio 2018 veniva constatato il decesso del sig. [...] Per_1 che le attrici assumevano riconducibile alla condotta negligente del personale sanitario, consistita nel ritardo diagnostico-terapeutico e, in particolare, nel ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico.

- 2 Con comparsa di costituzione e risposta depositata il 21 maggio 2020, si costituiva in giudizio 1 Controparte_1, contestando integralmente le domande attoree e chiedendone il rigetto.

In particolare, la convenuta negava la sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il decesso del sig. Per_1 nonché la configurabilità e la quantificazione dei pregiudizi risarcitori allegati dalle attrici. Deduceva, inoltre, che l'evento letale

doveva essere ricondotto al grave e complesso quadro clinico pregresso del paziente, caratterizzato da plurime condizioni patologiche e da significative comorbidità, tra cui esiti di appendicectomia, esiti di trauma cranico complicato da ematoma subdurale con necessità di due interventi neurochirurgici, dislipidemia, sindrome bipolare, cardiopatia ischemica cronica post-infartuale trattata con procedura di rivascolarizzazione e, dal 2011, con triplice bypass aorto-coronarico, leucemia linfatica cronica diagnosticata nel 2014, colelitiasi, ricomparsa nel 2017 di fibrillazione atriale recidivante già trattata con ablazione, terapia farmacologica e cardioversione elettrica, nonché riscontro, sempre nel 2017, di scompenso cardiaco congestizio in cardiomiopatia dilatativa post-ischemica e diagnosi di linfedema agli arti inferiori.

3 Con ordinanza del 4 giugno 2020 il Giudice concedeva alle parti i termini di cui all'art. 183, sesto comma, c.p.c. e rinviava la causa all'udienza del 22 gennaio 2021. Con successiva ordinanza del 1° febbraio 2021 veniva disposta consulenza tecnica d'ufficio medico-legale, richiesta da entrambe le parti, ed era altresì ammessa la prova testimoniale articolata da parte attrice. Depositato l'elaborato peritale ed espletata la prova orale, all'udienza del 12 novembre 2021 il Giudice, su concorde richiesta delle parti, fissava l'udienza del 6 maggio 2022 per la precisazione delle conclusioni. Infine, con ordinanza del 4 febbraio 2026, la causa veniva trattenuta in decisione, con concessione dei termini di legge per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica.

4 La domanda non può trovare accoglimento.

Le attrici hanno convenuto in giudizio l' *Controparte_1*

[...], deducendone la responsabilità per il decesso del proprio congiunto, avvenuto il 14 gennaio 2018 all'esito del ricovero presso il presidio ospedaliero dell' *CP_2* e dei successivi interventi chirurgici resisi necessari per un quadro di occlusione intestinale complicata da ischemia, peritonite e sepsi generalizzata.

La controversia richiede di verificare se la condotta dei sanitari abbia causalmente determinato il decesso del paziente ovvero, in subordine, la perdita di una concreta possibilità di sopravvivenza.

Risulta dalla documentazione sanitaria, come ricostruita dalla CTU, che il sig. *Persona_1* all'epoca dei fatti ottantenne e portatore di plurime comorbilità, accedeva al Pronto Soccorso dell' *CP_2* in data 1 gennaio 2018 per dolore addominale. In tale occasione l'addome veniva descritto come meteorico, trattabile, non dolente né dolorabile, con peristalsi valida e senza segni di peritonismo; all'esito degli accertamenti veniva formulata diagnosi di dolore addominale in coprostasi e il paziente veniva dimesso con prescrizioni terapeutiche e indicazione a tornare in Pronto Soccorso in caso di ricomparsa del dolore.

Il giorno successivo, 2 gennaio 2018, il paziente faceva nuovo accesso al Pronto Soccorso per la persistenza della sintomatologia dolorosa. Gli accertamenti radiologici documentavano la distensione delle anse del tenue, la presenza di livelli idroaerei, una falda di versamento tra le anse e, alla TAC addome, un quadro di distensione liquida di alcune anse ileali, con accentuazione del disegno plicare, aspetto edematoso delle pareti e versamento libero sottodiaframmatico sinistro e tra le anse del tenue.

In tale contesto veniva eseguita consulenza chirurgica, la quale concludeva per l'assenza di indicazioni chirurgiche con carattere d'urgenza, consigliando il ricovero in ambiente medico e rivalutazione. Il paziente veniva quindi ricoverato presso il reparto di Medicina Generale 4 con diagnosi di dolore addominale in paziente con impegno ileale di natura da determinare in malattia linfoproliferativa cronica.

Durante la degenza in reparto internistico il quadro clinico si aggravava progressivamente. La CTU dà atto della persistenza del dolore addominale, della riduzione sino all'assenza della peristalsi, della fuoriuscita dal sondino nasogastrico di 500 cc di materiale biliare denso, dell'aumento della

distensione intestinale al controllo radiografico e, quindi, della somministrazione di Gastrografin in data 4 gennaio 2018, con mancata progressione del mezzo di contrasto oltre il livello gastrico. Nella notte tra il 4 e il 5 gennaio 2018 le condizioni del paziente precipitavano, con sudorazione, confusione, estremità fredde, ipotensione, tachicardia e desaturazione; nella mattina del 5 gennaio il paziente veniva trasferito in Chirurgia d'Urgenza e sottoposto a laparotomia.

All'intervento veniva riscontrata, quale causa dell'occlusione, una briglia aderenziale a partenza dal colon sinistro, responsabile dello strangolamento dell'intestino tenue, con anse intestinali dilatate, edematose e ischemiche per un tratto rilevante. Si procedeva quindi a lisi della briglia, resezione del tenue ischemico e laparostomia con sistema VAC, cui seguivano ulteriori reinterventi nei giorni successivi, resi necessari dalla progressiva estensione della sofferenza ischemica e dal quadro settico, sino al decesso del paziente, avvenuto il 14 gennaio 2018.

- 4.1** La consulenza tecnica d'ufficio individua la causa del decesso in una estesa necrosi intestinale con peritonite e sepsi generalizzata, originate da occlusione intestinale da strangolamento dell'intestino tenue su briglia aderenziale. In risposta al primo quesito, i consulenti affermano infatti che *“il decesso di Persona_3 è causalmente riferibile ad estesa necrosi intestinale con peritonite e sepsi generalizzata, originatesi in seguito ad occlusione intestinale da strangolamento dell'intestino tenue su briglia aderenziale”*.

Quanto al comportamento dei sanitari, la CTU ravvisa un ritardo diagnostico e terapeutico. I consulenti osservano che, già in occasione del secondo accesso in Pronto Soccorso, gli elementi per una corretta diagnosi di occlusione intestinale erano disponibili e interpretabili, poiché la presenza di livelli idroaerei, di anse collabite, di disegno plicale aumentato e di liquido

libero in cavità orientava verso un'alterazione del transito con sofferenza intestinale.

La CTU afferma, in particolare, che *“gli elementi per la corretta diagnosi di occlusione intestinale erano disponibili e facilmente interpretabili”* e che *“la presenza di anse con disegno plicale aumentato e di liquido libero in cavità”* indicava una sofferenza dell'intestino.

I consulenti censurano altresì la tardiva somministrazione del Gastrografin, osservando che tale procedura avrebbe dovuto essere eseguita in fase più precoce e che il mancato transito del mezzo di contrasto avrebbe dovuto condurre ad una indicazione chirurgica urgente. La relazione rileva infatti che la somministrazione del Gastrografin fu *“assolutamente tardiva”* e che le linee guida prevedevano una somministrazione precoce già nelle prime ore di osservazione, mentre nel caso in esame anche tale procedura fu eseguita con notevole ritardo e con ulteriore ritardo ne fu valutato l'esito negativo.

Sulla base di tali elementi, la CTU conclude nel senso della non conformità della condotta sanitaria agli standard esigibili. I consulenti affermano testualmente che *“le condotte ascritte a Parte Convenuta non sono state aderenti, in misura adeguata richiesta dal caso di specie, agli standard esigibili nella professione medica, né alle linee guida disponibili per la patologia da cui il Per_1 era affetto e che ha portato al decesso”*.

Deve pertanto ritenersi accertato, nei termini medico-legali sopra indicati, un profilo di colpa omissiva, consistente nel ritardo con cui fu affrontato il quadro occlusivo e, in particolare, nella tardiva attivazione del percorso diagnostico-terapeutico idoneo a condurre alla laparotomia.

4.2 Accertato il profilo di colpa, occorre tuttavia verificare se tale condotta sia causalmente rilevante rispetto all'evento di danno dedotto.

Il giudizio di responsabilità sanitaria non può arrestarsi all'accertamento della colpa professionale, occorrendo anche la prova del nesso causale tra condotta ed evento. Nel caso di specie, pur avendo ravvisato un ritardo

diagnostico-terapeutico, la CTU ha escluso che possa affermarsi, secondo il criterio del “più probabile che non”, che un intervento più tempestivo avrebbe evitato il decesso, stimando nel 30% la possibilità residua di superare l'intervento e la fase postoperatoria.

Ne consegue che non risulta provato il nesso causale tra il ritardo diagnostico-terapeutico e l'evento morte. L'esito letale si inserisce, infatti, in un quadro clinico gravemente compromesso e multifattoriale, nel quale necrosi intestinale, peritonite, sepsi e rilevanti patologie concomitanti hanno concorso a determinare il decesso, senza che possa affermarsi che una diversa condotta sanitaria lo avrebbe impedito con probabilità prevalente.

La CTU, del resto, non conclude per l'esistenza di un nesso causale diretto tra il ritardo e il decesso, ma qualifica l'incidenza della condotta in termini di perdita di chance di sopravvivenza. I consulenti affermano infatti che *“le condotte ascritte a Parte Convenuta hanno determinato la perdita di possibilità di sopravvivenza, rispetto ad un intervento eseguito con sufficiente tempestività, quantificabile, come perdita di chances di sopravvivere all'intervento chirurgico stesso, nella misura del 30%”*.

4.3 Come noto, la perdita di chance, infatti, viene in rilievo proprio quando non sia dimostrato che la condotta diligente avrebbe evitato l'evento finale, ma si prospetti soltanto la perdita di una possibilità favorevole, incerta ed eventuale.

La giurisprudenza di legittimità ha chiarito che, in tema di responsabilità sanitaria, la perdita di chance non costituisce una forma attenuata di causalità rispetto all'evento morte, né una frazione aritmetica del danno finale, ma integra un autonomo evento di danno, consistente nella privazione della possibilità di conseguire un risultato migliore, quale una maggiore durata della vita, una migliore qualità della vita o minori sofferenze.

La Cassazione, con la sentenza n. 28993 dell'11 novembre 2019, ha affermato che *“in tema di lesione del diritto alla salute da responsabilità*

sanitaria, la perdita di chance a carattere non patrimoniale consiste nella privazione della possibilità di un miglior risultato sperato, incerto ed eventuale, conseguente, secondo gli ordinari criteri di derivazione eziologica, alla condotta colposa del sanitario ed integra evento di danno risarcibile soltanto ove la perduta possibilità sia apprezzabile, seria e consistente”.

Anche il danno da perdita di chance presuppone la prova del nesso causale, secondo gli ordinari criteri eziologici, tra la condotta colposa e la perdita della concreta possibilità favorevole.

La stessa ordinanza precisa che l'incertezza del risultato incide non sull'analisi del nesso causale, bensì sull'identificazione del danno, poiché la possibilità perduta costituisce l'evento di danno e non la relazione causale tra condotta ed evento.

Ne deriva che il giudice deve svolgere una duplice verifica.

In primo luogo, deve escludere che la condotta sanitaria abbia causato il decesso secondo il criterio del “più probabile che non”.

In secondo luogo, ove sia dedotta la perdita di chance, deve accertare se sia provato, sempre secondo gli ordinari criteri causali, che la condotta colposa abbia determinato la perdita di una possibilità favorevole seria, apprezzabile e consistente. Una chance del 30% o del 40% può descrivere la consistenza della possibilità ipoteticamente perduta, ma non prova di per sé che tale possibilità sia stata perduta a causa della condotta sanitaria.

Nel caso in esame, la stima del 30% indica soltanto la misura della possibilità astrattamente residua, ma non consente di ritenere dimostrato che tale chance sia stata perduta, con probabilità prevalente, a causa della condotta omissiva dei sanitari. La relazione descrive, al contrario, un quadro clinico ad elevatissimo rischio, inciso da età avanzata, grave cardiopatia, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, leucemia linfatica cronica, terapia anticoagulante e rischio operatorio intrinseco.

Gli stessi consulenti evidenziano che, anche in caso di intervento tempestivo, il paziente avrebbe presentato probabilità di decesso molto elevate; ciò significa che, sul piano eziologico, non è possibile isolare il ritardo diagnostico-terapeutico come causa, secondo il criterio della probabilità prevalente, della perdita della possibilità favorevole.

La relazione peritale non consente, infatti, di affermare che la chance di sopravvivenza sia stata perduta a causa del ritardo con un grado di probabilità superiore rispetto all'ipotesi alternativa, rappresentata dall'evoluzione sfavorevole comunque connessa al gravissimo quadro clinico del paziente e alle plurime comorbilità pregresse.

In altri termini, la CTU accerta una condotta professionalmente censurabile e individua una possibilità di sopravvivenza apprezzabile, ma non offre elementi sufficienti per ricondurre causalmente al ritardo sanitario, secondo il criterio del “più probabile che non”, la perdita di quella possibilità. La chance non può, infatti, tradursi in un criterio automatico di responsabilità ogniqualvolta sia indicata una percentuale di sopravvivenza inferiore al 50%, pena la sua indebita trasformazione in una quota proporzionale del danno da morte.

In definitiva, la condotta sanitaria censurata dalla CTU non risulta causalmente collegata, secondo il criterio del “più probabile che non”, né al decesso del paziente né alla perdita di una possibilità favorevole di sopravvivenza dotata di rilevanza risarcitoria.

L'esclusione del nesso causale comporta il rigetto delle domande risarcitorie proposte.

5. La complessità dell'accertamento tecnico, la natura oggettivamente controversa della questione medico-legale e la presenza di un accertamento di profili di condotta sanitaria non pienamente conformi agli standard professionali giustificano l'integrale compensazione delle spese di lite tra le parti.

Per le medesime ragioni, le spese di consulenza tecnica d'ufficio possono essere poste definitivamente a carico di tutte le parti in pari misura.

P.Q.M.

Il Tribunale di Pisa, Sezione Civile, in persona del giudice monocratico dott.ssa Teresa Guerrieri, definitivamente pronunciando sulla causa in oggetto, così provvede:

- 1) **rigetta** le domande proposte da *Parte_1*, *Parte_2* e *Parte_3*
[...] nei confronti dell' *Controparte_3*
- 2) **compensa** integralmente tra le parti le spese lite;
- 3) **pone** le spese di consulenza tecnica d'ufficio, già liquidate con separato decreto, definitivamente a carico di tutte le parti in pari misura.

Così deciso in Pisa, 8 agosto 2026

IL GIUDICE
dott.ssa *Teresa Guerrieri*