

Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica

Rapporto sull'attività 2009



AUTONOME PROVINZ
BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO - ALTO ADIGE



Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica Bolzano

Rapporto sull'attività 2009

Indice

I	Le norme che disciplinano la Commissione conciliativa	pag. 3
II	Come si svolge il procedimento	pag. 3
III	Pendenza e classificazione delle domande	pag. 8
IV	Risultanze statistiche	pag. 12
V	Casistica	pag. 15
VI	Le nuove norme sulla mediazione	pag. 17



Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica Bolzano

Rapporto sull'attività 2009

Egregio Assessore provinciale alla Sanità,

I

Le norme che istituiscono la Commissione conciliativa

Considerato che la Commissione conciliativa è stata istituita solo di recente appare utile richiamare le norme sulle quali essa si fonda. La Commissione è prevista dall'articolo 15 della Legge provinciale 18 novembre 2005, n. 10, che è stato inserito quale articolo 4/bis nella Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, "Riordinamento del Servizio sanitario provinciale". Il relativo Regolamento di esecuzione è stato emanato con Decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11.

La Commissione è stata nominata con delibera della Giunta Provinciale 25 giugno 2007, n. 2189, scegliendo i membri, in ossequio alla prescrizione legislativa, da una terna di nominativi proposta dal Presidente del Tribunale di Bolzano per il presidente della Commissione che dev'essere un "giudice, anche a riposo", da una terna di nominativi proposta dal Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bolzano per il membro "medico legale" e da una terna di nominativi proposta dal Consiglio dell'Ordine degli avvocati di Bolzano per quanto concerne il membro "laureato in giurisprudenza con conoscenze in materia di responsabilità medica". L'ultimo coordinamento delle nomine viene di seguito espletato dalla Giunta provinciale, che deve garantire il bilinguismo, dato che la Commissione si deve adeguare alla lingua italiana o tedesca scelta da chi presenta la domanda (si veda sulla lingua usata il prospetto J della parte IV di questo rapporto).

La Commissione si è incontrata per la prima volta il 1° agosto 2007.

II

Come si svolge il procedimento

La Commissione si è trovata a lavorare su un terreno del tutto nuovo, non esistendo in Italia delle precedenti esperienze di sufficiente vastità in materia di mediazione del contenzioso medico. È vero che i Consigli dell'Ordine dei medici di alcune città hanno istituito delle Commissioni sull'esempio delle "Schlichtungsstellen" e "Gutachterkommissionen" d'Oltralpe. Altre organizzazioni intese alla conciliazione fra pazienti e medici sono sorte all'interno di grandi ospedali.



Risulta però che l'utilizzo di dette Commissioni è stato molto limitato ed è evidente che ciò non deriva dal fatto che di esse non ce ne sia bisogno, ma dal fatto che è tutt'altro che scontato farle funzionare, occorrendo per il loro funzionamento molteplici collaborazioni esterne che, se mancano, rendono difficile l'attività conoscitiva della Commissione. In particolare la Commissione può funzionare solo se riesce a **raccogliere le informazioni** che sono necessarie per una decisione fondata. È quindi necessaria l'attiva partecipazione soprattutto dei Servizi sanitari locali, degli ospedali e delle cliniche oltre che dei singoli medici perchè è noto come il paziente si trova di fronte a grosse difficoltà, quando cerca di raccogliere la documentazione su quanto gli è successo durante il suo trattamento medico-sanitario.

Va subito detto che quest'attività di collaborazione con la Commissione è tutt'altro che semplice e pone gli Uffici del Servizio sanitario e delle cliniche private nonchè i medici coinvolti dinanzi a decisioni delicate, proprio perchè possono coinvolgere sia le aziende che i medici in responsabilità con conseguenze economiche e di immagine. È però necessario che si sviluppi uno standard comportamentale improntato alla massima correttezza e trasparenza nel raccontare come si sono svolte le cose ed è necessario che i risultati dell'indagine vengano comunicati alla Commissione senza tergiversazioni. I fatti rilevanti per la decisione non vanno valutati, ma vanno ricostruiti, la valutazione essendo un processo successivo che si deve basare su una ricostruzione sincera e puntigliosa delle vicende sanitarie verificatesi.

Per questo motivo l'articolo 4 bis, comma 7, della Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, impone: "La Provincia, le aziende sanitarie nonchè tutte le aziende ed enti dipendenti dalla Provincia devono collaborare, su richiesta, con la Commissione conciliativa". Inoltre per l'articolo 11, comma 2, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, "il Servizio di medicina legale e la Direzione sanitaria dell'azienda sanitaria collaborano, ai fini del comma 1, con la Commissione e con la persona che funge da consulente tecnico della Commissione anche mettendo a disposizione la documentazione clinica," . Se questa collaborazione non funziona, la Commissione ha poche chances di svolgere le proprie funzioni in modo soddisfacente.

Ed in effetti la collaborazione fra il Servizio sanitario pubblico e la Commissione nel corso del tempo è notevolmente migliorata: ormai gli Uffici incaricati di informare la Commissione hanno acquisito esperienza e sviluppato una certa routine con ottimi risultati sul lavoro che la Commissione svolge in seguito.



Il lavoro della Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica per l'articolo 2 del Regolamento deve informarsi a tre principi:

A. La volontarietà della partecipazione: è evidente che non si può conciliare, se una delle parti essenziali non intende conciliare ma ritiene che, se il paziente vuole qualcosa, si rivolga ai Tribunali. Quindi, se una parte essenziale (paziente, medico, azienda sanitaria o clinica privata) non compare alla prima udienza, il procedimento termina con un decreto di archiviazione.



Il recentissimo Decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, ha superato per le nuove forme di mediazione la volontarietà, stabilendo all'articolo 5 che il ricorso alla procedura di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale; la norma entrerà in vigore nell'aprile 2011, affinché nel frattempo possano essere creati in tutta Italia gli organismi di mediazione e conciliazione previsti dal Decreto. Ciò impone di riflettere sul coordinamento delle nuove norme nazionali con la normativa provinciale in base alla quale è stata istituita la presente Commissione.

B. La gratuità della procedura: la procedura nulla costa all'istante e, se la Commissione ritiene necessario raccogliere una consulenza tecnica, la relativa nota spese viene pagata con mezzi finanziari pubblici. La gratuità non si estende ad eventuali avvocati, dai quali l'istante ritiene di farsi assistere e non si estende ai consulenti di parte, che vanno pagati dall'istante. La statistica evidenzia comunque (si veda la parte IV del rapporto, lettera E) che normalmente l'istante giunge dinanzi alla Commissione senza legale, facendosi eventualmente aiutare da un familiare o conoscente. Del resto la procedura volutamente è stata tenuta semplicissima richiedendosi all'istante solamente di firmare un prestampato nel quale inserisce le sue generalità, il nome del medico e dell'ente sanitario che ritiene responsabili e una breve esposizione del fatto del quale si lamenta. In più il Segretario della Commissione aiuta gli istanti anche in tali incumbenti.

C. La non vincolatività delle proposte e decisioni della Commissione: i provvedimenti della Commissione non hanno altra forza che quella del convincimento. Ogni parte è libera di seguire o non seguire la decisione della Commissione. Ci si può chiedere allora, se il lavoro della Commissione non sia inutile, essendo simile ad una scrittura nella sabbia che il vento successivo cancellerà. L'esperienza dimostra che non è così. Finora tutte le valutazioni della Commissione sono state accettate dalle parti nel senso che l'Assicuratore ha pagato quanto la Commissione ha liquidato e non si ha notizia di azioni giudiziarie da parte di pazienti la cui domanda sia stata ritenuta infondata.

Proprio affinché la pronuncia della Commissione trovi, nonostante la sua non vincolatività, esecuzione, la Commissione si sforza di motivare con rigore le sue decisioni, similmente a quanto avviene con le sentenze dei tribunali: vengono perciò indicate nel dettaglio le richieste delle parti, viene esposto quali indagini sono state effettuate ed infine vengono svolte puntualmente le motivazioni della decisione. A chi argomenta che detta completezza non sia consona per una procedura conciliativa improntata ai principi della celerità e non vincolatività, si risponde che solo la puntuale **motivazione** può dissipare i dubbi che potrebbero far propendere l'assicuratore a non pagare perchè deve ulteriormente approfondire. Inoltre la precisa motivazione non comporta un prolungamento della durata della procedura perchè la proposta di conciliazione, dovendo essere letta all'udienza finale, deve necessariamente essere redatta prima dell'udienza finale.

Nel dispositivo del provvedimento letto all'udienza finale prima si era sempre parlato di "proposta di conciliazione" anche quando la domanda del paziente veniva respinta perchè non si ravvedeva responsabilità del medico, considerato che così suggerisce l'articolo 21 del Regolamento. Si è poi optato per un'altra soluzione perchè non è sembrato logico parlare di proposta di conciliazione quando si concludeva che nulla era dovuto. Si è allora preferito riservare il titolo "proposta di conciliazione" ai soli provvedimenti con liquidazione di un danno e si è ritenuto più consono usare invece la formula "la Commissione non è in



grado di formulare una proposta di conciliazione” in quei casi nei quali viene escluso un risarcimento, seguendo in ciò la formulazione usata all'estero dalle “Schlichtungsstellen”.

È chiaro che solo i provvedimenti che giungono all'udienza finale ricevono la sopraindicata attenzione perchè in essi si valuta la responsabilità del medico e della struttura sanitaria, affermandola o escludendola. I provvedimenti di inammissibilità per palese infondatezza della domanda invece (si veda l'articolo 18, comma 3, del Regolamento) ricevono una motivazione meno dettagliata, trattandosi normalmente di casi in cui vengono avanzate delle generiche lamentele senza una precisa domanda risarcitoria.

Infine ci sono dei provvedimenti della Commissione non motivati, ma nei quali viene solo indicata la circostanza che determina il provvedimento. Si tratta dei provvedimenti di archiviazione perchè una parte necessaria non è comparsa alla prima udienza o perchè la Commissione, dopo il fallimento del tentativo di conciliazione alla prima udienza, non riceve l'incarico di valutare il caso o perchè vi è pendenza di un giudizio civile o penale d'innanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria o perchè sul punto esiste già una sentenza civile o penale oppure una precedente transazione oppure infine perchè si è verificata la prescrizione decennale.



La durata dei procedimenti differisce molto da caso a caso. Essa dipende infatti da vari fattori:

- a) dal tipo della decisione: un caso di inammissibilità della domanda per palese infondatezza si conclude rapidamente; normalmente anche in questi casi vengono richieste informazioni alle strutture sanitarie, ma poi si decide senza il contraddittorio delle parti. Lo stesso vale per i procedimenti che si chiudono per le cause indicate dall'articolo 18 del Regolamento (causa civile o penale pendente, transazione avvenuta, prescrizione) o per l'incompetenza della Commissione (per esempio perchè la vertenza concerne medici che hanno operato fuori provincia o perchè l'accaduto concerne un infermiere e non un medico);
- b) dalla comparsa o meno di una parte essenziale alla prima udienza e dalla richiesta o meno delle parti essenziali alla fine della prima udienza e dopo il fallimento del tentativo di conciliazione che la Commissione valuti il caso; se una parte essenziale non compare alla prima udienza o, comparando, non chiede alla Commissione, dopo il fallito tentativo di conciliazione, di valutare il caso, si procede all'archiviazione del procedimento per cui dopo la prima udienza la Commissione non svolge altra attività;
- c) dalla necessità o meno di procedere ad una consulenza tecnica quando la Commissione è stata incaricata di valutare il caso; è evidente che, se è necessaria una consulenza tecnica, i tempi si allungano considerevolmente.

I casi di cui ai punti a) e b) si esauriscono in media in meno di cinque mesi. I casi invece di cui al punto c) si chiudono, se non occorre una consulenza tecnica, con una proposta di conciliazione formulata entro dieci mesi. Invece i casi in cui occorre incaricare un consulente tecnico necessitano in media un anno e mezzo (si veda nella parte IV, risultanze statistiche, il prospetto F).

Il tempo è necessario perchè occorre svolgere le seguenti attività: normalmente, prima di



fissare la prima udienza, si richiedono informazioni ai Comprensori sanitari o ai medici coinvolti e si fissa loro un termine di 30 giorni per rispondere. Fissando poi la prima udienza occorre rispettare i termini di cui all'articolo 17 del Regolamento (la prima udienza non può essere fissata prima di 45 giorni dalla notificazione della convocazione e non dopo 90 giorni dalla notificazione). Se poi la Commissione alla prima udienza riceve l'incarico di vagliare il caso e ritiene necessario disporre una consulenza tecnica, va formulato il provvedimento di nomina del c.t.u., scegliendolo fra persone competenti ed estranee all'ambiente coinvolto disponibili ad accettare l'incarico e formulando il quesito e il Direttore della Ripartizione provinciale Sanità deve concordare con il c.t.u. gli onorari (si vedano i limiti imposti dal Regolamento, articolo 10, comma 5) e deve raccogliere per i medici al servizio di aziende sanitarie pubbliche l'autorizzazione ad accettare l'incarico. Dall'accettazione dell'incarico decorre il termine di tre mesi che la Commissione ritiene di concedere al c.t.u. per il deposito della sua relazione scritta; i tre mesi sono tutti necessari, in quanto i professori universitari o i medici nominati provengono generalmente da Verona o Padova e devono esaminare il paziente nei locali delle strutture sanitarie della Provincia di Bolzano; dopo il deposito della relazione scritta, che qualche volta avviene anche dopo i tre mesi, le parti hanno 30 giorni di tempo per presentare una loro relazione peritale (si veda l'articolo 11, comma 5, del Regolamento); a questo punto può essere necessario che il c.t.u. presenti una relazione integrativa nella quale confuta gli argomenti dei consulenti di parte. Va infine fissata l'udienza finale, prima della quale vanno eventualmente tradotti gli atti nella lingua usata dal paziente e va dato termine al paziente di quantificare il danno documentandolo almeno 30 giorni prima dell'udienza finale (si veda l'articolo 20 del Regolamento); dopodiché la Commissione decide il caso e prepara la proposta scritta di conciliazione formulata in modo analogo ad una sentenza, leggendola all'udienza finale. In questa sede sull'accordo delle parti ogni modifica della decisione è ancora possibile. Per adempiere a tutti questi incombeni occorre in media un anno e mezzo.

I tempi possono apparire lunghi per una procedura conciliativa, ma, a ben vedere, non si tratta più di una procedura di conciliazione, bensì di una procedura di cognizione a seguito di approfondita istruttoria che le parti hanno richiesto alla Commissione quando la conciliazione non è riuscita e che comporta, quantomeno nei casi fin'ora svolti, la completa eliminazione della vertenza; ed allora è più appropriato un confronto con la durata dei processi dinanzi all'Autorità giudiziaria, che non il confronto con normativamente prefissate e assai aleatorie durate di procedimenti conciliativi, i cui termini non possono che essere ordinatori e quindi per le più svariate esigenze istruttorie scarsamente rispettati.

_____ ■ _____

Di primaria importanza è **la partecipazione delle Assicurazioni** al procedimento. Senza l'avallo dell'assicuratore il funzionario del Servizio sanitario non è disposto a vincolare l'Amministrazione pubblica. All'inizio dei lavori della Commissione spesse volte la conciliazione, scopo primario del procedimento, veniva di fatto impedita perché dinanzi alle pretese del paziente non c'era chi aveva il potere di fare delle controproposte e di firmare un accordo.

Il problema è stato brillantemente risolto con l'inserimento in tutti i contratti di assicurazione stipulati dall'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano della clausola che l'assicuratore ha l'obbligo di intervenire nel procedimento conciliativo. In questo modo



l'assicuratore, che per l'articolo 14 del Regolamento non è parte essenziale del procedimento, bensì parte che può intervenire volontariamente nel procedimento, è divenuto parte sempre presente nel procedimento e partecipa attivamente alla conciliazione. È quindi stata superata quella discrepanza che esisteva fra i Comprensori sanitari di Bolzano e Merano che, avendo al loro fianco l'assicuratore, potevano conciliare e i Comprensori sanitari di Bressanone e Brunico che, quando non riuscivano a convincere l'assicuratore ad intervenire nella procedura, non erano in grado di firmare una conciliazione con il paziente. Come detto, questo problema è stato superato, avendo ormai tutti i Comprensori sanitari contratti assicurativi che fanno obbligo all'assicuratore di intervenire nella procedura conciliativa. La partecipazione dell'assicuratore ha determinato una forte riduzione nel 2009 delle archiviazioni (si veda il prospetto a conclusione della parte III del rapporto).

Per i medici privati i rapporti con l'assicuratore sono meno formali. Normalmente il medico privato consegna alla Commissione una lettera dell'assicuratore nella quale costui esprime la propria valutazione e dichiara se e in quale misura è disposto a risarcire il danno. Il medico stesso firma quindi la transazione senza la presenza dell'assicuratore. È avvenuto anche che il medico si sia dichiarato disposto a farsi carico del pagamento di somme di importo modesto anche senza avere la dichiarazione di manleva. Questo dovrebbe dimostrare che può esistere per il medico privato, come per il medico dipendente da una struttura del Servizio sanitario, l'interesse a chiudere un conflitto che in caso contrario potrebbe protrarre una pubblicità negativa.



In ultimo si evidenzia che la Commissione conciliativa è stata istituita non solo per le domande dei pazienti, ma anche per le **domande dei medici**. Non c'è dubbio che un medico possa venire letteralmente perseguitato da un paziente che si lamenta di conseguenze alla sua salute che non sono riconducibili al comportamento del medico. In simili casi il medico può avere un interesse a rivolgersi alla Commissione conciliativa per ottenere una declaratoria di mancanza di responsabilità. Anche per questi casi esiste un apposito prestampato che va riempito dal medico. Fino ad ora peraltro nessun medico ha presentato la domanda.

III

Pendenza e classificazione delle domande

In data 01.01.2009 erano pendenti dinanzi alla Commissione conciliativa per questioni di responsabilità medica 19 procedimenti. Infatti, dal 01.08.2007, data di insediamento della Commissione, fino al 31.12.2008 erano pervenute 57 domande e 38 domande erano state definite.

In data 31.12.2009 erano pendenti dinanzi alla Commissione 22 procedimenti. Infatti, nel corso dell'anno 2009 sono pervenute 28 domande che, sommate alle 19 domande ancora pendenti dal 2008, danno una pendenza complessiva di 47 procedimenti. Di essi 25 procedimenti sono stati definiti; da ciò una pendenza al 31.12.2009 di complessivi 22



procedimenti (47 meno 25). Si tratta di numeri che si possono definire fisiologici per cui da un punto di vista sostanziale non si può parlare di arretrato. Il leggero aumento della pendenza di tre casi è da attribuire alla circostanza che più casi sono risultati complessi necessitando di consulenza tecnica e quindi di un "iter" lungo.

I dati sono evidenziati nel prospetto che segue:

domande pervenute	definite entro il 31.12.2009	pendenti al 31.12.2009
nel 2007 (dal 01.08.)	21	0
nel 2008	36	4
nel 2009	28	18
pendenza complessiva al 31.12.2009		22

Come si vede nel 2009 vi è stata una diminuzione delle domande (28 anzichè 36 del 2008); si attribuisce detta flessione alla circostanza che all'inizio dell'attività della Commissione sono pervenute molte domande prossime alla prescrizione decennale, mentre attualmente confluiscono domande su fatti più recenti.

Analizzando più in dettaglio i singoli procedimenti risulta che:

delle 21 domande pervenute nell'anno 2007, tutte entro il 31.12.2009 sono state definite e precisamente:

- quattro domande sono state conciliate in occasione della prima udienza;
- in tre casi la Commissione conciliativa ha accertato con provvedimento letto all'udienza finale la sussistenza di errore terapeutico e quantificato il risarcimento del danno spettante;
- in tre casi la Commissione conciliativa ha accertato con provvedimento letto all'udienza finale che non sussiste errore medico;
- 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;
- 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;
- 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 o il medico alla fine della prima udienza dopo il tentativo di conciliazione fallito non hanno chiesto alla Commissione di valutare il caso;
- 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 processo civile davanti all'Autorità giudiziaria ordinaria.

**Delle 36 domande pervenute nell'anno 2008:**

a) 32 domande sono state definite entro il 31.12.2009 e precisamente:

- cinque domande sono state conciliate in occasione della prima udienza;
- in due casi la Commissione conciliativa ha accertato con provvedimento letto all'udienza finale la sussistenza di errore diagnostico o terapeutico e quantificato il risarcimento del danno spettante;
- in sette casi la Commissione conciliativa ha accertato con provvedimento letto all'udienza finale che non sussiste errore medico;
- 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;
- 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;
- cinque domande sono state archiviate ai sensi dell'articolo 19, comma 3, del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, in quanto una delle parti essenziali dopo il tentativo di conciliazione fallito non ha chiesto alla Commissione di valutare il caso;
- 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 controversia si era nel frattempo risolta in via transattiva;

b) 4 procedimenti alla fine del 2009 erano ancora in corso, essendo particolarmente complessi, e precisamente:

- un procedimento è stato portato all'udienza finale del 26.01.2010 e la Commissione ha accertato che non sussiste errore medico;
- in due procedimenti, raccolta consulenza tecnica, la Commissione ha fissato l'udienza finale per il 30.03.2010 rispettivamente per il 25.05.2010;
- in un procedimento è tutt'ora in corso lo svolgimento della consulenza tecnica.

Delle 28 domande pervenute nell'anno 2009:

a) 10 domande sono state definite entro il 31.12.2009 e precisamente:

- quattro domande sono state conciliate in occasione della prima udienza;
- due 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;
- una domanda è stata archiviata 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;
- 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 tentativo di conciliazione fallito non ha chiesto alla Commissione di valutare il caso;



b) 5 domande sono state nel frattempo (cioè nel 2010 fino alla data di questo rapporto) definite e precisamente:

- due domande sono state conciliate in occasione delle prima udienza del 26.01.2010 rispettivamente del 23.02.2010;
- in un caso la Commissione conciliativa ha accertato con provvedimento letto all'udienza finale che non sussiste errore medico;
- due 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;

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

- in un caso 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 tre casi è stato disposto il rinvio della prima udienza, essendo in corso accertamenti e trattative;
- in cinque 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 ed è in corso la consulenza tecnica.

Degli 85 casi pervenuti dal 01.08.2007 al 31.12.2009 sono quindi stati definiti complessivamente 63 casi di cui 21 casi pervenuti nel 2007, 32 casi pervenuti nel 2008 e 10 casi pervenuti nel 2009 come si evidenzia nel prospetto che segue:

descrizione	pervenuti nel			totale
	2007	2008	2009	
conciliazione fra le parti	4	5	4	13
proposta di conciliazione o provvedimento finale formulato dalla Commissione all'udienza finale	6	9	0	15
transazione al di fuori del procedimento conciliativo	0	1	0	1
incompetenza della Commissione (la responsabilità riguardava un infermiere e non un medico)	1	0	0	1
inammissibilità della domanda per manifesta infondatezza della medesima	1	7	2	10
archiviazione per mancata comparizione del medico e/o della struttura sanitaria alla prima udienza	5	5	1	11
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	5	3	11
archiviazione per avvenuta citazione in giudizio	1	0	0	1
totale dei procedimenti definiti	21	32	10	63
procedimenti pendenti	0	4	18	22
totale delle domande pervenute	21	36	28	85



IV Risultanze statistiche

Va innanzitutto fatto presente che le seguenti risultanze statistiche, per gli esigui numeri di casi portati a conoscenza della Commissione in questo breve periodo, non consentono deduzioni da generalizzare. Accolte con le dovute cautele esse possono però dare qualche indicazione utile:

A) Nel prospetto che segue si evidenzia il **numero di domande** che riguardano il Servizio sanitario pubblico rispettivamente i medici privati:

anno	Servizio sanitario pubblico	Medici privati	totale domande
2007	18	3	21
2008	30	6	36
2009	24	4	28

B) Nel prospetto che segue si evidenzia, tra le domande riguardanti il Servizio sanitario pubblico, il numero di **domande che concernono ciascuno dei quattro Comprensori sanitari** dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano (una delle domande riguarda sia il Comprensorio sanitario di Bolzano che il Comprensorio sanitario di Bressanone):

anno	Comprensorio sanitario di Bolzano	Comprensorio sanitario di Merano	Comprensorio sanitario di Bressanone	Comprensorio sanitario di Brunico	totale domande riguardanti il Servizio sanitario pubblico
2007	6	5	4	3	18
2008	15	8	3	4	30
2009	17	3	3	1	24

C) Nel prospetto che segue si evidenziano i casi in cui i pazienti ritengono che la propria salute sia stata danneggiata da un **errore medico** nella diagnosi o nella terapia oppure che il danno alla salute sia una conseguenza della **violazione del consenso informato** oppure che ricorrano entrambe le ipotesi:

anno	errore nella diagnosi o nella terapia	violazione del consenso informato	errore nella diagnosi o nella terapia e violazione del consenso informato	totale domande
2007	16	0	5	21
2008	26	1	9	36
2009	18	0	10	28



D) Nel prospetto che segue si evidenziano i **Reparti ospedalieri** oppure i medici coinvolti:

Reparto/Medico	2007	2008	2009	totale
Ortopedia	5	13	9	27
Pronto Soccorso	1	4	4	9
Otorinolaringoiatria	2	1	3	6
Oculistica	1	2	3	6
Medico dentista	3	1	1	5
Chirurgia/Medico chirurgo privato	3	1	1	5
Ginecologia	0	4	0	4
Chirurgia vascolare e toracica	0	2	2	4
Medico di Medicina generale	0	1	2	3
Anestesia	0	2	0	2
Radiologia	0	1	1	2
Pediatria	1	1	0	2
Pronto Soccorso e Stroke Unit	0	0	1	1
Pronto Soccorso, Medicina e Oncologia	0	1	0	1
Urologia	1	0	0	1
Urologia e Medicina	0	0	1	1
Oncologia medica	1	0	0	1
Oncologia medica e Radiologia	1	0	0	1
Cardiologia	0	1	0	1
Servizio pneumologico	1	0	0	1
Medico chirurgo plastico e medico radiologo	1	0	0	1
Psichiatria	0	1	0	1
totale	21	36	28	85

E) Nel prospetto che segue si evidenziano le domande presentate **con o senza l'ausilio di un legale** oppure per il tramite della Difesa civica:

anno	domande con l'ausilio di un legale	domande senza l'ausilio di un legale	domande per il tramite della Difesa civica	totale domande
2007	4	16	1	21
2008	5	30	1	36
2009	5	21	2	28

F) Nel prospetto che segue si evidenziano le informazioni sulla **durata media** dei procedimenti definiti al 31.12.2009:

	durata media
tutti indistintamente i procedimenti definiti al 31.12.2009	209 giorni
procedimenti che chiudono con un provvedimento di inammissibilità o di archiviazione	139 giorni



	durata media
procedimenti con conciliazione riuscita	167 giorni
procedimenti in cui la Commissione ha valutato il caso senza disporre consulenza tecnica	290 giorni
procedimenti in cui la Commissione, a seguito di consulenza tecnica, ha valutato il caso	557 giorni

La durata media di tutti i procedimenti indistintamente è quindi di 7 mesi, quella dei procedimenti con consulenza tecnica è di circa un anno e mezzo (si vedano a proposito le osservazioni sulla durata dei procedimenti nella parte II del rapporto).

G) Il prospetto che segue evidenzia i casi, definiti al 31.12.2009, in cui è stata **accertata la responsabilità del medico**/della struttura sanitaria di appartenenza del medico oppure è stata **esclusa tale responsabilità**:

	numero dei casi
casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del medico/della struttura sanitaria di appartenenza del medico	5
casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del medico/della struttura sanitaria di appartenenza del medico	10
totale	15

Qualora ai casi di responsabilità accertata dalla Commissione si sommano i casi conciliati con pagamento di somme di danaro (con conseguente presunzione di responsabilità del medico) e ai casi di responsabilità esclusa dalla Commissione si sommano i casi dichiarati inammissibili per manifesta infondatezza della domanda (con conseguente presunzione di esclusione della responsabilità del medico), il risultato sarebbe il seguente:

	numero dei casi
casi in cui la Commissione ha accertato la responsabilità del medico/della struttura sanitaria di appartenenza del medico nonché casi di presunta responsabilità del medico	17
casi in cui la Commissione ha escluso la responsabilità del medico/della struttura sanitaria di appartenenza del medico nonché casi di presunta esclusione della responsabilità del medico	21
totale	38

H) Il prospetto che segue evidenzia i procedimenti pervenuti entro il 31.12.2009 in cui la Commissione ha nominato un **consulente tecnico** nonché il **costo medio** delle consulenze tecniche:

procedimenti con nomina di consulente tecnico	15 su 85
costo medio della consulenza tecnica	euro 1.948

I) La media aritmetica dei **risarcimenti danno** riconosciuti dalla Commissione o



concordati fra le parti dinanzi alla Commissione con riferimento ai casi definiti al 31.12.2009 ammonta a euro 7.372,70.

J) Nel prospetto che segue si evidenzia la **lingua del procedimento** scelta dalla parte istante:

anno	lingua italiana	lingua tedesca	totale domande
2007	8	13	21
2008	12	24	36
2009	12	16	28
totale	32	53	85

K) Il prospetto che segue evidenzia i dati relativi all'**età dei pazienti**:

	2007	2008	2009
età media in anni	49	49	59
paziente più giovane in anni	4	11	17
paziente più anziano in anni	69	83	86

V Casistica

La Commissione valuta la domanda dell'istante in due modi: con il provvedimento letto all'udienza finale che stabilisce se la Commissione ravvede o esclude una responsabilità del medico/dei medici/della struttura sanitaria e con il provvedimento di inammissibilità della domanda quando ritiene palese che il danno alla salute non sia dovuto ad errore medico.

Si ritiene utile esporre sinteticamente i casi che si sono presentati nel 2009. È stato ritenuto:

- che sussisteva responsabilità del medico radiologo per l'errata interpretazione di una TAC eseguita su una paziente sottoposta ad un programma di "follow-up" dopo malattia tumorale chirurgicamente trattata, con la conseguenza che la ripresa della malattia oncologica è stata diagnosticata con due anni di ritardo. È stato riconosciuto il danno biologico differenziale (tenuto conto di quanto sarebbe comunque derivato per l'evolversi della malattia) e per inabilità temporanea parziale per il periodo di due anni della ritardata diagnosi, oltre che un danno morale personalizzato;
- che non sussisteva responsabilità del medico perché la perizia ha consentito di verificare che il medesimo non aveva causato alla paziente, nel corso di una colonscopia, un laparocelo, come invece sostenuto dalla paziente;



- che sussisteva responsabilità dei medici di due reparti per aver comunicato al paziente una diagnosi letale con prognosi di sopravvivenza brevissima come definitiva quando in realtà la diagnosi era provvisoria ed ancora in fase di chiarimento diagnostico ed, in effetti, successivamente è stata modificata. È stato riconosciuto un danno biologico – morale – psicologico – esistenziale, unificato alla stregua della sentenza a Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 26972/08 del 24.06./11.11.2008, quale danno non patrimoniale;
- che il medico oculista che aveva eseguito due interventi di trapianto della cornea, prima all'occhio sinistro e poi a quello destro della paziente, aveva violato l'obbligo del consenso informato non avendo preventivamente informato la paziente circa gli scarsi margini di miglioramento che offriva l'intervento a causa delle particolari condizioni della paziente, ma che tuttavia non aveva causato un danno alla paziente, in quanto il suo visus era comunque migliorato in esito all'intervento, anche se di poco;
- che non sussisteva responsabilità dell'ortopedico che aveva rifiutato l'esecuzione di un esame diagnostico già programmato per l'accertamento della rottura di un tendine della spalla della paziente, dicendole che poteva tornare fra quattro settimane ove avesse avuto ancora problemi. La paziente si era poi sottoposta all'esame diagnostico, due giorni dopo, in una struttura privata convenzionata e, accertata la lesione del tendine, si era sottoposto all'intervento chirurgico in una struttura privata, ma soltanto a qualche mese di distanza, chiedendo rimborso di tutte le spese. La Commissione ha ritenuto che, pur essendo criticabile il comportamento del medico, lo stesso non aveva causato un danno, dal momento che la diagnosi di rottura del tendine era stata posta con appena due giorni di ritardo mentre l'intervento chirurgico per la riduzione della rottura era avvenuto oltre due mesi dopo e che i postumi lamentati dalla paziente non potevano essere conseguenza di questo lieve ritardo diagnostico;
- che non sussisteva responsabilità degli specialisti ortopedici, che avevano ridotto chirurgicamente una frattura complessa di tibia e perone del paziente, per varie complicanze subite dal medesimo, tra cui fasciotomia e infezione contratta in ambiente nosocomiale, avendo il c.t.u. accertato che le operazioni erano state eseguite a regola d'arte e che l'infezione non era direttamente imputabile a carenze da parte dei medici, mentre per quanto riguarda la osteomielite cronica comparsa dopo la rimozione dei mezzi di sintesi eseguita in altra struttura sanitaria non poteva attribuirsi responsabilità alcuna ai medici della prima struttura;
- che non sussisteva responsabilità del medico cardiologo né per l'occlusione acuta del tronco comune verificatasi nel corso di una coronarografia eseguita sul paziente colto da stenosi critica del tronco comune proprio mentre si trovava in ospedale per eseguire una visita, ed il quale fu sottoposto ad angioplastica d'emergenza con impianto di stent medicato nel tronco, né per lo pseudoaneurisma successivamente riscontrato, quando il paziente si era rivolto per l'esecuzione di una nuova coronarografia nonché bypass aorto-coronarico presso altra struttura, nella quale aveva contratto peraltro anche un'infezione da *Clebsiella pneumoniae*, in quanto, per quanto ascrivibile ai medici operanti in Provincia di Bolzano e quindi di competenza della Commissione, trattavasi di complicanze non ascrivibili a negligenza o imperizia del medico che, intervenendo prontamente contro l'occlusione, aveva salvato la vita al paziente;



- che non sussisteva responsabilità del ginecologo che era stato accusato dalla paziente di aver lasciato nell'addome, in occasione di un intervento di taglio cesareo, del materiale filiforme, reperito in occasione di un secondo intervento eseguito a nove anni di distanza durante i quali la paziente aveva sofferto di cistiti ricorrenti molto fastidiose ed invalidanti; la perizia eseguita sul materiale ha consentito di accertare che non trattavasi di garze o materiale simile come ipotizzato dalla paziente, ma di materiale biocompatibile che all'epoca del primo intervento veniva comunemente usato per evitare il sanguinamento postoperatorio nell'addome.

Nel corso del 2009 la Commissione ha formulato anche delle dichiarazioni di inammissibilità della domanda. In questi casi non viene fissata la prima udienza ed il provvedimento viene redatto nelle forme dell'ordinanza motivata. Viene dichiarata l'inammissibilità della domanda, a norma dell'articolo 18 del Regolamento D.P.P. 18 gennaio 2007, n. 11, quando la pretesa risarcitoria appare a prima vista infondata perché appare evidente che non sussiste responsabilità di un medico. Così l'inammissibilità è stata dichiarata nel caso di:

- un paziente che aveva subito un "minor stroke" con conseguente ricovero per quattro giorni, ma senza conseguenze permanenti, nel periodo in cui era in attesa della fissazione della data per un intervento chirurgico già programmato e che, a dire del paziente, dovette essere più volte rimandato per assenza del chirurgo ed altri impedimenti, mentre in vista dell'intervento chirurgico sarebbe stata sospesa la terapia anticoagulante;
- una paziente, che, soffrendo di algodistrofia (morbus Sudeck) alla mano destra dopo un intervento alla mano, chiedeva alla Commissione di fare chiarezza in ordine ad eventuali errori del medico indicando quali elementi di sospetto che l'intervento era stato eseguito il tardo pomeriggio anziché la mattina e che la ferita chirurgica era più lunga rispetto a quella riportata da altre persone che avevano subito lo stesso intervento.

VI

Le nuove norme sulla mediazione

Con i tempi notoriamente lunghi ed i costi notoriamente elevati della giustizia civile la conciliazione diventa sempre più importante ed ha ottenuto di recente un riconoscimento legislativo che l'ha resa addirittura obbligatoria, tra l'altro, proprio nella materia qui trattata, quella della responsabilità medica.

Infatti, il Decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, sulla mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, approvato dal Governo in attuazione della delega contenuta nell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, sulla riforma del processo civile, costituisce una novità importante, destinata a modificare il tradizionale sistema del processo civile; essa ha lo scopo di deflazionare il sistema giudiziario italiano rispetto al carico degli arretrati e al rischio di accumulare nuovo ritardo. Nel Decreto



legislativo viene definita come mediazione l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia (cosiddetta mediazione compositiva), sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione delle controversie (cosiddetta mediazione propositiva).

Questa Commissione svolge entrambe le forme di mediazione: in occasione della prima udienza essa cerca infatti di aiutare le parti nel trovare un accordo amichevole per la risoluzione bonaria della controversia, accordo che può prevedere un risarcimento del danno, eventualmente anche senza l'esplicito riconoscimento di responsabilità; se poi il tentativo fallisce e non viene trovato l'accordo, le parti possono incaricare la Commissione di valutare il caso e di formulare una proposta di conciliazione, sollecitando in tal modo la mediazione propositiva.

Il procedimento di conciliazione dinanzi a questa Commissione è, come si è detto, facoltativo; invece il Decreto legislativo citato introduce, per le controversie relative al risarcimento del danno derivante dalla responsabilità medica (e per altre ancora), una mediazione obbligatoria, una mediazione cioè imposta a pena di improcedibilità di una futura azione da promuovere dinanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria. Ciò significa che dall'entrata in vigore della relativa disposizione (aprile 2011) chiunque, ove intenda far valere in giudizio un danno che ritiene derivato da responsabilità medica, deve prima rivolgersi ad un organismo iscritto in apposito registro istituito con decreto del Ministro della Giustizia al fine di tentare la conciliazione con le controparti.

Il Decreto legislativo sulla mediazione apre interessanti scenari e pone quesiti che interessano direttamente anche l'attività di questa Commissione: in primo luogo va esaminata la questione circa la compatibilità della Commissione di conciliazione per la responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano con gli organismi di mediazione e conciliazione previsti dal Decreto legislativo e l'impatto che le disposizioni del Decreto legislativo avranno su questa Commissione e sul procedimento svolto dinanzi ad essa; in secondo luogo si pone la domanda se la Commissione di conciliazione per la responsabilità medica della Provincia Autonoma di Bolzano potrebbe essere l'organismo che, in questa Provincia, svolge anche la mediazione obbligatoria ai sensi del Decreto legislativo.

Non è questa la sede per dare una risposta a queste domande che dovranno essere decise in sede politica. Sia detto solo che il Decreto legislativo non definisce requisiti o altre caratteristiche dell'organismo di mediazione, richiedendo unicamente, quali requisiti base, che venga garantita la riservatezza del procedimento e che la nomina del mediatore avvenga con modalità che ne assicurino l'imparzialità e l'idoneità al corretto e sollecito espletamento dell'incarico. Inoltre è previsto che gli atti del procedimento non siano soggetti a formalità. Sono tutti requisiti ai quali questa Commissione risponde. Ma sono tutti requisiti che possono essere garantiti anche da altre strutture.

Nel rapporto sull'attività 2008 questa Commissione aveva scritto a pagina 5: "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.” Con il nuovo Decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, sia la mediazione compositiva che culmina nella transazione e cioè in un atto negoziale, che la mediazione propositiva che culmina in una proposta del mediatore non vincolante, ma non priva di effetti, sono state elevate dal legislatore ad attività obbligatorie il cui mancato svolgimento conduce in materia di responsabilità medica alla sanzione della improcedibilità della domanda dinanzi all’Autorità giudiziaria. Si può dire che si assiste al trionfo della mediazione e si ritiene che esso corrisponda senz’altro all’interesse delle parti coinvolte: del paziente che desidera un rapido risarcimento del danno e del medico e della struttura sanitaria che desiderano una discreta e rapida composizione della vertenza. Dipenderà molto dalla competenza del mediatore se la mediazione obbligatoria finirà per costituire un inutile incombente preprocessuale oppure un efficace strumento nella riduzione delle controversie giudiziarie.

Questo rapporto è stato redatto in ossequio all’articolo 2, comma 3, del Decreto del Presidente della Provincia 18 gennaio 2007, n. 11.

Bolzano, 29 marzo 2010

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