

# Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

Rapporto sull'attività 2008



AUTONOME PROVINZ  
BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO - ALTO ADIGE



## **Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica, Bolzano**

### **Rapporto sull'attività 2008**

#### **Indice**

I	Costituzione della Commissione conciliativa	pag. 3
II	Profili organizzativi	pag. 3
III	Pendenza e classificazione delle domande	pag. 6
IV	Risultanze statistiche	pag. 8
V	Casistica	pag. 10
VI	Conclusioni	pag. 12



## **Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica, Bolzano**

### **Rapporto sull'attività 2008**

Egregio Assessore provinciale alla Sanità,

#### **I**

#### **Costituzione della Commissione conciliativa**

La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige è stata insediata il 1° agosto 2007. Essa è prevista dall'articolo 15 della Legge provinciale 18 novembre 2005, n. 10, che è stato inserito come articolo 4/bis nella Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, "Riordinamento del Servizio sanitario provinciale".

Con Decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11, è stato emanato il regolamento di esecuzione al citato articolo 4/bis della Legge provinciale n. 7/2001, che contiene i principi del procedimento davanti alla Commissione conciliativa.

La Commissione conciliativa è composta dai tre membri della Commissione e dalla Segreteria. La designazione dei membri della Commissione avviene ai sensi del citato articolo 4/bis della Legge provinciale n. 7/2001 in base a terne di nominativi proposte dal Presidente del Tribunale di Bolzano, dall'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Bolzano nonché dall'Ordine degli avvocati di Bolzano. Con deliberazione della Giunta provinciale 25 giugno 2007, n. 2189, sono stati nominati sia i membri effettivi sia i membri supplenti della Commissione conciliativa.

#### **II**

#### **Profili organizzativi**

Sotto il profilo organizzativo si è cercato il contatto con le parti necessarie della procedura, in particolare con le strutture della Sanità pubblica che, di fronte all'insediamento di questa Commissione, si sono venute a trovare dinanzi a nuove problematiche di non facile soluzione. Queste difficoltà si sono manifestate soprattutto nei Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico, anche perché l'Assicurazione ivi operante ha comunicato che non ha intenzione a partecipare alle udienze della Commissione. Si è quindi chiesto l'intervento degli organi amministrativi della Provincia ed è stato organizzato in data 26.05.2008 un "brainstorming" al quale hanno partecipato, fra gli altri, i coordinatori amministrativi dei quattro Comprensori sanitari. In tale sede:

- il Presidente della Commissione ha fatto presente come la procedura conciliativa è nell'interesse di tutte le parti, anche dei medici, che dovrebbero essere invitati dalle strutture a partecipare attivamente alle indagini della Commissione fornendo il loro punto di vista sulla domanda del paziente;
- il Servizio di Medicina Legale ha fatto presente che esso per contratto fornisce le valutazioni all'assicurazione del Servizio sanitario e quindi la sua collaborazione con la Commissione non



può che limitarsi alla cronistoria dei fatti e non alla valutazione medica del caso;

- si è ritenuto che sarebbe opportuno che in tutti i futuri contratti assicurativi venisse inserita la clausola che l'assicurazione ha l'obbligo di partecipare al procedimento dinanzi alla Commissione conciliativa; infatti, detta clausola, prevista contrattualmente solo per l'Assicurazione dei Comprensori sanitari di Bolzano e Merano, è la causa principale del miglior funzionamento del lavoro conciliativo per i Comprensori sanitari di Bolzano e Merano rispetto ai Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico;
- qualche Compensorio sanitario ha espresso l'opinione che si dovrebbe cambiare il Regolamento D.P.P. 18.01.2007, n. 11, nel senso che il medico dipendente dalla struttura sanitaria avesse la facoltà, ma non l'obbligo di partecipare al procedimento conciliativo, senza con la sua assenza bloccare il procedimento verso la struttura sanitaria.

Si è comunque deciso di raccogliere ulteriori esperienze in merito al funzionamento della Commissione prima di pensare a proporre delle modifiche del Regolamento in sede politica.

Anche i Comprensori sanitari di Bolzano e Merano non hanno però mancato di manifestare perplessità di fornire le informazioni richieste dalla Commissione, non rendendosi conto che dette informazioni, oltre ad essere dovute per legge, in varie occasioni hanno portato ad una dichiarazione di inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima e che esse comunque consentono un ampliamento dei termini per la presa di posizione della struttura, termini fissati dal Regolamento, ma considerati piuttosto stretti. Si spera che le delucidazioni fornite dal Presidente della Commissione siano servite ad eliminare i dubbi.

In generale si è dovuto osservare che la mancata comparizione dei medici delle strutture sanitarie alla prima udienza oppure, in caso di presenza di tutte le parti essenziali, il mancato conferimento dell'incarico alla Commissione alla fine della prima udienza dopo esperito il primo tentativo di conciliazione (che inevitabilmente conducono all'archiviazione della domanda) viene motivato nei seguenti termini: L'Azienda sanitaria "dichiara che l'assicurazione ha declinato ogni responsabilità per i fatti accaduti e quindi (l'Azienda) non intende proseguire nella procedura" (vedi fascicolo 10/2007; in senso analogo fascicolo 9/2007 ed altri). Questa reazione è illogica perché l'Azienda sanitaria—parte necessaria e l'Assicurazione—parte facoltativa sono soggetti diversi, autonomi e portatori di interessi in parte differenti e perché è proprio compito di questa Commissione accertare se vi sia responsabilità medica o se essa vada esclusa. Se l'Azienda sanitaria o il medico o l'Assicurazione sono dell'avviso che non sussiste responsabilità medica, dovrebbero portare i loro argomenti dinanzi alla Commissione e non impedire la valutazione tramite la Commissione, perché impedire la discussione è carenza di senso democratico e quindi il paziente giustamente potrà lamentarsi che le controparti si sono sottratte al confronto con conseguenze per esempio in ordine alle spese di un eventuale successivo giudizio dinanzi all'Autorità giudiziaria e con l'ulteriore conseguenza che, se non si vogliono analizzare le segnalazioni di eventuali errori, non si prevengono ulteriori errori, quando questa prevenzione è invece dovere preciso dell'Azienda sanitaria e del singolo medico.

Occorre ricordare che compito di questa Commissione non è quello di conciliare fra una pretesa in danaro maggiore o minore dei pazienti, ma di accertare in primis e quale necessario presupposto di ogni liquidazione del danno la sussistenza della responsabilità del medico. Una quantificazione del danno avviene solo se vi è l'affermazione da parte di questa Commissione della responsabilità del medico e in tanti casi la Commissione ha ritenuto che non sussiste responsabilità alcuna, per cui non poteva essere riconosciuto alcun risarcimento del danno. Su questo punto la Commissione non ha alcuna possibilità né intenzione di tentennare, anche perché essa, salva espressa unanime richiesta delle parti, decide secondo diritto e non secondo equità.

La presenza dell'assicurazione nel procedimento, indispensabile se si vuole giungere alla firma di una transazione produttiva di diritti di credito del paziente, e comunque sempre utilissima per



l'apporto dialettico sia sull'"an debeatur" che sul "quantum debeatur", non è necessaria per la procedura conciliativa, non essendo l'assicurazione una parte necessaria, ma solo facoltativa della medesima. La struttura sanitaria dovrebbe quindi, anche in assenza dell'assicurazione, consentire che la procedura possa avere il suo corso. La Commissione infatti formula la sua motivata proposta di conciliazione, eventualmente dopo aver raccolto una consulenza tecnica, sulla sussistenza o meno della responsabilità del medico e, nel caso ravveda la responsabilità, quantifica il danno. Questa pronuncia secondo il Regolamento non è vincolante né per le parti necessarie, né per l'assicurazione, ma ha un peso notevole perché costringerà la parte che è di diverso avviso ad un'analisi ancora più approfondita dell'analisi svolta dalla Commissione.

Per quanto riguarda invece i medici privati, non legati cioè ad una struttura sanitaria, si sono verificate tutte le ipotesi possibili: alcuni medici hanno transatto alla prima udienza; evidentemente è stata apprezzata la possibilità di chiudere con rapidità e riservatezza vertenze di scarso peso economico. Altri medici hanno fornito dettagliate informazioni ed argomentazioni scritte per confutare la tesi del paziente e all'udienza hanno fornito ogni spiegazione al cospetto del paziente, ma poi non hanno chiesto la valutazione del caso alla Commissione; anche questo atteggiamento va valutato positivamente perché, lungi dal segnalare disinteresse o chiusura, fornisce al paziente una precisa giustificazione dell'operato del medico e gli consente di valutare, eventualmente con l'ausilio di un legale, se insistere o meno nella sua pretesa dinanzi all'Autorità giudiziaria. Infine, c'è chi ha incaricato la Commissione della valutazione del caso; questa soluzione offre l'opportunità di ottenere una consulenza tecnica di altissimo livello (finora sono stati incaricati dei medici – professori universitari) la cui spesa viene assunta dalla Provincia. Non sono mancati poi i casi deplorabili di silenzio assoluto dei medici con la conseguente archiviazione del procedimento.

La Commissione si è inoltre preoccupata di creare un elenco di medici specialisti disposti a svolgere le consulenze eventualmente disposte da questa Commissione. A seguito dell'intervento del Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri dott. Andreas von Lutterotti vari esperti locali nelle singole materie di grande esperienza e di chiara fama si sono dichiarati disponibili a fornire detta attività. Si è però constatato che il più delle volte i pazienti non mancano di diffidare dei medici locali perché ritenuti troppo vicini all'ambiente del medico della cui responsabilità si discute, per cui finora si è preferito richiamare quali consulenti della Commissione dei medici-professori dell'Università di Verona.

In definitiva il servizio reso dalle Commissioni conciliative per questioni di responsabilità medica è manifestazione del grado di cultura raggiunto dalla società, perché realizza la tutela efficace del cittadino dinanzi al routinario lavoro dell'apparato sanitario che, talvolta, corre il rischio di non essere trasparente: anche il buon funzionamento della Commissione è dunque indice di progresso sociale. Nei Paesi a nord delle Alpi le Commissioni conciliative funzionano da molti decenni e le Assicurazioni sono quindi abituate ad intervenire in tale sede. In Italia lo sviluppo di strutture extragiudiziarie è appena agli inizi e quindi le assicurazioni non sono abituate a servirsi di tali strutture. Esistono solo poche Commissioni conciliative per questioni di responsabilità medica che, seguendo l'esempio delle Commissioni di oltre confine, sono istituite presso i Consigli dell'Ordine dei medici e che per tale allocazione potrebbero apparire meno oggettive (ma l'esperienza ha dimostrato che esse sono molto attente a pronunce assolutamente oggettive); non si conoscono invece in Italia e fuori dell'ambito della Provincia Autonoma di Bolzano Commissioni conciliative istituite per legge e non inserite nelle strutture dei Consigli dell'Ordine dei medici, ma operanti quali organi autonomi anche dal punto di vista organizzativo.

I vantaggi che offrono le Commissioni conciliative per questioni di responsabilità medica per tutte le parti coinvolte che siano in buona fede sono però di tale evidenza che si può ragionevolmente essere ottimisti sull'uso sempre più diffuso di questo strumento idoneo a dirimere con rapidità e discrezione vertenze spesse volte di notevole complessità. Del resto le Commissioni conciliative per questioni di responsabilità medica costituiscono un onere per la collettività assunto nell'intenzione di sempre meglio servire il cittadino e il cittadino – quest'è l'esperienza finora raccolta – apprezza questo sforzo che si aggiunge quale integrazione all'enorme sforzo di



garantire a tutti la possibilità di una tutela della salute gratuita o quasi.

### III Pendenza e classificazione delle domande

In data 01.01.2008 erano pendenti dinanzi a questa Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica 17 procedimenti. Infatti, dall'01.08.2007, data di insediamento della Commissione, fino al 31.12.2007 erano pervenute 21 domande e 4 domande erano state definite.

In data 31.12.2008 erano pendenti dinanzi a questa Commissione sempre 17 procedimenti. Infatti, nel corso dell'anno 2008 sono pervenute 36 domande che sommate alle 17 domande ancora pendenti dal 2007, danno una pendenza complessiva di 53 procedimenti. Di essi 36 procedimenti sono stati definiti; da ciò una pendenza al 31.12.2008 invariata di complessivi 17 procedimenti (53 meno 36). Si tratta di numeri che si possono definire fisiologici per cui da un punto di vista sostanziale non si può parlare di arretrato.

I dati sono evidenziati nel prospetto che segue:

Anno	Domande		
	pervenute	definite	pendenti
2007 (dal 01.08.)	21	4	17 del 2007
2008	36	36 di cui 14 del 2007 e 22 del 2008	17 di cui 3 del 2007 e 14 del 2008

Analizzando più in dettaglio i singoli procedimenti risulta che:  
delle 21 domande pervenute nell'anno 2007:

a) 4 domande sono state istruite e portate a conclusione nello stesso anno 2007:

- due domande sono state conciliate in occasione della prima udienza;
- in un caso la Commissione conciliativa ha dichiarato la propria incompetenza, in quanto l'errore non era ascrivibile ad un medico, bensì ad un infermiere;
- una domanda è stata dichiarata inammissibile ai sensi dell'articolo 18, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto era palese che il presunto danno alla salute non era dovuto ad un errore nella diagnosi o nella terapia;

b) 14 domande sono state istruite e portate a conclusione nell'anno 2008:

- due domande sono state conciliate in occasione della prima udienza;
- una domanda è stata conciliata in occasione dell'udienza finale: tutte le parti hanno accettato la proposta di conciliazione della Commissione conciliativa che ha accertato la sussistenza di errore terapeutico e quantificato il risarcimento del danno spettante;
- una domanda è stata conciliata successivamente all'udienza finale: la Commissione conciliativa ha accertato la sussistenza dell'errore terapeutico, quantificando contestualmente il danno; l'Assicurazione, non presente all'udienza finale, ha successivamente accettato la proposta di conciliazione della Commissione conciliativa;
- in un caso la Commissione conciliativa ha accertato che non sussiste errore medico;
- cinque domande sono state archiviate in occasione della prima udienza ai sensi dell'articolo 19, comma 1, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto una delle parti necessarie non era comparsa;
- una domanda è stata archiviata ai sensi dell'articolo 18, comma 2, del Regolamento D.P.P. 18



gennaio 2007, n. 11, in quanto la Commissione conciliativa in occasione della prima udienza è venuta a conoscenza della pendenza di un procedimento giurisdizionale civile davanti all'autorità giudiziaria ordinaria;

- tre domande sono state archiviate ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto il rappresentante dell'Azienda sanitaria dopo il primo tentativo di conciliazione in occasione della prima udienza non ha chiesto l'introduzione del procedimento formale di conciliazione;

c) 1 domanda è stata portata a conclusione nell'udienza finale del 28.01.2009: la Commissione conciliativa ha accertato che non sussiste errore nella diagnosi o terapia;

d) 2 domande riguardano casi particolarmente complessi ancora aperti: in un caso a seguito della consulenza tecnica esperita è stata fissata l'udienza finale per il 29 aprile 2009; nell'altro caso, dopo lunghe trattative fra le parti, attualmente è in corso la consulenza tecnica;

#### delle 36 domande pervenute nell'anno 2008:

a) 22 domande sono state istruite e portate a conclusione nello stesso anno di ricezione 2008 e precisamente:

- due domande sono state conciliate in occasione della prima udienza;
- una domanda è stata conciliata in occasione dell'udienza finale: tutte le parti, compresa l'Assicurazione, hanno accettato la proposta di conciliazione della Commissione conciliativa che ha accertato la sussistenza della responsabilità del medico e quantificato il risarcimento del danno spettante;
- una domanda è stata conciliata, ma formalmente archiviata ai sensi dell'articolo 18, comma 2, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto la Commissione conciliativa in occasione dell'udienza di rinvio della prima udienza di comparizione delle parti è venuta a conoscenza che la controversia si era nel frattempo risolta in via transattiva;
- sette domande sono state dichiarate inammissibili ai sensi dell'articolo 18, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto era palese che il presunto danno alla salute non era dovuto ad un errore nella diagnosi o nella terapia;
- in tre casi la Commissione conciliativa ha accertato che non sussiste errore medico;
- cinque domande sono state archiviate all'inizio della prima udienza ai sensi dell'articolo 19, comma 1, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto almeno una delle parti necessarie non era comparsa; in uno di questi casi la parte istante ha rinunciato al procedimento davanti alla Commissione conciliativa;
- tre domande sono state archiviate, dopo esperito il tentativo di conciliazione a conclusione della prima udienza, ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto il rappresentante dell'Azienda sanitaria rispettivamente il medico non hanno chiesto l'introduzione del procedimento formale di conciliazione; in uno di questi casi è stata la parte istante a non chiedere l'introduzione del procedimento, in quanto ha preferito citare in giudizio le controparti;

b) 1 domanda è stata archiviata in data 28.01.2009 ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto il rappresentante dell'Azienda sanitaria non ha chiesto l'introduzione del procedimento formale di conciliazione;

c) il procedimento relativo a 13 domande è in corso:

- in due casi è stato chiesto all'Azienda sanitaria di completare la documentazione clinica presentata dalla parte istante;
- in quattro casi è stata fissata la prima udienza di comparizione delle parti davanti alla Commissione conciliativa;
- in un caso è stato disposto il rinvio della prima udienza, tenutasi il 28.01.2009;



- in sei casi la Commissione conciliativa in occasione della prima udienza ha ricevuto ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, l'incarico di valutare il caso; in due di questi casi la Commissione ha nominato un consulente tecnico; in altri due casi è già stata fissata l'udienza finale.

Dei 57 casi pervenuti dal 01.08.2007 al 31.12.2008 sono quindi stati definiti complessivamente 40 casi di cui 18 casi pervenuti nel 2007 e 22 casi pervenuti nel 2008 come si evidenzia nel prospetto che segue:

Descrizione	2007	2008	Totale
Conciliazione fra le parti	4	2	6
Proposta di conciliazione formulata dalla Commissione	3	4	7
Transazione al di fuori del procedimento conciliativo	0	1	1
Incompetenza della Commissione (la responsabilità riguardava un infermiere e non un medico)	1	0	1
Inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	8
Archiviazione per mancata comparizione del medico e/o della struttura sanitaria alla prima udienza	5	5	10
Archiviazione per mancato incarico alla Commissione da parte del medico e/o della struttura sanitaria (in 1 dei casi da parte del paziente) dopo l'insuccesso del tentativo di conciliazione	3	3	6
Archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	1
Totale dei procedimenti definiti	18	22	40
Procedimenti pendenti	3	14	17
Totale delle domande pervenute	21	36	57

#### IV Risultanze statistiche

Si segnalano le seguenti risultanze statistiche perché potrebbero essere di qualche interesse:

A) delle 36 domande presentate nell'anno 2008,

- 30 domande riguardano il Servizio sanitario pubblico (per il 2007 18 domande su 21);
- 6 domande riguardano medici privati (per il 2007 3 domande su 21).

B) Delle 30 domande presentate nell'anno 2008 che riguardano il Servizio sanitario pubblico:

- 15 domande concernono il Comprensorio sanitario di Bolzano (per il 2007 6 domande su 18);
- 8 domande concernono il Comprensorio sanitario di Merano (per il 2007 5 domande su 18);
- 3 domande concernono il Comprensorio sanitario di Bressanone (per il 2007 4 domande su 18);
- 4 domande concernono il Comprensorio sanitario di Brunico (per il 2007 3 domande su 18).

C) Il paziente nelle domande presentate nel 2008 ritiene





- in 26 casi che la propria salute sia stata danneggiata da un errore nella diagnosi o nella terapia (per il 2007 in 16 casi);
- in 1 caso che il danno alla salute è conseguenza della violazione del consenso informato (per il 2007 in nessun caso);
- in 9 casi che il danno alla salute sia dovuto sia ad un errore nella diagnosi o nella terapia sia alla violazione del consenso informato (per il 2007 in 5 casi).

D) Delle 36 domande complessivamente pervenute nell'anno 2008:

- 13 domande vedono coinvolti un Reparto di Ortopedia o Medici ortopedici (per il 2007 5 domande su 21); 4 di queste domande sono state dichiarate inammissibili (per il 2007 nessuna domanda);
- 4 domande vedono coinvolto il Pronto Soccorso (per il 2007 1 domanda su 21); una di queste domande è stata dichiarata inammissibile (per il 2007 nessuna domanda);
- 4 domande vedono coinvolto un Reparto di Ginecologia (per il 2007 nessuna domanda);
- 2 domande vedono coinvolto un Reparto di Oculistica o Medici oculisti (per il 2007 1 domanda su 21);
- 2 domande vedono coinvolto un Reparto di Anestesia (per il 2007 nessuna domanda);
- 2 domande vedono coinvolto un Reparto di Chirurgia vascolare e toracica (per il 2007 nessuna domanda); una di queste due domande è stata dichiarata inammissibile;
- 1 domanda vede coinvolto un Reparto di Psichiatria (per il 2007 nessuna domanda); la domanda è stata dichiarata inammissibile;
- 1 domanda vede coinvolto un Reparto di Pediatria (per il 2007 1 domanda su 21);
- 1 domanda vede coinvolto un Reparto di Cardiologia (per il 2007 nessuna domanda);
- 1 domanda vede coinvolto un Reparto di Otorinolaringoiatria (per il 2007 2 domande su 21);
- 1 domanda vede coinvolto un Reparto di Radiologia (per il 2007 nessuna domanda);
- 1 domanda vede coinvolto un Reparto di Chirurgia (per il 2007 3 domande su 21);
- 1 domanda vede coinvolti il Pronto Soccorso nonché i Reparti di Medicina e di Oncologia (per il 2007 nessuna domanda);
- 1 domanda vede coinvolto un Medico dentista (per il 2007 3 domande su 21);
- 1 domanda vede coinvolto un Medico di Medicina generale (per il 2007 nessuna domanda).

E) Delle 36 domande complessivamente pervenute nell'anno 2008:

- 30 domande sono state presentate senza l'ausilio di un legale (nel 2007 16 domande su 21);
- 5 domande sono state presentate con l'ausilio di un legale (nel 2007 4 domande su 21);
- 1 domanda è stata presentata per il tramite della Difesa civica (nel 2007 1 domanda su 21).

F) Nei 40 casi definiti al 31.12.2008 (e un caso definito il 28.01.2009):

- la durata media di tutti i procedimenti è stata di giorni 166;
- la durata media dei soli procedimenti in cui la Commissione ha emesso proposta di conciliazione senza disporre consulenza tecnica è stata di giorni 280;
- la durata media dei soli procedimenti in cui la Commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha emesso proposta di conciliazione è stata di giorni 409;
- quindi la durata media della totalità dei procedimenti è stata di meno di mezz'anno, mentre la durata media dei procedimenti più completi è stata di poco superiore all'anno.

G) Dei casi definiti al 31.12.2008:

- in 7 casi pari al 35% è stata accertata la responsabilità del medico/della struttura sanitaria di appartenenza del medico;
- in 13 casi pari al 65% è stata esclusa la responsabilità del medico/della struttura sanitaria di appartenenza del medico.



H) Dei casi pervenuti entro il 31.12.2008:

- in 7 casi la Commissione ha nominato un consulente tecnico;
- il costo medio delle consulenze tecniche ammonta a euro 1.802,71.

I) La media aritmetica dei risarcimenti danno riconosciuti dalla Commissione o concordati fra le parti dinanzi alla Commissione ammonta a euro 7.551,00.

J) Nel 2008 la lingua del procedimento era:

- per 24 domande su 36 la lingua tedesca (nel 2007 per 13 domande su 21);
- per 12 domande su 36 la lingua italiana (nel 2007 per 8 domande su 21).

K) L'età dei pazienti era:

- in media 49 anni (nel 2007 49 anni);
- 11 anni nel caso del paziente più giovane (nel 2007 4 anni);
- 83 anni nel caso del paziente più anziano (nel 2007 69 anni).

## V Casistica

Può essere di interesse esporre brevemente alcuni casi che sono stati sottoposti al vaglio di questa Commissione. La proposta di conciliazione formulata dalla Commissione valuta innanzitutto se sussista una responsabilità del medico oppure se essa debba essere esclusa. Solo nel primo caso si procede alla quantificazione del danno subito dal paziente.

Così per esempio è stato ritenuto:

- che sussisteva errore terapeutico del chirurgo ortopedico nel provvedere alla riduzione chirurgica della frattura di gamba in modo tale da doversi provvedere a nuova riduzione chirurgica. È stato riconosciuto il danno per il prolungamento della malattia, per danni morali e per alcune spese che non avrebbero dovuto essere effettuate, se il primo intervento fosse stato eseguito a regola d'arte;
- che non poteva essere riconosciuto errore del chirurgo in quanto verificatosi dopo una tenolisi per dito a scatto, visti i risultati delle indagini elettrofisiologiche;
- che sussisteva responsabilità del chirurgo per mancato consenso informato con peggioramento delle condizioni di salute del paziente nel caso in cui al paziente era stata rimossa una cisti della ghiandola salivare con lesione del nervo linguale; il paziente non era stato informato della possibile complicità;
- che non sussisteva responsabilità del medico pediatra che aveva in cura il neonato per una malformazione delle anche che sarà diagnosticata nel giovane paziente all'età di otto anni, in quanto dalle immagini sonografiche realizzate sul neonato, recuperate e riesaminate, la malformazione non era allora riconoscibile;
- che era incorso in errore terapeutico lo specialista ortopedico che, in un caso di frattura dell'ulna, persisteva nella terapia conservativa mediante una pluralità di posizioni e immobilizzazioni gessate, trattando il paziente per ben quattro volte in dodici giorni e rifiutando la riduzione cruenta nonostante il continuo dolore e gonfiore e costringendo il paziente a rivolgersi a diversa struttura pubblica che immediatamente provvedeva alla riduzione cruenta. È stato riconosciuto un danno biologico temporaneo, un danno morale e un danno per le spese sostenute per i trasferimenti nella struttura sanitaria esistente in città



non di residenza del paziente;

- che non vi era responsabilità del medico per un trattamento farmacologico di un focolaio di recidiva tubercolotica che aveva portato ad una complicanza epatica e che, tenuto anche conto di tutti gli approfonditi controlli documentatamente curati dallo staff dell'Unità operativa, non usciva dal novero delle complicanze e non rientrava negli errori.

Per quanto riguarda la forma della proposta di conciliazione si è scelta quella prevista per le sentenze dei tribunali ordinari. Dopo dettagliata esposizione delle dichiarazioni del paziente, delle precisazioni del medico, delle argomentazioni dell'azienda sanitaria e delle valutazioni dell'assicuratore si indicano i passi intrapresi nell'istruttoria del caso. Nella motivazione poi vengono ricostruite e vagliate le circostanze di fatto e viene analizzata alla luce della più recente giurisprudenza la situazione di diritto sia in materia di responsabilità medica che in materia di quantificazione del danno.

La procedura prevista per giungere alla proposta di conciliazione è la seguente: il paziente formula la sua domanda su un prestampato che gli viene messo a disposizione e sul quale deve indicare il medico o i medici che ritiene responsabili e fare una succinta esposizione del suo caso. Se il caso non viene dichiarato inammissibile preliminarmente per manifesta infondatezza della domanda, viene fissata la prima udienza. Se a tale udienza una parte essenziale non compare, il procedimento viene archiviato. Se tutte le parti essenziali ci sono, si tenta la conciliazione che, se riesce, viene verbalizzata e il caso è transatto. Se la conciliazione non riesce e le parti concordemente incaricano la Commissione di valutare il caso, si introduce il procedimento istruttorio. Se per decidere occorre espletare una consulenza tecnica, viene dato incarico al perito. La consulenza è gratuita per le parti perché viene pagata dall'Amministrazione provinciale. Poi viene fissata l'udienza finale prima della quale le parti quantificano i danni. La proposta di conciliazione viene letta all'udienza finale; essa non ha efficacia di giudicato e può essere modificata dalle parti all'udienza finale oppure in un momento successivo.

È prevista anche la dichiarazione di inammissibilità della domanda. In questi casi non viene fissata la prima udienza per cui non si forma il contraddittorio fra le parti e il provvedimento viene redatto nella forma dell'ordinanza motivata. In sostanza si tratta di pazienti che, anziché indicare uno specifico errore di uno o più medici, si lamentano in termini generici o specifici del comportamento del medico nei propri confronti senza di norma allegare un danno-conseguenza.

Si elencano qui di seguito alcuni casi dichiarati inammissibili:

- un paziente si lamenta che un medico aveva rifiutato di attestare un prolungamento della malattia accusandolo di fare il furbo;
- la vedova di un paziente deceduto dopo lungo trattamento e molta sofferenza a causa di un tumore si lamenta dell'indifferenza e insensibilità dei medici che ebbero in cura il marito;
- un paziente si lamenta che i medici, peraltro non nominativamente indicati, avrebbero "trascurato" il suo organo malato;
- un paziente che aveva subito la lesione di un'articolazione, dopo essere stato visitato dal medico della struttura pubblica che gli aveva prescritto un esame specialistico per ulteriori accertamenti, si lamenta di essersi "dovuto" rivolgere ad un medico privato, quando invece egli non aveva atteso l'ulteriore visita e il vaglio del referto dell'esame specialistico attraverso il medico della struttura pubblica;
- un paziente si lamenta che i medici della struttura pubblica si erano rifiutati di inviarlo alla Clinica Universitaria di Innsbruck per tentare di reimpiantare il dito amputato in un incidente sul lavoro, quando dalla cartella clinica e dal referto della sala operatoria emerge che il dito era completamente maciullato e l'osso frantumato per cui era esclusa la possibilità di reimpiantazione;



- un paziente espone di soffrire di gravi dolori dopo l'amputazione di una falange di un dito e accusa il medico di avere lesa un nervo. L'esame neurologico mediante EMG escludeva però la lesione nervosa e risultava dall'indennizzazione dell'INAIL che il paziente aveva sviluppato un morbus Sudeck.

Questi casi andrebbero semmai portati innanzi agli Uffici per le relazioni con il pubblico (URP) o comunque in altre sedi come gli uffici preposti disciplinariamente ai medici coinvolti, avendo questa Commissione una funzione diversa e cioè quella di facilitare la transazione di vertenze che altrimenti verrebbero portate innanzi ai Tribunali.

## **VI Conclusioni**

Oggi giorno ogni cittadino è assicurato per gli errori che commette nell'espletamento della propria professione. È quindi assurdo pensare che quella categoria professionale che opera nel campo più minato di pericoli, appunto quella medica, non possa commettere errori, non debba ammettere questi errori quando sono commessi e non sia adeguatamente assicurata per essere in grado di risarcire eventuali danni provocati. Ed è assurdo considerare l'errore eventualmente commesso come una vergogna o come un attacco all'onorabilità del medico. L'errore è quantificabile statisticamente; esso diventa un problema solo se un particolare medico commette errori in misura superiore alle percentuali indicate dalle statistiche in relazione ai singoli interventi.

È quindi necessario che si formi una cultura della trasparenza e dell'onestà. Sono soprattutto le strutture pubbliche che devono dare l'esempio, perché le strutture pubbliche non operano secondo il criterio del profitto, ma secondo il criterio dell'utilità per la collettività. Ma anche per il medico privato l'errore non tange la sua economia perché ogni medico dovrebbe essere protetto da assicurazioni contro il rischio di dover risarcire un danno causato.

È giusto che si dia la parola al paziente così come è giusto che il medico possa esporre dinanzi a organismi competenti e oggettivi il suo punto di vista. Questa Commissione ha la funzione di far sì che i contrapposti interessi trovino adeguata compensazione, difendendo sia il paziente che ha subito un danno ingiusto, sia il medico che si vede esposto a pretese infondate.

Questo rapporto viene redatto ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del Decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11.

Bolzano, 28 aprile 2009

La Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica:

f.to Dott. Josef Kreuzer

f.to Prof. Dott. Mario Marigo

f.to Avv. Dott.ssa Christina Gasser

Il Segretario  
f.to Dott. Christian Leuprecht